

CHISTURILE PRIN DUPLICAȚIA TUBULUI DIGESTIV

dr. C. Pană, dr. C. Morari

Chistul prin „duplicația tractului digestiv” este cunoscut în literatura de specialitate sub cele mai felurite denumiri: enterochistom, chist enteroid, chist enterogen, chist entodermoid, ileum duplex, chist gastrogenic al esofagului, chist toracic de origine gastrică, chist omental, mezenteric sau de incluziune, diverticul Meckel neobișnuit, diverticul gigant, limfangiom, dedublare intestinală, duplicaturi ale tractului digestiv.

Chistul prin duplicația tubului digestiv se întâlnește rar. El afectează cu predilecție vârsta copilăriei. *Dohn* și *Poulsen* susțin că 70% din cazuri au fost tratate sub vârsta de 16 ani (1).

Frecvența exactă a chisturilor prin duplicație digestivă este greu de evaluat. Nu se poate stabili cu precizie numărul cazurilor publicate din cauza denumirilor multiple și a interpretărilor variate. *Anderson* însumează în intervalul 1952—1962, un număr de 60 de cazuri, la care adaugă 3 observații personale (1). Clinica Mayo menționează 8 cazuri pe 820.000 de boșnavi (7).

În literatura românească, au fost publicate pînă în prezent 11 cazuri de asemenea chisturi, dintre care 5 cu sediul în mezențerul ileal (cite un caz *Mátyás Mátyás*, *Andreoiu*, *Stoian*, *Bretin*, *Russu*) și 6 cu localizări rare: unul pe duoden (*Russu*), unul în mezențerul jejunal (*Chipatti*), unul în mezocolonul stîng (*Firică*), două dedublări ale colonului transvers, un chist situat retroperitoneal și malignizat (*Adam*).

La acestea adăugăm cazul nostru, care este al 12-lea din literatura românească, al 6-lea cu localizare în mezențerul ileal și unicul în activitatea îndelungată a Clinicii chirurgicale nr. I din Cluj.

Chisturile prin duplicația tractului digestiv pot să fie întîlnite în orice parte a organismului, de-a lungul tubului digestiv, de la baza limbii pînă la anus. De regulă, ele se dezvoltă în vecinătatea tubului digestiv și aderă intim de peretele acestuia.

Obișnuit, tumoarea este unică. Poate fi și multiplă. Forma comună a tumorii este rotundă sau ovală, cu un diametru de 1—10 cm. Mai rar se întînesc și chisturi tubuliforme lungi de 15—60 cm sau chiar de 1,5 m (6). Dispuse paralel cu tractul

digestiv. La tot al 5-lea dintre cazurile publicate s-a putut pune în evidență o comunicație între cavitatea chistului și lumenul segmentului digestiv corespunzător (9).

Peretele chistului, în general, este subțire dar se poate îngroșa mult în caz de suprainfecție a conținutului. La interior, el este tapetat de mucoasa digestivă, care nu corespunde todeauna tipului histologic al segmentului tubului digestiv normal din care s-a dezvoltat (4). Mucoasa digestivă a peretelui chistic prezintă uneori semne nete de activitate secretorie (*Nasse, Lotheisen*), alteori ea este atrofiată înct abia mai poate fi recunoscută (*Henke, Buchwald*). Conținutul are aspect variabil seromucos, hemoragic sau purulent.

Chisturile prin duplicație intestinală ale mezenterului evoluează asimptomatic timp îndelungat. Tablou clinic, când apare, este estompat și necaracteristic. Oricând poate imita apendicita sau colecistita acută.

Tumora nu se palpează de cele mai multe ori, pe de o parte din cauza dimensiunilor sale reduse, pe de alta din cauza contracturii abdominale, când chistul se manifestă ca un abdomen acut. Se cunosc cazuri, la copii mai a'es, la care tumoarea a putut fi palpată, dar diagnosticul preoperator a fost de tumoare abdominală sau tumoare anexială.

Semnele radiologice lipsesc de cele mai multe ori, atît din cauza dimensiunilor reduse a'e tumorii, care nu lasă imagine pe filmul radiografic, cît și din cauza că substanța baritată nu poate să străbată niciodată comunicația dintre lumenul intestinal și cavitatea chistului la bo'navii la care ea există.

Evoluția latentă ca și dificultățile întimpinate în stabilirea diagnosticului clinic sînt factori favorizanți ai apariției complicațiilor, care sînt destul de frecvent întilnite în evoluția chistului mezenteric prin duplicație intestinală. Ele sînt: subocluzia intestinală (*Andreicu*), ocluzia intestinală prin compresiune — obturație (*Serada-Diaz, Economu*), prin invaginație (*Hausson*), prin volvulus (*Roth*), supurația chistului (*Sénécaque și Roux; Berg, Mazingarbe*). Mai rar a fost întilnită ruptura peretelui chistic cu hemoragie intrachistică sau hemoperitoneu (*Melchior*).

Noi am avut ocazia să tratăm un chist mezenteric prin duplicație intestinală, supurat și rupt în cavitatea peritoneală liberă, la o lăuză cu pneumopatie acută stîngă, prezentată în co'aps

C. E. femeie, de 29 de ani, ne este transpusă cu peritonită acută generalizată, instalată în strînsă legătură cu o naștere prematură. La prezentare, stare gravă, colaps, pneumopatie acută. Instituim terapia intensivă și după 3 ore intervenim cu diagnosticul de peritonită acută generalizată cu origine probabilă biliară sau genitală. Apendicectomie în antecedente.

Laparotomia pune în evidență o tumoare sferică, cu diametrul de 6 cm, situată în grosimea mezenterului la 60 de cm de valvula ileocecală. Tumoarea aderă întim de peretele ansei intestinale învecinate și de pediculul vasculonervos al acesteia. Pe una din fețe, peretele tumorii prezintă o fisură lungă de 4 cm, din care se scurge un puroi cremos. Au crescut bacili coli pe mediile de cultură.

Practicăm rezecția parțială a chistului, forțați de starea generală tratată și de întimitatea raportului chistului cu ansa intestinală și cu pediculul ei. Evacuăm conținutul purulent din cavitatea peritoneală, drenăm Douglas-ul și laterocolic drept Antibiotice în soluție diluată sînt lăsate în cavitatea peritoneală.

Histologic, peretele chistului „este alcătuit din celule musculare netede și din celule conjunctivale fibroelastice; există zone extinse de hialinizare; una din suprafețele secțiunii este tapetată de un material necrotico-fibrino-leucocitar; nu se observă caractere de malignitate“ (dr. V. V. *Papilian*). (Fig. nr. 1 și nr. 2)

Terapia intensivă instituită preoperator a fost continuată per- și postoperator

Observația clinică de mai sus prezintă unele particularități, care completează tabloul clinic de ansamblu al afecțiunii.

Ar fi posibil ca apendicopatia sancționată chirurgical în copilărie să fi fost prima manifestare a chistului prin duplicație intestinală.

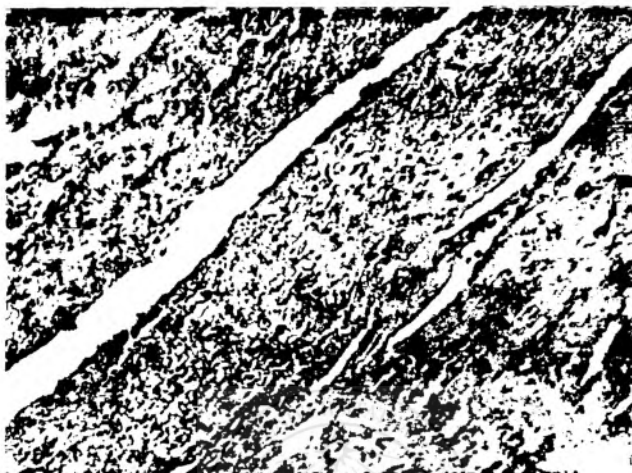


Fig. nr. 1: Cavitate tapetată de masă necrotică cu perete constituit din țesut muscular neted. Col. H. E., 150 X

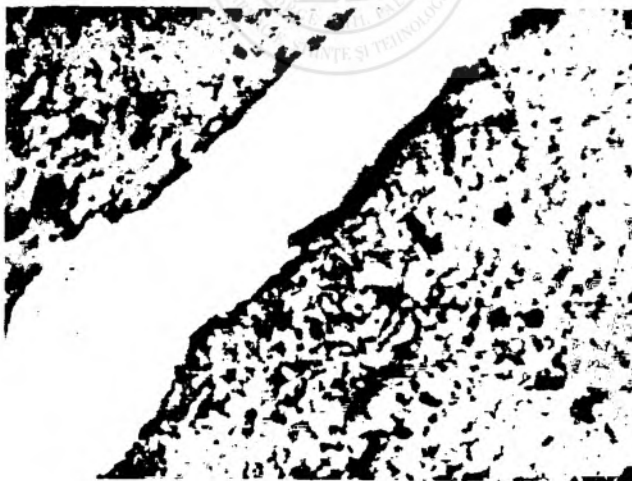


Fig. nr. 2: Aceeași imagine. Col. H. E., 600 X

Infecția conținutului chistic s-a produs mai probabil prin comunicarea cavității chistului cu lumenul ansei intestinale, dar care pe piesa histologică nu a putut fi pusă în evidență din cauza îngroșării exagerate a peretelui chistic.

Supurația îndelungată a chistului, pe lângă îngroșarea neobișnuită a peretelui, a distrus mucoasa ce tapeta fața interioară a acestuia, înlocuind-o cu o masă necrotică. Absența tapetului mucoas în cazul nostru și în asemenea condiții, credem că nu poate să afecteze încadrarea lui printre chisturile prin duplicație digestivă, atita timp cât sînt prezente celelalte două caracteristici: situația anatomică, raportul intim cu ansa intestinală și pediculul ei și predominanța în structura peretelui chistic a musculaturii netede, formulate de Ladd și Gross (citați de 1).

Înclinăm să credem, că chistul prin duplicație intestinală supurat, în cazul nostru, a declanșat prematur travaliul. Iar în timpul travaliului el s-a rupt și a însămințat cavitatea peritoneală liberă.

Observația clinică prezentată, subliniază o dată în plus dificultățile întâmpinate în stabilirea diagnosticului preoperator, mai ales în stadiul complicațiilor. Laparotomia oferă indicii orientative asupra diagnosticului. Poziția tumorii și raporturile sale cu ansa intestinală și pediculul ei condiționează excluderea altor tumori chistice ale mezenterului: limfocistomul, pseudocistomul hematic, chistul heman-giectazic sau hemolimfoangiectazic, teratomul benign și chisturile parazitare. Am exclus de asemenea abcesul ganglionar mezenteric pe baza lipsei adenitei mezen-terice satelite.

Diagnosticul de precizie însă în chisturile mezenterice prin duplicație intestinală nu poate fi făcut decît pe baza examenului histologic.

În ce privește etiopatogenia acestor chisturi mezenterice, ipoteza cea mai plauzibilă este aceea a duplicației intestinale a lui Bremer J. L. (10). Segmentele tubului digestiv, în procesul evoluției embrionare, trec printr-un stadiu de cordoane pline, după care urmează procesul de repermeabilizare prin confluența spațiilor vacuolare. Cînd o vacuolă, din motive încă necunoscute, nu confluează ci se izolează, ea constituie punctul de plecare al formării chistului prin duplicație digestivă.

Tratamentul chisturilor prin duplicație intestinală ale mezenterului este exclusiv chirurgical. Tehnicile operatorii practicate pînă acum sînt: enucleația, enucleorezecția intestinală și rezecția parțială. Marsupializarea și chistoenteroanastomoza au fost practicate doar ca operații de necesitate. În cazul nostru enucleația a fost imposibilă din cauza aderenței tumorii de intestin și pediculul acestuia. Enucleorezecția a fost contraindicată de starea generală a bolnavei.

Am ales rezecția parțială ca operație adecvată condițiilor date, urmată de tratarea clasică a cavității peritoneale. Timpul scurt de la operație nu ne permite să conchidem asupra recidivei. *Economu* afirmă însă că nu au fost semnalate recidive niciodată după rezecția parțială în chisturile prin duplicație intestinală.

Vindecarea, pe care am obținut-o în condiții de peritonită generalizată și pneumopatie acută la o lăuză a doua zi după un travaliu prematur, prezentată în colaps, ne îndreptățește să afirmăm că alegerea judicioasă a tehnicii operatorii și un tratament pre- și postoperator bine condus sînt în măsură să reducă mult indicele mortalității în chisturile mezenterice prin duplicație intestinală, evaluat de *Miller* la 50 %, iar de *Kettel* la 30 %, fiind cuprinse în statisticele lor și cazurile complicate.

Sosit la redacție: 18 aprilie 1970.

Bibliografie

1. ADAM E., MANESCU N., BARBU N.: *Timișoara Medicală* (1963), 8, 2, 95;
2. ANDERSON M. C., SILBERMAN W. W., SHIELD TH.: *Arches of Surgery* (1962), 85, 94;
3. ANDREOIU C., POPESCU GH. I., BREAZU H.: *Chirurgia* (1960), 3, 419;
4. BRETIN GH., GHERASIM M., ILIESCU V.: *Rev. Med. Chir.* (1959), 3, 725;
5. CHIAMPO L.: *Minerva Chirurgica* (1960), 15, 7;
6. CHIPAIL GH., DIACONESCU

N., UNTURA A., KRELMER S.: Rev. Med. Chir. (1961), 3, 703; 7. FIRICA TH.,
MUNTEANU V., GRADINARU V.: Chirurgia (1967), 16, 10, 875; 8. GHERMAN R.,
HALTICK Z., GLIGOR O.: Chirurgia (1961), 10, 3, 541; 9. JANSER J. C., VIVILIE
CH., PHILIPPE E., FREY G., SCHVINGT E.: Arch. Mal. Appar. Dig. (1965), 54 3,
249; 10. LANGMAN J.: Embryologie Médicale, Ed. Masson et C-ie, 1965; 11. PE-
NIESCHKA W., REY G. W.: Arch. f. klin. Chirurgie (1957), 285, 420; 12. RUSSU T.,
ROȘIANU I., BULUCEA A.: Rev. Med. Chir. (1961), 4, 893; 13. STOIAN M., STOIAN
E., NEDELCOV V. P.: Chirurgia (1961), 10, 4, 583; 14. TANĂSESCU I., COSTESCU
D., ABUREL V., POPESCU E.: Chirurgia (1958), 3, 455.