

Clinica chirurgicală nr. 2 (cond.: conf. dr. C. Pană, doctor docent)
și Clinica medicală nr. 1 (cond.: prof. dr. C. Ducea, doctor în medicină)
din Tîrgu Mureș

ENTERITA SEGMENTARĂ ULCEROFLEGMONOASĂ PERFORATĂ DUPĂ COBALTOTERAPIE

C. Pană, L. Róna, Gh. Simu, C. Crăciun, A. Boțianu

Enterita de iradiție a fost descrisă pentru prima dată de D. Walsh în 1897 și reprodusă experimental în 1942 (6). Rară la început, incidența ei a sporit paralel cu lărgirea indicației cobaltoterapiei în cancerle organelor genitale interne ale femeilor și în cancerle vezicii urinare. Enterita segmentară este unică de obicei, mai rar ea interesează concomitent mai multe segmente ale intestinului. Ea interesează cu predilecție rectul și colonul sigmoidian, mai rar intestinul subțire.

Am avut ocazia să observăm și să operăm de urgență o bolnavă cu enterită segmentară perforată după cobaltoterapie.

Bolnava T. A., 45 ani, pensionară (F. O. 199/1981) este transferată de la Clinica medicală pentru laparotomie exploratorie cu suspiciunea de metastaze peritoneale ori retroperitoneale după histerectomie urmată de cobaltoterapie pentru cancer al colului uterin.

Histerectomia totală a fost practică în luna august 1980 și cobaltoterapia a fost începută la 1 septembrie 1980. După 10 ședințe de cobaltoterapie se instalează brusc tabloul clinic al enteritei acute (colici abdominale, greață, vărsături, diaree, febră moderată). Se intrerupe cobaltoterapia și se instituie tratamentul medical cu spasmolitice, cortizon, regim alimentar, antidiareice. După 2 luni, tabloul clinic s-a șters și a fost reluată cobaltoterapia, pe care bolnava a suportat-o pînă la sfîrșit de data aceasta. După 7 zile de la terminarea cobaltoterapiei a reapărut enterita, care s-a accentuat progresiv instalîndu-se sindromul subocluziv. La 18 I 1981 este internată la Clinica medicală, unde printre altele se constată rinichi drept mut, iar la 4 II 1981 este transferată la clinica noastră. Se instituie tratamentul simptomatic, degajator și de reechilibrare hidroelectrolitică; starea este staționară pînă la 9 II 1981, cînd pe acest fond clinic se instalează abdomenul acut chirurgical peritonitic, fără pneumoperitoneu.

Se intervine de urgență în ziua de 9 II 1981 (nr. cond. op. 222) sub anestezie generală I.O.T. prin laparotomie mediană ombilicopubiană și se constată: conținut intestinal în cavitatea peritoneală (cca 200 ml) un bloc aderențial în fosa iliacă dreaptă format din ileonul terminal, cec și 1/3 distală a ascendentului fixat de peretele lateral și dorsal al abdomenului și colonul sigmoidian cu peretele dur, fără luciu, alb sidefiu, permeabil, este fixat în bazin. Retroperitoneal drept, o tumoare dură, neregulată, alungită (metastază?). În mijlocul blocului aderențial din fosa iliacă dreaptă era un segment de ansă ileală, fără luciu, sidefie, cu perete îngroșat și dur de cca 25 cm. În mijlocul ei se pune în evidență o perforație rotundă cu diametru de cca 3 mm și stenoza pe o 1/3 distală a ascendentului.

Se practică enterectomia segmentară + ileo-anastomoză laterolaterală și ileotransversostomie pentru scurtcircuitarea stenozei ascendentului. drenaj al Douglasului.

Examenul histopatologic (buletin nr. 298 057—298 058) menționează perforația și infiltrația granulocitară bogată a peretelui, care înlocuiește mucoasa, străbate stratul muscular și se apropie de seroasă (A. Fazekas).

Evoluția postoperatorie a fost grevată de reluarea greoaie a tranzitului intestinal (a 5-a zi), de două pusee de diaree și de vindecarea secundară a plăgii operatorii.

Observația clinică prezentată este o formă rară de enterită segmentară prin iradiție; incidența acesteia este în creștere și evaluată de autori între 3% — Buie și colab. și 16,9% Aldrige (9). Particularitatea cazului nostru constă în:

— instalarea în cursul cobaltoterapiei, amendarea cu tratamentul simptomatic și revenirea după 7 zile de la terminarea cobaltoterapiei; de obicei, ea apare după luni ori ani de la terminarea radio-ori cobaltoterapiei (1, 2, 5, 7, 9);

— localizarea multiplă pe intestin subțire, colon sigmoidian și cec-ascendent; localizarea cea mai frecventă este rectosigmoidiană (3, 4, 5, 6, 8, 9);

— perforația este rară, mai frecvent se întilnește hemoragia și stenoza după majoritatea autorilor;

— blocarea rinichiului drept prin metastaza retroperitoneală.

Chirurgii au incriminat ca factor determinant unic dozele și procedurile de administrare a energiei iradiante. Radiologii (9) au constatat pe statistici apreciabile prin cercetare prospectivă că numai o parte mică de bolnave fac enterită de iradiație dintr-un lot cu cancer în același stadiu și tratat cu aceleași doze și proceduri. Pornind de la această constatare ei consideră un complex etiologic unitar, în centrul căruia stau gradul de absorbție a energiei iradiante și procedurile de administrare și pe care ei îl descriu pentru prima dată în literatură de specialitate. Pe lângă gradul de absorbție a energiei iradiante și procedurile trebuie luate în considerare: factorul constituțional (stres, dezechilibre neurovegetative cu efect asupra intestinului), leziuni inflamatoare cronice preexistente nemanifeste ale intestinului (enteropatii, rectosigmoidite), diverticuloză, colon iritabil, dolicocolon, intestin fixat prin aderențe, disinerгии biliare, disfuncții pancreatice. Și noi considerăm că numai această concepție dialectică a etiologiei poate explica de ce din bolnavii iradiați în aceleași condiții, cu aceleași doze și în același stadiu evolutiv numai unii fac enterită segmentară.

Leziunile morfopatologice încep de obicei cu endarterita obliterantă a arterelor mici ale intestinului, dar sînt descrise și endarterite mezentereice — Warren (1). Endarterita obliterantă este succedată la intervale diferite de inflamația acută a mucoasei (congestie, edem, hipersecreție, infiltrație cu limfocite și contractura musculaturii netede).

Inflamația acută a mucoasei evoluează spre reversibilitate, alteori devine cronică (peretele intestinal devine sîdofiu, fără luciu, îngroșat și dur, de obicei cu mucoasa continuă).

Inflamația cronică se poate complica cu stenoză, hemoragie și perforație, mai rar, ca în cazul prezentat.

Tabloul clinic și imaginile radiologice ca și datele rectocolonoscopiei sînt necaracteristice, din care cauză diagnosticul clinic este numai de prezumție, sugerat de tratamentul iradiant premergător. Diagnosticul sigur este dat numai de examenul histopatologic încadrat natural în tabloul morfopatologic, ca în cazul nostru.

Tratamentul este medical în formele necomplicate; constă din regim energetic administrat parenteral și cortizon (7); prelungit dă rezultate ca în prima etapă în cazul nostru. Formele complicate cu stenoză, hemoragie, perforație impun tratamentul chirurgical (1, 7, 8) asociat cu cel medical timp îndelungat.

Mortalitatea este evaluată la 12 % (1, 3, 5), iar vindecarea se obține după 14 luni, pînă la 2 ani.

Bibliografie

1. Bockus L. H.: Gastroenterology. Saunders, Philadelphia, 1967—1974, 1042; 2. Brown F. A.: Am. J. Dig. Dis. (1962), 7, 1008; 3. Chen P.: Am. J. Roentg. (1962), 22, 87; 4. Collins E., James T.: Surg. Gynec. Obstet. (1934), 59, 644; 5. Collock B. O.: Surg. Gynec. Obstet. (1959), 108, 506; 6. Friedmann N., Warrens S.: Arch. Path. (1942), 33, 336; 7. Kaplan R.: JAMA (1968), 20, 357; 8. Todd F.: Surg. Gynec. Obstet. (1958), 67, 617; 9. Vlădăreanu M., Florea I., Pană I.: Radiologia (1980), 4, 255; 10. Walsh D.: Brit. med. J. (1897), 2, 272.

Sosit la redacție: 23 iunie 1981