



PATOLOGIA CHIRURGICALA A INTESTINULUI SUBTIRE ȘI GROS

**VASILE TIRON
VIOREL MORARU**

ANATOMIA

- Jejunul și ileonul prezintă partea mobilă a IS și se întinde de la flexura duodenojejunală, situată pe flancul stâng al vertebrei L1 până la valvula ileocecală situată în fosa iliaca dreapta.
- Lungimea IS este de 5-6 m, diametrul jejunului 2,5-3cm, iar a ileonului – 2 cm. IS este subîmpărțit în jejun și ileon, cu delimitare imprecisă, convențional atribuindu-se jejunului 3/5 superioare, iar ileonului 2/5 inferioare.
- IS este delimitat de colon de către valvula ileocecală, care are forma unei pâlnii, creând condiții pentru tranzitul intestinal în direcția colonului. Vascularizarea – artera mezenterică superioară. Datorită organizării mucoasei în pliuri și vilozități, suprafața de absorbție a IS se mărește de cca 600 ori.

FIZIOLOGIA

- Funcțiile de bază a IS sunt: secretorie, motorică, digestie și absorbție. Procesele digestive și absorbția produselor alimentare au loc maximal în IS.
- În 24 ore IS produce aproximativ 2 litri suc intestinal, care conține cca 15 fermenți: glicolitici (amilaza, maltaza, zaharoza, lactoza), care transformă glucocidele și amidonul în zaharoză; proteolitici (pepsină, tripsina, hemotripsina și catepsina) – scindează proteinele în aminoacizi; lipolitici (lipaza și fosfotaza) – transferă lipidele în acizi grași și glicerină.
- IS produce și un șir de hormoni, care reglează funcțiile organelor digestive (secretina – stimulează funcția pancreasului, colecistochinina – motorica veziculei biliare).

DIAGNOSTICUL

- **Examenul radiologic - dereglările motorice, prezența stricturilor, tumorilor și fistulelor. Metoda se realizează ocazional din cauza duratei mari (câteva ore), vizibilității reduse (suprapunerea anzelor în peristaltism), iradierii sporite a bolnavului și personalului medical.**
- **Enteroscopia (FGDS și jejunoscopia)**
- **Endovideocapsula.**
- **Morfologia – biopsia mucoasei.**
- **Angiografia selectivă – precizarea sediului hemoragiei.**
- **Absorbția – studiul albuminei serice marcate.
Scintigrafia cu tehnețiu.**

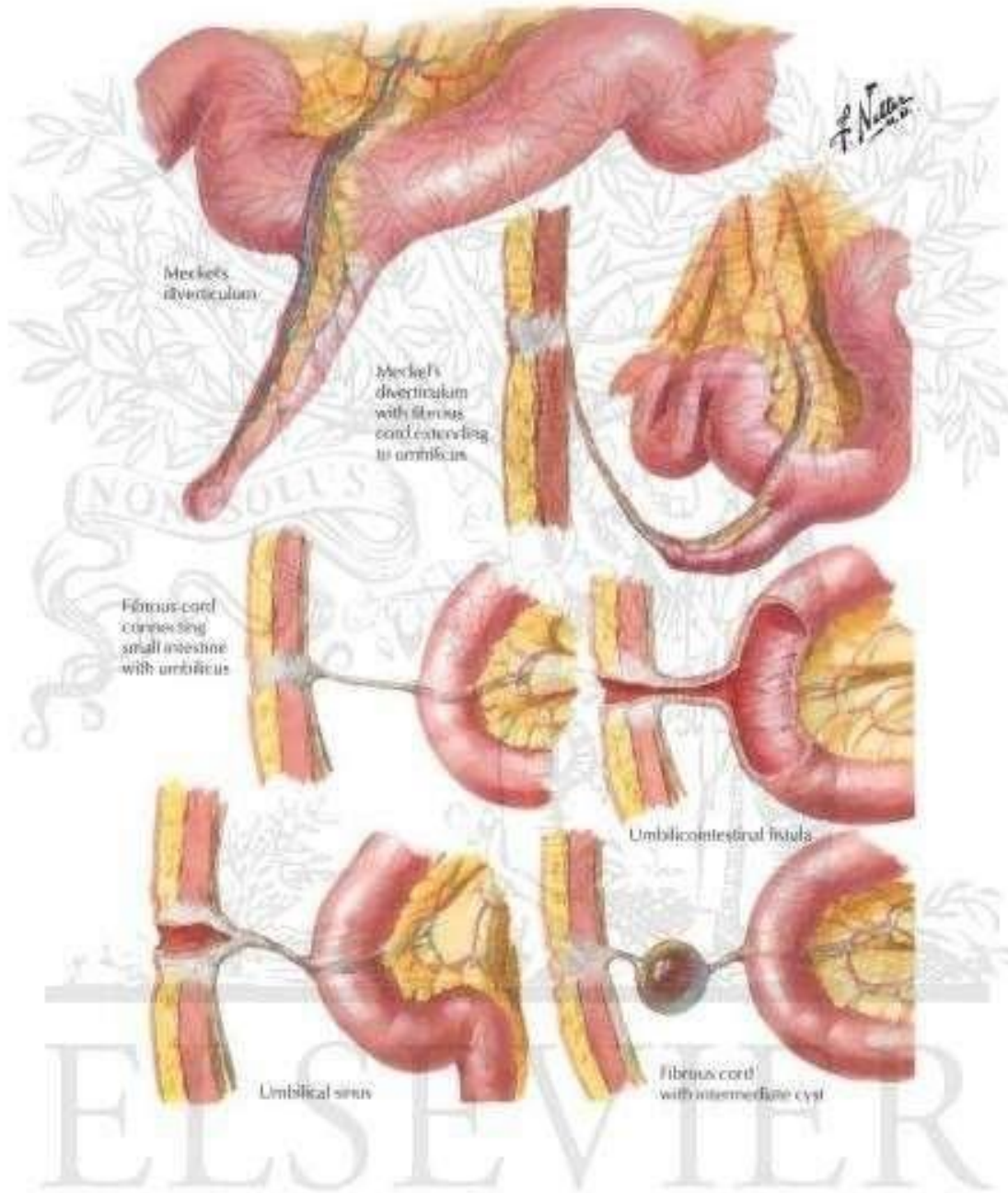
1. DIVERTICULUL MECKEL

- ***Diverticulul Meckel*** = anomalie de involutie a canalului omfalomezenteric in segmentul juxtaintestinal;
- Se poate asocia cu fistula ombilicala oarba. prezent la ~2% din populatie (necroptic), pe marginea antimezostenica, la aproximativ 90 cm de valva ileocecala; structura parietala identica cu IS

Clinic:

70% din pacienti raman asimptomatici pe tot parcursul vietii (descoperit incidental intraoperator, radiologic sau necroptic);

30% se pot complica cu: ulcer, diverticulita, tumori, ocluzie intestinala, hemoragie.



Meckel's diverticulum

Meckel's diverticulum with fibrous cord extending to umbilicus

Fibrous cord connecting small intestine with umbilicus

Umbilicointestinal fistula

Umbilical sinus

Fibrous cord with intramural cyst







Ulcerul diverticulului Meckel:

- **mai ales la barbati, sub 20 de ani;**
- **complicatii: hemoragia, perforatia, fistulizarea.**

Diverticulita acuta:

- **histopatologic: forma catarala, flegmonoasa sau gangrenoasa;**
- **clinica se confunda cu cea a apendicitei acute;**

Tratamentul:

- **diverticulectomie simpla (ligatura la baza + rezectie);**
- **diverticulectomie cu rezectie cuneiforma a bazei de implantare;**
- **rezectia ileala a segmentului purtator de diverticul cu EEA.**

TUMORILE MECKELIENE:

SUNT RARE, MANIFESTANDU-SE PRIN COMPLICATII HEMORAGICE SAU OCLUZIVE;

Ocluziile intestinale determinate de prezenta diverticulului Meckel reprezinta 3-5% din totalul ocluziilor.

Ocluzia mecanica cunoaste 3 mecanisme:

- a) **Strangularea** unei anse prin diverticul lung care se infasoara “in lasou” in jurul ansei;
- b) **Volvulusul intestinal** pe un ax determinat de un diverticul Meckel fixat la ombilic;
- c) **invaginatia intestinala.**

Hernia Littré = prezenta diverticulului Meckel intr-un sac de hernie inghinala, femurala sau ombilicala.

**2. ENTERITE
REGIONALE
NESPECIFICE**

Definitie: proces inflamator acut sau cronic ce intereseaza portiuni de dimensiuni variabile ale intestinului subtire, sediul predilect este ileonul terminal.

Enterite regionale acute

Se descriu 3 forme anatomoclinice:

1. Enterita regionala acuta simpla

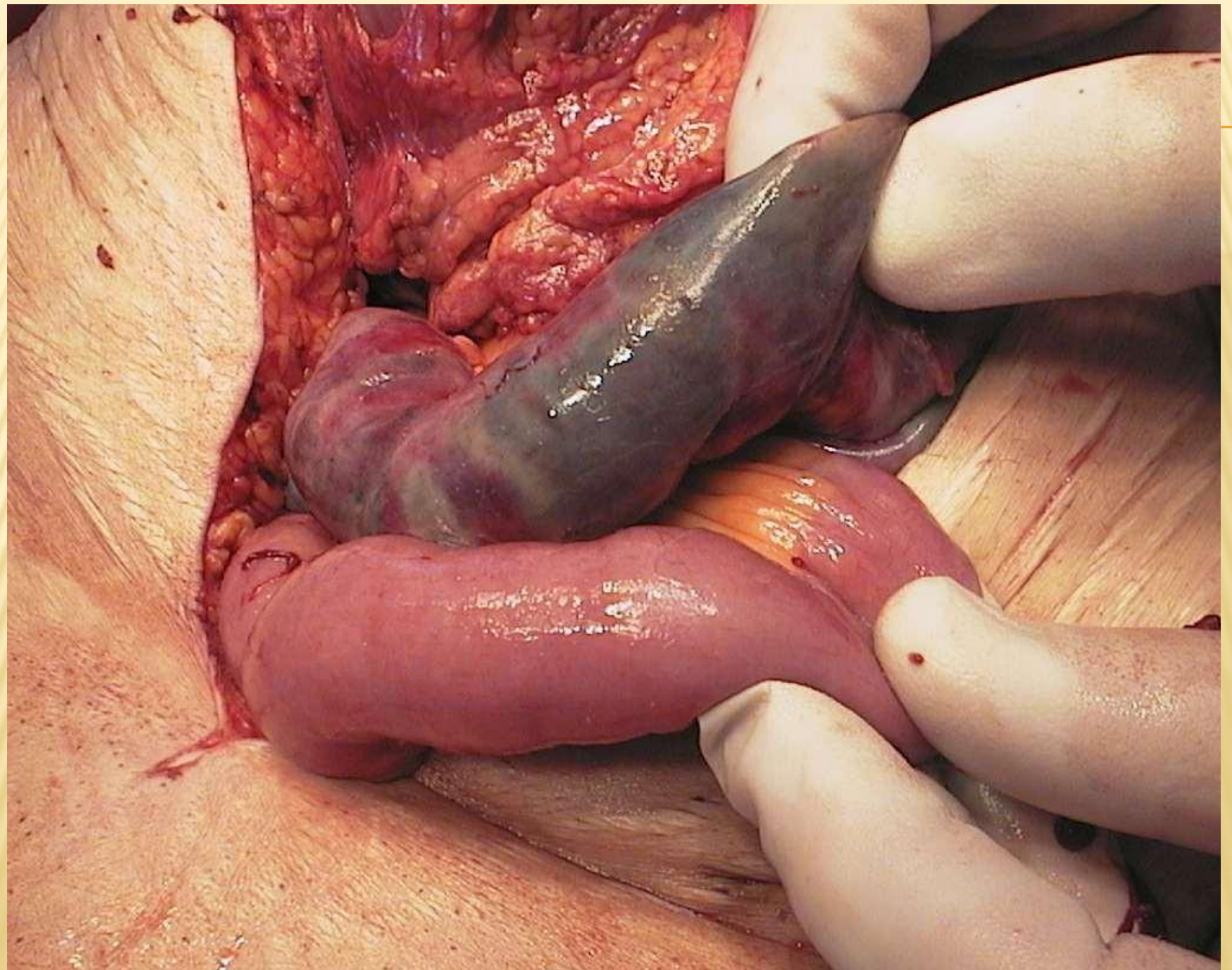
- frecventa mai ales la copil, poate fi reversibila, asociata cu limfadenita mezenterica;

2. Enterita flegmonoasa

- mai rara, prognostic prost;

3. Enterita acuta ulceronecrotica

- considerata de unii autori ca o manifestare supraacuta a unei enterite flegmonoase;



TRATAMENTUL ENTERITELOR ACUTE

- **formele necomplicate**: tratament medical (repaus digestiv, antibiotice, antiinflamatoare), iar dacă este descoperită intraoperator se novocainizează mezenterul;
- **formele complicate** cu ocluzii sau peritonita: intervenție chirurgicală de urgență (enterectomie segmentară) sau paleativă (derivatie digestivă internă).

BOALA CROHN

- ✘ **Boala Crohn**: a fost descrisa în 1932 de Crohn, sub denumirea de ileită terminală
 - + etiologie nespecifica, apare mai frecvent la adultul tanar;
 - + localizare posibila pe tot tubul digestiv (esofag - rect), dar mai frecventa la nivelul ileonului terminal;
 - + anatomopatologic: inflamatie granulomatoasa cr. nespecifica
 - **Stadiul acut**: aspect de ileita regionala acuta cu limfadenita mezenterica;
 - **Stadiul cronic**: sclerolipomatoza segmentului intestinal afectat, ingustare lumen (hipertrofia parietala mezenterita retractila).

CLINICA:

- **de obicei nespecifica: diaree, scadere ponderala, inapetenta;**
- **poate imbraca tabloul unei stenoze de ileon terminal;**
- **masa palpabila, subfebrilitate, transpiratii nocturne;**
- **steatoree, hematochezia;**

Evolutie:

- **in pusee, intrerupte de perioade de remisiune de durata variabila;**
- **aparitia suprainfectiei bacteriene, cu abcese parietale si tendinta la fistulizare;**
- **tendinta la recidiva pe un alt segment intestinal dupa exereza celui afectat;**
- **litiaza biliara – tulburari absorbtie saruri biliare;**
- **anemia;**
- **sacroileita, eritem nodos, artralгии.**

PARACLINIC:

- **radiologic**: **ingustarea ileonului terminal, aspect de pietre de pavaj ; semnul franghiei;**
- **irigografia**: **valvula ileocecala rigida;**
- **ex.bacteriologic si parazitologic** este esential in diagnosticul diferential cu tbc si amibiaza intestinala;
- **colonoscopia** cu biopsia mucoasa: **granulomul epitelioid gigantocelular;**
- **Capsula endoscopica.**

Diagostic diferential:

- **Colita ulcerosa;**
- **Tuberculoza ileocecala;**
- **Sindromul Johne (paratuberculoza) – zoonoza;**
- **Limfomul;**
- **Ileitele acute distale;**
- **Endometrioza;**
- **Tumori carcinoide ileale.**



x: Age:

O. Birth:

/07/2004

:08:17

P:A1/4

F:

6 Cr:N

Physician: GROVER

Comment:



Complicatii:

- 1. Ocluzia intestinala;**
- 2. Peforatia:** peritonită, fistule interne, externe;
- 3. Hemoragia:** de regula oculta;
- 4. Malignizarea.**

TRATAMENT:

□ Formele acute:

- **medical**: regim alimentar strict, antibiotice (metronidazol), sulfamide intestinale (sulfasalazina), antispastice, (acid 5-aminosalicilic), imunosupresoare (steroizii, azatioprina, ciclosporina), săruri de bismut; tratament simptomatic: anemie (Fe, ac. folic, vit. B, oligoelemente), diaree (colestiramina, loperamid, metamucil);
- **chirurgical** (impus de complicatii): rezectii segmentare sau operatii derivative.

□ Formele cronice:

- regim hipercaloric si hiperproteic;
- au indicatie chirurgicala: formele colitice cu dureri persistente si pusee diareice frecvente, forme cu denutritie si anemie persistente, tulburari de crestere la copii, forme subocluzive si complicate (abcese, fistulizare, ocluzie intestinala);
- enterectomie, derivatii interne, stricturoplastie;
- drenaj percutan ghidat eco/ct pentru colectii.



FISTULA ILEOCOLICA



3. TUBERCULOZA INTESTINULUI SUBTIRE

Etiopatogenie:

- Localizarea digestiva a tuberculozei este rara, fiind în 90% din cazuri secundară – *M. tuberculosis* (restul de 10% → - primitivă prin ingestia de lapte contaminat *M. bovis*);
- Tari slab dezvoltate, bătrani, alcoolici; asocierea cu HIV;
- localizarile mai frecvente: ileon, cec;
- cai de inoculare: digestivă (forma primitivă), hematogenă (cea mai frecventă) și limfatică.

Anatomopatologie:

granuloame, ulceratii, îngrosări parietale;

Forme clinice:

1. Forma stenozantă:

- 3 aspecte: stenoza cicatriceală, stenoza atrofică (mai frecvent pe ileon) și stenoza hipertrofică, pseudotumorală (mai frecvent la nivelul jejunului);

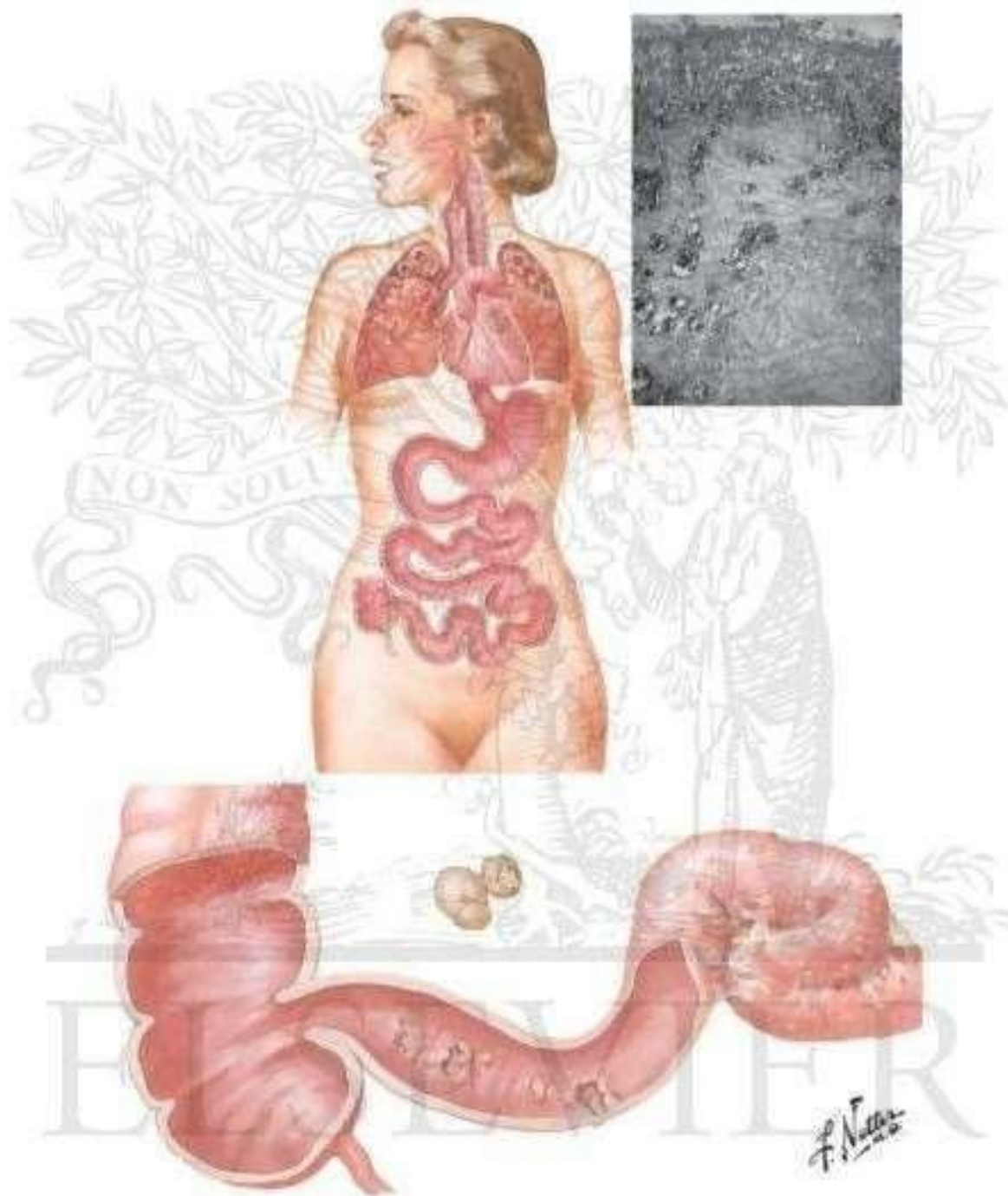
- de obicei leziunile sunt multiple, etajate;
- clinic: dureri colicative, postprandiale, care se repeta in accese de 10-15 ori după o masă.

2. Forma enteroperitoneala:

- localizată de regulă in ileonul terminal, invadeaza și cecul (tuberculoza ileocecala);
- aspect hipertrofic, pseudotumoral;
- evoluția este adesea către fistulizare la piele sau într-un organ de vecinatate;
- caracteristice: granulații bacilare pe seroasa peritoneală;
- clinic: diaree rebela, dureri paroxistice, vărsături, tumefacție palpabilă periombilical.

3. *FORMA ULCERATA:*

- ulceratii bacilare endointestinale, localizate pe marginea antimezostenica, orientate transversal;
- ulceratiile evolueaza fie cu fibrozare si cicatrizare stenoizanta, fie cu perforatie si peritonita, fie spre cicatrizare cu refacerea completa a mucoasei si vindecare spontana;
- **clinic:** de multe ori simptomatologie nespecifica (dureri pseudoapendiculare, tulburari dizenterice, hemoragii intestinale, scadere ponderala);



DIAGNOSTIC:

- **Reacția la tuberculina (relativ);**
- **Hemograma – limfocitoza;**
- **Radiologia cu sulfat de bariu – lipsa de opacifiere a segmentului iritat;**
- **Irigografia: scurtarea colonului ascendent.**
- **Colonoscopia: ulceratii, stricturi, pseudopolipi, biopsie/culturi;**
- **CT: ingrosari parietale, adenopatii;**
- **Biopsie peritoneala prin laparoscopie/laparotomie**

TRATAMENT:

- **profilaxia: tratamentul precoce al tbc primar, fierberea laptelui;**
- **tratament antituberculos: izoniazida + etambutol + rifampicina;**
- **tratament chirurgical:**
 - **indicat in stenozele ocluzive cicatriceale si in forma ulcerata perforata;**
 - **resectia segmentului afectat in leziunile limitate sau derivatie interna (ileotransversoanastomoza);**
 - **stricturoplastie, hemicolectomie dreapta.**

4. INFARCTUL ENTEROMEZENTERIC (ISCHEMIA ACUTA)

Definitie: reprezintă infiltratia sanguina a peretelui intestinal și a mezoului adiacent, este o urgență medicochirurgicală cu prognostic sever; mai frecvent la bărbați peste 50 de ani.

Etiopatogenie:

Insuficiența vasculară mezenterică acută se produce prin 3 mecanisme:

1. Obstrucție arterială;
2. Obstrucție venoasă;
3. Afectare a irigației fără obstrucție evidentă (apoplexie de origine neurovegetativă).

Anatomie patologica:

- cel mai frecvent leziunea se intinde pe: jejun proximal, ileon terminal);
- macroscopic: ansa marita de volum, rigida, violacee, lichid peritoneal serohematic.

Leziunile evolueaza in 3 stadii:

1. **Stadiul de apoplexie (reversibil):** dilatatie capilara si exsudat interstitial, ansa rosie cianotica, edematiata;
2. **Stadiul de infarct propriu-zis (ireversibil):** efractiuni capilare cu infiltrat sanguin parietal, ansa neagra/violacee;
3. **Stadiul de gangrena:** tromboza vaselor parietale si necroza parietala, perete intestinal negru-gri, aspect de frunza moarta.

Cel mai sensibil la ischemie este mucoasa intestinală.

Dupa lungimea intestinului afectat se disting:

1. **Infarctul segmentar:** mai frecvent; rar se intalnesc infarcte intestinale etajate;
2. **Infarctul subtotal sau total - intreg teritoriul AMS este afectat (de obicei primii 30-50 cm de jejun nu sunt afectati).**

Forme clinice:

1. Infarctul intestinal de origine arteriala

- **60% din cazuri;**
- **etiopatogenic:**
 - **tromboza arteriala (60%):**
 - **embolie (37%): endocardite, valvulopatii;**
 - **infarctul arterial limitat, cu ansa defunctionalizata.**

2. Infarctul de origine venoasa

- **40% din cazuri, de obicei la pacienti cu antecedente flebitice pelvine;**
- **etiopatogenic: 2 factori determinanti: hipercoagulabilitate sanguina) si factori favorizanti (traumatisme abdominale, iradierea, procese supurative peritoneale, splenectomia);**
- **96% intereseaza VMS si doar 4% VMI.**

DIAGNOSTICUL CLINIC AL INFARCTULUI INTESTINAL:

- durere abdominala brutala, continua, difuza;
- varsaturi alimentare, rar sanguinolente;
- oprirea tranzitului intestinal; alteori diaree cu/fara melena;
- stare de soc: hipotensiune, transpiratie;
- examenul obiectiv: abdomen, meteorizat, partial mobil cu miscarile respiratorii, fara miscari peristaltice, aparare musculara, uneori formatiune palpabila (ansa infarctizata), fund de sac Douglas dureros la TR.

Diagnostic paraclinic:

ex. radiologic ansa infarctizata destinsa, dilatata, cu pereti ingrosati, iar in stadiile tardive nivele hidroaerice, pneumoperitoneu;

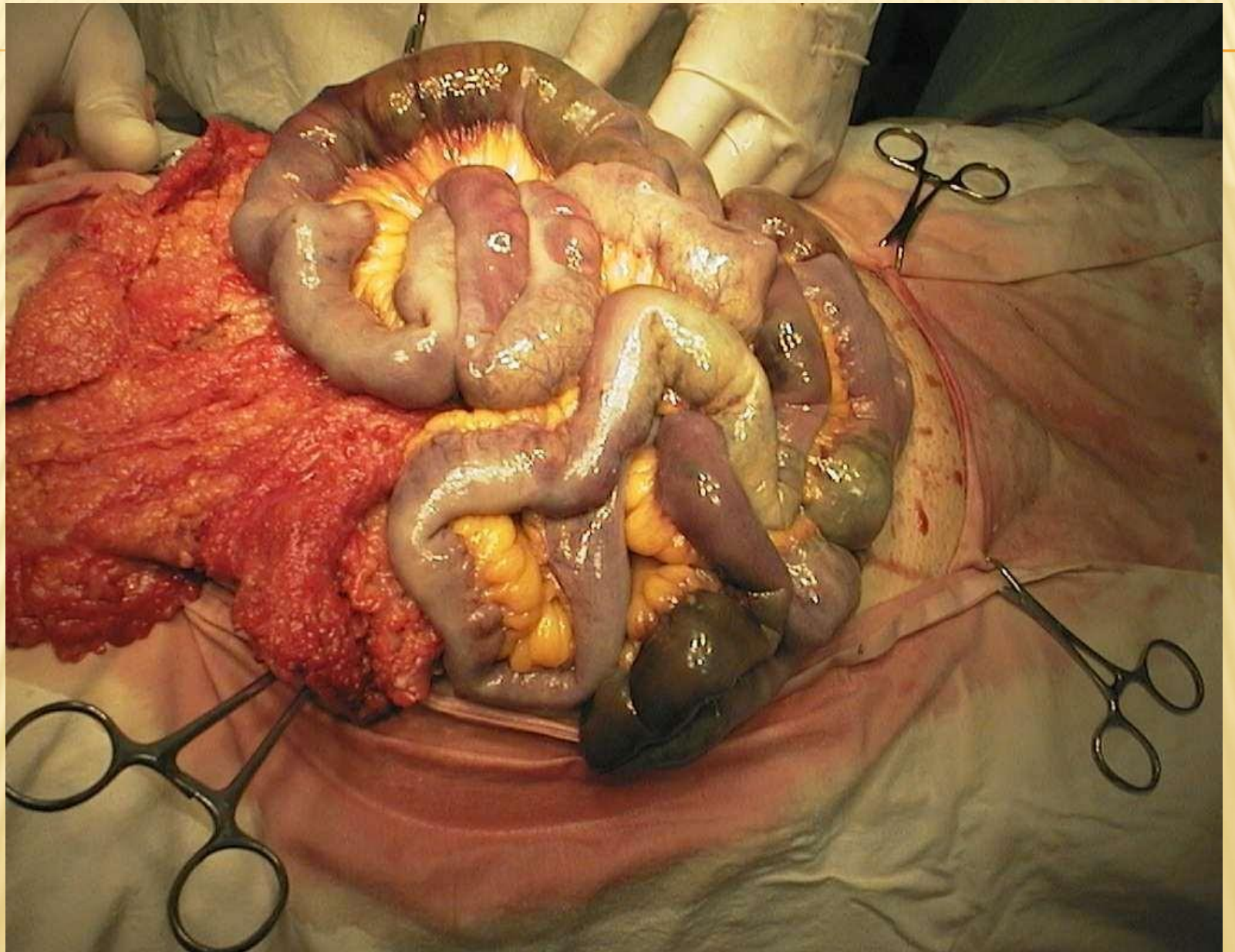
- arteriografia mezenterica;**
- ex. de laborator: hemoconcentratie cu leucocitoza, anemie, azotemie.**

Tratament:

- *Medical:* reechilibrarea pre- si postoperatorie**
 - SNG cu sonda nazogastrică aspiratie continua;**
 - reechilibrare hidroelectrolitica si metabolica, vasopresoare;**
 - terapie anticoagulanta;**
 - corticoterapie;**
 - antibioterapie.**

CHIRURGICAL:

- **leziunile ireversibile presupun enterectomie de întindere impusa de leziune (exerezele largi, care lasa mai putin de un metru de IS sunt incompatibile cu viata);**
- **obstructia limitata la originea AMS: interventii de revascularizatie (embolectomie, by-pass aortomezenteric, reimplantarea trunchiului AMS)**
- **angioplastii**



**5. ISCHEMIA
INTESTINALA CRONICA
(ANGORUL ABDOMINAL)**

Etiopatogenie:

- proces degenerativ al AMS, care obstruează progresiv lumenul și duce la dezvoltarea unei circulații colaterale compensatorii;

Anatomie patologică:

- lez. degenerative se situează de obicei la originea AMS, mai rar pe ramurile secundare;

Clinic: angorul abdominal (durere postprandială cu caracter de crampe, violentă), tulburări de tranzit cu meteorism, greață și varsături.

TRATAMENT:

- **Medical:** este tratamentul general al ATS; ntg calmeaza crizele dureroase paroxistice;

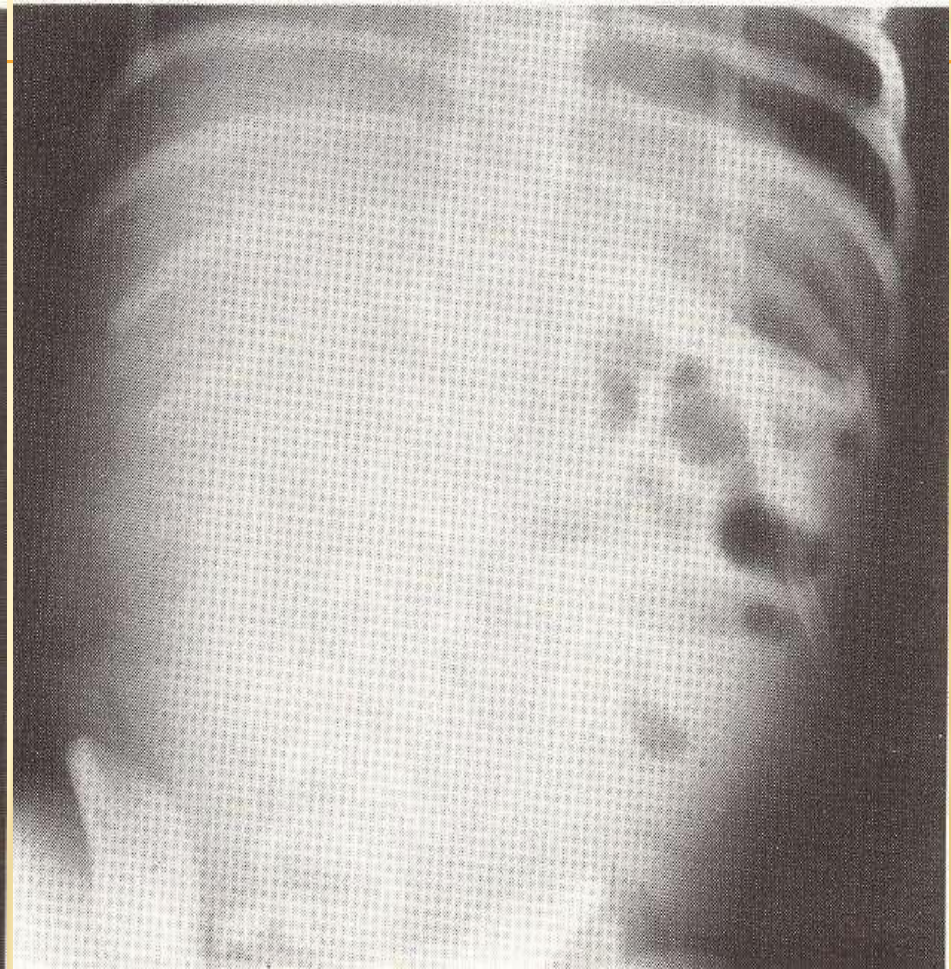
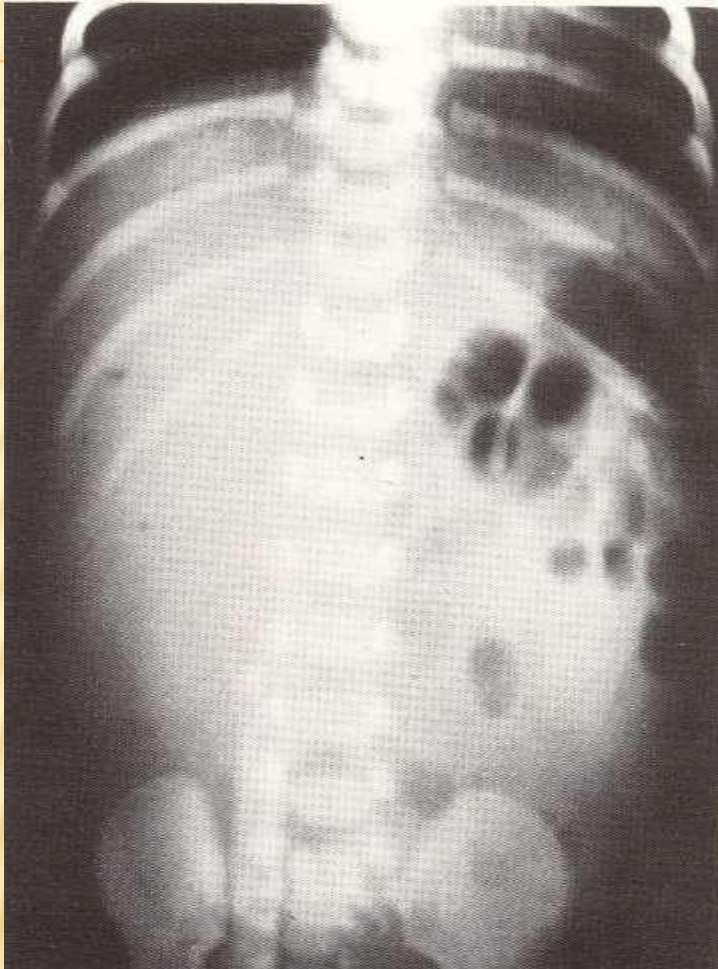
- **Chirurgical:** revascularizatie (resectia zonei stenozate urmata de plastie sau operatii derivative - by-pass aortomezenteric);
 - se mai practica: trombendarterectomie, reimplantarea AMS in Ao;
 - simpatectomia lombara, splahnicectomia, simpatectomia periarteriala mezenterica.

6. VOLVULUSUL INTESTINAL

Definitie: existenta unei torsiuni/rotatii de cel putin 360° a unui segment intestinal in jurul unui ax vascular mezenteric

Etiopatogenie:

- de regula torsiunea este secundara unui obstacol intestinal care modifica peristaltica (tumori, ileus biliar);
- existența unor bride intraperitoneale;
- consum exagerat de fibre vegetale;
- organe inflamate și fixate care se comporta ca bride: apendice, diverticul Meckel, trompa uterina.



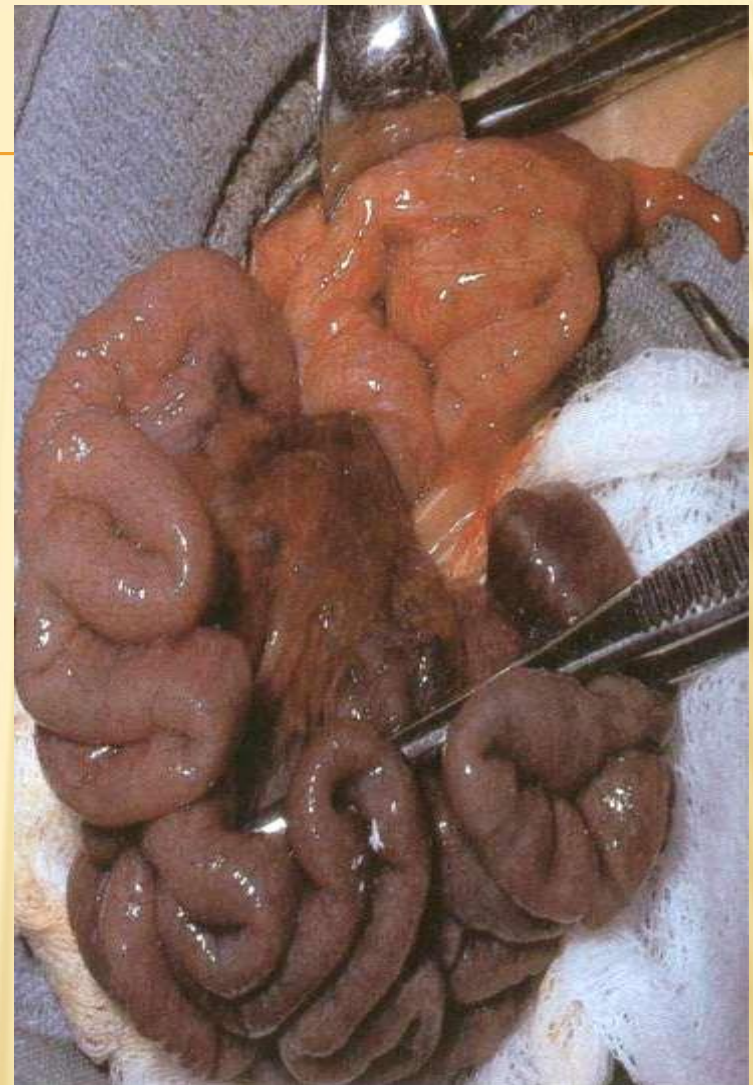
RADIOGRAFIE ABDOMINALA PE GOL

Clinic:

- **sdr. ocluziv instalat brutal:**
 - dureri, profunde, care nu cedeaza la tratament;
 - varsaturile apar rapid;
 - stare generala modificata: tahicardie, febra, soc.
- **ex. obiectiv: meteorism localizat**
- **Paraclinic: radiologia - dublu nivel lichidian, pe fond de anse dilatate**

Tratament: *de urgenta*

- **reechilibrare prin transfuzii; SNG cu aspiratie continua;**
- **chirurgical: devolvulare, ± rezectia zonei compromise.**

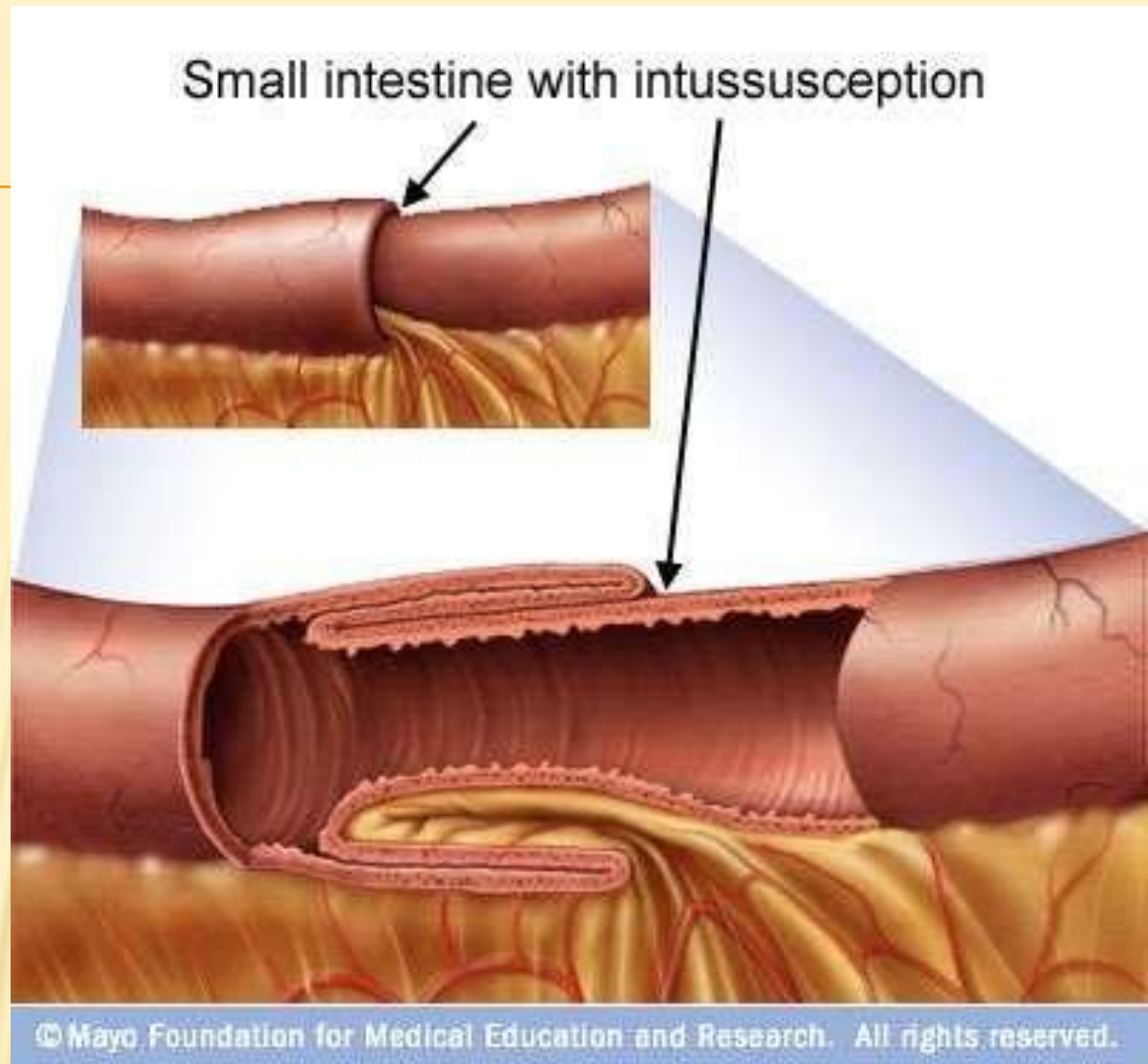


Volvulus intestinal – aspecte intraoperatorii

7. INVAGINATIA INTESTINALA

Definitie: existenta unei telescopari a tubului intestinal in el insusi cu antrenarea mezenterului si afectarea vascularizatiei.

Clasificare: invaginatie simpla (cu 3 cilindri) sau complexa (dubla - 5 cilindri sau tripla - 7 cilindri).



Aspect Normal



Invaginatie Intestinala



Sediul de electie este zona ileocecala.

Anatomie patologica:

- la nivelul coletului, intestinul este congestiv, edematos si sangereaza din mucoasa (hemoragia digestiva este un semn constant in invaginatii);
- mai tarziu zona afectata se necrozează, apare perforatia cu peritonita.

Forme clinice:

invaginația acuta la sugar: de obicei in primul an de viata, intre lunile 4-8, mai ales la baieti;

invaginația adultului: de obicei secundara (tumori, diverticul Meckel, polipi, tbc).

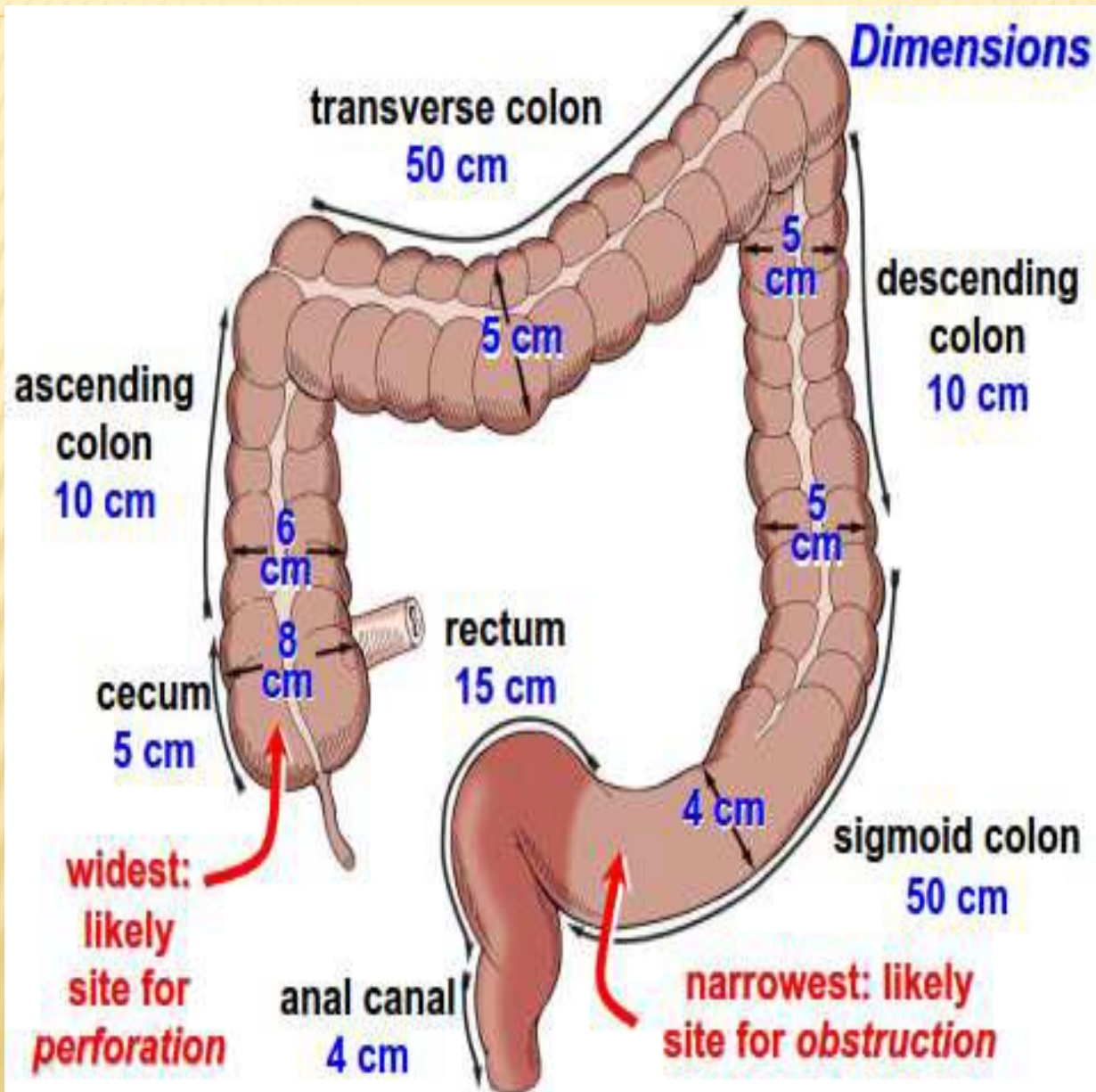
1. Invaginatia acuta a sugarului:

- ***clinic:*** in plina stare de sanatate dureri colicative abdominale, vome, refuzul alimentatiei;
- ***ex. obiectiv:*** palparea tumorei de invaginatie, TR: sange;
- ***ex. irigoscopic:*** stabileste dg., poate fi o metoda terapeutica;
- ***tratament chirurgical:*** in cazul in care invaginatia nu se reduce la clisma baritata, dezinvaginare chirurgicala.

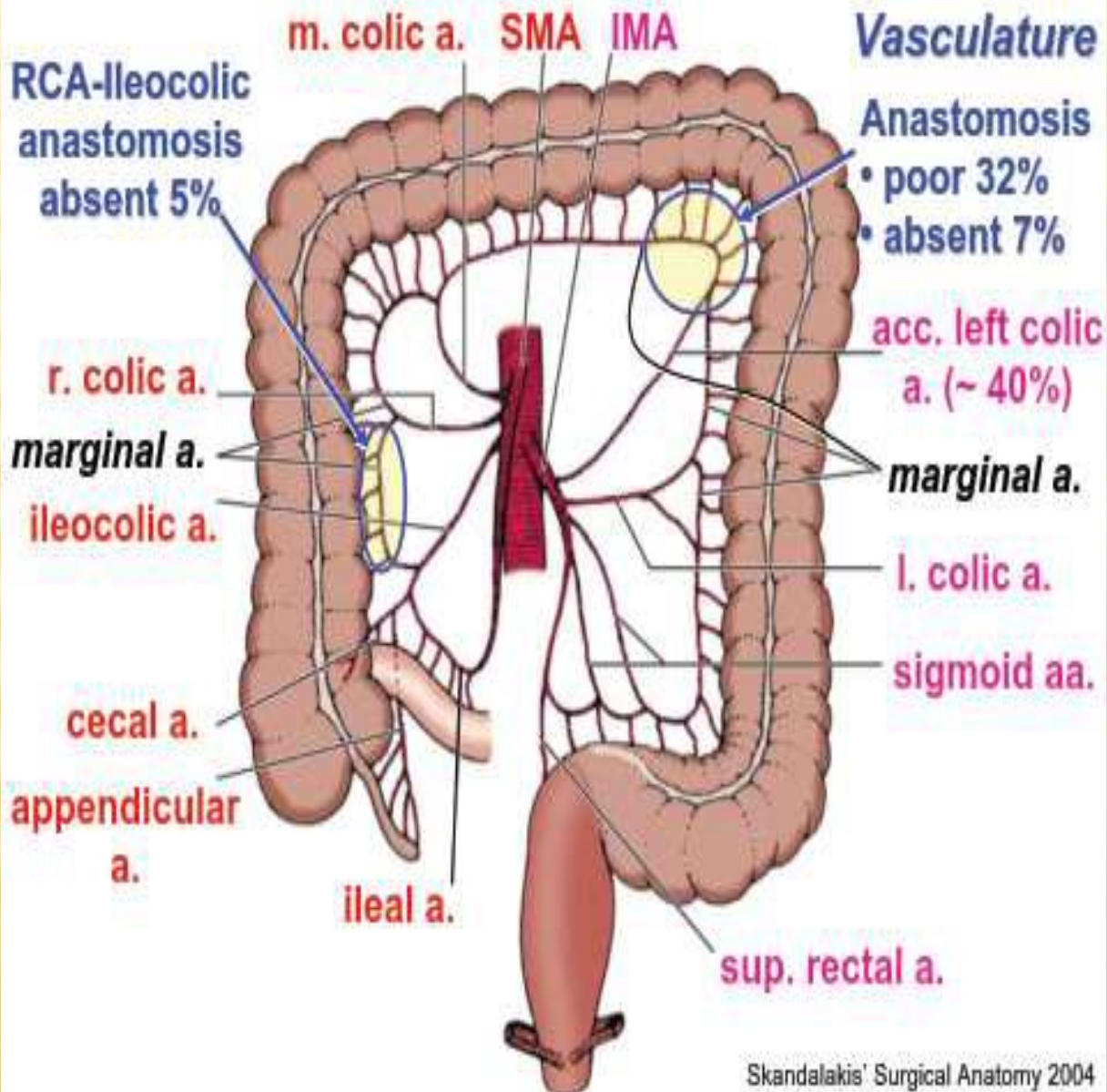
2. Invaginatia adultului:

- ***evolutia*** ei este acuta sau subacuta.
- ***formele*** unei obstructii acute;
- ***forme subacute:*** tablou ~ stenozele cronice ale IS/colonului;
- ***Formele cronice:*** evolueaza pe parcursul a sapt/luni cu posibilitatea dezinvaginarii spontane;
- ***tratament:*** chirurgical (dezinvaginare □ rezectii segmentare); dezinvaginarea este dificila in formele ileocolice.

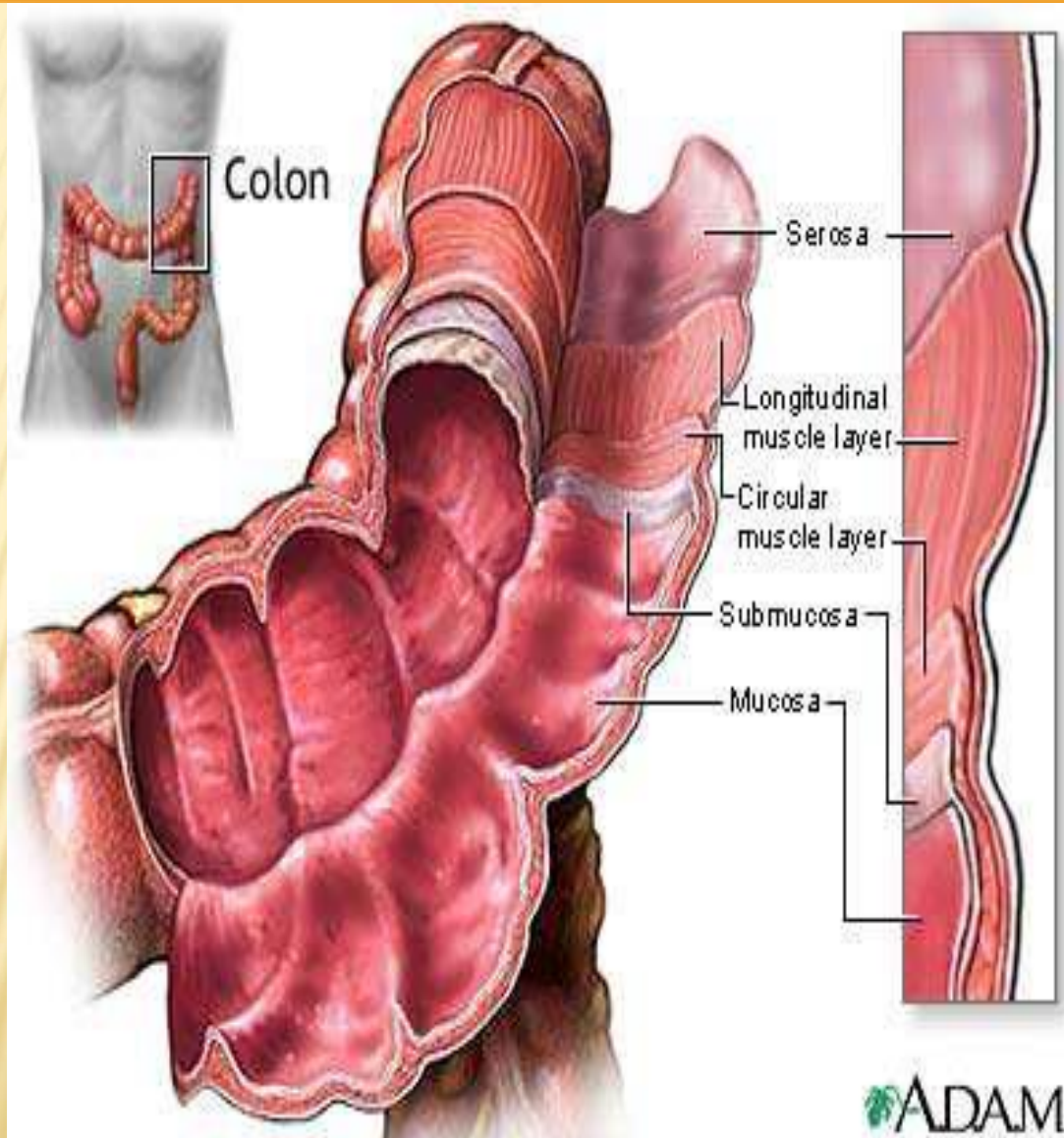
REPERE ANATOMICE



VASCULARIZAREA COLONULUI



STRUCTURA PERETELUI COLONIC



ENTITATI NOZOLOGICE

× **DIVERTICULOZA COLONICA**

× **MALADII INFLAMATORII**

Colita ulceroasa

Maladia Crohn

× **POLIPOZELE COLONICE**

DIVERTICULOZA

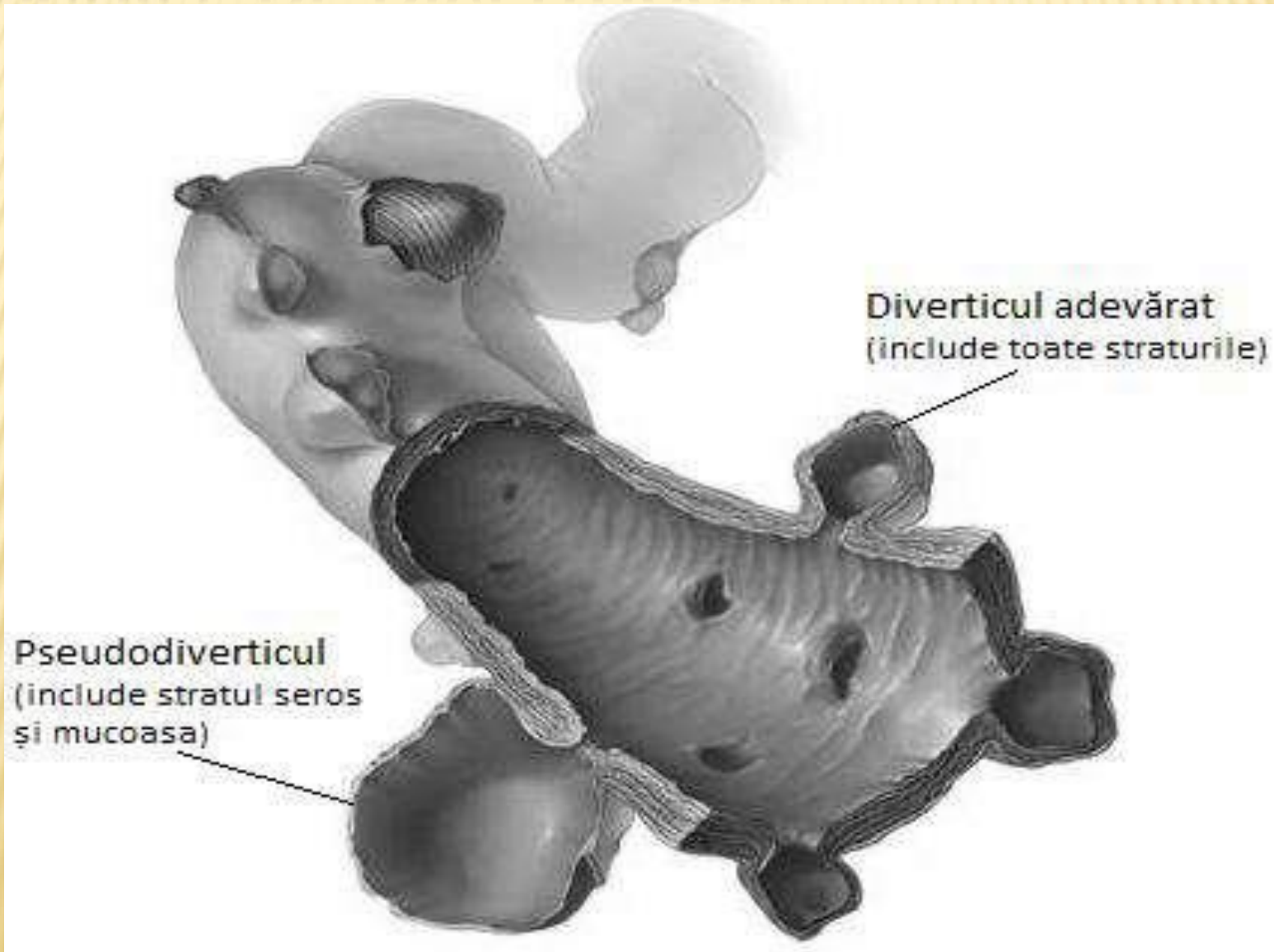
- ✘ Diverticulul reprezintă o prolabare saciformă a peretelui unui organ cavităar în afara circumscripției anatomice a peretelui.
- ✘ Diverticuloza – se caracterizează prin prezența unei mulțimi de diverticuli într-un organ.
- ✘ Boala diverticulară – constituie o patologie, în care modificările patologice se instalează cel puțin într-unul din diverticuli.



DIVERTICULOZA

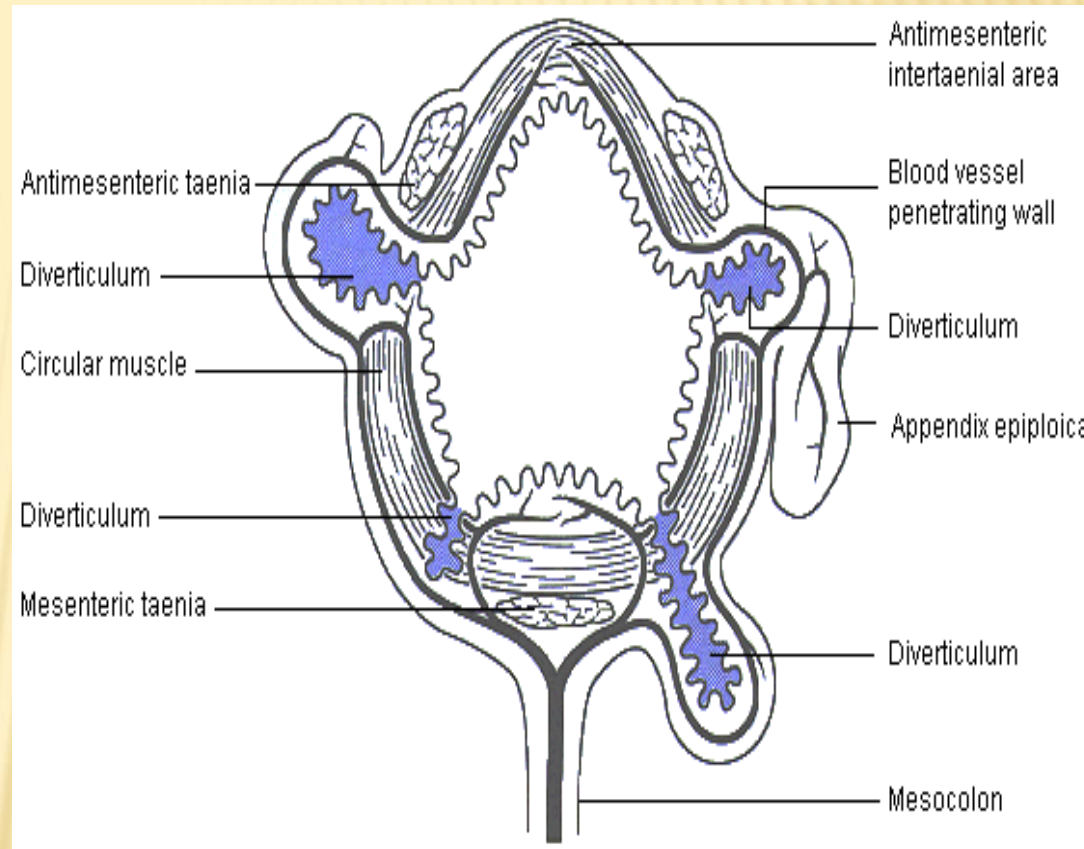
- ✘ *diverticuli adevărați* - sacul conține toate straturile peretelui intestinal (foarte rari)
- ✘ *diverticuli falși* - lipsește cel puțin un strat (de obicei cel muscular).
- ✘ La nivel colonic diverticuliile sunt de obicei falși

TIPURILE DE DIVERTICOLI



DIVERTICULOZA

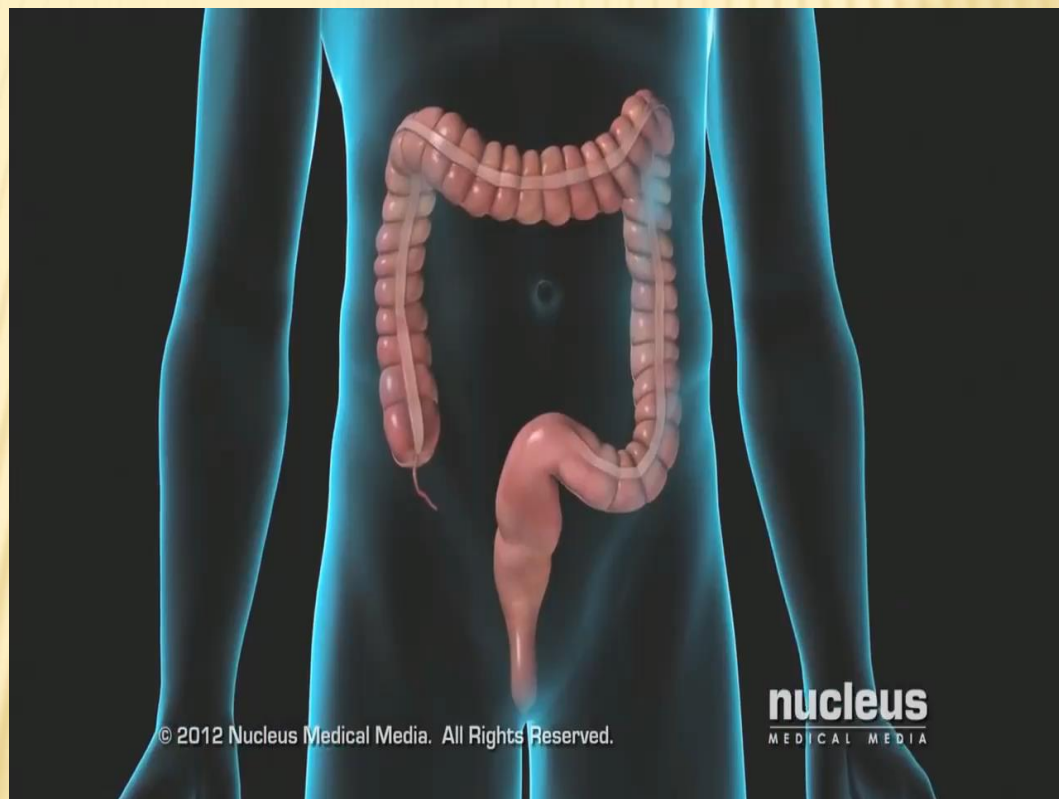
- ✘ Etiopatogenia bolii este necunoscută, dar se evocă degenerarea stratului muscular a intestinului odată cu vârstă.
- ✘ Locul de preferință în apariția diverticulilor este cel în care arteriele penetrează stratul muscular; justificând accidentele hemoragice la acești pacienți.



ETIOPATOGENEZA

- ✘ APORT REDUS DE FIBRE VEGETALE
- ✘ PRESIUNEA INTRALUMINARA CRESCUTA
- ✘ TRANZITUL INTESTINAL MAI INDELUNGAT DE 48 DE ORE
- ✘ ARII DE SLABA REZISTENTA IN PERETELE COLIC
- ✘ DIMINUAREA TONICITATII PARIETALE COLONICE
- ✘ SE ASOCIAZA CU DIFICIT DE COLAGENA V (GENETIC)
- ✘ BOALA POLICHISTICA RENALA (GENETIC)

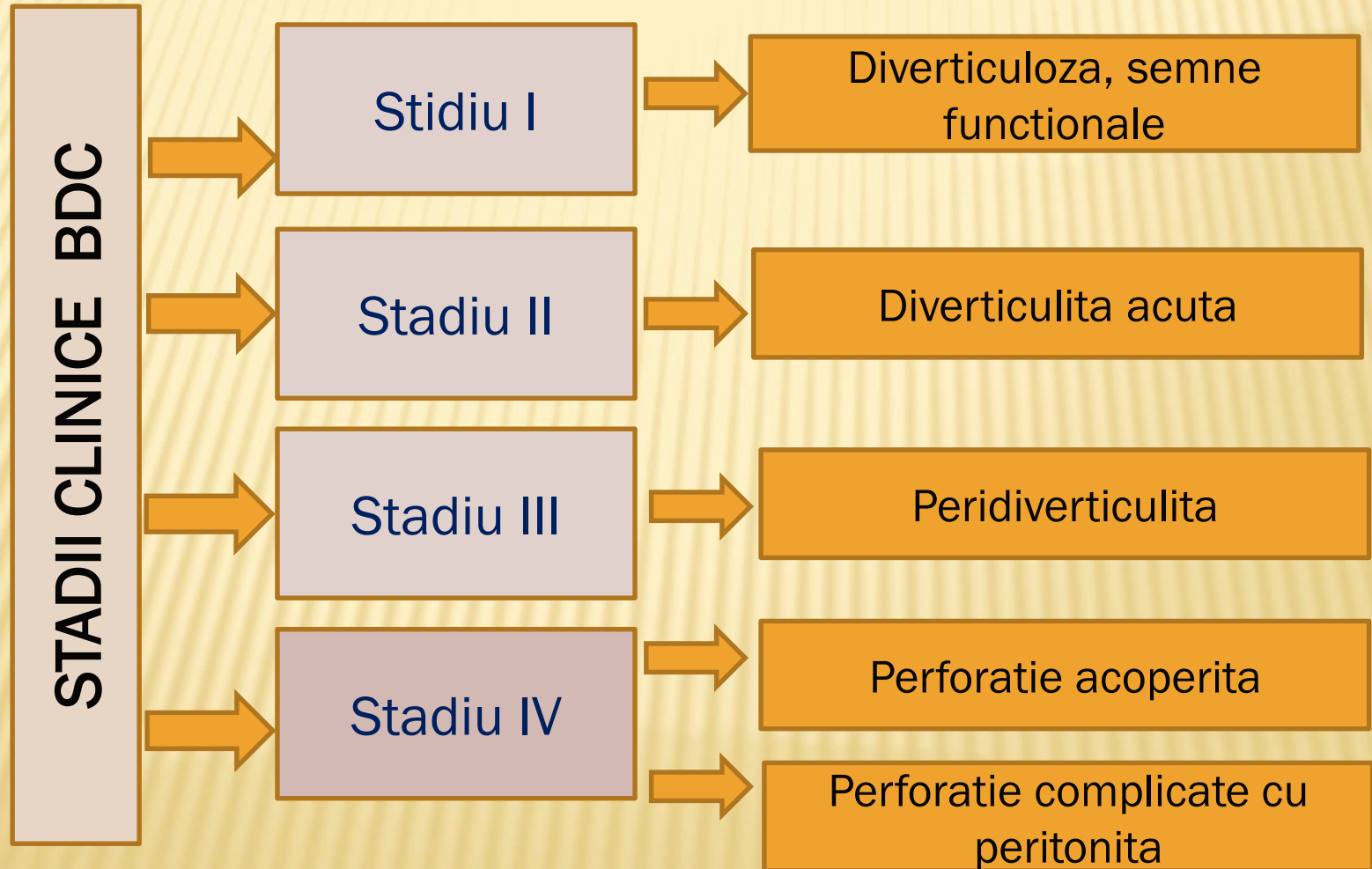
DIVERTICULOZA



© 2012 Nucleus Medical Media. All Rights Reserved.

nucleus
MEDICAL MEDIA

STADIALIZARE BDC



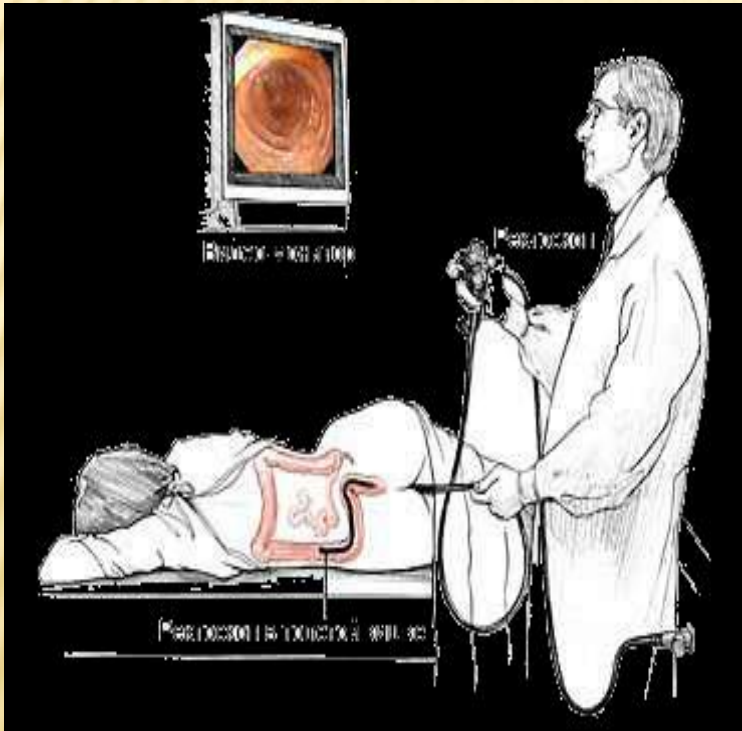
DIAGNOSTIC

- × DATE ANAMNESTICO CLINICE
- × EXAMEN GENERAL
- × TESTE DE LABORATOR
- × RECTOROMANOSCOPIA
- × FCS
- × IRIGOGRAFIA
- × COLONOSCOPIA VIRTUALA
- × TOMOGRAFIA
- × FISTULOGRAFIA

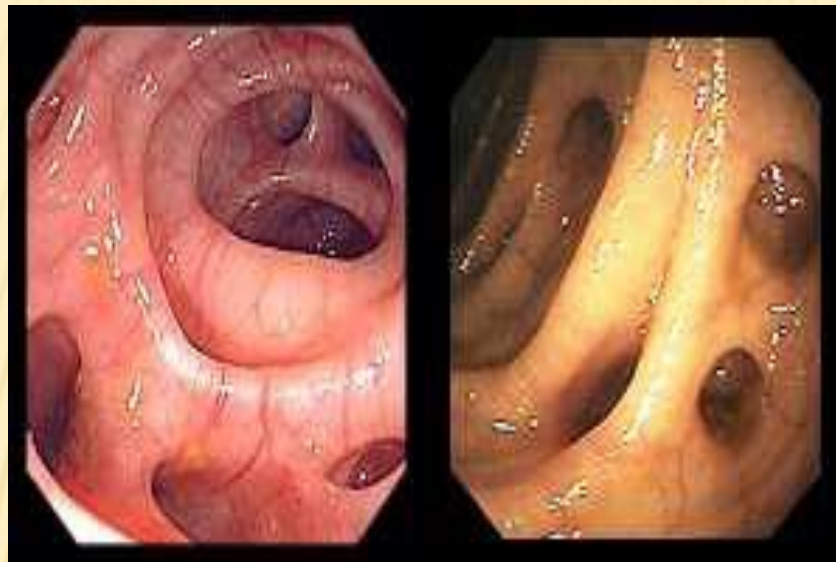
SEMNE CLINICE

- dureri difuze abdominale predominant în fosa iliacă stângă
- constipație,
- flatulență
- greață
- hemoragii

RECTOSIGMOIDOSCOPIA ȘI COLONOSCOPIA



ENDOSCOPIC



HEMORAGIE DIVERTICULARA

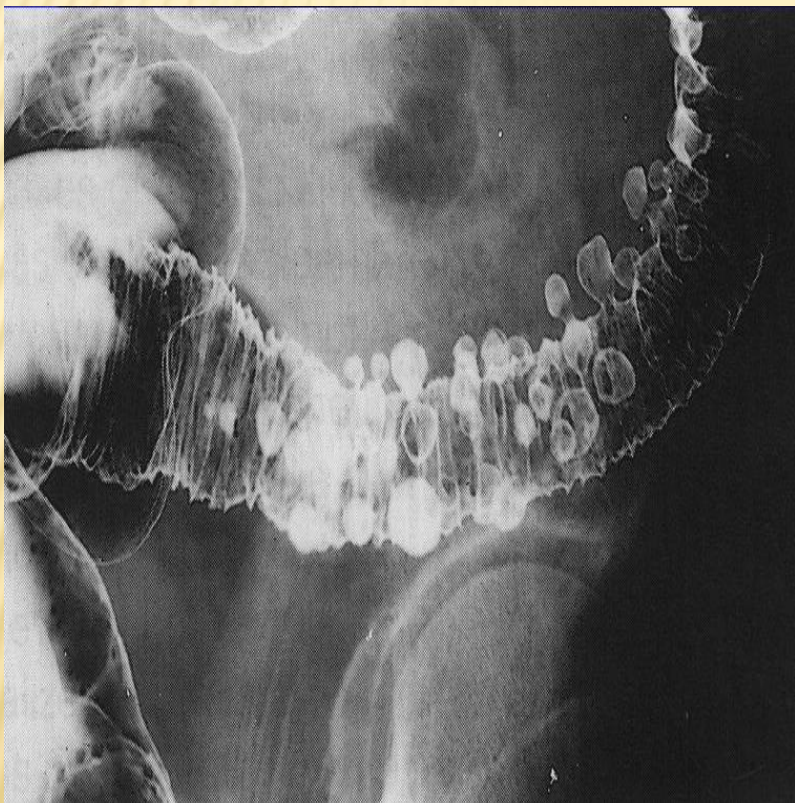


COLONOSCOPIE



În primul rând, el trebuie să aibă un colon curat, această curățire a colonului fiind obținută cu o pregătire

IRIGOGRAFIA



DIAGNOSTIC

- ✘ IN CAZ DE COMPLICATII INFLAMATORII :
 - ECOGRAFIA
 - TOMOGRAFIE
 - RMN.

COMPLICATII BDC

✗ DIVERTICULITA

✗ Inflamația unuia sau mai multor diverticuli dintr-un segment al colonului (de cele mai multe ori sigmoid) care poate evolua spre formarea unui abces sau unei peritonite generalizate.

✗ Semne:

-dureri în fosa iliacă stângă, iradiată hipogastric sau lombar

- vărsături

- meteorism abdominal

- febra la afectarea seroasei

- dureri moderate de regula pe flancul sting, palpate dureroasa.

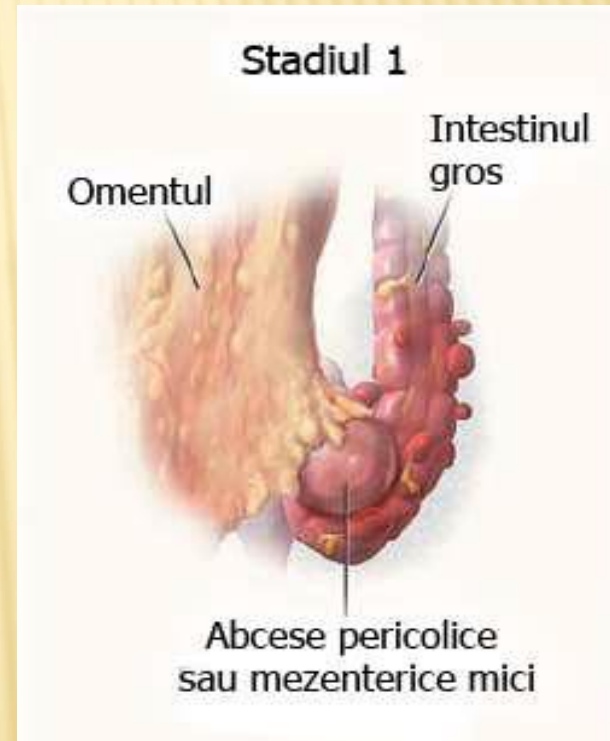
Tratamentul de regula conservativ, laxative, antibioticoterapie, antiinflamatorii.

COMPLICATII (PERFORATII)

- ✘ Clasificarea Hinchey cuprinde patru stadii :
- ✘ St. I - abces pericolic
- ✘ St. II – abces pelvin
- ✘ St. III – peritonita purulenta generalizata
- ✘ St. IV – peritonita fecaloida generalizata

ABCES

- ✘ Simptomatologia :
 - durere cu semne de iritație peritoneală în fosa iliacă stângă
 - palparea unei mase tumorale sensibile la acest nivel
 - sensibilitate la T.V. sau T.R. dacă abcesul este situat în pelvis
 - febră, leucocitoză
- ✘ Examenenele paraclinice :
 - ecografia abdominală
 - C.T. confirmă diagnosticul, localizând abcesul.



TRATAMENTUL ABCESULUI

- ✘ TRATAMENTUL CHIRURGICAL: LAPARATOMIE CU SANAREA SI DRENAREA ABCESULUI.
- ✘ REZECTIA PORTIUNII AFECTATE CU APLICAREA COLOSTOMEI PROXIMALE.
- ✘ IN UNELE CAZURI POT FI ADMISIBILE VARIANTE MININVAZIVE CU DRENAREA ABCESULUI ECOGHIDAT SAU CT.

PERITONITA GENERALIZATA

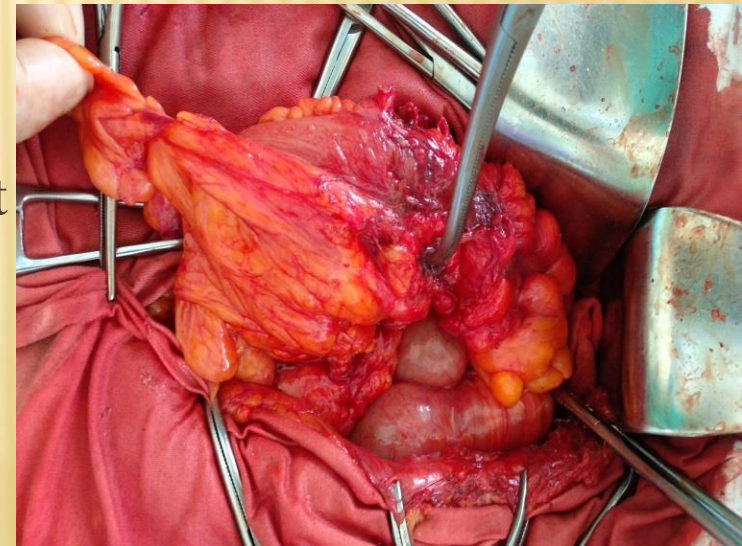
- ✘ Este reprezentată f de o peritonită fecală produsă prin perforația colonului la nivelul diverticulului inflammat
- ✘ Simptomatologia este brutală cu :
 - durere abdominală generalizată severă
 - apărare sau contractură musculară generalizată
 - hiperleucocitoză
 - pneumoperitoneu

TRATAMENT IN BDC CU PERITONITA GENERALIZATA

- ✘ Se impune intervenția chirurgicală de urgență
- ✘ Lavajul și drenajul larg al cavității peritoneale dacă starea generală a bolnavului o permite -*operație Hartmann*, cu rezecția segmentului afectat,
- ✘ dacă nu, se poate recurge la o *colostomie temporară* la locul perforației

BDC – COMPLICATA CU FISTULA

- ✘ Complicație ce se caracterizează prin deschiderea perforației, direct, sau prin intermediul unui abces într-un alt organ (fistulă internă), fie la piele (fistulă externă).
- ✘ Simptomatologia combină semnele diverticulitei cu :
 - infecții urinare repetate
 - fecalurie
 - pneumaturie
- ✘ Paraclinic diagnosticul este susținut de :
 - examenul C.T. – ca metodă de elecție –
 - examene radiologice cu substanță de contrast
 - cistoscopia, ce arată modificări de cistită și edemul din jurul orificiului fistulos
- ✘ TRATAMENT – Rezecția porțiunii afectate cu restabilirea defectelor provocate de fistula (înlăturare defectului în vezica urinară)



BDC – COMPLICATA CU HEMORAGIE

- ✘ Apar relativ frecvent, sub formă de HDI (rectoragii).
- ✘ Atunci când se produc prin erodarea unui ram arterial pot deveni hemoragii masive cu periclitarea vieții bolnavului.
- ✘ De multe ori însă, mai ales la vîrstnici se produc hemoragii medii și repetate, cu anemie cronică secundară, impunând diagnosticul diferențial cu un cancer colic.
- ✘ **DIAGNOSTIC** – FCS și irigografia
- ✘ **Tratamentul** este inițial conservator, de suplinire a pierderilor, hemostatic;
- ✘ În caz de evoluție nefavorabilă sau de hemoragii masive, intervenția chirurgicală se impune cu rezecția segmentului afectat.



INDICAȚII OPERATORII ÎN DIVERTICULOZA COLONULUI

✘ URGENTE

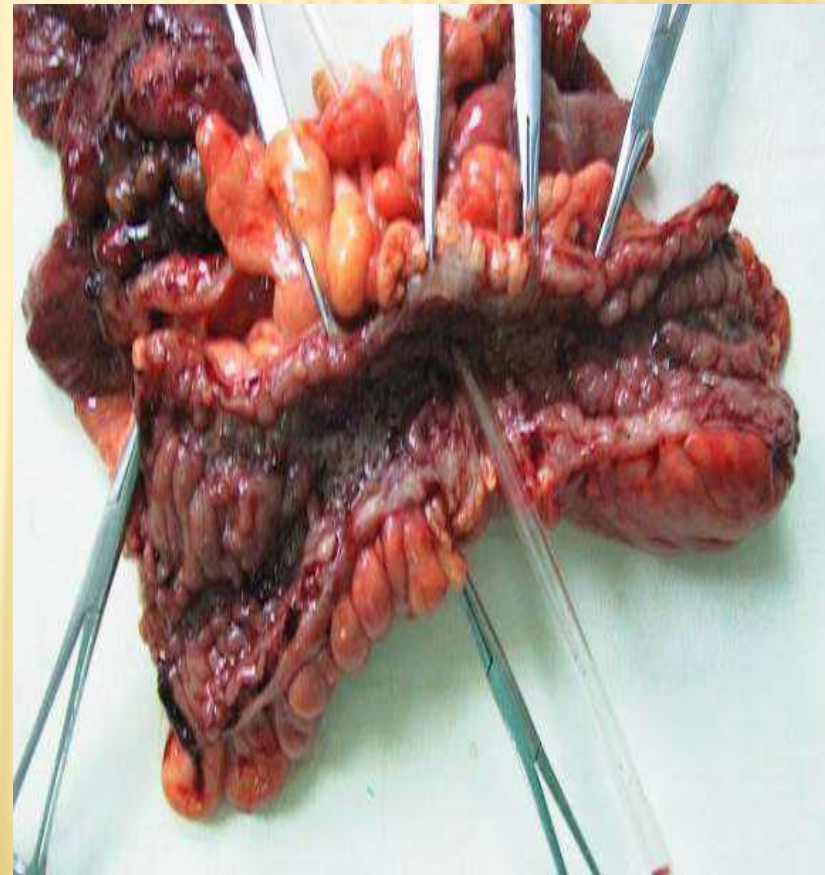
- perforația liberă a diverticulului în cavitatea abdominală
- eruperea abcesului perifocal în cavitatea abdominală
- ocluzia intestinală
- hemoragiile intestinale profuze

✘ PROGRAMATE

- infiltrat cronic persistent, care simulează o tumoră malignă
- fistulele colo-viscerale
- diverticulita cronică cu pusee acute frecvente
- diverticuloza manifestă, rezistentă la terapia conservatorie complexă

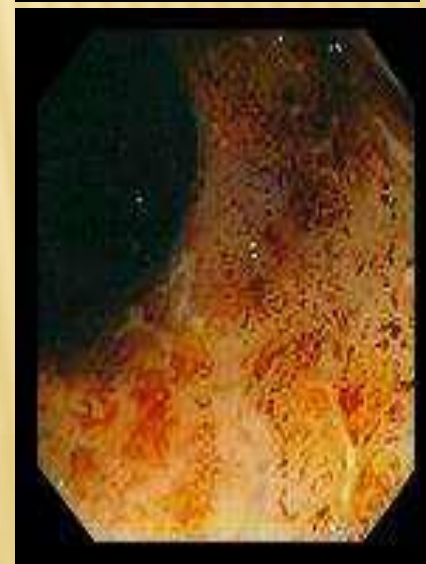
DIVERTICULOZA COLONULUI - INTERVENȚII CHIRURGICALE

- ✘ Rezecția colonului sigmoid cu anastomoză
- ✘ Rezecția laparoscopică a colonului sigmoid cu anastomoză mecanică
- ✘ Operația Hartmann
- ✘ Colectomie subtotală
- ✘ Colectomie totală
- ✘ Drenarea și sanarea abcesului parasigmoidian + sistem de lavaj local
- ✘ Colostomă biluminală «în amonte»
- ✘ Drenajul ecoghidat sau CT control a abcesului paracolic



RECTOCOLITA HEMORAGICA(SAU CUN)

- ✘ **Colita ulceroasă: afecțiune cronică inflamatorie idiopatică caracterizată prin inflamație difuză a mucoasei colonului și rectului cu progresare treptată proximală.**
- ✘ **Boala evoluează în pusee, caracterizată de emisii mucohemoragice întrerupte de perioade de remisie.**
- ✘ **Afectează mai frecvent populațiile anglo-saxone, dar este prezentă și în rest, cu predominare la tineri (16-40 ani), și cu ușoară predominanță la sexul feminin.**



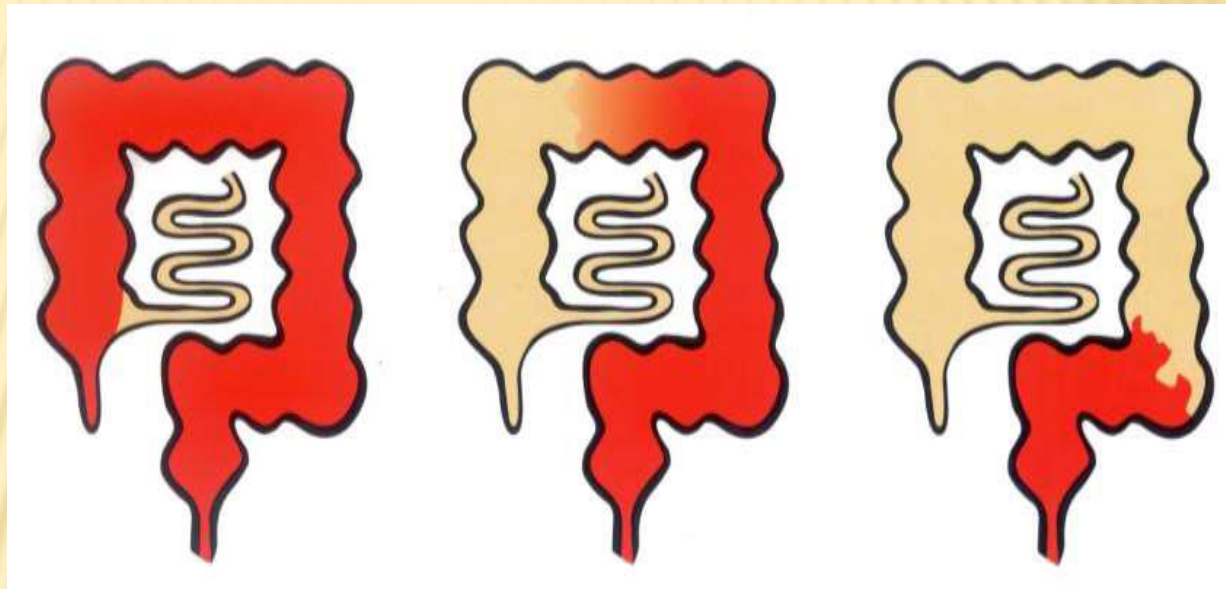
EPIDEMIOLOGIC

- ✘ În Republica Moldova se înregistrează nivelul relativ stabil al incidenței (3-4/100000 de locuitori) și prevalenței

RCH – ANATOMIE PATOLOGICA

- ✘ Leziunile colonului stîng și rectul sunt fixate în majoritatea din cazuri și cu scădere spre colonul drept . Ele cuprind circumferința colică simetric și nu lasă zone sănătoase.
- ✘ Implicarea peretelui colic începe la nivelul mucoasei și se menține timp îndelungat la acest nivel, fără a induce elemente de fibroză.
- ✘ Macroscopic, mucoasa colică apare ștearsă, acoperită cu granulații, ulcerații largi superficiale și confluențe (în formele acute) și coexistând cu pseudopolipi inflamatorii.

FRECVENȚA LOCALIZĂRII COLITEI ULCEROASE NESPECIFICE



PANCOLITĂ 18%

COLITĂ SUBTOTALĂ 28%

COLITĂ DISTALĂ 54%

CLASIFICARE

- ✘ a. după extinderea bolii: pancolită; colită subtotală ; colită distală.
- ✘ b. după gravitatea bolii: ușoară; medie; gravă.
- ✘ c. după evoluția bolii: atac primar ; cronică continuă . cronică recidivantă.

TABLOUL CLINIC

Clinic, maladia apare ca o suferință de lungă durată, cu pusee acute și întrerupte de perioade de remisie

- debutul este de obicei brutal, de multe ori legat de un șoc afectiv și caracterizat de evacuări rectale importante de sânge, amestecate cu fecale lichide sau păstoase.
- în funcție de importanța puseului apar febră, astenie și alterarea stării generale.
- la palpare, abdomenul este suplu, dar dureros pe cadrul colic.
- tușeul rectal nu remarcă modificări de perete, dar arată întotdeauna prezența sângelui.

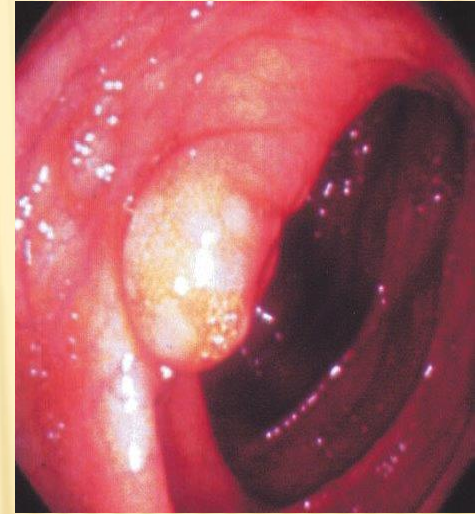
DIAGNOSTIC RCH

- ✘ **Imaginile radiologice arată în funcție de vechimea bolii :**
 - **dispariție parțială sau totală a haustrației colice ;**
 - **aspect tubular cu diminuarea calibrului și scurtarea zonelor afectate ;**
 - **anomalii de contur;**
 - **lipsa de omogenitate a colonului cu aspect marmorat sau pseudopolipoza**

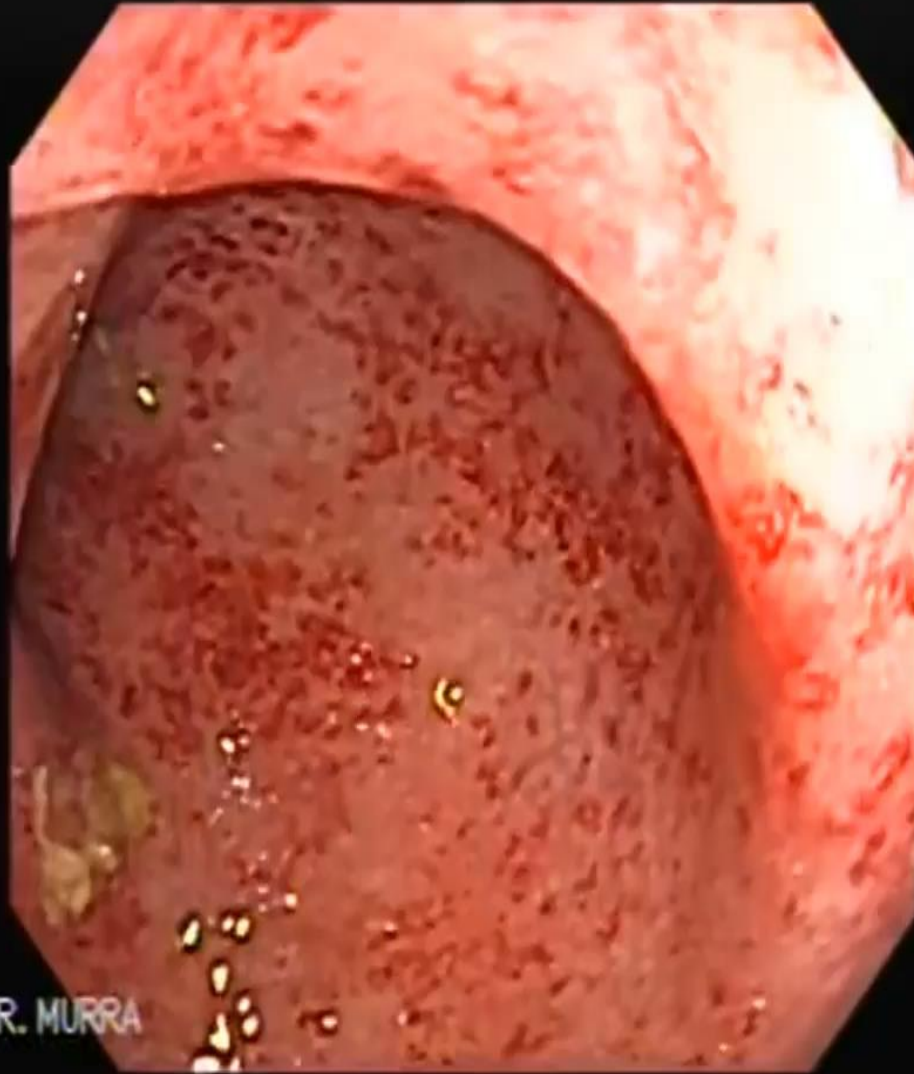


DIAGNOSTIC RCH

- ✘ ***Rectosigmoidoscopia* si *colonoscopia***, relevă – metode decisive in plan diagnostic.
- ✘ Ele arată mucoasa roșie, congestivă, cu secreții sangvinolente și depozite purulente, ulcerații.
- ✘ În formele cu evoluție îndelungată apar pseudopolipi însoțind scleroza peretelui rectocolic.



FCS



DR. MURRA

TRAMTAMENT RCH

- ✘ *a. Medical* urmărește limitarea și răirea puseelor de activitate prin viză locală și generală.
- ✘ SALOFALK – 0,5 ³/₄ ori pe zi (SULFOSALAZINA) (INCLUSIF MICROCLIZME)
- ✘ PROBIOTICE (LACIDOFIL, OPEFERA, LINEX ...)
- ✘ HEMOSTATICE (ETAMZILAT, CaCl₂)
- ✘ GLUCOCORTICOIZI (PREDNISOLONA DE LA 60MG/24 ORE)
- ✘ ANTIBIOTICOTERAPIE (Metradgili, Ceftriaxon, Ciprinoli)
- ✘ LOPERAMIDA
- ✘ Corectie volemică, hematică, dezintoxicare.

TRATAMENT CHIRURGICAL RCH

Indicații operatorii de urgență

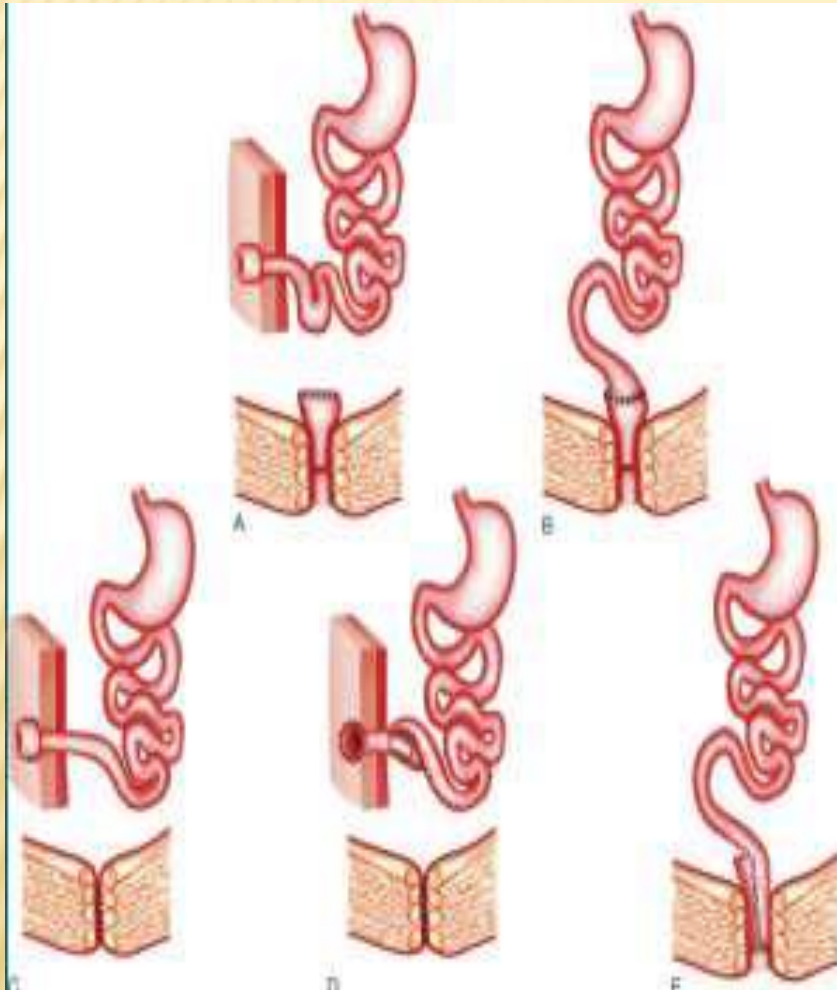
- ✘ Megacolonul toxic
- ✘ Perforația liberă a colonului
- ✘ Hemoragia colonică necontrolată
- ✘ Colita ulceroasă fulminantă

TRATAMENT CHIRURGICAL RCH

Indicații operatorii electiv

- Eșuarea tratamentului medicamentos
- Efectele adverse a tratamentului medicamentos
- Malignizare
- Stricturile de colon
- Manifestările extraintestinale grave
- Retardul fizic la copii

OPERAȚII PRACTICATE ÎN CUN

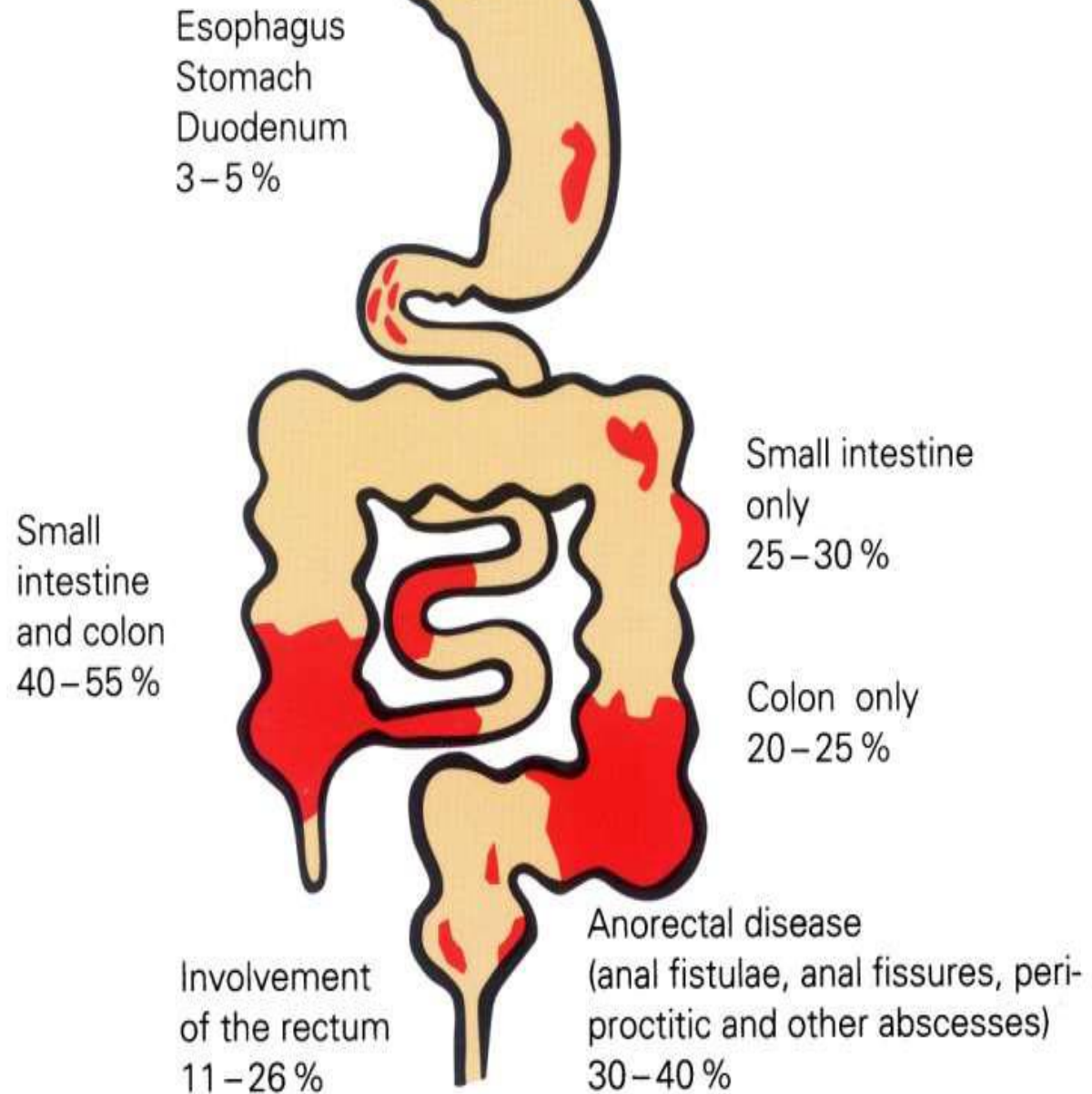


- ✘ A. Colectomie subtotală și ileostomie terminală tip Brooke
- ✘ B. Colectomie subtotală cu ileorectoanastomoză
- ✘ C. Proctocolectomie totală cu ileostomie terminală tip Brooke
- ✘ D. Proctocolectomie totală cu ileostomie continentă parietală tip Koch
- ✘ E. Proctocolectomie restorativă cu ileoanoanastomoză și rezervor ileal pelvin în «J»

BOALA CROHN

- ✘ Afectarea colică este găsită la circa $\frac{1}{4}$ din cazuri, asociate frecvent leziunilor ileale, în 30% din cazuri afectat fiind colonul drept.
- ✘ Leziunile colice segmentare sunt separate de porțiuni de organ sănătos, totuși în jumătate din cazuri tot colonul putând fi afectat.
- ✘ Formele rectale pure sunt foarte rare ceea ce impune un control sistemic al întregului colon.
- ✘ BC reprezintă un potențial remarcabil de complicații intestinale (stenoze, fistule) și extraintestinale.

BOALA CROHN



SEMNE CLINICE

- ✘ La examenul clinic pot fi apreciate **mase tumorale** cu aspect inflamator, **fistule parietale** si **leziuni fistuloase ano-perianale**.
- ✘ Există si manifestări asociate ca :
 - articulare-artrite,sacroileite;
 - cutanate-eritem nodos;
 - oculare-irite,conjunctivite

MANIFESTĂRI CLINICE - BC

Simptomele caracteristice BC **intestin subtire**: *diaree + durere abdominala + scadere ponderala + stare subfebrila*

Simptomele caracteristice BC **colonice**: diaree + HDI + durere abdominala ± stare subfebrila ± scadere ponderala ± manifestari perianale & extraintestinale

Simptomele caracteristice BC localizata la **tractul digestiv superior**:

- disfagie, scadere ponderala
- sindrom dispeptic (durere/disconfort epigastric, greata, varsaturi)

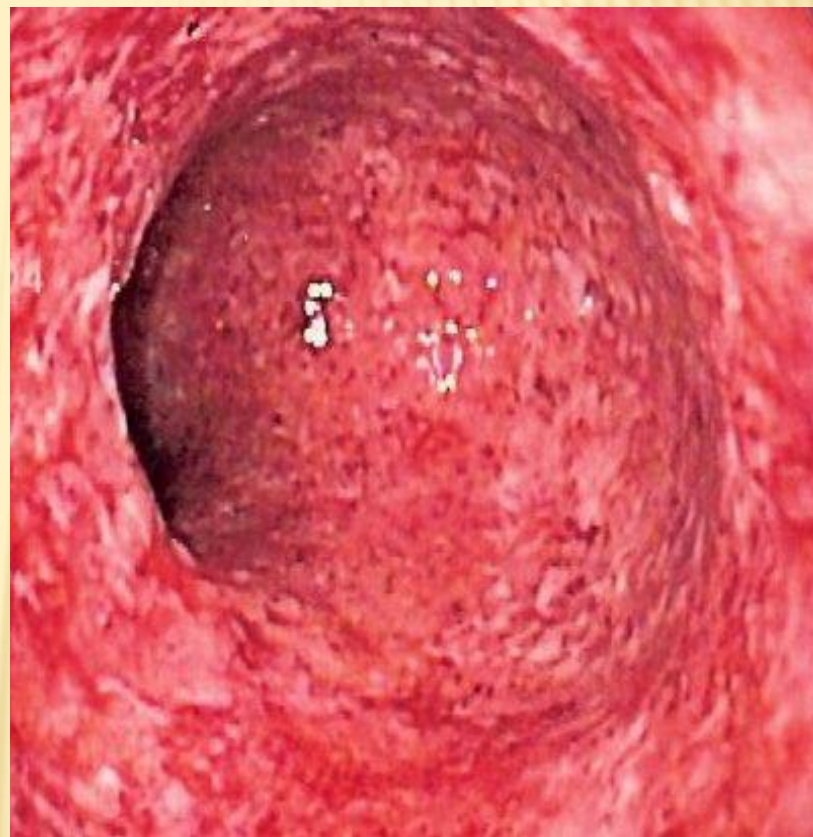
BC (CU AFECTARE PERIANALĂ)



IMAGISTIC

- ✘ *irigografia* - imagini lacunare si ulceratii, în evolutie acestea luând aspect de buton de cămasă si apoi fistuloase. În stadii tardive apar stenoze
- ✘ *rectoscopia* - ulceratii ovalare sau neregulate pe mucoasă sănătoasă.
- ✘ *biopsia* - aspectele anatomopatologice caracteristice.
- ✘ *colonoscopia* - leziunilor mici, la debut.

ENDOSCOPIC



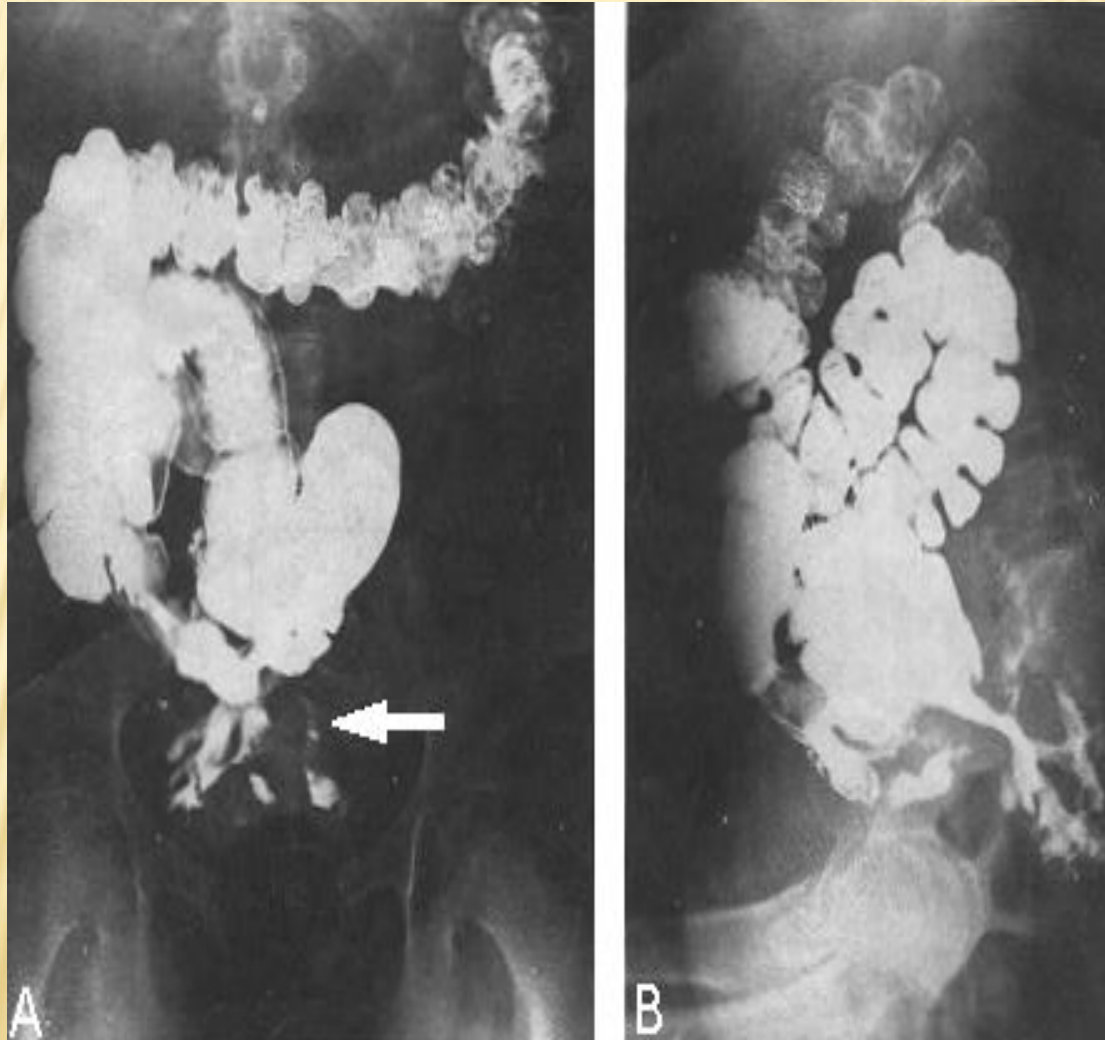
ENDOSCOPIC



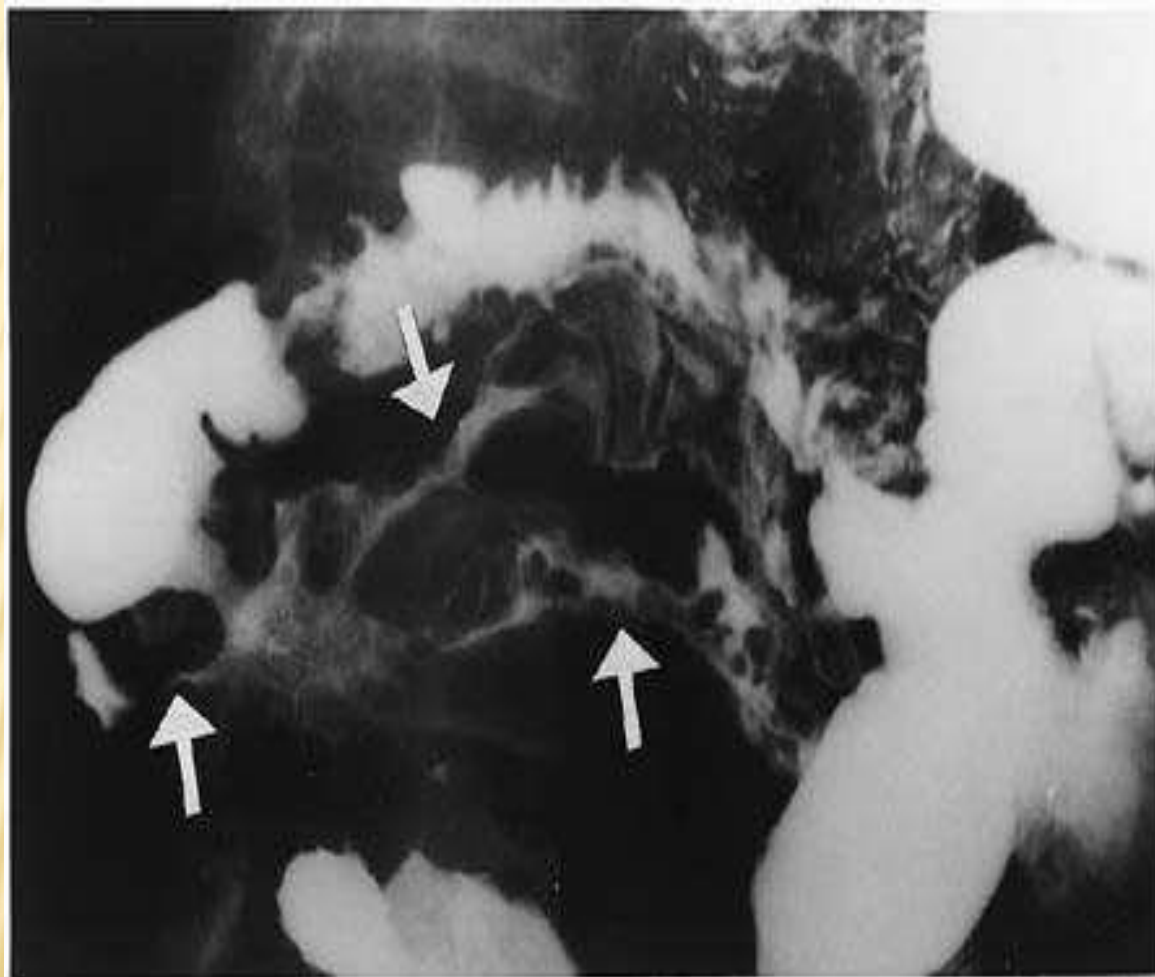
FISTULA COLONICA



IRIGOGRAFIE

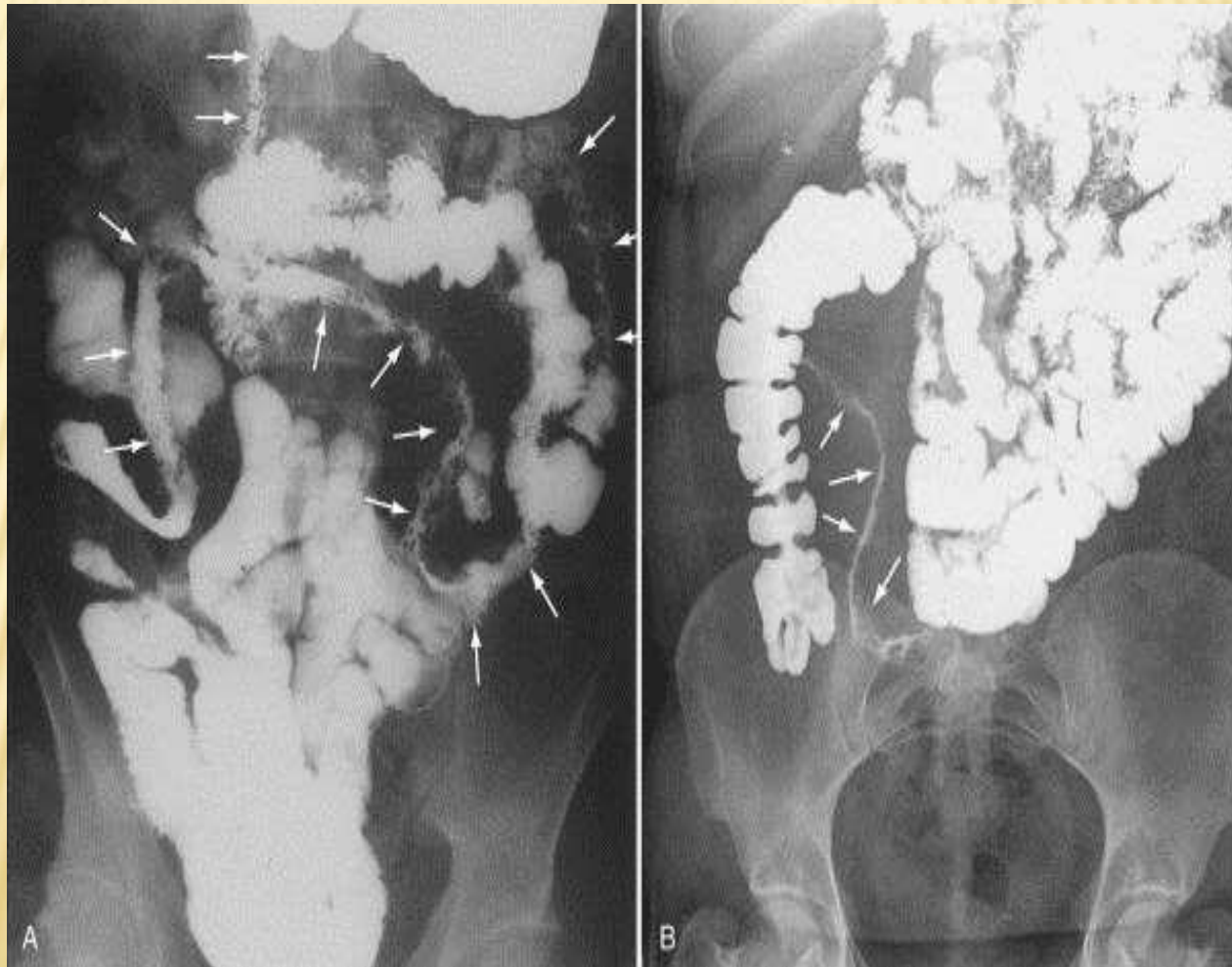


IRIGOGRAFIE



IRIGOGRAFIE

Stenoze în boala Crohn



COMPLICATII INTESTINALE CUN ȘI BC

- × 1. HDI severă
- × 2. Megacolon toxic
- × 3. Perforația intestinală - peritonită
- × 4. Stenozele (BC)
- × 5. Fistule și abcese (BC)
- × 6. Manifestări perianale (BC)
- × 7. Cancerul colorectal

COMPLICAȚII EXTRAINTESTINALE CUN ȘI BC

- × Perianale: fisuri, fistule, abcese
- × ■ Reumatologice: artrită periferică, sacroileită, spondilită
- × anchilozantă, periostită, artrite septice
- × ■ Osoase: osteopenie, osteoporoză, osteomalacie
- × ■ Dermatologice: eritem nodos, pioderma gangrenosum
- × ■ Oculare: uveită, episclerită
- × ■ Renale: nefrolitiază (oxalică)
- × ■ Amiloidoză hepatică și renală
- × ■ Hepatobiliare: colangită sclerozantă primitivă (CSP), litiază biliară
- × ■ Manifestări tromboembolice - status hipercoagulant
- × ■ Manifestări vasculitice – vasculită granulomatoasă

TRATAMENT BC

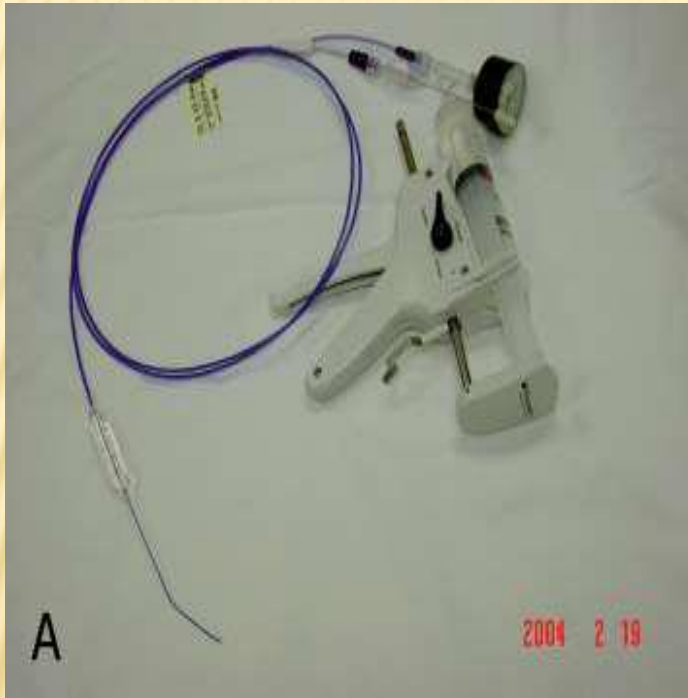
- ✘ Tratatamentul bolii Crohn este in principal medicamentos, chirurgia fiind de obicei rezervata pentru complicatii (fistule, abcese, ocluzii).
- ✘ Medicamentele:
 - ✘ antiinflamatorii : sulfasalzina
 - ✘ corticoterapie
 - ✘ imunosupresoare : azatioprina, mercaptopurina, metrotrexat, ciclosporina).
 - ✘ antispasmodice, sedative si uneori antibiotice

DILATAȚIA STRICTURILOR INTESTINULUI ÎN BOALA CROHN

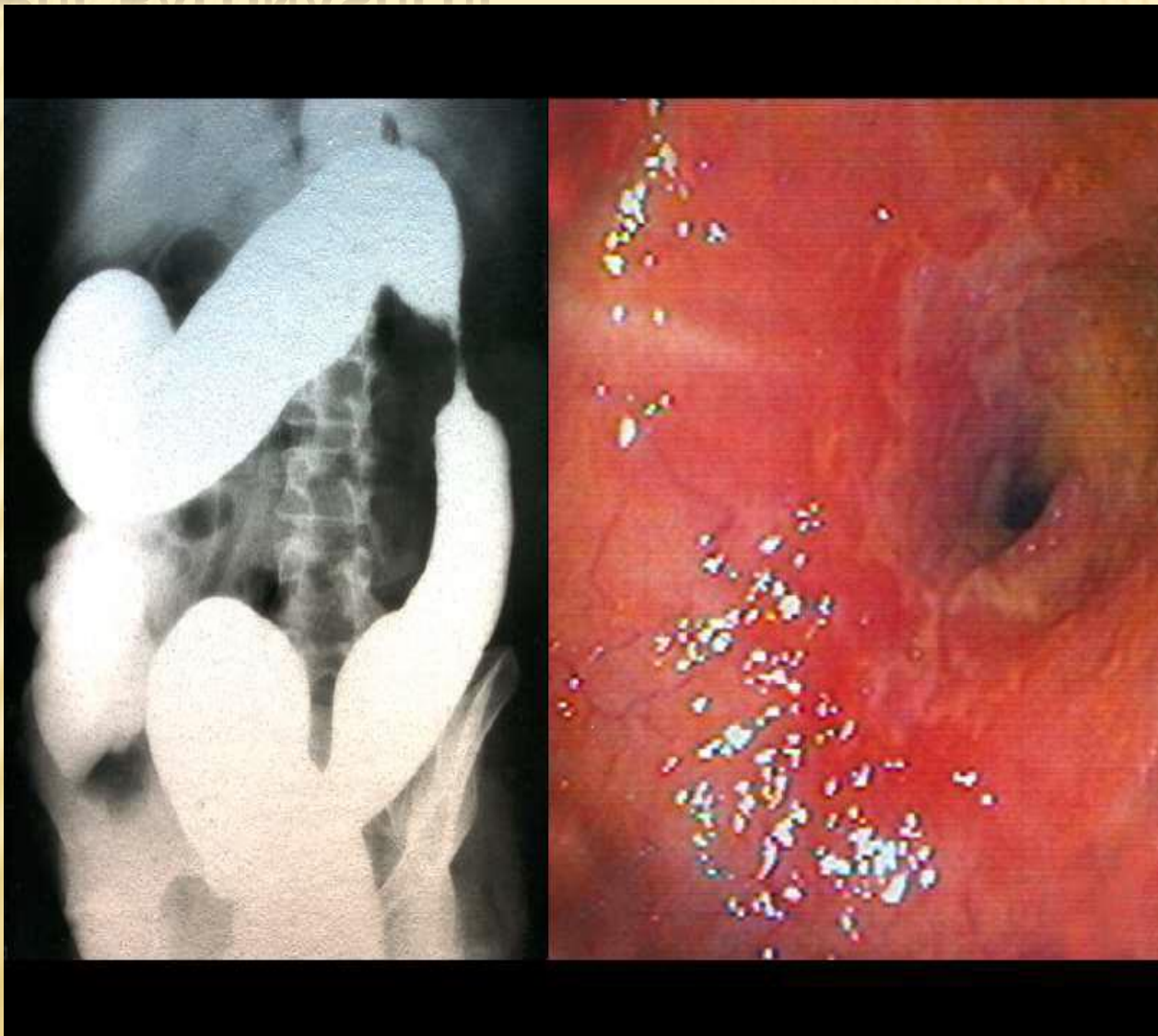
Stricturile pot fi abordate endoscopic în următoarele cazuri:

- × Sunt accesibile endoscopic
- × Prezența rezecțiilor multiple de intestin în anamneză
- × Stricturile mai scurte de 5 cm lungime
- × Se va completa cu injecția steroizilor în cazurile de inflamație pronunțată

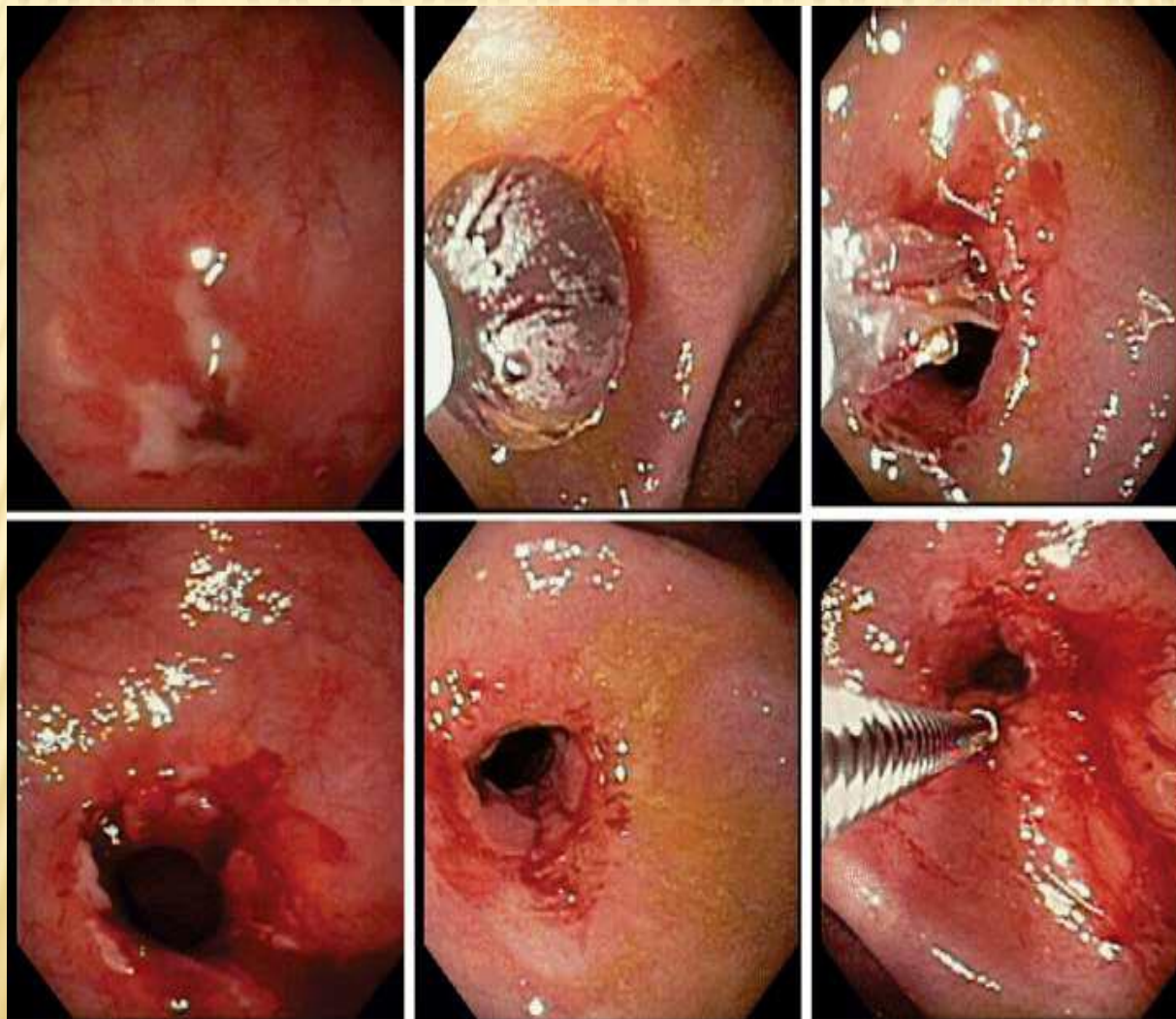
DILATAȚIA ENDOSCOPICĂ A STRICTURILOR CU AJUTORUL BALONAȘULUI



DILATAȚIA ENDOSCOPICĂ A STRICTURILOR CU AJUTORUL BALONAȘULUI

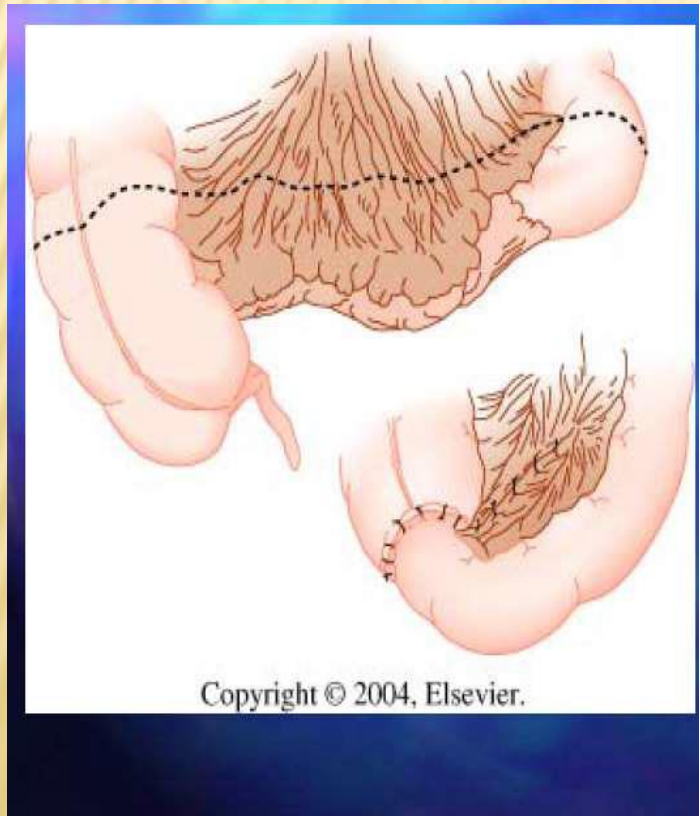


INJECTAREA CORTICOSTEROIZILOR IN STRICTURILE COLONULUI DUPĂ DILATAȚIE

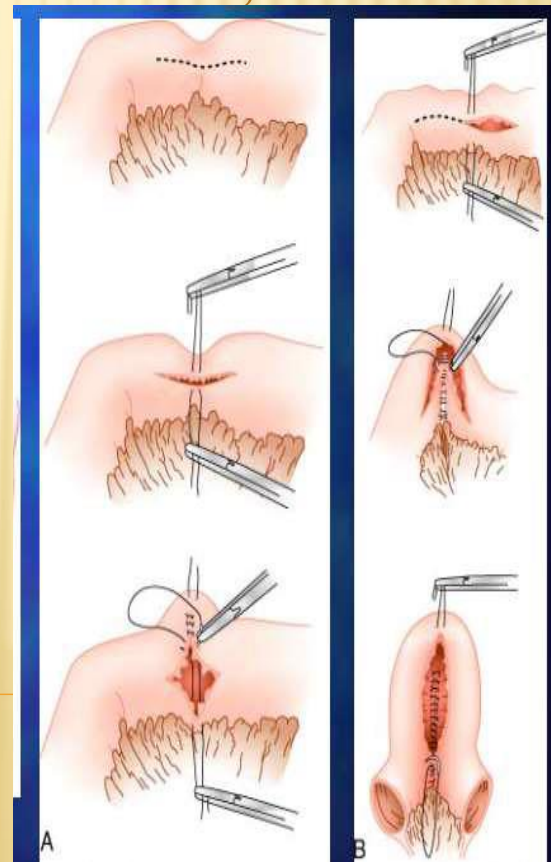


CHIRURGIA STRICTURILOR INTESTINALE ÎN BOALA CROHN

A. STRICTURI PRELUNGITE (> 6 CM) REZECTII SEGMENTARE CU ANASTOMOZA



B. STRICTURI SCURTE (< 6 CM) STRICTUROPLASTII TIP MIKULICH, FINNEY



POLIPI ȘI POLIPOZELE COLONULUI

TIPURI DE POLIPI AI COLONULUI

- ✘ **Polip epitelial:** formațiune tumorală intraluminală, pediculată sau sesilă, dezvoltată în peste 95% din cazuri din epiteliul intestinal.
- ✘ **Polip nonepitelial:** în <5% din cazuri țesutul de origine poate fi țesutul conjunctiv (lipom, leiomiom) sau asocierea proliferării epiteliale cu țesut conjunctiv – hamartoame.
- ✘ **Polip inflamator:** polipi reactivi (frecvenți în RUH) alcătuiți în special din țesut de granulație. (pseudopolipi – nu au tendință la malignizare).

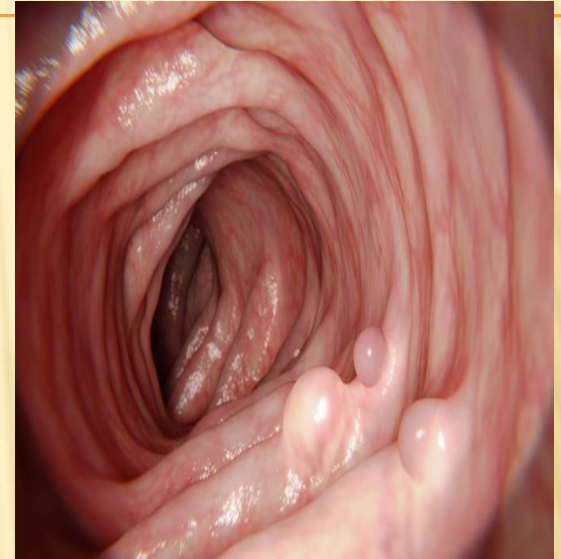


POLIPI ȘI POLIPOZELE COLONULUI

CLASIFICARE

După număr.:

- ✘ Polipul solitar;
- ✘ Polipii multipli (cel puțin 2, sincroni);
- ✘ Polipoză colonică difuză
 - dezvoltare aberantă, frecvent interesează rectul;
 - are de obicei transmitere ereditară.



POLIPI

- ✘ **Polipii tubulari** sunt mici, rar depasesc 1 cm in diametru, sunt pediculati cu o structura bine organizata si suprafata neteda.
- ✘ **Polipii tubulo-vilosi** reprezinta o forma de tranzitie, cu pedicul mai scurt si suprafata NEREGULATA.
- ✘ **Polipii vilosi** sun formatiuni mari de consistenta moale, cu diametru mai mare de 1 cm, dar in 50% din cazuri mai mare de 3 cm, sangerand usor la atingere, RISC MAJOR DE MALIGNIZARE.

FACTORI FAVORIZANȚI:

- × ■ Alimentari (abuzul de carne, grăsimi și glucide rafinate);
- × ■ Inflamatori (origine virală, RUH, Crohn, etc);
- × ■ Alergici;
- × ■ Ereditari (în adenomatoze predispoziție genetică ↑);
- × ■ Anomalii genetice (polipoza juvenilă, hamartoame).

Polip adenomatos → Cancer (1-5%) – 10-15 ani de evoluție;

Adenomul vilos → Cancer (50%).

POLIPII ȘI POLIPOZELE COLONULUI

TABLOUL CLINIC

- ✗ ■ Polipii < 2 cm – asimptomatici – diagnostic întâmplător (*irigoscopii, colonoscopii*)
- ✗ ■ Hemoragia digestivă (ocultă, rectoragie, hematokezie)
- ✗ ■ Sindrom dureros abdominal – difuz, colici;
- ✗ ■ Tulburări de tranzit (diaree, scaune mucoase, obstrucție);
- ✗ ■ Pierderi ponderale, retard fizic la adolescenți.

Complicații:

- ✗ ● HDS, HDI semnificativa;
- ✗ ● Subocluzie-ocluzie (invaginație);
- ✗ ● Degenerare malignă.

POLIIPI ȘI POLIPOZELE COLONULUI

DIAGNOSTIC PARACLINIC

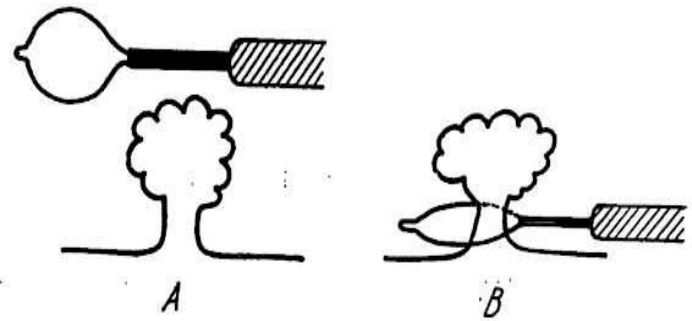
Paraclinic:

- × ■ RX – irigoscopia + insuflație de aer (proba Fisher): defecte de umplere rotund-lacunar (în cocardă) sau pete opac baritate persistente;
- × ■ Fibrocolonoscopia (mărime, localizare, caractere + biopsieexcizie);
- × ■ Ecografia abdominală, hepatică;
- × ■ Laborator: sdr. anemic, ↓ proteinelor, marker .

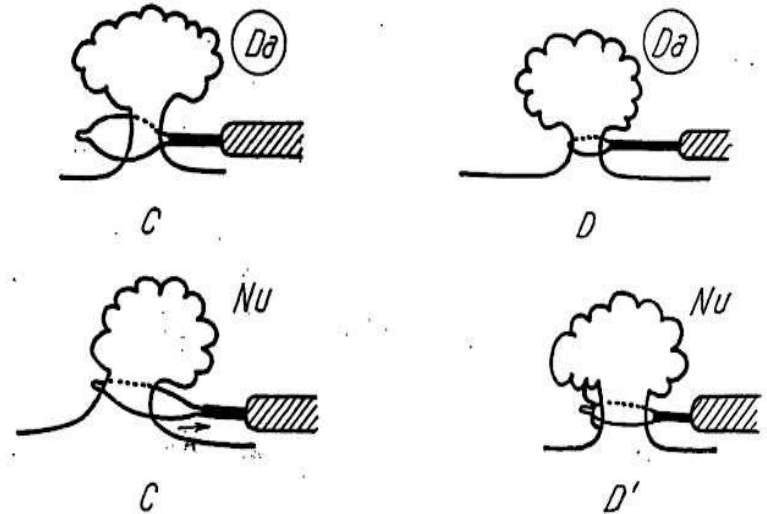


POLIPECTOMIA ENDOSCOPICĂ

I. LĂȘOIZAREA POLIPLULUI



II. STRÎNGEREA ANSEI



III. SECȚIONAREA PEDICOLULUI

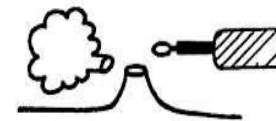
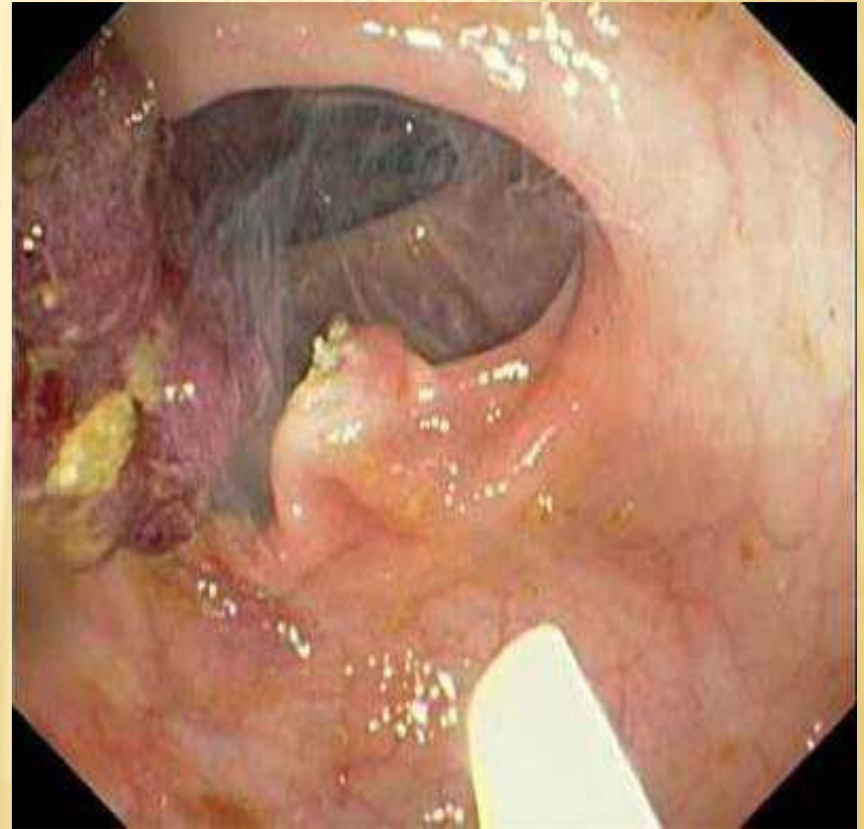
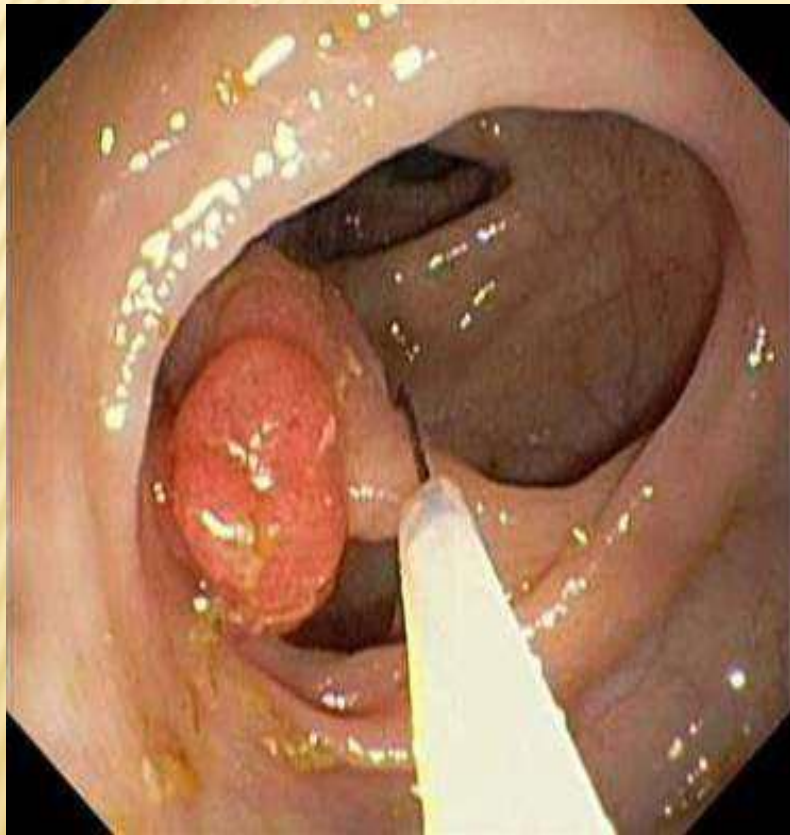


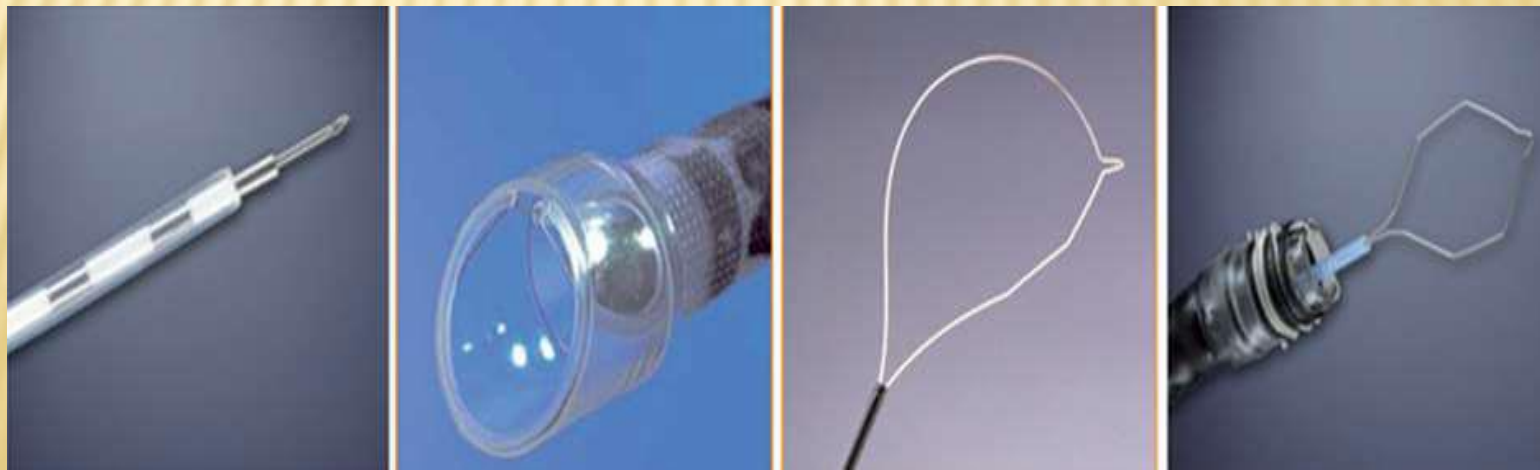
Fig. VII.17. — Polipectomia poliipilor pediculați: A) Ansa se deschide în spatele poliipului; B) Plasarea ansei pe pedicul se va face cât mai mult prin manevrarea endoscopului, retragerea și rotirea sa. C) Stringerea ansei în partea cea mai îngustă a pediculului se va face numai după ce extremitatea tubului de plastic, în care se găsește ansa, se plasează bine pe pedicul, evitându-se situația din C' prin care se înclină poliipul. D) Gradul de închidere al ansei trebuie bine apreciat având grijă ca să nu se prindă o parte din corpul poliipului în ansă ca în D'.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC PC



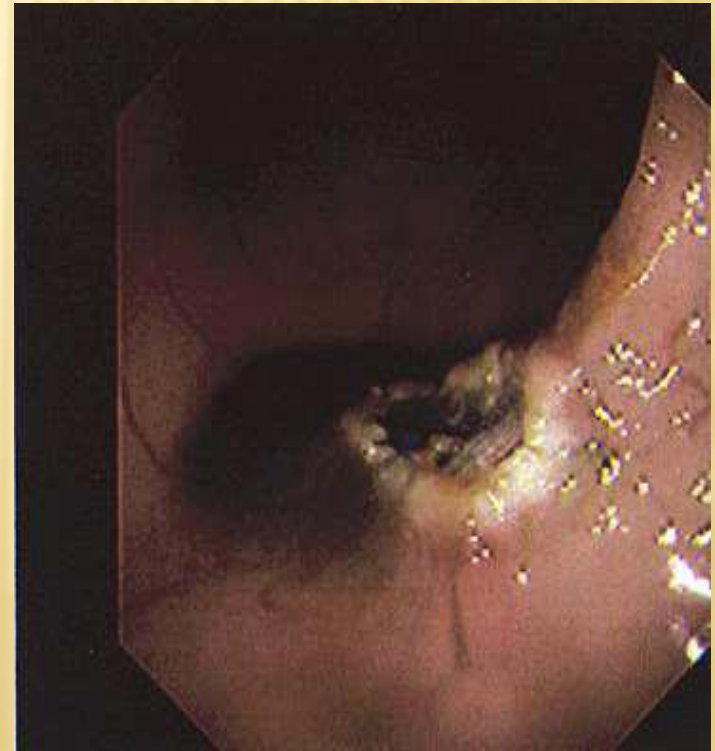
POLIPECTOMII

- ✗ ■ Polipii mici de până la 5 mm pot fi îndepărtați prin biopsii repetate, așa-numita biopsie-exereză.
- ✗ ■ Pentru polipii de 5-8 mm se poate folosi și pensa de biopsie „caldă” hot biopsy.
- ✗ ■ Polipii sesili cu baza de implantare mai mare de 1,5-2 cm la care există riscul perforației pot fi secționati în tranșe, fie injectarea submucos de ser fiziologic pentru ridicarea polipului, tehnica denumită mucozectomie.
- ✗ ■ În prezent este utilizată tehnica de aspirare, prin folosirea de canule prin material plastic fie aplicarea de benzi elastice.



POLIPECTOMIA ENDOSCOPICĂ

- ✘ Cromoendoscopie urmată de disecția endoscopică submucoasă (DES)



TRATAMENTUL POLIPOZELOR

- ✘ REZECTII
SECTORALE
- ✘ HEMICOLECTOMII
- ✘ COLECTOMII
SUBTOTALE
- ✘ COLPROCTECTOMII



MEGACOLONUL

INTRODUCERE

Definiție

- ✘ **Megacolonul** este o dilatare anormala a colonului, care nu este cauzata de obstrucție mecanica. Acest lucru duce la hipertrofia colonului. Dilatarea este adesea însoțită de o paralizie a mișcărilor peristaltice ale intestinului. În cazuri mai extreme, fecalele se consolidează în mase dure în interiorul colonului, numite fecaloame
- ✘ Colonul uman este considerat anormal mărit dacă are un diametru mai mare de 12 cm în cecum, mai mare de 6,5 cm în regiunea rectosigmoidă și mai mare de 8 cm pentru colonul ascendent. Colonul transvers are de obicei mai puțin de 6 cm în diametru.



CLASIFICARE



Acut

Tipuri
de
megaco
lon

Toate cazurile de megacolon acut
sunt dobândite

Cronic

Poate fi dobândit sau congenital

ETIOLOGIE

- Megacolon congenital sau aganglionic
- Megacolon dobândit, dintre care există mai multe cauze posibile:
 - Megacolon idiopatic
 - Megacolon toxic
 - Megacolon secundar infecției
 - Clostridium difficile
 - Trypanosoma cruzi (boala Chagas)
 - Alte boli neurologice, sistemice și metabolice

PATOGENEZĂ

Înteruperea inervației sau obstacolele
mecanice

Expansiune bruscă și o dilatare a
secțiunilor situate deasupra.

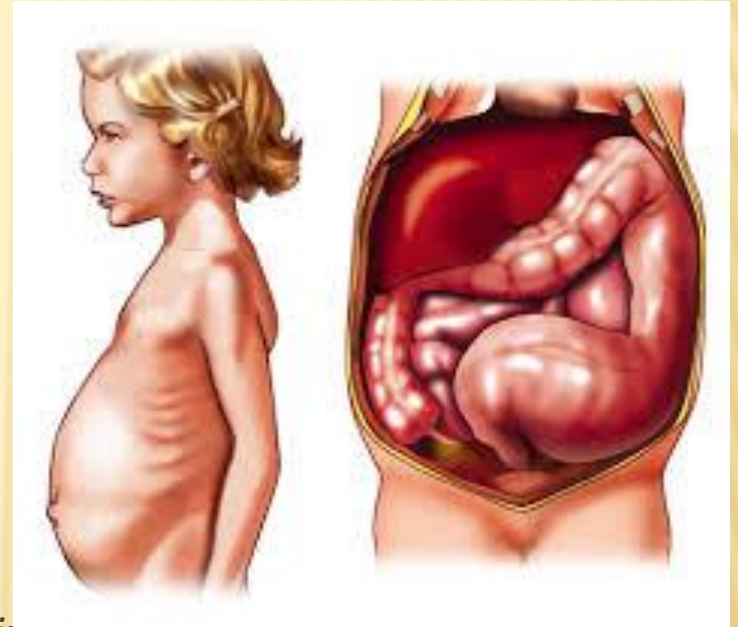
Activarea peristaltismului și hipertrofia secțiunilor superioare

Necroza fibrelor musculare hipertrofiate și înlocuirea acestora cu țesut conjunctiv

Mișcarea conținutului intestinal încetinește,
apare constipație prelungită, dezvoltarea
disbacteriozei și a intoxicației fecale

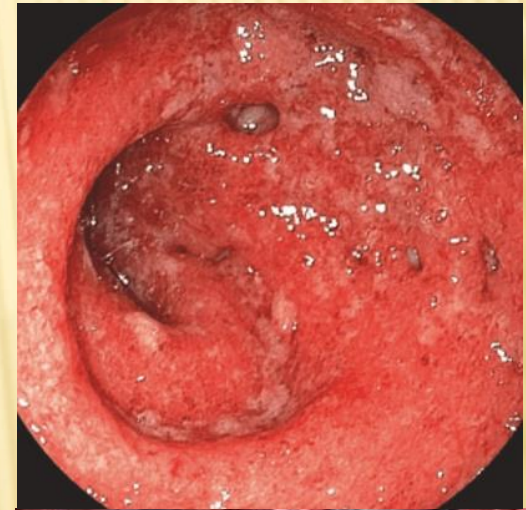
TABLOU CLINIC

- **Semnele și simptomele externe sunt:**
- *constipație de foarte lungă durată,*
- *balonare abdominală,*
- *sensibilitate abdominală și timpanie,*
- *durere abdominală,*
- *palparea maselor fecale dure*
- *în megacolon toxic, febră, potasiu scăzut din sânge, tancardie și poate duce la șoc.*
- **Ulcerule stercorale sunt uneori observate la megacolonul cronic, care poate duce la perforarea peretelui intestinal în aproximativ 3% din cazuri, ducând la sepsis și risc de deces.**



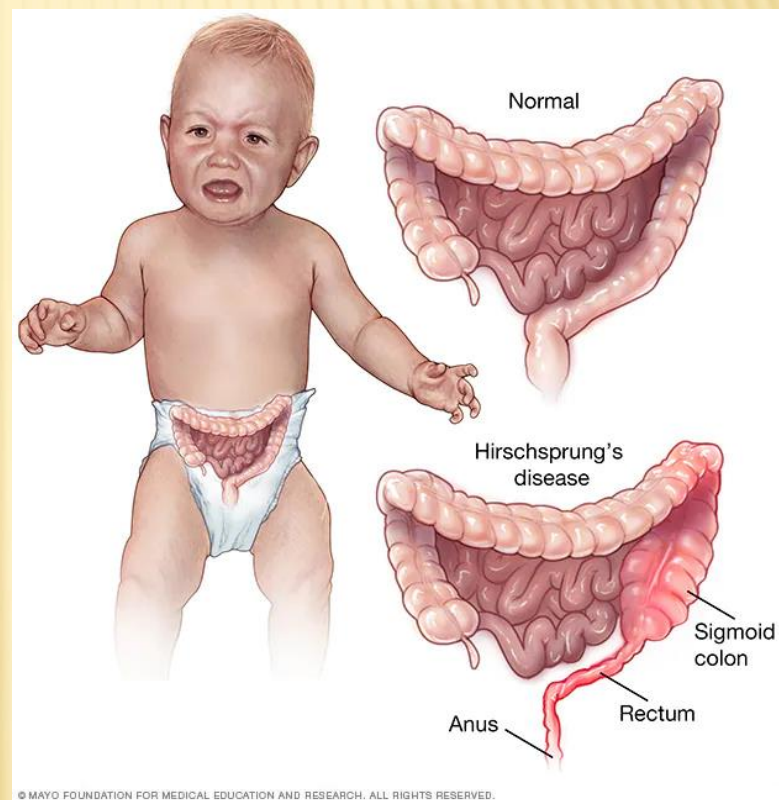
COMPLICAȚII

- Complicațiile frecvente ale megacolonului sunt disbioza și dezvoltarea obstrucției intestinale acute.
- Odată cu disbioza în intestin, se dezvoltă inflamația secundară, apare ulcerarea membranei mucoase, care se manifestă prin diaree „paradoxală”.
- Dezvoltarea obstrucției intestinale este însoțită de vărsături incoercibile și dureri abdominale, în cazuri severe - perforarea colonului și peritonită fecală.
- Cu volvulus sau nodularitate a intestinului, poate apărea obstrucție intestinală strangulată.



MEGACOLON AGANGLIONIC

- Numită și boala Hirschsprung, este o tulburare congenitală a colonului în care celulele nervoase ale plexului mienteric din pereții săi, cunoscute și sub denumirea de celule ganglionare, sunt absente.
- Este o tulburare rară (1: 5.000), prevalența în rândul bărbaților fiind de patru ori mai mare decât cea a femeilor.
- Boala Hirschsprung se dezvoltă la făt în primele etape ale sarcinii.
- O predispoziție genetică la boala Hirschsprung a fost legată de cromozomul 13, în cazul în care o mutație greșită într-o regiune ultraconservată afectează funcționalitatea receptorului W276C. Cu toate acestea, alte șapte gene par a fi implicate.
- Dacă nu este tratat, pacientul poate dezvolta enterocolită.



MEGACOLONUL TOXIC

- Megacolonul toxic se observă în principal în colita ulcerativă și colita pseudomembranoasă, două inflamații cronice ale colonului (și ocazional, în celălalt tip de boală inflamatorie intestinală, boala Crohn).
- Mecanismul său este înțeles incomplet. Probabil se datorează producției excesive de oxid nitric, cel puțin în colita ulcerativă. Prevalența este aproximativ aceeași pentru ambele sexe.
- La pacienții cu HIV / SIDA, colita citomegalovirusului (CMV) este principala cauză a megacolonului toxic și a laparotomiei de urgență. CMV poate crește, de asemenea, riscul de megacolon toxic la pacienții non-HIV / SIDA



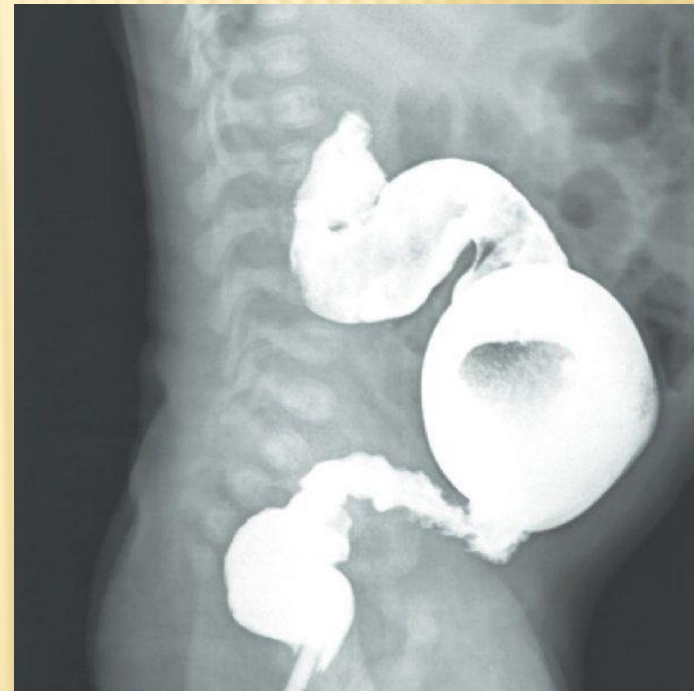
DIAGNOSTIC

- La diagnosticarea megacolonului, sunt luate în considerare datele despre simptomele clinice, examenul fizic, rezultatele diagnosticelor cu raze X și endoscopice, testele de laborator (fecale pentru disbioză, coprogramele, histologia).
- În timpul examinării de către proctolog, se relevă un abdomen mărit, asimetric.
- La palpare, buclele intestinale umplute cu fecale au o consistență aluată, iar în cazul pietrelor fecale, acestea sunt dense.
- În megacolonul, se remarcă simptomul „argilei” - apăsarea cu degetele pe peretele abdominal anterior lasă urme de depresie pe el.



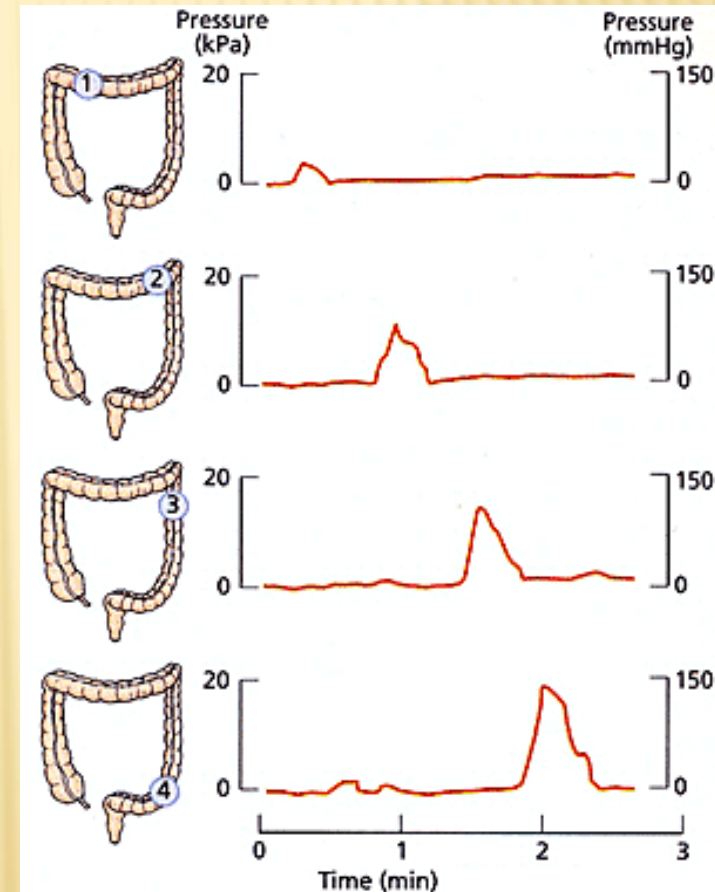
DIAGNOSTIC

- Radiografia simplă a cavității abdominale cu megacolon dezvăluie bucle intestinale umflate și dilatate, o cupolă înaltă a diafragmei. Irigoscopia radiopacă vă permite să determinați zona aganglionică - zona de îngustare a colonului cu extinderea secțiunilor sale deasupra, netezimea conturilor lor, absența plierii și a haustrei.
- Cu ajutorul sigmoidoscopiei și colonoscopiei, se examinează intestinul gros și se efectuează o biopsie endoscopică transanală.



DIAGNOSTIC

- Manometria anorectală cu megacolon este necesară pentru a evalua reflexul rectal și diferențierea megacolonului congenital și dobândit. Conservarea reflexului indică intactitatea ganglionilor și absența bolii Hirschsprung.
- Diagnosticul diferențial pentru megacolon se efectuează cu tumori de colon, colită cronică, sindrom de colon iritabil, boală diverticulară și constipație obișnuită cauzată de fisuri anale.



TRATAMENT

Cu o stare compensată și subcompensată a pacientului, precum și cu forme anorganice de megacolon, se adoptă un tratament conservator.

O dietă bogată în fibre

Masaj abdominal

Preparate bacteriene

Clisme (curățare, vaselină, hipertonică, sifon)

Electrostimulare a rectului

Preparate enzimatice

Terapie de exerciții

Modulatori ai motilității colonului

TRATAMENT



- În boala Hirschsprung, este necesar un tratament chirurgical - rezecția zonei aganglionice și a părții extinse a colonului, care se efectuează la vârsta de 2-3 ani. În cazul unui megacolon obstructiv, este necesară o colostomie de urgență și pregătirea pentru intervenția radicală.
- Tratamentul altor forme de megacolon constă în eliminarea cauzelor - obstacole mecanice (atrezie fistuloasă a anusului, stenoză cicatricială, aderențe), constipație cronică, hipovitaminoză, inflamație intestinală (colită, rectosigmoidită).
- Prognosticul este determinat de forma și etiologia megacolonului, corectitudinea volumului și metodei de intervenție.

