

TUMORA DE COLON STÂNG DUPĂ TUMORĂ VEZICALĂ OPERATĂ CU PERITONITĂ SUBMEZOCOLICĂ

Left colon tumour after operated vesical tumour with inframezocolic peritonitis

Dr. A. Gidea¹, Dr. C. Parfene¹, Dr. D. Matei²

¹Secția Chirurgie generală, Spitalul Clinic CF1 Witing, București

²Catedra de Medicină de Familie, Universitatea de Medicină și Farmacie, București

REZUMAT

Mecanismul carcinogenetic al tumorii de colon stâng malignă după tumora vezicală malignă operată (cistectomie totală cu derivație uretero-colică) poate fi:

- Tumoră sincronă
- Tumoră metacronă facilitată de anastomoză uretero-colică
- Metastază prin anastomoză uretero-colică

În plus, se cunoaște că urina (prin produși carcinogenici) și uretero-colostomia (prin aducerea în contact de țesuturi diferite histologic – epitelii cilindric simplu al tubului digestiv versus epitelii de tranziție, polimorf, formă specială de epitelii stratificat, urotelii; apariția metaplaziei și displaziei) sunt factori carcinogenici. Este cazul tumorilor colonice stângi (carcinom) după ureterocolostomie post traumatisme sau post malformații urinare congenitale (2).

Cuvinte cheie: tumoră de colon, anastomoză uretero-colică

ABSTRACT

Carcinogenetical mechanism of the left colon malign tumour after operated vesical malign tumour (total cystectomy with uretero-colic anastomosis) can be:

- Synchronous tumour anastomosis
- Facilitated metachrone tumour by uretero-colic anastomosis
- Metastasis "using" the uretero-colic anastomosis

It is known that urine (with her carcinogenic products) and ureterocolostomy (bringing in contact tissues, histological different-simple cylindrical epithelium of digestive tube versus transitional, polymorph epithelium, special form of stratificate epithelium, urothelium; the appearance of metaplasia and displasia) are carcinogenic factors. It's the case of the left colon tumour (carcinoma) after ureterocolostomy done for traumatic injuries or congenital urinary malformations (2).

Key words: tumour of the colon, uretero-colic anastomosis

PREZENTARE DE CAZ

Bolnavă, în vârstă de 67 de ani, se internează în secția chirurgie cu *diagnostic*: sindrom subocluziv, anemie secundară.

În *antecedentele patologice* ale bolnavei:

– În urmă cu 2 ani: tumoră de vezică urinară (carcinom urotelial slab diferențiat – grad III), cu

metastaze ganglionare inghinale bilaterale. Sancțiunea chirurgicală a fost: cistectomie totală cu limfadenectomie locoregională și derivație uretero-colică tip Goodwin. Histerectomie totală cu anexectomie bilaterală. A urmat apoi chimioterapie și radioterapie.

Colonoscopia preoperatorie vizualizează implantarea ureterului în colon – permeabilă. Formațiune

Adresa de corespondență:

Dr. A. Gidea, Spitalul Clinic CF1 Witing, Calea Plevnei, Nr. 144, București

tumorală stenozantă. Biopsie: adenocarcinom slab diferențiat, infiltrativ, cu ulceratii și necroze intratumorale.

Rg. pulmonară: Fără metastaze

Laborator: Anemie hipocromă, microcitară, moderată (Hb 9,1 mg%).

Intraoperator: Tumoră de colon stâng cvasistenoizantă, fixă la planurile profunde, macroscopic cilindru de aprox. 20-25 cm lungime. Fără adenopatie locoregională palpabilă, fără metastaze hepatice. Periviscerită. Eventrație mediană subombilicală. (Fig. 1a)

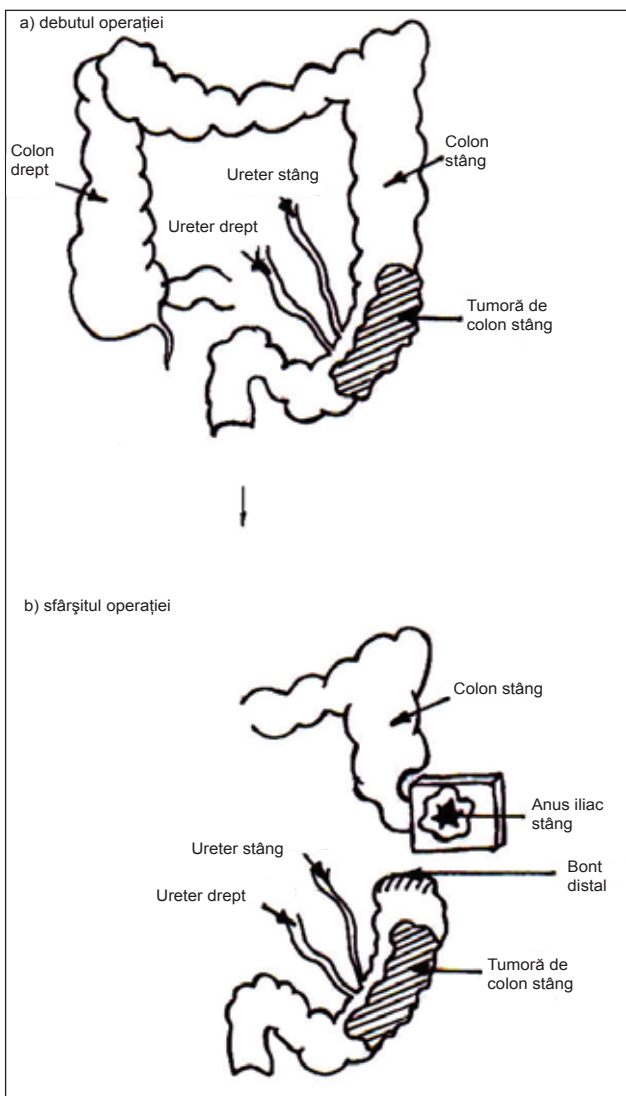


FIGURA 1. Aspect intraoperator – peritoneal: tumoră de colon stâng (secțiune frontală); a. debutul operației; b. sfârșitul operației

Avându-se în vedere tumora nemobilizabilă și prezența anastomozei, se practică visceroliza. A.I.S. – definitiv, terminal, cu închiderea bontului distal pe transa-supratumoral, cura chirurgicală a even-trației. (Fig.1b)

Evoluție nefavorabilă: Face fistulă de bont distal colonic, urmată de peritonită (stercorală și uroperitoneu) submezocolică, care determină în final eviscerație completă a plăgii operatorii puboombilicale (necropsie *in vitae* – palpator și vizual – dehiscentă completă a bontului distal colonic supratumoral). Exitus la 6 zile după eviscerație.

DISCUȚIE

Am prezentat un caz cu evoluție infaustă a unei bolnave care a dezvoltat o tumoră malignă colonică (adenocarcinom slab diferențiat), după o tumoră malignă vezicală (carcinom urotelial slab diferențiat), la care mecanismele carcinogenice au acționat sincron:

- urina
- anastomoza-ureterocolostomia (1)
- tumoră primară vezicală (carcinom urotelial) cu cele 3 mecanisme: metacron facilitată de anastomoză ureterocolică, metastază prin anastomoză ureterocolică (3), sincron (deși nedemonstrat clinic și paraclinic, totuși posibil).

BIBLIOGRAFIE

1. Fergusson C.J., Balfour T.W., Padfield C.J.H. – Ureterosigmoidostomy complicated by polyp formation. report of two cases. *Dis. Colon Rectum*, 1988,31,961-962.
2. Gzaigine J., Mozziconacci J.G., Chebrou D.M., Ntarudenga U. – Adenocarcinome colique après intervention de Coffey; un cas. *J. Urol. (Paris)*, 1993,99,146-149.
3. Husman D.A., Spence H.M. – Current status of tumour of the bowel following ureterosigmoidostomy: A review. *J. Urol.*, 1990;144,607-610.