

MEGADUODEN TRATAT PRIN CALIBRARE ȘI UN MONTAJ GASTROJEJUNAL ORIGINAL

E.V. Bancu, T. Bara, S. Bancu

Clinica de Chirurgie nr. 1
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Bolnava M.C. de 17 ani, se internează în clinică la data de 22 XI 1989. Din antecedente reiese că bolnava suferă în ultima vreme de cefalee, amețeli, grețuri, vărsături. A fost internată în Clinica de Neurologie de unde ne parvine.

Examinările de laborator și examenul fizic nu dau date deosebite. *Bariu pasaj*: pasaj esofagian liber, stomac în cârlig cu canal antral mai scurt. Pilonul și bulbul de poziție retroantrală. Curbura mare este amprețată de intestinul gros. Curburi libere. Plicile mucoasei gastrice fără modificări. Pilon central cu poziție retroantrală ca și bulbul și segmentul D₁. Segmentul D₁ este scurt și spastic, angulat. Segmentul D₂ este mai lung cu calibrul inegal, segmentele D₃, D₄ și flexura duodeno-jejunală de formă și calibrul anormal sunt situate paravertebral dr. Relieful inomogen, pătat cu defecte de umplere multiple (aspect pseudopolipos). În continuarea jejunului (ansă de aproximativ 15 cm) apare ca o cavitate unică - ca un stomac cu nivel cranian șters în formă de "farfurie". După o oră - rest de două laturi de deget în stomac. Duodenul este numai schițat, restul de bariu în cavitatea menționată. După 6 ore, stomacul s-a evacuat complet. Substanța de contrast este cumulată în cavitatea menționată, *care în ortostatism se localizează în fosa iliacă dreaptă*, iar în decubit alunecă cranian, delimitând și polul superior al cavității. *Diametrul vertical aprox. 21 cm, cel transversal 8 cm*. După 24 de ore: substanța de contrast este cumulată în cavitatea menționată, în ansele ileale în micul bazin și în intestinul gros. După 48 ore, substanța de contrast s-a evacuat parțial. Concluzie (Piros): *Anomalii multiple de fixare și torsionare a duodenului și a intestinului, mezenter comun. Cavitate paravertebrală dr.*

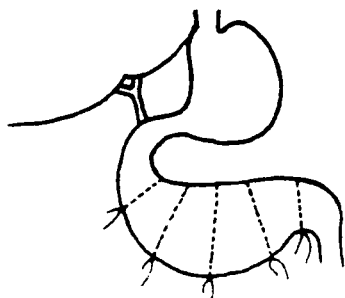


Fig. nr. 1: Megaduoden - recalibrare prin burse (desen realizat după imaginea radiologică obținută prin examen baritat).

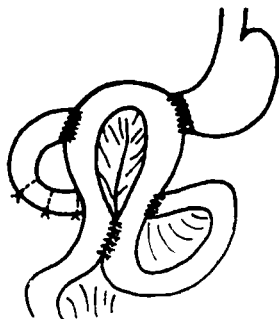


Fig. nr. 2: Montajul de reintegrare anatomică și funcțională a duodenului, cu patru anastomoze.

Intervenția Nr. 1693 din 29 XI 1989. Echipa operatorie: Prof.dr. V.Bancu, dr. T.Bara, dr. M.Coroș. Laparotomie xifosubombilicală. La explorare suprazecolică constatăm un duoden mult mărit care umple spațiul subhepatic fiind extins de la polul renal superior la creasta iliacă. Aderențe extinse cu stomacul și vezicula biliară. Preparăm duodenul și constatăm că dilatarea se extinde până la ligamentul lui Treitz. Ansele intestinului subțire sunt normale. Rezectăm 2/3 din stomac. Introducem degetul în duoden și plicaturăm duodenul cu fire seroase înseilate pe cca 2-3 cm distanță între ele pe D_2 și D_3 . Ajutorul înnoadă firele calibrat pe deget. Efectuăm apoi quadruplă anastomoză pe o ansă preparată în omega de o fistulă Braun la piciorul primei anse jejunale. Facem gastroenteroanastomoză T-L, duodenoenteroanastomoză T-L și duodenojejunoanastomoză L-L folosind D_3 . Refacem planurile cu drenaj subhepatic. Evoluție postoperatorie simplă. După două săptămâni bolnava părăsește clinica cu plaga vindecată.

Revăzută în mai multe rânduri, pe parcursul celor 3 ani și jumătate de la intervenție, bolnava se găsește în stare de sănătate deplină.

Bibliografie

1.E.V. Bancu et al.: Rezecție gastrică cu triplă anastomoză gastro- și duodenojejunală și jejunojejunală pe ansă omega. Chirurgia. 1981, 30, 441.

MEGADUODENUM - SURGICAL ADJUSTMENT AND FUNCTIONAL RESTORATION BY AN ORIGINAL METHOD

E.V. Bancu, T. Bara, S. Bancu

Surgery;

Megaduodenum is a rare congenital disease that leads early, in the childhood or in the youth, to severe malnutrition and death. A 17-year-old girl, with an

advanced dysfunctional megaduodenum was operated in our clinic on 22 November 1989. Despite a good radiography, the diagnosis was precised after laparotomy. A gastric resection of 2/3 was performed. Introducing the finger in the lumen, the megaduodenum was redimensioned by several purse-strings. The first jejunal loop was interposed between the resected stomach and the proximal end of the duodenum, with a Braun anastomosis. The distal end of the duodenum was also anastomosed to this loop. By this original operation we obtained a very good functional result, confirmed after a 3-years' follow-up.

Sosit la redacție: 4 noiembrie 1993
