

## EXPERIENŢA CLINICII CHIRURGICALE NR. 1 DIN TIRGU-MUREŞ IN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ULCERULUI GASTRODUODENAL

V. E. Bancu, A. Keresztessy K., T. Grozescu, E. Bălint, V. Gliga,  
M. Baghiu, C. Copotoiu, S. Bancu, M. Eşianu, E. Wilhelm

Studiul clinic retrospectiv pe care îl prezentăm în legătură cu tratamentul chirurgical al bolii ulceroase, atestă concepţia evolutivă a clinicii în această problemă încă controversată.

Într-o perioadă de 11 ani (1970—1980) au fost internaţi în Clinica Chirurgicală nr. 1 din Tirgu-Mureş, un număr de 1 776 bolnavi cu boală ulceroasă, la care s-au practicat 1 789 operaţii, 13 fiind reintervenţii precece pentru complicaţii peritoneale sau hemoragice. S-au mai înregistrat 4 leziuni diverse: un ulcer duodenal cu megaduoden tratat prin rezecţie gastrică cu triplă anastomoză pe ansă „omega“ (procedeu Bancu); 3 ulcere duodenale hemoragice cu hipertensiune portală, tratate prin deconexiune esofagiană Boerema la care s-a asociat vagotomia cu piloroplastie Heinecke-Mikulicz. În aceeaşi perioadă înregistrăm un număr de 72 reintervenţii pentru complicaţii tardive ale tratamentului chirurgical în boala ulceroasă, care fac obiectul altei lucrări.

Din cei 1 776 bolnavi operaţi, 576 au fost internaţi în urgenţă. 1 200 de bolnavi au fost cronici. 333 fiind femei şi 1 443 bărbaţi.

Ulcerul duodenal figurează în cazuistica noastră la 1 252 de bolnavi, dintre care cei mai mulţi, 854 de cazuri, au prezentat ulcere complicate: ulcer duodenal calos, stenozant, penetrant (în pancreas, în pediculul hepatic), hemoragic, mai multe din aceste leziuni asociate, ulcer duodenal perforat sau cel după sutură. 378 de cazuri au fost ulcere cronice, iar 20 ulcere jos situate.

În clinica noastră tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal a fost diversificat pe parcursul anilor. Pe primul loc se situează încă rezecţia cu anastomoză Péan-Billroth I — 534 cazuri, locul II fiind ocupat de vagotomie cu 372 cazuri, urmate de rezecţia cu anastomoză tip Billroth II — 261 cazuri, din care 19 rezecţii pentru excludere (excluderea pilorului sau a ulcerului).

Din anul 1978 când vagotomia cunoaşte o vertiginosă creştere în clinica noastră, statistica intervenţiilor chirurgicale se schimbă: creşte procentajul procedeelor de vagotomie şi scade cel al operaţiilor tip Billroth II. Astfel, în 1978, pentru 142 ulcere duodenale, s-au practicat 74 vagotomii, 52 rezecţii cu anastomoză Péan-Billroth I, 12 rezecţii cu anastomoză Billroth II şi 6 suturi (dintre care 5 asociate altor tipuri de intervenţii). În 1979, la 176 ulcere duodenale operate au fost practicate 103 vagotomii, 68 rezecţii gastrice tip Péan-Billroth I, 2 operaţii tip Billroth II şi 3 suturi, iar în 1980 înregistrăm pe cele 124 ulcere duodenale operate, 75 vagotomii, 48 de intervenţii tip Billroth I şi o singură operaţie tip Billroth II.

Metodele de drenaj asociate vagotomiei au fost foarte variate. În cazuistica noastră, s-a recurs cel mai frecvent la piloroplastia Judd, în 190 de cazuri.

Dintre cele 73 suturi, 60 au fost efectuate, ca intervenție unică în ulcerul duodenal perforat. Menționăm că au fost reoperate 45 de ulcere duodenale după sutură, dintre care doar 15 au provenit din cazurile noastre.

Ulcerul gastric este consemnat în cazuistica clinicii noastre de 448 ori, 49 fiind cu localizare dublă (ulcer gastric + duodenal). Localizarea dublă ridică problema reactivării ulcerului duodenal, cicatrizat pe parcursul evoluției ulcerului gastric.

Tratamentul chirurgical aplicat ulcerului gastric a fost rezecția gastrică largă. Astfel înregistrăm: 363 rezecții cu anastomoză Péan-Billroth I, 35 rezecții cu anastomoză Hoffmeister-Finsterer, 6 rezecții cu anastomoză Reichel-Polya, 18 suturi, o gastroenteroanastomoză, și doar 3 vagotomii, asociate cu antrectomie, fiind vorba în 2 cazuri de ulcere duble, gastric și duodenal, și de 1 ulcer gastric hemoragic suturat inițial (ulcerul gastric fiind îndepărtat prin rezecția limitată).

De remarcat că, din anul 1978 rezecțiile cu anastomoză tip Billroth II, cunosc o evidentă scădere, iar în 1980 devin o raritate. În anul 1978 au fost operate 34 ulcere gastrice, la care s-au efectuat 33 rezecții cu anastomoză Péan-Billroth I și o sutură. În 1979 la 34 ulcere gastrice, s-au făcut 31 rezecții cu anastomoză Péan-Billroth I și 3 suturi. La cele 30 ulcere gastrice operate în 1980, s-au efectuat 26 rezecții cu anastomoză Péan-Billroth I, 3 suturi și o singură rezecție cu anastomoză Hoffmeister-Finsterer.

Boala ulceroasă fără ulcer am întâlnit-o în 18 cazuri, la care s-a efectuat de 15 ori vagotomia tronculară asociată de 13 ori cu piloroplastie și în 2 cazuri cu antrectomie, respectiv antroduodenostomie.

Complicații imediate grave ale tratamentului chirurgical în boala ulceroasă, s-au înregistrat în 20 cazuri, din care 13 au necesitat reintervenții precoce. Acestea au fost: 6 fistule duodenale (3 după operație Péan-Billroth I, 2 rezolvate prin rezecția anastomozei urmată într-un caz tot de anastomoză Péan-Billroth I, în altul de Hoffmeister-Finsterer, iar în al treilea caz prin tratament conservator și 3 după operații Reichel-Polya, în care, la un caz provenit din alt serviciu, cu fistulă de bont, s-a efectuat o fistulă dirijată, urmată de deces; celelalte două au fost rezolvate prin tratament conservator); 3 fistule pancreatice după rezecție gastrică cu anastomoză Péan-Billroth I, pentru ulcer duodenal penetrant în pancreas, rezolvate prin tratament conservator; o necroză gastrică cu peritonită generalizată, la a doua lovitură, după sutura în urgență a unui ulcer gastric juxtacardial perforat, care a necesitat o gastrectomie totală, urmată de deces; 4 ocluzii postoperatorii precoce la bolnavi cu ulcere duodenale perforate (2 după rezecție Péan-Billroth I, 2 după vagotomie cu piloroplastie, înregistrându-se 2 decese); 2 eviscerații după rezecții gastrice pentru ulcer gastric hemoragic cu gastrectomie exploratorie; 2 complicații hemoragice prin leziuni de splină, rezolvate prin splenectomie și 2 atonii gastrice după vagotomie cu gastroenteroanastomoză la bolnavi cu stenoze pilorice vechi, cu stomac mult dilatat și cu dezechil-

libre importante hidroelectrolitice. La unul din bolnavi s-a efectuat o anastomoză precolică anterioară.

După cele 1 789 operații efectuate pentru boală ulceroasă ca și după reintervențiile precoce, s-au consemnat, în total, 26 decese (1,46%).

Asociația ciroză-ulcer am întâlnit-o în 8 cazuri, majoritatea fiind ulcere hemoragice. În cadrul ulcerelor hemoragice mai putem semnală, drept cauză a hemoragiei, prolapsul de mucoasă antrală în duoden, în 3 cazuri.

### Discuții

Din studiul prezentat se constată că din cei 1 776 bolnavi operați pentru boală ulceroasă, 333 au fost femei iar 1 443 bărbați.

În cadrul ulcerului duodenal cele mai multe intervenții au fost efectuate pentru ulcere complicate, cu o evoluție îndelungată, caloase, stenozante, penetrante (în pancreas sau în pediculul hepatic), hemoragice, perforate și, mai puțin de jumătate, ulcere cronice necomPLICATE, 378 cazuri.

În tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal locul I este deținut încă de rezecție, 795 operații, urmată de vagotomie, 372 cazuri, operație care în ultimul timp a cîștigat teren. Noi o efectuăm nu numai la bolnavii tineri sau la cei cu răspuns vagal stimulat la insulină, test pe care nu-l mai determinăm decît postoperator, la distanță, pentru aprecierea efectului vagal, ci în toate situațiile unde considerăm că rezolvarea tehnică a ulcerului este extrem de dificilă și ar putea pune în pericol viața bolnavului.

Dintre metodele de drenaj asociate vagotomiei, extrem de variate în cazuistica noastră, cea mai frecventă a fost piloroplastia Judd, preferată în ulcerele duodenale anterioare, perforate.

Rezolvarea chirurgicală a ulcerului gastric a fost rezecția, în 408 cazuri; s-au efectuat 18 suturi pentru ulcere gastrice perforate, la bolnavii vîrstnici, tarați cu peritonite de peste 12 ore; o vagotomie cu antrectomie pentru un ulcer hemoragic suturat anterior și o gastrectomie polară superioară pentru un ulcer gastric juxtacardial hemoragic.

Asociația ulcerului gastric cu ulcerul duodenal a impus, în cazuistica noastră, 47 rezecții și 2 vagotomii cu antrectomie. În această situație rezecția este dictată de prezența ulcerului gastric.

În cadrul bolii ulceroase fără ulcer, atitudinea noastră a fost vagotomia cu o metodă de drenaj, în 15 cazuri, și doar în 3 cazuri rezecția, acolo unde a existat și o sîngerare la nivelul mucoasei gastrice.

După cele 1 789 operații efectuate, am înregistrat 20 complicații care au necesitat în 13 cazuri reintervenții precoce și un număr de 26 decese (1,46%), postoperatorii imediate.

Dacă am încerca să facem o ierarhizare a valorii terapeutice a diferitelor tipuri de intervenții, problematica se leagă mai ales de ulcerul duodenal. În cazul ulcerului gastric atitudinea pare tranșată în favoarea rezecției. În experiența clinicii noastre, rezecția urmată de anastomoză Péan, dă cele mai bune rezultate, fiind tehnic aproape întotdeauna posibilă.

Cu toate că literatura de specialitate anglo-saxonă abundă în publicarea unor foarte bune rezultate după vagotomie, mergîndu-se în unele

centre pînă la afirmația că tratamentul ulcerului duodenal înseamnă vagotomie cu o metodă de drenaj, iar vagotomiile însoțite de excizia ulcerului au fost aplicate chiar și în ulcerele gastrice; noi nu sintem încă în măsură să concluzionăm asupra valorii vagotomiei din mai multe motive:

— Nu am aplicat vagotomia de principiu în tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal;

— Nu avem o cazuistică suficient de mare urmărită în timp;

— Nu se poate spune că fiecare echipă execută operația cu aceeași acuratețe tehnică, pentru a avea o statistică omogenă a reușitelor și nereușitelor;

— Școala de chirurgie românească are o experiență foarte bună în diferitele variante ale rezecției gastrice, metode care au dat deplină satisfacție pe parcursul timpului, și desigur, această experiență a fost acumulată și de colectivele clinicilor chirurgicale din Tirgu-Mureș. Tactica și tehnica chirurgicală a rezecțiilor gastrice pentru ulcere duodenale complicate a fost atît de mult ameliorată, încît mortalitatea și morbiditatea postoperatorie au scăzut foarte mult.

— În cadrul ulcerelor duodenale complicate, vagotomiile dau cele mai bune rezultate în perforații, care, fiind de obicei pe peretele anterior, fac posibile exciziile ulcerelor în timpul efectuării piloroplastiei Judd.

— În ulcerele duodenale stenozante am avut rezultate mai slabe — hipotonia gastrică de după vagotomie sumîndu-se hipotoniei procurate de stenoza pilorică, fapt ce ne-a dus la indicarea rară a vagotomiilor în astfel de cazuri.

— În ulcerele duodenale hemoragice — care de cele mai multe ori sînt penetrante, alegerea între rezecție cu îndepărtarea sursei de hemoragie și vagotomia cu piloroplastie și sutura ulcerului este greu de făcut dar este obligatorie în ulcerele jos situate juxta- sau subampulare.

Bunele rezultate ce se obțin după vagotomii cu antrectomii, nu scutesc aceste operații de timpul cel mai dificil al intervenției, care este prepararea duodenului.

Indicăm deci pe mai departe vagotomiile în tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal, bazîndu-ne mai ales pe date clinice și ale factorilor etiologici (în special vîrsta) și mai puțin pe criterii de laborator.

În ulcerele duodenale complicate mai ales în perforații vom prefera vagotomia care ne-a dat de-a lungul anilor satisfacții deosebite.

Vagotomia rămîne și o operație de circumstanță, în cazul ulcerelor duodenale cu modificări anatomice grave, care prin rezecție ar periclita viața bolnavului.

Succesul vagotomiei este strîns legat și de corectitudinea operației de drenaj, în sensul diferitelor tipuri de piloroplastii, gastroenteroanastomoza transmezocolică posterioară (Von Hacker) sau gastroduodenostomia termino-terminală după antrectomie.

Golirea stomacului după vagotomie trebuie să fie bine asigurată, printr-o stomă beantă și corect executată. Golirea defectuoasă a stomacului și staza gastrică deschide lanțul patogenetic al ulcerului peptic gastric.

*Sosit la redacție: 24 decembrie 1984.*

*V. E. Bancu, A. Keresztessy-Kosztá, T. Grozescu, E. Bálint, V. Gliga, M. Baghiu,  
C. Copotoiu, S. Bancu, M. Eșianu, E. Wilhelm*

**EXPERIENCE OF THE SURGICAL CLINIC NR. 1, TG.-MUREȘ,  
IN THE SURGICAL TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCER**

The paper represents a clinical study on the treatment of gastroduodenal ulcer, based on a casuistics of 1776 patients having undergone an operation during 11 years (1970—1980).

The data of 1252 cases of interventions for duodenal ulcer made the authors draw conclusions that follow the dynamics of the procedures used during the years, affording a comparative analysis of the results after the operations of gastric resection and vagotomy, the reasons why one or another procedure was preferred, motivated by the indications, advantages and therapeutical value of each surgical intervention.

They have also presented the experience in the treatment of gastric ulcer of 448 cases, which shows the option of gastric resection with Péan's procedure.

The incidence of early postoperative complications, the conditions in which they occurred, as well as the 0.33% death rate classify this paper well in special literature, underlining the fact that this clinic has gained fundamental experience in the therapy of gastroduodenal ulcer, which makes it possible to look both in the past and future.

---