

ADENOCARCINOM DUODENAL ASOCIAT CU RECTITĂ ULCERO-HEMORAGICĂ. PREZENTARE DE CAZ*

D. Munteanu¹, D. Leucă², C. Alexa³, Al. Munteanu⁴

¹ Clinica Chirurgie III, Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

² Spitalul Militar Cluj-Napoca, Secția Chirurgie

³ Catedra A.T.I. Chirurgie III

⁴ student anul IV, Facultatea de Medicină

DUODENAL ADENOCARCINOMA ASSOCIATED WITH HEMORRHAGIC PROCTITIS. A CASE REPORT (Abstract): BACKGROUND: to analyse the distinctive clinicopathological and surgical features of an interesting case of voluminous malignant duodenal tumor. METHODS: the case of a male patient a voluminous tumor, of the third part of the duodenum involving the duodeno-jejunal angle is discussed. Adjacent viscera where involved, together with an important lympho-nodular tumor encasing superior mesenteric vessels. Paraaortic lymph nodes where also involved. While accomplishing the intended Harison-Debas operation, we've reached the „point of no return” as follows. RESULTS: our planned Roux-en-Y duodeno-jejunostomy, as by-pass paliation of the „unresectable” malignant obstruction of the duodenum, turned into an inevitably complex multivisceral resection thus increasing the operating time. CONCLUSIONS: sometimes, in case with apparently unresectable, tumors or, in cases where local or nodal extension makes resection useless, surgeons are compelled to performe extensive resections with no benefit on patient's survival expectancy; this frequently occurs when preoperative assessment (i.e. angiography, MRI – angiography) is incomplete. On the other hand, for well selected cases, resection might be the best paliation.

KEY WORDS: DUODENAL ADENOCARCINOMA, RESECTION.

INTRODUCERE

Tumorile maligne duodenale sunt rare, reprezentând doar 0,3% din totalul tumorilor tractului gastro-intestinal și afectează preponderent sexul masculin, cea mai frecventă formă anatomo-patologică fiind adenocarcinomul [1]. Cu toate acestea, tumorile duodenale reprezintă 55% din localizările intestinale [2]. Jumătate din adenocarcinoamele duodenale își au originea la nivelul mucoasei juxtapapilare, motiv pentru care, multe statistici le includ în familia tumorilor periampulare [1,3]. Rezecabilitatea variază după autori, între 64,3% [1], 53% [3] și 89% [4].

PREZENTAREA CAZULUI

Pacient de sex masculin, 51 de ani, (FO: 2548/1998), prezenta inapetență, slăbire marcată în greutate, vărsături bilioase, epigastralgie, simptome ce au debutat insidios cu trei luni în urmă. În cursul internării în Clinica Medicală III Cluj-Napoca, prezintă hematemă și melenă; având în vedere că pacientul a prezentat un ulcer duodenal în antecedente, s-a efectuat endoscopia digestivă superioară ce a relevat varice esofagiene, esofagită grad II/III, stomac plin cu lichid de stază și reflux biliar, eritem difuz; pilor și bulb duodenal libere. Concluzia – posibilă stenoză digestivă înaltă.

Analizele de laborator arată inițial uree serică de 72 mg ‰, ce crește pe parcursul internării la 182,7 mg ‰ (vărsături repetate), creatinina serică 3,74 mg ‰, sideremie 26 μg/dl, Hb 11g/dl, leucocite 13000/mm³.

Radioscopia abdominală pe gol: fără nivele hidroaerice intestinale. Bula de gaz a stomacului cu nivel înalt de lichid.

Recto-sigmoidoscopia: cu biopsie, pune în evidență o rectită ulcero-hemoragică.

* Lucrare prezentată la A IV-a Conferință Internațională de Chirurgie, Iași, 19-22 octombrie 2006

Ecografia abdominală cu hidrosonografie: formațiune tumorală posibil jejunală cu multiple adenopatii de vecinătate, formând un bloc de 7/7 cm și formațiuni rotunde, posibil adenopatii paraaortice. Ficat, splină, rinichi – normale.

Transferat de urgență în serviciul nostru, pacientul, cu stare generală alterată, emaciat, palid, anuric, prezenta tabloul clinic al marelui deshidratat, al ocluziei intestinale înalte (cu „abdomen plat”) și o tumoră abdominală dură, fixă, 10 cm diametru în epi- și mezogastriu.

După pregătirea preoperatorie energetică în secția ATI, intervenim chirurgical (FO: 2568/27.07.1998) și găsim un bloc tumoral masiv, dur, fix, ce cuprinde D₃-D₄ cu dilatarea D₂ în amonte, bloc ce înglobează pediculul mezenteric superior, marea curbura gastrică și mezocolonul și colonul transvers (Fig. 1), precum și importantă adenopatie paraaortică.

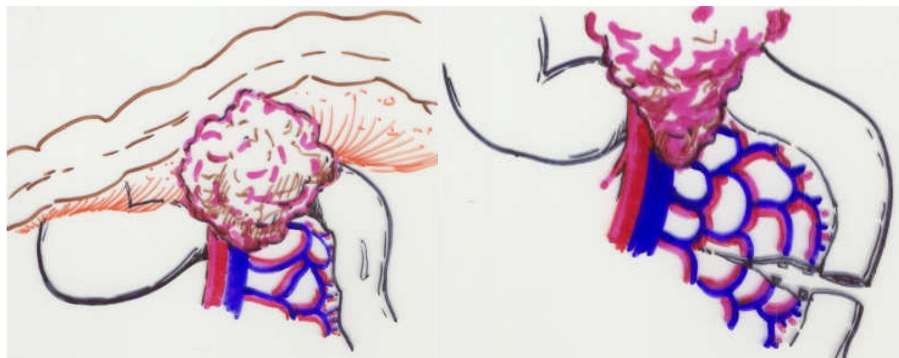


Fig. 1 Aspect intraoperator

Tumora invadează primele vase jejunale;
Secționarea mezoului pentru prepararea ansei Roux;

Decidem o duodeno-jejunostomie pe ansă exclusă „în Y” à la Roux, la nivelul genunchiului inferior – 1/3 distală D₂ și după secționarea mezenterului și prepararea ansei, constatăm cu surprindere cianozarea „piciorului ansei”, respectiv a jejunului proximal, inclusiv a porțiunii de unghi duodeno-jejunal ce mai putea fi evidențiată din tumoră (Fig. 2).



Fig. 2 Cianozarea jejunului proximal și a unghiului duodeno-jejunal

De aici au început problemele; dacă „decuparea” în țesut macroscopic sănătos a mării curburii gastrice invadate, mobilizarea ambelor flexuri colice (imposibilă rezecție segmentară a colonului transvers mult retractat, împreună cu mezocolonul invadat) și secționarea sub flexuri a colonului ascendent și descendent, au fost laborios posibile, eliberarea D₃ la stânga

mezentericeii superioare, exereza parțială a adenopatiei tumorale (6-7 cm), de pe acestea „la rasul” mezentericelor – pe arii limitate, inclusiv cu adventicea arterială și „decrucișarea” D₃, au fost extrem de solicitante și cronofage. În final, piesa de exereză a cuprins ” D₃ (secționat imediat la stânga genunchiului inferior) cu tumora și parțial adenopatiei mezenterice și colonul transvers în totalitate, cu ambele flexuri (Fig. 3).

Refacerea continuității tubului digestiv s-a efectuat prin: gastrorafie, duodeno-jejunostomie termino-laterală și colo-acolo-anastomoză (ascendent la descendent, după mobilizare spre linia mediană) termino-terminală transmezenterică (Fig. 4). Intervenția a durat 12 ore.

Evoluția postoperatorie a fost surprinzător de simplă.

Rezultatul examenului morfopatologic al piesei: adenocarcinom slab diferențiat; metastaze în limfonodulii examinați; infiltrația în totalitate a colonului adiacent; infiltrația peretelui gastric.

Pacientului i se propune transferul în Institutul Oncologic Cluj în vederea tratamentului asociat, pe care îl refuză. Se externează în ziua a XI-a postoperatorie, cu stare generală bună, toleranță degestivă perfectă, apetent.

La trei luni, contactat telefonic, afirmă în continuare stare generală bună, dar refuză revenirea la control și chimioterapia, invocând distanța mare față de Cluj (domiciliat în Galați). Nu am mai obținut relații ulterioare.



Fig. 3 Aspect intraoperator după timpul de exereză

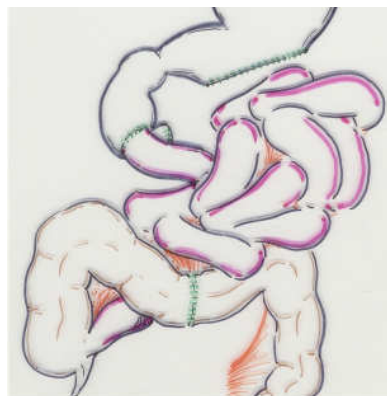


Fig. 4 Refacerea continuității tubului digestiv

DISCUȚII

Adenocarcinoamele duodenale pot fi considerate rare, având în vedere că, de la descrierea inițială din 1746 a lui Hamburger, au fost publicate puțin peste 1000 de cazuri [4]. Din punct de vedere histopatologic, acestea sunt cele mai frecvente (80%), fiind urmate în ordine de limfoame, limfosarcoame, carcinoide [1,5] și foarte rar, de tumorile încadrate în familia gastro-intestinale stromale (GIST) [6,7], cu care excepțional, pot și coexista [8].

Manifestările clinice sunt nespecifice (dureri, slăbire, hemoragie digestivă, sindrom subocluziv/ocluziv) [1,3,4] și nu disting în general, tumorile benigne de cele maligne [9], excepție făcând cazurile avansate.

Diagnosticul se pune încă tardiv (3-15 luni de la debutul clinic), elemente întâlnite și la cazul nostru.

Evident, singura variantă terapeutică ce poate oferi șansa vindecării este exereza completă cu evidare ganglionară, atunci când aceasta este posibilă, 60% din pacienți supraviețuind 5 ani [3,10]. Pentru localizarea la nivelul D₁ gastro-duodenectomia poate fi suficientă. Localizarea la nivelul D₂ impune duodenopancreatectomia; pentru D₃ – D₄,

duodeno-jejunectomia, cu sau fără exereza asociată a altor organe (pancreas, stomac, colon), intră în discuție. Pentru tumorile gastro-intestinale stromale localizate pe D₂, duodenectomia cu păstrarea pancreasului („pancreas-sparing”), deși laborioasă, este de preferat [11].

Cazul nostru a constituit o excepție datorită exerezei ce ne-a fost impuse. Retrospectiv ne explicăm necroza primei anse jejunale astfel: aportul de sânge arterial este asigurat aici de primele 2 artere jejunale; neavând eco-doppler (eventual intraoperatorie) sau angio-RMN preoperatorie, nu ne-am dat seama că, irigația primei anse jejunale cu sânge arterial, se realiza doar retrograd prin arcada (de obicei unică la acest nivel !), anastomotică dintre a patra și prima arteră jejunală [12], primele 2-3 artere jejunale fiind înglobate și defuncționalizate în blocul tumoral deosebit de dur (Fig. 1). În aceste condiții, după secționarea mezenterului în vederea preparării ansei Roux, am interceptat tocmai arcada care ducea retrograd sânge spre jejunul proximal, fiind din acest moment („a point of no return”) obligați la exereza „cu orice preț” a ansei devascularizate.

Pentru cazurile nerezecabile (al nostru putând fi încadrat confortabil între ele), stenoza poate fi rezolvată fie printr-un by-pass chirurgical (intenția noastră inițială) fie prin montarea unei endoproteze autoexpandabile enterale [10,13-16] la care se poate asocia chimioterapia.

Menționăm în încheiere, ca particularitate a cazului, asocierea rectitei ulcero-hemoragice (documentată endoscopic și biptic).

CONCLUZII

Tumori duodenale aparent nerezecabile sau a căror exereză „forțată” nu oferă beneficii în privința supraviețuirii la distanță, pot impune, în lipsa unei insuficiente explorări imagistice preoperatorii (angiografia selectivă de mezenterică superioară, angio-RMN), sau intraoperatorii (ecografia doppler), exereze „de necesitate” laborioase. Pe de altă parte, pentru cazuri atent selectate, cea mai bună paleație rămâne exereza.

BIBLIOGRAFIE

1. Popescu I, Șerbănescu M. Tumorile duodenului. In: Popescu I, Șerbănescu M, editors. *Tumorile intestinului subțire*. București: Editura Medicală; 1988. p. 250-306.
2. Gibbs JF. Duodenal adenocarcinoma: is total lymph node sampling predictive of outcome? *Ann Surg Oncol*. 2004; 11(4): 354-355.
3. Sarela AI, Brennan MF, Karpen MS, Klimstra D, Conlon KCP. Adenocarcinoma of the duodenum: importance of accurate lymph node staging and similarity in outcome to gastric cancer. *Ann Surg Oncol*. 2004; 11(4): 380-386.
4. Bucher P, Gervey P, Morel P. Long-term results of radical resection for locally advanced duodenal adenocarcinoma. *Hepato-Gastroenterol*. 2005; 52: 1727-1729.
5. Wang HI, Chen MJ, Zang TL, Chang MC, Chan ZJ. Carcinoid tumor of the duodenum and accessory papilla associated with polycythemia vera. *World J Gastroenterol*. 2005; 11(24): 3794-3796.
6. Kimura R, Hayashi Z, Takeuchi T, Shimizu M, Hiratsuka M, Yoshida M, Hamajima E, Iwata M, Imoto M, Hattori H. Large duodenal somatostatinoma in the third portion associated with severe glucose intolerance. *Int Med*. 2004; 43(8): 704-707.
7. Stratopoulos C, Soonawalla Z, Piris J, Friend PJ. Hepatopancreatoduodenectomy for metastatic duodenal gastrointestinal stromal tumor. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2006; 5(1): 147-150.
8. Aksoy NH, Cevikol C, Ögüs M, Elpek GÖ, Gelen T. Adenocarcinoma arising in villous adenoma of the ampulla of Vater with synchronous malignant gastrointestinal stromal tumour of the duodenum: a case report. *J Clin Pathol*. 2004; 57: 1118-1119.
9. Gao YP, Yhu JS, Yheng WJ. Brunners gland adenoma of duodenum: a case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2004; 10(17): 2616-2617.
10. Gibson MK, Holcroft CA, Kzols LJ, Haller D. Mitomycin C for metastatic small bowel adenocarcinoma. *Oncologist*. 2005; 10: 132-137.
11. Eisenberger CF, Knoeffel WT, Peiper M, Yekebas EF, Hosch SB, Busch C, Izbicki JR. Pancreas sparing duodenectomy in duodenal pathology: indications and results. *Hepato-Gastroenterol*. 2004; 61: 727-731.
12. Simici P. *Elemente de Chirurgie Intestinală*. București: Editura Medicală; 1976. p. 11-22.

13. Scott-Mackie P, Morgan R, Farrugia M, Glynos M, Adam A. The role of metallic stents in malignant duodenal obstruction. *Br J Radiol.* 1997; 70: 252-255.
14. Vanbiervliet G, Demarquay JF, Dumas R, Caroli-Bosc FX, Piche T, Tran A. Endoscopic insertion of biliary stents in 18 patients with metallic duodenal stents who developed secondary malignant obstructive jaundice. *Gastroenterol Clin Biol.* 2004; 28: 1209-1213.
15. Lopera JE, Brazzini A, Gonzales A, Castaneda-Zuniga WR. Gastroduodenal stents placement: Current status. *Radio Graphics.* 2004; 24: 1561-1573.
16. Park KB, Do IS, Kang WK, Choo SW, Han YH, Suh SW, Lee SJ, Park KS, Choo IW. Malignant obstruction of gastric outlet and duodenum: palliation with flexible covered metallic stents. *Radiology.* 2001; 219: 679-683.