

CARCINOID INTESTINAL OCLUZIV CU METASTAZE HEPATICE

Elena Gologan^{1,2}, Dorin Achiței², Adrian Pantazescu³

1. Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T. Popa”, Iași

2. Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie, Iași

3. Spitalul Clinic de Urgențe “Sf. Ioan”, Iași

INTESTINAL OBSTRUCTION BY MALIGNANT CARCINOID OF THE SMALL BOWEL WITH LIVER METASTASIS (Abstract): The patient MM, 62 years old, was admitted in the Institute of Gastroenterology and Hepatology, Iași, for the investigation of a liver tumor identified at ultrasound examination and accusing: dispnea, sporadic diarrhea, cutaneous flush and a significant weight loss of recent history. The clinical examination revealed a hepatomegaly and a tumour in the lower right quadrant of the abdomen. Laboratory usual analysis were normal. At ultrasound imaging there was identified a solid unomogenous liver tumor invading the middle hepatic vein. Colonoscopy was normal. Contrast computed tomography revealed a terminal ileum tumor with regional enlarged lymph nodes and liver metastasis. Suspecting a carcinoid tumor the level of serum serotonin was 5 times higher than normal. The evolution was marked by an intestinal occlusion which required surgery (ileo-right hemicolectomy with termino-terminal anastomosis) but in the 13-th day the patient died by pulmonar embolism.

KEY WORDS: CARCINOID OF THE SMALL BOWEL, LIVER METASTASIS, INTESTINAL OBSTRUCTION

Correspondență: Dr. Elena Gologan, Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie, Iași, str. Independenței, nr. 1, 700111, e-mail: elenagologan2007@yahoo.com*.

INTRODUCERE

Tumorile carcinoide sunt neoplazii ale sistemului APUD cu potențial invaziv local și metastazant, ce evidențiază malignitatea lor histopatologică și endocrină sub forma sindromului carcinoid. Termenul de carcinoid a fost introdus de Oberndorfer în 1907 pentru a desemna neoplasme care deși sunt asemănătoare histologic carcinoamelor infiltrative, prezintă un comportament biologic diferențiat cu prognostic mai bun și evoluție lentă, chiar și după apariția metastazelor. A mai fost denumit și micul carcinom ileal, datorită dimensiunilor reduse și localizării predominant la nivelul ileonului terminal [1].

PREZENTARE CAZ CLINIC

Pacientul MM în vârstă de 62 de ani din Vaslui, pensionar, se internează în Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași în luna mai 2009 prin transfer din Centrul de Cardiologie Iași pentru investigații suplimentare în legătură cu depistarea incidentală a unei formațiuni expansive hepatice solide la o explorare ecografică recentă.

* received date: 26.04.2010

accepted date: 04.09.2010

La momentul internării pacientul acuza astenie fizică marcată, dispnee de efort dar și paroxistică survenită concomitent cu flush-uri cutanate mai pregnante la nivelul extremității cefalice (Fig. 1), episoade sporadice de diaree (până la 4 scaune apoase succesive pe zi) și o scădere ponderală de aproximativ 6 kg în 3 luni, de când a debutat (insidios) simptomatologia.



Fig. 1 Aspectul feței la momentul flush-ului episodic secundar descărcărilor de serotonină

Dintre antecedentele personale ale pacientului reținem reumatism articular acut la vârsta de 14 ani iar la 20 de ani este diagnosticat cu stenoză aortică postendocardită reumatismală, ulterior și cu insuficiență cardiacă cronică clasa II NYHA. În prezent se afla sub tratament cu Carvedilol și Ramipril la recomandarea cardiologului.

Examenul clinic obiectiv a evidențiat un pacient ușor palid, dar care pe parcursul examinării a prezentat două episoade de flush cutanat facial și troncular, cu sufluri sistolice cardiace în focarele aortic și mitral și suflu diastolic în focarul aortic, frecvența cardiacă 72/min ritmică (pacient aflat sub betablocante), o hepatomegalie dură, dureroasă și neregulată predominant la nivelul lobului drept și o formațiune palpabilă în fosa iliacă dreaptă de aproximativ 7 cm, dură, sensibilă, neregulată, fixă profund.

Examenul de laborator au relevat un examen hematologic normal, ușoară coleastăzie și citoliză hepatică, absența markerilor virali hepatitici (Ag HBs și Ac anti HCV), valori normale ale alfa fetoproteinei și antigenului carcinoembrionar.

Ecografia abdominală identifică la nivelul lobului drept hepatic în segmentul VI-VII o formațiune expansivă multimacronodulară cu diametrul de 100 mm, contur policiclic și halou periferic ce invadează vena suprahepatică mijlocie dar respecta ramul drept al porții (Fig. 2A), aspect ce sugera o leziune malignă hepatică primitivă (hepatocarcinom), dar care în contextul absenței markerilor virali și a unei valori normale a AFP impunea investigații suplimentare. În plus, formațiunea care se palpa în fosa iliacă dreaptă avea un aspect ecografic de structură cu lumen și sugera fenomene de invaginație intestinală (la adult aproape întotdeauna pe un substrat patologic preexistent) (Fig. 2B).

S-a efectuat endoscopie digestivă superioară pentru evaluarea unui posibil sindrom de hipertensiune portală dar nu s-au constatat elemente sugestive, rezultatul

fiind normal. Colonoscopia totală a fost de asemenea normală dar nu s-a putut depăși valva ileo-cecală pentru evaluarea ileonului.

În acest context, cu suspiciunea de tumoră de intestin subțire s-a efectuat computertomografie abdomino-pelvină cu contrast care a evidențiat o tumoră de ileon terminal cu adenopatie regională și un grup de metastaze hepatice corespunzătoare ca localizare cu structura multi-macronodulară identificată ecografic.

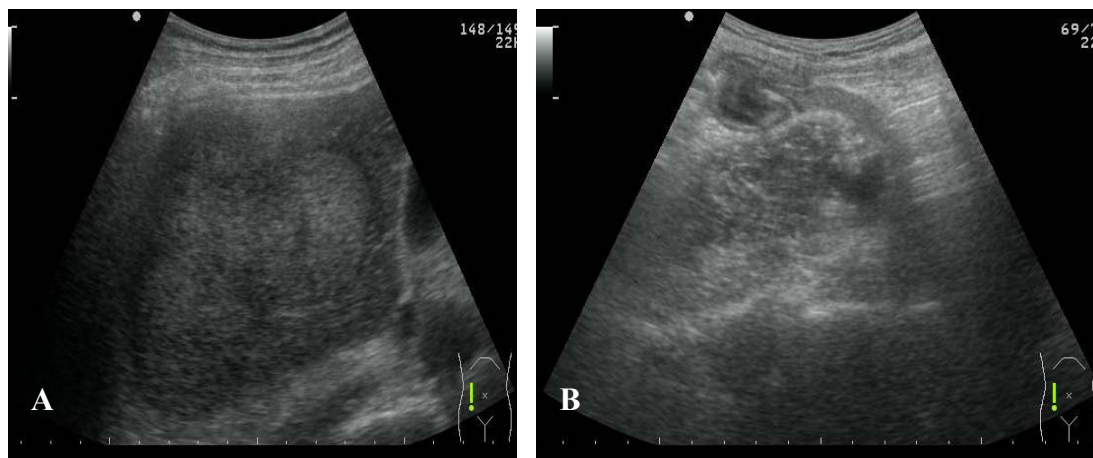


Fig. 2 Ecografie abdominală

- A. Aspectul ecografic al formațiunii expansive hepatice cu aspect conglomerate multi-macronodular ușor hiperecogen, contur policiclic și halou periferic sugestiv pentru malignitate;
 B. Aspectul ecografic al tumorii intestinale cu fenomene de invaginație

Datorită episoadelor de flush cutanat, a diareei episodice și crizelor de dispnee necorelate cu decompensarea afecțiunii cardiace, s-a suspectat o tumoră carcinoidă pentru care am dozat serotonina serică, ce a avut valori de 5 ori normalul.

Cu diagnosticul de tumoră carcinoidă de intestin subțire cu metastaze ganglionare și hepatice s-a instituit tratament cu Somatostatin urmând ca bolnavul să efectueze chimioterapie în serviciul de oncologie, dar evoluția a fost precipitată de instalarea rapidă a unui sindrom ocluziv pentru care a fost operat în urgență, practicându-se ileo-hemicolectomie dreaptă cu anastomoză ileo-colică termino-terminală.

Nu s-au putut aborda chirurgical și metastazele hepatice pe de o parte datorită caracterului invaziv suprahepatic și pe de altă parte datorită instabilității hemodinamice a pacientului intraoperator.

Diagnosticul de tumoră carcinoidă este confirmat histopatologic.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în primele 12 zile dar în a 13-a zi pacientul a făcut un stop cardio-respirator secundar unei embolii pulmonare și a decedat.

DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Intestinul subțire, în special pe ileonul terminal, este cea mai frecventă localizare a tumorilor carcinoidice. Carcinoidul intestinului subțire este mult timp asimptomatic, evoluând foarte lent.

Simptomatologia este corelată cu gradul de extensie tumorală. Pentru carcinoidele cu diametrul de 1-3 cm, simptomatologia este corelată cu dezvoltarea metastazelor, în sensul că atunci când se dezvoltă metastaze ganglionare, clinic apare simptomatologia de tip tumoral, iar când se dezvoltă metastaze hepatice, clinic apare sindrom carcinoid, ca și în cazul prezentat [1].

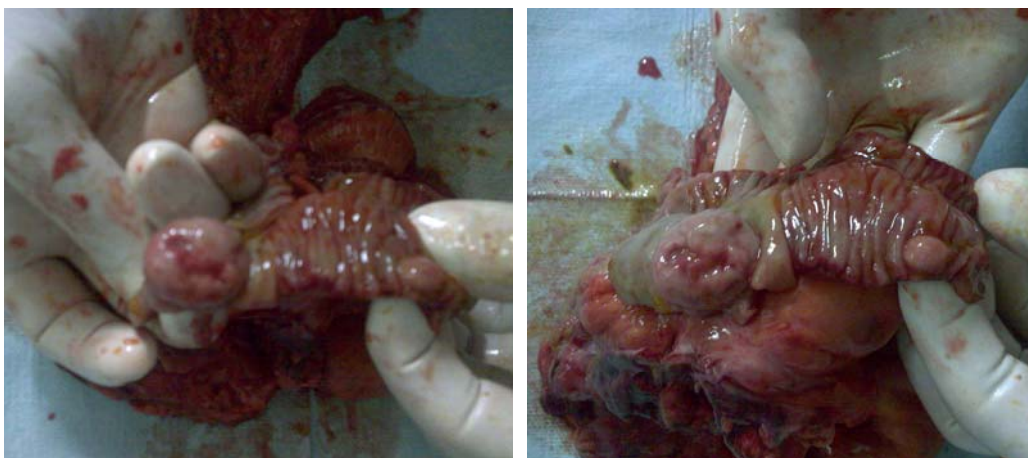


Fig. 3 Aspect macroscopic pe secțiune al piesei de rezecție
La nivelul ileonului terminal se constată 2 polipi tumorali

Semnele clinice ale carcinoidelor intestinale sunt: astenia, grețuri, vărsături, diaree, dureri abdominale difuze; hemoragie digestivă, masă tumorală palpabilă cu fenomene de subocluzie sau ocluzie intestinală [1]. În ordinea frecvenței cele mai importante semne clinice grupate, sunt: dureri abdominale și alterarea stării generale 40%, dureri abdominale și diaree 37 %, dureri abdominale, diaree și alterarea stării generale 26% [2].

Diareea prezentă în 40-80% din cazuri, bolnavii având până la 20 de scaune pe zi, cu alimente nedigerate, brusc instalată, însoțită de borborisme, declanșată de șoc emoțional, ingestie de alcool este determinată de sindromul carcinoid. Se asociază frecvent adinamia, fatigabilitatea și tulburările psihice de tip depresiv [1].

Ocluzia intestinală este determinată de tumora propriu-zisă, la care participă și rețracția mezenterului prin rețracției fibroasă și prin adenopatiile voluminoase, care pot da compresie extrinsecă.

Carcinoidele intestinului se prezintă sub diverse tablouri clinice:

1. *asimptomatic* (tumorile nu depășesc 1 cm), cele mai frecvente (70%) descoperite fortuit la necropsie, în cursul unei laparotomii pentru alte boli sau laparoscopii; chiar și în aceste situații se întâlnesc metastaze asimptomatice în 9% din cazuri [2].

2. *comportament tumoral*, prezintă simptomatologie caracteristică tumorilor intestinului subțire (ocluzie intestinală [3], hemoragie digestivă [4] sau ischemie intestinală [5]), metastazele ganglionare, peritoneale sau hepatice fiind prezente în 90% din cazuri;

3. *comportament endocrin* - evoluează predominant cu sindrom carcinoid și de obicei, au o evoluție gravă cu afectări sistemice (cardiace, pulmonare, cutanate) și cu tendințe la metastaze precoce; în unele cazuri, sindromul carcinoid reprezintă semnul de debut clinic și poate fi expresia tumorii primare, a metastazelor hepatice, mult mai

secretante comparativ cu tumora primară sau a metastazelor hepatice cu tumoră primară inițial neidentificabilă [1].

Diagnosticul la bolnavii cu sindrom carcinoid, se bazează pe dozarea repetată a 5-HIAA, eventual după stimulare, ecografia abdominală simplă sau cu substanță de contrast, videocapsula, tomografica și imagieria prin rezonanță magnetică pentru localizarea și decelarea metastazelor [6].

Tratamentul este multimodal, complex: chirurgical, chimioterapie, radioterapie, imunoterapie și tratament antisecretor. Chirurgia de exereză radicală dă cele mai bune rezultate.

Merită menționată contribuția școlii chirurgicale românești în tratamentul acestor tumori rare [7-13].

BIBLIOGRAFIE

1. Vidu V. *Tumori carcinoide*. București, Editura BIC ALL.2004: p.85 -86.
2. Norberg KA. Primary tumors of small intestine, *Amer. J. Surg.* 1981; 142(5): 569-573.
3. Werner TF. Oclussive lesion of carcinoid tumors of ileon. *Cancer*, 1979, 44(2): 758-762.
4. Mogadam M. Digestive hemoragie for ileal carcinoid tumor. *Amer. J. Gastroent.*, 1981, 76(1): 56-58.
5. Chaput J. Tumeur carcinoide du grele avec ischemie intestinale. *Arch. Franc. Mal. Appar. Dig.*, 1974, 63(1): 49-53.
6. Balthazar EJ. Carcinoid tumors of the gastrointestinal tract; principles and interpretation. *Amer. J. Radiol.* 1991, 15: 23-32.
7. Setlacec D, Oproiu AI, Popescu I. *Tumorile intestinului subțire. Polipii și polipoza recto-colonică, Studii clinice*. București, Seria Chirurgie, vol. 4, Ed. Medicală; 1988: p. 436-467.
8. Angelescu N. Tumorile intestinului subțire In Constantinescu C. editor, *Actualități în chirurgie*. București, Ed. Medicală, 1989.
9. Angelescu N, Vidu V, Geomăntean C et al. Observații clinice și citogenetice asupra a 9 cazuri de tumori carcinoide, *Chirurgia*, 1995; 1: 21-26.
10. Făgărășanu I. Probleme de diagnostic în cancerul intestinului subțire. *Chirurgia*, 1967; 16(6): 545-555.
11. Mandache F, Mateescu D. Tumori carcinoide de tub digestiv, *Chirurgia*, 1975; 24(5): 321-333.
12. Burlui D. Carcinoidul intestinului. *Chirurgia*, 1981; 130(6), 463-467.
13. Chifan M. Carcinoidul intestinului subțire. *Rev. Med. Chir. Iași*, 1988; 92(2): 373-375.