

APORTUL EXAMENULUI CT 3D ÎN DIAGNOSTICUL UNEI TUMORI ABDOMINALE

R.C. Tiutiucă, Iuliana Eva
Spitalul Militar Clinic de Urgență Iași

3D SPIRAL COMPUTED TOMOGRAPHY FOR THE DIAGNOSIS OF AN ABDOMINAL TUMOUR

(Abstract): Patients with digestive illnesses requires a full exploration, cases where imagistic assets support (echographic examination, radiological data, computed tomography, magnetic resonance) are very usefully. Computed tomography, in this process, has a special value. The results from axial images are sustained by the informations supplied from three-dimensional reconstruction processes (3D reconstruction) with relevant importance in establishment of diagnosis and therapeutic plan.

KEY WORDS: TUMORĂ ABDOMINALĂ, RECONSTRUCȚIE - 3D

Correspondență: Iuliana Eva; e-mail: evaiulia@yahoo.com; R.C. Tiutiucă; e-mail: razvantiutiuca2@yahoo.com*

INTRODUCERE

Explorarea complexă a unui bolnav cu o suferință digestivă este necesară în vederea stabilirii unui diagnostic precis. Coroborarea datelor furnizate de examenele ecografice, radiologice, computer tomografice (CT) etc. se supun acestui deziderat, rezultatele obținute completându-se și susținându-se [1,2]. Secvențialitatea investigațională furnizează o serie de informații care se confirmă sau infirmă unele pe altele și dirijează astfel strategia de evaluare a cazului.

PREZENTAREA CAZULUI

Prezentăm cazul unui pacient de 69 de ani, de sex masculin, din mediul urban care se adresează pentru un disconfort epigastric, vag dureros, survenit postalimentar, pirozis retrosternal postprandial în decubit dorsal, dureri nesistemizate, puțin intense, intermitente, ocazionale, în bară, cu iradiere în hipocondrul stâng. Simptomatologia este instalată de aproximativ 2 ani cu accentuare în ultimele două luni. Pacientul este fost fumător, consumator ocazional de alcool, fără alte antecedente patologice semnificative.

Examenul general decelează obezitate grad II, fără alte modificări semnificative, iar examenul local evidențiază un abdomen mobil cu respirația, simetric, cu împăstare în epigastru și hipocondrul stâng, imprecis delimitată, dureri moderate la palparea profundă a hipocondrului stâng.

Examenele de laborator biochimice și hematologice evidențiază doar un VSH accelerat – 23 mm/h. La examinarea ecografică abdominală se decelează o formațiune hipocogenă, neomogenă, de 36/37 mm, cu perete gros de 4 mm, imprecis delimitată, situată la nivelul procesului uncinat. La nivelul cozii pancreasului se evidențiază o altă imagine hipocogenă imprecis delimitată dar care pare să aibă interfață cu segmentul caudal al pancreasului și adenopatii lomboaortice.

Cu observația diagnostică de formațiune tumorală la nivelul procesului uncinat bolnavul este dirijat pentru precizare și stadializare spre o examinare CT [3-5].

Rezultatul examenului CT nativ și cu substanță de contrast efectuate cu secțiuni de 5/5 mm la nivelul pancreasului și 10/10 mm la nivelul ficatului, contigue, ridică suspiciunea

* received date: 29.08.2006
accepted date: 15.09.2006

existenței în fornixul gastric a unei formațiuni vegetante voluminoase, de aproximativ 69/68 mm, hipodensă nativ, relativ bine delimitată, cu dezvoltare spre lumenul gastric (Fig. 1).

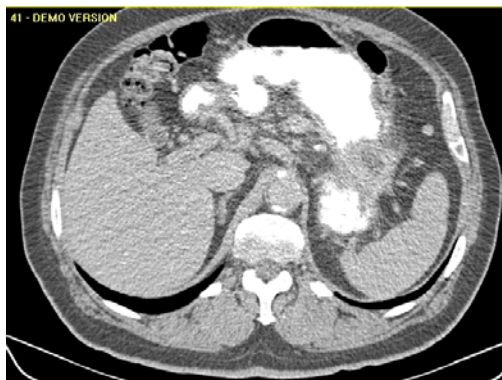


Fig. 1 Examen CT nativ
Suspiciunea existenței în fornixul gastric a unei formațiuni vegetante voluminoase

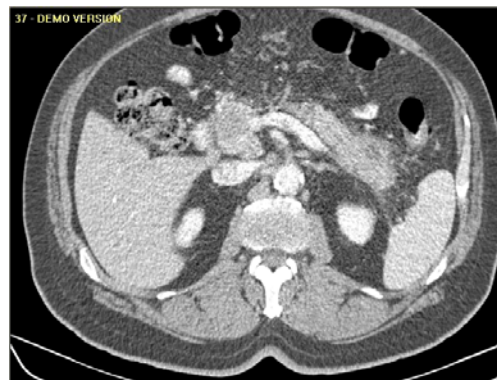


Fig. 2 Examen CT nativ
Imagine hipodensă nativ rotundă localizată la nivelul procesului uncinat

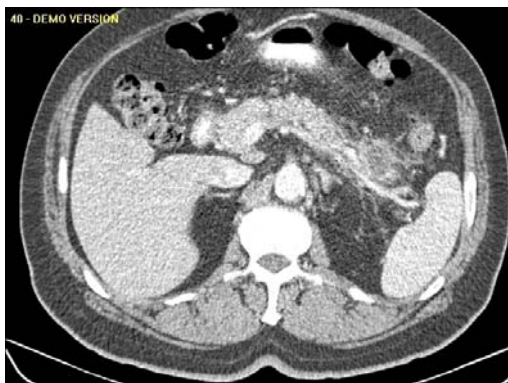


Fig. 3 Examen CT nativ
Imagine hipodensă nativ situată între fornixul gastric, hilul splinei și coada pancreasului



Fig. 4 Examen CT după contrast
Multiple imagini rotunde situate la nivelul lobului drept hepatic

Se descrie și o imagine hipodensă nativ, rotundă, de aproximativ 35/36 mm, neomogenă, cu iodofilie intensă în periferie, cu perete gros de 3mm, imprecis delimitată localizată la nivelul procesului uncinat (Fig. 2).

Este semnalată și o altă imagine hipodensă nativ, de 41/36 mm, neomogenă, imprecis delimitată fără modificări semnificative postcontrast situată între fornixul gastric și hilul splinei în contact cu pancreasul caudal (Fig. 3).

Sunt descrise și adenopatii lomboaortice infracentimetrice și pe mica curbura gastrică, precum și multiple imagini rotunde de dimensiuni variabile între 12 și 16 mm, hipodense nativ, cu încărcare inelară postcontrast situate la nivelul lobului drept hepatic (Fig. 4).

Aspectul imagistic CT pledează pentru tumoră de pol superior gastric cu posibilă invazie în coada pancreasului, metastaze ganglionare pe teritoriile de drenaj ale stomacului și metastaze hepatice. Datorită aspectelor ecografice și CT, dificil de coroborat între ele și cu simptomatologia clinică, se decide efectuarea, în primă instanță, a reconstrucției 3D a

imaginilor [2], fără segmentarea automată și ulterior cu segmentarea acestora, color și alb negru, în final cu selectarea porțiunilor de interes (Fig. 5,6,7,8 - VIDEO[†]).

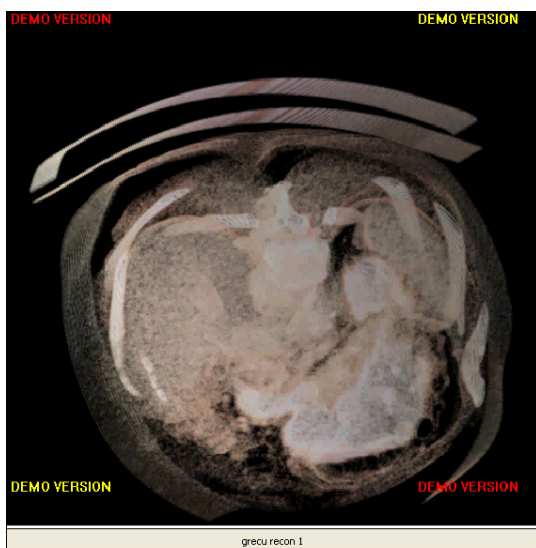


Fig. 5 Reconstrucție 3D color în dinamică, fără segmentare a imaginilor

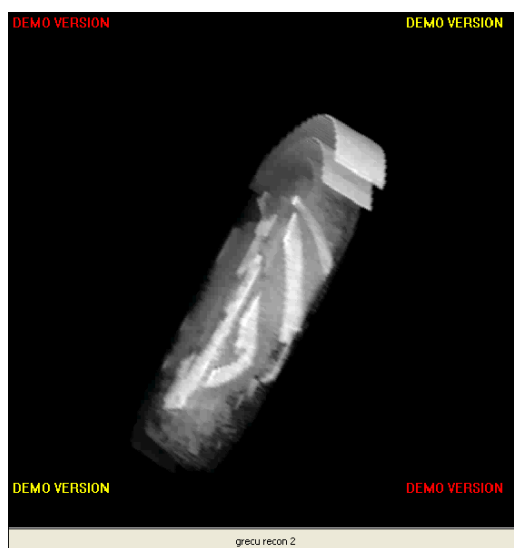


Fig. 6 Reconstrucție 3D alb negru, în dinamică, fără segmentare a imaginilor

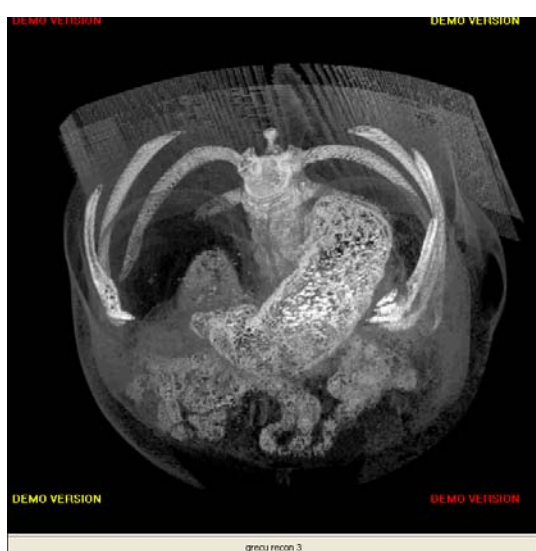


Fig. 7 Reconstrucție 3D, dinamică, fără segmentare a imaginilor

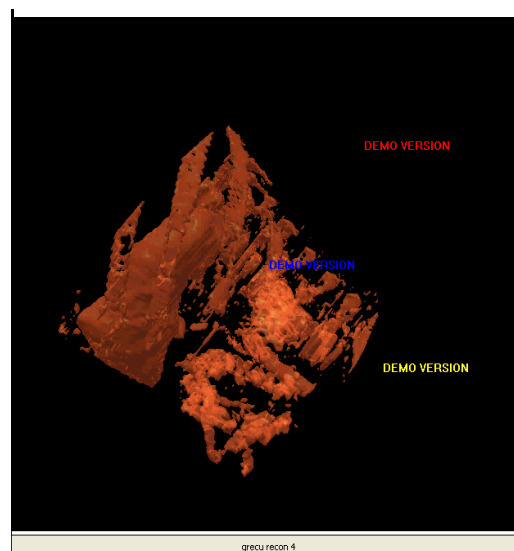


Fig. 8 Reconstrucție 3D, color, dinamică, după segmentare și păstrarea reperelor osoase și a unui segment al tubului digestiv

Aspectul imaginilor obținute exclude tumora gastrică și ridică suspiciunea unui volvulus gastric intermitent.

Se suplimentează protocolul investigațional imagistic cu efectuarea unui tranzit baritat esogastroduodenal în ortostatism, decubit dorsal și Trendelenburg care arată un stomac în cascadă cu nivel hidroaeric în compartimentul superior, pliuri îngroșate, umplere omogenă cu substanță de contrast și la nivelul fornixului, normoton, normokinetic, cu pereți supli și cu lichid de secreție în cantitate medie. Se confirmă astfel existența unui volvulus gastric intermitent și se exclude tumora gastrică.

[†] download din www.jurnaluldechirurgie.ro

DISCUȚII

Investigarea unei tumori abdominale presupune o secvențialitate imagistică. În acest proces examenul CT are o valoare deosebită. Rezultatele secțiunilor axiale sunt completate de procedeele de reconstrucție 3D care în multe situații dau informații suplimentare pentru diagnostic și atitudine terapeutică.

Particularitatea cazului expus este exprimată prin suspiciunea de tumoră gastrică ridicată de examenul computer tomografic și a unei a doua formațiuni tumorale hipodense în coada pancreasului, în contextul clinic al unei suferințe reduse, nesistematizate și nespecifice, la care un examen ecografic anterior a decelat o tumoră la nivelul procesului uncinat pancreatic, formațiune hipoecogenă în coada pancreasului și adenopatii lomboaortice.

Reconstrucția 3D a fost de un real folos, infirmând ipoteza neoplasmului gastric și identificând formațiunea din coada pancreasului ca parte a unui volvulus gastric intermitent, confirmat ulterior radiosopic.

În final prezența metastazelor hepatice depistate și localizate prin aportul computertomografiei indică dirijarea bolnavului spre serviciul oncologic.

CONCLUZII

1. Simptomatologia în cazul menționat a fost nespecifică, determinată probabil de volvulusul intermitent gastric, cu descoperirea incidentală a formațiunii pancreatice uncinat la examenul ecografic.
2. Diagnosticarea la examenul computer tomografic standard a unei posibile tumori gastrice primare cu metastaze ganglionare și hepatice.
3. Reconstrucția 3D a secțiunilor CT a infirmat supoziția de tumoră gastrică, fapt confirmat ulterior de examenul radiosopic gastroduodenal, confirmând tumora pancreatică primară.
4. Examenul computer tomografic asociat cu reconstrucția 3D a permis realizarea unui bilanț lezional complet necesar în vederea stabilirii conduitei terapeutice ulterioare.

BIBLIOGRAFIE

1. Mureșan I. *Diagnosticul radiologic și imagistic al afecțiunilor tubului digestiv*. Editura Sincron, 2004. p. 65-66.
2. Prokop M, Galanski M. *Spiral and Multislice Computed Tomography of the Body*. New York: Thieme Stuttgart; 2003. p. 11-18.
3. Haaga JR, Alfidi RJ. *Computed Tomography of the Whole Body*. C.V. Mosby Company; 1988. p. 1-24.
4. Barish MA, Yucel EK, Soto JA et al. MR cholangiopancreatography: Efficacy of three-dimensional turbo spin-echo technique. *AJR Am J Roentgenol*. 1995; 165(2): 295-300.
5. Jacquet P, Jelinek J, Sugarbaker PH. Abdominal computed tomographic scan in the selection of patients with mucinous peritoneal carcinomatosis for cytoreductive surgery. *J Am Coll Surg*. 1995; 181(6): 530-538. Erratum in: *J Am Coll Surg* 1996; 182(1): 80.