

Prezentare de caz

**CAZ RAR DE ABDOMEN ACUT PRIN INVAGINAȚIE ILEO-COLICĂ.
PREZENTARE DE CAZ ȘI REVIEW ÎN LITERATURĂ**

Liviu Dubei^{1*}, Nicoleta Dubei², Alexandru Morar¹, Andrandă Sturzu², Magda Foca³, Mariana Kryukov⁴, Mihnea Dubei⁵

1 – Secția Chirurgie Generală

2 – Secția Medicină Internă

3 – Departamentul Anestezie și Terapie Intensivă

4 – Compartimentul de Imagistică

5 – Compartimentul de Anatomie patologică

6 – Facultatea de Medicină

Spitalul Municipal „Sfinții Doctori Cosma și Damian” Rădăuți, România

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași

Rezumat

Introducere. Invaginația la adult are o incidență de aprox. 5% din totalul cazurilor de invaginație, iar procentul de internări din această cauză este de 0,1%. Incidența la nivel mondial este de 2–3 cazuri la 1,000,000 locuitori într-un an. **Prezentare de caz.** Prezentăm cazul unui bărbat de 21 de ani care s-a prezentat în aprilie 2020 (în perioada de pandemie cu virusul SARS-CoV-2) la spital pentru dureri abdominale colicative, cu intensitate maximă în fosa iliacă dreaptă și flancul drept, diaree, grețuri, vărsături, meteorism abdominal. Antecedentele heredo-colaterale sunt ne semnificative, iar în cele personale se constată prezența unei operații pentru apendicită acută în 2007, volvulus de ansa ileală în martie 2020 cu necroză pe bridă aderențială pentru care s-au practicat enterectomie cu abandonarea ansei din aval și ileostomie (intervenție efectuată în altă unitate medicală). La examenul ecografic s-a constatat prezența în fosa iliacă dreaptă și flancul drept a unei anse de intestin subțire cu perete îngroșat, dedublat, aperistaltice, cu perete hipocogen și aspect tortuos, fiind vorba de suspiciune înaltă de invaginație intestinală. La examenul computer-tomografic abdomino-pelvin suspiciunea de invaginație ileo-colică a fost confirmată. Analizele de laborator au arătat: leucocitoză și o ușoară creștere a CRP-ului. S-a intervenit chirurgical și s-a găsit invaginație ileo-colică și ileostomie pe ansă ileală terminală abandonată cu compresiune pe ansa de ileostomie și s-a practicat desființarea ileostomei, hemicolectomie dreaptă cu ileo-transverso-anastomoză. Evoluția postoperatorie a fost simplă, pacientul fiind externat la 10 zile. **Discuții.** Invaginația intestinală a fost descrisă pentru prima dată în anul 1674 de Paul Barbette, iar prima intervenție chirurgicală pentru in-

* Adresă corespondență autor: Dr. Liviu Dubei, MD, PhD, Spitalul Municipal “Sfinții Doctori Cosma și Damian” Rădăuți, jud Suceava. E-mail: liviudubei@yahoo.com

vaginație a fost efectuată în 1871 de către Sir Jonathan Hutchinson. Clasificarea invaginațiilor se face după mai multe criterii, în funcție de: localizare anatomică - entero-enterală, ileo-cecală, ileo-colică și colo-colică; de tipul de leziune - de cauză benignă, malignă sau idiopatică sau de prezența/absența factorului trigger se clasifică în invaginația cu/fără factor declanșator. Clinica invaginației este extrem de variată în funcție de mecanismul de producere. Invaginația intestinului subțire cu/fără cauză este forma cea mai frecventă. Factorii cei mai frecvenți care provoacă acest tip de invaginație sunt diverticulul Meckel, formațiunile polipoide inflamatorii, anumite malformații protuberante ale venelor, limfoamele, histiocitoamele fibroase maligne metastatice. Invaginația de intestin gros este cauzată în peste 50% din cazuri de leziunile maligne primare sau secundare; cele ileo-cecale și ileo-colice au drept cauză cel mai frecvent o leziune malignă metastatică cu punct de plecare un melanom malign, pe când cele colo-colice cel mai frecvent sunt cauzate de către lipoame. **Tratamentul.** Tratamentul invaginației se efectuează în urgență imediată: la copii se încearcă reducerea prin clismă cu bariu sau aer a invaginației (cu chirurgicalul pediatru în sala de radiologie), iar dacă este adult se realizează intervenția chirurgicală, clisma fiind utilizată extrem de rar și cu eficacitate mică. **Concluzii.** Invaginația intestinală la adult are o incidență foarte rară. Găsirea cauzei nu este un scop în sine, invaginația la adult fiind apanajul chirurgiei, majoritatea covârșitoare a acestora rezolvându-se doar prin intervenție chirurgicală. În cazul copiilor situația se prezintă altfel, metodele conservatoare având prioritate în fața celor chirurgicale.

Cuvinte-cheie: invaginație ileo-colică, ansă ileală abandonată, ileostomie.

Abstract

Introduction. Adult intussusception is very rare with an incidence of approx. 5% of all cases of intussusception and the percentage of hospitalizations due to this is 0.1%. The global incidence is 2-3 cases per 1,000,000 inhabitants a year. **Case presentation.** We present the case of a 21-year-old man patient who presented in April 2020 (during the pandemic COVID-19) at the hospital for colicative abdominal pain with higher intensity in the right iliac fossa and flank, diarrhea, nausea, vomiting, abdominal flatulence. Heredo-collateral antecedents are insignificant and in personal antecedents show acute appendicitis in 2007, ileal loop volvulus in March 2020 with necrosis on the adhesive flange for which enterectomy was performed with the abandonment of the downstream loop and ileostomy (surgery was performed in another medical unit). The ultrasound examination found the presence in the right iliac fossa and right flank of a small bowel loop with thickened wall, doubled, aperistaltic with hypoechoic wall and tortuous appearance being a high suspicion of intestinal intussusception and at the computer-tomographic examination the suspicion of ileocolic intussusception is confirmed. Laboratory tests showed: leukocytosis and a slight increase in CRP. Surgery was performed and ileocolic intussusception was found on the terminal ileal loop abandoned with compression on the ileostomy loop and the removal of the ileostomy, straight hemicolecotomy with ileo-transverse-anastomosis was performed. The postoperative evolution was simple, being discharged at 10 days. **Discussions.** Intestinal intussusception was first described in 1674 by Paul Barbette, and the first intussusception surgery was performed in 1871 by Sir Jonathan Hutchinson. The classification of intussusceptions is made according to several criteria being classified in: anatomical location - entero-enteral, ileo-cecal, ileo-colic, and colo-colic, and depending on the cause it can be benign, malignant, or idiopathic. It is also classified in intussusception with/without triggering factor. The clinic of intussusception is extremely varied depending on the cause. Small bowel intussusception with/without cause is the most common form. The most common factors that cause this type of intussusception are the Meckel's diverticulum, certain protruding malformations of the veins, inflammatory polypoid formations, lymphomas, metastatic malignant fibrous histiocytomas. Large intestinal intussusception is caused in over 50% of cases of primary or secondary malignant lesions; the ileo-cecal and ileo-colic ones most often cause a metastatic malignant lesion with malignant melanoma as a starting point, while the colo-colic type is most commonly caused by lipomas. **Treatment.** The intussusception treatment is performed immediately: in children, attempts are made to reduce the intussusception by barium or air enema (with the pediatric surgeon in the radiology room), and if it is an adult surgery is performed, the enema is used extremely rarely and with little effectiveness. **Conclusions.** Intestinal intussusception in adults has a very rare incidence. Finding the cause is not an end in itself, adult intussusception being the prerogative of surgery, the vast majority of which are solved only by surgery. In the case of children, the situation is different, with conservative methods taking precedence over surgical ones.

Key-words: ileo-colic intussusception, abandoned ileal loop, ileostomy.

Introducere

Invaginația la adult este o situație clinică foarte rară fiind creditată cu cca. 5% din totalul cazurilor de invaginație la toate vârstele și aprox. 1-5% din totalul cazurilor de ocluzie intestinală (1). Se definește prin telescoparea unui segment proximal al tubului gastrointestinal în lumenul segmentului subjacent (2). Invaginația de tip ileo-colic este și mai rară, iar un asemenea caz clinic este excepțional întâlnit (în literatură nu am găsit nici un caz similar). De asemenea procentul de internări determinat de o invaginație este de 0,1% din total. Invaginația la adult este o patologie foarte rară, incidența medie la nivel mondial fiind de 2-3 cazuri la 1.000.000 locuitori într-un an (3). Este o urgență chirurgicală majoră, intervenția chirurgicală fiind necesară a fi efectuată cât mai repede posibil, în intervalul 0-6 ore.

Prezentare de caz

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 21 de ani, din mediul rural, fără ocupație, care s-a prezentat în aprilie 2020 (în perioada de pandemie cu COVID-19) la cabinetul de chirurgie din serviciul de urgență al spitalului fiind adus de ambulanță pentru dureri abdominale intense cu caracter colicativ, repartizate difuz la nivelul abdomenului, cu intensitate mare în fosa iliacă dreaptă și flancul drept până în hipocondrul drept,acompaniate de dia-

ree, grețuri, vărsături, meteorism abdominal. În ceea ce privește antecedentele heredo-colaterale nu se constată nimic patologic. În privința antecedentelor personale se remarcă că în 2007 a prezentat apendicită acută pentru care s-a practicat apendicectomie, iar în martie 2020 volvulus de ansa ileală cu necroză pe bridă aderențială pentru care s-a practicat enterectomie cu abandonarea ansei din aval de porțiunea rezecată și exteriorizarea porțiunii din amonte în ileostomie (intervenția chirurgicală fiind efectuată în altă unitate medicală).

Examenul general a evidențiat tegumente și mucoase ușor palide, tahicardie, abdomen meteorizat, cu semne de iritație peritoneală, intens dureros difuz spontan și la palpăre în ortostatism, simptomatologie care scade mult în intensitate în clinostatism; ficatul și splina nepalpabile, iar tranzitul intestinal absent pentru gaze și materii fecale prin ileostomă în ortostatism și care se reia parțial în poziție clinostatică. La examenul rectal se remarcă scaune apoase fiind suspionată enterocolita cu Clostridium difficile care s-a infirmat (antecedente de internare în spital în ultimile 14 zile). La examenul ecografic s-a constatat prezența în fosa iliacă dreaptă și flancul drept a unei anse de intestin subțire cu perete îngroșat, dedublat până la 24 mm, aperistaltică, cu perete hipoecogen și aspect tortuos, fiind vorba de suspiciune înaltă de invaginație intestinală cu posibilă necroză a peretelui (figura 1).

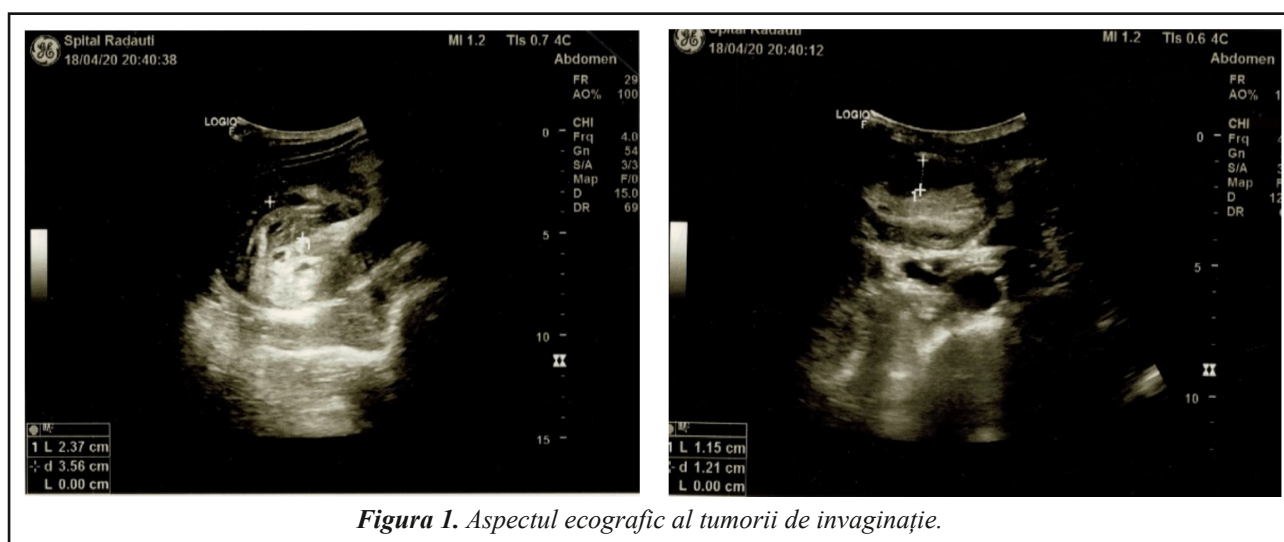


Figura 1. Aspectul ecografic al tumorii de invaginație.

La explorarea computer-tomografică abdomino-pelvină s-a constatat prezența la nivelul fosei iliace drepte postero-lateral și superior de ileostomă a unei anse intestinale cu perete îngroșat, dedublat până la 20 mm, cu bule de

gaz în interior, cu traiect tortuos, până la nivel subhepatic aspect sugestiv pentru invaginație (figura 2).

Analizele de laborator au arătat: leucocitoză și o ușoară creștere a CRP-ului (Tabelul 1).

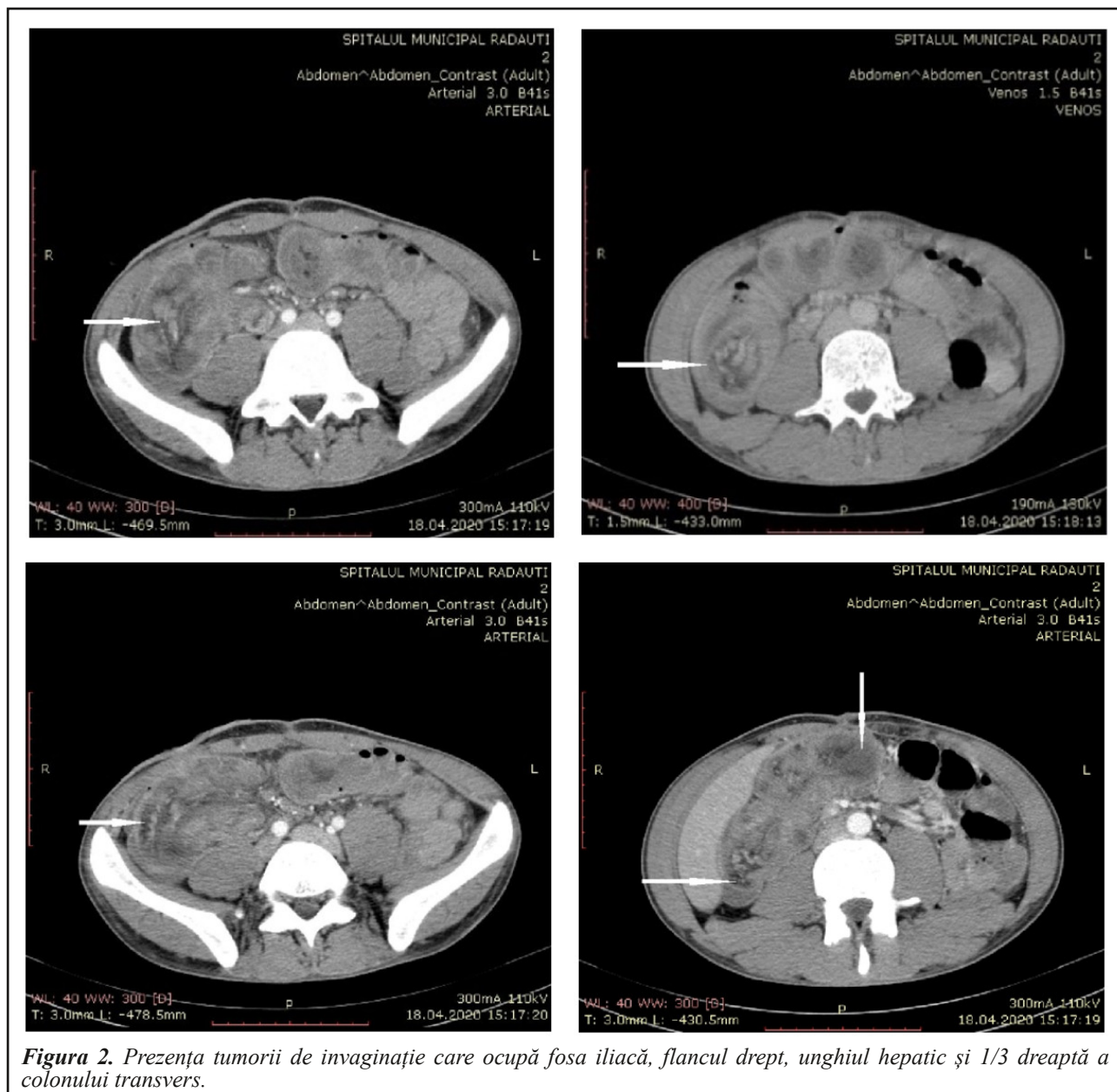


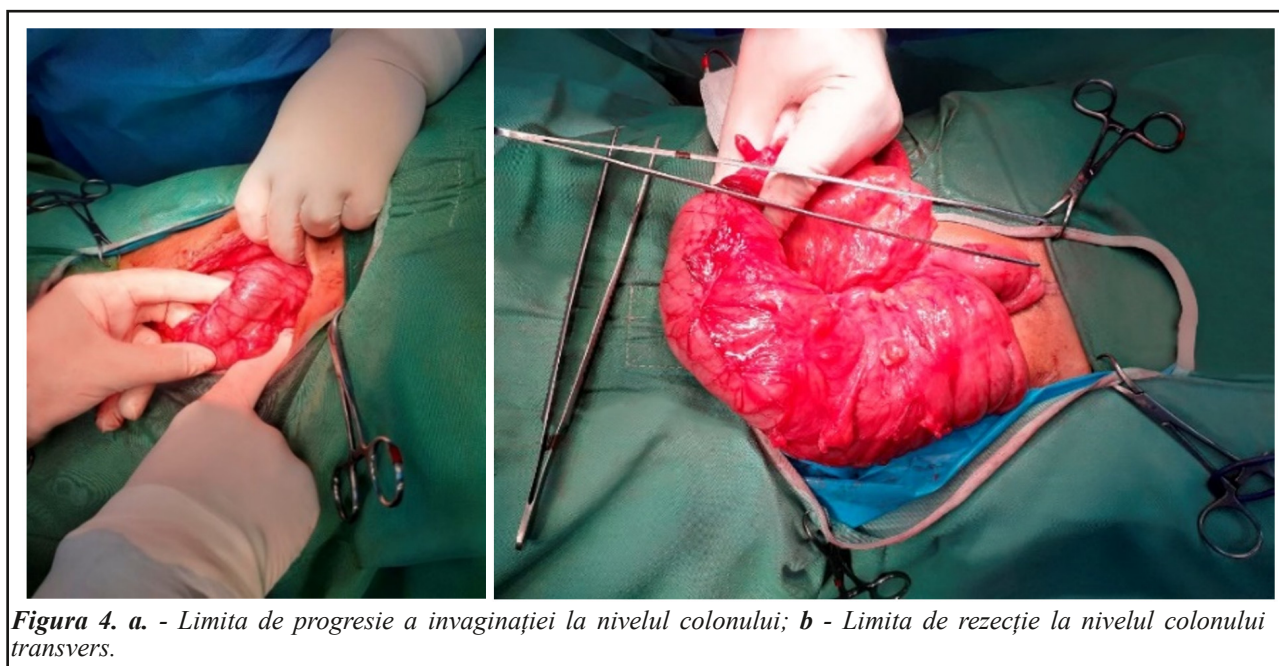
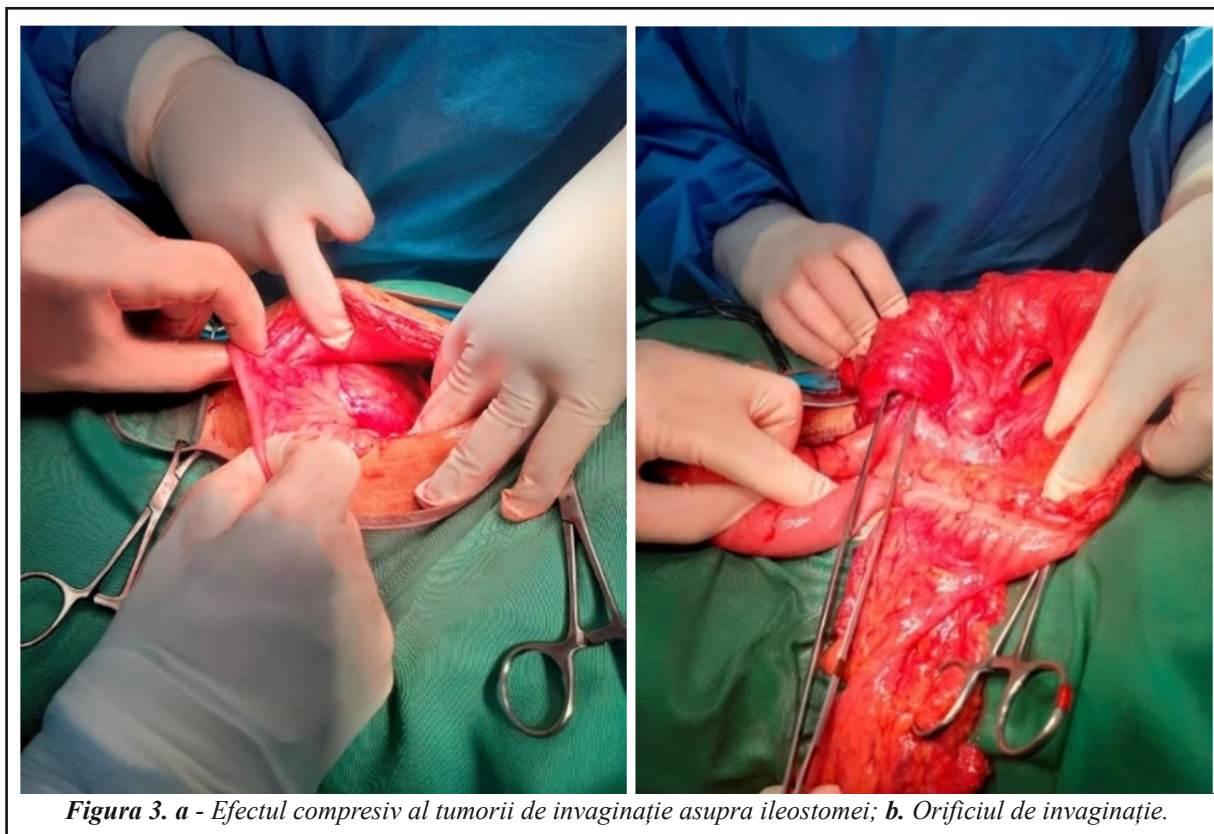
Figura 2. Prezența tumorii de invaginație care ocupă fosa iliacă, flancul drept, unghiul hepatic și 1/3 dreaptă a colonului transvers.

Tabelul I. Valorile analizelor de laborator la prima internare.

TGP (U/L)	28	LEUCOCITE (μl)	15900
AMILAZA SERICA (U/L)	42	HEMOGLOBINA (g/dL)	12,3
LIPAZA SERICA (U/L)	46,2		
BILIRUBINA DIRECTA (mg/dL)	0,281	HEMATOCRIT (%)	34,7
BILIRUBINA TOTALA (mg/dL)	0,54	VEM (fL)	84,6
CREATININA SERICA (mg/dL)	0,68	HEM (pg/cell)	30
GLUCOZA SERICA (mg/dL)	95,7	CHEM (g/dL)	35,4
UREEA SERICA (mg/dL)	40,6	TROMBOCITE (nr/μl)	377000
PROTEINA C-REACTIVA (mg/dL)	3,974	EOZINOFILE (nr/μl)	10
TIMP QUICK (sec; %; INR)	14; 66,5; 1,23	aPTT (sec)	24,9

S-a intervenit chirurgical și la explorare s-a găsit invaginație ileo-colică pe ansă ileală terminală abandonată cu compresiune pe ansa de ileostomă. S-a încercat dezinvinarea ansei dar nu s-a reușit și în consecință s-a

practicat desființarea ileostomei, hemicolec-tomie dreaptă cu ileo-transverso-anastomoză latero-laterală în 2 planuri, drenaj cu un tub (figura 3, 4, 5).



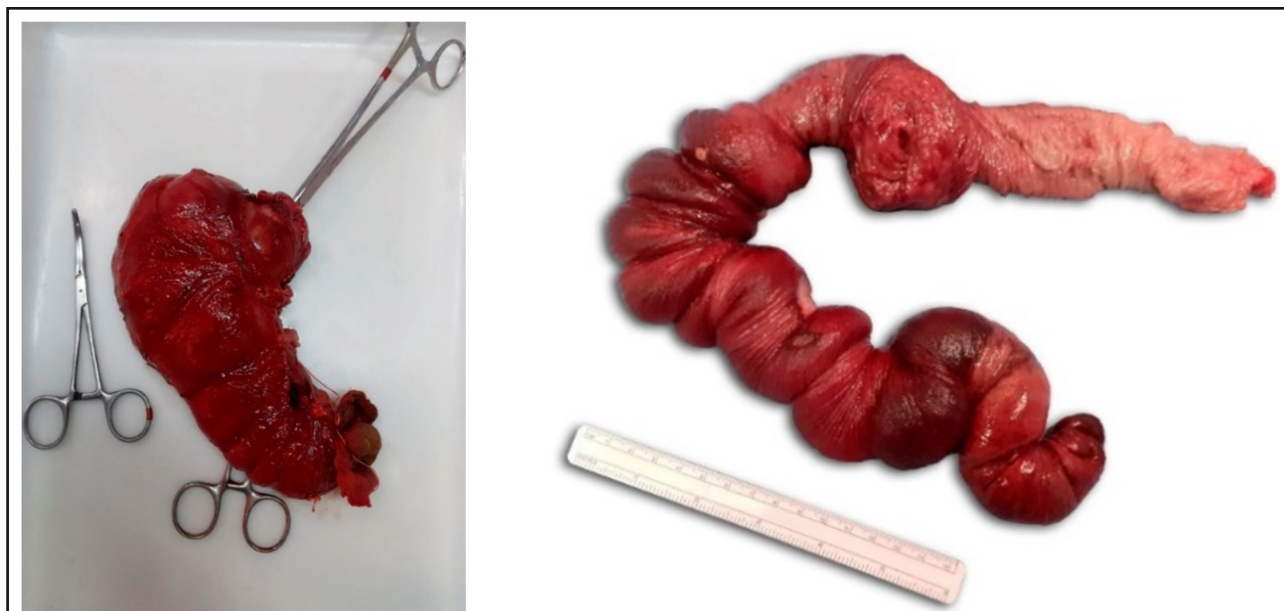


Figura 5. a. Piesa de hemicolectomie dreaptă cu ansa intestinală invaginată; **b.** Aspectul piesei de hemicolectomie dreaptă.

Examenul histopatologic confirmă prezența infarctului intestinal cu interesarea peretelui în întregime și a mezocolonului (Figura 6).

Evoluția postoperatorie a fost simplă cu reluarea tranzitului pentru gaze la 48 de ore, iar

pentru materii fecale la 72 de ore, durata de spitalizare fiind de 8 zile. S-a externat după 10 zile de la internare cu o stare generală foarte bună, cu aport alimentar normal, tranzit și diureză normale, condiție fizică normală.

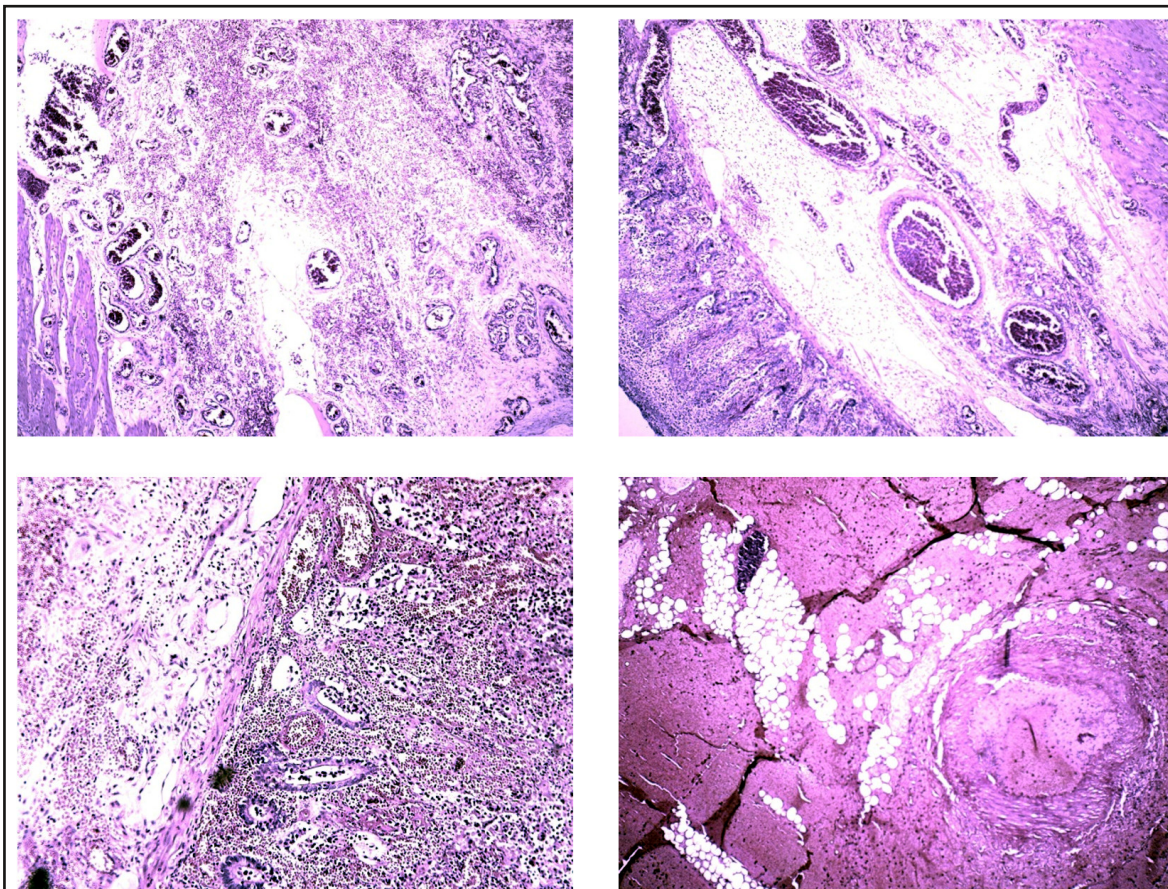


Figura 6. a. Mucoasă cu necroză ischemică, cu infiltrat hematic, tromboze vasculare și rare leucocite; **b, c.** Perete intestinal în întregime cu necroză ischemică la nivelul mucoasei și musculareii, cu infiltrat hematic, tromboze vasculare în întreg peretele și rare leucocite; **d.** Mezou cu tromboză vasculară și arii de hemoragie.

Discuții

Invaginația intestinală a fost descrisă pentru prima dată în anul 1674 de către medicul olandez Paul Barbette (4), acesta propunând ca soluție terapeutică gastrostoma. Prima intervenție chirurgicală pentru invaginație care a fost încununată de succes a fost efectuată în 1871 în cazul unui copil de către Sir Jonathan Hutchinson (5). Invaginația intestinală este rară la adult, procentul fiind de aprox. 5% din totalul cazurilor. Circa 90% dintre cazuri interesează intestinul subțire și intestinul gros, restul de 10% fiind situate la nivelul stomacului sau stomelor (5). În cazul copiilor factorii care determină declanșarea invaginării sunt în majoritatea covârșitoare neidentificați (6).

Factorii de risc pentru invaginație sunt:

1. sexul – cel masculin fiind cel mai des afectat;
2. vârsta – este arhicunoscut faptul că cca. 90% din cazurile de invaginație interesează copiii și este cea mai frecventă cauză de ocluzie între 6 luni și 6 ani (6);
3. de asemenea, malformațiile intestinale în special tulburările de rotație și dezvoltare și mai ales tulburările de acolare pot prezenta risc de a dezvolta invaginație;
4. în ceea ce privește antecedentele, s-a observat că frații unui pacient care a prezentat invaginație au un risc mai mare de a prezenta această afecțiune, iar persoanele care au prezentat invaginație intestinală în antecedentele personale au risc crescut de a avea din nou (6).

Clasificarea invaginațiilor se face după mai multe criterii:

1. în funcție de segmentul care se telescopează poate fi: **a. anterogradă** când segmentul care se telescopează este cel proximal sau **b. retrogradă** când segmentul care se telescopează este cel distal (7) sau,
2. în funcție de localizare anatomică în: entero-enterală, ileo-colică, ileo-cecală și colo-colică sau,
3. în funcție de cauză în: benignă, malignă sau idiopatică (8).

În funcție de factorul declanșator al invaginației se poate include în clasificare și invaginația cu/fără factor declanșator (8).

În ultimii 10 ani am întâlnit și operat la adult 4 cazuri cu 3 tipuri de invaginație: *invaginație ileo-ileală* cu factor declanșator un polip de 4 cm pediculat fiind nevoie de enterectomie segmentară și o alta având drept cauză diverticulul Meckel (9), *invaginație jejuno-*

gastrică la 58 de ani după rezecție gastrică 2/3 la care nu s-a găsit decât un episod de vărsături ca și cauză declanșatoare, iar pacientul a refuzat intervenția chirurgicală (10) și cazul de față *invaginație ileo-colică* pe ansă ileală terminală abandonată.

Ceea ce am remarcat la cele 3 tipuri de invaginații sunt următoarele: *invaginațiile ileo-ileale* s-au prezentat la spital de mai multe ori pentru investigarea unui sindrom anemic efectuându-se endoscopie și colonoscopie, catalogându-se anemia carențială, urmând ca ulterior diagnosticul să fie stabilit prin CT abdominal; *invaginația jejuno-gastrică* s-a prezentat la spital ca abdomen acut, examinarea ecografică ridicând suspiciunea de invaginație confirmată ulterior de examinarea CT; *invaginația ileo-colică* s-a prezentat ca sindrom ocluziv alternant diagnosticul fiind suspionat la examenul ecografic și confirmat la cel computer-tomografic.

Invaginația *fără factor declanșator* se poate manifesta prin vagi dureri abdominale fără alte simptome. Foarte rar poate determina ocluzie intestinală. Cele mai multe cazuri sunt descoperite incidental în cursul unui CT efectuat pentru alte motive (5). Toate structurile care participă la realizarea boudin-ului de invaginație (peretele intestinal, grăsimea mezenterică și vasculară, peretele care se întoarce, spațiul intraluminal) sunt perfect vizibile la examenul CT, prezența intestinului în intestin ± vase sau grăsime mezenterică fiind patognomonică pentru invaginație.

Invaginația cu factor declanșator este forma care se întâlnește la adult și este identificată în 90% din cazuri (11, 12). Excepțional nu se găsește cauza care a determinat apariția acesteia. Factorii care pot determina apariția invaginațiilor sunt foarte variați (tabelul 2).

Tabloul clinic al invaginațiilor care prezintă o cauză este extrem de variat. Durerile cu caracter colicativ însoțite de grețuri și vărsături domină tabloul clinic sugerând ocluzia intestinală. Dacă factorul declanșator este o formațiune neoplazică atunci simptomele legate de malignitate sunt pe primul plan: constipația, pierderea în greutate, melena, rectoragiile, prezența formațiunii abdominale, simptomatologia legată de invaginație trecând pe locul secund. În cazul prezentat s-a produs telescoperarea ansei ileale terminale abandonate după rezecția ansei infarctizate la operația anterioară împreună cu faldul mezenteric în colonul drept eveniment declanșat de peristaltică. Astfel s-a format un semn considerat patognomonic pentru invaginație și care este determinat de prezența tumorii de invaginație care are un aspect particular neîntâlnit în alte

afecțiuni: aspect cilindric cu 3 inele concentrice asemănător unei ținte de tir.

Identificarea factorului declanșator al invaginației este marea încercare pentru medicul radiolog și este cea care stabilește practic conduita terapeutică. Ceea ce ne mai ajută în stabilirea conduitei chirurgicale este vârsta la care apare: copii dezvoltă invaginații fără factor declanșator și se tratează conservator în marea

majoritate a cazurilor, pe când adulții fac invaginații declanșate de un factor cauzator, iar tratamentul este doar chirurgical (Tabelul 2). De aceea, în fața unei invaginații în funcție de vârsta la care apare avem o anumită supoziție diagnostică și ne bazăm pe o logică investigațională.

A. Invaginația idiopatică a intestinului

Tabel 2. Diferențele dintre invaginațiile întâlnite în copilărie și la vârsta adultă (5).

	Copii	Adulți
Procentul tuturor invaginațiilor	95	5
Cauza obstrucțiilor intestinale	Frecvente	Rare (5% din toate ocluziile intestinale)
Etiologie	90% - necunoscut (se presupune că mărirea plăcilor Peyer este factorul declanșator în aproape 50% din cazuri)	Rar idiopatic Cauza este identificată în 70%-90%
Tablou clinic (triada clasică: vărsături, sângerare rectală, dureri abdominale)	Obișnuit prezent	Apare în numai 15%-20% din cazuri
Tratament	În majoritatea cazurilor nefuncțional (reducerea prin clisma baritată) Tratamentul chirurgical este necesar	Rezecție chirurgicală aproape întotdeauna

subțire este cea mai frecventă formă și apare ca o porțiune neobstructivă de calibru mai mic și o lungime mai scurtă comparativ cu cea la care se găsește o cauză (8, 9, 10, 13). Cea la care se identifică un factor declanșator și în care este implicat intestinul subțire are drept cauză o afecțiune benignă, dar poate fi, mult mai rar și o leziune malignă, de regulă metastatică. Cele care sunt localizate la nivelul colonului, de regulă sunt cauzate de neoplazii primare sau metastatice. În general, dacă factorul care a declanșat invaginația este identificat sau segmentul invaginat este lung, are un diametru relativ mare și determină dilatație în amonte se impune intervenție chirurgicală (8, 9, 10, 13). De multe ori acestea sunt găsite și diagnosticate în cursul unor explorări abdominale pentru dureri atipice și pentru care s-a recurs la: computer-tomografie, enteroclizis, enterocliză-CT, examinare cu videocapsulă (8).

Cei mai frecvent întâlniți factori care pot determina declanșarea unei invaginații de intestin subțire sunt: diverticulul Meckel, anumite malformații protuberante ale venelor, formațiuni polipoide inflamatorii, limfoame, histiocitoame fibroase maligne metastatice

(8).

1. Diverticulul Meckel este cea mai frecventă anomalie congenitală a tractului gastro-intestinal și apare la 2-3% din populație (9, 10, 13). Complicațiile diverticulului pot fi multiple dar cele mai frecvente sunt hemoragia, ocluzia intestinului subțire și diverticulita (8). O complicație relativ rară, dar foarte posibilă, este invaginarea intestinului subțire declanșată de inversarea diverticulului Meckel. În momentul în care s-a produs inversarea diverticulului, practic invaginația este amorțită, iar lungimea depinde de cât de puternice sunt undele peristaltice și de intervalul scurs până la intervenția chirurgicală (9, 10, 13). Recunoașterea acestui eveniment la CT este dificilă și este extrem de importantă pentru rapiditatea intervenției chirurgicale, iar găsirea semnelor CT pentru inversarea diverticulară permite stabilirea diagnosticului de manieră prospectivă, intervenția putându-se efectua foarte precoce, fără afectare viscerală importantă (8).

2. Polipul fibros inflamator de tract gastro-intestinal este rar la nivelul intestinului

subțire. De fapt este o leziune de tip pseudo-tumoră inflamatorie sau tumoră miofibroblastică care apare de obicei la nivelul stomacului, fiind urmat de intestin subțire. Polipul fibros inflamator determină foarte rar invaginație (8).

3. Malformațiile venoase la nivelul tractului gastro-intestinal se manifestă prin sângerare. Cel mai frecvent loc unde se pot găsi este cecul, apoi colonul drept și jejunul. De regulă apar la pacienți vârstnici cu istoric cardiovascular. La pacienții tineri se întâlnesc excepțional în locuri atipice printre care și intestinul subțire.

4. Limfoamele primare de tract gastro-intestinal reprezintă între 20-40% din toate tumorile maligne de intestin subțire, cele 2 forme care se întâlnesc cu celule T și cu celule B dezvoltându-se în locuri diferite și oarecum în prima fază manifestându-se diferit. Limfoamele cu celule T afectează cu predilecție intestinul proximal, iar cele cu celule B interesează în special ileonul distal. Apariția bruscă a durerii la un pacient cunoscut cu limfom intestinal ar trebui să ne facă să luăm în calcul și o posibilă invaginație. Computer-tomografia este investigația de elecție utilizată pentru investigarea pacienților cu limfoame gastro-intestinale putându-se astfel evalua atât componentele intestinale cât și cele extraintestinale. Adenopatiile regionale sau mezenterice asociate cu prezența de mase tumorale intestinale pot fi cauzate de prezența unui limfom care poate sta la baza unei invaginații (8).

5. Histiocitomul fibros malign metastatic poate fi o cauză neobișnuită pentru invaginația intestinală atunci când se manifestă prin masă tumorală intraluminală care poate amorsa progresia telescopării intestinale. Afectează în general adulții peste 65 de ani și interesează extremitățile, trunchiul, retroperitoneul și foarte rar organele viscerale (14, 15).

B. Invaginația de intestin gros este cauzată în peste 50% din cazuri de prezența unei leziuni maligne primare sau secundare (16). Alte cauze care ar putea fi implicate în declanșarea invaginației sunt lipoamele colice și polipii adenomatoși, iar manifestările clinice sunt dominate de durerile colicative care determină pacientul să se adreseze unității medicale. Diagnosticul este stabilit în general imagistic. De asemenea s-au descris și invaginații tranzitorii la nivelul colonului (17).

C. Invaginațiile ileo-cecale și ileo-colice

au drept cauză o leziune malignă metastatică, cea mai frecventă fiind cea cu punct de plecare un melanom malign. Frecvență este de 2-5% din totalul pacienților cu melanom. Aceste invaginații determinate de leziuni secundare cu punct de plecare melanomul sunt foarte rare (18). Singurul tratament la care se recurge în fața acestor pacienți este intervenția chirurgicală în urgență imediată (19).

D. Invaginațiile colo-colice sunt provocate de tumori benigne printre care se numără în ordinea frecvenței lipoamele, polipii adenomatoși și tumorile mezenchimale și de tumori maligne cum sunt adenocarcinoamele colice. Lipoamele sunt cele mai frecvente leziuni benigne care pot declanșa apariția invaginației colo-colice (20). Lipoamele colonului au originea în submucoasă în 90% din cazuri, sunt de obicei solitare și pot fi sesile sau pediculate. În afara simptomatologiei sunt descoperite incidental la examenul endoscopic sau radiologic și pot fi ușor diagnosticate la examinarea CT (7, 8). Apariția durerilor în cazul unui lipom trebuie să ne facă să ne gândim la o invaginație și să solicităm imediat un CT abdominal. Dintre tumorile maligne adenocarcinoamele sunt cele mai frecvente neoplazii colonice care pot determina invaginația colonică (8). Tabloul clinic al neoplaziei domină simptomatologia, iar simptomatologia invaginației trece pe planul doi. Dacă se ridică suspiciunea de invaginație prima investigație recomandată ar trebui să fie CT abdominal cu contrast, diagnosticul fiind în general facil putându-se vedea bine straturile peretelui colic.

Tratament

Tratamentul invaginației se efectuează în urgență imediată. Temporizarea intervenției comportă riscuri majore care pot conduce la complicații severe precum deshidratarea, șocul sever, iar în caz de infarctizare intestinală risc de major de infecții (6). După o perioadă scurtă de reechilibrare hidro-electrolitică, evacuarea tubului gastro-intestinal prin sondă naso-gastrică, la copii se încearcă reducerea prin clismă cu bariu a invaginației (cu chirurgul pediatru în sala de radiologie), iar la adult intervenție chirurgicală, clisma fiind utilizată extrem de rar și cu eficacitate redusă. Ca prim timp după explorarea intraperitoneală se va încerca dezinvinarea care la adult are șanse mici de reușită, de cele mai multe ori fiind nevoie de rezecția porțiunii respective (8). Dacă este posibilă dezinvinarea în condiții de siguranță atunci se încearcă efectuarea acesteia, iar dacă se suspicionează perforația segmen-

tului invaginat sau infarctizarea sa nu se încercă tratament conservator, gestul chirurgical fiind cel salvator.

Cazul prezentat este deosebit datorită vârstei la care a apărut și a cauzei care a determinat apariția invaginației. De asemenea, este importantă modalitatea de tratament, tentativa de dezinvaginare neavând succes în primul rând datorită intervalului de timp de la apariția simptomatologiei până la rezolvarea chirurgicală a afecțiunii.

Bibliografie

1. Deena Ibrahim D., Patel N.P., Gupta M., Fox J. C., Lotfipour S. - *Ileocecal Intussusception in the Adult Population: Case Series of Two Patients*, *West. J. of Emerg. Med.*, Vol. XI, no. 2 : May 2010;
2. Athanasios M., Anneza Y., Lazaros S., Nikolaos D., Georgios A., Ioannis V., Theodosios T. - *Intussusception of the bowel in adults: A review*, *World J Gastroenterol* 2009 January 28; 15(4): 407-411;
3. Najm Khan M., Agrawal A., Strauss P. - *Ileocolic Intussusception - A rare cause of acute intestinal obstruction in adults; Case report and literature review*, *World Journal of Emergency Surgery* 2008, 3:26;
4. https://en.wikipedia.org/wiki/Paul_Barbette;
5. Yalamarthy S, Smith R C - *Adult intussusception: case reports and review of literature*, *Postgrad Med J* 2005;81:174-177;
6. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/intussusception/symptoms-causes/syc-20351452>;
7. Chakraborty S., Sharma P., Roman J., Richards S. - *Where Suspicion Bore Fruit- An Unusual Cause Of Abdominal Pain In A 46-Year-Old Man*. *The Internet Journal of Surgery*. 2012 Volume 28 Number 5;
8. Kim Y. H., Blake M. A., Harisinghani M. G. , Archer-Arroyo K., Hahn P. F. , Pitman M. B., Mueller P. R. - *Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point*, *RadioGraphics* 2006; 26:733-744;
9. Dubei L., Dumitraș O. V., Oneasă A., Dubei N., Terteliu F., Kryukov M – *Invaginația ileo-ileală de cauză diverticulară. Prezentare de caz, Jurnalul medical de Bucovina, vol. II, nr. 4, 2017*;
10. Dubei L., Dubei N., Terteliu F., Oneasă A, Botezat R - *Invaginația jejuno-gastrică la 58 de ani după rezecție gastrică ¾. Prezentare de caz, Jurnalul medical de Bucovina, vol. II, nr. 4, 2016*;
11. Melcher M., Safadi B. – *Ileocolic intussusception in an adult*, *J Am Coll Surg*, 2003, vol 197, 3, 518, sept 01;
12. Eisen L.K., Cunningham J.D., Aufses A.H. - *Intussusception in adults*, *J Am Coll Surg*. 1999; 188: 390-395;
13. Dubei L., Terteliu F - *Diverticulul Meckel - cauză rară de abdomen acut, Jurnalul medical de Bucovina, vol. II, nr. 1, 2016*;
14. Ryu U, Lim BW, Roh JW, et al. – *Primary malignant fibrous histiocytoma (MFH) of the small bowel presenting as an intussusception causing small bowel obstruction*. *Korean J Gastroenterol* 2004;44:99-102;
15. Kanoh T, Shirai Y, Wakai T, Hatakeyama K. – *Malignant fibrous histiocytoma metastases to the small intestine and colon presenting as an intussusception*. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2594 – 2595;
16. Azar T, Berger DL. – *Adult intussusception*. *Ann Surg* 1997;226:134-138;
17. Zissin R, Gayer G, Konen O, Shapiro-Feinberg M. – *Transient colocolic intussusception*. *Clin Imaging* 2000;24:8-9;
18. Gatsoulis N, Roukounakis N, Kafetzis I, Gasteratos S, Mavrakis G. – *Small bowel intussusception due to metastatic malignant melanoma: a case report*. *Tech Coloproctol* 2004;8(suppl 1):s141-s143;
19. Capizzi PJ, Donohue JH. – *Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract: a review of the literature*. *Compr Ther* 1994;20:20-23;
20. Cossavella D, Clerico G, Rosato L, et al. – *Lipoma of the colon as an unusual cause of recurring partial intestinal occlusion: clinical case and review of the literature*. *Minerva Chir* 1998;53:277-280.

Concluzii

Invaginația intestinală la adult are o incidență foarte mică. Găsirea cauzei nu este un scop în sine, invaginația la adult fiind apanajul chirurgiei, majoritatea covârșitoare a acestora rezolvându-se doar prin intervenție chirurgicală. În cazul copiilor situația se prezintă altfel, metodele conservatoare având prioritate în fața celor chirurgicale.