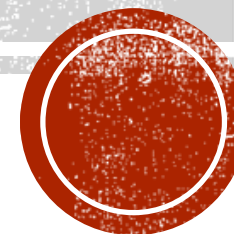




NEOPLASM DE COLON SIGMOID- PREZENTARE DE CAZ

Asist.Univ.Dr.Ruxandra Mare

Universitatea de Medicina si Farmacie "Victor Babes" Timisoara



PREZENTARE DE CAZ

Pacient DT, sex M, în vârstă de 57 de ani, mediu urban, cunoscut cu hipertensiune arterială grad II s-a prezentat în ambulatorul SCJUT acuzând

- * durere abdominală predominant în flancul stang
- * rectoragie
- * fatigabilitate

Debut simptomatologie: circa 1 luna

AHC: mama HTA
tatal diabetic

APP: HTA esențială grad II

Tratament: IECA, B-blocante



EXAMEN CLINIC OBIECTIV

- **Stare generală:** ușor influențată
- **Starea de conștiență:** păstrată
- **Tegumente** *palide*
- **Mucose** normal colorate
- **Țesut conjunctiv-adipos:** normal reprezentat
- **Sistem ganglionar :** nepalpabil superficial
- **Aparat respirator:** torace normal conformat, stetacustic pulmonar: MV prezent bilateral, normal transmis pe toata aria pulmonară, fără raluri supraadaugate
- **Aparat cardio-vascular:** TA = 160/100 mmHg, Fc=80b/min, zgomote cardiace ritmice fara sufluri supraadaugate
- **Aparat digestiv:** Abdomen moale, elastic, mobil cu mișcările respiratorii nedureros spontan, *sensibil la palpare profundă in flancul stang*. Tuseu rectal pozitiv rectoragie



EXAMEN CLINIC OBIECTIV

Aparat uro – genital: Loje renale libere. Giodano negative bilateral. Diureza prezentă prin micțiuni spontane, fiziologice.

Aparat nervos: Fără semne de iritație meningeasă.



Tabel 1. Rezultatele explorărilor paraclinice ale pacientului

Parametrii		
Hb	9.9 mg/dl	↓
VEM	73.2 fl	↓
HEM	28.4 pg	↓
CHEM	28.6 g/dl	↓
Leucocite	8400/mm ³	
Trombocite	261000 /mm ³	
AST	19 U/L	
ALT	29 U/L	
Sideremie	37 mg/dl	↓



EXAMENE PARACLINICE

- **Rdg. torace:** limite normale
- **Ecografie abdominală :** Ficat cu structura omogenă, lob caudat 25 mm
Splina 100mm
Fara ascita in Douglas
Aerocolie marcata colon sigmoid
- **Colonoscopie:** formațiune proliferativă colon sigmoid
examen histopatologic - adenocarcinom tubulo-vilos G2
- De necesitate CT torace, abdomen si pelvis cu SDC pentru stadializare (TNM)



DIAGNOSTIC

- 1) Adenocarcinom tubulo-vilos colon sigmoid complicat cu hemoragie digestivă inferioară exteriorizată prin rectoragie**
- 2) Anemie feriprivă forma moderată**
- 3) Hipertensiune arterială esențială grad II cu risc adițional moderat crescut**



DIAGNOSTIC POZITIV

1) Adenocarcinom tubulo-vilos colon sigmoid complicat cu hemoragie digestivă inferioară exteriorizată prin rectoragie

- anamneza: pacientul prezintă rectoragie, fatigabilitate, durere in flancul stang
- clinic: tegumente palide, durere in fosa iliaca stanga la palpare profundă, tușeu rectal pozitiv pentru rectoragie
- paraclinic: analize de laborator : Anemie feripriva forma moderată (Hb- 9.9 mg/dl ↓
VEM, HEM, CHEM ↓ Sideremie ↓
colonoscopie cu biopsie - formațiune proliferativă colon sigmoid
examen histopatologic - adenocarcinom tubulo-vilos G2

2) Anemie feriprivă formă moderată

- anamneza: pacientul prezintă rectoragie, fatigabilitate
- clinic: tegumente palide, tușeu rectal pozitiv pentru rectoragie
- paraclinic: Hb, VEM, HEM, CHEM, sideremie ↓



DIAGNOSTIC POZITIV

3) Hipertensiune arterială esențială grad II cu risc adițional moderat crescut

- TA 160/100 mmHg
- diagnostic evocat anterior
- Risc adițional moderat crescut-prezintă 2 factori de risc: vârstă, sex



DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Al neoplasmului de colon sigmoid cu:

1) Polipi colonici

2) Cu alte cauze de hemoragie digestivă inferioară

- Sângerare diverticulară
- Angiodisplazii
- Colita ischemică
- Colita infecțioasă (Salmonella, Shigella, Campylobacter jejuni, Escheria Coli 0157ȘH7, Entamoeba histolytica)
- Bolile inflamatorii intestinale (în special Rectocolita ulcero-hemorgică)
- Cauze anorectale (hemoroizi, fistule și fisuri anale)
- Ulcerații colonice, rectale



DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Al anemiei feriprive

- cu anemiile feriprive din malabsorbție

Al HTA esențiale grad II

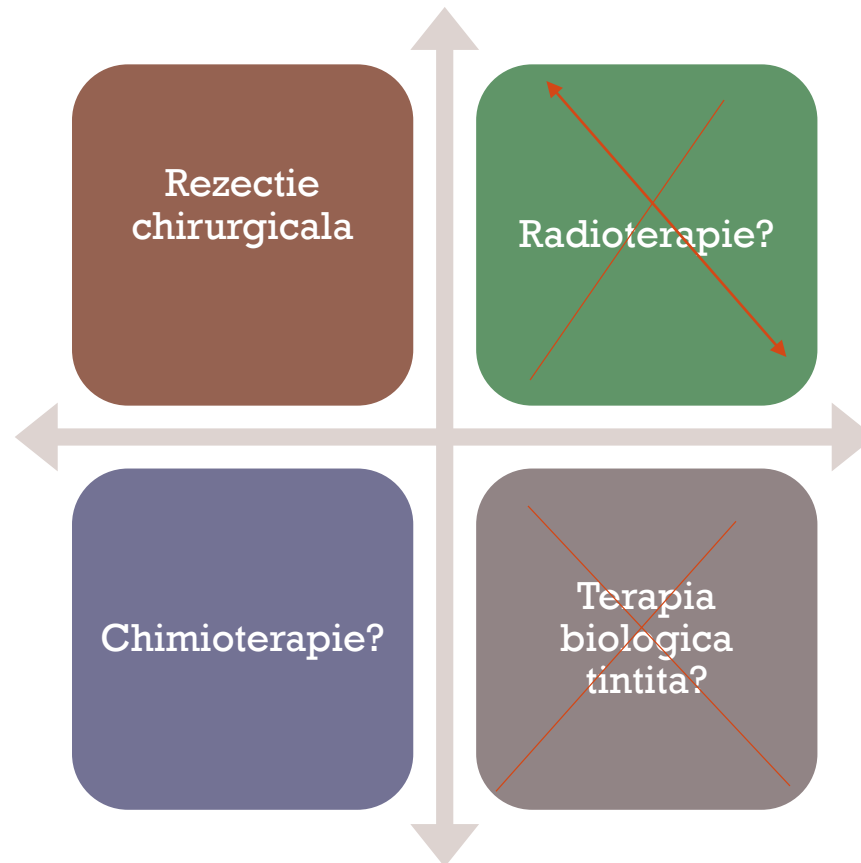
- cu HTA secundare (renovasculară, renoparenchimatoasă, hiperaldosteronismul primar,etc.)



TRATAMENT

- Adenocarcinom tubulo-vilos colon sigmoid complicat cu hemoragie digestivă inferioară
- Modalitati terapeutice? (tratament multidisciplinar –chirurgical și oncologic)

S-a recurs la tratament chirurgical (rezeckie segmentară) deoarece pacientul nu prezenta metastaze la distanță urmata de tratament chimioterapic



EVOLUȚIE-PROGNOSTIC-COMPLICAȚII

Evoluția și prognosticul pe termen scurt este bună datorită tratamentului chirurgical și al neexistenței de metastaze la distanță

Evoluția și prognosticul pe termen lung depinde de complianța pacientului la supravegherea endoscopică postchirurgicală ulterioară pentru a detecta posibilele neoplasme metacrone și a polipilor (dezvoltate după 6 luni de la diagnosticul inițial) sau detectarea posibilelor recurențe la nivelul anastomozei.

Complicații

- *apariția determinărilor secundare (hepatice, pulmonare, etc)*
- *perforație*
- *ocluzie intestinală*
- *sângerare*



MONITORIZAREA PACIENTULUI

- Supravegherea colonoscopica postchirurgicala determina o scadere a mortalitatii.
- Necesitatea stabilirii intervalului de supraveghere endoscopica la pacientii cu neoplasm de colon
colonoscopie totală la 1 an, apoi la fiecare 3 -5 ani *
- CT torace și abdomen la fiecare 6 /12 luni timp de 3 ani. CEUS (ecografia cu substanță de contrast poate substitui Ct-ul abdominal)

