

CIROZA ȘI BOALA ULCEROASĂ

László Róna, Lajos Vincze

În ultimii ani, în materialul clinicii noastre am găsit foarte multe cazuri de ciroză însoțită de ulcer gastro-duodenal. Studiind datele referitoare la această problemă, presupunerea noastră a fost confirmată în sensul că nu poate fi vorba de o coincidență întâmplătoare a celor două maladii. La bolnavii de ciroza, ulcerul se găsește într-o proporție mult mai mare decât la ceilalți. Această proporție oscilează între limite foarte largi în datele statistice publicate de diferiți autori pe baza unor criterii clinice, respectiv anatomice. (6—24%). Asupra strânsei corelații etio-patogenetice dintre cele două boli atrage atenția și un caz al nostru autopsiat, nu demult, când la un copil de 3½ ani am descoperit ulcer și ciroză.

În ceea ce privește cauza fenomenului, părerile sînt divergente. În general în legătură cu apariția bolii ulceroase se amintesc următorii factori etiologici: 1. hipertensiunea portală; 2. tulburările metabolice cauzate de ciroză; 3. modificarea calitativă a bilei, în urma căreia diminuează acțiunea de neutralizare a acidului gastric; 4. activitatea pronunțată a splinei și 5. o cauză comună din care pot fi derivate ambele leziuni.

Ținînd seama de faptul că asocierea concomitentă a acestor două afecțiuni e mai puțin cunoscută și că această asociere ridică nu numai probleme teoretice, ci și o întreagă serie de probleme de diagnostic și terapeutice, considerăm că nu e de prisos să relatăm concluziile ce se desprind din studierea propriului nostru material clinic.

Am cercetat datele privitoare la 150 de bolnavi neselecționați, suferind de ciroză, care au fost internați în Clinica medicală nr. 1 din Tg. Mureș între 1947—1957. Prezența concomitentă a bolii ulceroase a fost luată în considerare numai pe baza simptomelor subiective și obiective tipice, a rezultatelor examenelor a jeun și a examenului radiologic repetat. Dintre aceste 150 cazuri de ciroză în 25 (16,66%) am întîlnit ulcer, din care 16 duodenale și 9 gastrice. Din cele 25 de cazuri, în 14 ulcerul a fost confirmat fie prin operație (splenectomie, rezecție de stomac, perforație a stomacului etc.) fie prin autopsie. La 2 bolnavi am observat ulcer multiplu. Această frecvență este destul de importantă. Dacă ținem seama de faptul că la 40 de bolnavi (26,6%) nu s-a executat examen radiologic și că frecvențele colecții de lichid hepatice și abdominale îngreu-

nează examenul radiologic al mucoasei gastrice, pare probabil că frecvența reală este mai ridicată decât cea pe care am găsit-o noi.

În schimb, cercetind materialul de 10 ani (1947—1957) al Institutului de anatomie patologică din Tg.-Mureș, dintre 102 cazuri de ciroză autopsiate nu am întâlnit boală ulceroasă decât în 9 cazuri, adică într-o proporție 8.82%. Dintre acestea, 3 au fost procese recente, iar 6 procese cronice, cicatrizate. În ceea ce privește explicația incidenței mai scăzute în comparație cu statisticile clinice trebuie să ne limităm la simple supoziții. Se poate presupune că, în ciuda examenului clinic minuțios, unele cazuri nu au fost în adevăr de ulcer, această afecțiune fiind imitată de simptomele subiective și obiective asociate leziunii hepatice. Firește că nu acceptăm acest criteriu dacă raportarea se face la un număr mai mare de cazuri, deoarece într-o proporție de peste 50% a materialului nostru, ulcerul a fost confirmat și din punct de vedere anatomic. De asemenea se mai poate presupune că dată fiind afecțiunea hepatică de bază micile ulcere vindecate, nu sînt întotdeauna observate în cursul autopsiei. Însfîșit relevăm acele observații ale noastre în legătură cu ciroza, care se referă la evoluția clinică și morfologică a ulcerelor în dezvoltare, despre care vom vorbi în cele ce urmează.

Studiind amănunțit cazurile de ciroză asociată bolii ulceroase am cercetat în primul rînd dacă în aceste cazuri există vreun factor comun, de importanță etiologică, responsabil de boala ulceroasă. Cele 25 de cazuri de ciroză asociată bolii ulceroase sînt repartizate, după criteriul etiologic, în tabelul de mai jos :

Etiologia	lues	hepatită	alcoolică	calcul biliar (ciroză biliară)	necunoscută
Nr. cazurilor cu ulcer	9	7	3	2	4
Nr. cazurilor fără ulcer	25	45	35	7	13

Din tabel rezultă că cele mai multe ciroze asociate cu ulcer au origine luetică și hepatitică, cele cu origine alcoolică fiind mai rare.

Pe baza examenului macroscopic și microscopic al celor 9 cazuri care au fost studiate din punct de vedere anatomo-patologic, 6 s-au adeverit a fi de tipul Laennec, iar 1 cholangiolitic. În cazurile asociate cu boala ulceroasă nu am găsit în ficat și în splină particularități specifice, deosebite de cele tipice.

Dintre cele 25 de cazuri de ciroză examinate clinic, 21 au fost compensate, și numai în 4 am găsit semne de decompensare. Acest fapt indică, într-o anumită măsură, că condițiile formării ulcerului nu trebuie căutate în decompensarea circulației portale, sau în leziunile grave ale parenchimului hepatic. Din constatările noastre dobîndite în urma observării sistematice a cazurilor de boală ulceroasă și de ciroză, rezultă că între evoluția cirozei și a ulcerului nu se poate stabili un paralelism. În unele cazuri boala ulceroasă se ameliorează în ciuda evoluției procesului de ciroză și a prezenței simptomelor de compensare. Simptomele subiective și modificările radiologice evoluează în mod favorabil. Am observat acest fapt în 3 din 4 cazuri decompensate, precum și în 5 cazuri în care simptomele de decompensare, deși nu s-au dezvoltat, agravarea leziunii hepatice a putut fi urmărită clinic într-un mod convingător. Același lucru îl confirmă și observațiile noastre anatomo-patologice. O mare parte a ulcerelor, constatate la autopsia bolnavilor decedați din cauza unei ciroze decompensate, nu au fost de origine recentă. În majoritatea cazurilor am găsit leziuni vechi, cicatrizate ce păreau vindecate din punct de vedere morfologic. Se poate presupune că proporția mai redusă a incidenței anatomo-patologice se explică și prin faptul că, în ciuda agravării afecțiunii hepatice, ulcerul se vindecă astfel încît la autopsie nu poate fi pus în evidență decât cu greutate.

Dintre cele 25 de cazuri asociate cu boala ulceroasă în 7 am întâlnit simptome de hipersplenie. Din aceste 7 cazuri, în 5 am executat splenectomie (la operație prezența ulcerului a fost pusă în evidență în toate 5 cazurile).

După splenectomie, boala ulceroasă s-a ameliorat la un singur bolnav, iar la ceilalți 4, suferințele și modificările radiologice au persistat și postoperator, constatându-se hemoragii ulceroase, iar într-un caz a survenit o perforație acoperită.

Datele din literatură și manualele relevă că în ciroză se poate observa cu prioritate hipoaciditate sau anaciditate. Studiind materialul nostru clinic am constatat din acest punct de vedere următoarea situație :

Normoacidic.	Hipoacid.	Anacid.	Hiperacid.	Cazuri neexaminat	Total
16	6	18	51	59	150

Rezultă așadar că materialul nostru prezintă foarte multe valori de hiperaciditate și normoaciditate, în timp ce numărul bolnavilor hipoacizi și anacizi e relativ scăzut. Această constatare atrage atenția asupra faptului că hipoaciditatea și anaciditatea nu constituie nicicum în ciroză un rezultat frecvent și concludent. Probabil, datele din literatură se referă în primul rând la cazurile de origine alcoolică asociate de obicei cu o gastrită cronică. Valorile acide ridicate care se observă deseori în ciroza de origine hepatică au probabil un rol în apariția ulcerului.

Să ne oprim acum asupra problemelor de diagnostic și de terapie pe care le ridică ciroza asociată cu boala ulceroasă. De foarte multe ori domină numai simptomele uneia dintre aceste două afecțiuni, iar semnele celeilalte sînt acoperite. Există foarte multe explicații în legătură cu acuzele gastrice ale bolnavilor de ciroză și de aceea nu suspectăm prezența unui ulcer. Uneori, numai complicațiile grave (perforația, stenoza pilorică, hemoragiile) arată că e vorba de un ulcer.

Această constatare poate fi ilustrată de următoarea observație :

H. E. bărbat de 34 de ani e tratat pentru prima oară în clinica noastră în anul 1951. În anamneză figurează o infecție luetică din tinerețe și o hepatită survenită în urma tratamentului cu benzoat de arsen. Hepato-splenomegalia, ficatul consistent și bine delimitabil precum și pozitivitatea probelor funcționale ale ficatului ne îndreptățește să stabilim diagnosticul de ciroză. Suferințele stomacale ale bolnavului (dureri epigastrice, arsuri) le atribuim afecțiunii hepatice. În anul 1952 executăm o splenectomie din cauza simptomelor de hipersplenie care au apărut între timp. Timp de 1 an după operație bolnavul nu a fost controlat, dar, așa cum am constatat mai târziu, el a avut în acest interval dureri epigastrice periodice, arsuri frecvente și dureri de stomac a jeun. În 1956 e internat din nou în clinică cu simptome abdominale acute, prezentînd tabloul unei perforații gastrice. După încetarea simptomelor acute, examenele efectuate pun în evidență o hiperaciditate, iar radiologic bolnavul prezintă simptomele caracteristice ulcerului duodenal. De atunci el a mai fost controlat de 3 ori în clinică. Ciroza este complet compensată, iar suferințele principale le constituie boala ulceroasă.

Deseori predomină simptomele ulcerului, ciroza rămînd ascunsă, fără să poată fi pusă în evidență decît cu ocazia operației de ulcer gastric, sau nici chiar atunci. Dintre cele 25 de cazuri urmărite de noi, 10 bolnavi au fost tratați ani de-a rîndul pentru ulcer. Dintre aceștia, ciroza s-a constatat la 7 după un examen clinic minuțios, la 2 cu ocazia rezecției de stomac, iar la 1 cu ocazia autopsiei în urma decesului survenit din cauza unei hemoragii provocate de un varice esofagian grav.

M. K. bărbat de 40 de ani e supus unei intervenții de gastrectomie în 1950 din cauza unui ulcer duodenal tipic ce durează de 8 ani. Bolnavul e internat în clinica noastră în 1956 într-o stare gravă, cu hematemeză și melenă. Nu i se poate face examen clinic sistematic. Tentativele terapeutice rămîn ineficace, iar după 4 ore bolnavul sucombă într-o stare de șoc hemoragic. La autopsie s-au constatat : rezecție de stomac, ciroză Laennec tipică, varice esofagian respectiv hemoragie cauzată de aceste leziuni.

Cele mai mari greutăți de diagnostic le prezintă cazurile cu hemoragie. Leziunile de varice gastro-esofagian care se întâlnesc în ulcer și în ciroză pot să fie hemoragice deopotrivă. Stabilirea originii hemoragiei este importantă nu numai din punct de vedere al diagnosticului, ci și al prognosticului și al tratamentului. Predispoziția hemoragică a leziunii hepatice provoacă o hemoragie ulceroasă persistentă care nu poate fi decit greu combătută cu tratament conservativ. Pe de altă parte, hemoragia ulceroasă poate cauza decompensarea parenchimatooasă a afecțiunii hepatice, rămasă pînă atunci în stadiu latent. În asemenea cazuri, așa cum semnaleză numeroși autori, intervenția chirurgicală poate fi salvatoare. Este foarte util să știm că bolnavul cu hemoragie suferă de o ciroză asociată cu ulcer. De asemenea hematemeza masivă se poate datora atât ulcerului cit și varicelui. În astfel de cazuri, origina hemoragiei se poate stabili folosind sonda cu balon a lui *Sengstaken*. Umflînd balonul, închidem porțiunea inferioară a esofagului și tamponăm varicele. Acest aparat poate fi întrebuițat în cazuri de varice și ca mijloc de tratament. Experiența arată că o melenă trenantă moderată și periodică, neînsoțită de hematemeze, indică mai degrabă o origine ulceroasă.

II. M. bărbat în vîrstă de 45 de ani e internat în clinica noastră, prezentînd acuze tipice de ulcer, hematemeză, melenă și hepato-splenomegalie. În 1939 a avut o infecție luecică. După oprirea hemoragiei constatăm o ciroză compensată și ulcer duodenal. În sprijinul acestui diagnostic pledează pe de o parte, ficatul marit, bine delimitabil, splenomegalia și pozitivitatea probelor funcționale ale ficatului, iar pe de altă parte, o hiperaciditate accentuată și o radiografie stomacală caracteristică. (Bulb deformat, cicatricial, neregulat în formă de roată dințată, avînd un caracter cronic, o nișă ușor mobilă pe peretele anterior al bulbului). La prima internare nu s-a putut lămuri dacă hemoragia e de origine varicoasă sau ulceroasă. De atunci, între 1955—1958, bolnavul s-a prezentat la clinică de 10 ori. De fiecare dată internarea s-a făcut din cauza unei melene periodice și trenante, a anemiei hemoragice asociate acestora precum și a acuzelor ulceroase. Ciroza a continuat să fie în stadiu compensat. La examenul esofagoscopic vedem vene dilatate în treimea inferioară a esofagului. Executăm o splenectomie, din cauza simptomelor de hipersplenie, apărute între timp, în 1956. În cursul operației se confirmă prezența cirozei și a ulcerului duodenal. După aceasta, acuzele respectiv hemoragie persistă fără să se poată influența cu tratament conservativ. Ținînd seama de faptul că nu a apărut o hematemeză mare și că suferințele stomacale cedează întotdeauna la survenirea hemoragiilor, presupunem că acestea sînt de origine ulceroasă. În 1958 executăm o rezecție de stomac. Intervenția confirmă presupunerea noastră. După operație starea bolnavului se ameliorează considerabil, în cele 8 luni care au trecut de la intervenție nu s-a produs nici o hemoragie, acuzele subiective au cedat, iar ciroza continuă să fie compensată.

Tratamentul cirozelor asociate cu ulcer este dificil și solicită o deosebită circumspecție. În ceea ce privește tratamentul dietetic, nu întîmpinăm de obicei greutăți. Administrarea prafurilor alcaline trebuie să fie bine cumpănită din cauza retenției de sodiu care se asociază cirozelor. Tratamentul cu cortison al cirozei e periculos, dată fiind boala ulceroasă asociată. În legătură cu tratamentul chirurgical al ulcerului părerile sînt foarte diferite. Rezecția de stomac în cazul prezenței cirozei este însoțită de un anumit risc, știindu-se că relațiile de absorbție cauzate de rezecția stomacului înrăutățesc starea ficatului. Alți autori recomandă operația după ce s-au convins de ineficacitatea tratamentului conservativ. Noi propunem executarea rezecției de stomac dacă se instalează complicații ulceroase grave. Firește că operația se poate executa numai după o pregătire corespunzătoare și numai dacă ciroza e compensată. Mulți autori au încercat ligatura vaselor stomacale, gastrectomia parțială sau vagotomia.

În materialul nostru am executat 5 rezecții de stomac, 1 din cauza unei hemoragii trenante neinfluențabile cu tratament conservator, 1 din cauza unei stenoze pilorice și 1 din cauza unei perforații a stomacului. În celelalte două cazuri, ciroza s-a constatat numai pe masa de operație. După intervenție starea

bolnavilor s-a ameliorat. Unul dintre bolnavii noștri a sucombat după 4 ani de la operație, în urma unei decompensări parenchimotoase, iar ceilalți 4 respectiv 2, după 6 ani de la executarea intervenției se află în stadiu compensat.

Sosit la redacție: 12 iulie 1959.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Рона Ласло, Винце Лайош

Авторы исследовали клинический и секционный материал 10 лет (1947-1957 гг.). Из 150 больных циррозом печени в 25 случаях (16,66%) нашли язву желудка или двенадцатиперстной кишки.

Из секционном материале из 102 случаев цирроза печени нашли язву в 9 случаях (8,82%).

Авторы делают заключение, что совместное развитие цирроза и язвы, довольно частые. Циррозы, сочетанные с язвой, имеют лютическое происхождение или на почве вирусного гепатита. Эволюция этих заболеваний не идет параллельно.

Прогрессирование заболевания печени не влечет за собой усиления язвенного процесса. Совместное развитие этих двух заболеваний, особенно в случае гематемеза и мелены, ставит дифференциально-диагностические и терапевтические проблемы.

CIRRHOSE ET MALADIE ULCÉREUSE

L. Róna, L. Vincze

En étudiant un matériel clinique et de nécropsie qui s'étend le long de dix années (1947-1957), les auteurs ont constaté que parmi 150 malades souffrant de cirrhose, 25 (16,66%) ont présenté aussi un ulcère de l'estomac ou duodénal. Du lot de 102 cirrhoses, appartenant au matériel de nécropsie, 9 (donc 8,82%) ont été associées à l'ulcère. On relève que l'incidence concomitante de la cirrhose et de la maladie ulcéreuse est un phénomène fréquent. Les cirrhoses associées à l'ulcère sont d'origine luetique ou hépatitique. L'évolution de ces deux maladies n'avance pas parallèlement, c'est-à-dire l'aggravation de l'affection hépatique n'accompagne pas l'intensification des symptômes ulcéreux. La présence concomitante de la cirrhose et de l'ulcère, surtout en cas de melacna et hématemèse, pose des problèmes importants en ce qui concerne le diagnostic différentiel et la thérapie.