

Ospedale Civile di Prato - Firenze

Sezione Chirurgica

La gastroenterostomia plastica

(Variante ai comuni metodi)

Dott. AURELIO ANGELI

Primario e Libero Docente



81
B
43

La gastroenterostomia plastica (Variante ai comuni metodi)

Dott. AURELIO ANGELI

Primario e Libero Docente

Per attribuirmi la paternità della variante che sto per descrivere della comune tecnica gastro-enterostomica, sarebbe necessario essere sicuri che essa non è stata eseguita o, per lo meno, descritta da altri. Ma tale sicurezza è assai difficile da aversi; oggi soprattutto che una massa sempre più grande di letteratura medica di ogni qualità e importanza va gravando sul ricercatore.

È perciò che credo opportuno di limitarmi a descrivere la « Gastro-enterostomia plastica » (come io l'ho concepita) allo scopo di volgarizzare un particolare che non appare nei trattati di tecnica operatoria e sul quale, nelle mie certo incomplete ricerche bibliografiche, non ho trovato nulla di scritto.

Non voglio porre qui il problema delle indicazioni relative ai vari metodi chirurgici nelle diverse lesioni dello stomaco o del duodeno, organiche o funzionali. Esse restano per ora quelle che sono, o meglio quelle che ogni operatore crede più logiche in base ai propri concetti di terapia applicati in un campo tuttora così pieno di incognite come quello della patologia gastrica e duodenale.

Voglio invece limitarmi a parlare della « gastro-enterostomia » alla quale restano tuttora tante indicazioni e che sembra anzi andar risalendo passo passo parte del terreno perduto di fronte alla resezione.

Fermiamoci per un momento a considerare il meccanismo di funzionamento di uno stomaco sul quale sia stata eseguita una gastro-enterostomia, naturalmente senza interventi complementari quali la esclusione del piloro. Se la gastro-enterostomia è fatta con tecnica insufficiente si può verificare il caso, certo eccezionale, che il nuovo stoma non funzioni fin dall'inizio. Ma se, ad esecuzione corretta, corrispondono ostacoli anatomici al passaggio pilorico, non è raro che lo svuotamento si compia tutto attraverso il neostoma. La eventualità più frequente però è rappresentata dal passaggio alternato del contenuto gastrico attraverso il piloro e attraverso la bocca neostomizzata. In base alle indagini radiologiche infatti si è potuto assodare come, dopo l'ingresso dei cibi nello stomaco e dopo un rapido passaggio di una parte di essi attraverso la bocca anastomotica, si stabilisce un'azione ritmica in dipendenza delle contrazioni gastriche e intestinali.

Schematicamente si potrebbe dire che ogni contrazione gastrica restringe l'orificio neostomico, il quale viene poi a chiudersi del tutto con la successiva contrazione intestinale.

Il passaggio adunque attraverso il

a detrimento del malato. Su questo fenomeno io voglio soprattutto fissare la mia attenzione, poichè si può ammettere che, se la eventualità di chiusura più o meno rapida e completa è diminuita dai primi tempi ad oggi, ciò è

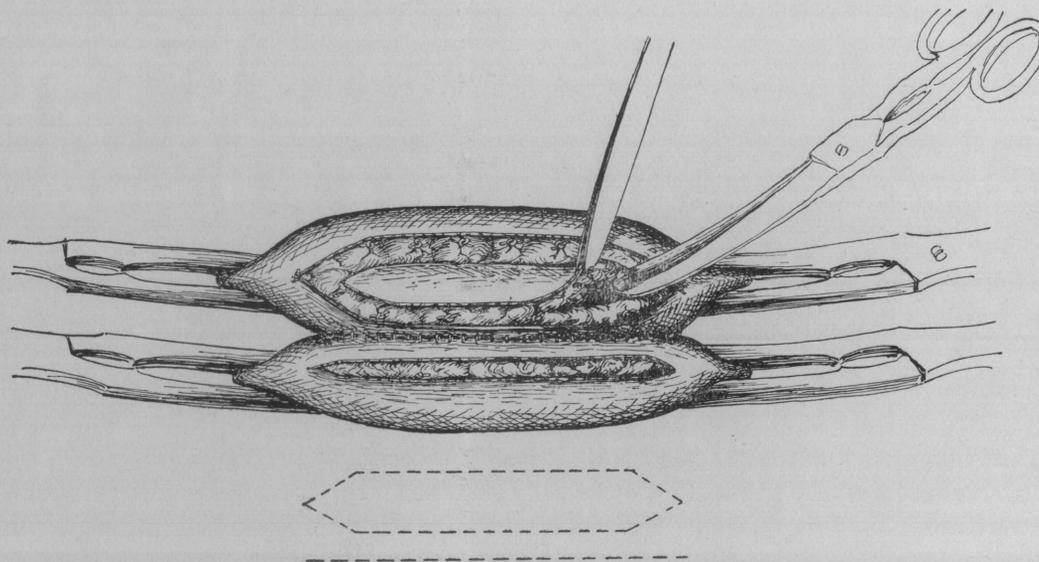


Fig. 1. — Dopo la sutura siero-sierosa, è stata praticata una incisione a losanga esagonale sullo stomaco e una lineare sul digiuno. Emostasi preventiva per trasfissione. La losanga, a tutto spessore, viene escissa ed asportata. Sotto è il tracciato schematico delle due incisioni.

neostoma è solo possibile nell'intervallo fra una contrazione gastro-intestinale e l'altra; durante le quali invece i cibi sono spinti verso il piloro-duodeno.

Facciamo per ora astrazione dal fatto noto che una eventuale ulcera peptica sui margini della gastro-enterostomia possa condurre, per retrazione cicatriziale, alla chiusura definitiva di essa. Ma anche solo dal meccanismo descritto, sullo svuotamento normale di uno stomaco così operato, appare chiara la tendenza che la nuova bocca dovrà presentare a diminuire man mano il suo funzionamento, a vantaggio della vecchia via piloro-duodenale e

dovuto soprattutto alle modificazioni e ai miglioramenti di tecnica apportati nell'intervento dai passati operatori. I quali avevano osservato il fenomeno e i suoi inconvenienti e si erano adoperati per evitarlo o, quanto meno, per diminuirne la frequenza.

Noi sappiamo infatti come dalle prime gastro-enterostomie eseguite col bottone o a piccola estensione, con sutura, si sia passati gradatamente alle gastro-enterostomie ampie; e come si sia anche pensato essere utile eseguirle addirittura a doppio stoma (Ruggi). Inoltre gli operatori si sono preoccupati della direzione più utile da darsi alla incisione sullo stomaco e quindi

alla ansa digiunale; cosicchè abbiamo visto porre questa orizzontalmente, oppure in senso obliquo o verticalmente.

Si è trovato poi che sarebbe stato più opportuno far cadere la nuova bocca nel punto più declive, tenendo conto della stazione eretta del corpo; e in genere oggi si sceglie la parete poste-

Poichè mi sembra logico ammettere che se alla sua chiusura per cicatrizzazione di ulcera peptica si potrà opporre la giudiziosa scelta dei casi nei quali la gastro-enteroanastomosi trovi la sua vera indicazione, quella invece dovuta al solo suo meccanismo funzionale sarà meglio evitabile se, agli accorgimenti vari di cui si è parlato e di

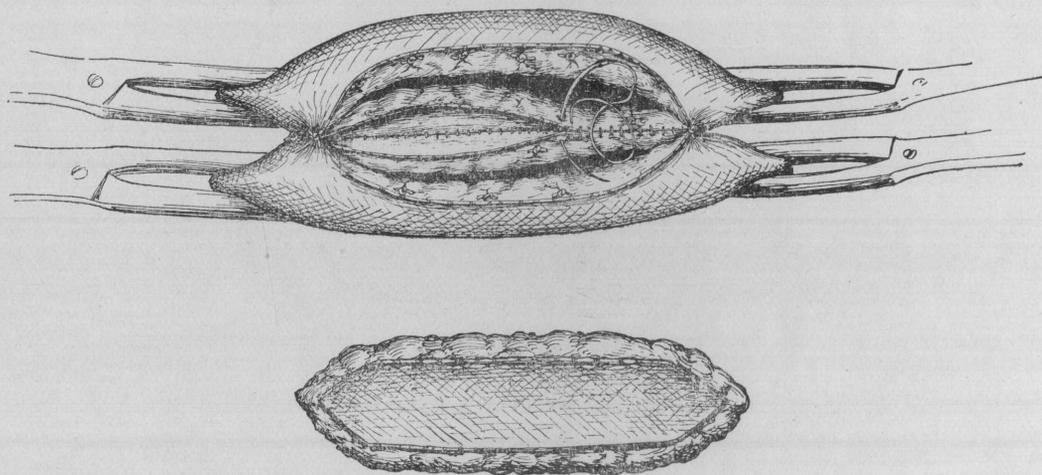


Fig. 2. — La gastro-enterostomia procede ora regolarmente con la sutura della parete posteriore a tutto spessore. Sotto è la losanga di parete gastrica asportata.

riore in vicinanza del piloro quando non si voglia eseguire la gastro-enterostomia marginale, nella grande curvatura dopo averla liberata dal legamento gastro-colico.

Per lo stesso scopo il PADULA aveva anche proposto di creare una specie di cul di sacco con la parete gastrica stomizzata, servendosi all'uopo dell'orificio praticato nel mesocolon trasverso.

E tutto ciò io ho voluto premettere per illustrare l'importanza di un problema che si riferisce alla tecnica della gastro-enterostomia, della quale l'azione terapeutica tanto più sarà efficace quanto meglio e stabilmente il neostoma sarà funzionante.

cui si interessarono fin qui gli operatori, si potrà aggiungerne un altro che impedisca o almeno renda più difficile l'avvicinamento dei margini e quindi la chiusura dello stoma durante l'irrigidimento della parete gastro-intestinale. Se si potesse giungere a questo, ne verrebbe di conseguenza che il contenuto gastrico passerebbe attraverso la nuova bocca non solo nelle pause ma anche durante i periodi di contrazione peristaltica. E la tendenza della gastro-enterostomia a non restringersi e a conservare la sua funzionalità sarebbe maggiore, dando ai malati i vantaggi derivanti dalla abolizione di ogni ristagno e dalla diminuzione di stimoli alla

ipercinesi originati da un eccesso di acidità dell'ambiente gastrico.

In base a questo ragionamento ho pensato che, senza rendere più lungo o indaginoso l'intervento, anzi facilitandolo, si potrebbe, invece di una semplice incisione lineare, eseguire sulla parete gastrica da stomizzare una

poichè la comune apertura lineare praticata nel digiuno si adatta perfettamente sullo stoma gastrico. Inutile credo precisare le dimensioni da darsi alle aperture che naturalmente saranno tenute ampie il più possibile, secondo il buon senso dell'operatore, in ogni singolo caso.

Io ho potuto, a intervento terminato, controllare coll'indice non solo la ampiezza, ma anche la tendenza a restare

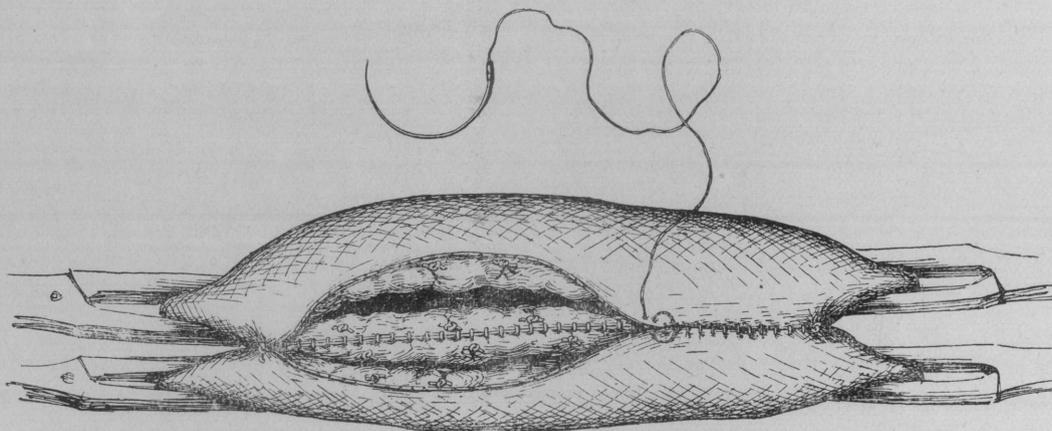


Fig. 3. — *Sutura invertente della parete anteriore. Seguirà poi la siero-sierosa.*

incisione esagonale allungata (v. fig. 1).

Tale incisione interessando lo strato sieroso e quello muscolare viene a delimitare un esagono destinato ad essere esciso allo scopo di lasciare nella parete gastrica un orificio ampio e con netta tendenza a restare beante. Come si vede dalle illustrazioni la sottomucosa coi suoi vasi viene ampiamente messa allo scoperto e si presta benissimo alla emostasi preventiva per trasfissione, secondo V. HABERER, che non manco mai di eseguire.

L'esagono quindi, a tutto spessore, viene asportato con le forbici; dopo di che si procede senz'altro agli altri tempi della normale tecnica (V. fig. 2 e 3)

beante della gastro enterostomia così eseguita. E una indagine radiologica accurata, che naturalmente non potrebbe essere dimostrativa in semplici immagini radiografiche, mostra assai bene sotto lo schermo il fenomeno, del resto prevedibile, del passaggio del bario attraverso il neostoma non solo nei periodi di pausa, ma anche in quelli della contrazione peristaltica.

Ciò non ostante mi sembra che anche solo la radiografia riportata nella fig. 4 dimostri abbastanza bene il funzionamento più completo ed efficace ottenuto con la variante di tecnica da me proposta. L'immagine è stata rilevata da un operato, un mese prima, di « ga-

stro-enterostomia plastica » per ulcera stenosa del duodeno. Radioscopicamente si poteva notare l'abbondante flusso di bario attraverso il neostoma

mezzo dopo dimostrò lo stomaco del tutto vuoto.

Mi pare inutile insistere sui vantaggi del metodo e penso che esso meritereb-



Fig. 4. — *M. Luigi. Operato da due mesi di G. E. plastica. Si osservi l'abbondante flusso del contenuto gastrico attraverso il neostoma. La trama piloro-duodenale è pure visibile e dimostra la modica derivazione del bario anche per questa via.*

non solo, ma era anche possibile stabilire come durante l'irrigidimento contrattile gastrico tale flusso non subisse interruzione, non ostante che una tenue onda barica fosse contemporaneamente visibile lungo il piloro duodeno. Un controllo eseguito due ore e

be davvero di generalizzarsi; di essere eseguito cioè in tutti quei casi nei quali la gastro-entero-anastomosi trovasse la sua indicazione di fronte alle tecniche demolitrici.

Entro questi limiti io lo vado eseguendo da un anno a questa parte nel-

la presunzione che esso possa, meglio dei metodi ordinari, opporsi ai danni della ipercinesi e della stasi, così da lasciare prevedere una maggiore efficacia terapeutica e un miglioramento negli esiti lontani.

RIASSUNTO

L'A. descrive una variante alla tecnica della G. E. consistente nell'esci-

dere un lembo esagonale allungato dalla parete gastrica al posto della semplice incisione lineare. Ne risulta una stomia più ampia e con tendenza a mantenersi beante anche durante l'azione peristaltica gastro intestinale. Ciò evita i danni dell'ipercinesi e della stasi favorendo l'azione terapeutica dell'intervento. Inoltre rende pressochè impossibile anche a distanza la chiusura della stomia.

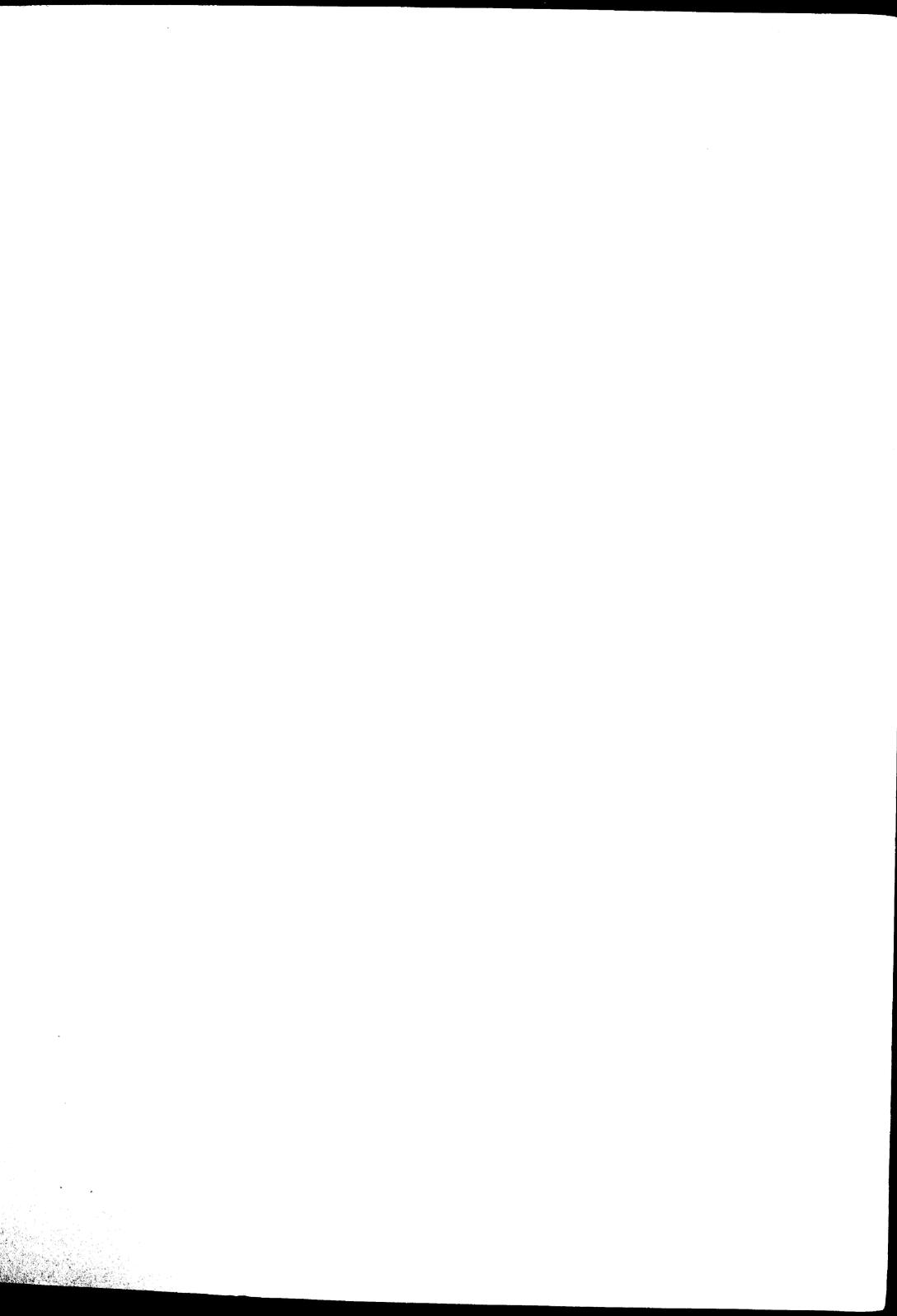
70609

70609









—