

## PROBLEMA REFACERII STENOZEI MITRALE DUPĂ COMISUROTOMIE, ADICĂ A AȘA-NUMITEI „RESTENOZE“

T. Maros

Concomitent cu aplicarea pe scară largă a tratamentului chirurgical al stenozei mitrale numărul recidivelor crește din ce în ce mai mult. Literatura de specialitate menționează aceste recidive sub denumirea de „stenoză mitrală recurentă“, sau mai simplu de „restenoza“. Această complicație tardivă postoperatorie este observată mai ales de acei chirurghi care practică comisurotomia de mai mult timp și dispun de un material clinic vast. Întrucât restenoza survine deseori după mai mulți ani de la executarea comisurotomiei, este de înțeles că acest fenomen apare mai puțin evident, în secțiunile cu un material clinic mai puțin numeros, îndeosebi atunci când operația se practică numai de câțiva ani.

Dat fiind faptul ca chirurghii cardiaci trebuie să ia în considerare posibilitățile de apariție a acestei complicații operatorii și că dezvoltarea restenozei depinde nu în ultimul rând de tehnica operatorie aplicată, este util să facem o scurtă trecere în revistă a aspectelor esențiale pe care le prezintă această problemă. Este indiscutabil că după comisurotomie stenoza mitrală poate surveni din nou, mai ales atunci când chirurghii mulțumindu-se cu rezultate terapeutice modeste, nu acordă importanța cuvenită criteriilor de tehnică operatorie care se cristalizează din ce în ce mai clar. Teama de ruptura auriculară, utilizarea cu prioritate a abordării prin urechiușa stângă — procedeu care deși mai comod și însoțit probabil de mai puține riscuri nu este totuși cel mai indicat — constituie tot aștea motive ca medicul operator, cu o experiență chirurgicală mai redusă, să opteze pentru o rezolvare neradicală a cazului și să nu considere divulsia bicomisurală ca o cerință hotărâtoare a succesului intervenției, cu toate că condiția de bază a vindecării sau a ameliorării durabile o constituie dezlipirea completă, bilaterală, și restabilirea mobilității cuspidurilor (mai cu seamă a celei antero-mediale). Comisurile eliberate parțial continuă să fixeze cuspidurile, care nu sînt capabile decît într-o mică măsură sau de loc să se deplaseze din fața curentului sanguin, astfel încît condiția refacerii stenozei este dată. Chirurgul versal poate să-și dea seamă de soarta viitoare a bolnavului dacă prin

degetul arătător introdus în urechiușă apreciază situația existentă și în același timp posibilitatea unei rezolvări radicale.

La aprecierea metodei de dilatare pe care o aplicăm (comisuroliză, comisurotomie digitală, respectiv instrumentală, tipică sau forțată) trebuie să avem în vedere următoarea axiomă: „după dilatarea pe cale chirurgicală a oricărei stenoze fibroase, persistă întotdeauna tendința la o nouă stenoză”. Comparând valorile de presiune determinate înainte de comisurotomie și după comisurotomie (intraoperatoriu), unii autori formulează, nu fără oarecare temel, concluzii îndepărtate în legătură cu eficacitatea operației.

Fără îndoială că dilatarea cit de mică a orificiului valvular îngustat duce la scăderea bruscă, uneori apreciabilă, a presiunii din urechiușă stângă

Același lucru se constată și în artera pulmonară, dacă sistemul vascular din plămâni nu prezintă modificări anatomice ireversibile. Cu toate că măsurarea intraoperatorie a presiunii ne furnizează unele indicații despre gradul în care am reușit să mărim în cursul operației suprafața funcțională a orificiului atrio-ventricular peste valoarea critică de 1,5 cm<sup>2</sup>, totuși această metodă nu ne îndreptățește nici pe departe să formulăm concluzii de natură pronostică.

După cum am amintit, această problemă poate fi lămurită numai de chirurg al cărui deget palpator este mai indicat decât orice instrument sensibil să aprecieze nu numai gradul și caracterul stenozei sau starea aparatului valvular, ci să-și dea seama în același timp și de șansele vindecării.

În legătură cu aceasta trebuie să amintim că potrivit extinderii modificărilor leziunilor anatomo-patologice deosebit două tipuri de stenoze mitrale. La stenoza de tip așa zis „butoniera” (sau *Corrigan*) orificiul se îngustează ca o breșă delimitată de melul cicatricial al orificiului, iar modificările se mărginesc numai la cuspiduri (eventual la melul fibros).

Aceste stenoze pot fi rezolvate de cele mai multe ori în mod satisfăcător prin dezipirea bicomisurală completă executată cu degetul.

În cazul stenzelor asemănătoare guri de pește de tip *Harken*, cuspidurile îmbracă aspectul unor formații rigide în formă de pilnie. La extremitatea inferioară, care se îngustează treptat în direcție ventriculară, a acestor formații se palpează un orificiu oval, cu marginile cicatrizate, care deseori abia pot să cuprindă vârful degetului.

În stenozele care au acest caracter, corzile tendinoase îngroșate și strâns grupate se alinesc larg de suprafața ventriculară a cuspidurilor și delimitează canalul îngust care se continuă în direcția vârfului.

Recidivele survin mai ales în cazurile care aparțin ultimei grupe, deoarece cuspidurile rigide, îngroșate cicatricial și presărate cu depuneri calcaroase nu pot fi decât rareori mobilizate chiar și pe cale instrumentală în așa măsură încât jocul valvular asemănător pendulării canatelor de ușă, să fie restabilit. Pe de altă parte se știe însă, așa cum susține și *Bailey*, că această restabilire este condiția pe care trebuie s-o îndeplinească comisurotomii ce duc la o vindecare definitivă.

Explicația frecvenței destul de ridicate a restenozelor, care survin din cauza unei tehnici operatorii eronate, trebuie căutată în primul rând în modul clasic de abordare prin urechiușă a valvei mitrale. Acest procedeu este simplu din punct de vedere tehnic și prezintă pentru chirurgii mai puțin versați un risc mai mic decât metoda de abordare prin partea dreaptă, elaborată în ultimii ani. Deși calea de acces prin urechiușă oferă numeroase avantaje, totuși se poate afirma cu certitudine că această metodă limitează în mare măsură posibilitățile de executare a unei comisurotomii radicale, fapt despre care ne-am convins și noi. (În clinica lui *Bailey*, dintre 1200 de bolnavi comisurotomii completă radicală bilaterală prin abordare stângă s-a putut efectua numai în 31,1% a cazurilor). De obicei se poate mobiliza complet numai o singură comisură, la cealaltă neputându-se executa de cele mai multe ori decât o comisuroliză parțială. Același lucru este valabil și în cazul inciziilor instrumentale, care din cauza situației anatomice și a condițiilor tehnice este aplicabilă în majoritatea cazurilor numai la comisura ventro-laterală.

Menționăm de asemenea că „necroza bontului” care survine inevitabil după ligaturarea urechiușei poate să producă o pericardită fibroasă, cauzând uneori aderența largă a pericardului. Această complicație constituie un nou dezavantaj al abordării prin ure-

chiușă. (*Krinski, Smelovski*). Intrucit calea de acces auriculară este potrivită de cele mai multe ori numai pentru executarea intervențiilor unicomisurale, se înțelege că după acest tip de operație recidivele sînt mai frecvente. Utilizînd abordarea de partea dreaptă, procedeul recent elaborat, mobilizarea bicomisurală se poate realiza în 97,5% a cazurilor. Zgomotul diastolic ce se aude deasupra vîrtului dispăre în 60% a cazurilor, fapt care, după părerea lui *Bailey*, constituie unul din criteriile de apreciere a eficacității intervenției. Ar fi greșit însă să limităm cauzele restenozei mitrale numai la cele de mai sus.

Dacă aspectele tehnice amintite ar figura ca factori exclusivi atunci, pe de o parte recidivele ar apărea mai frecvent, iar pe de altă parte nu s-ar putea explica acele stenoze destul de reduse la număr, în care îngustarea orificiului se reface în ciuda executării divulsiei bicomisurale complete. Unii autori susțin că trebuie luată în considerare exacerbarea procesului reumatismal, care din punct de vedere clinic pare inactiv și care poate cauza o nouă aderență a comisurilor insuficient mobilizate. Se pare însă că acest factor are un rol secundar, deoarece comisurile dezlipite incomplet pot produce aderențe, dacă condițiile sînt favorabile.

Stările consecutive comisurotomiei mitrale au fost studiate de *Krinski* și *Smelovski*. Recent *Esipova, Kogoi, Soboleva* și *Cekareva* au relatat observații histologice similare, studiind materialul anatomo-patologic al institutului „Pirogov” de la Moscova, condus de *Guliaev* și *Petrovski*.

Din cercetările lor rezultă că endotelizarea suprafeței lezate a valvelor degenerate hialin și calcificate întîrzie în general, că marginile lezate sînt imbricate fibrinoase, formîndu-se între ele trombi parietali, care mai tîrziu se organizează. Pe partea acoperită cu trombi a suprafeței lezate a comisurilor posibilitatea recidivei este mai accentuată, deoarece pe suprafața dezepitelizată a plăgii procesul de tromboză prezintă tendința de a evolua.

Cu toate acestea factorul reumatismal nu poate fi neglijat. Dacă acest proces poate să cauzeze stenoza pe o valvă complet normală, atunci el va cauza această afecțiune cu atît mai mult pe o valvă bolnavă, dezlipită chirurgical.

Nu trebuie să pierdem din vedere că intervenția chirurgicală nu influențează afecțiunea reumatismală, ba dimpotrivă, datorită acțiunii mecanice, stimulează uneori procesul reumatismal la reactivare.

La nivelul stenozei ce se reface progresiv apar vîrtejuri care prin lezarea mecanică a aparatului valvular duc la precipitarea fibrinei și la îngustarea lentă a orificiului.

Din cele de mai sus reiese că unul dintre factorii cerți, care contribuie la formarea restenozelor, avînd o importanță hotărîtoare, este comisurotomia executată în mod necorespunzător, care odată cu asigurarea unui succes de moment duc la autolînștirea chirurgicală.

Discutarea acestei probleme este, considerăm noi, deosebit de actuală, și cu toate că unii autori (*Harken, Black, Glover, Davila, O'Neill, Janton*) susțin că incidența stenozei mitrale recurente este destul de redusă, totuși ea figurează din ce în ce mai insistențios în literatura recentă de specialitate. (*Brock, Jordan, Hellem, Keyes, Lam, Donzelot, D'Allaines, Baronofsky, Soulie, Wood*).

În această privință sînt demne de relevat concluziile formulate de *Bailey* în urma studierii unui vast material clinic. Acest autor crede că cel puțin 10% din decesele tardive și mai mult de 33% din agravările survenite după comisurotomie, se datorează restenozei.

Sîntem deci îndreptății să ne întrebăm: cum poate fi prevenită, diagnosticată și confirmată restenoza, adică în ce mod se poate rezolva chirurgical această complicație neașteptată care îl duce adeseori pe bolnav într-o situație mai gravă decît cea de dinaintea operației?

În ceea ce privește profilaxia trebuie să se țină seama de următoarele două criterii:

1. La selecționarea bolnavilor ce urmează să fie operați trebuie să respectăm cu strictețe principiul unanim acceptat, potrivit căruia vor fi operați, în limita posibilităților, numai acele persoane la care probele de laborator semnalînd activitatea procesului reumatismal, sînt negative. În cazul bolnavilor care se află în tratament spitalicesc nu vom greși dacă vom amîna operația pînă cînd probele de laborator repetate vor indica o acal-

mie totală, sau maximă în condițiile date, a procesului reumatismal. Deși rezultatele acestor probe de laborator nu au întotdeauna o valoare concludentă, — așa cum am arătat într-o comunicare anterioară — (*Maros, Păpai, Coman, Măthé*), totuși în lipsa unor teste mai certe, trebuie să respectăm acest criteriu.

Evident că faptul acesta nu exclude posibilitatea exacerbării procesului reumatismal latent reactivat după operație.

Un indiciu destul de sigur ne oferă în această privință prezența nodurilor Aschoff-Talalaev pe cupele seriate, pregătite din materialul biptic. (*Hortolomei, Crăciun, Ghifescu, Malițchi, Zaharia, Papadopol, Ioachim*). Noi am efectuat această probă în fiecare caz de comisurotome.

2. După cum rezultă din cele de mai sus condiția unei ameliorări durabile constă într-o divulsie bicomisurală cât mai completă. Procedăm deci greșit dacă ținem cu orice preț să utilizăm abordarea stângă prin urechiușă, despre ale cărei dezavantaje am vorbit mai sus.

Ar fi însă eronat să se creadă că metoda aceasta nu poate fi aplicată atunci când rezultatul examinărilor arată că este vorba de un caz ușor rezolvabil din punct de vedere chirurgical. Dimpotrivă ori de câte ori ne găsim în fața acestei situații trebuie să acordăm prioritate abordării prin urechiușă stângă, o intervenție mai simplă din punct de vedere tehnic și care nu solicită din partea chirurgului o experiență deosebită. Dar și în cazurile care par ușoare se întâmplă uneori ca operația să nu poată fi executată din cauza orificiului de intrare auriculo-atrial excesiv de strîmt. În asemenea cazuri trebuie să optăm fie pentru calea de acces prin atriu, fie prin abordarea, rareori utilizată pînă astăzi, prin una din venele pulmonare, metodă mult mai incertă din punct de vedere tehnic și însoțită de riscuri mai numeroase decît comisurotomia tipică.

Intrucît o configurație necorespunzătoare a urechiușei care cauzează deseori greutăți serioase nu poate fi diagnosticată decît pe cord descoperit, chirurgical este silit uneori să renunțe la continuarea operației și să efectueze mobilizarea comisurilor într-o altă ședință prin abordarea de partea dreaptă. În asemenea caz am întîlnit și în materialul nostru clinic. Toate aceste fapte, constituie un argument ca în cazurile mai grele să alegem chiar de la început calea de acces pe partea dreaptă, un procedeu foarte potrivit pentru dezlipirea bicomisurală și care oferă posibilitatea de a ajunge în contact direct cu oricare punct al valvelor. Intervenția executată rațional nu se poate limita la o divulsie efectuată pînă la limitele anatomice normale ale comisurilor, ci trebuie să urmărească și eliberarea cîi mai radicală a sectorului mitral subvalvular (corzile tendinoase, mușchii papilari). Numai în felul acesta putem spera să restabilim mișcarea liberă a cuspidului septal, fapt de o importanță decisivă în prevenirea restenozei.

În cazurile de vicii valvulare combinate, accentuarea intraoperatorie a insuficienței nu-l poate obliga pe chirurg să limiteze gradul dilatării. *Derra* susține că aproximativ 6,5% a cazurilor de insuficiență mitrală postoperatorivă, deși la început influențează defavorabil capacitatea de muncă a bolnavului, prezintă tendință la remisiuni spontane din cauza rătăcirii lente a inelului fibros.

În vederea unei utilizări cît mai eficiente a sensibilității tactile care este atât de importantă în aprecierea stării anatomice a valvelor este judicios să procedăm potrivit recomandării lui *Husfeld*, executînd cu degetul gol atât comisurotomia digitală cît și comisurotomia instrumentală. Degetul cu mînușă îngreunează posibilitățile de orientare, poate aluneca cu ușurință pe suprafețele cicatrizate și face nesigură utilizarea comisurotomului. Toate acestea au drept consecință serioase dificultăți.

În ciuda respectării severe a principiilor amintite există un număr destul de mare de cazuri în care dezlipirea cuspidurilor nu se poate realiza decît parțial. În această categorie intră bolnavii la care inelul fibros s-a îngustat în mare măsură, cuspidurile și aparatul subvalvular prezintă semnele unei cicatrizări respectiv calcifieri avansate. *Derra* apreciază la 21% proporția acestor cazuri.

Rezolvarea chirurgicală a restenozelor care apar de obicei la 2—4 ani după executarea comisurotomiei nu trebuie amînată. Din cauza revenirii vechilor suferințe, bolnavii se internează iarăși în secțiile de cardiologie. Pe baza datelor obținute prin cateterismul cardiac clasic și transtoracic, recent elaborat de *Bjork* și *Fischer*, suprafața funcțională

a orificiului mitral îngustat poate fi calculată în mod precis. Dacă această suprafață este sub valoarea critică de 1,5 cm<sup>2</sup> este evident că numai o reintervenție poate da rezultatul dorit.

Dacă în cursul primei comisurotomii s-ar ivi eventual îndoieli în ceea ce privește judecătozitatea abordării de partea dreaptă, atunci la rezolvarea chirurgicală a restenozei acest procedeu constituie singura soluție indicată, nu numai datorită cauzelor expuse mai sus, ci și pentru faptul că deschiderea teritoriului operator anterior este mai anevoioasă, urechiușa slingă ligaturată și cicatricea rătăcinată este necorespunzătoare abordării orificiului, iar pericolul rupturii auriculare persistă întotdeauna.

Criteriile diagnostice, terapeutice și operatorii care tind la prevenirea restenozei au luat un contur clar numai în ultimul timp. Numărul comunicărilor care se ocupă de această problemă este relativ mic. Pare indiscutabil că comisurotomia, fiind cea mai simplă intervenție pe cord, devine din ce în ce mai mult o operație de rutină. O încredere exagerată în propriile sale puteri, îl predispune pe chirurg să-și supraaprecieze succesele inițiale și să nu acorde atenția cuvenită criteriilor de tehnică operatorie ce par importante. Prin respectarea principiilor de conduită înfățișate mai sus se poate obține o creștere a eficacității comisurotomiei și o diminuare a numărului eșecurilor operatorii, fapt care constituie în ultima instanță obiectivul principal urmărit de orice chirurg.

*Sosit la redacție: 6 iulie 1961.*

### Bibliografie

1. BAILEY, CH. P., GOLDBERG H., DRYDEN P., MORSE: J.A.M.A. (1957) 163, 17, 1576—1583; 2. BARONOFKY J. D., BORDEN C., SMITH R. E., SPRAFKA J. L.: Ann. Surg. (1955), 142, 32—36; 3. BROCK R. C.: Brit Heart. J (1952) 14, 489—513; 4. D'ALLAINES: Poumon et cœur (1954) 10; 5. DERRA E., IRMER W., KONRAD R.: Med. Klin. (1959), 13, 544—546; 6. DONZELOT, E. etc.: Arch. mal. coeur (1953), 46, 300—309; 7. ESIPOVA, J. K., KOGOJ, T. F., SOBOLEVA, A. D., CECAROVA, G. A.: Chirurgia (1959), 1, 105—112; 8. GLOVER, R. P., DAVILA, J. C., O'NEILL, T. J. E., JANTON, O. H.: Circulation (1955), 11, 11—28; 9. HARKEN, D. E., BLACK, H.: New England. J. Med. (1955) 253, 669—678; 10. HORTOLOMEI, N., CRĂCIUN, E. O., GHITESCUI, T., MALIȚCHI, E., ZAHARIA M.: Probleme de terapeutică (1959) 10, 1, 7—10; 11. JORDAN, P. JR., HELLEMS, H. K.: Surg. Gynec. et Obst. (1952), 95, 689—693; 12. KEYES, J. W., LAM, C. R.: J.A.M.A. (1954), 155, 247—248; 13. KRIMSKII, S. I.: Chirurgia (1957), 4, 46—54; 14. MAROS, T., PAPAI, Z., COMAN, V., MATHE, V.: Valoarea biopsiei urechiușei slingă ca mijloc de apreciere a leziunilor inimii în stenoza mitrală reumatică în curs de comunicare; 15. PAPADOPOUL, S., IOACHIM, H.: Medicina Internă (1956), 3, (7) 1015—1026; 16. PAPADOPOUL, S., IOACHIM, H.: Arch. mal. coeur (1957) 50, 205—217; 17. PAPAĞAGI, E.: Morfiziopatologia inimii și tratamentul chirurgical în valvulopatiile mitrale reumatice. Ed. med., București, (1959); 18. SOULIE, P.: Bull. et mem. Soc. med. hop. Paris (1955), 71 758—766; 29. WOOD, P.: Brit. Med. J. (1954), 1, 1113—1124.