

CAZURI CLINICE

CONSIDERATII ASUPRA TREI CAZURI DE LIMFOM NON HODGKIN CU LOCALIZARE COLONICĂ

CONSIDERATIONS ABOUT THREE CASES OF NON HODGKIN LYMPHOMAS WITH A COLON LOCATION

Vladimir HOTINEANU, Vasile TIRON

USMF „Nicolae Testemițanu”

Catedra Chirurgie Nr. 2 – șef catedra dr hab med, profesor universitar,

Om Emerit, Laureat al Premiului de Stat Vladimir Hotineanu

Rezumat

Sunt prezentate 3 cazuri clinice de limfom Non Hodgkin cu localizare colonică care au fost rezolvate chirurgical. Autorii evidențiază particularitățile de diagnostic și conduită terapeutică, menționând o evoluție postoperatorie precoce și la distanță bună.

Summary

Here are exposed three cases of Non-Hodgkin lymphomas in the colon area, which were surgically treated. The authors reveal the particular features of diagnostics and therapy applied in these cases, also mentioning the post-surgical immediate and latter evolution.

Actualitatea

Limfomul malign non Hodgkin cu localizare colonică este o entitate clinică rar întâlnită în practică chirurgicală și rămâne puțin cunoscută. Această maladie ia naștere în ganglionii și în țesutul limfatic din alte organe: amigdale, splină, timus sau în celule limfatice ale organelor interne, așa numitele limfoame extraganglionare primare (7).

Datele de frecvență a limfoamelor non Hodgkin extraganglionare sunt dificil de interpretat datorită diferențelor de înregistrare și numărului mic de cazuri. Procentajul limfoamelor non Hodgkin cu localizare extraganglionară este cuprins între 25 și 40% din totalul limfoamelor non Hodgkin (1, 4). Dintre localizările extraganglionare cele mai frecvente sunt limfoamele gastrice și cutanate, urmate de cele ale intestinului subțire și apoi ale colonului.

Limfomul non Hodgkin de colon este un subiect, care comportă discuții de la diagnostic până la opțiuni terapeutice (5, 9). Tabloul clinic al limfomului non Hodgkin de colon este nespecific. Ocluzia intestinală este simptomul cel mai frecvent, urmată apoi de hemoragii digestive inferioare. Irigoscopia poate orienta diagnosticul. Colonoscopia prezintă un șir de dificultăți. Ulcerațiile difuz infiltrative trebuie destinate de cancerul colonic avansat. Ecoendoscopia este o metodă de mare utilitate în precizarea diagnosticului, furnizând date de stadializare asupra profunzimii infiltratului parietal, extensiei leziunii și caracteristicile ganglionare regionale (2). Aspectele histologice și imunohistologice sunt similare limfoamelor ganglionare, cu excepția țesutului limfatic asociat mucoasei. Diagnosticul pe fragment de biopsie endoscopică și cel extemporaneu sunt uneori dificile.

Diagnosticul este rar stabilit la etapa asimptomatică a bolii, ca regulă fiind o descoperire intraoperatorie. Tratamentul

chirurgical ca prima terapie permite obținerea materialului bioptic pentru un diagnostic histologic corect, o stadializare suficientă, și poate reprezenta unica soluție terapeutică pentru limfoamele localizate și de joasă malignitate (3). În limfoamele avansate reducerea sau lichidarea chirurgicală a masei tumorale poate duce la un răspuns mai bun la chimio – și/sau radioterapie. Chimioterapia și radioterapia sunt eficiente și indicate și în stadiile avansate ale bolii (5, 6). Cele expuse mai sus își găsesc ilustrația în observațiile clinice pe care le prezentăm în cele ce urmează. Cazuistică noastră se rezuma doar la 3 cazuri pe care le prezentăm sumar.



Figura 1.

Observație 1. Bolnava U.L. în vârstă de 73 ani a fost spitalizată la 01.IV.2002, f/o Nr.7207 cu un sindrom subocluziv, dureri pe flancul stâng abdominal, astenie, scădere ponderală, ce evaluează timp de 5 luni. Examenul ultrasonor relevă o formațiune de volum 8,6 cm în regiunea cozii pancreasului și a splinei(fig.1). Irigografia decelează stenoza lumenului unghiului lienal al colonului cu rigiditatea pereților în această zonă (fig.2).

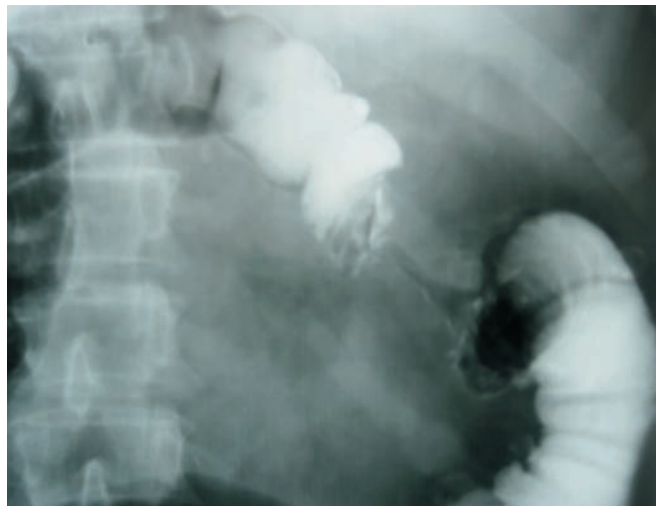


Figura 2.

După o pregătire preoperatorie se intervine chirurgical. La revizie sa depistat o tumoră a unghiului lienal colonic puțin mobilă, cu concreștere în coada pancreasului, polul inferior al splinei și multiple metastaze în ficat complicată cu ocluzie intestinală parțială. Sa practicat rezecția unghiului lienal, purtător de tumoră în bloc cu coada pancreasului, limfadenectomie regională și splenectomie. Integritatea colonului a fost restabilită prin montarea transverso-sigmoido-anastomozei termino-terminale. Examenul histopatologic: Limfom non Hodgkin cu metastaze ganglionare. Evoluție postoperatorie bună. Bolnava este externată la a 10 zi postoperatoriu în stare satisfăcătoare cu îndreptare în rețeaua de oncologie pentru chimio- și/sau radioterapie adjuvantă. Actualmente pacienta este în stare satisfăcătoare. Date pentru recidivă sau metastaze a bolii nu se evidențiază.

Problemele diagnostice și terapeutice pe care le implică limfomul non Hodgkin rectal sunt ilustrate prin următoarea observație clinică.

Observația II. Bolnava F. Z., 65 ani este internată în clinică în perioada 04.VII – 29.VII.2006 (f/o Nr.12183) pentru crize de subocluzie intestinală, dureri moderate și disconfort în regiunea perineală, prezența sângelui în masele fecale, inapetență, scădere ponderală. Suferința clinică a bolnavei datează de 3 săptămâni, debutând cu eliminări sangvinolente în masele fecale, prezența senzației permanente de corp străin intrarectal, tenesme rectale și disconfort perineal persistent.

Examenul clinic la prezentare relevă o stare generală satisfăcătoare. Tușeul rectal pune în evidența la cca. 6 cm de orificiul anal o stenoza rectală cu diametrul de cca. 1 cm, situată excentric, într-un țesut dur, infiltrativ și fixat.

Rectoscopia și colonoscopia confirmă stenoza rectală ampulară strânsă, la 7-8 cm de orificiu anal, ce nu poate fi depășită de endoscop. Endobiopsia recoltată din zona de stenoză decelează aspectul de limfom non Hodgkin tip limfoblastic.

Clisma baritată precizează întinderea axială a stenozei rectale pe o distanța de 14-16 cm cu delimitarea unui canal îngust (fig.3).



Figura 3. Radiografia toracică și ultrasonografia nu au evidențiat metastaze viscerale.

După pregătirea preoperatorie generală și locală, sa intervenit chirurgical (19.VII.06) prin laparotomie mediană supra-ombilicală și suprapubiană. La explorarea intraoperatorie se constată o tumoră rectală masivă ce ocupă aproape în totalitate micul bazin, dură, neregulată, fixă, cu limita proximală aproape de joncțiunea recto-sigmoidiană, dilatarea și hipertrofia moderată a colonului proximal. Se evidențiază adenopatii metastatice pe traiectul vaselor hemoroidale superioare. Nu s-au depistat metastaze paraaortice și nici hepatice sau peritoneale. Decolarea rectală- și perirectală arată că tumora este irezecabilă. Având în vedere extensia locală a procesului tumoral se opinează pentru operație seriată și se procedează la executarea unei sigmoidostome biluminale. Evoluție postoperatorie satisfăcătoare. Bolnava este externată la a 9-a zi postoperatoriu. Pe parcursul a ultimelor 3 luni bolnava a fost supusă tratamentului chimioterapeutic postoperatoriu. Pacienta este avizată asupra necesității tratamentului chimioterapeutic și asupra eventualității unei alte intervenții chirurgicale cu scopul eradicării tumorii. Bolnava se reinternează în staționar (23.X.2006, f/o Nr.1939) cu acuze la disconfort rectal și prezența sigmoidostomei în stare clinică bună. Rezonanța magnetică nucleară stabilește o micșorare dublă a tumorii și lipsa metastazelor hepatice și parietale.

După pregătirea preoperatorie generală și a colonului se reintervine chirurgical (25.X.2006). Explorarea intraoperatorie relevă un proces aderențial sever. Tumora rectală micșorată în dimensiuni, mobilă cu o limfadenopatie regională.

Rezolvarea chirurgicală prezintă dificultăți, dar în consecință se procedează la extirparea rectului tumoral cu limfadenectomie regională pe cale abdomeno-perineală, respectând

limitele securității oncologice. Ansa sigmoidiană este exteriorizată transanal. Examenul macroscopic al piesei operatorii a consemnat următoarele aspecte: rectul era sediul unui proces tumoral ampular, infiltrativ, cuprinzând toată grosimea peretelui, întinzându-se axial pe o distanță de 7 cm stenozantă exulcerată. Examenul histopatologic pe piese de rezecție și de limfodisecție a confirmat un limfom non Hodgkin cu metastaze ganglionare regionale orientând tratamentul complementar. Sa extirpat și diverticulul Meckel, care a fost descoperit cu ocazia unei revizii parietoviscerale. Perioada postoperatorie a decurs cu refacerea stării biologice și recuperare funcțională bună.

Observație III. Bolnavul P.S., 44 ani se prezintă de urgență în staționar la 04 august 2006 (f/o nr. 9364) în stare gravă, cașectizat cu simptomatologia unei ocluzii intestinale acute, manifestată clinic pe parcursul a 4 zile. Examenul clinic la prezentare relevă dureri intense paroxistice în regiunea ombilicală și hipogastru, vărsături alimentare și biliare, oprirea tranzitului intestinal, nivele hidroaerice multiple la examenul radiologic al abdomenului pe gol. După clister evacuator, tranzitul intestinal nu se reia. La lavaj gastric - conținut gastric stazat cu bilă. Probele biologice sunt în limite normale. Din antecedente s-a stabilit, că bolnavul în anul 1992 a suportat tonzilectomie pentru limfom non Hodgkin amigdalian. Postoperatoriu la tratamentul chirurgical a fost asociată polichimioterapie efectuată periodic pe parcursul următorilor 2 ani cu un efect clinico-biologic bun. Ulterior bolnavul nu mai vizitează rețeaua oncologică și nu primește tratament chimio- și/sau radioterapeutic. Refacerea stării biologice, recuperarea funcțională, absența unor acuze deosebite explică refuzul timp de 13 ani de la polichimioterapie.

După o rapidă reechilibrare volemică s-a intervenit chirurgical prin laparotomie mediana supra- și subombilicală. La explorarea operatorie s-a constatat o tumoră de cec, dură, neregulată, fixată cu răspândire spre ileon, având dimensiunile de 12x6 cm, cu mezadenită retractilă, anse intestinale maximal dilatate pe tot parcursul, corespunzător procesului tumoral (fig.4)



Figura 4

Adenopatii metastatice n-au fost relevate. Concomitent a fost stabilită o ciroză hepatică macronodulară cu ascită (600,0).

Luând în considerație starea generală gravă, prezența ocluziei intestinale severe, ciroza hepatică cu ascită, se procedează la rezecția unghiului ileocecal, respectând limitele securității oncologice, cu limfadenectomie regională și ileostomie terminală. Examenul histologic a confirmat diagnosticul de limfom non Hodgkin infiltrativ și vegetații fără metastaze ganglionare regionale cu o inflamație peritumorală fără invadare neoplasmatică (fig.5)

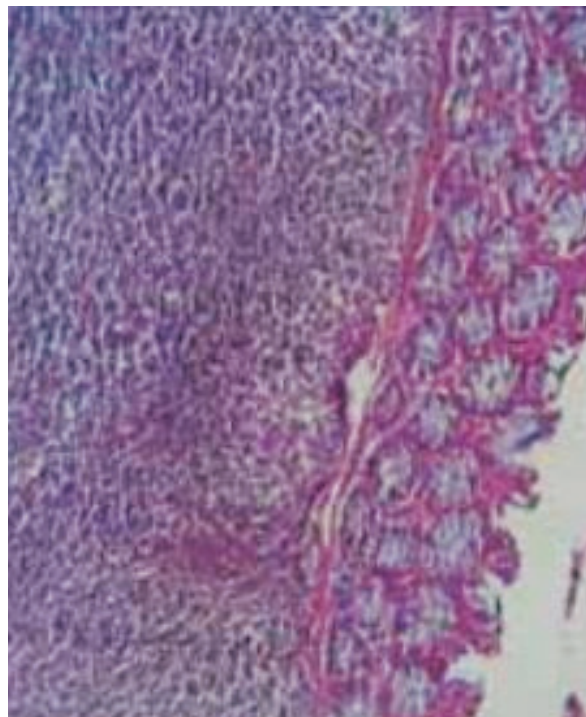


Figura 5

Perioada postoperatorie a decurs cu refacerea stării generale și recuperare funcțională bună. Este externat la 8 zile postoperatoriu cu plaga vindecată, și deja familiarizat cu îngrijirile necesare ileostomei abdominale. Pacientul este avizat asupra necesității revenirii la chimioterapie adjuvantă și a eventualității unei alte intervenții chirurgicale cu scopul lichidării ileostomei.

Ulterior s-a instituit protocolul chimioterapeutic tip CHOP (vincristin, farmorubicin, ciclofosfamidă, dexametazonă) 6 cicluri la intervalul de 21 zile. Pacientul este monitorizat lunar clinic, biologic și ecografic, și se reinternează la 01.III.2007 (f/o 5874) în stare generală bună, câștigând ponderal important. La examenul clinic și paraclinic (endoscopic, radiologic și ultrasonografic) lipsesc semne de recidive și metastazare. După o pregătire generală și a colonului se reintervine chirurgical (05.III-2007). Rezolvarea chirurgicală, previzibil dificilă din cauza procesului aderențial sever și a cirozei hepatice, în consecință se procedează la montarea unei ileoascendoanastomoze termino-terminale. Explorarea operatorie a relevat o ciroză hepatică macronodulară fără ascită și lipsa metastazelor loco-regionale. Perioada postoperatorie a decurs cu refacerea stării biologice și recuperare funcțională. A fost externat la 9 zile postoperatoriu cu plăgile vindecate și cu îndreptare în rețeaua oncologică pentru stabilirea necesității chimioterapiei adjuvante.

Revăzut la 4 luni postoperatoriu. Stare satisfăcătoare. Acuze nu prezintă. Se află la evidență la hematolog și chimioterapeut.

Prezentăm acest caz de localizare extraganglionară de afectare a mai multor organe (la nivelul amigdalelor și a cecului respectiv) considerându-l interesant prin prisma rarităților.

Toți 3 pacienți au fost îndreptați la oncolog și au beneficiat de chimioterapie adjuvantă.

Discuții

Limfomul colonic reprezintă o problemă tipică chirurgicală. Intraoperator este necesar de hotărât dacă tumora este rezecabilă sau nu, deoarece limfomul are un prognostic mai bun decât cel de adenocarcinom. Rezecția de organ purtător de tumoră trebuie să fie urmată de o limfadenectomie extinsă (8).

Chimioterapia ocupă un loc important în strategia terapeutică a limfoamelor non Hodgkin de colon. Dacă în stadiile avansate ale bolii rolul chimioterapiei este bine stabilit, există controverse privind abordarea numai conservatoare sau numai chirurgicală a limfoamelor non Hodgkin de colon în stadiu incipient. Tipul și durata tratamentului depind de histologia și gradul de extensie a bolii (9).

Concluzie

1. Examenul histopatologic pe piese de rezecție și de limfodiseecție permite stabilirea tipului histologic și a stadiului de evoluție a bolii, orientând tratamentul complementar.
2. Tratamentul chirurgical rămâne a fi esențial și constă în colectomie și limfadenectomie extinsă.
3. Chimioterapia și radioterapia sunt eficiente și indicate în stadiile avansate ale bolii. Chimioterapia rămâne tratamentul de elecție al limfoamelor non Hodgkin cu grad ridicat de malignizare.
4. Abordarea multidisciplinară a limfoamelor colonice cu tratament în echipa permite obținerea unor rezultate favorabile.

Bibliografie

1. Vasilescu C. Limfomul gastric primitiv – București, 2002, p.11-16.
 2. Pfau PR și Chak A. Endoscopic ultrasonography. *Endoscopy*, 2002, 34:21-28.
 3. Aschie M. Limfoame maligne Non- Hodgkin gastrointestinale. Entități anatomo-clinice și morfologice – Constanța: Muntenia și Leda, 2001.
 4. Isaacson PG. Mucosa – Associated Lymphoid Tissue Lymphoma. *Semin Hematology*, 1999, 36:139-147.
 5. Boot H., de Jong D., Aleman B și Taal BG (2000). Gastrointestinal lymphomas – the Dutch experience. In: *Gastrointestinal lymphomas. Future perspectives*. Berlin, Heidelberg: Springer, 93-98.
 6. Kodera Y, Yamamura Y, Nakamura S, Shimizu Y, Torii A, Hirai T, Yasui K, Morimoto T, Kato T și Kito T (1998) The role of radical gastrectomy with systematic lymphadenectomy for the diagnosis and treatment of primary gastric lymphoma. *Ann. Surg.*, 227:45-50.
 7. Gisbertz GA, Schonten HC, Bot FJ și Arends JW (1998). Cell turnover parameters in small and large cell varieties of primary intestinal non-Hodgkin lymphoma. *Cancer* 82: 158-165.
 8. Zucca E și Conconi A (2001). Extraganglionar lymphomas – 85 – 96 In: „Annual of lymphoid malignancies”, sub redacția Cavalli F, Armitage JO și Longo DL, Martin Dunitz Ltd, Londra.
 9. Fischbach W (2000). Gastrointestinal lymphomas: The Wurzburg study experience. In: *Gastrointestinal lymphomas. Future and perspectives*. Berlin, Heidelberg: Springer 134-140.
-