

Rezecție duodenală totală cu conservarea pancreasului și reconstrucție pe ansa în Y pentru polipoza duodenală

Catalin Copaescu^{1,2}, Bogdan Smeu¹, Alina Constantin¹, Adrian Saftoiu³

¹Ponderas Academic Hospital Bucharest, Romania

²"Grigore T Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași, Romania

³University of Medicine and Pharmacy, Craiova, Romania

Rezumat

Introducere: Polipoza duodenală (PD) este frecvent asociată la pacienții cu polipoză adenomatoasă familială (PAF), iar riscul de malignizare a acesteia este evaluat endoscopic folosind scorul Spigelman. Tratamentul endoscopic este prima opțiune pentru PD în timp ce, tratamentul chirurgical este indicat pentru stadiile avansate (Spigelman III-IV). Rezecția duodenală totală cu conservarea pancreasului a fost propusă ca o metodă de tratament mai puțin agresivă în comparație cu duodenopacreatectomia cefalică (DPC), păstrând întregul pancreas "in situ" și scăzând numărul de anastomoze necesare pentru reconstrucție. Rezecția duodenală totală este în general efectuată prin abord clasic, cu anastomoză tip Billroth sau cu prezervare pilorică. Folosirea unei anse în Y "a la Roux" este limitată din cauza complexității crescute a procedurii, a numărului de anastomoze și din cauza limitării accesului endoscopic necesar monitorizării postoperatorii.

Scopul articolului este de a descrie tehnica rezecției duodenale totale cu conservarea pancreasului pe cale laparoscopică (LPSTD – Laparoscopic Pancreas Sparing Total Duodenectomy) cu reconstrucție pe ansa în Y "a la Roux" și de a prezenta rezultatele procedurii la un pacient cu polipoză duodenală (Spigelman IV) și colectomie totală pe cale deschisă pentru polipoza adenomatoasă familială asociată.

Metoda: Am efectuat LPSTD cu antrectomie, colecistectomie și reconstrucție pe ansa în Y la un pacient de 39 de ani, de sex masculin, cu polipoza duodenală, cu antecedente de polipoză adenomatoasă familială ce a necesitat, anterior, colectomie totală cu anastomoză ileorectală pe cale deschisă. Investigațiile preoperatorii și etapele abordului chirurgical laparoscopic au fost descrise în detaliu.

Rezultate: timpul operator a fost de 280 minute. Au apărut două complicații postoperatorii, o sângerare autolimitată perianastomotică (la anastomoza pancreatico-jejunală) în ziua PO 1; și necroza bontului cistic cu coleperitoneu secundar (PO 7). Ambele au necesitat explorarea laparoscopică. Alimentația orală a fost introdusă în ziua 2 PO, pacientul fiind externat în ziua 14 PO. Nu au existat alte complicații, de tipul întârzierii evacuării gastrice, a fistulei pancreatice sau biliare. Evaluarea la 6 luni postoperator, care a inclus tomografia computerizată și inspecția endoscopică retrogradă a neopapilei, nu a evidențiat recurențe la nivelul jejunului.

Concluzii: Deși este o procedură complexă, LPSTD reprezintă o alternativă a rezecției pancreatico-duodenale pentru pacienții cu polipoză adenomatoasă familială și adenoame vilozitate voluminoase periampulare, în special a celor cu grad înalt de displazie. Abordul laparoscopic și reconstrucția pe ansa în Y "a la Roux" pot contribui la reducerea morbidității postoperatorii în duodenectomia totală cu conservarea pancreasului.

Cuvinte cheie: polipoza adenomatoasă familială, adenoame duodenale, duodenectomie totală cu conservarea pancreasului, laparoscopia, reconstrucția pe ansa în Y "a la Roux"