

REZECȚIILE EXTINSE REGLATE DE INTESTIN ȘI COLON DREPT

V. E. Bancu, R. Deac, E. Bălint, M. Liebhart

La Clinica chirurgicală nr. 1 din Tîrgu Mureş au fost tratați doi bolnavi cărora li s-au practicat rezecții extinse reglate de intestinul dublure și colonul drept. Bolnavii ne-au provenit — unul dintr-o clinică chirurgicală și altul dintr-un spital oraşenesc din Moldova.

Unul din bolnavii tratați astfel de noi a fost internat într-o secție de chirurgie unde i s-a făcut o laparotomie și s-a constatat un neoplasm de colon ascendent care prindea peretele abdominal și rădăcina mezenterului. Cazul a fost interpretat ca fiind inoperabil și i s-a efectuat o ileotransversostomie.

Bolnavul B. A. de 51 ani, pensionar, este operat într-un spital din provincie în octombrie 1978 cînd i se practică o ileotransversostomie terminolaterală. Plaga se vindecă cu supurație intensă. În februarie 1979 apare o formațiune în epigastru, care apoi devine dureroasă și se exulcerează la nivelul peretelui abdominal pe o zonă de 3×3 cm. Slăbește 4 kg pînă în 17 IV 1979, cînd se internează în Clinica chirurgicală nr. 1 din Tîrgu Mureş. În antecedente; osteomielită, fractură de femur, hepatită, ulcer duodenal perforat.

La examenul fizic se constată o cicatrice postoperatorie pe linia mediană cu o ulceratiie de 3×3 cm. În flancul drept se palpează o formațiune tumorală dură de 15×10 cm. După internare se preconizează vindecarea ulceratiiei peretelui dar fără efect pînă cînd la 25 IV, se efectuează o biopsie care arată țesut tumoral. Bolnavul este pregătit multă vreme datorită unor supurații a peretelui și la 31 V 1979 sîntem obligați să reintervenim. Prot. operator 1148 1979. Echipa operatorie: prof. dr. E. V. Bancu, dr. E.

Bălint, dr. M. Baghiu, dr. C. Purcărescu. Asist. instrumentară Sabina Moga. Anestezie prin intubație O. T. (dr. E. Kesztenbaum).

Laparotomie transversală supraombilicală. După deschiderea cavității peritoneale și liza multiplelor aderențe se pune în evidență o tumoare masivă de colon ascendent ce invadează peretele abdominal din flancul drept și subombilical cu prinderea masivă a ileonului. Posterior, în retroperitoneu sînt prinse vasele mezenterice superioare. Se descoperă 4—5 cm din vasele mezenterice sub marginea inferioară a lui D₃. Se clamează artera și se constată că aproximativ 150 cm de jejun inițial rămîne vascularizat. Așteptăm pentru a observa o congestie venoasă și în lipsa acesteia se secționează trunchiurile vasculare cu menajarea a doi stîlpi vasculari deasupra secțiunii. Se extirpă în bloc întreg mezenterul distal cu peste 3 m intestin, cecul ascendentul, unghiul hepatic și jumătate transversul împreună cu o parte a peretelui abdominal anterior (30×8 cm). Refacerea tranzitului se face prin jejunotransversostomie termino-terminală monoplan. Drenaj retroperitoneal și peritoneal multiplu. Se refac cu dificultate planurile.

Evoluție postoperatorie favorabilă, dar cu supurația plăgii. Bolnavul părăsește clinica după 6 săptămîni cu plaga vindecată, fiind îndrumat spre Institutul oncologic Cluj pentru cobaltoterapie.

Un alt bolnav este transferat la Clinica de chirurgie cardiovasculară din Tirgu Mureș cu diagnosticul de anevrism aortic fisurat. Diagnosticul fiind infirmat, bolnavul ajunge în Clinica chirurgicală nr. 1 din Tirgu Mureș.

Bolnavul A. I. de 23 ani, lăcătuș (portar de fotbal), este internat într-o clinică medicală unde se stabilește diagnosticul de tumoare abdominală și este transferat la o clinică chirurgicală.

În ziua de 13 VI 1977 se intervine și se găsește o formațiune tumorală care bombează în mezenter. La tentativa de extirpare a tumorii apare o hemoragie mare care determină echipa operatorie să renunțe la preparare și să refacă planurile cu drenaj. La cîteva ore pe tubul de dren se elimină mult sînge proaspăt fapt ce obligă relaparotomia și meșajul zonei singurinde cu convingerea unui anevrism fisurat al aortei. Bolnavul este transferat la Tirgu Mureș, unde sosește în aceeași zi la orele 15.45.

Se relaparotomizează bolnavul de urgență. Echipa operatorie: prof. E. V. Bancu, dr. R. Deac, dr. M. Liebhardt, dr. I. Aczél, int. Costea I.

În cavitatea peritoneală 2,5—3 l sînge cu chiaguri. După evacuarea hemoperitoneului, la explorare se constată o formațiune tumorală de circa 15×8 cm situată în mezenter, nepulsatilă. Formațiunea formează un bloc aderențial cu ansele ileale și colonul sigmoidian. Ileonul (peste 2 m), cecul, colonul ascendent au semne evidente de ischemie ireversibilă. În regiunea tumorii multe ligaturi. Descoperim distal o ramură arterială mezenterică în care introducem proximal o sondă butonată care se oprește la o ligatură a trunchiului arterei mezenterice. Secționăm artera mezenterică sub ligatură și eliminăm întreg ileonul ischemizat cu mezenterul conținînd tumoarea și continuăm prin hemicolecomie dreaptă. Continuitatea digestivă se asigură printr-o anastomoză jejunotransversală latero-laterală. Drenaj multiplu, refacerea planurilor. Evoluție postoperatorie simplă, bolnavul părăsind clinica în ziua a 13-a postoperator.

Revăzut la 3 și 6 luni am constatat o adaptare mai dificilă la lipsa intestinului și a colonului drept. Bolnavul avea zilnic mai multe scaune.

La 2 ani starea bolnavului este bună, putându-și continua cu succes îndeletnicirea.

Discuții

Rezecțiile întinse de intestin se fac în cele mai multe cazuri ca urmare a multiplelor intervenții (13 și 16 la doi din bolnavii noștri).

În situații mai rare, astfel de rezecții sînt impuse de necesitate. De obicei aceste rezecții largi sînt oarbe, fără o tactică codificată intraoperator.

În cazurile noastre un proces tumoral extins și un proces traumatic urmat de un hematom masiv organizat intramezenterial ne-a permis să efectuăm rezecții largi intestinocolice reglate pe baza unor măsuri care să ne asigure lipsa complicațiilor și deci, o siguranță în supraviețuirea bolnavilor.

Sosit la redacție: 14 iulie 1980
