

Clinica medicală I din Tg. Mureș (cond.: prof. Pál Dóczy, doctor în științe medicale)

INDICAȚIILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN STENOZA MITRALĂ

Pál Dóczy, L. Birek

Stenoza mitrală (st. m.) face parte din grijile de fiecare zi ale medicului practician. În legătură cu aceasta putem să afirmăm cu toată certitudinea că această boală e cea mai frecventă dintre afecțiunile valvulare ce duc mai devreme sau mai târziu la o insuficiență de circulație și apoi la moartea bolnavului. Evoluția ei fatală, deocamdată nu poate fi oprită. Dar nu-i mai puțin adevărat că excelențele rezultate ce s-au obținut în chirurgia toracică și cardiacă înseamnă un punct de răscruce în cardiologie. Suprimarea chirurgicală a stenozei orificiului mitral așa-numita comisurotomie, constituie o intervenție deosebit de eficace, care ameliorează prognosticul bolii într-o măsură ce depășește toate așteptările de până acum. Din anul 1948 când *Bayley* și *Brock* au despicat pentru prima oară cu degetul o valvă mitrală aderentă, s-a acumulat un material clinic extrem de bogat (recent, numai *Bayley* a comunicat 1600 de cazuri). Toate comunicările arată, la fel ca și modesta noastră experiență, că tratamentul chirurgical al st. m. corespunde speranțelor ce s-au legat de el.

Intrucât azi, în cele mai multe centre universitare se execută intervenții pe cord, medicul trebuie să fie conștient de această posibilitate. Am învățat și la rîndul nostru învățăm pe studenți că după stabilirea, de altminteri nu prea grea, a stm. trebuie să ne întrebăm dacă boala se află într-o stare compensată sau decompensată, deoarece acest fapt impune ceea ce avem de făcut.

În ultimul timp mai trebuie să răspundem și la o altă întrebare: există indicații și posibilități obiective pentru executarea intervenției? Se întâmplă ca însuși bolnavul, care deseori e bine orientat să ne pună această întrebare. Fără îndoială, nu se poate aștepta ca un medic dispunînd de mijloace de diagnostic modeste să dea un răspuns imediat și categoric în toate cazurile, cu atât mai mult cu cât chiar noi, la secția de cardiologie, urmărîm nu odată săptămîni și luni de-a rîndul situația bolnavului, pentru a putea în sfîrșit să decidem dacă e cazul sau nu să se intervină pe cale chirurgicală. Cu toate acestea fiecare medic care se ocupă cu medicina internă trebuie să cunoască anumite principii fundamentale, care să-i ofere posibilitatea de a-și forma o părere, chiar dacă nu cu desăvîrșire exactă în orice caz judicioasă, despre indicația operatorie a bolnavului. Comunicarea noastră tinde să constituie un ajutor în formarea acestei păreri. Notăm că ea nu îmbrățișează experiența dobîndită în cadrul secției noastre de cardiologie și al clinicii chirurgicale. Nu vom relata decît indirect cîteva cazuri de intervenție pe cord, mai mult cu titlu ilustrativ și pentru a adevăra afirmațiile ce le facem.

Cînd cumpănim indicația operatorie, adică șansele intervenției chirurgicale, nu ne putem limita numai la constatarea simptomelor bine cunoscute ale st. m. și insuficienței de circulație, ci trebuie să ținem seama și de fiziopatologia și evoluția acestei afecțiuni cardiace reumatismale. Dacă luăm în considerare evoluția maladiei se pot stabili trei stadii distincte: barajul mitral pur — căruia i se asociază mai tîrziu barajul pulmonar (staza cu consecințele ei); ultimul stadiu al bolii e insuficiența mării circulații (în linii generale simptomele cunoscute ale insuficienței inimii drepte, creșterea presiunii de stază a venelor hepatice etc.). În ciuda caracterului ei lacunar, această delimitare a fazelor evolutive ușurează totuși sistematizarea gândirii noastre medicale și prezintă avantajul că la aprecierea indicației operatorii înlătură în bună măsură constatările subiective.

Potrivit delimitării celor trei stadii, trebuie să observăm cu toată atenția extinderea procesului reumatismal al valvelor, adică gradul de dezvoltare a stenozei orificiului, a cărui apreciere se poate face nu numai prin simptomele subiective obținute la auscultație (uruitură presistolice puternică) ci și cu alte procedee mai precise (determinarea debitului circulator, cateterismul). Pe de altă parte un examen pulmonar minuțios poate să arate dacă s-a instalat al doilea stadiu ce se manifestă printr-un baraj pulmonar, cînd staza existentă în parenchimul pulmonar e bine evidențiable radiologic și la auscultație, sau dacă în afară de aceasta e prezentă și o indurație cu modificări vasculare. În sfîrșit în a treia fază, simptomele de insuficiență circulatorie bine cunoscute, indică epuizarea rezervelor funcționale ale ventriculului drept.

La stabilirea indicației operatorii, toți autorii iau în considerare evoluția st. m. și relațiile hemodinamice chiar dacă nu respectă în mod rigid delimitarea celor trei stadii. Astfel autorii din țară (*Hortolomei* și colab.) pun indicația operatorie în funcție de gradul de dezvoltare a stenozei mitrale.

În primul stadiu suprafața deschiderii îngustate e mai mare de 2 cm². Această stenoză nu prea accentuată, nu cauzează încă simptome subiective. În astfel de cazuri bolnavul nu trebuie operat și expus riscului intervenției.

În al doilea stadiu stenoza e de aprox. 1 cm². Acum se instalează fenomene de stază în mica circulație și greutate de respirație. Uneori se constată chiar hemoptizii. Auriculul stîng se dilată, putîndu-se produce fibrilație, embolii etc. În această fază de dezvoltare, intervenția poate fi indicată.

În al treilea stadiu stenoza e mai îngustă de 1 cm². Acum se evidențiază clar simptomele de insuficiență a inimii drepte, iar compensația nu e întotdeauna posibilă. În această fază, operația pare a fi lipsită de șanse. Deși sînt destule procedee de examinare și formule concludente care ne stau la îndemînă pentru aprecierea gradului de stenoză, noi aplicăm cu precădere metoda de indicare a lui *Bakulev* care stabilește cinci stadii în evoluția st. m., legînd identificarea fiecăruia dintre ele de anumite simptome clinice care pot fi ușor recunoscute.

E sigur că *Bakulev* și-a bazat clasificarea pe stadiile de insuficiență cardiacă utilizate în literatura medicală sovietică. I). Insuficiență de circulație latentă, dispneea apare numai la eforturi mai mari. II). Insuficiență de circulație evidentă: a) în faza inițială — dispnee de repaus, stază a micii circulații; b) în faza finală — stază gravă

a marii circulații, III). Etapa distrofică a insuficienței de circulație, simptome foarte grave cu modificări distrofice ireversibile ale organelor interne.

Tabelul cuprinzând indicațiile operatorii pe baza celor cinci faze din clasificarea lui *Bakulev* e următorul:

1. *Stadiul de compensare completă*. Bolnavul se simte sănătos sau cel mult prezintă ușoare acuze subiective, greutatea de respirație are numai după eforturi mai mari. Stenoza mitrală i se decelează cu ocazia examenelor medicale școlare sau a altor depistări. Unii autori (*Brock* etc.) execută comisurotomie și în acest stadiu, ca operație profilactică. Noi ne însușim fără rezerve punctul de vedere al lui *Bakulev*, care repudiază intervenția, deoarece nu riscă starea generală bună a bolnavului în compensare completă printr-o comisurotomie executată prematur.

2. *Stadiul de apariție a stazei în mica circulație*. În repaus bolnavul e asimptomatic, dar la mișcări și eforturi respirația devine grea. Radioscopic și auscultatoric se pot recunoaște semnele stazei pulmonare. Începe să se dezvolte așa-numita pneumopatie, cu modificările la început funcționale iar mai târziu ireversibile ale vaselor și interstițiului pulmonar. În ceea ce privește indicația și condițiile de operație, acest stadiu e optim. Dintre cei 70 de bolnavi operați de *Bakulev* numai 2 au murit în urma intervenției.

Trebuie însă să amintim că există unele complicații și boli asociate din cauza cărora operația e contraindicată atât în acest stadiu cât și în celelalte.

Aceste boli sînt următoarele:

a) Endocardita lentă (pînă la completa ei vindecare).

b) Reumatismul activ recidivant (dacă exacerbarea durează, atunci tratamentul cu salicilat și cortizon înainte și după operație face posibilă în anumite cazuri executarea operației).

c) Tireotxicoză asociată, tuberculoză activă, afecțiuni renale și hepatice grave.

d) Alte afecțiuni valvulare în cazul în care consecințele hemodinamice devin predominante (de ex. insuficiența aortică).

3. *Stadiul inițial al insuficienței de circulație cu fenomene de stază*. Simptomele de stază din mica și marea circulație pot fi bine recunoscute. Tensiunea venoasă se urcă (vene cervicale sînt pline etc.), ficatul se mărește puțin, dar fenomene edematoase mai extinse nu apar. În acest stadiu pneumopatia e ireversibilă, din cauza stazei pulmonare persistente. Staza marii circulații nu constituie un motiv redutabil ca să renunțăm la intervenție, cu toate că executarea ei în astfel de condiții e cu mult mai riscantă. De obicei, prin odihnă la pat și digitalizare se obține compensarea, ceea ce face ca riscul operator să fie sensibil mai mic. Dintre cei 47 de bolnavi operați de *Bakulev* numai 5 nu au supraviețuit. Menționăm că o ameliorare postoperatorie esențială în acest stadiu nu se constată decît tîrziu, uneori după un an.

4. *Stadiul insuficienței de circulație cu fenomene grave de stază*. Se caracterizează prin următoarele simptome: presiune venoasă puternic crescută, ficat mare, consistent, edeme extinse, uneori hidrotorace, sau chiar ascită. Din cauza pneumopatiei ventilația pulmonară e defectuoasă, fapt care se evidențiază prin probele funcționale de respirație. Se observă semne care indică modificări grave ale miocardului: aritmie absolută, devieri Ekg, inimă de bou etc. Procentul de mortalitate operatorie e

mare, iar ameliorarea situației celor care supraviețuiesc nu e întotdeauna durabilă.

Tratamentul chirurgical al bolnavilor ajunși în cel de al 3-lea și al 4-lea stadiu trebuie bine chibzuit, hotărîrea fiind fără îndoială foarte greu de luat. Aprecierea bolnavilor trebuie să se facă individual, de la caz la caz, întrucît în aceste stadii, stenozei mitrale i se asociază o sumedenie de sindroame variate. Părerea noastră e că șansele operației se pot aprecia în modul cel mai judicios pe baza simptomelor dominante.

De *staza miciei circulației* cu simptomele pe care le-am enumerat nu ne mai ocupăm. Amintim însă ca un fapt demn de remarcat apariția destul de frecventă și repetată a edemului pulmonar. Dacă starea miocardului nu e gravă și nu se întîmpină nici un obstacol din partea unei alte complicații, atunci predispoziția edematoasă sugerează executarea cît mai de timpuriu a comisurotomiei. Plesnirea micilor varicosități bronșice ce se formează ca urmare a stazei, provoacă hemoptizii repetate și în astfel de cazuri trebuie să intervenim. Altfel vom interpreta însă hemoptiziile cauzate de un infarct pulmonar ce survine ca o complicație tardivă. În această situație, nu vom accepta soluția intervenției, deoarece presupunem modificări grave ale vaselor pulmonare și parenchimului. Același lucru îl indică și rezultatele nefavorabile ale probelor de respirație.

Staza mării circulației. Dacă ficatul depășește rebordul costal cu 5—6 cm și tensiunea venoasă e foarte urcată (peste 120 mm col. apă), operația e riscantă, iar ameliorarea supraviețuitorilor nu durează decît cel mult un an. În asemenea cazuri, tratamentul chirurgical e aplicat numai de cei care consideră că starea bolnavului e atît de disperată încît se poate încerca riscul unei operații oricît de periculos ar fi. Autorii cu o atitudine mai rezervată recomandă îndeosebi ligaturarea venei cave inferioare.

Modificările grave ale miocardului sînt semnalate mai ales de Ekg. Dacă se constată o tensiune scăzută, lărgirea undei QRS și unda T negativă e mai bine să se renunțe la intervenție, deoarece proporția mortalității e foarte ridicată.

Instalarea aritmiei absolute (la fel ca orice altă tulburare de ritm) cauzată de *fibrilația auriculară* provoacă sau accentuează insuficiența de circulație. În astfel de cazuri stăruie pericolul formării de trombi auriculari și al dispersării emboliilor. Ca indiciu prognostic, tahiaritmia absolută e mai cu seamă de rău augur. Totuși fibrilația nu constituie în sine un motiv de excludere a intervenției, însemnînd doar atît că bolnavul a depășit termenul optim al indicației operatorii. Noi am fost de părere să fie supuși intervenției mai mulți bolnavi prezentînd fibrilație și în ale căror antecedente personale am găsit embolie, iar rezultatul a fost că nu s-a înregistrat nici un deces.

În caz de *cardiomegalie pronunțată* (inimă de bou) mortalitatea e foarte ridicată. Operația se execută fiindcă bolnavul nici altminteri nu poate trăi mult timp. Dilatarea excesivă aneurismiformă a auriculului sting constituie obiectul unei interpretări speciale (uneori cantitatea sîngelui îngurgitat poate fi un litru și jumătate). În atari condiții operația e deosebit de temerară și riscantă.

Tromboză și embolii. În caz de embolie recentă nu ne putem gîndi la executarea unei intervenții, în schimb mulți autori susțin că prezența

emboliilor în anamneză înseamnă un motiv de indicație operatorie, deoarece comisurotomia suprimă sursa repetării acestora. Azi tratamentul preoperator cu anticoagulanți se face pentru a se asigura succesul operației (heparină, trombarină).

Bolnavul S. N. în vîrstă de 45 de ani a avut embolie de trei ori. Starea înainte de operație: fibrilație auriculară, hemipareză stîngă. Preoperator s-a administrat heparină. La intervenție nu s-a găsit tromb în auriculul stîng. Vindecarea postoperatorie s-a deslășurat normal.

Între cîteva boli care constituie în sine o contraindicație a comisurotomiei: hipertensiunea arterială permanentizată și rigidă, scleroza valvulară vizibilă pe radiografie, scleroza pulmonară, bronșiectazia.

Stadiul final, distrofic al insuficienței de circulație cu stază. Bolnavul prezintă dispnee chiar și în stare de repaus, are inimă de bou, ficatul e foarte mărit și consistent la palpare. Edemul pronunțat și extins precum și ascita nu cedează nici la cel mai indicat tratament. De asemenea modificările distrofice grave ale organelor interne sînt ireversibile (pneumopatie, ciroză cardiacă etc.). În aceste cazuri, intervenția e cu desăvîrșire exclusă.

La stabilirea indicației operatorii trebuie să se ia în considerare și *vîrsta bolnavului*. Socotim că cea mai potrivită vîrstă e între 25 și 30 de ani. Sub 20 de ani se optează pentru intervenție numai în cazuri deosebit de urgente, ca de ex. cînd s-au produs edeme pulmonare repetate care prezintă un pericol mortal, sau hemoptizii frecvente. S-a comunicat un caz în care s-a intervenit cu succes la un sugar de trei luni. Se cunoaște de asemenea cazul unui copil nedezvoltat de 14 ani, care în interval de 1 an după executarea comisurotomiei a crescut 15 cm.

Indicațiile de mai sus sînt întotdeauna valabile atunci cînd e vorba de *alte vicii asociate stenozei mitrale*. Înainte de toate trebuie să știm următoarele: tratamentul chirurgical al stenozei mitrale devine inaplicabil dacă orice alt viciu valvular ajunge predominant din punct de vedere hemodinamic sau simptomatologic, cum ar fi de ex. prezența împreună a stenozei mitrale și a insuficienței sau stenozei aortice. Dacă insuficiența valvelor aortice nu e accentuată, comisurotomia se execută. La fel, nici stenoza aortică puțin dezvoltată, nu e o contraindicație operatorie. De altminteri și acest viciu poate fi remediat chirurgical.

Desori dă mult de gîndit prezența simptomelor insuficienței mitrale, cînd medicul practician stabilește un viciu mitral combinat. Zgomotul sistolic ce se aude deasupra vîrfului inimii nu e un simptom absolut concludent al insuficienței organice. În adevăr numai examenul dificil al cateterismului inimii poate să decidă cu certitudine dacă prin orificiul insuficient se constată o regurgitare apreciabilă în auriculul stîng. Se întîmplă ca numai în cursul intervenției să se poată constata gradul de insuficiență a orificiului. Dar în această privință un anumit punct de sprijin poate oferi și un examen clinic temeinic, deoarece de ex. un suflu puternic ce umple întreaga sistolă, dacă se aude nu numai deasupra vîrfului, ci se extinde pînă la axile, estompîndu-se în poziție de șezut, semnaleză cu toată siguranța prezența unei insuficiențe. Pentru aceasta pledează și dilatarea ventriculului stîng. De asemenea Ekg arată o hipertrofie stîngă. Un semn radiologic valoros e expansiunea sistolică a

auriculului și deplasarea tot sistolică a esofagului în direcție posterioară. Bombarea arcului art. pulmonare e discretă. Staza pulmonară e puțin dezvoltată sau lipsește.

Amintim în sfârșit că comisurotomia poate fi executată și în prima jumătate a gravidității.

Relevăm cazul învățătoarei V. A. de 25 de ani, menționat și într-o altă comunicare din acest număr al revistei. După două sarcini compromise, la cea de a treia s-a internat în clinica noastră, cerind să fie supusă intervenției. În cea de a treia lună de sarcină, comisurotomia a fost executată cu succes, în stare compensată. Bolnava a născut normal, la termen, iar după opt luni a cerut să-și reia ocupația.

Prezentind indicațiile operatorii în stenoza mitrală, ne-am servit mai cu seamă de vasta experiență a lui *Bakulev*. Sîntem convinși că principiile sale călăuzitoare sînt cele mai potrivite pentru ca medicul practicant să poată dobîndi o orientare judicioasă în tratamentul chirurgical al stenozei mitrale. În orice caz, indicația trebuie stabilită la timp, dar nu prea devreme, și nici într-un stadiu avansat, cînd intervenția comportă un mare risc.

Comisurotomia e o operație care se practică doar de 11 ani. Acest timp nu e suficient pentru a putea cunoaște rezultatele tardive din toate punctele de vedere. Probabil că în viitor se va modifica și concepția ce-o avem azi în legătură cu indicațiile operatorii, în sensul că mai tîrziu vom opera eventual bolnavi mai gravi și cu șanse mai favorabile. Deocamdată însă trebuie să respectăm indicațiile de mai sus.

Deși am evitat să vorbim despre eficacitatea tratamentului chirurgical al st. m. trebuie totuși să menționăm că o comisurotomie executată cu succes înlătură tulburările hemodinamice, ridică debitul circulator și suprimă staza pulmonară. Dar unul din cele mai mari rezultate ce se obțin este „stabilizarea” viciului valvular reumatismal care pînă acum evolua în modul cel mai redutabil. Această posibilitate, care oprește agravarea procesului, adică accentuarea stenozei, trebuie folosită din plin în folosul bolnavului.

Sosit la redacție: 2 aprilie 1959.