

COLITĂ ISCHEMICĂ. PREZENTARE DE CAZ

C. Lupașcu, D. Andronic, Gabriela Canschi
Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu” Iași,
Centrul de cercetare în chirurgie generală clasică și laparoscopică
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

ISCHAEMIC COLITIS. CASE REPORT (Abstract): *Background.* Ischemic colitis is very rare in our country; there are difficulties in diagnosis and surgical treatment, and the late diagnosis in advanced cases causes a high rate of fatalities. *Case.* A 73-year old woman was presented with melena, diffuse abdominal pain, nausea and vomiting. Laboratory evaluation revealed a WBC of 20,900/mm³, blood glucose level of 194 mg/dl, without other abnormalities. Plain abdominal radiography and abdominal ultrasound were normal. Emergency exploratory laparotomy revealed a rubbery hard colon, without the normal aspect of haustrations, feeling like a parenchymatous organ, from the left colic angle to the recto-sigmoid junction. The dissection of the origin of the inferior mesenteric artery proved its complete thrombosis. We performed a left colectomy with terminal colostomy on the transverse colon. Postoperative course was uneventful. Nine months after the first operation, we restored the continuity of the digestive tract by a colo-rectal anastomosis, without any problems.

KEY WORDS: ISCHEMIC COLITIS

Correspondență: Dr. Cristian Lupașcu, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței nr. 1, 700111, Iași

INTRODUCERE

Scăderea irigației arteriale la nivelul colonului poate avea urmări care variază de la leziuni complet reversibile, decelabile doar microscopic, până la necroza ischemică totală a peretelui colic. Printre factorii predispozanți citați în literatură se numără vârsta înaintată, ateroscleroza cu diversele ei manifestări, tromboza sau embolia arterei mezenterice inferioare, ligatura sa iatrogenă, insuficiența sau aritmiile cardiace, intervențiile chirurgicale pentru aneurisme ale aortei abdominale, șunt aorto-iliac, administrarea de vasopresină, cocaină, contraceptive orale etc. [1,2].

Prin raritatea lor, cazurile de acest tip sunt mai puțin familiare chirurgilor, iar dificultățile de diagnostic în urgență cresc riscul neadoptării unei conduite terapeutice adecvate și rapide, cu consecințe tragice pentru pacient. Din aceste motive am considerat utilă prezentarea unui caz de colită ischemică din experiența clinicii noastre.

PREZENTAREA CAZULUI

Pacienta M.E., în vârstă de 73 de ani, s-a prezentat la Unitatea de Primire a Urgențelor a Spitalului „Sf. Spiridon” Iași cu melenă, dureri abdominale difuze, greață și vărsături alimentare. Debutul durerilor abdominale a fost descris cu aproximativ 7 zile în urmă, inițial predominant în fosa iliacă stângă și periombilical, ulterior cu tendință la extindere în întreg abdomenul; în ultimele 3 zile, durerile se accentuează și se asociază cu greață și vărsături alimentare. Pacienta era diagnosticată anterior cu cardiopatie ischemică cronică dureroasă și hipertensiune arterială, pentru care se află sub un tratament sporadic și pe care nu îl poate preciza.

Examenul local a evidențiat un abdomen destins simetric de volum, care participă la mișcările respiratorii, dureros difuz spontan și la palpare, cu intensitate maximă în flancul și fosa iliacă stângă. Examenul digital rectal evidențiază melenă, fără leziuni decelabile la nivel ano-rectal inferior.

Explorările de laborator au arătat glicemie – 194 mg/dl (pacienta nu se cunoștea diabetică anterior internării), leucocitoză (20.900 leucocite/mm³), valori normale ale hemogramei și restului analizelor biochimice. Radiografia abdominală simplă a arătat absența nivelurilor hidro-aerice, iar ecografia abdominală nu a decelat elemente patologice.

S-a intervenit chirurgical în urgență pe cale mediană supra- și subombilicală; intraoperator am constatat aspect de cordon dur cu diametrul de aproximativ 4 cm, elastic și cu haustre șterse la nivelul colonului, începând de la nivelul unghiului stâng și până în vecinătatea joncțiunii recto-sigmoidiene. Pe baza experienței personale anterioare (un caz de colită ischemică apărută după un stent la un pacient cu anevrism de aortă, anterior asimptomatic) și a identificării trombozei arterei mezenterice inferioare disecate la origine, am stabilit diagnosticul de colită ischemică (Fig. 1) și am efectuat o hemicolecomie stângă cu anus terminal pe colonul transvers.

La deschiderea piesei de exereză am constatat leziuni ischemice cu aspect cronic pornind de la mucoasă, fără interesarea în întregime a peretelui colic. Am remarcat zonele de tranziție proximală și distală (Fig. 2) între regiunile de aspect normal (vascularizate de ramuri arteriale cu alte origini decât artera mezenterică inferioară) și regiunea colonului descendent și sigmoid, unde leziunile erau cel mai evidente.

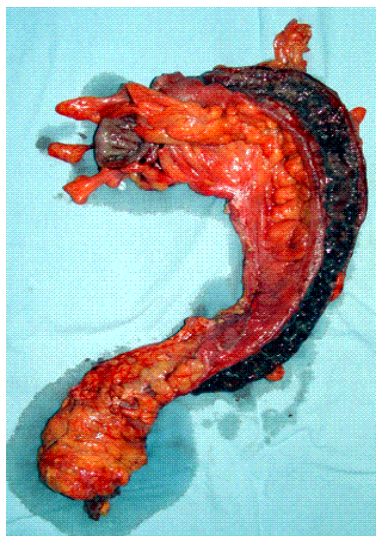


Fig. 1: Aspect al piesei de rezecție

Examenul anatomo-patologic a arătat fragmente colice cu zone întinse de necroză hemoragică totală a mucoasei, hemoragii și edem masiv, cu tromboze venoase în submucoasă, precum și infiltrat inflamator polimorf difuz în întreg peretele, cu depozite fibrino-hemoragice la seroasă.

Evoluția postoperatorie a fost lent favorabilă, cu reluarea tardivă a tranzitului intestinal datorită impactării colonului proximal cu fecaloame ce au fost extrase digital prin colostomie.

La 9 luni de la prima intervenție, am restabilit continuitatea tubului digestiv printr-o anastomoză colo-rectală termino-terminală.

DISCUȚII

Patogenia acestei boli, atunci când apariția ei nu este cauzată de ocluzia arterei mezenterice inferioare, este insuficient cunoscută. Mucoasa colică devine edematoasă iar colonoscopia poate arăta zone hemoragice mucoase însoțite și de ulceratii. În cazurile ușoare, seroasa colonului poate apărea nemodificată, iar în formele severe se ajunge la gangrenă de perete colic. De obicei, arteriografia selectivă nu evidențiază o leziune vasculară specifică sugerând faptul că este vorba de o leziune ce se manifestă la nivelul microcirculației colonice.

Cel mai frecvent este afectat unghiul colic stâng al colonului, probabil datorită faptului că aceasta reprezintă o zonă periferică atât pentru artera mezenterică superioară, cât și pentru cea inferioară.

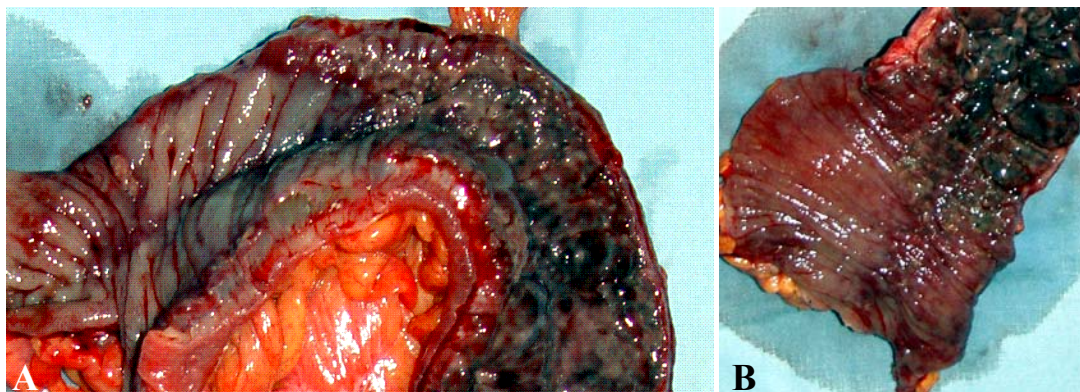


Fig. 2 A - zona de tranziție proximală; B – zona de tranziție distală

Tratamentul depinde de severitatea ischemiei. La pacienții ce au dureri abdominale moderate, leucocitoză minimă sau subfebrilități, pacientul va fi atent urmărit și va beneficia de un tratament conservator, inclusiv antibiotice. În cazurile severe, peretele colic este îngroșat și se poate ajunge la necroză, cu dureri abdominale intense, peritonită și sepsis sever. În acest caz, celiotomia se impune de urgență, cu rezecția intestinului ischemic și colostomie sau ileostomie. La acest grup de pacienți, morbiditatea și mortalitatea sunt ridicate.

CONCLUZII

Colita ischemică este o afecțiune rară în țara noastră, cu tablou clinic înșelător, diagnostic preoperator extrem de dificil în condiții de urgență (când explorarea endoscopică a unui colon nepregătit nu este posibilă) și chiar cu dificultăți semnificative de diagnostic intraoperator pentru un chirurg neavizat.

Cheia succesului în tratamentul colitei ischemice este cunoașterea existenței acestei entități, evocarea sa în cadrul diagnosticului diferențial al sindroamelor dureroase abdominale ale vârstnicului sau în prezența unuia dintre factorii predispozanți, precum și intervenția chirurgicală de urgență pentru rezecția segmentelor colice necrozate [3,4].

Neprezentarea în timp util la medic, precum și nerecunoașterea gravității semnelor clinice, cu întârzierea diagnosticului pot duce la sepsis sever cu insuficiență organică multiplă (MODS), atât prin translocația bacteriană masivă și eliberarea în circulație de produși toxici de la nivelul colonului ischemic, cât și prin peritonita stercorală consecutivă gangrenei peretelui colic, cu evoluție adesea fatală.

BIBLIOGRAFIE

1. * * *: Ischaemic colitis- www.gastrolab.net
2. Liaras H, Neichardt JH, Tairraz JP: Acute necrosing colitis and enteritis. Nosologic and patogenic attempt- - Pubmed-PMID5719369;
3. Higgins P.D.R., Davis K.J, Laine L.: The epidemiology of ischaemic colitis, www.medscape.com
4. * * *: Ischaemic colitis-General Practice Notebook - www.gpnotebook.co.uk