

Magnetom Open 0,2 T în secvențele T1w, T2w și cu supresie de grăsime, preventiv cu introducere retrogradă de agent de contrast negativ (aer). Rezultatele obținute au fost comparate cu cele postoperatorii și cu cele histologice. Metoda s-a dovedit a fi impunătoare în aprecierea dimensiunilor, textualității, stadiului, relației tumorei depistate cu țesuturile și organele adiacente, depistării nodulilor limfatici locoregionali afectați și în depistarea metastazelor la distanță.

Summary

MRI findings of 53 consecutive patients with different stages of colonic tumors are presented. All the patients underwent MR-pneumocolonotomography (MRP). Imaging was performed on 0.2 T MRI scanner. T1w, T2w sequins and fat suppression mode were obtained with the retrograde administration of negative contrast agent (air). The results were compared surgical findings and histologically. MRP provides accurate assessment of tumor size, structure, staging and its relationship to adjacent tissues. The method is effective in detecting of all kinds of tumor invasion and revealing all relevant metastatic nodes. Therefore MRP is found to be particularly useful in evaluation of volume and strategy of surgical treatment and for planning chimio-radiotherapy.

DIAGNOSTICUL RADIOIMAGISTIC AL ULCERULUI DUODENAL SIMPTOMATIC, CAUZAT DE MALROTAȚIA DUODENALĂ

Valerii Pripa, dr. în medicină, Silvia Tudos, medic, Silvia Pripa, medic, Dorin Gorea, medic, USMF "N. Testemițanu"

În ultimele decenii au fost obținute succese marcante în tratamentul bolii ulceroase (BU) concomitent cu sinteza H₂-blocatorilor, a inhibitorilor pompei protonice și terapia de eradicare. În pofida acestor rezultate 3-12% din pacienți rămân refractari tratamentului medical, ceea ce provoacă complicații grave ale ulcerului (Earnest L., 1991; Orban-Șchopu A.M., 1996).

În spectrul ulcerelor refractare la tratamentul medical au fost decelate ulcerele simptomatice [8;9;13]. În structura lor un loc deosebit îl ocupă ulcerele instalate pe un duoden malrotat complicat cu dereglări evacuomotorii cronice [1;2;3;8;]. Depistarea ultimilor rămâne a fi o problemă și impune o tactică specifică de tratament. Malrotația duodenală (MRD) este un viciu congenital de rotație și de fixare a duodenului, produs în momentul II de rotație al intestinului primitiv. Actualmente frecvența malrotațiilor intestinale este de 1:500-1:1000 cazuri la nou-născuți (Pinkas L., 1994; Catalano O., 1996; Kovanlikaya A., 1996). În același timp, MRD ca patologie congenitală a duodenului nu este corect definită și mai frecvent la această nozologie se atribuie pesa arteriomezenterială, duoden compresat prin brida Jecson.

Formele cu simptomatologie acută se prezintă în frageda copilărie printr-o ocluzie intestinală înaltă acută [3]. La adulți MRD prezintă forme cu simptomatologie ștearsă, ce provoacă dereglări cronice evacuomotorii ale duodenului, denumită ocluzia duodenală cronică (ODC) [1;5;6;7]. Ultima are repercusiuni asupra întregului bloc funcțional gastro-duodeno-biliopancreatic, prin instalarea stazei duodenale și a refluxului duodenogastric, duodenocoledocial și duodenovirsungian [4]. Astfel, stabilirea diagnosticului de MRD și a gradului dereglărilor evacuomotorii prezintă un obiectiv decisiv pentru acești pacienți.

Scopul investigației. Elaborarea algoritmului de diagnostic imagistic optim în conduita pacienților cu leziuni ulceroase gastroduodenale, instalate pe fundal de malrotație duodenale, pentru ameliorarea indicatorilor de tratament.

Materiale și metode. Studiul este axat pe analiza investigațiilor radiologice și a materialelor de observație clinică în perioada 1990-2005 a 200 (6,5%) de pacienți cu malrotații duodenale, selectați din 3176 de pacienți ulceroși investigați în clinica de radiologie și imagistică medicală și tratați în clinica de chirurgie Nr2.

În clinica s-a efectuat un studiu țintit al problemei ulcerului instalat pe fondul malrotațiilor duodenale. Diagnosticul preoperator și explorarea intraoperatorie a permis estimarea frecvenței ulcerului simptomatic instalat pe fond de MRD la 6,1% din pacienții ulceroși operați în clinica. Lotul

a cuprins 179 (89,5%) de bărbați și 21 (10,5%) de femei. Vârsta medie -21,4 ani, durata medie a maladiei -11,4 ani. În 101 (50,5%) cazuri primele simptome dispeptice au fost marcate în copilărie.

Din 200 de pacienți spitalizați cu malrotație duodenală, incluși în studiul nostru, majoritatea - 179 (89,5%) au fost bărbați și 21 (10,5±2,1%) - femei. Din numărul total de pacienți cu malrotație duodenală 178 (89%) au constituit persoane apte de muncă. Toți pacienții analizați au fost examinați radiologic, clinic și prin metode funcționale: pH-metria a stomacului și duodenului, aprecierea concentrației ionilor H⁺ în duoden, duodenomanometria.

Pacienții au fost divizați în 2 loturi: primul lot a inclus 189 (94%) de pacienți cu malrotație duodenală asociată cu ulcer duodenal simptomatic și supuși intervențiilor chirurgicale, iar al doilea lot - 11 (6%) pacienți cu malrotație duodenală fără asociere cu ulcer duodenal simptomatic, la fel supuși intervențiilor chirurgicale.

Internările de urgență au constituit 36 de cazuri (18%), cele programate -164 de cazuri (82%). Internarea în mod urgent a fost indicată în cazurile de ulcer duodenal hemoragic, pancreatită acută, suspexie la ocluzie intestinală înaltă. Ceilalți pacienți au fost internați în mod programat, patologia fiind depistată prin metodele paraclinice urmând etapele diagnosticului primar.

În 101 (50,5%) cazuri primele simptome dispeptice au fost marcate în copilărie. Constituție astenică a fost apreciată la 136 (68%) de pacienți, normostenică - la 50 (25%), hiperstenică - la 14 (7%).

MRD la 51 de pacienți (25,5%) a fost asociată cu colangită cronică și cu megacoledoc secundar, la 60 de pacienți (30%) cu pancreatită cronică.

Un interes practic important prezintă frecvența localizării ulcerului simptomatic în MRD. Rezultatele studiului nostru vizând aceste aspecte ale ulcerului gastroduodenal sunt indicate în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Divizarea localizărilor și a frecvenței ulcerului simptomatic în MRD

<i>Localizarea ulcerului</i>	<i>Număr(abs)</i>	<i>Pondere(%)</i>
Stomac	14	7,5±1,9%
Canalul piloric	2	1±0,7%
Bulbul duodenal	91	45,5±0,7%
Duodenul	33	17,5±3,6%
Gastroenteroanastomoza (GEA)	49	25,9±3,1%
În total	189	100%

Din datele *tabelului 1* reiese că principala pondere a ulcerului simptomatic în MRD o are ulcerul bulbului duodenal (48,1±5,0%). Ulcerul GEA are o pondere de 25,9%, celelate 26% de ulcere revin ulcerelor postbulbare, gastrice și ale canalului piloric, care au o pondere, respective, de 17,5%, 7,5% și 1%.

Complicațiile ulcerului simptomatic în MRD pot influența pregnant calitatea și tactica tratamentului acestor pacienți. În scopul studierii posibilităților de ameliorare a acestor 2 aspecte ale pacienților cu complicații ale ulcerului simptomatic în MRD am analizat structura și frecvența complicațiilor în cauză, rezultatele fiind prezentate în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Structura și frecvența complicațiilor ulcerului simptomatic în MRD

<i>Tipul complicațiilor</i>	<i>Număr(abs)</i>	<i>Pondere(%)</i>
Hemoragii	39	24,1±3,3%
Perforări	28	17,3±2,9%
Stenoze pilorobulbare	70	43,2±3,8%
Penetrări	25	15,4±2,8%
În total	162	100%

Rezultatele studiului efectuat de noi au demonstrat că ulcerul simptomatic în MRD a decurs cu complicații în 162 (81±6,3%) de cazuri din 200, fapt ce demonstrează ineficiența standardelor de tratament și evidențiază refractarea ulcerului la tratamentul medical.

Ținem să accentuăm faptul că 49 de pacienți(24,5±3,5%) au suportat în antecedente diverse intervenții chirurgicale la stomac și la duoden. Din cei 49 de pacienți 11(5,5%) au fost internați în mod urgent cu ulcere simptomatice perforante, instalate pe fondul MRD. Rezechțiile gastrice de tipurile Bilrot I sau Bilrot II au fost aplicate în mod planificat la 22 de pacienți, respective, la 10(5%) și la 12(6%) pacienți. Vagotomiile selective proximale sau vagotomiile trunculare au fost aplicate în 16(8%) cazuri.

Pentru atingerea scopului la 200(100%) de pacienți am efectuat radiosopia stomacului și a duodenului prin metoda tradițională, folosind tehnica contrastării obișnuite, la 30(15%) pacienți am folosit tehnica contrastării duble. Duodenografia relaxantă fără sondă s-a aplicat la 15 (7,5%) pacienți și la 5(2,5%) pacienți duodenografia relaxantă cu sondă.

FEGS a marcat gastrită biliară de reflux, pilor biant în 77(41 %) de cazuri. Colecistoscintigrafia a constatat reținerea radionuclidului în duoden peste 30 min. pH – metria a stabilit stomac medioacid, compensat la 55 (29,1%) de bolnavi, la 51 (26,9%)- medioacid subcompensat, la 27(14,2%) hiperacid compensat, în 9(4,76%) cazuri – hiperacid, decompensat.

Rezultate. Interpretarea imaginilor obținute a fost efectuată în baza următoarelor criterii: reținerea masei baritate mai mult de 40 sec. în duoden în 100 % cazuri; mișcări paradoxale de tip “pendul” au fost marcate la 128 (67,8%) de pacienți; refluxul duodenogastral s-a manifestat radiologic la 178 (94,7%) de bolnavi; dilatarea lumenului duodenal mai mult de 4 cm – 169 (89,4%) cazuri; nivel orizontal în D 3-D 4 în 129 (68,2 %); deplasarea D 3 caudal de L 3 s-a manifestat la 92 (48,6%) de pacienți; flexura duodenojejunală deplasată cranial de L 2 – în 118 (62,4 %) cazuri; flexura duodenojejunală a fost deplasată spre dreapta de coloana vertebrală la 132 (69,8%)de bolnavi; anse adăugătoare la D 3 și/sau D 4

Radioscopia stomacului și a duodenului s-a dovedit a fi metoda de elecție în diagnosticul malrotației duodenale. Radiologic malrotația duodenala a fost constatata în 171 (85,5%) de cazuri, și s-a manifestat prin următoarea semiologie radiologică: dilatarea lumenului duodenal mai mult de 4 cm, pliurile mucoasei dilatate la nivel orizontal D3-D4, deplasarea D3 caudal de L3 flexura duodenojejunală deplasată spre dreapta de coloana vertebrala anse adaugătoare la D3 și /sau D4 deformații postulceroase ale bulbului duodenal, ulcer, ca regulă, gigant.

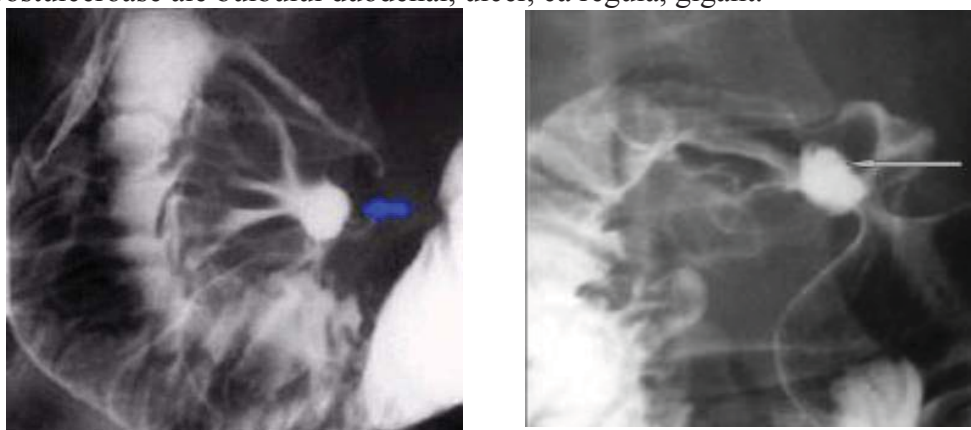


Fig.I,II. Radioscopia stomacului și duodenului. Ulcer cronic simptomatic bulbar

Aprecierea promptă a malrotației duodenale a fost efectuată în timpul intervenției chirurgicale și a servit drept reper de control al sensibilității diagnosticului radioimagic.

Concluzii

1. Sub noțiunea de malrotație duodenală se subînțelege un viciu congenital, rezultat din dereglarea procesului de rotație și de fixare a duodenului, manifestată prin formă și poziție anormală a duodenului. Evoluția cronică a formelor nonobstructive duce la dereglarea funcției evacuomotorii a duodenului cu instalarea duodenostazei și a ulcerelor cronice simptomatice.

2. Drept semne discriminante ale metodelor radioimagistice în favoarea MRD, în opinia noastră, pot servi: D2-D3 cu diametrul mai mare de 4 cm, D3 situat caudal de L3, ajungând până

la nivelul L5, ansa adăugătoare la nivel de D3 sau D4, prolabarea duodenului prin mezocolon, situarea joncțiunii duodeno-jejunale în dreapta coloanei vertebrale, duoden mobil în D3 și D4, situat intraperitoneal, mezou comun cu jejunul; pilor hipo- sau hipertrofiat, biant, cu diametrul mai mare de 4 cm. Sensibilitatea radioscopiei tradiționale a constituit 96,28%, duodenografiei relaxante – 90,19%, CT- 90%, scintigrafia – 66,67%.

3. Veridicitatea diagnosticului radioimagic permite a considera metoda radiologică drept o metodă de elecție în stabilirea diagnosticului imagic al ulcerelor simptomatice apărute pe fundalul malrotațiilor duodenale, având o sensibilitate de 96,28%, specificitate de 73,58%, VPP - 86%, VPN – 96,30%.

4. Algoritmul diagnostic al MRD va include consecutiv și obligatoriu FGDS, radioscopia baritata gastroduodenală tradițională cu contrastare obișnuită și în regim de contrastare dublă, duodenografia tridimensională prin CT.

5. În baza particularităților clinic-evolutive ale ulcerelor simptomatice gastroduodenale instalate pe fundalul MRD, a rezultatelor investigațiilor imagistice, fiziologice, a evoluției postoperatorii, în funcție de tipul GDA, s-a stabilit rolul decisiv al MRD în etiopatogenia ulcerelor simptomatice gastroduodenale refractate la farmacoterapia modernă.

6. Calitatea vieții la 182 (96,3%) de pacienți cu duodenostază, instalată pe fond de MRD, operați prin rezecții gastrice, procedeele de tip Balfur sau Roux este restabilită la valorile inițiale normale, reintegrându-se completamente sociofamilial și profesional.

Bibliografie selectivă

Angelescu N., *Megaduodenul secundar*. Tratat de Patologie Chirurgicala (sub red. Angelescu N.). Ed Medicala, Bucuresti, 2001, 1516-1517.

Aurel Ordeanu, *Tratat de radiologia tubului digestiv*; Editura Dacia; Cluj –Napoca, 1985.

Bârzu I., Vulcănescu V., *Radiologia clinică a duodenului patologic neulceros*, Ed. Med. București, 1958; vol.I.

Hotineanu V.T., D.V. Gorea, „*Malrotația duodenală – factor etiopatogenic al ulcerelor simptomatice duodenale*” Congresul XXIII International al chirurgilor din Romania, Oradea 2006.

Hotineanu V.T., D.V.Gorea, V.M.Corețchii, „*Ulcerile gastroduodenale simptomatice la pacienții cu malrotații duodenale*”, Conferența anuală științifică universitară, Chișinău 1996.

Hotineanu V.T., D.V.Gorea, V.M.Corețchii, „*Malrotațiile duodenale la pacienții cu ulcere gastroduodenale*”, Congresul VIII al chirurgilor din Republica Moldova, Chișinău 97.

Hotineanu V., Hotineanui A. Hurmuzache A., Bortă E., *Aspecte de diagnostic radio-imagic al ulcerelor simptomatice instalate pe fundalul malrotației duodenale*. Arta medica. Revista medicală științifico-practică. Nr.3(18) 2006, pag. 3-6.

Hotineanu V., Gorea D., *Malrotația duodenală – factor etiopatogenic al ulcerelor simptomatice duodenale* Al XIII-lea Congres Național de Chirurgie, 24-27 mai, 2006, Băile Felix, vol.101, N2S, pag. 43.

Витебский Я. Д., *Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки* / / Челябинск: Южно-Уральск. кн. изд-во, 1976. 190 с.

Выржиковская К. Я., *Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки*. - М.: Медгиз, 1963-252 с.

Касумьян С.А., Алибегов Р.А., *Функциональные и органические нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки*. Смоленск, 1997.

Нестеренко Ю.А., Ступин В.А., Федоров В.А., Богданов А.Е., *Хроническая дуоденальная непроходимость*. М. Медицина. 1990. 238 с.

Нестеренко Ю. А. и др., *Диагностика хронической дуоденальной непроходимости*. Хирургия. 1981, №7. с. 3-7.

Rezumat

Malrotația duodenală (MRD) la anumite etape evolutive duce la dereglări evacuatorii duodenale, favorizând instalarea ulcerului duodenal simptomatic(UDS).Ultimul se încadrează în cele 5-10% de ulcere refractante la schemele terapeutice contemporane, fapt care generează probleme diagnostice și terapeutice, necesitând procedee specifice de diagnostic și tratament. Algoritmul diagnostic aplicat a permis marcarea malrotațiilor duodenale la pacienții ulceroși, iar rezultatele tratamentului chirurgical denotă rezecțiile gastrice tip Roux sau Balfour ca metode de elecție în tratamentul acestor pacienți.

Summary

Duodenal malrotation (DM), in a certain stage of evolution is leading to evaco-motorical disturbances of duodenum, contributing to the installation of symptomatic duodenal ulcer.

The latter is fitted in those 5-10 % of resistant ulcers to the schemes of contemporary therapy, as a matter of fact it creates the therapeutical and diagnostical problems, so special diagnostical and therapeutical treatment is indispensable.

The applied diagnostical algorithm permitted to mark out the DM. at the patients with ulcers. As a result, the method of choice in surgical treatment is gastric resection by „Roux ”or „Balfour”.

EVALUARE SONOGRAFICĂ A PACIENȚILOR CU ICTER OBSTRUCTIV DISTAL

Alexei Cotonet, dr. în medicină, Roman Bodrug, V. Guțu, IMSP SCR

Introducere. Cu toate că performanțele de ultimă oră ale altor metode de diagnostic (TC spiralată, RMN) [1-10,12] permit a determina caracterul icterului cu o înaltă precizie, a specifica geneza și răspândirea blocului, în condițiile lipsei aparatului performant ultrasonografia rămâne a fi metoda cea mai accesibilă pentru diagnostic și evoluare dinamică a acestor patologii. Informativitatea înaltă [3,11,13,14] și posibilitatea de a reintervenii prin investigații repetate la cerințele clinicilor, prețul redus al investigațiilor plasează această metodă noninvazivă pe primul loc.

Scopul studiului. Estimarea locului și a posibilităților metodelor ultrasonografice în diagnosticul și monitorizarea clinică a evoluției maladiilor obstructive a arborelui biliar.

Materiale și metode. Lotul de studiu a fost format din 138 de pacienți care au fost tratați în clinicile chirurgicale ale IMSP SCR cu icter obstructiv distal pe parcursul anilor 2000-2007. Toți pacienții au fost investigați multilateral și, în ultimă instanță au suportat intervenții endoscopice diagnostic-curative, care au permis aprecierea valorii diagnostice a examinărilor ultrasonografice. Aria de studiu include trei grupuri de pacienți selectați precoce conform caracterului patologiei:

- Coledocolitiază - 62 de cazuri.
- Stenoze coledocodidiene - 44 de cazuri.
- Obstrucții distale maligne – 32 de cazuri.

Toți pacienții paralel cu investigațiile generale clinice și de laborator au fost supuși obligatoriu examenului ultrasonografic la internare, nemijlocit preintervențional, în ziua a patra după decompresie endoscopică și la externare.

I. Investigațiile ultrasonografice efectuate în urgență nemijlocit la internarea pacienților au avut ca scop diagnosticul diferențial al icterului, orientarea în aspect etiologic și elaborarea tacticii medico-terapeutice ulterioare.

II. Examinările preintervenționale au fost utile în aspect de precizare a indicațiilor către operațiile endoscopice și formarea unui algoritm de abordare transduodenală a arborelui biliar.

III. Motivul reinvestigărilor în ziua a patra după decompresie este monitorizarea dilatării arborelui biliar, dat fiind faptul că metodele de laborator marchează dinamică esențială numai spre ziua a 7-a.

IV. Examinările programate la externare care au avut menirea de a aprecia eficacitatea tratamentului chirurgical.

Pentru investigații ultrasonografice am folosit aparatul “SIEMENS” SI-400 și “SIEMENS” versa PRO.

Rezultate. I. Examinările la internare au permis a stabili dilatarea căilor biliare intrahepatice în toate 138(100%) de cazuri. Referința asupra genezei blocului a fost mai puțin efectivă, fiind expusă cu certitudine numai la 76(55%) de pacienți, dintre care au prezentat coledocolitiază 57(75%), formațiuni cefalopancreatice 19(15%). În 62(45%) de cazuri concluzia endoscopică a fost „icter mecanic, bloc distal”. Majoritatea cu concluzii de genul „icter mecanic, bloc distal” o constituie pacienții colecistomizați în antecedente și pacienții cu obstrucții biliare distale maligne, preponderent în limitele papilei vater.