

BOGUSŁAWA BENENDO, WALDEMAR OLSZEWSKI

WGŁOBIENIE JELITOWO-ŻOŁĄDKOWE
PO RESEKCJI ŻOŁĄDKA

Z Zakładu Radiologii Lekarskiej AM w Warszawie

Kierownik: prof. dr nauk med. W. Zawadowski

Z I Kliniki Chirurgicznej AM w Warszawie

Kierownik: doc. dr med. J. Nielubowicz

Wgłobienie jelitowo-żołądkowe w miejscu zespolenia jest rzadko spotykanym powikłaniem po resekcji żołądka metodą Billroth II.

Od roku 1881, w którym wykonano pierwszą gastroenterostomię powikłanie to opisano w piśmiennictwie światowym zaledwie około 100 razy (5). W piśmiennictwie polskim doniesienia o wgłobieniu jelitowo-żołądkowym podali *Mossakowski* (8) i *Dowgird* (3). Przypadek podobny obserwowaliśmy również w I Klinice Chirurgicznej.

Opis przypadku: Chory W. L., lat 50 przybył podczas ostrego dyżuru z powodu silnych bólów w nadbrzuszu o charakterze kolki, do których dołączyły się wymioty początkowo treścią pokarmową, a następnie z domieszką brunatnej krwi. Dolegliwości te wystąpiły w kilka godzin po błędzie dietetycznym. Przed 8 laty wykonano u chorego częściowe wycięcie żołądka sposobem Reichel-Polya z powodu owrzodzenia dwunastnicy. Przez cały czas po zabiegu czuł się dobrze, nie miał bólów ani krwawień z przewodu pokarmowego. Badaniem przedmiotowym poza bolesnością uciskową w nadbrzuszu nie stwierdzono objawów nieprawidłowych. Tętno 70/min., dobrze napięte i wypełnione, ciśnienie tętnicze krwi 130/80 mmHg. Badania dodatkowe: skład morfologiczny krwi — krwinki czerwone 4 080 000, krwinki białe 12 800, hematokryt 30.

Badanie radiologiczne: Przełyk bez zmian. Stan po częściowej resekcji żołądka i zespoleniu żołądkowo-jelitowym. W chwili rozpoczęcia badania kikut żołądka wypełniony jest dużą ilością treści półpłynnej (resztki pokarmowe, skrzepy krwi?) (ryc. 1). W obrębie kikuta, w miejscu zespolenia widoczna jest znacznie rozszerzona, rozdęta gazem pętla jelita cienkiego (ryc. 2) z wyraźnymi okrężnymi fałdami Kerkringia (ryc. 3). Środek cieniujący z trudem przedostaje się do pętli odprowadzającej, zalegając w żołądku.

Wkrótce po wykonaniu badania radiologicznego dolegliwości całkowicie ustąpiły, wobec czego odstąpiono od planowanego zabiegu operacyjnego. Wykonane po 12 godzinach przeglądowe zdjęcie jamy brzusznej wykazało obecność barytu w obrębie jelita grubego.

W czasie kontrolnego badania radiologicznego po 7 dniach stwierdzono prawidłową wielkość kikuta żołądka oraz swobodne przechodzenie środka cieniującego przez miejsce zespolenia do pętli odprowadzającej (ryc. 4). Porównanie wyników obu badań wskazuje na samoistne odprowadzenie wgłobionej pętli.

Na podstawie wyniku badań radiologicznych i w oparciu o objawy kliniczne rozpoznaliśmy: stan po częściowym wycięciu żołądka sposobem Reichel-Polya z wgłobieniem jelitowo-żołądkowym.



Ryc. 1.

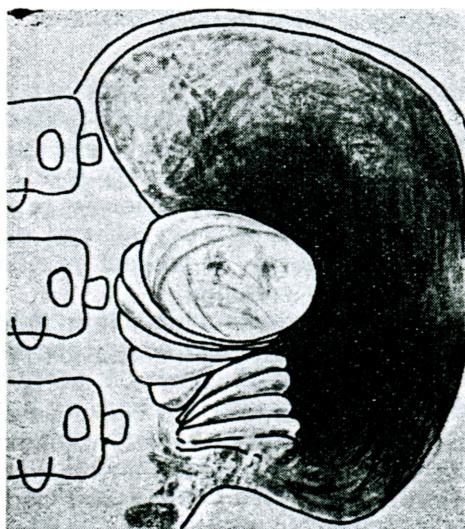


Ryc. 1a.

Ryc. 1 i 1a. Kikut żołądka wypełniony dużą ilością treści półpłynnej.



Ryc. 2.

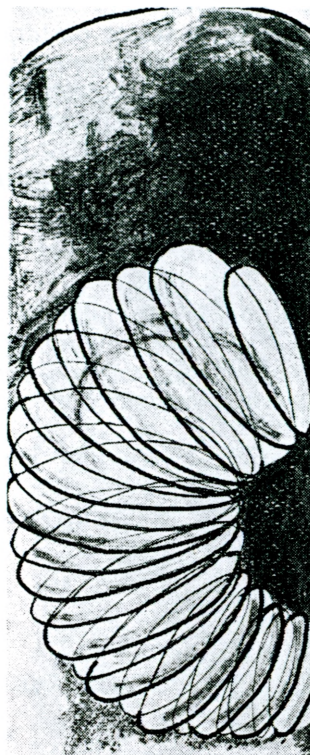


Ryc. 2a.

Ryc. 2 i 2a. W obrębie kikuta widoczna znacznie rozszerzona rozdęta gazami pętla jelita cienkiego.



Ryc. 3.



Ryc. 3a.

Ryc. 3 i 3a. Wgłobiona pętla jelita cienkiego z okrężnymi fałdami błony śluzowej (*plicae conniventes* Kerkringi).

OMÓWIENIE

Wgłobienie jelitowo-żołądkowe w miejscu zespolenia może dotyczyć: a) pętli doprowadzającej (10⁰/o); b) pętli odprowadzającej (74⁰/o); c) obydwu pętli (16⁰/o) (4).

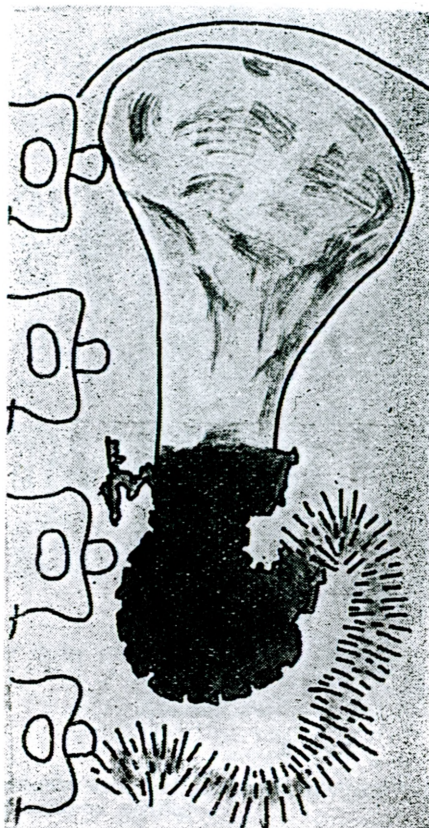
Pierwsze dwie postacie wgłobienia spotyka się zwykle w kilka miesięcy do kilkunastu lat po zabiegu; trzecią jako bezpośrednie powikłanie pooperacyjne. Większość przypadków w piśmiennictwie światowym odpowiada wgłobieniu pętli odprowadzającej. Przypadki te były rozpoznane w czasie zabiegu operacyjnego lub sekcji. Rozpoznanie radiologiczne wgłobienia należą do rzadkości (6, 12).

W ostrym zespole wgłobienia jelitowo-żołądkowego po resekcji żołądka na czoło wysuwa się triada objawów: a) silny ból w nadbrzuszu o charakterze kolki; b) wymioty początkowo treścią pokarmową, a następnie z domieszką żółci, wreszcie fusowate; c) objawy wstrząsu.

Rozpoznanie radiologiczne polega na wykazaniu nieprawidłowych ubytków wypełnienia w świetle kikuta żołądka. Ubytki te są zwykle okrągławe o regularnych obrysach z charakterystycznym obrazem fałdów śluzówki jelita cienkiego odpowiadających wgłobionej pętli. Często stwierdza się opóźnione opróżnianie kikuta żołądka i znaczne jego rozszerzenie.



Ryc. 4.



Ryc. 4a.

Ryc. 4 i 4a. Badanie kontrolne po 7 dniach: prawidłowa wielkość kikuta żołądka, swobodne przechodzenie środka cieniującego przez miejsce zespolenia do pętli odprowadzającej.

Przyczyny powstania wgłobienia jelitowo-żołądkowego są nieznane. Guzy i zmiany zapalne nie odgrywają tu żadnej roli w mechanizmie wgłobienia. Prawdopodobnie większe znaczenie mają zaburzenia czynnościowe, jak skurcz jelita i nadmierna jego perystaltyka (4, 10).

Z czynników mechanicznych niektóre niedokładności w technice operacyjnej mogą sprzyjać powstaniu wgłobienia. Są to: zbyt szeroki lub zbyt wąski otwór zespoleniowy, zbyt długa pętla doprowadzająca mechaniczne skrócenie krezki jelita cienkiego, a także zrosty jelita z kreską poprzecznicy i ssące działanie żołądka.

Każde wgłobienie jelitowo-żołądkowe jest bezwzględny wskazaniem do natychmiastowej interwencji operacyjnej, która może polegać na: a) odprowadzeniu części uwięźniętej bez nacinania żołądka lub przez gastrotomię; b) wycięciu zespolenia wraz z odcinkami wgłobionymi; c) przekształceniu zespolenia Billroth II w zespolenie typu Rydygiera, co ma zapobiegać nawrotom.

Śmiertelność u chorych nieoperowanych sięga 100% (4), u operowanych w pierwszych 48 godzinach 10%, powyżej 48 godzin 50%.

W naszym przypadku odprowadzenie wgłobienia nastąpiło samoistnie. Chory po 2-tygodniowej obserwacji szpitalnej został wypisany z Kliniki w dobrym stanie ogólnym. W dostępnym nam piśmiennictwie spotkaliśmy opisane 4 przypadki samoistnego odprowadzenia wgłobienia jelitowo-żołądkowego (5). Zdaniem *McGlone'a* przypadki podobne w postaci poronnej zdarzają się zapewne częściej, lecz na skutek samoistnego odprowadzenia nie trafiają do rąk lekarzy.

WNIOSKI

1. W przypadkach krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego u chorych po zespoleniu żołądkowo-jelitowym lub po częściowym wycięciu żołądka sposobem Billroth II poza podejrzeniem wrzodu trawiennego należy brać pod uwagę możliwość wgłobienia jelitowo-żołądkowego.

2. Przedoperacyjne rozpoznanie wgłobienia jelitowo-żołądkowego jest wyłączną domeną badania radiologicznego.

3. Wgłobienie jelitowo-żołądkowe jest bezwzględny wskazaniami do leczenia operacyjnego.

Б. Бенендо, В. Ольшевски

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ

Содержание

Авторы описывают случай желудочно-кишечной инвагинации у 50-летнего мужчины, которому 8 лет тому назад произведено резекцию желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. Диагноз инвагинации установлен в результате рентгенологического исследования опираясь на клинической симптоматики. Случай не подтвержден лапаротомией поскольку произошла зампроизвольная дезинвагинация. Кроме описания случая авторы на основании доступной литературы обсуждают клинические и рентгенологические симптомы, предположительные причины возникновения, а также методы лечения в случаях инвагинации.

B. Benendo, W. Olszewski

THE CASE OF A JEJUNA-GASTRIC INTUSSUSCEPTION

Summary

The case of a jejuno-gastric intussusception in a 50 years old male is described. Eight years ago the patient was suffering from duodenal ulcer and had an gastric operation.

The diagnosis of the intussusception was based on the clinical picture as well as on radiological examination.

The case was not confirmed surgically since the intussusception resolved spontaneously. Besides description of the case the authors discuss the available references covering the aspects of etiology, clinical symptoms and treatment of this clinical entity.

PIŚMIENNICTWO

1. *Bradford B., jr., Boggs J.*: AMA Arch. Surg., 1958, 77, 201. — 2. *Candell W., Lee C.*: New Engl. J. Med., 1955, 253, 635. — 3. *Dowgird A.*: Pol. Tyg. Lek., 1957, 12, 963. — 4. *Foster D.*: AMA Arch. Surg., 1956, 73, 1009. — 5. *McGlone F., Dorr H., Burns*: Gastroenterology, 1954, 26, 6, VI. — 6. *Lester W., Benkendorf C.*: Radiology, 1959, 73 : 234, VIII. — 7. *Mason L., Williams R., Marshburn T.*: AMA Arch. Surg., 1960, 81, 485. — 8. *Mossakowski J.*: Pol. Przegl. Chir., 1939, 18, 272. — 9. *Prohaska J., Govostic M., Harms H., Evans S.*: Am. J. Surg., 1957, 94, 776. — 10. *Salem M., Coffman S., Postlethwait R.*: Ann. Surg., 1959, 150, 864.
11. *Smith J.*: Brit. J. Surg., 1955, 42, 654. — 12. *Soteropoulos C., Berkman Y., Gilmore J. H.*: Radiology, 1959, 73, 238, VIII. — 13. *Schinz H., Baensch W., Friedl E., Uehlinger E.*: Lehrbuch der Rontgendiagnostik. Postoperative Magenileus und andere Komplikation. 3192. — 14. *Uthgenannt H.*: Fortschritte ad. G. Roentgenstrahlen, 1955, 90(5), 577, V. — 15. *Zawadowski W., Szarecki S.*: Pol. Przegl. Radiolog., 1932, VII, 333. — 16. *Wisoff C. P.*: Radiology, 1953, 61 : 363. — 17. *Virtama P., Yankala N.*: British J. of Radiology, 1961, 36 : 750.

Praca wpłynęła: 24.XII.1961 r.