

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL STENOZEI MITRALE

Acad. N. Hortolomei, V. Marinescu, T. Ghijescu, D. Setlacec
(Chirurgia Nr. 2 din 1955, pag. 37.)

Autorii studiază problemele tratamentului chirurgical al stenozei mitrale în lumina celor 24 de cazuri.

În ultimii 15 ani chirurgia a abordat un nou cimp de acțiune și anume pe acela al bolilor congenitale și dobândite ale inimii. Procedeele moderne aplicate în anestezii, reanimarea, tehnica chirurgicală experimentală au fost acei factori care au contribuit la progresul chirurgiei cordului.

Tratamentul chirurgical al bolilor cardiace constituie o problema de mare importanță, deoarece frecvența lor le încadrează între bolile sociale.

Dintre bolile cardiace dobândite, stenoza mitrală ocupă, ca frecvență, unul din primele locuri. Insuccesul terapiei medicale a făcut ca tratamentul chirurgical actual al acestei boli să fie primit cu entuziasm de bolnavi, cardiologi și chirurghi.

Din punct de vedere histopatologic cicatrizarea valvelor poate interesa părțile periferice, toată valva sau întregul sistem valvular. Tratamentul medical al afecțiunii nu este unul causal, tînde doar spre ameliorarea simptomelor. Tratamentul chirurgical este un tratament causal, se adresează factorului principal al tulburărilor, stricturii orificiului mitral, pe care urmărirea să l îndepărteze.

Indicațiile chirurgicale se stabilesc prin studiul clinic amănunțit al bolnavului. Pe baza acestuia bolnavii suferinzi de aceasta maladie pot fi clasificați în 4 grupe clinice:

I. fără limitarea activității,

II. cu limitarea activității exterioare,

III. cu limitarea activității interioare, casnice,

IV. cu invaliditate.

Pentru intervenție se selectează de preferință bolnavii din grupele a II a și a III a.

Intervenția chirurgicală este contraindicată în cazul bolnavilor cu insuficiență mitrală, a bolnavilor cu alte leziuni valvu-

lare, a bolnavilor cu inima mare, dilatăată, a celor cu calcifieri valvulare mari, a celor la care procesul reumatismal nu este stins, a bolnavilor cu scleroză pulmonară avansată sau tbc, și în cazul bolnavilor cu leziuni renale.

De cele mai multe ori diagnosticul și indicația chirurgicală se pot fixa prin examenul clinic. Pe lângă acestea cercetările de laborator (röntgen, electrocardiograma, fonocardiograma, cateterismul cardiac) au o mare importanță în punerea diagnosticului și stabilirea indicației operatorii.

Pregătirea preoperatorie în cazurile autorilor a durat între 16 și 62 de zile și a constat în administrarea unor cardiotonice și sedative, precum și în asanarea focarelor de infecție.

Bolnavii sînt pregătiți printr-o preanestezie corectă, care durează cîteva zile înainte de operație (luminal, bromură). Este indicată anestezia în circuit închis prin intubație traheală și oxigenare intensă. Desfășurarea operației: Se intervine prin toracotomie, prin spațiul IV. intercostal, se deschide pericardul pe o linie verticală, se deschide urechiușa atît cît este necesar să pătrundă indexul operatorului apoi se execută treptat comisurotomia. Ruperea nu se face printr-o singură manevră ci în timpi succesivi. În cavitatea pericardică, toracică și în plagă se lasă pulbere de antibiotice. Desigur între timp se pot ivi și alte diferite variații tehnice.

Între accidentele intraoperatorii trebuie să amintim hipotensiunea progresivă, ruptura ventricolului stîng, embolia, ischemia inimii și tulburările ritmului.

Reanimarea constă în înlocuirea masei sanguine pierdute. În cursul comisurotomiei în cazurile fără complicații se pierde cca 100 cm³ de sînge, iar în cazurile dificile 1 300 cm³. După operație bolnavii sînt

- menținuți 24—48 ore sub oxigenoterapie, li se administrează antibiotice și sint mobilizați la 48 de ore.

Complicații postoperatorii pot fi: embolia cerebrală, tromboza arterei pulmonare, complicațiile respiratorii, hemotoraxul. În cazurile autorilor dintre 10 bolnavi la care au apărut complicații au decedat numai doi.

În general, se constată o ameliorare clinică rapidă în contrast cu o ameliorare hemodinamică lentă. De aceea rezulta-

tul definitiv nu poate fi interpretat decit după 5—6 luni de la operație.

Conform datelor statistice în 60% a cazurilor se pot obține rezultate bune și foarte bune.

Rezultatele obținute de autori sint următoarele:

4 rezultate excelente	16,7%
12 rezultate bune	50,0%
2 rezultate mediocre	8,3%
2 rezultate nule	8,3%
4 decese	16,7%

Dr. SZOMBATHELYI LASZLO

