

Clinica Chirurgică nr. 1 (cond.: prof. doctor docent Bancu V. Emilian)  
din Tirgu-Mureș

## OPERAȚII COMPLEXE ÎN TUMORILE ESCARDIOTUBEROZITARE

E. V. Bancu, A. K. Keresztessy, T. Grozescu, M. Baghiu, C. Copotoiu,  
S. Bancu, M. Eșianu, V. Bud, T. Bara

Neoplazmele joncțiunii esocardiale reprezintă o formă frecventă a cancerului gastric în regiunile transilvane din care ne provin majoritatea bolnavilor. În cazuistica Clinicii Chirurgicale nr. I din Tirgu-Mureș, această formă de neoplasm constituie aproape 1/3 din numărul total al cancerelor gastrice.

### Material și metodă

Revăzind dosarele bolnavilor operați în clinica noastră între anii 1964—1987 (23 ani), am constatat următoarele:

— au fost operați în total un număr de 1713 bolnavi cu neoplazme gastrice:

— 1040 (60,71%) au fost operații cu intenție de radicalitate, în timp ce 673 (39,29%) cazuri au fost inoperabile;

— între 1964—1980 operabilitatea a fost de 59,64%;

— între 1981—1987 operabilitatea a fost de 64,09%, creșterea procentajului explicându-se prin introducerea sistematică a operațiilor regionale și complexe;

— tipul de intervenții efectuate:

1. gastrectomii polare inferioare	781
2. gastrectomii polare superioare	34
3. gastrectomii totale	235

— raportul pe sexe, bărbați/femei = 5/2

— vîrsta medie: decadele 5 și 6;

— mortalitatea globală a fost de 56 de bolnavi (5,38%), repartizată astfel: 4,09% în gastrectomii polare inferioare, 8,82% în gastrectomii polare superioare și 7,04% în gastrectomii totale.

Dintre neoplazmele gastrice, formele esocardiotuberozitare au fost întîlnite la 496 bolnavi (28,94%). În această localizare operabilitatea a fost mult mai mică: 102 cazuri operabile (23,56%) și 394 inoperabile (74,44%).

Cazurile operabile au fost tratate prin următoarele tipuri de intervenții:

— gastrectomii polare superioare 34;

— gastrectomii totale 68, dintre care 11 au fost operații complexe, constînd în exereze pluriviscerale.

Menționăm că din 1979 pînă în prezent în clinica noastră s-a renunțat treptat la gastrectomia polară superioară în favoarea gastrectomiei totale, consemnându-se în acești ani doar o singură gastrectomie polară superioară.

Operațiile complexe au fost următoarele:

1. Gastrectomii polare superioare + splenectomie + esofagectomie totală + limfadenectomie regională extensivă	1
2. Gastrectomie totală + splenopancreatectomie corporeocaudală + limfadenectomie regională extensivă	4
3. Gastrectomie totală + splenectomie + rezecție de diafragm stîng + limfadenectomie regională extensivă	1
4. Gastrectomie totală + splenectomie + colecistectomie + hepatectomie atipică stîngă + limfadenectomie reg.	1
5. Gastrectomie totală + splenopancreatectomie caudală + hepatectomie atipică stîngă + rezecție de diafragm stîng + limfadenectomie regională extensivă	1
6. Gastrectomie totală + splenectomie + hemiesofagectomie inferioară + limfadenectomie regională extensivă	1
7. Gastrectomie totală + splenectomie + esofagectomie totală + limfadenectomie regională extensivă	1
8. Gastrectomie totală + splenectomie + pancreatectomie 90% + colectomie segmentară + esofagectomie inferioară + limfadenectomie regională extensivă	1
Total:	11

Mortalitate postoperatorie: 4 (3 bărbați + 1 femeie)

#### *Rezultate tardive*

Aceste rezultate au fost evaluate prin urmărirea unor bolnavi care s-au prezentat sistematic la controalele clinice sau prin corespondență. Datorită pierderii unei părți din bolnavi din evidențe prin decese, lipsă de comunicare sau dezinteres față de urmărirea postoperatorie, consemnăm rezultatele tardive pe un lot de 44 de bolnavi: la 2 ani trăiau 30 de bolnavi, la 3 ani 12 bolnavi, la 5 ani 4 bolnavi și peste 5 ani 2 bolnavi. Supraviețuirile la 5 și peste 5 ani, evaluate într-o perioadă de 10 ani între 1964—1973, au fost de 13,63% pentru bolnavii operați cu neoplasm gastric, iar în următorii 10 ani, de 15,90%.

#### *Discuții*

Privind operabilitatea generală a bolnavilor de cancer gastric operați în clinica noastră între 1964—1987, se observă o creștere a operabilității de la 59,64% pînă în 1980, la 64,09% între 1981—1987 cînd, în intenția de radicalitate s-a recurs la exereze complexe pluriviscerale care au extins aria operabilității în tumorile avansate, considerate în trecut inoperabile. Operațiile complexe urmăresc o desăvîrșire a radicalității oncologice care însă nu poate fi întotdeauna atinsă, datorită prezentării, în general, tardive a bolnavilor în serviciul chirurgical, într-un stadiu în care tumoarea a depășit limita de organ, sau chiar de regiune anatomică.

Din acest punct de vedere neoplasmale joncțiunii esocardiale devin rapid inoperabile datorită raporturilor complicate ale acestei regiuni ana-

tomice, cu stîlpii și bolta stîngă a diafragmului, cu ficatul și ligamentul gastrofrenosplenic, cu aorta și cu trunchiul celiac. În această localizare a cancerului, operabilitatea a fost mult sub operabilitatea generală, adică de 20,56%. Majoritatea bolnavilor operabili sau inoperabili s-au prezentat acuzînd ca simptom principal disfagia completă, cu un istoric lung, în medie de 1 an, răsîmp în care pierderile ponderale au fost deosebit de importante.

Datorită introducerii sistematice a operațiilor regionale în toate formele de cancer, care pe lîngă ablațiile viscerale sînt însoțite de limfadenectomie regională extensivă, s-a renunțat aproape complet la gastrectomia polară superioară, în favoarea gastrectomiilor totale radicale, la care s-au asociat și alte viscere din sfera de expansiune regională a tumorii, recurgîndu-se astfel la exerezele regionale supramezocolice. Astfel, gastrectomiilor totale li s-au asociat splenopancreatomiile caudale sau corporeocaudale, rezecții de stîlpi și bolte diafragmatice, rezecții segmentare sau totale de esofag, hepatoctomii atipice stîngi, rezecții segmentare de colon și mezocolon, operațiile fiind executate pe principiul rezecției în bloc, după conceptul „no touch” (Turbull). Datorită operabilității restrînse sau chiar a forțării operabilității în unele cazuri, operațiile complexe pentru neoplasme esocardiotuberozitare au fost urmate de o mortalitate care a depășit mortalitatea globală din cazuistica noastră, în ce privește exerezele regionale supramezocolice: 36.36% față de 13.33%. Aceasta se explică atît prin stadiul avansat al neoplasmului cît și prin anvergura intervențiilor pentru care au fost efectuate 7 toracofrenolaparotomii; la acestea se adaugă și modalitatea deseori dificilă de reconstituire a tubului digestiv, atît din punct de vedere anatomic cît și funcțional, pe bolnavi cu resurse biologice compromise datorită lungilor perioade de inaniție.

Supraviețuirile la distanță sînt dezamăgitoare. Un motiv în plus pentru care în ultima decadă clinică noastră a aderat la concepția operațiilor radicale curative, constînd în rezecții viscerale și pluriviscerale și limfadenectomie regională extensivă.

### Concluzii

Neoplasmele esocardiotuberozitare reprezintă o formă de cancer gastric sau esogastric cu o localizare foarte gravă, care pe lîngă evoluția rapidă spre regionalizare a tumorilor aduc și prejudicii grave biologice bolnavilor prin disfagie și inaniție. Chiar și descoperite la timp aceste neoplasme se operează prin intervenții laborioase în care există un mare risc al mortalității postoperatorii, risc ce crește vertiginos în condițiile prezentării tardive, așa cum s-a consemnat la majoritatea bolnavilor din cazuistica noastră.

O tumoră esocardiotuberozitară presupune o gastrectomie totală, cu largi ablații în bloc a viscerelor din anturajul procesului tumoral, cu limfadenectomie regională extensivă, cu sau fără deschiderea toracelui și cu reconstrucții complicate ale tubului digestiv. Aceste aspecte sînt însoțite de probleme importante privind pregătirea preoperatorie a bolnavilor, anestezia, reanimarea intra- și postoperatorie și recuperarea fizică și funcțională a bolnavilor.

Revăzînd rezultatele pe o perioadă de 23 de ani, putem afirma că prin creșterea treptată a experienței clinicii, rezultatele postoperatorii sînt

in continuă ameliorare, într-un domeniu în care bolnavii beneficiază, încă, prea puțin, de o depistare precoce a neoplasmului, ca și de tratamente oncologice eficiente postoperatorii.

### Bibliografie

1. *Ackerman L. V., Dee Regato J. A.*: Cancer diagnosis treatment and prognosis. 4-th ed. St. Louis, The C. V. Mosby Co., 1970. 2. *Bancu V. E.* și colab.: *Rev. med. Tg.-Mureș* (1985); 3. *Condor R. E.*: *Gynecol. Obstet.*, (1971), 133, 849; 4. *Egli H.*: *Scand. J. Gastroenterol.* (1987), 22, 87; 5. *Gavrilu D.*: Actualități în patologia esofagului (Din „Actualități în chirurgie“, E. Proca, p. 96). 6. *Maruyama K., Okabayashi K., Kinoshita T.*: *World J. Surg.* (1987), 11, 418; 7. *Moertel C. G.*: *Surg. Gynecol. Obstet.* (1968), 1071; 8. *Papachristou D. N., Shiu Man H.*: *Ann. of. Surg.* (1972), 483.

*E. V. Bancu, A. K. Keresztessy, T. Grozescu, M. Baghiu, C. Copotoiu, S. Bancu, M. Eșianu, V. Bud, T. Bara*

### COMPLEX OPERATIONS IN CASE OF ESO-CARDIO-TUBEROUS TUMOURS

This paper deals statistically and synthetically with the results of surgical treatment of tumours of esogastric junction (eso-cardio-tuberosus tumours) of 23 years (1964—1987) at the Clinic of Surgery Nr 1, Tirgu-Mureș, ROMANIA.

We have recorded 496 cases of eso-cardio-tuberosus tumours, which forms 28.94% of the total of 1713 patients having undergone gastric neoplasm operations. The operability included 102 males, i.e. 23.56%, as compared with the general operability of 60.71% in gastric cancer cases of the casuistics studied.

The cases having undergone surgical interventions are as follows:

— superior polar gastrectomy: 34 (since 1979, superior polar gastrectomy has been replaced by more radical procedures);

— total gastrectomy: 68, of which 11 were complex operations, consisting in plurivisceral exeresis.

Postoperative death-rate was 4 cases, within the 11 complex operations discussed in this paper.

The tardive results are shown in the lump, however, the values are not very encouraging, survivals for 5 or over 5 years being under 15%.

Complex operations aiming at some advanced tumours have completed the number of cases considered “operable”, but, although they prolong sometimes significantly, the life of a patient without any other chances, their character eventually is palliative only.