

Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu Mureş
(cond.: prof. dr. Z. Pápai, doctor în medicină)

LEIOMIOM STENOZANT AL DUODENULUI. DUODENOPANCREATECTOMIE CEFALICĂ URMATĂ DE VINDECARE

dr. E. Bancu, dr. B. Hornyák, dr. C. Crăciun, dr. I. Creţu

Tumorile benigne ale duodenului constituie incidente rare; după *Hesshaus* ele reprezintă 4—8 % din tumorile intestinului subţire, 3—6 % după *Hunt* şi 16 % după *River*, *Silveastein* şi *Tooper* (211 cazuri din 1399 de tumori benigne ale intestinului subţire).

Menţionăm că în literatura chirurgicală nu se poate găsi o statistică fidelă privind tumorile duodenului.

Tumorile benigne ale duodenului se localizează în 80 % a cazurilor pe D₁ (*Albot*, *Clerigie*, *Bertlet*, *Saintown*), iar în 20 % pe restul duodenului. Localizarea pe D₃—D₄ este foarte rară (2—4 %).

Hesshaus consideră pe drept cuvînt polipii ca cele mai frecvente tumori ale intestinului subţire şi mioamele ca cele mai puţin numeroase.

Într-un studiu asupra tumorilor duodenale subvateriene observate în Clinica Mayo între anii 1915 şi 1954 *Higgins*, *Judd* şi *Dockerty* găsesc 24 de tumori maligne şi 6 tumori benigne. Dintre acestea 4 au fost leiomioame, un pancreas accesoriu şi 1 adenom.

Mioamele duodenului deşi sînt tumori benigne, pot periclita viaţa bolnavului datorită localizărilor sau complicaţiilor ce pot surveni. Astfel, prin mărirea lor pot deranja sau pot duce la sîngerări profuze. Din 15 cazuri prezentate de *Brunck* (1950) 6 au decedat prin hemoragie.

Evoluţia locală a mioamelor se face în 3 stadii (*Zuschneid*):

I. Stadiul de creştere intraparietală — sub formă rotundă.

II. Stadiul de constituire a inelului peritumoral şi vascularizarea tumorii.

III. Stadiul de străpungere a mucoasei şi de sîngerare abundentă.

Diagnosticul este în general dificil. Din cele patru leiomioame ale clinicii Mayo — diagnosticul preoperator a fost pus într-un singur caz.

Diagnostic clinic şi radiologic este îngreunat de raritatea excesivă a cazurilor şi uneori datorită examinărilor superficiale. Simptomatologia bizară face adesea să ne gîndim la afecţiunile organelor din jur (stomac, ficat, pancreas, căi biliare). Se consideră că numai 30 % a cazurilor sînt diagnosticate preoperator — radiologic, datorită mai ales dezvoltării lor în lumen.

Referindu-ne la cazuistica noastră, menţionăm că am avut ocazia să tratăm în clinică un bolnav prezentînd leiomiom duodenal — localizat pe D₂—D₃ — deci subvaterian, care a fost diagnosticat radiologic preoperator.

Bolnavul N. M. de 48 de ani se internează în clinică la 16 XI 1966 (F. O. 1060) cu diagnosticul de tumoare duodenală (D₂). Boala actuală debutează cu 2 luni în urmă cu dureri vii, localizate în hipocondrul drept şi paraombilical, ce apar la 1—2 ore după alimentaţie. Durerile sînt zilnice. În ultimul timp apar vărsături alimentare şi biliare. După un tratament antispastic, efectuat la circumscripţie,

vărsăturile se atenuează, dar durerile persistă. Pierzind din forțele fizice și 8 kg în greutate, se internează în serviciul nostru.

Examenul obiectiv ne dă relații normale, bolnavul prezentând numai dureri moderate la palparea regiunii hipocondrului drept.

Examinări de laborator: Urina: A, P, Z neg.; Ubg intens crescut. Bilirubină ++. Sed. 2—3 leucocite. Hematii: 4.000.000, Hgb. 78 %, Leucocite 10.400, Hematocrit: 45 %. VSH: 42 68; R. Gregersen neg.; Glicemie 120 mg %. Probe de disproteinemie hepatică: normale. Proteinemie totală 5,4; Uree: 12 mg %; Ionograma: Na 160 m Eq; K 4,6 m Eq. E.C.G.: traseu electric normal. Radioscopia toracică: I.T.N. Pasaj baritat (dr. Krepisz Iván): Stomac ortoton radioscopic normal, cu evacuare inițială normală. Bulb. Ø, în D₂ defect de umplere cu contur net de mărimea unui ou de găină, fără tulburări de tranzit. Jejun: Ø. Concluzia radiologului: tumoare duodenală. Se efectuează intervenția chirurgicală de urgență.

Interpretarea cazului: Pe baza datelor anamnestice: dureri în hipocondru, grețuri și vărsături și a examenului radiologic (defect de umplere cu contur net pe D₂) stabilim diagnosticul de tumoare duodenală și hotărîm laparotomia sub anestezie generală prin intubație la 7 IX 1966. Protocol operator 1155/66. Echipă op. dr. E. Bancu — dr. C. Crăciun, soră I. Găspăr. Anestezie prin intubație (eter—O₂) dr. Monica Papahagi.

Se efectuează laparotomie prin incizie transversală supraombilicală continuată pararectal drept. La deschiderea cavității peritoneale constatăm un duoden (porțiunea II-a și a III-a) mult deformat, conținând o tumoare de mărimea unui pumn, care nu depășește însă limitele organului. Avînd în vedere situația locală hotărîm o duodeno-pancreatectomie cefalică. Practicăm decolarea duodeno-pancreatică. Preparăm pediculul hepatic, secționînd între ligaturii coledocul și artera gastroduodenală la origine, pentru evidențierea venei porte. Decolăm în continuare D₃ și D₄ supravezocolic pînă în apropierea unghiului duodenojejunal. Eliberăm acest unghi și submezocolic. Secționăm prima ansă jejunală și îndurăm bonturile. Descrucisăm duodenul de sub vasele mezenterice. Scheletizăm stomacul și-l rezecăm (2/3). Secționăm pancreasul la nivelul istmului și după decolarea porțiunii cefalice de pe vena portă extirpăm piesa obținută în întregime. Ducem ansa jejunală supravezocolic și executăm succesiv coledoco-jejunostomie, pancreato-jejunostomie (*Hoffmeister-Finsterer*). Închidem breșele și peritonizăm. Drenaj supravezocolic. Refacem planurile anatomice.

A treia zi postoperator apare o fistulă biliară. Amilazuria 128 U.I. W. Etichetăm noua situație ca o urmărire a edemului tranșei pancreatice și a excluderii din tranzit prin obstrucție jejunală a secreției biliare. Reintervenim de urgență. Ducem transmezocolic lateral drept prima ansă jejunală de sub anastomoză și practicăm o jejunostomie sub coledoco-jejunostomie, o jejunostomie sub gastro-jejunostomie existentă și o fistulă Braun la piciorul ansei. Tratament antienzimatic postoperator cu Trasylol. Evoluție ulterioară bună. Cantitatea bilei drenate scade progresiv și la 6 săptămîni postoperator bolnavul este complet vindecat. Revăzut la 2 și 4 luni se găsește în stare de sănătate deplină.

Examen anatomo-histologic: Bul. nr. b. 98, 388, 389—98, 438—98, 439—98, 440. Chirurgie 98, 441—98, 442.

La nivelul duodenului inferior și anume pe suprafața internă a acestuia se găsește o tumoare bine circumscrisă, de 10×9×7 cm mărime, avînd un aspect edemațiat pe secțiune și care stenozează lumenul intestinal.

În fragmentele prelevate din suprafața internă a tumorii se observă parțial o suprafață mucoasă foarte subțire, fără epiteliu de suprafață, cu prezența unor glande mici și scurte, avînd un epiteliu cilindric. Mai profund apar fibre musculare netede, dispuse paralel cu suprafața. Caracteristică este disocierea accentuată a acestor fibre.

Pe lângă fasciculele musculare netede și dense se găsesc în acest sector, intermitent, și porțiuni mai laxe disociate, ca și în apropierea mucoasei.

Semne de malignitate nu se observă.

Dg. Leiomiom duodenal intern cu edem interfibrilar.

Discuții

1. Cazul prezentat de noi este important atât prin raritatea sa, cât și prin posibilitatea stabilirii diagnosticului preoperator, precum și prin rezolvarea lui chirurgicală.

2. Duodenopancreatectomia cefalică rămâne după noi operația de predilecție în leiomiomele cu evoluție extensivă și care depășesc prin dimensiuni cerințele unei intervenții conservatoare limitate.

Sosit la redacție: 4 iulie 1969.

Bibliografie

1. FIRICĂ TH., GRĂDINARU V., RĂDOI P., KELEMEN V.: Chirurgia (1966), 12, 1071; 2. HARVEY E. și colab.: J. Amer. med. Ass. (1962), 181, 1, 49; 3. RAMPOL J. și colab.: Presse Méd. (1963), 71, 6, 208; 4. STEYER ANNELIESE, OTT J., GROMOLL H. W.: Bruns'Beitrage zur Klinischen Chirurgie (1964), 209, 1, 10; 5. HESSHAUS R.: Z. bl. f. Chir. (1957), 32, 1352; 6. HIGGINS D. C., JUDD E. S., DOCKERTY M. D.: Surgery (1961), 49, 2, 149; 7. ZUSCHNEID K.: Langenbeck Archiv für Klinische Chirurgie (1957), 287, 456.
-