

## **OCLUZII PRIN INVAGINAȚIE JEJUNO-JEJUNALĂ SECUNDARĂ UNEI OCCLUZII PRIN OBSTRUCȚIE A COLONULUI, PRODUSĂ DE UN NEOPLASM DE BONT GASTRIC POSTREZEȚIONAL**

*E. Bancu, N. Mühle, P. Kovács, T. Grozescu, L. Vincze, I. Paizs*

Bolnavul Sz. M., de 33 ani, se internează în serviciul de urgență al Clinicii chirurgicale în după-amiaza zilei de 25. XI. 1964, cu un sindrom abdominal acut, al cărui evoluție progresivă îl aduce la clinică în jurul orei 17. În antecedentele personale: o rezecție de stomac pentru ulcer duodenal în urmă cu 12 ani (la vârsta de 21 ani).

La internare: Bolnav normostenic, cu tegumente și mucoase normale colorate. Sistemul musculo-adipos bine reprezentat; sistemul osteoarticular intact. Ganglionii nu se palpează. Reflexe păstrate. Loje renale libere. Sonoritate pulmonară: murmur vezicular. Cord în limite normale; zgomote cardiace bine bătute dar tahicardice Puls 100/m. T. A. 115/75 mm Hg.

Abdomenul prezintă o cicatrice xifo-ombilicală, este balonat, cu predominanță periombilical dar simetric. Percutoric: zone extinse de timpanism, alternând cu mici zone mate. Percuția provoacă bolnavului dureri ușoare, mai cu seamă periombilical. Palparea dă senzația abdomenului plin, prezentînd o împăstare elastică generalizată. Palparea produce dureri ce se exacerbează periodic. Auscultația: zgomote hidroaerice metalice și zgomote de „glu-glu”. Pulsul aortic se transmite discret prin stetoscop. Tușeul rectal negativ.

Ex. toracic: I.T.N., Ex. abdominal pe gol: numeroase imagini hidro-aerice generalizate în tot abdomenul.

Ex. de laborator: Urina: neg; leucocite: 21.000; hematii: 4000000; Hgb. 89%; hematocrit 40%; glicemia 140 mgr%; uree: 82 mgr%; proteinemia totală 7.

**Interpretarea cazului:** Fiind vorba de un bolnav tânăr care are în antecedentele îndepărtate o rezecție gastrică pentru ulcer, iar în antecedentele apropiate crize subocluzive repetate pe parcursul ultimelor 2 săptămâni, la care s-a instalat brusc un sindrom ocluziv acut, se presupune o ocluzie mecanică pe intestinul subțire (dureri abdominale mai ales periombilical, vărsături repetate) și se indică intervenția chirurgicală de urgență, în anestezie generală prin intubație, după o pregătire preoperatorie de scurtă durată (fig. nr. 1).

Laparotomie mediană mijlocie. În cavitatea peritoneală lichid serocitrin. Pe jejun se descoperă o invaginație pe o lungime de 5—10 cm. Dat fiind faptul că aspectul intestinului invaginat nu explică tabloul clinic, iar ileonul terminal, cecul, colonul ascendent și o parte a colonului transvers prezintă o distensie extremă, hotărîm explorarea în continuare a tubului digestiv. Se mărește incizia în ambele sensuri și se constată la nivelul colonului transvers, în vecinătatea vechei gastroenterostomii, un stop unde se oprește meteorismul. Printr-o nouă mărire a inciziei, aceasta devine xifo-pubiană. Explorînd vechea zonă operatorie, se constată o formațiune tumorală a gurii de anastomoză care se extinde spre bontul gastric și colonul transvers, pe care îl obturează. Se face o debridare laterală stîngă, secționînd transversal marele drept abdominal și incizînd două cartilajii costale după Baudet-Navarro. Acum extensia locală a procesului tumoral este evidentă. Este un neoplasm care prinde în bloc: gura de anastomoză, bontul gastric, ligamentul gastrosplenic și pancreatosplenic, colonul transvers și mezocolonul, unghiul lienal al colonului, porțiunea inițială a jejunului la nivelul ansei eferente a anastomozei Polya-Reichel. Se face biopsie pentru examenul histopatologic extemporaneu (*L. Vincze*), biopsie care confirmă presupunerea noastră asupra malignității procesului (fig. nr. 2).

Se hotărăște intervenția radicală și tactica chirurgicală de urmat: se practică o rezecție subtotală a bontului gastric, împreună cu jejunul inițial, splina, coada pancreasului, colonul transvers și unghiul lienal al colonului, urmate de gastro-jejunostomie, colo-colostomie, pancreatopexie corporeală. Se drenează larg și se refac planurile (fig. nr. 3).

În evoluția postoperatorie se notează în ziua a 6-a o pareză intestinală care cedează la aspirație, cit și perfuzii glucozate cu clorură de K. Bolnavul părăsește clinica în ziua a 14-a postoperator, cu plaga vindecată per primam.

**Discuția cazului:** Prezentarea acestui caz se consideră utilă din următoarele motive:

1. Bolnavul a pus probleme spinoase de diagnostic operator. În fața unei evidente ocluzii mecanice, reprezentate de invaginația intestinului subțire, echipa a insistat în investigația intraoperatorie, descoperînd afecțiunea de bază.

2. Situația de tactică operatorie a fost complexă, fiind vorba de un bolnav cu o intervenție mare în antecedente și o stare deosebit de obscură a organelor interesate, care indica probleme grele de rezolvat.

3. Bolnavul constituie o dovadă evidentă că o ocluzie prin obstrucție pe colon poate fi cauza unei ocluzii prin invaginație pe intestinul supraincizat.

4. Cazul poate să dovedească că pe parcursul celor 7 ore ale intervenției, colaborarea dintre chirurghi, anesteziști-reanimatori, internist, radiolog, anatomopatolog, care au constituit o singură echipă, și-a atins scopul imediat: salvarea vieții bolnavului în condiții cit mai bune.

5. Această colaborare a permis efectuarea operației într-un singur timp, eliminînd intervențiile seriate de odinioară.

Au fost posibile două alternative: fie înstituirea unui anus contra naturii definitiv, pe colonul transvers, fie intervenția aceasta laborioasă și plină de riscuri postoperatorii imediate. S-a ales cea de a doua posibilitate, deoarece nici astăzi nu se cunosc cu siguranță limitele anatomohistologice ale tumorii maligne și pentru că declararea inoperabilității neoplasmului constituie o hotărîre de marc răspundere, atîta timp cit nu putem întrezări cu siguranță viitorul bolnavului.

*Sosit la redacție: 22 iunie 1965.*

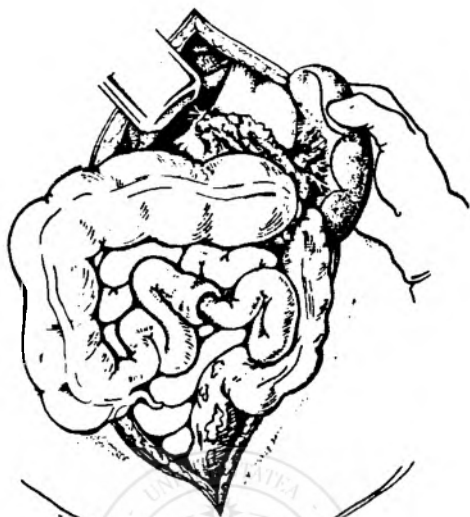


Fig. nr. 1.

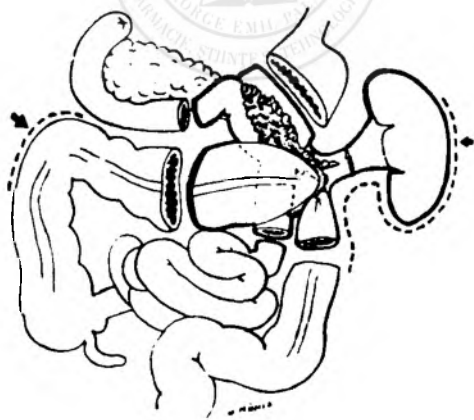
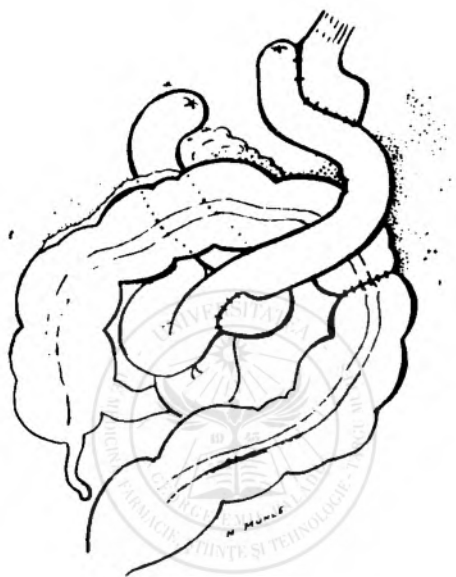


Fig. nr. 2.



*Fig. nr. 3.*