

Clinica de radiologie a I.M.F. Tg.-Mureș. (cond.: conf. I. Krepsz)

## NIȘE FALSE CU LOCALIZARE PE TREIMEA SUPERIOARA A MICII CURBURI GASTRICE

Gr. Stanciu, St. Darvas

În explorarea treimii superioare a miciei curburi gastrice întîmpinăm mai multe greutăți:

- teritoriul este situat îndărătul grilajului costal, astfel că nu se poate face o compresie corespunzătoare;
- substanța de contrast mulează repede, iar în poziția Trendelenburg se adună în fornix și maschează modificările mai discrete ale mucoasei;
- regiunea are poziție fixă, datorită numeroaselor formațiuni ligamentare și vasculare și are o motricitate slabă și neregulată;
- de obicei examinatorul își îndreaptă atenția mai jos (asupra porțiunii mijlocii și inferioare a miciei curburi precum și a porțiunii antropilorice a stomacului);
- în regiunea superioară a stomacului, orientarea pliurilor este dezordonată avînd aspect cerebriform iar fibrele musculare se dispun sub cardiac, în așa fel încît lasă un spațiu mort, puțin muscular, format numai de fibre circulare care pot ceda presiunii din stomac permițînd bombări ale mucoasei și submucoasei.

Pentru a obține relații cît mai corecte, se recomandă radiografii în incidente variate, palpate și compresie, pe cît se poate, deplasîndu-se bariul din partea declivă în spre sus, examinarea în decubit sau procubit, în diferite incidente și cu dublu contrast.

### Discuții în legătură cu cazurile noastre

Obs. 1. — Bolnava P. M. de 26 ani bul radiologic nr 646/31 I 1964. În incidența O.A.D. ortostatism, se observă o opacitate cît un bob de orez (fig. 1.) nepersistentă, care în ambianță nu dă alte modificări. Se interpretează ca rest de bariu între pliuri, excluzîndu-se nișa, leziune la care ne-am gîndit prima dată, datorită felului de distribuire al pliurilor la acest nivel, în rest pliurile gastrice îngroșate, bulb duodenal deformat (cu ancoșe pe ambele curburi), etichetat ca boală ulceroasă duodenală.

Obs. 2. — Bolnava V.M. de 46 ani, internată la clinica chirurgicală pentru hemoragie digestivă superioară. Radiologic se constată o bombare persistentă a porțiunii superioare a miciei curburi (fig. 2.) interpretînd-o ca nișă gastrică (?); în rest se constată un diverticul duodenal pe partea concavă a cadrului duodenal (fig. 3.)

La intervenția chirurgicală (Dr. Csizer și Dr. Bancu) nu se constată ulcer gastric.

Considerăm că după vindecarea unui vechi ulcer (bolnava în antecedentele îndepărtate a prezentat o simptomatologie care pledează pentru această afecțiune) s-a produs o slăbire a peretelui la acest nivel, cu o herniere localizată a peretelui. Un caz similar a fost publicat și de autori francezi.

Obs. 3. — Bolnava M. C. de 22 ani internată la clinica chirurgicală cu hemoragie digestivă superioară. Radiologic prezintă opacitate supraadăugată miciei curburii de mărimea unui bob de mazăre, evidențiindu-se mai bine în O.A.D. Se interpretează ca ulcer gastric al miciei curburii. În ambianță nu se observă modificări apreciabile. (fig. 4.)

La intervenția chirurgicală (Dr. Bancu și Dr. Csiki) nu se găsește nișă gastrică ci aderențe colecisto-duodenale. Se execută adezioliză.

Retrospectiv dăm aceeași explicație ca la observația nr. 2. factorul determinant fiind tracțiunea exercitată de aderențe în zona gastrică cu perete slab.

Obs. 4. — Bolnavul T. C. în etate de 23 ani cu semne clinice de boală ulceroasă a fost examinat radiologic de noi de multe ori. La primul examen se pune în evidență o opacitate supraadăugată miciei curburii, în porțiunea superioară (fig. 5.) fără să se observe alte modificări mai însemnate ale reliefului gastric din vecinătatea acestei leziuni sau spasm pe marea curbură în fața ei. Imaginea este interpretată prima dată ca datorită unui ulcer gastric.

În rest mai prezintă îngroșare a pliurilor gastrice (fig. 6.) la nivelul sinusului și stază duodenală. Deși a urmat tratament medicamentos și igienodietetic, revăzut după aproape 2 luni, imaginea de pe mica curbură nu se schimbă. Interpretăm că este vorba despre o herniere a mucoasei prin stratul muscular, mai ales că imaginea are o localizare într-o regiune, unde datorită structurii peretelui gastric (după cum am amintit înainte) acest lucru este posibil. Suferința clinică a bolnavului are ca argument radiologic semnele de gastro-duodenită. În favoarea interpretării noastre, mai pledează faptul că aspectul radiologic nu se schimbă, nici după un tratament corespunzător, deși este vorba de un tânăr.

#### Concluzii:

Am prezentat cazurile de mai sus pentru a arăta în mod concret confuziile care se pot produce în interpretarea „nișelor” de pe mica curbură cu localizare în porțiunea superioară. Pentru a nu greși, supunînd bolnavul la o intervenție chirurgicală de prisos, recomandăm a se avea în vedere factorii enumerați mai sus. Pe lângă aceasta este nevoie de a urmări în timp bolnavul, spre a-i vedea evoluția. Examenul radiologic trebuie făcut amănunțit, iar în cazul ulcerelor să avem în vedere semnele de asociație (convergența pliurilor, buretelul periulceros, versantele și spasmlul de pe marea curbură, cunoscut sub numele de „semnul degetului arătător”). Recomandăm de asemenea, mai ales cînd semnele de nișă ulceroasă în astfel de locuri nu sînt certe, să urmărim mai departe segmentul gastroduodenal, în cadrul acestui examen, deoarece de multe ori este posibil să găsim alte semne radiologice majore.

Sosit la redacție: 10 aprilie 1964.

#### Bibliografie

1. BEURAN N.: „Diverticulul gigant al esofagului abdominal” Revista de oncologie și radiologie nr. 6/1963, 531; 2. BÎRZU I. și colab. Radiodiagnostic clinic, vol. I. Buc. (1963); 3. CHIȘLEAG GH.: Curs de radiodiagnostic, vol. VII. Iași, (1960); 4. CHIȘLEAG GH., GAVRILESCU M., VĂTAVU G., VASILE V.: Studiul radioclinic al ulcerului juxtacardial, Rev. de oncol. și radiol., (1963), 6, 503; 5. MATHIEU ET BETRANGO: A propos d'une image anormale de la petite courbure gastrique difficile à étiqueter, Journal de Radiologie nr. 11/1962 pag. 738; 6. LUNGEANU M. MATEESCU V., TUDORIU I.: Diverticuli gastrici. Rev. Onc. Radiologie Nr. 6/1963, 521.

GR. STANCIU, ȘT. DARVAS: NIȘE FALSE CU LOCALIZARE PE TREIMEA SUPERIOARĂ A NICII CURBURI GASTRICE



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



*Fig. nr. 4.*



*Fig. nr. 5.*



*Fig. nr. 6.*