

## ATITUDINEA TERAPEUTICĂ ÎN HEMORAGIILE ULCEROASE

dr. Z. Naftali, dr. I. Pop D. Popa, dr. L. Creangă, dr. A. Keresztessy-Kosztu, dr. F. Tóth, dr. A. Vitos

Complicația hemoragică a ulcerelor gastroduodenale reprezintă majoritatea hemoragiilor digestive superioare. În cazuistica noastră apare într-un procent de 58,12% printre celelalte hemoragii digestive superioare, rezolvarea cărora s-a făcut conform conduitei clinicii, de altfel foarte bine precizată.

Hemoragia ulceroasă îmbracă aspecte foarte variate prin combinarea diferitelor caractere legate de localizare, vechime, formă anatomo-patologică, alură evolutivă și teren. Aceste particularități care determină gravitatea hemoragiei, vor fi luate în considerare atunci când decidem asupra atitudinii terapeutice.

Considerăm binevenită măsura de a interna bolnavii cu hemoragie digestivă superioară de la început în serviciul chirurgical. Ca o consecință, cazurile ajunse la operație în stare gravă, sau care sucombă fără posibilitatea unei hemostaze chirurgicale, au devenit mai rare.

Dintre cele 374 de hemoragii ulceroase, internate în serviciul nostru, au fost operate 184 (49,19%). Au beneficiat de tratament exclusiv conservator în primul rînd hemoragiile ulceroase ușoare la prima lor manifestare, ca și cele inaugurale. Vîrsta tînă ră pînă la 30 de ani a constituit de asemenea o indicație de tratament conservator, ca și hemoragiile la care factorii iatrogeni au apărut direct responsabili de apariția hemoragiei (heparină, cortizon, butazolidină etc.) Față de ulcerule duodenale am adoptat de asemenea o atitudine conservatoare, mai ales dacă acestea nu aveau o evoluție mai îndelungată.

Atitudinea terapeutică în general, precum și indicația de tratament chirurgical, am stabilit-o în funcție de trei elemente: hemoragia, ulcerul și terenul pe care a evoluat boala ulceroasă.

Aprecierea gravității hemoragiei este de o importanță primordială din acest punct de vedere. Gravitatea ei o apreciem pe baza aspectului clinic, a probelor de laborator și a efectului transfuziei, acesta avînd un rol de adevărat test clinic (testul transfuziei Lipp și Lifszit).

Semnele generale ale hemoragiei ca: paloarea, senzația de sete, neliniștea, tendința la lipotimie, pulsul frecvent și depresibil, scăderea tensiunii arteriale, sînt simptomele centralizării circulației ca răspuns la pierderea unei cantități de sînge. Probele de laborator: numărul scăzut al hematocritului, diminuarea valorii hemoglobinei și a hematocritului, au importanță orientativă, ca fenomene reacționale, de adaptare, urmînd în timp manifestările clinice.

În lipsa determinărilor volumetrice, aprecierea masei sanguine pierdute a fost posibilă doar aproximativ. Cantitatea de sînge administrată, după care s-a obținut ameliorarea clinică și refacerea constantelor biologice, constituie un criteriu în acest sens. În consecință, transfuzia în afară de rolul terapeutic, are și atribute diagnostice în stabilirea gradului hemoragiei, fiind un factor important în precizarea atitudinii terapeutice.

Hemoragiile ulceroase sînt rar cataclismice. În materialul nostru această formă a hemoragiei a survenit în 2 cazuri, reprezentînd propriu-zis recidive mortale ale unor hemoragii anterioare. Hemoragii grave am observat în 30 de cazuri (8,02%), pierderea de sînge a fost mijlocie în 152 de cazuri (40,64%) și ușoară în 190 de cazuri (50,85%).

În 2 cazuri, care s-au agravat în ciuda transfuziei și al tratamentului complex administrat imediat, am fost nevoiți să intervenim de urgență. În celelalte cazuri am acordat un credit de 24—mai rar de 48 de ore metodelor de reanimare. Lipsa unui răspuns satisfăcător, sau ameliorarea trecătoare, au constituit pentru noi indicația intervenției chirurgicale în plină hemoragie, chiar fără un diagnostic precizat. În 11 cazuri am intervenit în aceste împrejurări în primele 48 de ore după instalarea hemoragiei. Substratul anatomic al acestor cazuri a fost o fistulă vasculară determinată de evoluția unui ulcer cronic, mai rar a ulcerului acut, sau a unei ulceratii superficiale.

În restul cazurilor hemoragia s-a oprit în primele 2 zile de la debutul ei, permițând investigarea bolnavilor și a devenit astfel posibilă luarea unei atitudini terapeutice în funcție de caracterele morfologice și evolutive ale fiecărui caz în parte. În 13 cazuri însă a intervenit încă din prima săptămână o recidivă hemoragică, gravă prin cantitatea și ritmul ei, ca și prin faptul că a apărut pe un organism cu sistemul de compensare dezechilibrat. În 2 cazuri recidiva a fost cataclismică, bolnavii sucombând rapid. După o reanimare intensivă, 11 bolnavi au fost operați de urgență, orice ezitare fiind periculoasă în astfel de cazuri. În alte 50 de cazuri, hemoragia recidivată a putut fi stăpinită fără dificultate, nefiind necesară o intervenție imediată.

În cea mai mare parte a cazurilor de hemoragie ulceroasă sîngerarea fiind oprită, în 158 de cazuri (85,86%) am intervenit în condiții optime, la rece, avînd un diagnostic etiologic și topografic al leziunii, bolnavii fiind echilibrați hemodinamic, proteici și hidroelectrolitici.

Al doilea element important pentru stabilirea indicației operatorii este ulcerul, cu caracterele sale topografice, morfologice și evolutive. Am operat acele ulcere hemoragice ale căror caractere anatomice și evolutive ar fi indicat intervenția chirurgicală și în lipsa hemoragiei și bineînțeles acelea care au prezentat hemoragii repetate în antecedente (60 de cazuri). Astfel a constituit indicația operatorie mai ales ulcerul gastric simplu sau multiplu (49 de cazuri), sau asociat cu cel duodenal (12 cazuri), ulcerul cu evoluție lungă, cu perforație în antecedente, sau cel stenozant. De asemenea accidentele hemoragice, care au fost precedate de prodrome dureroase, mai ales dacă durerile nu au cedat nici după sîngerare, ridicînd suspiciunea evoluției spre perforare. Indicația intervenției de urgență se impune în sindromul de concomitență cu perforație (am avut 2 astfel de decese) și cel de succesune, cînd perforația suturată numai, a fost urmată de hemoragie (1 deces).

Terenul reprezintă al treilea factor în aprecierea indicației operatorii. Vîrsta de peste 50 de ani (59 cazuri) cu modificările ei inerente, capacitatea scăzută a mecanismelor de compensare și de menținere a hemostazei, constituie factori luați în considerare de noi în aprecierea indicației chirurgicale. Boli asociate ca hipertensiunea arterială, arterioscleroza, cardioscleroza, alcoolismul cronic, și mai ales hipertensiunea portală (7 cazuri), impun de asemenea și urgentează intervenția.

Alegerea momentului operator apare condiționat de aceleași trei elemente precizate anterior. El trebuie fixat în mod diferențiat, în special în formele grave și mijlocii pe baza unor criterii anatomice, clinice și evolutive, care au totodată și o valoare prognostică. În funcție de aceste considerente, atunci cînd nu am obținut hemostaza spontană în primele 24—48 de ore, am intervenit în plină hemoragie. Cînd însă aceasta s-a oprit, am procedat la investigarea completă a bolnavilor, și am operat după redresarea funcțiilor și constantelor perturbate. Deși din punctul de vedere al riscului chirurgical ar fi indicată poate o perioadă mai lungă de refacere, am urmat intervenția atunci cînd hemoragia era abundentă, ulcerul mai vechi, situat în special pe stomac, la un bolnav vîrstnic, cu tare organice și tulburări fiziologice, pentru a nu expune acești bolnavi la consecințele unei eventuale recidive hemoragice.

În intervențiile chirurgicale pentru ulcerele hemoragice am urmărit două scopuri: identificarea leziunii și îndepărtarea ei în măsură posibilităților.

În majoritatea cazurilor leziunea ulceroasă a fost ușor recunoscută cu ocazia laparatomiei, chiar în cazul unor localizări mai puțin obișnuite. Când însă explorarea externă a stomacului și a duodenului a rămas negativă, am explorat și primele anse jejunale, avînd surpriza de a găsi în 2 cazuri o tumoare benignă, respectiv malignă la nivelul flexurii duodenojejunale și într-un caz o tumoare malignă situată la 20 cm de flexură, toate aceste tumori determinînd nu numai melene, ci chiar și hematemeze repetate.

Explorăm în mod obligatoriu ficatul, splina și venele din ligamentele învecinate, pentru a depista o eventuală asociere a ulcerului cu o hipertensiune portală. La nevoie executăm ileo- sau splenoportografie sau manometrie.

În lipsa unor leziuni gastroduodenale vizibile, fiind însă conduși de datele anamnestice sau clinice spre posibilitatea unei leziuni ulceroase, executăm gastrotomia longitudinală, largă la nevoie, pentru a explora stomacul în întregime și eventual duodenul.

S-a făcut gastrotomia în 14 cazuri. În 3 cazuri, sursa hemoragiei care nu a fost descoperită la gastrotomie, a constituit o surpriză necropsică. Pentru a mări șansa de a găsi leziunea sîngerîndă *Loë* și *Firică* completează examinarea intraoperatorie a stomacului cu ajutorul unui rectoscop modificat, cu care examinează în condiții bune atît fornixul cît și duodenul.

În cazul cînd anamneza pledează pentru ulcer și examenul radiologic pune în evidență semne indirecte de ulcer, dar la gastrotomie nu se găsește leziunea, după recomandarea lui *Bowers*, *Custer* și *Brainard*, unii chirurghi execută rezecția gastrică largă numită oarbă sau empirică. Ei afirmă că în 70% din cazuri în piesa operatorie se găsește leziunea nedecelată la examenul endocavitar al stomacului. Această atitudine deși nu pare logică, ne face să ne gîndim la cele 3 cazuri ale noastre, la care fistula vasculară invizibilă la gastrotomie a fost găsită la necropsie, la 2 din ele leziunea fiind situată într-o regiune care intra de fapt în zona unei rezecții largi.

Leziunea identificată a fost îndepărtată prin rezecția gastrică largă în 179 de cazuri. Chiar și azi, cînd vagotomia are o utilizare pe scară largă, *Mialaret* — unul dintre adepții vagotomiei — opinează pentru rezecție în caz de hemoragie, spunînd că „în complicațiile hemoragice e mai bună asigurarea viitorului imediat al bolnavului, de cît a celui îndepărtat“.

Dacă leziunea este situată adînc în duoden, localizare ce prezintă greutăți tehnice deosebite, majoritatea chirurgilor și noi de asemenea, executăm rezecția de excludere cu sutura transfixiantă a leziunii sîngerînde (3).

Cazurile de ulcere juxtacardiale le-am rezolvat prin rezecția de tip *Pauchet* (4). Ligatura pediculilor vasculari gastrici apare ca o operație paliativă, sau se execută în cazuri cînd leziunea ulceroasă nu se găsește la gastrotomie, sau se poate asocia rezecțiilor de excludere. Acest procedeu, după experiența noastră, nu previne repetarea sîngerării din ulcerul rămas pe loc.

În 2 cazuri de ulcere gastrice situate înalt pe curbura mică, la indivizi în vîrstă, țarați, cu un grav dezechilibru volemic, am executat cu rezultat foarte bun sutura în bursă a ulcerului calos sîngerînd, obținînd o hemostază instantanee, rezecția gastrică fiind executată mai tîrziu.

Evoluția hemoragiilor digestive ulceroase este condiționată de multe circumstanțe, care se modifică de la caz la caz, de la un moment la altul, comportînd și o serie de factori imprevizibili. În consecință nu putem formula jaloane rigide, imuabile în privința atitudinii terapeutice. În această lucrare am căutat doar să sistematizăm și să schematizăm complexitatea posibilităților ce se pot ivi, pentru a ne putea orienta mai ușor în fața unui caz dat, înlăturînd astfel ezitățile, periculoase în astfel de situații.

Știm că în diagnosticul și tratamentul hemoragiilor ulceroase nu a inter-

venit în ultimii ani nimic deosebit, care să schimbe în mod radical situația. Au evoluat însă concepțiile în ceea ce privește utilizarea mijloacelor de diagnostic și stabilirea momentului intervenției chirurgicale.

Considerăm că pentru ameliorarea rezultatelor noastre, trebuie să folosim cu mai mult curaj examinările paraclinice (Röntgen, gastroscopie), chiar în plină hemoragie. Vom putea astfel interveni și în cazurile de urgență, având diagnosticul precizat, iar cazurile cu indicație operatorie vor ajunge în acest fel mai repede pe masa de operație, prevenind recidivele hemoragice, foarte periculoase în urma epuizării terenului prin efortul de compensare al organismului.

Sosit la redacție: 29 iunie 1972.

#### Bibliografie

1. ALBRIGHT H. L.: A.M.A. Archives of Surg. (1955), 71, 803; 2. ARÁNYI S., FONTÁNYI S., NEMES CS.: Orv. Hetil. (1967), 108, 9, 392; 3. BENKÓ SZ., SZAKÁCS D.: Orv. Hetil. (1958), 99, 25, 850; 4. BEREZOV E. L.: Vestn. Hir. (1958), 1, 20; 5. BUKOROV ȘT., DUGALIC D.: Hemoragiile digestive superioare datorate ulcerelor gastro-duodenale. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București; 6. BURGE H.: Vagotomy, Ed. Edward Arnold, London, 1964; 7. BUTUREANU VL. și colab.: Rev. Med. Chir. Iași (1963), 3, 589; 8. BURLUI D., CONSTANTINESCU C., CONDIESCU M., VASILESCU D., POPESCU R.: Restabilirea tranzitului digestiv în rezecția de stomac pentru hemoragie digestivă superioară de natură ulceroasă. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 274; 9. CHIPAIL GH., DIACONESCU M. și colab.: Asupra hemoragiilor digestive superioare. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 308; 10. CONSTANTINESCU O.: Chirurgia (1963), 1, 77; 11. DOHANICS S., EISERT A.: Magyar Seb. (1963), 1, 37; 12. DOLINESCU C.: Diagnosticul și tratamentul complicației hemoragice în ulcerul gastroduodenal. Teză de doctorat, Iași, 1969; 13. FESZLER GY., ZETTNER S.: Orv. Hetil. (1956), 97, 6, 161; 14. FIGUS A., IVÁNYI I.: Orv. Hetil. (1959), 100, 10, 356; 15. FIRICĂ T.: Hemoragiile digestive superioare. Ed. I.M.F., București, 1957; 16. FIRICĂ T., CRIȘAN I. și colab.: Chirurgia (1960), 6, 833; 17. FIRICĂ T., CRIȘAN I.: Chirurgia (1961), 1, 5; 18. FIRICĂ T., MUNTEANU V.: Atitudinea noastră terapeutică în hemoragiile digestive superioare masive. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 240; 19. HERCZEG T.: Orv. Hetil. (1965), 106, 6, 257; 20. LEBEDEV A. P.: Vestn. Hir. (1958), 1, 28; 21. LÉGER L., DETRIE PH.: Presse Médicale (1957), 65, 51, 1188; 22. MANDACHE F., PRODESCU V., LUȚESCU I. Indicații și rezultate operatorii în hemoragiile digestive superioare. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 313; 23. MUREȘAN I., ADAM E., BUCȘA N. și colab.: Experiența noastră în tratamentul hemoragiilor ulceroase gastro-duodenale. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 317; 24. MUREȘAN I., ADAM E. și colab.: Gastropilorectomia de excludere în tratamentul ulcerului duodenal. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 362; 25. NANA A., MIRCIOIU C., PANĂ C., NEUMAN E.: Probleme de patologie, diagnostic și tratament în hemoragiile digestive superioare ulceroase. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 235; 26. NANA A., CIOBICĂ C.: Chirurgia (1961), 4, 567; 27. PÁPAI Z., BANCU E., GÁLFFY I.: Experiența noastră în marile hemoragii ulceroase. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 267; 28. PÁPAI Z., BANCU E., MOGYORÓSI C.: Observații pe 400 cazuri de hemoragii ale tractului digestiv superior. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 328; 29. POILLEUX: Ref. Ann. Chir. (1962), 16, 5—6, 293; 30. PEYCELON R., DELORE X., JEGON V., PORTA I. P., THOULON I. M.: Lyon Chirurgical (1966), 3, 363; 31. ROSZOS I.: Orv. Hetil. (1966), 107, 6, 245; 32. SCHLOSSER V., STREICHER H. I.: Contribuții la tratamentul hemoragiilor gastrice acute. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, Bu-

curești, p. 232; 33. ȚURAI I., PAPAHAĞI E., DIMITRIU I. și colab.: Urgențe chirurgicale. Ed. I.M.F. București, 1963, p. 147; 34. ȚURAI I., PAPAHAĞI E.: Chirurgia stomacului. Ed. Academiei R.P.R., 1963; 35. ȚURAI I., PAPAHAĞI E., ȘTEFĂNESCU V.: Diagnosticul radiologic precoce în hemoragiile digestive superioare. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 212; 36. UNGEHEULR E.: Diagnosticul și tratamentul hemoragiilor gastro-intestinale profuze. Al XII-lea Congr. Naț. Chir., 28—31 mai 1964, București, p. 228; 37. VEBER J. M.: J. Amer. Med. Ass. (1957), 15, 1899.