

## CAZURI CLINICE

### TROMBOZA VENOASĂ MEZENTERICĂ – COMPLICAȚIE RARĂ A PANCREATITEI ACUTE

#### VENOUS MESENTERIC THROMBOSIS - RARE COMPLICATION OF ACUTE PANCREATITIS

**Gheorghe GHIDIRIM, Sergiu REVENCU**

*Catedra chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”*

#### Rezumat

Tromboza venoasă mezenterică este o afecțiune relativ rară, constituind 5-15 % în contextul ischemiilor acute mezenterice. Are debut insidios, de obicei se suprapune pe simptomatologia altor suferințe din zona sistemului sanguin portal sau la distanță. Tratamentul constă în rezecția intestinului necrotizat, eliberarea axului venos portal, terapia afecțiunii cauzale, când este cunoscută, și terapia anticoagulantă. Articolul de față prezintă cazul unui pacient cu tromboza venoasă mezenterică cu necroză intestinală survenit pe fondal de pancreatită acută necrotică.

#### Summary

Venous mesenteric thrombosis is a relatively rare disease and represents 5-15% in the context of acute mesenteric ischemia. It begins insidiously, usually overlaps with other symptoms from the area of portal blood system or at a distance. Treatment consists in resection of necrotic intestine, release of portal venous axis, therapy of causal affection, when causal affection is known, the anticoagulant therapy is used also. This article presents a case of a patient with venous mesenteric thrombosis with intestinal necrosis occurred on the background of acute necrotic pancreatitis.

#### Introducere

Ischemia acută mezenterică (IAM) este o urgență abdominală cu o mortalitate intraspitalicească 60-80% (2,3). Tromboza venoasă mezenterică prezintă numai 5 -15% (4,5) în cadrul IAM, iar acestea numai 1-2% din totalitatea bolilor gastrointestinale, incidența acestora crește considerabil în ultimul timp (6). Diagnosticată în timp util, de regulă, nu este posibil, iar în stadiul de gangrenă intestinală posibilitățile terapeutice sunt limitate. De la abandonarea deliberată a oricărui gest operatoriu în cazurile de necroză totală a intestinului subțire și colonului drept, până la rezecțiile segmentare cu control repetitiv. Angiografia selectivă mezenterică, tomografia computerizată (CT) asociată cu angiografie sunt concentrate în centrele medicale existente și nu sunt investigații de rutină la acești pacienți. De asemenea nu există un ghid clinic pentru diagnostic și tratament. Prezentăm cazul unui pacient cu tromboză venoasă mezenterică survenit pe fondal de pancreatită acută necrotică (PAN), complicat cu necroză segmentară ce a necesitat tratamentul chirurgical de urgență.

#### Prezentarea cazului

##### *Istoric și antecedente*

Este vorba de un bărbat în vârstă de 70 de ani, M.M. F. O. 99/137, spitalizat la 3.02.2009 în secția gastroenterologie a SCM „Sf. Arh. Mihail” pentru dureri abdominale, localizate preponderent în zona epigastrică, vome cu alimente, balonare

abdominală care au apărut în decursul a trei săptămâni. Intensificarea acuzelor l-au adus la clinică.

##### *Antecedente*

Nebăutor și nefumător. Colecistectomie în anul 2000, fără alergii.

##### *Examenul fizic*

Abdomen balonat dureros ușor în zona epigastrică, fără semne peritoneale, cu emisie de gaze. Se optează pentru suspiciune la ocluzie intestinală acută.

##### *Investigații paraclinice*

FGDS. 3.02.2009. Eroziuni gastrice cu diametru 0,3 mm., polip senil în zona antrală. Biopsie. EUS. 3.02.2009. ne-informativ, meteorism pronunțat. Ro-grafia abdomenului pe gol. 7.02.2009. un nivel hidroaeric caracteristic pentru intestin subțire. Fibrocolonoscopie: s-a reușit de examinat segmentul colonic până la unghiul hepatic, colită catarală. Enterografie 9.02.2009. Peste 15 ore substanța baritată ajunge în intestinul gros, cu dispariția nivelului hidroaeric.

##### *Examenul de laborator*

Analiza generală de sânge, urină, ALAT, ASAT, bilirubina, ureea, glicemia, coagulograma fără devieri.

Între timp se transferă în secția chirurgie la 7.02.2009. Se observă o evoluție lentă în restabilirea tranzitului intestinal și dispariția durerilor și balonării abdomenului pe fondalul unei terapii infuzionale. La 14.02.2009 reapar durerile abdominale

difuze, permanente, de o intensitate sporită, vome, balonări, absența scaunului. Examenul fizic pune în evidență reapariția balonării abdominale, un abdomen sensibil cu semne incerte peritoneale. Se aplică sonda gastrică, terapia infuzională, analgetice. La 15.02.2009 se concluzionează necesitatea intervenției chirurgicale de urgență pentru ocluzie intestinală acută complicată cu peritonită acută.

### Intervenție chirurgicală

15.02.2009. (duminică). Pacientul a fost anesteziat și intubat. Laparotomie medio mediană. În cavitatea peritoneală lichid hemoragic-murdar aproximativ 500 ml. La 80 cm de la flexura duodeno – jejunală segmente de jejun necrotizat, aspect de cârnaț, pe o lungime de 100 cm. De asemenea se observă un infiltrat în rădăcina mezoului intestinului subțire a colonului transvers și peripancreatic constituit din grăsimi saponificate masive. Se efectuează rezecția segmentului de jejun necrotizat cu anastomoza T-T. Flux arterial pulsatil. Se concluzionează tromboză venoasă mezenterică. Heparinoterapie pe masă 5000 Un. Control cu sonda Fogarty a axului venos mezenterico-portal - permeabil. Drenare.

Diagnostic postoperator. PAN. Plastron peripancreatic cu fuziune în rădăcina mezoului intestinului subțire și a colonului transvers. Tromboza venoasă mezenterică. Necroza segmentară de jejun. Peritonită difuză hemoragică.

### Evoluția postoperatorie

Evoluție postoperatorie cu sângerare difuză în prima zi. Reluarea tranzitului în ziua a 5-a. Spre zilele 4-5 se observă o exteriorizare pe tuburile de dren un lichid sero-hemoragic 300-500 ml/24 de ore, ulterior spre zilele 11 devine lăptos (examen 2.03.2009-proteina 1,6 g/l; proba Rivalt-negativă; amilaza 6,8 u/l; glucoza 7,7 mmol/l; LDH-112u/l; microscopie-cantitate mică de limfocite) în cantități de 2000 ml/24 de ore. Ulterior cantitatea de lichid diminuează până la 200 ml/24 de ore. Este extras tubul de drenaj. Externare în la a 20-a zi postoperator. CT 03.03.2009. (fig. 1), reexaminat peste două săptămâni: stare satisfăcătoare. Tranzit intestinal satisfăcător. ECO – Doppler (fig. 2), flux sanguin portal diminuat.

### Discuții

Există încă discordanțe legate de terminologia ischemiei intestinale, întrebuițată de Asociația Gastroenterologică Americană (tab. 1)

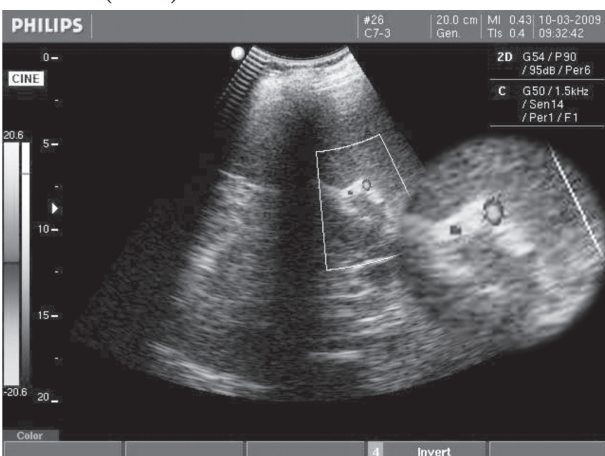


Figura 1. Examen computer-tomografic: infiltrația grăsimii peripancreatic (Balthasar C.)

Tabelul 1

### Clasificarea ischemiei intestinale propusă de Asociația Gastroenterologică Americană în 2000.

Ischemia acută mezenterică	Ischemie mezenterică cronică sau angina intestinală
1. Ocluzia arterială majoră 2. Ocluzia arterială minoră 3. Embolus major 4. Tromboză venoasă mezenterică 5. Vaso-constricție splanhnică (ischemie mezenterică non-ocluzivă)	1. Colita ischemică

În alte clasificări se omite tromboza venoasă mezenterică (7), iar alți autori suplimentează cu obstrucții extraluminale ale arterelor mezenterice, leziuni traumatice vasculare viscerale, aneurisme ale unui vas splanhnic (8). Frecvența trombozei venoase mezenterice este în general redusă. În cadrul ischemiilor acute enterocolice este estimată la 5-15% (1,4). Numărul descris fiind de obicei de zeci de cazuri, majoritatea prezentând cazuri unice. (5,9). Tromboza venoasă mezenterică în funcție de etiologia ei este clasificată în primară și secundară. În cazul când nu este găsit un factor etiologic, tromboza venoasă primară poate fi spontană sau idiopatică. Cea secundară este consecința unor entități în nemijlocita apropiere sau la distanță: infecții intraabdominale, ciroza hepatică, splenomegalie, traumatism, pancreatită, boli hematologice (policitemia vera), stări postsplenectomie, hipercoagulabilități induse din exterior (contraceptive) sau generate de alte afecțiuni (cancer), congestie și staza locală, traumatism venos mezenteric. Conform unor estimări actuale 20% din cazuri de tromboză venoasă mezenterică sunt idiopatice iar restul de 80% sunt secundare, mai fiind descriși așa factori ca deficiența de proteină S și C, deficiența de antitrombină III, disfibrinogenemia, plasminogenul anormal, trombocitoza, siclemia, mutații genetice la nivelul factorului V Leiden cu impact în apariția trombozelor venoase de diferită localizare (10). De asemenea tromboza venoasă mezenterică se poate dezvolta consecutiv la volvulus, invaginație, strangulare a intestinului sau ca urmare a trombozei secundare extensive în ischemiile arteriale mezenterice. Morfopatologic predomină tromboza venoasă în bazinul venei mezenterice superioare cu un răsunet clinic dramatic, cazurile de tromboză combinată a ambelor vene mezenterice fiind o cazuistică. Conform propagării procesului de tromboză se descrie calea ascendentă și

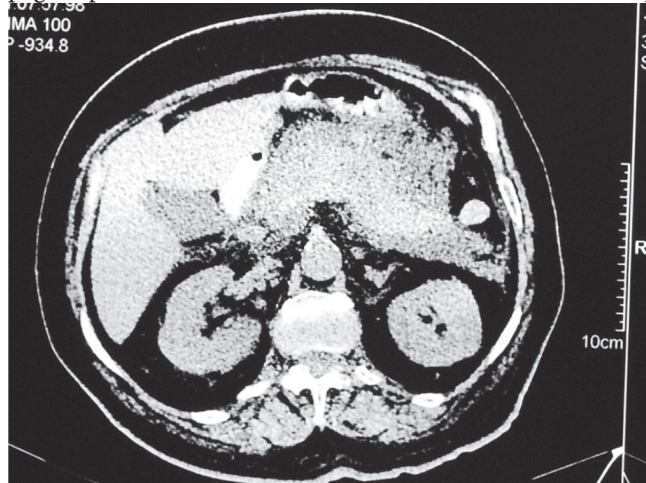


Figura 2. ECO-Doppler: venă portă – flux sanguin brusc scăzut.

cea descendentă, de la periferie spre vena portă. Fiziopatologic, toți factorii etiologici se realizează prin dezideratele descrise de Virchow pentru un proces de tromboză – stază, dereglări în sistemul de coagulare, lezarea intimei, având o pondere diferită. În cazul prezentat cel puțin doi factori sunt prezenți incontestabil – compresia venoasă de către plastronul peripancreatic și dereglările în sistemele coagulare și plasminogenului; sateliți fideli pancreatitei acute necrotice.

Tabloul clinic este insidios. În cazurile ce decurg cu necroză intestinală durerile, simptomatice de ocluzie intestinală, îndeosebi enterografia ce arată întârzierea vădită a propagării substanței de contrast cu mlăștinirea acesteia în intestinul subțire, pierderea formei și configurației intestinului, precum și semnele peritoneale impun laparotomia exploratorie în majoritatea instituțiilor medicale. Laparoscopia diagnostică confirmă necesitatea intervenției chirurgicale. Tergiversarea intervenției duce la extinderea trombozei venoase mezenterice, care este un proces dinamic. O altă cale de diagnosticare este aplicarea noilor tehnologii medicale, de multe ori inaccesibile în timp util. Examinarea Doppler duplex ca prima opțiune de exploatare imagistică pentru stabilirea diagnosticului se impune prin accesibilitate, miniinvasivitate (11). Tomografia computerizată cu substanță de contrast poate pune în evidență tromboza în vena mezenterică superioară, vena portă și vena splenică cu sau fără îngroșarea peretelui intestinal (12). Ca și în cazul prezentat, investigațiile de laborator – leucocitoza, creșterea lactatului și amilazei serice nu sunt utile pentru diagnosticul de tromboză venoasă mezenterică. În absența semnelor peritoneale și confirmarea paraclinică a trombozei venoase (CT, ECO-Doppler) terapia anticoagulantă se va începe imediat, accentul punându-se pe heparină 7-10 zile (13). Terapia cu trombolitici vine să completeze tratamentul, se preferă de a introduce tromboliticul în nemijlocita apropiere: în artera mezenterică superioară (14),

transhepatic pe calea venei portă sau pe calea venei jugulare interne (15). Reiese că trombusul poate fi lizat și/deplasat în vena portă, dar fărămișat, obținându-se restabilirea totală sau parțială a fluxului sanguin. Atitudinea selectivă intraoperatorie este rezecția intestinului necrotizat și restabilirea continuității tractului digestiv, terapia anticoagulantă și trombolitică pe masă direct în axul venos. Unii autori se pronunță împotriva trombectomiei venoase, menționând pericolul expansiunii distale difuze a procesului. Viabilitatea intraoperatorie a intestinului are granițe certe comparativ cu gangrena în IAM. Un „second-look” reieșind din această indicație nefiind argumentat. Mortalitatea în tromboza venoasă mezenterică este mai scăzută, comparativ cu cea din IAM, fiind estimată între 20% și 50%. Factorii principali incriminați sunt dehiscenta, peritonita, sindromul de ansă intestinală scurtă cu sindrom de malabsorbție (4,5,13,16). O consecință mai la distanță este tromboza venei portă cu posibilități de compensare hemodinamică prin anastomozele porto-cavale. În același timp sunt descrise cazuri promițătoare în rezecțiile întinse de intestin (9). Transplantul de intestin subțire și alimentația parenterală totală sau intermitentă sunt posibilități de perspectivă.

### Concluzii

1. Durerea, semnele de ocluzie intestinală și semnele peritoneale impun o laparotomie exploratorie de urgență.

2. Rezecția intestinului necrotizat cu anastomoză primară, terapia cu anticoagulante intraoperatorie completată cu trombolitici constituie tratamentul electiv a trombozei venoase mezenterice. Sancțiunea chirurgicală sau/și terapeutică necesită și afecțiunile de fon.

3. În ciuda metodelor îmbunătățite de diagnostic și tratament mortalitatea rămâne mare. Se impun noi metode de cercetare farmacoangiografice și opțiuni chirurgicale în fazele precoce ce ar îmbunătăți prognosticul.

### Bibliografie

1. RHEER, I., GLORICZKIP. Mesenteric venous thrombosis. *Sourc. Clin. North. Am.*, 1997, 169:55
2. SCHNEIDER, T.A., LONGO, W.E., URE, T., VERNAVA, A.M. – Mesenteric ischemia : acute arterial syndromes. *Dis. Colon Rectum*, 1994, 13: 1163
3. ACOSTA, S., NILSSON, T.K., BJORCK, M. – Preliminary study of D-dimer as a possible marker of acute bowel ischemia. *Br. J. Surg.*, 2001, 88:385
4. SAVELIEV, V.S., SPIRIDONOV, I.V. Ostrîi narușenia meyenerialinogo crovoobrașenia, M., „Medițina” 1979 p. 231.
5. NORENBERG-CHAPKIVIANI, A. E. Trombozi i embolii brîjeicinih sosudov. Moscva, „Medițina” 1967, p.
6. BJORCK, M., ASCER, E., MATANO R., JACOBOWITZ, I. J., CUNNINGHAM J. N., UCEDA P. – Acute mesenteric ischemia after aortoiliac surgery: a combined cohort and case control study of 2824 operations. *Eur. J. Vasc. Surg.*, 1997, 13:531
7. SOCOTEANU, I., ALEXANDRESCU, V. – Patologie vasculară arterială mezenterică în „Tratat de patologie chirurgicală” sub red. E. Proca vol. IV. Buc., Editura Medicală p. 58
8. CIUREA, S., *Cursuri de chirurgie generală*, sub red. Popovici A., Buc., Editura Celsius 1997, p. 247-254
9. DROBNI, S.- *Chirurgia intestiinului*. Academia Kiado. Budapest 1983, p. 129-134.
10. INAGAKI, H., SAKAKIBARA, O., MIYAKE, H., EIMOTO, T., YURA, I. - Mesenteric venous thrombosis in familial free protein S deficiency. *Am. Gastroenterol.*, 1993, 88:134.
11. MILLER, V.E., BERLAND, L.L.- Pulsed Doppler duplex sonography and CT of portal vein thrombosis. *Am. J. Roentgenol*, 1985, 145:73.
12. BOLEY, S.J., KALEYA, R.N., BRANDT, L.I. – Mesenteric venous thrombosis. *Surg. Clin. North. Am.*, 1992, 72:183.
13. KUMAR, S., SAAR MG., K.A. - Mesenteric venous thrombosis. *N. Engl. J. Med.*, 2005, 345: 1683.
14. TRAIAN, J. S., ROSS, H., WEISS, J.D., FEINGOLD, M.L., KHOURY-YACOUB, A., KHOURY, P.T. Mesenteric venous thrombosis: successful treatment by intraarterial lytic therapy. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 1998, 9:461.
15. RIVITZ, S.M., GELER, S.C., HAHN, C., WALTMAN, A.C. Treatment of acute mesenteric venous thrombosis with transjugular intramezenteric urokinase infusion. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 1995, 6:219.
16. GOLDGAMMER, K.K. - Ostrîi jivot pri trombozah i emboliah brîjeicinih sosudov. *M. Medițina* 1986, 183p.