

HEMATOM SPONTAN ORGANIZAT AL MEZOULUI INTESTINULUI SUBȚIRE

Gh. Ghidirim, I. Mișin, Gh. Zastavnițchi, E. Condrațchi
Catedra Chirurgie nr. 1 „N. Anestiadi”
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică
Spitalul Clinic Municipal de Urgență
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Chișinău,
Republica Moldova

SPONTANEOUS MESENTERIC HEMATOMA (Abstract): Spontaneous small bowel mesentery or retroperitoneal hematomas are rare pathology occurring in absence of any trauma, anticoagulant therapy, vessel's anomaly or systemic inflammatory disease. We present a case of a 23-year old male patient diagnosed with small bowel mesentery hematoma that corresponds to the „spontaneous” definition, who was admitted three days after onset accusing pain and a tumorous mass in the mesogastric region. Abdominal US and CT revealed a high density tumorous mass with well defined borders and nonhomogenous content, localized anterior to the left kidney, being in intimate contact with the small bowel loops and the transverse colon. Surgery was performed and the mesenteric hematoma was completely removed. Histological examination revealed characteristic changes for encapsulated hematoma. Postoperative period was uneventful, the patient being disease free during 24 months follow-up.

KEY WORDS: HEMATOMA, MESENTERIC, SPONTANEOUS

Correspondență: Conf. Dr. Igor Mișin, str. Muncești nr. 52, ap.60, 2001, Chișinău, Republica Moldova;
Tel: (+ 37322) 83-24-65; Fax: (+ 37322) 52-20-08; e-mail: mishin_igor@mail.ru*

INTRODUCERE

Noțiunea de hematom mezenteric spontan este controversată. Unii autori o definesc ca un hematom al spațiului retroperitoneal sau al mezoului intestinal doar în absența traumatismului, iar alții, atât ca o patologie ce apare în lipsa traumatismului, cât și în absența tratamentului anticoagulant, malformațiilor vasculare sau afecțiunilor inflamatorii de sistem, formațiunilor maligne sau pancreatitei acute [1-7]. În literatură sunt prezentate cazuri sporadice de hematoame spontane ale mezoului intestinului subțire [3-5]. Prezentăm un caz clinic de hematom spontan al mezoului intestinului subțire, metodele și criteriile diagnostice și de tratament, precum și un review al literaturii.

PREZENTARE CAZ

Bolnavul C.B. de 23 ani a fost internat la 3 zile de la debutul simptomatologiei, cu dureri și formațiune palpabilă în mezogastru și flancul stâng al abdomenului, subfebrilități, grețuri, astenie fizică și xerostomie.

*received date: 10.02.2009

accepted date: 5.03.2009

Pacientul nu prezintă antecedente de traumatisme abdominale, intervenții chirurgicale, tratament anticoagulant, maladii sistemice și hematologice.

La examenul obiectiv se constată un abdomen simetric, dureros în mezogastru și flancul stâng, unde se palpează o formațiune dură, elastică, cu mobilitate redusă de cca 80 x 60 mm. Tranzitul intestinal este păstrat.

Patologic, la analizele de laborator s-a găsit leucocitoză ($14,3 \times 10^3$ /dL), indice de protrombină de 105% și un fibrinogen de 5,3 g/L (VN=2-4 g/L).

Ecografia abdominală decelează o formațiune cu conținut neomogen de 85 x 60 x 50 mm, care este în contact cu colonul transvers și anse ale intestinului subțire, fără a se putea determina apartenența de organ.

Se practică examen computer tomografic (CT), unde se descoperă că formațiunea tumorală abdominală de 85 x 65 mm, are un contur regulat, densitate neomogenă cu zone hiperdense, cu perete de 15 mm, localizată anterior de rinichiul stâng în contact cu ansele de intestin subțire și cu colonul transvers (Fig. 1).

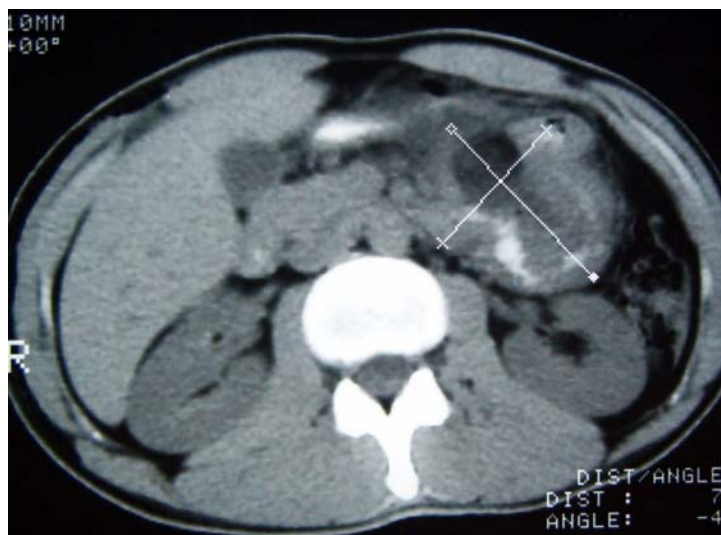


Fig. 1 Examen CT

Formațiune tumorală abdominală de 85 x 65 mm, contur regulat, densitate neomogenă cu zone hiperdense 22-27 UH, cu perete de 15 mm, localizată anterior de rinichiul stâng în contact cu ansele de intestin subțire și cu colonul transvers.

Se intervine chirurgical prin laparotomie mediană și se constată la o distanță de 50 cm de ligamentul Treitz, o formațiune chistică, mobilă, localizată în mezoul intestinului subțire, aspect de hematom mezenteric organizat (Fig. 2A). Se practică ablația formațiunii fără incidente sau complicații intraoperatorii.

La examenul macroscopic, formațiunea chistică este bine delimitată de 80 x 60 x 50 cm, cu pereții de 10-15 cm, care pe secțiune prezintă o cavitate cu conținut cazeo-hemoragic de culoare brun-gălbuie (Fig. 2B, 2C).

La examenul microscopic se decelează modificări caracteristice pentru hematom incapsulat.

Evoluția postoperatorie a fost simplă, fără complicații. La 24 de luni de la intervenție pacientul se află într-o stare generală bună și fără sechele postoperatorii.

DISCUȚII

Hematomul mezenteric este o entitate rară [8]. Această patologie apare de obicei în urma unor factori variabili: intervenții chirurgicale [8], seat belt syndrome [8,9,10], traumatisme [8,11], foarte rar fiind spontan [1,8], așa cum a fost și cazul prezentat.

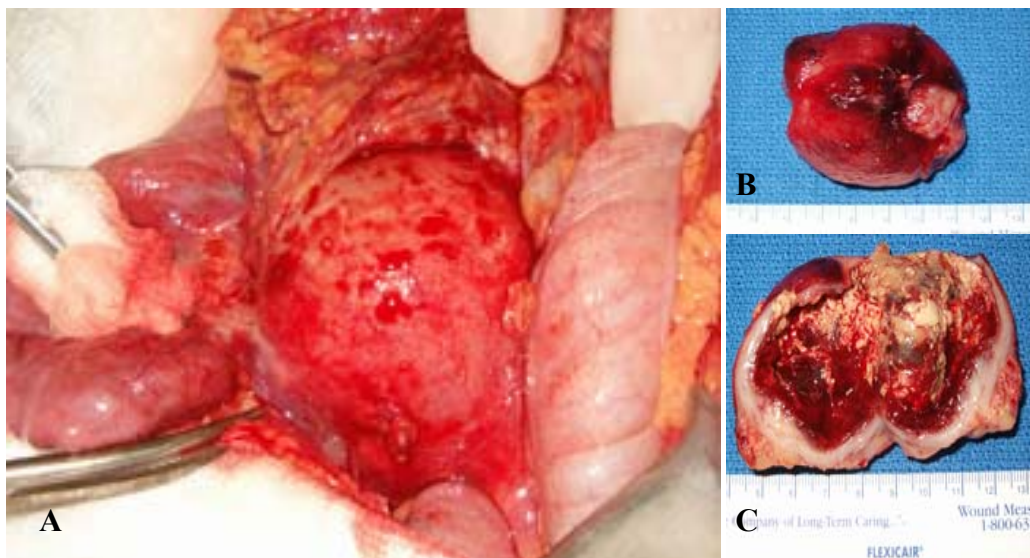


Fig. 2 Hematom mezențeric

A. Aspect intraoperator; B. Aspect macroscopic: formațiune chistică, bine delimitată de 80 x 60 x 50 mm; C. Pe secțiune, formațiunea are pereți de 1,0-1,5cm și prezintă o cavitate cu conținut cazeos-hemoragic de culoare brun-gălbuie.

Hemoragiile retroperitoneale și mezențeric spontan reprezintă cazuri excepționale de urgențe chirurgicale abdominale, cauzate de leziunea non-traumatică a vaselor intra-abdominale [2]. Hemoperitoneumul spontan a fost descris pentru prima dată de Barber în anul 1909 [6]. Manifestările clinice sunt variate și depind de calibrul vasului afectat [12]. Prin ruptura spontană a vaselor mari apar hemoragii masive cu șoc hemoragic [2,13,14], dureri acute abdominale [12,15-19], iar ruptura spontană a vaselor cu calibrul mic apar hemoragii mici cu formare de hematom, care poate rămâne mult timp asimptomatic [1,20,21]. În cazul pacientului prezentat manifestările clinice au fost durerea și formațiunea palpabilă în regiunea mezogastrică a abdomenului, fără semne clinice de hemoragie.

În literatură sunt descrise puține cazuri de hematom spontan în mezențeric [1-5,22,23], etiologia acestei patologii fiind de cele mai multe ori necunoscută [2,3].

Cele mai utilizate metode de diagnostic preoperator sunt ecografia abdominală și examenul CT [3,4,6,7,12,13,19,24,25]. Aspectul CT al majorității hematoamelor este de o formațiune chistică cu densitate sporită până la 40-74 UH față de cea a țesuturilor adiacente [20,21]. Pe parcursul maturizării hematomului densitatea lui scade, echivalează cu cea plasmatică (20-30 UH), simulând un chist traumatic [1,20,21]. Cu timpul în jurul hematomului se formează o membrană fibrovasculară, ce constituie capsula hematomului [1,21,25,26].

Diagnosticul diferențial al hematoamelor spontane mezențeric se face cu tumorile maligne retroperitoneale (liposarcomul, schwanomul, fibrohistiocitomul, care constituie 0,3-0,8% din tumorile maligne), pseudochisturile pancreatice, chisturile

posttraumatice, tumori benigne (limfangiomul, teratomul) [4,27,28]. Simptomatologia și datele obținute prin ecografie și CT sunt comune tumorilor, hematoamelor și chisturilor. Hematoamele au însă, unele caracteristici distincte, descrise mai sus, fiind în strictă corelație cu perioada evoluției clinice și timpul scurs de la debutul hemoragiei [4].

Conduita de tratament a hematoamelor depinde de timpul scurs de la debut, dar stabilindu-se și în funcție de manifestările bolii: hemoragie, șoc, ischemie sau compresie intestinală [13,20]. De asemenea, o importanță semnificativă o are dimensiunea hematomului, care poate ghida opțiunea terapeutică, tratament chirurgical sau conservator. Pentru hematoamele mari se recomandă exereza sau evacuarea și drenajul hematomului cu identificarea sursei hemoragiei. Hematoamele mici au indicație de tratament conservator, cu urmărire imagistică, majoritatea resorbindu-se spontan [1,3,4,20]. Deși diagnosticul imagistic este caracteristic diferitelor perioade de evoluție a maturizării hematomului, în cazul incertitudinii de diagnostic, nu este de neglijat laparoscopia care poate vizualiza leziunea, putându-se face chiar tratamentul leziunii prin abord minim invaziv [20].

CONCLUZII

Examenul CT este cea mai bună metodă imagistică în diagnosticul hematoamelor retroperitoneale și mezenterice. Densitatea sporită în stadiile evolutive incipiente a hematomului urmată mai târziu de o densitate redusă în stadiile tardive față de țesuturile adiacente, cu capsula groasă pot fi indicii importante diagnostice. În caz de incertitudine de diagnostic se recomandă laparoscopia sau laparotomia exploratorie.

Conduita de tratament în cazul hematoamelor încapsulate asimptomatice, fără ischemie, compresiune intestinală sau stigmat de hemoragie activă poate fi conservator cu urmărire imagistică în dinamică. Tratatului chirurgical al hematoamelor mari este în directă corelație cu sursa hemoragiei, volumul și stadiul de maturizare a hematomului.

BIBLIOGRAFIE

1. Aoki T, Nishizono M, Niina H, Inatsu H, Komidori H, Itano T, Daimon Y, Haraguchi Y, Yoshida T, Tanaka K. A case of spontaneous mesenteric hematoma and a review of 17 cases in Japan. *Gastroenterol Jpn.* 1990; 25(6): 768-773.
2. Zhu DY, Cheng YQ, Xue RC. Abdominal apoplexy: report of 3 cases. *Chin J Dig.* 1982; 2: 173-174.
3. Ming C, Hongwei X, Guangzhao Y, Bin Y. Spontaneous hematoma in the root of the small bowel mesentery: imaging findings. *Chin Medical J.* 2003; 116: 954-956.
4. Alvarez CZ, Cerda CC, Jadue AT, Rojas FR, Abelleira MP, Hermansen CT, Gatica FJ. Hematoma retroperitoneal espontáneo. Caso clínico. *Rev méd Chile.* 2007; 135(8).
5. Pérez MA, Caeiro S, Cachaldora JA, Cal L, Vidal J, Segura R. Hematoma retroperitoneal espontáneo como causa de dolor abdominal y shock hemorrágico. *Angiología.* 1998; 50: 95-98.
6. Reilly EF, Blansfield JA, Zebley DM. Spontaneous colonic mesenteric hemorrhage: Report of unusual case of abdominal apoplexy. *Dis Colon Rectum.* 2005; 48: 1484-1486.
7. Carr SR, Dinsmore RC, Wilkinson NW. Idiopathic spontaneous intraperitoneal hemorrhage: a clinical update on abdominal apoplexy in the year 2001. *Am Surg.* 2001; 67: 374-376.
8. Vaiphei K, Gupta V, Rajesh LS. Mesenteric hematoma mimicking a neoplasm - a case report. *Ann Diagn Pathol.* 2006; 10: 107-109.
9. Slavin RE, Borzotta AP. The seromuscular tear and other intestinal lesion in the seat belt syndrome: a clinical and pathologic study of 29 cases. *Am J Forensic Med Pathol.* 2002; 23: 214-222.
10. Hayes CW, Conway WF, Walsh JW, Coppage L, Gervin AS. Seat belt injuries: radiologic findings and clinical correlation. *Radiographics.* 1991; 11: 23-36.

11. Tsushima Y, Yamada S, Aoki J, Endo K. Ischemic ileal stenosis following blunt abdominal trauma and demonstrated by CT. *Br J Radiol.* 2001; 74: 277-279.
12. Raghavendra BN, Grieco AJ, Balthazar EJ, Megibow AJ, Subramanyam BR. Diagnostic utility of sonography and computed tomography in spontaneous mesenteric hematoma. *Am J Gastroenterol.* 1982; 77(8): 570-573.
13. Fon GT, Hunter TB, Haber K. Utility of ultrasound for diagnosis of mesenteric hematoma. *AJR.* 1980; 34: 381-384.
14. Becker A, Berlin Y, Sayfan J. Spontaneous rupture of mesenteric hematoma with hemorrhagic shock as a complication of oral anticoagulant treatment. *Isr Med Assoc J.* 1999; 1: 196-197.
15. Weinstock LB, Wu JS, Malden ES, Garcia KM, Rubin BG, Brunt LM. Small bowel obstruction resulting from mesenteric hematoma caused by spontaneous rupture of a jejunal branch artery. *Gastrointestinal Endoscopy.* 1999; 49: 537-540
16. Birns MT, Katon RM, Keller F. Intramural hematoma of the small intestine presenting with major upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology.* 1979; 77: 1094-1100.
17. Pollack EW, Michas CA. Massive spontaneous hemoperitoneum due to rupture of visceral branches of the abdominal aorta. *Am Surg.* 1979; 45: 621-627.
18. Schrader PA, Craver WL. Mesenteric hematoma suggests rupture of visceral artery aneurysm. *Arch Surg.* 1984; 119(7): 863.
19. Leari S, Pietroletti R, di Giuro G, Felici S, de Vita F. Spontaneous hematoma of the mesocolon. *Chir Ital.* 2005; 57: 779-781.
20. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Alison D. Mesenteric hematoma: unusual complication of a long term oral anticoagulation therapy. *Ann Chir.* 2006; 131: 529-532.
21. Chintapalli K, Dodds WJ, Olson DL. Computed tomography characteristics of intermesenteric hematomas. *J Comput Tomog.* 1988; 12: 122-128.
22. Okazaki M, Kobayashi K, Yamamoto S. A rare case of intraabdominal bleeding due to ruptured mesenteric hematoma. *Jpn J Soc Clin Surg.* 1978; 39: 242.
23. Singla SK, Champakam NS, Bishnoi PK, Balai P, Chopra S. Spontaneous mesenteric hematoma. *Indian J Gastroenterol.* 1989; 8: 120-121.
24. Palleja XE, Domingo P, Fontcuberta J, Felez J. Spontaneous retroperitoneal haemorrhage during oral anticoagulant therapy. *Arch Intern Med.* 1985; 145: 1531-1542.
25. Gómez de la Torre R, Milla Crespo A, Cadenas F, Fernández Bustamante J, Vázquez Castañón M. Hematoma retroperitoneal espontáneo inducido por enoxiparina a dosis terapéuticas. *An Med Interna.* 2003; 20: 386-387.
26. Lee JK, Sagel SS, Stanley RJ, Heiken JK. *Computed body tomography with MRI correlation.* 2nd Edition, New York: Raven Press; 1989. p. 661-664.
27. Hasegawa T, Seki K, Hasegawa F, Matsuno Y, Shimodo T, Hirose T, Sano T, Hirohashi S. Dedifferentiated liposarcoma of retroperitoneum and mesentery: varied growth patterns and histological grades: a clinico-pathologic study of 32 cases. *Hum Pathol.* 2000; 31(6): 717-727.
28. Chen CW, Jao SW, Wu CC, Ou JJ, Hsiao CW, Chao PC. Massive lower gastrointestinal hemorrhage caused by a large extraluminal leiomyoma of the colon: report of a case. *Dis Colon Rectum.* 2008, 51: 975-978.