

RUPTURĂ TRAUMATICĂ TOTALĂ A DUODENULUI, ASOCIATĂ CU RUPTURĂ GASTRICĂ LA UN COPIL DE 3 ANI*

A. Kerekes, Gy. Kézdi, I. Paizs, T. Kalló

Rupturile traumatice ale duodenului sînt rare, iar mulți autori le consideră încă și astăzi excesiv de grave. Ele reprezintă la adulți 15% din toate rupturile intestinului subțire. La copii, frecvența leziunii este și mai scăzută: Siler (1949) și Welch (1962) dau un procentaj de 10%. Vereanu (1958) n-a observat din 70 de traumatisme abdominale închise, dintre care 3 prezentau leziuni intestinale, decît o ruptură de mucoasă duodenală.

Intr-o proporție de 60% leziunea se localizează în zona retroperitoneală (Nasio, 1960), ruptura producîndu-se de obicei în porțiunea a două și a treia a organului. Uneori contuzia nu determină rupturi complete ale peretelui, ci numai ale mucoasei și submucoasei, manifestîndu-se clinic ca orice hemoragie de tip gastrointestinal. În cazuri extrem de rare (49 de cazuri publicate în literatura consultată), în special la copii, traumatismul produce un hematom duodenal intraparietal care se exteriorizează prin ocluzie duodenală.

Din literatura care ne-a stat la dispoziție, am reușit să adunăm pînă la sfîrșitul anului 1964 un număr de 281 cazuri de rupturi duodenale. În țara noastră s-au publicat în ultimii 15 ani 4 cazuri: trei (toate mortale), comunicate de Firiță (1956) și cazul unui copil de 9 ani, operat cu succes (caz publicat în 1958 de Grigorescu și Stern). Ne permitem să adăugăm la aceste 4 cazuri recenta noastră observație, considerînd-o interesantă pentru modul neobișnuit în care cazul a fost rezolvat cu succes.

Băiatul I. R. (F. O. Nr. 914), de 2 ani și 11 luni, se internează în ziua de 23. XI. 1964, într-o stare gravă de șoc, prezentînd tabloul clinic al unui abdomen acut chirurgical. Din datele anamnestice reiese că în urmă cu trei zile copilul a suferit un traumatism abdominal. Primele două zile decurg asimptomatic, cu tranzit intestinal normal, bolnavul alimentîndu-se obișnuit. În dimineața celei de a treia zi, sufe-

* Comunicare prezentată la U.S.S.M. Subfiliala Tg.-Mureș, Secția de ortopedie-traumatologie și chirurgie infantilă, în ședința din 25. VI. 1965.

rind un traumatism repetat, apar vărsături, dureri abdominale tenace, asociate de agravarea stării generale. După 14 ore micul pacient a fost transportat cu salvarea la serviciul nostru.

La examenul obiectiv: copil slab dezvoltat cu o stare generală precară; prezintă tegumente palide-cenușii, ochi încercânați; pulsul filiform, 145/min., T. A.: 38/30 mmHg, temperatura 38,2° C. Pe suprafața pulpii se constată urmele unei violențe (echimoze în regiunea frontală dreaptă, epigastrică, lombară și fața externă a coapsei drepte). Abdomenul destins, cu imobilitate respiratorie, prezentând la palpare o sensibilitate difuză. Matitatea netă a flancurilor, constatată în decubit dorsal, în ortostatism se deplasează în regiunea hipogastrică. Auscultatoric: silențiu abdominal. Douglas sensibil la tușeul rectal. Radioscopia abdominală pe gol decelează prezența pneumoperitoneului. Hematii: 2.680.000, Hb.: 65%, leucocite: 9200.

Paralel cu o reechilibrare de urgență, în anestezie generală și sub scutul transfuziei, se procedează la explorarea cavității abdominale printr-o laparotomie mediană. Cu această ocazie se constată semnele unei peritonite generalizate și prezența unei cantități de cca. 400 ml exsudat sero-sanguinolent. Regiunea pilorică a stomacului și prima porțiune a duodenului sînt acoperite de un cheag mare de sînge, alocuri cu false membrane pe stomac și ansele intestinale. După îndepărtarea masei de cheaguri se pune în evidență o ruptură totală a joncțiunii piloro-duodenale, bonturile fiind legate doar printr-o punte îngustă de seroasă. Dilacerarea capătului aboral al duodenului se continuă cu mai multe rupturi lineare oblice și longitudinale, interesînd întreaga porțiune liberă a acestui segment. Porțiunea juxtapilorică a stomacului prezintă hematoame subseroase multiple, iar la 3 cm de la pilor, pe fața anterioară a stomacului, se găsește o leziune parietală ce interesează toată grosimea acestuia cu excepția învelișului seros. Primile 3—4 anse jejunale sînt pline cu sînge; în rest tractul intestinal pare a fi gol. În plus explorarea pune în evidență un hematom subseros la nivelul rădăcinii mezentenului.

În privința soluționării modificărilor lezionale, sutura termino-terminală piloro-duodenală dovedindu-se a fi tehnic inpracticabilă, iar îmfundarea bonturilor, urmată de repararea plăgii stomacale și efectuarea în continuare a unei GEA, fiind considerată un act riscant din cauza compromiterii prin hematoame a viabilității peretelui gastric, singura cale la care s-a putut recurge a fost rezecția gastrică economică, imediat deasupra rupturii stomacului, continuitatea tubului digestiv fiind restabilită după procedeul Reichel-Pólya.

În urma tratamentului aplicat (deșocare, reechilibrare hidroelectrolitică, antibioterapie) evoluția postoperatorie este satisfăcătoare, perturbată fiind doar de apariția unei fistule pancreatice în ziua a șasea, care se închide după trei zile în urma unui tratament adecvat. Controlul radiologic și de laborator, efectuat la trei săptămîni după intervenție, ne-au arătat: reținerea substanței de contrast și evacuare segmentată în ansa eferentă, aciditate. Hematii: 3.680.000, Hb.: 70%.

La data de 31. XII. 1964 bolnavul părăsește clinica în stare generală bună, fără acuze, cu prescripțiunile necesare privitoare la alimentația și tratamentul substitutiv. La controale ulterioare s-a constatat o stare asimptomatică, stagnarea greutății corporale, persistența acidității și ameliorarea stării de anemie (hematii de la 3.680.000 la 4.000.000, Hb. de la 70% la 80%).

Discuții. După cum reiese din datele literaturii de specialitate, prognosticul rupturilor traumatice ale duodenului este grav și depinde în bună parte de aplicarea la timp a unui tratament chirurgical adecvat. Mortalitatea, care în urmă cu cinci decenii a fost de 91,7% (Schumacher, 1910), menținîndu-se încă la 40—50% în anii 1940, a scăzut astăzi la 15% (Nasio, 1956).

În legătură cu cazul prezentat trebuie discutat mecanismul de producere al rupturii duodenului și problema atitudinii chirurgicale.

Din confruntarea datelor anamnestiche cu evoluția clinică și modificările lezionale constatate intraoperator, explicația pe care o dăm în privința genezei alterațiilor morfologice și a tabloului clinic particular, este mecanismul rupturii în doi limpi. Transformarea leziunilor cu hemoragii și devitalizarea consecutivă parietală

— drept consecințe ale traumatismului inițial — într-o ruptură totală a peretelui în a treia zi printr-un traumatism repetat, se explică prin mecanismul „immersion blast force”, descris de *Johnson, Cohn, Hanley*. (Sub efectul forței cu care s-a lovit peretele abdominal se produce — prin tendința de deplasare a conținutului duodenal — o angulare la nivelul flexurii duodeno-jejunale, aceasta fiind favorizată și de ligamentul lui Treitz; pilorul rămânând închis, duodenul se transformă într-o ansă închisă, iar augmentarea bruscă a presiunii în lumenul său se soldcăză cu ruperea peretelui organului).

În sprijinul ipotezei amintite vine perioada asimptomatică de 2 zile care a urmat după traumatismul inițial, precum și prezența hematoamelor parietale și a conținutului de sînge care s-au putut constata în segmentele subiacente ale leziunii, acesta nu s-a putut acumula într-o cantitate atît de voluminoasă în cazul unei rupturi totale, ci numai la o continuitate păstrată a tractului intestinal.

În privința soluționării cazului, sutura cap la cap a bonturilor — ca procedeu de preferat — fiind irealizabilă din motive tehnice, iar infundarea bonturilor și restabilirea continuității prin GEA fiind riscantă din cauza viabilității discutabile a segmentului inferior gastric, în situația dată nu ne-a rămas altă posibilitate decît rezeccia gastrică economică.

Fiind pe deplin conștienți de consecințele acestei operații mutilante, ne-am propus urmărirea permanentă a bolnavului, rămînînd ca aceasta să fie obiectul unui studiu de viitor.

Concluzii

Ruptura traumatică a duodenului este o afecțiune rară, gravitatea ei fiind marcată printr-o mortalitate destul de ridicată.

După cum reiese din cazul prezentat ruptura poate să se desfășoare și în doi timpi. Pentru o asemenea ruptură a porțiunii libere pledează uneori perioada asimptomatică consecutivă unui traumatism abdominal.

Soluționarea chirurgicală a rupturilor duodenale este determinată de localizarea și întinderea leziunii, dar în unele cazuri, nu mai puțin de leziunile asociate.

Procedeu cel mai simplu este suturarea plăgii. La rupturi totale ale primei porțiuni a duodenului, sutura cap la cap a bonturilor este procedeu de elecție. În lipsa condițiilor pentru efectuarea unei astfel de anastomoze, calea de urmat va fi aceea a infundării ambelor capete și restabilirea tranzitului prin GEA.

Ca o ultimă posibilitate se va recurge la rezeccia gastrică în acele cazuri în care nu mai există altă modalitate pentru salvarea vieții bolnavului.

Sosit la redacție: 4 decembrie 1965.

Bibliografie

1. BOGGS J. E., LAWTON W. E.: *W. Va. Med. J.* (1959), 55, 8, 270; 2. BRABAND G.: *Acta chir. scand.* (1960), 119, 20; 3. BULINYIN V. I.: *Vestn. Hir.* (1959), 83, 2, 134; 4. BURTEVA K. V.: *Sovetsk. Med.* (1959), 23, 11, 143; 5. COHN I., HAWTHORNE H. și colab.: *Amer. Surg.* (1952), 84, 3, 293; 6. FIRICA T.: *Chirurgia*, Ed. Medicală, București (1956); 7. GRIGORESCU I., STERN A.: *Chirurgia* (1958), 1, 115; 8. HIEBEL G., LANG G., FONTAINE R.: *Arch. Mal. Appar. Dig.* (1962), 51, 9, 1012; 9. JOHNSON M. L.: *Amer. J. Surg.* (1957), 94, 2, 251; 10. KRBEK J.: *Rozhl. v. chir* (1959), 38, 8, 568; 11. NASIO J.: *Chirurgia* (București), (1960), 1, 1; 12. SHANNON R., BRISBANE J.: *Aust. N.Z.J. Surg.* (1962), 32, 1, 28; 13. SOLHEIM K.: *Acta chir. scand.* (1963), 126, 6, 579; 14. VAN SONDEREN A. G. J.: *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* (1960), 4, 170; 15. STULZ E., KEMPF I.: *Lyon chir.* (1960), 56, 2, 314; 16. VASIUC A. E.: *Hirurgia (Moscova)* (1962) 6, 123; 17. VEREANU D., SOCOLESCU M., STEINBACH T.: *Chirurgia* (București) (1956), 2, 213; 18. VEREANU D., SOCOLESCU M., STEINBACH T.: *Chirurgie infantilă de urgență*. Editura medicală, București (1958); 19. WELCH K. J.: *Pediatric Surgery*, Ed Year Book Medical Publishers Inc., Chicago (1962).