

Tumora de colon drept nerezecabilă cu peritonită prin perforație tumorală. Prezentare de caz

*Unresectable right colon tumour with tumour perforation and peritonitis.
Case report*

Dr. A. GIDEA¹, Dr. C. PARFENE¹, Dr. D. MATEI²

¹Secția Chirurgie Generală, Spital Clinic CF1 Witing, București

²Catedra de Medicină de Familie, Universitatea de Medicină și Farmacie, București

REZUMAT

Tumorile de colon drept nerezecabile se pot complica cu ocluzie și apoi peritonită prin perforație diastatică (în amonte de tumoră) sau cu peritonită prin perforație tumorală (în aval de obstacol). În acest caz operația (când este posibilă) se adresează prevenirii complicației, sancțiunea chirurgicală fiind o derivație digestivă internă – ileotransversoanastomoza L-L sau T-L.

Cuvinte cheie: tumoră de colon, ocluzie, perforație

ABSTRACT

Unresectable right colon tumour can complicate with occlusion and then peritonitis secondary to an diastatic perforation (in front of the tumour) or with peritonitis secondary to an tumoral perforation (behind the tumour). In this case, the operation (when it's possible) prevent the complication – the surgical sanction is an digestive by-pass-an ileotransversoanastomosis L-L or T-L.

Key words: tumour of the colon, occlusion, perforation

PREZENTARE DE CAZ

O bolnavă de 86 de ani se internează prin secția chirurgie în secția A.T.I. cu *diagnostic*: Tumoră de colon drept (adenocarcinom). Poli-poza colonică. Anemie secundară severă.

În *antecedentele patologice* ale bolnavei:

În urmă cu 2 ani: Ulcer gastric antral hemoragic (postmedicamentos). Gastrită erozivă. Anemie secundară. Pielonefrită cronică. Infecție urinară. Insuficiență renală cronică compensată. N.B. La ecografia abdominală se ridică suspiciunea

unei formațiuni digestive de flanc drept, hipocogenă, contur neregulat, aprox. 46 mm, care îngroașă peretele digestiv.

Bolnava urmează tratament conservator pentru leziunea gastrică fără a fi investigată suplimentar pentru completarea diagnosticului (colonoscopie), știut fiind că ambele leziuni se asociază cu anemia secundară prin pierdere sangvină.

În urmă cu 6 luni: colonoscopie. Pe ascendent, formațiune tumorală vegetantă, ulcerată, circumferențială, cvasiocluzivă, lumenul nu se

Adresă de corespondență:

Dr. A. Gidea, Spital Clinic CF1 Witing, Calea Plevnei, Nr. 144, București

decelează din cauza obstacolului și a sângerării la atingerea cu endoscopul. Biopsie: adenocarcinom moderat diferențiat (G2). În amonte de tumoră, formațiuni tumorale polipoide, pediculate, două dintre ele de 10-12 mm. Biopsie: infiltrat inflamator interstițial. E.D.S. – Leziunea gastrică ulceroasă vindecată. Gastrită cronică.

N.B. Bolnava refuză intervenția chirurgicală.

La internare.

Stare generală alterată. Conștiență păstrată. Tegumente și mucoase palide, pliu cutanat persistent. Formațiune tumorală voluminoasă 14/12 cm, în flanc și hipocondru drept, cu limită de separație de ficat greu palpabilă, greu mobilizabilă. Fără iritație peritoneală. Tranzit prezent – consistență și culoare normale. Diureză 1500 ml/24h

Afebrilă.

Paraclinic: fără metastaze hepatice și pulmonare.

Laborator: anemie hipocromă, microcitară (Hb. 6,8mg%), Cr. 2,5mg%. Uree 90 mg%

Avându-se în vedere starea generală a bolnavei, vârsta, afecțiunile asociate și faptul că bolnava avea tranzit, se decide temporizarea intervenției chirurgicale. Bolnava rămâne pe secția A.T.I.

Evoluție:

La 4 zile, prezintă o creștere a leucocitelor ($L-15000/mm^3$), fără modificări semnificative în starea generală și la examenul local abdominal. Tranzit păstrat.

După încă 2 zile – starea generală se deteriorează progresiv și ireversibil; deces prin stop cardiac refractar la manevrele de resuscitare.

Necropsie: (Fig. 1)

Tumoră de colon drept, ulcero-vegetantă, voluminoasă, stenozantă parțial, cu infiltrarea peretelui abdominal adiacent și fixă la planurile profunde.

Perforație colonică tumorală (în aval de tumoră, pe perete colonic malignizat sau pe diverticul) cu peritonită supramezocolică (vezi episodul de leucocitoză).

Plămân și ficat – fără metastaze

Cord cu ateroscleroză

Restul viscerelor abdominale – palpator normale. Fără adenopatie locoregională palpabilă. □

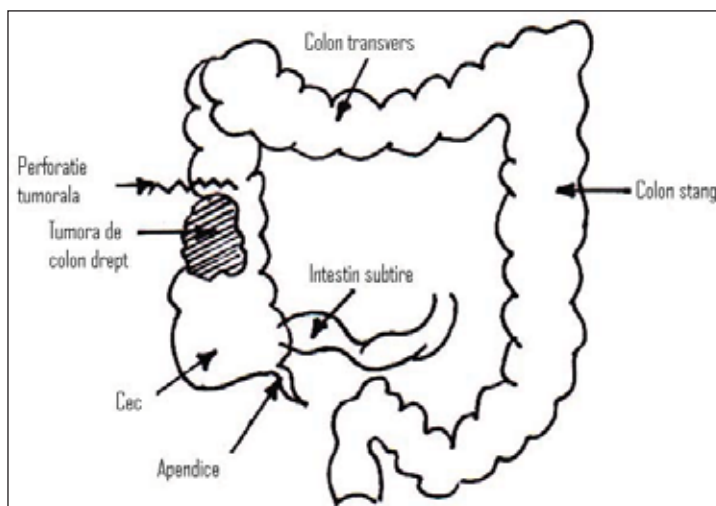


FIGURA 1. Aspect necroscopic-peritoneal: tumoră de colon drept (secțiune frontală)

DISCUȚII

Tumorile de colon drept rezecabile au ca sancțiune chirurgicală o colectomie de diferite tipuri, în țesut sănătos, cu sau fără restabilirea circuitului digestiv. Operația are ca scop ablația formațiunii tumorale.

Tumorile de colon drept nerezecabile, operabile au ca sancțiune chirurgicală o derivație digestivă internă-ileotransversoanastomoză L-L sau T-L. Operația se adresează prevenirii complicației – Ocluzie și/sau Peritonită prin perforație diastatică/tumorală. (1,2,3)

Variantele tehnice pot fi:

- ileotransversoanastomoza L-L, izo sau anizoperistaltica, cu/fără.
- defuncționalizarea ansei aferente (transverso-ileo-cecale).
- ileotransversoanastomoza T-L – după secțiunea ileonului terminal.

Tumorile de colon drept nerezecabile, inoperabile pot avea ca mecanism tanatogen la nivel digestiv, fie ocluzia cu/fără peritonită prin perforație diastatică/tumorală, fie peritonita prin perforație tumorală (4) – cazul prezentat. Fondul determinant este: statusul de impregnare neoplazică, anemia secundară severă, bolile asociate, vârsta. □

BIBLIOGRAFIE

1. Lozon A.A., Duff J.H. – Acute perforation of the colon. *Canadian journal of surgery* 1976;19(1):48-51.
2. Welch J.P., Donaldson G.A. – Perforative carcinoma of colon and rectum. *Ann.Surg.* 1974;180(5):734-740.
3. Kriwanek S., Armbruster C., Dittrich K., et al. – Perforated colorectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 1996 ;39(12) :1409-1414.
4. Bielecki K., Kaminski P., Klukowski M. – Large bowel perforation: morbidity and mortality. *Tech Coloproctol.* 2002;6(3):177-182.