

STUDIU RADIOLOGIC ASUPRA A 210 CAZURI DE GASTRECTOMII PARȚIALE CU ANASTOMOZĂ GASTRO-DUODENALĂ TERMINO-TERMINALĂ DUPĂ ULCER GASTRO-DUODENAL ȘI AFECȚIUNI BENIGNE: CONSIDERAȚIUNI ASUPRA ADAPTĂRII MORFO-FIZIOLOGICE ȘI A UNOR COMPLICAȚII *

Gr. Stanciu, I. Darvas, G. Biró

Proporția rezecțiilor gastrice cu anastomoză gastro-duodenală termino-terminală, Péan-Billroth I, von Haberer, Rydigier, a crescut destul de mult în ultimii ani în dauna anastomozei gastro-jejunale termino-laterale, Finsterer-Billroth II, Reichel-Polya. (F. Poilleau, M. Lemerrier, F. Chaubin, D. Burlui, C. Toader, Gy. Szemző, K. Széll, L. Póka, P. Péterffy, E. Bancu sînt o parte din chirurgii care o preferă, 4, 6, 7, 12, 18, 19, 20).

Practica rezecției gastrice largi asociate cu GEA în special în tratamentul bolii ulceroase, s-a dovedit nefiziologică în 20—30% din cazuri. După 90 de ani de experiență și căutări experimentale și clinice, cihirurgia ulcerului este dezvoltată creator, fiind antrenată pe un făgaș fiziologic, spre binele bolnavilor, micșorîndu-se întinderea gastrectomiei sub protecția vagotomiei cînd este indicată și restabilindu-se tranzitul normal gastro-duodenal cînd este posibil, prin anastomoză sau piloro-plastie (F. Mandache, 12).

Gastrectomia parțială cu anastomoză gastro-duodenală are avantajul de a înlătura cauza locală pe de o parte, iar pe de altă parte restabilește circuitul fiziologic: se efectuează cu mare rapiditate și simplitate de execuție și mai ales diminuează din sechelele adeseori grave ale gastrectomiei (6, 7). Rezultatele obținute sînt bune, pune probleme dietetice minore, cavitatea gastrică restantă recîștigă repede o capacitate aproape de normal, se observă unde peristaltice, evacuarea este ritmică, gura de anastomoză continentă și se schițează apariția noului pilor și bulb (Gh. Chișleag, E. Chaubin, 5, 6). De asemenea sînt autori (D. Burlui, C. Constantinescu, A. Bidulescu, 1, 4), care recomandă în diverse complicații ivite după gastro-jejunostomie, aplicarea gastro-duodenostomiei, constatîndu-se ameliorări și îmbunătățiri nete. La un mare număr din cazurile noastre rezecția gastrică a fost efectuată (chirurg dr. P. Péterffy) pe linia Demel care are ca extremitate superioară locul unde artera gastrică stîngă abordează stomacul la nivelul micii curburi, iar extremitatea inferioară pe curbura mare, la punctul de joncțiune al arterelor gastro-epiploice. Astfel dacă se rezecă prin secțiune conul antro-piloric și regiunea bulbară, se exclude ulcerul și porțiunea responsabilă de aciditate, iar partea restantă (bontul gastric) conținînd cardia, fornixul și corpul, reprezintă o unitate anatomo-fiziologică, deoarece conține un compartiment format din jumătatea dreaptă cu rol funcțional și jumătatea stîngă cu rol de rezervor; vascularizația, dispoziția fibrelor musculare și a mucoasei în mare măsură explică acest deziderat (13). Autorii (12) recomandă acest gen de rezecție, natural ori de cîte ori este posibil, avînd pe lîngă cele arătate mai sus și avantajul că bontul gastric este cu ceva mai mare.

* Lucrare prezentată la Simpozionul de gastro-enterologie Tg.-Mureș, aprilie 1968 și Conferința Națională de Radiologie, septembrie 1968

GR. STANCIU ȘI COLAB.: STUDIU RADIOLOGIC ASUPRA A 210 CAZURI
DE GASTRECTOMII PARTIALE.



Fig. nr. 1: Bolnavul S. I. 38 ani. Rezeecție gastrică parțială cu anastomoză termino-terminală Péan-Billroth I. Examen radiologic la 6 luni după intervenție. Se schițează unde peristaltice pe ambele curburile bontului. Rezeecția s-a făcut pentru ulcer duodenal.



Fig. nr. 2: Bolnavul P. Gh. 47 ani. Același tip de rezeecție și anastomoză. Control efectuat la peste 2 ani de la operație. Se schițează bine neopilorul și neobulbul.



Fig. nr. 3: Bolnava T. I. 55 ani. Rezeecție cu anastomoză tip Péan-Billroth I pentru polipoză gastrică. Control radiologic la peste 5 ani după intervenție. Se observă neopilorul și neobulbul precum și tendința de antralizare a marii curburii.



Fig. nr. 4: Bolnava C. M. 36 ani. Același tip de rezeecție și anastomoză ca la 3. Cauza intervenției: ulcer duodenal. Control radiologic după 5 ani: bont de mărime corespunzătoare, schițare de neopilor și neobulb.



Fig. nr. 5: F. F. 61 ani. Cu 21 ani în urmă se efectuează GEA care prezentând complicații se reintervine prin executarea de degastroenteroanastomoză Péan-Billroth I. Examen radiologic la peste 6 săptămâni după reintervenție.



Fig. nr. 6: Bolnavul H. K. 63 ani. Rezeecție gastrică parțială cu anastomoză gastro-duodenală termino-terminală Péan-Billroth, I. Haberer, pentru polipoză gastrică. Controlul radiologic făcut la aproape 2 ani de la intervenție pune în evidență post nebulbar o opacitate persistentă (nișă ulcerosă).



Fig. nr. 7: Bolnavul V. I. 62 ani. Rezeecție gastrică tip Péan-Billroth I, Haberer, pentru polip gastric antral. Control radiologic: pe marginea concavă a cadrului duodenal se pun în evidență 2 diverticuli și la unghiul duodeno-jejunal 1 diverticul.



Fig. nr. 8: Bolnavul K. A. 51 ani. Rezeecție gastrică parțială cu anastomoză varianta Péan-Billrot I, pentru ulcer duodenal. În prima porțiune a jejunului se pune în evidență imagine radiologică de ascarid.

Prin examinările radiologice efectuate, am căutat și urmărit să observăm suplețea, talia, destinderea bontului, undulațiile peristaltice, forma și permeabilitatea gurii de anastomoză, ritmul și durata totală a evacuării, aspectul noului pilor și bulb, ansa duodenală și porțiunea incipientă a jejunului. Clișeele le-am executat în diverse poziții și incidențe, cu suspensie baritată obișnuită, pastă, acid clorhidric oficial în suspensie baritată și suspensie baritată în lapte.

Criteriile de adaptare, pe care le-am observat în urma examinărilor precoce și tardive și de care am ținut cont în evaluarea rezultatelor, au fost următoarele: bontul cu mărime corespunzătoare, recuperarea motricității prin schițarea undelor peristaltice, evacuarea suspensiei baritate de la 30 de minute la 1 oră și 20 de minute, intervalul ritmat al pasajului fiind de 10 la 55 secunde, gura de anastomoză (neopilorul) continentă între secvențele de evacuare, evacuare prelungită cu aproximativ 10 minute la administrarea de acid clorhidric în suspensia baritată, cu peste 20 de minute după administrarea de pastă baritată, prelungirea evacuării în jur de 50 de minute la examinările în poziție culcată și scurtarea timpului de evacuare în medie de 15 minute la suspensia baritată în lapte. Semne bune de adaptare, mai ales cu apariție tardivă, care merită să fie luate în considerare sînt, migrarea și retractarea cranială a gurii de anastomoză, formarea neopilorului, antralizarea mării curburi și apariția unui bulb duodenal. La fig. 1, 2, 3, 4 se pot observa semne radiologice de adaptare.

Scopul principal al studiului nostru a fost de a evalua rezultatele gastrectomiei parțiale cu anastomoză gastro-duodenală, termino-terminală, pe care le-am constatat favorabile față de gastrectomia parțială cu gastro-jejunostomie termino-laterală. Astfel pe baza datelor clinice și radiologice, referindu-ne la intervale de timp, cifrele statistice sînt cele din tabelul de mai jos:

Tabelul nr. 1.

Timpul de la operație	Rezultate bune	Mediocre	Rele
6 săptămîni la 2 ani	85,4%	11,2%	3,4%
2 ani la 5 ani	77,3%	18,1%	4,2%
Peste 5 ani	73,6%	17,8%	8,0%

În 3 cazuri examinate, la care s-a executat degastroenteroanastomoză Păan-Billroth I, avînd complicații după GEA, la 2 rezultatele sînt bune, iar la 1 caz mediocre (fig. 5).

Dintre complicații enumerăm 1 caz de cancer primar al bontului, 2 cazuri de ulcer peptic (fig. 6), 4 cazuri de Dumping sindrom, 6 cazuri de stază duodenală și hipotonie, 2 cazuri cu diverticuli duodenali (fig. 7), 7 cazuri gastrita bontului și anastomozită. Am constatat de asemenea 3 cazuri cu ascarizi, localizați în partea incipientă a anselor jejunale, care par să fie un „apaj” față de alte tipuri de rezecție (fig. 8).

Ulcerul gastro-duodenal impune poate chiar mai mult decît alte afecțiuni o colaborare strînsă între radiolog și chirurg. Examenul radiologic contribuie la stabilirea diagnosticului și uneori prin caracteristicile sale condiționează indicația operatorie, dar tot el este cel ce „sanționează lovitura” tehnicii utilizate, descoperind erorile sau imperfecțiunile (L. P. Doure, 24).

Sosit la redacție: 1 octombrie 1968.

Bibliografie

1. BIDULESCU A. și colab.: *Chirurgia* (1967), 12, 1125;
 2. BUGYI I., HORVATH M., ZSOLDOS F.: *Orv. Hetil.* (1955), 32, 869;
 3. BURHENNE J. H.: *Am. J. Roentgenology* (1964), 4, 731;
 4. BURLUI D., CONSTANTINESCU C., RAȚIU O.: *Simpozion Sinaia, 1966 „Rezultatele îndepărtate după rezecția gastrică pentru ulcer cu anastomoză Péan“*;
 5. BÎRZU I.: *Radiodiagnostic clinic*, Ed. Medicală București, 1963, vol. I; 5. a. CHISLEAG GH.: *Curs de Roentgen diagnostic*, Ed. I.M.F. Iași, 1960, vol. VIII;
 6. CHAUBIN F., FRANCO L.: *Ann. de Ch.* (1967), 5—6, 251;
 7. LEMERCIER M., GOUTALLIER D., DESBIEZ P.: *Ann. de Ch.* (1967), 5—6, 329;
 8. LIUDÁNY GY.: *Orv. Hetil.* (1960), 7, 234;
 9. KLIMKÓ D.: *Orv. Hetil.* (1959), 15, 531;
 10. ONACA N., COMȘA T., ENCIU I.: *Chirurgia* (1965), 11, 1031;
 11. MANDACHE F.: *Revista învățămîntului superior* 1968, 1, 89;
 12. PÉTERFFY și colab.: *Rezultatele operațiilor Péan-Billroth I. în lumina unor considerente morfo-funcționale ale stomacului*, *Simpozion Sinaia, 1966*;
 13. PÉTERFFY P. și colab.: *De ce rezecăm pe linia Demel?* *Simpozion de Gastro-Enterologie*, Tg.-Mureș, 1968;
 14. PÓKA L.: *Orv. Hetil.* (1960), 14, 471;
 15. PORCHER P., BUFFARD P.: *Radiologie clinique de l'estomac opéré*, Masson, Paris, 1957;
 16. RAȚIU O., CONSTANTINESCU C.: *Chirurgia* (1961), 3, 335;
 17. STOICA T.: *Chirurgia* (1966), 2, 165;
 18. SZÉLL K.: *Orv. Hetil.* (1965), 41, 1928;
 19. SZEMZŐ GY.: *Orv. Hetil.* (1959), 33, 1173;
 20. TOADER C.: *Chirurgia* (1967), 12, 1109;
 21. ȚURAI I., PAPAHAĞI E.: *Chirurgia stomacului operat*, Ed. Acad. București, 1963;
 22. VARGA GY.: *Radiologia* (1967), 5—6, 27;
 23. WEIS A. G., HOLLENDER F. L., ADLOFF M., SAVA G.: *Journ. Ch.* (1966), 1, 92;
 24. DOUTRE L. P.: *Journ. de Radiol. et d'Electrol.* (1966), 3—4, 98.
-