

CORELAȚIA CLINICO-RADIOLOGICĂ A SUFERINȚEI DUODENULUI DIN CURSUL HEPATITEI EPIDEMICE

dr. C. Pirvu, dr. Zoie Miclescu

Poziția anatomofuncțională a duodenului — ca loc de întâlnire a secrețiilor gastroduodenale, biliare și pancreatice — explică apariția dischineziilor, stazei sau duodenitei în suferința singularică sau cuplată a organelor din vecinătate duodenului (2, 3, 7, 14). Datorită acestei topografii, o suferință duodenală latentă sau exprimată clinic poate deseori preexista hepatitei epidemice.

Este unanim acceptat că, la mulți bolnavi, virusul hepatitei epidemice acționează simultan sau în lanț asupra ficatului, a duodenului și a pancreasului și realizează un sindrom dispeptic complex, în care, de multe ori este greu de descifrat care semne clinice sînt expresia duodenului. Afectarea duodenului poate fi realizată sau doar exacerbată de virusul hepatitei, îndeosebi la bolnavi cu antecedente bogate. În asemenea situații, examenului radiologic îi revine rolul deosebit în stabilirea tipului de suferință duodenală.

Material și metodă

Avînd ca scop aprofundarea unor particularități clinico-radiologice ale suferințelor duodenului, studiul prezent are la bază observația unui număr de 131 de bolnavi cu hepatită epidemică, cu diferite modalități de debut și cu sindrom dispeptic de intensități variate. Datele clinice sînt coroborate cu cele obținute la examenul baritat al tubului digestiv, executat la majoritatea cazurilor în perioada icterică. La unii dintre aceștia, pentru precizarea etiopatogeniei afectării duodenului, s-au cercetat funcția secretorie gastrică, bila A și B, pancreasul exo- și endocrin, iar la unele femei au fost necesare și datele examenului sferei genitale. În lotul observat nu sînt incluse cazurile de hepatită asociate cu ulcer gastric sau duodenal.

Rezultate și discuții

Modificări radiologice duodenale am constatat la 67 (51 %) din cei 131 de bolnavi observați, procent apropiat de cele citate în literatură (7, 13).

Tabelul nr. 1

Repartiția globală a modificărilor radiologice duodenale, raportată la forma clinică a hepatitei

Forma clinică	Modificări radiologice duodenale	Aspect radiologic normal	Total cazuri
ușoară	2 (25 %)	6 (75 %)	8
medie	36 (50 %)	36 (50 %)	72
gravă	5 (100 %)	0	5
prelung. și co.ostatică	24 (52 %)	22 (48 %)	46
	67 (51 %)	64 (49 %)	131

Numărul mare de imagini radiologice de aspect normal (la aproximativ $\frac{1}{2}$ din numărul cazurilor observate), îndeosebi în perioada de stare a bolii, poate fi atribuit dispariției unor modificări clinico-radiologice, prezente doar în prodromul bolii și nesurprinse de noi; în plus, la unii bolnavi pot exista procese dischinetice sau chiar inflamatorii discrete sau trecătoare, care pot scăpa explorării radiologice, observație semnalată și de alți autori (7). Această realitate este întărită de existența unor duodenite fără semne radiologice (6). Prezența unor semne clinice certe de coafectare a duodenului, observate de noi la unii bolnavi cu modificări patologice ale sucului duodenal și a bilei, dar fără semne radiologice duodenale concomitente (însă dezvoltate mult mai târziu) dovedesc importanța și necesitatea explorărilor complexe pentru stabilirea unor suferințe duodenale din timpul hepatitei, nedepistate totdeauna de examenul baritat.

Datele noastre relevă aceste modificări radiologice la aproape jumătate din numărul hepatitelor medii, prelungește și colostatice, și la toate cazurile cu formă gravă. Această observație ne permite să acordăm interesării duodenului, în cadrul acestei viroze (sau accentuării unei suferințe a acestui segment dezvoltată anterior), un anumit rol în prelungirea sau agravarea hepatitei la unii dintre bolnavi.

Marea majoritate a imaginilor radiologice (64 din 67) sînt expresia unor modificări ale dinamicii duodenale.

Tabelul nr. 2

Variantele radiologice ale suferinței duodenale, raportate la forma clinică a hepatitei

Forma clinică	Stază bulbo-duod.	Stază + spasm.	Stază bulb.	Stază bipolară	Stază gen. inf.	Duodenită	Aspect radiol. normal	Total
ușoară	1	1	—	—	—	—	6	8
medie	14	6	9	4	2	1	36	72
gravă	4	1	—	—	—	—	—	5
prelung. și colost.	12	5	2	2	1	2	22	46
	31	13	11	6	3	3	64	131

Peste $\frac{2}{3}$ din cazuri (44 de bolnavi) prezintă stază bulboduodenală și stază cu spasm, 11 doar stază bulbară, 6 stază bipolară, 3 stază a genunchiului inferior.

Din cele 67 de imagini radiologice, examenul baritat a evidențiat un proces inflamator deja constituit radiologic doar la 3 bolnavi, proces care poate fi parțial sau total dezvoltat anterior hepatitei fără a putea exclude categoric apariția lui în cursul acestei viroze, așa cum ilustrează radiografia nr. III.

Urmărirea dinamică a acestor modificări radiologice ale duodenului a demonstrat că, ele constau într-o hipertonie bulboduodenală, urmată de hipotonie și stază duodenală, iar într-o fază mai avansată de atonie bulboduodenală. Această înlănțuire este întilnită de altfel și în alte condiții etiopatogenetice de afectare a duodenului (3). Substratul morfofuncțional al acestor modificări este procesul realizat de acțiunea directă a virusului asupra mucoasei duodenului, sau de cea toxicoalergică sau inflamatorie a secrețiilor gastroduodenale sau bilio-pancreatice, deviate de la fiziologic prin coafectarea acestor anexe sau părți ale

tubului digestiv în cursul hepatitei. Prin același mecanism secrețiile modificate în ulcerul gastric, hepatite cronice, ciroze, pancreatite cronice etc., diminuează troficitatea mucoasei duodenale, favorizează dischineziile, staza, infecția și în consecință dezvoltarea duodenitei și chiar a ulcerului (1, 4, 8, 10, 13, 14, 15, 16). În plus, suferințele la distanță (apendicite cronice, metroanexite etc.) se pot însoți de dischinezii bilioduodenale; de asemenea unele boli generale pot dezvolta staza duodenală și influența negativă reciprocă (9).

În mod cert, unele dintre aceste boli, întâlnite în antecedentele a 35 dintre bolnavii noștri, au putut realiza anterior hepatitei grade variate de afectare a duodenului, latentă sau abia schițată clinic, dar exteriorizată evident în cursul hepatitei. Datorită acestui fapt, suferința duodenului la bolnavii cu hepatită poate fi atribuită în mod sigur doar la un număr mic de cazuri.

Corelarea modificărilor radiologice duodenale cu antecedentele bolnavilor permite unele indicii asupra etiopatogeniei suferințelor duodenului: diferitele variante ale stazei duodenale (predominând cea totală cu sau fără spasm) sînt prezente la peste $\frac{1}{2}$ din numărul bolnavilor cu antecedente biliare; staza bipolară și a genunchiului inferior la cei cu apendicectomii, metroanexite și alte boli care se însoțesc de afectarea duodenului înaintea infecției cu virusul hepatic.

Dintre cei 67 de bolnavi, fără alte suferințe în antecedente, 31 au prezentat modificări radiologice duodenale în timpul hepatitei pe care le putem atribui foarte probabil agentului etiologic ale acestei boli la cele mai multe dintre aceste cazuri. Deoarece aceștia reprezintă $\frac{1}{3}$ din numărul bolnavilor observați, afectarea duodenului de către virusul hepatitei este o realitate. Acest fapt este ilustrat, în plus, de afectarea clinică și radiologică a duodenului la aproximativ $\frac{3}{4}$ din numărul bolnavilor (14 din 18) cu altă hepatită în antecedente, așa cum rezultă din studiul nostru.

Constatăriile noastre în acest sens susțin părerea unor autori care așază virusul hepatitic, ca agent etiologic a diferitelor manifestări duodenale, imediat după dischineziile și duodenita de natura ulceroasă (3, 7). Această observație prezintă o importanță deosebită dacă o corelăm cu cercetări recente, care au stabilit că sechelele duodenale posthepatitice au un rol important în patogeneza ulcerului duodenal, din ce în ce mai frecvent întâlnit în hepatitele cronice posthepatită virotică (1).

Un ultim aspect desprins din studiul nostru este corelația între anumite tipuri de început al hepatitei și predominanța unor variante ale stazei duodenale: la 29 din 32 de bolnavi cu sau fără antecedente biliare, la care prodromul hepatitei a fost dominat de un sindrom dispeptic de tip biliar, sau cu coloratură duodenopancreatică, este prezentă staza bulboduodenală la 23 și staza totală+spasm la 6 bolnavi (aceste manifestări clinico-radiologice demonstrează afectarea concomitentă a căilor biliare, a duodenului și a pancreasului). Invers, dintre cele 18 cazuri doar cu simptome de ordin general în perioada preicterică și de stare, doar 6 au prezentat stază duodenală, iar 12 imagini radiologice normale.

La majoritatea cazurilor observate staza duodenală s-a menținut în perioada icterică și de convalescență, iar la un număr redus de cazuri controlate clinic și radiologic după externare, stazei duodenale i s-au asociat dischinezii biliodigestive sau colecistite.

Considerăm, că surprinderea precoce a acestor modificări ale dinamicii duodenale (care corespunde stadiului de edem, congestie sau chiar inflamație incipientă) face posibilă o terapie corespunzătoare, și în consecință și prevenirea unor sechele posthepatitice ale acestui segment digestiv cu rol deosebit în patologia abdomenului.

Tabelul nr. 3

Modificările radiologice duodenale raportate la tipul de început al hepatitei epidemice și la unele boli generale din antecedente

A. P. și tipul de debut al hepatitei	stază bulbo-duod.	stază totală + spasm	stază bipolară	stază bulbară	stază genunchi inf.	duodenită	imagine radiol. normală
A. P. negative debut vezicular	11	2	—	—	1	—	11
A. P. Ø debut digestiv	6	3	—	1	—	—	8
A. P. Ø fenom. generale	3	2	—	—	—	—	15
A. P. Ø prodrom absent	—	1	—	1	—	—	2
A. P. veziculare debut tip biliar	5	—	—	1	—	—	5
A. P. veziculare debut tip digestiv	—	1	—	1	—	—	1
A. P. veziculare debut fenomene generale	—	—	—	—	—	—	3
A. P. hep. epid. dife-rite tipuri de debut	4	2	3	4	—	1	4
A. P. dif. boli generale, debut variat	1	—	2	—	—	2	11
A. P. apendicectomie, anexite, debut mai frecvent digestiv	1	2	1	2	2	—	4
Total:	31	13	6	11	3	3	64

Concluzii

1. Studiul clinic și radiologic a 131 de bolnavi, cu diferite forme clinice de hepatită epidemică, evidențiază afectarea duodenului la 67 (51 %).

2. Semnele clinice care traduc suferința duodenului sînt greu de descifrat din contextul dispeptic al hepatitei, iar examenul radiologic deține un rol extrem de important în stabilirea tipului funcțional, dischinetic sau organic de suferință duodenală.

3. Există o corelație între modul de început al hepatitei și predominanța unor aspecte ale stazei duodenale; stază bulboduodenală prezentă la 29 din 32 de bolnavi cu sindrom dispeptic de tip biliar sau duodenopancreatic în prodromul hepatitei, și doar la 1/3 din cei cu alt tip de început al hepatitei.

C. PIRVU, ZOIE MICLESCU: CORELAȚIA CLINICO-RADIOLOGICĂ
A SUFERINȚEI DUODENULUI DIN CURSUL HEPATITEI EPIDEMICE



Fig. nr. 1: B. C. de 71 de ani (f. o. 1199/1966). Dg. hepatită epidemică formă medie. Rx. duodenal: stază bulbară persistentă. A. P. colecistită cronică



Fig. nr. 2: C. V. de 60 de ani (f. o. 1012/1966). Dg. hepatită epidemică formă prelungită. Rx. duodenal: stază totală. A. P. negativ



Fig. nr. 3: F. L. de 21 de ani (f. o. 874/1966). Dg. hepatită epidemică formă medie. Rx. duodenal: stază bipolară asociată cu un proces de duodenită. A. P. negativ

4. Substratul morfofuncțional al unor modificări radiologice duodenale poate fi pregătit sau dezvoltat anterior hepatitei: stază bulboduodenală mai frecventă la cei cu afecțiuni ale căilor biliare sau alte hepatite în antecedente, staza genunchiului inferior la cei cu apendicectomii, metroanexite etc.

5. La 31 de bolnavi (aproximativ 1/4 din nr. total observat) fără antecedente capabile să dezvolte afectarea duodenului anterior hepatitei, cât și la 3/4 dintre cei cu alte hepatite în trecutul lor este evident rolul virusului ca agent etiopatogenetic în afectarea duodenului.

Sosit la redacție: 8 iunie 1969.

Bibliografie

1. BALTA N., SCHIAU S., STOENESCU R., NICOLAESCU T.: Med. Int. (1967), 10, 1217; 2. BÎRZU I., VULCĂNESCU M., NECULA V.: Radiologia clinică a duodenului neulceros. Ed. Med. București, 1958; 3. BÎRZU I., NECULA V.: Med. Int. (1962), 6, 715; 4. BROWN J. C. și colab.: Gastroenterology (1966), 50, 3, 333; 5. FODOR O., COSMA V., MUNTEANU P., CIOFU GH.: Med. Int. (1966), 7, 2, 115; 6. GEORGESCU A., ZINU I.: Med. Int. (1958), 3, 415; 7. HAȚIEGANU I.: Clinica și patologia medicală, vol. I., Ed. Med. București, 1955, 512; 8. HUBENS A.: Arch. Int. Hépat. (1965), 3, 499; 9. KREINDLER A.: Neuroza astenică, Ed. Acad. R.P.R., București, 1961; 10. MARCUȘ S.: Stud. și Cerc. de Med. Int. (1966), 7, 5, 493; 11. OSTROWO J. O., RAYMOND M. D., TIMMERMAN R., GRAY S.: Gastroenterology (Basel), (1968), 38, 3, 303; 12. PĂUNESCU PODEANU, BERINDE, MICLEA F., SGAVIZDA C.: Viața Med. (1965), 13, 897; 13. PAVEL I.: Icterele, Ed. Med. București, 1957, 43; 14. PAVEL I.: Colecistopatiile. Ed. Med. București, 1961, 18, 26; 15. SCHIAU S., STOENESCU R., DEBĂU M.: Med. Int. (1959), 4, 559; 16. SCHREIBER H. W.: Dtsch. Med. Wschr. (1964), 89, 1788.

