

HEMORAGIILE DIGESTIVE INFERIOARE- SPECTRU ETIOLOGIC

Ligia BANCU¹, Corina URECHE¹, MAKO Katalin¹, D. GEORGESCU², Simona MOCAN³

1 - Clinica Medicală II, 2 - Clinica Medicală I, 3 - Clinica de Anatomopatologie, UMF Târgu Mureș

Rezumat

Importanța hemoragiilor digestive inferioare constă în faptul că sângerarea rectală denotă aproape întotdeauna existența unui proces patologic care va trebui identificat. Din acest considerent în lucrarea de față ne-am propus să analizăm, printr-un studiu retrospectiv, pacienții cu diagnosticul de hemoragie digestive inferioare (HDI) examinați în perioada 2001-2006 în Laboratorul de Endoscopie Digestivă din cadrul Spitalului Clinic Județean Mureș. Pacienții au fost evaluați din punctul de vedere al etiologiei bolii, repartizare pe sexe, grupe de vârstă și mediul de proveniență. Pe baza rezultatelor obținute am observat că nu există diferență între prevalența pe sexe a HDI, cauza etiologică cea mai frecventă a acestuia fiind hemoroizii urmați de cancerul colorectal și polipii colonici. Există o prevalență mai crescută a bolii hemoroidale la sexul feminin, iar a cancerului colorectal la grupele de vârstă mai înaintate. Simptomul care determină pacientul spre un control medical este rectoragia, întâlnită în majoritatea cazurilor iar tratamentul de elecție după stabilirea diagnosticului este cel chirurgical.

Summary

The importance of lower gastro-intestinal tract bleeding (LGB) is that the presence of this symptom is almost always a sign of a pathological process behind. In a retrospective study we evaluate patients with LGB who were endoscopically examined between 2001-2006 in Endoscopic Laboratory of Emergency County Hospital Targu Mures. The patients were analyzed concerning the age, gender, provenience and the etiology of LGB. Our results suggest that there were no differences between gender of patients, the main cause of LGB were haemorrhoids, colorectal cancer and polyps. The prevalence of haemorrhoidal disease is higher in females, the colorectal cancer more frequent older patients. The main symptom of illness was rectorrhagia and the elective treatment in the majority of cases was surgical.

Introducere

În literatura medicală românească clasică, hemoragiile digestive erau împărțite în trei categorii: superioare, intermediare și inferioare. Dacă delimitarea celor superioare era precisă, deasupra ligamentului Treitz, departajarea celor intermediare de cele inferioare era dificilă și mai mult teoretică: intestin subțire pentru primele, colon și rect pentru cele inferioare. Hemoragiile intermediare se manifestă în principal prin melenă, cele inferioare prin rectoragii. În ultimii ani în literatura medicală de specialitate, nu se mai face diferențierea între hemoragiile intermediare și inferioare. Ambele sunt cuprinse sub denumirea de **hemoragii digestive inferioare** (HDI).

Importanța hemoragiilor digestive inferioare constă în faptul că sângerarea rectală denotă aproape întotdeauna existența unui proces patologic care va trebui identificat.

Material și metodă

În această lucrare ne-am propus să evaluăm, printr-un studiu retrospectiv, pacienți cu diagnosticul de hemoragie digestivă inferioară (HDI). Acești bolnavi au fost examinați și diagnosticați cu HDI în cadrul Laboratorului de Endoscopie Digestivă al Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, în perioada 2000-2006. La toți pacienții incluși în studiu am urmărit: etiologia HDI, repartiția pe sexe, grupe de vârstă și mediul de proveniență a pacienților.

Rezultate

Au fost incluși în studiu un număr de 2094 (n=2094) bolnavi cu diagnosticul de hemoragie digestivă inferioară, examinați în perioada 2000-2006, în Laboratorul de Endoscopie Digestivă a Spitalului Clinic Județean Târgu Mureș. În tabelul de mai jos poate fi urmărit repartiția în funcție de diagnostic, sex și grupă a vârstă a pacienților.

| | Total cazuri | Barbati | Femei | 0-30 ani | 31-40 ani | 41-50 ani | 51-60 ani | 61-70 ani | >70 ani |
|---------------------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Hemoroizi | 830 | 378 | 443 | 32 | 116 | 181 | 221 | 166 | 114 |
| Fisuri anale | 84 | 39 | 45 | 7 | 21 | 17 | 20 | 13 | 6 |
| RCUH | 184 | 112 | 72 | 29 | 32 | 42 | 42 | 25 | 14 |
| Tu colon* | 479 | 276 | 203 | 5 | 12 | 46 | 115 | 186 | 115 |
| Neo anal | 14 | 6 | 8 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 |
| Polipi | 259 | 139 | 120 | 12 | 14 | 38 | 58 | 79 | 58 |
| Alte HDI | 244 | 132 | 112 | 17 | 20 | 38 | 42 | 73 | 54 |
| | 2094 | 1082 | 1003 | 103 | 216 | 364 | 500 | 545 | 366 |

* tu colon = tu rectale, de colon, sigmoidiene, recto-sigmoidiene

Nu se observă diferență statistic semnificativă între sexul bolnavilor din lotul total (bărbați 1082 vs femei 1003, $p=0,54$), iar dacă urmărim repartizarea în funcție de grupe de vârstă se observă o dominanță a grupelor de vârstă între 51-60 ani (500 bolnavi – 23,8%) și 61-70 ani (545 bolnavi – 26,0%).

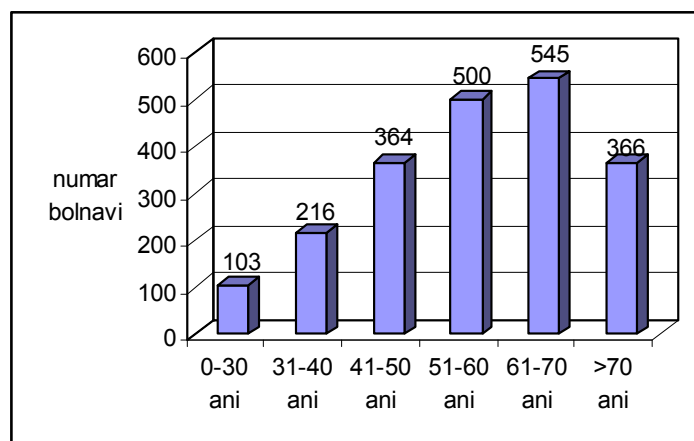


Figura nr. 1: Repartizarea bolnavilor în funcție de grupe de vârstă

Repartizând pacienții după mediul de proveniență 65.5% din cazuri de hemoragii digestive inferioare au fost înregistrate la bolnavii din mediul urban, cele mai multe datorate hemoroizilor, și doar 34.5% din cazuri la pacienți provenind în mediul rural. Una dintre explicații ar fi faptul că în mediul urban se consumă alimente mai puțin naturale, alimente bogate în grăsimi, condimente, din cauza fumatului, a sedentarismului, a stresului, în mediul urban oamenii nu mai au timp de plimbări în aer liber, statul prelungit pe scaun, care modifică tonusul muscular și intensifică circulația pelvină.

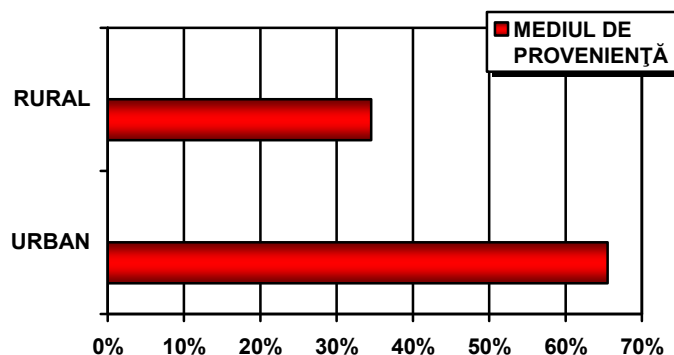


Figura nr. 2: Repartizarea bolnavilor în funcție de mediul de proveniență

Analizând cazurile în funcție de diagnostic observăm că cele mai multe cazuri de HDI au fost cauzate de hemoroizi (830 cazuri - 39,6%), fiind urmat de tumorile de colon (479 cazuri – 22,8%) și polipi (259 cazuri – 12,8%).

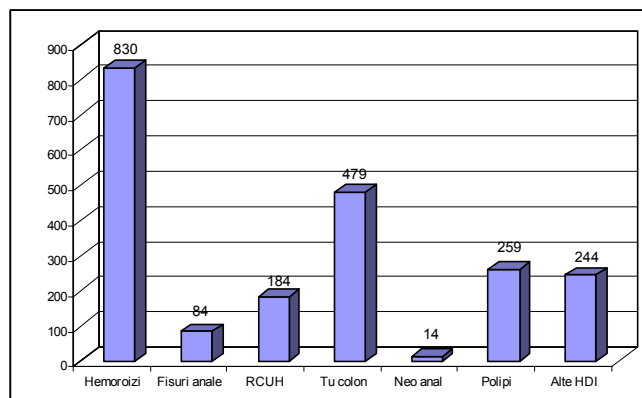


Figura nr. 3: Repartizarea bolnavilor în funcție de etiologia bolii

Evaluând cazuistica în funcție de etiologie și repartizarea pe sexe a bolnavilor se poate constata că HDI cauzată de boala hemoroidală și fisurile anale sunt mai frecvente la femei decât la bărbați (hemoroizi: femei 443 – 53,3% vs. bărbați 378 – 45,6%, fisuri anale: femei 45 – 53,5% vs. bărbați 39 – 46,4%) În cazul celorlalte afecțiuni se poate observa o preponderență la sexul masculin (tu colon: bărbați 276 – 67,4% vs. femei 203 – 49,6%, polipi: bărbați 139 – 53,6% vs. femei 46,3%).

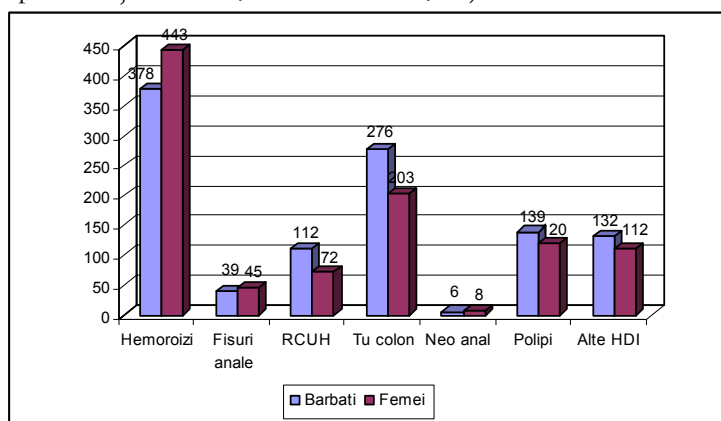
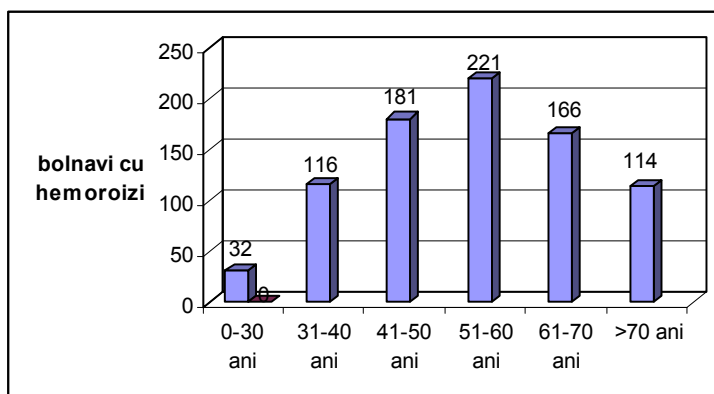


Figura nr. 4: Repartizarea bolnavilor în funcție de etiologia bolii și sex

S-a constatat o creștere a incidenței hemoroizilor la persoanele de 40-60 de ani și a incidenței proceselor proliferative la grupele de vârstă 50-70ani.



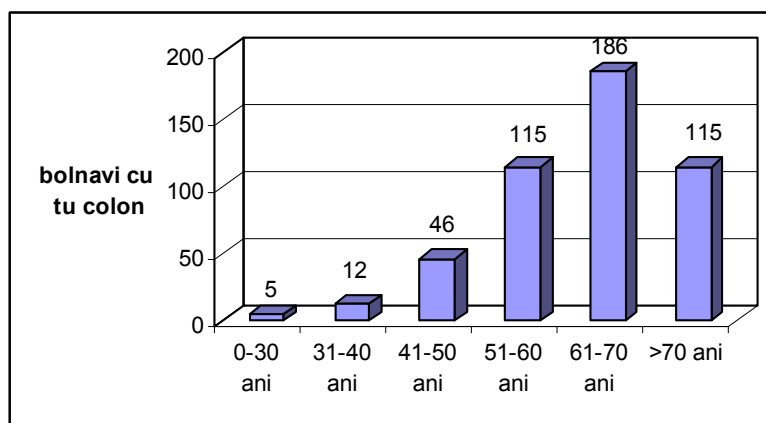


Figura nr. 5: Repartizarea bolnavilor în funcție de diferite afecțiuni și grupe de vârstă

Din totalul de 2094 de cazuri de HDI au mai fost diagnosticate 493 (23,5%) de cazuri de tumori (rectale, de colon, sigmoidiene, recto-sigmoidiene și anale), dintre care 103 de cazuri de adenocarcinoame (5,92%) și 223 de cazuri de adenoame (12,82%).

Din totalul de 479 de cazuri de tumori de colon 225 de cazuri (46,9%) sunt tumori rectale, 97 de cazuri (20,2%) sunt tumori sigmoidiene și 34 de cazuri (7,09%) sunt tumori rectosigmoidiene.

Concluzii

În studiul de față am analizat 2094 de cazuri, reprezentând pacienți cu hemoragii digestive inferioare care au efectuat endoscopie digestivă inferioară în ultimii 6 ani și care au fost testați pentru hemoragie. Au fost evaluați, după trierea prin criterii de includere și excludere clare, din punct de vedere al aspectului endoscopic, al simptomatologiei și al rezultatului histopatologic, și s-a observat că

1. Nu există diferență semnificativă statistic între prevalența HDI la femei și bărbați
2. Hemoroizii reprezintă cea mai frecventă cauză de hemoragie digestivă inferioară ~ 39,6% din totalul de cazuri, întâlniți cel mai frecvent la grupa de vârstă 41-70 de ani.
3. Boala hemoroidală prezintă o prevalență ușor crescută la femei față de bărbați
4. Boala hemoroidală prezintă o prevalență crescută la populația cu proveniență urbană.
5. Ca etiologie de HDI hemoroizii sunt urmați de tumorile de colon, care reprezintă 22,8% și de polipi colonici 12,8%.
6. Din totalul de 479 de cazuri de tumori de colon domină cazurile de tumori rectale, urtimate de tumorile sigmoidiene și cele rectosigmoidiene.
7. Simptomul care determină pacientul spre un control medical a fost rectoragia, întâlnită în majoritatea cazurilor iar

tratamentul de elecție după stabilirea diagnosticului este cel chirurgical.

Bibliografie

1. Boyle P.: Global burden of cancer. The Lancet 349 (suppl. II): 23-26, 1997
2. Cohen A., Minsky B.D., Schilsky R.L.: Colon cancer. In: Cancer: Principles & Practice of Oncology. DeVita V.T. Jr., Hellman S. and Rosenberg S.A. (eds.). J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 929-977, 1993
3. Decanini C., Varela G.: Complication of diverticular disease Current opin. in gastroenterology, 1995; 11: 43-48
4. Farmer R.G.: Ulcerative colitis (Clinical Features). In: Haubrich W.S., Shaffer F., Berk J.E. eds. Bocks Gastroenterology, Philadelphia: W.B. Saunders Company 1995; 1338-1342
5. Hamilton S.R., Morson B.C.: Ulcerative colitis (Pathology). In: Haubrich W.S., Schaffner F., Berk J.E. eds. Bockus Gastroenterology, Philadelphia: W.B. Saunders Company 1995; 1326-1337
6. Itzkovitz S.H., Greenwald B., Melzer S.J.: Colon carcinogenesis in inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel disease 1995; 1:142-158
7. Jewell D.P.: Ulcerative colitis in Feldman M., Schaesschmidt F.B., Sleiseger A.M. eds.: Sleiseger and Fordtran's Gastroenterology and liver disease. 6-th

- ed. W.B. Saunders Co., Philadelphia 1998; 1735-1761
8. Kinzler K.W., Vogelstein B.: Lessons from hereditary colorectal cancer. *cell.* 87: 159-170, 1997
 9. Kirsner J.B.: Overview of etiology, pathogenesis and epidemiology of inflammatory bowel disease. Etiology and Pathogenesis. In: Hausbrich W.S., Schaffner F., Berk J.E., eds. *Bockus Gastroenterology*, Philadelphia: W.B. Saunders Company 1995; 1293-1318
 10. Kornbluth A., Sachar B.D., Salomon B.: Crohn's disease in Fordtran J.M., Scharschmidt F.B., Sleisenger H.M.S. eds.: *Sleisenger and Fordtran's gastroenterology and liver disease*, 6-th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1998: 1708-1734
 11. Laurent-Puig P.: Comment se coordonnent les alterations genetiques? Le cancer colique. *Hepato-gastro* 1997; 4 (suppl. au no.2): 76-84
 12. Pemberton H.J., Armstrong N.D., Dietzen D.C.: Diverticulitis in Yamada T., Albers H.D., Owyang C., Powell W.D., Silverstein E.F. eds.: *Textbook of gastroenterology* 2nd ed., J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1995: 1876-1881
 13. Prof. Dr. Oliviu Pascu: *Medicină Internă-Gastroenterologie*, în: Doru Dejica, Monica Lencu, Iuliu Fodor, Monica Acaloveschi, Vol. I, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 1999: 219-282
 14. Rougier P., Ducreux M.: Optimiser la chimiotherapie dans les cancers digestifs. I. exemple des cancers colorectaux metastases. *Hepato-Gastro*, 4 (suppl. au no.2): 91-101, 1997
 15. Simang L.C., Schires I.G.: Diverticular disease of the colon in Feldman M., Scharschmidt F.B., Sleisenger H.M. eds.: *Sleisenger and Fordtran's gastroenterology and liver disease*, 6-th ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1998: 1788-1798
 16. Winawer S.J., Fletcher R.B., Miller L.: Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 112: 594-642, 1997