

EXPERIENȚA NOĂSTRĂ ÎN HEPATO-GASTROSTOMIA PALIATIVĂ

E. Bancu, F. Nagy, L. Vincze.

Stenozele hilare ale căii biliare principale, de natură cicatricială sau tumorală, pun probleme dificile de tratament. Pentru ca totuși aceste cazuri disperate să poată fi ajutate, s-au preconizat și aplicat diferite anastomoze de căi biliare intrahepatice cu tubul digestiv.

Însăși diversitatea procedeelelor elaborate ilustrează imperfecțiunea lor.

Primele încercări au fost făcute de *Langenbuch* și *Kocher*.

În 1913 *Kolski* pune la punct un aparat pentru efectuarea hemostazei pe tranșa de secțiune hepatică.

După 1940 problema a fost reluată și s-au descris câteva tehnici originale. De atunci diferiți autori au descris procedee, în scopul simplificării intervențiilor.

În 1948 *Longmire* și *Sandorf* preconizează operația numită colangio-jejunostomia intrahepatică: după mobilizarea lobului stîng al ficatului prin secțiunea ligamentului triunghiular, se secționează transversal lobul pentru a se găsi un vas biliar dilatat, care apoi se anastomozează cu o ansă jejunală pregătită potrivit metodei lui Roux.

Dogliotti descrie un alt procedeu: gastro-intrahepatico-ductostomia care constă în prepararea unui canal intrahepatic prin secțiunea lobului stîng, care se anastomozează cu stomacul.

Făgărășanu—Chillaru—Cirstea publică o tehnică personală numită hepato-colangio-gastrostomia.

Autorii întrebunțează pentru anastomoză un canal biliar intrahepatic, din partea caudală a lobului stîng, imediat în sîfînga ligamentului rotund.

Operațiile lui *Longmire* sau *Dogliotti* sînt laborioase, punînd probleme de rezistență operatorie la organismele slăbite: sînt intervenții lungi, hemoragice, severe, uneori rapid mortale (*Goinard*); operații care implică un risc exagerat pentru supraviețuire de scurtă durată, în caz de tumori maligne inoperabile. Cu toate neajunsurile lor, aceste intervenții merită a fi riscate în cazul stricturilor cicatriciale hilare ale căii principale. În caz de tumori avantajele sînt inferioare, față de pronosticul sever ce le însoțește.

R. Soupault și *Cl. Gouinaud* descriu o intervenție fără sacrificiu hepatic, colangio-jejunostomia stîngă, folosind pentru anastomoză canalul hepatic al segmentului al III-lea.

P. Goinard, J. Pégullo, G. Pelissier (Alger) aplică o metodă mai simplă în tratamentul paleativ al cancerelor hilului, numită „drenajul intern trans-hepatic direct”, sau prin intermediul vezicii biliare. După puncționarea ficatului pentru găsirea unui vas biliar intrahepatic, se introduce un tub de politen, prin vezica biliară, sau direct prin ficat în canalul puncționat și apoi se face anastomoză.

În clinica noastră *Naftali* și *Huszár* au confecționat un dispozitiv pentru puncționarea unui canal biliar prin vezica biliară, și au obținut o fistulă hepatică de drenaj trans-colecistic, cu rezultate bune în cazul operat.

A. A. Salimov descoperă un canal biliar dilatat pe fața inferioară a ficatului (subcapsular) și-l anastomozează cu duodenumul mobilizat.

Gohrbandt la Congresul internațional de chirurgie de la München (1953), a relatat câteva cazuri reușite, în care a executat hepato-gastrostomia. În 1957 același autor publică 24 cazuri tratate cu succes, dintre care unul cu o supraviețuire de peste 4 ani.

Noi am reluat operația lui *Gohrbandt*, pe care am modificat-o în sensul suspendării stomacului la ficat, folosind în acest scop ligamentul rotund.

În lucrarea de față prezentăm reușita intervenției în două cazuri, arătînd pe piesă anatomo-patologică evoluția în timp a fistulei hepato-gastrice și dînd în același timp un răspuns concluziilor sceptice ale chirurgiei experimentale. Nu considerăm intervenția ca fiind salvatoare în toate cazurile disperate cu stricturi ale

căii biliare principale postoperatorii. Intrezărim doar rolul ei paliativ, în caz de tumori maligne ale liliului hepatic. Ameliiorind simptomele bolnavului (icter, prurit, tulburări digestive), trezim, în el speranța vindecării și reechilibrăm pentru un anumit timp un psihic zdruncinat.

Tehnica operatorie

1. — Din marginea dreaptă a epiploonului se prepară o panglică de 10—12 cm. lungime și 2 cm. lățime.

2. — Aplicăm un plan total posterior cu fire separate de mătase care prind seroasa stomacului, banda epiploică, pe care le fixează la capsula hepatică sub marginea inferioară, imediat în stînga ligamentului rotund. După ce aplicăm 4—5 fire, trecem la înnodarea lor.

3. — Excizăm un ic din parenchimul hepatic în vacinătatea suturilor, care pătrunde 2—3 cm. în interiorul ficatului. Facem hemostaza arterelor mai mari sectionate.

4. — Facem sutura totală cu fire întrerupte de catgut între muchia inferioară a breșei hepatice și peretele gastric din vacinătate, după ce am deschis lumenul stomacului. Completăm apoi anterior sutura totală a muchiei superioare a breșei hepatice, la marginea inferioară a breșei gastrice.

5. — Planul sero-capsular anterior va prinde și panglica epiploică răsfrîntă pe peretele anterior al anastomozei.

6. — După prepararea ligamentului rotund pe cîtiva centimetri, îl fixăm prin puncte separate la seroasa peretelui anterior al antrului în poziție oblică, în jos și spre stînga, pentru a nu micșora prin compresie lumenul gastric.

De obicei, postoperator — drenajul spre stomac al bilei de stază se face de la început, iar pareza intestinală postoperatorie impune aspirația continuă a bilei eliminate în cantitate mare. În acest sens este ilustrativ următorul caz:

Obs. I. Bolnava S. I. de 66 ani, se internează în clinica noastră la data de 15 mai 1958, cu dg. de icter mecanic prin tumoare (?) al capului pancreatic, fiind transferată de la Clinica de boli infecțioase. Prezintă icter din 19 martie 1958 și se află sub tratament clinic din 21 martie 1958. Tulburările dispeptice, pruritul, decolorarea scaunelor și hiper-colorația urinei, sînt semnele mai de seamă asociate icterului. Examenete de laborator: urina: ubg. negativ, bilirubina +++++, probele de disproteinemie hepatice negative. Polarograma 41—45 mm. Proba cu eter pozitivă. Ficatul depășește rebordul costal cu 3 degete. Marginea inferioară este dură și ascuțită. Sub rebord se palpează o formațiune piriformă, de mărimea unei mandarine, ce corespunde colecistului. După pregătire preoperatorie intervenim la 21. V. 1958 prin laparotomie subcostală dr. Depășind marginea inferioară a ficatului apare vezica biliară, destinsă, sub presiune. O puncționăm și obținem puroi grunzos. La nivelul fundului vezicii o formațiune tumorală discoidă, cartonoasă. Explorînd hilul hepatic descoperim confluentul hepatocistic, unde constatăm o formațiune tumorală de mărimea unei nuci, care se extinde spre hilul hepatic, prinzînd în bloc artera hepatică și vena portă. Facem colecistectomie și apoi ne hotărîm pentru o hepato-gastrostomie. În evoluția postoperatorie remarcăm vărsături biliare în prima noapte. În zilele ce urmează (22—23. V.) facem aspirație continuă cu o sondă Einhorn și obținem cantități masive de lichid biliar. Facem spălături ușoare pentru a îndepărta noroiul biliar depozitat pe fundul stomacului. La 26—27. V. se conseninează ameliorarea progresivă a stării generale. Tranzit bun, scaun colorat. La 29—30. V. se extrag firele. Sondarea stomacului aspiră bilă. Scaun colorat. Bolnava nu mai are prurit. Scleroticetele și pielea se decolorează vizibil. La 6. VI. icterul mai este doar discret — la nivelul scleroticetelor. La 9. VI. bolnava părăsește clinica. Urmărind la domiciliu evoluția ulterioară, constatăm accese febrile intermitente, care cedează la aureomicină. Cu toate că icterul cedează, după 2 luni de la părăsirea clinicii starea bolnavei începe să se altereze, survin dureri în regiunea hipocondrului și în spate; apare apoi o anemie urmată de fibrilație atrială. Bolnava moare după 3 luni de la părăsirea clinicii cu fenomene de insuficiență cardiorespiratorie și șaxemie.

Neîncrederea în hepato-gastrostomie a izvorit din faptul că în general nu se putea cunoaște evoluția fistulei hepato-gastrice după intervenție. Încercările experimentale ale lui Török și colab. au dus la rezultate pesimiste, dar însuși autorul recunoaște condițiile deosebite ale hepato-gastrostomiei experimentale și se îndoiește de veracitatea concluziilor trase.

— La ciine excluderea căii biliare principale se face printr-o ligatură bruscă, nu lent ca în îmbolnăvirile structurale sau tumorale la om.

— Excizia ficatului nedeschizând canale biliare importante, a dus la nesiguranța autorilor, fapt care i-a determinat să caute alte tehnici de anastomoză.

Reinternarea celui de al doilea nostru caz și autopsierea lui ne-au furnizat date interesante asupra stării hepato-gastrostomiei la 2 luni după intervenție.

Obs. II. Bolnava K. E. de 56 ani, se internează în clinica chirurgicală la data de 26. V. 1958, cu dg. de icter mecanic prin tumoare (?) a capului pancreatic. Antecedentele fără importanță. Cu 9 săptămâni înainte de internare apar dureri în regiunea epigastrică, însoțite de grețuri și vărsături. Durerile sînt continue dar se accentuează după mesele obișnuite. De 3 săptămîni este internată la clinica de boli infecțioase cu dg. de hepatită. În ultimul timp se simte tot mai rău și slăbește 10 kg. Scaunele sînt decolorate, urina de culoarea berei, are prurit rebel. Ex. ob.: pielea și scleroticile sînt intens galbene. Pe tegumente multe urme de grataj. Semne de emfizem pulmonar și cardioscleroză. Abdomen ușor palpabil. Ficatul depășește rebordul costal cu 3 degete. Laborator: urina: ubg. neg.; bilir. +++++; A: în urme; P: neg.; thimol: neg.; bilirubina serică: 6—14 mgr%; polarograma 48 mm.; V.S.H. 78/105, transaminaza 10 u.; aldalaza 10 u.; hiperaciditate gastrică. Examenul radiologic arată semne de gastrită. După pregătire prealabilă intervenim la data de 30. V. 1958. Incizie Kehr I. La deschiderea peritoneului atrage atenția ficatului mult mărit, friabil, cu semne de mare stază biliară. Vezica biliară acoperită de epiploon, mărită, conține calculi. Puncția descoperă puroi în vezică. Explorarea hilului hepatic este cu neputință din cauza unui bloc tumoral în care este atras duodenul și epiploonul mic. Pătrunzînd în bursa omentală tumoarea poate fi regăsită. Ganglionii paraceliaci sînt de mărimea unor alune. Negăsînd o cale biliară care să poată fi folosită pentru derivație biliodigestivă, ne hotărîm pentru hepato-gastrostomie. În evoluția postoperatorie deosebit colorarea scaunelor de la 5 iunie 1958. La 9 iunie 1958 diminuarea icterului este vizibilă. În ziua de 13. VI. bolnava părăsește clinica cu plaga operatorie vindecată, cu o stare generală mult ameliorată. Intensitatea icterului a scăzut simțitor, pruritul a dispărut.

La data de 12 iulie 1958 bolnava se reinternează în clinica noastră cu un abces fesier și dureri în hipocondrul dr. Tegumentele sînt ușor gălbui. Nu are prurit. Scaunul mai deschis la culoare. Este mult slăbit în greutate și în forțe fizice. Starea generală a bolnavei se înrăutățește tot mai mult în jurul datei de 20. VII. Devine febrilă și apoi moare în fenomene de insuficiență cardiorespiratorie și hepatică la 25. VII. La autopsie: (Nr. 261/1958) Stomacul de mărime obișnuită prezintă în treimea inferioară aderențe întinse cu ficatul, cu un fragment de epiploon la acest nivel. Pe o suprafață de mărimea unei monede de 50 de bani, peretele anterior al stomacului lipsește. Pe suprafața ficatului care închide peretele stomacului, constatăm un orificiu cu marginile elastice, din care se scurge un lichid galben-verzui-brun, la comprimarea lobului st. al ficatului. Deschidem canalele biliare extrahepatice pe sondă, dinspre duoden. Ampula lui Vater este permeabilă. Coledocul poate fi urmărit pînă la confluența hepato-cistică. Canalul hepatic și mai ales la nivelul bifurcației este comprimat din afară, de țesutul tumoral, dar pe urma sondei introduse se scurge o bilă galbenă-brună. Ramurile biliare hepatice sînt lărgite și libere. Ficatul mărit, friabil, gălbui-brun, conținînd noduli duri, albi-coșii-gris, de mărimea unor boabe de linte. Dg.: carcinom al vezicii urinare cu atrezie totală a canalului cistic și comprimarea canalului coledocian și canalului hepatic.

Din analiza datelor obținute la autopsie, am putut deduce că breșa gastrohepatică persistă după 2 luni de la intervenție și că la acest nivel se mai constată un vas biliar dilatat și permeabil (fig. 1 și 2).

Se constată de asemenea că răspîntia canalelor hepatice nu este invadată de tumoare, nici chiar în faza avansată de dezvoltare a acesteia. Faptul este important,

deoarece se știe că între lobii hepatici nu există anastomoze biliare. Drenarea lobului dr. în cazul hepatogastrotomiilor st. s-ar face prin refluarea bilei la nivelul răspîntiei canalelor hepatice, din canalul hepatic dr. spre cel st. (fig. 3).

Concluzii

1. — Hepatogastrotomia constituie o operație paliativă, care trebuie luată în considerare în cazul tumorilor hepatice hilare inoperabile. 2. — Această operație este realizabilă și urmată de succes tehnic dacă este bine făcută. 3. — Hepatogastrotomia poate fi efectuată și la bolnavii cu stricturi coledocente în hil, la care starea generală nu permite intervenții mai laborioase. 4. — Cu toate că intervenția este paliativă, poate duce — chiar pentru o perioadă mai scurtă de timp — la trezirea iluziei de vindecare.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.

Bibliografie

1. ȘT. CIOBANU: Contribuții la tehnica anastomozelor biliodigestive intrahepatice. Chirurgia 1960/3—447; 2. CLEMENS MARCELL: Anastomozele biliodigestive intrahepatice. Orvosi Hetilap 1959, 100—48, p. 1725—1727; 3. DANIGICO I.—BUTNARU M.: Un procedeu de plastic în leziunile parcelare ale canalului hepatocoledoc. Chirurgia 1960/4, p. 633; 4. FAGARAȘANU I.—ALOMAN D.: Considerații asupra cancerului căilor biliare extrahepatice. Chirurgia 1958/3—323; 5. FAGARAȘANU I., BUJOR I., CONSTANTINESCU: Rezecția canalului hepato-coledoc pentru cancer al căilor biliare extrahepatice. Chirurgia 1959/5, 665; 6. GOINARD P., PAGULLO J., PELISSIER: Drenajul intern transhepatic. Intervenție paliativă în cancerul hilului, Lyon chirurgical 1957/53. Nr. 5, p. 649; 7. JELINEK R.: Beitrage zur Hepatogastrotomie, Zbl. für Chr. 1957, 16, p. 645—649; 8. LIN CH. HU-JEH-HUANG NAN-CH.: Jug. Cholangio-jejunosomia intrahepatică. Clin. med. 1958/77—1; 9. Dr. MARTON TIBOR, Dr. SIKLÓSI I.: Stenozele căilor biliare extrahepatice, Magyar Sebészet 1959/3—161; 10. SALIMOV A. A.: Hirurghna (1961—7—32); 11. Dr. KALTENEKKER I., Dr. MAKLARY L.: Cazinile noastre de hepatogastrotomie (op. lui Gohrbandt), Magyar Sebészet, 1960, 2, 115; 12. KEREKES—PÉTERFFY: Icter produs de neoplasm al ductului hepatic. Ca rezolvat prin colangio-colecistostomie. Orvosi Hetilap, 1959—100—20, 726—727; 13. K. KREMER, H. HILKE: Tratatamentul chirurgical al tumorilor ficatului, Zbl. chir. 1959/71. Chirurgia 1960/4—605; 14. PETTINARI V.: Patruzeci de cazuri de rezecții de ficat. Med. Klin. 1959/13, Chirurgia 1959/5; 15. POPESCU C.: Principii de anatomie biliovasculară intrahepatică pentru rezecții atipice de ficat. Chirurgia 1958/3—381; 16. RAȚIU O., RĂDULESCU D.: Neoplasm al joncțiunii hepaticocistice, rezecție și hepatico-duodenostomie. Chirurgia 1959/4, 599; Z. NAFTALI, GY. HUSZAR: Revista Medicală, I.M.F. Tg.-Mureș nr. 4, VII. 1961, p. 406; 18. SIEGEL A.: Die Nârbigen Strikturen der extrahepatischen Gallengange, p. 166—169; 19. SOUPAULT R., COUINOU CL.: Despre un procedeu nou de derivație biliară intrahepatică, colangiojejunosomiile st. fără sacrificiu hepatic; 20. TÖRÖK B., KARLINGER—SZÖLLÖSY: Hepatogastrotomia în practică clinică, Orvosi Hetilap, 1959—100—48, 1727—1729; 21. TÖRÖK B., SZÖLLÖSY—KARLINGER T.: Über die experimentelle Hepatogastrotomie, Zbl. Chir. 1959—84, 16; 22. TURAI I., GEROTA D.: Chirurgia căilor biliare extrahepatice, E. M., p. 321; 23. DE VERNEJOU et R. DEVIN: Les retrecissements postoperatoires des voies biliaires. Masson, Paris, 1953.



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.