

TRAPEZUL CEFALOPANCREATIC ȘI TRIUNGHIUL COLEDOCO-WIRSUNGIAN

S. Suman ✉

Departamentul de chirurgie operatorie și anatomie topografică
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova

TRAPEZIUS CEFALOPANCREATIC AND COLEDOCO-WIRSUNGIAN TRIANGLE

(Abstract): Operations by removing the proximal portion of the pancreas remain some of the most technically complicated. Regards of applied surgical technique, all are based not only on the targeted anatomy, which are needed to determine the amount of tissue resected but also on the deep knowledge of surgical anatomy features biliopancreatoduodenale area.

KEY WORDS: TRAPEZIUS; TRIANGLE; BILIO-PANCREATO-DUODENAL AREA

SHORT TITLE: Anatomie cefalopancreatică
Pancreatic head anatomy

HOW TO CITE: Suman S. [Cefalopancreatic trapezius and coledoco-wirsungian triangle]. *Jurnalul de chirurgie* (Iasi). 2012; 8(4): 403-405.

INTRODUCERE

În prezent, intervențiile chirurgicale, cu înlăturarea porțiunii proximale de pancreas, rămân a fi unele din cele mai complicate, atât din punct de vedere tehnic cât și în funcție de evoluția perioadei postoperatorii. Arsenalul de procedee chirurgicale în patologia zonei biliopancreatoduodenale este variat, însă practic toate sunt extrem de complicate, cu risc înalt de complicații intra- și postoperatorii [1]. Conform datelor literaturii, numărul complicațiilor după duodenopancreatectomii cefalice (DPC) variază de la 30% până la 80%, iar mortalitatea postoperatorie de la 0 până la 50% din cazuri [1-4].

Indiferent de procedeele chirurgicale aplicate, în toate intervențiile trebuie ținut cont de particularitățile structurale și reperele anatomice necesare la stabilirea volumului țesuturilor excizate. Posibilitatea

efectuării exciziilor parțiale pe organele zonei biliopancreatoduodenale poate fi argumentată prin particularitățile embriogenetice ale organelor cointeresate și prin anatomia chirurgicală a acestora în ontogeneza postnatală [5-9].

Obiectivul prezentului studiu constă în stabilirea unor repere care pot facilita accesul la pancreas, ținând cont de raporturile spațiale intime dintre duoden și glanda pancreatică.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul s-a axat pe analiza materialului cadaveric a 20 de complexe biliopancreatoduodenale, prelevate în Centrul de Medicină Legală al Republicii Moldova, de la cadavrele persoanelor decedate în urma diferitelor patologii (cu excepția tractului digestiv) sau traumatisme, cu vârsta cuprinsă între 18 și 85 de ani. Organele zonei biliopancreatoduodenale s-

O parte din datele din acest articol au fost prezentate în cadrul celei de a XXIV-a Reuniune a chirurgilor din Moldova, Piatra Neamț, 11-13 octombrie 2012.

Received date: 20.10.2012

Accepted date: 31.10.2012

Adresa de corespondență: Dr. S. Suman

Departamentul de chirurgie operatorie și anatomie topografică
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” Chișinău,
Bd. Ștefan cel Mare, Nr. 192, MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Tel.: 00373 (0) 79 43 57 01
e-mail: sumanser@yahoo.com

au prelevat în primele 12 ore de la deces. Au fost efectuate cercetări pe 10 complexe nefixate și, respectiv, 10 fixate în soluție de formol de 10%, timp de 15 zile.

Segmentul retro- sau intrapancreatic al coledocului (după caz) a fost studiat suplimentar pe 134 de obiecte – organe ale zonei respective, fixate în soluție de formol 10%, la fel, timp de 15 zile. Ca metode s-au utilizat disecția anatomică și secțiuni orizontale de tipul histotopogramelor, efectuate prin organele zonei biliopancreaticoduodenale.

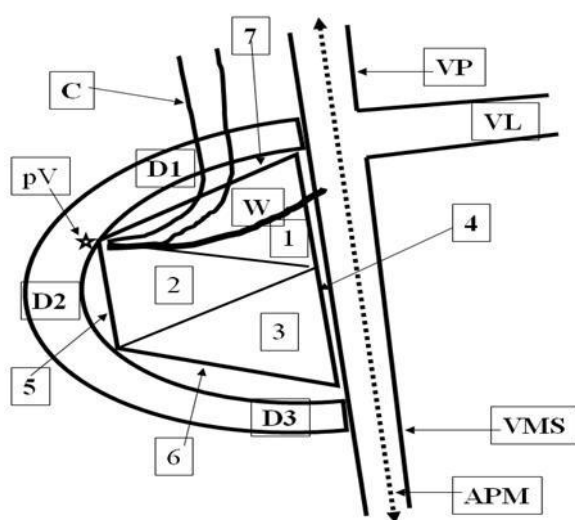


Fig. 1 Reprezentarea schematică a trapezului cefalopancreatic și triunghiului coledoco-wirsungian

D1 duoden orizontal superior; D2 duoden descendent; D3 duoden orizontal inferior; pV papila Vateri; VP vena porta; VL vena lienalis; VMS vena mezenterica superior; APM axul porto-mezenteric; W canalul Wirsung; 1 triunghiul superior; 2 triunghiul mediu; 3 triunghiul inferior; 4 baza mare (medial); 5 baza mică (lateral); 6 latura inferioară; 7 latura superioară.

REZULTATE

Suprafața anterioară a capului pancreatic amintește de forma unui trapez (Fig. 1).

Limitele acestui spațiu trapezoid sunt: latura superioară corespunde marginii inferioare a segmentului duodenal superior (DI), latura inferioară a trapezului imaginar coincide cu segmentul duodenal inferior (DIII), latura laterală coincide cu marginea medială a duodenului descendent (DII). Ea poate fi denumită și baza mică a trapezului

cefalopancreatic. Baza largă a trapezului corespunde liniei (axului) porto-mezenterice.

Așadar, spațiul patrulater, cu limitele sus-menționate, a fost denumit trapez cefalopancreatic.

În limitele trapezului se deosebesc trei triunghiuri isoscele – superior, mediu și inferior (triunghiurile respective pot fi denumite și proximal, mediu și distal).

În limitele triunghiurilor mediu și inferior nu se proiectează formațiuni anatomice importante, însă în limitele triunghiului superior se proiectează elemente anatomice superficiale și profunde:

- superficiale – artera *pancreato-duodenalis superior anterior*;
- profunde – coledocul intrapancreatic (poate fi retropancreatic) și ductul *Wirsung*.

Apexului triunghiului superior îi corespunde papila *Vater* (Brevet de invenție eliberat de AGPI, seria OȘ, nr. 3726/1777).

DICUȚII

Relațiile celor mai importante formațiuni anatomice ale capului pancreatic se observă în limitele trapezului cefalopancreatic. Acesta prezintă un instrument de orientare în anatomia capului pancreatic, reper major anatomic în tehnica operatorie de excizie parțială a capului de pancreas. Arhitectura vasculară și raporturile anatomice complexe ale zonei biliopancreaticoduodenale, determină în mare măsură posibilitățile mobilizării și stabilirea volumului de excizie a *caput pancreas*, cu păstrarea circulației sangvine a duodenului. Joncțiunea biliopancreatică și respectiv, papila duodenală mare, se proiectează la vârful triunghiului superior din limitele trapezului cefalopancreatic.

CONCLUZII

Cunoașterea limitelor trapezului cefalopancreatic și ale triunghiului coledoco-wirsungian facilitează intervențiile chirurgicale în această complexă zonă chirurgicală.

CONFLICT DE INTERESE

Autorul nu declară nici un conflict de interese.

BIBLIOGRAFIE

1. Veligotsky NN, Veligotsky AN, Obuobi RB, Oakley D. [Actual problems of surgery of diseases of the pancreaticoduodenal area] *Harkivska hirurgichna*. 2001; 10(1): 70-73.
2. Ershov VV, Rybinsk AD, Anikin AV. [Improved pancreatodigestive anastomoses in pancreatoduodenal resection]. *Khirurgiia (Mosk)*. 2006; 1: 38-43.
3. Zikov A, Nikitichenko S. [Diagnosis and treatment of cancer of the major duodenal papilla] *Khirurgiia (Mosk)*. 1989; 7: 25-28.
4. Kozlov IA, Kubyshkin VA. [Pancreatic head resection in chronic pancreatitis] *Khirurgiia (Mosk)*. 2004; 11: 64-69.
5. Nagai H. Configurational anatomy of the pancreas: its surgical relevance from ontogenetic and comparative-anatomical viewpoints. *J Hepatobil Pancreat Surg*. 2003; 10: 48-56.
6. Gockel I, Domeyer M, Wolloscheck T, et al. Resection of the mesopancreas (RMP): a new surgical classification of a known anatomical space. *World Journal of Surgical Oncology*. 2007; 5(44): 1-8.
7. Sakamoto Y, Nagai M, Tanaka N, et al. Anatomical segmentectomy of the head of the pancreas along the embryological fusion plane: A feasible procedure? *Surgery*. 2000; 128(5): 822-831.
8. Talbota ML, Foulisb AK, Imriea CW. Total dorsal pancreatectomy for intraductal papillary mucinous neoplasm in a patient with pancreas divisum. *Pancreatology*. 2005; 5: 285-288.
9. Kubyshkin VA, Kozlov IA. [Anatomical conditions of performance for proximal pancreas resections]. *Khirurgiia (Mosk)*. 2004; 5: 10-15.

