

INVAGINAȚIA INTESTINALĂ LA ADULT - O PROVOCARE DIAGNOSTICĂ ȘI TACTICĂ PENTRU CHIRURG

CORNEL IANCU, RALUCA BODEA, SIMONA MĂRGĂRIT,
IGOR RACU-AMOĂȘII, DANA IANCU, TEREZIA MUREȘAN,
PRABIR BORUAH

Clinica Chirurgie III Cluj-Napoca

Rezumat

Invaginația este o cauză rară de ocluzie intestinală la adult, cu simptomatologie nespecifică, dar care în evoluție poate antrena complicații cu potențial letal. În majoritatea cazurilor diagnosticul de stabilește intraoperator, moment în care chirurgul va trebui să țină seama de două aspecte: localizarea invaginației și amploarea sacrificiului de masă intestinală. Dacă în invaginațiile colonice tactica unanim acceptată este de a rezece segmentul interesat fără reducerea invaginației și cu limite de siguranță oncologice, cauza fiind de cele mai multe ori neoplazică, în majoritatea invaginațiilor intestinului subțire leziunea cauzatoare este benignă, ceea ce permite reducerea și rezecția intestinală limitată. Prezentăm un caz de invaginație intestinală rezolvat cu succes în clinica noastră, la care tactica operatorie a fost conformă recomandărilor literaturii de specialitate.

Cuvinte cheie: invaginația intestinală, adult, tactică operatorie.

INTESTINAL INVAGINATION IN ADULTS – A DIAGNOSTICALLY AND TACTICALLY CHALLENGE FOR THE SURGEON

Abstract

Invagination is a rare cause of intestinal occlusion in adults. Its symptomatology is non-specific, but its evolution can induce potentially lethal complications. Diagnosis is made intraoperatively in most cases and therefore, the surgeon must take into consideration two aspects, i.e. the location of the invagination and the size of the intestinal sacrifice. The unanimously accepted tactics in colon invagination is resecting the affected segment without reducing the invagination but also ensuring safe oncological margins, as the most frequent cause of invagination is neoplasm. Most small intestine invaginations, however, are caused by benign lesions, which allows reduction and restrictive intestinal resection. This paper presents one case of intestinal invagination, which was successfully resolved in our clinic and in which the employed surgical tactics was concordant with speciality literature recommendations.

Keywords: intestinal invagination, adult, surgical tactics.

Introducere

Cazurile de invaginație intestinală la adult sunt atât de rare, încât unii autori afirmă că un chirurg va întâlni în întreaga sa carieră 1-2 astfel de situații [1,2]. Rathore [3] raportează o frecvență a acestei patologii de 1/30.000 de cazuri spitalizate, 1/1300 intervenții chirurgicale abdominale, 1/30-1/100 cazuri operate cu ocluzie intes-

tinală. Aceste cifre concordă cu cele ale altor studii, care estimează o frecvență de apariție a bolii la adult de 1-5 % din cazurile de ocluzie intestinală [2]. Pentru chirurg, această boală reprezintă o dublă provocare: este dificil a o diagnostica preoperator datorită simptomatologiei nespecifice, iar pe de altă parte, abordarea tactică este încă subiect de controversă în mediile de specialitate. Ambele aspecte sunt însă de importanță majoră: nediagnosticată, boala poate duce la complicații potențial letale, iar alegerea tipului de intervenție chirurgicală trebuie să țină cont atât de posibilitatea existenței unei leziuni maligne asociate, cât și de amploarea sacrificiului de masă intestinală.

Articol intrat la redacție în data de: 16.10.2009

Primit sub formă revizuită în data de: 01.06.2010

Acceptat în data de: 02.06.2010

Adresa pentru corespondență: dr_cornel_iancu@yahoo.com

Prezentare de caz

Pacientă în vârstă de 29 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, se internează de urgență în Clinica Chirurgie III Cluj acuzând dureri epigastrice, febră, grețuri, vărsături alimentare și inapetență, simptome cu debut de 24 de ore. Palpatoric, se decelează un bloc tumoral în fosa iliacă dreaptă, diametru 15/7 cm, sensibil. Analizele de laborator se încadrează în limite normale. Ecografic se constată că structura palpată e formată dintr-un conglomerat de anse enterale și nu se evidențiază lichid în cavitatea peritoneală. Cazul se interpretează ca bloc apendicular. Se inițiază tratament antibiotic și anti-inflamator. În următoarele 24-48 ore, formațiunea din fosa iliacă dreaptă se reduce mult în dimensiuni, concomitent cu apariția unor scaune diareice sanguinolente. Pacienta nu acuză dureri abdominale și nu sunt prezente semne de iritație peritoneală. Hematologic se constată scăderea moderată a hemoglobinei și a hematocritului, fără leucocitoză. Se repetă examinarea ecografică, care evidențiază lichid liber, transonic, în cavitatea peritoneală, fără a mai decela conglomeratul de anse. Se intervine chirurgical. Intraoperator se evidențiază lichid serocitrin în cantitate mare în cavitatea peritoneală, anse enterale destinse cu conținut mixt și prezența unei invaginații ileo-cecale ce implică 100 cm ileon necrozat. S-a redus invaginația și s-a practicat enterectomie lărgită cu anastomoză ileo-ileală T-T. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă. Pacienta s-a externat vindecată, în ziua 10 postoperator. Examenul morfopatologic a evidențiat prezența unei formațiuni tumorale polipoide ileale, de 2/2/2 cm, fără elemente de malignitate.



Fig. 1. Aspect intraoperator.

Discuții

Primul caz de invaginație intestinală a fost raportat de Barbette din Amsterdam, în anul 1674 [4]. Descrierea bolii avea să o facă John Hunter în 1789 [5], iar în 1871, Sir Jonathan Hutchinson a fost primul chirurg care a operat cu succes un copil diagnosticat cu invaginație intestinală [6].

Boala se clasifică după localizare și după etiologie.

Astfel, din punct de vedere al localizării, Dean [7] propune următoarele patru tipuri de invaginație: entero-enterică, ileo-cecală, ileo-colică și colo-colică. În forma ileo-cecală, ileonul terminal prolabează în colon prin valvula ileo-cecală, iar în forma ileo-colică, valvula lui Bauhin reprezintă punctul „leader” al invaginației. Celelalte tipuri de invaginație implică telescoparea unui segment de intestin într-altul similar. Din punct de vedere etiologic, distingem invaginații care apar pe fondul unor leziuni benigne sau maligne și invaginații idiopatice. Invaginațiile idiopatice se întâlnesc mai frecvent la copil și sunt localizate la nivelul valvei ileo-cecale, probabil datorită mobilității mai mari a ileonului terminal și a cecului [8]. La adult, nu reprezintă mai mult de 8-20 % din totalul de cazuri [2], iar mecanismul lor de producere nu este încă elucidat. În restul situațiilor, se identifică o leziune care a favorizat invaginația. La nivelul intestinului subțire această leziune este de regulă benignă: tumoră benignă, leziune inflamatorie, bride, aderențe, diverticul Meckel. Doar 30 % din leziunile care produc invaginația intestinului subțire sunt neoplasme, majoritatea dintre acestea fiind metastaze [9]. O situație complet diferită se întâlnește în invaginațiile intestinului gros, unde etiologia malignă se întâlnește în peste 66 % din cazuri [9,10]. Aceste proporții sunt deosebit de importante, chirurgul trebuind să le cunoască pentru a-și adapta tactica operatorie la fiecare caz, mai ales atunci când nu dispune de un diagnostic preoperator.

Mecanismul de producere a invaginației pe o leziune preexistentă recunoaște tulburări de peristaltică, constând într-o contracție susținută a musculaturii netede parietale prelezionale și o relaxare distal de obstacol, favorizându-se astfel telescoparea unui segment intestinal în cel subjacent [2,9,10].

Boala poate îmbrăca două forme: acută și cronică, ambele dificil de diagnosticat datorită simptomelor nespecifice. La adult mai frecvent se întâlnește forma cronică, subocluzivă, manifestată prin grețuri, vărsături, balonări, constipație [11,12], triada acută (dureri abdominale, diaree sanguinolentă și masă palpabilă) fiind specifică copiilor. Majoritatea adulților cu invaginație acută prezintă semnele ocluziei intestinale.

Cea mai sensibilă metodă de diagnostic paraclinic a invaginației este computer-tomografia, caracteristice fiind semnul „țintei”, evidențierea vascularizației intralumenale și aspectul reniform al unei mase abdominale [1,12]. CT permite localizarea invaginației, vizualizează leziunea „leader” și poate sugera natura ei, oferă o stadializare a neoplaziei. Kim [13] definește semnele care să permită diferențierea unei invaginații idiopatice (absența ocluziei proximal, semnul „țintei”, păstrarea structurii trilaminare a peretelui intestinal) de o invaginație cu leziune preexistentă (obstrucție proximală, edem parietal cu pierderea structurii trilaminare intestinale, vizualizarea leziunii). Importanța acestei descrieri derivă din posibilitatea scăderii numărului de intervenții chirurgicale, beneficiari fiind pacienții cu

invaginație idiopatică recentă. Mai accesibilă decât CT, neinvazivă și repetitivă, este ecografia abdominală, care, în fereastră transversală oferă semnul “țintei”, iar în fereastră longitudinală, pe cel al masei reniforme [12]. Avantajul major al ecografiei este posibilitatea urmăririi în dinamică a pacientului, invaginația fiind ea însăși o patologie cu evoluție progresivă [11]. Radiografia abdominală pe gol, efectuată de rutină la pacienții cu ocluzie, confirmă existența acesteia și permite localizarea obstacolului. Examinările radiologice cu contrast și cele endoscopice localizează obstrucția și vizualizează leziunea care a produs-o. Cu toate că unele investigații paraclinice ar permite reducerea invaginației, rezolvând astfel complicația, această atitudine nu este recomandată la adult, dat fiind procentul redus de invaginații idiopatice. Soluția terapeutică susținută de majoritatea autorilor [1-3,10-14] este cea chirurgicală.

Polemicele apar cu privire la tactica operatorie. Dacă în situația invaginațiilor colonice ideea unanim acceptată este de a se efectua o rezecție oncologică fără reducerea în prealabil a invaginației, posibilitatea existenței unei leziuni maligne fiind mare, în cazul invaginațiilor enterale intră în discuție procentul mic de neoplazii asociate și amplexarea sacrificiului de masă intestinală. Studii recente susțin reducerea invaginației înaintea rezecției [2,11,12,14,15,16]. Astfel se pot aprecia exact limitele enterectomiei, păstrând cât mai mult din masa enterală și se poate evita hemicolectomia dreaptă. În plus, pacienții la care invaginația a fost cauzată de aderențe sau diverticul Meckel, pot beneficia, după reducere, doar de adezioliză și diverticulectomie [2]. Cei care recomandă rezecția fără reducerea invaginației argumentează prin riscul mobilizării unor posibile celule maligne, cel al perforării enterale accidentale și contaminării intraperitoneale și cel al efectuării unei anastomoze pe țesuturi deja inflamate [17]. O situație aparte o reprezintă pacienții cu sindrom Peutz-Jeghers, la care invaginația este recurentă, iar atitudinea recomandată este de a reduce invaginația și a efectua o enterectomie redusă sau o polipectomie, conservând cât mai mult din intestin [16].

La pacienta pe care noi am prezentat-o, atitudinea terapeutică a fost dictată de localizarea ileo-cecală a invaginației și de vârsta ei tânără. În aceste circumstanțe, rareori cauza invaginației este o tumoră malignă. Ca prim gest, s-a efectuat reducerea invaginației, ceea ce a permis, în final, evitarea hemicolectomiei drepte și un sacrificiu mai mic de masă enterală.

Concluzii

Invaginația intestinală la adult este o patologie rară, dificil de diagnosticat clinic preoperator datorită manifestărilor nespecifice. Cea mai utilă metodă de diagnostic paraclinic este computer-tomografia abdominală. Tactica operatorie va fi adaptată în funcție de

localizarea bolii și natura leziunii cauzatoare, dacă aceasta s-a putut stabili. Astfel, rezecțiile oncologice fără reducere prealabilă a invaginației sunt recomandate în cazul tuturor invaginațiilor colonice și în cazul celor enterale unde există un diagnostic pre- sau intraoperator de neoplazie. Nu se va reduce invaginația în situațiile în care segmentul receptor al acesteia este necrozat. Restul cazurilor pot beneficia de reducerea invaginației urmată de tratament specific, păstrând astfel cât mai mult din masa intestinală. Ca și alternativă la metoda clasică de abord, pot intra în discuție rezecțiile laparoscopice.

Bibliografie

- McKay R. Ileocecal Intussusception in an Adult: the Laparoscopic Approach. *JLS* 2006; 10:250-253.
- Erkan N, Hacıyanlı M, Yildirim M, Sayhan H, Vardar E, Polat AF. Intussusception in adults: an unusual and challenging condition for surgeons. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 452-456.
- Rathore MA, Andrabi SI, Mansha M. Adult intussusception-a surgical dilemma. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2006; 18(3): 3-6.
- Barbette P. *Oeuvres Chirurgiques et Anatomiques*. Geneva: Francais Miegé, 1674.
- Hunter J. On intussusception (read Aug 18, 1789). In: Palmer JF, ed. *The Works of John Hunter, FRS* London. London: Longman, Rees, Orme, Brown, Green, Longman, 1837:587-93.
- Hutchinson J. A successful case of abdominal section for intussusception. *Proc R Med Chir Soc* 1873;7:195-8.
- Dean DL, Ellis FH, Sauer WG. Intussusception in adults. *Arch Surg* 1956;73:6-11.
- Nagorney DM, Sarr MG, McIlrath DC. Surgical management of intussusception in the adult. *Ann Surg* 1981;193:230-6.
- Begos MN, Sandor A, Modlin I. The diagnosis and management of adult intussusception. *Am J Surg* 1997; 73:88-94.
- Takeuchi K, Tsuzuki Y, ando T. The diagnosis and treatment of adult intussusception. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36:18-21.
- Martin-Lorenzo JG, Torralba-Martinez A, Liron-Ruiz R, et al. Intestinal invagination in adults: preoperative diagnosis and management. *Int J Colorectal Dis* 2004; 19:68-72.
- Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, et al. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol* 2009; 15(4): 407-411.
- Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics* 2006; 26:733-744.
- Yalamarthy S, Smith RC. Adult intussusception: case report and review of literature. *Postgrad Med J* 2005; 81:174-177.
- Chang CC, Chen YY, Chen YF, Lin CN, Yen HH, Lou HY. Adult intussusception in Asians: clinical presentations, diagnosis and treatment. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22(11):1767-71.
- Barussaud M, Regenet N, Briennon X, et al. Clinical spectrum and surgical approach of adult intussusception: a multicentric study. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 834-839.
- Eisen LK, Cunningham JD, Aufses AH Jr. Intussusception in Adults: Institutional Review. *J Am Coll Surg* 1999; 188(4): 390-395.