

ASPECTE RADIOLOGICE PRECOCE ŞI SEMITARDIVE ALE VAGOTOMIEI ASOCIATĂ CU GASTROENTEROANASTOMOZA ŞI GASTRECTOMIE SUBTOTALĂ ÎN ULCERUL GASTRODUODENAL

dr. Gr. Stanciu

În chirurgia ulcerului gastroduodenal o preocupare importantă şi permanentă constituie îmbunătăţirea tehnicilor şi orientarea lor spre un făgaş cât mai fiziologic, pe bază de substrat ştiinţific, în scopul obţinerii de rezultate din ce în ce mai bune.

Examinările radiologice dau posibilitatea de a evalua aceste strădanii, dar este necesară cunoaşterea atât din punct de vedere teoretic, cât şi practic a tuturor procedurilor efectuate, spre a ne ajuta la o corectă interpretare şi descriere a celor observate.

În prezent, tratamentul chirurgical al ulcerului gastric şi duodenal se rezumă în special la gastrectomie şi vagotomie (13, 18, 19) Conform datelor lui *Dragstedt* (4), în special vagotomia a luat un asemenea elan încît tinde de a deveni un fel de „maree chirurgicală” în tratamentul ulcerului (13).

Deşi nu are încă un istoric prea lung şi bogat, vagotomia a cunoscut o serie de variante şi procedee, în raport cu efectuarea şi asocierea ei: tronculară sau selectivă (1, 4, 6, 9); asocierea cu gastroenteroanastomoza (11, 26); asocierea cu piloroplastia după una din variantele Heineke-Mikulicz, Horsley-Judd, Y-Plasty, Wangenstein Aust, Finney, Jaboulay (1, 10, 25); antrectomia şi gastrectomia subtotală (6, 11); gastrostomia temporară (13).

Evoluţia şi varietatea acestor procedee l-a determinat pe *Perrotin* (13) să citeze un aforism de Ochsner „un procedeu operator care recurge la modificări în 4—5 ani, trebuie să aibă în el însuşi ceva defect”. Totuşi, chiar internişti de prestigiu (7, 8), consideră că vagotomia este metoda chirurgicală care are o tot mai mare justificare fiziologică pentru a fi introdusă mai ales în tratamentul ulcerului duodenal. *Lagrot* (13) susţine în urma unei experienţe personale de peste 20 de ani, că vagotomia nu este o bună operaţie, ci buna operaţie — care nu trebuie să fie rezervată numai cazurilor dificile sau eşecurilor gastrectomiei; dacă este bună pentru cazurile dificile, de ce n-ar fi corespunzătoare şi celor uşoare?

Având fundamentare științifică, vagotomia trebuie să vindece ulcerazia, să reducă aciditatea gastrică și hipersecreția interprandială (elemente care reprezintă patogenza ulcerului), conservă rezervorul gastric la piloroplastie și rezecție tip Billroth I, respectă circuitul duodenal și deci, cel puțin teoretic, pare să fie o operație ideală.

Tulburările și complicațiile ivite (gastroplegia acută, atonia și staza gastrică, hemoragia, sughitul, refluxul gastroesofagian, diskinezia gastroduodenojejunală, diskinezia gastroduodenojejunală, sfacelarea totală a duodenului, stomitele, dumping-sindrom, diareea, recidiva ulceroasă etc.) mult discutate sub aspect etiopatogenic, clinic, de laborator, radiologic și prognostic (3, 5, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 27) par a fi datorate mai puțin vagotomiei și mai mult operației de asociere (22) și nu depășesc diversele tipuri de rezecție și operații ale ulcerului gastro-duodenal neasociat cu vagotomie, multe din ele fiind tratabile medical.

Desigur toate aceste tulburări și complicații se reflectă și prin semne și aspecte radiologice.

Prin examenul radiologic preoperator stabilim oportunitatea aplicării vagotomiei. Se vor avea în vedere unele contraindicații: tulburările de tonus și peristaltică ale stomacului (hipotonie, hipochinezie, cascadă, dilatații, epuizarea forței de contracțiune și evacuare, ptoză etc.); modificările de tonus, peristaltism și de volum ale duodenului; aceleași la nivelul intestinului subțire, colonului și cecistului. În funcție de cele constatate se va face o orientare spre vagotomia tronculară sau selectivă, eventual asupra modalității de drenaj.

Spre deosebire de numărul relativ mare al publicațiilor chirurgicale pe această temă, cele radiologice sînt încă reduse.

Am efectuat aproximativ 100 de examinări radiologice la un total de 61 de vagotomii (tronculare și selective, asociate cu piloroplastie, gastro-enteroanastomoză, antrectomie) aplicate în perioada 1 I 1970 — 30 VI 1971, la Clinicile chirurgicale din Tirgu Mureș (Clinica chirurgicală nr. I, cond. prof. dr. Z. Păpai și Clinica chirurgicală nr. II, cond. prof. dr. I. Pop D. Popa). Deoarece vagotomia cu piloroplastie are un trecut ceva mai lung, ne vom referi la tipurile de vagotomie cu gastroenteroanastomoză (G.E.A.) și antrectomie care sînt relativ mai recente.

În vagotomia cu G.E.A. se constată dilatația și staza moderată a stomacului, precum și a anselor duodenală și jejunală (fig. 1), în vagotomia cu rezecție, bontul este lărgit, hipoton sau aton cu mult lichid de stază, substanța de contrast „cade în fulgi“, fiind diluată, prin ingerarea gradată a ei nu se produce destindere în plus, nu se schițează mișcări peristaltice sau undulații ale curburilor, iar evacuarea inițială și totală se face lent, gura de anastomoză fiind spastică mai ales la procedeul Péan-Billroth I (fig. 2, 3); ansa aferentă am constatat că se opaciază în faza inițială mai greu sau de loc, are un accentuat caracter stazic, este dilatăată și hipotonă (fig. 4, 5), făcînd impresia că substanța de contrast este lipită de stratul mucos, contururile (curburile) cu aspect rectiliniu și rigid, nu se percep decît rar contracțiuni peristaltice ritmice și eficiente, ci mai mult alunecări ale conținutului.

Am observat că mai ales cînd anterior intervenției chirurgicale stomacul prezenta modificări ca formă (în special în cascadă), tulburările postoperatorii precoce au fost mai accentuate.

Cea mai mare parte din modificările ce survin la bontul gastric (dilatație, hipersecreție, stază) se observă și la examenul nativ (fig. 6).

În ulcerul peptic, vagotomia poate duce la ameliorări clinice și radiologice destul de grabnice (fig. 7, 8); aceste cazuri par să se încadreze cel mai bine indicațiilor acestei metode.

Dacă modificările de mai sus le întîlnim la aproape toate cazurile examinate imediat postoperator (mai ales între 15 și 30 de zile), ulterior, pînă la un an, mare parte din simptome se atenuază.

GR. STANCIU: ASPECTE RADIOLOGICE PRECOCE ȘI SEMITARDIVE ALE VAGOTOMIEI ASOCIATE CU GASTROENTEROANASTOMOZĂ ȘI GASTRECTOMIE SUBTOTALĂ ÎN ULCKERUL GASTRO-DUODENAL



Fig. nr. 1: S. N. 30 ani, bărbat; vagotomie bilaterală cu G.E.A. retrocolică posterioară pentru ulcer duodenal stenozant. Examen radiologic la 5 luni de la intervenție: stază a stomacului și anselor



Fig. nr. 3: M. T. 38 ani, bărbat; vagotomie selectivă asociată cu rezecție gastrică subtotală, procedeu Reichel-Polya. Examenul radiologic efectuat la 20 zile de la intervenție pune în evidență un bont stazic cu resturi alimentare și stază cu hipotonie accentuată a ansei eferente, ansa aferentă nu se opaciază



Fig. nr. 2: M. T. 37 ani, bărbat; vagotomie selectivă și rezecție subtotală Péan-Billroth I pentru ulcer duodenal și gastric cronic. Radiologic se constată staza a bontului, hipersecreție și spasm al gurii de anastomoză (examen la 15 zile după intervenție)

GR. STANCIU: ASPECTE RADIOLOGICE PRECOCE ȘI SEMITARDIVE ALE
VACOTOMIEI ASOCIATE CU GASTROENTEROANASTOMOZĂ ȘI GASTREC-
TOMIE SUBTOTALĂ ÎN ULCERUL GASTRO-DUODENAL

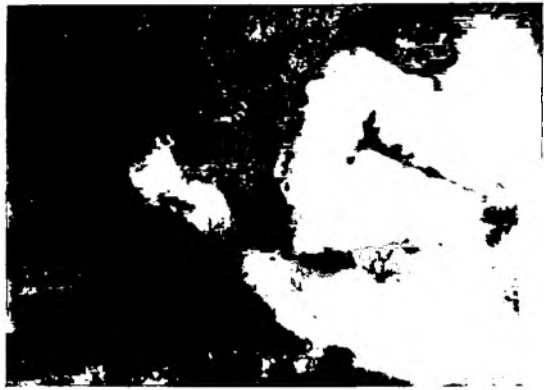


Fig. nr. 4: R. V. 42 ani, femeie; va-
gotomie cu rezecție subtotală tip
Péan-Billroth I, pentru ulcer pre-
piloric hemoragic. Examenul radio-
logic la aproape 3 luni de la inter-
venție pune în evidență o stază ac-
centuată și dilatație a ansei duo-
denale și jejunale incipiente



Fig. nr. 5: I. D. 28 ani, bărbat; va-
gotomie selectivă asociată cu rezec-
ție subtotală tip Reichel-Polya pen-
tru ulcer duodenal cronic cu stenoză
pilorică. La 3 luni după intervenție
prin examenul radiologic se observă
că bontul este dilatat, stazic, anșa
aferentă nu se opacifiză iar cea
eferentă este de asemenea mult
lărgită, stazică și curburile accen-
tuate crenelate



Fig. nr. 6: P. M. 32 ani, bărbat; va-
gotomie cu rezecție tip Péan-Bill-
roth I pentru ulcer duodenal cro-
nic. Prin examenul radiologic la 3
săptămâni după intervenție se evi-
dențiază în mod nativ, bont stazic,
dilatată mult, cu hipersecreție

GR. STANCIU: ASPECTE RADIOLOGICE PRECOCE ȘI SEMITARDIVE ALE VAGOTOMIEI ASOCIATE CU GASTROENTEROANASTOMOZA ȘI GASTRECTOMIE SUBTOTALĂ ÎN ULCERUL GASTRO-DUODENAL



Fig. nr. 7: T.C. 40 ani, bărbat: după rezecție pentru ulcer duodenal cronic penetrant stenoizant, tip Hoffmeister-Finsterer. la 6 săptămîni, se constată ulcer peptic al ansei eferente

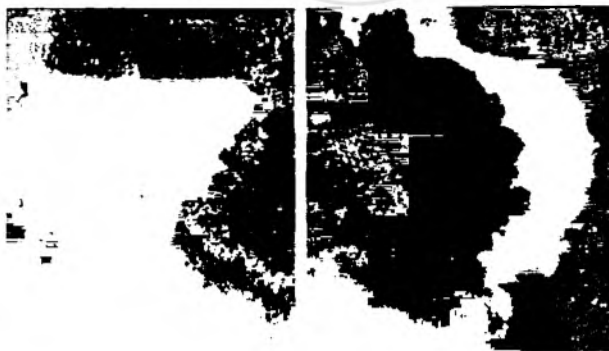


Fig. nr. 8: Același caz ca în fig. precedentă. La 2 săptămîni după aplicarea vagotomiei bilaterale tronculare, prin examenul radiologic nu se mai pune în evidență nișa

Nu există o concordanță obligatorie între modificările radiologice și semnele clinice; se întilnesc destule cazuri la care aspectele radiologice să fie pronunțate, fără a avea acompaniament clinic.

Surgerea timpului va aduce tot mai multe elemente despre aceste procedee chirurgicale, perspectivele părînd favorabile, iar numărul adeptilor în creștere.

Sosit la redacție: 30 iunie 1971.

Bibliografie

1. ALEXIU O., FURTUNESCU B.: Acta gastroent. belg. (1970), 23, 31;
2. BERT J. M., DOVOUZE R., CARRIGUES J. M.: Arch. franc. mal. Appar. dig. (1966), 55, 4, 347;
3. BOURDON R., BARD M., DESPREZ-CURELY J. P., BISMUTH V.: Journ. radiol. Paris (1966), 47, 3—4, 129;
4. DRAGSTEDT L. R., JOHNSON A. N., SINGER E. R., OBERHELMAN H. A.: Surg. Forum. (1960), 11, 336;
5. DUBOIS F., LENRIOT J. P.: J. de Chir. (1969), 97, 5—6, 583;
6. EDWARDS L. W., EDWARDS W. H., GOBBEL W. G., HERINGTON J. L., SCOTT H.: Amer. J. Surg. (1965), 105, 352;
7. FODOR O., DUMITRESCU D.: Med. internă (1967), 10, 1155;
8. FODOR O., POPESCU S., URCAN S.: Boala ulceroasă, fiziopatologie și patogeneză, Ed. Acad. R.S.R. București, 1968, 247;
9. GRASSI G.: Chir. Gastroenterologica (1967), 1, 227;
10. GUSTAFSON J. R., PATRICK A., LYNCH: Amer. Surg. (1967), 33, 7, 546; 11. HARKINS H. N., GRIFFITH CH., NYHUS L.: Amer. Surg. (1967), 33, 510; 12. HOLLENDER L., KOHLER J.: Clujul medical (1970), 43, 3, 465; 13. LAGROT F., PERROTIN J.: J. de Chir. (1971), 101, 3, 331; 14. LYGSTED O.: Fortschr. Röntgenstr. (1968), 109, 3, 269; 15. MANDACHE F.: Revista Învățămîntului Superior (1968), 1, 89; 16. MIALARET J., EDELMAN G.: Acta gastroent. belg. (1963), 148; 17. NAGEL G. W., BERGERA J.: Amer. J. Surg. (1969), 99, 3, 318; 19. PANĂ C.: Tratatamentul chirurgical actual al ulcerului gastroduodenal. Comunicare U.S.S.M., Filiala Mureș, Secția chirurgie, 1971; 19. POP D. POPA I., PANĂ C.: Locul vagotomiei în tratamentul diferențial al ulcerului gastro-duodenal. Comunicare U.S.S.M., Filiala Mureș, Secția chirurgie, 1970; 20. RACHLIN L.: Amer. Surg. (1970), 36, 4, 251; 21. STANCIU G., DARVAS S., BIRÓ G.: Rev. Med. (1968), 14, 4, 404; 22. STOICA T.: Chirurgia (1971), 20, 5, 407; 23. VASILIU M., DRAGOMIRESCU RODICA, MANDACHE F.: Chirurgia (1971), 20, 2, 127; 24. TOADER C., GHIBU M., TOADER I.: Chirurgia (1967), 12, 1109; 25. WEINBERG J. A., STEMPIER S. J., MOVIUS H.: Amer. J. Surg. (1956), 92, 202; 26. WOODWARD E. R.: Gastroenterology (1960), 38, 794; 27. ZENKER R., REICHEL K., RUEFF F.: Arch. klin. Chir. (1967), 320, 223.