

Hematom intestinal intramural, complicație a tratamentului anticoagulant oral

S. Olariu¹, I. Farca¹, G. Ciorogar¹, V. Bloancă², A. Dema³

¹Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara, România

²Clinica de Chirurgie Plastică, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara, România

³Departamentul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara, România

Rezumat

Obiectiv: Prezentarea unei complicații rare a tratamentului anticoagulant oral cu impact în chirurgia digestivă.

Material și Metodă: Aducem în discuție cazul unui pacient de 59 de ani anticoagulat cronic oral cu warfarina pentru episoade trombotice repetate ale membrelor inferioare. Brusc s-a instalat o simptomatologie abdominală de tip ocluziv, care nu s-a remis la terapia conservatoare. Biologic timpii de cază sânguină au fost modificați iar CT abdominal a evidențiat modificări lezionale ale primei anse jejunale.

Rezultate: Intraoperator s-a decelat o cantitate medie de sânge intraperitoneal și un hematom voluminos al primei anse jejunale care a necesitat rezecție intestinală. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă cu externare în ziua 12 postoperatorie, vindecat chirurgical.

Concluzii: 1. Hematomul intestinal intramural este o complicație rară dar posibilă a tratamentului anticoagulant oral. 2. Diagnosticul precis este posibil și evită intervențiile chirurgicale inutile deoarece complicația este reversibilă prin terapie conservatorie. 3. Intervenția chirurgicală intră în discuție în cazurile cu debut brusc, diagnostic incert și evoluție nefavorabilă care ar putea sugera leziuni intraabdominale asociate.

Cuvinte cheie: tratament anticoagulant, hematom intestinal, terapie conservatorie

Abstract

Intramural intestinal hematoma - a complication of the oral anticoagulant therapy

Aim: The presentation of a rare complication of oral anticoagulant treatment involving abdominal surgery.

Material and method: A 59 years old patient who received oral anticoagulant treatment with Warfarine for repeated episodes of thrombosis of the lower limbs, suddenly develops an occlusive abdominal symptoms, which did not submit under conservative treatment. Biologically the clotting times were modified and the abdominal CT showed lesions of the first jejunal loop.

Results: During surgery an amount of blood was found in abdominal cavity and a large haematoma of the first jejunal loop which required resection. The postoperative evolution was simple with discharge in the 12th day, surgically cured.

Conclusions: 1. Intramural intestinal haematoma is a rare, but possible complication of the oral anticoagulant treatment. 2. Precise diagnosis is possible, avoiding unnecessary surgical intervention because the complication is treatable using conservative therapy. 3. Surgical intervention is required in case of a sudden onset, imprecise diagnosis and unfavorable evolution which could point associated intra-abdominal lesions.

Correspondență: Conf. Dr. Sorin Olariu
Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș"
Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara, România
Bd I. Bulbuca Nr. 10, 300736 Timișoara
E-mail: srnolariu@yahoo.com

Key words: anticoagulant treatment, intestinal haematoma, conservative treatment

Obiectiv

Prezentarea unei complicații mai rare a tratamentului anticoagulant oral ce ridică probleme delicate de tactică și strategie chirurgicală.

Prezentare caz clinic

Pacientul în vârstă de 59 ani, cardiac, hipertensiv se internează la spitalul teritorial pentru o simptomatologie reprezentată de dureri abdominale colicative, cu topografie difuză și maxim de intensitate la nivelul epigastrului și hipocondrului stâng, vărsături alimentare și ulterior bilioase, sindrom de iritație peritoneală. Sub tratament antisecretor gastric simptomatologia se ameliorează inițial, ulterior accentuându-se, motiv pentru care se transferă la Clinica de Gastroenterologie Timișoara pentru continuarea investigațiilor și stabilirea conduitei terapeutice.

Din antecedentele bolnavului reținem că este cu terapie cronică anticoagulantă pe cale orală de 5 ani pentru episoade iterative de tromboză venoasă profundă iar de trei săptămâni a schimbat preparatul trecând pe warfarină sodică 5mg/zi.

Examenul clinic obiectiv la internare a evidențiat un abdomen destins de volum fără tranzit intestinal gazos, activitatea peristaltică intestinală fiind absentă auscultatoric. Asociat pacientul prezenta vărsături cu caracter bilios inițial apoi fetide, în cantitate mare. În epigastru și hipocondrul stâng se palpa o formațiune tumorală renitentă dureroasă cu contur ovalar, de cca 10-12 cm pe axul lung, întraga zonă parietală prezentând iritație peritoneală.

Biologic: leucocitoză 11,4/ 103/ul, glicemie 144mg/dl, timp Quick 65,3s, activitate de protrombină 10,2%, INR 8,01, APTT 65,8s, restul parametrilor fiind cu mici variații în intervalele de normalitate fiziologică.

Radiografia abdominală simplă a decelat o imagine rotundă radioopacă, cu diametrul max. de 10 cm, bine delimitată, proiectată subdiafragmatic în hipocondrul stâng.

Ecografia abdominală: stază gastrică importantă, iar în epigastru, la jumătatea distanței dintre apendicele xifoid și ombilic se decela un segment de tub digestiv cu perete îngroșat de până la 15-17 mm, pe o lungime de cel puțin 17 cm, cu mișcări peristaltice absente la acest nivel. Același aspect se continua și la nivelul hipocondrului și flancului stâng. La examinarea cu substanță de contrast întreaga ansă patologică se impregna cu contrast demonstrând absența unui infarct intestinal.

CT abdominal a evidențiat o îngroșare parietală circumferențială la nivelul unghiului Treitz și a primei anse jejunale, de cca 1,83 cm, iodofilă, ce se întindea pe o distanță de aproximativ 30 cm și modificări ale grăsimii mezenterice

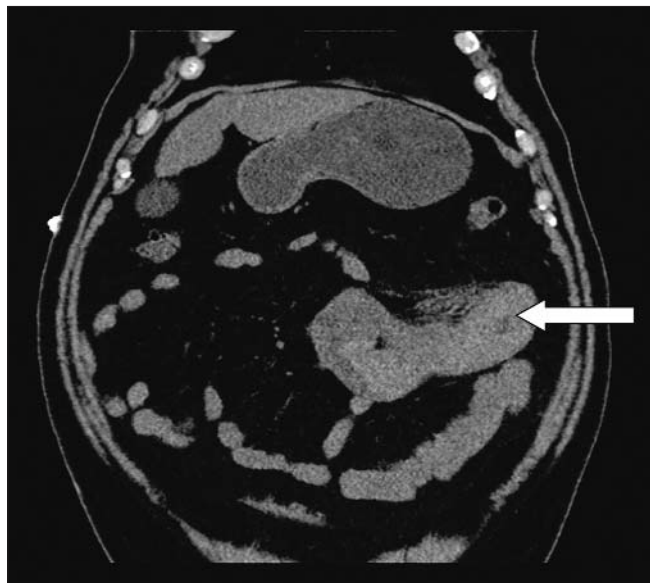


Figura 1. Aspectul CT al ansei (secțiune frontală)



Figura 2. Aspectul CT al ansei (secțiune laterală stângă)

adiacente. Artera mezenterică superioară era permeabilă (Fig. 1, 2, 3).

Gastroscopie: esofag fără varice, fără leziuni, stomacul prezenta în porțiunea verticală, pe marea curbă 2-3 ulceratii, antru fără leziuni, bulb duodenal cu edem și congestie, după D III, ansa de intestin subțire cu aspect modificat, congestiv, violacee, intens edematiată, cu o cantitate mică de sânge.

S-a tentat terapie conservatorie cu aspirație nazogastrică, reechilibrare hidroelectrolitică, acido-bazică, substituție volemică, medicație prokinetică. Evoluția a fost însă nefavorabilă cu creșterea cantității de aspirat gastric, mărirea distensiei abdominale fără reluarea tranzitului intestinal, persistența iritației peritoneale și a formațiunii tumorale, alterarea progresivă a stării generale

În aceste condiții s-a decis transferul la Clinica I

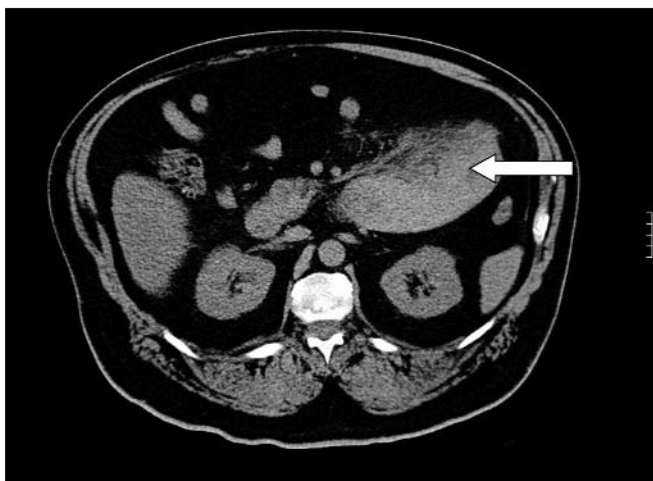


Figura 3. Aspectul CT al ansei (secțiune transversală)

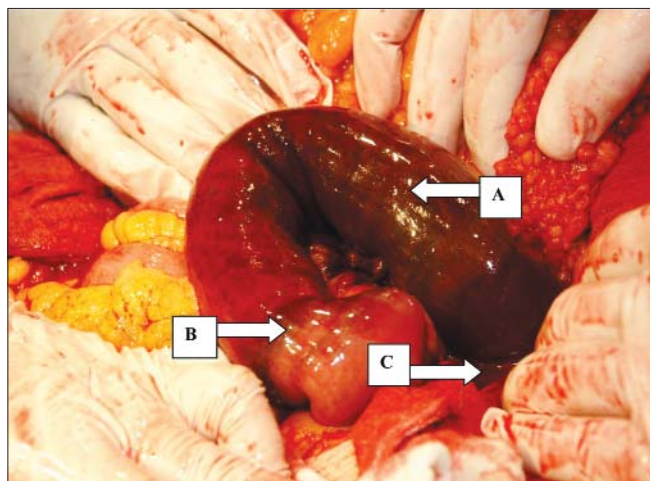


Figura 4. Aspectul intraoperator al primei anse jejunale (A) cu delimitare netă (B) și sânge în cavitatea peritoneală (C)

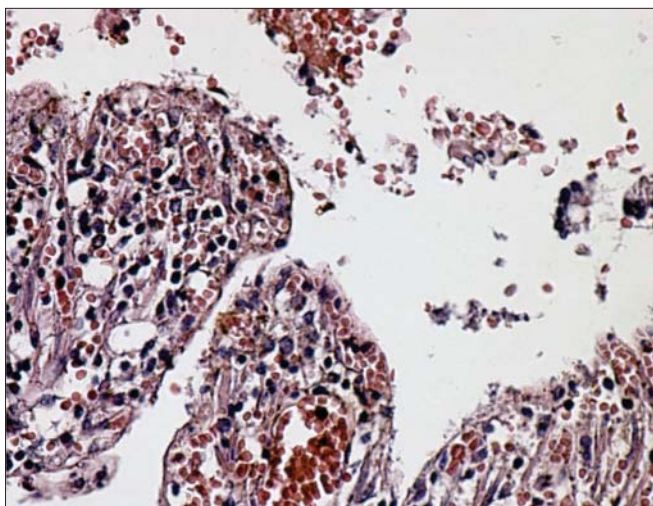


Figura 5. Viloziități intestinale cu epiteliul detasat, vase hiperemiate, extravazate hematice (colorație H-E)

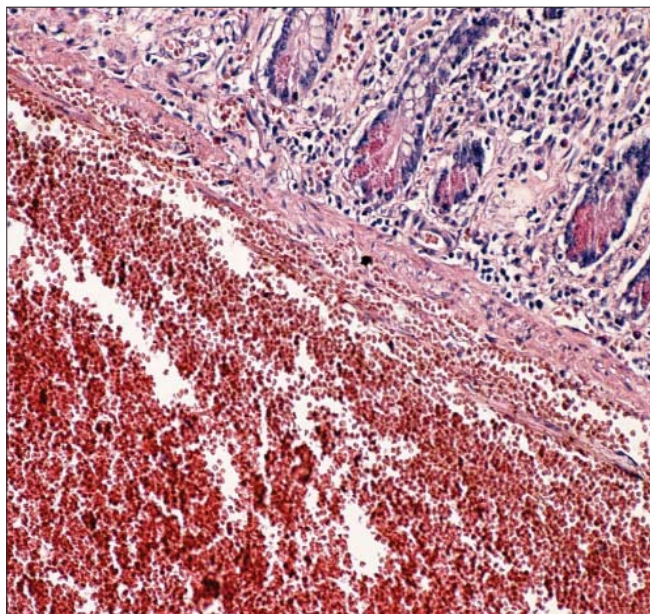


Figura 6. Submucoasa expansionată prin extravazate hematice extinse. HEx200

Chirurgicală Timișoara în vederea laparotomiei. După normalizarea timpilor de cază sanguină prin administrare de plasmă și sânge s-a intervenit chirurgical la un INR de 2,15.

Rezultate

Intraoperator s-a decelat o cantitate medie de sânge în cavitatea peritoneală, duodenul IV și prima ansă jejunală cu aspect violaceu intens congestive și edemate, infiltrate hematic cu lumen complet obstruat, necroze parcelare la nivelul peretelui intestinal dar și ale eploonului mare, mezou intestinal infiltrat hematic (Fig. 4).

S-a practicat rezecția unghiului Treitz, a primei anse jejunale, parțial a duodenului IV cu anastomoză duodeno-jejunală termino-terminală (D IV – jejun proximal), gastro-jejuno anastomoză precolică de protecție, toaleta și lavajul

cavității peritoneale, drenaj Morison, Douglas și loja splenică.

Postoperator s-a administrat sânge (hemoglobina 8.7 în scădere de la 13.6 la internare), tratament analgic, antibiotic, cu evoluție favorabilă și externare în a 12-a zi postoperator.

Anatomopatologic s-a confirmat diagnosticul de hematom intramural și s-a exclus diagnosticul de infarct venos enteromezenteric (Fig. 5, 6, 7).

Discuții

Hematomul intestinal intramural reprezintă o entitate anatomică clinică rară care a fost descrisă pentru prima dată de

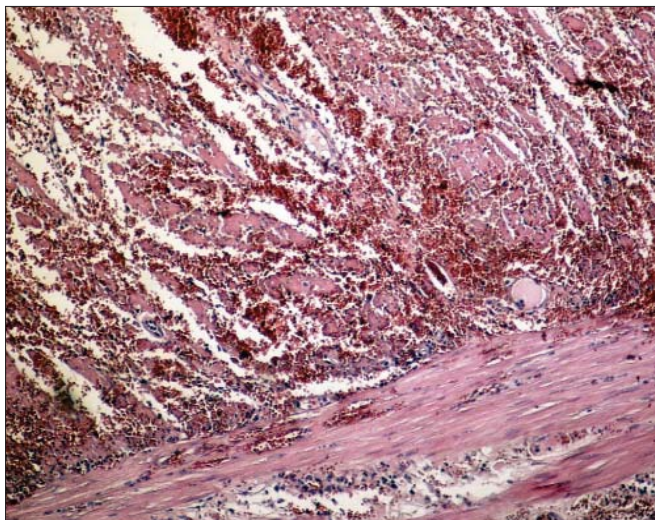


Figura 7. Extravazate hematice care disociază stratul muscular. HE x 200

McLouchlan în 1838 la autopsia unui pacient a cărui cauză de deces a fost atribuită unei deshidratări și unei ocluzii intestinale consecutive unui fals anevrism (1,2) Prima descriere radiologică a fost făcută cu un secol mai târziu de către Liverud la un caz la care era interesat jejunul în procesul patologic (1,3).

Leziunea poate apare mai frecvent posttraumatic(1) sau spontan, în cazuri rare, ca o complicație a terapiei anticoagulante orale cu Warfarină sodică (4). Un studiu elvețian (5) a raportat o rată a apariției acestei leziuni de 1/ 2500 cazuri/an cu terapie anticoagulantă orală.

Diagnosticul acestei complicații este esențial deoarece reprezintă o situație reversibilă (6) a cărei remisiune se obține prin normalizarea cazei sanguine. Intervenția chirurgicală intră în discuție doar în cazul unei evoluții nefavorabile și când diagnosticul nu este cert. În această situație a fost cazul nostru. Deși antecedentele de terapie anticoagulantă au fost evidente, cu timpi de crază sanguină prelungiți, cu imagine CT sugestivă, am preferat laparotomia și rezolvarea chirurgicală a leziunii datorită evoluției nefavorabile a pacientului, cu distensie abdominală marcată și iritație peritoneală. Nu am putut exclude preoperator existența unui infarct intestinal iar prezența sângelui în cavitatea peritoneală a complicat tabloul clinic. Instalarea acută a simptomatologiei a fost un element care a sugerat necesitatea intervenției chirurgicale.

Topografia lezională a fost conformă cu descrierile din literatură (1,2,3,4,5,6,7) interesând jejunul proximal. Ca un aspect particular, prinderea unghiului duodeno-jejunal și a porțiunii terminale a duodenumului a îngreunat rezecția dar a fost posibilă fără descrucișarea de vasele mezenterice.

De menționat rolul important al CT în diagnosticul acestor cazuri, investigația având o sensibilitate și o specificitate foarte mare (8,9,10,11).

Literatura de specialitate citează leziuni ajunse în stadiul necrotic în urma tratamentului dicumarinic oral (12).

Concluzii

1. Hematomul intestinal intramural este o complicație rară dar posibilă a tratamentului anticoagulant oral.
2. Diagnosticul precis este posibil și evită intervențiile chirurgicale inutile deoarece complicația este reversibilă prin terapie conservatorie.
3. Intervenția chirurgicală intră în discuție în cazurile cu debut brusc, diagnostic incert și evoluție nefavorabilă care ar putea sugera leziuni intraabdominale asociate.

Bibliografie

1. Sorbello MP, Utiyama EM, Parreira JG, Birolini D, Rasslan S. Spontaneous intramural small bowel hematoma induced by anticoagulant therapy: review and case report. Clinics (Sao Paulo). 2007;62(6):785-90.
2. Farhoud S, Stephani SM, Bromberg SH. Acute pancreatitis due to intramural hematoma of the duodenum by the use of anticoagulants. Arq Gastroenterol. 2001;38(1):53-6. [Article in Portuguese]
3. Liverud K. Hematoma of the jejunum with subileus. Acta radiol. 1948 Aug 31;30(1-2):163-8.
4. Hsiao CW, Chao PC. Warfarin-induced intramural haematoma of the ileocecal valve with obstruction. ANZ J Surg. 2004;74(9):810-1.
5. Bettler S, Montani S, Bachmann F. Incidence of intramural digestive system hematoma in anticoagulation. Epidemiologic study and clinical aspects of 59 cases observed in Switzerland (1970-1975) Schweiz Med Wochenschr. 1983;113(17):630-6. [Article in French]
6. Askey JM. Small bowel obstruction due to intramural hematoma during anticoagulant therapy, a non-surgical condition. Calif Med. 1966;104(6):449-53.
7. Hill H, Deppe H, Huchzermeyer H, Dormann AJ. Duodenal ileus due to an intramural duodenal haematoma. Conservative therapy using a multiple lumen intestinal probe. Dtsch Med Wochenschr. 2005 Jan 21;130(3):92-4. [Article in German]
8. Dibbad R, Deshmukh M, Merchant H, Shikhare S. Spontaneous intramural hematoma of the small bowel - a complication of anticoagulant therapy. The Internet Journal of Radiology. 2010; http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_radiology/volume_12_number_1_6/article_printable/spontaneous-intramural-hematoma-of-the-small-bowel-a-complication-of-anticoagulant-therapy.html
9. Polat C, Dervisoglu A, Guven H, Kaya E, Malazgirt Z, Danaci M, et al. Anticoagulant-induced intramural intestinal hematoma. Am J Emerg Med. 2003;21(3):208-11.
10. Boudiaf M, Soyer P, Terem C, Pelage JP, Maissiat E, Rymer R. CT evaluation of small bowel obstruction. Radiographics. 2001;21(3):613-24.
11. Abbas MA, Collins JM, Olden KW. Spontaneous intramural small-bowel hematoma: imaging findings and outcome. AJR Am J Roentgenol. 2002;179(6):1389-94.
12. Graur F, Szasz A, Neagos H, Coțe A, Thdorică G, Furcea L, et al. Coumarin-induced necrosis - a rare complication of oral anticoagulant therapy Chirurgia (Bucur). 2010;105(4):559-62. [Article in Romanian]