

MODIFICAREA PROCEDEULUI ROUX IN TRATAMENTUL ULCERELOR PEPTICE JEJUNALE POSTOPERATORII

Dr. Pápay Z.

Tratamentul chirurgical al ulcerelor peptice jejunale postoperatorii a constituit o preocupare serioasă a clinicii noastre din cursul ultimilor ani. În marea majoritate a cazurilor, ulcerele sînt renitente față de orice tratament conservativ și prin complicațiile lor periclitează în mare măsură viața purtătorilor lor.

În decursul timpului, practica a dovedit, că nu putem conta pe rezultate multumitoare, decît după extirparea radicală a gurii de anastomoză ulcerata cu rezecția concomitentă a pilorului și a regiunii prepilorice în cazul ulcerelor jejunale, care apar după operații gastrice paliative, iar în cazul celor apărute după intervenții radicale, numai după rezecția gurii de anastomoză ulcerată cu o parte a bontului stomacal. Intervenția operatorie e îngreunată de: infiltrația caloasă perifocală a leziunii (1); infiltrația concomitentă a colonului transvers (2) și scurtimea ansei aferente (3). După observațiile noastre la toate ulcerele jejunale peptice, ansa aferentă e și viciată. Peretele ansei aferente e inflammat, după cum se vede și la examinările histo-patologice facute de noi în 24 de cazuri. După aceste examinări mucoasa ansei aferente în marea majoritate a cazurilor a fost îngroșată, mult lărgită, glandele înmulțite, arătînd semnele unei secreții accentuate. În glande se observă formarea unor celule mari, cu nuclee deschise și tumefiați. Mucoasa e hiperemică, bogată în celule, prezentînd hemoragii infiltrative, corespunzînd unui diagnostic de enterită acută (Prof. Dr. L. Haranghy). Ansa aferentă în marea majoritate a cazurilor este mult dilatată în urma stazei prelungite, cauzată de prezența ulcerelor peptice jejunale. În 12 cazuri dintre observațiile noastre diametrul ansei aferente, a fost de 4 ori mai mare, decît diametrul ansei eferente.

Aceste împrejurări explică mortalitatea considerabilă (aproape 20% după unii autori), în intervențiile aplicate, în tratamentul ulcerelor peptice jejunale și totodată și faptul, că unii autori, preferă în locul operațiilor laborioase și periculoase, fie vagotomia totală bilaterală, care micșorează o parte a suferințelor, fie procedeul paliativ al lui *Biencheri* descris în anul 1948. Pe baza experiențelor de mai mulți ani, noi am preferat procedeul *Roux*, în tratamentul ulcerelor peptice jejunale postoperatorii, dar pentru a ușura efectuarea anastomozei dintre prima ansă jejunală liberă și ansa eferentă, am modificat astfel procedeul: înfundăm ansa aferentă imediat după eliberarea ei, ea fiind în cele mai multe cazuri scurtă, cu peretele viciat, dilatată, cu mezențer infiltrat, iar pentru restabilirea continuității tubului digestiv, la sfîrșitul operației, practicăm entero-entero anastomoză latero-laterală izoperistaltică, între ansa eferentă și partea orizontală inferioară a duodenului, în imediata vecinătate a arterei mezenterice caudale. Efectuarea acestei anastomoză e foarte simplă, pentru că în urma stazei duodenale concomitente, în cele mai multe cazuri, a III-a porțiune a duodenului devine proeminentă și găsim împrejurări prielnice pentru efectuarea anastomozei. Anastomoză fiind făcută între două anse cu pereți intacti, suturile intestinale sînt durabile și rezistente. Tendința de deplasare a ansei anastomozate, e extrem de mică și astfel pericolul insuficienței suturilor, e extrem de mic. Înfundarea imediată după secționarea ansei aferente, exclude infectarea cavității peritoneale.

Am mai modificat procedeul și la efectuarea gastro-entero anastomoză. Nu întrebunțăm pentru anastomoză tot bontul gastric, ci după metoda aplicată de *Hoffmeister-Finsterer* la alte gastro-entero anastomoză, închidem porțiunea cranială a bontului, o înfundăm, iar anastomoză o executăm între partea caudală a bontului gastric și ansa eferentă. Astfel, evităm dilatarea ansei eferente și staza formată în ea, care se observă aproape totdeauna la cei operați după proc. original a lui *Roux*.

Fixarea bontului cranial al ansei eferente pe porțiunea infundată a bontului gastric, face să dispară dehiscențele suturilor atât de des întâlnite la acest nivel.

Analizind modificările introduse trebuie să menționăm următoarele :

1. ca și la proc. original, a lui Roux și aci ansa intestinului subțire, care ia parte la gastro-entero anastomoză și o mică parte a ansei eferente, trebuie să suporte efectul corosiv al sucului gastric acid, neamestecat cu sucul duodenal bazic. Deci modificarea noastră nu elimină dezavantajul procedului original;

2. porțiunea inferioară orizontală a duodenului și ansa jejunală eferenta anastomozată, nu se așează perfect izoperistaltic și n-am îndrăznit să potrivesc izoperistaltic ansa jejunală eferentă pentru a înlătura pericolul cudării;

3. porțiunea inferioară orizontală a duodenului, își pastrază continuitatea și astfel mișcările peristaltice nu golesc conținutul duodenului direct în intestin, ci numai după o scurtă stagnare;

4. conținutul ansei eferente are posibilitatea să intre în duoden și sa fie sursa unei infecții ascendente.

Cele doua presupuneri din urmă s-au confirmat în parte, prin examinările radiologice de control, făcute la cei operați, după procedul modificat. După ce bariul din stomac și din prima parte a ansei eferente, trece în mare parte și repede în primele anse jejunale, o mică parte a lui însă, când trece pe lângă duodeno-enterostomie, intră în duoden și ajungând în a IV-a porțiune a duodenului, stagnează un timp oarecare eliminându-se în curs de câteva minute, în urma acțiunii mișcărilor antiperistaltice.

Dintre cei 28 bolnavi, tratați în cursul ultimilor 8 ani cu ulcere peptice jejunale postoperatorii, mai mulți au fost operați, pentru prima dată în legătura cu o boală ulceroasă cronică necomplicată, cu ulceratii pe duoden sau pe mica curbura și numai la o mică parte a bolnavilor prima intervenție s-a făcut pentru hemoragii și perforații. În două cazuri la intervenție s-au găsit tumori maligne în peretele gastric.

Dintre bolnavii operați după procedul modificat, nu am pierdut nici unul.

La controlul bolnavilor reoperați, am întrebuințat chestionarul recomandat de *Iljinszkij* și am obținut următoarele date: dintre cei 26 de bolnavi cu ulcere peptice jejunale doi; la 11 și la 14 luni după re-intervenție, au scombatal în urma îmbolnăvirilor intercurrente (tuberculoză pulmonară fibro-cavitară recidivată, gripa complicată cu broncho-pneumonie). Până la apariția recidivei, la primul caz și la ivirea bolii intercurrente în cazul al doilea și acești 2 bolnavi, ca și ceilalți 24 s-au simțit bine, nu au avut suferințe gastrice. Ei s-au declarat sănătoși. Cu toate ca nici unul dintre cei operați nu urmasera mai mult de 4 săptămâni până la 3 luni regimul prescris pentru 18 luni. Ei au început să lucreze la 35—42 zile după operație. Nici unul nu a fost nevoit sa-și schimbe ocupația, din cauza operației. Toți și-au recâștigat forța fizică, lent, în mod treptat dar nu în întregime. Nu au fost nevoiți sa-și schimbe felul de trai, din cauza operației. Consumă — în marea majoritate a cazurilor — tot felul de mâncări, își pot potrivi alimentația după rîmul muncii. Aproape fiecare are însa o sensibilitate specială, față de anumite mâncări. Doi dintre cei operați, au fost și sint și în prezent în tratamentul clinicii medicale, cu entero-colită cronică. Durcile cedează ușor la spasmolitice și regim, dar recidivele sint frecvente. La unul dintre ei, controlul radiologic repetat de mai multe ori a aratat, că gura de anastomoză e sensibilă la palpare fără nișă ulceroasă. Sucul gastric al operaților, arata ușoara hipoaciditate. Numărul globulelor roșii variază între 3.000.000 și 4.100.000.

Rezultatele obținute le consideram incurajatoare, dar nu presupunem nicicum, că problema terapiei ulcerelor peptice jejunale postoperatorii, ar fi rezolvată. Sintem datorii, să apreciem aceste rezultate, pentruca prin modificările introduse de noi, s-a îmbogățit cu o nouă metodă, arsenalul modest, aplicabil până în prezent, în terapia ulcerelor peptice jejunale postoperatorii. Mai ales, cînd ansa aleranta e profund viciată, scurtă și în consecința intervenției radicală în trecut a fost extrem de greoaie, astăzi — în urma modificărilor noastre — după extirparea părților viciate, sintem în stare sa restabilim ușor și fără pericol continuitatea tubului digestiv.

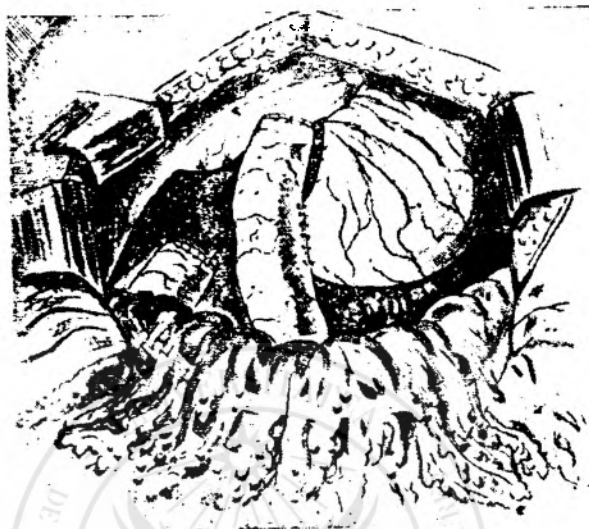


Fig. 1



Fig. 2.