

CONSIDERAȚII PE MARGINEA UNUI CAZ DE TORSIUNE DE EPIPLON

Z. Hultek

Torsiunea epiplonului, amintită pentru prima oară de *Marcheti* (1851), a fost descrisă amănunțit de *Obert* (1882). Până în anul 1958, în literatură au fost publicate 402 cazuri (*Wiesman, Kus și Orlovski*). Recunoașterea torsiunii epiplonului este foarte dificilă și bolnavii ajung pe masa de operație întotdeauna cu un alt diagnostic. Erorile se datoresc faptului că acest tablou clinic nu are o simptomatologie caracteristică, fiind în același timp extrem de rar. Aceste considerente ne-au determinat să publicăm cazul observat de noi.

Bolnava E. I. casnică în vârstă de 33 de ani, (i. de obs. nr. 856/298 din 1961) se internează în serviciul nostru la data de 13.11.1961 cu diagnosticul de apendicită acută. Boala a debutat brusc, cu 24 de ore în urmă, prin dureri abdominale intense, difuze, însoțite de grețuri fără vărsături. Pasajul intestinal este păstrat și se constată o leucocitoză de 12 mii.

La examenul bolnavei se observă că abdomenul este meteoristic, prezentind la palpare o sensibilitate difuză cu punctul maxim în regiunea ileo-cecală. Organele genitale nu prezintă nimic patologic.

Ținând seama de sensibilitatea accentuată din fosa iliacă dreaptă, de leucocitoză și de grețuri, confirmăm diagnosticul de apendicită acută și intervenim de urgență.

Făcăm la anestezie locală o incizie de tip Mac-Burney. Din cavitatea peritoneală se scurge un lichid serosangulent inodor. Seroasa apendicelui este ușor hiperemică, dar starea lui nu explică nici fenomenele clinice, nici prezența exsudatului intraperitoneal. Cu toate acestea executăm apenditectomie, apoi explorăm cavitatea abdominală. Se constată ca marginea dreaptă a epiplonului este torsionată în jurul axului său longitudinal pe o distanță de circa 15 cm. Porțiunea torsionată a epiplonului este rigidă și prezintă tromboze venoase și numeroase sifuziuni hemoragice.

Se rezecă porțiunea torsionată și se închide plaga abdominală prin refacerea planurilor anatomice.

Perioada postoperatorie evoluează fără incidente și bolnava părăsește spitalul la 7 zile după operație, cu plaga vindecată.

În majoritatea cazurilor torsiunile epiplonului sînt secundare. După *Walker* în 90% a cazurilor torsiunea este urmarea unei hernii inghinale drepte. Epiploonul, fiind mai lung în partea dreaptă, penetrează cu ușurință în sacul hernial și suferind un proces de epiploită plastică se pretează la torsiunea. Epiploitele plastice pot fi cauzate de asemenea și de diferite procese abdominale inflamatoare. (*Jackson și Lardennois*).

Tumorile și anomaliile de dezvoltare ale epiplonului sînt amintite și ele în etiologia torsiunilor secundare (*Duval, Mayer, Donat*). Aceste torsiuni se pot asocia și torsiunii unor organe abdominale de care epiplonul este fixat prin aderențe. (*Payr*).

Mult mai rare sînt torsiunile primare sau idiopatice, ca în cazul nostru, cînd nu găsim modificări ale organelor abdominale care ar putea fi incriminate în patogenia torsiunii. *Payr* crede că aceste torsiuni se datorează unor tulburări hemodinamice, fiind cauzate de o stază venoasă de origine necunoscută a organului. Venele devenite turgescențe se torsează în jurul arterelor mai rigide și mai scurte, trăgînd după ele și porțiunea respectivă a epiplonului.

Simptomele torsiunii epiplonului nu sînt caracteristice. Simptomul principal și uneori unic al afecțiunii este o durere mai mult sau mai puțin intensă și continuă. Adesea apar și grețuri și uneori vărsături. Tranzitul intestinal nu este tulburat și starea generală se menține bună. De cele mai multe ori durerea este mai pronunțată în flancul drept, unde se poate instala și o discretă apărare musculară. Datorită acestor simptome în 80% a cazurilor bolnavii ajung pe masa de operație cu diagnosticul de apendicită acută. (*Hashemian*).

În cazurile de torsiune a epiplonului intervenția chirurgicală de urgență este necesară. Se rezecă segmentul torsionat, iar în caz de epiploită se extirpă toată porțiunea afectată, făcîndu-se la nevoie ablația totală a epiplonului.

Prezentînd cazul observat de noi am dorit să atragem atenția asupra acestui tablou clinic, ce-i drept foarte rar, dar la care trebuie să ne gîndim în unele cazuri de abdomen acut a cărui cauză nu este elucidată.

Sosit la redacție: 25 februarie 1962.