

EXAMENUL RADIOLOGIC DE URGENȚĂ ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE*

Șt. Darvas, Gr. Stanciu, E. Bancu

Atitudinea terapeutică în cadrul hemoragiilor digestive este mai corectă și eficientă atunci când se poate stabili etiologia. De multe ori situația este destul de clară pentru clinician, în special în cazurile când bolnavul are antecedente digestive. Greutățile încep mai ales atunci când hemoragia este primul simptom, aparținând la persoane fără vreo suferință în antecedente.

Statisticile în ultimii ani stabilesc originea ulcerasă a hemoragiilor digestive în proporție de 80 %, celelalte fiind provocate de hipertensiune portală, cancer gastric, tumori gastrice benigne, hernie prin hiatusul diafragmatic, gastrite polipoase, (V. Ștefănescu, 6).

În statisticile anterioare etiologia ulcerasă a hemoragiei, oscila între 20—80 %. La Congresul de chirurgie care s-a ținut în Franța în anul 1933, *Papin* și *Willmouth* susțin proporția de 20—30%, *Guttman* 28%, iar în anul 1938 *Iacobovici* 26 %. Autorii belgieni *Wiringer* și *Doquet* dau cifra de 90 %. Variațiile acestor statistici ne arată evoluția concepției asupra problemei, în cursul anilor (citată V. Ștefănescu, 6).

La noi, V. Ștefănescu și colab. de la Spitalul I. C. Frimu din București au studiat și utilizat din anul 1955 metoda examinării radiologice de urgență în hemoragiile digestive, care după aprecierea lor s-a dovedit practică și lipsită de riscuri.

Jouve, Monges, Fournier, Legré, Denizet și *Vignol* (5) din Marsilia, subliniază, în anul 1962 „că explorarea radiologică de urgență în hematemeză este nevătămătoare, plină de învățăminte și trebuie să facă parte dintre examenele de rutină”.

Această metodă de examinare nu este nouă. A fost practică de *Bohmansson* (Scandinavia) încă din anul 1926, și de *Boues, Welch, Hollowai, Hampton* (S.U.A.) din 1937. În Germania *Bucker* a examinat până în 1939 200 de bolnavi. În 1952, *Delannoy* (Franța) prezintă experiența sa pe 74 de cazuri examinate în 2 ani. Asemenea preocupări au și autorii cubani, *Elias Kredí Dabaj, Francisco Code* și *Otero*, care au practicat explorarea radiologică de urgență la 24 de cazuri. Autorii sovietici *Akimov* și *Rotenberg* comunică în 1955 observații făcute pe 84 bolnavi, iar V. Ștefănescu prezintă în 1958 constatările pe 28 bolnavi.

În legătură cu această examinare, *Hampton* susține că în unele cazuri hemoragia a încetat, substanța de contrast având caracter hemostatic. *Delannoy* observă același lucru în 2 cazuri.

Marea majoritate a autorilor recomandă examenul în poziție de decubit și în toate incidentele posibile (ventral, dorsal, lateral) după cum cere cazul de examinat. Să facem examenul fără compresiune, eventual o palpăre blindă, organul fiind în stare de repleție sau semirepleție. Pentru o bună examinare a esofagului și a polului superior al stomacului, se recomandă poziția Trendelenburg; aceeași poziție o vom utiliza în cazul când bolnavul prezintă semne de lipotimie. Chiar dacă

* Lucrare prezentată la Consfătuirea interrațională a U.S.S.M. subfilială Miercurea Ciuc, la 30 mai 1964 și la ședința secției de gastroenterologie a subfilialei U.S.S.M. Tg.-Mureș din iunie 1964.

nu observăm modificări, la primele examinări scopice, este bine să trecem rapid la efectuarea radiografiilor de ansamblu și finețe, pentru a scurta timpul de examinare, deziderat de mare importanță, avînd în vedere starea generală a bolnavilor hemoragici. Examenul se face în prezența chirurgului, luînd totodată măsurile pentru o eventuală intervenție de urgență. În cazul hemoragiilor mari este indicată o pregătire prealabilă cu transfuzii; în acest fel bolnavii va suporta mai bine examenul radiologic practicat la nevoie chiar în ortostatism. Folosind această metodă, Zamchech a examinat în decurs de un an 123 de bolnavi și a avut numai un singur accident. Autorii sovietici Akimov și Rotenberg spală în prealabil stomacul cu o sondă și după aceea recurg la examenul radiologic.

Obiecțiunea că acest examen nu ar fi concludent, din cauza prezenței de chiaguri, care ar acoperi nișa făcînd-o astfel invizibilă, nu este justă. Majoritatea autorilor susțin că vizibilitatea nișei, în plină hemoragie este bună. Faptul se explică prin aceea că hemoragia ulceroasă survine într-un stadiu evolutiv al bolii, în care edemul periculos prezent face nișa mai evidență. Trebuie combătută și părerea că prezența singelui și chiagurilor ar da imagini greu de interpretat. Cu ocazia gastrectomiilor de urgență, s-a constatat că stomacul nu conține decît puțin sine lichid, iar fundul nișei nu este acoperit cu chiaguri (Delannoy).

În lumina celor arătate și pe baza experienței cîștigate, conduita pe care o aplicăm în prezență este următoarea: examinarea se face în prezența chirurgului, la bolnavii cu tensiunea arterială de peste 100 mm Hg și cu minimum 2,5 milioane hematii. Pentru a asigura aceste condiții, bolnavilor (unora dintre ei) le facem transfuzii înaintea examenului radiologic. La examinările în plină hemoragie sau la cel mult 24 ore după oprirea hemoragiei, utilizăm poziția culcată și semiculcată. În diferite incidente. Pentru punerea în evidență a varicelor esofagiene, examinăm bolnavul în Trendelenburg dîndu-i 1—2 înghițituri de pastă baritată. Pentru examinarea antrului și bulbului duodenal poziția cea mai avantajoasă este decubitul ventral cu masa înclinată la 70°. În această poziție și mai ales în cea oblică posterioară stîngă, antrul piloric se opaciază f. bine, undele peristaltice devin mai intense, evacuarea stomacului este mai rapidă, iar bulbul duodenal se umple corect.

Bolnavii cu starea mai puțin alterată, și dacă au trecut 24 ore de la oprirea hemoragiei, îi examinăm de obicei în ortostatism, cu compresiune moderată (cînd aceasta este necesară). Vom face radiografii țintite și în serie, fapt care ne ajută să obținem detalii mai fine, scurtînd și timpul de examen, așa cum am arătat mai înainte.

Sînt necesare o serie de măsuri, care pe cît par de simple pe atît sînt de importante, printre care: adaptarea radiologului să fie f. bună și efectuată înainte de venirea bolnavului. Substanța de contrast și casetele să fie pregătite, iar bolnavul să fie însoțit de personal auxiliar. Dacă va avea senzația de vărsătură, va înceta să mai bea substanța de contrast. Vom căuta ca examenul să nu dureze mai mult de 10 minute.

Cît privește concordanța dintre examenul radiologic cu cel chirurgical și histopatologic, datele din literatură diferă. Astfel, Fontaine dă un procent de 80%, iar V. Ștefănescu la 28 cazuri raportate, a întîlnit 18 leziuni ulceroase, 3 cu hipertensiune portală iar în 2 cazuri diagnosticul radiologic nu a fost confirmat intraoperator.

Noi am examinat în plină hemoragie, în primele 24 ore de la oprirea hemoragiei, 67 de bolnavi, la care diagnosticul radiologic a fost confirmat în proporția de 68%. Complicații în urma examenului radiologic nu am avut.

Prezentăm cîteva cazuri de hemoragii digestive superioare, mai interesante, la care examenul radiologic de urgență a constituit un prețios ajutor pentru chirurg.

Obs. 1. B. E. bărbat de 50 ani, prezintă hemoragie digestivă superioară. Cu zece zile în urmă a fost operat de hernie inghinală. Examenul radiologic pune în evidență un diverticul epifrenic gigant (fig. 1).

ST. DARVAS ȘI COLAB.: EXAMENUL RADIOLOGIC DE URGENȚĂ ÎN HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 4.

Obs. 2. P. A. bărbat de 49 ani, fără antecedente digestive. Se internează la clinica chirurgicală cu diagnosticul de hemoragie digestivă superioară. Examenul radiologic în hemoragie pune în evidență o nișă mare pe mica curbură verticală gastrică, versantul posterior.

Obs. 3. B. E. femeie de 53 ani, internată la secția de urgențe medicale pentru gastrită cr. melenă și tromboflebită. La examenul radiologic se pune în evidență o nișă gigantă, penetrantă, pe mica curbură (fig. 3). În urma tratamentului efectuat, la controlul nostru după 5 săptămâni, constatăm micșorarea nișei până la mărimea unui spin detrandafir (figura 3).

Obs. 4. P. V. bărbat de 26 ani prezintă melenă. La examenul radiologic se constată o asociație de leziuni: ulcer duodenal, gastric și prolaps al mucoasei antrale în bulb.

Obs. 5. B. L. bărbat de 74 ani. Se internează cu suspiciunea de ulcer gastric malignizat. La examenul radiologic se constată doi diverticuli mari pe fața concavă a cadrului duodenal.

Obs. 6. G. J. bărbat de 44 ani, internat la clinica chirurgicală pentru hemoragie digestivă superioară, în antecedente (de 3 ani) rezecție gastrică pentru ulcer duodenal. La examenul radiologic se constată ulcer peptic jejunal gigant (fig. 4).

Concluzii

Pe baza datelor din literatură și în urma rezultatelor noastre, ne permitem să afirmăm că examenul radiologic în marile hemoragii digestive ale tubului digestiv superior, este o metodă practică și lipsită de risc. Subliniem că la examen trebuie îndeplinite condițiile amintite, așa că nu este o manevră de rutină, care se poate aplica la serviciile de policlinică, sau la acelea care n-au secție de chirurgie.

Sost. la redacție: 9 oct. 1964.

Bibliografie

1. BIRZU și colab. „Radiodiagnosticul clinic“, Ed. Med. Buc. 1963; 2. GH. CHIȘLEAG: Roentgendiagnostic, vol. VII, Ed. I.M.F. Iași, 1960; 3. H. ESCHBACH: Die Röntgenbeurteilung der Ulkuserkrankheit, Ed. G. Thieme, Leipzig, 1949; 4. H. HOOD, J. A. MAC CHESNEY: U.S.A.F., Trovis, A.F.B., California, (1962), tome 182, 3, 243; 5. P. JOUVE, H. MONGES, A. M. FOURNIER, M. LEGRE, D. DENIZET și R. VIGNOLI: Marseille, Rev. J. R. și E. Paris, (1963), 44, 1—2; 6. V. STEFANESCU: Medicina Internă (1958), 4, 617; 7. AȘRAPOVA M. A., G. K. KARIT-KAIA: Vestn. Rentgenol. Radiol. (1963), 1, 34. 8. FIGUS A. și IVANYI J.: Orvosi Hetilap (1959), 10, 345.