

# Diagnostic pozitiv în tumorile de intestin subțire

## *Positive diagnosis in the small bowel tumor*

Asist. Univ. Dr. Ramona CADAR, Prof. Dr. Dumitru MATEI  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

### REZUMAT

Diagnosticul unei tumori de intestin subțire (TIS) este adesea tardiv, fiind pus în cursul dezvoltării bolii, fapt care se explică prin raritatea tumorilor și o simptomatologie frustră (dureri abdominale, scădere ponderală, greață și vărsături, sângerări oculte ale tractului gastrointestinal). Nu există o metodă unică de investigare a intestinului subțire la un pacient suspiciat cu TIS. Alegerile sunt fie radiografice (CT scan, enteroclimă etc.), fie endoscopice (endoscopie superioară, capsula endoscopică etc.). Nu s-a stabilit care este cea mai bună strategie de testare sau succesiune de investigații. De obicei, pacientul necesită explorări imagistice complete, laparotomia fiind uneori metoda de elecție în stabilirea diagnosticului pozitiv.

**Cuvinte cheie:** diagnostic, simptome, investigație, tumori de intestin subțire

### ABSTRACT

The small bowel tumor diagnosis is often late, in the course of this affection, which is explained by the low number of tumors and crude symptomatology (abdominal pain, weight loss, queasiness, vomit, occult bleeding of gastro-intestinal tract). There is no unique investigation method of the small bowel for patient suspect of SMT. Choices are either X-ray (CT-scan, enteroclysis etc.) or endoscopic (upper endoscopy, wireless video endoscopy etc.). It has not been decided upon the best strategy or the series of investigations. The patient usually requires full imagistic explorations; laparotomy being sometimes useful in the selection of a positive diagnosis

**Keywords:** diagnosis, symptoms, investigation, small bowel tumors

### INTRODUCERE

Intestinul subțire este parte a sistemului digestiv și se află între stomac și colon. Are o lungime de 5-6 m, iar principala sa funcție este de digestie și absorbție a nutrienților (vitamine,

minerale, carbohidrați, proteine, grăsimi și apă). Intestinul subțire ajută și la eliminarea materialelor reziduale.

O varietate de tumori, atât benigne, cât și maligne, pot apărea în intestinul subțire, dar reprezintă sub 10% din totalitatea tumorilor

*Autor corespondent:*

Asis. Univ. Dr. Ramona CADAR, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București  
E-mail: [cadar\\_ramona@yahoo.com](mailto:cadar_ramona@yahoo.com)

gastrointestinale. Incidența se poate modifica semnificativ dacă se includ informațiile obținute din necropsii. (1)

Tumorile de intestin subțire, deși sunt rare, produc de cele mai multe ori complicații ce pot avea un deznodământ fatal dacă nu sunt descoperite la timp. Diagnosticul este pus de obicei tardiv din cauza simptomatologiei nespecifice combinată cu lipsa constatărilor fizice. Tumorile de intestin subțire au o perioadă variabilă de evoluție asimptomatică, fiind deseori descoperite întâmplător în timpul unei laparotomii efectuate pentru diagnosticul și tratamentul altor afecțiuni.

Leziunile benigne din intestinul subțire sunt: (2)

- Adenomul (20-22%);
- Leiomiomul (30-35%);
- Fibromul (6%);
- Lipomul (12-15%).

Tumorile maligne de intestin subțire sunt reprezentate de: (3)

1. **Adenocarcinom:** 30-40% dintre tumorile de intestin subțire; localizat de obicei în duoden; se dezvoltă din adenom și este mai comun la sexul masculin, în jurul vârstei de 50-70 de ani. Diagnosticul se pune târziu, într-un stadiu avansat. S-a constatat că pacienții cu boala Crohn dezvoltă neoplasm de intestin subțire la o vârstă mai tânără.
2. **Sarcom:** 10-15% dintre tumorile de intestin subțire; subtipul este leiomiosarcomul, care începe în tunica musculară a intestinului subțire și se dezvoltă de obicei în ileon. Un subtip necomun este tumora gastrointestinală stromală (7-15%), care poate apărea în orice parte a intestinului subțire.
3. **Tumorile carcinoide:** 35-42% din TIS; apar în ileon și sunt un tip al tumorilor neuroendocrine.
4. **Limfomul:** 15-20%; apare în țesutul limfatic și este localizat în jejun. Subtipul este limfomul non-Hodgkin și mai specifice sunt limfoamele MALT, limfomul de celule B, boala imuoproliferativă a intestinului subțire și limfomul Burkitt.

## TABLOU CLINIC

Simptomatologia apare la 50% dintre tumorile benigne și la 90% dintre cele maligne. Are debut insidios și este complet nespecifică.

Într-un studiu, eșecul de a obține un diagnostic corect sau interpretarea greșită a rezultate-

lor investigațiilor de către medic au reprezentat întârzieri de 8 și, respectiv, 12 luni; prin comparație, întârzierea de diagnostic estimată din cauza incapacității pacientului de a raporta simptomatologia a fost de mai puțin de două luni. După cum știm, prognosticul este strâns legat de extinderea bolii în cazul majorității tumorilor maligne de intestin subțire, de aceea depistarea precoce și tratamentul pot contribui favorabil la evoluția bolii. (4)

Caracteristicile clinice ale neoplasmelor de intestin subțire pot include una sau mai multe dintre următoarele: durere, sângerare (hemoragii oculte), anorexie, scădere ponderală sau chiar icter (Tabelul 1). (5)

**TABELUL 1.** Caracteristicile clinice ale neoplasmelor de intestin subțire

Simptome/Semne	Frecvență (%)
1. Durere abdominală	42-83
2. Scădere ponderală	23-87
3. Formațiune abdominală	19-29
4. Anemie	18-75
5. Greață/vărsături	27-34
6. Hemoragii oculte	13-68
7. Obstrucție	16-65
8. Icter	18-30
9. Anorexie	18-25

## DIAGNOSTIC CLINIC

Pacienții a căror simptomatologie sugerează prezența unei tumori de intestin subțire trebuie să fie supuși unui istoric complet – anamneză, examen fizic și screening pentru hemoragii oculte în materiile fecale. Aceste investigații trebuie să se realizeze în cabinetul medicului de familie, iar acesta, ulterior, în urma rezultatelor, să emită bilete de trimitere către medicul specialist gastroenterolog sau chirurg, după caz. De asemenea, tot medicul de familie poate să ceară un laborator minim de lucru care să includă o hemogramă completă, măsurarea concentrațiilor plasmatiche ale electroliților și testele funcționale hepatice.

### Anamneza

- APP: boala Crohn, boala celiacă, cancer de colon;
- AHC: polipoza familială adenomatoasă, cancerul colorectal ereditar nonpolipozic, sindromul Peutz-Jeghers, fibroza chistică;

### Factori de risc

- sexul masculin;
- vârsta peste 50 de ani;

- alimentația bogată în grăsimi și carne afumată și sărată;
- fumatul.

### Examen fizic

*Inspecția:* paloarea tegumentelor, consecință a anemiei feriprive, asociată cu un grad variabil de icter. Pacientul poate aborda o poziție antalgică.

*Palparea:* se poate decela o masă/formațiune tumorală abdominală în 25-33% dintre cazuri. Căutarea ei prin palpare, eventual prin tușeu rectal/vaginal, se va face în zona abdominală în care bolnavul localizează durerea sau borborismele.

*Percuția:* hipersonoritate prin distensie gazoasă sau matitate revărsată pe flancuri. Valoarea manevrei, însă, este limitată.

## DIAGNOSTIC PARACLINIC

Nu există o metodă unică imagistică în cazul unui pacient cu suspiciune de tumoră de intestin subțire. (4)

Alegerile pot fi radiografice (CT, radiografia de intestin subțire, enteroclimă) sau endoscopice (capsula endoscopică gastrointestinală, push enteroscopie/enteroscopia prin propulsie, endoscopie cu balon dublu). (4)

În funcție de scenariul clinic, mai multe teste pot fi necesare pentru a evalua în mod adecvat intestinul subțire. În cazul în care se suspicionează o tumoră de intestin subțire sunt necesare cel puțin două metode imagistice pentru a confirma sau infirma diagnosticul (ex. capsula endoscopică urmată de enteroscopie cu dublu balon). (4)

**Imagistica radiografică** – sunt disponibile o multitudine de investigații radiologice, însă cu valoare diagnostică limitată, cu excepția cazului în care este suspectată o obstrucție intestinală. (4)

*UGI/SBFT* (Upper gastrointestinal series) – radiografia tractului digestiv superior poate releva o leziune de masă, defecte ale mucoasei sau invaginație. Există și dezavantaje la această metodă de investigație: nu vizualizează în afara lumenului și astfel nu este de ajutor în stadializare (4).

*CT scan* – este capabil de a detecta anomalii la aproximativ 70-80% dintre pacienții cu tumoră de intestin subțire (4). Pe lângă detectarea tumorii primare, CT are capacitatea de a evalua corespunzător răspândirea extraintestinală la

distanță și implicarea ganglionilor limfatici regionali, însă prezintă lacune de vizualizare a lumenului sau a mucoasei (4).

*Angiografia și scanarea cu radionuclid* – este indicată pentru anumite tumori, în special carcinoide sau leiomiiosarcom, care pot fi văzute pe angiografie ca o pată roșie distinctivă. Aceste teste nu sunt recomandate în diagnosticul inițial (4).

*Enteroclimă și enterografia* – enteroclimă este o radiografie care se realizează prin trecerea unui tub în intestinul proximal și injectarea de bariu și metilceluloză. Această tehnică este superioară UGI/SBFT în descoperirea tumorilor maligne de intestin subțire. Într-un studiu s-a dovedit că sensibilitatea enteroclimă pentru detectarea unei tumori maligne este de 90% comparativ cu radiografia digestivă superioară, care este de 33% (4). Enteroclimă are și un dezavantaj, deoarece nu sesizează leziunile plate infiltrative.

Au apărut tehnici noi care, în conjuncție cu CT și/sau RMN (sub denumirea de enterografie CT sau enterografie RMN), se pare că sunt mai promițătoare (6):

1) Enterografia CT – este o alternativă la enteroclimă și nu necesită plasarea unui tub nasogastric pentru administrarea de substanță de contrast; este mai bine tolerată de pacient (4). Pacientul ingerează un volum mare de material (1,5-2 l în 45-60 de minute) de contrast enteric (apă sau bariu de concentrație mică). Avantajele acestei metode de diagnostic: oferă informații despre patologia intraluminală (stricțiuni, formațiuni tumorale); examinează întregă grosime a peretelui intestinal; este utilă în evaluarea organelor solide și oferă o imagine de ansamblu a abdomenului și pelvisului; cost redus față de capsula endoscopică sau enterografia RMN. Dezavantaje: expunerea la radiații; incapacitatea de a demonstra leziuni izolate ale mucoaselor, cum ar fi ulcerile aftoase (7).

2) Enterografia RMN – deși nu este la fel de disponibilă precum enterografia CT, este în curs de dezvoltare, fiind o tehnică precisă de diagnostic și de excludere a unui neoplasm de intestin subțire. (4)

3) PET/CT – scanarea PET cu indicator radioactiv 18-F-deoxiglucoza, în special PET/CT integrat poate fi util pentru diagnosticul inițial al neoplasmului de intestin subțire, stadializare, evaluare, răspuns la tratament și restadializare la momentul suspiciunii unei recidive. Utilitatea variază în funcție de tipul histologic. (4)

**Tehnici endoscopice**

*Endoscopia superioară* – este capabilă să exploreze doar duodenul. Este indicată dacă este suspectată o tumoră a intestinului subțire proximal.

*Capsula endoscopică* – este o metodă de investigație non-invazivă și poate vizualiza intestinul subțire pe toată lungimea sa. În America este utilizată în practica gastroenterologică atât în sistemul de îngrijire primară (medicina de familie), cât și în cel de asistență medicală secundară. S-a demonstrat că, în privința identificării afecțiunilor la nivelul intestinului subțire, are o rată diagnostică pozitivă superioară (între 45 și 76%) celei oferite de alte metode, inclusiv enteroscopia, examenul baritat al intestinului subțire combinat cu CT și RMN.

Utilizarea capsulei endoscopice este contraindicată la pacienții diagnosticați cu afecțiuni gastrointestinale ocluzive și cu tulburări de deglutiție. În ciuda valorosului potențial diagnostic, capsula endoscopică nu poate să preleveze fragmente pentru biopsie sau să efectueze proceduri terapeutice. Este una dintre metodele de elecție pentru investigarea pacienților cu sângerări digestive oculte și cu rezultate normale la gastroscopie și colonoscopie (8).

*Enteroscopia cu dublu balon* – este o tehnică nouă, superioară din punct de vedere terapeutic și al capacității de efectuare a intervențiilor endoscopice. Permite enteroscopia totală prin intubarea intestinului subțire pe cale orală (gas-

troscopie extinsă) sau anală (ileocolonoscopie extinsă) (8).

*Markeri tumorali* – rolul lor în evaluarea unei suspiciuni de tumoră de intestin subțire este neclar. Nu există nici un marker tumoral suficient de sensibil și specific pentru diagnosticul niciunui tip de tumoră de intestin subțire (4).

*Explorarea chirurgicală/Laparotomia* – este cea mai sensibilă modalitate de diagnostic în evaluarea pacientului cu suspiciune mare de neoplasm de intestin subțire. Explorarea chirurgicală ar trebui să se ia în considerare atunci când există hemoragii oculte gastrointestinale, scădere ponderală inexplicabilă, durere abdominală difuză, iar celelalte metode diagnostice sunt neconcludente. (4) De asemenea, are rol curativ prin extirparea tumorii împreună cu porțiunea corespunzătoare a intestinului – enterectomie parțială. Este obligatoriu ca piesa chirurgicală să fie supusă unui examen histopatologic care va pune diagnosticul de certitudine (9).

Dacă, în urma investigațiilor, diagnosticul este de neoplasm de intestin subțire, va urma stadializarea și tratamentul oncologic adecvat. Punerea unui diagnostic precoce corect este vital în prognosticul și supraviețuirea pacientului. Medicul de familie trebuie să investigheze orice tulburare de tranzit și orice anemie. Anemia impune de primă intenție investigația hematologică. În caz că nu are suport hematologic, bolnavul trebuie trimis la investigații suplimentare imagistice de tract digestiv. Tratarea acestei patologii cu neglijență poate costa viața pacientului.

**BIBLIOGRAFIE**

1. Ciobotaru O.C. Particularități clinice și evolutive în tumorile intestinului subțire, UMF „Gr. T. Popa” Iași, 2011
2. www.kidoke.jimdo.com, Tumorile benigne ale intestinului subțire
3. www.oncolink.org, All about small bowel cancer, The Abramson Center of the University of Pennsylvania
4. www.uptodate.com, Diagnosis and staging of small bowel neoplasms
5. www.ncbi.nlm.nih.gov (Pubmed), Adenocarcinoma of the small bowel
6. www.ncbi.nlm.nih.gov (Pubmed), MR enteroclysis in the diagnosis of small bowel neoplasms
7. Tomescu F.A., Andronescu D., Pop C., Calin R. Rolul enterografiei CT în evaluarea sângerărilor gastrointestinale obscure, *Revista Societății de Medicină Internă*, nr. 5/2015
8. Capsula endoscopică gastrointestinală: de la centrele terțiare la nivelul îngrijirii primare, *The British Medical Journal*, nr. 4/2006
9. www.teodorbuliga.ro, Tumorile de intestin subțire – diagnostic și tratament