

TRANȘPOZIȚIA GASTRICĂ – SOLUȚIE DE REZOLVARE A LEZIUNILOR TRAUMATICE SEVERE ALE DUODENULUI

GASTRIC TRANSPOSITION IN SEVERE DUODENAL INJURIES

Rezumat

Autorii descriu experiența proprie în tratamentul chirurgical al leziunilor severe ale duodenului (gr.IV-V) prin tranșpoziție gastrică. Evoluția clinică precoce, funcția motorie a stomacului apreciată la examenul baritat, urmărirea pacienților în dinamică demonstrează, că tranșpoziția gastrică este o metodă sigură și eficientă în cazul leziunilor traumatice severe ale duodenului.

Cuvinte cheie: trauma severă a duodenului, bypass gastric, prezervarea stomacului

Gheorghe ROJNOVEANU¹, Gheorghe GHIDIRIM²,

Igor MIȘIN³, Ion GAGAUZ⁴

Catedra Chirurgie N1 "Nicolae Anestiadi" & Laboratorul Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

¹Dr. în med., conferențiar universitar,

²Academician, Dr. hab. în med., profesor,

³Dr. în med., conferențiar cercetător coordonator,

⁴Dr. în med., conferențiar cercetător

Summary

We describe our experience of surgical treatment of severe (gr.IV-V) duodenal injuries by gastric transposition. Early postoperative evolution, gastric motility by x-ray examination and patients' survey demonstrated that gastric transposition is the save and efficient procedure in case of severe duodenal injuries.

Key words: severe duodenal trauma, gastric bypass, stomach preserving

Introducere

Aproximativ 15-20% din leziunile traumatice ale duodenului sunt severe (gr.IV-V), care necesită metode chirurgicale complexe de tratament. În practica medicală se admit și se pot încerca multe procedee de debridare a plăgii sau rezecție segmentară a duodenului cu anastomoză primară, dar cu excepția leziunilor circulare în D₂. Mai frecvent se utilizează intervenții de tip anastomoză gastrojejunală latero-laterală cu suturarea pilorului din interior sau cu tranșecția acestuia, rezecții gastrice de tip Billroth-II etc. O alternativă în asemenea circumstanțe este aplicarea anastomozei între leziunea duodenului și ansa jejunală în Roux. Urmată de o mortalitate majoră, pancreatoduodenectomia este rar necesară, și numai în caz de hemoragie masivă din pancreas, asocierea leziunilor regiunii ampulare și/sau leziunea intrapancreatică a coledocului și Wirsungului³.

Bypass-ul gastric cu prezervarea stomacului, în deosebi a pilorului - operație propusă de Konishi M. și coaut. (1997) în cancerul irezecabil de pancreas cefalic, este potențial de a exclude complicațiile legate de micșorarea stomacului ca rezervor, păstrând continuitatea directă prin stomac și jejun, ameliorând funcția tractului digestiv⁵.

Preluând ideea și respectând principiul tehnicii operatorii propuse de Konishi, am utilizat tranșpoziția gastrică cu scopul excluderii duodenului din pasaj în traumatismele severe ale duodenului. De aceea, **scopul** lucrării de față este analiza rezultatelor preliminare ale tratamentului leziunilor traumatice severe ale duodenului prin bypass gastric cu tranșpoziție retrocolică a stomacului.

Material și metode

Cazuistica noastră include 3 cazuri de bypass gastric prin tranșpoziție retrocolică a stomacului în traumatismele severe

(gr.IV-V) ale complexului pancreato-duodenal în perioada 03.2007 – 06.2007 tratate în Clinica Chirurgie N1 "N.Anestiadi", CNȘPMU, or.Chișinău. O metodică similară celei propuse de Konishi și coaut. (1997), însă fără bypass-ul biliar prin coledoco-duodenostomie s-a efectuat în cele 3 cazuri de traumatisme severe ale duodenului în asociere cu lezarea pancreasului cefalic: într-o leziune prin armă albă a complexului duodeno-pancreatic cu lezarea coledocului și Wirsungului cefalic cu dezvoltarea unui flegmon biliar retroperitoneal (#1), într-un caz de dehiscență a suturii duodenului pentru o leziune transversală (gr.V) a organului în D₂ într-un traumatism deschis toraco-abdomino-lombar cu lezarea diafragmei, ficatului, duodenului, unghiului hepatic al colonului (#2) și într-o leziune iatrogenă a diverticului parapapilar în rezultatul papilotomiei endoscopice cu declanșarea pancreonecrozei cefalice pe fon

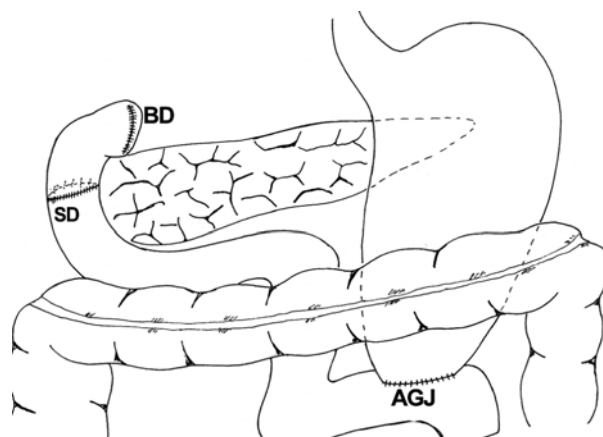


Fig.1. Tranșpoziția gastrică în leziunea duodenului de gr.IV (schemă): **BD** – bont duodenal; **SD** – sutura duodenului; **AGJ** – anastomoză gastrojejunală

Tabel 1

Caracteristica pacienților din lotul de referință

N	Sex/vârsta	Gradul leziunii*	Caracterul leziunii	Decompresie biliară
#1	b/19	V	Leziune traumatică a coledocului și Wirsungului în cefalul pancreatic	Dren transduodenal al coledocului
#2	b/30	IV	Leziunea traumatică transversală a duodenului în D ₂	Colecistostomie
#3	b/68	V	Leziune traumatică iatrogenă a diverticului parapapilar, pancreonecroză postpapilotomie	Dren al coledocului (Holstedt)

*- gravitatea leziunii conform clasificării lui Moore (1990)⁸

de coledocolitiază (#3)(tab.1). Deoarece toți bolnavii au fost operați în peritonită, în nici unul dintre cazuri nu s-a prezervat pilorul. Leziunile parietale ale duodenului au fost suturate, iar integritatea leziunilor intrapancreatice ale coledocului și Wirsungului (cazul #1) a fost restabilită pe drene transduodenale prin duodenotomie. În toate cazurile intervenția chirurgicală s-a finisat cu decompresia biliară. Schema operației este reprezentată în figura 1.

Datele referitoare la lotul de pacienți sunt prezentate în tabelul 1.

În tratamentul complex postoperator am inclus Octeotridă 100μkg x 3 ori/zi (5-7 zile) și terapia acid-supresorie cu H₂-blocatori și antacide, menținută și după externare. În perioada postoperatorie precoce, cât și în dinamică s-a studiat funcția motorie și de evacuare a stomacului, permeabilitatea și starea de funcționalitate a anastomozei, s-a atras atenția la prezența refluxului în ansa aferentă a jejunului, prezența sau absența refluxului jejuno-gastric.

Rezultate

Perioada postoperatorie a evoluat grav, toți pacienții cu traumatisme fiind operați deja în complicații (flegmon retroperitoneal, pancreonecroză, peritonită stercorală). Fiind operați în cadrul relaparotomiei, toți 3 pacienți au evoluat postoperator cu fistule: duodenale (2) și pancreatică (1), care s-au rezolvat spontan după îngrijiri speciale. Decese postoperatorii nu am constatat.

Examenul radiologic baritat al tractului digestiv superior a pus în evidență un stomac plasat medial și spre stânga. Pluurile gastrice se evidențiază, pereții stomacului elastici, conturul regulat, anastomoza este permeabilă, evacuarea oportună, fracționată în porții, deși pilorul nu a fost păstrat. Refluxul jejuno-gastric nu s-a determinat nici într-un caz. La pacientul cu plagă suturată a antrului asociată leziunii complexului duodeno-pancreatic la a 20-ea zi postoperator s-a observat o deformare în regiunea curbării mari a stomacului proximal de anastomoză, care în dinamică la examenul radiologic repetat peste o lună simultan cu fistulocolangiografia, nu s-a mai conturat. Pe perioada de urmărire (2-5 luni) pacienții nu prezintă vome și alte dereglări dispeptice. La controlul endoscopic al stomacului în dinamică efectuat la 2 pacienți nu s-a depistat ulcer peptic al anastomozei.

Discuții

În literatură nu există date despre utilizarea bypass-ului gastric cu transpoziția stomacului în traumatismele severe ale duodenului, când este necesară excluderea duodenului din tranzit. În leziunile severe ale duodenului se pot încerca și tehnici de debridare a plăgii sau rezecția segmentară a duodenului cu anastomoză primară, dar cu excepția leziunilor circulare în D₂. O alternativă în asemenea circumstanțe este

aplicarea anastomozei între leziunea duodenului și ansa jejunală în Roux („augmentarea” duodenului)⁷. Urmată de o mortalitate majoră, pancreatoduodenectomia este rar necesară, și numai în caz de hemoragie masivă din pancreas, asocierea leziunilor regiunii ampulare și/sau leziunea intrapancreatică a coledocului și Wirsungului³. Protecția suturii pe duoden poate fi asigurată prin diverticulizarea duodenului (după Berne): rezecție gastrică și gastrojejunostomie sau excluderea pilorului prin sutură sau cu stapler, gastrojejunostomie⁷. Ca alternativă a anastomozelor de ocolire sunt duodenostomia laterală sau drenarea duodenului prin jejunostomia retrogradă. Fiind adepții acestor procedee, Hasson și coaut. (1984) afirmă într-un reviu, că rata fistulelor duodenale și a mortalității se reduce semnificativ comparativ cu frecvența acestora la bolnavii fără decompresie a duodenului (respectiv, 2,3% vs 11,8% și 9% vs 19,4%)². Mai eficiente și cu o morbiditate mai joasă în leziunile severe ale duodenului sunt procedeele de excludere a pilorului. Restabilirea precoce a trecerii prin duoden în excluderea acestuia din tranzit în anastomozele gastrojejunale de ocolire creează un cerc vicios între stomac, duoden și anastomoză, fiind responsabile de compromiterea funcției stomacului. După cum susțin Komar A.R. și Patel P. (2004) în leziunile penetrante ale duodenului de gradul IV (lacerare >75% din circumferință în D₂, leziunea ampulei papilei Vateri sau căii biliare principale intrapancreatice): în caz că ampula papilară și CBP sunt intacte, defectul duodenului este închis prin aplicarea anastomozei duodenojejunale pe ansă Roux. Însă dacă ampula papilară și CBP sunt lezate, este necesară pancreatoduodenectomia de urgență. În cazul instabilității hemodinamicii pacientului se practică controlul lezional („damage control”), urmat de procedeele rezecționale peste 24 de ore. Leziunile traumatiche de gradul V (devascularizarea duodenului sau leziune asociată pancreato-duodenală) sunt însoțite de o rată înaltă a mortalității și morbidității. După obținerea hemostazei și suturarea leziunii duodenului se practică diverticularizarea duodenului (antrectomie și gastrojejunostomie) sau excluderea duodenului prin aplicarea staplerului TA55 la nivelul pilorului asociat cu gastrojejunostomie pentru a devia chimul alimentar din duoden. Este obligatorie drenarea extensivă peripancreatică⁴.

În literatura de specialitate există informații despre utilizarea bypass-ului gastric doar în cancerul irezecabil de pancreas cefalic, propus de Konishi și coaut. (1997)⁵. La un pacient numai cu obstrucție biliară, valoarea bypass-ului gastric în prevenirea obstrucției gastrice mai tardive trebuie să fie echilibrată pe de altă parte cu majorarea timpului operator și riscul altor complicații. Nu atât mai mult, că în cazul aplicării simultane a anastomozei biliodigestive coledocoduodenale și a bypass-ului gastric profilactic sunt necesare doar 2 anastomoze. Mulți chirurghi practicieni utilizează anastomoza gastrojejunală anterioară pentru rezolvarea obstrucției gastro-pilorice în cancerul irezecabil de pancreas. Plus la aceasta, sunt autori care

condamnă utilizarea acestei anastomoze în operațiile paliative, deoarece acestea sunt însoțite de o incidență mare de dereglări de evacuare și rezultate postoperatorii mai modeste^{6,9,10}. Recent, intervențiile chirurgicale cu prezervarea pilorului sunt indicate la pacienții cu patologie periampulară pentru ameliorarea calității vieții după operație. Konishi și coaut. (1997) pledează pentru această tehnică paliativă în cazurile de cancer irezecabil de pancreas cefalic⁵, iar Falconi și coaut. (2004) comunică despre o serie limitată de pacienți cu cancer irezecabil de pancreas cefalic (n=34) rezolvați prin acest procedeu¹.

Intervenind prin relaparotomie pentru complicații postoperatorii după intervențiile precedente: leziune a coledocului și Wirsungului omisă la intervenția primară în condiții de flegmon biliar retroperitoneal, dehiscență a suturii transversale a duodenului după o plagă ruptă toraco-abdomino-lombară, și într-un caz de leziune a diverticului parapapilar și pancreonecroză postpapilotomie pe fon de coledocolitiază, am utilizat excluderea duodenului din tranzit prin transpoziție gastrică retrocolică cu prezervarea stomacului în 3 cazuri de traumatism sever al duodenului. Montarea anastomozei gastrojejunale termino-laterale am efectuat-o în toate cazurile retrocolic pe o ansă jejunală la 60 cm de la ligamentul Treitz. Avantajele acestei tehnici, în deosebi, în condiții de peritonită o argumentăm din mai multe considerente:

- posibilitatea excluderii duodenului din tranzit la necesitate;
- timp operator redus necesar pentru montarea doar a unei anastomoze (gastrojejunale retrocolice);
- agresiune chirurgicală redusă în intervenția pe stomac;
- păstrarea stomacului ca rezervor chiar și în cazul suprimării pilorului;
- protejarea anastomozei gastrojejunale prin aplicarea acesteia inferior de mezocolon de la focarul infecțios primar (pancreonecroză, flegmon retroperitoneal, focar purulent subhepatic etc.) în profilaxia dehiscenței anastomozei.

Cu atât mai mult, că repararea dehiscenței suturii pe duoden în condiții de peritonită este grevată deseori de dehiscență repetată totală sau parțială a acesteia. În seria noastră toți 3 pacienți au evoluat postoperator cu fistule, localizate suprmezocolic: duodenale (2) și pancreatică (1) cu debit important, care au necesitat îngrijiri speciale până la consolidarea traiectului fistulos.

Analiza cercetării funcției motorii și de evacuare stomacului în bypass-ul gastric a arătat o funcție adecvată a anastomozei gastrojejunale. Chiar și în cazul suprimării pilorului se menține evacuarea fracționată oportună din stomac, lipsa refluxului substanței de contrast în ansa aferentă sau absența refluxului gastrojejunale. Ulcerul peptic pe ansa jejunală este cea mai redutabilă complicație în asemenea montare de anastomoză.

În seria noastră de pacienți nu am înregistrat nici un caz de ulcer pe o perioadă de urmărire de până la 5 luni, atât radiologic (3), cât și endoscopic (2). Deși, o asemenea complicație este caracteristică și pentru celelalte tehnici chirurgicale de excludere a duodenului din pasaj, dar cu prezervarea stomacului întreg.

Considerăm, că păstrarea stomacului ca organ pe cât e posibil de întreg ameliorează nutriția postoperator. Rezultatele obținute sugerează ideea, că utilizarea bypass-ului gastric este un procedeu sigur și eficace în cazurile de traumatisme severe ale complexului duodeno-pancreatic, când este necesară excluderea impusă a duodenului din tranzitul digestiv. În profilaxia ulcerului peptic al anastomozei gastrojejunale pacienții necesită terapie acid-supresorie și supraveghere clinică, endoscopică și imagistică în dinamică.

Concluzii

Rezultatele preliminare demonstrează, că bypass-ul gastric cu prezervarea stomacului în traumatismele severe ale complexului duodeno-pancreatic este o alternativă intervențiilor de excludere a duodenului din tranzit, fiind o soluție terapeutică în profilaxia sau tratamentul fistulelor duodenale și pancreatice posttraumatice. Aceasta este o intervenție chirurgicală mai puțin traumatică, funcțională, urmată de o rată redusă de complicații postoperatorii, care necesită studii ulterioare la distanță.

Bibliografie

1. **FALCONI M, HILAL MA, SALVIA R, SARTORI N, BASSI C, PEDERZOLI P.** Prophylactic pylorus-preserving gastric transposition in unresectable carcinoma of the pancreatic head. *Am J Surg* 2004, 187:564-566.
2. **HASSON J, STERN D, MOSS G.** Penetrating duodenal trauma. *J Trauma*, 1984, 24:471.
3. **JURKOVICI GJ, CARRICO CJ.** Management of the Acutely Injured Patient. *Surg* 1997, P.196-339.
4. **KOMAR AR, PATEL P.** Abdominal Penetrating Trauma. *Trauma and Critical Care* 2004 (11):2-22
5. **KONISHI M, RYU M, KINOSHITA T, KAWANO N, TANIZAKI H, CHO A.** Stomach-Preserving Gastric Bypass for Unresectable Pancreatic Cancer. *Surg Today*, (Jpn J Surg) 1997, 27:429-433.
6. **LUCAS CE, LEDGERWOOD AM, SAXE JM, BENDER JS, LUCAS WF.** Antrectomy – a self effective bypass for unresectable pancreatic cancer. *Arch Surg* 1994, 129: 795-799.
7. **MARCKETISIE RC.** Pancreatic and duodenal injuries. // *Current Surgical Therapy*. Cameron JL, VIIth edition, 2001, P.1104-1110.
8. **MOORE** et al. Organ injury scaling II: Pancreas, duodenum, small bowel, colon and rectum. // *Trauma* 1990, 30:1427.
9. **SINGH SM, LONGMIRE WR JR, REBER HA.** Surgical palliation for pancreatic cancer: the UCLA experience. *Ann Surg* 1990, 212:132-139.
10. **WEAVER DW, WIENCEK RG, BOUWMAN DL, WALT AJ.** Gastrojejunostomy: is it helpful for patients with pancreatic cancer? *Surg* 1987, 102:608-613.