

TRATAMENTUL CHIRURGICAL ACTUAL AL ULCERULUI GASTRO-DUODENAL

dr. C. Pană

Tratamentul chirurgical al ulcerului gastric și duodenal își are originea în limitele tratamentului medical. Eforturi deosebite se depun și astăzi pentru a fi găsite cele mai bune metode chirurgicale, deoarece boala ulceroasă înscrie o incidență mereu crescândă, iar chirurgia nu dispune încă de o metodă operatorie aplicabilă sistematic și urmată constant de rezultate foarte bune și de durată.

Istoricul tratamentului chirurgical al ulcerului gastroduodenal este un lanț de încercări, rezultatele nesatisfăcătoare ale uneia constituind premisele trecerii la alta. Gastroenteroanastomoza este prima tentativă de rezolvare chirurgicală a ulcerului gastroduodenal. Ea a corespuns perfect concepției patogenice mecanice de atunci în patogeneza ulcerului, dar rezultatele verificate de timp nu au corespuns așteptărilor. Simpla comunicare largă a stomacului cu jejunul s-a dovedit incapabilă de a rezolva hipersecreția și hiperaciditatea gastrică. Se impunea, deci, și reducerea masei celulelor secretorii parietale. Astfel, rezecția de stomac ia locul gastroenteroanastomozei, aceasta din urmă rămânând doar ca operație de necesitate.

Rezecția de stomac, deși operație mutilantă, a dominat istoria tratamentului chirurgical pînă în zilele noastre. Letalitatea postoperatorie, mare la început, a fost redusă progresiv datorită perfecționării tehnicii chirurgicale, anesteziei-reanimării, precum și datorită introducerii antibioterapiei. Statistici recente au semnalat rezultate foarte bune și bune după rezecțiile de stomac, în jur de 85 %. Timpul însă a stabilit că asemenea rezultate bune își pierd uneori din calitate pe măsură ce crește intervalul de timp de la operație. Pe lângă mortalitatea postoperatorie și recurență, au mai fost semnalate printre complicațiile rezecției de stomac, boala hematologică, sindromul de malabsorbție cu toate consecințele sale, impotența sexuală etc.

Analiza cauzelor neajunsurilor rezecției de stomac a stabilit că parte din ele sînt în legătură cu rezecția propriu-zisă, parte cu anastomoza gastrojejunală, care exclude duodenul din circuitul digestiv. În dorința lor de a îmbunătăți continuu rezultatele tratamentului chirurgical al ulcerului gastroduodenal, chirurgii au înlocuit, ori de cîte ori tehnic a fost posibil, gastrojejunostomia cu gastroduodenostomia. Rezecția de stomac cu anastomoză gastroduodenală a ameliorat într-o oarecare măsură rezultatele, dar nu a putut să elimine toate neajunsurile rezecției de stomac pentru ulcer gastroduodenal.

Persistența recurenței într-un procent relativ ridicat după rezecția de stomac, indiferent de felul anastomozei consecutive, denotă că rezecția de stomac, deși îndepărtează o bună parte din acesta, nu este în măsură să suprimă totalitatea complexului patogen al ulcerului gastroduodenal. De altfel, cei mai fervenți adepți

ai rezecției susțineau deschis că ea nu este operația ideală, dar era metoda chirurgicală cea mai bună de care dispunea chirurgia atunci.

Chiar în aceste momente de răspintie, *Dragstedt* face cunoscută lumii concepția sa despre mecanismul de formare a ulcerului gastric și duodenal, în care rolul impulsului vagal ocupă un loc central. Datele statistice confirmă îndată concepția lui *Dragstedt*, scoțind în evidență incidența mai mare a ulcerului duodenal la subiecții cu mod de viață stressant.

Acestea sînt premisele care au dus la introducerea vagotomiei ca metodă de tratament chirurgical al ulcerului gastroduodenal. *Dragstedt* a practicat, la început, vagotomia tronculară (bilaterală) fără alte operații asociate. Curînd au fost semnalate complicații grave după asemenea vagotomii, ca pareza tubului digestiv cu dilatație și retenția gastrică persistentă. Acestă constatare l-a determinat pe inițiatorul metodei să o reconsidere, asociînd vagotomia obligator cu o metodă de drenaj al cavității gastrice, asociere care — completată cu aspirație gastrică continuă postoperatorie pînă la reluarea tranzitului digestiv — a eliminat efectele nefavorabile ale vagotomiei. Astfel reconsiderată, vagotomia s-a extins repede în S.U.A. Răspîndirea ei în Europa a întîmpinat în primul rînd rezistența chirurgilor francezi, credincioși rezecției. Ei au acceptat vagotomia tronculară doar ca operație de necesitate în ulcerul peptic postoperator.

Achizițiile recente în domeniul patogenezei ulcerului gastroduodenal aduc argumente prețioase în sprijinul vagotomiei, care se încadrează perfect în tendința modernă a chirurgiei funcționale. Ulcerul gastric și duodenal este conceput astăzi ca un ecou al dereglării echilibrului agresiune-apărare de la nivelul mucoasei stomacului și duodenului. Dezechilibrul poate să apară în două eventualități: creșterea hipersecreției acide sau scăderea puterii de apărare a mucoasei. Influențarea sistemului de apărare este dificilă, cel puțin în stadiul cunoștințelor actuale, pentru că — pe lingă că nu-l cunoaștem îndeajuns — el pare să fie condiționat și de factorul genetic. Astfel, chirurgului îi rămîne latitudinea să atace procesul de secreție acidă în exces de la nivelul celulelor secretorii parietale.

Mecanismul secreției celulelor parietale este complex. Două sînt verigile lui esențiale: antrul, zonă reflexogenă și laborator de gastrină și nervii pneumogastriци. Impulsul vagal intensifică funcțiunea celulelor parietale atît direct, cit și prin mijlocirea secreției de gastrină, în exces la nivelul antrului. Rezultă deci, că impulsul vagal singur în condiții de stress este capabil să incline echilibrul agresiune-apărare în favoarea celei dintîi.

Iată deci, că astăzi, dispunem de substrat științific pentru a susține că rezecția de stomac este incompletă la bolnavii ulceroși, la care impulsul vagal joacă un rol important sau hotărîtor, atîta timp cit nervii vagi rămîn intacti.

Atunci, este logic să ne întrebăm dacă nu cumva procentul recurenței după rezecția de stomac nu este dat tocmai de acei ulceroși, la care impulsul vagal joacă un rol patogenetic decisiv. Teoretic așa stau lucrurile, dar răspunsul exact îl va putea da numai viitorul vagotomiei, ținînd cont de intervalul de timp îndelungat după care poate să apară ulcerul peptic postoperator.

Recent, vagotomia ajunge să fie încetățenită în S.U.A. și difuzează în toată lumea, inclusiv la noi în țară. Pe măsură ce cîștigă noi adepți și, pe linia generală a găsirii celui mai bun tratament chirurgical al ulcerului gastroduodenal, vagotomia ridică noi probleme, a căror rezolvare constituie îmbunătățiri substanțiale.

Una din problemele ridicate de vagotomie o constituie alegerea celei mai bune căi de drenaj gastric. Autorii încă nu au căzut de acord în această privință. Unii recomandă asocierea constantă a vagotomiei cu piloroplastia (*Weinberg, Fauss și Schmith, Alexiu ș.a.*) după unul din procedeele Finney, Heinecke-Mikulicz, Judd, Alexiu etc.... Alții practică sistematic vagotomia cu gastroenteroanastomoză (*Burge, Hamilton ș.a.*), iar un alt grup de autori practică vagotomia asociată numai cu antrectomia (*Edwards, Harkins ș.a.*) sau asociată numai cu rezecția de stomac

(Lagrot). Este greu de luat o atitudine în această problemă, deoarece fiecare metodă de drenaj își are avantajele sale. De aceea credem că este mai bine să trecem peste exclusivism și să practicăm metoda de derivație cea mai adecvată situației anatomicopatologice locale. Vagotomia cu gastropiloroduodenectomie Lagrot este singura care pune probleme deosebite, din cauză că ea iese din cadrul dezideratului general de a găsi operația care să înlocuiască mutilarea stomacului. Rezeția gastrică asociată vagotomiei nu este justificată (Alexiu). Numai studiul rezultatelor îndepărtate va fi în măsură să decidă asupra celei mai bune metode de drenaj.

Care dintre vagotomii este mai bună: cea tronculară sau cea selectivă? Conștiuire o altă problemă delicată ridicată de vagotomie. Există argumente pro și contra pentru fiecare dintre ele. Vagotomia tronculară poate să fie executată complet în majoritatea covârșitoare a cazurilor, dar ea denervează un sector prea extins al tubului digestiv, ceea ce nu este lipsit totdeauna de urmări, ca tulburări în funcția biliopancreatică, diaree postvagotomie. Vagotomia selectivă, respectând ramurile hepatică și celiacă ale vagilor, evită dereglările biliopancreatice și reduce în medie la jumătate incidența diareei postvagotomie. În schimb, recurența după vagotomia selectivă nu este mai frecventă decât după vagotomia tronculară. I se obiectează vagotomiei selective că ea riscă să fie incompletă prea de multe ori din cauza varietății anatomice infinite a vagilor, ce se pot ramifica încă deasupra diafragmului.

Lui Jackson (1947) și lui Borton și Moore (1948) le revine meritul de a fi demonstrat că o bună parte din consecințele nedorite al vagotomiei se datoresc suprimării inervației vagilor și a altor segmente ale tubului digestiv decât stomacul. Logic urma găsirea modalității de a denerva numai stomacul.

Griffith și Harkins (1957) demonstrează experimental, apoi în sala de operație, că vagotomia selectivă poate să fie realizată din punct de vedere tehnic. De acum, vagotomia selectivă câștigă repede adepti și este așezată față în față cu vagotomia tronculară în tratamentul ulcerului gastroduodenal. Vagotomia selectivă poate să fie realizată în mai multe feluri: selectivă anterioară și tronculară posterioară (Burge) și selectivă anterioară și posterioară (Griffith, Grassi), denumită încă deconexiune vagogastrică de acesta din urmă, după felul particular în care el o execută. Vagotomia „selectivă”, tronculară anterioară și selectivă posterioară a fost părăsită tocmai datorită faptului că suprimă ramura hepatică a vagului, cu rol funcțional mai important decât ramura celiacă.

În dorința de a executa o vagotomie selectivă cu efect complet asupra stomacului, adeptii ei au recurs la cele mai variate tehnici, ca acelea ale lui Griffith, Grassi, Nana, Alexiu ș.a. Demne de remarcat sînt tehnica lui Grassi, care secționează și vasele micii curburii a stomacului, întrerupînd astfel și fibrele simpaticului, care conduc și ele impulsuri stimulative asupra celulelor parietale secretorii (deconexiune vagogastrică), precum și acele tehnici care întrerup ramura antrală (Griffith), care cînd există, ia naștere din ramura hepatică în grosimea ligamentului gastrohepatic.

Dificultățile obiective întîmpinate uneori în execuția vagotomiei selective complete l-au determinat pe Holländer să imagineze un aparat de control intraoperator, care prin mijlocirea inscrierii motilității stomacului, oferă indicii asupra caracterului complet sau incomplet al vagotomiei selective. Aparatul nu a intrat încă în uzul curent, ceea ce face să se creadă că mai necesită îmbunătățiri.

Pînă atunci, controlul efectului vagotomiei selective este posibil numai postoperator prin urmărirea periodică a secreției și acidității gastrice. Majoritatea adeptilor vagotomiei selective, bazați pe acest criteriu, susțin că vagotomia selectivă completă este o realitate și sub raportul execuției, cu condiția întreruperii și a ramurei antrale, ori de cîte ori există (Griffith, Grassi, Nana, Alexiu, Toader ș.a.), la care noi mai adăugăm răbdare, minuțiozitate și experiență.

Vagotomia selectivă cucerește din ce în ce mai mult teren, cu toate obiecțiunile ce i-se aduc și — ceea ce este mai încurajator — ea începe să fie apreciată și de interniști gastroenterologi cu autoritate, printre care se numără și Fodor O., care

scrie: „Vagotomia (selectivă) are tot mai mare justificare fiziopatologică pentru a fi introdusă în tratamentul ulcerului duodenal“ (6). Iată, deci, că vagotomia ocupă un loc important în tratamentul chirurgical al ulcerului gastroduodenal.

A treia problemă ridicată de vagotomia selectivă ni se pare extrem de importantă: poate vagotomia singură să rezolve întotdeauna ulcerul duodenal sau ea trebuie practică numai în cadrul tratamentului diferențiat? Părerile autorilor sînt împărțite și de data aceasta. Unii practică sistematic vagotomia selectivă sau tronculară, asociată întotdeauna cu o metodă simplă de drenaj la toți bolnavii cu ulcer, atât duodenal, cît și gastric fără nici o deosebire. Dintre aceștia fac parte cei mai mulți chirurghi americani și englezi (*Dragstedt, Griffith, Ellis* ș.a.), iar la noi *Alexiu*, în ultimul timp. Ei se declară mulțumiți de rezultatele obținute. Alți autori, printre care *Bruce, Grassi, Nana, Mircioiu, Toader* ș.a. susțin superioritatea tratamentului diferențiat, care ni-se pare mai logic și nouă, cel puțin în această perioadă de trecere de la o metodă operativă verificată de timp, la alta nouă. Și noi sîntem convinși de diferența patogenică dintre ulcerul duodenal și ulcerul gastric (*Fodor O.*), ca și de particularitatea bolnavului ulceros dictată de tipul secretor, de factorul morfologic, de vîrstă și starea generală.

În funcție de tipul secretor, bolnavii cu ulcer sînt grupați în 3 categorii:

— bolnavi cu hipersecreție nocturnă, cu răspuns intens la insulină și slab sau absent la histamină;

— bolnavi cu secreție nocturnă normală, cu răspuns accentuat la testul cu histamină și cu răspuns slab sau negativ la insulină;

— bolnavi cu răspuns pozitiv atît la testul cu insulină, cît și la testul cu histamină.

La bolnavii din prima categorie găsim logică vagotomia+piloroplastia, excepție fac numai cazurile unde situația morfologică locală nu permite execuția tehnică a piloroplastiei. La bolnavii din categoria a II-a rezecția de stomac rămîne suverană, iar la cei din categoria a III-a este indicată vagotomia+antrectomia sau rezecția de stomac de extindere direct proporțională cu intensitatea răspunsului la histamină.

Recent, diferențierea tratamentului chirurgical al ulcerului gastroduodenal se face pe baza vagotomiei medicale cu Antrenyl. Dacă sub efectul Antrenyl-ului secreția acidă a stomacului scade sub 15 mEq oră este indicată vagotomia+piloroplastia; cînd ea rămîne între 15—50 mEq oră vagotomia+antrectomia; iar cînd rămîne deasupra lui 50 mEq oră operația de ales este vagotomia+rezecția de stomac.

Chirurgii români, receptivi întotdeauna la ceea ce este nou și bun, nu au întîrziat să publice rezultatele lor obținute cu tratamentul chirurgical actual al ulcerului gastroduodenal. Mă voi referi doar la unele statistici mai semnificative și voi extrage din ele numai acei parametri care permit o mai bună conturare a valorii tratamentului.

Tabelul nr. 1

Autori	Nr. caz. obs.	Rezultate f. bune și bune		Rezultate satisfăcătoare		Rezultate rele		Recidive	
		nr.	%	nr.	%	nr.	%	nr.	%
Alexiu	292	235	81,92	43	15	9	3,1	5	1,7
Nana	42	38	91,80	4	8,20	—	—	—	—
Toader	151	127	84	21	14	—	—	3	1,9

Datele din tabloul de mai sus ni se par elocvente. Ele stau, în general, la baza tratamentului chirurgical actual, și justifică vagotomia, în special. Valoarea vagotomiei crește și mai mult dacă reamintim că, în prezent, ea a dus la reducerea numărului rezecțiilor de stomac pentru ulcer, iar pentru viitor se poate întrevădea părăsirea rezecției în chirurgia ulcerului gastroduodenal (Alexiu).

Rezultatele incurajatoare ale vagotomiei în tratamentul chirurgical al ulcerului necompliat justifică extinderea acestei metode operatorii și la bolnavii cu ulcere gastroduodenale complicate (perforații și hemoragii). Stenoza pilorică ulceroasă nu mai constituie o contraindicație a vagotomiei după mulți autori contemporani.

În Clinica chirurgicală nr. II și chirurgie cardiovasculară din Tirgu Mureș colectivul a practicat vagotomia în cadrul tratamentului chirurgical diferențiat la un total de 20 de bolnavi cu ulcer duodenal, la început sporadic, iar de doi ani sistematic. Numărul relativ mic de bolnavi și reculul scurt nu ne permit încă să tragem concluzii asupra rezultatelor noastre.

Din literatura consultată rezultă că nici vagotomia selectivă nu este scutită de rezultate nedorite, cum sînt recurența și diareea, dar acestea după vagotomia selectivă au o incidență mult mai redusă. Deci, nici vagotomia selectivă asociată cu metodele variate de drenaj nu este operația ideală în tratamentul ulcerului gastroduodenal. Ea marchează totuși o etapă prețioasă în efortul de perfecționare continuă a tratamentului chirurgical al acestei afecțiuni.

Chiar dacă vagotomia ar oferi rezultate cu nimic mai bune decît rezecția, ceea ce nu e cazul, ea numai datorită faptului că tinde să înlocuiască o operație mutilantă este îndreptățită să-și reclame dreptul de a intra în uzul și al acelor chirurghi, care încă o privesc cu rezerve.

Sosit la redacție: 16 iunie 1971.

Bibliografie

1. ALEXIU O.: Acta gastro-ent. belg. (1965), 28, 154; 2. ALEXIU O.: Chir. Gastroent. (1967), 5, 415; 3. ALEXIU O., PACEȘCU E.: Acta gastro-ent. belg. (1968), 31, 369; 4. ALEXIU O., PACEȘCU E.: Chirurgia (1970), 19, 1085; 5. DRAGSTEDT L. R., WOODWARD E. N.: J. Amer. Med. Ass. (1951), 145, 795; 6. FODOR O., POPESCU ȘT., URCĂN S.: Boala ulceroasă — fiziopatologie și patogeneză. Ed. Acad. R.S.R., 1968, 247; 7. FODOR O., POPESCU ȘT.: Clujul med. (1970), 43, 35; 8. GHERASIM M., SAGHIN N.: Chirurgia (1966), 15, 7, 577; 9. GRASSI G.: Chir. Gastroent. (1967), 1, 227; 10. GRIFFITH C. A.: Arch. Surg. (1960), 81, 781; 11. HOLLÄNDER F., KÖHLER I.: Clujul med. (1970), 43, 3, 465; 12. LAGROT F., MICHEA PH., COSTAGLIOLA M.: Mém. Acad. Chir. (1969), 95, 169; 13. NANA A., MIRCIOIU C., NEUMANN E., NANA M.: Clujul med. (1970), 43, 1, 45; 14. NANA A., MIRCIOIU C., IONESCU G., NANA M., ANDERCOU A.: Clujul med. (1970), 43, 1, 57; 15. PETRESCU C., IONESCU GH., LUCAN M.: Chirurgia (1970), 19, 12, 1093; 16. POP D. POPA I., PANĂ C.: Locul vagotomiei în tratamentul diferențiat al ulcerului gastroduodenal. Com. U.S.S.M., Filiala Mureș, Secț. chir. 10 XII 1970; 17. POP D. POPA I., PANĂ C., GEORGESCU T., RADU D., BRATU D.: Rezecția de excludere completată cu vagotomia selectivă în tratamentul ulcerului duodenal penetrant sau jos situat. Com. U.S.S.M., Filiala Mureș, Secț. Chir. 19 III 1971; 18. TOADER C., HERMAN GH., TOADER I., TURDEANU N.: Clujul med. (1970), 43, 1, 73.