

Infarct entero-mezenteric venos cvasitotal acut posttraumatic

C. Truș¹, M. Munteanu², G. Diaconu¹, A. Beznea¹, A. Pop³

¹Clinica chirurgie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei", Galați

²Secția de chirurgie vasculară, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei", Galați

³Laboratorul de Medicină Nucleară și Ultrasonete, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei", Galați

Rezumat

Lucrarea prezintă un caz de infarct entero-mezenteric de tip venos survenit la un bărbat de 34 de ani, descoperit intraoperator, când s-a intervenit chirurgical în urgență, pentru abdomen acut chirurgical de tip peritonitic. Etiologia infarctului venos a fost posttraumatică, pacientul suferind o agresiune abdominală cu șapte zile înainte de debutul simptomatologiei. În literatură infarctele venoase cu etiologie posttraumatică sunt întâlnite într-un număr redus în raport cu numărul mare al contuziilor abdominale, la factorul lezional intimal asociindu-se hipercoagulabilitatea sangvină. Explorările paraclinice nu au conferit date semnificative în ceea ce privește diagnosticul preoperator; intervenția chirurgicală (trombectomia anterogradă și retrogradă a venei mezenterice superioare cu sondă Fogarty și venorafia) a avut o evoluție favorabilă. Intervenția de dezobstrucție venoasă mezenterică este practică ca o metodă de excepție, pornindu-se de la ideea că trombozele venoase se propagă în vena mezenterică și colateralele acesteia, urmate de tromboza arterială extinsă și compromiterea totală a viabilității intestinale.

Cuvinte cheie: infarct entero-mezenteric de tip venos, tromboză venoasă mezenterică superioară, trombectomie venoasă

Abstract

Venous thrombectomy – treatment of entero-mesenteric near total venous acute infarct

The paper presents a case of entero-mesenteric venous infarct, occurred in a man of 34 years, discovered intraoperator, when to intervene surgically in emergency surgery for acute abdomen of peritonitic type. The etiology of this venous infarct was posttraumatic, the patient underwent an abdominal aggression with seven days prior to onset of symptoms. In literature, the posttraumatic etiology is found in a small number compared to the large number of abdominal contusion, intimal lesional factor being associated with blood thickness. Paraclinical investigations were not significant in terms of preoperator diagnosis, surgical intervention (backward and forward thrombectomy of superior mesenteric vein with Fogarty probe and venosuture) having a favorable evolution. This intervention is practiced as an exception on the basis of the idea that venous thrombosis spreads to mesenteric vein and its collaterals followed by extensive arterial thrombosis and total compromise of intestinal viability.

Key words: entero-mesenteric venous infarct, superior mesenteric thrombosis, venous thrombectomy

Correspondență: Dr. Adrian Beznea
Str. Armata Poporului nr.24, bl. LC7, sc.3, ap.38,
800085, Galați, Romania
E-mail: adrianbeznea@hotmail.com

Introducere

Infarctul intestinal apare datorită ischemiei peretelui intestinal prin obstruarea parțială sau totală a fluxului sanguin mezenteric. Tromboza acută a venei mezenterice superioare este mai puțin frecventă, fiind cauză a infarctului entero-mezenteric în mai puțin de 10% din cazuri (1).

Boala apare de obicei la pacienți cu vârsta de peste 55 de ani, având o incidență ce crește odată cu înaintarea în vârstă. Nu există o legătură directă cu sexul acestora, însă cel mai adesea există condiții predispozante: neoplazii, policitemia vera, istoric de tromboze venoase recurente, trombofilie, traumatisme abdominale etc. (2).

Tromboza acută a teritoriului venos mezenteric superior împiedică reîntoarcerea sanguină, consecutiv realizându-se reducerea debitului arterial până la ischemie. Apar astfel, edemul parietal, cianoza și micro-hemoragiile, sistemic survenind hipovolemia și hemoconcentrația prin acumularea de lichid în lumen și peretele intestinal (3). Distrucția tisulară este legată de creșterea numărului de radicali activi de oxigen ce sunt eliberați în timpul reacției de reducere a oxigenului.

Tromboza venoasă mezenterică este clasificată în funcție de durata simptomatologiei în tipul acut și cronic. Tipul acut se caracterizează printr-o durată a simptomatologiei mai mică de patru săptămâni, doar 9% din pacienți având o durată sub 24 de ore în momentul stabilirii diagnosticului. De asemenea, tromboza venoasă mezenterică este clasificată în funcție de etiologie în idiopatică, care reprezintă 20% din cazuri, și secundară, 80% din cazuri. Cea secundară poate fi datorată următoarelor situații patologice: hipercoagulabilitate, ciroză, splenomegalie, neoplazii, infecții, traumatisme.

În ceea ce privește infarctele venoase de etiologie post-traumatică sunt implicate microleziuni ale intimei vasculare, frecvența cea mai înaltă a trombozelor constatându-se în a doua săptămână după agresiune, în condițiile unei hipercoagulabilități sanguine ce interacționează cu factorul lezional intimal(4). Tromboze separate, în părți diferite ale traiectului venos mezenteric, pot să se propage cu viteze diferite, explicându-se astfel, intervalele libere, variabile după traumatism (5).

Prezentarea cazului

Bolnavul O.G., 34 ani, sex masculin, mediu rural, de profesie șofer, se internează prin transfer din Secția Neurochirurgie în Clinica I Chirurgie cu diagnosticul de abdomen acut de tip peritonitic.

Bolnavul s-a internat în serviciul neurochirurgie în urmă cu 24 de ore (F.O.22018) pentru cefalee persistentă (simptom dominant) și dureri epigastrice, la nivelul hipocondrului stâng, meteorism abdominal, grețuri și vărsături. Antecedentele personale pun în evidență existența unui traumatism abdominal minor în urmă cu 7 zile; antecedentele heredeo-colaterale sunt nesemnificative.

Examenul computer-tomografic cranio-cerebral constată un discret edem cerebral difuz, cu elementele anatomice ale liniei mijlocii situate în planul de simetrie al capului.

Examenul clinic la internare, în secția chirurgie, pune în evidență abdomen normal conformat, mobil cu respirația, cu semne de iritație peritoneală la nivelul epigastrului.

Ecografia la internare:

- ficat – lob stâng 109 mm; lob drept – 144 mm; eco-genitate crescută, ecostructură hiperecogenă;
- vena portă în hil – 10 mm;

- C.B.I. – normale;
 - C.B.P. – 5 mm;
 - Splină – 87 mm;
 - Venă splenică – 9 mm;
 - Pancreas – cap - 22 mm, normoecogen;
 - Colecist destins, cudat și septat infundibular cu perete îngroșat, fără calculi;
 - Cantitate mică de lichid în cavitatea peritoneală
- RX pulmonar: plămân normal, cord fără modificări*
- Probe biologice la internare:*
- HB 13.9 mg%, Ht 40%;
 - Trombocite = 222.000 mm³;
 - Leucocite = 10.600 mm³; NE 70%; E = 1%; L=20%; M=3%;
 - Glicemia = 112 mg%
 - Uree = 47.9mg%, creatinină = 0.8mg%
 - TGO = 42 u/l, TGP = 64 u/l;
 - Amilazemie = 75U/L, amilazurie = 237 U/L;

După o scurtă perioadă de clamare a durerii, acesta devine violentă, asociată cu apărare musculară generalizată. Cu diagnosticul de abdomen acut de tip peritonitic se intervine chirurgical în urgență, cu anestezie generală cu I.O.T. (C.O. 250 /24042009) prin incizie mediană xifo-ombilicală, intraoperator constatându-se: lichid sero-citrin în cantitate medie în peritoneu, ansele intestinale destinse, de culoare violacee, cu echimoze la nivelul mezenterului și o zonă localizată pe ileon, de aproximativ 10 cm întindere, la 50 cm de valvula ileo-cecală, cartonată, infiltrată, intens eritematoasă (Fig. 1). De menționat că segmentul intestinal cu viabilitate certă se întindea doar pe ultimii 15 cm de ileon.

Se disecă și se evidențiază vena mezenterică superioară la origine sub marginea inferioară a pancreasului, constatându-se o venă de aproximativ 8-9 mm ocupată de un tromb cu extensie supra și subiacentă de consistență elastică. Se practică venotomia transversală (Fig. 2), trombectomia antero și retrogradă instrumentală (Fig. 3) și cu sonda Fogarty, heparinizare intravenoasă generală și locală și venorafie. S-au extras trombi de diferite vârste, atât din sens anterograd cât și retrograd (Fig. 4). Peretele abdominal se reface în planuri anatomice, după montarea drenajului Douglas-ului.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, sub heparinoterapie administrată pe injectomat, cu controlul timpului parțial de tromboplastină activată, ce a fost menținut între 50-70, timp de 8 zile. După reluarea tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze s-a instituit tratamentul cu trombostop în doze de 3-4 mg/zi sub controlul INR-ului, care a fost menținut între 2 și 3.

Ecografia Doppler de control (la 15 zile de la intervenția chirurgicală) a sistemului venos portocav a arătat:

- vena portă cu aspect normal;
- vena splenică și confluentul spleno-mezenteric de aspect eco-Doppler normal;
- vena mezenterică superioară de diametrul 7,8 mm compresibilă cu flux prezent și sens hepatopet, fără trombi (Fig. 5);
- vena mezenterică inferioară are diametrul de 6 mm, este compresibilă, cu flux prezent, sens hepatopet, fără trombi (Fig. 6).

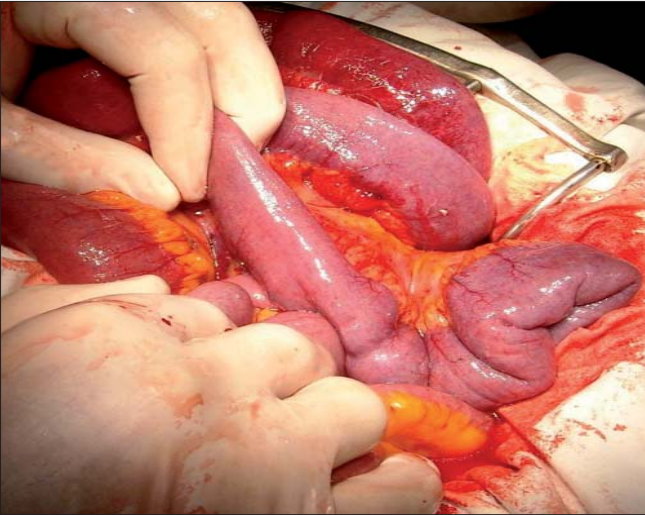


Figura 1. Infarct entero-mezenteric venos, cvasitotal, prin tromboză acută de venă mezenterică superioară

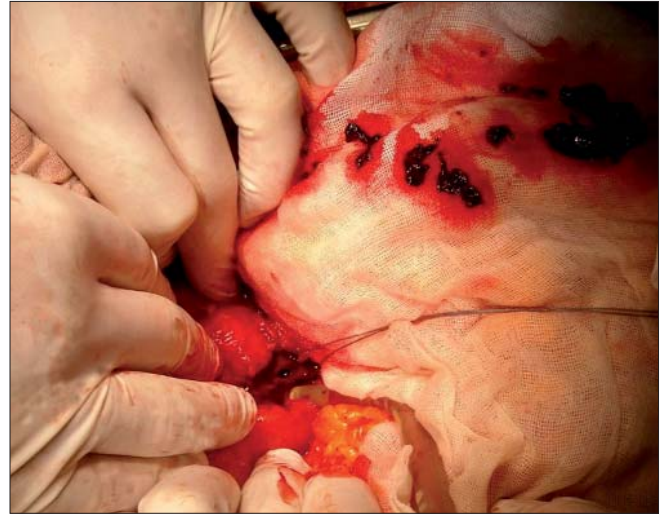


Figura 2. Venotomie mezenterică superioară transversală

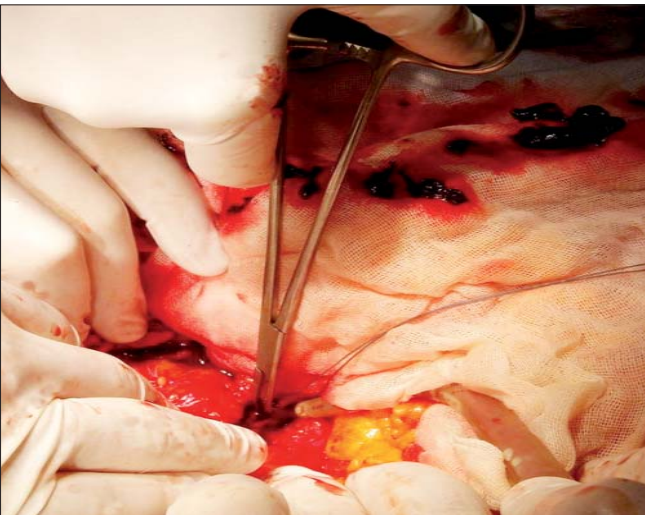


Figura 3. Extragere de trombi din vena mezenterică superioară



Figura 4. Trombi

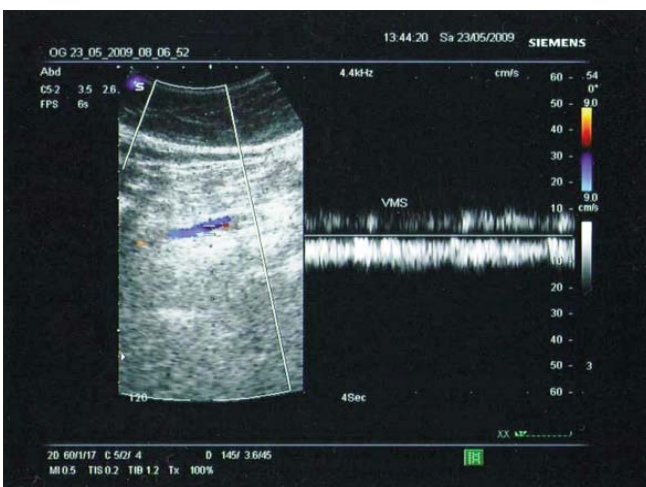


Figura 5. Venă mezenterică superioară permeabilă postoperator (la 15 zile), aspect Doppler color

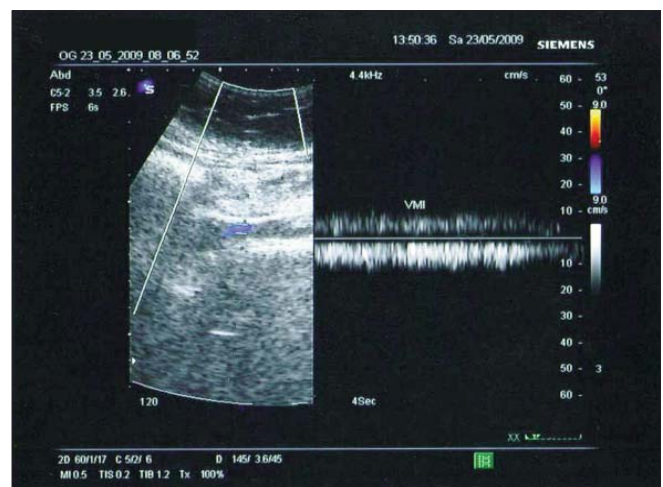


Figura 6. Vena mezenterică inferioară permeabilă postoperator (la 15 zile), aspect Doppler color

Discuții

Sunt întâlnite trei elemente de particularitate la acest caz clinic:

- I. debutul sub forma sindromului de hipertensiune intracraniană, semnele abdominale fiind șterse inițial;
- II. vârsta tânără la care s-a produs tromboza venoasă mezenterică, cauza fiind contuzia abdominală;
- III. modalitatea de rezolvare chirurgicală a cazului – trombectomia venoasă cu sondă Fogarty.

I. Tabloul clinic inițial a fost dominat de cefalee și vărsături, simptomatologia abdominală fiind pe plan secund. Explicația plauzibilă a acestui fapt, în contextul debutului trombozei venoase, este reprezentată de vasodilatația microcirculației cerebrale consecutivă eliberării în circulația generală de substanțe vasoactive (prostaglandine, tromboxani și leucotriene), de la nivelul focarului inițial de agregare plachetară. Pacientul a fost internat în cadrul serviciului de neurochirurgie și diagnosticat cu edem cerebral difuz prin examen computer tomografic. Tratamentul etiopatogenic instituit ca urmare a diagnosticului neurochirurgical, cu anti-edematoase și diuretice, nu a făcut altceva decât să precipite tromboza venoasă acută și să accentueze astfel simptomatologia abdominală.

II. Infarctul entero-mezenteric de tip venos este o patologie întâlnită frecvent la vârste înaintate, în contextul existenței factorilor ce constituie triada Virchow (leziune endotelială, hipercoagulabilitate, scăderea vitezei circulației sangvine). La acest caz dominante au fost leziunea endotelială (consecință a contuziei abdominale) și hipercoagulabilitatea (consecință a tratamentului anti-edematos și diuretic specific edemului cerebral difuz).

III. Rhee, R.Y. și colaboratorii (6) consideră că trombectomia venoasă nu este recomandată în cazul trombozei venoase mezenterice acute, din cauza riscului reapariției trombozei cu extensie difuză distală (7,8). În literatura engleză sunt prezentate câteva cazuri rezolvate prin tromboliză splahnică cu cateter mezenteric montat intraoperator (9). Agenții trombolitici pot fi introduși și pe alte căi, loco-regional – prin artera mezenterică superioară (10), sau general – prin vena jugulară internă (11) (12).

În situația cazului prezentat rezecția intestinală ar fi fost cvasitotală și ar fi condus la apariția sindromului de „intestin

scurt”. Prin trombectomia venoasă s-a reușit normalizarea circulației venoase mezenterice superioare și recuperarea totală a funcționalității intestinale (tranzit intestinal reluat pentru gaze în a treia zi postoperator, și pentru fecale în a cincea zi).

Bibliografie

1. Abdu RA, Zakhour BJ, Dallis DJ. Mesenteric venous thrombosis - 1911 to 1984. *Surgery*. 1987;101(4):383-8.
2. Hugon S, de Clercq P, Landen S. Acute mesenteric vein thrombosis. *Ann Emerg Med*. 2007;50(5):623-4. Comment in: *Ann Emerg Med*. 2008;51(5):685.
3. Shinodholimath VV, Gupta A, Chumber S, Srivastava A. Mesenteric and portal vein thrombosis presenting as acute intestinal obstruction. *Trop Gastroenterol*. 2003;24(4):211-2.
4. Mock JN, Orsay EM. Primary mesenteric venous thrombosis: an unusual cause of abdominal pain in a young, healthy woman. *Ann Emerg Med*. 1994;23(2):352-5.
5. Hassan HA, Raufman JP. Mesenteric venous thrombosis. *South Med J*. 1999;92(6):558-62.
6. Rhee RY, Gloviczki P. Mesenteric venous thrombosis. *Surg Clin North Am*. 1997 Apr;77(2):327-38.
7. Meșină C, Vasile I, Pașalega M, Calotă F, Vilcea D. Ischemia acută mezenterică. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(4):385-394.
8. Train JS, Ross H, Weiss JD, Feingold ML, Khoury-Yacoub A, Khoury PT. Mesenteric venous thrombosis: successful treatment by intraarterial lytic therapy. *J Vasc Interv Radiol*. 1998;9(3):461-4. Comment in: *J Vasc Interv Radiol*. 1999; 10(1):98-9.
9. Rivitz SM, Geller SC, Hahn C, Waltman AC. Treatment of acute mesenteric venous thrombosis with transjugular intra-mesenteric urokinase infusion. *J Vasc Interv Radiol*. 1995;6(2):219-23; discussion 224-8.
10. Kaplan JL, Weintraub SL, Hunt JP, Gonzalez A, Lopera J, Brazzini A. Treatment of superior mesenteric and portal vein thrombosis with direct thrombolytic infusion via an operatively placed mesenteric catheter. *Am Surg*. 2004;70(7):600-4.
11. Morgan R, Belli AM. Percutaneous thrombectomy: a review. *Eur Radiol*. 2002;12(1):205-17. Epub 2001 Jul 26.
12. Takahashi N, Kuroki K, Yanaga K. Percutaneous transhepatic mechanical thrombectomy for acute mesenteric venous thrombosis. *J Endovasc Ther*. 2005;12(4):508-11.