

## TUMORILE MALIGNNE PRIMITIVE DE INTESTIN SUBȚIRE – CONSIDERAȚII ASUPRA DOUĂ CAZURI

R.C. Tiutiuca, Iuliana Eva  
Spitalul Militar Clinic de Urgență Iași

**SMALL BOWEL MALIGNANT TUMORS – ABOUT TWO CASES (Abstract):** Small bowel tumors are rare and clinically silent for long period of time. The diagnosis of these tumors is a challenge for every physician. The diagnosis is rarely documented preoperatively. We present two cases of malignant small bowel tumors treated by surgical resection. A 67 years old male patient was admitted in our clinic for intestinal obstruction with a small bowel tumor complicated with intestinal obstruction. The patient was operated in emergency; the intraoperative exploration revealed a small obstructive tumor situated in ileo-cecal junction. Right colectomy with ileo-colic anastomosis has been performed. The pathological exam revealed the diagnosis of mucinous adenocarcinoma pT2N0Mx. The other case was a 66 years old male patient admitted in our department for non-specific digestive symptoms. A lot of exploratory techniques were performed but didn't succeed to established the diagnosis. Explorator laparotomy revealed a jejunal tumor associated with Meckel diverticulum. A large enterectomy with jejunal-jejunal anastomosis has been performed. The pathological exam revealed a well differentiated adenocarcinoma pT3N0Mx. We also review some data from literature. Conclusions: Small bowel tumors are difficult to diagnosed. The symptoms are non-specific; some cases are complicated with intestinal obstruction or digestive bleeding. Surgical resection associated with lymphadenectomy is the treatment of choice.

KEY WORDS: SMALL BOWEL, MALIGNANT TUMORS

Correspondență: Dr. Răzvan Tiutiuca; Spitalul Militar Clinic de Urgență Iași; e-mail: razvantiutiuca2@yahoo.com\*

### INTRODUCERE

Incidența raportată în literatura de specialitate denotă o creștere a acestor tipuri de tumori în ultimii 5 ani [1]. Deși intestinul subțire reprezintă 75% din lungimea și 90% din suprafața tubului digestiv, tumorile intestinului subțire sunt foarte rare, constituind sub 2% din leziunile maligne ale tractului gastrointestinal [2]. Există o serie de explicații posibile, printre care: tranzitul intestinal rapid limitează timpul de contact al mucoasei cu agenții carcinogenici, volumul mare al chimului digestiv produce diluarea iritanților intraluminali, pH-ul intestinal alcalin și colonizarea bacteriană scăzută de la acest nivel se constituie în factori protectori [2]. În plus, la acest nivel au fost detectate niveluri crescute de benzyl peroxidază cu rol în detoxifierea agenților carcinogeni și sunt notate niveluri crescute ale IgA și țesuturilor limfoide [3].

### PREZENTAREA CAZURILOR

Primul caz clinic este al pacientului L.C. de 67 ani, sex masculin, internat cu simptomatologie digestivă nespecifică – tuburări de tranzit asociate cu gurgușimente.

Anamneza relevă multiple investigații ale segmentelor superioare ale tubului digestiv (radioscopie esogastrodudenală, endoscopie digestivă superioară), precum și a celor inferioare (clismă baritată și colonoscopie până la unghiul splenic) care însă nu au

---

\* received date: 15.03.2008

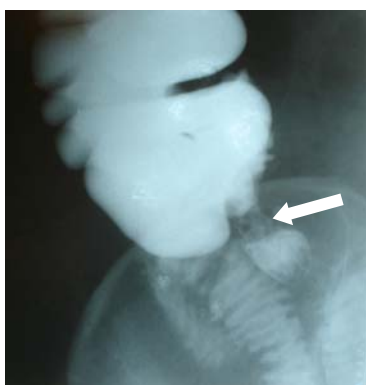
accepted date: 30.03.2008

decelat aspecte patologice. Examenul clinic evidențiază intermitent zgomote ale peristalticii intestinale, iar explorările paraclinice de laborator sunt în limite normale.

Ecografia abdominală descrie ficatul, colecistul, pancreasul, splina și rinichii în limite normale dar menționează anse de intestin subțire destinse, având conținut lichidian și mișcări hiperperistaltice. Clisma baritată evidențiază reflux ceco-ileal și ridică suspiciunea unei tumori cecale - imagine de semiton la nivel cecal (Fig. 1).

Se decide inițial instituirea unui tratament conservator nespecific (prokinetice, antispastice, enzime digestive pancreatice) sub care evoluția subiectivă este ondulantă. Ulterior bolnavul instalează simptomatologie de ocluzie intestinală confirmată și prin examen radiologic al abdomenului pe gol.

Se intervine chirurgical sub anestezie generală; explorarea intraoperatorie decelează anse de intestin subțire dilatate cu pereți îngroșați, „de luptă” care se delimitează la nivelul joncțiunii ileo-cecale, unde, palpator, se identifică o tumoră de aproximativ 1 centimetru pentru care se practică hemicolectomie dreaptă cu ileo-transverso-anastomoză termino-terminală într-un plan (Fig. 2).



**Fig. 1 Examen prin clismă baritată, detaliu de la nivelul joncțiunii ileocecale (săgeata – imagine de semiton)**



**Fig. 2 Detaliu al piesei operatorii**

Evoluția postoperatorie a fost simplă. Diagnosticul anatomopatologic precizează macroscopic o tumoră de valvulă ileocecală cu aspect conopidiform, fermă, alb-slăbinoasă pe secțiune, iar microscopic, adenocarcinom mucinos ce invadează întreaga grosime a păturii musculare fără interesarea seroasei și fără invazia limfonodulilor regionali (stadiu pT2N0Mx).

Al doilea caz este al unui pacient V.C. de 66 de ani, tot de sex masculin, care se internează pentru astenie, fatigabilitate și dureri postprandiale epigastrice.

Examenul clinic a evidențiat paloarea tegumentelor și a mucoaselor. Explorările paraclinice de laborator, susțin prezența unei hipoproteinemii (5,46 g/dL) și a unei anemii microcitare (Hb=6,7g/dL, RBC=2,77 mil/mm<sup>3</sup>, MCH=24,3pg).

Ecografia abdominală relevă un ficat cu dimensiuni în limite normale, hiperecogen, neomogen, cu o formațiune de 26x30 mm în segmentul V și o alta de 9x9 mm în segmentul VI. Examinatorul menționează o aerocolie masivă. Radiografia esogastroduodenală decelează un esofag normal și descrie un volvulus mezenterico-axial al regiunii fundice a stomacului. La nivelul corpului gastric, în porțiunea verticală apare un defect de umplere pe mica curbura, cu aspect retractat pe o lungime de

aproximativ 6 cm la nivelul mării curburi, dispusă în oglindă față de leziunea descrisă anterior; imaginea ridică suspiciunea unui neoplasm gastric.

Ca urmare se practică o endoscopie digestivă superioară ce evidențiază esofag normal, stomac cu pereți supli, zone de eritem pe curburi și unghi, din care se practică o biopsie. Bulbul și duodenul II sunt descrise de aspect normal.

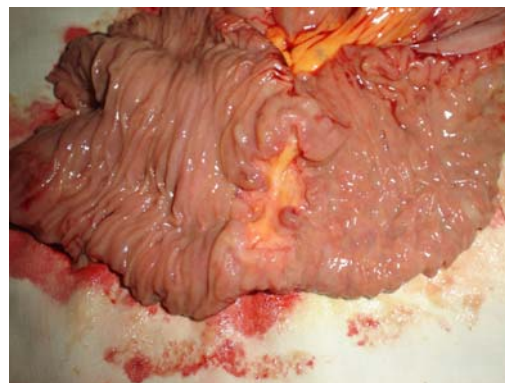
În completare, pentru decelarea unei posibile leziuni generatoare a sindromului anemic, bolnavul este examinat prin clisma baritată unde se observă dolicosigmoid, iar în ileonul terminal se constată două zone de 3x2 cm și 0,5x0,7 cm de care aderă bariul de la examenul anterior.

Pentru completarea diagnosticului se practică tranzit intestinal cu gastrografin la care nu se evidențiază leziuni ale intestinului subțire, dar susține o imagine lacunară la nivelul ileonului terminal pe topografia leziunii descrisă anterior.

Examenul computer tomografic abdominal cu substanță de contrast descrie: ficat neomogen cu două formațiuni hipodense nativ, una de 26x30 mm în segmentul V iodocaptantă periferic și alta de 9x9 mm în segmentul VI fără modificare postcontrast. Stomacul este neregulat cu îngroșarea pliurilor mucoasei în 1/3 medie. Se notează absența adenopatiilor abdominale. Examinarea ridică deci, suspiciunea de posibilă leziune gastrică cu determinări secundare hepatice.



**Fig. 3 Aspectul intraoperator cu tumoră jejunală stenoizantă și diverticul Meckel**



**Fig. 4 Piesa operatorie**

Se decide explorarea chirurgicală a bolnavului. Aspectul intraoperator pune diagnosticul de tumoră jejunală stenoizantă și diverticul Meckel (Fig. 3). Imaginea lacunară descrisă la clisma baritată se dovedește a fi un fecalom. Intervenția chirurgicală a constat în enterectomie segmentară cu anastomoză termino-terminală într-un plan și rezecția diverticulului Meckel, privit ca posibilă sursă de sângerare concomitentă (Fig. 4).

Evoluția postoperatorie a fost simplă. Diagnosticul anatomopatologic precizează adenocarcinom ulcerat bine diferențiat cu redusă secreție mucinoasă intraglandulară ce invadează pătura musculară, seroasa și țesutul adipos subjacent, limfonodulii regionali fiind fără invazie neoplazică (pT3N0Mx). Diverticulul Meckel este tapetat cu mucoasă de tip jejunal.

## DISCUȚII

Tumorile maligne de intestin subțire (TMIS) sunt relativ rare. Literatura de specialitate citează, în ordinea frecvenței, următoarele localizări: ileonul, duodenul și

jejunul [1]. Tipurile histopatologice cele mai frecvente sunt tumorile carcinoide, adenocarcinoamele și limfoamele [1] sau, după alți autori, adenocarcinoamele, tumorile neuroendocrine, limfoamele non-Hodgkin și leiomiocarcomele [3]. Carcinoidele sunt mai frecvente în ileon, în timp ce adenocarcinoamele sunt mai frecvente în duoden și jejun [1]. Dezvoltarea tumorilor poate fi endoluminală (determinând ocluzii) sau subseroasă [2]. Sunt descrise și cazuri de tumori infiltrative [2].

TMIS sunt mai frecvente la bărbați [1], peste 45 de ani [4], mai ales în decada 5 și 6 de viață [2].

Simptomatologia clinică este foarte frustă și mascată și conduce la prezentare tardivă a pacientului la medic [2]. Nu există o simptomatologie certă de diagnostic, iar pacienții se pot prezenta pentru un tablou polimorf ce include: dureri abdominale necaracteristice, constipație, sindrom König, melenă, perforații, grețuri, diaree, hemoragii digestive, volvulus, vărsături, mase palpabile abdominale, ocluzie intestinală, anorexie, sațietate precoce, anemie, invaginație [2]. În general examenul clinic al pacientului este foarte sărac sau negativ, cu excepția cazurilor complicate cu ocluzie sau când tumora este foarte voluminoasă.

Diagnosticul diferențial se face cu următoarele entități patologice: neoplasmul de colon, polipii colonici, perforația intestinală, adenomatoza polipoidă intestinală, adenomul vilos, sindromul Peutz-Jeghers și tumorile gastrointestinale stromale [2,5]. Acestea din urmă au devenit o entitate distinctă din punct de vedere clinic și histopatologic odată cu elucidarea etiopatogeniei. Tumorile gastro-intestinale stromale au originea la nivelul celulei interstițiale de tip pacemaker – intestinal [5]. Clinic pot fi „silențioase” până ating dimensiuni mari sau se pot manifesta nespecific prin dureri abdominale, anemie și fatigabilitate. Se pot prezenta ca o tumori palpabile, sau se pot manifesta la debut printr-o complicație (hemoragie - hemoragie digestivă superioară / hemoperitoneu, perforația tumorii, ocluzie intestinală, icter obstructiv) [5].

În general, datele de laborator sunt în limite normale sau se poate diagnostica o anemie microcitară consecutivă sângerărilor tumorale [2].

Investigațiile paraclinice imagistice pot oarecum orienta diagnosticul. Astfel, radiografia abdominală simplă este în general în limite normale sau poate evidenția semne de ocluzie completă sau parțială (nivele hidro-aerice, anse intestinale dilatate, volvulus) [2]. Ecografia abdominală poate detecta tumori de peste 4 cm, situații în care este posibilă precizarea raportului față de lumenul intestinal [2]. Clisma baritată decelează leziuni prin identificarea refluxului agentului de contrast ceco-ileal [2]. Tranzitul baritat este cea mai frecventă investigație practică și poate evidenția leziunea în 29% din cazuri [2] ca eroziuni mucoase sau leziuni ulcerate umplute cu bariu. Computer tomografia poate detecta leziunea în 27% din cazuri, mai ales la dimensiuni de peste 2 cm, iar arteriografia poate evidenția leziunile vasculare și oferă posibilitatea embolizării leziunilor hemoragice [2]. Explorările pot fi completate cu endoscopie (eventual endoscopie intraoperatorie), examenul endoscopic folosind videocapsula enterală sau laparoscopia diagnostică.

Majoritatea pacienților (87%) beneficiază de tratament chirurgical prin rezecție completă, rezecții parțiale, excizii totale sau parțiale, bypass, biopsii [1].

Morbiditatea tratamentului chirurgical este evaluată la 16,9% iar mortalitatea la 30 zile de 7%, în condițiile unui tratament chirurgical radical [3].

Supraviețuirea la 5 ani a leziunilor maligne este de 31,8% și este dependentă de prezența metastazelor și a radicalității intervenției (rezecție asociată cu limfadenectomie) [3,6].

## CONCLUZII

Simptomatologia este în general frustră, iar pacienții necesită explorări imagistice complete; cu toate acestea, explorarea chirurgicală (clasică sau laparoscopică) poate rămâne în unele cazuri, singura metodă care permite diagnosticul pozitiv. Deși rare, TMIS pot constitui etiologia unui sindrom ocluziv. Tratamentul chirurgical radical (rezeecție asociată cu limfadenectomie) este potențial curativ.

## BIBLIOGRAFIE

1. Hatzaras I, Palesty A, Abir F, Sullivan P, Kozol RA, Dudrick SJ, Longo WE. Small bowel tumors; epidemiologic and clinical characteristics of 1260 cases from the Connecticut Tumor Registry. *Arch Surg.* 2007; 142: 229-235.
2. Terry SM. Benign neoplasm of the small intestine. Available online at [www.eMedicine.com](http://www.eMedicine.com), dec 2006.
3. Brüchera BL, Roderer JD. Prognostic factors in resected primary small bowel tumors. *Dig Surg.* 1998;15: 42-51.
4. Matsuo S, Eto T. Small bowel tumors: an analysis of tumor-like lesions, benign and malignant neoplasms. *European journal of surgical oncology - British Association of Surgical Oncology BASO*. Scientific meeting No 47, London.1994; 20(1): 47-51; 87-109.
5. Adriana Bădulescu, F. Bădulescu, S. Constantinoiu, Carmen Popescu, M. Schenker. Tumorile gastrointestinale stromale (GIST) - un nou concept diagnostic si terapeutic. *Chirurgia.* 2006; 101(1): 87-99.
6. Ronil VC, Miller J. Small bowel malignancy: an elusive diagnosis. *MJA.* 2004; 180(4): 182-183.