

DIVERTICULUL MECKEL – CAUZĂ RARĂ DE HEMORAGIE DIGESTIVĂ INFERIOARĂ LA ADULT

R. Neagoe¹, Doina Milutin², D. Georgescu³, Daniela Sala¹, L. Salan⁴, M. Eșianu¹

1 Clinica Chirurgie II; 2 Clinica Anatomopatologie; 3 Clinica Medicală I

Spitalul Clinic Județean de Urgențe Mureș

4 Spitalul Municipal Tg. Secuiesc

MECKEL'S DIVERTICULUM – RARE CAUSE OF INFERIOR DIGESTIVE BLEEDING AT ADULT (Abstract): Meckel's diverticulum is the most prevalent congenital abnormality of the gastro-intestinal tract, with an autopsy incidence of 2%. Although in the majority of cases it remains completely asymptomatic, in some instances it may mimic other disorders such as appendicitis, Crohn's disease or peptic ulcer. Major complications include bleeding, obstruction, intussusception, diverticulitis and perforation. We report a case of a patient with multiple bleedings, where clinical preoperative investigations didn't establish the origin of hemorrhage.

KEY WORDS: MECKEL'S DIVERTICULUM, DIGESTIVE BLEEDING, EXPLORATORY LAPAROTOMY

Correspondență: Dr. Neagoe Radu, Clinica Chirurgie II, Spitalul Clinic Județean de Urgențe Mureș; e-mail: dr.neagoeradu@yahoo.com*

INTRODUCERE

Diverticulul Meckel este cea mai frecventă anomalie congenitală a tractului gastro-intestinal având o incidență autopsică de aproximativ 2% [1]. Afecțiunea este în general asimptomatică însă uneori pacienții relatează simptome ce orientează diagnosticul către o apendicită, boala Crohn sau ulcer peptic [2]. Afecțiunea nu este lipsită de complicații, unele grave, ce pot impune intervenția chirurgicală de urgență - hemoragia digestivă inferioară, obstrucția, invaginarea, diverticulita, perforația [2,3].

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 24 de ani, sex masculin, internat în clinică prin transfer de la un spital teritorial, pentru dureri abdominale periombilicale, grețuri, rectoragie minimă.

Istoricul afecțiunii relevă că primul episod hemoragic a apărut la vârsta de 12 ani, când în plină stare de sănătate aparentă prezintă o rectoragie importantă soldată cu anemie severă (Hb = 4 g/dL, Ht = 18%). Investigațiile efectuate la acea dată în spitalul teritorial (tranzit baritat, irigografie) nu au decelat sursa hemoragiei, pacientul fiind tratat conservator, simptomatic (reechilibrare, hemostatice, transfuzii cu sânge izogrup, plasmă).

Următorul episod hemoragic sever survine după aproximativ 12 ani; în intervalul „liber” anamneza insistentă descoperă episoade fruste de rectoragie, precum

* received date: 20.11.2008

accepted date: 22.12.2008

și simptomatologia unui sindrom anemic cronic, intermitent, ambele neglijate de copil și aparținători.

Cu o lună înaintea internării pacientul repetă episodul hemoragic acut, fiind internat de urgență în spitalul județean teritorial și investigat paraclinic; endoscopia digestivă superioară efectuată până la nivelul DI a duodenului și irigografia nu evidențiază modificări patologice. Pacientul se transferă în serviciul nostru în stare clinică ameliorată, în vederea elucidării diagnosticului.

Examenul obiectiv evidențiază o ușoară paliditate muco-tegumentară iar tușeul rectal este pozitiv (melena). Analizele de laborator evidențiază devieri patologice ale hematocritului (Ht = 32%) și hemoglobinei (Hb = 10,2 g/dL), fără modificări ale frotiului periferic, testelor de coagulare, probelor hepatice. În colaborare cu laboratorul de investigații gastroenterologice se efectuează esogastroduodenoscopia și pancolonoscopia, fără a decela sursa hemoragiei.



Fig. 1 Diverticul Meckel – aspect intraoperator

Cunoscând că diverticulul Meckel este cea mai frecventă cauză de hemoragie digestivă inferioară la copil, ridicăm suspiciunea acestei afecțiuni și efectuăm explorarea scintigrafică cu Tc-99 pertechnetat, al cărui rezultat este însă incert; din motive tehnice nu am beneficiat de aportul angiografiei selective.

Pe parcursul internării, pacientul prezintă un nou episod de hemoragie digestivă inferioară, cu alterarea stării generale, deteriorare hemodinamică ce ne determină să intervenim chirurgical de urgență; s-a efectuat o laparotomie mediană iar la explorarea cavității abdominale am decelat la aproximativ 60 de centimetri de valvula ileo-cecală un diverticul Meckel de 6 cm, cu o bază de implantare de 1,5 cm (Fig. 1)).

Rezolvarea chirurgicală a cazului a fost simplă, printr-o enterectomie segmentară cu anastomoza entero-enterală termino-terminală monoplan, pacientul evoluând favorabil și externându-se la 7 zile postoperator.

Examenul macroscopic al piesei operatorii a constatat prezența unei zone de mucoasă heterotopică la nivelul diverticulului (Fig. 2), sub forma unei „pastile” de aproximativ 2 cm situată la baza acestuia, aspect confirmat prin examenul histopatologic la parafină – mucoasă heterotopică gastrică, corporeală (Fig. 3).

DISCUȚII

Diverticulul Meckel este descris pentru prima dată de Hildanus în 1598, ulterior definit în lucrările lui Little și Meckel ca o anomalie de involuție a canalului omfalo-mezenteric, prin obliterarea parțială a segmentului ombilical al acestuia [3,4]. Anatomic, este situat pe ileon, în zona ramurilor terminale ale arterei mezenterice superioare, antimezostenic, la 40-100 cm de valvula ileo-cecală și este format din aceleași straturi ca și peretele intestinal, singura deosebire constând din formațiunile limfoide rare și de dimensiuni foarte mici [3]; în o treime din cazuri se pot găsi în structura peretelui diverticular insule de țesut heterotopic: gastric (60-85%), jejunal, pancreatic, colic, biliar [2,3].



Fig. 2 Piesa de rezecție; se remarcă mucoasa heterotopică prezentă la nivelul diverticulului Meckel

Insulele heterotopice de mucoasă gastrică, întâlnite mai frecvent, ocupă pe o întindere variabilă baza diverticulului; în această mucoasă gastrică s-au identificat glande de tip fundic, corporeal sau piloric cu activitate secretorie păstrată, fapt ce explică patologia și complicațiile diverticulare [3]; celelalte incluzii heterotopice nu par să aibă consecințe patologice cu expresie clinică.

Deși în marea majoritate a cazurilor diverticulul Meckel rămâne o descoperire operatorie sau necroptică lipsită de semnificație clinică, în unele cazuri devine sediul unor procese patologice cu caracter acut sau cronic.

Studiile recente arată că riscul de apariție al complicațiilor diverticulului Meckel este de 25% înaintea vârstei de 16 ani, după această vârstă riscul scăzând considerabil până la 4,2% [2]. Cea mai frecventă complicație este hemoragia digestivă inferioară (27%), care se întâlnește mai frecvent la indivizii de sex masculin, statisticile indicând o aglomerare constantă a cazurilor în copilărie și în adolescență [2,5]; unele hemoragii sunt importante, însoțite de anemie acută severă și semne de șoc hemoragic, altele sunt modeste și se exteriorizează prin mici scaune melenice repetate, ce determină o anemie cronică [2].

Diagnosticul preoperator al diverticulului Meckel este foarte dificil, Aarnion și Salonen susținând ca este posibil doar în 4,7 % din cazuri [1]. Examenul clinic nu aduce date sugestive diagnosticului în faza necomplicată a bolii, prezența unor „mici mase palpabile periombilicale” sau a unor leziuni ombilicale asociate având cel mult o

valoare didactică semiologică dacă nu doar istorică; prezența hemoragiei digestive inferioare „capricioase și repetitive” la copil sau adultul tânăr este însă un semn prezumptiv cu mare valoare diagnostică [5].

Dintre numeroasele tehnici de investigare doar scintigrafia cu Tc-99m pertectnat și-a demonstrat valoarea în stabilirea sursei de hemoragie, sensibilitatea examinării fiind crescută prin administrare prealabilă de pentagastrină [3]; utilitatea metodei este limitată pe de o parte din considerente tehnice (aparatura, laborator specializat, radiotrasor), iar pe de altă parte, de faptul că uneori (și în special la tineri) metoda poate da rezultate incerte sau chiar fals negative [4]. O altă posibilitate diagnostică a hemoragiilor digestive inferioare ar fi angiografia selectivă de arteră mezenterică superioară, singură sau asociată cu utilizarea radiotrasorului [3], investigație de care nu am dispus în serviciul nostru.

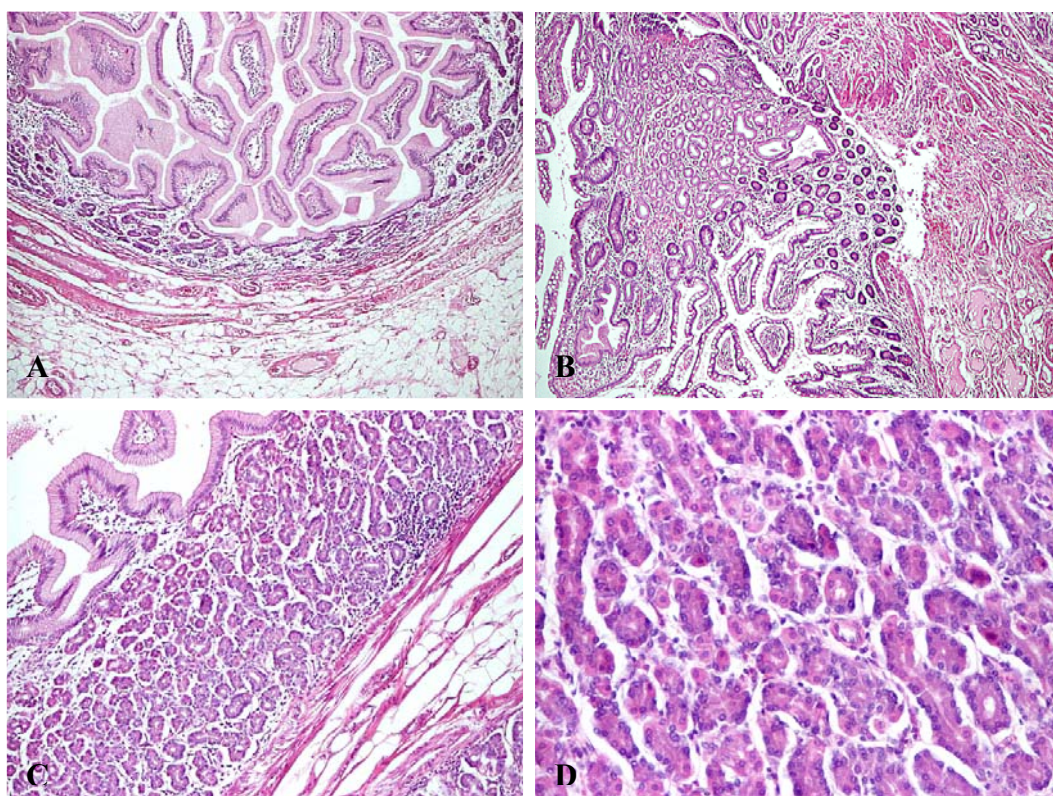


Fig. 3 Diverticul Meckel – aspecte histopatologice (hematoxină-eozină)

A invaginare a mucoasei în peretele intestinului subțire cu resturi de fibre musculare din musculatura mucoasei la baza invaginării; B invaginarea este delimitată de mucoasa de tip intestin subțire cu un focar de mucoasă gastrică ectopică (central); C formațiunea diverticulară delimitată de mucoasa ectopică de tip corporeal gastric (secțiune prelevată din zona distală a diverticulului); D mucoasa ectopică de tip gastric corporeal (Ob 10x)

Laparoscopia este o metodă modernă ce permite în ultimă instanță diagnosticul și sancțiunea terapeutică, fiind net superioară laparotomiei sub aspectul morbidității postoperatorii; este metoda pe care o agream și noi pentru elucidarea unor situații clinice incerte, dar de care nu ne-am folosit în situația de urgență descrisă.

CONCLUZII

Caracterul „capricios și repetitiv” al hemoragiei digestive inferioare survenită la un copil, adolescent sau adult tânăr, fără altă cauză evidentă, este un semn prezumtiv de mare valoare în diagnosticul diverticulului Meckel. Rezolvarea chirurgicală este de regulă simplă – rezecția sau enterectomia.

BIBLIOGRAFIE

1. Evers BM. Small Intestine, In: Townsend CM, editor. *Sabiston Textbook of Surgery*, 17-th edition. Elsevier; 2004. p. 1366-1368.
2. Mortensen NJ, Jones O. The Small and Large Intestines, In: Russel RCG, Williams NS, Bulstrode CJK, editors. *Bayley & Love's Short Practice of Surgery*, 24-th edition. Arnold; 2004. p. 1159-1160.
3. Cucu A. Diverticulul Meckel, In: Angelescu N, editor. *Tratat de Patologie Chirurgicală, vol. I*, București: Editura Medicală; 2001. p. 1540-1541
4. Pollak R. Adjunctive Procedure in Intestinal Surgery, In: Fisher JE, editor. *Master of Surgery*, 5-th edition; 2007. p. 1392-1393.
5. Mircea PA. Diverticuliile intestinului subțire, In: Grigorescu M, Pascu O, editors. *Tratat de Gastroenterologie Clinică*, vol. I, București; Editura Tehnică; 1996. p. 598-601.