

Clinica de chirurgie a I.M.F. din Tg.-Mureș (cond.: prof. Z. Pápai)

CONSIDERAȚII PE MARGINEA UNUI CAZ DE ULCER JEJUNO-ILEAL NESPECIFIC*

S. Dașchievici, F. Tóth, L. Vincze

Ulcerul intestinului subțire este o localizare rară, dar posibilă, care este pus în evidență de cele mai multe ori prin una din complicațiile sale: perforație, hemoragie sau stenoză

Trebuie să facem o delimitare netă între ulcerul primar nespecific al intestinului subțire și ulcerele secundare, consecutive unei alte boli de bază, ca: t.b.c., lues, eritem nodos, purpură hemoragică, infecții melitococice, febră tifoidă, boala

*) Lucrare prezentată la ședința U.S.S.M. filiala Tg.-Mureș la 14. X. 1964.

Hodgkin, enteropatii regionale, helmintiază, calculoză biliară, psoriazis, amiloidoză, etc., actinoterapie abdominală sau ulcerării de natură medicamentoasă.

Ulcerul nespecific al intestinului subțire a fost descris pentru prima oară de Cruveilhier (1830), care încă de atunci observă analogia cu ulcerul gastro-duodenal. Frima lucrare de ansamblu se datorește lui Combes (1879).

Literatura medicală comunică încă de atunci cazuri sporadice de ulcere ale intestinului subțire. Caby găsește în 1937 un număr de 142 cazuri publicate, cu o frecvență de 2 ulcere jejunale pentru 3 ileale. În 1947 Evert, Black și Dockerty comunică 130 observații anglo-saxone, la care Shea adaugă încă 5 în 1951. C. C. Craighead, în 1951, la un număr de peste 1 milion de bolnavi internați între 1936—1951 la Charity Hospital și Tauro Infarmary Hospital găsește 7 ulcere ale intestinului subțire. Kayabali (Ankara) publică în 1958 16 cazuri, iar Litvinov (1960) culege din literatura sovietică 44 cazuri comunicate, la care el adaugă încă 18.

Fără a fi de acord cu Luigi, care într-o statistică globală pînă în 1958 dădea numai aproximativ 200 de cazuri, totuși trebuie să spunem că ele nu depășesc, în literatura publicată, mai mult de câteva sute de cazuri.

Frecvența ar putea fi mai mare, dar diagnosticul e încă dificil și în marea lor majoritate, cazurile descoperite și publicate sînt acelea care prezentînd o complicație acută, au impus intervenția chirurgicală, ocazie în care au fost descoperite.

La noi au publicat cite un caz, în 1958 Bucheru și colab., și Pușcariu V. și colab. În 1964 unul din noi, împreună cu Geambazu, reunește un număr de 4 cazuri operate în Spitalul clinic de urgență din București.

De obicei se găsește un singur ulcer; cu toate acestea Caby, Litvinov, Levitt S., Pușcariu ș. a. comunică cazuri de ulcere multiple (2—4), iar Efet un caz cu 2 ulcere nespecifice ale intestinului subțire.

Majoritatea autorilor consideră excepțională concomitența ulcerului gastro-duodenal cu ulcerul intestinului subțire, deși mulți (Levitt S. și Saint G., Dyk P., Delarue, Hillemand, Grassmann etc.) atrag atenția asupra asociației hiperclorhidriei mai ales cu ulcerul jejunal.

Turai, vorbind despre ulcerele multiple, arată posibilitatea existenței concomitente a ulcerului gastric și duodenal, precum și coexistența lor cu un ulcer al oricărei porțiuni a intestinului. Murphy, Szakács, Dașchievici și Geambazu citează concomitența ulcerului intestinului subțire cu ulcerul duodenal, iar Barber cu ulcerul gastric. Faptul este foarte important, deoarece ne atrage atenția asupra patogeniei unice a bolii ulceroase. Este greu de presupus în aceste cazuri un anumit mecanism etio-patogenic pentru ulcerul gastric și duodenal și alt mecanism pentru ulcerul intestinal.

Dezvoltarea ulcerelor intestinului subțire e mai frecventă pe ileon decît pe jejun și se produce de obicei la cei doi poli ai intestinului subțire. Se consideră că ulcere multiple coexistă pe același segment intestinal, unul în apropierea celui-lalt și excepțional la cele două extreme ale lui. Numai Rocha și Artigos publică 3 cazuri de boală ulceroasă stenoizantă concomitentă jejuno-ileală. La fel cazul nostru prezintă cite un ulcer stenoizant al celor două extreme ale intestinului subțire și o perforație ulceroasă substenotică ileală.

Considerăm utilă prezentarea cazului pentru următoarele motive:

1. — Raritatea extremă a localizării concomitente a ulcerului nespecific la cei doi poli ai intestinului.
2. — Particularitățile anamnoice: în cazul de față fiind vorba de complicații în diferite stadii de evoluție (perforație și stenoză).
3. — Existența unei simptomatologii ulceroase de mai mulți ani fără ulcer.
4. — Atrage atenția asupra posibilității existenței ulcerelor multiple ale tractului intestinal.

N. S., F. Obs. 1605/1964, de 51 ani, șofer, se internează de urgență cu dureri abdominale generalizate apărute în urmă cu 3 zile, sub formă de colici, care cedează parțial la antispastice și clismă. De 12 ore durerile reapar cu o intensitate neobișnuită. Bolnavul prezintă paloare, tahicardie, transpirații reci și oprirea tranzitului intestinal.

Afirmă că de 6 ani are dureri postprandiale tardive, epigastrice și periombilicale, cu iradiere spre spate, care nu cedează la alimente sau alcaline, dar care diminuează la antispastice. Examenul radiologic repetat nu pune în evidență ulcer gastro-duodenal.

În antecedente, în afara acestei simptomatologii ulcerose datind din 1958 și a unui infiltrat t.b.c. în 1964, nimic de semnalat. Fumător moderat, alcool consumă ocazional.

La internare subfebrilitate: 37,4 C, puls 100/min., bine bătut T. A.: 120/80, leucocite: 10.000, urina negativă.

Examenul local pune în evidență un abdomen balonat, cu sensibilitate difuză, cu contractură musculară moderată, mai ales periombilical și în hipocondrul drept. Matitatea hepatică dispărută. Dispariția reflexelor cutanate abdominale. Lipsa zgomotelor intestinale.

Radioscopia abdominală pe gol: pneumoperitoneu subdiafragmatic drept, stomac mult dilatat, aproape plin cu lichid.

Pe baza anamnezei ulcerose, a examenului local descris mai sus, a intreruperii tranzitului intestinal precum și a pneumoperitoneului, punem diagnosticul preoperator de: ulcer duodenal perforat, peritonită generalizată, ileus paralic și intervenim de urgență sub anestezie generală prin intubație endotracheală.

Laparotomie mediană xifo-ombilicală. Stomac și duoden de aspect normal. În cavitatea peritoneală lichid tulbure în cantitate mare. Prelungirea inciziei subombilical. Pe jejun la aproximativ 40 cm de unghiul duodeno-jejunal constatăm o stenoză semicirculară, care îngustează parțial lumenul intestinal. Ileonul prezintă o dilatare mai pronunțată cu depunere de false membrane, iar la 50 cm de cec constatăm o altă stenoză, cicatriceală, semicirculară, mergând de pe fața anti-mezostenică către mezenter, strîmtorînd mult lumenul și îngreunînd tranzitul. Această porțiune este alipită de colonul transvers; după îndepărtarea colonului se constată o perforație substenotică, parțial obturată de fibrină și conținut intestinal. Ansa suprastenotică dilatăată, iar cea substenotică colabată. Mezenterul regional prezintă cîțiva ganglioni măriți.

Rezecție segmentară de intestin pe o lungime de cca. 20 cm, cu evacuarea conținutului intestinalului de deasupra stenozei, și anastomoză latero-laterală. Curățirea cavității peritoneale, antibiotice și drenaj al Douglasului.

Tratament postoperator susținut cu fuzuzii de sine și plasmă, glucoză și electroliți, vitaminoterapie, antibiotice, ulei de ricină din a doua zi după operație. Bolnavul face o bronșită acută cu tuse rebelă și a opta zi face o dehiscență a tegumentelor. Aplicăm o sutură secundară și părăsește clinica vindecat.

Revăzut la două luni. se simte bine, nu prezintă acuze subiective, s-a îngrășat cu 5 kg.

Examenul macroscopic al piesei extirpate arată o stenoză cicatriceală, ocupînd porțiunea antimezostenică a intestinului cu pliurile mucoasei care converg către ea, diminuînd mult lumenul. Sub stenoză la cca. 2 cm o ulcerăție perforată de mărimea unui bob de grâu, net delimitată, cu marginile ușor infiltrate, cu fundul acoperit de fibrină. Mucoasa din jur de aspect normal.

Examenul histologic arată la nivelul stenozei, un țesut cicatriceal nespecific, care distruge mucoasa și submucoasa, cu infiltrații granulare și diminuarea stratului muscular. La nivelul perforației se constată un proces inflamator ulcerativ nespecific, interesînd toate straturile, inclusiv seroasa, cu reacție exsudativă peri-

toneală. Nu se găsesc insule de mucoasă gastrică ectopică, nici la nivelul stenozei și nici al perforației.

În etiopatogenia ulcerului primar nespecific al intestinului subțire se incriminează diferiți factori:

a. — J. Delarue, P. Hillemand, E. Cherigie, G. Urbain și P. Roux, explică apariția ulcerului jejunal primar prin metaplazia mucoasei jejunale sub influența hiperclorhidriei, iar a ulcerului ileal prin ectopie de mucoasă gastrică. Cu toate acestea în literatură nu se citează mai mult de 10 cazuri care ar putea fi explicate prin acest mecanism. Moucher ș. a. atribuie apariția ulcerului unei digestii peptice a mucoasei intestinale. Holzweissig pune apariția ulcerului pe seama ocluzării papilei lui Vater și deci lipsei de neutralizare a sucului gastric.

b. — Stüber incriminează acțiunea triptică în geneza ulcerului intestinului subțire.

c. — Apariția ulcerului intestinului subțire, fără o bază temeinică, este atribuită de diferiți autori: alcoolismului, infecțiilor nespecifice, trombozei arterio-sclerotice, ascaridozei, factorilor alergici, tulburărilor trofice și modificărilor locale de pH etc.

d. — De acord cu Levitt S., Bonney, Pickering, Grassmann, Szakács, Litvinov, Turai, Buțureanu, Bucheru ș. a. opinăm pentru o etiopatogenie unică a bolii ulceroase, indiferent de localizarea ei. În sprijinul acestei concepții se înscriu: existența concomitentă a ulcerelor gastro-duodenale cu cele ale intestinului subțire; simptomatologia ulceroasă la bolnavii fără ulcer gastro-duodenal, dar cu ulcer al intestinului, precum și evoluția asemănătoare.

Ulcerul nespecific al intestinului subțire se poate întâlni la orice vîrstă, (cea mai fragedă la care se citează este de 10 luni, iar cea mai înaintată de 77 ani dar e mai frecvent între 40—60 ani) respectînd în carecare măsură proporția pe sexe a ulcerului gastro-duodenal. Astfel se găsesc trei ulcere la bărbați față de unul la femei.

Simptomatologia este asemănătoare celei a ulcerelor gastro-duodenale, mai ales pentru cele jejunale. Ulcerele ileale pot însă să îmbrace un tablou clinic proteiform.

După Levitt și Saint ori de cite ori avem o simptomatologie ulceroasă fără decelarea ulcerului gastro-duodenal se impune controlul radiologic al intestinului subțire, locul probabil al unui ulcer. La acest nivel se pot pune în evidență semne indirecte de ulcer ca: staza duodeno-jejunală și modificarea peristalticii intestinale. În cazul nostru, unde era vorba de stenoză ulceroasă dublă, examenul radiologic minuțios ar fi putut fi de un real folos în stabilirea diagnosticului, înainte de apariția accidentului acut.

În literatură se descrie tendința ulcerelor jejunale la cronicizare și stenozare, iar a ulcerelor ileale la perforație. Aceasta însă nu este lege, fapt demonstrat și de cazul nostru, unde avem o evoluție de 6 ani cu ulcer stenozant atît jejunal cît și ileal.

După Evert, ulcerul intestinului subțire se pune în evidență în 81% prin perforație, în 15% prin hemoragie și în 9% prin stenoză.

Unii autori vorbesc de un prodrom dureros necaracteristic de 2—3 zile precedînd perforația, fapt întîlnit și în cazul nostru. O caracteristică a evoluției acestor perforații este dezvoltarea rapidă a peritonitei, explicabilă prin conținutul septic al intestinului.

Tratamentul de aplicat în ulcerele stenozante și hemoragice este rezecția segmentară a intestinului, iar în cazurile de hiperclorhidrie marcată și în recidive intră în discuție asocierea rezecției segmentare cu rezecția gastrică sau cu dublă vagotomie. Tratamentul ulcerelor perforate va fi ales în funcție de starea generală a bolnavului, de gradul de evoluție a peritonitei, precum și de starea locală a ansei intestinale. El constă din sutura perforației, excizia ulcerului cu sutura

intestinului, sau rezecție segmentară, care este cea mai bună și se va aplica ori de câte ori este posibil.

Mortalitatea în statisticile cercetate este foarte ridicată (variind între 47% Evert și 60—75% Kinn), cu excepția lui Morlock care dă o mortalitate de 11%. Mijloacele moderne par să îmbunătățească prognosticul.

Concluzii

1. — Ulcerul intestinului subțire — nespecific — este o boală de sine statătoare, cu etiopatogenie asemănătoare cu a ulcerului gastro-duodenal, independent de ulcerul de cauză secundară.

2. — Ulcerele nespecifice pot fi unice sau multiple, așezate în apropiere unul de celălalt, sau la cei doi poli opuși ai intestinului (cazul nostru). Ele pot coexista cu ulcerul gastro-duodenal.

3. — Ulcerele multiple pot fi în stadii evolutive diferite (cazul nostru prezintă 2 ulcere stenozante și unul perforat).

4. — Simptomatologia, mai ales în cazul ulcerului jejunal este asemănătoare cu a ulcerului gastro-duodenal.

5. — Este necesară explorarea intestinului subțire ori de câte ori sîntem în fața unei simptomatologii ulceroase, fără existența unui ulcer gastro-duodenal. Punerea în evidență a unui ulcer nu exclude posibilitatea coexistenței lui cu un alt ulcer, pe același segment al tractului digestiv sau pe segmente diferite.

6. — Tratatamentul ulcerului intestinului subțire, indiferent de stadiul evolutiv în care este depistat, este chirurgical, individualizat, în funcție de leziunea locală și starea generală a bolnavului.

Sosit la redacție: 16. octombrie 1964.

Bibliografie

1. BARBER citat de Levitt S. și Saint E. G.;
2. BUCHERU D. D., CARACAS TR., FLORESCU M., și GÁLLFY I.: Chirurgia, București, (1958), 6, 929;
3. BUTUREANU V.: Chirurgie vol. IV. Ed. Med. București, p. 281;
4. CABY F.: L'ulcer simple du jéjuno-ileon, Thèse, Paris-1937;
5. CATTAN R., FRUMUSAN P., PINEAU P., NIVET P. și HABBIB R.: Arch. Mal. App. Dig. (1957), 46, 10, 984;
6. COMBES citat de Bucheru D. D. și colab.;
7. CRAIGHEAD C. C.: Amer. Journ. of Surg. (1952), 84, 47;
8. CRUVEILHIER citat de Litvinov;
9. DAȘCHIEVICI S. și GEAMBAZU E.: Comunicare U.S.S.M. Tg.-Mureș, 30. IV. 1964;
10. DELARUE J., HILLEMANN P., CHERIGIE E., URBAIN G. și ROUX P.: Sem. Hop. Paris (1960), 3, 1, 155;
11. DYK P.: Zbl. f. Chir. (1963), 22, 860;
12. EVERT J. A., BLACK B. B. și DOCKERTY M. B.: Surg. (1948), 23, 185;
13. GRASSMANN N. N.: Arch. Klin. Chir. (1925), 136, 499;
14. HANGOS G.: Orv. Het. (1958) 21, 719;
15. HILLEMANN P., CHERIGIE E., LOYGUE J. și NALLET J.: Arch. Mal. App. Dig. (1956), 45, 3, 278;
16. HOLZWEISSIG: Zbl. f. Chir. (1922), 24, 865;
17. KAYABALI J.: Lyon Chir. (1958), 5, 657;
18. LEVITT S. și SAINT E. G.: Lancet (1955), 6854, 77;
19. LITVINOV L. D. Klin. Med. Moscova, (1961), 8, 114;
20. LUIGI citat de Litvinov;
21. MORLOCK, GOEHR, DOCKERTY: Gastroenterology (1956), 31, 6, 667;
22. MORRIN: Irish Journ. Med. (1951), 10;
23. MOUCHER A. citat de Kayabali;
24. MURPHY I. B.: Surg. Clin. Chicago (1916), 5, 431;
25. PICKERING citat de Levitt;
26. PUȘCARIU V. și VELCIU V.: Chirurgia, București (1958), 3, 461;
27. ROCHA A. și ARTIGOS V.: Arch. Mal. App. Dig. (1959), 48, 10, 1230;
28. ROUX G. și BAUMMEL H.: Arch. Mal. App. Dig. (1958), 47, 4, 341;
29. SHEA C.: jr. JAMA (1951), 416, 1490;
30. SZAKÁCS F.: Orv. Hetil. (1958), 4, 139;
31. ȚURAI I. ROȘCA TR., KARASSI A., GEAMBAZU E.: Chirurgia București, (1961), 5, 663;
32. VICZIAN A.: Zbl. f. Chir. (1957), 27, 1120.



Fig. nr. 1: Ulcer intestinal. Tesut de granulație nespecific. Colorație H.E. Oc. 12,5XOb. 3,5X.



Fig. nr. 2: Tesut de granulație din peretele intestinal. Colorare H.E. Oc. 12,5XOb. 9X.



Fig. nr. 3: Peritonită purulentă. Suprafața peritoneală a intestinului. Colorație H.E. Oc. 12,5XOb. 3,5X.



Fig. nr. 4: Locul perforației în peretele intestinal. Colorație H.E. Oc. 12,5XOb. 3,5X.



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.