

MODIFICĂRILE ANATOMICE ȘI HISTOPATOLOGICE ALE TUMORILOR COLORECTALE ÎN CAZ DE OCLUZIE INTESTINALĂ

THE ANATOMICAL AND HISTOPATOLOGICAL MODIFICATIONS OF COLORECTAL TUMORS IN INTESTINAL OCCLUSION CASES

Rezumat

Studiul prezintă experiența Clinicii de Chirurgie N2 în tratamentul chirurgical al ocluziei de genăză tumorală a colonului în perioada anilor 1993-2005. Studiul s-a axat pe analiza materialelor de observație clinică, ale examenelor paraclinice efectuate, ale rezultatelor tratamentului farmacoterapeutic și ale celui chirurgical efectuate pe un lot de 524 bolnavi cu ocluzie tumorală coloretală cu diferit grad de răspândire, formă de creștere, manifestare clinică a bolii, dintre care -182 (35%) pacienți cu cancer colonic complicat cu ocluzie intestinală.

Aureliu GONȚA

Clinica 1, Catedra Chirurgie Nr.2

Summary

Study presents the experience of surgery clinic N2 in surgical treatment of colon occlusion of tumor genesis in the period of 1993-2005 years. There were operated 524 patients with colorectal cancer in our clinic, 182(35%) of them had colon cancer complicated with occlusion.

Introducere

Ocluzia intestinală acută se consideră a fi în mod întemeiat una dintre cele mai grave patologii în chirurgia abdominală urgentă⁵. Ocluzia de genăză tumorală a colonului este cea mai frecvent atestată, constituind cauza ocluziei la acest nivel în 66,2 – 96% cazuri^{6, 8, 9}. Dezvoltarea ocluziei în cancerul de colon depinde de mai mulți factori și, în primul rând, de localizarea, forma anatomică macroscopică, dimensiunile ei, extinderea tumorii pe diametru și structura histologică a tumorii maligne. Studiarea modificărilor morfopatologice din peretele intestinal în cancerul colonic complicat cu ocluzie intestinală constituie o sarcină importantă în managementul diagnostic și cel chirurgical al ocluziei de genăză tumorală a colonului.

Obiectivul studiului

Identificarea modificărilor anatomice și histopatologice ale tumorilor coloretale în ocluzia intestinală de genăză tumorală pentru elucidarea etiopatologiei bolii.

Material și metode

În perioada anilor 1993- 2005 în clinică s-au aflat la tratament 524 pacienți cu ocluzie tumorală coloretală, dintre care -182 (35%) bolnavi cu cancer colonic complicat cu ocluzie intestinală de diferit grad de manifestare: compensat – 37 (20,3%) pacienți, subcompensat – 124 (68,2%) bolnavi și decompensat - 21 (11,5%) subiecți, care au fost supuși tratamentului chirurgical radical.

Cercetările efectuate indică o predominare a pacienților de sex masculin-61,5% (112) față de cel feminin - 38,5%(70) cazuri, raportul B:F fiind de 1,6:1. Mai frecvent cancerul colonic complicat cu ocluzie intestinală s-a înregistrat la pacienții cu vârsta între 60-70 ani (34,6%), urmați fiind de cei cu vârsta între 50 și 60 ani (25,8%). Complicația cancerului colonic cu ocluzie la

bolnavii de până la 40 ani s-a atestat doar în 7,2% cazuri, iar după 70 de ani - în 13,7% cazuri.

La suprapunerea rezultatelor explorării preoperatorii cu cele intraoperatorii prin manevre de explorare vizuală și palpatorii au fost identificate tumori ale colonului ascendent și cec la 25 (13,7%) pacienți, flexurii hepatice –în 7(3,8%) cazuri, ale colonului transvers –în 10 (5,5%) cazuri. În studiul dat hemicolonul stâng a fost afectat tumoral mai des (26,9% cazuri), iar împreună cu rectul a constituit 76,9% cazuri. Repartizarea pacienților cu cancer coloretal ocluziv, în funcție de localizarea tumorii, este prezentată în Tabelul 1.

Rezultate și discuții

E cunoscut faptul că tumoarea colonului stâng, inclusiv al sigmei, conduce mai des la dezvoltarea ocluziei intestinale. Aceasta se explică prin unele particularități de structură ale

Tabelul 1

Repartizarea pacienților cu CCR ocluziv în funcție de localizarea tumorii

Localizarea tumorii	Numărul pacienților	%
Colon ascendent și cec	25	13,7
Flexură hepatică	7	3,8
Colon transvers	10	5,5
Flexură lienală	5	2,7
Colon descendent	6	3,3
Colon sigmoid	36	19,8
Rectosigmoid și rectul	93	51,1
Total	182	100,0

peretelui intestinal, ale structurii tumorilor și prin consistența conținutului intestinal. De asemenea, diametrul lumenului colonului stâng este de 2 ori mai mic decât cel drept.

Desfășurarea ocluziei intestinale în neoplasme de colon, în afară de localizarea tumorii obstructive, depinde de mulți alți factori: forma anatomică macroscopică, dimensiunile ei, extinderea tumorii pe diametru și structura histologică a tumorii maligne.

În aprecierea tumorii, în funcție de structura macroscopică, am considerat binevenită clasificarea, ce divizează tumorile colorectale după forma de creștere în: tumori exofite, endofite și mixte^{1,4}.

Astfel, conform acestei divizări (fig.1), forma exofită a fost determinată în 48,9% cazuri, cea endofită –la 9,3% pacienți, iar cea mixtă –la 41,8% bolnavi. Acești indici au fost obținuți în urma studiului macroscopic al pieselor operatorii, în concordanță cu datele cercetărilor endoscopice sau radiografice. Analizând datele obținute, am concluzionat, că tumorile exofite au o creștere mai rapidă, se asociază mai frecvent decât cele endofite cu ulceratii și descompunere a tumorii.

Influență evidentă asupra dezvoltării ocluziei tumorale o are dimensiunea tumorii. Tumorile mari exofite, răspândite pe jumătate de diametru al colonului, mai puțin au stenozat lumenul decât cele de dimensiuni mai mici, dar circulare și în formă de schirr. În lotul cercetat am depistat tumori de dimensiuni mai mari de 5,0 cm în 119 (65,3%) cazuri. Atât tumorile circulare, cât și cele necirculare, de mărimi ce treceau de 5,0 cm, s-au atestat în hemicolonul drept în 50,4% cazuri, aproape de două ori mai mult ca în colonul stâng (28,5% cazuri). Datele cercetărilor noastre au relevat, că dimensiunile tumorii exerate au variat de la 1,6 cm până la 12,4 cm.

Răspândirea tumorii pe diametru are o importanță mai mare în declanșarea ocluziei intestinale decât ceilalți factori. Gradul de stenoză este în legătură strânsă cu extinderea tumorii pe perimetrul lumenului. Tumorile circulare, de regulă, conduc la stenoza practic totală a lumenului. Conform datelor cercetărilor noastre, incluzând neoplasmele colonului și ale rectului, tumorile circulare au favorizat în măsură mai mare dezvoltarea ocluziei intestinale (fig.2).

Prevalența extinderii circulare s-a evidențiat în tumorile hemicolonului stâng (47,2%) și ale rectului (51,6%).

Neoplasmele colorectale de diferită structură histologică au diversă capacitate de proliferare atât după intensitate, cât și după direcționare a extinderii tumorale. Conform clasificării histologice a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), din 1981, deosebim următoarele tipuri histologice ale tumorilor colorectale: adenocarcinom, adenocarcinom mucinos, cancer cu celule în „inel cu pecete”, cancer pavimentos, cancer nediferențiat și neclasificat^{2,3}. Majoritatea absolută a tumorilor colonului sunt forme glandulare. În studiul dat, cercetarea morfologică a pieselor înlăturate în urma intervențiilor chirurgicale sau după biopsii diagnostice, a relevat prezența următoarelor structuri histologice: adenocarcinom, adenocarcinom mucinos, cancer cu celule în „inel cu pecete”, cancer pavimentos și cancer nediferențiat (fig.3).

Gradul de diferențiere tumorală variază nu numai de la tumoare la tumoare, dar și în cadrul aceleiași leziuni, carcinoamele având tendința de heterogenitate morfologică. Acest fapt face clasificarea oarecum subiectivă și dependentă de numărul de secțiuni efectuate prin tumoare. Analiza datelor figurii 3 indică prevalența considerabilă (85,2%) a structurii histologice de adenocarcinom cu diferit grad de diferențiere, însă preponderent înalt diferențiat (86,3%). Am concluzionat că ocluzia decompensată mai des se instalează în cazul adenocarcinoamelor simple sau papilare cu extindere circulară a tumorii (20,7%), pe când cele subcompensate –în adenocarcinoamele mucinoase circulare (81,8%). Am stabilit și un raport dintre structura histologică, gradul de răspândire a tumorii pe diametru și diametrul stenozei lumenului colonului, reprezentat în Tabelul 2.

Așa dar, pentru dezvoltarea ocluziei obturaționale a colonului trebuie luați în considerație factorii sus-numiți, corelația dintre ei fiind destul de importantă.

Am stabilit în urma cercetărilor statistice că în raport strâns direct se află forma de creștere a tumorii și gradul de extensie a ei pe diametru: tumorile mixte se prezintă mai frecvent ca necirculare, tumorile exofite –ca circulare, cele endofite au grad de răspândire divers.

O corelație foarte înaltă se înregistrează între gradul de răspândire a tumorii pe diametru și diametrul stenozei: cu cât mai

Forma anatomică de creștere

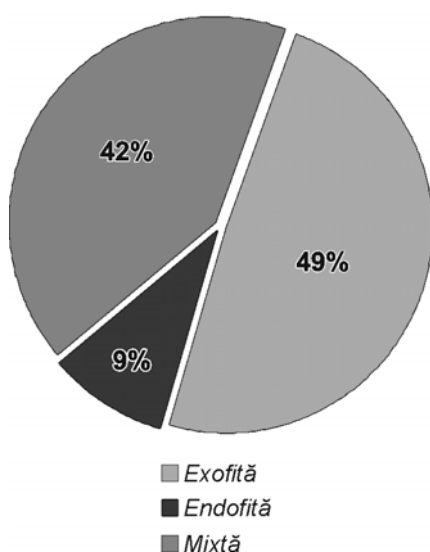


Fig. 1. Repartizarea bolnavilor conform formei anatomice de creștere a tumorii

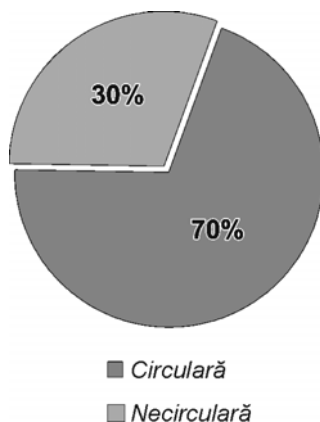


Fig. 2. Repartizarea bolnavilor conform gradului de răspândire a tumorii pe diametru

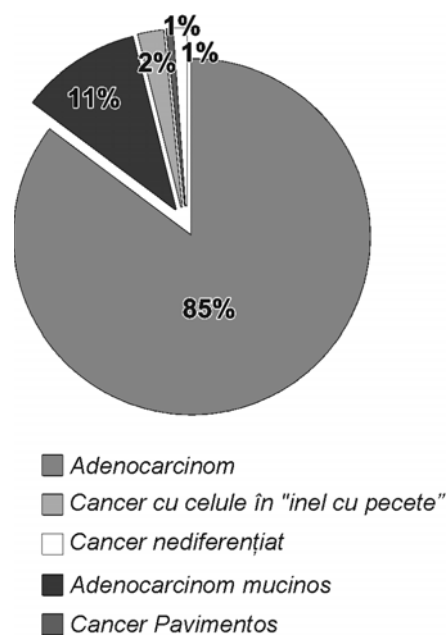


Fig. 3. Repartizarea bolnavilor conform structurii morfologice a tumorii

Tabelul 2

Raportul dintre parametrii anatomopatologici ai tumorii ocluzive

Forma de creștere a tumorii	Morfopatologie	Grad de răspândire pe diametru	Diametrul stenozei
Exofită – 89 (48,9%)	Adenocarcinom – 74 (83,1%)	Răspândire circulară – 58 (78,4%)	Decompensată (până la 0,99 cm.) – 12 (20,7%)
			Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 43 (74,1%)
		Răspândire necirculară – 16 (21,6%)	Compensată (peste 1,8 cm) – 3 (5,1%)
			Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 12 (75%)
	Adenocarcinom mucinos – 12 (13,5%)	Răspândire circulară – 11 (91,7%)	Compensată (peste 1,8 cm) – 4 (25%)
			Decompensată (până la 0,99 cm.) – 1 (9,1%)
		Răspândire necirculară – 1 (8,6%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 1 (100%)
	Adenocarcinom cu celule în inel – 1 (1,1%)	Răspândire necirculară – 1 (100%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 1 (100%)
Cancer nediferențiat – 2 (2,2%)	Răspândire circulară – 2 (100%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 2 (100%)	
Endofită – 17 (9,3%)	Adenocarcinom – 16 (94,1%)	Răspândire circulară – 8 (50%)	Decompensată (până la 0,99 cm.) – 1 (12,5%)
		Răspândire necirculară – 8 (50%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 7 (87,5%)
			Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 6 (75%)
	Adenocarcinom mucinos – 1 (5,9%)	Răspândire necirculară – 1 (100%)	Compensată (peste 1,8 cm) – 2 (25%)
Mixtă – 76 (41,8%)	Adenocarcinom – 65 (85,5%)	Răspândire circulară – 40 (61,5%)	Decompensată (până la 0,99 cm.) – 5 (12,5%)
			Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 34 (85%)
		Răspândire necirculară – 25 (38,5%)	Compensată (peste 1,8 cm) – 1 (2,5%)
			Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 18 (72%)
	Adenocarcinom mucinos – 7 (9,2%)	Răspândire circulară – 4 (57,1%)	Compensată (peste 1,8 cm) – 7 (28%)
		Răspândire necirculară – 3 (42,9%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 4 (100%)
	Adenocarcinom cu celule în inel – 3 (4%)	Răspândire circulară – 2 (66,7%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 3 (100%)
		Răspândire necirculară – 1 (33,3%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 2 (100%)
Cancer Pavimentos – 1 (1,3%)	Răspândire circulară – 1 (100%)	Subcompensată (1 – 1,8 cm) – 1 (100%)	

mare este ultimul, cu atât mai frecvent tumora se prezintă ca necirculară. Într-un raport nesemnificativ se află formele de creștere ale tumorii și diametrul stenozei: în cazul tumorilor mixte diametrul stenozei sporește.

Pentru formele ulceroase și difuz - infiltrative ale tumorilor colonului este caracteristică invazia tumorală pronunțată în profunzimea peretelui intestinal.

În Tabelul 3 sunt expuse datele obținute de noi referitor la distribuția pacienților cu ocluzie tumorală a colonului în funcție de gradul de invazie a tumorii. Conform acestor date, în 68,7% cazuri tumoarea a invadat prin toate straturile colonul, la 14 (7,7%) pacienți am determinat extensia tumorii și în organele și/sau țesuturile adiacente. Doar în 8 (4,4%) cazuri procesul tumoral infiltra stratul muscular. Rezultatele obținute de noi corespund ultimelor surse de literatură⁷ și confirmă faptul că un număr impunător de bolnavi sunt internați în staționare de profil chirurgical în stadiile tardive, când extensia tumorală locoregională atinge cifre mari. Aprecierea stadiului evolutiv al procesului tumoral în cancer de colon și în rect este o problemă de bază a

oncologiei clinice contemporane. Cea mai des utilizată clasificare la ora actuală este cea internațională după sistemul TNM (WHO 1999). Evaluarea stadiului clinic s-a efectuat în baza ultimei ediții (a șasea) a clasificării tumorilor maligne după sistemul TNM din 2002, sub redacția savantului rus Блинов Н.Н (Tabelul 4).

Determinarea stadiului și a localizării definitive a tumorii s-a efectuat în conformitate cu datele intervenției chirurgicale, ale examenului histologic și ale rezultatelor autopsiei.

Conform datelor tabelului, s-a apreciat la 1,0% pacienți stadiul I, cu gradul de afectare T2N0M0 a maladiei. Odată cu progresarea procesului malign numărul pacienților cu ocluzie tumorală crește, alcătuind în stadiul II (T3-T4N0M0) 8,8%, pe când în stadiul III constituind 81,4% cazuri. Am remarcat o prevalare neînsemnată a stadiului I și II în sigmoid și în rect, iar stadiul III-IV în tumorile colonului drept, preponderent ascendentul ($P < 0,05$), ce poate fi, pe de o parte, de dezvoltarea mai frecventă a polipilor malignizați în sectoarele stânga ale colonului, iar, pe de altă parte, de dificultăți tehnice la examinarea sectoarelor drepte ale colonului în timpul colonoscopiei.

Tabelul 3

Distribuția bolnavilor în raport cu gradul de invazie a tumorii

Profunzimea invaziei	Numărul de pacienți	%
Stratul muscular	8	4,4
Stratul muscular și subseros	35	19,2
Toate straturile	125	68,7
Toate straturile, organe și țesuturi adiacente	14	7,7
Total	182	100

Tabelul 4

Distribuția bolnavilor conform stadiilor clinice și sistemului TNM

Stadiul clinic	TNM	Număr pacienți	%
Stadiul I	T2NoMo	2	1,0
Stadiul II	T3-T4NoMo	16	8,8
Stadiul III	T2-T4N1Mo	80	44,0
	T2-T4N2Mo	68	37,4
Stadiul IV	T3-4N1-2M1	16	8,8
Total		182	100

Tabelul 5

Materialul prelevat la 174 (95,6%) bolnavi

Materialul prelevat	Nr. absolut de pacienți	%
Nodul limfatic	34	19,6
Nodul limfatic + metastaze la distanță	22	12,6
Metastaze la distanță	12	6,8
Fragment tumoral + nodul limfatic	106	60,9

Unul dintre factorii decisivi în prognosticul maladiei după operațiile radicale la colon este starea ganglionilor limfatici regionali. În rezultatul examinării histologice a lotului dat de pacienți s-a stabilit în majoritatea cazurilor (164 bolnavi sau 90,2%) afectarea metastatică a aparatului limfatic regional (N1-89 bolnavi; N2-75 bolnavi). La infiltrarea tumorii prin toate straturile peretelui intestinal și ale țesuturilor adiacente s-a determinat invazia în ganglionii limfatici regionali în 76,5% cazuri, pe când în afectarea stratului muscular și subseros al colonului am determinat numai 13,6% cazuri de invazie tumorală locoregională. Metastaze îndepărtate în ficat sau în alte organe s-au determinat la 16 (8,8%) pacienți cu stadiul clinic IV (T3-4N1-2M1). Afectarea metastatică a ficatului viza de cele mai dese ori lobul stâng -8 (48,4%) cazuri, în 6 (35,6%) cazuri -lobul drept, iar în 2 (16%) cazuri a fost determinată o afectare mixtă a ficatului.

Aspectul anatomopatologic macroscopic al ficatului are o importanță deosebită în determinarea tacticii operatorii. În 59 (32,5%) cazuri s-a constatat o hepatomegalie importantă, dintre care în 38 (21%) cazuri cu semne macroscopice de ciroză hepatică.

Materialul pentru examenul histologic la 174 (95,6%) bolnavi (Tabelul 5) a fost obținut: a) prin recoltare de fragmente din masa tumorală rezecată +noduli limfatici (106 cazuri); b) din metastazele hepatice (12 cazuri), c) din metastazele ganglionare (34 cazuri); d) din peretele colonului obstruat proximal de tumoare (22 cazuri).

Confirmarea histopatologică, esențială pentru diagnostic, a fost obținută în 174 de cazuri. La 2 (1,0%) bolnavi cu afecțiuni grave asociate (ciroză hepatică) cu risc operator și anestezic înalt și la alți 2 (1,0%) bolnavi cu canceromatoza cavității abdominale, am considerat că examenul histologic nu mai are rost. La ceilalți 4 (2,1%) bolnavi, din cauza stării generale grave sau a riscului hemoragic crescut, prelevarea specimenului pentru examen histologic a fost imposibilă sau greu de realizat.

Pentru confirmarea schimbărilor histopatologice în peretele intestinal obstruat de tumoare, la un lot de 28 pacienți cu ocluzie tumorală colonică, s-a efectuat un studiu al pieselor operatorii rezecate sau al unei porțiuni de intestin proximal al tumorii. Am constatat sediul tumorii în 12 cazuri pe colonul drept, în 5 cazuri -pe colonul transvers și la 11 pacienți tumora afecta colonul stâng. Din acest lot de bolnavi examinați -la 12 dintre ei am stabilit ocluzie intestinală compensată, 9 -cu ocluzie subcompensată și în 7 cazuri s-a înregistrat ocluzie intestinală decompensată. Studiul efectuat denotă că schimbările histopatologice depind de gradul ocluziei intestinale.

Concluzii

Cercetările efectuate ne permit a evidenția mecanismul schimbărilor etiopatogenice: ca rezultat al dereglărilor vasculare, procesul patologic al peretelui intestinal obstruat la început se relevă prin edem, la care ulterior aderă inflamația cu predominare purulentă și fibrinoasă-purulentă. Inițial aceste dereglări au loc din partea stratului seros, cu includerea stratului muscular al peretelui intestinal. Mai puțin sunt afectate straturile submucos și

mucos. Schimbările vasculare în etapele incipiente se caracterizează prin dilatare, hiperemie, edem al endoteliului și al peretelui intestinal, apoi, în rezultatul stagnării, se alătură și formarea trombilor.

Schimbările trofice, evidențiate morfologic, la bolnavii de cancer colonic complicat cu ocluzie intestinală, impun chirurgilor o anumită tactică operatorie :

1. Schimbările trofice neesențiale în peretele intestinului obstruat evidențiate patomorfologic, ce denotă dereglări ale ocluziei intestinale compensate (edem nepronunțat al peretelui intestinal cu predominare a stratului muscular și a stratului submucos, hiperplazie moderată a foliculilor limfatici, infiltrație neînsemnată cu celule de ordin limfoblast și infiltrație leucocitară a pereților vaselor) nu prezintă contraindicații pentru operațiile ce includ aplicarea anastomozelor interintestinale.

2. Dereglările trofice evidențiate morfologic, ce confirmă ocluzia intestinală subcompensată (edem pronunțat al peretelui intestinal, infiltrație moderată leucocitară polinucleară în porțiunile inferioare ale stratului subseros și muscular cu intensificarea cantitativă a lor în stratul seros și în staza sangvină a vaselor, cu formarea în unele dintre ele a trombilor parietali) prezintă risc sporit în efectuarea intervențiilor chirurgicale, cu aplicarea anastomozelor și necesită protejarea lor prin aplicarea stomei de protecție la pacienții țarați și în prezența maladiilor concomitente.

3. Dereglările patomorfologice determinate în rezultatul ocluziei intestinale decompensate (edemul în toate straturile fiind mai pronunțat în cel submucos, infiltrație leucocitară polinucleară în straturile musculare și în cel seros, cu depuneri de fibrină-purulentă din partea stratului seros și formarea de trombi în vase sangvine, antrenarea în procesul inflamator a peritoneului visceral și mezoului intestinului) prezintă contraindicații pentru operațiile ce includ aplicarea anastomozelor interintestinale.

Bibliografie

1. KRASNA M, FLANCBAUM L, CODY R et al. Vascular and neural invasion in colorectal carcinoma. Incidence and prognostic significance. Cancer, 1988; 61(5): 1018-23
2. OTCHY D, HYMAN H et al. Practice parameters for colon cancer. Dis Colon Rectum 2004; 47:1269-1284
3. SIMMANG CL, SENATORE P, LOWRY A et al. Practice parameters for detection of colorectal neoplasms. The Standards Committee, The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum 1999; 42:1123-9
4. WHEELER YM, WARREN BF, MORTENSEN NY et al. Quantification of histology regression of rectal cancer after irradiation: a proposal for a modified staging system. Dis. Colon Rectum 2002; vol. 45, nr 8, 1051 - 1056
5. АЛЕКСАНДРОВ НН, ЛЫТКИН МИ, ПЕТРОВ ВИ и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск, 1980, 300 с
6. Аксель ЕМ, Давыдов МИ, Ушакова ТИ. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции. Современная онкология. Том 3, Т4, 2001
7. Одарюк ТС, Костралина КН, Еропкин ПВ и др. 5-ти летние результаты комплексного лечения рака прямой кишки. «Рос. Онкологический журнал», №4, 2004, с. 4-9
8. Олефир ЮИ, Бондоренко ИН и др. Оптимизация лечения больных раком толстой кишки, осложненным ее непроходимостью. Кл.Хир.-11, 2003, с.113-114
9. Топузов ЭГ, Плотников ЮВ, Аюдулаев МА. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью. Санкт-Петербург, 1997, 154 с.