

COBORÂREA COLONULUI TRANSVERS PE CALE TRANSMEZENTERICĂ PENTRU ANASTOMOZELE JOASE COLORECTALE

S. Bancu,

E. V. Bancu

Clinica de Chirurgie nr. 1

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Coborârea colonului transvers pentru anastomozele joase colorectale,
sau pentru diferitele tipuri de telescopare a câștigat tot mai mult teren în

ultima vreme (2, 4). Necesitatea acestei manevre s-a impus din rațiuni de radicalitate oncologică, dar și datorită frecvențelor complicații apărute după alungirea ansei sigmoidiene, prin ligaturi vasculare în fosta zonă de interes anatomo-chirurgical, Sudeck.

Material, metodă și rezultate

Între 1970-1991 s-au efectuat în clinica noastră 65 hemicolectomii și rezecții de colon stâng lărgite, la care s-a folosit și tehnica coborării colonului transvers în vederea anastomozei joase. Principala complicație funcțională postoperatorie a fost ocluzia înaltă prin compresia duodenului (D₃) și a unghiului Treitz de către colonul transvers coborât. Au fost necesare 3 reintervenții în care s-au efectuat anastomoze L-L între D₃ și prima ansă jejunală. În alte două cazuri această anastomoză s-a făcut preventiv pentru a evita eventuala ocluzie și reintervenția.

Neajunsurile descrise au fost înlăturate prin adoptarea tehnicii de coborâre a colonului transvers pe cale transmezenterică, care s-a aplicat în 9 cazuri consecutive, dând satisfacție deplină, cu rezultate funcționale foarte bune. Nu s-a recurs la nici o colostomie de protecție.

Tehnica operatorie

Rezecția sigmoidiană limitată în cadrul operației Dixon (rezecția anterioară a rectului) lasă neatinsă jumătatea superioară a mezocolonului sigmoidian (5). În același timp sacrificarea la promontoriu a pediculului mezenteric inferior prin secționarea arterei, pune regiunea rectosigmoidiană în situația unui aport scăzut de sânge dinspre teritoriul aortic de deasupra. În astfel de condiții trebuie să mergem cât mai jos cu rezecția rectului pentru a avea un bont rectal bine vascularizat și să nu sacrificăm pediculi hemoroidali mijlocii în timpul decolării rectului (6, 7).

- Când tumoarea se găsește pe colonul descendent sau pe partea superioară a buclei sigmoidiene mobilizarea și coborârea transversului devine obligatorie pentru a ajunge la anastomoza retroperitoneală cu bontul rectal (7).

Dacă în mezocolonul stâng sau paraaortic găsim ganglioni sau dacă mezocolonul este retractat spre aortă mai ales de-a lungul arterei mezenterice inferioare, coborârea transversului și evidarea largă paraaortică cu extirparea în bloc a mezocolonului stâng devine obligatorie din rațiuni oncologice.

În astfel de situații, uneori, este necesară și extirparea unghiului splenic al colonului în partea stângă a transversului, coborând colonul rămas spre pelvis transmezenteric prin aria avasculară ileocecală (7).

Coborârea colonului transvers presupune următoarele manevre:

- Mobilizarea colonului descendent: planul bun de clivaj se găsește înăuntru ureterului, unde nu riscăm să lezăm vasele mezocolonului descendent. Ducem decolarea până la polul inferior al rinichiului stâng și apoi trecem la mobilizarea transversului;

- Mobilizarea colonului transvers: întinzând colonul transvers cu mâna stângă și încredințând stomacul celui de al doilea ajutor, se practică o decolare coloepiploică completă, atacându-se bursa omentală în mijlocul său într-o zonă unde ea este liberă. Mergem la început către fundul de sac drept, până la artera gastroduodenală, apoi urmăm decolarea spre unghiul stâng în contact cu colonul care trebuie să fie fără epiploon.

- Mobilizarea unghiului stâng: aceasta este foarte ușoară și fără hemoragie dacă epiploonul a fost complet detașat. Unghiul stâng detașat, trebuie să urmărim decolarea până la linia mediană. Trebuie să urmărim în sus marginea inferioară a pancreasului și să atingem aorta, când vom vedea vena mezenterică inferioară - sub marginea inferioară a pancreasului, unde o înconjoară ansa duodeno-jejunală înainte de a se vărsa în vena splenică.

- Ligaturile de coborâre: pentru a coborî colonul transvers nu ne rămâne decât să legăm 2 pediculi după ce i-am izolat perfect: artera mezenterică inferioară, pe care o secționăm la origine, deci deasupra colicei stângi; vena mezenterică inferioară pe care o vom secționa singură. Această secțiune detașează imediat în bloc colonul transvers, a cărui derulare nu mai este limitată decât de porțiunea avasculară a mezocolonului (1) (fig.nr.1).



Fig.nr.1

În practică, datorită coborârii colonului transvers este absolut inutil de a ne preocupa de dispoziția vasculară a sigmei care este totdeauna îndepărtată în masă, ca și o mare parte sau totalitatea descendentului, uneori a unghiului splenic și a unei părți a transversului. În cazul chirurgiei oncologice se îndepărtează în bloc nu numai tumoarea ci de asemenea căile limfatice și ganglionii evantaiului sigmoidian și a trunchiului mezenteric inferior.

Există o alternativă a unui procedeu operator pentru cancerul localizat în vecinătatea joncțiunii colonului sigmoid și descendent sau când vrem neapărat să ne convingem că coborârea colonului prin dreapta nu mai are riscul ocluziei intestinale înalte (la Treitz). În timp ce acest cancer este tehnic un cancer sigmoidian, întregul colon sigmoid și colonul descendent, incluzând flexura splenică trebuie să fie îndepărtate. Detaliile acestui procedeu operator devin interesante prin ligaturile vasculare complementare: ramura stângă a colicei medii sau ambele ramuri, vascularizația segmentului colic rămas din transvers făcându-se retrograd prin a.colică dreaptă și a.ileocecolică. Colonul transvers rămas este coborât prin spațiul avascular mezenteric dintre a.mezenterică superioară și a.ileocolică, pentru a fi dus la anastomoza T-T cu bontul rectal. Aceasta este o metodă superioară de reconstrucție a colorectului.

Se asigură o lungime confortabilă a colonului pentru anastomoză. Posibilitatea îndepărtării oncologice a colonului stâng permite anastomoze colorectale folosind colonul transvers sau chiar ascendent, care este mai puțin septic și mai bine pregătit.

Metoda este uneori mai laborioasă, dar mult mai sigură decât coborârea clasică a colonului transvers.

Bibliografie

1.*Bancu E.V.* et al.: The Necessity of Removing a Segment of the Colon in Extracolonic Tomorous Affections. Akad. Kiadó, Budapest, 1972, 323;

2.*Chiricuță I.*: Rezenția fiziologică a rectului canceros pe cale exclusiv abdominală. Chirurgie. București, 1974, 23, 501;

3.*Cameron M.C., Verdenheimer M.C., Callan J.A.*: Colorectal Carcinoma: a decade's experience at the Lahey Clinic. Am. Colon Rectum 22, 4777-4779;

4.*Dukes C.E.*: Discussion on major surgery on carcinoma of the rectum, with or without colostomy, excluding the anal canal and including the rectosigmoid. Proc. Roy. Soc. Med. 1957, 50, 1031-1035;

5.*Heberer G., Denedre H., Derninel W.*: Procedures in the management of rectal cancer. World J. Surg. 1987, 11, 499-503;

6.*Toupet A.*: La technique de la resection du rectum par voie abdomino-transanale, sans anus préalable, avec la descense sistematique du colon transvers. J. de Chir. 1950, 1;

7.*Wilson S.M., Searlers O.H.*: The curative treatment of carcinoma of the sigmoid, rectosigmoid and rectum. Ann. Surg. 1976, 183, 556-565.

TRANSMESENTERIC DESCENT OF THE TRANSVERSE COLON FOR COLORECTAL ANASTOMOSIS

S.Bancu, E.V. Bancu

The descent of the transverse colon for a colorectal anastomosis, after a left hemicolectomy for cancer, may cause a compression on the third segment of the duodenum (D₃) and on the duodenojejunal angle. We observed this functional complication in 5 patients (among 65 patients operated in our service between 1970-1991, with left hemicolectomies and enlarged left colectomies) being necessary three reinterventions with one death, and two preventive anastomoses of the duodenojejunal angle loops. In order to avoid the danger of compression and to provide a more comfortable length of the descended colon for colorectal anastomosis, we used the descent by transmesenteric way, in 9 consecutive patients. This procedure permits a more complete resection of the primary lesion, together with all mesentery that contains lymph nodes to which the tumor is likely to spread, without the risk of the shortness of the transverse colon loop. No proximal colostomy was used. There were no postoperative complications.

Sosit la redacție: 2.11.1993
