

HEMORAGIILE DIGESTIVE SEVERE ÎN CADRUL BOLII CROHN

Vladimir Hotineanu¹ – prof. univ., dr. hab. șt. med., m. c. AȘM,

Tudor Timiș¹ – conf. univ., dr. șt. med.,

Vadim Țurcan² – cercet. șt.,

¹Catedra de chirurgie nr. 2,

²Laboratorul de chirurgie reconstructivă a tractului digestiv,

IP USMF „Nicolae Testemițanu”

tel. 022 205369, rvadimturcan@gmail.com

Rezumat

Hemoragiile digestive sunt complicații relativ rare a bolii Crohn [BC] iar particularitățile evolutive nu sunt bine cunoscute și reprezintă o provocare diagnostică și curativă. Având în vedere acestea, studiul efectuat, în cadrul LCS „Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv” asupra 85 pacienți cu BC urmărește aspectele de conduită medico chirurgicală în cazul hemoragiilor severe la pacienții cu BC și considerăm utilă prezentarea succintă a datelor evaluate a 6 (sau 7.14%) cazuri care au prezentat semne de hemoragie severă a tractului digestiv inferior.

Cuvinte-cheie: boala Crohn, hemoragie digestivă, colectomie

Summary. Massive bleeding in Crohn's disease

Acute lower gastrointestinal bleeding is a relatively rare complication in Crohn's disease (CD). The evolutionary features are not well-known and diagnostic and treatment remains a challenge. A study considering this, in the CSL “Reconstructive Surgery of the Alimentary Tract” on 85 patients with Crohn's disease was performed. The data of medical and surgical aspects of severe bleeding in 6 (or 7.14%) cases have been analyzed. It is considered, a brief description of patients who had signs of severe lower digestive tract hemorrhage to be useful at present.

Key words: Crohn's disease, gastrointestinal bleeding, colectomy

Резюме. Тяжелые желудочно-кишечные кровотечения при болезни Крона

Желудочно-кишечные кровотечения являются относительно редким осложнением болезни Крона (БК) и их эволюционные особенности не известны. Диагностика и лечения остаются актуальными вопросами. Как правило, оперативное вмешательство при болезни Крона диктуется появившимися тяжелыми осложнениями заболевания, таких как обструктивный стеноз, перфорация, фистулизация, кровотечение и малигнизация. Учитывая это, в НИЛ Реконструктивной хирургии пищеварительного тракта было произведено исследование 85 больных с БК, изучались медицинские и хирургические аспекты. В 6 (или 7,14%) случаях имелись признаки тяжелого кровотечения нижней части пищеварительного тракта. Эта статья содержит краткое описание данных проведенного исследования.

Ключевые слова: болезнь Крона, желудочно-кишечные кровотечения, колэктомия

Introducere. Este bine cunoscut faptul că maldadia Crohn este o afecțiune, inflamatorie la nivelul peretelui tractului digestiv care poate afecta, teoretic, orice segment al tubului digestiv, de la cavitatea bucală până la anus, dar afectează în special ileonul terminal, colonul și rectul. Tactica diagnostică-cura-

tivă este dificilă din cauza caracterului nespecific al simptomelor și al potențialului de complicații numeroase care includ stricturi intestinale, fistule, abcese intraabdominale și hemoragii. Pacienții cu boala Crohn sunt un grup heterogen și în consecință evoluția individuală a bolii este dificilă de precizat. La

unii se manifestă o formă ușoară pe când alții suferă frecvente recidive și complicații [16].

În lucrarea sa Crohn nu a menționat Hemoragia digestivă ca simptom al bolii [10], aceasta a fost raportată 7 ani mai târziu (30 octombrie 1939), în rezultatul necropsiei unui bărbat în vârstă de 54 de ani care a decedat în urma unei hemoragii masive [12].

Cu toate că hemoragia microscopică ocultă și anemia sunt caracteristice pentru BC, hemoragia severă, în cadrul bolilor inflamatorii intestinale, a fost în mod tradițional asociată cu colita ulceroasă nespecifică și considerată ca o manifestare clinică neobișnuită în Boala Crohn [12,19]. Studiile recente citează o frecvență a acestora de 0.9-6% atât în BC, cât și în colita ulceroasă [6,11,18].

Hemoragia, în funcție de localizare a procesului inflamator poate fi manifestată prin vome cu zaț de cafea și melenă în cazul afectării tractului digestiv superior, hematochezia și rectoragia în cazul hemoragiilor digestive inferioare [1,2]. Pacienții cu BC, de regulă, prezintă scaune diareice cu mucus și sânge care nu prezintă un pericol pentru viață. Cu toate acestea, 0,6 -1,3% din pacienți cu boala Crohn au hemoragii suficiente de severe pentru a pune viața în pericol și care necesită intervenție chirurgicală de urgență [5,6,14]. Conduita medico chirurgicală față de pacienții care prezintă hemoragie acută severă este în funcție de cantitate și rata pierderilor sanguine. Un pacient care este stabil hemodinamic și care a avut o pierdere relativ mică de sânge poate fi gestionat ca unul ambulatoriu, în timp ce un pacient cu o hemoragie severă și hemodinamica potențial instabilă trebuie să fie spitalizat în mod cât mai urgent, iar primul pas în managementul hemoragiei trebuie să fie evaluarea imediată și resuscitarea promptă, la fel ca în hemoragiile gastrointestinale. Terapia inițială conservatorie constă din transfuzii de sânge și medicație de susținere, inclusiv hemostatice [5,15,16,20]. Odată ce pacientul este stabilizat se recomandă investigația imagistică adecvată, cum ar fi endoscopia, angiografia care au și un potențial terapeutic. Ultimele trebuie efectuate cât mai curând pentru a localiza sursa hemoragiei, fiind de obicei un vas erodat în urma ulcerăției și inflamației în zona afectată [21]. În rezultatele studiilor-pilot la 50% din cazuri s-a reușit stoparea hemoragiei prin metode nechirurgicale însă 35% din ei au avut hemoragii recurente severe [5,13,16,20]. În datele de literatură cea mai frecventă sursă de hemoragie este colonul 85% din cazuri și este descrisă ca cea mai acută hemoragie digestivă inferioară. Mortalitatea este mai crescută printre pacienții cu hemoragie recidivantă sau persistentă, dar a scăzut în ultimele două decade [6,11,18]. În pofida rafinamentelor diagnosticului

tehnic actual, în circa 8-12% cazuri sursa hemoragiei nu poate fi identificată [14,18,20].

Transfuziile de sânge și componentele sanguine sunt frecvent utilizate ca prima opțiune terapeutică pentru tratamentul anemiei acute, când mecanismele de compensare a pacientului au o capacitate de reacție limitată. Ca urmare, o mare parte din pacienți primesc cel puțin o unitate de sânge în timpul spitalizării, iar în cazul hemoragiilor masive cel puțin 4 unități [13,18]. Transfuzia nu este lipsită de riscuri. Efectele adverse ale transfuziei includ: contaminarea bacteriană, transmiterea bolilor infecțioase, reacții mediate imun și reacțiile nonimune, toate acestea determină un risc crescut al morbidității și mortalității. Transfuziile sunt uneori administrate fără criterii stricte, doar pentru a ridica o cifră scăzută Hb (transfuzie "cosmetică"), sau pentru a trata o situație hipovolemică nu pentru a corecta simptomele hipoxiei. Ghidurile clinice bazate pe dovezi promovează cele mai bune practici în transfuzie și reducerea variabilității, minimalizând riscurile care pot fi evitate în transfuzie și ajută clinicienii în alegerea celui mai adecvat tratament pentru pacient [2,9,15].

În cazul ineficienței metodelor terapeutice este indicată intervenția chirurgicală necesară pentru a opri hemoragia primară sau recurentă. Algoritmul chirurgical se bazează pe gradul de activitate a bolii, starea pacientului, inclusiv gradul de imunosupresie, precum și localizarea segmentului afectat. Operația nu este o metodă definitivă de tratament, iar succesul în astfel de cazuri este temporar. Soluția cea mai adecvată este de a suplimenta tratamentul chirurgical cu unul medicamentos antirecidivant [6,7,11,14,16,20].

Scopul studiului. Studiul urmărește aspectele de conduită medico-chirurgicală în cazul hemoragiilor severe la pacienții cu BC.

Material și metode. În cadrul LCȘ „Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv” a fost efectuată analiza retrospectivă a 85 de pacienți cu diagnosticul de boală Crohn, externați din SCR, Clinica Chirurgie 2, în perioada anilor 2000 - 2014. Au fost analizate diagnosticul de internare, anamneza, tabloul clinic și paraclinic, constatările intraoperatorii și evoluția postoperatorie. Șase (7.14%) dintre ei au prezentat semne de hemoragie severă a tractului digestiv inferior care a condus la o scădere a hemoglobinei sub 90 g/l de sânge și care au necesitat transfuzie de cel puțin două unități de sânge în 24 de ore. Au fost evaluate următoarele date: apartenența de sex, vârsta la debutul bolii și momentul primei hemoragii, durata de la debut până la apariția hemoragiei, localizarea hemoragiei, indexarea CDAI după Best, volumul de sânge transfuzat, tratamentul medicamentos administrat, tipul intervenției chirurgicale, evoluția postoperatorie.

Rezultate și discuții. Coraportul după criteriul de sex a constituit 2:1 [10] respectiv 4 bărbați și 2 femei cu vârstele cuprinse între 18 și 69 de ani. Trei pacienți au fost diagnosticați cu BC înainte de debutul hemoragiei pe fon de tratament medicamentos administrat în conformitate cu Consensusul European cu privire la bolile inflamatorii ale tractului gastrointestinal [8]. Pentru un pacient hemoragia a fost unul din primele semne ale bolii care a apărut după câteva zile de scaune diareice persistente și dureri colicative pe flancul abdominal stâng [19]. Alți doi pacienți au fost diagnosticați cu BC postoperator, în rezultatul examinării piesei postoperatorii, fiind primar diagnosticați și tratați pentru colită ulceroasă nespecifică. În conformitate cu indexarea după Best (CDAI) a activității afecțiunii, a fost depistată forma medie (CDAI = 301-450) la 2(33.22) și forma gravă (CDAI > 450) – la 4(66.66%) dintre bolnavi, respectiv [4].

În total au fost înregistrate 22 episoade de hemoragie: trei pacienți au prezentat trei episoade de hemoragie, doi pacienți câte patru, iar un pacient cinci episoade, două dintre care postoperator, din rectul restant, care a fost stopată ulterior tratament medica-

mentos hemostatic, microclisme cu corticosteroizi și sulfasalazină endorectal.

Toți pacienții au fost examinați ecografic. Colonoscopia a fost efectuată la 3 pacienți sursa clară de hemoragie nu a fost identificată (figura 2). De investigațiile radiologice, radiografia cavității abdominale și irigoscopia cu masă baritată, au beneficiat toți pacienții (figura 1).

În dependență de volumul sângelui pierdut, dereglările hemodinamice și hematice pacienții s-au repartizat astfel: hemoragie gr.I – 2 (33.32%) observații, hemoragie gr.II – 3 (50%) observații și hemoragie gr.III – 1 (16.66%) pacient [2]. Pentru transfuzie au fost necesare 8,6 [13,18] pungi de sânge în primele 48 de ore. Din motive religioase 1 (16.66%) pacient a refuzat categoric transfuzia sângelui și a componentelor sale.

Pe fundalul transfuziilor și farmacoterapiei complexe s-a observat ameliorarea simptomelor clinice și stabilizarea hemodinamică la majoritatea bolnavilor s-a redus setea, limba și tegumentele puțin s-au umezit. Însă scaunele diareice, hematochezia și rectoragia și-au păstrat statutul unor semne clinice eminente.



Fig. 1. Tabloul irigoscopic cu afectarea totală a colonului și ileonului terminal – aspectul mucoasei „pietre de pavaj”, pereții rigizi ai colonului, stenoze multiple de lumen de diferit calibru, obstrucția joncțiunii ileocecale

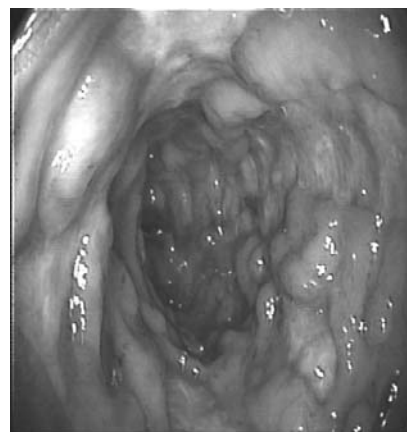


Fig. 2. Imaginea endoscopică a mucoasei afectate a colonului

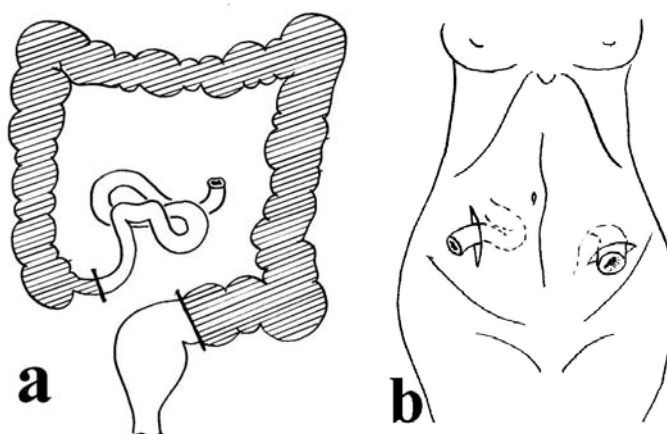


Fig. 3. Colectomia subtotală (operația Schnider) schema



Fig. 4 a. Aspectul intraoperator al colonului



Fig. 4 b. Piesa operatorie



Fig. 4 c. Ileostoma terminală și sigmoidostoma proximală

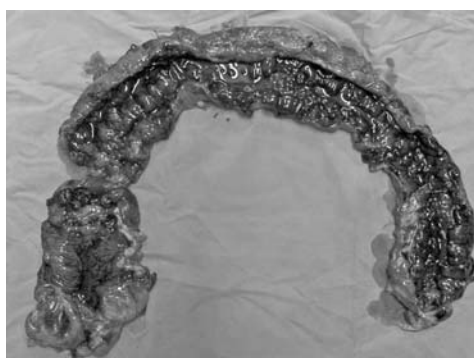


Fig. 5. Piesa operatorie - colonul rezecat mucoasei, acoperite cu cheaguri și reziduuri sangvine cu aspect „lacrimi de sânge”

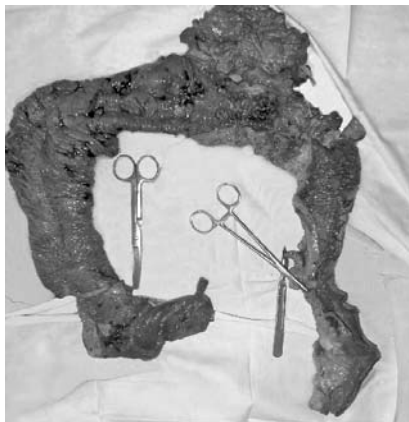


Fig. 6. Piesa operatorie după Colectomia totală, rezecția ileonului terminal



Fig. 7. Colectomia totală – schema

Au fost efectuate următoarele tipuri de intervenție chirurgicală: Colectomia subtotală a fost efectuată în 3(50%) cazuri (figura 3,4); Colectomia totală, rezecția ileonului terminal, montarea ileostomei terminale și preservarea rectului - 1(16.66%) caz (figura 6); Colproctectomie subtotală cu păstrarea canalului anal - 1(16.66%) caz; Un pacient a suportat hemicolectomie extinsă pe dreapta cu montarea ascendostomei terminale și sigmoidostomei proximale.

Aspectul modificărilor macroscopice constatate în timpul intervenției și postoperator caracteristice BC. Nici într-un caz nu a putut fi identificată sursa hemoragiei, iar caracterul modificărilor mucoasei,

acoperite cu cheaguri și reziduuri sangvine cu aspect „lacrimi de sânge” (figura 5) explică caracterul difuz al hemoragiei care poate fi stopată doar prin excluderea segmentului afectat [14].

Letalitatea postoperatorie – pacientul (16.66%) care a refuzat transfuzia sângelui și componentelor sale, a decedat a patra zi postoperator.

Concluzii:

1. Hemoragia severă la bolnavii cu BC este o complicație gravă care prezintă pericol iminent pentru viață. Problemele majore sunt stabilizarea hemodinamică, identificarea sursei de hemoragie și abordarea strategiei medico-chirurgicale.

2. Intervenția chirurgicală este inevitabilă în cazul hemoragiilor severe și recurente iar orice pacient care a necesitat mai mult de 8 unități de sânge în primele 48 de ore și care prezintă hemoragie activă necesită colectomie urgentă.

3. Operația optimă în hemoragia intestinală pe fundalul BC este considerată colectomia subtotală, deoarece vasele rectului și sigmoidului distal rar sunt implicate în hemoragie. Ea este mai puțin traumatică, postoperator este posibil de sanăt porțiunea rectosigmoidală prezervată și de a o pregăti pentru operația reconstructivă cu includere a rectului în pasaj.

Bibliografie

1. Angelescu N. „Patologiechirurgicală”, Editura Celsius, București, 1997.
2. Ion Corcimaru, Svetlana Cebotari, Mihail Borș [et al.] *Ghid Național în Transfuziologie*. – Ch., 2011. – 121 p.
3. Hotineanu V., *Chirurgie curs selectiv* 2008.
4. Best W.R., Becket J.M., Singleton J.W., Kern F. Jr – *Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study, Gastroenterology*. 1976 Mar; 70(3):439-44.
5. Elaiche J., L Ouis E., D' H Aens G. et al. *Acute lower gastroin-testinal bleeding in Crohn's disease : characteristics of unique series of 34 patients*. Am J Gastroenterol, 1999, 94 : 2177-81.
6. Block G. E., M Oosa A. R., S Imonowitz D., H Asan S. Z. *Emergency colectomy for inflammatory bowel disease*. Surgery, 1977, 82 : 531-6.
7. B Ruyns E., L Ubbers E. J., Van T Ongerren J. H. *Major haemorrhage in Crohn's disease*. Neth J Med, 1979, 22 : 67-71.
8. Caprilli R., Gassull M. A., Escher J. C. *European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations/* - 2006;55 (Suppl. 1): pag. 36-58.
9. Gasche C., Berstad A., Befrits R., Beglinger C., Dignass A., Erichsen K., Gomollon F., Hjortswang H., Koutroubakis I., Kulnigg S., Oldenburg B., Ramp-ton D., Schroeder O., Stein J., Travis S., Van Assche G.

Guidelines on the diagnosis and management of iron deficiency and anemia in inflammatory bowel diseases. 2007;13:1545-1553.

10. Crohn B. B., G Inzburg L., O Ppenheimer G. D. *Regional ileitis: a pathologic and clinical entity*. JAMA, 1932, 99 : 1323-9.

11. Driver C.P., Anderson D.N., Keenan R.A. *Massive intestinal bleeding in association with Crohn's disease*. J R Coll Surg Edinb 1996;41:152-4.

12. Fallis L. S. *Massive gastrointestinal haemorrhage in regional enteritis : report of a case*. Am J Surg, 1941, 53 : 512-3.

13. José Antonio García-Erce, Fernando Gomollón, and Manuel Muñoz *Blood transfusion for the treatment of acute anaemia in inflammatory bowel disease and other digestive diseases World J Gastroenterol*. 2009 Oct 7; 15(37): 4686-4694.

14. Kazama Y., Watanabe T., Akahane M., et al. *Crohn's disease with life-threatening hemorrhage from terminal ileum: successful control with superselective arterial embolization*. JGastroenterol 2005;40:1155-7.

15. Kostka R., Lukás M., *Massive, life-threatening bleeding in Crohn's disease*. ActaChir Belg. 2005;105:168-174.

16. Keighley M.R.B., Williams N.S. - Ch 42. *Crohn's Disease: Aetiology, Pathology, Diagnosis and Medical Treatment*. “Surgery of The Anus, Rectum & Colon”, 3-rd Ed, Saunders-Elsevier, 2008, pag. 1881-1942.

17. Michelassi F., Balestracci T., Chappell et al. *Primary and recurrent Crohns disease: experience with 1379 patients over 18 years*. Ann Surg 1991;214:230-240.

18. Robert J.R., Sachar D.B., Greenstein A.J. *Severe gastrointestinal hemorrhage in Crohn's disease*. Ann Surg 1991;213:207-11.

19. Rubin M, Lynwood Herrington J, Schneider R. *Regional enteritis with major gastrointestinal hemorrhage as the initial manifestation*. Arch Intern Med 1980; 140:217-219.

20. Veroux M., Angriman I., Ruffolo C., Barollo M., Buffone A., Madia C., Caglià P., Fiamingo P., D'Amico D. *Severe gastrointestinal bleeding in Crohn's disease*. Ann Ital Chir. 2003;74:213-215.

21. Семионкин Е.И. Колопроктология (Учебное пособие) – М: ИД МЕДПРАКТИКА – М, 2004, 234 с.