

## HEMATOCHEZIE POSTTROMBOLIZĂ, FACTOR DE DIAGNOSTIC CLINIC AL NEOPLAZIILOR TUBULUI DIGESTIV

V. Scripcariu<sup>1</sup>, Elena Dajbog<sup>1</sup>, I. Radu<sup>1</sup>, R. Dănilă<sup>1</sup>,  
Adriana Pricop<sup>2</sup>, Irina Ristescu<sup>3</sup>, C. Dragomir<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clinica a III-a Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

Centrul de Cercetare în Chirurgie Oncologică și Training în Chirurgia Generală

<sup>2</sup> Departamentul de radiologie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

<sup>3</sup> Clinica A.T.I. Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

**POSTHROMBOLYSIS HAEMATOCHESIS, DIAGNOSIS ELEMENT FOR COLONIC COLO-RECTAL CANCER (Abstract):** Colonic cancer has a high incidence in European eastern population. In Romania an accurate screening protocol for colorectal cancer is not effective. The diagnosis is made sometimes by chance, due to some other medical comorbidities. We are presenting in this paper, the case of a 57 years old patient that after an emergency thrombolysis for acute myocardial infarction develops inferior digestive haemorrhage as sign of presence of a possible colorectal diseases susceptible to this sign.

KEY WORDS: THROMBOLYSIS, COLONIC CANCER

Correspondență: Conf. Dr. Viorel Scripcariu, Clinica a III-a Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței nr. 1, Iași, România, 700111; e-mail: vscripcariu@gmail.com\*

### INTRODUCERE

Neoplaziile tubului digestiv sunt diagnosticate frecvent în stadii avansate când tratamentul cu viză de radicalitate oncologică este dificil de abordat. Descoperite întâmplător, datorită unor comorbidități ale pacienților, intervenția chirurgicală modifică favorabil prognosticul oncologic al pacientului.

### PREZENTAREA CAZULUI

Pacientul RI în vârstă de 57 de ani se prezintă în urgență la o clinică medicală pentru dureri localizate precordial și dispnee. Examenul clinic și investigațiile paraclinice (electrocardiograma, enzime cardiace) evidențiază un infarct miocardic antero-septal supraacut. Se practică în urgență tromboliză cu Alteplază. Evoluția este favorabilă, pacientul prezentând la evaluarea dinamică posttromboliză angină pectorală precoce postinfarct și tahicardie supraventriculară. Ca efect secundar al tratamentului trombolitic al infarctului miocardic acut pacientul prezintă un episod de hemoragie digestivă inferioară exteriorizat prin hematochezie. Stabil din punct de vedere cardiologic pacientul este investigat suplimentar în vederea precizării sursei hemoragiei. Tușeul rectal nu evidențiază la nivel anal sau rectal ampular inferior prezența unor leziuni cu potențial hemoragic. Examenul colonoscopic efectuat până la valva ileo-cecală evidențiază la nivelul colonului transvers în regiunea unghiului splenic, un calibru colonic micșorat și prezența unei formațiuni tumorale vegetante, ulcerate dezvoltate în virolă. Se decide direcționarea pacientului către Clinica a III-a Chirurgică a Spitalului „Sf. Spiridon”, Iași în vederea evaluării și stabilirii conduitei terapeutice.

La internarea în clinica chirurgicală bio-umoral pacientul prezintă un sindrom anemic (Hb=8,1 g/dL, Ht=27,5%), leucocitoză moderată, VSH accelerat (107mm/1 h) și trombocitoză

---

\* received date: 13.06.2007  
accepted date: 20.06.2007

(586000 tr/mm<sup>3</sup>/μL), ecografia transabdominală relevând prezența în hipocondrul stâng a unei cocarde, imagine sugestivă pentru formațiune tumorală malignă localizată la nivelul tubul digestiv. Evaluarea statusului cardio-vascular preoperator evidențiază o fracție de ejeție de 45% și vârful cordului akinetic, elemente care nu contraindică tratamentul chirurgical. Se intervine chirurgical, intraoperator confirmându-se suspiciunea de diagnostic. Se practică colectomie stângă și reconstrucția tubului digestiv prin anastomoză colo-colică termino-terminală. Evoluția postoperatorie imediată în terapie intensivă este grevată de două episoade angină pectorală instabilă, cu enzime cardiace la limita superioară a normalului și tahicardie paroxistică supraventriculară. Pacientul se externează 9 zile postoperator după o evoluție lent favorabilă cu reluarea dificilă a tranzitului intestinal și prezența unui meteorism abdominal important, stabil hemodinamic, compensat cardio-vascular și vindecat chirurgical.

Rezultatul examenului anatomo-patologic al piesei de exereză chirurgicală evidențiază macroscopic un fragment de colon de 28 de cm cu tumoră circumferențială, ulcerată, de 5 cm, situată, la 7 cm de unul dintre capetele de rezecție. Seroasa prezintă depozite sero-fibrinoase în zona corespunzătoare tumorii și aderențe epiploice, sugerând depășirea seroasei. Din punct de vedere microscopic se evidențiază un adenocarcinom moderat diferențiat, cu depășirea seroasei și invazie în peritoneu, ulcerat, trei dintre cei 10 ganglioni limfatici examinați prezintă metastază de adenocarcinom, pT4N1MxG2.

La 10 zile după externare pacientul se prezintă și este internat în urgență pentru sindrom ocluziv înalt, manifestat prin dureri abdominale difuze, abdomen destins, vărsături. Dezechilibrat hidroelectrolitic pacientul este supus unui tratament intensiv de reechilibrare; se intervine chirurgical practicându-se laparotomie exploratorie. Intraoperator se constată prezența unei ocluzii intestinale prin bride peritoneo-viscerale. Se practică liza aderențelor și peretele abdominal se reface cu inele din sârmă de oțel. Evoluția postoperatorie este influențată permanent de episoade de angină instabilă.

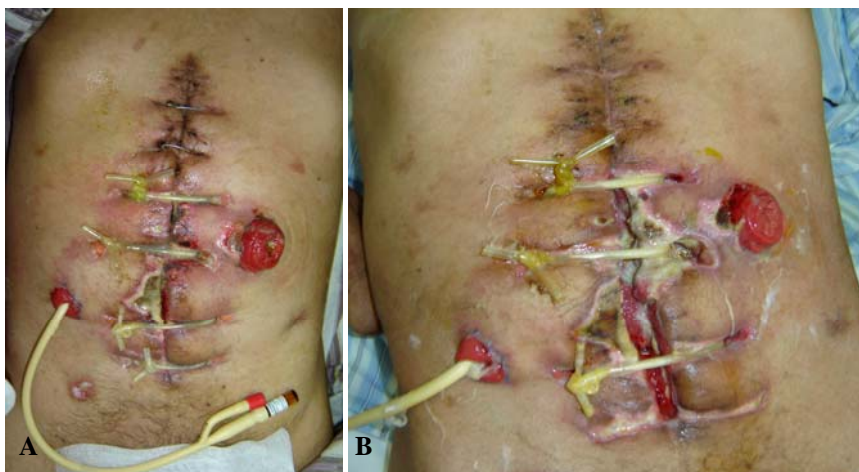
Din punct de vedere al reluării toleranței digestive și al tranzitului intestinal acestea sunt defectuoase în primele zile, examenul clinic în dinamică al pacientului evidențiind permanent un abdomen destins de volum, meteorizat și grețuri.

Pacientul își reia tranzitul intestinal, însă în ziua 6 postreintervenție dezvoltă o fistulă intestinală, localizată la nivelul intestinului subțire și care se manifestă prin exteriorizarea unui lichid de secreție digestivă cu aspect biliar la nivelul plăgii abdominale. Starea generală bună a pacientului precum și debitul redus al fistulei (cca 200 mL/zi) permite abordarea unui tratament conservator – montarea unei aspirații active a fistulei și tratament antisecretor digestiv (pantoprazol i.v. și octreotid). Evoluția fistulei digestive se complică cu un episod de hemorgie ce se produce la 2 zile după deschiderea fistulei, sângerare exteriorizată la nivelul peretelui abdominal pe topografia fistulei digestive. Se optează pentru explorarea chirurgicală a sursei hemoragiei. Intraoperator se evidențiază, după îndepărtarea parțială a suturii din sârmă de oțel, o fistulă de intestin subțire ce interesează aproape în întregime circumferința intestinului și prezența a două perforații intestinale de mici dimensiuni situate pe intestinul subțire una dintre acestea fiind situată la nivelul marginii mezenterice a intestinului. Se practică enterectomie segmentară, lavaj amplu și datorită procesului inflamator de reparație intraabdominal, nu se poate reface continuitatea digestivă cele două segmente de intestin subțire exteriorizându-se paramedian la dreapta și la stânga liniei medioabdominale sub forma unei ileostomii Brooke și respectiv, a unei jejunostomii extramucoase. Abdomenul se închide în planuri anatomice cu inele de plastic.

Postoperator pacientul sub tratament suportiv pentru refacerea dezechilibrelor hidro-electrolitice are o evoluție lentă dar favorabilă fiind supus unui tratament cu nitrați administrați i.v. cu remiterea episoadelor de angină. Alimentarea pacientului este mixtă parenterală și enterală Alimentația enterală este asigurată prin intubarea jejunostomiei extramucoase cu o

sondă Foley pe care s-au administrat soluții nutritive hipercalorice cea parenterală fiind complexă prin combinații de soluții hiperproteice și lipidice.

Evoluând afebril cu leucogramă normală susținut prin aport nutritiv combinat cu compoziție complexă și anatomie lezională definită de intervenția anterioară pacientul este supus unei noi intervenții chirurgicale în intenția de a se reconstrui continuitatea digestivă. Se desființază jejun- și ileostomia, se practică enterectomie segmentară și anastomoză jejun-ileală termino-terminală. Postoperator pacientul are evoluție simplă lipsită de complicații și se externează după 11 zile de la ultima intervenție.



**Fig. 1 Aspect postoperator:**

- A. abdomen închis cu inele de plastic, 2 stomii de intestin subțire (ziua 7 post intervenția de derivație a conținutului tubului digestiv);  
 B. Ziua 15 post aceeași intervenție, suprimarea inelelor de sârmă de la nivelul polului superior al inciziei, pol inferior eviscerație blocată.

## DISCUȚII

Unul dintre efectele secundare ale tratamentului trombolitic pentru infarct miocardic acut este hemoragia cu localizare diversă, pentru cazul prezentat fiind o complicație favorabilă pentru prognosticul la distanță a pacientului. Am considerat ca fracția de ejeecție scăzută însoțită de o posibilă ateromatoză a arterelor ce vascularizează tubul digestiv au influențat negativ reluarea tranzitului intestinal crescând gradul ileusului paralic postoperator, modificând astfel evoluția pacientului [1]. Evoluția postoperatorie dificilă a pacientului a avut raport direct cu afecțiunea cardiologică, perforațiile intestinale fiind probabil cauzate de prezența unei ischemii intestinale permanente datorată unei fracții de ejeecție scăzute postinfarct. Această suspiciune a fost ridicată de localizarea uneia dintre perforațiile intestinale la nivelul marginii antemezenterice intestinale. Capacitatea plastică crescută a creat dificultăți chirurgului atât prin dezvoltarea unei ocluzii intestinale prin bride viscero-parietale cât și prin apariția unor adeziuni între peritoneul parietal și cel visceral care au fost dificil de desființat în timpul ultimei intervenții chirurgicale de reconstrucție a continuității tubului digestiv [2].

Este de remarcat faptul că pacientul a fost tratat chirurgical pentru neoplasm precoce după tromboliza, neexistând probleme de hemostaza intraoperatorie sau postoperatorie singurele dificultati datorându-se fragilității vasculare și capacitatii de refacere tisulara postoperatorie crescuta care au fost sursa unora dintre compliții.

## CONCLUZII

Deși complicație de temut a tratamentului trombolitic [3-6], hemoragia, provenind în acest caz de la nivelul tubului digestiv a semnalat prezența unui neoplasm colonic vegetant ulcerat [5-7]. Datorită morbidității cardiologice importante evoluția postoperatorie a pacientului a fost grevată de multiple complicații.

Prognosticul oncologic al pacientului este favorabil prin excizia în limite oncologice de siguranță a tumorii și prin stadiul TNM, evoluția fiind însă influențată de tarele cardiologice angina pectorală postinfarct și fracție de ejeție scăzută.

## BIBLIOGRAFIE

1. Swischuk JL, Fox PF, Young K, Hussain S, Smouse B, Castaneda F, Brady TM. Transcatheter intraarterial infusion of rt-PA for acute lower limb ischemia: results and complications. *J Vasc Interv Radiol.* 2001; 12(4): 423-430.
2. Scripcariu V, Carlson G, Bancewicz J, Irving MH, Scott NA. Reconstructive abdominal operations after laparostomy and multiple repeat laparotomies for severe intra-abdominal infection. *Br J Surg.* 1994; 81(10): 1475-1478.
3. Wagstaff AJ, Gillis JC, Goa KL. Alteplase. A reappraisal of its pharmacology and therapeutic use in vascular disorders other than acute myocardial infarction. *Drugs.* 1995; 50(2): 289-316.
4. Roudaut R, Lafitte S, Roudaut MF, Courtault C, Perron JM, Jais C, Pillois X, Coste P, DeMaria A. Fibrinolysis of mechanical prosthetic valve thrombosis: a single-center study of 127 cases. *J Am Coll Cardiol.* 2003; 41(4): 653-658.
5. Kandarpa K. Catheter-directed thrombolysis of peripheral arterial occlusions and deep vein thrombosis. *Thrombosis and Haemostasis.* 1999; 82(2): 987-996.
6. Semba CP, Murphy TP, Bakal CW, Calis KA, Matalon TA. Thrombolytic therapy with use of alteplase (rt-PA) in peripheral arterial occlusive disease: review of the clinical literature. *J Vasc Interv Radiol.* 2000; 11(2): 149-161.
7. Suggested Guidelines for Thrombolytic Treatment of Acute Myocardial Infarction. Committee on Thrombolysis of the B.C. Cardiac Society, Co-chairmen: Thomas Ashton, Mark Henderson, Richard Mildemberger, John Webb. 1994.