

## Invaginație intestinală la adult - caz particular

R. Vizeteu, M. Damian

Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan", București

### Rezumat

Autorii prezintă un caz de invaginație intestinală la adult, afecțiune prin excelență rară la această categorie de vârstă, care a evoluat într-un context și cu o simptomatologie particulară.

**Cuvinte cheie:** invaginație intestinală, hemoragie digestivă

### Abstract

#### *Intussusception in adult - particular case*

Authors present a case of adult intussusception, an extremely rare entity in this group of age, who manifested in a particular context and with an unusual symptomatology.

**Key words:** intestinal intussusception, digestive bleeding

### Introducere

În literatura de specialitate, invaginația este definită ca o formă particulară de ocluzie, caracterizată prin telescoparea unui segment intestinal proximal în cel situat distal. Afecțiunea se întâlnește la toate vârstele, dar există o predilecție pentru nou-născut și copil (1).

Din totalul invaginațiilor, numai 5% se manifestă la adulți, ceea ce face ca numărul cazurilor pe care le poate întâlni un chirurg general în toată activitatea practică, să fie extrem de redus. Dacă la aceasta mai adăugăm și faptul că tabloul clinic caracteristic este uneori atipic, nespecific sau

frust, înțelegem de ce diagnosticul este dificil preoperator și de cele mai multe ori se stabilește intraoperator (1,2,3).

### Prezentare de caz

*Pacientă în vârstă de 38 ani, subponderală, se internează pentru hemoragie digestivă și dureri abdominale intense. Simptomatologia a debutat brusc, în urmă cu aproximativ 12 ore, cu dureri intense în hipocondrul și flancul stâng, urmate de apariția scaunelor melenice. De menționat în antecedente, mai multe intervenții chirurgicale prin abord clasic: apendicectomie, colecistectomie, cezariană și stenoză duodenală operată în urmă cu 20 de ani, fără ca bolnava să poată preciza tipul operației.*

*Examenul clinic la internare arată pacientă conștientă, cu stare generală bună dar marcată de durerile intense, echilibrată hemodinamic, afebrilă, cu abdomenul normal conformat, cu cicatrici postoperatorii suple, participând uniform la mișcările respiratorii, dureros la palpare în hipocondrul și flancul stâng, unde se constată o formațiune tumorală relativ bine delimitată, cu consistență ferm-elastică. Tranzitul intestinal a fost prezent, cu scaune melenice, confirmate și la tușeul rectal.*

*Ecografia abdominală a evidențiat o formațiune complexă, predominant hipoecogenă, cu arii anecogene și hiperecogene, corespunzătoare modificării constatate la palpare, care a fost interpretată ca un ghem de anse intestinale.*

*Valoarea hemoglobinei a fost de 11,7 g %, restul analizelor de sânge fiind în limite normale.*

*Endoscopia digestivă superioară a evidențiat: esofag normal, stomac rezecat, cu anastomoză gastro-jejunală, un cheag voluminos, organizat, care împiedică explorarea distală și fără sângerare activă.*

*A fost instituit tratamentul medical specific unei hemoragii digestive, evoluția fiind aparent favorabilă în următoarele 2 zile, cu ameliorarea dar persistența durerilor și fără semne de sângerare digestivă (aspirat gastric bilios și scaun de aspect normal).*

Correspondență: Dr. R. Vizeteu  
Clinica de Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență  
"Sf. Ioan" București  
E-mail: rvizeteu@yahoo.com

În ziua a treia de la internare, reapar durerile deosebit de intense și scaunele melenice.

Repetarea endoscopiei nu a adus date suplimentare iar hemoglobina a scăzut ușor la 9,4 g%.

În acest context, s-a decis intervenția chirurgicală. Explorarea intraoperatorie constată: stomac rezecat, un montaj anastomotic complex (prima ansa jejunală anastomozată "în continuitate" la bontul gastric, apoi la bontul duodenal și cu fistula Braun la piciorul ansei) și la 10-15 cm distal de fistula Braun, invaginația jejunului distal în cel proximal, formând un boudin de 15-20 cm lungime (Fig. 1). Restul anselor intestinale erau de aspect normal.

S-au făcut: rezecția complexului anastomotic împreună cu segmentul jejunal care participa la invaginație (Fig. 2), închiderea bontului duodenal și refacerea continuității digestive printr-o anastomoză gastro-jejunală pe ansă în "Y".

Evoluția postoperatorie a fost simplă, cu externarea pacientei după 10 zile. La controlul după 3 luni, pacienta semnalează cu satisfacție creșterea în greutate cu 15 kg, devenind practic normoponderală.

## Discuții

Pornind de la definiția invaginației intestinale, se remarcă în primul rând faptul că în acest caz, afecțiunea nu s-a manifestat prin semne de ocluzie ci prin hemoragie digestivă, semnalată în invaginația intestinală numai în 25% din cazuri (4). Cu toate acestea, analizând retrospectiv, tabloul clinic a fost suficient de sugestiv, cu condiția să ne fi gândit la invaginație. Însă, având în vedere multiplele intervenții chirurgicale din antecedente, formațiunea tumorală palpabilă în hipocondrul stâng nu a fost considerată un boudin de invaginație, ci a fost interpretată ca fiind un ghem de anse prinse într-un proces aderențial, iar durerile fiind urmarea peristalticii accentuate consecutive.

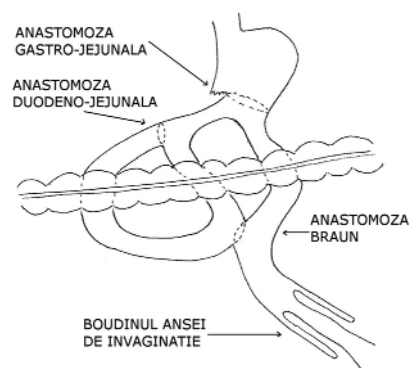
Nici cel de-al doilea element prezent în definiția invaginației, privind sensul anterograd al telescopării intestinale, nu s-a respectat în acest caz; intraoperator s-a constatat telescoparea segmentului intestinal distal în cel proximal. Această situație rară este semnalată în literatură, după retragerea unor sonde intestinale, în cadrul unor montaje anizoperistaltice și în cazurile capetelor "oarbe" provenite din excluderi și scurt-circuitări interne. Probabil că și în acest caz, telescoparea retrogradă, a fost legată de montajul complex realizat în antecedente (1,5,6).

Din punct de vedere clinic și morfopatologic, a fost vorba de forma acută a unei invaginații jejuno-jejunale, în varianta simplă (formată din trei cilindri).

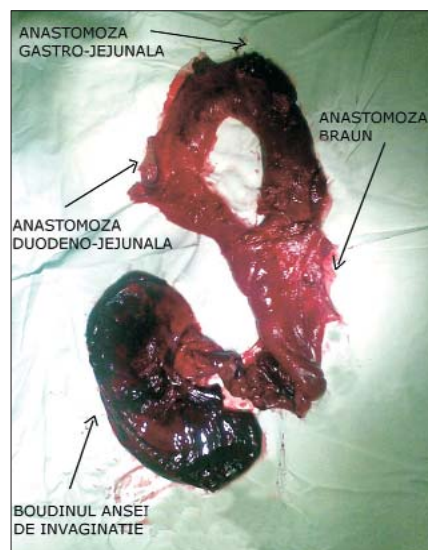
Nu am descoperit însă nicio cauză organică care să fi reprezentat punctul de start propulsiv al invaginației (tumoră intestinală benignă sau malignă, diverticuli, ghem de paraziți, corp străin, etc.)(7).

Rezecția a fost impusă de caracterul ireversibil al leziunilor intestinului angajat în invaginație. Opțiunea pentru soluția chirurgicală adoptată în acest caz, care a inclus în limitele de rezecție montajul anastomotic realizat în antecedente, a fost validată de evoluția pacientei, care a devenit normoponderală după îndepărtarea acestuia.

**Figura 1.** Montajul anastomotic și invaginația



**Figura 2.** Piesa de rezecție



Particularitățile cazului:

- Absența semnelor de ocluzie din tabloul clinic al invaginației intestinale;
- Caracterul retrograd al telescopării intestinale;
- Apariția invaginației la adult fără o cauză evidentă;
- Asocierea unui montaj anastomotic bizar.

## Bibliografie

1. Șuteu I, Bucur A.I. Ocluziile intestinale. În: Proca E, editor. Tratat de patologie chirurgicală, vol. VI. București: Editura Medicală; 1986. p. 547-58.
2. Yakan S, Caliskan C, Makay O, Denecli AG, Korkut MA. Intussusception in adults: clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. World J Gastroenterol. 2009;15(16): 1985-9.
3. Yalamarthi S, Smith RC. Adult intussusception: case reports and review of literature. Postgrad Med J. 2005;81(953):174-7.
4. Angelescu N. Ocluzii intestinale. În: Angelescu N, editor. Tratat de patologie chirurgicală, vol. II. București: Editura Medicală; 2001. p. 2168-84.
5. Tan KY, Tan SM, Tan AG, Chen CY, Chng HC, Hoe MN. Adult intussusception: experience in Singapore. ANZ J Surg. 2003;73(12): 1044-7.
6. Begos DG, Sandor A, Modlin IM. The diagnosis and management of adult intussusception. Am J Surg. 1997;173(2):88-94. Comment in: Am J Surg. 1999;177(5):442. Am J Surg. 1998; 175(2):165.
7. Constantin V, Ciudin A, Popa F. Viral small bowel intussusception: a rare cause of intestinal obstruction. Chirurgia (Bucur). 2007;102(1):79-82. [Article in Romanian]