

Polip hamartomatos duodenal unic - prezentare de caz clinic

L. Alecu, A. Tulin, Beatrice Ursut, B. Ursut, Al. Oproiu, F. Obrocea

Spitalul de Urgență "Prof. dr. Agrippa Ionescu", București, România

Rezumat

Tumorile duodenale sunt tumori foarte rare, având cea mai mică incidență din totalul tumorilor intestinului subțire. Frecvența tumorilor intestinului subțire este sub 5% din totalul tumorilor digestive. Majoritatea acestor tumori rămân asimptomatice, uneori toată viața. Atunci când devin simptomatice, prima manifestare este reprezentată de pierderea de sânge digerat (melenă), anemie secundară și simptomatologie obstructivă (ocluzii, subocluzii). Diagnosticul precoce al acestor tumori este dificil datorită simptomatologiei nesistemate, el devenind facil în momentul în care se instalează complicațiile. Cel mai frecvent, diagnosticul se realizează prin endoscopie digestivă superioară, urmată de tranzit baritat, computer tomografie și ecografie. În lucrarea de față vom prezenta un caz clinic de polip hamartomatos duodenal, unic, localizat la nivelul D3, la o pacientă în vârstă de 66 ani, ce s-a prezentat pentru hemoragie digestivă superioară exteriorizată prin melenă, anemie secundară, astenie fizică marcată, la care s-a intervenit chirurgical și s-a practicat excizia, prin duodenotomie, a polipului.

Cuvinte cheie: polip hamartomatos, melenă, excizie, tumori duodenale

Abstract

Unique duodenal hamartomatous polyp – case report

Duodenal tumors are very rare tumors, with the lower incidence among the tumors of the small bowel, whose frequency is less than 5 % of all digestive tumors. In most of the cases these tumors remain asymptomatic, sometimes the entire life. When they become symptomatic, their first manifestation is the loss of digested blood (melena), secondary anemia and obstructive symptomatology. Early diagnosis of these tumors is difficult because of the unsystematic symptomatology and becomes easy when the complications appear. In most of the cases the diagnosis is established by the superior digestive endoscopy, followed by barium contrast studies, CT and ultrasound. We present a case of duodenal hamartomatous polyp, unique, at the level of D3, in a female patient 66 years old, addressing to our service for superior digestive hemorrhage exteriorized by melena, secondary anemia and physical asthenia; we operated the patient proceeding a polypectomy by a duodenotomy.

Key words: hamartomatous polyp, melena, excision, duodenal tumors

Correspondență:

Dr. Lucian Alecu
Spitalul de Urgență "Prof. dr. Agrippa Ionescu",
București, România
E-mail: lucianalecu@yahoo.com

Introducere

Polipii hamartomatoși sunt tumori benigne ale tractului digestiv a căror frecvență este redusă, ei fiind localizați predominant la nivel colonic și foarte rar la nivelul intestinului subțire. Localizarea duodenală este foarte rară, sub 1% din totalul polipozelor intestinale. Diagnosticul de certitudine este cel

histopatologic, stabilit în general după excizia acestora. Depistarea polipilor duodenali este una întâmplătoare în cazul absenței simptomatologiei, în general aceștia fiind identificați în urma investigațiilor paraclinice efectuate cu ocazia apariției unei simptomatologii date de o sângerare digestivă superioară sau a unui tablou clinic subocluziv sau ocluziv (1,2,3,4). Identificarea unui polip prezent la nivelul D3 este cu atât mai dificilă cu cât accesul la nivelul acestei porțiuni a duodenului nu este facilă în cadrul realizării unei endoscopii digestive superioare.

Prezentarea cazului

Pacienta CZ, în vârstă de 66 de ani, se transferă în secția de chirurgie generală din secția de gastroenterologie unde a fost diagnosticată cu polip duodenal hemoragic la nivelul D3, HDS, melenă și anemie secundară. Pacienta se prezentase în secția de gastroenterologie acuzând astenie, palpitații, dispnee la eforturi mici și moderate, epigastralgie și scaune melenice, simptomatologie debutată de 2 săptămâni. La internare pacienta prezenta hemoglobină 7,71 g/dl, cu microcitoză și hematocrit 28 %, restul analizelor în limite normale. Din antecedentele personale patologice reținem: nefrectomie stângă în 2001 pentru tumoră renală, colecistectomie în 2004. Endoscopia digestivă superioară a evidențiat esofag, stomac fără leziuni, D1 și D2 cu urme de sânge digerat. La nivelul D3 se identifică o formațiune vegetantă de aproximativ 2,5-3 cm ce ocupă parțial lumenul duodenal, implantată posterior, cu pedicul de aproximativ 1 cm; se practică biopsie.

Ecografia abdominală nu identifică leziuni, lob drept hepatic de 13 cm, lob stâng 7 cm, colecist exclus chirurgical, rinichi drept de 10/5 cm cu câteva chisturi mici, fără hidronefroză, rinichi stâng absent chirurgical, uter de dimensiuni normale, anexe nevizualizate, vezică urinară transonică. Radiografia toracică nu evidențiază leziuni evolutive pleuropulmonare, hiluri, cord, aortă normale.

Examenul colonoscopic: anus cu hemoroizi interni turgescenți, sigmoid cu câțiva diverticuli ce conțin coproliti impactați, restul colonului normal până la valva ileocecală. După o scurtă reechilibrare volemică și corectarea anemiei prin transfuzii cu sânge izogrup, izoRh, se intervine chirurgical sub anestezie generală cu intubație oro-traheală. La explorarea cavității peritoneale se identifică formațiune tumorală intraluminală la nivelul D3, mobilă, de aproximativ 2,5 - 3 cm diametru, implantată posterior. Se practică duodenotomie longitudinală și se identifică formațiune tumorală polipoidă de 2,5 cm diametru, cu pedicul cu bază largă de implantare posterior, cu o zonă de ulcerare centrală de aproximativ 0,5 cm. Se practică polipectomie cu sutura hemostatică la nivelul zonei de implantare duodenală și duodenorafie transversală.

Examenul histopatologic identifică formațiune polipoidă de 2,5/2,7/2 cm cu mucoasa supraiacentă erodată pe 0,5 cm; microscopic – hamartom duodenal, fără zone de transformare malignă.

Evoluția postoperatorie este favorabilă, pacienta externându-se a 7-a zi postoperator.

Discuții

Polipii hamartomatoși sunt o varietate de polipi adenomatoși vilozici ce se dezvoltă din mucoasa duodenală. Localizarea duodenală a acestora are o frecvență scăzută, dar comparabilă cu localizarea de la nivelul ileonului terminal.

Hamartomul duodenal reprezintă o malformație de creștere a mucoasei duodenale, el putând fi solitar la pacienții care sunt liberi de alte anomalii ale mucoasei sau multiplu în aproximativ 50% din cazuri. În 10% din cazuri sunt asociați cu sindromul Peutz-Jeghers. Acesta asociază numeroși polipi hamartomatoși distribuiți mai ales pe intestinul subțire, dar putând fi distribuiți și la nivelul duodenului, colonului sau extradigestivi, cu lentiginoză cutaneo-mucoasă (boală cu transmitere autozomal dominantă în majoritatea cazurilor) (5).

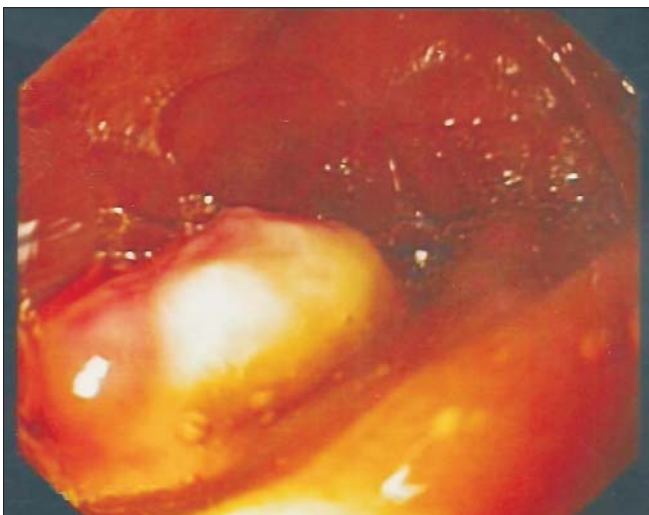


Figura 1. Aspectul endoscopic al tumorii duodenale

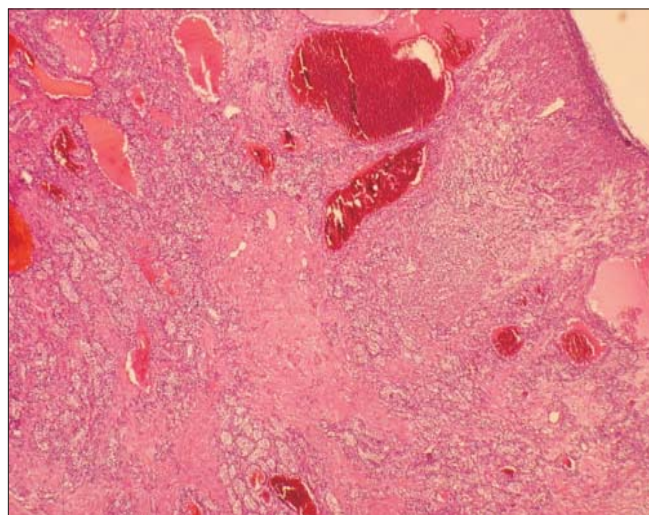


Figura 2. Aspect microscopic al polipului duodenal

Hamartomul reprezintă o variantă de polip fără potențial malign, apariția acestora fiind asociată uneori cu dezvoltarea unui cancer de pancreas, sân, plămân, ovar și uter (6,7).

Diagnosticul polipilor se realizează prin endoscopie digestivă superioară și endoscopie digestivă inferioară în mod uzual, tranzitul baritat evidențiind cu dificultate polipii de mici dimensiuni și mai frecvent pe cei de mari dimensiuni; din această cauză capătă un rol important endoscopia cu videocapsulă ce poate identifica prezența polipilor la nivelul intestinului subțire (8,9).

Prognosticul bolii pe termen lung este unul bun, fiind în strânsă legătură cu faptul că aceste tumori sunt benigne, complicațiile survenite fiind cele date de fenomenele hemoragice sau ocluzive.

Din punct de vedere al incidenței scăzute a tumorilor la nivel intestinal și a transformării maligne a acestora au fost propuși mai mulți factori din care amintim: contactul pe termen scurt al mucoasei intestinale cu substanțele procarcinogene și produșii de degradare bacteriană, datorită caracterului lichid al conținutului intestinal precum și PH-ului alcalin al acestuia (10,11,12).

În general, polipii hamartomatoși au o dezvoltare intraluminală, uneori infiltrativă sau subseroasă, fiind generatori de complicații obstructive sau invaginație intestinală (13,14,15).

Hemoragia digestivă superioară reprezintă o complicație destul de frecventă a polipilor cu localizare înaltă (stomac, duoden) și mai puțin frecventă pentru cei cu localizare la nivelul ileonului terminal (16,17).

Din corolarul simptomatologic amintim cel mai frecvent durerea, ce este asociată unor leziuni mari ce pot cauza sindroame subocluzive, greață, diaree, hemoragie gastro-intestinală, anemie și uneori volvulus. Debutul acestei simptomatologii este insidios și în general este datorat complicațiilor apărute (18,19,20).

Concluzii

Hamartomul duodenal aparține clasei polipilor adenomatoși în care au fost identificate 3 tipuri (adenom polipoid, adenom al glandelor Brunner și adenom vilos).

Localizarea la nivelul duodenului a hamartomului este una rară, iar leziunea unică este foarte rară. Pentru a se pune diagnosticul de tumoră unică este necesară evaluarea întregului tub digestiv, cea mai utilă fiind cea prin vizualizare directă prin endoscopie digestivă superioară, endoscopie digestivă inferioară, videocapsulă.

Pacientei prezentate în cazul de față i s-a realizat examinarea prin videocapsulă a tubului digestiv la 3 luni post-operator, nefiind evidențiate alte leziuni.

Este importantă urmărirea postoperatorie, datorită posibilității recidivării (aparitiei altor polipi cu alte localizări) deoarece încadrarea într-o clasă a unor polipi nu exclude apariția unor polipi din alte clase.

Bibliografie

1. Plesa C. Tumorile intestinului subțire. În: Angelescu N, editor.

- Tratat de Patologie Chirurgicală, vol. II. București: Ed. Medicală; 2001. p. 1578-1592.
- River L, Silverstein J, Tope JW. Benign neoplasms of the small intestine; a critical comprehensive review with reports of 20 new cases. *Surg Gynecol Obstet.* 1956;102(1):1-38.
 - Baichi MM, Arifuddin RM, Mantry PS. Capsule endoscopy for obscure GI bleeding: therapeutic yield of follow-up procedures. *Dig Dis Sci.* 2007;52(5):1370-5. Epub 2007 Mar 15.
 - Wu JS, Paul P, McGannon EA, Church JM. APC genotype, polyp number, and surgical options in familial adenomatous polyposis. *Ann Surg.* 1998;227(1):57-62.
 - de Vos tot Nederveen Cappel WH, Järvinen HJ, Björk J, Berk T, Griffioen G, Vasen HF. Worldwide survey among polyposis registries of surgical management of severe duodenal adenomatosis in familial adenomatous polyposis. *Br J Surg.* 2003; 90(6):705-10.
 - Fawal H, Gambiez L, Raad A, Pruvot FR, Chambon JP, Saudemont A, et al. Management of duodenal adenomatosis in patients with familial adenomatous polyposis. *Ann Chir.* 2003;128(9):594-8. [Article in French]
 - Delpy JC, Bruneton JN, Drouillard J, Lecomte P. Non-vaterian duodenal adenoma: report of 24 cases and review of the literature. *Gastrointest Radiol.* 1983;8(2):135-41.
 - Farah MC, Jafri SZ, Schwab RE, Mezwa DG, Francis IR, Noujaim S, et al. Duodenal neoplasms: role of CT. *Radiology.* 1987;162(3):839-43.
 - Minardi AJ Jr, Zibari GB, Aultman DF, McMillan RW, McDonald JC. Small-bowel tumors. *J Am Coll Surg.* 1998; 186(6):664-8.
 - Al Hajjar N, Szasz A, Miftode S, Iancu C, Bodea R, Bălă O. Duodenal adenoma - a rare cause of upper gastrointestinal hemorrhage. *Chirurgia (Bucur).* 2008;103(1):117-20. [Article in Romanian]
 - Blanchard DK, Budde JM, Hatch GF 3rd, Wertheimer-Hatch L, Hatch KF, Davis GB, et al. Tumors of the small intestine. *World J Surg.* 2000;24(4):421-9.
 - Zhan J, Xia ZS, Zhong YQ, Zhang SN, Wang LY, Shu H, et al. Clinical analysis of primary small intestinal disease: A report of 309 cases. *World J Gastroenterol.* 2004;10(17):2585-7.
 - Pătrașcu T, Doran H, Strâmbu V, Vilcu M. Small bowel tumors. Clinical course and therapeutic aspects. *Chirurgia (Bucur).* 2006;101(5):477-81. [Article in Romanian]
 - Stănciulea O, Preda C, Herlea V, Popa M, Ulmeanu D, Vasilescu C. Rare indication of cephalic duodenopancreatectomy with total gastrectomy~periampullary carcinoma in moderate form of familial adenomatous polyposis. *Chirurgia (Bucur).* 2007;102(2): 215-20. [Article in Romanian]
 - Hancock RJ. An 11-year review of primary tumors of the small bowel including the duodenum. *Can Med Assoc J.* 1970; 103(11):1177-9.
 - Bülow S, Björk J, Christensen IJ, Fausa O, Järvinen H, Moesgaard F, et al. Duodenal adenomatosis in familial adenomatous polyposis. *Gut.* 2004;53(3):381-6.
 - Vasen HF, Bülow S, Myrholm T, Mathus-Vliegen L, Griffioen G, Buskens E, et al. Decision analysis in the management of duodenal adenomatosis in familial adenomatous polyposis. *Gut.* 1997;40(6):716-9.
 - Hernegger GS, Moore HG, Guillem JG. Attenuated familial adenomatous polyposis: an evolving and poorly understood entity. *Dis Colon Rectum.* 2002;45(1):127-34; discussion 134-6.
 - Saurin JC, Gutknecht C, Napoleon B, Chavaillon A, Ecochard R, Scoazec JY, et al. Surveillance of duodenal adenomas in familial adenomatous polyposis reveals high cumulative risk of advanced disease. *J Clin Oncol.* 2004;22(3):493-8.
 - Peison B, Benisch B. Brunner's gland adenoma of the duodenal bulb. *Am J Gastroenterol.* 1982;77(4):276-8.