

## HEMORAGIE DIGESTIVĂ INFERIOARĂ ȘI ANEMIE SECUNDARĂ SEVERĂ DE CAUZĂ RARĂ\*

D. Munteanu<sup>1</sup>, C. Iancu<sup>1</sup>, C. Puia<sup>1</sup>, Al. Munteanu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Clinica Chirurgie III (Prof. Dr. L. Vlad)

<sup>2</sup> student anul IV, Facultatea de Medicină

Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

**LOWER DIGESTIVE TRACT HAEMORRHAGE AND SEVERE SUBSEQUENT ANAEMIA DUE TO A RARE CAUSE (Abstract):** BACKGROUND: to discuss and analyse the evolutive, diagnostic and therapeutic features in a patient with recurrent episodes of bleeding from the lower gastrointestinal tract, due to a rare cause. METHODS: the case of a young male patient with a severe acute posthaemorrhagic anaemia caused by an serious episode of bleeding from the lower gastrointestinal tract is discussed. We comment upon the efficiency of our diagnostic procedures and therapeutic strategy in this case, with a final review of the literature. RESULTS: gastro-duodenal endoscopy and colonoscopy couldn't establish the source of bleeding but gave a valuable guide for our suspicions. Not even the scintigraphic study with Tc -99m per technetate was able to give us more information. Laparotomy revealed a Meckel's diverticulum with a bleeding ulcer; segmentary enterectomy was performed. CONCLUSIONS: obviously neither upper nor lower endoscopy could establish the source of bleeding in our case; still they guiding our suspicions toward this kind of lesion. Laparoscopy if available could have established the diagnosis and give the therapeutic solution at the time. Considering the severity of bleeding episodes, laparotomy was, at that time, the single valid option; we think it should have been performed much earlier, after the first bleeding episodes.

KEY WORDS: LOWER INTESTINAL BLEEDING, MECKEL DIVERTICULA, SCINTIGRAPHY

### INTRODUCERE

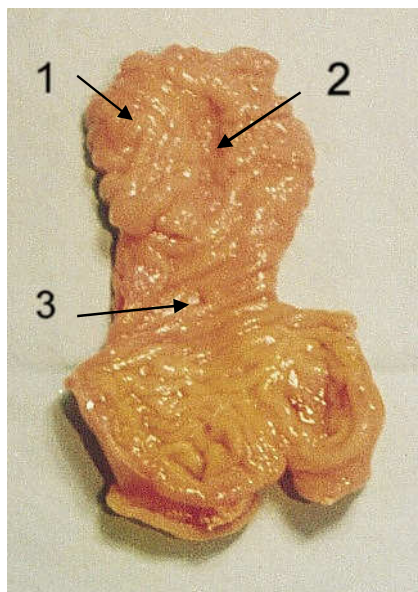
Diverticulul Meckel constituie cea mai frecventă anomalie congenitală de la nivelul tubului digestiv (2% în studii necroptice) [1]. El este rezultatul resorbției/obturării incomplete a canalului omfalo-mezenteric (care, normal, se închide între săptămânile a 6-a și a 8-a de viață intrauterină) [2]. Este situat pe fața antimezenterică a ileonului, baza sa de implantare aflându-se, la copil, până la maximum 40 cm de valvula ileo-cecală, iar la adult, în medie, la 60-80 cm [3]. A fost descris inițial de chirurgul german Wilhelm Fabricius Hildanus în 1598, dar cele mai aprofundate cercetări privind anatomia și embriologia aparțin lui Johann Friedrich Meckel cel Tânăr (1809) [4].

### PREZENTAREA CAZULUI

Aducem în discuție cazul clinic al unui pacient de sex masculin, din mediul rural, în vârstă de 16 ani, internat în Clinica Medicală III, în urma unui episod de hemoragie digestivă inferioară (hematokezie), severă. Investigațiile endoscopice (gastroscopie și colonoscopie) nu au depistat nici o sursă de sângerare. Suspicionând-se un diverticul Meckel s-a efectuat și explorarea scintigrafică cu Tc – 99 per technetat nu a oferit rezultate concludente. Menționăm că, de la vârsta de 9 ani, pacientul a prezentat cinci episoade hemoragice, soldate cu anemii severe, dificil recuperate și corectate; de fiecare dată a fost internat și investigat; s-a propus intervenția chirurgicală pe care însă părinții au refuzat-o. În cursul internării curente este acceptat transferul în serviciul nostru, în urma unui nou episod hemoragic, având în vedere că sângele izo-grup izo-Rh nu a fost disponibil în acea zi (Hb 5 mg/dl, Ht 18%, sideremie 20μg/dl). Intervenim chirurgical de urgență printr-o incizie mediană subombilicală de 5 cm și la derularea enterală evidențiem un diverticul Meckel lung de 6-7 cm, cu bază largă de

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

implantare (2 cm), precum și sânge în tot ileonul și colon. Practicăm enterectomia segmentară cu entero-entero-anastomoză termino-terminală într-un plan. La secționarea longitudinală a piesei, constatăm prezența unei „cocarde” de mucoasă gastrică de 1,5 cm diametru, culoare roză, cu pliuri evidente, situată apical (Fig. 1), contrastând evident cu mucoasa gălbui-verzuie netedă a diverticulului și intestinului. Mai mult, la o examinare atentă după lavaj, constatăm, la jumătatea distanței dintre apex și baza de implantare enterală, un ulcer profund, cu diametru de 2-3 mm, care la explorarea delicată cu vârful pensei s-a dovedit a fi penetrant în peretele diverticulului până la nivelul seroasei (Fig. 1). Evoluția postoperatorie a fost simplă, pacientul externându-se în ziua a 6-a postoperatorie.



**Fig. 1 Secțiunea axială a piesei:**  
mucoasă ectopică gastrică (1);  
ulcerule (2, 3)

## DISCUȚII

Diverticulul Meckel necomplicat este total asimptomatic. Ambele sexe prezintă în mod egal această anomalie, numai că bărbații au o predispoziție de trei ori mai mare de a dezvolta complicații, motiv pentru care diverticulul Meckel este depistat de trei ori mai frecvent la pacienții de sex masculin [4-7]. De asemenea, (fapt încă neexplicat) prevalența diverticulului este mai mare la pacienții cu boală Crohn (5-8%) [8]. Apariția manifestărilor clinice coincide cu debutul complicațiilor în evoluția diverticulului, acestea fiind întâlnite în procente ce diferă în funcție de autori: 6,4%, 16%, 25% [5-7]; 60% dintre acestea survin înaintea vârstei de 10 ani. Cea mai frecventă complicație o constituie hemoragia digestivă inferioară [7,8]. Aceasta poate fi masivă (cum a fost cazul nostru). Aspectul scaunului, întâlnit la pacientul nostru a fost roșu-strălucitor, comparabil cu „jeleul”. Diagnosticul etiologic nu s-a putut stabili, în cazul nostru, în ciuda scanării abdomenului după administrarea de Tc-99 pertechnetat (captarea se face de către mucoasa gastrică ectopică doar în 50% din cazuri) [9]. În vederea ameliorării sensibilității și specificității, se pot administra pentagastrină sau glucagon [1,3,5,10]. În cazul particular al hemoragiei digestive inferioare, unde investigațiile menționate nu au putut stabili cauza, laparoscopia poate constitui un foarte util mijloc de diagnostic și totodată, de tratament. De altfel prima diverticulectomie Meckel laparoscopică într-un caz complicat cu hemoragie, a fost efectuat în Clinica Chirurgie III Cluj-Napoca [15]. Diverticulul poate perfora (fie că perforază ulcerul diverticular, fie prin mecanism

obstructiv-inflamator similar celui apendicular) și genera peritonite. Mecanisme mai rare de perforație sunt cele prin corpi străini (de altfel foarte variați), calculi de origine vasculară [3], os de pește [11], scobitori [12]. Au fost citate și cazuri de perforație prin ascarizi [13,14]. Tablou clinic foarte zgometos cu dureri intense, ce nu cedează la antialgice uzuale poate fi dat și de torsiunea axială cu necroza ischemică secundară a diverticulului [6]. Ocluzia intestinală este o altă complicație frecventă și poate lua naștere prin mecanisme variate ca: invaginația enterală al cărei pivot îl constituie de obicei un diverticul voluminos [15-17], volvulusul enteral în jurul unui diverticul fixat prin bridă la perete etc. O altă „mască” pe care o poate împrumuta diverticulul Meckel este aceea de „hernie ombilicală” sau „nodul ombilical”, care la intervenție se dovedește a fi diverticulul însuși [18], ca și de „apendicită acută” [19] (este cunoscut că atunci când aspectul intraoperator al apendicelui nu justifică suferința clinică este obligatorie căutarea diverticulului). Complicațiile tumorale sunt excepționale (adenocarcinoame ale glandelor Lieberkühn, carcinoide, tumori gastro-intestinale stromale) [3,20,21]. Menționăm posibilitatea asocierii diverticulului Meckel cu alte anomalii, de exemplu, cu hernia diafragmatică congenitală [22].

## CONCLUZII

Având în vedere manifestările clinice nespecifice și înșelătoare, precum și performanța modestă încă a majorității mijloacelor diagnostice, este bine ca medicul să aibă în vedere mai des posibilitatea ca, în spatele „măștilor” menționate să se ascundă un diverticul Meckel. Laparoscopia utilizată astăzi extensiv, va contribui la sporirea ratei de depistare a acestei anomalii în faze asimptomatice, necomplicate. Credem că, ori de câte ori vom întâlni incidental diverticulul Meckel, acesta va trebui rezecat, indiferent de intervenția planificată.

## BIBLIOGRAFIE

1. Vishal Raj S, Anurag K. Laparoscopy in suspected Meckel' s diverticulum: negative nuclear scan notwithstanding. *Indian Pediatrics*. 2004; 41: 747-748.
2. Levy DAA, Hobbs CM. Meckel diverticulum: radiologic features with pathologic correlation. *Radio Graphics*. 2004; 24: 565-587.
3. Barbary C, Tissier S, Floquet M, Rérent D. Imagerie des complications du diverticule de Meckel. *J Radiol*. 2004; 85: 273-279.
4. Edmonson JM. Johann Friedrich Meckel the younger: Meckel' s diverticulum. *Gastrointest Endosc*. 2001; 54: 19 A-20 A.
5. Târcoveanu E, Niculescu D, Georgescu Ș, Neacșu C, Dimofte G, Moldovanu R, Eura Oana. Diverticulul Meckel în era chirurgiei laparoscopice. *Chirurgia*. 2004; 99(4): 227-233.
6. Lîmas C, Seretis C, Soultanidis C, Anagnostoulis S. Axial torsion and gangrene of a giant Meckel' s diverticulum. *Rom J., Gastroenterol*. 2006; 15(1): 67-68.
7. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel diverticulum. The Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950-2002). *Ann Surg*. 2005; 241(3): 529-533.
8. Wakefield SE, Baigrie RJ, Molineaux AJ, Dowling BL. Inflammatory pseudotumour in Meckel' s diverticulum producing intussusception (case report). *Br J Surg*. 1995; 82(1): 30-31.
9. Marthon G, Frampas E, d' Alincourt A, Lerat F, Letessier E, Maslian C, Madoz A, Dupas B. Diagnostique d' un diverticule de Meckel hémorragique par entéroscanner. *J Radiol*. 2003; 84: 712-714.
10. Saremi F, Jadvar H, Siegel ME. Pharmacologic interventions in nuclear radiology: indications, imaging protocols, and clinical results. *Radio Graphics*. 2002; 22: 477-490.
11. Wong JHL, Norsuhazanen DK, Suhaili PH, Kok KYY. Fish bone perforation of Meckel' s diverticulum: A rare event? *As J Surg*. 2005; 28(4): 295-296.
12. Zingg U, Vorburger S, Metzger U. Perforation of Meckel' s diverticulum by a tooth pick. *Chirurg*. 2000; 71: 841-843.
13. Bhattacharjee PK, Ray D. Perforation of Meckel' s diverticulum by round worms. *Indian J Gastroenterol*. 2005; 24(1): 25-26.
14. Hildebrand MD. Generalised peritonitis. *JAMC*. 2002; 166(5): 632.
15. Duca S, Al Hajjar N, Graur F, Bălă O, Îndoitu G. Laparoscopia în tratamentul diverticulului Meckel, *Chirurgia*. 2004; 99(4): 233-236.
16. Yalamarthi S, Smith RC. Adult intussusception; case report and review of literature. *Postgrad Med J*. 2005; 81: 174-177.

17. Puligamdia PS, Beckel L, Driman D, Prokopiw I, Taves D, Davies ET. Inverted Meckel' s diverticulum presenting as chronic anemia: case report and literature review. *J Can Chir.* 2001; 44(6): 458-459.
18. Goodfellow PB, Thomas WEG. An umbilical nodule. *J R Soc Med.* 2002; 95: 94-95.
19. Loh DL, Munro FD, Wilson-Storey D, Orr JD. Early apendicitis – a safe diagnosis? *Ann Acad Med Singapore.* 2004; 33: 530-531.
20. Szentpaly K, Palotás A, Wolfárd A, Tizslavicz L, Balogh A. A gastrointestinal stromal tumor presenting in a perforated Meckel' s diverticulum. *J Can Chir.* 2004; 47 (1): 70-71.
21. Johnston AT, Khan AL, Bleakney R. Stromal tumor within a Meckel' s diverticulum: CT and ultrasound findings. *Br J Radiol.* 2001; 74: 1142-1144.
22. Kang IS, Ann SM, Han A, Oh JS, Choi SH, Hwang EH. Giant Meckel' s diverticulum associated with a congenital diaphragmatic hernia. *Yan Med J.* 2004; 45(1): 177-179.