

PERFEȚIONAREA CADRELOR

Clinica chirurgicală nr. 1 din Tg.-Mureș (cond.: prof. Z. Păpai)
și Stația de recoltare și conservare de sînge (cond.: A. Izsák)

DIATEZELE HEMORAGICE ÎN AFECȚIUNILE ABDOMINALE ACUTE

Z. Naftali, G. Borsai, I. Sass

Depistarea preoperatorie, diagnosticul precis și tratamentul adecvat al diatezelor hemoragice prezintă probleme și în instituțiile chirurgicale dotate cu laborator bine utilat. În cazul afecțiunilor abdominale acute, care necesită intervenții de urgență, rezolvarea acestei probleme este și mai dificilă, dată fiind lipsa timpului disponibil pentru efectuarea investigațiilor necesare.

Depistarea diatezelor hemoragice și gruparea lor aproximativă este posibilă pînă la un punct din antecedentele familiale și personale ale bolnavului și cercetarea atentă a modului de apariție și a localizării hemoragiei.

Hemofilia, de ex., este o boală congenitală, legată de sexul masculin, fiind transmisă pe linie maternă. În ultimul timp s-au semnalat cazuri de îmbolnăvire apărute și la femei.

La hemofilici și în afibrinogenemia constituțională fenomenele apar în copilărie, pe cînd în trombopenia esențială Werlhof primele semne survin adesea în timpul pubertății.

În antecedentele personale se pot pune în evidență factori alergici în purpura Schönlein-Henoch și factori infecțioși, toxici sau medicamentoși în purpura trombopenică secundară, care poate să apară și ca o manifestare a unei panmielopatii.

Peteșiile sugerează o alterare trombocitară sau o fragilitate vasculară, în care caz peteșiile pot să apară uneori pe un fond eritematos, în special pe membrul inferior.

Sufuziuni și hemoragii cutanate pe suprafețe întinse, apărute după traumatisme minimale, pledează pentru o coagulopatie, ca și hemoragiile intraarticulare recidivante (hemofilie).

Metroragiile și hemoragiile la nivelul sistemului nervos central apar mai frecvent în trombopenii și în trombotatii. Epistaxis, gingivoragii repetate și hemoragii gastro-intestinale pot să apară la oricare grupă a diatezelor hemoragice.

Procedul suveran pentru determinarea exactă a felului diatezei hemoragice este însă coagulograma completă, cuprinzînd determinarea factorilor coagulării, precum și testele lor de corecție; tratamentul rațional al diatezelor hemoragice putîndu-se efectua numai pe baza rezultatelor obținute cu aceste examinări. Dar executarea unei coagulograme necesită un timp îndelungat, inexistent în cazul urgențelor abdominale.

În practica chirurgicală de toate zilele, în cele mai multe servicii se obișnuiește efectuarea preoperatorie a unor examinări sumare de laborator, menite să avertizeze asupra existenței unei diateze hemoragice, completate cu alte investigații numai atunci cînd apare vreo suspiciune de această natură. Aceste examinări sumare se rezumă la determinarea timpului de sîngere și a timpului de coagulare.

Timpul de coagulare modificat patologic indică cu siguranță existența unei diateze hemoragice. Timpul de coagulare prezintă valori patologice în majoritatea

coagulopatiilor și a deficienței factorului trombocitar, fără a da însă relații asupra unei eventuale vasculopatii. Dar timpul normal de coagulare nu exclude posibilitatea unei diateze hemoragice mascată de activitatea compensatoare a organismului.

Modificări pronunțate ale timpului de sîngerare indică în special o deficiență trombocitară sau o vasculopatie, putînd fi normal în cazul coagulopatiilor. Însăși tehnica examinării comportă numeroase surse de eroare.

Pe baza acestor examinări un anumit număr de diateze hemoragice rămîn deci nedescoperite, furnizînd surprize operatorii extrem de neplăcute și periculoase.

Pentru a evita astfel de situații, ar fi indicate chiar și în cazuri de abdomen acut, probe simple și cu execuție mai rapidă, care să ne confere o siguranță mai mare, iar în eventualitatea unei diateze hemoragice ne indică și grupa factorilor deficitari, servind ca bază de plecare pentru aplicarea tratamentului.

În acest scop propunem să se efectueze următoarele examinări:

1. timpul de sîngerare (test pentru vasculopatii);
2. proba Rumpel-Leede (test pentru vasculopatii);
3. timpul de coagulare (test global de coagulare);
4. timpul de recalcifiere Howell (test global de coagulare mai sensibil);
5. numărul trombocitelor (test de factor trombocitar).

În figura nr. 1 redăm schema diagnosticului de grupă a diatezelor hemoragice pe baza acestor examinări.

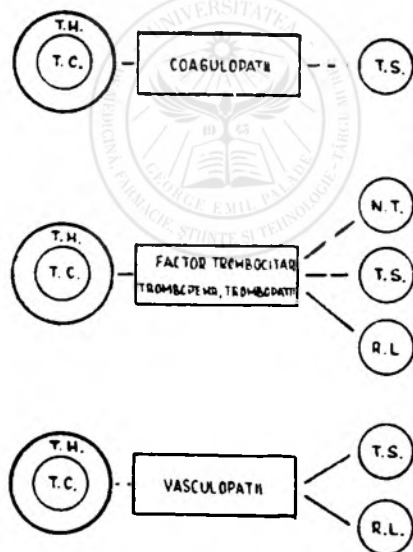


Fig. nr. 1.: TS= timpul de sîngerare; RL= proba Rumpel-Leede; TC= timpul de coagulare; TH= timpul de recalcifiere Howell. NT= numărul trombocitelor

Liniile pline din schemă arată examinările care într-o grupă de diateze dau aproape întotdeauna rezultate pozitive, iar cele întrerupte arată examinările care dau rezultate patologice numai într-o parte a cazurilor.

În cazul urgențelor chirurgicale investigațiile amintite ne oferă în majoritatea cazurilor posibilitatea diagnosticului de grupă a diatezei hemoragice și o suficientă orientare pentru instituirea tratamentului de urgență.

Atât diagnosticul, cât și tratamentul vor fi corectate după executarea unei coagulograme complete, mergînd pînă la determinarea separată a diferiților factori de coagulare. Desigur că aceasta necesită timp mai îndelungat, un laborator bine înzestrat și personal specializat.

În aprecierea rezultatelor obținute prin testele de coagulare trebuie să avem în vedere cîteva criterii generale:

— rezultatele obținute *in vitro* nu corespund totdeauna în mod fidel cu situația *in vivo*. De ex. în prezența unei hemoragii considerabile testele de laborator pot prezenta doar mici modificări sau valori în limite normale;

— deoarece organismul are capacitatea de a compensa pînă la un punct modificările de coagulabilitate sanguină, pot apare situații, cînd testele de coagulabilitate globală nu arată modificări patologice, dar determinarea separată a diferiților factori poate decela defecte importante;

-- cele trei feluri de tulburări: coagulopatiile, trombotatiile și vasculopatiile se întrepătrund de cele mai multe ori. De ex. în trombopenii există adesea și o vasculopatie, sau în purpura Schönlein-Henoch, în care domină vasculopatia, poate coexista și un oarecare grad de coagulopatie. Cu toate acestea un caz dat de diateză hemoragică poate fi înrolat de cele mai multe ori într-o grupă sau alta, după caracterele dominante; există totuși diateze hemoragice care nu se pot încadra în mod precis în nici una dintre tulburările cunoscute ale hemostazei:

— trebuie menționat că o tulburare de coagulabilitate sanguină poate fi trecătoare, fiind cauzată, printre altele, și de condițiuni meteorologice (trecere de fronturi). Coagulograma trebuie deci privită ca un instantaneu, care poate suferi dese modificări, trebuind repetată la intervale scurte.

Pentru orientare trecem în revistă diatezele hemoragice care survin mai des în practică, indicînd în mod succint și medicația lor conform posibilităților noastre actuale.

In hemofilia A (lipsa factorului VIII antihemofilic) se administrează plasmă izogrup proaspătă sau sînge integral proaspăt izogrup, izo-Rh recoltat în aceeași zi.

In hemofilia B (lipsa factorului IX Christmas) se dă plasmă defibrinată, ser vechi, în lipsa lor sînge integral, recoltat de 8—10 zile.

In hipoprotrombinemii se injectează vitamină K₁ liposolubilă în caz de leziuni hepatice, sau vitamină K hidrosolubilă în caz de funcții hepatice bune.

In fibrinopenii se întrebuițează transfuzii cu plasmă sau cu sînge integral, sau fracțiunea I Cohn.

In fibrinoliza accentuată se injectează fibrinogen în doze de 0,5—1,0 g, trasilol (inhibitorul Frey) sau acid epsilon-aminocapronic.

Notăm că în caz de coagulopatii tratamentul ideal ar fi administrarea izolată, țintită a factorilor deficitari.

In trombopenii și trombotatiile se administrează sînge integral proaspăt de cel mult 2 zile, sau mai bine masă trombotitară izogrup, conținînd 2—6 milioane trombocite/mm³.

In vasculopatii medicația constă în administrarea vitaminei C, a vitaminei P (rutina) și a calciului.

Toate hemoragiile parenchimatoase, indiferent de felul diatezei hemoragice, beneficiază și de un tratament local, prin aplicarea locală a buretelor sau filmelor de fibrină, cărora se adaugă praf sau soluție de trombină.

La clinica chirurgicală din Tg.-Mureș, în cadrul urgențelor abdominale, am întîlnit diateze hemoragice exclusiv în hemoragii digestive superioare.

În ultimii doi ani au fost tratate la clinica noastră 182 de hemoragii digestive superioare. Din cei 182 bolnavi 11, adică 6,53%, au prezentat o diateză hemoragică. La 9 bolnavi, dintre care 7 cu ulcere gastro-duodenale hemoragice, investigațiile au depistat o ușoară coagulopatie sau o deficiență funcțională trombocitară. Din cei 7 ulcerosi, la 6 s-a practicat rezecție gastrică, iar la unul o dublă vagotomie. Un bolnav din cei 11 a prezentat o trombopenie în cadrul unei panmielopatii și la unul s-a găsit trombopenie și trombostenie hipersplenică. Toate cele 11 cazuri au beneficiat de un tratament cu transfuzii de sânge integral proaspăt, la care au reacționat deosebit de favorabil.

Din cele de mai sus putem trage următoarele concluzii:

1. pentru recunoașterea tulburării procesului de coagulare într-un caz dat, trebuie să folosim teste potrivite pentru fiecare fază sau grup de factori;
2. tratamentul trebuie făcut cu produsul care conține factorii deficitari;
3. pentru realizarea acestor deziderate, laboratoarele trebuie să fie înzestrate pentru executarea unei coagulograme complete și încadrate cu personal calificat și în acest domeniu, care să-i asigure gardă permanentă;
4. în cazul unei diateze hemoragice, când bolnavul necesită un tratament operator de urgență, chirurgul trebuie să solicite ajutorul laboratorului de specialitate și a hematologului, familiarizat cu toate problemele care se pot ivi în cursul diferitelor diateze hemoragice.

Sosit la redacție: 15 iunie 1966.