

Summary

A CASE OF EBSTEIN ANOMALY

A case is presented of Ebstein's anomaly. In addition to the detailed description of the case, the paper discusses the principal signs and symptoms that characterize the anomaly, particularly with regard to the criteria of the echocardiographic diagnosis.

Résumé

UN CAS AVEC ANOMALIE D'EBSTEIN

Il est décrit un cas présentant une anomalie d'Ebstein. Après avoir décrit les signes cliniques, l'auteur met l'accent sur les critères échocardiographiques pour déterminer le diagnostic.

MBYLLJA PARËSORE E PLAGËS PERINEALE NË HEQJEN
ABDOMINO — PERINEALE TË REKTUMIT

— ADELINA MAZREKU — AGIM KARAJ —

(Instituti Onkologjik)

Në mjekimin kirurgjikal të kancerit të rektumit nëpërmjet heqjes abdomino-perineale, deri në vitet 60 mbyllja parësore e plagës konsiderohej e pamundur. Përpjekjet e kirurgëve për mbylljen parësore të plagës perineale dualën me sukses fillimisht në trajtimin e prolapseve të avancuara të rektumit nëpërmjet të prerjeve korrigjuese të cilat treguan edhe për rezistencën e jashtëzakonshme të regjionit perineal ndaj kontaminimit të përkohshëm bakterial. Në vitet 70 mbyllja parësore e plagës perineale filloi të bëhet me sukses dhe në heqjet abdomino-perineale të kryera në të sëmuret me kancer të rektumit dhe sot kjo metodë përdoret në 60-90% të rasteve (1).

Nëpërmjet rastit që po paraqesim, do të theksojmë ato momente të teknikës kirurgjikale që bëjnë të mundur mbylljen parësore të plagës perineale.

Paraqitja e rastit

Pacienti Q.S., 65 vjeç, shtrohet në repartin e kirurgjisë të Institutit të Onkologjisë më 3.12.1986, me diagnozën karcinomë rektale. Në ekzaminimin rektal konstatohet: masë ekzofite e ulceruar që zë 3/4-ën e cir-konferencës, 3 cm mbi marzhin anal; lumeni i rektumit i ngushtuar, lëvizshmëria e mukozës e kufizuar në paretin e përparmë. Ekzaminimi histologjik: adenokarcinomë infiltrative e rektumit.

Përgatitja paraoperative u bë gjatë disa ditëve me dietë hiperkalorike me mbeturina të pakta dhe laksativë të lehtë, ndërsa në 24-orëshin para operimit me dietë hidrike, klizma pastruese dhe antibiotikë per-os (7 gram neomicinë 1.5 gram eritromicinë). Në mëngjesin e ditës së operimit regjioni perineal u la për 10 minuta me ujë të ngrohtë dhe sapun dhe u lye me tinkturë jodi. Heqja abdomino-perineale u krye me dy ekiye të njëkohshme më 9.12.1986.

Po përshkruajmë ato momente të teknikës operative që ndihmojnë mbylljen parësore të plagës perineale.

Gjatë fazës abdominale, peritoneumi në nivel të mezozigmës e pjesës rektosigmoidale u pre në afërsi të zorrës, duke krijuar kështu lembo

të gjerë peritoneale, që lejoj afrimin e tyre të lirshëm. Faza perineale filloi njëkohësisht në fazën abdominale. Vrima anale u mbyll me kisetë seta dhe prerja elipsoide 3-4 cm larg e rreth vrimës anale, u thellua derisa u zbuluan muskujt levatorë ani. Pas prerjes së lidhës anoksigjeale dhe prerjes së gjerë të muskujve levator ani, filloi mobilizimi i njëkohshëm nga të dy ekipet e paretit të pasmë të rektumit, duke respektuar planin avaskular presakral.

Preparimi i paretit të përparmë, i vështirësuar nga ngjitja me prostatën, u arrit duke iu përmbajtur, pas prerjes së muskujve pubo-rektalë, një plani klivazhi paralel me paretin e rektumit, ndër kohë që ky i fundit mbahej i tërhequr proksimalisht nga ekipi abdominal e distalisht nga ekipi perineal. Rindërtimi i dyshemesë pelvike u bë pas hemostazës së plotë, e cila arrihet lehtë gjatë bashkëpunimit të të dy ekipeve. Lembot peritoneale u bashkuan me qepje të vazhdueshme keit guti. Në hapësirën presakrale u vendos dregome me vrima të shumta anësore, që u nxuarrën me kontraaperturë në fosën iskiorektale të djathtë. Plaga perineale u mbyll *per primam* me qepje të veçanta, keit guti kromat në subkutis dhe seta në lëkurë. Gjatë 7 ditëve të para pas operimit u përdor flagyl intravenoz.

Nga dreni i lidhur me sistem aspirimi të lehtë, ditën e parë rrodhën 200 cc sekrecione serohemorragjike, ditën e dytë 100 cc dhe në ditët pasuese nga 20 cc sekrecione seroze. Dreni u hoq ditën e 7-të pas operimit. Penjët e plagës perineale u hoqën ditën e 12-të. Plaga u rigjenerua *per primam*. Kateteri urinar u hoq ditën e 7-të, por pacienti pati retension urinar, i cili u kontrollua me kateterizime të përsëritura çdo 8 orë dhe ditën e 23-të pas operimit, urinoi vetë. Doli i shëruar më 5.1.1987.

Diskutim

Në klinikën tonë në trajtimin e plagës perineale deri më sot i jemi përmbajtur teknikës klasike të mbylljes *per secundum* me tamponim të zgavrës pelvike e, më rrallë, me drenimin e saj me tub gome të trashë të mbështjellë me shtrisho garze. Dhimbja e ndjenja e trupit të huaj, që shoqëron heqjen e rivendosjen e strishove të garzës, ngritja e vonshme e të sëmurit, ditë-qëndrimet e gjata dhe vështirësitë e mjekimit ambulator kanë qenë pjesë përbërëse e dekursit pasoperator.

Disavantazhet e mbylljes *per secunson*, si imobilizimi i gjatë i të sëmurit me pasojat përkatëse, krijimi i një zgavre të supëruar, mbyllja e të cilit vazhdon 3-6 muaj (çka zgjat ditë-qëndrimin spitalor e kërkon mjekime ambulatorie të përsëritura) ishin të pranishme sa kohë ekzistonte bindja se eliminimi i hapësirës së vdekur pelvike ishte i pamundur (1,6,8).

Mbyllja parësore e plagës perineale, në rastin që po paraqesim i siguroi pacientit një ecuri pasoperatore të lirë nga shqetësimet e mësipërme. Ai u ngrit që ditën e tretë dhe në ditën e 12-të pas heqjes së penjve plaga perineale që e mbyllur. Zgjatja e ditë-qëndrimin spitalor u shkaktua nga atonia e vezikës urinare, ndërlikim që ndodh jo rrallë në heqjet abdomino-perineale, çka lidhet me traumatizimin e pleksit nervor presakral e jo me mënyrën e trajtimit të plagës perineale.

Avantazhet e mbylljes parësore të plagës perineale duhen pasur parasysh gjatë gjithë etapave të heqjes abdomino-perineale, për të përfutur ato kushte që e bëjnë të mundur realizimin e saj.

Mendojmë se tri janë momentet kryesore, të cilat i kemi respektuar me rreptësi në trajtimin me të sëmurin tonë.

Së pari, në fazën abdominale, momenti më i rëndësishëm është preparimi i lembove peritoneale sa më të gjera. Qepja e tyre pa tensionim lejon zbritjen e dyshemesë peritoneale të rindërtuar drejt hapësirës pelvike të krijuar nga heqja e rektumit, që, së bashku me zhvendosjen e prostatës dhe vezikës urinare në meshkuj dhe vaginës e uterusit në femra jo vetëm e zvogëlon këtë hapësirë, por edhe e vesh atë me një material me veti që të theksuara plastike siç është peritoneumi, çka ndihmon rigjenerimin e shpejtë të kësaj hapësire (1,2,3,5).

Së dyti, në fazën perineale, pa nënvleftësuar vlerën e përpunimit peroperator të regjionit perineal dhe mbylljes së hershme e sa më hermatike të vrimës anale për të zvogëluar në maksimum kontaminimin nga jashtë të zgavrës së ardhshme pelvike, një nga momentet më të rëndësishme është preparimi i kujdesshëm i rektumit pa dëmtuar paretin e tij (4,6,7).

Në rastin tonë, meqenëse hapësira pelvike që e ngushtë dhe paretin e përparmë i rektumit i ngjitur me prostatën, nuk e nxorrëm paraprakisht pjesën rekto-sigmoidale nëpërmjet plagës perineale, e pastaj ta ndanim paretin e përparmë të rektumit nga uretra e prostata, siç veprojmë zakonisht, por preparuam paretin e përparmë duke mbajtur rektumin në pozicionin e vet të tendosur nga të dy anët e duke respektuar një plan klivazhi paralel me paretin. Mendojmë se ky veprim lehtëson preparimin, mbron nga dëmtimi i mundshëm si paretin rektal, ashtu edhe strukturat e ngjitura në të (3,5,8).

Momenti i tretë është sigurimi i një hemostaze të plotë. Përdorimi i elektrobisturisë në prerjen e muskujve levatorë e respektimi i planit presakral në preparimin e paretit të pasmë të rektumit i pakësojnë hemorragjinë në këtë etapë shpesh hemorragjike. Pikat hemorragjike u lidhën me keit gut, duke shmangur përdorimin e materialit të pathithshëm, që mund të bëhet shkak infeksioni e kokrrizimesh të dhimbshme (6).

Hemorragjia venoze në llozhën prostatike u zotërua me kompresim gjatë disa minutave, mënyrë që duhet pëlqyer ndaj kapjes me klema të vazave, çka shpesh, në vend që të kontrollojë hemorragjinë, e vështirëson ndalimin e saj (3,6,7).

Përfundime:

1) Mbyllja parësore e plagës perineale thjeshtëson e lehtëson ecurinë pas operimit dhe shkurton ditë-qëndrimet spitalore në prerjen abdomino-perineale të kryer për kancer të rektumit.

2) Mbyllja parësore e suksesshme është e mundshme në shumicën e rasteve e, në qoftë se respektohen me rreptësi momentet operatore që lidhen me të.

3) Mbyllja *per secundum* duhet të kryhet vetëm në rastet kur gjatë preparimit hapet lumeni i rektumit ose hemostaza nuk është e plotë.

Dorëzuar në redaksi më 8.5.1987

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Altmeier W.A., Cincinati M.D.:** Primary closure of perineal wound in abdomino-perineal resection of the rectum for carcinoma. The American journal of surgery, 1974, 3, 127.
- 2) **Broader .M., Masselink B.A., Qates G.D. and coll.:** Management of pelvic apices after proctectomy. Br. J. surg., 1974, 61, 94.
- 3) **Harold E.:** Abdomino-perineal resection of the rectum. Maingut's abdominal surgery, London, 1985, 1509.
- 4) **Horst E. G., Karl K.:** Abdomino-perineal resection according to caudier. Quenu and Miles. Atlas of surgical operations, Berlin, 1980, 2, 234.
- 5) **Irvin T.T., Goligher J.C.:** A controlled clinical trial of three different methods of perineal wound management following excision of the rectum. Br. J. surg., 1975, 62, 287.
- 6) **Jean L., Louis R., Lucien L.:** Exérèse du rectum sans conservation de l'appareil aphinetérien. Amputation du rectum par voie abdomino-perineale. Nouveau traité de technique chirurgicale. In testin grêle, colon rectum, anus. Paris, 1969, XI, 455.
- 7) **Shackel F., Zuidema:** Treatment of anorectal neoplasmas. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia — London, Toronto, Sidney, 1982, 540.
- 8) **Urban K., Lars M.D., Pahlman and coll.:** Abdomino-perineal excision of the rectum. World journal of surgery. 1982, 6, 550.

Summary

PRIMARY CLOSURE OF THE PERINEAL WOUND IN
ABDOMINO-PERINEAL EXCISION OF THE RECTUM

Primary closure of the perineal wound after abdomino-perineal resection of the rectum for carcinoma was introduced in our clinic in 1970 and is now used in 60-90% of cases. The paper shows its superiority to the per secundam technique.

The paper describes in detail the technique of the primary closure and the postoperative care it requires

Résumé

CICATRISATION PRIMAIRE DES PLAIES PERINEALES APRES
RESECTION ABDOMINO — PERNEALE DU RECTUM

Dans cet article il est décrit une méthode chirurgicale pour la résection abdomino-périnéale du rectum (dans les cas de carcinome de ce dernier) ce qui est suivie d'une cicatrisation primaire de la plaie.

Cette méthode est utilisée depuis 1970 dans 60 — 90% des cas et, selon l'auteur, est supérieure envers ma méthode qui aboutit à une cicatrisation secondaire.

Dans l'article on décrit en détail la technique de l'opération et les soins post-opératoire.

FISTULA DUODENO — KOLIKE BENINJE

— VANGJUSH GOLLOSHI — KASTRIOT MËLYSHI —

(Shërbimi i radiologjisë, Spitali klinik nr. 4 — Tiranë),

Fistula duodeno-kolike beninje është një ndërlikim që takohet rrallë, por shkaqet që e japin këtë janë të shumta. Kështu, sipas disa autorëve (1,2,3,4,6) ajo mund të shkaktohet nga ulcera e duodenit, më shpesh nga ato pasbulbare, paskolecistiteve, apendicitit të shpuar me lokalizim ndajmëlçior, pas prerjes së stomakut, pas tifos abdominale, tuberkulozit të mezenteriumit etj. Ky ndërlikim vërehet relativisht më shpesh në patologjitë malinje të zorrës së trashë. Kështu, një autor (cituar nga 7) në 1400 raste me kancer të zorrës së trashë e takoi këtë ndërlikim në 2 raste, ndërsa po ky autor në 8100 autopsi e takoi vetëm në 1 rast.

Sipas disa nga autorët e sipërpërmendur (1,2,3), klinika tek këta të sëmurë karakterizohet nga diarre të shpeshta, që përmbajnë x copa ushqimesh të patretura, rënie në peshë nauze e të vjella, të cilat, në disa raste, mund të jenë fekaloidë. Ekzaminimi radiologjik, i cili duhet të jetë i plotë, duke përfshirë sipas një autori (5), edhe duodeno-grafinë hipotonike, është mjaft i vlefshëm, në mos i vetmi që mund të vendosë një diagnozë të saktë.

Qëllimi i punimit

Fakti që ky ndërlikim takohet rrallë në praktikën radiologjike, në literaturë përshkruhet rrallë, vështirësitë e klinikës për të interpretuar disa gjendje të keqthithjes, diarre të pamotivuara dhe ekzaminimet e shpeshta të këtyre të sëmurëve, por pa sukses na shtynë të shkruajmë këtë artikull, i cili bazohet në 3 raste të praktikës sonë radiologjike të zbuluar në 3200 ekzaminimet të pjesës të sipërme të aparatit tretës.

Materiali dhe diskutimi i tij

Rasti i parë: E sëmura M.G., më 20.5.1982 shtrohet në Spitalin klinik nr. 4 me kartelë klinike nr. 1285 me diagnozën: gjendje febrile.

Ankesat e të sëmurës ishin: temperaturë e lartë, mungesë oreksi, shijë e hidhur në gojë, nakati, të vjella dhe dhimbje në hipokondrin e djathtë.

Në historinë e sëmundjes theksohet se para 20 vjetësh ka bërë apendektomi, 13 vjet pas kësaj ka bërë histerektomi, ndërsa në ekzaminimin radiologjik të bërë para 10 vjetësh i kanë thënë se vuan nga sëmundja ulceroze e duodenit e natyrës kronike. Para 8 vjetësh e sëmura ka pasur gjendje ethore të shoqëruar me të dridhura, është shtruar urgjent në spitalin e Durrësit, ku është dyshuar për infeksion të rrugëve biliare. U mjekua dhe doli nga spitali e shëruar. Pas 3 muajsh i filloi prapë gjendje ethore dhe që atëherë ka pasur herë pas here temperaturë të lartë deri 40°, e gërshetuar kjo me periudha temperature nënethore.

Me gjithë mjekimet e marra gjendja iu përmirësua pak, kështu e sëmura vazhdoi rreth 4 vjet. Për të përcaktuar diagnozën dhe trajtimin e nevojshëm, u dërgua në Spitalin klinik nr. 1 të Tiranës, ku u shtrua me diagnozën: gjendje ethore; vëzhgim.

Pasi u vizitua dhe u konsultua, u vendos të dalë nga spitali dhe të trajtohet me kortizonikë. Për dy vjet gjendja e sëmurës ishte e mirë, pas kësaj kohe asaj i filloi përsëri temperatura e lartë, dobësi e përgjithshme, e shoqëruar edhe me rënie në peshë. Me këto ankesa, e sëmura shtrohet në Spitalin klinik nr. 4 të Tiranës.

Pasi i bëhen të gjitha ekzaminimet dhe analizat e ndryshme i bëhet edhe ekzaminimi i pjesës së sipërme të aparatit tretës dhe vërehet: ezofagu pa ndryshime, stomaku hipotonik, sekrecioni i shtuar, peristaltika e dobët, zbrazja e stomakut e ngadalësuar. Bulbi i duodenit ishte i deformuar, në pjesën e dytë të duodenit vërehet kalim i kontrastit në anën e djathtë të tij dhe shpërndarja e tij në pelvis (zorrë e trashë). U dyshua për fistulë duodeno-kolike beninje (Fig. nr. 1).

Për të përcaktuar më mirë këtë patologji, u përdor tretësirë atropine sulfurik 0.1%, 1 cc nën lëkurë (kjo lëndë ka veprim farmakorëntgendiagnostik të tipit hipotonik). Pas 10 minutash rifilloi ekzaminimi radiologjik i stomakut dhe u vërejt mbushja e njëhershme e «U» duodenale e jejunumit dhe kolon asedent dhe transvers (Fig. nr. 2). U vendos përfundimisht diagnoza radiologjike: fistulë duodeno-kolike beninje.

E sëmura operohet dhe konstatohet fistulë duodeno-kolike si pasojë e një ulcere të vjetër depërtuese të shoqëruar me një xhep të qelbëzuar. Pas operimit gjendja e të sëmurës ka qenë mjaft e mirë.

Pra, nga të dhënat klinike, anamnestike dhe radiologjike, shihet se rasti i mësipërm paraqet ecurinë e sëmundjes ulceroze kronike me kuadër klinik jotipik, që ka dhënë një ndërlikim shumë serioz, i cili ka të ngjarë që të jetë rënduar edhe nga përdorimi i kortizonikëve.

Krejt ndryshe qëndron paraqitja klinike dhe radiologjike e rastit të dytë. I sëmuri G.P., shtrohet në Spitalin klinik nr. 4 me kartelë klinike nr. 3707 me diagnozën: helmim ushqimor.

Në hyrje i sëmuri ankohej për dobësi të përgjithshme, temperaturë të lartë, mungesë oreksi, marrje mendsh, nauze dhe të vjella, defekonte diarre (të ujshme me mukus).

Në historinë e sëmundjes, të tërheq vëmendjen ndërhyrjet e shumta operatore në bark (më 1972 bën shpim të ulcerës dhe i bëhet qepje, në 1974 bën pengesë nga përdredhja e zorrës së hollë, iu hoq një pjesë e zorrës së hollë, më 1975 bën ileus ngjites). Pas këtyre ndërhyrjeve, i sëmuri ka qenë i qetë, por herë pas here kishte diarre të pashpjegueshme. Para tri ditësh, i filloi temperaturë e lartë, dhimbje barku dhe

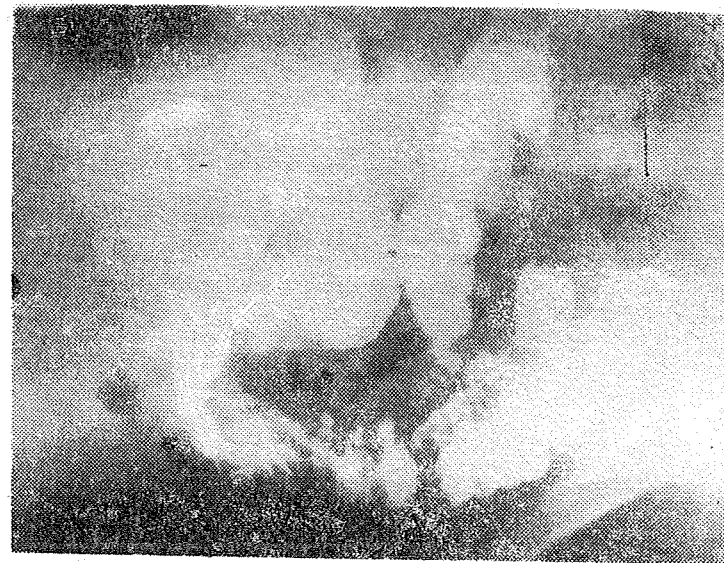


Foto 2



Foto 1

diarre, mjekimi i marrë ishte pa rezultat, diarreja vazhdonte. I kërkohet të bëjë ekzaminimin e pjesës së sipërme të aparatit tretës dhe gjatë ekzaminimit u vërejtën: ezofagu i lirë, stomaku hipotonik, sekrecioni i shtuar peristaltika dhe zbrazja e stomakut normalë. Bulbi i duodenit i deformuar, në pjesën zbritëse të duodenit vërehet kalim kontrasti jashtë kontureve të duodenit. Pas 20 minutash, vërehet mbushje e ansave të zorrëve të holla dhe kolon asedent dhe transvers (Fig. nr. 3). Diagnoza radiologjike: fistulë duodeno-kolike beninje. I sëmurit operohet dhe konstatohen: ngjijtje të shumta, ulcerozë stenozante me depërtim në kolon, afër kthesës mëljore; periduodenit, perikolecistit. Muret e fistulës janë kalloze. Të sëmurit i bëhet prerje e pjesshme e kolon transvers dhe vendoset anastomozë fund me fund. Pas kësaj i bëhet prerje e stomakut tip Finsterer.



Foto 3

Në këtë rast, ekzaminimi radiologjik nuk e pati të vështirë të përcaktojë diagnozën e saktë, duke përdorur metodat radiologjike të zakonshme. Por jo gjithmonë arrihet që të zgjidhet problemi me një ekzaminim të zakonshëm, pasi për t'u zbuluar ky ndërlikim kërkohet një ekzaminim radiologjik kompleks. Për ilustrim po paraqesim rastin e tretë:

I sëmurit B.C., më datën 23.7.1984 shtrohet në shërbimin e reumatologjisë të Spitalit klinik nr. 1 me kartelë klinike nr. 6176, me diagnozën: *algodistrofia pedis sinistra*.

Në hyrje i sëmurit ankohej për dhimbje të artikulimit talokrrural të majtë dhe bacinit në këtë anë. Në historinë e sëmundjes shënohet se, para 5 vjetësh, ka bërë shpim të duodenit dhe i është bërë qepje. Pas kësaj ndërhyrjeje nuk ka pasur ankesa të aparatit tretës, por kanë vazhduar ato të karakterit reumatizmal, për të cilat është shtruar në spital dhe ka dalë i përmirësuar.

Në shtrimin e fundit u konstatua edhe një enjtje e anësive të poshtme, e cila u mendua se nuk është reumatizmale, por pasojë e keqthithjes. Për këtë arsye u konsultua me gastroenterologun, i cili thekson: nga anamneza disamujore me diarre, që paraprakisht nuk duket të ketë origjinë nga patologjia e zorrës së hollë, por që shoqërohet me dukuri osteoartikulare dhe të dhëna ulceroze, këshillohet shpërngulja në shërbimin e gastroenterologjisë. Të sëmurit, midis analizave të tjerave, i kërkohet edhe skopi e stomakut, e cila rezultoi: kancer i stomakut, forma skiroze.

Të dhënat klinike nuk përputheshin me natyrën neoplazike. Atëherë i sëmurit i nënshtrohet një sërë konsultash neurologjike, dermatologjike dhe reumatologjike. Nga këto të fundit, mendohet për ndryshime sklerodermike të lokalizuara. Megjithatë klinika insiston të përsëritet ekzaminimi radiologjik, i cili konstaton: ezofagu në formë pozicion relief dhe tranzit në kufijtë e normës, stomaku hipertonic, mukoza me plika të theksuara, sekrecioni i shtuar, ndërsa peristaltika dhe zbrazja në kufijtë e normës. Bulbi i duodenit dhe segmenti pasbulbar i deformuar dhe i fiksuar, konture me aspekt spikular. «U» duodenale pjesërisht e çrregullt (pjesa horizontale e sipërme dhe zbritëse), jejunumi me aspekt normal. I sëmurit shtrihet në anën e djathtë dhe pas 10 minutash riekzaminohet dhe konstatohet në anën e djathtë të jejunumit relief i çrregullt me aspektin e dyshimtë për kolon (Fig. nr. 4).

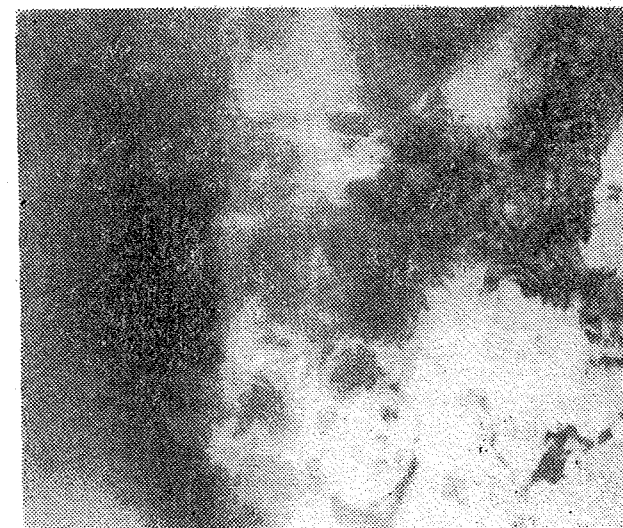


Foto 4

Për këtë dyshim këshillohet duodenografia hipotonike me sondë dhe konstatohet: pjesa fillestare e duodenit mbushet mirë, në *genu superior* të duodenit vërehet kalim i kontrastit jashtë kontureve të duodenit, nga ana e djathtë e tij; jejunumi mbushet reliev paraqitet i çrregullt dhe hipertrofik. Pasi u fut edhe pjesa tjetër e kontrastit, vërehet mbushja e plotë e «U» duodenale; tani kontrasti ka kaluar dhe në kolon në nivel të fleksurës mëlcioze (Fig. nr. 5). Diagnoza radiologjike: fistulë duodeno-kolike beninje.



Foto 5

Të sëmurit i bëhet fibrogastroskopia e pjesës së sipërme të aparatit tretës dhe konstatohet: bulbi i duodenit me mukozë lehtësisht hipertrofike, spazma e tij. Po ashtu vërehen dy kalime — njëri me strukturën e duodenit, ndërsa tjetri paraqitet me reliev të mukozës së zorrës së trashë dhe mbeturina ushqimore (feçe). Konkluzion: fistulë duodeno-kolike.

Siç shihet nga këto raste, klinika e fistulës duodeno-kolike beninje ndryshon nga ato që janë përshkruar dhe konsultuar nga ne në literaturë. Kjo vërteton larminë e madhe të këtij ndërlikimi të sëmundjes ulceroze. Po ashtu, kjo tregon vlerën e madhe që ka ekzaminimi radiologjik, i cili kur është kompleks, e zbulon këtë ndërlikim me rrugë «per orale», gjë që nuk përkon, me të dhënat e literaturës, të cilat theksojnë se për zbulimin e fistulës duodeno-kolike beninje rëndësi kryesore ka ekzaminimi «per rectum», irigoskopia dhe grafia.

Përfundime

1) Klinika e fistulës duodeno-kolike beninje, kur nuk shoqërohet me diarre me përmbajtje ushqimore, është mjaft e larmishme dhe e vështirë për t'u zbuluar. Ekzaminim radiologjik kompleks (kontrast i dyfishtë farmakodiagnostik dhe duodenografia hipotonike) i pjesës së sipërme të aparatit tretës ndihmon mjaft për të zbuluar këtë ndërlikim të sëmundjes ulceroze.

2) Përcaktimi i saktë i vendit të fistulës, dhe veçanërisht shtrirja e tij, është e vështirë. Më shpesh ky ndërlikim intereson segmentin pasbulbar dhe zbritës të duodenit. Dalja e kontrastit jashtë kontureve të duodenit është shenjë radiologjike patognomonike për këtë ndërlikim.

Dorëzuar në redaksi më 6.7.1986

BIBLIOGRAFIA

- 1) Albaret P.: La fistula duodeno-colica benigna da ulcera duodenale. Journ. chirurg., 1972, 104, 595.
- 2) Fishman A.: Gastro-colic fistula from benign gastric ulcer. JAMA, 1970, 3, 190.
- 3) Gollosi V.: Studim radiologjik i stomakut të rezekuar për sëmundjen ulceroze dhe ndërlikimet pasoperatore. Disertacion, 1984, 119.
- 4) Gould V.: Spontaneous gastro-duodenal fistula. Br. J. of radiology, 1961, 34, 619.
- 5) Koroljuk I.P.: Usovershenstvovannaja metodika rentgenologičeskogo issledovaniya dvenadcatiparstnoj kishki. V.R.R., 1985, 2, 34.
- 6) Harned K.R., Permagy J.C.: Gastro-colic fistula due to benign gastric ulcer. The Am. J. of gastroenterology, 1975, 2, 158.
- 7) Mechurst A.C.: Duodeno — colic fistula. Br. J. of radiology, 1956, 6, 381.

Summary

BENIGN DUODENO — COLIC FISTULA

A review is presented of the literature on the frequency, the clinical picture and the radiologic methods of diagnosis of benign duodeno-colic fistula. Three personal cases are described. A common characteristic of these cases is their long history, their ill-defined clinical symptoms and signs and the fact that the patients have long been treated for chronic conditions such as peptic ulcer, cholecystitis, malabsorption etc. By using complex radiologic methods, particularly hypotonic duodenography, it was possible to the pathognomonic radiologic signs of the affection namely «leakage of the contrast substance from the duodenum in to the post-bulbar and the upper 1/3 part of pars descendens of the duodenum» and the «rapid filling of the right-sided part of the colum». The diagnosis based on these signs was confirmed during the surgical intervention.

Résumé

LA FISTULE DUODENO — CHOLIQUE BENIGNE

Les auteurs, après avoir exposé les causes, la fréquence, la symptomatologie, l'examen radiologique, décrivent trois cas atteints de cette maladie. Les caractéristiques communes de ces malades étaient: une maladie longue et trainante avec une symptomatologie pas très évidente traitée pendant longtemps pour un ulcère chronique, une cholécystite, une malabsorption etc. Les auteurs en utilisant de complexes méthodes radiologiques (dont la plus importante est la duodénographie hypotonique) ont pu déterminer les signes radiologiques pathognomoniques tels «la présence de la substance contraste en dehors des contours du duodénum au niveau post bulbaire et dans le tiers supérieur de la partie descendente du duodénum», ainsi que «le remplissage rapide du colon» surtout à droite. Le diagnostic préopératoire a été confirmé par l'intervention.

REKONSTRUKSIONI I QAFËS ME LEMBON MUSKULO-KUTANE TË PECTORALIS MAJOR

— GJERGJI BELBA —

(Klinika e djegie-plastikës, Spitali klinik nr. 2 — Tiranë)

Pas prerjeve të gjera apo defekteve traumatike në regjione të ndryshme, në fushën operatore ekspozohen formacione anatomike si vaza, nerva, muskuj apo kocka. Mbyllja e këtyre plagëve kërkon të përgatiten lembo me vitalitet të plotë, me qëllim që ndërlikimet pasoperatore të jenë minimale. Njëkohësisht, me anën e këtyre lembove kirurgu plastik restauron funksionin, si edhe formën e jashtme të regjionit të prekur.

Problemet e mësipërme, këto vitet e fundit po zgjidhen me sukses me anën e lembove muskulo-kutane. Preparimi i lembove muskulo-kutane bazohet në parimin e ushqyerjes nga arteriet shpuese që vijnë nga muskuli nën të. Pra, një ishull lëkure mbi muskul do të jetojë vetëm në qoftë se do të ruhet vaskularizimi i muskulit.

Zhvendosja e muskulit duke prerë fiksime, por duke ruajtur vaskularizimin e tij bën që të zhvendoset edhe ishulli i lëkurës. Kjo njësi muskulo-kutane mbush mjaft mirë defektet, mbron formacionet anatomike, mënjanon ndjeshmërisht infeksionin, fiksohet mirë në indet e rrezatuara më parë, akomodohet plotësisht, duke ruajtur formën kozmetike të regjionit, ul në mënyrë të ndjeshme ditëqëndrimin në spital si ndërhyrje që kryhet vetëm me një etapë. Me lembo muskulo-kutane të *pectoralis major* mbyllen kryesisht defektet në qafë, në gjysmën e poshtme të fytyrës si dhe rekonstruktohen dëmtimet mukozale në këto regjione (2,4,5,8,11,12).

Këtë lembo e ka preparuar për herë të parë Ariyan në vitin 1979 (7). Përfundime të plota për sa i përket preparimit, zbatimit e ndërlikimeve u bënë në vitet 1983-1984 (3,6,9). Bazuar në to, e realizuam fillimisht operimin në 11 kadavra, e më pas në rastin e parë që na u paraqit.

Rasti ynë klinik. Pacienti K.K., 60 vjeç, shtrohet tek ne më 22.10.1986 me kartelë nr. 6035, me diagnozë: *Ca cutis bazoqelizor regio coli dexter*. Dërgohet nga Instituti i Onkologjisë. Lokalisht paraqiste një masë kanceriforme me diametër 8 cm, të ngjitur me struktura të thella, me adenopati regjionale, e vendosur midis këndit mandibular dhe klavikulës së djathtë. Në qendër të masës kish fibrinë, ndërsa lëkura ishte e inflamuar. Pacienti referonte se masa i ishte zhvilluar dy muajt e fundit. U vendos që, para ndërhyrjes, pacienti të mjekohej lokalisht disa ditë për