

ULCERE GIGANTE GASTRO-DUODENALE

I. Pop D. Popa, F. Nagy, Z. Naftali, L. Csutak

Ca urmare a introducerii metodelor moderne de investigație se publică din ce în ce mai frecvent articole relatînd asupra unor forme clinice deosebite ale ulcerului gastro-duodenal, ca sindromul lui Zollinger-Ellison, sindromul adenomatozei endocrine multiple, ulcerul gastro-duodenal la vîrstnici, nișele marii curburi gastrice, boala ulceroasă medicamentoasă — cortizonică, aspirinică, ulcerele gigante etc.

Intrucît în literatura românească numărul publicațiilor în legătură cu ulcerele gigante este relativ redus, socotim utilă comunicarea unora dintre cazurile observate și tratate de noi în ultimii ani.

În general ulcerul gigant este o formă atipică a ulcerului gastric, dificil de recunoscut. Denumirea bolii variază după autori: *Baumel* și *Fassio* o denumesc „niches géants” sau „ulcères géants”. *Ledoux-Labard*, *Garcia-Galderson* și *Nemours* formă pseudo tumorală. *Bürger*, *Spang*, *Surkes*, *Radbil*, *Samson*, le desemnează ca ulcere geriatrice, formă aparte a ulcerului la vîrstnici.

Alți autori consideră mai adecvată denumirea de crater gastric, denumire bazată pe considerente pur morfologice, fără a conține considerațiuni etiologice, nosologice.

După datele literaturii, boala prezintă o serie de caracteristici pe care, în parte le-am întîlnit și noi:

1. Bolnavul nu are o anamneză tipic ulceroasă, de obicei antecedentele sînt de scurtă durată.
2. Lipsa marii și micii periodicități; în cazul prezenței durerilor, acestea, nu sînt în concordanță cu aspectul morfologic al ulcerului.
3. Ulcerul de obicei este localizat la nivelul stomacului și mai ales în treimea superioară, în vecinătatea micii curburi sau pe fața posterioară.
4. În general dimensiunile ulcerelor gigante la acești bolnavi, sînt mai mari decît la vîrstele tinere.
5. Complicațiile sînt mai frecvente.
6. De multe ori diferențierea procesului benign, față de o formă malignă, este foarte anevoioasă.
7. Vindecarea după tratament medicamentos este mai lentă, recidivele sînt mai frecvente.

În general ulcere gigante se întâlnesc mai des peste vârsta de 50 ani, cu cea mai mare frecvență peste 60 ani (Bürger). În cazuistica noastră le-am găsit și la indivizi mai tineri. Ulcerațiile sînt adînci cu un diametru care depășește 2,5—3 cm și de obicei sînt situate în treime superioară a micii curburi sau pe fața posterioară a stomacului. Formațiunea este neregulată cu marginile ridicate, citeodată dantelatată situată pe o bază indurată fundul ei fiind cazeos. Mezourile sînt infiltrate și sînt însoțite de adenopatie. Citeodată găsim un bloc inflamator, scleros care infiltrază țesuturile și organele din vecinătate. Diagnosticul se bazează de obicei pe examenul radiologic, care ne furnizează date deosebite în localizările situate pe mica curbură. Acest examen este insuficient de multe ori pentru evidențierea ulcerelor gigante de pe fața posterioară

Bolnavul P. A. 57 ani, cu un debut insidios, prezintă o nișă mare, cît o nucă, pe curbura mică (fig. nr. 1), care a fost verificată și histopatologic. Rezecție gastrică Reichel Polya. Evoluție bună.

Localizarea ulcerelor gigante este mult mai rară pe duoden. Noi am observat această localizare într-un caz complicat cu hemoragie digestivă foarte masivă.

Bolnavul T. E. 69 ani (F. O. 898/1967), este transferat în serviciul nostru prezentînd: greață, melenă și lipotimie. Boala debutează în urmă cu mulți ani, prin dureri epigastrice continue. De 2 ani, bolnavul prezintă intermitent scaune melenice. Primește un tratament medicamentos într-un spital din provincie. La internare remarcăm o stare mult alterată și anemie marcată. Prezintă în repetate rînduri scăderi tensionale (chiar pînă la 4 cmHg), dispnee, paliditate accentuată, obnubilare. Recurgem la o reanimare intensă (27 flacoane de sînge a 250 ml), după care indicăm intervenția de urgență. Stomacul este liber, duodenul face un bloc comun cu pancreasul și colecistul. După scheletizare, secționăm antrul și constatăm un ulcer enorm pe ambele fețe ale duodenului cu calozitate extinsă în jur. Fundul de pe pancreas prezintă o fistulă arterială (cca. 2 mm diametru), care sîngerează în jet.

Se efectuează ligatura vasului. Tot bulbul duodenal, inclusiv genunchiul superior este prins în procesul ulceros, care anterior penetrează spre colecist, cu care formează un corp comun. Cranial formațiunea e blocată de pediculul hepatic. Se execută rezecția gastrică. Bolnavul a decedat a doua zi cu semnele unei pneumonii și insuficiență circulatorie.

Complicațiile hemoragice și perforațiile sînt relativ frecvente în cazurile noastre și deseori urmează unui puseu dureros. Redăm cîteva cazuri din observațiile noastre:

Bolnavul B. A. de 51 ani, acuză de 2 săptămîni dureri epigastrice, totodată prezintă semnele acute ale unei hemoragii digestive superioare. Starea generală este relativ bună. Avînd în vedere că după o săptămînă apare o pneumonie, intervenția este amînată. Urmează un tratament conservativ la Clinica medicală. Aici face brusc o stare de colaps cu semnele unei hemoragii interne. Se execută reanimare intensă. Intraoperator în treimea mijlocie și superioară a stomacului, se constată un ulcer calos, dur, avînd o extindere cît o palmă de copil, situat pe peretele anterior, în vecinătatea micii curburi și penetrant în fața viscerală a lobului stîng al ficatului. Rezecție subtotală gastrică în scară. Histopatologic: ulcer gigant.

Bolnavul B. Z. de 63 ani, în urma unui efort fizic prezintă dureri violente epigastrice și hematemeză minimă. Continuă să lucreze dar prezintă 5 hematemeze consecutive. Prezintă astenie și amețeli. Scaun negricios. Afară de o anemie marcată (hematii 2.200.000, Hgb. 50%), examenele de laborator nu arată nimic deosebit. După o reanimare susținută se intervine chirurgical. Pe mica curbură a corpului stomacului se pune în evidență o formațiune caloasă de mărimea unei pulpe de deget. Rezecție în scară Pochet. Evoluție bună.



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 4.

D. I. de 69 ani, este internat pentru dureri atroce în epigastru, apărute de 3 ore. Bolnavul a prezentat aceste dureri de mai mulți ani, neritmice de alimentație, fără grețuri și vărsături. De 4 săptămâni, aceste dureri au apărut mai des. În ziua internării, simte brusc o durere atroce la nivelul epigastrului parcă „era împuns cu cuțitul“. La examenul clinic punem în evidență semnele caracteristice ale unei peritonite, iar radioscopia abdominală constată pneumoperitoneu. Decidem intervenția de urgență. Celiotomie xifo-ombilicală. La deschiderea cavității abdominale se constată aer liber și lichid sero-mucos tulbere, câteva false membrane de fibrină. La palpate toată fața anterioară a antrului, este infiltrată și ocupată de o nișă gigantă de 5/5 cm cu marginile mult îngroșate, dure, neregulate. Se observă și o perforație de mărimea unui cap de chibrit.

Se execută o rezecție gastrică Pean într-un strat. Evoluția este bună. Rezultat anatomo-patologic: ulcer gastric gigant cu semne de malignitate.

După 1839, când *Cruveilhier* a atras atenția asupra posibilității transformării maligne a ulcerului rotund al stomacului, această problemă este îndebște cunoscută și dezbătută pe larg în literatură. Se pune și mai accentuat întrebarea în cazul ulcerelor gigante: este vorba de un proces benign sau malign. Aceasta constituie o problemă pe cât de importantă, pe atât de complexă. Frecvent suferințele bolnavului au un debut scurt, fără dureri tipice ulceroase, fără periodicități. Atingerea stării generale simulează neoplasmul, mai ales având în vedere anemia secundară hemoragiei. Nu rareori se palpează o formațiune tumorală (*Poinso, Klein și Bradley, Cardardjis* etc.) sau bolnavul a fost operat anterior pentru „neoplasm inoperabil“ după cum am constatat și noi.

Bolnava S. J. 61 de ani, este internată cu dureri periombilicale. Cu 2 ani în urmă a fost operată la un alt serviciu pentru „neoplasm gastric“, efectuându-se însă numai o gastro-entero-anastomoză (G.E.A.). De atunci nu se simte bine, are dureri periombilicale continue, ce nu sînt influențate de alimentație. La palpate se pune în evidență o rezistență în epigastru. Radiologic se constată un stomac hipoton, cu ptoză de 17 lat de palmă, mica curbură fiind scurtată. În treimea mijlocie pe peretele posterior se observă o nișă fixată de mărimea unei nuci. Bulb spastic. Intraoperator se pune în evidență o G.E.A. antecolică-posterioară cu o fistulă Braun și o tumoare de mărimea unui pumn, care ocupă aproape întreg stomacul, începînd la 5 cm de cardiac și mergînd pînă la duoden. Curbura mică este foarte retractată. Formațiunea este aderentă de pancreas și mezocolonul transvers. După rezecția gastrică și refacerea tranzitului, bolnava are o evoluție bună și părăsește serviciul în stare perfectă. Histopatologic: ulcer calos gigant al stomacului.

Din observațiile noastre reiese, că nu rareori se constată procese neoplazice, ulcere malignizate, pe fondul ulcerelor gigante. Dimensiunile ulcerului nu arată în fiecare caz malignitatea procesului, cum se susținea în trecut. În diagnosticul diferențial radiologic, au o oarecare valoare comportarea peristaltismului, semnul degetului, sau ameliorarea radiologică după un tratament medicamentos. Totuși aceste semne nu au o valabilitate absolută nici în ulcerele gastrice, cu atât mai puțin în ulcerele gigante.

Bolnavul T. J. de 47 ani, este internat după un debut insidios de 3 ani cu dureri gastrice tardive postprandiale. Fenomenele dureroase survineau primăvara și toamna, se calmau la antispastice și după alimentație. Concomitent bolnavul prezintă regurgități gazoase și alimentare, balonări, diaree alternînd periodic cu constipație. Durerile devin mai accentuate în urma unei greșeli de regim. Examenul radiologic pune în evidență în treimea mijlocie a corpului stomacului pe mica curbură o nișă gigantă cît un ou (fig. nr. 2). În timpul operației pe curbura mică a stomacului cam la 6—7 cm de cardiac, se constată un crater gigant de mărimea

unei palme de copil, penetrant în ficat și aderent la capsula pancreasului. Se execută rezecția subtotală Hoffmeister-Finsterer. Examenul histopatologic: ulcer gigant gastric cu celule atipice.

Bolnava H. A. 59 de ani. în urmă cu 2 ani, acuză grețuri, inapetență. După mese la o jumătate de oră, prezenta piroze și vărsături. Durerile se accentuau după alimentație și se alinau după vărsături, apărind mai frecvent în perioada cuprinsă între lunile martie și septembrie, timp în care face eforturi la munca cimpului consumind alimente neadequate. Radiografie: stomac în formă de ceas de nisip. Pe versantul vertical al stomacului, pe peretele posterior în treimea mijlocie a micii curburi, se evidențiază o nișă penetrantă de mărimea pulpei indexului inconjurată de o zonă edematoasă, iar pe marea curbură vis à vis, se observă semnul degetului arătător (fig. nr. 3). După rezecție gastrică Pean Bilroth I. examenul histopatologic arată un ulcer gigant gastric cu atipie celulară.

Tratamentul medicamentos (igieno-dietetic, anestetice locale, antibiotice, gamaglobulină, spălături gastrice cu soluție glucozată hipertonică) în unele cazuri poate să reducă foarte mult craterul gastric.

Bolnava B. E. de 53 ani se internează la Urgență pentru vărsături, inapetență, hematemeze, slăbire în greutate (8—10 kg) și dureri la nivelul gambelor. La examenul radiologic se constată o nișă gigantă în treimea medie verticală a micii curburi cu fundul destul de plat, cu burelet periulceros parțial vizibil și cu pliuri gastrice mult îngroșate (fig. nr. 4). În urma acestui examen se suspicionează malignizarea nișei, având în vedere semnele clinice și subiective. După trei zile, prezintă dureri foarte puternice în hemitoracele drept, temperatură și hemoptizie. Se face radioscopie pulmonară și se stabilește diagnosticul de infarct pulmonar, fapt pentru care se amână intervenția chirurgicală. Revăzută radiologic după o lună; nișa s-a redus foarte mult, starea generală a bolnavei s-a ameliorat. Bolnava se află sub control medical.

Având în vedere dificultățile de diagnostic al ulcerelor gigante, posibilitatea transformărilor maligne și faptul că intervențiile chirurgicale nu mai sînt limitate la vîrstnici, noi recomandăm, dacă nu există contraindicații, intervenția, după efectuarea unui tratament medicamentos prealabil

Sosit la redacție: 16 decembrie 1968.

Bibliografie

1. J. R. ZBORALSKE F. F.: American Journal of Roentgenology (1966), 96, 393;
2. BAUMEL J., FASSIO E.: La Semaine de hôpitaux de Paris (1957), 33, 26, 262;
3. BULIGESCU I., BULIGESCU L.: Spitalul (1966), 2, 97;
4. CHAUMERLIAC H. J. și colab.: Arch. App. Dig. (1951), 478;
5. CUPCEA S.: Clujul Medical (1957), 4, 5;
6. DEBĂU M., MARINESCU E., RUSSU M., IONESCU M.: Oncologia și radiologia (1966), 5, 4;
7. DEPARIS M., MANIGAND G.: Sem. Hôp. Paris (1962), 14, 845;
8. FLECKEL I. M.: Maladia ulceroasă. Editura de Stat Buc., 1949;
9. FRIEDMANN R. A.: Amer. J. Gastroent. (1959), 31, 15;
10. GLIGORE V., GHERMAN GR., DUMITRESCU I., BACIU TR., CIOPU GH., CUTUȘ G., FEKETE T.: Medicina Internă (1959), 9, 1353;
11. GOIA I., GLIGORE V. și colab.: Medicina Internă (1956), 4, 518;
12. HETÉNYI G.: Aktuelle Fragen der Geschwulstkrankheit Berlin 1958;
13. HOLSTEIN J., STECKEN A.: Fortschr. Rontgenatr. (1960), 92, 644;
14. IONESCU M., CERNEA M., CINCU B.: Viața Medicală (1965), 12, 13;
15. JOCU I., PLEȘA R.: Oncologia și radiologia (1967), 6, 2;
16. KRISNA et BOLLER: Gastro-Enterologie (1946), 71, 3, 142;
17. LEVRAT M., PASQUIER J.: Arch. Mal. App. dig. (1963), 11, 1081;
18. MĂTÉ K., FRIED L.: Orvosi Hetil. (1964), 24, 1114;
19. POIANO R. și colab.: Presse Méd. (1957), 5, 22;
19. SCHINDLER R.: Münch. Med. Wschr. (1957), 109, 385.