

Clinica chirurgicală nr. 1 (cond.: prof. Z. Pápai) și Clinica chirurgicală nr. II.  
(cond.: conf. I. Pop D. Popa, doctor în medicină) din Tg.-Mureș

## STENOZA DUODENALĂ SUBVATERIANĂ DE NATURĂ ULCEROASĂ

E. Bancu, R. Deac, C. Crăciun

Literatura chirurgicală se ocupă tot mai mult de problemele complexe ridicate de tratamentul operator al ulcerului duodenal. Progresele realizate în investigațiile clinice și mai ales radiologice, aduc tot mai mult în discuție varietatea ulcerelor duodenale jos situate. Atenția autorilor este atrasă de ulcerule de pe porțiunea a 2-a a duodenului ( $D_2$ ) cu localizare supra- sau subvateriană, deoarece ele impun soluții dificile de tehnică chirurgicală, mai ales cind sînt complicate cu hemoragii sau stenoze.

În evoluția concepției asupra ulcerelor de pe  $D_2$  se cunosc mai multe etape (3).

1. Etapa anatomică, cu constatări necroptice sau operatorii, cu primul caz semnalat de *Klings* în 1880.

2. Etapa radiologică, culminînd prin contribuția lui *Guttman* (1934). Datele necroptice dau o frecvență variabilă între 5—17% din totalitatea ulcerelor duodenale (*Collin, Gruber, Carman, Moynihan, Mc Carty, Perry, Schaw* etc.). Datele operatorii dau 4 ulcere postbulbare la 161 ulcere duodenale pentru *Vebeer*, un ulcer pe genus superior și nici unul pe  $D_2$  din 307 ulcere duodenale operate de *Mialaret* și *Edelmann*; un ulcer pe  $D_2$  din 275 cazuri ale statisticii lui *Mouchet*. La 1300 ulcere gastrice și duodenale *Dubarry* găsește 20 pe  $D_2$  (1,05%). *Ramsdell* găsește 22 ulcere pe  $D_2$  între 99 ulcere postbulbare. *R. de Vernejoul* și colab., pe 3000 gastrectomii, găsesc 82 cazuri de ulcere „inextirpabile fără pericol” dintre care 6 erau localizate pe  $D_2$  (5). *Țuraj* și *Pestrescu* prezintă o statistică de 18 ulcere juxta-papilare, dintre care 2 sub-papilare (4). *Butnaru M., Ciocan M., Kende I., Georgescu A.* și colab. prezintă 15 ulcere postbulbare, toate supravateriene (2). Într-o lucrare anterioară, unul dintre noi a prezentat 3 cazuri de ulcere duodenale joase care au necesitat artificii de tehnică chirurgicală (1).

Dintre complicațiile ulcerelor duodenale joase, hemoragiile sînt cele mai frecvente (20—30%), (*Callandry, Ivy, Grossmann, Bachrach*); perforațiile sînt rare în peritoneul liber, mai des semnalate în pancreas, coledoc sau colon (3). Stenozele supravateriene au fost întîlnite de 16 ori la 77 cazuri de *Toye* și *Lazzarin*, de 2 ori de *Rougemont* pe 29 cazuri (3). Stenozele subvateriene sînt excepționale. În literatură sînt citate 3 observații ale lui *Guttman*, un caz prezentat de *Levrat, Brette* și *Larribaud* și un caz operat și prezentat de *Auguste* și *Delannoy* (3).

Cercetînd literatura chirurgicală modernă din țară și străinătate, am considerat utilă prezentarea cazului nostru:

B. I., de 55 ani (F. O. 1160/1966), se internează în clinică pentru dureri epigastrice, plenitudine epigastrică, vărsături alimentare, iar în ultimul timp vărsături abundente de bilă. Antecedentele legate de boala actuală datează de 18 ani, în ultimul timp vărsăturile duc la slăbirea accentuată a bolnavului.

Examenul clinic: sensibilitatea palpatorie în epigastru și clapotaj „à jeun”. Rx. toracic: ITN. Examenul urinei: negativ. Hematii: 4.120.000, hemoglobină = 82%. Leucocite = 7.000; hematocrit: 49%. TS = 1,10”; TC = 3,50”; index protrombină = 80%; toleranța la heparină: 140%; teste de disproteinemie: cadmiu-slab pozitiv. Electroliți: Na = 142 mEq/l, K = 4,7 mEq/l; Glicemia = 76 mg%, proteinemie totală = 7,6 g%; uree = 24 mg%. Bariu pasaj: stomac hipoton, plin cu secreție. Pilor spastic (?). După manoperele obișnuite și decubit drept de 20 minute stomacul nu se evacuează. După 4 ore de decubit lateral drept stomacul nu se evacuează de loc. Dgs. radiologic: stenoză pilorică.



Fig. nr. 1

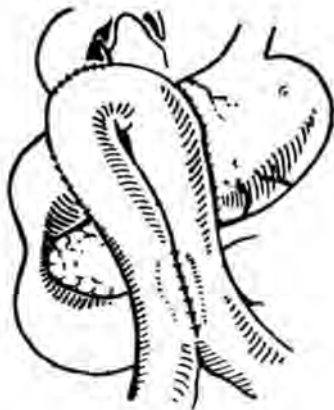


Fig. nr. 2

Interpretarea cazului: pe baza semnelor clinice, antecedente și examen radiologic se pune diagnosticul de stenoză pilorică ulceroasă. După pregătire preoperatorie intervenim la data de 20. IX. 1966 prin laparotomie mediană superioară. La explorare constatăm un stomac enorm dilatat. La nivelul duodenului, leziuni extinse de periduodenită cu rețracția și deformarea regiunii. Capsula pancreatică îngroșată. Scheletizăm stomacul și-l rezecăm sub pilor cu 1—2 cm. Stofa duodenală fiind precară, deschidem lumenul duodenal, din care se scurge bilă în abundență, după aspirarea căreia observăm pe peretele duodenal la 1 cm de limita rezecției prezența în vecinătatea pedunculului duodenal superior a papilei, pe care o cateletrizăm pentru confirmare (intrând în coledoc). Explorând digital sub această regiune constatăm o stenoză duodenală subvateriană ( $D_2$ ) ce nu permite introducerea nici a pulpei degetului V (fig. 1). Deoarece înfundarea bontului duodenal este riscantă (pericol de obstrucție a papilei și de excludere a  $D_2$  din tranzit), hotărîm aducerea precolică a primei anse jejunale cu care executăm următoarele anastomoze; duodeno-jejunostomie termino-laterală, colecisto-jejunostomie de siguranță, gastro-jejunostomie după procedeul *Hoffmeister-Finsterer* și jejuno-jejunostomie Braun la piciorul ansei (fig. 2). Drenaj subhepatic, refacerea planurilor anatomice. Postoperator microinfarct pulmonar în ziua a 5-a care cedează la tratament anticoagulant. Revăzut după 1 și 2 luni de la intervenție bolnavul este în deplină sănătate.

#### Discuții

1. Considerăm că în prezența unei stenoze ulceroase subvateriene, gastroenterostomia este o intervenție neconcludentă.

2. Singura intervenție liniștitoare este rezecția gastrică cu sau fără rezecția stenozei (*Auguste* și *Dellano*y au practicat rezecția stenozei urmată de gastro-duodeno-jejunostomie, 3).

3. O altă soluție tehnică ar fi gastro-duodenectomia cu menajarea unei pastile de mucoasă în jurul papilei și implantarea acesteia într-o ansă în „Y”, care să servească și la anastomoza gastro-jejunală (*Rougemont* o indică, dar nu a efectuat-o, 3). Intervenția este complexă și plină de riscuri.

4. Considerăm că intervenția practică de noi este mult mai potrivită și mai sigură.

Sosit la redacție: 13 decembrie 1966.

## Bibliografie

1. BANCU E., GÁLEFFY I., MÜHLE N., ABERLE G.: *Chirurgia* (1966), 4, 347;
  2. BUTNARU M., CIOCAN M., KENDE I., GEORGESCU A. și colab.: *Chirurgia* (1966), 7, 621;
  3. ROUGEMONT CL.: *Journ. Chir. Paris* (1959), 78, 5, 534;
  4. ȚURAI I., PETRESCU C.: *Chirurgia* (1966), 7, 613;
  5. VERNEJOUL R., HENRY E., DEVIN R., COURBIER R.: *Journ. Chir. (Paris)*, (1957), 2, 129;
-