

PROPUNEREA ȘI JUSTIFICAREA UNEI NOI INDICAȚII A GASTROTOMIEI CU BIOPSIE

dr. I. Pop D. Popa, dr. C. Pană, dr. Tr. Georgescu

Patologia stomacului, prin complexitatea ei, pune adesea probleme grele de diagnostic și atitudine terapeutică. Depistarea leziunilor, a caracterelor lor intime, care le diferențiază pe unele de altele și care dictează alegerea tehnicii operatorii optime, cad în sarcina chirurgului. Această sarcină nu este întotdeauna ușoară. Ea devine responsabilitate fiind chirurgul este pus în situația să sancționeze tumori sau ulcere gastrice.

Teoretic, există destule criterii clinice, paraclinice și anatomo-patologice de diferențiere a ulcerului de cancer. În practică însă, chestiunea nu este atât de simplă. Sint cunoscute împrejurări când chirurgul a recurs la rezecții excesive de stomac pentru leziuni benigne (*Napalkov*). Alteori au fost practicate extirpări limitate de tumori maligne și a trebuit să se reintervină după 15—20 de zile (*Turai, Papahagi*).

Reiese deci că aspectul unei ulceratii sau al unei tumori și chiar cunoașterea caracterelor lor nu pot sugera cu certitudine natura acestora (*Gueullette*), cu deosebire în formele anatomo-patologice intermediare ca ulcero-cancerul, entitate pe care noi o recunoaștem, precum și în ulcerele vechi, caloase. Uneori proliferarea inflamatorie a țesutului conjunctiv scleros conferă ulcerului calos un aspect tumoral, iar când acesta aderă intim de organele din jur aspectul lui macroscopic nu se deosebește cu nimic de acela al cancerului. Adenopatia regională, secundară puseurilor inflamatorii supraadăugate repetate poate imita întru totul adenopatia neoplazică metastatică. Au fost întilnite și cazuri, la care „inflamații cronice nodulare ale seroasci, generate de ulcer, au fost confundate cu metastaze” (*D. Gerota*).

Cele expuse mai sus conduc la ideea necesității practicării sistematice a examenului histologic înainte de a decide felul operației. Astăzi, nu ar trebui să mai fie tratată nici o tumoare fără examen histologic prealabil (*Redon*). Piesele operatorii trebuie examinate histologic în mod sistematic. Ba mai mult, este de reco-

mandat ca atât lamele cât și piesele să fie păstrate, deoarece reexaminarea lor poate să aducă indicii prețioase în explicația unor fenomene paradoxale, ce ar putea surveni în evoluția operatului (D. Gerota).

Biopsia extemporanee este ideală și trebuie să se recurgă la ea totdeauna. Din păcate, nu a putut fi extinsă încă la nivelul tuturor secțiilor de chirurgie, din motive tehnice. Pe de altă parte, cînd nu pune în evidență cancerul, examenul histologic extemporaneu nu poate oferi certitudinea pe care ne-o dă examenul histologic al piesei întregi prin includere în parafină.

Pentru ca examenul histologic să se poată bucura de valoarea diagnostică ce i se atribuie, se impune ca biopsia să fie practică corect: să se recolteze material în cantitate suficientă și din zona cea mai caracteristică a leziunii, interesînd și țesuturile din vecinătate macroscopic sănătoase. În patologia stomacului, biopsia nu poate îndeplini condițiile de mai sus decît dacă prelevarea țesuturilor se face prin orificiul de gastrotomie. Examenul histologic din ganglionii regionali prelevați nu constată totdeauna metastaze, nici chiar în cancerul gastric extins, iar recoltarea de țesut patologic din tumoarea gastrică exteriorizată expune la perforații greu de rezolvat.

Practica demonstrează că gastrotomia, deși cunoscută de multă vreme, nu este utilizată pe măsura avantajelor sale. Poate că și acesta este motivul pentru care nu dispunem încă de o lucrare sistematică, în care să fie precizate indicațiile și eficiența metodei.

Gastrotomia este indicată în trei situații (D. Gerota):

1. Cînd explorarea externă a stomacului nu pune în evidență leziunea, a cărei existență este indicată de examenul clinic și paraclinic.

2. Cînd explorarea externă dă numai impresia că există o leziune ce nu poate fi afirmată cu destulă precizie.

3. Cînd explorarea externă scoate în evidență leziunea, dar caracterele macroscopice ale acesteia nu pot permite desprinderea particularităților intime de care depinde, în ultimă instanță, tactica chirurgicală.

Noi am lărgit indicațiile gastrotomiei practicînd-o și la acei bolnavi la care examenul prin laparotomie pune în evidență aspectul particular al cancerului gastric invadant în organele vecine și fixat. Asemenea cazuri sînt declarate cancere inextirpabile, bolnavii sînt condamnați și de rutină se extirpă un ganglion mărit regional sau țesut modificat macroscopic din vecinătate. Din punct de vedere tehnic, noi practicăm o gastrotomie minimă (circa 2—3 cm) pe peretele gastric de aspect sănătos, în regiunea de unde tumoarea este mai ușor accesibilă. După inspecția și palpația endogastrică a tumorii, alegem zona cea mai caracteristică și recoltăm țesuturi pentru examenul histologic.

Aducem următoarele argumente în sprijinul indicației gastrotomiei+biopsie în cancerele considerate inextirpabile ale stomacului:

1. Gastrotomia+biopsia, stabilind cu certitudine natura malignă a leziunii gastrice extinse, scutește pe acești bolnavi de relaparotomii inutile. Din practică se cunoaște că, nu sînt rare cazurile cînd în cancere gastrice inextirpabile cu caractere morfologice tipice, examenul histologic din ganglionii regionali sau țesuturile vecine aparent interesate nu pune în evidență caractere de malignitate. Este bine cunoscută de asemenea evoluția capricioasă a cancerului. Am avut ocazia să vedem supraviețuiri de 3 și 5 ani după laparotomii exploratorii pentru cancer gastric verificat histologic. Dacă un asemenea bolnav, ajunge la un alt medic pentru o acuză sau alta, acesta în lipsa unui examen histologic negativ, îi propune — în mod justificat — relaparotomia, și mulți dintre bolnavi o acceptă. Practicarea gastrotomiei+biopsie exclude orice dubiu asupra naturii leziunii gastrice extinse.

2. Gastrotomia+biopsia este singura măsură care permite diferențierea cu certitudine a cancerului de un ulcer pseudotumoral al stomacului penetrant în organele din jur și fixat. Unul dintre noi a avut ocazia să evite o asemenea

confuzie regretabilă. Istoria prezentată pe scurt a bolnavului S. B. de 43 de ani, este convingătoare. Bolnavul se internează în Clinica chirurgicală nr. I din Cluj la 2 IV 1966, cu un sindrom dispeptic dureros nesistematizat, o împăstare în epigastriu și la examenul radiologic un plus de umbră, de $\frac{3}{4}$ cm pe mica curbură a stomacului. Interpretăm cazul ca un ulcer gastric, probabil malignizat. La laparotomie se constată un bloc tumoral fixat posterior, care prinde colonul, mezocolonul transvers și aderă intim de ficat. Macroscopic, toate caracterele unui cancer gastric extins, fixat, inextirpabil. Prelevăm un ganglion regional care ni se pare mai caracteristic. Practicăm apoi gastrotonia minimă + biopsie, gastrografie.

Examenul histologic găsește în ganglion un proces de adenită sinusală, fără caractere de malignitate, iar în țesutul prelevat din leziunea endogastrică pune în evidență semne de ulcer cronic fără caractere de malignitate.

Reinternare după 6 luni de tratament și regim alimentar adecvat. Bolnavul câștigase în greutate, împăstarea dispăruse, iar imaginea radiologică a fost mult îmbunătățită. Se intervine și se practică rezecția de stomac cu anastomoză Reichel—Polya. Examenul histologic din toată leziunea confirmă încă o dată natura ei ulceroasă.

Fără gastrotomie + biopsie bolnavul nostru ar fi avut toate șansele să sporească numărul așa-ziselor cancere vindecate spontan.

3. Practicarea sistematică a gastrotomiei + biopsie și la bolnavii cu cancer gastric inextirpabil permite să ne încadrăm în dezideratul general de a nu împiedeca pe nici un bolnav să beneficieze de avantajele examenului histologic. Neglijarea examenului histologic, chiar în cazurile cele mai caracteristice din punct de vedere macroscopic, poate avea repercusiuni extrem de grave asupra viitorului operatului. Istoria unui bolnav pe care am avut ocazia s-o aflăm este plină de învățăminte.

Este vorba de bolnavul F. F. de 43 de ani, căruia în 1953 i se efectuează rezecție gastrică pentru ulcer duodenal rezistent la cele mai variate tratamente medicale urmate în diverse spitale. Piesa operatorie scapă examenului histologic. După un an, suferința reapare, rebelă la orice tratament. În 1962, se internează într-o clinică medicală din Cluj unde la explorarea tractului digestiv nu se poate găsi substratul suferinței. În schimb se constată o cifoză dorsală, cu prăbușirea corpului vertebrei D₆. În lipsa examenului histologic al piesei extirpate operator, logic, leziunea vertebrală este interpretată ca metastază neoplazică. I se recomandă corset, antialgice, pensionare și control după 4 luni. După acest interval situația vertebrală este nemodificată. Se face o laparotomie de control, la care se constată doar un sindrom aderențial. Se menține pensionarea în continuare și se trece la opiacee pentru calmarea durerilor. În 1969, bolnavul este internat într-o altă clinică medicală din Cluj, de unde este transpus la Clinica chirurgicală nr. 1 cu diagnosticul de „stomac rezecat, stenoza ansei eferente“ (perigastrită neoplazică?). Din nou laparotomie, completată de data aceasta cu gastrotonia bontului. Nici urmă de recidivă canceroasă. Examenul radiologic al coloanei vertebrale și consultul cu ortopedul stabilesc de data aceasta diagnosticul de boala lui Scheuermann.

Retrospectiv, sîntem convinși că în prezența examenului histologic al piesei operatorii (de ulcer) diagnosticul de boala lui Scheuermann ar fi fost pus de la prima constatare a leziunii vertebrale, ceea ce ar fi scutit pe acest bolnav de pensionare îndelungată, relaparotomii de control și mai ales de toxicomanie.

Punînd față în față avantajele și dezavantajele gastrotomiei minime pentru biopsie, noi găsim nejustificată abținerea unor chirurghi de la această deosebit de utilă metodă de investigație. Tehnica simplă face din ea o operație benignă, dacă este judicios plasată și dacă este urmată de o gastrografie îngrijită. Riscul dezunirii suturilor (D. Gerota), după experiența noastră, este nul.

Obiecțiunea adusă gastrotomiei de unii autori, că ar lăsa o cicatrice care ar pune probleme de interpretare la un examen radiologic ulterior, nu rămâne valabilă în cazurile de cancer gastric inextirpabil.

În concluzie, convingși de avantajele prețioase ale metodei de gastrotomie+biopsie și în cancerele gastrice inextirpabile noi o practicăm sistematic în ultimul timp cu ajutorul laboratorului de histopatologie recent înființat în cadrul Clinicii chirurgicale nr. II și Chirurgie cardiovasculară din Tîrgu Mureș.

Sosit la redacție: 18 aprilie 1970.

Bibliografie

1. GEROTA D.: Explorarea chirurgicală a abdomenului. Ed. Med. București, 1969;
 2. GUEULLETTE R.: Chirurgie de l'estomac. Ed. Masson et Cie, Paris, 1956;
 3. NANA A.: Chirurgie, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1965;
 4. NAPALKOV N. P.: Anal. rom.-sov., Ser. Chir. (1954), 4, 41;
 5. REDON H.: Indications chirurgicales dans le traitement du cancer. Ed. Masson et Cie, Paris, 1962;
 6. ȚURAI I. PAPAHAĞI E.: Chirurgia stomacului, Ed. Acad. R.P.R. București, 1963.
-