



DOI: 10.5281/zenodo.7306049

UDC: 616.346-089

PATOLOGIA RARĂ A CECULUI. REVISTA LITERATURII

THE RARE PATHOLOGY OF THE CECUM. LITERATURE REVIEW

Iurii Bazeliuc¹, d.ș.m., asistent universitar, Alin Bour¹, d.h.ș.m., profesor universitar

¹ Catedra Chirurgie nr. 5, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Obiective. Scopul articolului a fost de a analiza datele din sursele existente de literatură, referitor la patologia rară a cecului, care necesită tratament chirurgical.

Material și metode. Au fost studiate publicații științifice ce prezintă informații referitoare la patologia rară a cecului, tabloul clinic și tactica de tratament chirurgical a diferitor patologii rare de cec cu și fără de complicații. În calitate de surse au fost utilizate publicații internaționale prin intermediul bazelor de date online Google Scholar și PubMed. Cuvintele cheie utilizate la căutare au fost: "rare pathology of cecum", "cecum mass", "rare cecum inflammatory disease", "cecum bleeding", "cecum acute surgical disease".

Rezultate. Au fost identificate 58 publicații științifice ce relevă informații actuale referitor la tabloul clinic, metode de investigație și tratament a apendagitei acute, diverticulitei acute, necrozei peretelui intestinului orb, volvulusului cecului, endometriozei cecului, tiflizei neuropenice, invaginației cecului, varice de cec, traumatismelor lui, perforației spontane de cec, chistului dermoid al cecului, bolii Crohn.

Concluzii. În cazurile când tabloul clinic de apendicită acută nu corespunde cu cel morfologic, iar la revizia ileonului diverticulul Meckel lipsește, este necesar de a efectua revizia minuțioasă a cecului pentru a exclude apendagita și diverticulita acută a cecului, tiflita, invaginația, necroza peretelui cecului sau a perforației spontane de cec. Hemoragiile digestive inferioare de etiologie neidentificată necesită colonoscopie diagnostică pentru a exclude, de rând cu tumorile colonului, și surse mai rare de hemoragie digestivă inferioară: din varice, diverticul sau endometrioza cecului. Chistul dermoid, invaginația cecului, tiflita, boala Crohn a regiunii ileocecale pot mima plastronul apendicular sau neoplasmul cecului. Durerea în regiunea iliacă pe dreapta, la un pacient cu cancer hematologic, asociată cu neutropenie, va fi determinată de tiflita neutropenică, iar laparoscopia diagnostică va permite confirmarea diagnosticului.

Cuvinte cheie: patologie rară a cecului, tumoare a cecului, patologie inflamatorie rară a cecului, hemoragie cecală

Summary

Objectives. The purpose of the article was to analyze data from existing literature sources about the rare pathology of the cecum, which requires surgical treatment.

Material and methods. Publications have been studied, that present information about the rare pathology of the cecum, the clinical picture and the tactics of surgical treatment of various rare pathologies of the cecum with and without complications. Online databases Google Scholar and PubMed were used as sources for identification of international publications. The keywords used in the search were: "rare pathology of cecum", "cecum mass", "rare cecum inflammatory disease", "cecum bleeding", "cecum acute surgical disease".

Results. We identified 58 scientific publications that reveal current information about the clinical picture, methods of investigation and treatment of acute appendicitis, acute diverticulitis, necrosis of the cecum wall, cecum volvulus, cecum endometriosis, neuropenic typhlitis, cecum intussusception, varicose veins and trauma of the cecum, dermoid cyst of the cecum, Crohn's disease.

Conclusions. In cases where the clinical picture of acute appendicitis does not correspond to the morphological one and the diverticulum Meckel is missing at the revision of the ileum a thorough examination is necessary to exclude acute appendicitis and diverticulitis of the cecum wall, typhlitis, intussusception and necrosis of the cecum wall, spontaneous cecum perforation. Lower gastrointestinal bleeding of unidentified etiology requires diagnostic colonoscopy to rule out colon tumors and rarer sources of lower gastrointestinal bleeding: varicose veins and endometriosis of cecum. Dermoid cyst, cecum intussusception, typhlitis, Crohn's disease of the ileocecal region can mimic appendicular mass and cecum neoplasms. Pain in the right iliac region in a patient with hematologic cancer associated with neutropenia will be caused by neutropenic typhlitis, and diagnostic laparoscopy will confirm the diagnosis.

Keywords: rare pathology of cecum, cecum mass, rare cecum inflammatory disease, cecum bleeding

Introducere

Durerea localizată în regiunea iliacă dreaptă ne impune să ne gândim în primul rând la o eventuală apendicită acută, care se întâlnește la aproximativ 8-10% din populația lumii. Studiarea literaturii de specialitate denotă, însă, că există o gamă de patologii rare ale cecului care deseori pot mima apendicită acută, plastronul apendicular [1]. Cunoașterea particularităților tabloului clinic, metodelor de investigație și a tacticii de tratament a acestor patologii rare poate contribui

la ameliorarea rezultatelor tratamentului acestor patologii. Selectarea tacticii de tratament în funcție de caracterul patologiei rare a cecului ne va permite de a evita o intervenție chirurgicală în plus sau, din contra, nu vom pierde din timp și vom efectua o intervenție chirurgicală precoce [2].

Material și metode

Au fost studiate publicații științifice ce prezintă informații referitoare la patologia rară a cecului, tabloul clinic și tactica

de tratament chirurgical a diferitor patologii rare de cec cu și fără de complicații. În calitate de surse au fost utilizate publicații internaționale prin intermediul bazelor de date online Google Scholar și PubMed. Cuvintele cheie utilizate la căutare au fost: "rare pathology of cecum", "cecum mass", "rare cecum inflammatory disease", "cecum bleeding", "cecum acute surgical disease".

Rezultate

Apendagita acută

Apendicele epiploic este o formațiune rotundă ce conține țesut adipos, care este acoperit de peritoneum și este localizat pe partea antimezenterică a colonului, lângă tenia coli. Ele, deseori, pot fi depistate pe cec sau pe intestinul sigmoid, dar pot fi întâlnite oriunde pe traiectul colonului, cu excepția rectului [3]. Apendicele epiploic are o lungime de 0.5-5 cm și lățimea de 1-2 cm, și sunt mai mari pe partea stângă a colonului decât pe dreapta. Apendagita epiploică reprezintă o cauză rară a abdomenului acut și, în funcție de topografia acestuia pe parcursul colonului, poate mima patologia acută a colonului inclusiv apendicita acută [4]. Apendagita acută este o patologie acută inflamatorie a apendicelui epiploic, care apare ca rezultat al trombozei venoase și torsionii ultimului. Apendagita acută se întâlnește la 2-7% dintre pacienții cu diagnosticul prezumtiv de diverticulită acută și la 0.3-1% dintre pacienții cu suspjecție la apendicita acută [5]. În trecut, apendagita acută era o descoperire incidentală intraoperatorie, în zilele noastre scanarea prin tomografie computerizată (CT) este considerată standardul de aur în stabilirea corectă a diagnosticului. Semnele tomografice ale apendagitei acute denotă prezența a 2-3 formațiuni ovale cu hiperatenuare centrală datorită trombozei venoase, îngroșare a peritoneului și schimbărilor inflamatorii în țesutul adipos adiacent. Apendicele epiploic nu poate fi depistat la scanarea CT a abdomenului atunci când nu prezintă semne de inflamație [6]. Rezonanța magnetică este și ea utilă în aceste cazuri, dar este mai puțin studiată. Tratamentul apendagitei acute constă în utilizarea medicamentelor antiinflamatorii nesteroidiene timp de 5-7 zile. Utilizarea antibioticelor este controversată, mulți autori considerând că antibioticoterapia nu este obligatorie. Apendagita primară acută se tratează conservativ timp de 5-7 zile [7]. Rareori, atunci când are loc apariția unei ocluzii intestinale de origine aderentă, sau prin invaginarea apendicelui epiploid, a peritonitei sau abcedării lui, este necesar tratamentul chirurgical. În caz de apendagită acută secundară, inflamația apendicelui epiploic are loc din cauza răspândirii procesului inflamator de la organele situate în vecinătate (apendicită, diverticulită, colecistită, pancreatită). Tratamentul patologiei primare contribuie la lichidarea procesului inflamator în apendicele epiploic [8].

Diverticulita cecului

Diverticulii cecului reprezintă o patologie rară, de regulă asimptomatică, care se poate manifesta clinic prin complicații de ordin inflamator sau hemoragic. Diverticuloza cecului se întâlnește în 1 din 300 de apendicectomii [9]. Diverticulul solitar al cecului reprezintă o patologie congenitală și, de regulă, conține toate straturile cecului, adică, este un diverticul

adevărat. Preoperator este dificil de stabilit diagnosticul de diverticulită a cecului și de efectuat diagnosticul diferențial cu apendicita acută [10]. Wagner și Zollinger au stabilit diagnosticul preoperator de diverticulită a cecului la 5.3% din 318 pacienți [11]. În timpul operației este greu de diferențiat diverticulita de cec de adenocarcinomul cecului. Diverticulii cecului, spre deosebire de celelalte localizări pe colon, se întâlnesc, de regulă, la persoane tinere, de gen masculin, sunt solitari și se află în aproximativ 80% cazuri în regiunea valvei ileocecale. Diverticulii inflamați, situați pe peretele anterior al cecului, au tendință spre perforație și peritonită, iar cei situați pe peretele posterior, de obicei, formează un plastron inflamator. Cu toate că majoritatea autorilor consideră că diagnosticul este imposibil de stabilit preoperator, alți autori consideră că durata lungă a bolii, fără manifestări de grețuri, vomă, semne de intoxicație, pot fi semne ale diverticulitei cecului [12].

Nu există un standard al tacticii chirurgicale în caz de prezență a diverticulului de cec și diverticulitei cecului. Totuși, unii autori consideră că se va recurge la o simplă diverticulotomie în asociere cu apendicectomia atunci când diagnosticul nu are dubii și procesul inflamator nu depășește limitele ultimului [13]. Hemicolectomia pe dreapta este indicată atunci când diagnosticul stârnește dubii, sau procesul inflamator depășește limitele diverticulului, răspândindu-se pe peretele cecului [14].

Necroza peretelui cecului

Necroza izolată a peretelui cecului este o formă rară a colitei acute ischemice și o cauză rară a abdomenului acut chirurgical, și apare ca consecință a obstrucției aterosclerotice sau trombembolice a arterei cecului [15]. Această patologie se dezvoltă, de regulă, la persoanele în vârstă cu patologii cronice cardiace sau care au suportat un bypass cardiopulmonar, la pacienții care au avut stări de hipotensiune cauzate de traumă, pacienții care suportă chimioterapie sau hemodializa din cauza insuficienței renale cronice. Necroza cecului se manifestă clinic prin dureri în regiunea iliacă din dreapta, grețuri, vomă, febră și leucocitoză, ce imită tabloul clinic de apendicită acută [16].

CT a abdomenului relevă o îngroșare și hemoragie a peretelui cecului, tromboza arterei anterioare sau posterioare a cecului, pneumatoză, pneumoperitoneum, lichid liber intraperitoneal. Semnele CT ale necrozei izolate de cec nu sunt specifice, din care cauză laparoscopia diagnostică este binevenită în cazurile clinic dubioase și pentru stabilirea tacticii curative [17, 18].

Prezența necrozei izolate de cec este indicație pentru tratament chirurgical de urgență, rezecție parțială sau totală de cec, rezecție segmentară de colon sau hemicolectomie pe dreapta. Majoritatea autorilor consideră că hemicolectomia pe dreapta este indicată în caz de necroză izolată de cec, deoarece rezecția parțială este riscantă [19].

Necroza izolată de cec se poate dezvolta la pacienții în vârstă cu patologii asociate, cum ar fi, spre exemplu, insuficiența cardiacă cronică și insuficiența renală cronică [20].

Volvulusul cecului

Volvulusul cecului este o cauză rară a ocluziei intestinale

și are o rată de la 2.8 până la 7.1 pacienți la un milion de oameni anual, și constituie 1-1.5% din toate cazurile de ocluzie intestinală. Este pentru prima dată descris de Rokitsky în 1837 [21]. Volvulusul de cec apare ca rezultat al torsiunii axiale a cecului, porțiunii distale a ileonului și colonului ascendent. Factorii predispozanți care contribuie la apariția volvulusului de cec sunt: rotația incompletă a cecului și operațiile, în antecedente, la organele cavității peritoneale [22].

Pacienții cu volvulus de cec nu au semne clinice specifice acestei patologii și prezintă, de obicei, un tablou clinic de ocluzie intestinală înaltă. La unii pacienții cecul dilatat și balonat poate fi palpat. La pacienții cu volvulus cu prezentare fulminantă se determină durere abdominală severă, semne de iritare a peritoneului, deshidratare și instabilitate hemodinamică [23].

La radiografia panoramică a abdomenului se determină o distensie evidentă a unei anse a colonului, cu axa îndreptată spre epigastru sau rebordul costal stâng. Spre deosebire de volvulusul de colon, unde se determină câteva nivele hidroaerice, în volvulusul cecului se determină un singur nivel hidroaeric. La examinarea CT se determină o colecție focală rotunjită de intestin destins cu aer, cu cute haustrale în cadranul stâng de sus. La locul torsiunii cecului se determină o îngustare a ansei cecului sub formă de cioc de pasăre [24].

Tratamentul volvulusului de cec este chirurgical și depinde de schimbările morfologice în cec. În caz de gangrenă a cecului se efectuează rezecția cecului, iar în cazurile când schimbările patomorfologice în cec lipsesc se efectuează detorsionarea cecului și pexia lui [25].

Endometrioza cecului

Endometrioza reprezintă o localizare atipică a țesutului endometrial, în afara uterului. Endometrioza intestinală se determină de la 3% la 37% din toți pacienții cu endometrioza, se întâlnește mai des în regiunea rectosigmoidă și mai rar în cec, în 3.5% cazuri. Endometrioza intestinală mai des este situată pe peretele extern al intestinelor. Sunt descrise și unele cazuri când endometrioza se dezvoltă și infiltrază mucoasa intestinală, manifestându-se clinic prin prezența sângelui în masele fecale. Endometrioza cecului poate fi cauzată de o invaginație ileocecală și ocluziei intestinale [26, 27]. Ultrasonografia (USG) și rezonanța magnetică sunt utile în depistarea diagnosticului de endometrioza intestinală, dar, totuși, laparoscopia rămâne standardul de aur. Colonoscopia are un rol diagnostic limitat, deoarece formele intraintestinale se întâlnesc foarte rar [28].

Enterocolita neutropenică (Tiflita)

Această patologie se dezvoltă la pacienții ce au un statut de imunodepresie și neutropenie, indus de chimioterapie, care afectează cecul, colonul, ileonul distal și se poate complica cu hemoragie, perforație, necroză și sepsis. Apare edemul peretelui intestinal, procese eroziv-distrofice ale mucoasei, translocația microbiană. Incidența tiflitei la pacienții internați cu neoplasme hematologice este de 2-10% [29].

Enterocolita neutropenică este un sindrom ce se caracterizează prin durere abdominală și febră la un pacient neutropenic. Simptomele clinice apar pe fundal de neutropenie și dispar la restabilirea numărului de neutrofile.

Examenul histologic ne oferă diagnosticul definitiv, se determină edem al peretelui intestinal cu ulcerări ale mucoasei și semne de necroză în care lipsește infiltratul inflamator acut. Spre deosebire de apendicita acută, la acești pacienți lipsește infiltrația neutrofilică a peretelui intestinal [30].

Invaginația cecului

Invaginația intestinală a fost descrisă în 1674 de Paul Barbette. Se întâlnește preponderent la copii, iar la adulți constituie doar 5% din numărul total de invaginații. Invaginația ileocolică este cea mai răspândită formă de invaginare la copii, și apare din cauza invaginării valvei musculare ileocecale în cec, deoarece pereții cecului nu sunt rigizi. La adulți invaginarea cecului are loc pe fundal de cancer al cecului, cec mobil, lipoame ale cecului, adică pe fundal de formațiuni solide tumorale, care se transformă în apexul ansei proximale telescopată în ansa distală [31].

Tabloul clinic al invaginației intestinale la copii se manifestă prin triada: durere abdominală, scaun semilichid sub forma juleului de fragă, iar palpator se determină o tumefacție intestinală sub formă de crenvuști [32].

Tabloul clinic de invaginație intestinală la adulți se manifestă prin grețuri, vomă, dureri abdominale, mai rar melenă, pierderi ponderale, febră, constipație sau diaree. La adulți tabloul clinic al invaginației de cec poate fi confundat cu apendicita acută, mai ales la debut, când semnele clinice caracteristice ocluziei intestinale încă nu s-au dezvoltat [33].

USG abdominală confirmă diagnosticul de invaginare intestinală prin determinarea semnelor ultrasonografice de "țintă" în incidență transversală sau de pseudorinichi în incidență longitudinală. La examenul CT se determină semnul "target" (de țintă) sau a unei mase alungite [34].

Tratamentul invaginației intestinale la adulți necesită rezecție de intestine *en bloc*, deoarece rata proceselor maligne, ce pot servi drept punct de reper pentru dezvoltarea invaginației, este mare. Încercarea de a rezolva invaginarea prin metode non-rezecabile sunt periculoase din cauza unei posibile diseminări a tumorii, în timpul reducerii invaginației intestinale, pe cale intraluminală sau intravenoasă, sau intraperitoneală în caz de perforație intestinală. Reducerea invaginației este contraindicată și atunci când persistă semne de inflamație sau ischemie ale ansei telescopate și pacientul are o vârstă înaintată [35].

Traumatismele cecului

Traumatismele închise ale cecului reprezintă o raritate clinică și se întâlnește în 0.57% cazuri, iar trauma apendicelui se întâlnește în 0.4% cazuri. Din punct de vedere morfologic, leziunile cecului în traumatismul abdominal închis se manifestă prin fisuri ale peretelui, traumă penetrantă și devascularizare a mezoului cecului [36].

Durerea și rezistența abdominală situată inițial în regiunea iliacă dreaptă sunt simptomele clinice des întâlnite la această grupă de pacienți. Traumatismele asociate, consumul de analgezice, droguri și alcool șterg tabloul clinic, contribuind la mărirea ratei de greșeli de diagnostic. Metodele instrumentale de diagnostic: radiografia panoramică a abdomenului, USG și CT a abdomenului ne oferă informație utilă în privința prezenței aerului liber în abdomen, prezența

lichidului liber, îngroșarea sau întreruperea integrității peretelui cecului. Laparocenteza și laparoscopia diagnostică sunt utilizate în cazurile de diagnostic dificil, când metodele instrumentale sus-menționate nu sunt de ajutor [37].

Un rol important în micșorarea letalității constituie timpul trecut din momentul traumei și până la operație, dacă intervalul de timp depășește 5 ore rata mortalității crește de 3 ori [38].

Sutura ordinară a plăgii cecului poate fi utilizată în caz de prezență a plăgilor mici, cu contaminare minimală a cavității peritoneale. Rezecție de intestin cu aplicarea stomei se va utiliza în cazurile de contaminare masivă a cavității peritoneale sau la pacienții cu peritonită. Dacă perforația de cec este depistată precoce, tratamentul chirurgical poate fi efectuat într-o singură ședință operatorie [39].

Varice de cec

Cea mai frecventă cauză a varicelui de cec este hipertensiunea portală, alte cauze fiind: atrezia și scleroza biliară, tromboza venelor mezenterice superioare.

Varicele de cec sunt depistate în caz de complicație cu hemoragie digestivă inferioară și foarte rar sunt depistate fără semne clinice de hemoragie. În timpul colonoscopiei, pe fundal de hemoragie digestivă inferioară, este necesar de avut în vedere că, deși rar, varicele cecului pot fi sursa unor hemoragii digestive inferioare incerte [40, 41].

Tratamentul varicelor cecului necesită efectuarea colectomiei sau a unui șunt transjugular porto-sistemic, atunci când factorul etiologic este hipertensiunea portală. Eficacitatea scleroterapiei, ligaturării endoscopice și chiar a tratamentului chirurgical necesită încă studii suplimentare [42].

Paniculita mezenterică a cecului

Paniculita mezenterică reprezintă un proces inflamator fibrotic ce afectează țesutul adipos mezenterian. Acest proces inflamator fibrotic a mezenterului se asociază cu patologii autoimune, chirurgia sau trauma abdominală, procese neoplazice, inflamatorii sau granulomatoase. Paniculita mezenterică mai este cunoscută și sub alt nume: mezenterita sclerotică, lipodistrofia mezenterică, boala mezenterică Weber-Christian. Acest proces patologic se numește paniculită mezenterică, mezenterită xantogranulomatoasă, lipomatoza mezenterică, când predomină procesul inflamator în mezenter, lipodistrofie mezenterică când predomină necroza țesutului adipos al mezenterului. Mezenterita retractilă apare atunci când predomină procesul sclerotic în mezenter [43]. Schimbările patologice în mezenter reprezintă stadii consecutive de dezvoltare ale paniculitei mezenterice. Mai frecvent este atacat intestinul subțire și rar colonul. Paniculita mezenterică se manifestă clinic prin: dureri abdominale, constipație, diaree și prezența plastronului în etajul inferior al abdomenului. CT prezintă o atenuare progresivă a mezenterului cecului, plastron moale, componente chistice sau calcificări. Diagnosticul definitiv este confirmat prin biopsie. Tratamentul chirurgical este indicat atunci când apar semne de ocluzie sau ischemie [44].

Perforația spontană de cec

Perforația spontană de cec este o patologie foarte rară și se manifestă prin perforația spontană a cecului clinic sănătos,

fără semne de schimbări patologice determinate de anumite patologii sau traume. Berry și coautorii divizează perforațiile spontane de cec în stercorale și idiopatice. Perforațiile stercorale se depistează pe fundal de constipație cronică și au o formă rotundă sau ovală cu margini necrotizate și sunt asociate cu ulcerare de compresie. Perforațiile idiopatice au o formă liniară pe un fundal aparent sănătos al colonului, din punct de vedere macroscopic. Teoria vasculară explică apariția perforației idiopatice a cecului prin prezența hipoperfuziei tisulare a colonului și slăbirea rezistenței peretelui colonic, de exemplu, în gastroenteritele acute. Perforația spontană de colon, și de cec, se întâlnește la persoanele de vârstă înaintată, care suferă de constipații, sau au o altă cauză care mărește presiunea intraluminală a cecului [45].

Tabloul clinic al perforației spontane de cec se manifestă prin distensie abdominală marcată, însoțită de durere și rezistență musculară slab pronunțată [46, 47].

Tratamentul chirurgical al perforației de cec este în funcție de factorul etiologic și include: sutura perforației în 2 planuri, cecostomie, sau hemicolectomie pe dreapta. Hemicolectomia este indicată în cazurile de perforație asociată cu inflamație, torsiune, hemoragie, necroză, plastron sau cancer al cecului [48].

Perforația spontană de cec este deseori neidentificată până la intervenția chirurgicală, ce contribuie la creșterea ratei mortalității în perioada postoperatorie. Prognosticul perforației spontane de cec poate fi îmbunătățit dacă este determinat corect și precoce diagnosticul, se recurge precoce la tratament chirurgical și este selectată metoda optimă chirurgicală de tratament [49].

Chistul dermoid al cecului

Chistul dermoid al cecului poate fi congenital (teratoame benigne) sau dobândit. În forma congenitală chistul ia naștere prin implantare ectodermală în timpul embriogenezei, în forma dobândită apare datorită implantării epiteliale în timpul unei traume sau operații precedente. Chistul dermoid este o formă a teratoamei mature, în care histologic se determină derivație ectodermală și este format din piele și conține glande sebacee, foliculi piloși, dinți și este plin cu un conținut alb, de consistența brânzei. Chistul epidermoid se deosebește de chistul dermoid prin lipsa structurii dermale [50, 51].

Chistul dermoid al cecului este o patologie foarte rară, spre deosebire de chisturile dermale ale ovarelor, mediastinului, regiunii cervicale anterioare și a sistemului nervos central. Prezența chistului dermoid trebuie luată în considerație mai ales în cazurile ce prezintă o dilemă diagnostică. Teratoamele benigne ale cecului se pot manifesta clinic prin prezența hemoragiilor rectale, dureri abdominale, ocluzie intestinală, palpator se determină o tumefacție palpabilă a regiunii iliace pe dreapta. Chistul se poate manifesta prin ocluzie intestinală, ruptură sau infecție. Chistul dermoid al cecului este situat subseros și rareori poate fi depistat clinic până la operație [52, 53].

Tratamentul chirurgical al chistului dermoid al cecului constă în excizia lui sau rezecția cecului. În literatura medicală a fost raportat un caz de înlăturare celioscopică a chistului [54].

Boala Crohn a cecului

Boala Crohn a fost descrisă în 1932 de către Dr. Burrill B. Crohn și îi poartă numele. Ea reprezintă o inflamație transmurală granulomatoasă de origine autoimună a tractului intestinal, mai frecvent a regiunii ileocecale. Incidența bolii Crohn este de 3-20 cazuri la 100000 de locuitori. Boala lui Crohn (sinonime: ileita terminală, colita granulomatoasă) reprezintă un proces inflamator de origine autoimună a tractului digestiv și se manifestă histologic prin schimbări granulomatoase ale mucoasei intestinale, eroziuni, îngroșarea și stenozarea lumenului intestinului afectat, dezvoltarea plastroanelor și fistulelor [55].

Tabloul clinic al bolii Crohn a regiunii ileocecale se manifestă prin diaree, dureri abdominale, pierderi ponderale. Ileocolita se începe acut cu dureri în regiunea iliacă dreaptă, febră, leucocitoză și poate mima tabloul clinic de apendicită acută. La majoritatea pacienților faza acută a bolii Crohn se termină cu reconvalescență, iar la unii pacienții trece în forma cronică. Forma primar cronică este mai tipică pentru boala Crohn, procesul progresează lent și se manifestă prin dureri spastice în abdomen, balonare, scaune semilichide de câteva ori pe zi, temperatură subfebrilă. Această formă a bolii Crohn mimează infecția intestinală. Un aport esențial în stabilirea diagnosticului clinic este prezența abceselor și

fistulelor pararectale, a fisurilor anale [56, 57].

Tratamentul chirurgical poate ameliora simptomele, nu vindecă boala Crohn. Tratamentul chirurgical este necesar în cazul când terapia medicamentoasă suferă eșec: stenoze și ocluzii intestinale, formarea fistulelor, apariția perforațiilor intestinale și abceselor [57, 58].

Concluzii

În cazurile când tabloul clinic de apendicită acută nu corespunde cu cel morfologic, iar la revizia ileonului diverticulul Meckel lipsește, este necesar de a efectua revizia minuțioasă a cecului pentru a exclude apendagita și diverticulita acută a cecului, tiflita, invaginația, necroza peretelui cecului sau perforația spontană de cec. Hemoragiile digestive inferioare de etiologie neidentificată necesită colonoscopie diagnostică pentru a exclude de rând cu tumorile colonului și surse mai rare de hemoragie digestivă inferioară: din varice, diverticulul sau endometrioza cecului. Chistul dermoid, invaginația cecului, tiflita, boala Crohn a regiunii ileocecale pot mima plastronul apendicular și neoplasmul cecului. Durerea în regiunea iliacă dreaptă la un pacient cu cancer hematologic, asociată cu neutropenie va fi determinată de tiflita neutropenică, iar laparoscopia diagnostică va permite confirmarea diagnosticului.

Bibliografie

1. Guven H, Koc B, Saglam F, Bayram IA, Adas G. Emergency right hemicolectomy for inflammatory cecal masses mimicking acute appendicitis. *World J Emerg Surg.* 2014;9(1):7. Published 2014 Jan 20. doi:10.1186/1749-7922-9-7
2. Kaushal-Deep SM, Anees A, Khan S, Khan MA, Lodhi M. Primary cecal pathologies presenting as acute abdomen and critical appraisal of their current management strategies in emergency settings with review of literature. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2018;8(2):90-99. doi:10.4103/IJCIIS.IJCIIS_69_17
3. Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, Tillich M, Lipp RW, Wallner-Liebmann SJ. Insights into epiploic appendagitis, *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2011;8(1):45-49. doi:10.1038/nrgastro.2010.189
4. Rodríguez Gandía MA, Moreira Vicente V, Gallego Rivera I, Rivero Fernández M, Garrido Gómez E. Apendicitis epiploica: la otra apendicitis [Epiploic appendicitis: the other appendicitis]. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;31(2):98-103. doi:10.1157/13116074 (Spanish)
5. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med.* 2002;22(1):9-13. doi:10.1016/s0736-4679(01)00430-9
6. Sandrasegaran K, Maglinte DD, Rajesh A, Akisik FM. Primary epiploic appendagitis: CT diagnosis. *Emerg Radiol.* 2004;11(1):9-14. doi:10.1007/s10140-004-0369-9
7. Pogorelić Z, Stipičić R, Druzijanić N, et al. Torsion of epiploic appendage mimic acute appendicitis. *Coll Antropol.* 2011;35(4):1299-1302.
8. Rashid A, Nazir S, Hakim SY, Chalkoo MA. Epiploic appendagitis of caecum: a diagnostic dilemma. *Ger Med Sci.* 2012;10:Doc14. doi:10.3205/000165
9. Griffiths EA, Bergin FG, Henry JA, Mudawi AM. Acute inflammation of a congenital cecal diverticulum mimicking appendicitis. *Med Sci Monit.* 2003;9(12):CS107-CS109.
10. Lane JS, Sarkar R, Schmit PJ, Chandler CF, Thompson JE Jr. Surgical approach to cecal diverticulitis. *J Am Coll Surg.* 1999;188(6):629-635. doi:10.1016/s1072-7515(99)00043-5
11. Wagner DE, Zollinger RW. Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Arch Surg.* 1961;83:436-443. doi:10.1001/archsurg.1961.01300150110014
12. Lauridsen J, Ross FP. Acute diverticulitis of cecum; a report of four cases and review of one hundred fifty-three surgical cases. *AMA Arch Surg.* 1952;64(3):320-330.
13. Anscombe AR, Keddie NC, Schofield PF. Solitary ulcers and diverticulitis of the caecum. *Br J Surg.* 1967;54(6):553-557. doi:10.1002/bjs.1800540613
14. Langdon A. Solitary diverticulitis of the right colon. *Can J Surg.* 1982;25(5):579-581.
15. Dirican A, Unal B, Bassulu N, Tatlı F, Aydin C, Kayaalp C. Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis: a case series. *J Med Case Rep.* 2009;3:7443. Published 2009 Jun 19. doi:10.4076/1752-1947-3-7443
16. Simon AM, Birnbaum BA, Jacobs JE. Isolated infarction of the cecum: CT findings in two patients. *Radiology.* 2000;214(2):513-516. doi:10.1148/radiology.214.2.r00fe15513
17. Perko Z, Bilan K, Vilović K, et al. Partial cecal necrosis treated by laparoscopic partial cecal resection. *Coll Antropol.* 2006;30(4):937-939.
18. Çakar E, Ersöz F, Bag M, et al. Isolated cecal necrosis: our surgical experience and a review of the literature. *Ulus Cerrahi Derg.* 2014;30(4):214-218. Published 2014 Dec 1. doi:10.5152/UCD.2014.2643

19. Karpuzi A, Galeski D, Elezi G, Goreski A, Karatashev Z. Partial caecal necrosis - a rare cause of right-sided inferior abdominal pain and tenderness. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)*. 2014;35(2):117-121. doi:10.2478/prilozi-2014-0015
20. Gundes E, Kucukkartallar T, Çolak MH, Cakir M, Aksoy F. Ischemic necrosis of the cecum: a single center experience. *Korean J Gastroenterol*. 2013;61(5):265-269. doi:10.4166/kjg.2013.61.5.265
21. Khaniya S, Shakya VC, Koirala R, et al. Caecal volvulus: a twisted tale. *Trop Doct*. 2010;40(4):244-246. doi:10.1258/td.2010.100011
22. Solis Rojas C, Vidrio Duarte R, García Vivanco DM, Montalvo-Javé EE. Cecal Volvulus: A Rare Cause of Intestinal Obstruction. *Case Rep Gastroenterol*. 2020;14(1):206-211. Published 2020 Apr 22. doi:10.1159/000506933
23. Mahruqi GA, Ebrahim MA, Aghbari SA, Kindi SA, Koliyada SV. Cecal Volvulus: A Case Report & Literature Review. *Int J Innov Res Med Sci*. 2019;4:391-394. doi:10.23958/ijirms/vol04-i06/680
24. Zabeirou AA, Belghali H, Souiki T, Ibn Majdoub K, Toughrai I, Mazaz K. Acute cecal volvulus: A diagnostic and therapeutic challenge in emergency: A case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2019;48:69-72. Published 2019 Oct 31. doi:10.1016/j.amsu.2019.10.021
25. Alavi K, Poylin V, Davids JS, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colonic Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. *Dis Colon Rectum*. 2021;64(9):1046-1057. doi:10.1097/DCR.0000000000002159
26. Alizadeh Otaghvar H, Hosseini M, Shabestanipour G, Tizmaghz A, Sedehi Esfahani G. Cecal endometriosis presenting as acute appendicitis. *Case Rep Surg*. 2014;2014:519631. doi:10.1155/2014/519631
27. Villarreal-Peral C, Olvera-Gracida L, González-Maynes Mde L, Saucedo-Ruiz G. Endometriosis apendicular como causa de abdomen agudo [Appendicular endometriosis as a cause of acute abdomen]. *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(8):489-492. (Spanish)
28. Tong YL, Chen Y, Zhu SY. Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: a case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2013;19(23):3707-3710. doi:10.3748/wjg.v19.i23.3707
29. Rodrigues FG, Dasilva G, Wexner SD. Neutropenic enterocolitis. *World J Gastroenterol*. 2017;23(1):42-47. doi:10.3748/wjg.v23.i1.42
30. McCarville MB, Adelman CS, Li C, et al. Typhlitis in childhood cancer. *Cancer*. 2005;104(2):380-387. doi:10.1002/cncr.21134
31. Lautz TB, Thurm CW, Rothstein DH. Delayed repeat enemas are safe and cost-effective in the management of pediatric intussusception. *J Pediatr Surg*. 2015;50(3):423-427. doi:10.1016/j.jpedsurg.2014.09.002
32. Marsicovetere P, Ivatury SJ, White B, Holubar SD. Intestinal intussusception: Etiology, Diagnosis, and Treatment. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(1):30-39. doi:10.1055/s-0036-1593429
33. Ongom PA, Opio CK, Kijambu SC. Presentation, aetiology and treatment of adult intussusception in a tertiary Sub-Saharan hospital: a 10-year retrospective study. *BMC Gastroenterol*. 2014;14:86. Published 2014 May 5. doi:10.1186/1471-230X-14-86
34. Lee DJ, Kim HC, Yang DM, et al. A case of intussusception of the appendix secondary to endometriosis: US and CT findings. *J Clin Ultrasound*. 2015;43(7):443-446. doi:10.1002/jcu.22188
35. Kim KH, Namgung H, Park DG. Adult intussusceptions: preoperative predictive factors for malignant lead point. *Ann Surg Treat Res*. 2014;86(5):244-248. doi:10.4174/ast.2014.86.5.244
36. Jha NK, Yadav SK, Sharma R, et al. Characteristics of Hollow Viscus Injury following Blunt Abdominal Trauma; a Single Centre Experience from Eastern India. *Bull Emerg Trauma*. 2014;2(4):156-160.
37. Townsend, CM, Beauchamps RD, Eds. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012.
38. Goettler CE, Rotondo M. Blunt colon trauma. *Sem Colon Rectal Surg*. 2004;15(2):105-111.
39. Greer LT, Gillern SM, Vertrees AE. Evolving colon injury management: a review. *Am Surg*. 2013;79(2): 119-127.
40. Klein SD, Hellinger JC, Silverstein ML, Cai Q. Isolated cecal varices as the source of massive lower GI bleeding in a patient with cirrhosis. *Am J Gastroenterol*. 2003;98(1):220-221. doi:10.1111/j.1572-0241.2003.07202.x
41. Mikat DM. Varices of the appendix and cecum. *Am J Surg*. 1971;122(6):832-833. doi:10.1016/0002-9610(71)90457-0
42. Haddad JD, Lacey BW. Isolated non-hemorrhagic cecal varices. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2014;2(4):316-319. doi:10.1093/gastro/gou027
43. Sharma P, Yadav S, Needham CM, Feuerstadt P. Sclerosing mesenteritis: a systematic review of 192 cases. *Clin J Gastroenterol*. 2017;10(2):103-111. doi:10.1007/s12328-017-0716-5
44. Green MS, Chhabra R, Goyal H. Sclerosing mesenteritis: a comprehensive clinical review. *Ann Transl Med*. 2018;6(17):336. doi:10.21037/atm.2018.07.01
45. Kumar A, Griwan MG, Naresh P. Spontaneous colonic perforation-rare presentation. *Journal of Surgical Academia*. 2013;3
46. Çetinkaya Z, Girgin M, Özercan IH, Ayten R. Non-traumatic cecal perforation on a female patient: report of a case. *Firat Univ Med J Health*. 2006;20:445-446.
47. Al Shukry S. Spontaneous perforation of the colon clinical review of five episodes in four patients. *Oman Med J*. 2009;24(2):137-141. doi:10.5001/omj.2009.30
48. Kouam C, Passang O, Guifo ML, Atem N. Spontaneous cecal perforation in a 40-year-old pregnant woman treated by primary repair and omental patch: a case report. *J Med Case Rep*. 2017;11(1):162. Published 2017 Jun 18. doi:10.1186/s13256-017-1336-x
49. Laskin MD, Tessler K, Kives S. Cecal perforation due to paralytic ileus following primary caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(2):167-171. doi:10.1016/s1701-2163(16)34102-0
50. Nahidi A, Jazayeri SN, Fatizadeh P. Dermoid cyst of the cecum: case report. *Jandi J Oncol*. 2016;2(1):15-19.
51. Schuetz MJ 3rd, Elsheikh TM. Dermoid cyst (mature cystic teratoma) of the cecum. Histologic and cytologic features with review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 2002;126(1):97-99. doi:10.5858/2002-126-0097-DCMCTO
52. Uzunlar A, Bukte Y. Epidermoid cyst of the cecum in an elderly man. *Ann Saudi Med*. 2006;26(6):477-479. doi:10.5144/0256-4947.2006.477
53. Park JY, Kim YW, Lee KY, Sung JY. Epidermoid cyst of the cecum. *Ann Coloproctol*. 2015;31(1):37-39. doi:10.3393/ac.2015.31.1.37
54. Mady HH, Melhem MF. Epidermoid cyst of the cecum of an elderly man with no previous history of surgery: a case report and review of literature. *Int J Colorectal Dis*. 2002;17(4):280-283. doi:10.1007/s00384-001-0386-z

55. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142(1):46-e30. doi:10.1053/j.gastro.2011.10.001
56. Шифрин ОС. Болезнь Крона: особенности патогенеза, клиники и лечения. *Consilium Medicum*. 2001;3(6):261-266. (In Russ.) [Shifrin OS. Bolezn' Krona: osobennosti patogeneza, kliniki i lecheniia. *Consilium Medicum*. 2001;3(6):261-266. (In Russ.)]
57. Scarpa M, Ruffolo C, Bassi D, et al. Intestinal surgery for Crohn's disease: predictors of recovery, quality of life, and costs. *J Gastrointest Surg*. 2019;13(12):2128-2135. doi:10.1007/s11605-009-1044-y
58. Kaplan GG, Jackson T, Sands BE, Frisch M, Andersson RE, Korzenik J. The risk of developing Crohn's disease after an appendectomy: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(11):2925-2931. doi:10.1111/j.1572-0241.2008.02118.x
-

Recepționat – 11.05.2022, acceptat pentru publicare – 13.07.2022

Autor corespondent: Iurii Bazeliuc, e-mail: iurii.bazeliuc@usmf.md

Declarația de conflict de interese: Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Declarația de finanțare: Autorii declară lipsa de finanțare.

Citare: Bazeliuc I, Bour A. Patologia rară a cecului. *Revista literaturii* [The rare pathology of the cecum. Literature review]. *Arta Medica*. 2022;84(3):46-52.