

Clinica chirurgicală nr. II și Chirurgie cardiovasculară din Tîrgu Mureș
(cond.: prof. dr. I. Pop D. Popa, doctor-docent, membru corespondent al Academiei
de științe medicale)

VALOAREA DINAMICII SECRETORII ACIDO-GASTRICE IN TACTICA CHIRURGIEI ULCERULUI GASTRODUODENAL

dr. I. Pop D. Popa, dr. T. Grozescu, dr. C. Pană, dr. T. Georgescu,
dr. P. Ilniczky, dr. Ana Csizér

Boala ulceroasă continuă să fie și în prezent o afecțiune care este tratată la două discipline medicale diferite: boli interne și chirurgie, iar tratamentul acestei boli rămîne încă o problemă în plină actualitate.

Această situație provine din lipsa găsirii celei mai corecte căi de tratament (12). În domeniul tratamentului chirurgical al bolii ulceroase în prezent se caută soluția operatorie optimală pentru momentul dat, încercîndu-se depășirea fazei tratamentului de rutină prin rezecție, practică încă azi indiferent de forma și localizarea ulcerului (8), într-un efort de a se introduce un tratament chirurgical diferențiat.

Frecvența crescută a ulcerului gastroduodenal în ultimul timp, consecință poate și a condițiilor tot mai stressante a vieții contemporane, a condus la o intensificare justificată a studiilor de etiopatogenie, fiziologie, fiziopatologie, de digestie și de tratament în boala ulceroasă.

Azi se cunoaște mai bine mecanismul secreției gastrice (12, 7, 2), ca și al rolului factorului clorhidropeptic în apariția bolii ulceroase. Aceste noi cerceri îndrumă chirurgia spre operații cît mai fiziologice, mai puțin mutilante.

Considerăm că boala ulceroasă este și trebuie să fie strict individualizată, în care scop un arsenal întreg de investigații (clinice, radiologice și de laborator) ne stau la dispoziție. Folosirea acestora o facem pe de o parte pentru aplicarea unui tratament diferențiat, iar pe de altă parte pentru alegerea indicației operatorii pe baza criteriilor noi ce stau la baza intervenției și prin respectarea cărora se pot obține rezultate mai bune cu o mortalitate postoperatorie redusă, rezultatul funcțional fiind cît mai aproape de perfect.

Studiul acidității gastrice (11, 14), al tipului secretor, este astăzi indispensabil, deși sînt autori care consideră de pildă testul la histamină ca neconcludent, acesta neputînd singur determina hotărîrea de a asocia la o vagotomie (selectivă sau tronculară) și o rezecție gastrică (Alexiu).

În ultimii doi ani explorarea bolnavilor ulceroși în Clinica chirurgicală nr. II și de Chirurgie cardiovasculară din Tîrgu Mureș se face executînd fiecărui pacient internat cu boală ulceroasă testul secreției la histamină și cel insulinic, pentru determinarea tipului secretor, după o schemă bine concepută și aplicată riguros. Asociem obligator examenul radiologic, care definește diagnosticul de localizare (4, 3). Examinăm secreția nocturnă (de origine vagală), hiperaciditatea provocată prin hipoglicemie și aciditatea de origine antrală, hormonală, prin testul la histamină; în acest fel se realizează — credem — cea mai corectă modalitate de stabilire a indicației, tacticii și tehnicii operatorii diferențiate.

Valorile dinamicii secretorii acido-gastrice, care ne conduc în alegerea tacticii operatorii în ulcerul gastroduodenal, sînt următoarele:

A) Relații normale:

a) cantitatea totală de suc gastric prin sondaj nocturn (între orele 19—6) să nu depășească 500 ml;

b) debitul de acid clorhidric pe toată durata nopții să nu treacă de 40 mEq acid clorhidric;

c) în cursul nopții sint necesare cel puțin două eșantioane separate, succesive ca apariție, în care acidul clorhidric să fie absent;

d) secreția bazală; se apreciază răspunsul la histamină și insulină raportat la valorile bazale. În mod normal la un tip neulceros, secreția bazală este între 70—90 ml suc gastric, debitul de acid clorhidric liber de 2—5 mEq, iar stimularea cu insulină sau histamină nu duce la creșterea secreției nici cantitativ și nici calitativ la peste trei ori valoarea bazală.

B) Tipul insulinic:

a) lipsa repausului secretor nocturn, iar la stimularea cu insulină cantitatea de suc gastric și debitul de acid clorhidric liber depășesc mai mult de trei ori valoarea secreției bazale.

C) Tipul histaminic:

Prezența repausului secretor nocturn, iar secreția gastrică stimulată cu histamină dă valori cantitative și calitative de peste trei ori valoarea normalului.

D) Tipul mixt:

Lipsa repausului secretor nocturn și răspuns cu mai mult de trei ori față de valoarea normalului la stimulul histamino-insulinic.

Miallaret recomandă ca în ulcerile duodenale să se execute o vagotomie cu piloroplastie, sau GEA în cazul hiperacidității de origine neurogenă; gastrectomie în cazul acidității normale și în sfârșit vagotomie asociată gastrectomiei în aciditățile maxime. *Small* și colab. propun vagotomia cu rezecție gastrică la un răspuns la histamină de peste 30 mEq, vagotomie cu GEA între 20—40 mEq și simpla GEA sub 30 mEq.

Respectînd aceste valori, nu însă în sensul strict valoric, indicația tratamentului operator se face în funcție de aceste rezultate, după cum urmează:

— la tipul insulinic vagotomie,

— la tipul histaminic rezecția gastrică,

— la tipul mixt vagotomie, plus rezecție gastrică mai mult sau mai puțin limitată.

Aceste criterii ne-au condus la adoptarea în ultimii doi ani a unei atitudini și a unei tactici operatorii diferențiate. La un număr de 383 intervenții pentru ulcer gastroduodenal am efectuat 178 gastroduodenectomii largi cu anastomoză Păan-Bilroth I, 89 gastroduodenectomii largi cu anastomoză Reichel-Polya, 44 gastroduodenectomii cu anastomoză Hoffmeister — Finsterer și un număr de 41 vagotomii selective cu o cale de derivație (piloroplastie) sau rezecție gastrică; în restul cazurilor alte tipuri de intervenții. Menționăm că cele 41 de vagotomii selective au fost efectuate doar în ultimii 2 ani, numărul lor — raportat la totalul intervențiilor de 383 — pare redus.

Desigur ar fi fost mai bine ca studiul nostru să poată stabili și rezultatul postoperator al dinamicii secretorii, ca o consecință a tratamentului chirurgical diferențiat, pentru a urmări corect eficiența acestuia.

Concluzii

Timpul scurt de numai doi ani de cînd criteriul tacticii operatorii este constituit din testarea tipului secretor la fiecare bolnav cu leziune ulceroasă, nu ne permite tragerea unor concluzii riguroase valabile, considerăm ca un câștig cert posibilitatea contraindicării la un număr de 41 de bolnavi a rezecției gastrice de rutină. Am comparat — dar numai la 18 bolnavi vagotomizați — aciditatea gastrică postoperator, față de același număr de bolnavi cu rezecții gastrice, constatînd valori medii mai bune la primul lot de bolnavi; în plus însă vagotomia reprezintă un câștig pentru bolnav față de chirurgia mutilantă.

Observațiile noastre arată că la bolnavii sub 30 de ani executarea unei rezecții gastrice largi de rutină, aduce după sine, relativ frecvent, o scădere fizică generală, element deosebit de important pentru cei care exercită o profesiune (muncă grea).

În plus considerăm că în stabilirea indicației de tactică operatorie, starea generală trebuie bine cîntărită la cei tîrați cu diverse asociații morbide posibile (tbc., diabet, ciroză, boli cardiace. alcoolici) la care intervenția minimă este cu deosebire indicată.

Sosit la redacție: 22 iunie 1972.

Bibliografie

1. BARRON J. H.: Gut (1963), 4, 136; 2. CHRISTIANSEN P. M.: Gastric secretion in relation to duodenal and gastric ulcer. În: The physiology of gastric secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968, 418; 3. MYREN J.: Gastric secretion following stimulation with histamine, histolog and gastrin in man. În: The physiology of gastric secretion. Universitetsforlaget, Oslo, 1968, 418; 4. MARKS I. N.: Gastroenterology (1961), 41, 6, 599; 5. LAWRIE J. H., SMITH G.M.R., FORREST A.P.M.: Lancet (1964), 2, 270; 6. KAY A. W.: Brit. Med. J. (1953), 2, 77; 7. BARRON J. H.: Gastroenterology (1963), 45, 1, 118; 8. CHRISTIANSEN P. M., RODBRO P.: Scand. J. Gastroent. (1968), 3, 305; 9. LAMBLING A., GOSSET J. R., BERNIER J. J.: La place du tubage gastrique dans le diagnostic de la gastrite. În: L'estomac. Actualités hépato-gastro-entérol. Hôtel-Dieu, Ed. Masson, Paris, 1953; 10. BRUCE J., CARD W. I., MARKS I. N., SIRCUS W.: J. Royal Coll. Surg. Edinb. (1959), 4, 85; 11. MARKS I. N.: Gastroenterology (1961), 41, 6, 599; 12. FODOR P., POPESCU ȘT., URCAN STELA: Boala ulceroasă (fiziopatologie și patogeneză). Ed. Acad. R.S.R., București, 1968; 13. MYREN J., SEMB L. S.: Gastroenterologia (1962). 97, 207; 14. CARD W. I., MARKS I. N.: Clin. Sci. (1969). 19, 147.