

REFERATE GENERALE

Clinica Chirurgicală nr. 1 (cond.: prof. dr. V. E. Bancu, doctor docent)
din Tirgu-Mureş

PROBLEME CHIRURGICALE ALE CANCERULUI GASTRIC

V. E. Bancu, Ş. Bancu

Cu toate că frecvenţa cancerului gastric a diminuat în ultimii ani, afecţiunea este responsabilă şi în prezent de numeroase decese în multe ţări ale lumii, printre acestea găsindu-se şi ţara noastră.

Mortalitatea în cancerul gastric la 100 000 de locuitori, pe 43 de ţări (1977) arată că ţara noastră cu 27,9⁰/₀₀₀₀ ocupă locul al VII-lea la bărbaţi şi cu 12,9⁰/₀₀₀₀ locul al IX-lea la femei. Japonia se găseşte pe locul I cu o mortalitate de 52,3⁰/₀₀₀₀ la bărbaţi şi 26,8⁰/₀₀₀₀ la femei. În Japonia cancerul de stomac este o veritabilă problemă socială, şi acest fapt a necesitat o seamă de eforturi în lupta împotriva acestui tip de cancer, prognosticul afecţiunii ameliorându-se, în consecinţă, în ultimele decade, cu o rată medie de supravieţuire postoperatorie în jur de 50%. Această realizare s-a obţinut într-o perioadă de timp în care cele mai bune statistici europene (restrînse ca număr) dau o rată de supravieţuire la 5 ani de 25% după rezecţii chirurgicale.

Pentru a ilustra succesele japoneze din ultimii 20 de ani, în tratamentul chirurgical al cancerului gastric, ne permitem să redăm în tabelul nr. 1 supravieţuirile la 5 ani prezentate de Douglass (1982):

Dupont	738 cazuri	14 ⁰ / ₀
Ochsner	200	7 ⁰ / ₀
Lure	642	34 ⁰ / ₀
Nakajima	223	44 ⁰ / ₀
Goto	199	61 ⁰ / ₀
Koga	864	88 ⁰ / ₀
Soga	630	51 ⁰ / ₀
Imanga	995	64 ⁰ / ₀

Eforturile deosebite din ultimele decenii ale autorilor japonezi au dus la descoperirea pe baza screening-ului de masă a tot mai numeroase forme de „Early Cancer“ (cancer precoce), cu rezultate foarte bune ale tratamentului chirurgical în asemenea forme. Într-adevăr s-a dovedit că prin ajutorul screening-ului chirurgia aduce vindecări ale formelor „early“ într-o proporţie de pînă la 90%, iar la toate formele descoperite prin screening supravieţuirile la 5 ani au putut să fie extinse pînă la un procentaj de 70%. Măsurile medico-chirurgicale întreprinse pot fi grupate pe trei direcţii:

1. O mai bună detectare a cancerului gastric într-un stadiu precoce.
2. Sistematizarea chiurajului ganglionar după un protocol bine stabilit.
3. Utilizarea unei chimioterapii complementare.

Detectarea precoce

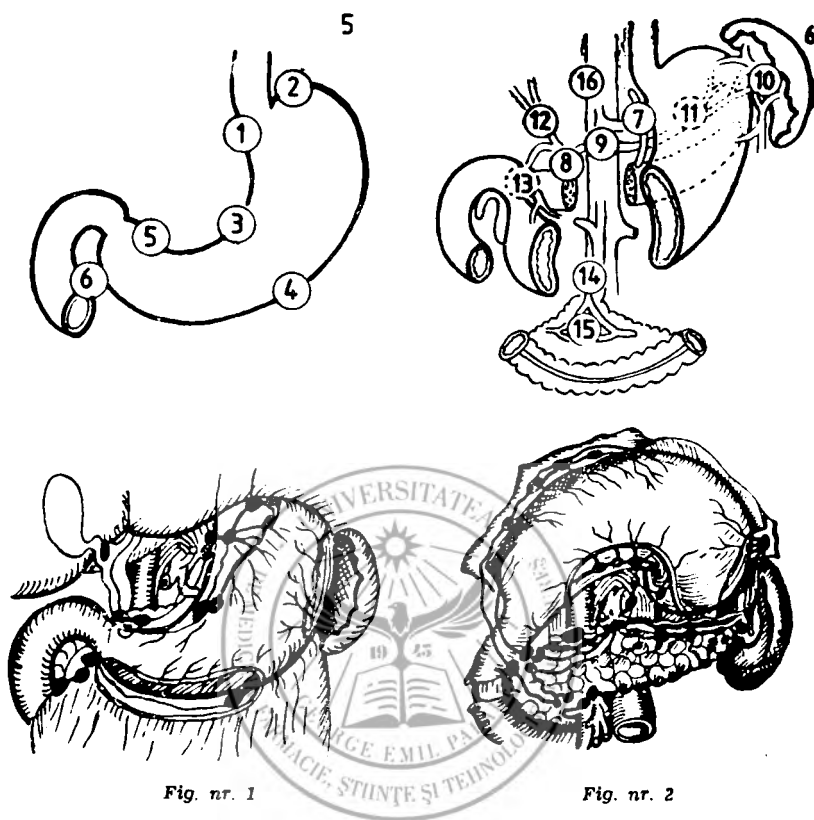
Detectarea precoce a cancerului gastric a fost posibilă datorită unei colaborări fructuoase între endoscopiști (organizați într-o vastă rețea), radiologi, epidemiologi și anatomo-patologi. Aceștia vor furniza chirurgilor dintr-un lot dat cu cancer gastric, cât mai multe forme „early”, definite histologic printr-o tumoare limitată la mucoasă și submucoasă fără atingerea muscularei. Această formă nu trebuie confundată cu „cancerul in situ” ținând seama de faptul că în „Early Gastric Cancer” există metastaze ganglionare în 20—30% din cazuri, dar acești ganglioni aparțin în marea lor majoritate grupurilor N_1 și foarte rar stațiilor ganglionare din grupurile N_2 . Examinările endoscopice într-o colectivitate dată nu depistează numai forme „early” de cancer gastric dar și leziuni precanceroase care sînt grupate astăzi sub numele de „displazii epiteliale”. Pare să fie admis că descoperirea unui stadiu displazic face bolnavul să intre într-un protocol de supraveghere. Displazia moderată va fi revăzută aproximativ la 1 an și menținută în acest protocol dacă nu apar modificări. Displazia severă, din contră, trebuie să conducă fie la o intervenție chirurgicală, fie la o supraveghere strictă și apropiată.

Regruparea ganglionilor regionali ai stomacului în funcție de localizarea tumorii

Stomacul a fost împărțit convențional în 3 zone: zona antrală (A); zona medio-gastrică (M) și zona cardială (C). Tumoarea poate fi localizată în treimea inferioară, treimea mijlocie și treimea superioară și în cazuri rare la nivelul întregului stomac. Din tabelul de mai jos se poate vedea regrouparea ganglionilor perigastrici după localizarea tumorii așa cum este ea redată de Societatea Japoneză de Cercetare a Cancerului Gastric (fig. nr. 1 și 2).

1. Paracardial drept
2. Paracardial stîng
3. Mica curbură
4. Marea curbură
5. Suprapiloric
6. Subpiloric
7. Arterei coronare gastrice
8. Arterei hepatice comune
9. Trunchiului celiac
10. Hilului splinei
11. Arterei spenice
12. Pediculului hepatic
13. Retropancreatic
14. Rădăcina mezenterului
15. Arterei colice-medii
16. Paraaortic

Chiurajul ganglionar regional extensiv (Extensive Lymphnode Dissection) definit prin disecția ganglionilor din grupele N_1 — N_2 și uneori N_3 a devenit o regulă în Japonia. Această atitudine pare să fie foarte bine



venită deoarece supraviețuirea la 5 ani a fost considerabil ameliorată, nu datorită faptului că nu există metastaze ganglionare (ceea ce denotă că chiurajul ganglionar preventiv nu ajută la nimic), ci datorită existenței ganglionilor invadați (*Kodoma, Okajima*).

Un alt fapt important care influențează prognosticul postoperatoriu al cancerului gastric este invadarea seroasei. Când este vorba de invadarea seroasei fără metastaze ganglionare cazul este încadrat în stadiul I după clasificarea TNM, dar în același timp în gradul II după clasificarea japoneză. Faptul pare logic mai ales că este demonstrată o reducere cu 50% a supraviețuirilor la 5 ani, în cazul bolnavilor cu tumori care ating seroasa. De obicei depășirea seroasei înseamnă un număr semnificativ crescut de ganglioni invadați. Dacă chiurajul ganglionar al ganglionilor N_1 și N_2 este posibil în afara unor dificultăți deosebite în cazul cancerelor de localizare antrală, când este vorba de cancerele medio-gastrice sau ale 1/3 superioare, același chiuraj presupune necesitatea splenectomiei sau a splenopancreatectomiei stângi. Acest tip de extensie a

operației este larg utilizată în Japonia cu un nivel de mortalitate foarte scăzut (1,7% pentru *Komoda*) și cu o rată de supraviețuire la 5 ani, sensibil mai ridicată. Rata de mortalitate foarte joasă în asemenea cazuri poate fi atribuită abilității chirurgilor japonezi și „nu trebuie să ducă la o atitudine sistematică“ (*Welch*). De fapt alte statistici europene și americane dau mortalitate ridicată în caz de splenopancreatectomie stângă (25% pentru *Gilbertsen*, 25% pentru *Mac Neer* și 20% pentru *Lortat-Jacob*).

În Clinica Chirurgicală nr. 1 din Tirgu-Mureș s-a făcut o cotitură în tratamentul chirurgical al cancerului gastric și mai ales acolo unde o rezecție subtotală sau totală gastrică radicală curativă este posibil de realizat. Dacă cancerele gastrice sînt operate ca și ulcerul gastroduodenal (boală în care chirurgii români au mare experiență), nu facem altceva decît să efectuăm operații paliative în toate cancerele gastrice și rezultatele să fie în consecință. Așa cum recunoaște *Dupont* (1980) atunci cînd efectuau gastrectomia subtotală obișnuită supraviețuirile la 5 ani au fost de 10,2%, în timp ce de cînd au introdus gastrectomia subtotală radicală curativă, supraviețuirile la 5 ani au crescut la 28,5%.

Soga și *Kobayashi* (1979) dau supraviețuiri la 5 ani de 60,5% la cei cu operații radicale față de 6,5% la cei operați paliativ. *Nakajima* și *Kajitani* (5413 cancere gastrice) dau supraviețuiri la 5 ani de 58,7% pentru rezecții radicale curative și 5% pentru cei rezecați paliativ.

O altă problemă importantă este aceea a formelor timpurii „Early Gastric Cancer“ pe care noi o întîlnim cu totul excepțional. La Institutul Oncologic din Tokio, între anii 1950—1955, aceste forme reprezentau 1—3% din cazurile internate, 25% între 1966—1970 și 50% în anii 1980.

Dar ce înseamnă rezecție subtotală și totală gastrică radicală curativă?

Societatea Japoneză pentru Studiul Cancerului Gastric a emis conceptul despre rezecția radicală curativă (1974), concept cu care sînt de acord astăzi majoritatea chirurgilor din Europa și America. Ar fi vorba de o rezecție gastrică subtotală sau totală prin care se îndepărtează de la distanță tumoarea și țesuturile peritumorale folosindu-se date bioptice extemporanee intraoperatorii și bineînțeles date minuțioase histopatologice postoperatorii. În cadrul rezecției gastrice subtotale radicale și curative pentru cancerul regiunii antrale, o dată cu stomacul rezecat și duodenul corespunzător (3 cm) se vor îndepărta pe lîngă micul și marele epiploon ganglionii din grupurile N_1 și N_2 , făcîndu-se în acest scop o peritonectomie posterioară supravezocolică care permite ligatura pediculilor arteriali la origine și vizualizarea ganglionilor din zonele mai ascunse perigastrice. Extensia în sus a rezecției poate fi de 2/3, 3/4, 4/5, după necesități, în funcție și de situația hilului splinei și a ganglionilor sateliți arterei splenice, deci de necesitatea splenectomiei sau a splenopancreatectomiei stîngi. Ducerea în sus a rezecției poate merge pînă la gastrectomia totală cînd obiectivele urmărite în sensul radicalității curative impun acest fapt.

Rezecția totală gastrică radicală curativă este impusă de la început de localizarea tumorii la nivelul corpului sau în zona gastrică C, putînd fi condusă în limitele extirpării epiploonului mic și mare al peritonecto-

miei largi posterioare supravezocolice subdiafragmatice cu limfadenectomie totală (N_1 , N_2 , N_3), cu îndepărtarea parțială sau totală a unor organe din jur (esofag inferior, splină, pancreas stîng, ficat stîng, colon transvers etc.).

Literatura de specialitate vorbește adesea despre agresivitatea chirurgicalului în cadrul operațiilor supraradicale pentru cancerul gastric. Considerăm că această agresivitate este impusă de necesitate, pentru a nu capitula în fața cancerului gastric extins, în cazul bolnavilor de vîrstă mai puțin înaintată și fără tare care să mărească riscul operatoriu. Din proprie experiență putem afirma că abordarea acestor operații complexe pe care uneori le-am condus pînă la adevărate exereze supravezocolice, am făcut-o constrînși de împrejurări, în situații în care rațiunea ne mîna spre sacrificii viscerale perigastrice, ca astfel să dăm prinos radicalității. Strădaniile noastre au fost obiectivul unor publicații (1971, 1974, și mai recente). Am efectuat multe astfel de intervenții cu sacrificarea splinei, pancreasului stîng, lobului stîng anatomic al ficatului, colonului transvers, sau a unei porțiuni extinse din diafragm. Am observat că asocierea splenectomiei sau a splenopancreatomiile stîngi crește morbiditatea postoperatorie. Interesant că pancreatomiile stîngi limitate ni s-au părut mai periculoase pentru postoperator decît pancreatomiile largi de 70—90%. Folosirea materialelor moderne de sutură pentru tranșa pancreatică o vedem obligatorie. Am fost nevoiți să asociem uneori chiar splenopancreatectomia totală la gastrectomia totală cu duodenopancreatectomie. De altfel conducerea a astfel de operații este posibilă cînd cunoști bine teritoriul supravezocolic din chirurgia exerezelor pancreatice, hepatice sau a hipertensiunii portale, domenii pentru care Clinica Chirurgicală nr. 1 din Tîrgu-Mureș a sacrificat mult timp pentru studii teoretice, experimentale sau pentru îngrijire la patul bolnavilor. Din experiența noastră rezultă că mulți dintre bolnavii cu complicații ale cancerului gastric (perforații, stenoze, hemoragii), prin gravitatea stării generale se sustrag operațiilor radicale. De aici rezultă faptul că bolnavii cu cancer gastric necomplicat au nevoie de o pregătire preoperatorie judicioasă.

Probleme legate de actul operatoriu însuși

Calea de abord pentru stomacul tumoral în scopul rezecției subtotale radicale curative: au fost folosite diferite incizii:

— Laparotomia mediană supraombilicală simplă sau cu o ușoară prelungire paraombilicală stîngă sau subombilicală, oferă un abord bun al stomacului cînd se operează în echipă de 4 plus soră instrumentară (două ajutoare făcînd ecartarea convenabilă). Cînd este necesar se folosesc ecartoare speciale autostatice.

— Laparotomia paramediană stîngă, preferată de autorii americani dă un acces bun, o cicatrice solidă dar inestetică.

— Laparotomia subcostală stîngă, dă un acces bun asupra regiunii corpului gastric și a regiunii cardiale dar mai puțin bun pentru regiunea pilorică și stațiile ganglionare 5, 6, 12, 13.

— Laparotomia mediană cu extirparea apendicelui xifoid este tot mai puțin folosită.

— Laparotomia mediană mijlocie supra- și subombilicală prelungită oblic spre rebordul costal stîng (incizia abdominală Turnbull-Barraya) ne pare o incizie foarte bună și îi dăm prioritate în ultiul timp, fiindcă asigură un acces bun și asupra teritoriului splenopancreatic, putînd fi prelungită în toracotomie stîngă atunci cînd este cazul.

Inciziile prea delabrante (incizia transversală în cupolă etc.), dau accese foarte bune dar comportă riscurile contaminării cîmpului operatoriu. În cazul chirurgiei cancerului gastric putem avea timpi septici prelungiți care au o importanță mare în infectarea plăgii operatorii. Infecțiile plăgii nu mai pot fi limitate de lama epiploică, colecțiile din plăgi putînd fuza spre cavitatea peritoneală.

Rezecția gastrică subtotală radicală curativă

După efectuarea inciziei peretelui abdominal și izolarea separată a pieții și peritoneului urmează explorarea cavității peritoneale prin care confirmăm diagnosticul de cancer gastric, observăm eventuale boli concomitente, extensia canceroasă la distanță (ficat, peritoneu), extensia regională urmărind grupurile ganglionare N_1 , N_2 , N_3 și apoi fără a atinge prea mult tumoarea (Turnbull) observăm integritatea sau penetrarea seroasei gastrice, mărimea tumorii iar prin palparea peretelui gastric ne dăm seama de infiltrarea acestuia în jurul tumorii. Este momentul să prelevăm ganglioni pentru examenul histopatologic extemporaneu și să luăm decizia asupra operației radicale curative sau asupra operației paliative. Se vorbește mult în Europa și la noi în țară de operația cu intenție de radicalitate. Credem că este un termen potrivit folosit deoarece dacă am făcut sau nu o operație radicală curativă se va vedea abia după trecerea timpului. Cum literatura chirurgicală actuală dă supraviețuirii la 5 ani pentru rezecțiile gastrice subtotale radicale curative la procentele diferite (mari pentru chirurgii japonezi și mici pentru chirurgii europeni și americani), rezultă că, în intenția de radicalitate am pornit la toate operațiile în același fel, dar că nici noi și nici chiar chirurgii japonezi nu au făcut în toate cazurile operații radicale.

Ca să avem statistici omogene va trebui să luăm rezultatele obținute prin rezecții gastrice subtotale radicale curative atît a formelor timpurii (early) cit și a tumorilor T_2 — T_3 pe care le separăm de cazurile inoperabile cărora li s-a făcut doar o laparotomie exploratorie, sau o operație paliativă în sensul unei G.E.A. sau jejunostomii-gastrostomii. Vor fi separate și de cazurile la care s-au făcut rezecții paliative în sensul rezecțiilor clasice (ca pentru ulcer) lăsîndu-se pe loc ganglionii tumoralii. Marea responsabilitate a chirurgului constă în a ști care dintre bolnavi vor beneficia de operația condusă ca pentru o rezecție subtotală radicală curativă ca apoi codificîndu-le separat pe acestea să se poată vedea într-adevăr beneficiile chirurgiei în tratamentul cancerului gastric. Am putea spune în aceste condiții că o țară are succese în tratamentul chirurgical al cancerului gastric atunci cînd marea majoritate a cazurilor merg la rezecții radicale curative și mai ales atunci cînd majoritatea acestora aparțin grupului „early” (așa cum este cazul tot mai mult în Japonia). Ca să fim mai riguroși în ceea ce privește rezultatele, privind numai modificările loco-regionale, să nu neglijăm situația celulelor vehi-

culate în singe, care dacă nu vor fi distruse prin tratamente adjuvante vor putea ajunge oricînd în diferite organe producînd metastaze fatale la foarte variate perioade de timp, postoperatoriu. În acest context trebuie privite și așa-numitele rezecții curative supraradicale.

Noi procedăm clasic după laparotomia mediană mijlocie: palpăm cu grijă tumoarea și controlăm mobilitatea ei. Dacă ea nu penetrează spre structuri periculoase și este mobilă, sîntem siguri că putem face o operație radicală curativă sau una paliativă, deci tumoarea este extirpabilă. Decizia definitivă o vom lua numai la o a doua observare și palpăre, după prelungirea inciziei mediane oblic spre rebordul costal. Dacă am hotărît rezecția subtotală radicală curativă incizăm la dreapta banda peritoneală a hipocondrului drept (*Fruchaud*) și preparăm, dezgolind D₂ de foița peritoneală, marginea dreaptă a marelui epiploon ca să pătrundem într-un spațiu lax prin care vom putea decola ușor jumătatea dreaptă a foiței superioare peritoneale a mezocolonului transvers. Împingem decolarea foiței peritoneale spre stînga atît cît este necesar și în sus eliberînd marginea inferioară a pancreasului. Decolarea coloepiploică o extindem pînă la nivelul unghiului splenic al colonului unde vom coborî unghiul prin secțiunea benzii peritoneale a hipocondrului sting, manevră ce ne permite să pătrundem retropancreatic și să controlăm stațiile ganglionare 10 și 11. Ridicînd de pe fața anterioară a pancreasului falsa capsulă, deci foița peritoneală superioară a mezocolonului transvers reflectată pentru a acoperi pancreasul, este momentul să avem mare grijă în partea dreaptă la disecția stației ganglionare 6 (subpilorice) pe care trebuie să o îndepărtăm spre piesa care iese după rezecția duodenului. Decolînd în sus foița peritoneală de pe capul pancreasului vom observa stația ganglionară 5 (suprapilorică), vom diseca ganglionii aceștia după rezecția duodenului. În unele situații rezecția duodenului se face cu dificultate trebuînd să tunelizăm între pancreas și fața posterioară a duodenului. În scopul rezecției duodenului ligaturăm vasele pilorice și păstrăm ligatură în pensă pentru disecția ulterioară. Tranșa duodenală este păstrată în pensă dură pentru o nouă rezecție sau imediat infundată dacă am hotărît o anastomoză tip Billroth II (noi folosim infundarea tripartită a lui *Schiassi* — în două planuri — niciodată bursă, și primul strat îl aplicăm paramucos cu material neresorbabil). Reclinînd spre stînga întreg stomacul și duodenul rezecat începem adevărata disecție. Decolînd de pe suprafața anterioară a pancreasului foița superioară a mezocolonului transvers ne apar stațiile ganglionare 7, 8, 9 și mai rar stația 12. În acest scop vom diseca cu grijă artera hepatică și preparînd acolo la marginea superioară a pancreasului unde curbura mică face coardă, vom diseca vena coronară pe care o vom ligatura aproape de emergența portală. Continuînd disecția în sus vom descoperi artera coronară pe care o vom urmări spre origine și vom putea diseca stațiile 7 și 9 (coronară și celiacă) și ligatura artera coronară la origine. Dacă stația ganglionară 12 este prinsă vom prelua bontul arterei pilorice și vom diseca ligamentul duodenohepatic ca apoi să decolăm larg duodeno-pancreasul pentru a controla stația ganglionară 13 (retropancreatică cefalică). Micul epiploon va fi eliberat de ficat secționînd baza fibroasă de inserție cu electrobisturiul, instrument foarte mult folosit la decolarea coloepiploică și peritonectomia posterioară suprmezocolică.

Vom prepara marginea dreaptă a esofagului paracardial și vom scheletiza curbura mică, sub acest nivel observînd stațiile ganglionare 1 și 2, și vom extirpa întreg micul epiploon de aici și pînă la ligatura arterei coronare, disecîndu-l de pe curbura mică, făcînd hemostază minuțioasă și peritonizînd apoi curbura cu fire separate. Dacă grupurile ganglionare 10 și 11 (hilul splinei, arteră splenică) sînt prinse, vom pătrunde prin stînga retropancreatic și vom inciza sub controlul degetelor mîinii stîngi plica peritoneală splenoparietală și apoi vom decola împreună splina și pancreasul eliberîndu-i marginea superioară, unde apare coama organului (*Chiricuța*) și unde se găsesc ganglionii stației 11. Noi rezecăm pancreasul în asemenea cazuri cît mai mult spre dreapta pînă dincolo de ultimul ganglion, depășind uneori vena mezenterică și realizînd o pancreatectomie de 70—90%. Va trebui acum să hotărîm asupra unei rezecții de 4/5 sau asupra gastrectomiei totale. (Noi preferăm pe ultima din rațiuni de vascularizație).

Dacă tumoarea se găsește spre curbura mare și este prins colonul sau mezocolonul, începem operația ca mai sus, facem decolarea coloepiploică de la dreapta la stînga și de la stînga spre dreapta pînă în locurile potrivite, rezecăm colonul și mezocolonul în triunghi și continuăm disecția în sus ca și mai înainte. Refacem continuitatea colonului și ducem antecolic ansa jejunală pentru anastomoza gastrojejunală. În cazul în care colonul nu a fost bine pregătit putem termina operația à la *Hartmann* urmînd ca restabilirea tranzitului colic să se facă după 1 an, dacă bolnavul mai este în viață, cînd se va efectua reintegrarea în cadrul unei „second look“.

Reintegrarea stomacului în circuitul digestiv se va face după una din metodele Péan-Billroth I sau Billroth II. Noi nu mai facem anastomoze Reichel-Polya și Hoffmeister-Finsterer. Acolo unde rezecția este largă și anastomoza Péan este riscantă facem anastomoză Balfour modificată prin trecerea ansei transmozocolic și fixarea anastomozei Braun la marginea breșei mezocolice. În toate cazurile în care a trebuit să se reintervină pentru anastomoze Péan-Billroth I s-au efectuat la reintervenție anastomoze pe ansă Omega și înfundarea bontului duodenal.

Rezecția gastrică totală radicală curativă

Am mai amintit că noi indicăm gastrectomia totală de necesitate. Din cei 980 de bolnavi cu cancer gastric extirpabile pe 1 643 bolnavi internați am efectuat gastrectomii totale la 215 bolnavi, ceea ce reprezintă un procentaj de aproximativ 22%.

Indicațiile majore ale gastrectomiei totale au fost:

1. Cancerele porțiunii orizontale ale stomacului care prin extensie au depășit unghiul gastric.

2. Cancerele corpului gastric (zona M).

3. Cancerele juxtacardiale (zona C), în care indicațiile gastrectomiei totale depășesc în prezent mult pe cele ale rezecției polare superioare.

4. Cancerele antrale în care disecțiile ganglionare laborioase cer gastrectomia totală cu splenopancreatectomie lărgită în interesul radicalității.

5. Cancerele foarte mari care pretind sacrificarea întregului stomac și parțial sau total al altor organe din jur în cazul așa-numitelor rezecții supraradicale.

6. Exerzele largi supravezocolice care pretind sacrificarea întregului stomac, pancreas, duoden, lob hepatic stîng, splină și eventual anumite teritorii vasculare.

Conducerea operației în direcția pilor-cardie nu se deosebește de operația descrisă în cadrul rezecției subtotale gastrice radicale curative, pînă la un punct, de unde eliberarea stomacului merge pînă la esofag, cu prepararea membranei Bartelli, vagotomie tronculară pentru alungirea esofagului abdominal și eventual diafragmotomie sagitală pentru abord mai larg al esofagului în cancerele gastrice sus situate.

Avînd experiență în gastrectomia totală prin atac anterograd, deci de la cardia spre pilor, am dori să arătăm principiile care ne conduc în această operație.

Calea de abord folosită este incizia Turnbull-Barraya, pe care la nevoie o prelungim în toracofrenolaparotomie. Ne dăm seama de neajunsurile toracofrenolaparotomiei și am dori să renunțăm la ea în toate cazurile, folosind incizii separate abdominale și toracice, sau toracofrenotomii, așa cum facem în afecțiuni benigne, dar starea în care se prezintă unii din bolnavii noștri cu cancer gastric nu ne permite să renunțăm.

În gastrectomiile totale prin atac superior pornim de la secționarea benzii peritoneale a hipocondrului stîng și urcăm prin decolarea splenoparietală și splenopancreatică spre stîlpul stîng al diafragmului și incizînd membrana lui Bartelli preparăm esofagul și-l alungim secționînd vagii. Acum secționăm esofagul și pornim eliberarea stomacului de sus în jos făcînd peritonectomie subdiafragmatică, extirpînd totdeauna splina care rămîne fixată de stomac prin ligamentul gastrosplenic, eliberăm pancreasul în hilul splinei sau la nevoie facem pancreatectomie mai mult sau mai puțin extinsă. Facem decolare colo-epiploică de la stînga la dreapta sau rezecăm ligamentul gastrocolic pînă la apropierea inserției lui pe colon și disecăm ganglionii dinspre stațiile 1, 2 spre stațiile 7, 8, 9, 3, 5, 10, 11, 4, 6, și ajungem la duoden rezecîndu-l și controlăm stațiile ganglionare 12 și 13.

Reintegrarea esofagului în circuitul digestiv am făcut-o aproape totdeauna prin esojejunostomie pe ansă Omega și rar, mai ales cînd avem abord abdomino-toracic — prin anastomoză Roux.

Probleme chirurgicale ridicate de cancerul zonei C a stomacului și al esofagului inferior

Calea de abord în asemenea cazuri poate fi:

1. Toracofrenolaparotomie
2. Toracofrenotomie
3. Laparotomie și toracotomie sperate.

În ultima vreme autorii dau preferință gastrectomiei totale și în aceste cazuri din două motive: mortalitatea crescută a rezecțiilor polare superioare față de gastrectomia totală și posibilitățile de efectuare a unei operații mai radicale în cadrul gastrectomiei totale.

Toracofrenotomia se adresează cazurilor cu tumori limitate în care se urmărește ascensionarea antrului în torace.

Laparotomia și toracotomia separată sînt tot mai mult acceptate. În astfel de situații operația este condusă de la pilor spre cardiac ca în cazul unei gastrectomii totale radicale curative și se pregătește jejunul pentru plastia inferioară a esofagului (Roux) — urmînd ca în timpul toracic să se rezece esofagul și să se facă esojejunostomia și închiderea comunicării tocaroabdominale.

Toracofrenolaparotomia dă un acces larg și posibilitatea unei operații radicale pornită de la locul rezecției esofagului spre pilor sau invers, dar are inconvenientul unui timp septic prelungit (esofagul secționat), durerilor produse de rebordul secționat și pericolului condritei supurate în caz de infecție a plăgii.

În Clinica Chirurgicală nr. I din Tîrgu-Mureș au fost operați între anii 1964—1985, 1 643 de bolnavi cu cancer gastric. 980 bolnavi (59,64%) prezentau tumori extirpabile pe cînd în 663 (40,36%) de cazuri a fost consemnată inoperabilitatea. Au fost efectuate 731 rezecții polare inferioare reprezentînd 74,5%, 34 rezecții polare superioare, deci 3,4% și 215 gastrectomii totale reprezentînd 22% din totalul cazurilor cu rezecții.

Am făcut și un studiu al exerezelor pluriviscerale pe lîngă gastrectomii totale din dosarele bolnavilor operați între 1981—1985, găsind 25 de astfel de cazuri.

Bibliografie la autori.
