

ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT. OBSERVAȚII PE 672 CAZURI

dr. V. E. Bancu, dr. Á. Keresztessy Koszta, dr. E. Bálint, V. Gliga,
M. Baghiu, C. Copotoiu

În lucrarea de față am intenționat să aruncăm o privire retrospectivă asupra incidenței perforațiilor ulcerului gastroduodenal la bolnavii internați în Clinica chirurgicală nr. I., în ultimii 20 de ani.

Material și metodă

Au fost studiate dosarele a 672 de bolnavi cu perforații ulceroase. Studiul clinic efectuat de noi se bazează pe două loturi de bolnavi; primul lot care cuprinde 410 bolnavi se repartizează pe decada 1957—1966, al doilea lot cuprinde 262 de bolnavi repartizat pe decada 1967—1976.

Cei 672 de bolnavi au fost analizați pe baza mai multor indici care vizau: repartizarea bolnavilor pe ani, pe decade de vîrstă, pe profesiune, pe sex, pe perioadele de timp în care a survenit perforația. S-a căutat corelația dintre debutul episodului acut și momentul operator, s-au studiat problemele de diagnostic dinaintea accidentului perforației, insistîndu-se pe anamneză, documente de spitalizare sau radiologice, tratamente urmate. S-a insistat de asemenea asupra circumstanțelor în care s-a produs perforația, asupra semnelor clinice și paraclinice imediat preoperatorii și de aici concordanța și neconcordanța diagnosticului de teren și staționar.

În final, problemele de tratament au constituit o preocupare însemnată vizînd tratamentul peritonitei și tratamentul bolii de bază. În problemele de terapeutică chirurgicală s-a pus accentul pe tehnica și tactica folosită, pe oportunitatea sau inoportunitatea drenajului și pe rezultatele imediate postoperatorii în sensul complicațiilor și mortalității.

Rezultate

Repartizarea cazuisticii pe ani calendaristici în cele două decade arată că această complicație a bolii ulceroase este în creștere, cu toate că pe decada a doua au fost înregistrate numai 262 de cazuri. Explicația rezidă în faptul existenței în Tîrgu-Mureş a două clinici chirurgicale cu un număr egal de gărzi; deci în decada a doua gărzile au fost împărțite între cele două clinici.

Așa cum reiese din tabelul nr. 1, numărul cel mai mare de cazuri ni-l furnizează decadele adultului tînar și de vîrstă medie.

Tabelul nr. 1

Până la 20 ani	21—30 ani	31—40 ani	41—50 ani	51—60 ani	61—70 ani	71—80 ani	Total bolnavi
52	193	162	106	93	51	15	672

Perforația bolii ulceroase apare cu cea mai mare frecvență toamna (230 cazuri) (tabelul nr. 2).

Tabelul nr. 2

Primăvara	Vara	Toamna	Iarna	Total bolnavi
151	172	230	119	672

Constatăm o ameliorare a colaborării dintre teren și staționarul de chirurgie, marea majoritate a bolnavilor fiind internați în primele 12 ore ale episodului de perforație, cu precădere între 3—6 ore (256 de bolnavi), fără să omitem faptul că cei 107 bolnavi internați la un interval de peste 12 ore, constituie o carență care trebuie remediată (tabelul nr. 3).

Tabelul nr. 3

1—3 ore	3—6 ore	7—12 ore	15—18 ore	19—24 ore	24— ore	Total bolnavi
126	256	173	43	23	41	672

Din totalul de 672 bolnavi am întâlnit 465 cu antecedente gastrice. Ținând seama de faptul că 163 aveau antecedente de peste 5 ani, deducem că sînt lipsuri în ceea ce privește tratamentul bolii ulceroase înaintea apariției complicației.

Din tabelul nr. 4 reiese că pe totalul celor 672 de cazuri am surprins 207 bolnavi fără antecedente ulceroase, deci „boală ulceroasă mută“ a cărei primă manifestare a fost complicația de perforare. Comparînd procentual cele două decade studiate am constatat deosebiri. În prima decadă bolnavii fără antecedente fiind într-o proporție de 32%, iar în cea de a doua de 29,4%. Ceea ce atrage atenția în plus este faptul că 220 de bolnavi deși aveau simptomatologie ulceroasă au rămas fără tratament și fără examen radiologic pînă la apariția episodului acut. Am putea spune că motive de incertitudine a diagnosticului au apărut astfel la 427 bolnavi din totalul de 672.

Tabelul nr. 4

Bolnavi cu examen radiologic și tratament	Bolnavi tratați, fără examen radiologic	Bolnavi fără examen radio- logic, fără tratament	Bolnavi fără antecedente	TOTAL
177	68	220	207	672

Examenul radiologic efectuat la 630 de bolnavi preoperator a consemnat lipsa pneumoperitoneului la 226 de cazuri, repartizarea localizării pneumoperitoneului fiind indicată în tabelul nr. 5.

Tabelul nr. 5

Fără aer liber	Pneumoperitoneu drept	Pneumoperitoneu stîng	Pneumoperitoneu bilateral
226	183	43	178

Problema neconcordanței diagnosticului mai dă de gîndit, deoarece în 72 de cazuri (mai mult de 10 %) s-a remarcat neconcordanța diagnosticului între teren și clinică. Neconcordanța diagnosticului preoperator și cel intraoperator fiind întîlnită în 27 de cazuri (4 %). Majoritatea erorilor de diagnostic au fost date de apendicita acută. Dacă privim procentual cele două decade nu constatăm ameliorări ale indicilor de eroare de diagnostic.

Studiul modificărilor anatomice și al localizării perforației ne-au arătat că în 537 de cazuri perforația avea sediul duodenal, iar în 135 sediul gastric. Putem afirma că marea majoritate a perforațiilor erau localizate juxtapiloric, cu preponderență duodenală.

Din totalul celor 672 de perforații, numai 3 au fost cu localizare posterioară (2 pe duoden și 1 pe stomac).

Deosebirea cele mai mari în studiul comparativ al loturilor celor două decade, apar în legătură cu conduita terapeutică.

Între anii 1957—1966 au fost suturate 276 ulcere perforate (67 %), față de 127 suturi consemnate între 1967—1976 (48,4 %).

Deși atitudinea clinicii în ceea ce privește tratamentul chirurgical concomitent al peritonitei și al bolii de bază s-a ameliorat cu 18,6 % din cazuri, totuși îl considerăm insuficient încă în etapa actuală, impunîndu-se ca să fie mult ameliorat.

Se constată o creștere a ponderii operației Péan-Billroth I, care reprezenta în prima decadă 7,3 % din totalul intervențiilor iar în cea de-a doua decadă reprezintă 25 %. Constatăm de asemenea scăderea procentuală a variantelor operației Billroth II de la 25 % în prima decadă la 14,9 % în decada a doua.

În cazuistica anilor 1957—1966 nu am întîlnit nici o vagotomie în tratamentul ulcerului gastroduodenal perforat, pe cînd între anii 1967—1976 au fost tratați prin vagotomie și piloroplastie JUDD — 26 de bolnavi, reprezentînd 10 % din cazuistica acestei perioade.

Un fapt semnificativ este acela al scăderii entuziasmului față de atitudinea de nedrenaj. Dacă în prima decadă nu au fost drenați 245 de bolnavi (60 % din cazuri), în decada a doua nu au fost drenați 112 bolnavi (43 %). După cum aminteam, explicația rezidă în tendința mai mare spre drenaj cu toate că procentajul peritonitelor avansate a scăzut în cea de-a doua decadă.

Complicații și mortalitatea imediată

Studiul comparativ pe cele două decade ale complicațiilor și ale mortalității, ne arată că acestea au survenit în 26 de cazuri în prima decadă (6,3 %), pe cînd în decada a doua am înregistrat 14 complicații (5,3 %).

Mortalitatea postoperatorie pe cele 672 de cazuri a fost de 3,7 %. Prezentînd comparativ cele două decade putem afirma că mortalitatea în decada I-a a fost de 2,92 %, crescînd în decada a II-a la 5 %. Majoritatea bolnavilor decedați au prezentat peritonite grave, la vîrste avansate, de aceea nu putem face o comparație între cazurile suture sau tratate radical, deoarece numărul deceselor după rezecții de stomac este neînsemnat. Din totalul de 672 de bolnavi, 20 au decedat după suturi ale perforației și drenaj.

Am dori să analizăm cauzele de deces din decada a doua, care au dus la o creștere a mortalității cu 2 % față de decada anterioară.

Creșterea mortalității se datorește apariției perforațiilor la bolnavii în vîrstă, cu tare grave organice — 3 decedați erau în vîrstă de peste 80 de ani și au decedat în prima sau a doua zi postoperator prin insuficiență cardio-respiratorie; 5 bolnavi erau în vîrstă de peste 70 de ani și au decedat fie prin insuficiență cardio-respiratorie, fie prin șoc toxic-septic grav. Un bolnav cu o peritonită deosebit de gravă decedează postoperator după a simplă incizie de drenaj. Alt bolnav cardiac grav decedează în prima zi postoperator. Toți acești bolnavi au decedat fără să li se facă o intervenție cu scop de radicalitate (10 suturi și un drenaj simplu).

Din cei 262 de bolnavi internați în cea de-a doua decadă, avem de regretat un deces prin peritonită la cea de-a doua lovitură datorită dehiscentei bontului duodenal după rezecție, și un deces după vagotomie prin șoc hemoragic.

Discuții

Studiul clinic pe 672 de cazuri de perforații ulceroase internate în Clinica chirurgicală nr. 1 din Tîrgu-Mureș în ultimii 20 de ani, a scos în evidență o serie de date care să ne ajute în activitatea de viitor.

Pe studiul comparativ al primului lot de bolnavi internați între anii 1957—1966 și cel de-al doilea aparținînd anilor 1967—1976 constatăm următoarele:

1. Procentajul ulcerelor „mute“ rămîne și în a doua decadă ridicat, fapt ce denotă situația că aproximativ 30 % dintre bolnavi nu pot să prevină accidentul de perforație datorită acestui capriciu al bolii.

2. Dacă luăm în considerare faptul că 220 de bolnavi (32,8 %), deși aveau antecedente ulceroase nu au primit nici un tratament și nu li s-a efectuat vreun examen radiologic, rezultă faptul că peste 60 % dintre bolnavii noștri erau expuși complicației fără să aibă certitudinea diagnosticului de boală ulceroasă.

3. Timpul scurs de la apariția accidentului de perforație și pînă la internarea bolnavilor în spital ne arată faptul că 280 de bolnavi au fost internați după 6 ore de la debutul peritonitei. Această constatare precum și cea amintită mai sus ne atrage atenția asupra faptului că mai avem de muncit în teren atît din punctul de vedere al educației sanitare cît și al

stabilirii diagnosticului imediat și al transportului neintirziat spre staționar.

4. Neconcordanța diagnosticului de teren cu cel al staționarului la internare, surprins în 72 de cazuri, atestă faptul că mai există carențe destul de serioase în precizarea diagnosticului formelor de abdomen acut chirurgical în teren.

5. Cele 27 erori de diagnostic între diagnosticul pre- și intraoperator arată că unele echipe de gardă în lipsa pneumoperitoneului radiologic mai confundă peritonita de natură ulceroasă cu cea apendiculară.

Studiul metodelor de tratament chirurgical și problema drenajului și nedrenajului, în cazuistica studiată de noi ne-au furnizat o serie de observații după cum urmează:

1. Dacă ținem seama de faptul că în primele 6 ore au fost internați 392 de bolnavi (58,5 %) și că numărul suturilor perforației a fost realizat în 403 cazuri (60 %), rezultă că serviciul nostru nu are o atitudine unitară în ceea ce privește tactica chirurgicală de urmat. Această constatare este întărită și de faptul că totalul bolnavilor de peste 60 de ani dau cifra de 66 (sub 10 %). De aici rezultă și o componentă apreciabilă subiectivă în ceea ce privește atitudinea de urmat.

2. Având în vedere situația că ulcerelor perforate se pretează în general ușor la rezecție cu anastomoză Péan-Billroth I (datorită localizării pe peretele anterior), se explică de ce în cea de-a doua decadă numărul rezecțiilor cu anastomoză gastroduodenală a fost mult mai mare decât în prima decadă, cu o tendință de scădere a rezecțiilor cu anastomoză tip Billroth II.

3. Deși în a doua decadă s-au efectuat 26 de vagotomii cu piloro-plastie Judd (262 bolnavi) față de nici una în prima decadă (410 bolnavi), considerăm că această operație benignă și ușor de efectuat în ulcerul duodenal perforat trebuia să fie aplicată unui număr mult mai mare de cazuri.

4. Din studiul comparativ al atitudinii față de drenajul aplicat la bolnavii din decada I-a și a II-a, reiese că numărul bolnavilor drenați este în creștere. Considerăm că atâta timp cât problema nedrenajului poate fi cauză medico-legată, acest plus de prudență nu trebuie interpretat decât în contextul unei griji crescînde față de soarta bolnavului.

Mortalitatea postoperatorie — 3,7 % pe 672 de cazuri — se încadrează în limitele unor parametri admiși pe plan mondial. Dacă am studiat comparativ mortalitatea la bolnavii din prima decadă și aceea a bolnavilor din decada a doua, am constatat o creștere a mortalității de la 2,92 % la 5 %, fapt explicat astfel:

1. Din cei 13 bolnavi decedați, 8 erau în vîrstă de peste 70 de ani, cu tare cardiovasculare grave și peritonite avansate.

2. Un bolnav venit în șoc grav peritoneal decedează după simpla incizie de drenaj.

3. Un alt bolnav grav cardiac decedează în ziua operației.

4. Toți decedații mai sus amintiți au fost supuși unor intervenții minime, care vizau suprimarea sursei de infecție a cavității peritoneale, fără tratamentul chirurgical al bolii de bază.

Sosit la redacție: 7 mai 1977.