

HEMORAGIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ DIN ULCER GASTRIC LINEAR ÎN HERNILE HIATALE GIGANTE: ULCER CAMERON

*Natalia Șipitco – conf. univ., dr. șt. med., Sergiu Ungureanu – conf. univ., dr. șt. med.,
Corneliu Lepadatu – conf. univ., dr. șt. med., Doina Fosa – doctorand,
Ecaterina Cetuleanu – conf. univ., dr. șt. med.*

Catedra de chirurgie nr.4, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
tel.: +373 68023509, doina_liulica_a@mail.ru

Rezumat

Introducere. Ulcerele Cameron se întâlnesc relativ rar și sunt cauzele hemoragiilor digestive superioare severe sau oculte. Leziunea Cameron se întâlnește la 5% de pacienți cu hernii hiatale investigați prin FEGDS de rutină, și frecvența leziunilor depinde direct de dimensiunile hernieihiatale. *Scopul* acestei lucrări a fost de a evoca metodele de diagnostic și tratament al ulcerelor Cameron, cât și a rezultatelor tratamentului acestora cu prezentarea cazului clinic. *Material și metode.* În IMSP Spitalul Clinic Republican, Clinica de chirurgie nr. 4, în perioadă 2007-2017, au fost internați și tratați 7 pacienți cu leziuni Cameron. În 3 cazuri pacienți au fost internați în mod urgent cu tabloul clinic de hemoragie digestivă superioară severă (HDS) ce constituie 0,6% din numărul total de pacienți cu HDS (528 cazuri). *Rezultate.* La toți cei 7 pacienți, la care a fost stabilit diagnosticul de ulcer Cameron, s-a depistat hernie hiatală axială (HHA) de dimensiuni mari, fixată, ce constituie 2,5% din numărul total de HH internate în această perioadă. Toți pacienții au urmat tratament medicamentos cu IPP cu o evoluție favorabilă. Din aceste 7 cazuri, 4 pacienți ulterior au suportat intervenție chirurgicală antireflux pe cale laparoscopică cu rezultate bune, iar alți 3 bolnavi urmează să fie operați. *Concluzii.* Leziunile Cameron sunt complicații ale HH relativ rare și se manifestă prin hemoragii digestive severe, sau oculte. Identificarea acestor leziuni necesită o examinare endoscopică minuțioasă efectuată de un endoscopist experimentat. Tratamentul conservativ prezintă o etapă inițială și necesită o rezolvare chirurgicală ulterioară.

Cuvinte-cheie: ulcere Cameron, hernii hiatale, hemoragie gastrointestinală, anemie, fundoplicția

Summary. Upper gastrointestinal hemorrhage from linear gastric ulcer in large hiatal hernias: Cameron ulcer

Background and study aims. Cameron ulcers are a rare but clinically significant cause of severe or occult upper gastrointestinal hemorrhage (SUGIH). Cameron lesions were reported to be seen in 5 % of patients with hiatal hernias who had routine panendoscopy and the prevalence depended upon the size of the hernia sac. Our aims were to describe the diagnosis, treatment and outcomes of patients with Cameron ulcers and clinical case presentation. *Material and methods.* In the IMSP Republican Clinical Hospital, the Department of Surgery No. 4, over the past 10 years, there were hospitalized and treated 7 patients with Cameron ulcer diagnosis. In 3 cases patients were admitted with severe UGIH, representing 0,6% cases of 528 patients with SUGIH. *Results.* In 7 patients with Cameron ulcers there were diagnosed large hiatal hernias, which is 2,5% of patients with hiatal hernias admitted during this period. All 7 patients used IPP drug treatment with favorable evolution. Of these patients, 4 patients underwent antireflux surgical treatment by laparoscopic way, having good result, 3 patients will be operated later. *Conclusions.* Cameron ulcers in large hiatal hernias are an uncommon cause of severe UGIH or obscure GIH. Identification of these lesions requires a thorough endoscopic examination performed by an experienced endoscopist. Medical therapy is an initial step of treatment and requires a subsequent surgical treatment.

Keywords: Cameron ulcers, hiatal hernia, gastrointestinal bleeding, anemia, fundoplication

Резюме. Верхнее желудочно-кишечное кровотечение из линейной язвы желудка при больших хиатальных грыжах: язва Камерона

Введение. Язвы Камерона встречаются относительно редко и часто осложняются явными или скрытыми желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК). У 5% больных с хиатальными грыжами при рутинной ФГДС обнаруживаются язвы Камерона, частота которых напрямую зависит от размера хиатальной грыжи. *Целью* этой работы является описание диагностики и результатов лечения язв Камерона с изложением клинического случая. *Материал и методы.* В РКБ, в клинике Хирургия №4, в период с 2007 по 2017 года были госпитализированы 7 пациентов с язвами Камерона. В 3-х случаях больные были госпитализированы в срочном порядке с клиникой острого

желудочно-кишечного кровотечения, что составляет 0,6% из общего числа больных с желудочно-кишечным кровотечением (528 случаев). *Результаты.* У всех пациентов с изъязвлениями Камерона были обнаружены большие фиксированные хиатальные грыжи, что составляет 2,5% от общего числа больных с хиатальными грыжами, госпитализированных в этот период времени. Все пациенты получали медикаментозное противоязвенное лечение с хорошими результатами. Из этих 7-ми пациентов, 4 больных были прооперированы. Были проведены лапароскопические антирефлюксные операции с хорошими результатами, 3-ое больных в последующем будут прооперированы. *Выводы.* Язвы Камерона являются относительно редкими осложнениями хиатальных грыж и часто осложняются острыми или скрытыми ЖКК. Для обнаружения этой патологии необходимо тщательное эндоскопическое исследование опытным эндоскопистом. Медикаментозная терапия является первоначальным этапом лечения и необходимо последующее хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: язвы Камерона, хиатальные грыжи, желудочно-кишечное кровотечение, анемия, фундопликация

Introducere. Ulcerul gastric linear, așa numitul ulcer Cameron, poate fi complicat de o hemoragie severă sau ocultă [5, 6].

În anul 1986, Cameron și Higgins au fost primii, care au descris această leziune ca o eroziune sau ulceratie a mucoasei gastrice localizată în hiatusul diafragmal [1, 2]. Endoscopic ea se manifestă ca o leziune liniară a pliurilor gastrice.

Leziunea Cameron se întâlnește la 5% din pacienții cu hernii hiatale investigați prin FEGDS de rutină și frecvența leziunilor depinde direct de dimensiunile herniei hiatale [2].

Patogeneza ulcerelor Cameron este necunoscută și există diferite ipoteze: traumatism mecanic al mucoasei gastrice la nivelul trecerii herniei hiataleaxiale prin hiatusul diafragmal, ischemia mucoasei gastrice din cauza presiunii la acest nivel, expoziția sucului gastric și obstrucția limfatică [2].

Luând în considerare, că ulcerelor Cameron se întâlnesc relativ rar și sunt cauzele hemoragiilor digestive superioare severe, identificarea acestor complicații necesită grad înalt de profesionalism, examinare endoscopică minuțioasă efectuată de un endoscopist experimentat [2, 4].

Scopul acestei lucrări a fost evocarea metodelor de diagnostic și tratament al ulcerelor Cameron cât și a rezultatelor tratamentului acestora cu prezentarea unui caz clinic.

Material și metode. În IMSP SCR, Clinica de chirurgie nr. 4, în perioadă 2007-2017 au fost internați 7 pacienți cu leziunile Cameron. În 3 cazuri pacienți au fost internați în mod urgent cu tabloul clinic de hemoragie digestivă superioară severă, ce constituie 0,6% din numărul total de pacienți cu HDS (528 cazuri). În 4 cazuri la pacienții internați în mod programat cu hernie hiatală complicată de ulcere Cameron, s-a depistat hemoragie ocultă cu anemie cronică. La bolnavii cu leziuni, gastrice superioare confirmate prin FEGDS, s-au efectuat examinări paraclinice suplimentare: R-scopia gastrică polipozitională baritată, pH-metria diurnă și manometria.

La toți cei 7 pacienți au fost depistate HH de dimensiuni mari.

În perioadă 2007-2017 în clinica noastră au fost tratați 280 pacienți cu HH, dintre care 7 (2,5%) cazuri s-au complicat cu ulcere Cameron.

La FEGDS HH au fost clasificate după dimensiuni: mici (<3cm), moderate (3-4,9 cm) și mari (≥5cm).

La pacienții cu hernii hiatale axiale mari, diagnosticul final de ulcer Cameron a fost stabilit în leziunile gastrice benigne liniare localizate la nivelul constricției diafragmatice. Noi nu am inclus ulcerelor localizate deasupra constricției diafragmatice în porțiunea herniată a stomacului sau ulcerelor JEG legate de BRGE, pentru că aceste ulcere peptice au fiziopatologie diferită.

Caz clinic. Vă prezentăm un caz clinic al pacientului G. V., anul nașterii 1953, internat în mod urgent în SCR, Clinica Chirurgie Nr. 4 pe data de 23 august 2016, cu tablou clinic de hemoragie digestivă superioară. La internare pacientul prezenta slabiciune generală, vertijii, scaun de culoare neagră, oformat. Din spusele pacientului 5 zile în urmă a avut scaun negru, semilichid, de culoarea și densitatea păcurii. Din motive necunoscute a solicitat salvarea peste 5 zile de la debutul bolii. La internare Hb 80 g/l, Er. $2,8 \times 10^{12}$. La FEGDS se depistează semne indirecte de herniehiatală: linia Z cu 5-7 cm mai sus de hiatusul diafragmal și se apreciază ulcer liniar localizat la nivelul constricției diafragmatice Forrest II C. Din această leziune s-a prelevat biopsie (*Fig. 1*).

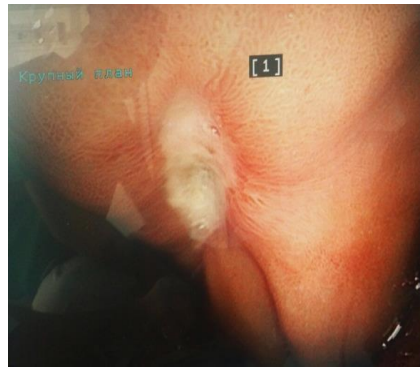


Fig. 1a, 1b. FEGDS- Ulcer Cameron

La R-scopia polipozițională a stomacului s-a depistat o hernie hiatală axială cardiofundală, fixată, cu RGE înalt (Fig.2).

Tomografia computerizată denotă o hernie hiatală fixată de dimensiuni de 55 mm (Fig. 3).



Fig. 2. R-scopia -HHA cardiofundală fixată



Fig. 3. CT- HHA fixată de 55mm

După precizarea diagnosticului de ulcer Cameron complicat cu hemoragie, care la momentul internării era stopată, pacientul a urmat un tratament conservativ hemostatic și antiulceros. Ulterior bolnavul a fost externat în stare generală relativ satisfăcătoare. Peste o lună la FEGDS de control în locul ulcerului s-a vizualizat o cicatrice ne semnificativă.

Bolnavul a fost reinternat pe data de 17.10.2016 pentru tratament chirurgical în mod programat. La 20.10.2016 s-a efectuat cura herniei hiatale pe cale laparoscopică pr. Hill-Dor (180°) cu restabilirea unghiului Hiss pr. Lortat-Jacob. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacientul s-a externat în stare generală relativ satisfăcătoare.

Rezultate. La toți cei 7 pacienți, la care a fost stabilit diagnosticul de ulcer Cameron, s-a depistat o hernie hiatală axială de dimensiuni mari, fixată, ce constituie 2.5% din numărul total de HH internate în această perioadă. În 3 cazuri pacienți au fost internați în mod urgent cu tablou clinic de hemoragie digestivă superioară severă, confirmată prin examinare endoscopică.

Hemoragia a fost stopată cu ajutorul unui tratament medicamentos antiulceros și hemostatic.

În 4 cazuri la bolnavii internați în mod programat cu hernie hiatală complicată de ulcere Cameron, s-a depistat hemoragie ocultă cu anemie cronică. Toți pacienții au urmat tratament medicamentos cu IPP cu o evoluție favorabilă. Din aceste 7 cazuri, 4 pacienți ulterior au suportat intervenție chirurgicală antireflux pe cale laparoscopică cu rezultate bune, 3 bolnavi urmează a fi operați.

Discuții. Leziunea Cameron se întâlnește la 5% de pacienți cu herniihiatale investigați prin FEGDS de rutină și depinde direct de dimensiunile herniei hiatale, predominând la pacienții cu hernii hiatale fixate, de dimensiuni mari [2, 8].

În majoritatea cazurilor ulcerul Cameron se complică cu hemoragie ocultă, dar sunt și cazuri de hemoragie severă, care se manifestă prin hemochezie, melenă [4, 5, 6].

Ca regulă, în tratamentul ulcerilor Cameron, terapia conservativă cu IPP este efectivă. În literatură, la aceste leziuni, în caz de hemoragie activă sunt descrise și diferite metode de hemostază endoscopică. În cazurile descrise de noi, nu am aplicat metode de hemostază endoscopică. Tratamentul conservativ, hemostatic și antisecretor a fost suficient.

Luând în considerare, că ulcerele Cameron se întâlnesc relativ rar și sunt cauze ale hemoragiilor digestive superioare severe, identificarea acestor complicații necesită un grad înalt de profesionalism, o examinare endoscopică minuțioasă efectuată de un endoscopist experimentat [2, 4].

Vizualizarea endoscopică include insuflarea adecvată și distensia stomacului, cu examinare antero-și retrogradă și inspecția mucoasei din două părți ahiausului diafragmal [4].

Rezultatele clinicii noastre sunt în concordanță cu datele literaturii. Din 280 de pacienți cu HH, ulcerele Cameron au fost depistate în 7 cazuri (2,5%), toate cu HH de dimensiuni mari.

Cauza principală a dezvoltării leziunilor Cameron este traumatismul mecanic al mucoasei gastrice la nivelul trecerii herniei hiatale axiale prin hiatusul diafragmal cu ischemia mucoasei gastrice din cauza presiunii la acest nivel [7, 8].

AINS sunt descrise în literatură ca un factor de risc în dezvoltarea leziunilor Cameron. Trauma mecanică a mucoasei gastrice pe linia trecerii herniei hiatale axiale prin hiatusul diafragmal în combinație cu afectarea mucoasei prin acțiunea AINS duc la dezvoltarea leziunilor Cameron [3, 4].

Configurația HH se schimbă cu timpul, astfel diferite sectoare de stomac pot fi implicate cu cicatrizarea unor leziuni și apariția altora. De aceea, tratamentul conservativ nu este efectiv fără intervenția chirurgicală radicală pentru HH. Este important de menționat, că HH axiale mari pot fi asociate de component paraesofagian, cu risc mare de torsiune, necroză și perforație gastrică [4, 7].

Leziunile Cameron de obicei sunt identificate în contextul hemoragiilor gastrointestinale severe sau oculte [5, 6].

Bazându-ne pe datele literaturii și propria experiență putem confirma, că ulcerele Cameron sunt sensibile la tratamentul antiulceros cu PPI ca prima etapă de tratament, dar urmate de o intervenție chirurgicală ulterioară ca etapă finală.

În concluzie, datele noastre demonstrează, că leziunile Cameron sunt complicațiile HH și des se manifestă prin hemoragii digestive severe, sau oculte. Ulcerele Cameron prevalează la pacienții cu HH de dimensiuni mari (>5 cm) și la acei care utilizează AIRS.

Identificarea acestor leziuni necesită o examinare endoscopică minuțioasă efectuată de un endoscopist experimentat. Tratamentul conservativ este o etapă inițială de tratament și necesită o rezolvare chirurgicală ulterioară.

Bibliografie

1. Cameron AJ, Higgins JA. Linear gastric erosion. A lesion associated with large diaphragmatic hernia and chronic blood loss anemia. *Gastroenterology*. 1986;91(2):338–42. Epub 1986/08/01.
2. Camus M, Jensen DM, Ohning GV, Kovacs TO, Ghassemi KA, Jutabha R, Machicado GA, Dulai GS, Hines OJ. Severe upper gastrointestinal hemorrhage from linear gastric ulcers in large hiatal hernias: a large prospective case series of Cameron ulcers. *Endoscopy*. 2013;45(5):397-400. Epub 2013 Apr 24.
3. Gordon C, Kang JY, Neild PJ, Maxwell JD. The role of the hiatus hernia in gastro-oesophageal reflux disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2004;20(7):719–32. Epub 2004/09/24.
4. Gray DM, Kushnir V, Kalra G, Rosenstock A, Alsakka MA, Patel A, Sayuk G, Gyawali CP. Cameron lesions in patients with hiatal hernias: prevalence, presentation, and treatment outcome. *Dis Esophagus*. 2015 Jul;28(5):448-52. Epub 2014 Apr.
5. Kapadia S, Jagroop S, Kumar A. Cameron ulcers: an atypical source for a massive upper gastrointestinal bleed. *World J Gastroenterol*. 2012 Sep21;18(35):4959-61.
6. Maganty K, Smith RL. Cameron lesions: unusual cause of gastrointestinal bleeding and anemia. *Digestion*. 2008;77(3-4):214–7. Epub 2008/07/16.
7. Park CH, Kim KO, Baek IH, Choi MH, Jang HJ, Kae SH, et al. Differences in the risk factors of reflux esophagitis according to age in Korea. *Diseases of the esophagus: official journal of the International Society for Diseases of the Esophagus / ISDE*. 2012 Epub 2012/09/27.
8. Yakut M, Kabacam G, Ozturk A, Soykan I. Clinical characteristics and evaluation of patients with large hiatal hernia and Cameron lesions. *Southern medical journal*. 2011;104(3):179–84. Epub 2011/02/08.