

## CAZURI CLINICE

### MEGACOLON. MEGADOLIHOSIGMA. TRATAMENT CHIRURGICAL. CAZ CLINIC

### MEGACOLON. MEGADOLIHOSIGMA. SURGICAL TREATMENT. A CASE REPORT

Alexandru TUCHILA, Tudor ROȘCA, Anatol AVRAM, Ion PRIPA, Sergiu ZLOBIN

IMSP Spitalul Raional Strășeni

#### Rezumat

Este prezentat un caz clinic de megacolon idiopatic la un pacient internat în secția de ocluzie intestinală. Din antecedente pacientul suferea de constipatii cronice cu dereglarea modului normal de viață și incapacitatea temporară de muncă. După intervenție chirurgicală de urgență prin rezecția colonului cu anastomoză primară colorectală a fost obținut un efect pozitiv funcțional cu reabilitarea complectă social-economică a pacientului.

#### Summary

We present a clinical case of a patient with idiopathic megacolon who was admitted in emergency room with clinical and paraclinical signs of Colonic obstruction. The patient had a chronic constipation with poor quality of life and work in the past. There was performed urgent surgical sigmoid colon resection. A good functional results and quality of life was obtained.

#### Introducere

Patogeneza megacolonului idiopatic rămâne neclară până în prezent. În afară de patologia sistemului nervos enteral este de presupus că sunt multiple alterații în funcția celulelor mușchilor netezi intestinali și elementelor țesutului conjunctiv care au un rol important în motorica colonului. Extensia permanentă a diametrului colonului, fără date concrete despre etiologia acestor schimbări, sunt determinate ca megacolon idiopatic. Date clinice demonstrează că megacolonul idiopatic include un grup heterogen de patologii, care sunt caracterizate prin afecțiunea sistemului nervos enteral, musculaturii netede și (sau) țesutului conjunctiv. Tehnologiile moderne inovative moleculare vor descoperi, probabil, patogeneza acestor patologii motorice ale colonului [6].

Megacolonul, de obicei, este divizat în două grupe: prima grupă – cu lipsa sau insuficiența ganglionilor intramurali ai colonului (boala Hirschsprung) și a doua grupă – fără afectarea ganglionilor intramurali. Cazul nostru, care a fost studiat, face parte din grupa a doua la care, în calitate de catalizator al gigantismului de colon a putut servi hipovitaminoză B, folosirea îndelungată a ganglioblocatorilor, precum și factorii excesivi psihogeni. Simptomul primordial în acest caz, sunt constipațiile care practic sunt prezente în toate cazurile. Debutul constipațiilor poate surveni atât în copilăria timpurie, cât și mult mai târziu – manifestându-se prin reținere de tranzit intestinal nu mai mult de trei zile. Al doilea simptom caracteristic – dureri în abdomen. Nu lipsesc în acest caz și simptomele ocluziei

intestinale cronice – inapetența, scăderea ponderală, anemia. Indicație absolută pentru intervenția chirurgicală servește lipsa tranzitului intestinal și a emisiei de gaze în pofida faptului, că a fost aplicat tratamentul conservativ.

Conform datelor literaturii de specialitate, cel mai favorabil efect funcțional este atins în cazul unei rezecții subtotale de colon și aplicarea unei anastomoze ascendente.

#### Caz clinic

Pacientul Oprea Ion, anul nașterii 1955, spitalizat cu diagnosticul „Ocluzie intestinală” în stare gravă în secția chirurgie a IMSP SR Strășeni pe data de 5.08.08, ora 4.45. La momentul internării prezenta acuze la dureri abdominale sub forma de accese, greață, inapetență, slăbiciune generală, lipsă de tranzit intestinal și emisiei de gaze.

#### Antecedente

Pacientul se considera bolnav de pe 4.08.08, când au apărut simptomele nominalizate. Nu a urmat nici un tratament. În anamneză: începând cu vârsta de 20 ani a fost luat la evidența dispanserică cu colită cronică. De la vârsta de 40 de ani bolnavul suportă constipații vicioase (scaun la 7-10 zile). Pe parcursul vieții s-a tratat de mai multe ori pe motiv de artroză deformantă a membrelor inferioare și radiculopatie discogenă.

#### Obiectiv

Starea generală a pacientului era gravă. Constituția – astenică. Tegumentele – umede, palide. Sistemul respirator: în

plămâni auscultător – respirație veziculară. Frecvența respirațiilor – 22 pe minut. Sistemul cardio-vascular: zgomotele cardiace ritmice, surde. Pulsul – 82 pe minut. Tensiunea arterială – 130/80 mm ai col. de Hg. Sistemul digestiv: limba umedă, saburată. Abdomenul la palpare: încordat, prezenta dureri în regiunea paraombilicală, era balonat. Simptomele de iritare a peritoneului – negative. Ficatul și splina nu se palpează. Scaun și emisie de gaze a avut cu o zi în urmă.

S-a indicat rentghenografie de panoramă a abdomenului. La renghenografie sunt prezente nivele hidro-aerice. După două clistire hipertentice, scaun și emisie de gaze bolnavul nu avea.

Analiza generală a urinei – fără particularități; analiza generală a sângelui: eritrocite 4.53 mln/mcl, Hb 131 g/l, leucocite 11,1 mii/mcl, Ht=37%, trombocite 141 mii/mcl, VSH 6 mm pe oră, glucoza sângelui 6,8 mmol/l, proteină generală în plasma sangvină 44,6 g/l, albumină 29,9 g/l, ureea 8,4 mmol/l, creatinina 50,8 mcmol/l, bilirubina totală 40,5 mcmol/l (18,2-22,3 norma), ALAT 12,5 mcmol/l, AsAT 42,8 mcmol/l, proba timol 3,2.

Luând în considerație cele expuse, după 4 ore de pregătire preoperatorie, bolnavul a fost supus unei intervenții chirurgicale urgente pentru ocluzie intestinală.

Intraoperator, vizual, abdomenul prezenta un colon extrem de mare, balonat. Pentru vizualizarea locului obstacolului presupus, s-a luat hotărârea de a puncta ansa intestinală cu scop de degajare. După această manevră a fost posibil de apreciat o torsiune de sigma cu lungimea aproximativ 1 metru cu mezoul, practic sclerosat. Porțiune rămasă a colonului prezenta o lungime de 1,2 metri.

1. S-a luat decizia de a efectua o rezecție de colon în bloc la nivel descendent-rect și de a aplica anastomoză termino-terminală. (Figurile 1 și 2). Colonul, după anastomoză, a fost intubat transanal. Cavitatea abdominală drenată și suturată pe straturi [7].



Figura 1. Zona de rezecție a colonului

Perioada postoperatorie a decurs fără particularități. După 6 zile de la operație bolnavul avea scaun de sine stătător. La 11 zile a fost externat în stare satisfăcătoare.

Controlul a fost repetat peste 4 luni. Bolnavul nu prezenta acuze deosebite. Avea scaun în fiecare zi. Analiza generală a

sângelui: eritrocite – 5,12 mln/mcl, hemoglobina – 124 g/l, leucocite 5.1 mii/mcl, VSH 3 mm pe oră. A fost efectuată irigoscopia – fără particularități (Figura 3).

### Concluzii

Megacolonul este un simptomocomplex urmat de o dilatare excesivă a colonului cu hipertrofia peretelui intestinal.

Etiologia și mecanismul dezvoltării acestei forme, nu sânt complet determinate. Există diferite teorii, care practic se contrazic una cu altă. De aceea, denumirea megacolon idiopatic, pentru moment este cea mai potrivită. Tratamentul chirurgical în cazul dat este cel mai oportun – anastomoză termino-terminală la nivel descendo-rectal [1].

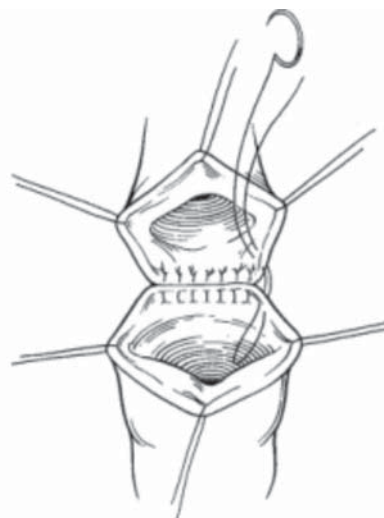


Figura 2. Aplicarea anastomozei colorectale

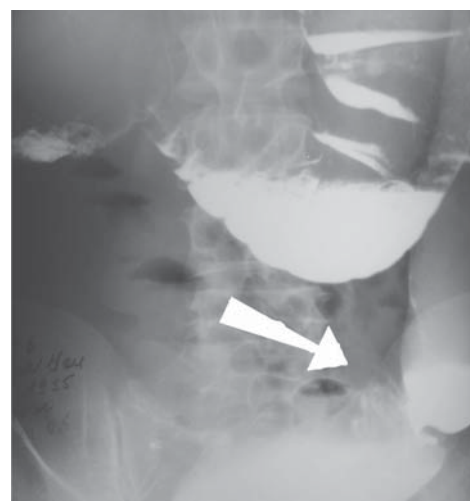


Figura 3. Locul Anastomozei colo-rectale la irigografie

### Bibliografie

1. МАНИЛОВ, А. Сравнительная оценка хирургического лечения идиопатического мегадолихоколон. Краснодар, 2007 год. с. 89-97.
2. АКОПЯН, А. Подготовка толстой кишки к операции. Москва, 1985 год. с. 56-57.
3. АНИСТРАТЕНКО, И. Клиника и лечение аномалий развития толстого кишечника. Киев, 1969 год. с. 23-26.
4. АМЕЛИНА, О. Реабилитация больных после реконструктивно-восстановительных операций толстой кишки. Москва, 1984 год. с. 112-115.
5. MEIER-RUGE, W. A. Idiopathic megacolon - Eur J Gastroenterol Hepatol - 01-NOV-2006; 18(11): 1209-15.
6. AUTSCHBACH, F. Idiopathic megacolon. - Eur J Gastroenterol Hepatol - 01-MAY-2007; 19(5): 399-400.
7. KAMM, M. A., STABILE, G. Management of idiopathic megarectum and megacolon. Br J Surg 1991; 78:899-900.