

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 reliefi paraqitet i rregullt 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 relief 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 diarree 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 patognomike 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 dvenadcatiparnostoj 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 LEMBO 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 krateriforme 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