

Patologia intestinului subțire

Plan curs

- ◆ anatomie
- ◆ tumorile maligne și benigne
- ◆ boala Crohn
- ◆ infarctul entero-mezenteric

Tumorile benigne și maligne

Tumorile intestinului subțire

- Benigne
 - etiopatogenie necunoscută
 - anatomie patologică
 - adenoame (polipi), leiomiom, lipom, tumori neurogene benigne, tumori vasculare benigne
 - localizare 40% ileon, 30% jejun
- Maligne
 - rare - 5% din tumorile G-I, 1% din tumorile maligne
 - anatomie patologică
 - adenocarcinoame, tumori carcinoide, leiomiosarcoame, limfoame primitive
 - localizare
 - 50% ileon (carcinoid, adenoK, limfom)
 - >30% jejun (adenocarcinom, carcinoid)

Tablou clinic

- depinde de localizare, volum, raport cu lumenul intestinal
 - endoluminală - invaginație, obstrucție
 - parietală - stenoză progresivă
 - subseroasă- volvulări
 - ocluzie intestinală cu caracter intermitent,
 - Completă sau incompletă, acută sau cronică
 - hemoragie digestivă
 - acută cu șoc hemoragic sau cronică anemiantă
- uneori decelabile prin palpare (leiomioamele voluminoase)

Diagnostic

- explorări radiologice
 - tranzit baritat cu urmărire
 - enterocлизis
 - CT ± substanță de contrast, iv, oral
 - arteriografia selectivă
- scintigrafia
- enteroscopia
 - push-enteroscopy,
 - enteroscopia percutană,
 - enteroscopia retrogradă
 - enteroscopia per-operatorie
- laparotomia
- video-laparoscopia +/- enteroscopie
- videocapsula endoscopică

Tratament

- tumori benigne
 - excizia locală simplă
 - enterectomie segmentară
- tumori maligne
 - rezecție în limite oncologice + limfadenectomie
 - intervenții paleative - derivații interne
 - chimio-, radioterapie

Boala Crohn

Boala Crohn

Proces inflamator cu caracter evolutiv cronic și progresiv cu etiopatogenie necunoscută putând afecta orice segment al tractului digestiv, însă mai frecvent se localizează la nivelul ileonului distal, colonului și regiunii ano-perineale

1932 Burrill Crohn - ileita regională

Bolile inflamatorii ale i.s.

Epidemiologie:

- albi > negri
- evrei - > 6x
- M = F
- B.Crohn - incidența 2 ⁰/0000, prevalența 20-40 ⁰/0000 (Europa de vest si SUA)
- maxim de incidența între 15 si 35 ani
- afectare familială - 2-5% din cazuri una sau mai multe rude afectate
- țări industrializate

Boala Crohn

- Etiopatogenie
 - necunoscută
 - teorii patogenice
 - genetică (aglomerare familială, gemeni monoziagoți)
 - infecțioasă
 - alergică
 - autoimună (autoimun, autoanticorpi, complexe imune)
 - permeabilitatea mucoasei intestinale
 - psihologici - labilitate psihică, stress emoțional
 - alți factori
 - fumat, stres, regim alimentar

Boala Crohn

Anatomie patologică

- macroscopic
 - Îngroșarea peretelui, lumen redus, hiperemie, depozite de fibrină
 - aspectul mucoasei depinde de gravitatea leziunii
 - aspect de “piatră de pavaj”
 - aderențe inflamatorii cu alte viscere
 - infiltrarea mezourilor, adenopatie++
 - fistule digestive interne, entero-vezicale, entero-cutanate
 - ulcerații superficiale și profunde
 - zone de mucoasă sănătoasă alternativ cu zone bolnave
- microscopic
 - ulcerațiile mucoasei
 - celulele granulomatoase = cel. gigante epitelioid, înconjurate de lymfocite, plasmocite

Boala Crohn

- Tablou clinic
 - simptome
 - diareea scaune semi-lichide sau apoase, fără sânge, uneori steatoreice
 - durerea abdominală
 - malnutriția
 - semne generale
 - febră 38°C, frisoane, scădere ponderală
 - semne extraintestinale
 - hepatobiliare: steatoză, litiază, colangită sclerozantă primitivă
 - reumatologice: artrite periferice, spondilit[ankylopoetică, sacro-ileită
 - dermatologice: eritem nodos, pioderma gangrenosum, leziuni perianale, stomatită aftoasă
 - oculare: uveită/irită, episclerită
 - genito-urinare: litiază, uropatie obstructivă, fistule entero-vezicale, enterovaginale, entero-ureterale
- multiple intervenții chirurgicale în antecedente

Pioderma gangrenosum



Pioderma gangrenosum

- dermatoză neutrofilică mai puțin frecventă,
- tinde să afecteze femeile de vârstă mijlocie
- extremitățile inferioare cel mai frecvent afectate
- ulcerative, pustuloase, buloase, vegetative și peristomale
 - cea mai frecventă variantă ulcerativă prezintă de obicei o formă marginală
 - ulcer cu margini violacee, subminate

Traumatismele minore ale pielii pot duce la dezvoltarea de noi leziuni, care este cunoscut sub numele de *patergie*

Pioderma G - tratament

- » îngrijirea plăgii atraumatice,
- » terapia locală și
- » terapia sistemică

- » leziunile ușoare,
 - » corticosteroizii topici, inhibitorii locali de calcineurină și corticosteroizii intralezionali

- » boala extinsă și rapid progresivă - terapia sistemică.
 - » Corticosteroizii sistemici și ciclosporina sunt considerate opțiuni de primă linie pe baza rezultatelor studiului clinic randomizat STOP GAP (NCT02821013).
 - » Terapiile orale de linia a doua - dapsona, micofenolatul de mofetil, metotrexatul, azatioprina și minociclina.
 - » Atc anti TNF alfa infliximab, adalimumab, etanercept
 - » Atc anti receptori de interleukină 1 (anakinra)
 - » Atc anti receptori interleukina 1b (canakinumab)

Boala Crohn

Ex biologice :

- > anemie,
- > hipoalbuminemie,
- > malabsorbția vit B12, foliați,
- > teste de inflamație nespecifică: VSH crescute
- > tulburări electrolitice
- > hipocalcemie (malabsorbție vit D)
- > steatoree
- > creștere fosfatazelor alcaline (colangita sclerozantă sau steatoree)

Boala Crohn

Explorări radiologice

- > rx abdominală simplă - ocluzie, perforație
- > irigografia - piatră de pavaj, spiculi
- > rx baritată cu urmărirea tranzitului
- > fistulografia

CT

Ecografia abdominală

EDS, colonoscopia, ileoscopia + biopsie

Boala Crohn

- Dg diferențial
 - enterocolita, enterita TBC
 - diverticulita colică, colita ischemică,
 - enterita radică, enterita medicamentoasă
 - neoplasmele de intestin subțire
- Forme clinice
 - in functie de localizare
- Evoluție
 - exacerbări și remisiuni periodice,
 - complicații locale și generale

Complicatii

- fistule
- abcese
- stenoze
- degenerare malignă

Tratament

- Medical

- dietă săracă în zaharuri simple, grăsimi, fibre vegetale, lapte, carne de vacă
- simptomatic - diareea, durerile abdominale
- corticosteroizi - prednisolon, ACTH
- salazopirină
- antibiotice: fluorochinolone, metronidazol, claritromicină
- metotrexat, ciclosporină
- anticorpi monoclonali anti TNFalfa
- pregătire preoperatorie - ADS, nutriție parenterală

- Chirurgical

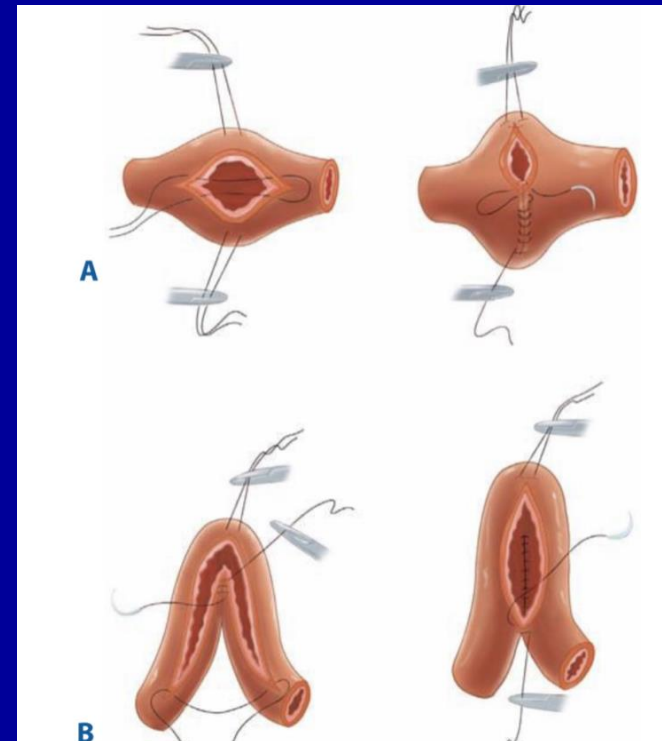
Tratament chirurgical

- Indicații

- complicații - fistula, perforație, abces, hemoragie (mai rar)
- ocluzie intestinală - de obicei parțială, rar completă
- dg. eronat de apendicita acută
- rezistența la tratament medical
- manifestări extraintestinale importante

- Procedee

- rezecții segmentare
- stricturo-plastii
- derivații interne
- fistule ileo-... vezicale, vaginale, cutanate,
 - enterectomie + închiderea fistulei



B. Crohn



Infarctul entero-mezențeric

I.E.M.

Alte denumiri: boala vasculara a mezenterului
definitie :

- infiltrat interstitial difuz la nivelul peretelui intestinal cu elemente figurate ale sângelui, extravazate de la nivelul capilarelor, ca urmare a diminuării aportului sangvin in circulatia mezenterica
- spectru de leziuni variind de la leziuni complet reversibile pana la necroza hemoragica totala transmurala a peretelui intestinului subtire sau colonului drept cauzata de un aport inadecvat de sange in circulatia mezenterica superioara, limitate sau extinse la nivelul intreg i.s. sau colonului drept

Clasificare

I.E.M.

acute

cronice

arteriale

venoase

arteriale

venoase

embolie

tromboza

I.E.M. fără
ocluzie
vasculară

tromboza
venoasă
mezenterică

ischemie
mezenterică
cronică

tromboza
venoasă
cronică

Incidență

- în ult. 30 de ani dg.
 - creștere absolută în incidență
 - Îmbătrânirea populației
 - b. c-v. grave
 - tare sistemice
 - ameliorarea A.T.I., U.S.T.I.C.
 - recunoașterea manifestărilor clinice de insuficiență vasculară intestinală
- valori exacte - necunoscute $\approx 0,01\%$ din internările de urgență

Etiopatogenie

formele arteriale

prin embolice

- 40-50% din I.E.M.
 - originea : A.S., ventricul
 - tulburări de ritm
 - localizare
 - zonele de îngustare arterială
 - 10-15% periferic
 - ocluzie totală sau parțială
 - vasoconstricție mezenterică

Etiopatogenie

formele arteriale

fara ocluzie arterială

- 20-30%
 - factori determinanți
 - hipotensiunea prelungită
 - aritmie, șoc cardiogen, soc hipovolemic, medicație vasoactivă
 - vasoconstricție
 - factori predispozanți
 - I.M.A., I.C. congestivă, boli hepatice, renale, hemodializați, insuficiență aortică, intervenții majore pe cord, viscere

Etiopatogenie

forme arteriale

prin tromboză

- localizare
 - la nivelul zonelor de îngustare aterosclerotică
- pacienți cu ateroscleroză sistemică, difuz
- context de ischemie cronică mezenterică

Etiopatogenie

formele venoase

Incidența 2 la 100 000 locuitori

5% din I.E.M., B/F=1,5/1

varsta medie 48-60 ani

factori favorizanți*

20-35% etiologie necunoscută,

Etiopatogenie

formele venoase - factori favorizanti*

- hipertensiune portală
- splenomegalie congestivă, după scleroterapie
- inflamatorii
 - peritonita, boli inflamatorii ale intestinului, abcese intraperitoneale, diverticulita
- traumatici
 - traumatisme abdominale închise, intervenții chirurgicale - splenectomie
- stări de hipercoagulabilitate
 - neoplasme, deficit de antitrombina, deficit de proteina C, S, disfibrinogenemii, sd. mieloproliferative, contraceptive orale

Etiopatogenie

I.M. cronice

- Decada a 6-a, a 7-a
- B/F = 1:3
- incidența : dificil de evaluat

Fiziopatologie

- Intestinul - circulație colaterală abundentă
 - anastomoze multiple - arcade de ordin 1-3
 - anastomoza a.m.s. - a.m.i.
 - plexul submucos
- obstrucția arterială - hipotensiune distală - deschiderea colateralelor
- obstrucție prelungită - vasoconstricție - creșterea rezistenței vasculare periferice - flux ↓ in colaterale - accentuarea ischemiei

Fiziopatologie

- i.m. fără ocluzie vasculară
 - hipotensiunea - vasoconstricție periferică - ischemie intestinală

Fiziopatologie

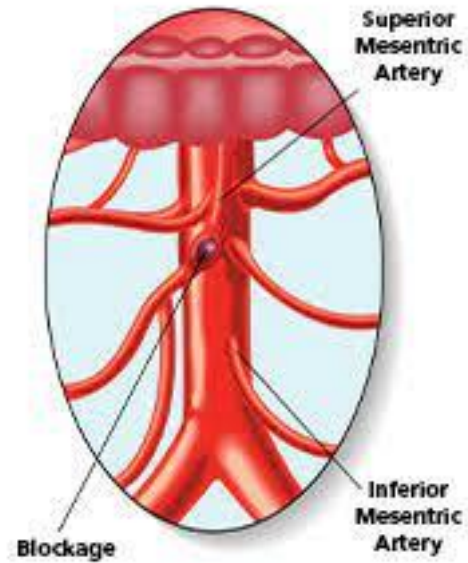
- Consecințe locale
 - ischemia : mucoasă → seroasă
- consecințe generale
 - ansa defuncționalizată - obstacol
 - scăderea debitului portal
 - reabsorbția produșilor toxici
 - producerea de citokine (MDF)
 - hipovolemie
 - hipotensiune arterială
 - acidoză metabolică
 - hipoproteinemie
 - hiperpotasemie
 - C.I.D.

Fiziopatologie

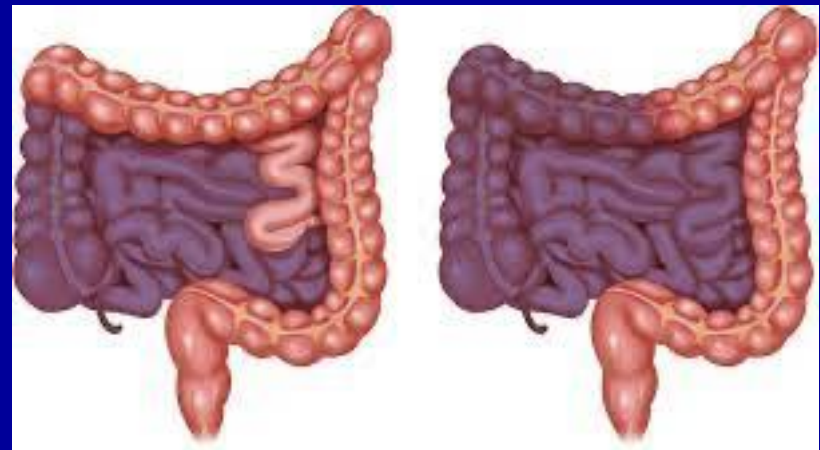
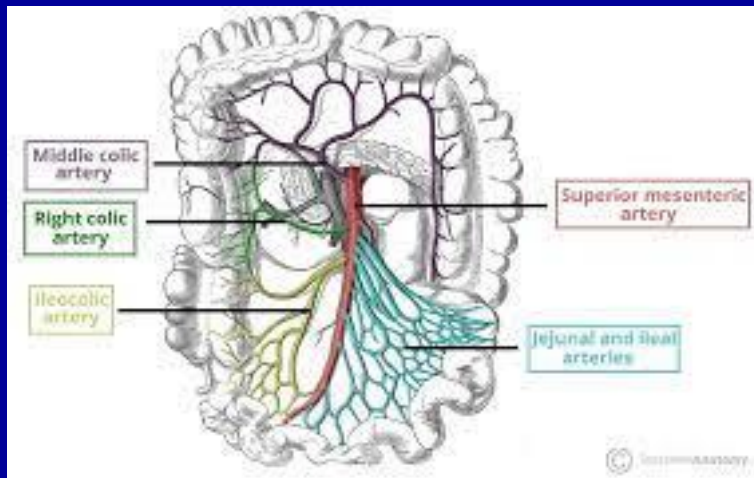
Extinderea leziunilor intestinale depinde de:

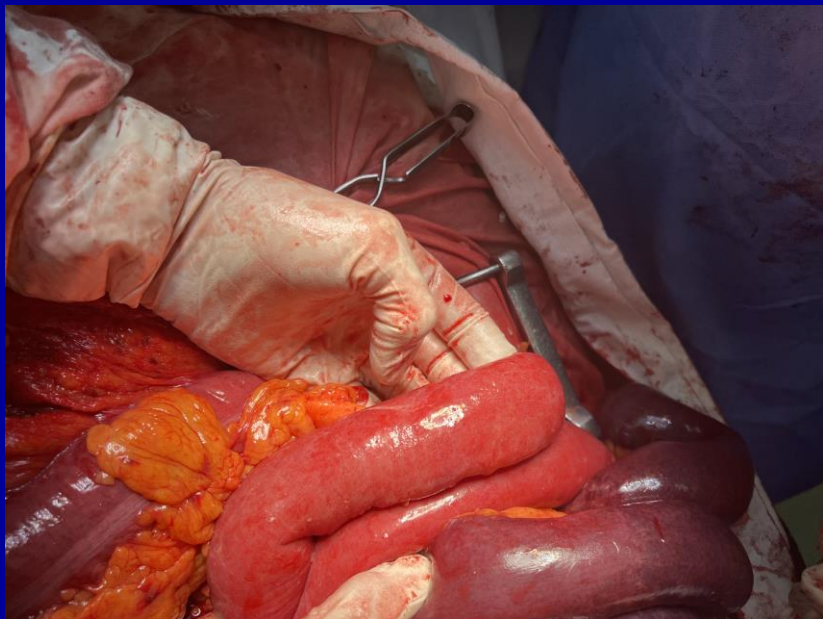
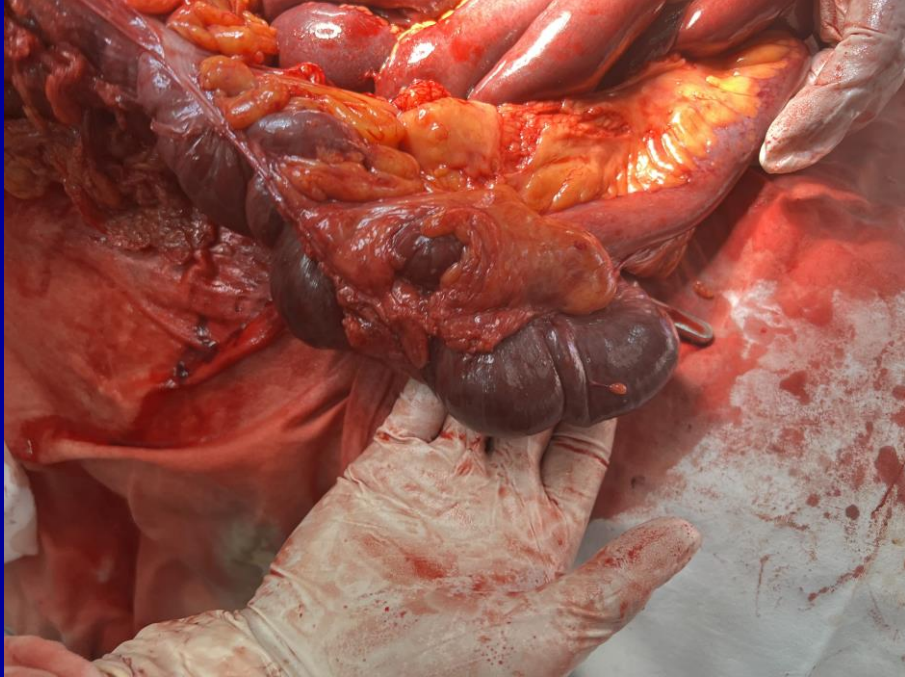
- starea circulației sistemice
- gradul de afectare funcțională sau anatomică
- numărul și calibrul vaselor afectate
- raspunsul patului vascular la scăderea perfuziei tisulare
- capacitatea de supleere a circulației colaterale
- durata
- necesitățile metabolice ale segmentului de intestin afectat

Mesenteric Ischemia



Extensia leziunilor





Anatomie patologică

- în funcție de extensia leziunilor
 - I.E.M. segmentar
 - I.E.M. subtotal sau total
- leziunile intestinului
 - stadiul de apoplexie
 - stadiul de infarct veritabil
 - stadiul de gangrenă
- leziunile mezenterului
 - edem, infiltrație sero-hematică
- leziunile peritoneului
 - ascită sanghinolentă

Tablou clinic

forme arteriale

- pacienți cu risc - factorii favorizanți
- > 50 ani, I.C.C. + trat digitalice, diuretice, tulburări de ritm (F.A., I.M. recent)
- Debut
 - forme cronice
 - dureri abdominale cronice, postprandiale
 - forme acute
 - durere abdominală intensă, disproporționată cu datele examenului clinic al abdomenului- 75-98%
 - tranzit intestinal accelerat
 - forme f.o.v.
 - distensie abdominală sau rectoragii inexplicabile

Tablou clinic

forme arteriale

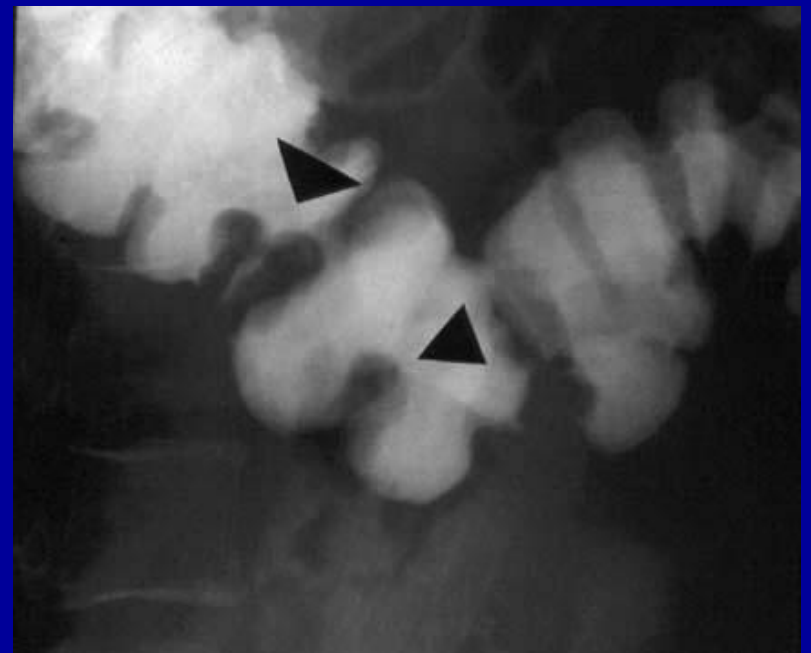
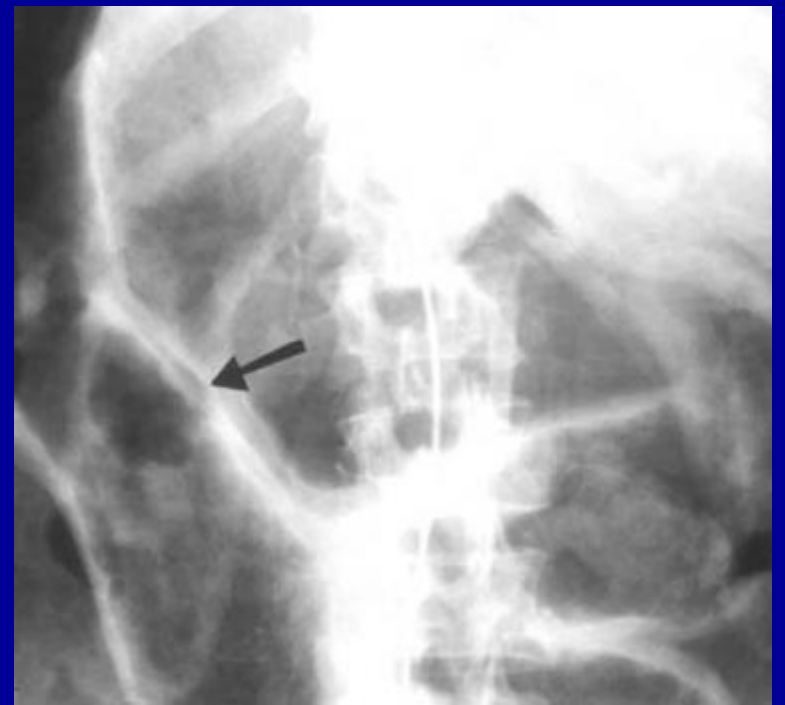
- Iritatie peritoneală ++ (apărare musculară, contractură)
- grețuri, vărsături,
- hematochezie, hematemeză
- meteorism +++
- dureri iradiate posterior
- șoc

Diagnostic

- hiperleucocitoza > 15 000 (75%)
- acidoza metabolică
- hiperamilazemie, F.A. - nespecifice
- Rx. abdominala simplă
 - pt diagnostic diferențial
 - semne tardive
 - perete intestinal îngroșat,
 - ocluzie intestinală
 - bule de gaz în vena portă
 - gaz în peretele intestinului
 - amprentarea conturului i.s., colon drept (edeme focale)
- scintigrafie cu izotopi radioactivi
- colonoscopie - bule hemoragice
- laparoscopie
- tomografia computerizată
- angiografia selectivă de A.M.S.

Forme clinice

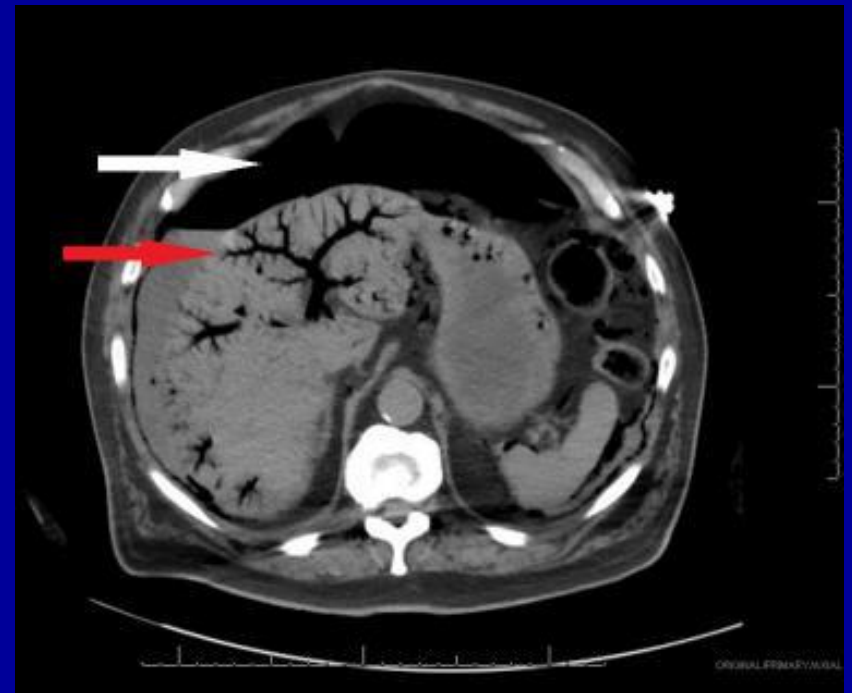
- Evolutive
 - supraacută fulminantă
 - acută
 - regresivă
- simptomatice
 - peritonitică, ocluzivă, hemoragică, diareică
- etiologice
 - IEM trombotic
 - IEM embolic
 - IEM fără ocluzie vasculară

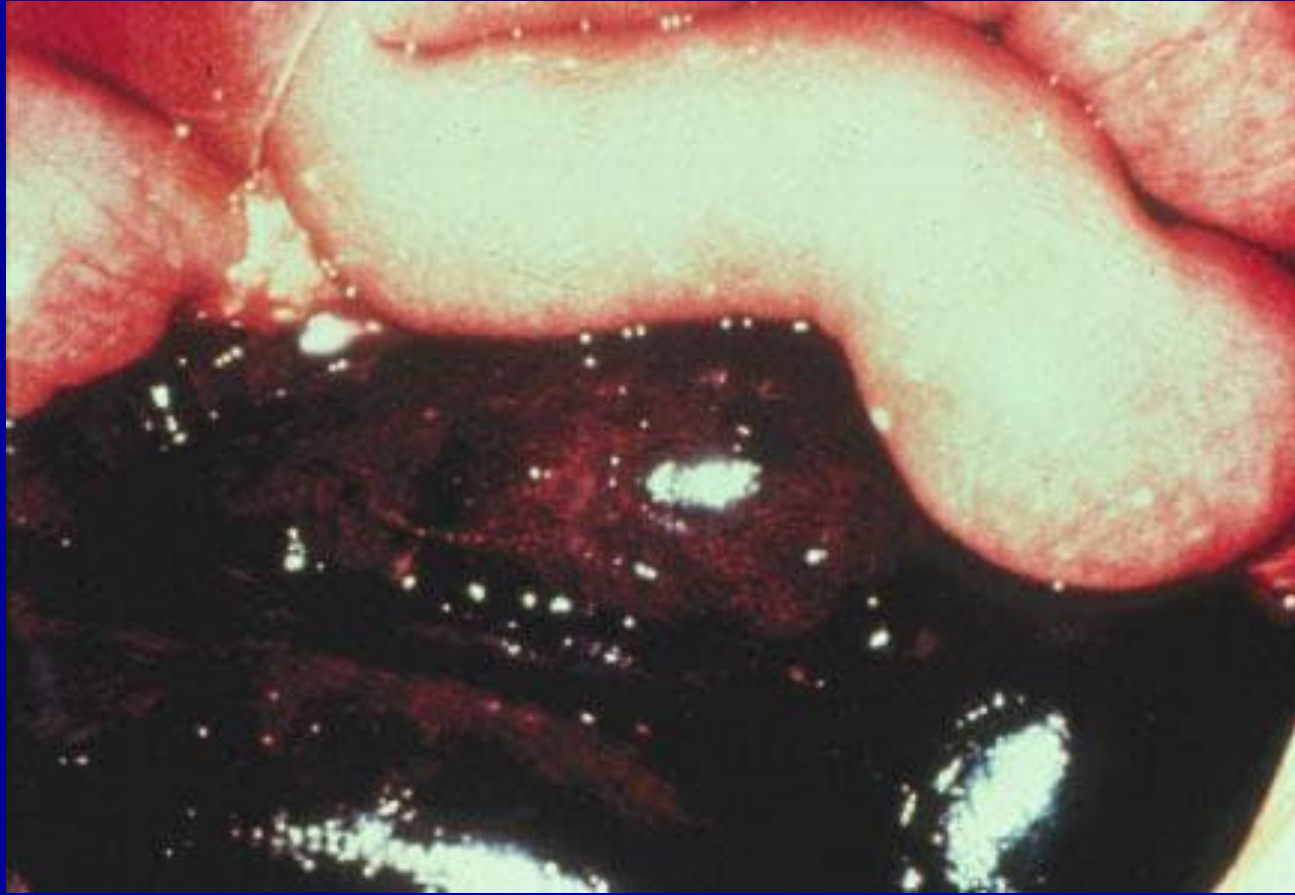




pneumoperitoneu
Gaz portal

pneumoperitoneu
aer in peretele intestinal



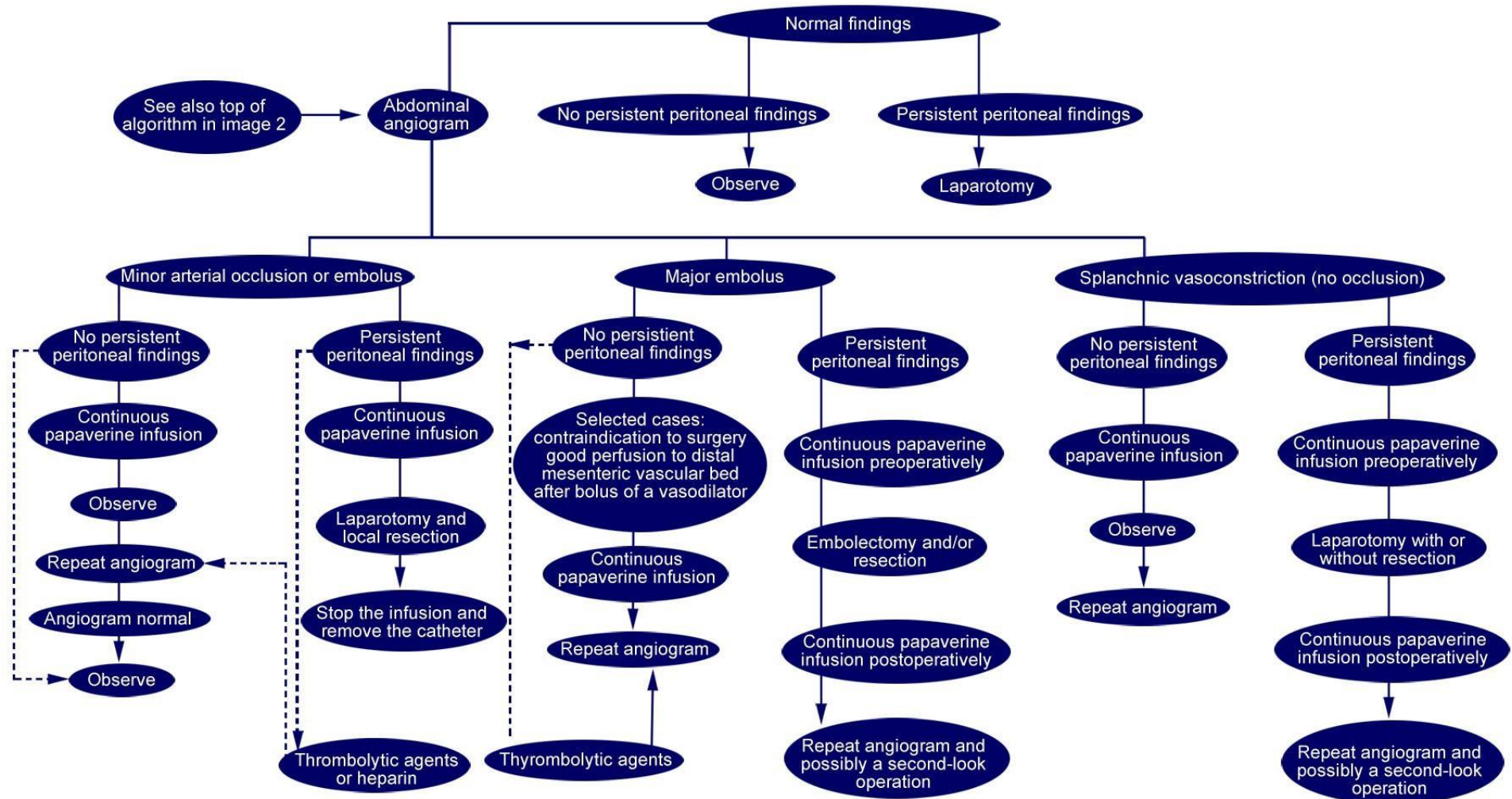


Atitudine terapeutică

- Preoperator
 - resuscitare, corectarea hipotensiunii, normalizarea debitului cardiac
 - tratarea condițiilor care au condus la i.e.m.
 - rx abdominală simplă
 - angiografie selectivă
 - obstrucție arterială
 - vasoconstricție splanhnică
 - perfuzie cu papaverină
 - agenți trombolitici în IEM embolice sau trombotice

Atitudine terapeutica

- Laparotomie
 - revascularizare
 - rezectia intestinului afectat
 - re-laparotomii - second-look
- Postoperator
 - anticoagulante - controversate
 - antibiotice



Rezultate

- Mortalitate 70-90%
- atitudine diagnostică și terapeutică agresivă - mortalitate 50%

Tablou clinic

formele venoase

- “mare imitator” al altor patologii abdominale
- durere abdominală (>90%)
- debut progresiv, pe mai multe zile
- grețuri, vărsături,
- diaree sanghinolentă - 15%
- hematemeza - 13%
- zgomote H.A. ↓, meteorism +
- peritonita (60%)
- febra > 38⁰
- hipotensiune, șoc septic

Diagnostic

- Biologic - nespecific
- Rx abdominală simplă - 25% dg. +
- clisma baritată - rar utilă
- trazitul baritat - amprentarea i.s. proximal
- angiografia selectivă
- CT
- ecografia Doppler
- laparoscopia

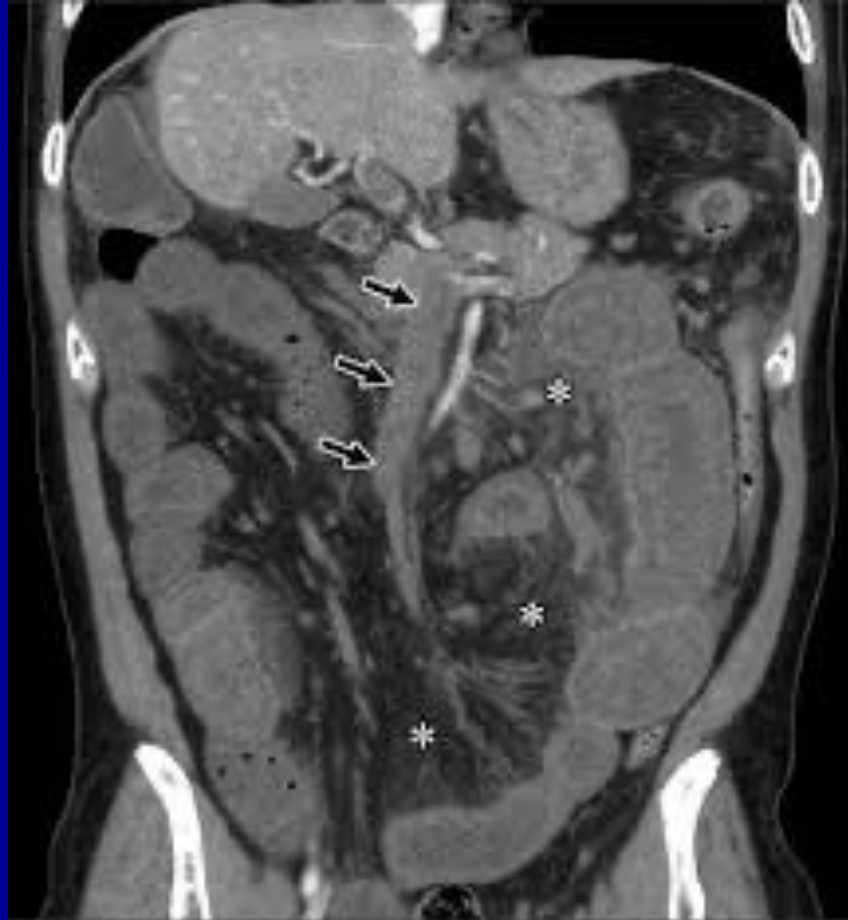


Tromboză venoasă portală

Cavernom portal



Tromboză venă mezenterică



Atitudine terapeutică

- Laparotomie
 - rezecrie segmentară (segment neviabil)
 - rezecrie extinsă (intestin întreg neviabil)
 - I.E.M. extins, intestin la limită
 - venă liberă - heparino-terapie, papaverină i.a.
 - venă obstruată - tromboctomie, heparină, papaverină i.a.
 - second-look $\pm$ rezecrie
- anticoagulante
- second-look
- postoperator
 - patologia intestinului scurt
- mortalitate - 32-50%

Tablou clinic

forme cronice

- durere abdominala postprandială (angor abdominal)
- asemănătoare claudicației intermitente, anginei pectorale
- pacienți cu ateroscleroza sistemică
- durerea
 - 10-15 minute postprandial
 - crește progresiv în intensitate
 - după un platou scurt dispare progresiv în 1-3 ore
 - flatulență, diaree, constipație, hemoragii oculte
- pacienții își scad aportul alimentar
 - denutriție, scădere în greutate
 - dg dificil

Formele cronice

- Biologic
 - hipoproteinemie, tulburări de coagulare, deficite vitaminice
- DG - angiografia selectivă
- Tratament
 - revascularizare
 - endarterectomii
 - by-pass
- Rezultate - excelente