

Clinica chirurgicală nr. I (cond.: prof. dr. Z. Păpai, doctor în medicină) și Clinica chirurgicală nr. II și chirurgie cardiovasculară (cond.: prof. dr. I. Pop D. Popa, doctor în medicină, membru corespondent al Academiei de științe medicale) din  
Tirgu Mureș

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE (HDS) ÎN 5 ANI LA CLINICILE CHIRURGICALE DIN TÎRGU-MUREȘ

dr. Z. Păpai, dr. E. Bancu, dr. A. Keresztessy K., dr. T. Schapira,  
dr. M. Ionescu, dr. E. Wilhelm

De la 1 ianuarie 1964 pînă la 31 decembrie 1968 în serviciile chirurgicale din Tirgu Mureș au fost internați în total 640 de bolnavi cu HDS, adică 4,18 % din totalul internațiilor în această perioadă.

Alegerea justă a metodelor terapeutice, precum și eficacitatea acestora depinde în primul rînd de diagnosticul etiologic al hemoragiei, concepție subliniată și de G. Annes, Lawrance, Caplan și colab., Desneux, De Leger și Designolle, James Gabriel, Felix Monaco și colab., Loygue, Gauchet, Frey și colab., Mailor și colab. Noi am considerat ca o cerință de prim ordin stabilirea originii hemoragiei în toate cazurile de HDS.

Condițiile obiective pentru stabilirea diagnosticului etiologic în HDS sînt variabile, depinzînd de gravitatea și ritmul hemoragiei. Condițiile sînt favorabile în hemoragiile mici, medii, iar după oprirea hemoragiei chiar și în cele mari. Diagnosticul este dificil cînd hemoragia este activă și bolnavul se găsește în șoc; numai după sanarea acestora se pot efectua explorările clinice și paraclinice amănunțite.

Uneori datele anamnestice coroborate cu datele examenului clinic ne îndrumă spre un diagnostic de mare probabilitate privind sursa hemoragiei (ulcer perforat și suturat în antecedente), în 50 % a cazurilor însă anamneza nu ne spune prea mult sau este chiar derutantă.

Examenul clinic ne lămurește numai în cca 25 % a cazurilor, spre exemplu prin evidențierea unei hepatosp. enomegalii, a unei tumori palpabile etc.

Cercetînd semnele hipertensiunii portale am căutat să punem în evidență varicele esofagiene prin radiografii baritate, efectuînd splenoportografii și splenomanometrii preoperatorii. Am practicat în 8 cazuri și esofagoscopii concomitent cu examenul radiologic, dar numai în două cazuri am obținut date concludente.

Cauza cea mai frecventă a HDS fiind ulcerul gastroduodenal, acordăm și noi un rol preponderent pasajului baritat pe care îl executăm imediat ce starea generală a bolnavului o permite.

Problema diagnosticului etiologic are o deosebită importanță în geneza hemoragiilor suspectate de acțiunea concomitentă a două sau mai multor afecțiuni. O astfel de asociere frecventă este cea a hipertensiunii portale cu boala ulceroasă. La cei 1390 de bolnavi din ultimii 5 ani, tratați pentru una sau alta din aceste boli, am constatat coexistența lor în următoarele combinații:

— hipertensiune portală + ulcer gastric	5 cazuri
— hipertensiune portală + ulcer duodenal	23 cazuri
— hipertensiune portală + stomac operat pentru ulcer	4 cazuri
<b>Total:</b>	<b>32 cazuri</b>

Condițiile diagnosticului etiologic sînt cu mult mai nefavorabile în hemoragiile grave active unde timpul acționează ca un factor important.

În aceste cazuri scopul nostru principal este localizarea hemoragiei.

Dacă bolnavul răspunde în mod favorabil la măsurile de reanimare și putem obține o ameliorare netă a tuturor valorilor importante, vom căștiga un oarecare timp pentru investigații suplimentare în vederea unui diagnostic etiologic.

Anamneza minuțioasă a bolnavului, examenul fizic sumar, probele de laborator, examenul radiologic ne-au asigurat diagnosticul numai în 20 % a cazurilor

În hemoragiile grave, unde starea generală alterată a bolnavului și evoluția rapidă spre un șoc hemoragic decompensat nu ne-a lăsat răgaz pentru explorări, am fost siliți să intervenim fără diagnostic etiologic. În 14 cazuri am completat explorarea amplă prin gastrotomie largi, căutînd prezența ulcerelor, a varicozităților gastrice, a proceselor inflamatorii și tumorale. Am completat investigațiile noastre cu manometria portală în 15 cazuri, cu splenomanometria în 21 de cazuri, cu splenoportografia și biopsia ficatului în 46 de cazuri. Rezultatele examinărilor histopatologice ne-au ajutat în 2 cazuri la confirmarea ulterioară a diagnosticului de ciroză.

### Principii generale de tratament în HDS

Atitudinea terapeutică în HDS este impusă de gravitatea hemoragiei, apreciată pe baza antecedentelor, a examenului clinic și de laborator.

În funcție de reacția organismului la tratamentul aplicat, precum și în funcție de afecțiunea de bază, atitudinea noastră este diferită:

1. În hemoragiile grave, unde cu toată reanimarea susținută nu se obține compensarea hemoragiei, viața bolnavului fiind în pericol, se intervine imediat.

2. În hemoragiile grave, unde răspunsul organismului la reanimare este pozitiv și se obține o ameliorare trecătoare a stării generale, permițînd investigarea bolnavului (radiologică și de laborator), se intervine după o pregătire prealabilă în urgență întîrziată, urmărind realizarea hemostazei chirurgicale în funcție de afecțiunea de bază (ulcer, ciroză, gastrită hemoragică etc.).

3. Dacă starea generală a bolnavului se ameliorează, hemoragia se oprește și boala de bază necesită tratament chirurgical, se practică intervenția chirurgicală după restabilirea constantelor biologice.

4. În cazurile în care starea generală a bolnavului se ameliorează, iar cauza hemoragiei ar necesita un tratament chirurgical, dar există contraindicații de ordin general, rămînem la tratamentul conservator.

5. În hemoragiile de formă ușoară unde compensarea se produce cu mijloacele proprii ale organismului, intervenim chirurgical mai tardiv în funcție de diagnostic.

6. În cazurile în care se elucidează cauza de bază a hemoragiei, necesitînd tratament chirurgical, se indică un tratament conservator.

Am înregistrat în perioada studiată 372 cazuri de boală ulceroasă în rîndurile celor 640 de bolnavi de HDS (58,12 %). Ulterior o parte dintre bolnavi

cu diagnosticul neprecizat s-au dovedit a fi ulceroși (32 de bolnavi). Procentul lor se ridică deci la 63,12 %.

În privința tacticii și tehnicii chirurgicale adoptate, conduita clinicilor noastre nu se deosebește de cea a majorității serviciilor chirurgicale din țară și străinătate.

Din totalul de 372 de bolnavi suferind de boală ulceroasă, 188 au fost operați, iar restul au fost tratați conservator.

Indicația operatorie în ulcer a fost dominată de prezența hemoragiei. Operăm întotdeauna în primele 24—48 de ore în hemoragiile grave care nu răspund sau răspund greu la transfuzii, necesită pentru reechilibrare cantități masive de sânge (cantitatea de sânge depășește 2000 ml) sau au tendința de a continua hemoragia (cca 25 % a cazurilor).

Operăm la „rece“ cazurile ușoare și medii cu hemoragia oprită și bolnavii reechilibrați, în cazurile când boala ulceroasă ar trebui operată și fără hemoragie.

Scopul intervenției este dublu: oprirea hemoragiei și vindecarea bolii ulceroase. Aceste deziderate se realizează printr-o rezecție largă de 2/3, care cuprinde și leziunea hemoragică.

Gastroenteroanastomoza este și la noi intervenția de necesitate în cazurile cu stenoză pilorică, când rezecția este contraindicată. Completăm gastrojejunostomia cu vagotomie și sutura vasului fistulizat.

După rezecție, scopul este întotdeauna restabilirea tractului digestiv printr-o anastomoză gastroduodenală Péan-Bilroth I (75 de cazuri), numai dacă aceasta întâmpină dificultăți sau pericol de complicație (stenoze, hemoragie, insuficiența suturilor) aplicăm una din metodele de tip Bilroth II (Reichel-Polya în 53 de cazuri, Hoffmeister-Finsterer în 42 de cazuri) și foarte rar exclusiv rezecția după Finsterer (1 caz).

Vagotomia ca intervenție autonomă în hemoragiile digestive ulceroase găsește rar aplicație, deși unii o susțin. Ea implică desigur și sutura ulcerului.

În ceea ce privește execuția tehnică folosită în rezecții menționăm că, pentru controlul sistematic al duodenului și al întregii mucoase gastrice, la anastomoză nu folosim clame de stomac. În cazurile unde ulcerul nu se poate evidenția la inspecția și palparea stomacului și a duodenului procedăm la o gastrotomie sau la nevoie la gastroduodenotomie largă, palpând și esofagul prin cardiac și porțiunea a doua a duodenului. Dacă găsim semne de hipertensiune portală (vene turgescențe, splină mărită, ficat modificat) executăm ileoportografia și ileoportomanometria, căutând să stabilim gradul și originea hipertensiunii portale.

În urgență însă, ne mulțumim cu oprirea hemoragiei prin ligaturi vasculare, deconectare azigoportală etc., fără a executa operația de derivație. În caz de ulcer hemoragic asociat cu ciroză, tratăm ulcerul ca mai înainte, lăsând rezolvarea hipertensiunii portale pentru o dată ulterioară.

Suspicionând ulcerul am găsit hipertensiune portală în 8 cazuri, neoplasm gastric în 6 cazuri, gastrită hemoragică sau nici o modificare în 15 cazuri, iar cu suspiciune de neoplasm am găsit ulcer în 2 cazuri.

În ceea ce privește rezultatele imediate am avut ameliorări (cu hemoragia oprită) la 169 de bolnavi, stare nemodificată la 5, iar 7 au decedat dintre cei 181 ulceroși neoperați.

Din cele 7 ulcere jejunale peptice am reoperat 4, vindecându-se toți. Intervenția a fost de trei ori gastroanastomoză și rezecție, iar într-un caz dublă vagotomie. Dintre cei 3 neoperați, 2 au părăsit clinica ameliorați și unul neschimbat.

Dintre cei 44 de bolnavi cu HDS de origine portală au fost operați 26. Intervențiile au fost efectuate la 17 dintre ei în urgență, la 7 în urgență în-

târziată, iar la 2 bolnavi am intervenit la „rece“ după o perioadă mai lungă de la episodul hemoragic.

Intervențiile practicate se repartizează după cum urmează:

- șunturi portocave trunchiulare și radiculare 12, dintre care 3 în urgență, 7 în urgență întârziată și 2 la „rece“,
  - deconexiuni azigoportale 3, toate în urgență,
  - rezecție gastrotuberozitară și splenectomie în urgență la 2 bolnavi,
  - rezecții esogastrofundice 2 în urgență,
  - tripla și quadrupla ligatură a pediculilor gastrici la 6 cazuri de urgență,
  - deconexiunea transesofagiană cu buton Boerema la un bolnav.
- Derivațiile portocave la bolnavii hemoragici se repartizează astfel:
- 2 șunturi portocave terminolaterale,
  - 2 șunturi portocave laterolaterale,
  - 2 șunturi splenorenale,
  - 3 șunturi mezentericocave.

Conduita noastră în ceea ce privește atitudinea față de bolnavii hemoragici de origine portală variază în funcție de doi factori:

1. De existența unui diagnostic sigur,
2. De gradul și evoluția hemoragiei.

La bolnavii cu diagnostic, eforturile noastre se îndreaptă spre oprirea hemoragiei și indicarea operației definitive de șuntare, stabilindu-se momentul operator în funcție de reactivitatea bolnavului la tratamentul conservator. La cei fără diagnostic și cu hemoragie mare se practică o operație paliativă.

Atitudinea terapeutică în *HDS de origine tumorală* este cea chirurgicală. În ceea ce privește momentul și tactica operatorie de urmat aceasta este în funcție de gravitatea hemoragiei, de faza evolutivă a tumorii, surprinsă atât clinic cât și radiologic, de starea generală a bolnavului privită prin prisma funcțiilor vitale și metabolice, neputând neglija nici vîrsta bolnavului. În cazurile noastre, femeile au fost peste 65 de ani, iar media de vîrstă a bărbaților a fost de 50 de ani. Astfel, s-au efectuat 1 gastrectomie, 7 rezecții subtotale de stomac, 7 laparotomii exploratoare, restul de 11 bolnavi rămînînd neoperați.

În urma examinărilor clinice și paraclinice, precum și în urma constatărilor intraoperatorii s-a stabilit la 35 de bolnavi cu *HDS gastrita hemoragică*.

Din lotul de bolnavi sus-amintiți 16 au prezentat anamneză ulceroasă, investigațiile radiologice și de laborator au pus în evidență semnele caracteristice ale ulcerului duodenal în 9, iar gastrite hipertrofice în 7 cazuri. Restul de 19 bolnavi cu anamneză necaracteristică au fost confirmați radiologic ca gastrite și gastroduodenite.

În 9 cazuri cu antecedente ulceroase și ulcer confirmat radiologic, s-au executat laparotomii exploratoare cu gastrotomii, constatîndu-se doar gastrite hemoragice. În aceste cazuri s-au efectuat doar ligaturi vasculare. În 3 cazuri cu antecedente necaracteristice, repetarea hemoragiei a impus necesitatea intervenției chirurgicale constatîndu-se și aici numai gastrite hemoragice.

În ceea ce privește *HDS* apărută la bolnavii cu *discrăzie sanguină*, evidențiată prin modificarea coagulogramei, atitudinea noastră terapeutică a fost conservatoare, constînd din compensarea bolnavilor cu sînge proaspăt, masă trombocitară și vitaminizare masivă etc. (10 cazuri). După compensare bolnavii au fost tratați fie în serviciile medicale (7 cazuri), fie la domiciliu (3 cazuri).

Prezintă o problemă mai dificilă categoria acelor 14 cazuri de *HDS* care au fost etichetate pe baza unor modificări ale coagulogramei ca *discrăzii sanguine*, dar prezentau ori antecedente ulceroase (2 cazuri), ori ulcere confirmate anterior clinic sau radiologic (10 cazuri), ba mai mult, 2 dintre aceștia au

fost rezecați pentru ulcer. Față de aceștia am avut o atitudine conservatoare și numai în unele cazuri s-a practicat laparotomie exploratoare.

*În hemoragiile prin intoxicații* (5 intoxicații medicamentoase, 1 intoxicație alcoolică) atitudinea noastră a fost conservatoare, 3 cazuri fiind tratate cu transfuzii, iar restul rezolvați cu hemostatice.

*Față de HDS de origine arteriosclerotică*, care vizează bolnavii în decada 6—8 a vieții, tratamentul nu putea fi decât conservator (6 cazuri), dintre aceștia 3 bolnavi au necesitat și în continuare tratament medical.

În tratamentul a 14 HDS de cauză rară (diverticol duodenal, ulcer esofagian, esofagită, hipertensiune arterială etc.) care n-au periclitat viața bolnavilor, tratamentul aplicat a fost conservator, cu excepția unui singur caz rezolvat chirurgical.

Un lot de 111 bolnavi n-a avut diagnosticul elucidat la internare. Din analiza mai aprofundată a acestora, reiese că la 28 de bolnavi cu antecedente ulceroase nu s-a confirmat ulcerul, iar 5 au avut în antecedente o rezecție gastrică. Tot din acest lot (4 cazuri) examinările paraclinice efectuate în timpul internării au pus în evidență maladii digestive (dolicocolon, megaduoden). În fine, 74 de cazuri au rămas HDS de cauză necunoscută, datorită faptului că pe de o parte anamneza nu ne-a ajutat spre o orientare judicioasă pentru depistarea cauzei hemoragiei, iar pe de altă parte nu s-a putut confirma diagnosticul în timpul internării, fie că bolnavii (65 de cazuri) s-au simțit mai bine și au părăsit serviciul fără să le fi putut efectua o investigație completă sau au refuzat investigațiile paraclinice (3 cazuri). Nu am putut efectua examinarea radiologică în 2 cazuri. În 4 cazuri au fost efectuate laparatomii exploratoare, găsindu-se numai periviscerite.

S-au internat cu diagnosticul greșit de HDS (4 cazuri) și anume 2 procese pulmonare (un tbc și un neoplasm), 1 proces epileptic și 1 caz de febră tifoidă.

Sosit la redacție: 2 octombrie 1970.

---