

## FISTULE ESO-JEJUNALE DUPĂ GASTRECTOMII TOTALE

Gh. V. E. Bancu, T. Georgescu, E. Bălint, C. Copotoiu, M. Baghiu

Între anii 1964—1978 în Clinica chirurgicală nr. I din Tirgu-Mureș au fost efectuate 32 643 intervenții chirurgicale. În această perioadă s-au înregistrat 3 113 intervenții pentru afecțiuni gastrice, dintre care: 2 003 pentru boală ulceroasă și 1 110 pentru neoplasm gastric. S-au consemnat 668 intervenții în care tumoarea a fost extirpată, cu sau fără posibilitatea respectării principiilor oncologice, ceea ce reprezintă 60,18 %. Am constatat inoperabilitatea tumorii la 442 bolnavi (39,82 %).

Ținând seama de faptul că marea majoritate a bolnavilor prezentau tumori care depășeau prin extensia locală seroasa stomacului, iar prin extensia regională erau prinse grupurile ganglionare, se desprinde concluzia că multe dintre intervențiile făcute au fost paleative, deși tumoarea a fost extirpată.

La cei 668 bolnavi „operabili”, s-au efectuat 526 gastrectomii polare inferioare (78,74 %), 23 gastrectomii polare superioare (3,44 %) și 119 gastrectomii totale (17,82 %).

Studiind dosarele celor 119 bolnavi cărora li s-au efectuat gastrectomii totale am constatat că 78 de intervenții au fost gastrectomii simple, cu sau fără splenectomie, și 41 de operații complexe cu extirpări de colon transvers, cu lobectomia atipică de lob clasic sting hepatic, cu pancreatoc-tomii caudale sau corporeocaudale, cu sacrificarea stîlpilor diafragmatici etc. Operațiile s-au efectuat prin căi de abord abdominale sau toraco-abdominale.

Din totalul celor 119 bolnavi cu gastrectomie totală am surprins 7 fistule eso-jejunale. Acestea au apărut la intervale variabile de timp, între zilele a 5-a și a 17-a postoperatoriu. Ținând cont de felul anastomozei efectuate am constatat că 5 fistule au survenit după anastomoză Graham și 2 după anastomoză Lortat-Jacob.

Dintre cei 119 bolnavi cu gastrectomie totală am pierdut postoperatoriu 16, ceea ce reprezintă un procentaj de 13,44 %.

Analiza cauzelor de deces ne-a dus la concluzia că din cei 16 deca-dați, 5 au avut fistule eso-jejunale urmate de peritonite generalizate sau empiem toracic grav cu mediastinită.

Fistulele eso-jejunale ca și cauze de deces, apar pe locul al doilea, după accidentele cardiovasculare.

Vindecarea fistulelor în 2 cazuri s-a produs în anumite situații în care fistulele au apărut mai târziu (la 11 și 17 zile postoperatoriu). Am atribuit această vindecare faptului că fistulele apărute tardiv au fost de cali-bru redus, diagnosticate înaintea înlăturării sondei nazotransanastomotice de alimentare.

Diagnosticul fistulelor a putut fi stabilit atît pe baza simptomelor bolnavului, cît și pe baza exteriorizării secreției de drenaj și confirmate ra-diologic prin folosirea de substanță radioopacă apoasă iodată.

## Concluzii

1. Din cazuistica noastră rezultă că majoritatea fistulelor eso-jejunale au apărut după anastomoze Graham, anastomoză la care se recurge de obicei în clinica noastră atunci când condițiile de tehnică sînt îngreunate de factori obiectivi cum ar fi: dificultatea abordului, bolnavi emfizematoși cu cîmp operatoriu profund, stofă esofagiană precară etc. Tocmai aceste condiții favorizează și apariția fistulelor.

2. Folosirea căilor largi de abord, mergînd pînă la frenotomii extra-pleurale, sau toracofrenolaparotomii (acolo unde este posibil), precum și utilizarea unor ecartoare speciale autostatice, ne-au ușurat efectuarea anastomozelor și putem afirma că procentajul fistulelor este astăzi în mare descreștere și că indicele de mortalitate a fost ameliorat pe ultimele 68 de gastrectomii totale, la 10,29 %.

3. Una din condițiile evitării fistulelor eso-jejunale este anastomoza cît mai simplă și cît mai suplă, realizată mono- sau biplan. Ceea ce hotărăște una sau alta dintre atitudini este asigurarea unui confort chirurgical optim și realizarea unor suturi cît mai puțin traumatice, evitîndu-se tracțiunile prin suspendarea ansei jejunale la membrana Bertelli-Leimer și stîlpii diafragmului, cînd anastomoza este efectuată în abdomen, sau la marginile breșei diafragmatice cînd anastomoza este intratoracică, realizîndu-se separarea etanșă a celor două cavități.

4. Pentru evitarea fistulelor considerăm că este de mare utilitate sonda nazotransanastomotică pentru alimentarea bolnavilor. Noi menținem sonda 12 zile, cînd controlăm radiologic etanșeitatea anastomozei prin înghițirea pe lîngă sondă a substanței iodate apoase.

5. Fistulele apărute precoce sînt de mare gravitate, iar reintervențiile, așa cum am procedat noi în 3 cazuri, par a fi iluzorii deoarece terenul pe care se reintervine atît din punctul de vedere al biologiei bolnavului cît și din punctul de vedere al țesuturilor de reanastomozat, este foarte precar.

*Sosit la redacție: 24 februarie 1979.*

*E. V. Bancu, T. Georgescu, E. Bălint, C. Copotoiu, M. Baghiu*

### ESO-JEJUNAL FISTULAS AFTER TOTAL GASTRECTOMY

Between 1964—1978 at the Clinic of Surgery Nr. 1, Tîrgu-Mureș, 119 cases of total gastrectomy were performed, which represents 17.82 % of all the interventions made for gastric cancer. 78 cases of gastrectomy were simple, with or without splenectomy, and 41 were complex operations with the partial removal of other surrounding organs. Of 119 patients 16 (13.44 %) died after the operation. Five eso-jejunal fistulas were recorded which led to death, in addition to two other fistulas which healed by conservative treatment.