

LEIOMIOMUL STOMACULUI

dr. C. Pană, dr. G. Ionescu, dr. P. Pitca

Frecvența lui redusă, sub 0,30 ‰, ca și variatele sale particularități anatomico-clinice cu repercusiuni asupra tacticii operatorii ne-au determinat să reluăm studiul leiomiomului gastric pe marginea a două observații clinice.

Leiomiomul, cea mai rară dintre tumorile mezenchimatoase benigne ale stomacului, poate să intereseze toate vîrstele, dar 85 ‰ din cazuri au fost diagnosticate și tratate după vîrsta de 30 de ani. Această constatare o explicăm prin evoluția asimptomatică îndelungată a leziunii. Nu pare să aibă pre-dilecție pentru unul din sexe.

Leiomiomul poate să se localizeze pe oricare dintre segmentele stomacului. Sediul antral însă este cel mai frecvent. Tumoarea este de obicei unică, rotundă sau ovalară, net delimitată, cu suprafața netedă de cele mai multe ori și cu dimensiuni extrem de variate. Uneori tumoarea poate să ocupe cea mai mare parte a cavității și să fie palpabilă în fundul de sac al lui Douglas (9).

Leiomiomul gastric se poate dezvolta endogastric, exogastric, rareori rămîne intramural. Multă vreme rămîne asimptomatic. Manifestarea clinică este în strînsă legătură cu sediul și dimensiunile tumorii.

Tabloul clinic este necaracteristic. Se pot întîlni cele mai variate forme clinice: latentă, dispeptică, ulceroasă, anemiantă, canceroasă, sau tumorală, cînd unicul semn constă în palparea tumorii.

Semnele radiologice sînt: imaginea lacunară, cu contur regulat, rareori lobat, totdeauna bine delimitată, situată pe un segment gastric cu perete suplu și cu păstrarea arhitecturii pliurilor.

Gastroscopia cu biopsie este unica metodă de investigație care permite stabilirea diagnosticului precis în formele cu dezvoltare endogastrică, deoarece diagnosticul de leiomiom este de domeniul histologiei.

Practic, cea mai mare parte a leiomiomelor, în afară de cele depistate cu ocazia examinărilor intempestive, au fost diagnosticate în stadiul complicațiilor. Complicațiile leiomiomului gastric cunoscute pînă în prezent sînt: stenoza pilorului sau a cardiei, calcificarea, hemoragia ocultă sau acută prin erodarea mucoasei gastrice, ruptura seroasei urmată de însămintarea peritoneului cu celule tumorale, perforația peretelui gastricii și malignizarea.

Tratamentul leiomiomului gastric este chirurgical prin excelență. Autorii recomandă excizia limitată a tumorii sau rezecția de 2/3 a stomacului.

Bolnavii, pe care i-am tratat noi, au prezentat particularități clinice, radiologice și anatomopatologice, care au impus exereze largite.

Obs. nr. I: F. G., 44 de ani, funcționar, se internează în Clinica chirurgicală nr. I din Cluj cu diagnosticul: stenoza pilorică benignă. De 11 ani este dispensarizat pentru boală ulceroasă cu localizare duodenală, verificată radiologic. De 6 luni se instalează stenoza pilorică. La prezentare: clapotaj, nu se palpează tumoarea abdominală. Achilie histamino-rezistentă. Examenul baritat pune în evidență un antru piloric rigid, neregulat, cu o nișă de cca. 1,5 cm diametru, peristaltism absent, evacuarea stomacului încetinită.

Intervenim chirurgical cu diagnosticul de ulcer prepiloric malignizat, entitate clinică recunoscută de școala noastră de chirurgie. Peretele anterior al antrului este sediul unei tumori ovulare, consistente, bine delimitată, cu suprafața netedă dezvoltată

tată endogastric, avind un diametru de 6 cm. Ea jenează trecerea bolului alimentar. Ganglionii regionali nemodificați. Din prudență, ne orientăm după achilia histamino-rezistentă și datele examenului radiologic și practicăm rezecția de stomac lărgită cu decolare coloepiploică și chiurajul miciei curburi, urmată de anastomoza Reichel-Polya. Seroasa și mucoasa peretelui antral sînt întegre la nivelul tumorii, iar aceasta este neincapsulată.

Examenul histologic menționează: mucoasa prezintă o hiperplazie glandulară, modificări distrofice ale elementelor epiteliale, infiltrație bogată rotundo-celulară și eozinofilică. Submucoasa este sediul unei hipertrofii a țesutului conjunctiv scleros. Musculoasa cuprinde fibre musculare netede hipertrofiate, dispuse în fascicule dezordonate, grosolane, cu stromă conjunctivă redusă. Nu se găsesc caractere de malignitate (V.V. *Papilian*).

Evoluția postoperatorie lină. Bolnavul părăsește clinica vindecată a 10-a zi de la operație și în prezent se bucură de o sănătate perfectă (după 11 ani).

Obs. nr. II.: H.M., 66 de ani, casnică este internată de urgență în Clinica chirurgicală nr. I din Cluj, cu dg. hemoragie digestivă superioară, exteriorizată prin hematemeză. Antecedente digestive de 3 ani. Nu consultă medici. Cu 3 ore înainte de internare, în plină sănătate, este cuprinsă de dureri epigastrice mai intense ca oricind, urmate după o oră de hematemeză (cca 800—900 ml), după care durerea epigastrică cedează. Boli asociate: scleroemfizem și sindrom miocardic. Tabloul clinic este dominat de anemia acută. Tumoare palpabilă în epigastru, mobilă, regulată, cu un diametru de 10 cm. Examenul radiologic constată o imagine lacunară care ocupă cea mai mare parte din porțiunea verticală a stomacului. Peristaltismul prezent, evacuarea stomacului bună. Controlăm hemostaza cu succes, reechilibrăm hidroelectrolitic bolnava, îi corectăm starea cardiopulmonară și în a 11-a zi de la internare intervenim chirurgical cu diagnosticul de cancer gastric. Porțiunea verticală a stomacului este ocupată în cea mai mare parte de o tumoare regulată, ovalară (15/10 cm), dură. Seroasa peretelui gastric la acest nivel este cenușie. Ganglionii regionali hipertrofiați, duri și mobili. Executăm rezecția de stomac, cu decolare coloepiploică și chiuraj al miciei curburi, urmată de anastomoză Péan-Bilroth I. Mucoasa gastrică își pastrează continuitatea. Tumoarea este neincapsulată.

Examenul histologic constată: peretele stomacului este înlocuit în întregime cu o proliferare de celule fusiforme, dispuse în cordoane sau placarde, iar pe alocuri în virtejuri, nucleei lor fiind mari, hiperchromi, cu formă de bastonașe cu capete drepte sau rotunjite. Aceste celule ocupă atât submucoasa cît și seroasa. Mitozele sînt rare. Mucoasa este atrofiată dar integră. Este o tumoare mioleiomiomatoasă cu proliferare celulară activă, care sugerează un potențial malign. Ganglionii nu prezintă semne de malignitate (V.V. *Papilian*).

Evoluția postoperatorie bună. Bolnava părăsește clinica vindecată, cu constantele biologice normale, după 41 de zile de spitalizare

Ambii bolnavi au fost îndrumați chirurgului în stadiul complicațiilor. Întîrzierea indicației tratamentului chirurgical își găsește explicația în evoluția asimptomatică timp îndelungat, ca și în dificultatea diagnosticului clinic și radiologic, diagnosticul precis de leiomiom fiind strict de domeniul histologiei. Gastroscopia cu biopsie are cea mai mare valoare diagnostică, dar indicațiile sînt limitate la formele cu dezvoltare endogastrică. Examenul histologic extemporaneu este suveran. Din păcate încă nu a putut să fie extins la toate serviciile de chirurgie și încă nu poate sta la dispoziția echipei de urgență.

Ultima noastră observație clinică inedită, imbină două dintre cele mai severe complicații ale leiomiomului gastric: hemoragia masivă și malignizarea. Hemoragia s-a produs în cazul nostru prin eretodiapedeză, fapt neobișnuit în cazul leiomiomului.

Cea mai mică suspiciune de malignizare a tumorii, rezultată din datele clinice, radiologice sau de laborator, în absența posibilității practicării biopsiei



Fig. nr. 1: Imagine lacunară sferică coafată de un lizereu de bariu la nivelul porțiunii verticale a stomacului

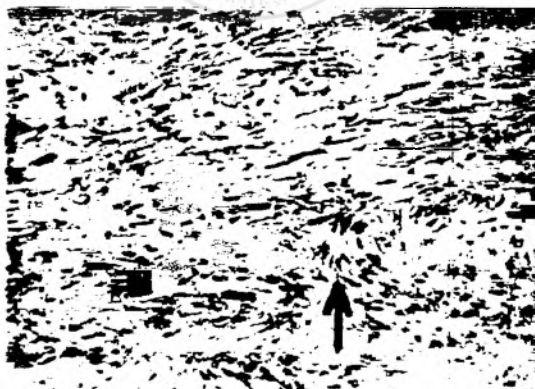


Fig. nr. 2: Secțiune prin țesut leiomiomatos. În porțiunea indicată celulele nu mai prezintă dispoziția fasciculară musculară și sînt voluminoase cu nuclee mari, cu formă și dimensiuni variate (colorație He·Eo., Ob. 3 Zeiss)

extemporanee etc. este suficientă credem noi pentru a justifica practicarea rezecției de stomac cu decolare coloepiploică și chiuraj ganglionar. Cele două manopere adăugate, prin simplitatea lor, nu amplifică actul operator.

Rezultatele noastre sînt excepționale. Amîndoi bolnavii se bucură de o sănătate perfectă, primul după 11 ani, al doilea după doi ani. Ele concordă cu rezultatele obținute și de alți chirurghi.

Sosit la redacție: 31 octombrie 1970.

Bibliografie

1. BERCU L., BURLUI D., ROZENBERG A., KERPEL L.: Chirurgia (1957), 6, 387;
2. BIRZU I.: Radiodiagnostic clinic, vol. I. Ed. Med. București, 1963;
3. FOURNIER P., WAGNER D.: CANAD. J. Surg. (1966), 3, 9;
4. LANGERON P., PREVOST A. G., SAOUT J.: Arch. Mal. Appar. dig. (1968), 3, 378;
5. NEGRU S., ORDEANU A.: Oncologia și Radiologia (1968), 2, 151 și 4, 363;
6. PANĂ C., CIOBICA C., PAPILIAN V.V.: Leiomiom gastric. Comunicat la U.S.S.M., Secția chirurgie, Cluj 28 IV 1960;
7. PITEA P., DRAGOS V.: Leiomiom gastric simulînd o tumoare genitală. Comunicat la U.S.S.M., Secția chirurgie Cluj, 28 II 1963;
8. SIODAT A.: Bruns' Beitr. Klin. Chir. (1966), 213/4, 414;
9. TALALAEVA A. V.: Arch. Pathologhii (1957), 19/1, 78;
10. UEBERMUTH H.: Spezielle Chirurgie. Ed. J. Ambersosius Barth, Leipzig. 1957.