

benign and malignant etiologies are described. The authors present the literature review on this rare clinical entity.

Резюме

Изолированные варикозные узлы вен проксимального отдела пищевода редко наблюдается при варикозном расширении вен пищевода вызванном портальной гипертензией и известны в англо-саксонской литературе под названием „downhill varices”. Они расположены в верхней трети пищевода, и, как правило, вызваны окклюзией верхней полой вены. Однако, описаны причины как доброкачественной так и злокачественной природы, которые могут вызвать появление „downhill varices”. Представлен обзор литературы по данному вопросу.

INVAGINAȚIA INTESTINALĂ LA ADULT

Gheorghe Ghidirim, dr. hab. în med.,
prof. univ., academician

Igor Mișin, dr. hab. în med., conf. cercetător,
M. Cernat, rezident

Catedra de Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”,
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-
Pancreatică, Universitatea de Medicină și
Farmacie “Nicolae Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgență

Introducere

Invaginația a fost semnalată pentru prima dată în anul 1674 de către Barbette de la Amsterdam, dar abia în 1789 John Hunter a făcut un raport detaliat despre această patologie. În 1871 Sir Jonathan Hutchinson primul a operat cu succes un copil cu invaginație [1]. Invaginația este definită drept telescoparea unui segment proximal al tractului gastrointestinal (ansa aferentă – *intussusceptum*) prin contracții progresive ale musculaturii netede într-un segment distal adiacent (ansa eferentă – *intussusciens*) (figura 1).

Uneori invaginațiile pot fi tranzitorii (mai ales la copii), dar de obicei persistă din cauza contracțiilor peristaltice continue, care pot duce la ocluzie intestinală, responsabilă pentru majoritatea simptomelor manifestate [2]. Istoricul natural al invaginației netratate poate continua cu implicarea mezoului, care devine întins și comprimat, ulterior insuficiență vasculară, strangulare și necroză care, la rândul ei, poate duce la perforare, peritonită și moarte.

Incidența la copii și la adulți diferă considerabil. Invaginația constituie 1-5% din toate cazurile de ocluzie intestinală la adulți [2-4, 17]. Mecanismul

invaginației la copii este idiopatic în 90% din cazuri și, de obicei, acesta nu are un substrat morfologic [5]. Printre condițiile care pot declanșa invaginația la copii se numără influențele infecțioase sau caracteristicile anatomice ale intestinului în curs de dezvoltare. La adulți, invaginația apare în rezultatul acțiunii unui factor declanșator aflat în mucoasă, intramural sau extrinsec, care acționează ca un pivot de tracție a segmentului proximal în cel distal [2]. Managementul invaginației la adult rămâne a fi un subiect controversat.



Fig. 1. Imagine intraoperatorie. Telescoparea unui segment proximal într-un segment distal adiacent.

Etiologie

Trecerea bolului alimentar prin intestin este un mecanism complicat care alternează constricția și relaxarea musculaturii netede a intestinului. Orice leziune care modifică tiparul normal al peristaltismului este capabilă să declanșeze o invaginație. Ea poate apărea în orice segment al intestinului subțire sau gros, dar cel mai des sunt detectate invaginații enteroenterice sau colocolonice. Localizările preferate sunt joncțiunile dintre segmentele nefixate și retroperitoneale (de exemplu, joncțiunea ileocecală) sau dintre segmentele fixate prin aderențe [6]. Potrivit diferiților autori, invaginațiile sunt clasificate conform localizării lor în: enteroenterice, ileocolice, ale apendicelui, cecocolice, colocolice, rectoanale și ale stomei. Duodenul, stomacul și esofagul sunt mai puțin frecvent implicate în invaginații, deoarece aceste organe sunt mai puțin mobile, și mai des apar la copii sau postoperator.

Invaginațiile la adulți constituie circa 5% din totalul de invaginații raportate și între 1% și 5% din totalul de ocluzii intestinale. Nu există diferențe

semnificative între bărbați și femei în ceea ce privește incidența. Aproximativ 90% din invaginațiile la adulți vor avea un factor declanșator, iar 10% vor fi idiopatice [1, 7-10]. Potrivit literaturii, în două treimi din cazurile provocate, factorul declanșator sunt tumorile benigne (figura 2) sau maligne, cu următoarea predilecție: cele mai multe invaginații la adulți sunt enterice (până la 75%) și cele mai multe leziuni enterice sunt benigne – adenoame, lipoame, leiomioame, hemangioame (tabelul 2) [1, 4, 8-10]. La celelalte o treime din cazurile de invaginații factorul declanșator nontumoral este reprezentat de infecțiile virale, aderențele postoperatorii, diverticulul Meckel, granuloamele Crohn, ulcerele intesinale (Yersinia) sau terapia anticoagulantă iregulată (ce cauzează hemoragii submucoase) [8-10]. Invaginațiile idiopatice sau primare apar în majoritatea cazurilor în intestinul subțire, iar factorul declanșator sau leziunile ce le provoacă nu pot fi determinate [4].

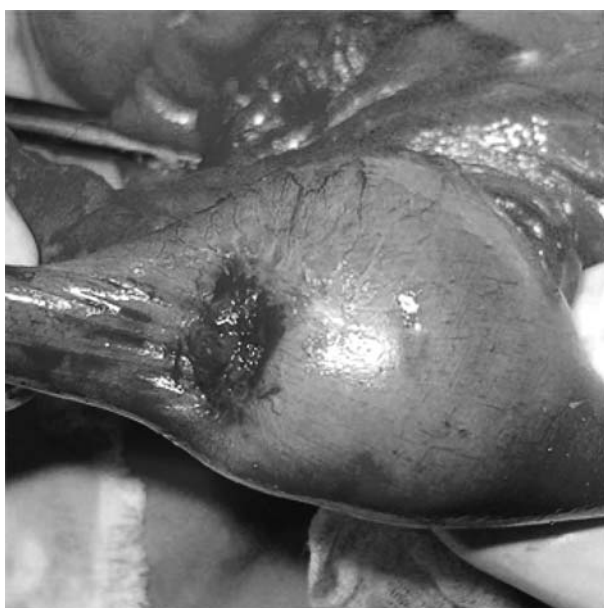


Fig. 2. Imagine intraoperatorie. Tumoră a intestinului subțire ca factor declanșator al invaginației.

Dintre leziunile maligne ale intestinului subțire fac parte leiomiosarcoamele, limfoamele, tumorile stromale gastrointestinale, tumorile carcinoide [2, 9] (tabelul 1). Invaginațiile intestinului subțire, cauzate de tumori maligne, au mai des ca factor declanșator metastaze ale tumorilor primare cu altă localizare – cancer pulmonar, melanom metastatic, limfom [1].

Mai puțin frecvente decât cele enterice sunt invaginațiile colonului, incidența fiind de circa 25% [7, 9], însă sunt mai susceptibile de a avea un factor declanșator malign. După unii autori, cea mai frecventă cauză malignă este adenocarcinomul primar, iar cea mai frecventă cauză nonmalignă este lipomul [7, 14].

Tabelul 1
Cauzele invaginațiilor intestinale la adulți [2]

Enterice		Colonice	
Benigne	Maligne	Benigne	Maligne
Aderențe	Adenocarcinom	Adenom	Adenocarcinom
Adenom	Tumoare carcinoidă	Pseudopolip inflamator	Limfom
Celiachia	Leiomiosarcom	Lipom	Sarcom
Maladia Crohn	Limfom		
Endometrioza	Carcinom metastatic		
Tumori stromale maligne (GIST)	(cel mai frecvent – melanom)		
Hemartom	Tumori stromale maligne (GIST)		
Hemangiom	Tumori neuroendocrine		
Polip inflamator			
Lipom			
Diverticul Meckel			
Neurofibrom			
Sindromul Peutz-Jegher			
Tuberculoza			
Hemoragii submucoase după terapie anticoagulantă neregulată			

Alți autori sugerează că raportul leziunilor benigne/maligne pare a fi similar, atât în colon, cât și în intestinul subțire [1, 8, 9]. Recent în literatură au apărut studii ce cataloghează o categorie separată de invaginații – ileocolice –, care par a poseda factorul declanșator malign în 100% cazuri [1, 8]. Goh et al. a confirmat statistic, în cadrul unei analize multivariate, că localizarea invaginației (enterică versus colonică) reprezintă un factor de prognostic de malignitate la adulți, la fel precum nivelul scăzut de hemoglobină (<120 g/l) reprezintă un factor de risc pentru malignitate în invaginațiile la adult [7].

Unii autori sugerează o diferență geografică în localizarea invaginațiilor, ca exemplu servind obiceiurile alimentare, răspândirea paraziților în centrul și vestul Africii, cu predominarea invaginațiilor cecocolice [2].

Prezentare clinică

În contrast cu invaginațiile pediatrice, care se prezintă cu un debut brusc al durerilor abdominale accentuate de mișcări, cu țipete și letargie, clinica invaginațiilor la adulți se deosebește considerabil. Simptomele pot avea manifestări acute, subacute sau cronice (intermitente). Cei mai mulți pacienți prezintă simptome nespecifice, care depind de localizarea

și de urgență. În plus, în mâinile medicilor-radiologi experimentați are o sensibilitate și specificitate similară cu cea a TC; la fel, ecografia asigură un studiu pe toate planurile și în timp real, ceea ce este important, deoarece invaginarea este adesea un fenomen dinamic [16]. Ultrasonografia Doppler detectează necroză intestinală prin determinarea fluxului vascular compromis către ansa aferentă. Dezavantajele majore ale acestei metode sunt mascarea structurilor anatomice de meteorismul pronunțat, constant în ocluziile intestinale, și obezitatea [4, 17].

În ultimii ani, TC abdominală a fost raportată a fi examenul imagistic cel mai sensibil în stabilirea diagnosticului preoperator de invaginație [7, 9, 14, 18, 19], cu toate că unii autori consideră că TC nu stabilește semnele specifice ale invaginației [12] sau că TC preoperator nu este necesară dacă ultrasonografia stabilește semnele specifice invaginației [3]. Altă opțiune pentru confirmarea diagnosticului preoperator de ocluzie a intestinului subțire sau suspexie de invaginație enteroenterică este examenul baritat cu soluție BaSO₄, care detectează aspectul de „arc elicoidal” cu canal central îngustat (din cauza pătrunderii soluției de bariu printre pereții anselor invaginate). Conform Wang et al., irigoscopia și colonoscopia sunt metode eficiente de diagnostic în caz de suspexie a ocluziei intestinale a colonului, prin precizarea cauzei benigne sau maligne a factorului declanșator [10, 21]. Irigoscopia detectează invaginațiile în 50%-85% cazuri [9, 10, 14]. În același studiu se raportează că majoritatea leziunilor aflate distal de joncțiunea ileocecală pot fi ușor detectate prin colonoscopie, iar colonoscopia intraoperatorie poate fi utilă în diferențierea cauzelor benigne de cele maligne înainte de reducerea invaginației. Aplicând rezultatele colonoscopiei, se poate executa un management chirurgical limitat în condiții specifice prin apendectomie, polipectomie sau diverticulotomie, obținându-se o porțiune de intestin necompromisă după reducere mecanică [10]. Cu toate acestea, există studii ce nu susțin efectuarea biopsiei endoscopice sau polipectomiei la pacienții cu un tablou clinic mai îndelungat al bolii, din cauza riscului mare de perforație în timpul efectuării manipulației pe un substrat tisular cu ischemie cronică și posibilă necroză [1].

Laparoscopia este un instrument excelent în evaluarea invaginației la un pacient cu suspexie de ocluzie intestinală, cu toate că nu este un examen imagistic. Ea permite identificarea localizării invaginației, a naturii factorului declanșator și a prezenței ansei intestinale compromise. La fel, laparoscopia ajută la alegerea localizării optime a inciziei, pentru a minimiza lungimea acesteia [14].

Tratament

Tratamentul invaginațiilor la adulți este contro-

versat, în ciuda disponibilității unui spectru larg de investigații imagistice. Nu există un algoritm universal de tratament al invaginațiilor. Majoritatea autorilor sunt de acord că laparotomia este obligatorie, luând în considerare posibilitatea existenței unei leziuni patologice ce stă la bază [9]. Dezbaterile vizează problema rezecției intestinului afectat „en bloc” sau reducerea primară a invaginației. Rezecția „en bloc” elimină posibilitatea recidivei, evită anastomoza pe un intestin edemațiat sau compromis. Teoretic, rezecția „en bloc,” fără reducere mecanică, evită riscurile de perforație, diseminarea microorganismelor sau celulelor tumorale în cavitatea peritoneală sau în patul venos după manipularea intestinului ischemizat, friabil. Unii chirurghi promovează rezecția „en bloc” a tuturor cazurilor de invaginație la adulți, indiferent de localizare (enterică sau colonică) sau cauză (benignă sau malignă) (figura 3) [4, 9, 15, 19, 22, 24]. În plus, rezecția leziunilor colonului trebuie privită din perspectiva oncologică, cu o limfodisecție riguroasă, dacă prezența malignității nu se poate exclude [9, 10, 15]. Excepție fac doar aderențele postoperatorii, care permit efectuarea reducerii mecanice fără rezecție, atâta timp cât intestinul este viabil [9].

Totodată, studii mai recente recomandă o abordare selectivă a rezecției, luând în considerare localizarea invaginației, care reflectă tipul factorului patologic declanșator. Acești autori sunt adepți ai rezecțiilor „en bloc” ale tuturor leziunilor colonice, din cauza ratei ridicate de malignitate, dar promovează rezecții limitate ale intestinului subțire, unde patologia malignă este mai rară [1, 4, 8, 11, 16, 19]. Autorii propun mai întâi reducerea leziunilor enterice, în special în cazurile în care diagnosticul preoperator este determinat benign. În plus, în multe cazuri malignitățile ce cauzează invaginații reprezintă implanturi metastatice, iar beneficiul unei rezecții sub aspect oncologic este pus la îndoială, în timp ce rezecția intestinului afectat este argumentată pentru evitarea recidivei.

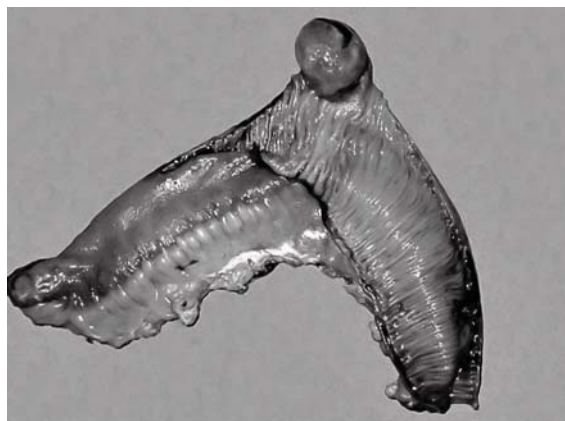


Fig. 3. Porțiune de intestin subțire rezecat „en bloc” cu tumoră.

Concluzii

Invaginațiile la adulți sunt rare, cel mai frecvent secundare unor factori declanșatori patologici situați în mucoasă. Stabilirea diagnosticului preoperator este dificil, din cauza simptomelor nonspecifice, intermitente. Cele mai utile metode de diagnostic sunt ultrasonografia și TC. Tactica chirurgicală este stabilită intraoperator, datorită variațiilor etiologice ale substratului patologic, și necesită o abordare selectivă a volumului operator în cazul leziunilor enterice, pe când toate leziunile colonice necesită rezecție „en bloc”.

Bibliografie

- Zubaidi A., Al-Saif F., Silverman R. *Adult intussusception: a retrospective review*. Dis. Colon. Rectum, 2006; 49(10):1546-1551.
- Cera S.M. *Intestinal intussusception*. Clin. Colon Rectal Surg. 2008; 21(2):106-113.
- Morera-Ocón F.J., Hernández-Montes E., Bernal-Sprekelsen J.C. *Intestinal invagination in adults: Presentation of a case and a review of the Spanish literature*. Cir. Esp., 2009; 86(6):358-362.
- Begos D.G., Sandor A., Modlin I.M. *The diagnosis and management of adult intussusception*. Am. J. Surg., 1997; 173(2):88-94.
- Yakan S., Caliskan C., Makay O., Denecli A.G., Korkut M.A. *Intussusception in adults: clinical characteristics, diagnosis and operative strategies*. World J. Gastroenterol., 2009; 15(16):1985-1989.
- Sachs M., Encke A. *Entero-enteral invagination of the small intestine in adults. A rare cause of "uncertain abdomen"*. Langenbecks Arch. Chir. 1993; 378(5):288-291.
- Goh B.K., Quah H.M., Chow P.K., Tan K.Y., Tay K.H., Eu K.W., Ooi L.L., Wong W.K. *Predictive factors of malignancy in adults with intussusception*. World J. Surg., 2006; 30(7):1300-1304.
- Erkan N., Hacıyanlı M., Yildirim M., Sayhan H., Vardar E., Polat A.F. *Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons*. Int. J. Colorectal Dis., 2005; 20(5):452-456.
- Azar T., Berger D.L. *Adult intussusception*. Ann. Surg., 1997; 226(2):134-138.
- Wang L.T., Wu C.C., Yu J.C., Hsiao C.W., Hsu C.C., Jao S.W. *Clinical entity and treatment strategies for adult intussusceptions: 20 years' experience*. Dis. Colon Rectum., 2007; 50(11):1941-1949.
- Eisen L.K., Cunningham J.D., Aufses A.H. Jr. *Intussusception in adults: institutional review*. J. Am. Coll Surg., 1999; 188(4):390-395.
- Tabrizian P., Nguyen S.Q., Greenstein A., Rajhbarrysingh U., Argiriadi P., Barlow M., Chao T.E., Divino C.M. *Significant parameters for surgery in adult intussusception*. Surgery., 2010; 147(2):227-232.
- Chiang J.M., Lin Y.S. *Tumor spectrum of adult intussusception*. J. Surg. Oncol. 2009; 99(7):457.
- Barussaud M., Regenet N., Briennon X., de Kerviler B., Pessaux P., Kohneh-Sharhi N., Lehur P.A., Hamy A., Leborgne J., le Neel J.C., Mirallie E. *Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusceptions: a multicentric study*. Int. J. Colorectal Dis., 2006; 21(8):834-839.
- Weilbaecher D., Bolin J.A., Hearn D., Ogden W. *Intussusception in adults. Review of 160 cases*. Am. J. Surg., 1971; 121(5):531-535.
- Martín-Lorenzo J.G., Torralba-Martinez A., Li-rón-Ruiz R. et al. *Intestinal invagination in adults: pre-operative diagnosis and management*. Int J Colorectal Dis. 2004; 19(1):68-72.
- Wang N., Cui X.Y., Liu Y. et al. *Adult intussusception: a retrospective review of 41 cases*. World J. Gastroenterol., 2009; 15(26):3303-3308.
- Gayer G., Zissin R., Apter S. et al. *Adult intussusception - a CT diagnosis*. Br. J. Radiol. 2002; 75:185-190.
- Takeuchi K., Tsuzuki Y., Ando T. et al. *The diagnosis and treatment of adult intussusception*. J. Clin. Gastroenterol., 2003; 36:18-21.
- Marinis A., Yiallourou A., Samanides L. et al. *Intussusception of the bowel in adults: a review*. World J. Gastroenterol., 2009; 15(4):407-411.
- Hanan B., Diniz T.R., da Luz M.M. et al. *Intussusception in adults: a retrospective study*. Colorectal Dis., 2010; 12(6):574-578.
- Gupta V., Doley R.P., Subramanya Bharathy K.G. *Adult intussusception in Northern India*. Int. J. Surg., 2011 Jan 22. [Epub ahead of print].
- Ghaderi H., Jafarian A., Aminian et al. *Clinical presentations, diagnosis and treatment of adult intussusception, a 20 years survey*. Int. J. Surg., 2010; 8(4):318-320.
- Tan K.Y., Tan S.M., Tan A.G., Chen C.Y., Chng H.C., Hoe M.N. *Adult intussusception: experience in Singapore*. ANZ J. Surg., 2003; 73(12):1044-1047.

Rezumat

Invaginațiile la adulți sunt rare. Cel mai des triggerii invaginațiilor reprezintă tumori benigne sau maligne, situate în mucoasă. Cel mai frecvent simptom la prezentare este durerea. CT abdominală a fost raportată a fi cea mai sensibilă metodă de diagnostic de vizualizare a invaginației în perioada preoperatorie. Intervenția chirurgicală este metoda de tratament de elecție, dar volumul ei este determinat intraoperator.

Summary

Intussusceptions in adults are rare. Benign or malignant neoplasms situated in the mucosa act as a lead point for the invaginations. Pain is the most frequent symptom at presentation. Abdominal CT was reported to be the most sensitive preoperative diagnostic method. The treatment of choice is surgical but the volume is appreciated during the operation.

Резюме

Инвагинации у взрослых встречаются редко. Наиболее распространенные триггеры инвагинации доброкачественного или злокачественного происхождения и находятся в слизистой. Наиболее распространенным симптомом на презентации является боль. КТ брюшной полости наиболее чувствительный метод визуализации в предоперационной диагностике инвагинации. Методом выбора является хирургическое лечение, но объем резекции определяется интраоперационно.

HEMANGIOMUL ESOFAGULUI

Gheorghe Ghidirim, dr. hab. în med., prof. univ., academician,

Igor Mișin, dr. hab. în med., conf. cercet.,

Andrei Dolghii, dr. în med.,

Elina Șor, asist. univ.

Catedra de Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”,
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică,
Universitatea de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Introducere

Hemangiomul esofagului (HE) reprezintă o tumoare benignă vasculară, cu incidență destul de rară [1–10], care poate cauza complicații amenințătoare pentru viață prin dezvoltarea hemoragiei sau obstrucției [1, 3, 11–15]. Actualmente sunt descrise până la 100 de cazuri de hemangiom al esofagului în literatura mondială de specialitate [2, 5].

Prezentăm un caz clinic cu hemangiom al esofagului la o pacientă în vârstă de 41 de ani, care a fost rezolvat prin scleroterapia endoscopică.

Caz clinic. Bolnava în vârstă de 41 de ani a fost internată într-un mod planificat cu diagnosticul: varicele esofagiene gr. III. La internarea pacienta prezenta acuze la dureri retrosternale moderate periodice, ce apar în timpul mesei. La examinarea endoscopică inițială (figurile 1A, 1B), în treimea inferioară a esofagului, pe peretele anterior, la o distanță de 4,0 cm de la joncțiunea esofago-gastrică a fost vizualizată o formațiune tumoriformă 5.0 x 4.0 cm, ovală, nodulară, de culoare albastră, de consistență dur-elastică, imobilă, cu închiderea lumenului esofagului cu 50%. Stomacul și duodenul – fără particularități.



Fig. 1A. Formațiune tumoriformă de formă ovală, de culoare albastră (imagine endoscopică).

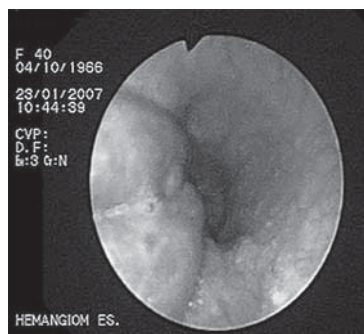


Fig. 1B. Hemangiom al esofagului, ce închide lumenul esofagului cu 50% (imagine endoscopică).

Examinarea radiologică baritată a relevat prezența unui defect de umplere rotunjit pe o bază largă în treimea inferioară a esofagului, fără întârzierea de evacuare a masei baritate (figura 2).

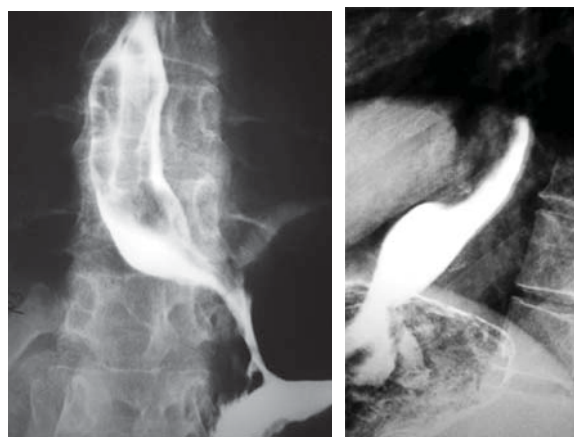


Fig. 2. Defect de umplere rotunjit în treimea inferioară a esofagului.

La tomografia computerizată (TC) s-a depistat o formațiune tumorală în lumenul esofagului (figura 3).