

PROBLEME DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT IN HEMORAGIILE DIGESTIVE SUPERIOARE LA VÎRSTNICI

Dr. N. Csiky

În patogeneza hemoragiilor digestive superioare la vîrştnici apar aceiaşi factori ca şi la cei tineri: 1. stressul (1), 2. factorul vascular şi 3. tulburările de hemostază. Modificările structurale şi funcţionale survenite în organele şi ţesuturile vîrştnicilor duc însă la o diminuare a activităţii acestora (2).

Obiectul lucrării noastre îl constituie studiul clinic şi anatomopatologic, bazat pe cazuistica clinicilor chirurgicale din Tîrgu Mureş, privind bolnavii de peste 60 de ani cu hemoragii digestive superioare (hds).

Material şi metodă

Între anii 1964—1968 au fost internaţi în clinica noastră 640 de bolnavi cu hds. Dintre aceştia 147 de bolnavi au depăşit vîrsta de 60 de ani (22,9 %), din care 77 au fost bărbaţi şi 70 femei.

Conform clasificării lui Thorek (3) am avut: hemoragii digestive masive 40, medii 77, uşoare 30. Reiese că vîrştnicii au avut hemoragii masive şi medii într-un procent de 79,7 %, deci foarte ridicat.

Hemoragia s-a manifestat prin hematemeză în 35 de cazuri, prin melenă în 59 şi prin ambele în 53 de cazuri. La internare 25 de bolnavi (17 %) s-au prezentat în plină hemoragie, iar 18 bolnavi (12,2 %) au manifestat hemoragii iterative.

După anotimp, în cursul primăverii am tratat 36 de bolnavi, vara 46, toamna 44, iarna 21. Cu toate că — după cum vom remarca în continuare — o mare parte a bolnavilor fiind ulceroşi, vara reprezintă anotimpul cu cazuistica cea mai mare, probabil prin natura profesiei bolnavilor (în majoritate agricultori).

Bolnavilor internaţi, li s-au efectuat următoarele analize: hemograme complete (repetate), coagulogramă, probe de disproteinemie, bariu pasaj, ECG etc. În 19 cazuri examenul baritat s-a efectuat în primele 24 de ore, diagnosticul fiind: ulcer duodenal 5 cazuri, ulcer gastric 6, ulcer peptic 1 caz, gastrită 2 cazuri; în 5 cazuri a fost neconcludent pentru diagnostic. Ţurai comunică 92,5 % rezultate pozitive (4). Un singur bolnav din cazuistica noastră a avut la baza hemoragiei o coagulopatie manifestă.

Boli de asociaţie: diabet zaharat 2 cazuri (fără a putea stabili vreo corelaţie), arterioscleroză generalizată la 22 de bolnavi, miocardoscleroză la 48, scleroemfizem şi cord pulmonar în 7 cazuri.

Cauza hemoragiei: ulcerul duodenal 45, gastric 20, gastrită hemoragică 18, ciroză hepatică 13, tumoare gastrică 7, ciroză+ulcer duodenal 5, ulcer peptic 3, aritmii cardiace 3, alte cauze 9 (leucemie, diverticulite, hernie epigastrică, diabet zaharat etc.) postterapeutice (după Heparină, Alindor, Aspirină) 2, neclarificate 22.

10 bolnavi s-au reinternat o dată, 3 de două ori, nu am reuşit să clarificăm diagnosticul nici după a treia internare la 2 dintre bolnavii noştri.

Spre exemplu cazul bolnavei K. I., în vîrstă de 80 de ani. La prima internare anamneză necaracteristică, hemoragie masivă, melenă (hematii: 2300000; Hgb. 50 %, Ht. 25 %). Renunţăm la examinări mai dificile datorită prezenţei cardiomiopatiei grave, hipertensiunii arteriale şi arteriosclerozei generalizate. Se efectuează transfuzie cu 1900 ml sînge în urma căreia hemoragia sistează. Transferăm bolnava la Clinica medicală nr. II, echilibrată volemic. Bolnava

este reinternată după 10 luni, pentru hematemeză și melenă. În urma unei transfuzii cu 500 ml sînge, părăsește clinica în stare ameliorată. La 2 luni se reinternează a treia oară pentru hematemeză masivă, urmata de exitus la 3 zile. Dg. anatomopatologic: ulcer gastric, eroziuni multiple gastrice, ciroză hepatică, miocardioscleroză, arterioscleroză generalizată.

Dintre cei 13 bolnavi cu reinternări repetate am operat doar 2 bolnavi, 4 nu au acceptat intervenția, iar în 7 cazuri nu am indicat-o. Diagnosticul a acestor cazuri: ulcer duodenal 4, ciroză 4, ciroză + ulcer 1, tumoare gastrică 1, gastrită 2, pleurezie diafragmatică 1.

Dintre bolnavii noștri cu hds. 44 % au avut boală ulceroasă (cu 6,4 % mai mult decît în statistica lui C. G. *Dimătriu* (5)). În aceeași perioadă în clinică au fost internați 160 de bolnavi de peste 60 de ani cu ulcer gastro-duodenal nesîngerînd, rețese deci cît 40,8 % din ulceroșii vîrstnici singerează. Dintre aceștia am operat 22 (33,8 %).

În perioada studiată doar 10 bolnavi cu tumoare gastrică nu au avut hemoragie, deci 70 % din vîrstnicii cu neoplasm cu hemoragii. (*Girbacea*, (6) din 278 de bolnavi cu tumoare gastrică are doar 49 de hemoragii).

În patogeneza hemoragiilor cirotice se incriminează trei factori: 1. leziunea vasculară (perete vascular atrofîc, hemoragic, hipertensiune venoasă); 2. factorul ulceros (strat subțire epitelial al esofagului cu regenerare diminuată, cu acțiune traumatică alimentară și acidopeptică); 3. tulburări de coagulare prin hepatopatii (cu deficit de protrombină, proconvertină și proaccelerină, fibrinoliză) (7).

Numărul bolnavilor cu gastrită hemoragică reprezintă 12,2 %. Gastrita cronică hipertrofică (sindromul *Menetrier*) este hemoragică în mod deosebit (3), deseori cu evoluție fatală. Substratul hemoragiei este parenchimos. Natura funcțională este argumentată și prin faptul că la scurt timp aspectul local este absolut normal (8, 9, 10). Am laparotomizat 3 asemenea cazuri.

Bolnava N. L., de 65 de ani, (f. o. 2531/5 XI 1965), înainte de internare are brusc vertijii, transpirații reci, senzație de lipotemie urmată la 2 ore de melenă. Cu 5 ani în urmă a avut aceeași simptomatologie. La internare: H. 2120000, Hgb. 42 %, Ht. 30 %. La 4 zile după internare se execută de urgență o laparotomie în urma hematemezelor masive și insuficienței circulatorii acute. La gastrotomie găsim 100 ml chiaguri; mucoasa fiind extrem de hemoragică; ulcer sau varice esofagiene absente; ficat de aspect normal. Se execută tripla ligatură vasculară. Se externează după 15 zile fără acuze clinice, nu s-a mai prezentat pentru reinternare.

Dintre bolnavii noștri am avut 3 cazuri de ulcer peptic hemoragic (2 %) — față de comunicările lui *Wilkins* 1 %, *Dubarry* 6,3 %, *Lambling* 4,1 %, *Girard* 3,2 %, *Cerchez* 4 % (11) — am operat 2 din acești bolnavi.

Tulburările de ritm la vîrstnici (tahicardie paroxistică, flutter atrial, fibrilație atrială) scad cu 30 % fluxul sanguin gastrointestinal (12), iar ischemia, necroza, ulcerarea pot duce la hemoragie, la care se asociază în urma hipoxiei tisutare o hiperpermeabilitate vasculară. Hemostaza suferă și poate surveni o coagulopatie de consumpție (13). Prezentăm un caz semnificativ:

Bolnavul K. V., 84 de ani, (f. o. 2480 30 X 1964), este internat în urma unui efort fizic urmat de o hematemeză. Examen clinic: T. A. 150,60 Hgmm, P: 84 l', P central: 104 l' (deficit 20/1'), H: 1480000, Hgb 30 %. Bariu pasajul în primele 24 de ore nu relevă ulcer sau neoplazie. Se efectuează o transfuzie cu 1250 ml sînge, 600 ml plasmă. Hemoragia nu se mai repetă. Dg. de externare: arterioscleroză generalizată, miocardioscleroză, emfizem pulmonar, aritmie absolută.

Heparina a figurat în terapia premergătoare hemoragiei la un bolnav, iar un alt bolnav a primit antireumatice timp de 10 zile.

Dintre cei 174 de bolnavi vîrstnici cu hds au beneficiat de tratament chirurgical 32 (21,7%). Am executat următoarele intervenții: Billroth I 9, Billroth II 15, ligatură triplică 5, sutură 1, gastrojejunotomie 1, colecistendză 1. Diagnostic operator al bolnavilor: ulcer duodenal 14, ulcer gastric 8, ulcer peptic 2, ciroză + ulcer duodenal 2, ciroză 2, gastrită 3, colecistită 1

Am avut 4 decese postoperatorii (13,7%). Cauza morții: comă hepatică un caz (a 14-a zi după rezecția Billroth II pentru ulcer dublu iuxta piloric, asociat cu ciroză hepatică hipertofică cu ascită); în 2 cazuri a survenit șocul postoperator ireversibil (după toracofrenoaparotomie și ligatură vasculară, respectiv laparotomie și ligatură vasculară); într-un caz după rezecție Billroth II pentru ulcer duodenal hemoragic, edem al gurii de anastomoză și jejunostomie în a 14 zi postoperator. La autopsie s-a găsit bronhopneumonie, tromboză pulmonară, citosteatonecroză pancreatică, necroză hepatică centrolobulară; un deces a survenit a 7-a zi după sutura unei perforații ulcerose, urmată de o hemoragie fatală

Dintre bolnavii neoperatorii au decedat 12 (10,4%), 5 dintre aceștia au avut ulcer duodenal cu fistulă vasculară. Nu au fost operați 6 bolnavi în urma unui diagnostic eronat, 5 dintre ei au avut ulcer gastric cronic cu erodarea arterei gastrice.

Bolnavul K. V., 63 de ani (1968), este internat după o anamneză de 7 săptămîni, manifestată prin pierdere în greutate, lipsa apetitului, icter. După 12 zile de internare într-o secție de boli contagioase din provincie, este transferat cu diagnosticul de icter mecanic la secția hepatită din Tirgu Mureș, unde după 12 ore manifestă o hematemeză masivă (T.A. 50/0 și 90/40 Hgmm). Se administrează 750 ml sînge, după care este transferat în clinica noastră. Cu toată terapia intensivă pierdem bolnavul după 13 ore. Dg. clinic: ciroză hepatică, varice esofagiene, icter mecanic. Dg. anatomopatologic: ulcer cronic al micii curburi, erodarea arterei pilorice, adenocarcinom al capului pancreasului, icter mecanic, arterioscleroză coronariană (menționăm diametrul tumorii pancreatice: 1,5 cm).

Discuții

Bolnavul vîrstnic cu hds beneficiază de aceleași metode de examinare și prim ajutor, cu celelalte categorii de bolnavi, dar reclamă atenție specială în privința observației și a atitudinii terapeutice, necesitînd intervenție neîntîrziată cu tehnică protectoare, dar nu lentă, și anestezie modernă (2, 14, 15). Fapte realizabile numai printr-un „team” operator competent cu colaborarea specialiștilor cardiologi, gastroenterologi, chirurghi și anesteziști.

Intervențiile mari, produc o mortalitate de 5 ori mai mare la vîrstnici decît cele limitate (2), efectuate în urgență dau decese în număr dublu față de cele executate la rece. Astfel, trebuie să tindem la temporizarea intervenției în limita posibilităților. În primele 48 de ore, din 32 de bolnavi am operat numai 4. În geronto-chirurgie, chirurgul trebuie să fie și un bun psiholog. „Vîrstnicul renunțînd la viață” se conformează uneori mai ușor indicației operatorii (Batley 14), așii în schimb se postează pe poziția „eroismul final”, refuzînd intervenția. Dintre bolnavii noștri 18 nu au acceptat intervenția chirurgicală indicată.

Datoria primordială a medicului la hds a vîrstnicilor este hemostaza și nu intervenția radicală, mai ales dacă nu este vorba de o boală malignă (15). Am pierdut 2 bolnavi după rezecție gastrică, în ambele cazuri intervenția a avut o durată de cca trei ore. Ambii bolnavi au fost hipoproteinemici și arteriosclerotici. Rezecția gastrică nu este o terapie electivă la vîrstnicii hemoragici, care pe deasupra mai suferă și de hipoproteinemii grave. Farris și colab. (16) comunică rezultate favorabile după pilorotomie urmate de sutura ulcerului, piloroplastie, vagotomie totală și aspirație prin gastrostomie (16% mortalitate).

Perioada postoperatorie necesită observație atentă, corectarea deficitelor, oxigenoterapie. Reechilibrarea volemică se execută sub control PCV și printr-o reproteinizare rațională (17). În privința psihoterapiei uneori este de un real folos prezența unui aparținător la patul bolnavului. Se va evita administrarea psihosedative în doze mari.

Intervenția chirurgicală nu este punctul terminus al terapiei. Reabilitarea acestor bolnavi trebuie să fie în vederile noastre. Bolnavul părăsit își pierde pofta de mâncare, devine apatic și în scurt timp poate să facă inutile toate eforturile noastre anterioare.

Sosit la redacție: 13 octombrie 1970.

Bibliografie

1. JAUQUES T. B.: Ann. N. Y. Acad. Sci. (1964), 115, 78; 2. RANDALL H. T., HARDY J. D., MOORE F. D.: Manual of preoperative and postoperative care Ed. W. B. Saunders, Philadelphia, 1967; 3. THOREK PH.: Surgical diagnosis. Ed. II Pitman Medical, London. 1965; 4. ȚURAI I., PAPAHAĞI E., CIOBANU N., ȘTEFĂNESCU V.: Diagnosticul radiologic precoce în hemoragiile digestive superioare. Al XI-lea Congres Național de Chirurgie. București, 1964, II, 212; 5. DUMITRIU C. GH., MAXIMILIAN V., MEDREA O., IVAN V.: Hemoragia digestivă superioară la vîrsnici. Al XI-lea Congres Național de Chirurgie. București, 1964, 263; 6. GÎRBA-CEA I.: Hemoragiile digestive superioare datorite tumorilor gastrice sau duodenale. Al XI-lea Congres Național de Chirurgie. București, 1964, 355; 7. KANE J. M., MEYER K. A., KOZOLL D. D.: Arch. Surg. (1955), 70, 570; 8. KONJETZNY G. E.: Der Chirurg. (1955), 26, 1; 9. LAMBLING A., BONFILS S., RICHIU CL., POTET F., ANDREJEVIC M., BARATGIN B.: Arch. Mal. Appar. Dig. (1959), 48, 73; 10. GADRAT J., RIBET A., FERRET P., PASCAL J. P., BERTRAND J.: Arch. Mal. Appar. Dig. (1967), 56, 1221; 11. CERCHEZ E.: Hemoragiile tardive după gastrectomia pentru boala ulceroasă. Al XI-lea Congres Național de Chirurgie, București 1964, 342; 12. ILIESCU C. C., MALITCHI E., DRĂGHICI D.: Indreptar de diagnostic și tratament în boli cardiovasculare. Ed. Med. București, 1966; 13. BOROS M.: Orv. Hetil. (1968), 109, 1071; 14. ORBÁN L., SZABÓ L.: Magy. Seb. (1968), 21, 357; 15. PÁPAI Z., BANCU E., GÁLFFY I.: Experiența noastră în marile hemoragii ulceroase. Al XI-lea Congres Național de Chirurgie, București, 1964, 267; 16. FARRIS J. M., SMITH G. K.: Ann. Surg. (1967), 166, 4, 630; 17. HEINZMANN F. I.: Wien. med. Wschr. (1958), 108/44, 915.