

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

HEMORAGIE DIGESTIVĂ GRAVĂ PRIN ULCER DUODENAL PE D₂ REZOLVARE CHIRURGICALĂ

dr. V. E. Bancu, dr. E. Wilhelm, V. Gliga

Intr-o lucrare anterioară (1) ne refeream la avantajele decolării duodeno-pancreatice în rezolvarea dificultăţilor rezeceţiei ulcerelor duodenale jos situate. Apelam atunci la mai multe cazuri clinice care au pus probleme variate de tehnică chirurgicală.

Intr-o lucrare ulterioară (2) prezentăm tactica şi tehnica chirurgicală ce ne-au condus la rezolvarea unei stenoze duodenale subvateriene, produsă de un ulcer pe D₂. Sintem în măsură după 4, respectiv 5 ani să constatăm starea foarte bună de sănătate a bolnavilor operaţi anterior.

De la etapa anatomică (necropsică), la cea modernă radiologico-chirurgicală, în evoluţia concepţiei asupra ulcerelor duodenale joase s-au produs modificări esenţiale, care au tins să evalueze aproximativ adevărata frecvenţă a acestor ulcere. Practica ne arată că în această localizare ulcerul duodenal este destul de frecvent (între 5—17 % dintre ulcerele duodenale observate pe un bogat material necropsic de Collin, Gruber, Caraman, Moyniham, McCarty, Perry, Schaw etc.).

Pe o statistică mare operatorie (3000 gastrectomii) Vernejoul găseşte 82 de ulcere inextirpabile tehnic, din care 6 erau pe D₂; Ţurai şi Petrescu din 18 ulcere juxtapapilare găesc două subpapilare; Butnaru şi colab. prezintă un studiu pe 15 ulcere postbulbare toate supravateriene.

Dintre complicaţiile ulcerelor duodenale joase hemoragiile sînt cele mai frecvente (20—30 % după Callandry, Ivy, Grossmann, Bachrath). Hemoragiile se datoresc mai ales penetrărilor spre pancreas, fapt ce explică şi raritatea perforaţiilor. Stenozele sînt cu totul excepţionale.

Avînd ocazia să operăm recent, cu indicaţia vitală, un bolnav cu ulcer hemoragic jos situat (D₂) pe lingă un ulcer bulbar nesîngerînd, considerăm util să prezentăm cazul, din următoarele două motive:

1. Localizarea ulcerului duodenal penetrant în pancreas era subvateriană, neobişnuit de joasă (D₂).

2. Artificialul de tehnică care ne-a fost impus de starea locală şi generală a bolnavului, la care interveneam în plină hemoragie.

Bolnavul P. D., de 23 de ani, se internează de urgenţă în Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu Mureş, la 8 I 1971, (F. O. 70 1971), cu diagnosticul de hemoragie digestivă superioară gravă, parvenindu-ne de la spitalul din Sighişoara, unde a fost internat cu 5 zile în urmă, pentru hemoragie digestivă. La tratamentul conservator iniţial bolnavul reacţionează bine, dar în noaptea de 7 8 ianuarie face hematemeze masive şi melene, neputînd fi reechilibrat circulator nici după 6 l de sînge administrat în 16 ore. Intervenim de urgenţă pentru a efectua o hemostază în scopul reanimării, bolnavul fiind în insuficienţă circulatorie acută cu tensiunea arterială de 7. Echipa operatorie: conf. dr. V. E. Bancu, dr. E. Wilhelm, ext. V. Gliga, soră instrumentală Agnes Páll. La explorare constatăm un ulcer duodenal bulbar, fapt ce ne decide la rezeceţie gastrică. După scheletizarea stomacului incizăm transversal peretele anterior al duodenului pentru a vedea ulcerul. Acesta este de localizare

bulbară, pe peretele posterior nefiind hemoragic. În acest timp din duoden apar cheaguri mari proaspete, care arată mulajul duodenului. Rezecăm duodenul sub ulcerul bulbar, facem decolarea duodenopancreatică, aducând în plagă duodenopancreasul. Efectuăm o incizie longitudinală a întregii potcoave duodenale pînă la nivelul unghiului duodenal inferior. La nivelul lui D₃, pe peretele posterior și median observăm un ulcer duodenal penetrant în pancreas, care primește bine pulpa indexului, din fundul căruia singele țîșnește în jet. Se suturează cu 4 fire ulcerul și hemoragia încetează. Se suturează paramucos monoplan longitudinal duodenul și apoi tot paramucos se înfundă bontul, la unirea tranșelor de secțiune aplicîndu-se un fir paramucos în triunghi. Anastomoză gastrojejunală Hoffmeister-Finsterer. Evoluția postoperatorie favorabilă. Bolnavul părăsește clinica vindecăt, după 16 zile. Revăzut la 6 săptămîni este în stare de sănătate deplină. Funcția stomacului rezecat este radiologic foarte bună.

Concluzii

1. Cazul prezentat de noi se încadrează în grupa acelor ulcere jos situate care pun probleme serioase chirurgicale în vederea jugulării hemoragiei.
2. Rezecția gastrică cu anastomoză Billroth II a fost necesară pentru scurtcircuitarea duodenului și punerea în repaus a suturilor.
3. Gravitatea hemoragiei, pe lîngă necunoașterea intraoperatorie imediată a sursei hemoragice, nu ne-a permis o operație conservatoare (sutura ulcerului + vagotomie și G.E.A.), cu toate că era vorba de un tînăr de numai 23 de ani, prima noastră intenție fiind salvarea vieții bolnavului.

Sosit la redacție: 6 mai 1971.

Bibliografie

1. BANCU E., GÁLFFY I., MÜHLE N., ABERLE G.: Chirurgia (1966), 4, 347;
 2. BANCU E., DEAC R., CRĂCIUN C.: Rev. Med. (1967), 1, 95.
-