

MALFORMAȚIE PERITONEALĂ RARĂ

M. Ionescu, C. Cosma

Peritoneul suferă în evoluția lui o mulțime de modificări, care deși nu sînt esențiale ca cele ale celomului din torace unde iau naștere trei cavități (două dorsale, pleuro-pulmonare și una ventrală, pericardică), rămîne totuși o cavitate unică. Aspectul pe care aceasta îl are la adult se deosebește mult de acela pe care îl prezintă cavitatea peritoneală în diferitele stadii de dezvoltare embrionară. Acest lucru se datorește proceselor care au loc, de creștere în volum a viscerelor, creștere inegală a peritoneului primitiv și deplasării și rotației în cursul cărora vasele au rolul director (6). Cînd această dezvoltare este normală, ea duce la aspectul cu care sîntem obișnuiți, dar putem găsi și o mulțime de variații, care deși compatibile cu viața, pot modifica într-o măsură mai mare sau mai mică tabloul anatomic, punînd în încurcătură pe internist în interpretarea unei simptomatologii, pe radiologul care explorează porțiunea abdominală a tubului digestiv, și mai ales pe chirurg. Variațiile mici, care în majoritatea cazurilor sînt compatibile cu viața și nu fac altceva decît să modifice topografia peritoneală (7) sau predispun la anumite îmbolnăviri (hernii interne și externe, ocluzii etc.) se deosebesc din acest punct de vedere de anomaliile propriu zise ale tubului digestiv (atrezii, stenoze, etc.), care în majoritate sînt incompatibile cu viața sau necesită un tratament operator chiar în primele zile ale vieții.

Anomaliile peritoneale interesează cele două procese principale de dezvoltare ale peritoneului, rotația și coalescența, ultimele fiind mai frecvente. Cele de rotație se formează mai probabil în luna a 3-a, cînd datorită creșterii rapide și inegale în lungime a tubului digestiv, acesta este supus șerpuirilor și rotirilor sale caracteristice (5). Stările care pot lua naștere, absența torsiunii, torsiune incompletă sau torsiune în sens anormal cu inversiunea viscerelor abdominale (7), nu produc nici o perturbație în timpul dezvoltării embrionare, deoarece conținutul digestiv se reduce la o cantitate mică de meconiu, dar după naștere ele pot cauza un volvulus (5).

Anomaliile de coalescență sînt mai benigne și ele se pot combina cu cele de torsiune, producînd totodată tulburări în arhitectura tisulară a peritoneului (3). Cele mai frecvente anomalii pe care le găsim la adulți rezultă din torsiuni incomplete și defecte de acolare (2), care pot trece neconstatate toată viața. Astfel se notează fosetele peritoneale (6, 8) și persistența parțială sau totală a mezocolonului ascendent sau descendent și a mezoduodenului (1).

Fără de aceste anomalii frecvente, prezentăm una care a modificat mult tabloul topografic al peritoneului submezocolic, fără a cauza tulburări în timpul vieții, fiind găsită abia la disecția unui trunchi de femeie în luna mai 1957. Nu am putut reconstitui datele ce privesc cadavrul și nu am găsit alte variații anatomice la disecția lui, așa încît ne limităm la descrierea anomaliilor peritoneale din etajul subtoracic al abdomenului.

Ansele intestinului subțire sînt libere dar ocupă partea dreaptă a cavității. Fața stîngă a mezenterei este orientată ventral, iar fața dreaptă dorsal. Intestinul gros ocupă partea stîngă a abdomenului. Unghiul duodenajejunal este fix și situat obișnuit. Jejunul este pe o porțiune fixat la peretele abdominal în rădăcina mezenterei și coboară în jos pînă aproape de promontoriu, apoi tot parietalizat urcă în sus la dreapta pînă la înălțimea vertebrei L_2 unde devine liber. De aici ansele sînt prevăzute cu mezou obișnuit, ocupînd tot spațiul parieto-mezenteric drept, în lipsa



Fig. nr. 1.
Fotografia etajului submezocolic



Fig. nr. 2.
Fotografia etajului submezocolic după
insuflarea cu aer a ileonului, cecului, colo-
nului ascendent și transvers.

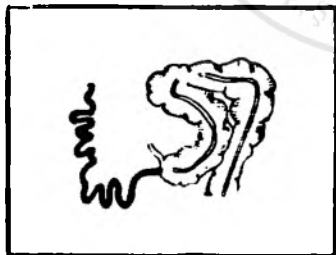


Fig. nr. 3.
Schema unei sinistro-colii de gradul 2,
după Paitre.

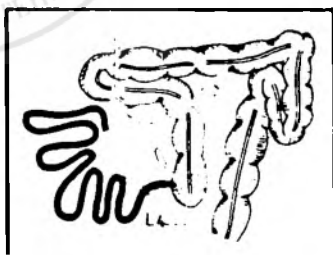


Fig. nr. 4.
Schema cazului prezentat de noi.

colonului ascendent de la locul său obișnuit, și coborînd în parte în pelvis. Ultima ansă ileală mergînd de la dreapta spre stînga formează unghiul ileo-cecal la înălțimea obișnuită, dar puțin la stînga liniei mediane. Cecul mobil și situat la stînga se continuă în sus cu colonul ascendent care este situat în stînga mezenterului fiind neparietalizat. El este în continuitate cu cecul și ileonul printr-un mezențer comun care e situat în plan frontal avînd la dreapta ansele, jejuno-ileale și la stînga colonul ascendent, care urcă pînă sub transvers. Aici se angulează spre dreapta, trecînd deasupra masei anselor intestinale și ajunge sub ficat unde formează unghiul hepatic. Dispoziția dintre ultima parte a colonului ascendent și cei transvers, pentru a forma unghiul colic drept, este „în țevă de pușcă”. Apendicele este preileal. Colonul transvers, prevăzut cu un mezou scurt, și unghiul splenic, sînt situate normal. Colonul descendent coboară parietalizat abia pînă la aripa osului iliac de unde se angulează înăuntru și în sus urcînd sub unghiul splenic și formînd din nou o dispoziție „în țevă de pușcă”. De aici sigma prevăzută cu mezou coboară rectilin în trece ultima ansă colică și unghiul duodeno-jejunal, în bazin.

Din descriere reiese poziția anormală a viscerelor din etajul submezocolic, în timp ce dimensiunile și aspectul fiecărui viscer în parte sînt cele obișnuite. S-a trecut apoi la injectarea cu masă colorată a arterei mezenterice superioare prin emergența sa din aortă. După introducerea primilor 40 cm³, masa colorată refluxează în aortă prin mezenterica inferioară. S-a procedat la disecția vaselor. Artera mezenterică superioară se comportă obișnuit pînă ce ajunge în rădăcina mezenterului, dar are tot timpul la stînga sa vena. În traiectul său mezenteric emite arborescent spre dreapta șase trunchiuri mari jejuno-ileale care formează sistemul obișnuit de arcade și vase drepte terminale. Spre stînga dă artera colonului transvers, o ramură colică pentru ascendent și ramuri ileo-ceco-apendiculare. Terminala mezenterice superioare se găsește la cca 15 cm de unghiul ileo-cecal. Artera mezenterică inferioară are origine și comportament obișnuit. Ramura ascendentă a colicii stîngi participă la formarea arcului vascular al lui Treitz și se aruncă în plin în anastomoza lui Riolan, ca pilier stîng al arcadei, formînd o puternică legătură vasculară între sistemul arterei mezenterice superioare și cel al mezenterice inferioare.

Cazul nostru este dar o anomalie peritoneală care condiționează un viciu de poziție al unor organe digestive. Este vorba de o insuficiență a torsiunii ansei ombilicale, ca și de o sinistrocolie de gradul III, corespunzînd ultimei faze a torsiunii care depășește 180°, dar nu s-a făcut complet și care situează unghiul duodeno-jejunal la stînga arterei mezenterice superioare, iar colonul ascendent mobil în poziție subhepatică (4). Cazul nostru se apropie așadar de o sinistro-colie de gradul III, încadrîndu-se în anomaliile de torsiune, din care a rezultat poziția anormală a intestinului și persistența mezocolonului ascendent, dînd falsa impresie de mezențer comun. Probabil că prin întîrzierea torsiunii și a coalescenței, ansele intestinului subțire dezvoltîndu-se au ocupat poziția la dreapta și au stabilit un echilibru cu celelalte organe abdominale precum și cu peretele. Vechile observații de absență a torsiunii ansei intestinale descriu situarea la stîngă a colonului ascendent, asemănîndu-se întrucîtva cu cazul nostru (6).

Anomalia s-ar fi putut constata întîmplător în timpul vieții cu ocazia vreunei examinări radiologice sau explorări chirurgicale, sau putea cauza o suferință abdominală acută, instalată datorită mobilității intestinului cît și angulărilor brutale ce le-am găsit pe traiectul colonului și care îngreunînd tranzitul putea duce la instalarea unei subocluzii sau ocluzii intestinale. O importanță mai mare prezintă anomalia din punct de vedere anatomic, deoarece modifică topografia peritoneală și poate pune în incurcătură pe chirurg mai ales la căutarea unui organ cum ar fi apendicele.

Sosit la redacție: la 24 martie 1958.

Bibliografie

1. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris MDCCCLXXXIII. Tome XXIII; 2. DUBREUIL G.: Embryologie Humaine. Paris 1929, 60, 110; 3. HENKE F., LUBARSCH O.: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Verdauungsschlauch. Berlin 1926, 1105—1106; 4. PAITRE F., GIRAUD D., DUPRET S.: Pratique anatomo-chirurgicale illustrée. abdomen, fascicule II. G. Doin, Paris 1934, 90—104; 5. PATTEN M. BRODLEY: Human Embryology. Second Edition, 521—523; 6. POIRIER P., CHARPY A.: Traité d'Anatomie Humaine, Tome quatrième fascicule I, 359—360. Paris 1912; 7. TESTUT L., LATARJET A.: Traité d'Anatomie Humaine. Tome cinquième. Paris 1931, 520—535; 8. Volum Jubiliar oferit profesorului Thoma Ionescu. București, 1925.
-