

Ulcer jejunal de tip ischemic, perforat. Prezentare de caz

C. Iancu¹, A. Bartoș², D. Bartoș¹, L. Mocan², R. Bodea²

¹UMF "Iuliu Hațieganu", Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, România

²Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, România

Rezumat

Leziunile ulcerative ischemice ale intestinului subțire reprezintă o patologie abdominală rară. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 68 ani care s-a internat în serviciul nostru acuzând dureri abdominale, grețuri, vărsături. Examinările paraclinice (ecografia abdominală și endoscopia digestivă superioară) au ridicat suspiciunea unei leziuni ulcerative jejunale, perforate. Intervenția chirurgicală a confirmat diagnosticul, punând în evidență un ulcer jejunal, perforat și blocat de ansele enterale învecinate. Trombul mezenteric vizibil macroscopic intraoperator ne-a indicat etiologia ischemică a leziunii. Rezultatul anatomopatologic, coroborat cu examinarea clinică și paraclinică ne-a orientat către diagnosticul de tromboangită obliterantă, cauză a ischemiei mezenterice; problemele ridicate de acest diagnostic sunt legate în primul rând de urmărirea pe termen lung a pacientului, pentru a surprinde la timp eventualele recurențe ischemice viscerale.

Cuvinte cheie: ulcer jejunal, ischemie viscerală, perforație enterală, tromboangită obliterantă

Abstract

Jejunal ischemic ulcer with perforation: report of a case

Ulcerative ischemic lesions of the small bowel represents a rare abdominal pathology. We present the case of a 68-year-old

male who was admitted to our hospital for abdominal pain, nausea and vomiting. Ultrasound examination followed by upper endoscopy raised up the suspicion of a jejunal ulcerative perforated lesion. Surgery confirmed the diagnosis, revealing the jejunal ulcer, perforated and blocked by the adjacent enteral loops. Ischemic etiology of the ulceration was indicated by the mesenteric thrombus. The anatomopathologic finding together with the clinical and imagistic examinations lead us to the diagnosis of thromboangiitis obliterans, cause of the mesenteric ischemia; the future problems regarding this case are the long term follow up, in order to be able to recognise the visceral ischemic recurrency that might occur.

Key words: jejunal ulcer, visceral ischemia, enteral perforation, thromboangiitis obliterans

Introducere

Leziunile ulcerative ale intestinului subțire reprezintă o patologie abdominală rară, apărută mai frecvent consecutiv ingestiei de medicamente (corticosteroizi, AINS, clorură de potasiu). Mult mai rar, ulcerele sunt cauzate de o ocluzie segmentară arterială, venoasă sau de o vasculită (1,2). Alte situații asociate cu ulceratii ale intestinului subțire sunt: mucoasă gastrică ectopică, boala Crohn, sifilis, febra tifoidă, tuberculoza, limfomul, gastrinomul (3).

Evoluția ulcerelor poate fi lentă (cu cicatrizare și stenoză consecutivă) sau rapidă (cu apariția complicațiilor de tipul hemoragie sau perforație) (3). Tratamentul complicațiilor este chirurgical și constă în rezecție segmentară enterală (4).

Correspondență: Dr. Adrian Bartoș
Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, România
Str. Croitorilor, Nr. 19-21
E-mail: bartos.adi@yahoo.fr

Prezentare de caz

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 68 ani, cunoscut cu cardiopatie ischemică cronică, hipertensiune arterială și cu arteriopatie cronică obliterantă (pacientul menționează claudicație intermitentă în antecedente), ce se prezintă de urgență în Clinica Chirurgie III acuzând dureri abdominale difuze, inapetență, grețuri, vărsături alimentare și bilioase, diaree, cu debut de aproximativ 24 ore. Pacientul menționează o scădere ponderală de aproximativ 10-15 kg în ultima lună. Din anamneză mai reținem că pacientul este fumător cronic de aproximativ 40 ani, consumând 25-30 țigarete/ zi. Examenul fizic la internare a evidențiat un pacient subponderal, cu stare generală mediu alterată, cu facies suferind, palid, afebril, cu abdomen sensibil la palpare, mai accentuat în etajul superior, dar fără semne de iritație peritoneală. La nivelul membrelor inferioare, tegumente atrofice, reci, unghii distrofice, cu puls slab spre absent la nivelul arterei poplitee, bilateral. Restul examinării fizice nu ne-a adus date suplimentare. Analizele medicale de laborator ne-au indicat numărul trombocitelor peste valoarea normală (483.00 K/uL) și retenție azotată (uree serică 95.8 mg%, creatinină serică 2.05 mg%).

Ecografia abdominală evidențiază un colecist litiazic, fără semne ecografice de colecistită acută. Se decelează însă o modificare structurală parietală a jejunului și a flexurii splenice a colonului. Ca urmare, se indică efectuarea endoscopiei digestive superioare care pune în evidență o formațiune ulcerativă, stenozantă, situată la nivelul celei de-a doua anse jejunale; prelevare biopsii.

Se decide intervenția chirurgicală, în aceeași zi, în anestezie generală cu IOT, prin laparotomie mediană xifo-ombilicală. La explorarea intraoperatorie, se evidențiază colecist hidropic, cu un calcul de aproximativ 3 cm la nivel infundibular. Submezocolic, bloc inflamator strâns, de anse enterale. Se practică liza aderențelor entero-enterale, cu punerea în evidență a unei formațiuni tumorale (macroscopic de aspect inflamator), situată la nivelul celei de-a doua anse jejunale, cu perforație la acest nivel. Mezenterul corespunzător este îndurat. Se practică rezecții segmentare ale porțiunilor enterale implicate în blocul inflamator, cu anastomoze entero-enterale T-T. Aspectul macroscopic al veziculei biliare impune efectuarea colecistectomiei. Drenajul cavității abdominale (submezocolic și Douglas) încheie intervenția chirurgicală. (Fig. 1, Fig. 2)

Evoluția este favorabilă, cu reluarea tranzitului intestinal în ziua a patra postoperator. La 7 zile de la intervenție, pacientul acuză durere în molet, bilateral. Ecografia Doppler venoasă efectuată nu evidențiază semne de tromboflebită profundă la nivelul membrelor inferioare. Ultrasonografia duplex arterială a membrelor inferioare indică îngroșări parietale proximale (1/3 superioară a coapsei), cu flux prezent la acest nivel. Bilateral, artera poplitee este complet obstruată (tromb vechi). De asemenea, arterele peronieră, tibială anterioară și posterioară sunt complet obstructate, fără flux, bilateral. Se evidențiază circulație colaterală, fină.

Microscopia piesei de rezecție descrie o ulceratie cronică enterală, cu interesarea mucoasei și submucoasei. Este

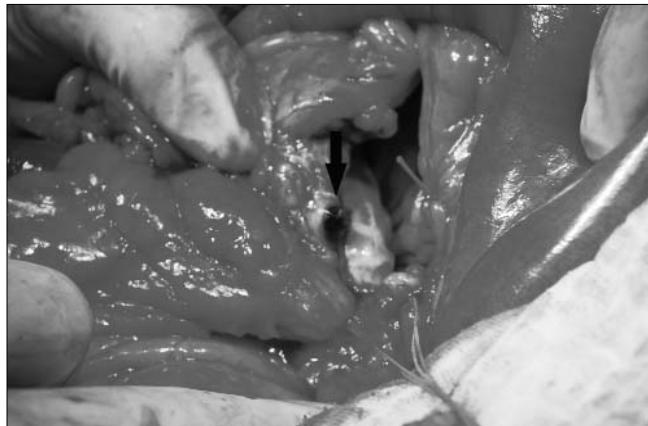


Figura 1. Aspect intraoperator – tromb mezenteric

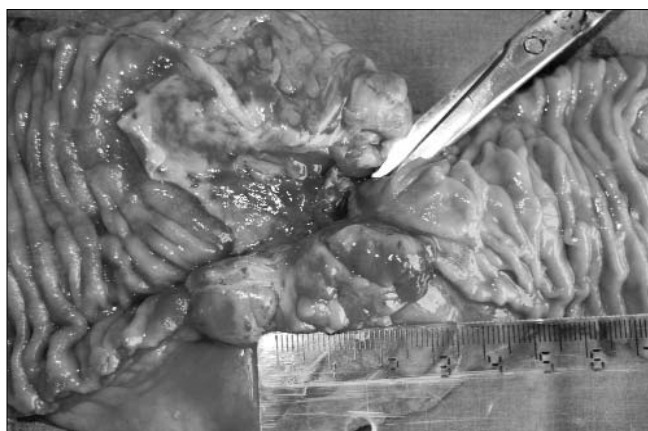


Figura 2. Piesa de rezecție – leziune ulcerativă

prezentă o reacție inflamatorie ce conține celule gigant spre lumen și exudat leucocitar bogat în PMN spre tunica musculară și seroasă. La nivelul mezenterului, arteră de calibru mediu, cu tromb organizat în lumen. Alte arteriole cu distrofia mediei sau trombozate au fost găsite în vecinătatea leziunii. Leziunile vasculare sunt lipsite de necroză fibrinoidă sau vasculită, dar au un caracter repetitiv pe tot intestinul subțire examinat. Diagnosticul anatomopatologic a fost de ulcer jejunal de tip ischemic, fistulizat, consecutiv unei tromboze arteriale mezenterice. (Fig. 3)

Externarea are loc la 8 zile de la intervenție, cu recomandarea efectuării unui consult de specialitate pentru patologia vasculară periferică asociată.

Discuții

Această leziune ischemică intestinală, apărută la un pacient fumător, cunoscut cu simptomatologie ocluzivă arterială distală a membrelor inferioare (claudicație), coroborată cu rezultatul examenului histopatologic (mai ales cu caracterul repetitiv al leziunilor), ne sugerează diagnosticul de trombangită obliterantă. Numită și boala Buerger, aceasta este o boală vasculară ocluzivă inflamatorie, nonaterosclerotică, care afectează distal arterele, venele mici și medii ale extremităților

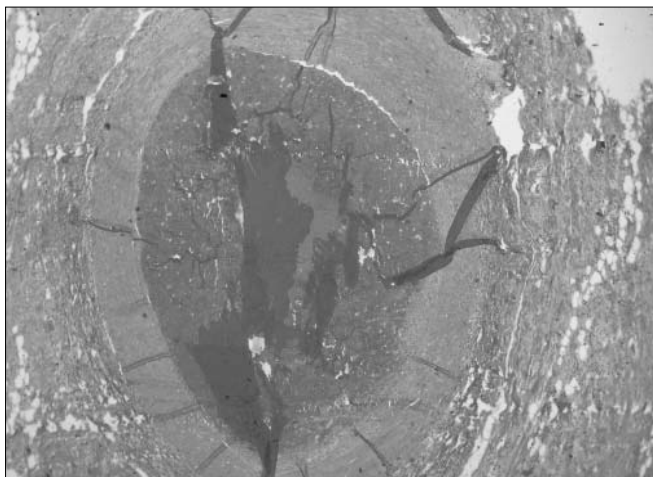


Figura 3. Microscopie – tromb intraarterial

inferioare și superioare. De asemenea, pot fi afectate vasele cerebrale, viscerale și coronare. Deși originea trombangitei obliterante nu este cunoscută, există o relație clară cu fumatul a pacienților diagnosticați cu această patologie, consumul de tutun declanșând se pare o reacție autoimună, la indivizi cu predispoziție genetică. (5,6).

Inițial, se credea că afectarea intestinală a trombangitei obliterante apare târziu în evoluția bolii, după ischemia de lungă durată a membrelor inferioare sau superioare. În prezent, este știut faptul că ischemia enterală poate să apară în orice moment al bolii, uneori precedând-o pe cea a extremităților. (7,8,9,10)

Implicarea mezenterică în boala Burger este rară. Literatura engleză și franceză citează 23 astfel de cazuri (6), din care un singur pacient a prezentat anterior de episodul ischemic doar claudicație intermitentă (11). În două cazuri, semnele de boală vasculară periferică nu au fost prezente (10,12).

Diagnosticul anatomopatologic nu poate fi stabilit cu certitudine dacă boala nu este surprinsă într-un episod acut (6), așa cum s-a întâmplat și în cazul nostru, unde ischemia a fost cronică, cu afectarea treptată, lentă a starturilor peretelui intestinal, cu perforația minimă a acestuia, blocată de ansele enterale adiacente.

Diagnosticul de certitudine ar presupune coroborarea istoricului de consum de tutun al pacientului, cu examenului clinic (ce indică suferința vasculară distală), cu elementele obținute la examenul histopatologic și nu în ultimul rând cu excluderea unei patologii aterosclerotice sau embolice. În cazul pacientului nostru, ar fi utilă efectuarea unei arteriografii la nivelul membrelor inferioare.

Un astfel de caz ridică problema urmăririi în evoluție a pacientului. Diagnosticul de trombangită obliterantă, cu

implicare viscerală, presupune riscul apariției ischemiei cu perforație consecutivă și la alte nivele ale tubului digestiv.

În prezent, la 9 luni de la intervenție, pacientul operat în serviciul nostru este asimptomatic din punct de vedere abdominal - digestiv, cu simptome de tip dureros claudicativ la nivelul membrelor inferioare și se află sub dispensarizarea medicului de familie.

Concluzii

Am prezentat un caz rar de ulcer enteral de tip ischemic, complicat cu perforație. Mai rară ar fi cauza apariției acestei ischemii intestinale, în cazul nostru trombangita obliterantă, cu probleme ridicate de urmărirea pe termen lung a pacientului, pentru a surprinde o eventuală recurență ischemică la nivel visceral.

Bibliografie

1. Hodin RA, Matthews JB. Small Intestine. In: Essential practice of surgery: basic science and clinical evidence. Springer. 2003. p. 265-266.
2. Perlemuter G, Chaussade S, Soubrane O, Degoy A, Louvel A, Barbet P, et al. Multifocal stenosing ulcerations of the small intestine revealing vasculitis associated with C2 deficiency. Gastroenterology. 1996;110(5):1628-32.
3. Popa F, Constantin VD, Socea B. Ulcerele intestinului subțire. În: Popescu I, editor. Tratat de Chirurgie. București: Ed. Academiei Române. 2009. p. 101-102.
4. Mark Evers B. Small Intestine. Miscellaneous problems. In: Sabiston Textbook of Surgery, 18th. Ed. Saunders. 2007.
5. Creager MA, Dzau VJ. Boli vasculare ale extremităților. In: Harrison Principiile Medicinii Interne, 14th edition, editia a 2a în limba română. București: Ed. Teora. 2003. p. 1545.
6. Hassoun Z, Lacrosse M, De Ronde T. Intestinal involvement in Buerger's disease. J Clin Gastroenterol. 2001;32(1):85-9.
7. Vachon A, Guillemin G, Paliard P, Cuilleret J, Gilly. Ulcerative colitis of ischemic origin, revealing Buerger's disease. Arch Fr Mal App Dig. 1967;56(7):645-53. [Article in French]
8. Rosen N, Sommer I, Knobel B. Intestinal Buerger's disease. Arch Pathol Lab Med. 1985;109(10):962-3.
9. Broide E, Scapa E, Peer A, Witz E, Abramowich D, Eshchar J. Buerger's disease presenting as acute small bowel ischemia. Gastroenterology. 1993;104(4):1192-5.
10. Cathébras P, Burgard G, Poulard G, Marion A, Bouchou K, Ninet J, Rousset H. Digestive arterial obstructive diseases in three young women. J Mal Vasc. 1994;19(1):46-50. [Article in French]
11. Sachs IL, Klima T, Frankel NB. Thromboangiitis obliterans of the transverse colon. JAMA. 1977;238(4):336-7.
12. Kempczinski RF, Clark SM, Blebea J, Koelliker DD, Fenoglio-Preiser C. Intestinal ischemia secondary to thromboangiitis obliterans. Ann Vasc Surg. 1993;7(4):354-8.