

ATITUDINEA NOASTRA IN MARILE HEMORAGII ULCEROASE

Z. Păpai, E. Bancu, I. Gálffy

Hemoragia mare constituie complicația cea mai temută a boalei ulceroase. Asistența medico-chirurgicală care se cuvine bolnavilor cu mari hemoragii ulceroase va da rezultatele scontate, dacă fiecare caz va fi individualizat, deci atunci cind nu vom adopta o conduită terapeutică șablon.

Dacă în tratamentul conservator, nesiguranța permanentă față de evoluția acestei complicații ulceroase, trezește o justificată teamă, desigur că nici hotărîrea intervenției nu ne scutește de griji, avînd în vedere problemele de responsabilitate operatorie ce însoțesc asemenea cazuri. Indicată sau nu în timp util, operația e menită să îndeplinească două deziderate:

1. salvarea vieții bolnavului prin oprirea hemoragiei; și
2. prevenirea recidivelor prin vindecarea eventuală a ulcerului.

Pentru atingerea acestui scop, va trebui să alegem acel principiu tactic chirurgical, care vine imediat în ajutorul bolnavului, căutînd să excludem posibilitatea suprapunerii unui pericol operator, la o stare generală gravă.

Unii chirurghi (*Finsterer, Rozanov, Pavlovski, Tanner, Gheinat, Nissen, etc.*) sînt de părere că operația de urgență este eficientă în aceste mari hemoragii ulceroase, cînd este judicios indicată. *Ioachimes* afirmă că „ulcerul hemoragic trebuie operat imediat, nici chiar faza de agonie nu trebuie să ne oprească de la intervenție”. *Gheinat* este de părere să nu se amine nici transfuzia, în cazul marilor hemoragii, refacerea patului vascular făcîndu-se pe masa de operație.

Alți chirurghi (*Firică, Seneque, Dubost*) adoptă o atitudine intermediară, între cei care preconizează indicații chirurgicale largi și adepții unui conservatorism nejustificat.

Unii autori își justifică atitudinea bazîndu-se pe procentajele mortalității. Dar este greu a face un paralelism între mortalitatea cazurilor tratate medical și mortalitatea celor tratate chirurgical, deoarece cazurile chirurgicale sînt de obicei mai grave, ajung în sala de operație după hemoragii repetate, uneori în faza de epuizare parțială sau amenințătoare a resurselor neuroendocrine de adaptare și redresare. Vom ilustra cele spuse printr-un caz:

Bolnavul S. V. de 43 ani ne parvine în ziua de 7. XI. 1961, de la Clinica medicală I, unde a fost transferat de serviciul de urgență medical, deoarece după primele tratamente hemoragia părea că s-a oprit. Se pune indicație de urgență pentru reaparitia hemoragilor și repetarea lor. Înaintea ultimei mari hemoragii, globulele roșii sînt 1.900.000 și hemogl. 30%. Se intervine în plina hemoragie, bolnavul fiind la limita colapsului și pierzîndu-și cunoștința în mai multe rînduri în timpul operației. Se găsește un

ulcer hemoragic al curburii mici, fapt verificat și de gastrotonia efectuată. Se rezeca în strașină după Pauchet. Preoperator transfuzie masivă de 1500 cc sînge care se conține postoperator. Bolnavul suportă intervenția și iese din șoc imediat după realizarea hemostazei.

Cercetînd literatura referitoare la hemoragiile mari ulceroase, constatăm 3 tendințe: o tendință conservatoare susținută de unii interniști, o altă tendință susținută de unii chirurghi, care sînt adepții intervenției precoce și o a treia tendință care constă într-o atitudine de echilibru.

Meulengracht și *Andersen* (citați de *Firică*) la 1.000 de hemoragii mari gastro-duodenale tratate conservator, dau o mortalitate de 2,5%.

Hoerr și *Gray* la 154 de bolnavi, au o mortalitate de 4,5% pentru cei tratați conservator și de 33,3% pentru cei tratați chirurgical.

Locuș și colab. la 70 ucire hemoragice operate au o mortalitate de 32% (1949)

Rozanov bazîndu-se pe o statistică mai veche a Institutului Sclifosovschi, dă o mortalitate de 12% la peste 700 cazuri operate. Între anii 1947—50, operînd 52 bolnavi în prima zi de hemoragie, nu are mortalitate, iar la alte 74 de cazuri operate după 48 de ore, dă o mortalitate de 9,4%.

Gheinaț și *Ivanova*, la 120 cazuri, au o mortalitate de 4,8%, la cei operați precoce și de 5,6% la cei operați după 48 de ore.

Finsterer dă o mortalitate de 2,3% pentru cei operați timpuriu, procentajul ajungînd la 22% cînd temporizările au depășit 48 de ore.

La noi în țară, *Firică*, prezentînd statistica Spitalului de urgență din București, dă o mortalitate globală de 19,1% la 141 ulcere hemoragice tratate medical și chirurgical. La 100 de cazuri mortalitatea operatorie între 1952—1955 a fost de 6,7%, pe cînd cea prin tratament conservator a fost de 15,9%.

În serviciul de urgență al clinicilor medicale au fost internați după 1958, 265 de bolnavi cu hemoragii digestive superioare. Dintre aceștia 203, adică 77% prezentau hemoragii din ulcer.

În serviciul de urgență al Clinicilor chirurgicale au fost operați din 1958, 33 de bolnavi cu hemoragii ale tractului digestiv superior. Dintre aceștia 25 de bolnavi ne-au parvenit din serv. de urgență medical. 28 din bolnavii noștri au prezentat hemoragii din ulcer, în 2 cazuri am constatat ciroze hepatice, iar în 3 cazuri intervenția nu a putut preciza cauza hemoragiei. La doi dintre acești bolnavi, necropsia a descoperit un ulcer.

Mortalitatea globală la serviciile de urgență a fost de 2,8%, adică 7 bolnavi. Mortalitatea chirurgicală reală a fost de 2 bolnavi, deci 7,1%.

Înainte cu 5 ani numărul acestor bolnavi în clinica noastră a fost deosebit de restrîns. Între 1958—1962 cazurile operate în plină hemoragie, s-au înmulțit simțitor, dar proporția lor reprezintă numai 10% din totalul hemoragiilor gastro-duodenale interne. Trebuie să adăugăm aici că unele din cazurile operate nu s-au bucurat de o indicație corectă, neîncadrîndu-se cerințelor chirurgicale moderne.

În cazul în care bolnavii nu posedau buletine radiologice anterioare accidentului, am constatat tendința de a se orienta cu prea mare ușurință spre diagnosticul de ulcer hemoragic. Mai ales acești bolnavi ne-au pus probleme preoperatorii. Necunoașterea precisă a diagnosticului și neprecizarea sediului topografic al leziunii, constituie serioase motive de îngrijorare, față de posibilitatea confirmării prin laparotomie a celor presupuse.

Considerăm că diagnosticul de ulcer se poate face cu certitudine pe baza unui buletin competent, în prezența sau absența trecutului gastric al bolnavului. Considerăm de asemenea ca diagnostic de mare probabilitate, obținerea unor date anamnestice tipice ulceroase, care să poată preciza chiar și sediul topografic al ulcerului. Toate celelalte cazuri, deci fără buletin radiologic, fără anamneză caracteristică, nu le considerăm ulceroase. Aici se încadrează desigur ulcerelor mute și ulcerele acute. În toate aceste cazuri se vor respecta indicațiile operatorii generale ale hemoragiilor mari ale tractului digestiv superior, care pînă la un punct se suprapun celor ale hemoragiilor de natură ulceroasă.

Marea majoritate a bolnavilor noștri aparțin categoriilor de vîrstă de după cea de a 4-a decadă. Sîntem de părere că în indicația operatorie factorul vîrstă trebuie luat în considerare, avînd în vedere transformările de ordin sclerotic vascular de la vîrstnici care se opun hemostazei spontane. Dacă hemoragia s-a oprit prin tratament conservator, investigațiile clinice făcute la rece trebuie efectuate din nou pentru a ne furniza date cît mai precise, deoarece repetarea hemoragiei ulceroase constituie un indiciu al gravității cazului, fapt ce ne poate constrînge la indicarea imediată a laparotomiei. Cu cît hemoragiile se repetă de mai multe ori, cu atît așteptarea nu-și mai găsește sensul.

În materialul clinicei noastre am avut cazuri de indicație operatorie, la bolnavi care prezentau hemoragii mici repetate, fiind vorba de asocierea acestora la stenoze pilorice.

Bolnavul M. P. 55 ani se internează la 14 XI 1961, cu dg. de stenoză pilorică, cu hemoragie din ulcer. Gl. roșii al căror număr scăzuse pînă la 1.380.000 se refac preoperator la 2.000.000, cu Hgb. 36%. Intervenim de urgență. Laparotomia descoperă un ulcer pe peretele anterior al antrului-prepiloric și unul masiv posterior perforat în pancreas. Eliberînd stomacul, ulcerul anterior arată o lipsă de substanță de mărimea unei monede, prin care putem observa ulcerul posterior, care nu singurează. Situația locală fiind de așa natură, încît rezecția ar fi periclitat viața bolnavului, înîlîndăm perforația ulceroasă cu epiploon și facem o g.c.a. Hemoragia era produsă de marea stază gastrică.

Majoritatea bolnavilor noștri au avut hemoragii mijlocii și mari. Am avut și cazuri cu hemoragii fudroiante, care au survenit în urma altor hemoragii obișnuite. Faptul pledează pentru posibilitatea apariției unei hemoragii mortale la un bolnav la care hemoragia se repetă.

Luînd în considerare posibilitatea obținerii unui diagnostic intraoperator de certitudine al hemoragiei din ulcer, sîntem de părere că gastrotomia este obligatorie în toate cazurile, chiar și dacă ulcerul este evident la inspecție. Am întîlnit cazuri în care au coexistat două sau mai multe ulcere, dintre care numai unul singura. Am avut un caz nefericit în care un ulcer nesîngerînd a fost rezecat, iar ulcerul responsabil de accidentul hemoragic a rămas pe loc. Din păcate confirmarea s-a făcut la necropsie.

Bolnavul K. H. este internat în clinica noastră, deoarece pe cale medicală nu i se poate opri hemoragia. Numărul gl. roșii s-a refăcut pînă la 1.900.000 de la 1.600.000 cît fusese cu ocazia unei mari hemoragii. Laparotomia descoperă un ulcer pe curbura mare, care se rezecă. Postoperator bolnavul face o hemoragie fudroiantă și moare în termene grave de șoc. Necropsia descoperă un ulcer mic în parte cicatrizat, pe curbura mică, cu o fistulă vasculară.

Am avut bolnavi cu anamneză tipică ulceroasă și buletin radiologic, la care inspecția prin laparotomie nu a descoperit ulcerul. Gastrotomia însă a evidențiat un ulcer plat cu fistulă vasculară pe curbura mică.

Bolnavul B. I. de 41 de ani, ne parvine de la urgența medicală cu dg. de ulcer gastric hemoragic. Gl. roșii: 2.000.000; hgb.: 50%. T. A.: 9/6. Laparotomia de urgență (6. VII. 1961) nu ne arată ulcerul la o inspecție minuțioasă. Gastrotomia descoperă un ulcer pe curbura mică în plină hemoragie. După rezecție de stomac — vindecare.

Greutățile de ordin tehnic și cele pe care le întîmpinăm postoperator se datoresc topografiei ulcerelor hemoragice. Dacă ulcerile gastrice sînt mai ușor accesibile, cele duodenale însă, care constituiau majoritatea, fiind penetrante în pancreas, cu retractii pe hilul ficatului, sînt greu de rezolvat în mod liniștit. Cînd ulcerile sînt juxtacardiale sau joase duodenale, extirparea lor nu constituie singura metodă indicată, deoarece „prima intenție” este hemostaza chirurgicală și nu rezecția „oarbă” a ulcerului cu orice preț. Pentru atingerea primului țel —

salvarea vieții bolnavului — este bine venită în caz de necesitate și rezecția prin excludere cu sutura și ligatura vasului, sau simpla excizie a ulcerului. Demonstrative în acest sens sînt următoarele 2 cazuri ale noastre.

Bolnavul L. I. 18 ani, se internează cu dg. de ulcer gastric hemoragic (?). Laparotomie subcostală stîngă. Nu găsim ulcer la inspecție. Gastrotomia largă descoperă un ulcer plat juxtacardial. Facem sutura ulcerului și ligatura coronarei. Evoluție postoperatorie bună.

Bolnavul S. I. de 62 de ani, dg. ulcer duodenal hemoragic. Intervenție de urgență. Laparotomia descoperă un ulcer masiv duodenal penetrat în pancreas, cu o pancreatită pronunțată. Rezecția ulcerului periclitează viața bolnavului. Facem rezecție prin excludere și sutura ulcerului cu ligatura vasului.

În chirurgia ulcerului făcută în cazuri de afecțiune cronică, lăsarea accidentală sau voită a ulcerului pe loc poate fi urmată de hemoragie. Este demonstrativ unul din bolnavii noștri, care a fost operat pentru ulcer cronic, fără hemoragii în antecedente.

Bolnavul B. B. de 39 de ani, se operează la 9 IV 1962, pentru ulcer cronic, făcîndu-se rezecție de stomac tip Billroth I, extirpîndu-se un ulcer duodenal anterior. Părăsește clinica cu plaga vindecată. La 26 IV se reinternează pentru hematemză și melenă, la urgența medicalei de unde ne este transferat pentru repatarea hemoragiei la 28 IV. În clinica noastră bolnavul mai are hemoragii, ca în ziua de 2. V. să facă o hematemză masivă. Se reintervine și se constată un ulcer duodenal posterior cu o fistulă vasculară pe pancreatico-duodenală, de unde sîngele țîșnește în jet. Se suturează ulcerul și se ligaturează vasul, dar bolnavul intrat în șoc nu poate fi recuperat.

Analizînd datele culese din literatură și ținînd seama de atitudinea care ne-a dat mai ales satisfacție, se desprind unele constatări.

— Ulcerele cu hemoragii mari constituie cazuri de urgență chirurgicală relativă.

— Tratatamentul inițial al bolnavilor este de domeniul medico-chirurgical și trebuie făcut pe cît posibil în serviciul de urgență, sub permanenta supraveghere a internistului și chirurgului.

— Sîntem adepții intervențiilor precoce, în primele 24 de ore, dacă în această perioadă de timp, nu există semne de oprire a hemoragiei.

— Instalarea hemostazei posttransfuzionale, va fi decelată pe baza semnelor clinice și de laborator curente, urmînd ca obiectivul viitor să fie determinarea volemiei.

— În cazul ulcerelor vechi, cu documente sigure în sprijinul diagnosticului, indicația operatorie trebuie făcută cu mai mare ușurință, mai ales cînd datele obiective culese prin examinările radiologice, nu pledează în favoarea unor greutăți tehnice deosebite.

— În toate celelalte hemoragii ulceroase, expectativa armată de cel puțin 24 de ore trebuie respectată. Dacă în această perioadă prin administrarea de 1500—2000 cc sînge nu constatăm o redresare a pulsului, a tensiunii arteriale și a semnelor subiective vom indica intervenția.

— Credem că în cazurile dubioase — fără buletin radiologic sau anamneză tipică, trebuie să se accepte temporizarea dacă acest fapt nu periclitează viața bolnavului prin hemoragii grave ce se repetă și după 72 de ore. Propunem în asemenea cazuri laparotomia subcostală stîngă.

Concluzii

1. Considerăm ca hemoragii provenite din ulcer numai pe acelea care prezintă date obiective radiologice, cu sau fără antecedente gastrice caracteristice, sau cele cu date anamnestice tipice.

2. Rezecția de stomac cu ridicarea ulcerului trebuie să constituie operația de ales, dar nu vom renunța la operații paleative, cu oprirea hemoragiei, atunci cînd intervențiile prea laborioase periclitizează viața bolnavului.

3. Intervenția precoce în primele 24 de ore, trebuie luată în considerare în cazurile clare.

4. Recidiva hemoragiei impune intervenția imediată.

5. Sîntem convinși, că în urma colaborării serviciilor de urgență medico-chirurgicale, rezultatele în aceste grave complicații ale bolii ulceroase vor fi tot mai rodnice, în lupta pentru scăderea mortalității și prevenirea recidivelor.

Sosit la redacție: 26 decembrie 1962.