

Clinica chirurgicală nr. 1. din Tg.-Mureș (cond.: prof. Z. Papai)

CONSIDERAȚII PE MARGINEA UNUI CAZ DE CHIST ADEVĂRAT MULTILOCLAR AL PANCREASULUI.

Splenopancreatectomie corporeocaudală cu chistectomie. Vindecare.

E. Bancu, S. Dașchievici, N. Mühle, R. Vincze

Chisturile de pancreas cuprind toate colecțiile lichidiene dezvoltate în pancreas. Lui Körte îi datorăm distincția între chisturi adevărate, cu perete propriu, și pseudo-chisturi.

Chisturile adevărate se pot defini ca formațiuni tumorale dezvoltate în dependență de pancreas, având un perete propriu, cu înveliș epitelial și cu conținut lichidian.

Raritatea relativă a chisturilor adevărate, mai puțin de 100 de cazuri publicate în literatura de specialitate, discuțiile interesante de tactică și tehnică chirurgicală de urmat, precum și lipsa unor astfel de publicații în literatura noastră de specialitate ne-a îndemnat la prezentarea cazului de față.

Bolnava M. G., de 22 ani, casnică, cu F. O. 2860/1965, se internează în clinica noastră. Din istoricul bolii reiese că boala actuală datează de 5 săptămâni, cind bolnava prezintă dureri lombare stîngi, inapetență, scădere ponderală și tulburări dispeptice. Concomitent observă o bombare în partea stîngă a etajului abdominal superior.

La examinarea bolnavei constatăm o deformare a etajului abdominal superior cu lărgirea bazei hemitoracelui stîng și o bombare a peretelui abdominal ce interesează regiunea epigastrică, hipocondrul și flancul stg.

La palparea se percepe o formațiune tumorală cu limitele inferioare rotunjite, renitentă, ușor dureroasă, de mărimea unui cap de adult, care se pierde sub rebordul costal stîng și prezintă contact lombar.

Percutoric: matitate extinsă, cuprinsă între zone timpanice

Examele de laborator: H. 3.400.000; Hgb. 70%; leucocite 9.600; V.S.H. 42/73; urina normală; probele hepatice negative; glicemie 80 mgr%; uree 18 mgr%; amilazemia 8 U; amilazuria 32 U; reacția Cassoni negativă; hepatoscintigrama normală. E.K.G.-traseu electric normal; Rx. toracic: diafragme moderat ridicate cu excursii limitate în stînga. Sinusuri libere. Pasaj oaritat (dr. Szecsei): stomac în formă de cîrlig, deplasat spre dreapta, în special cu polul inferior, contururi nete, pliuri paralele; evacuarea normală. Deplasarea înainte a corpului stomacului la examinarea din profil. Cadru duodenal dislocat la dreapta. Ansele orale jejunale dislocate spre dreapta și în jos. În flancul stg. se observă o opacifiere de intensitate medie, rotundă, de mărimea unui cap de făt. Clisma baritată arată un descens al unghiului splenic și al porțiunii stg. a transversului. Ex. urologic (dr. Balogh): la cromocistoscopie relații normale. Urografie: compresie a ureterului proximal stg. cu pielectazie.

Interpretarea cazului: pe baza antecedentelor (sindrom dispeptic cu dureri abdominale și lombare stg.) și a examenului obiectiv (tumoare palpabilă în epigastru și hipocondrul stg. cu suprafață netedă și consistență renitentă, excluzînd leziunea de organ a viscerelor explorabile) punem diagnosticul de chist pancreatic. Ținînd cont de sex, vîrstă, lipsa traumatismului, pancreatitei sau a unei afecțiuni biliare în antecedente, credem că formațiunea descrisă ar fi un chist adevărat de pancreas. După pregătire preoperatorie intervenim la 11. XII. 1965. Bănuind că formațiunea aparține de pancreas, practicăm o incizie transversală ce pornește din dreapta, străbătînd linia xifo-ombilicală la unirea celor două treimi superioare cu cea inferioară și coborînd pararectal stg., secționînd parțial rectus abdominis dr. (fig. nr. 1) și total cel stg. Pătrundem în cavitatea peritoneală. La explorare constatăm o formațiune tumorală, fluctuantă, ce se extinde în sus prin ligamentul gastrosplenic pînă la diafragma stg. de care aderă, prin micul epiplon pînă pe fața inferioară a ficatului, de care aderă intim, prînsă anterior prin aderențe la fața posterioară a stomacului și coafînd ligamentul gastro-colic, deplasînd stomacul lateral dr., iar colonul transvers și unghiul lienal în jos. Inferior formațiunea bombează prin mezo-colonul transvers spre etajul abdominal inferior, depășind nivelul ombilicului. Aspectul cimpului operator este al unei tumori enorme (pepene) pe care stau suspendate și deplasate stomacul, colonul și splina cu elementele hilului resirate, avînd aspectul unor corzi. Pătrunzînd prin ligamentul gastrocolic, constatăm posibilitatea clivării formațiunilor chistice și ne convingem astfel că este vorba de chisturi adevărate care aparțin pancreasului. În imposibilitatea de a putea mobiliza tumoarea, hotărîm punționarea ei și extragem un lichid clar filant. Puncția dovedește că ne găsim în fața mai multor chisturi. La a doua puncție extragem un lichid galben-citrin, la a treia lichid șocolatiu, dar nu putem evacua întreg chistul, deoarece este compartimentat. Ne-au mai rămas două formațiuni chistice aderente

de diafragm, pe care se găsește splina cu elementele inseparabile ale hilului. Ho-tărîm următoarea tactică: practicăm o debridare superioară spre rebordul costal și rezecăm un cartilaj. Incizăm plica peritoneală splenoparietală și pe fața anteroară a rinichiului stg. (fig. nr. 2), (găsim planul de clivaj) decolăm splina împreună cu tumorile chistice pe care le izolăm de diafragm prin secțiunea aderențelor. Eliberăm chisturile anterior de stomac și ligamentul gastrocolic, în sus de ficat, în jos de mezocolonul transvers și toată masa tumorală împreună cu splina se exteriorizează prin plagă (fig. nr. 3). Avînd pediculul format de limita corporeocaudală a pancreasului, de care nu se poate separa, rezecăm în ic pancreasul și extirpăm cele 5 chisturi împreună cu splina. Suturașm tranșa pancreatică cu fire întrerupte de mătase. Preparăm un lambou mezocolic, pediculat spre rădăcină, din mezocolonul transvers în aria avasculară și trecîndu-l posterior, acoperim linia de sutură pancreatică, fixîndu-l cu fire separate (fig nr. 4). Inchidem breșa mezocolică. Peritonizăm cu unghiul lienal al colonului. Drenaj lombar prin contracizie. Evoluție postoperatorie favorabilă. Bolnava părăsește clinica în ziua a XVIII-a vindecată. Secționînd piesa operatrice în plan frontal, apar chisturile multiple. Septurile conjunctivale se condensează într-un loc într-o masă conjunctivă densă. Conținutul cavităților diferă, fiind seros, mucinos sau șocalatiu (fig. nr. 5). Examenul histopatologic arată că septurile conjunctivale sînt acoperite cu un epiteliu cilindric dispus într-un singur strat. În mai multe teritorii se văd glande căpșușite cu epiteliu cilindric (fig. nr. 6). Revăzută la 2 și 4 luni, bolnava ciștigă 8 kg în greutate și se află în condiții de sănătate deplină. Examinările de laborator sînt normale. Probele de digestie bune.

Chisturile pancreatice adevărate au fost individualizate de Kôrte (1898) pe baza constatării unui perete format din lamă de țesut conjunctiv tapetat de un epiteliu. În 1931 *Machorner* și *Mattson* dau prima clasificare histopatologică. pe care o completează *Jemerin* și *Samuels* (1948) astfel:

1. Chisturi congenitale:

a) — Fibroza chistică a pancreasului;
 b) — Maladia polichistică (asociată de obicei cu alte formațiuni polichistice, care se situează deasupra resurselor chirurgicale):

- c) — Chisturi dermoide;
 d) — Incluziuni heterotipice.

2. Chisturi prin retenție sau chisturi canaliculare. Sînt mici și multiple, rezultate din obstrucția unui canal excretor.

3. Chisturi tumorale:

a) — Chistadenomul benign. În general multilocular, cu perete propriu conjunctiv tapetat cu epiteliu multistratificat, cilindric sau turtit, uneori cu activitate secretorie.

b) — Chist adenocarcinomatous caracterizat prin neliniște celulară tipică, vegetații neregulate cu ax conjunctivovascular înconjurat de epiteliu și conținut hemoragic.

c) — Teratoame și sarcoame care se excavează, devenind chistice.

4. Chisturi pancreatice diverse.

5. Pseudochisturi, care pot fi inflamatorii și traumatice, nu sînt tumori, ci colecții lichidiene secundar închistate, folosînd ca perete organele din jur, recunoscînd antecedente traumatice și inflamatorii acute pancreatice și conținînd fermente pancreatici.

Cazul prezentat de noi este un chistadenom benign, avînd caracterile descrise mai sus

Discuțînd tactica și tehnica chirurgicală a acestor afecțiuni, literatura chirurgicală se rezumă la două mari grupe de intervenții: paleative și radicale.

1. — Intervenții paleative,

a) Drenajul extern (marsupializarea) și drenajul extern propriu sînt indicați în chisturile adevărate, separate ca prim timp, urmat la 2—3 luni de o fistulopancreaticotomie reglată a nărtii stg. În caz de localizare cefalică (anastomoză fistulodigestivă)

1. LEANUL ȘI COLARUL. CONSIDERAȚII PE MARGINEA UNUI CAZ DE CHIST
ADEVĂRAT MULLOCULAR AL PANCREASULUI. ...

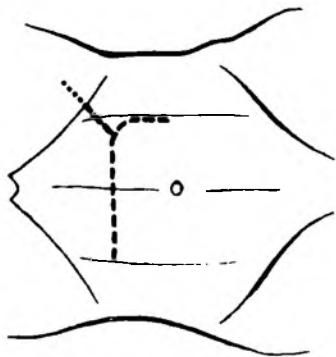


Fig. nr. 1

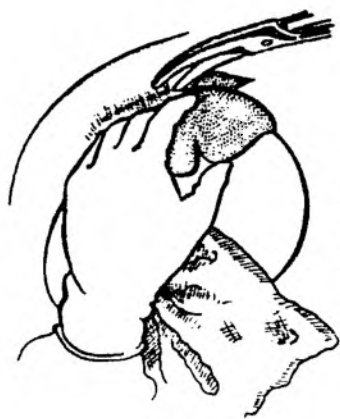


Fig. nr. 2.

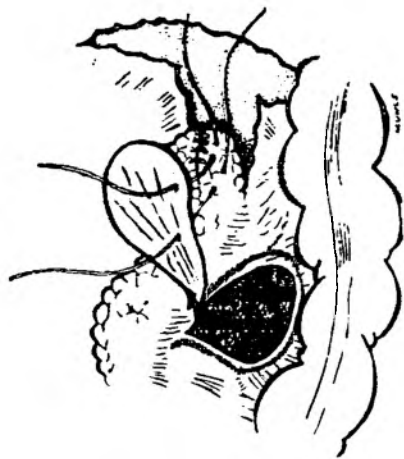


Fig. nr. 3.





Fig. nr. 5.



Fig. nr. 6.

tivă) rezecția pancreatică cefalică nu motivează riscul operator pentru o afecțiune benignă (Warren).

b) Drenajul intern: în chisturi adevărate cu localizare cefalică (chisto-gastrostomia, chisto-duodenostomia, chisto-jejunostomia).

2. — Intervenții radicale (exereze).

a) Enuclearea: chisturi bine circumscrise cu plan total de clivaj.

b) Exereza chisturilor și a pancreasului vecin (majoritatea cazurilor), este ușoară când chistul este pediculat, dificilă și riscantă când pediculul lipsește.

c) Exereza prin pancreatectomia parțială:

— pancreatectomie caudală în chisturile părții stg. a organului. Când canalul Wirsung este dilatat, pancreatografie anterogradă: sfincterotomie, drenaj transpapilar, pancreato-jejunostomie pe tranșă;

— duodenopancreatectomie în chistadenocarcinoame (ex. extemporaneu).

Tactica chirurgicală este în funcție de aprecierea terenului asupra căruia se acționează și de explorarea bolnavului. Clinica ne dă prezumție, explorarea operatorie certitudine (Mercadier). Indicațiile depind de starea generală a bolnavului, caracterele anatomice și patologice ale leziunii și competența chirurgicală.

În cazul nostru, fiind vorba de o bolnavă tinăra cu constante biologice bune, am ales rezecția, fiind convinși de necesitatea ei în scopul vindecării definitive. De altfel, literatura chirurgicală modernă rezervă chisturilor adevărate numai în mod excepțional indicații tehnice paleative (chisturi cefalice, chisturi supurate, chisturi maligne inoperabile). Exereza rămâne tratamentul de elecție al chisturilor adevărate.

Chirurgia zilelor noastre se afirmă prin transpunerea la pancreas a principiilor chirurgiei biliare. Astăzi este posibil să precizăm în timpul intervenției natura chistului, corelația lui cu căile pancreatice, precum și repercursiunile lui asupra căilor biliare, a răspîntiei biliopancreatice și a sistemului port. Astfel, alegerea unei metode terapeutice în chirurgia pancreatică a depășit era empirismului și a devenit rațională și științifică.

Sosit la redacție: 28 septembrie 1966.

Bibliografia la autor.