

APRECIEREA CLINICA A SEMNELOR RADIOLOGICE GASTRO-INTESTINALE LA BOLNAVII CU REZECȚIE GASTRICA

Dr. Málnási. G., Dr. Gózner E. și Dr. György P.

Stomacul rezecat crează condițiuni noi de tranzit intestinal, care se deosebesc mult de ale celui sănătos. Gura de anastomoza nu poate îndeplini rolul pilorului la evacuarea conținutului gastric în intestinul subțire.

Evacuarea stomacului rezecat se face mai repede și de aceea funcția lui de rezervor este redusă. Intestinul subțire este invadat în mod rapid de o cantitate neobișnuită de chim alimentar, care stînd prea puțin în stomac și astfel nefiind supus acțiunii sucului gastric, este insuficient digerat.

Pe baza celor de mai sus am încercat să urmărim măsura în care acuzele bolnavilor cu rezecție gastrică pot fi puse în legătură cu semnele radiologice ale tranzitului patologic ale intestinului subțire.

Dupa observațiunile noastre nu se poate stabili o legatură între ritmul evacuării bontului și rapiditatea pasajului intestinal. Acesta din urmă poate să fie rapid sau chiar precipitat, independent de modul de evacuare ritmică, rapidă sau chiar precipitată a bontului stomacal

Corelațiuni între pasajul intestinal rapid sau precipitat și modul de evacuare al bontului stomacal

Numărul cazurilor observate: 37
(17% a celor 214 cazuri studiate)

Evacuarea bontului stomacal

intermitență ritmică	rapidă	precipitată. fără oprire	total
15	10	12	37

Conform observațiilor noastre, pasajul rapid sau chiar precipitat în intestinul subțire, nu constituie în sine o condiție neaparat nefavorabilă pentru bolnavii cu rezecție gastrică. Rezultatele clinice tardive ale acestor cazuri sînt chiar mai favorabile de cît media generală a tuturor cazurilor luate fără selecționare.

Starea bolnavilor selecționați pe baza pasajului rapid sau precipitat al intestinului subțire, comparată cu media tuturor cazurilor observate.

	Starea bolnavului				total
	foarte bună	bună	satisfăcătoare	rea	
In raport cu cazurile de pasaj rapid sau precipitat al intestinului subțire	18 (48,7%)	14 (37,8%)	5 (13,5%)		37
In raport cu totalul de 214 cazuri luate fără selecționare	94 (43,9%)	66 (30,8%)	47 (22,0%)	7 (3,3%)	214

Senzația de balonare, plenitudine sau greutate abdominală asociată cu stare de slăbiciune generală, senzație de rău, viree, piroză, au fost observate la 14 bolnavi (7%). Se presupune în general, că aceste simptome sînt provocate de inundația rapidă a intestinului subțire în urma evacuării accelerate a bontului stomacal și sînt cunoscute sub numele sindromului de inundație intestinală (sindrom „dumping“).

Conform observațiilor noastre, acest sindrom nu poate fi pus în legătură cu pasajul rapid al intestinului subțire, întrucît din 15 cazuri observate ce prezentau acest sindrom, numai 4 au avut un pasaj rapid sau precipitat. Nu am observat legături nici între sindromul de inundație și modul de evacuare al bontului stomacal.

Sindromul de inundație
(Numarul cazurilor: 14)

Evacuarea bontului			Simptome din partea intestinului subțire			
normală	rapidă	incetinită	pasaj rapid	semne de enterită	dilatarea ansei eferente	umplerea ansei aferente
2	6	6	4	5	2	3

Numarul redus de cazuri cu sindromul inundației nu ne permite să luăm o atitudine hotărîtă în această privință. Nici datele din literatură nu aduc concluzii sigure. Concepția că sindromul de inundație ar fi provocat de accesele de hipoglicemie nu este unanim admisă. Spirchez consideră că acest sindrom este produs prin dilatarea anselor intestinale. Noi am putut constata dilatarea anselor intestinului subțire numai la 2 dintre cei 14 bolnavi care prezentau sindromul inundației. În schimb la 17 bolnavi am observat o dilatare atît de pronunțată a ansei eferente în cît a atins sau chiar a întrecut dimensiunile bontului stomacal, fără să putem constata simptomele sindromului de inundație.

Contrația spastică și ritmică a ansei eferente, observată de noi aproape în toate cazurile de stomac rezecat, nu pare să joace vre-un rol în patogeniza sindromului inundației. În 100 de cazuri prezentînd contrația evidentă a ansei eferente, rezultatele clinice tardive au fost identice cu valorile medii ale cazurilor luate fără selecționare (42% rezultate foarte bune, 36% rezultate bune, 20% cu stare satisfăcătoare și 2% cu rezultate rele).

Sindromul inundației nu poate fi pus nici pe seama umplerii ansei aferente. Aceasta a fost observată de noi la 33 de cazuri ale căror rezultate clinice erau concordante cu valorile medii ale cazurilor luate în general: 11 (33%) rezultate foarte bune, 13 (39%) bune, 6 (24%) satisfăcătoare și 1 (3%) cu rezultat rău.

Turai și Ionescu delatind ansa eferenta cu balonul de cauciuc sau introducind soluții hipertoneice în ansă, au observat o scădere a tensiunii arteriale și o accelerare a pulsului. Modificările le-au observat numai în poziție ortostatică nu și în decubit.

Muir a înregistrat anumite rezultate terapeutice prin administrare de eiedrină înaintea meselor, ceea ce pledează pentru echilibrarea scăderii tensiunii arteriale în poziție ortostatică. Observațiile noastre în curs arată la bolnavii cu stomac rezeecat o mare tendință la hipotensiune ortostatică. Acest fapt a fost semnalat și de Luria la cei suferinzi de boală ulcerasă fără stomac rezeecat.

Trebuie să subliniem că gradul de suferință al bolnavilor nu merge întotdeauna paralel cu valorile scăderii tensiunii arteriale și accelerării pulsului în poziție de ortostatism. Semne similare sindromului de inundație, precum și tulburări de reglare a tensiunii și a pulsului în ortostatism, se pot întâlni frecvent și la bolnavi cu boală ulcerasă fără rezecție și chiar la persoane sănătoase.

Având în vedere toate acestea se pare, că apariția simptomelor clinice pe care obișnuim să le punem pe seama inundației intestinului subțire, depind nu atât de intensitatea proceselor de pasaj, ci mai mult de modul de reacție al sistemului nervos. La persoane cu o reactivitate exagerată, simptomele caracteristice sindromului de inundație pot fi provocate de ori care din nenumăratele impulsuri ce iau naștere în decursul digestiei.

Starea bolnavilor cu stomac rezeecat, avind gastrită, enterită sau asocierea lor determinată radiologic.

Starea bolnavilor	gastrită		enterită		Mediile celor 214 cazuri studiate
	gastrită	enterită	gastrită	enterită	
foarte bună	18 (32%)	26 (35%)	12 (35%)	94 (43,9%)	
bună	20 (36%)	23 (30%)	7 (20%)	66 (30,8%)	
satisfăcătoare	17 (32%)	21 (30%)	13 (39%)	47 (22,0%)	
rea	—	3 (5%)	2 (6%)	7 (3,3%)	
TOTAL:	55 (100%)	73 (100%)	34 (100%)	214 (100%)	

Gastrita și enterita, ori asocierea lor influențează nefavorabil rezultatul clinic. Semnele radiologice de gastrită și enterita ce survin la bolnavii rezecați, apar relativ în aceeași proporție după toate procedeele operatorii. Deci nu se poate afirma, ca ar fi consecința uneia sau alteia dintre aceste metode.

Greața, vărsăturile și eructațiile biliase constituiesc suferințele cele mai frecvente ale rezecaților și le-am observat la 73 de bolnavi (34,1% a tuturor cazurilor). Aceste simptome survin la 32,5% a bărbaților (la 57 din totalul de 175 bărbați) și la 41% a femeilor (la 16 dintre 39 de femei).

Corelațiunile dintre greața, vărsături, eructații biliase și alimentele consumate. La întrebările noastre puse bolnavilor, relativ la acele mâncări care le provoacă aceste fenomene cei 73 de bolnavi au enumerat în total 15 feluri de mâncări, și anume:

1. laptele	46 bolnavi
2. mâncările acre	14 ..
3. mâncarea cu varză	13 ..
4. mâncările lichide	9 ..
5. cantități mari de mâncări de orice natura	8 ..
6. mâncările grase	7 ..
7. mămăliga	6 ..
8. ouăle	6 ..

9. mâncările dulci	6	..
10. mîncarea cu carne	6	..
11. fasolea uscată	6	..
12. roșiile	4	..
13. mîncările cu condimente	4	..
14. cartofii	3	..
15. pîinea	1	..

Semnele radiologice observate la bolnavii care sufereau de greață, vărsături și eructațiuni biliouse.

(Numărul cazurilor observate: 37)

Stomac rezecat de mărime normală și cu evacuare ritmică	28
Stomac rezecat de mărime normală și cu evacuare rapidă fără oprire a bariului în stomac	26
Stomac rezecat, dilatat cu evacuare tardivă	13
Umplerea ansei eferente	15
Contrația spastică a ansei eferente	40
Dilatarea în formă de diverticul a ansei eferente la nivelul gurii de anastomoză	3
Dilatarea ansei eferente	15
Gastrită	26
Enterita	32
Pasaj rapid prin intestinul subțire	15
Intestin subțire cu aspect radiologic normal	16

Este evident, că diferitele semne observate în decursul unei singure examinări radiologice nu pot fi considerate drept imagini fidele ale proceselor ce se desfășoară în tractul gastro-intestinal al rezecaților. Dar totuși este incontestabil faptul, că la 3/4 dintre bolnavii care sufereau de greață, vărsături și eructațiuni biliouse, se pot constata semne radiologice care denotă prezența stărilor de excitație la nivelul bontului gastric și al intestinului subțire.

Tendința la greață, vărsături și eructațiuni biliouse nu înseamnă în mod implicit în toate cazurile și o stare insuportabilă pentru bolnavi. Urmind un trai adecvat și cu precauțiunile necesare în alimentație, aceste inconveniente pot să fie evitate sau cel puțin restrinse în limitele suportabile la mulți dintre bolnavi. Aceste considerente le-am avut în vedere în aprecierea stării bolnavilor noștri, după cum se vede în tabloul de mai jos.

Frecvența greșurilor, vărsăturilor și a eructațiunilor biliouse în raport cu rezultatele clinice tardive

(Numărul cazurilor observate: 73)

	Rezultate clinice			
	foarte bune	bune	satisfăcăt.	rele
La bolnavi cu greșuri, vărsături și eructațiuni biliouse	16 22%	22 30,1 %	29 39,7 %	6 8,2 %
La totalul de 214 cazuri	43,6%	30,6 %	22,5 %	3,3 %

Cazurile care prezintă greață, vărsături și eructațiuni biliouse, survin în urma diferitelor metode operatorii, în aceeași proporție ca și frecvența generală a acestora în materialul nostru. Deci nu se poate afirma, ca ar fi consecința unuia sau altuia dintre aceste metode.

Raportul dintre vărsături, greață și eructațiuni și sexul bolnavilor

	Raportul celor 2 sexe la cei 214 bolnavi	Numărul și procentul cazurilor cu greață, vărsăt. și eructațiuni bilioase	Frecvența grețurilor vărsăturilor și a eructațiilor la bolnavii aparținând aceluiași sex
Barbați	175 (81,8%)	57 (78%)	175/57 (32,5%)
Femei	39 (18,2%)	16 (22%)	39/16 (41,0%)
Total	214 (100%)	73 (100%)	214/73 (34,1%)

Dupa cum am putut observa, femeile cu stomac rezeecat sufera in proportie mai mare (41%) din cauza grețurilor, vărsăturilor și a eructațiunilor bilioase, decit bărbații (32,5%).

Frecvența acestor fenomene la femeii își are repercursiunea sa și în ceea ce privește rezultatele clinice tardive. Numărul femeilor cu rezultate clinice optime este abia jumătate din al bărbaților. În categoriile cu rezultate mai inferioare, în schimb numărul femeilor prevalează.

Comparația rezultatelor clinice postoperatorii ale celor doua sexe.

	Starea generală după operație				total
	foarte bună	bună	satisfăcătoare	rea	
Barbați	85 (48,6%)	49 (28,0%)	37 (21,1%)	4 (2,3%)	175 (100%)
Femei	9 (23,1%)	17 (43,6%)	10 (25,6%)	3 (7,7%)	39 (100%)
Total	94 (43,9%)	66 (30,8%)	47 (22,0%)	7 (3,3%)	214 (100%)

Trecind în revista 214 bolnavi cu rezeecție gastrică pentru boală ulceroasă la un interval de 2—5 ani după operație, am putut constata din partea pasajului gastric și al intestinului subțire o serie de semne radiologice care nu se găsesc la persoanele sănatoase și cu stomacul intact. Cu toate acestea, la 75% a acestor bolnavi fenomenele clinice patologice lipsesc și starea sănătății lor se apropie de aceea a omului sănătos și cu stomacul intact.

La 47 bolnavi scoși fără selecționare din seria celor cu rezultate clinice optime am constatat în total 103 semne radiologice patologice, deci în medie 2—3 semne la un bolnav.

La alți 47 bolnavi, constituind totalul cazurilor nesatisfăcătoare am constatat prin comparație 168 de astfel de semne, deci 3—4 semne la un bolnav.

La primul grup de bolnavi, adică la cei cu rezultatele clinice cele mai bune, cu toată prezența acestor semne radiologice, bolnavii se bucurau de o stare generală bună și nu prezentau nici simptome clinice evidente. În schimb la cei din grupul satisfăcător, care prezentau relativ puține semne radiologice aproape identice cu grupul precedent, s-au înregistrat în total 287 fenomene de suferință, adică în medie 6 semne pentru fiecare bolnav. Cauzele suferințelor acestor bolnavi trebuie cautate în alte împrejurări ale mediului intern și extern și în special în starea sistemului nervos.

Simptomele radiologice ale celor șapte bolnavi cu rezultate clinice rele nu dădă întru nimic de cele întâlnite la bolnavii din seria cu rezultate clinice optime sau satisfăcătoare, sînt însă în număr mai mare, 30 în total, deci cu o medie de 4—5 la un bolnav. În același timp acești bolnavi manifestau un număr mai mare de suferințe de origine gastro-intestinală revenind în medie 9—10 semne de suferință la un bolnav.

Frecvența fenomenelor clinice patologice la cei 47 bolnavi din seria satisfăcătoare și la cei 7 bolnavi din seria cu rezultate clinice rele.

	Numărul simptomelor clinice patologice	
	in seria satisfăcât. (-7 bolnavi)	in seria cu rezultate rele (7 bolnavi)
Starea generală rea	14	7
Slăbiciune generală	33	7
Capacitate de muncă redusă	14	7
Senzație de oboseală	12	7
Accese de slăbiciune	10	7
Piroză	11	2
Greață	39	4
Erucțaiuni bilioase	29	3
Vărsături	17	6
Senzație de balonare	17	3
Dureri epigastrice	18	6
Diaree	1	—
Intoleranță față de lapte	55	7
Intoleranță față de mai multe feluri de mâncări	17	3
Numărul total al simptomelor	287	69
Numărul total al bolnavilor	47	7
Media simptomelor la un bolnav	6,1	9,8

Comparația semnelor radiologice la bolnavii din seria cu rezultate clinice optime, satisfăcătoare și rele.

	Starea generală a bolnavilor		
	foarte bună	satisfăcât.	rea
Evacuarea tardivă a bontului	—	3	2
Evacuare precipitată	12	19	6
Dilatarea ansei de anastomoză în formă de diverticul	4	2	1
Dilatarea ansei eferente ajungind dimensiunile bontului	5	7	3
Spasm la nivelul ansei aferente	29	37	6
Umplerea de mai lungă durată a ansei aferente	6	13	4
Pasaj rapid prin intestinul subțire	11	19	3
Pasaj încetinit prin intestinul subțire	5	4	—
Gastrită	10	17	2
Enterită	15	21	2
Gastrite și enterite	—	13	—
Atonia intestinului subțire	6	13	1
Numărul total al simptomelor	103	168	30
Numărul total al bolnavilor	47	47	7
Media simptomelor la un bolnav	2,2	3,5	4,3

În urma rezecției stomacului, partea superioară a tractului gastro-intestinal devine sediul de plecare către scoarța al unor excitațiuni, modificate, al căror efect însă poate să fie echilibrat prin funcția de compensare a sistemului nervos.

Raportul ce se stabilește între aceste impulsuri noi venite și starea sistemului nervos, va fi decisivă pentru viitorul bolnavilor cu rezecție gastrică. Acuzele bolnavilor se datoresc toamă faptului, că sistemul lor nervos nu este capabil să compenseze consecințele pasajului neobișnuit, ce se stabilește în urma rezecției gastrice. Având în vedere, că pasajul gastro-jejunal al rezeceților prezintă o serie în rează de abateri de la normal, chiar în categoria bolnavilor cu rezultatele operatorii cele mai bune, trebuie să admitem ca funcția de compensare a sistemului nervos are un rol decisiv în asigurarea acestei stări optime.

Capacitatea de compensare a sistemului nervos diferă de la individ la individ și este supusă influenței continue a mediului extern și intern. Astfel reactivitatea variază în fiecare moment. Capacitatea de compensare prevalează numai până la un anumit prag în funcție de numărul și intensitatea impulsurilor. Odată depășit pragul capacității de compensare se declanșează gama întreaga a tulburărilor caracteristice sindromului stomacului operat. Datele noastre par să justifice această presupunție, intrucât în categoria bolnavilor cu rezultatele clinice cele mai bune, am găsit în medie 2,2 simptome radiologice de pasaj patologic, fără ca acestea să aibe vreo repercursiune asupra stării generale. În categoria bolnavilor cu rezultate clinice mediocre, media semnelor patologice de pasaj era de 3,5 la un bolnav, iar în categoria cu rezultate clinice rele am observat o medie de 4,3 de astfel de semne. Ar fi important să urmărim și influența stării sistemului nervos asupra mecanismului de pasaj al celor cu rezecție gastrică. Până acum nu am făcut astfel de cercetări.

Este fără îndoială, că în cazurile în care indicația operatorie a fost întemeiată, starea de după intervenție a bolnavului este preferabilă celeia dinaintea actului operator. Inșă comparând starea bolnavului cu stomac rezeecat cu aceea dinaintea bolii ulceroase, trebuie să o considerăm patologică. Starea dinaintea operației pare preferabilă dacă luăm pentru comparație situația din cazurile de boală ulceroasă asimptomatică sau oligosimptomatică.

Putem da ca exemplu cazul pacientului nostru L. K. în vîrsta de 55 ani, al cărui ulcer a debutat asimptomatic, fără ca să aiba cunoștința de el. Rezecția s-a făcut în urma unei hemoragii gastrice acute. În decursul celor 2 ani de la intervenție bolnavul a slăbit 20 de kg. în greutate. Prezintă intoleranța față de lapte și mai multe alimente. Alimentarea îi este împiedicată de către senzația de greață. Examenul radiologic arată semne evidente de gastrită, un spasm al ansei eferente și în consecință o stagnare a substanței de contrast în bont, ducînd la o dilatare excesivă a acestuia. Evacuarea se face în decurs de 20 de minute, iar substanța de contrast este reținută din nou de o contracție care s-a produs pe o porțiune mai distală a ansei eferente. Bariul stagnează îndelungat în ansa eferentă, care prin dilatarea ei întrece chiar și dimensiunile bontului dilatat.

S-ar putea crede, că în astfel de cazuri tabloul clinic ar fi explicat pe baza tulburărilor de pasaj observate prin examenul radiologic. Inșă în seria cazurilor noastre, stagnarea în bont a bariului chiar pe timp de 2½ ore, dilatarea ansei aferente peste dimensiunile bontului gastric cu staza prelungită la acest nivel, semnele evidente de gastrită și enterită, producție de gaze în intestinul subțire, etc., nu au avut nici o repercursiune asupra stării generale care se menținea foarte bună. În consecință, cauza acestor diferențe trebuie căutată nu atît în pasajul gastro-intestinal, ci mai mult în alte condițiuni și în special în starea sistemului nervos. Ar fi important și foarte util, dacă din starea dinaintea operației, am putea trage concluzii asupra viitorului bolnavului, după intervenție. Baumgartner e de părere, că tulburările postoperatorii survin mai ales în acele cazuri în care funcția de reglare a pilorului este bună și s-a păstrat în decursul bolii. Acesta este cazul ulcerelor recente. În cazul ulcerelor cronice cu localizări antrale, pilorice sau bulbare, funcția de reglare a pilorului de cele mai multe ori este de mult timp compromisă. În astfel de cazuri ansele jejunale subiacente funcționează independent de pilor și extirparea acestuia prin rezecție nu va avea consecințe deosebite asupra pasajului. Prin urmare situația de după intervenție este similară celeia dinaintea rezecției. Iată o explicare a acelor constatari clinice bine cunoscute, că rezultatele postoperatorii sînt mai favorabile în cazurile cu evoluție clinică lungă și de ulcere caloase, fapt constatat și de noi. Cazurile noastre confirmă părerea,

ca rezultatele postoperatorii la femei sînt mai nefavorabile, fapt ce trebuie luat în considerare înainte de a indica intervenția. Determinarea tipului de sistem nervos al bolnavilor desigur ar însemna un mare progres. Aceste determinări ar putea să ne aducă dovezi și în ceea ce privește părerea noastră, că tulburările postoperatorii survin mai ales la bolnavii, care în urma dereglării funcțiilor de compensare ale sistemului nervos (provocate de factorii mediului sau din cauza bolii) nu sînt în stare să suporte nici evoluția obișnuită a boalei ulceroase, nici consecințele rezecției gastrice.

Recapitulare. În urma rezecției stomacului, partea superioară a tractului gastro-intestinal devine sediul de plecare al unor excitațiuni cu caracter nou, al căror efect însă poate să fie echilibrat prin funcția de compensare a sistemului nervos. Raportul ce se stabilește între aceste impulsuri nou venite și neobișnuite și starea sistemului nervos, va fi decisiv pentru viitorul bolnavilor cu rezecție gastrică. Capacitatea de compensare a sistemului nervos diferă de la individ la individ și este supusă influenței continui a mediului extern și intern. Capacitatea de compensare prevalează numai pînă la un anumit prag, în funcție de numărul și intensitatea impulsurilor. Odată acest prag depășit, se declanșează întreaga gamă a tulburărilor caracteristice sindromului stomacului operat.
