

38. Sarli L, Pietra N, Costi R, Gobbi S. *Gallstone ileus: laparoscopic-assisted enterolithotomy*. J Am Coll Surg, 1998;186(3):370-371.

39. Clavien PA, Richon J, Rohner A. *Gallstone ileus*. Br J Surg, 1990;77(7):737-742.

Rezumat

Ileusul biliar reprezintă obstrucția intraluminală a tractului gastrointestinal cu concremente biliare. Litiaza biliară se complică cu patologia dată în 0,3-0,5% și constituie 1-3% din bolnavii cu ocluzie intestinală înaltă. Cea mai înaltă frecvență a patologiei date are în perioadă de vârstă, care cuprinde 65-75 ani. În articol se analizează metodele de diagnostic și tratament a ocluziei intestinale biliare.

Summary

Biliary ileus represents intraluminal obstruction of the gastrointestinal tract by gallstone concretions. Biliary lithiasis is complicated by biliary obstruction in 0,3-0,5%, and biliary ileus represents 1-3 % of total number of patients with small bowel obstruction. The peak of frequency of this pathology is on patients 65-75 year old. In the paper are described methods of diagnosis and treatment of biliary ileus.

LEIOMIOM AL INTESTINULUI SUBȚIRE COMPLICAT CU OCLUZIE INTESTINALĂ PRIN INVAGINAȚIE

Gheorghe Ghidirim¹, academician, **Eugeniu Beschieru**², dr. în medicină, cercet. șt. sup., **Sergiu Berliba**¹, dr. în medicină, conf. univ., **Eugen Capcelea**³, Catedra Chirurgie nr.1 „N. Anestiadi”¹, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică², USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Actualitatea temei.

Leiomiomul este o formațiune tumorală benignă, constituită din celule musculare netede mature. Leiomiomul poate fi localizat pe tot traiectul tubului digestiv, fiind mai frecvent localizat în stomac și intestinul subțire [4].

Diferențierea microscopică între tumorile benigne și maligne cu origine din musculatura netedă întâmpină dificultăți, la momentul actual fiind utilizate criteriile de malignizare propuse de R.W. Evans: dimensiuni celulare sporite, celule mari cu forma neregulată, lipsa diferențierii celulare, prezența celulelor scurte, rotunde cu nuclee ovale, precum și prezența celulelor cu nuclee multipli hiperchromi cu colorație variabilă, mai mult de 5 mitoze în 50 câmpuri de vedere (x400), prezența focarelor de necroză și a embolilor tumorali în lumenul vaselor [11].

Dintre complicațiile leiomiomului putem evidenția: hemoragia gastrointestinală [9], invaginarea cu dezvoltarea tabloului clinic de ocluzie intestinală [10], perforația cu dezvoltarea peritonitei [12].

Scopul: Această lucrare ține să reflecte unele aspecte de evoluție și tratament al leiomiomului intestinal complicat cu ocluzie intestinală acută prin invaginație.

Materiale și metode.

Pacienta C., 38 de ani a fost internată în CNȘPMU cu dureri acute colicative difuze pe tot abdomenul, grețuri, vărsături, xerostomie, fatigabilitate. Îmbolnăvirea a început cu 26 ore în urmă, prin apariția durerilor neclare în abdomen, care pe parcurs au devenit destul de violente. Pacienta, hemodinamic stabilă (Ps. – 78/min, T/A – 120 și 80 mm Hg). Examenul obiectiv atestă un abdomen moderat balonat, simetric, participă în procesul de respirație. Semnele peritoneale negative. Semnul de clapotaj intestinal pozitiv.

Investigațiile paraclinice.

Analiza generală a sângelui: Hb – 148g/l, Er – $4,6 \times 10^{12}/l$, Ht – 0,44, L – $9,8 \times 10^6/l$; trombocite – $295 \times 10^6/l$, nesegmentate – 10, segmentate – 70, limfocite – 16, monocite – 4, VSH – 36.

Analiza biochimică a sângelui – Proteina totală – 55g/l, ureea – 5,6 mmol/l, bilirubina totală – 8

mcmol/l, directă – 2 mcmol/l, indirectă – 6 mcmol/l, ALAT – 60U/l, ASAT – 90 U/l, α – amilaza – 78 U/l, glucoza – 3,8 mmol/l.

EUS determină schimbări difuze în parenchimul pancreasului. Colecistul 60x24 mm cu cristale de 1-2 mm în lumen. Ficatul fără schimbări patologice.

Radiografia abdomenului (pe gol) determină un nivel și o arcadă hidro-aerică, preponderent în mezogastru, ceea ce ne denotă date radiologice de ocluzie intestinală acută înaltă (fig. 1). Întervenții chirurgicale pacienta în trecut n-a suportat. S-a efectuat proba Shwartz unde s-a determinat încetinirea tranzitului intestinal și prezența în continuare a nivelelor hidro-aerice (fig. 2). Peste 10 ore 30 minute de supraveghere și tratament conservator intensiv s-a evidențiat tabloul clinic cu evoluție negativă: menținerea durerilor acute, balonarea abdomenului, lipsa eliminării gazelor și a materiilor fecale, xerostomie. Tabloul radiologic ne relevă multiple nivele și arcade hidro-aerice pe parcursul jejunului și ileomului (fig.3). S-a stabilit către intervenția chirurgicală în regim de urgență.



Fig. 1. Tabloul radiologic: Nivele hidro-aerice



Fig. 2. Proba Shwartz (peste 5 ore)



Fig. 3. Proba Shwartz (peste 10 ore 30 min)

Se intervine chirurgical prin laparotomie mediană. Explorarea intraoperatorie arată o invaginație a intestinului subțire la 60cm de ligamentul Treitz (fig. 4). În momentul dezinvingației manuale am evidențiat o tumoră intraluminală exofită, localizată la nivelul peretelui mezenteric al jejunului (fig. 5). S-a efectuat rezecția a 40 cm de intestin cu anastomoză latero-laterală. Ganglionii limfatici mezenterici și paraaortali n-au fost măriți. Metastaze în ficat nu s-au depistat.

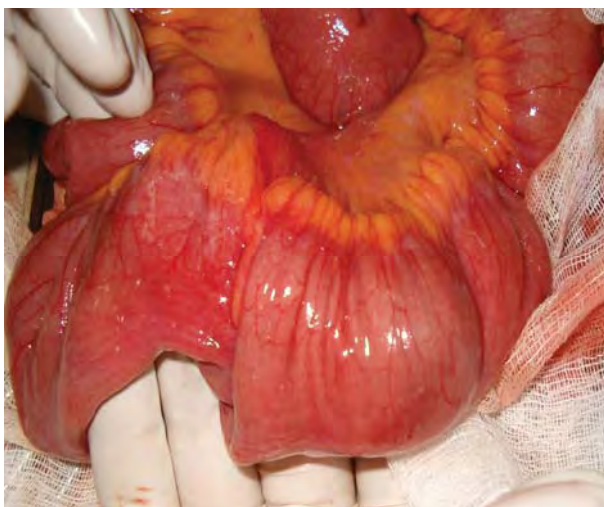


Fig. 4. Invaginația intestinului subțire



Fig.5. Aspectul jejunului după dezinvingație

Examenul anatomopatologic: Macroscopic se evidențiază o formațiune tumorală dezvoltată pe fața mezenterică a jejunului de 40x50mm, care nu interesează mucoasa (fig. 6, 7).



Fig. 6. Tumoră situată pe partea mezenterică a jejunului



Fig. 7. Structura macroscopică a tumorii

Microscopic: examenul histologic demonstrează fibre musculare cu aspect de leiomiom cu infiltrație limfoleucocitară (fig. 8, 9).

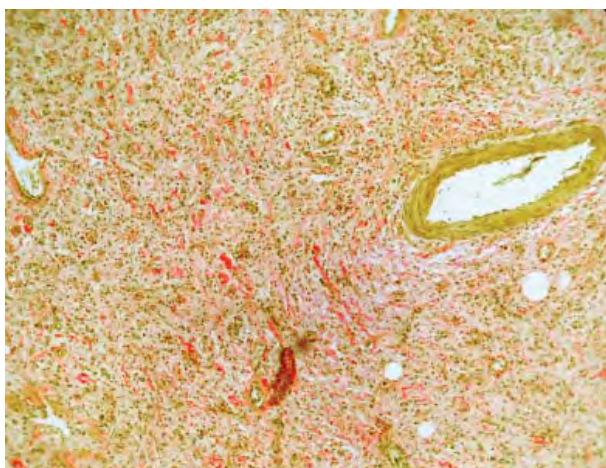


Fig. 8. Colorația Van-Ghieson
Leiomiom al intestinului subțire

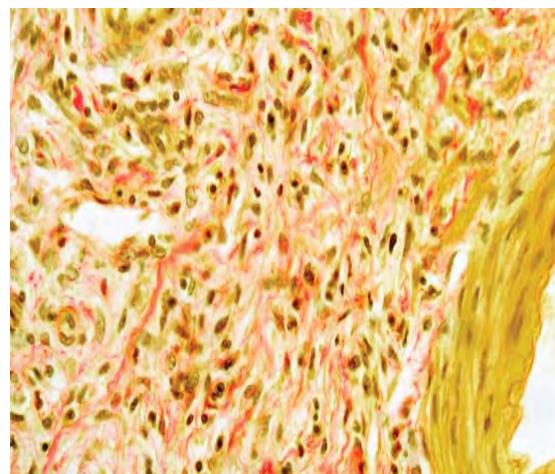


Fig. 9. Colorația Van-Ghieson
Leiomiom al intestinului subțire

Perioada postoperatorie a decurs favorabil. Pacienta a fost externată la a 7-a zi în stare satisfăcătoare.

Discuții. Dintre toate ocluziile intestinale invaginația are o incidență de 1–5 % cazuri [6; 17]. Invaginația intestinală la adulți ocupă 5% din totalul de invaginații [6; 17].

După etiologie, invaginațiile se clasifică în: benigne, maligne și idiopatice. În dependență de localizare invaginația se clasifică în următoarele tipuri: entero-enterică, colo-colică, ileo-colică și ileo-cecală [14]. Invaginația poate fi extraluminală (procese inflamatorii, diverticulul Meckel, aderențe postoperatorii, lipomă, metastaze), intraluminală (procese neoplazice benigne sau maligne) și iatrogenă (apare în urma unor manipulări sau intervenții chirurgicale) [5;13].

Dacă invaginația colonului este determinată aproape întotdeauna de un proces neoplazic malign, atunci invaginația la nivel de intestin subțire în majoritatea cauzelor este benignă. Conform datelor lui J. G. Martin-Lorenzo cauzele benigne ale invaginației, la nivel de intestin subțire, au fost: diverticulul Meckel, pseudotumoră inflamatorie și polipul fibroid [15]. Procesele maligne care determină

invaginația la nivel de intestin subțire sunt extrem de rare, însă posibile. Adenocarcinomul ocupă 30% din toate invaginațiile maligne ale intestinului subțire [7]. Examenul histologic în unele cazuri a evidențiat câteva forme maligne rare: adenoma viloză degenerativă localizată în ileonul terminal și o limfomă dublă a jejunului și ileonului [15].

Mecanismul apariției invaginației acționează prin intermediul undei peristaltice care împinge capul invaginatului în lumenul intestinului adiacent. Capul invaginatului în 90 % este un proces exofit benign, manifestat prin lipoame, leiomiome, neurofibroame, adenoame, polipi inflamatori, tuberculoza viscerală, sindromul Peutz-Jeghers. [2, 8, 16, 17].

Diagnosticul preoperator este nespecific, deseori fiind pus în timpul intervenției chirurgicale [15].

La copii tratamentul chirurgical al invaginației intestinale, deseori se reduce la dezinvacinare manuală (în 40-80%), pe când la maturi se porcede la rezecții intestinale [1; 3].

Concluzii:

1. Evoluția clinică a leiomiomului intestinal este asimptomatică, depistându-se primar în timpul intervenției chirurgicale.
2. Tratamentul leiomiomului intestinal este chirurgical, prin rezecția în bloc unic al intestinului subțire fără limfodisecție.

Bibliografie selectivă

1. Akcay M.N., Polat M., Cadirci M., Gencer B. *Tumor induced ileoileal invagination in adults*. Am. Surg. 1994, 60: 980–981.
2. Alkim C., Sasmaz N., Alkim H., Caglikulekci M., Turhan N. *Sonographic findings in intussusception caused by a lipoma in the muscular layer of the colon*. J. Clin. Ultrasound, 2001, 29: 298–301.
3. Alvarez A., Ciriza C., Garcia J., Sanchez A., Diaz-Rubio M. *Invaginacion ileal dependiente de leiomioma como causa de obstruccion intestinal intermitente*. An. Med. Intern., 1995, 12: 505–507.
4. Appelman H., Helwig E.B. *Cellular leiomyomas of the stomach in 49 patients*. Arch. Patol. Lab. Med., 1977; 101(7): 303–307.
5. Archimandritis A.J., Hatzopoulos N., Hatzinikolaou P., Sougioultzis S., Kourtesas D., Papastratis G., Tzivras M. *Jejunogastric intussusception presented with hematemesis: a case presentation and review of the literature*. BMC Gastroenterol 2001; 1:1.
6. Azar T., Berger D.L. *Adult intussusception*. Ann. Surg., 1997; 226: 134–138.
7. Begos D.G., Sandor A., Modlin I.M. *The diagnosis and management of adult intussusception*. Am. J. Surg., 1997; 173: 88-94.
8. Carels R.A., Ibelings M.G., Jongsma C.K., Wismans P.J. *Invagination in adults*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1997; 141: 2122–2126.
9. Chen C.W., Jao S.W., Wu C.C., Ou J.J., Hsiao C.W., Chao P.C. *Massive lower gastrointestinal hemorrhage caused by a large extraluminal leiomyoma of the colon: report of a case*. Dis. Colon Rectum. 2008; 51(6): 975–978.
10. Edna T.H. *Colo-rectal intussusception due to a leiomyoma*. Acta Chir. Scand. 1978; 144(6): 409-410.
11. Evans RW. *Histological appearances of tumors with a consideration of their histogenesis and certain aspects of their clinical features and behaviour*. Edinburgh, UK: Livingstone; 1956, p. 773.
12. Ghidirim Gh., Mișin I., Zastavnitchi Gh. *Leiomiom al colonului transvers- sursă neobișnuită de peritonită* Jurnalul de Chirurgie, Iași, 2009, Vol. 5, Nr. 1. P.68-71.
13. Ishii M., Teramoto S., Yakabe M., Yamamoto H., Yamaguchi Y., Hanaoka Y., Ouchi Y. *Small intestinal intussusceptions caused by percutaneous endoscopic jejunostomy tube placement*. J. Am. Geriatr. Soc 2007; 55: 2093–2094.
14. Marinis. A., Yiallourou. A., Samanides. L., Dafnios. N., Anastasopoulos G., Vassiliou. I., Theodosopoulos T. *Intussusception of the bowel in adults: A review*. World Journal of Gastroenterology, 2009, January 28; 15(4): 407- 411.
15. Martin-Lorenzo J. G., Torralba-Martinez A., et all. *Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management*. Int. J. Colorectal Dis., 2004, 19: 68–72.
16. Naganuma H., Ishida H., Konno K., Komatsuda T., Sato M., Funaoka M., Fujimori S. *Intussusception in Peutz-Jeghers syndrome: sonographic findings*. Abdom. Imaging, 1999, 24: 333–335.

17. Pinero A., Rios A., Castellanos G., Carrasco M., Parrilla P. *Intestinal invagination in the adult*. Gastroenterol. Hepatol., 1998, 21: 398–400.

Rezumat

Leiomiomul intestinului subțire are o evoluție asimptomatică, deseori manifestându-se deja prin complicații destul de severe. Vă comunicăm un caz de leiomiom al jejunului complicat, cu ocluzie intestinală acută prin invaginație. O femeie de 38 ani a fost internată cu tabloul clinic de ocluzie intestinală înaltă. Intraoperator a fost depistată o invaginație a intestinului subțire, cauzată de un leiomiom, situat pe partea mezenterică a intestinului subțire. A fost efectuată rezecția intestinului subțire cu anastomoză primară. Examenul histologic a determinat un leiomiom intraluminal. Perioada postoperatorie a decurs favorabil. Pacienta a fost externată la a 7-a zi în stare satisfăcătoare.

Summary

Leiomyoma of bowel has an uncommon evolution and very often it is primarily manifested by severe complications. We provide one case of leiomyoma of the jejunum complicated with severe intestinal occlusion through invagination. A 38-year old female patient was admitted with high intestinal occlusion. The intraoperative intervention showed a small intestine invagination caused by one leiomyoma, situated in mesenteric wall of the small intestine. A small intestine resection with primary anastomosis has been performed. Histological tests showed an intraluminal leiomyoma. The postoperative period was favorable. The patient discharged on the 7th postoperative day.

FITOBEZOARUL GASTRIC ASOCIAT CU ULCERE GASTRICE HEMORAGICE

Gheorghe Ghidirim¹, academician, **Igor Mișin**², dr. hab. în medicină, conf. univ.,
T. Melnic³, șef secție Traumatism asociat, **E. Capcelea**⁴, medic chirurg, **M. Brînză**⁵, medic
radiolog, **M. Cernat**⁶, medic rezident, chirurg, Catedra Chirurgie nr. 1 „N. Anestiade”,
CNȘPMU

Introducere

Bezoarul este o concrețiune calculoasă formată din corpi străini (resturi vegetale, fire de păr, substanțe medicamentoase) și resturi alimentare nedigerate, toate fixate în tractul gastrointestinal. Ei conțin sau sunt formați dintr-o gamă largă de substanțe, dar cele mai des conțin fibre și resturi vegetale (fitobezoar), fire de păr (trihobezoar), substanțe solide medicamentoase (farmacobezoar) [1] și mai rar concentrate de lapte (lactobezoar), material plastic, poliester (plastobezoar), resturi de bumbac (bezoar de bumbac) [2]. Cea mai frecventă localizare este stomacul [3], dar se mai întâlnesc în duoden, pe intestinul subțire, gros, rect, ocazional chiar în esofag [4]. Tabloul clinic depinde de localizare și se poate prezenta de la asimptomatic până la sindromul de abdomen acut. Bezoarele gastrice se pot asocia cu ulcere gastrice, dar complicația cea mai frecventă este reprezentată de ocluzia intestinală, cauzată de migrarea fragmentelor de fitobezoar; uneori apare anemia, hematemeza, melena, perforația și peritonita [1]. În articolul de față autorii prezintă un caz de fitobezoar gastric, asociat cu ulcere gastrice hemoragice, rezolvat prin rezecție gastrică tip Billroth I și revista literaturii contemporane în ceea ce privește bezoarele gastrice.

Prezentarea cazului.

Pacientul G.M. 20 de ani s-a prezentat în mod urgent în unitatea de chirurgie a IMSP Spitalului Clinic Municipal de Urgență, după 3 zile de la debutul bolii cu acuze: dureri în epigastru, vomă cu „zaț de cafea”, scaun „melană”, slăbiciuni generale. Pacientul prezenta anamnezic de disconfort și dureri periodice în epigastru timp de 1 lună. Bolnavul a fost examinat de consiliul de medici și internat în secția de reanimare.

Examenul clinic general la internare a relevat un pacient cu stare generală de gravitate medie, astenic, cu ponderabilitate scăzută, tegumente palide. Pulsul 92 bătă/min, TA=110/70