

TUMORILE STOMACULUI

Tumorile benigne

- rare (4-8% din TG), unice/multiple, sesile/pedicate

Clasificare: (OMS 1977)

1) epiteliale – polipii adenomatosi si hiperplazici

2) mezenchimale

- musculatură netedă – leiomiom

- alte tumori – lipom, fibrom, neurinom, etc.

3) leziuni pseudotumorale (T - LIKE)

- polip hiperplazic inflamator

- hamartoamele (Peutz-Jegher)

- heterotipii – pancreas, gl. Brunner

- boala Menetrier

4) tumori carcinoide – benigne → posibil malignizare, META

Tumorile benigne

Clinic:

- ▶ vârstă mijlocie
- ▶ sindrom pseudoulceros
- ▶ tulburări dispeptice
- ▶ HDS – hematemeza, melena,
- ▶ Hemoragii oculte - anemii severe

Forme clinice:

- forme asimptomatice
- forme simptomatice

Tumorile benigne

Diagnostic:

- rar – clinic: inspectie, palpare, percutie
- obișnuit – faza complicațiilor
 - hemoragice
 - ocluzive
 - degenerative
- chimismul gastric
- radiologic – caracteristic de tumoră benignă (70-80% din cazuri)
- endoscopie – biopsie – dg. anatomo-patologic
- de certitudine – examen histopatologic al piesei operatorii

Tumorile stomacului

Tratament – chirurgical

Indicații:

- imposibilitatea endoscopiei
- polip pediculat sesil – peste 2 cm
- durere, hemoragie, ocluzie
- neoplasm malign invaziv

Conduită:

- extirparea tumorii – examen histopatologic extemporaneu
- polipoză gastrică difuză – gastrectomie totală

Monitorizare:

- polipi hiperplazici cu gastrită atrofică
– monitorizare endoscopică anuală

Cancerul gastric

Generalități

- ▶ a doua cauză de mortalitate la bărbați, după cancerul bronho-pulmonar
- ▶ a patra cauză de mortalitate la femei
- ▶ în ultimele decenii – reducerea semnificativă a incidenței și mortalității prin cancer gastric
- ▶ totuși → cauză majoră de morbiditate și mortalitate

Epidemiologie

Variații geografice

- incidență 7,5 ‰ SUA (albi) - 95,5 ‰ Japonia
- zone cu înalt risc – China, America de Sud și Centrală, Japonia
- emigranții de aici – mențin incidența crescută
- incidența diferită în funcție de sex : SUA – 10,4 / 4,4 ‰ - B/F
- Europa- mari variații: Portugalia 31,9/14,6 ‰, Austria 21,6/11,3 ‰, Italia 20,7/9,4 ‰
- UE mortalitatea prin CG - locul IV (Europa de Nord 19,9/10,4 ‰)
- în România 28 ‰ bărbați – cea mai ridicată valoare din Europa Centrală și de Est

Epidemiologie

- ▶ scăderea incidenței CG în lume
- ▶ în statele civilizate cresc tumorile cardiale
- ▶ în SUA a crescut de 4 ori cancerul cardial
 - esofagul Barrett – pre-neoplazie
 - scăderea fibrelor vegetale în alimentație
- ▶ incidența CG crește odată cu vârsta 50-70 ani
- ▶ prevalență : B/F = 2/1
- ▶ cancerul cardiei e de 6 ori mai frecvent la bărbații albi
- ▶ diferențe etnice în aceleași zone
- ▶ statutul socioeconomic:
 - cancerul cardial – nivel înalt
 - cancerul distal – nivel scăzut

Etiopatogenie

Cauza primara – in parte necunoscuta

Factori de risc

A) **Ereditatea** –

exista dovezi in literatura privind agregarea familiala(Familia lui Napoleon)

- mai frecvent la gemenii monozigoti
- la barbatii cu grupa sanguina AII

B) **Factorii de mediu**

– alimentele conservate prin afumare (hidrocarburi aromatate policiclice)

- alimentele si apa bogate in nitrati si nitriti
- microelemente: Cobalt, nichel, zinc, fier
- fumatul si alcoolul

Rol protector – laptele,

- vegetalele proaspete, citricele,
- alimente conservate prin refrigerare
- magneziul are rol protector

C) **Nivelul socioeconomic si educational scazut**

D) **Afectiuni preneoplazice:**

- Gastrita cronica atrofica + anemie pernicioasa
- Ulcerul gastric (8-24%)
- Polipii gastrici – hiperplastici si adenomatosi
- Metaplazia intestinala in special cea de tip III (colonic)
- Displazia mucoasei gastrice – in special forma severa
- Bontul gastric
- Boala Menetrier
- Sindromul Zollinger-Ellison

E) **Infectia cu Helicobacter Pylori**

Etioopatogenie

Chirurgia gastrică

- ▶ Risc crescut după 15 – 20 ani (1992) 1,5 la 3
 - după rezecția pentru U.G.
 - mai puțin după vagotomie sau R.U.D.
- ▶ Explicații: patternul gastritei asociată
 - U.D. – gastrita antrală
 - U.G. – gastrita difuză – corporealo – fundică
 - după Bilioth II mai frecvent

Factorii incriminanți

refluxul duodeno-gastric → alcalinizează bontul gastric → proliferări bacteriene, creșterea nitrozității locale

Risc

Creșterea pH peste 4

Flora microbiană

Acizi biliari neconjugați

Anatomie patologica

Cancerul gastric incipient(early cancer) – cancerul care nu a depășit musculara mucoasei

Invasia neoplazică dincolo de acest strat → **cancer avansat**

Se poate însoți de invazia ggl. în procente de 10- 20 %

1. Macroscopic – formele avansate pot fi –

- a) vegetante,
- b) ulcerovegetante,
- c) ulcerate (ulcer malign),
- d) difuz infiltrative

2. Microscopic – Lauren clasifica cancerul gastric in :

- A) tipul intestinal,
- B) tipul difuz infiltrativ,
- C) tipul intermediar.

Cancerul gastric superficial

Early gastric cancer

tip I - protruziv

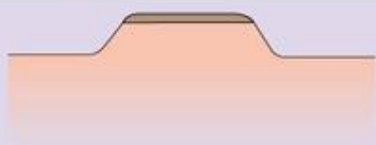
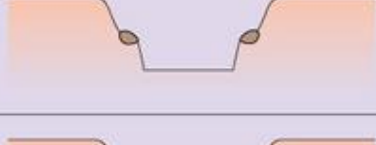
tip II - plat (tip II)

IIa - supradenivelat ("ridicat")

IIb - plat

IIc - denivelat

tip III - ulcerat (tip III)

CLASSIFICATION OF EARLY GASTRIC CANCER	
I Protruded*	
II Superficial IIa Superficial elevated*	
IIb Superficial flat	
IIc Superficial depressed*	
III Ulcerated	
Combined III + IIc	
Combined IIc + III	
* Limited surgery is possible	

Forme avansate de cancer gastric

Clasificarea BORMANN

- tipul I

- polipoid
- endoluminal
- bine delimitat, neulcerat
- mucoasa atrofică

- tipul II

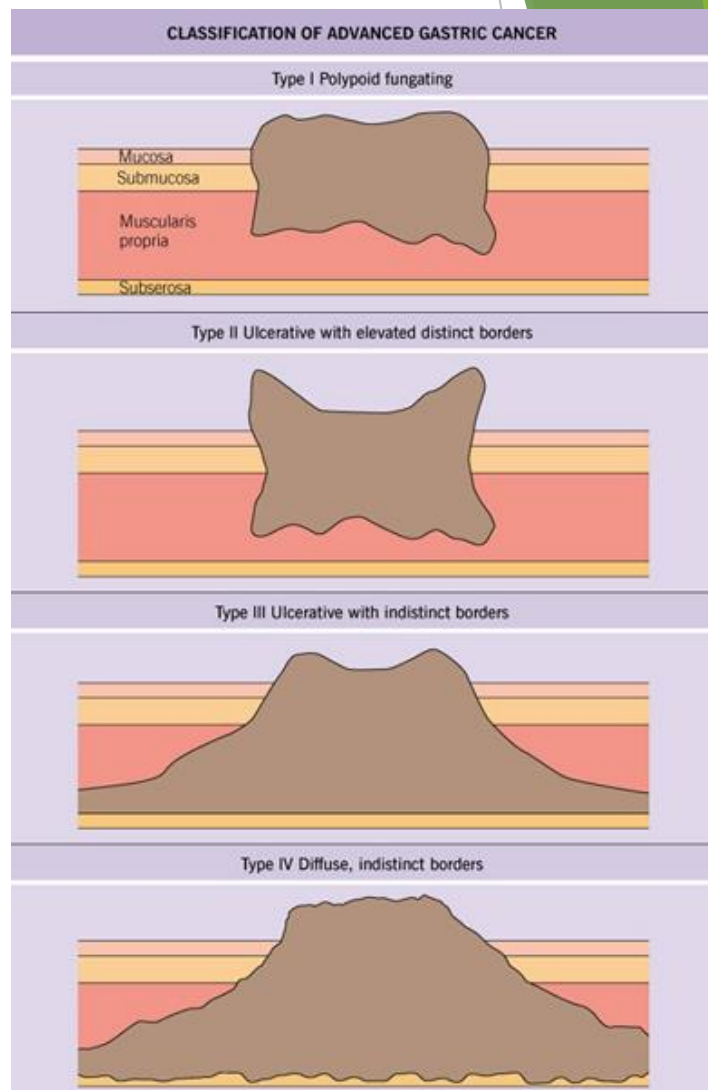
- formă ulcerativă
- tumoră bine delimitată
- mucoasă palidă

- tipul III

- formă mixtă ulcero-infiltrativă
- tumoră cu ulceratie imprecis delimitată
- mucoasă infiltrativă

- tipul IV

- formă difuz infiltrativă (ulcerată sau neulcerată)





Clasificarea anatomopatologica a cancerului gastric

CLASIFICAREA LAUREN – 1965 (cea mai importantă)

- ▶ Două tipuri majore de adenocarcinom G
 - **tipul intestinal**
 - caracterizat prin diferențiere glandulară (stomacul distal ulcerează precedat de lungă fază preneoplazică)
 - **tipul difuz**
 - celule tumorale izolate sau în grupuri mici
 - mucus intracelular → inel cu pecete

CLASIFICAREA OMS – complexă, variată

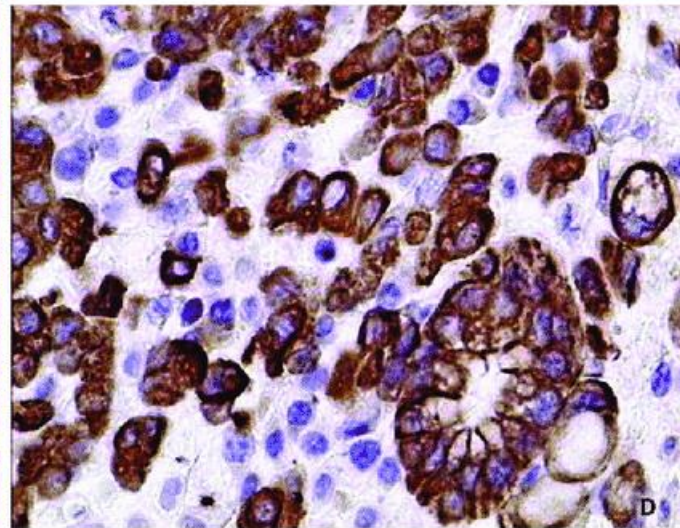
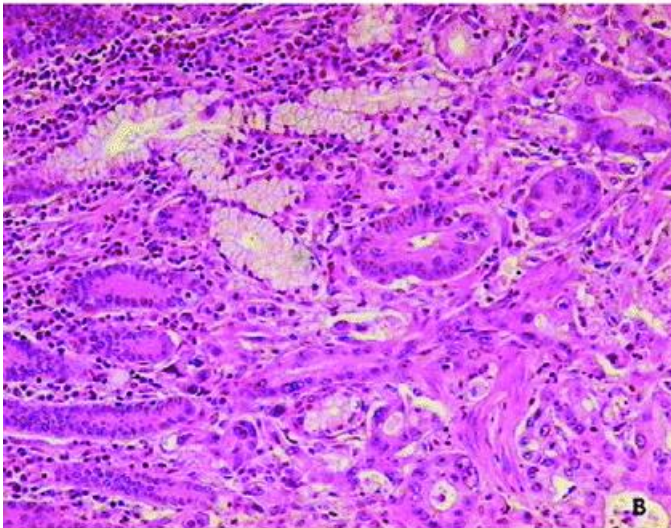
- adenocarcinoame
 - tubular
 - papilar
 - coloid (mucipar)
 - altele

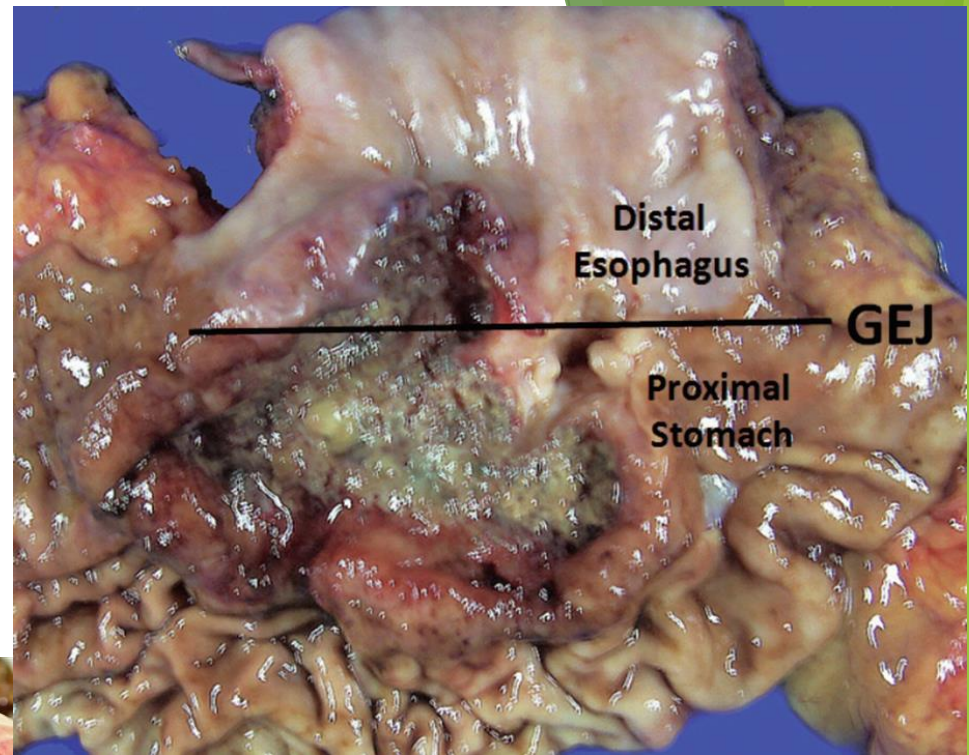
Forme particulare

LINITA PLASTICĂ

- formă tipică a cancerului infiltrativ
- adenocarcinom cu celule în ”inel cu pecete”
- invadează toate straturile peretelui gastric
- stromă bogată în țesut fibros
- prognostic nefavorabil







Extensie - diseminare

MODALITĂȚI DE EXTENSIE

- din aproape în aproape - perete gastric
- ulterior structuri învecinate

După dezvoltare 2 tipuri patobiologice de cancer precoce:

- superficial nonagresiv - tardiv invazie ganglionara, meta
- profund agresiv - rapid invazie ggl, meta

DISEMINARE

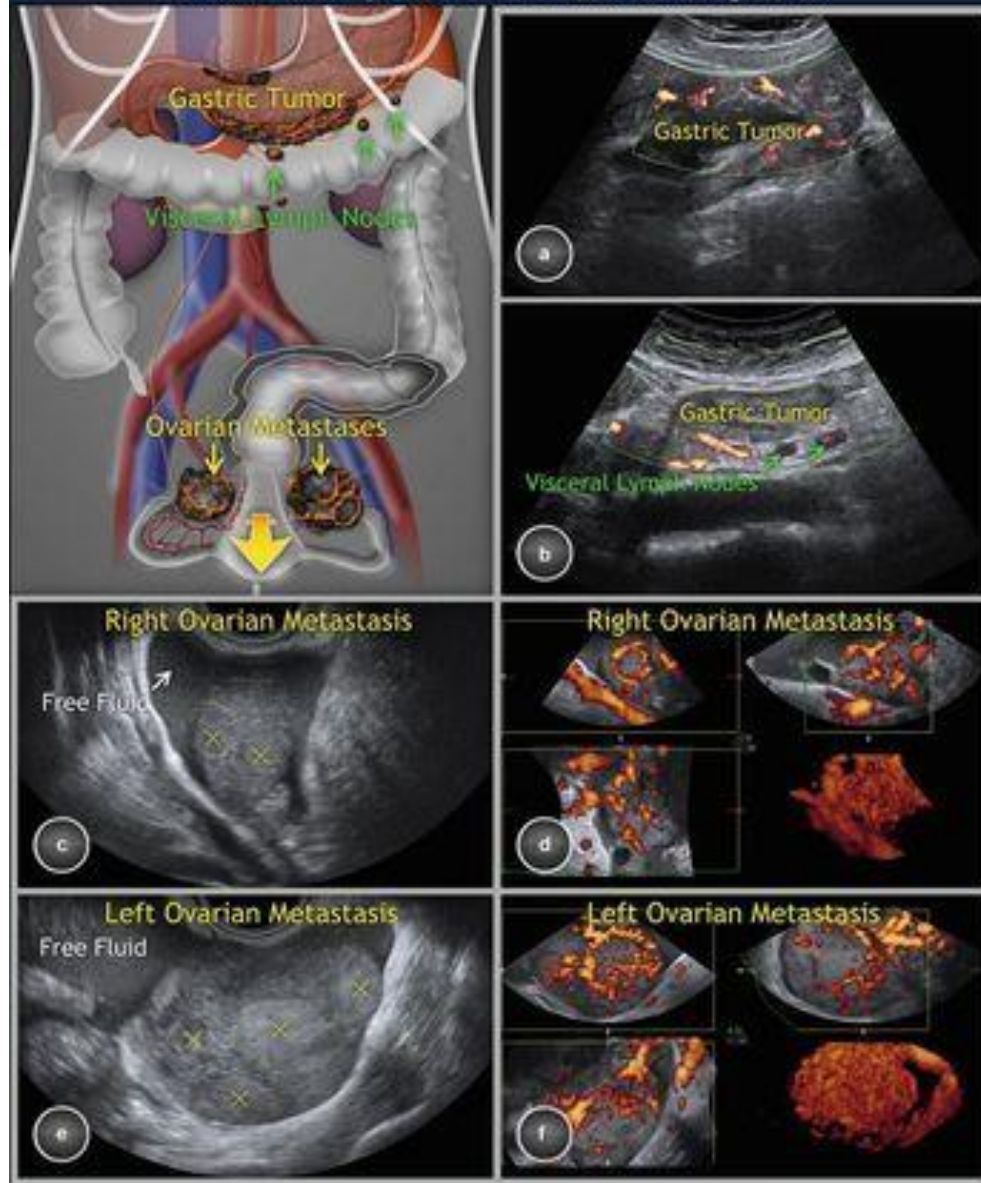
- propagare directă
- transcelomică (t.Krukenberg, t. Blumer)
- limfatică - GG
 - perigastrici
 - vase
 - retroperitoneu
 - Virchow
- hematogenă - v. portă, multiplă, tardivă
- implantare intralumenală
- transplantare chirurgicală: puncții, dren, incizii



IMUNOHISTOCHEMIA

- pentru diferențierea metastazelor CG de alte adenocarcinoame

Distant Tumor Spread from Gastric Krukenberg Tumor



Tablou clinic

CG incipient

- latență
- polimorfism
- nespecificitate

Istorie naturală

- lungă
- perioadă
 - latență absolută
 - latență relativă

Manifestări clinice

- numeroase
- adesea izolate
- analiză atentă → diagnostic precoce

Tablou clinic

DEBUT

- insidios, lent, fără episod declanșator
- simptome digestive - sindrom dispeptic discret

PERIOADA DE STARE:

- anorexie;
- dureri epigastrice;
- vărsături;
- disfagie;
- tulburări intestinale (constipație/diaree);
- hematemeză, melenă - 20%;
- diminuarea fumatului.

Tablou clinic

SIMPTOME GENERALE

- atrag atenția
- sindrom anemic sau subfebrilități
- scădere ponderală
- astenie fizică

EXAMEN OBIECTIV

- **incipient** = normal
 - sensibilitate nespecifică epigastrică
- **avansat**
 - tumoră epigastrică
 - facies palid, denutriția
 - metastaze, ascită
 - hepatomegalie
 - adenopatie supraclaviculară stângă
 - *semn Vierchoff-Troisier*
 - T. Kruckenberg
 - semnul Blumer (fundul de sac Douglas)
 - infiltrare ombilicală (nodulii Sister Mary - Joseph)

Ganglionul supraclavicular stang - Virchow-Troisier



Mary Joseph nodule



Tablou clinic

MANIFESTĂRI PARANEOPLAZICE (20%)

- ▶ Tromboflebita migratorie (S. Trousseau)
- ▶ Sindromul secreției inadecvate ADH - edeme, tulburări neuro-psihice, oligurie (S. Schwartz-Bartter)
- ▶ Glomerulonefrita prin complexe imune
- ▶ Acantozis nigrans
- ▶ Diabet insipid
- ▶ Dermatomiozită



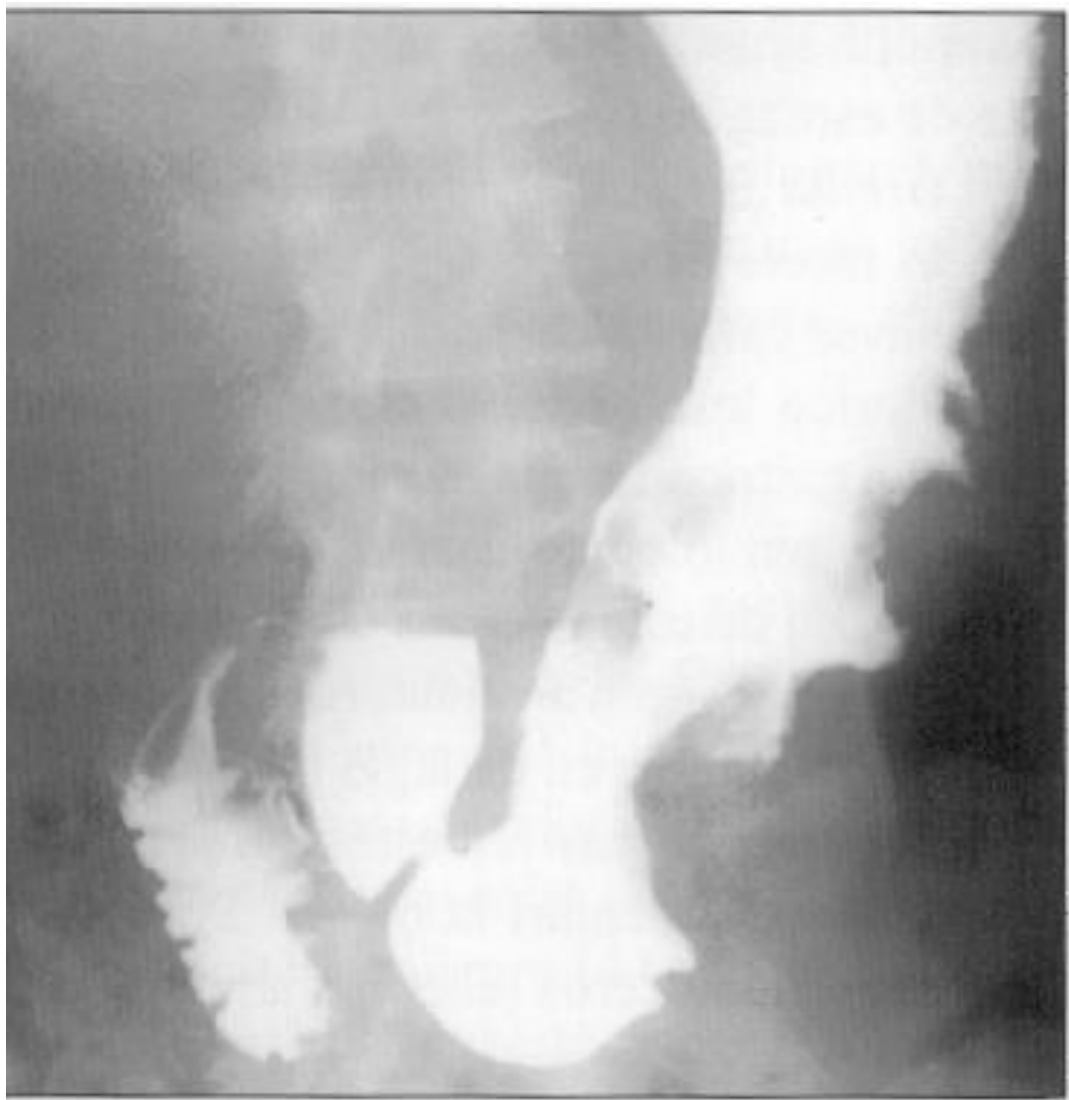
Explorări paraclinice

Biologic:

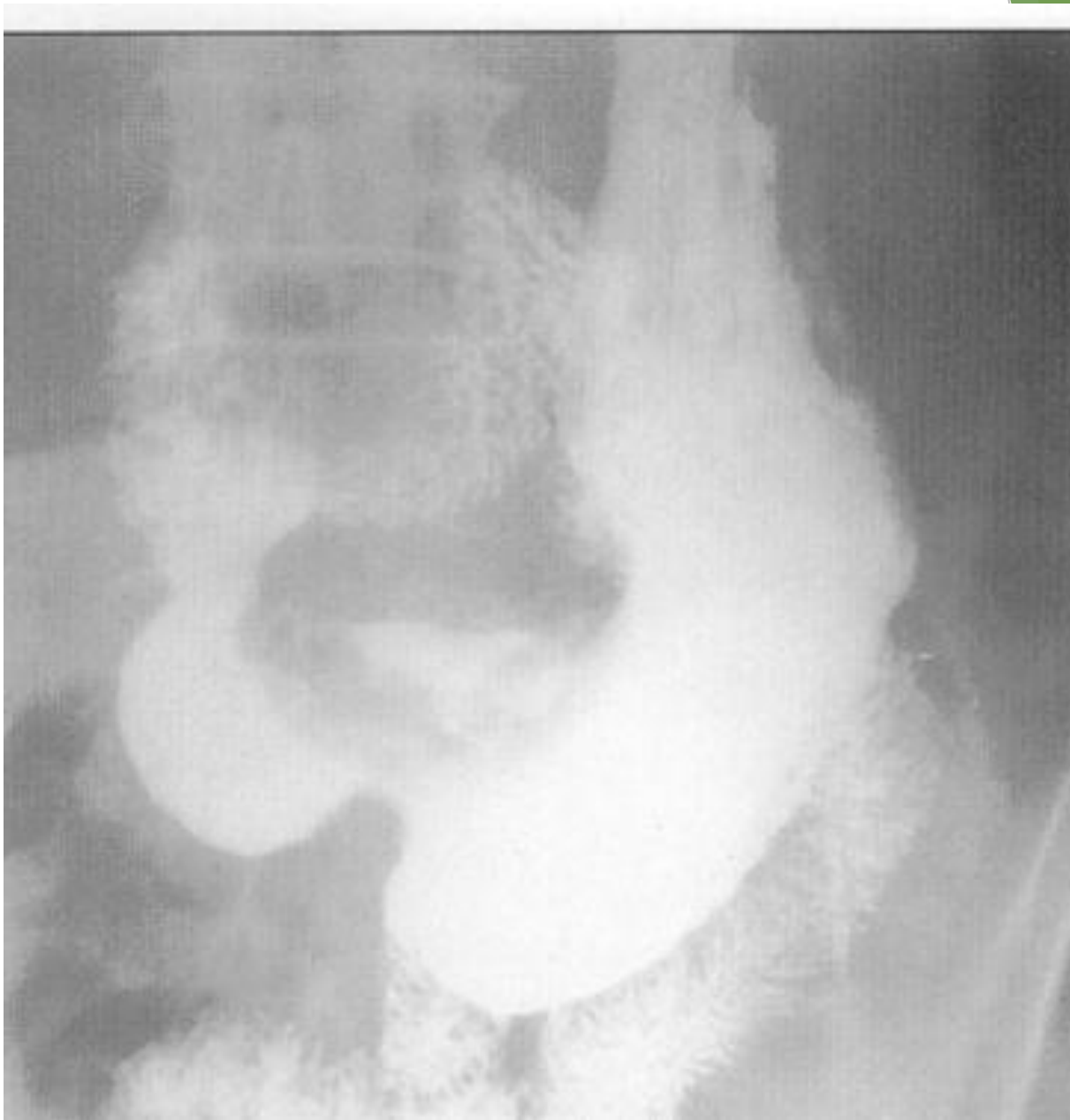
- stadiul inițial = normale
- stadii avansate
 - anemie hipocromă, microcitară
 - sideremie scăzută
 - anemie macrocitară - rar
 - teste inflamatorii

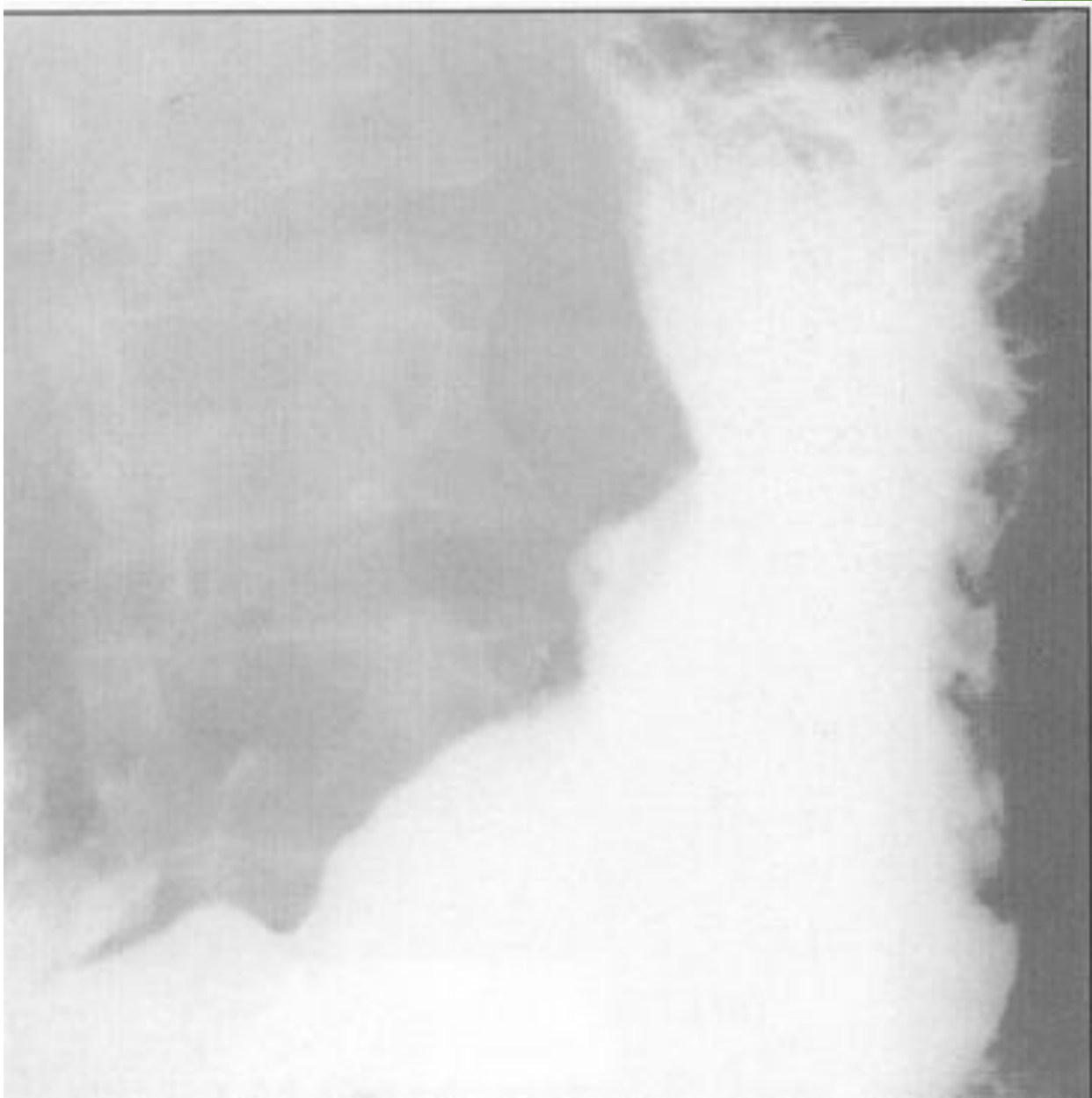
Radiologic:

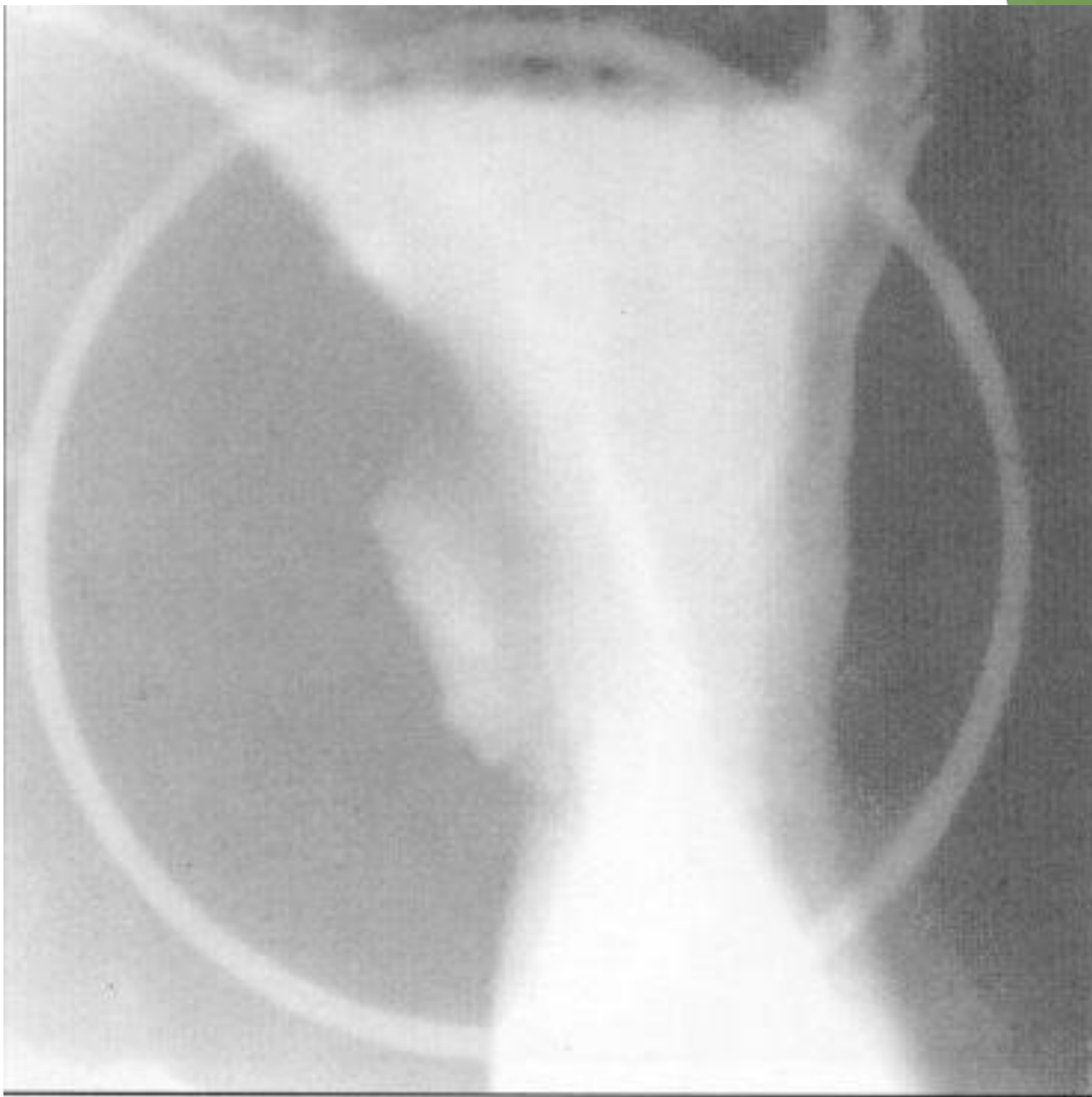
- tehnici variate
- leziuni peste 0,5 cm
- modificări de relief, peristaltism
- tumori vegetante - lacună malignă
- tumori ulcero-vegetante - nișă în lacună
- tumori ulcerate - nișă malignă
- nișă în formă de menisc
- nișă triunghiulară - bază largă de implantare
- tumori infiltrative - rigiditate → “plută pe valuri”













Explorări paraclinice

Endoscopia digestivă superioară

- explorarea de bază
 - diagnostic precoce
 - diagnostic tardiv (avansat)

Dg. precoce - clasificarea Murakami

Forme avansate - clasificare Borrmann

Cromoendoscopia

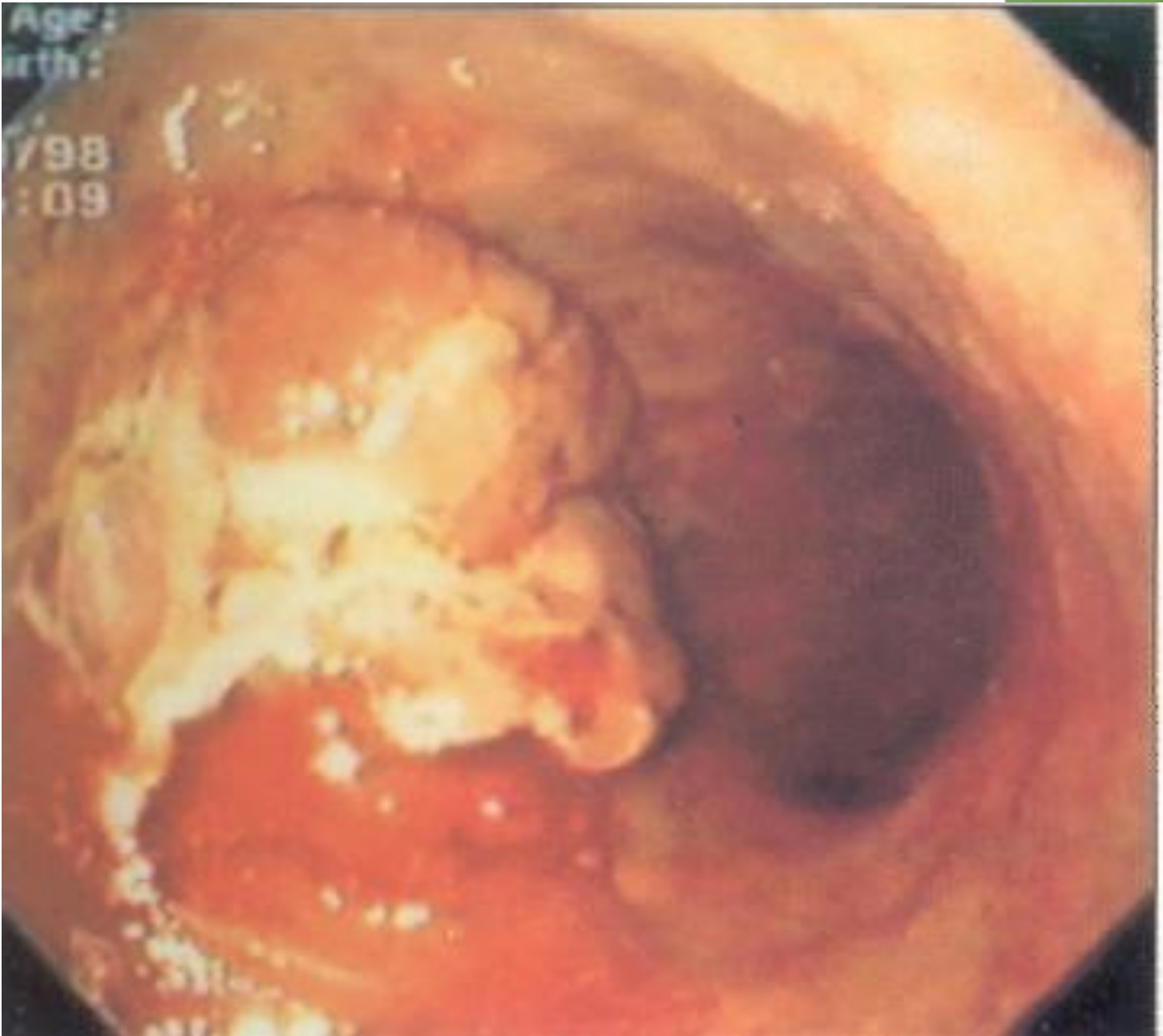
Ecoendoscopia

- stadializare preterapeutică
- conduită terapeutică
- monitorizarea pacienților









Explorari paraclinice

MARKERII ONCOGENI

- ▶ Nu în diagnosticul precoce
- ▶ Lipsa de sensibilitate, specificitate
- ▶ Forme avansate
 - antigenul CE
 - alfa proteina
 - CA 19-9

BILANȚUL EXTENSIEI TUMORALE

- radiografia toracică - meta PL-P, osoase
- ecografia abdominală
- CT abdominală
 - extensie organe vecine
 - meta cerebrale

STADIALIZARE ȘI PROGNOSTIC

- sistemul TNM

Complicatii

- hemoragia - hematemeză, melenă (10%)
- hemoragii oculte - anemia
- stenoze orificiale
- perforația tumorală
- invazia în țesuturi și organe vecine
 - fistula gastro-colică
- manifestări
- paraneoplazice
- metastatice

Diagnostic

- pozitiv
- diferențial
 - ulcerul gastric benign
 - limfom gastric
 - tumori submucoase
 - tumori benigne
 - gastropatii specifice
 - precoce
 - populația asimptomatică - screening
 - populația simptomatică

PROGNOSTIC

- vârstă
- localizare
- histologie
- imunohistochimie

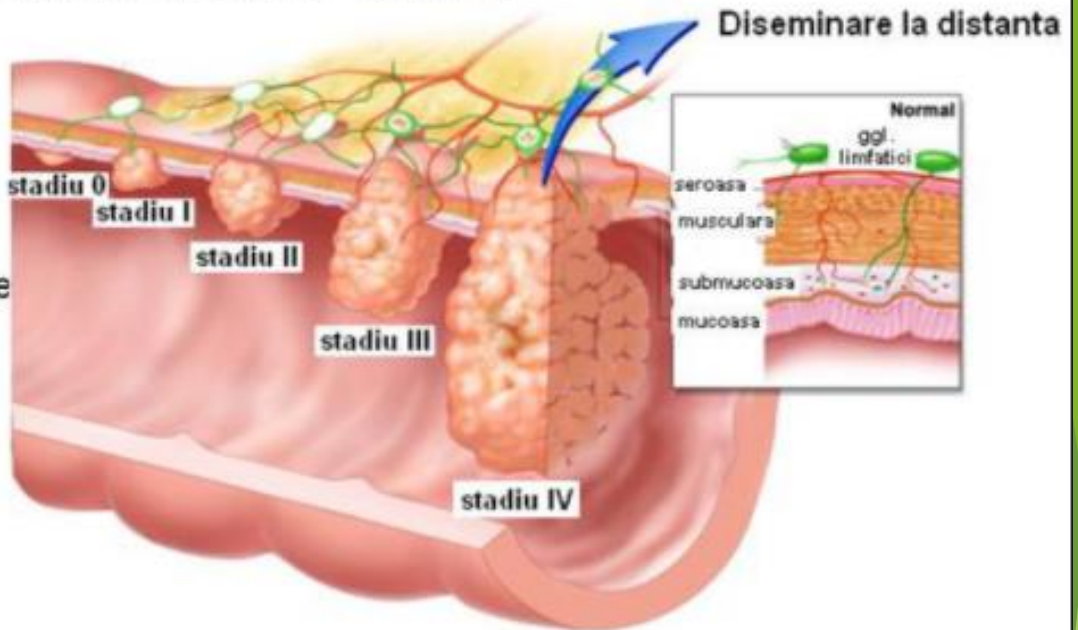
RATA SUPRAVIEȚUIRII

Stadializare

T1: în submucoasă
T2: în musculara proprie
T3: în subseroasă
T4: în țesuturile/organele învecinate

N1: 1 - 3 limfonoduli invadați
N2: > 4 limfonoduli invadați

M1: diseminare la distanță



Stadiul I
 T1, N0, M0
 T2, N0, M0

Stadiul IIA
 T3, N0, M0
Stadiul IIB
 T4, N0, M0

Stadiul IIIA
 T1, N1, M0
 T2, N1, M0
Stadiul IIIB
 T3, N1, M0
 T4, N1, M0
Stadiul IIIC
 Orice T, N2, M0

Stadiul IV
 Orice T, Orice N, M1

SUPRAVIEȚUIREA LA 5 ANI

- stadiul 0 - peste 90%
- stadiul I - 50-85%
- stadiul II - 20%
- stadiul III - 15%
- stadiul IV - sub 5%

Tratamentul cancerului gastric

Tratament complex - chirurgical cu viza radicală sau viza paleativă

- chimioterapie
- terapie biologică
- radioterapie pre/intra/postoperatorie
- imunoterapie

Tratamentul chirurgical

I) **Cancerul gastric incipient** (Early Gastric Cancer)

Interventia de electie - **Gastrectomie Subtotala** cu Limfadenectomie

D1 - supravietuire la 5 ani peste 95%

Autorii japonezi - în cazul tumorilor cu diametrul sub 3 cm bine
diferentiate și limitate la nivelul mucoasei sau invazia minimă a
submucoasei → **Rezectie endoscopica a leziunii**

În aceste cazuri rata de invazie a ggl este extrem de redusă

Tratamentul cancerului gastric

II) Cancerul gastric avansat (invazia tunicii musculare)

- 3 probleme:

- a) Cat de extinsă trebuie să fie rezecția gastrică?
- b) Care este extensia limfadenectomiei?
- c) Asocierea în blocul de exereză a unor structuri sau organe de vecinătate?

Tratamentul cancerului gastric

a) Întinderea rezecției gastrice

Două tipuri de intervenție cu intenție de radicalitate

- Gastrectomia subtotală
- Gastrectomie totală

În cancerele de pol inferior -

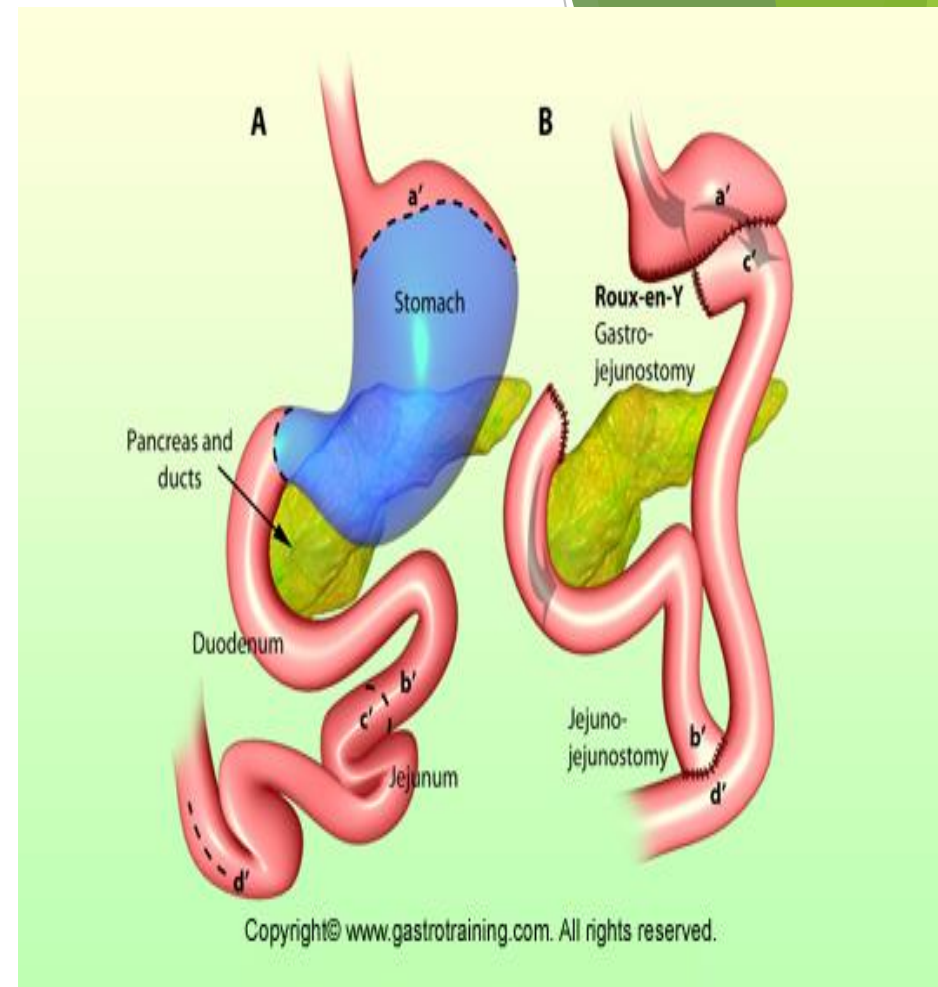
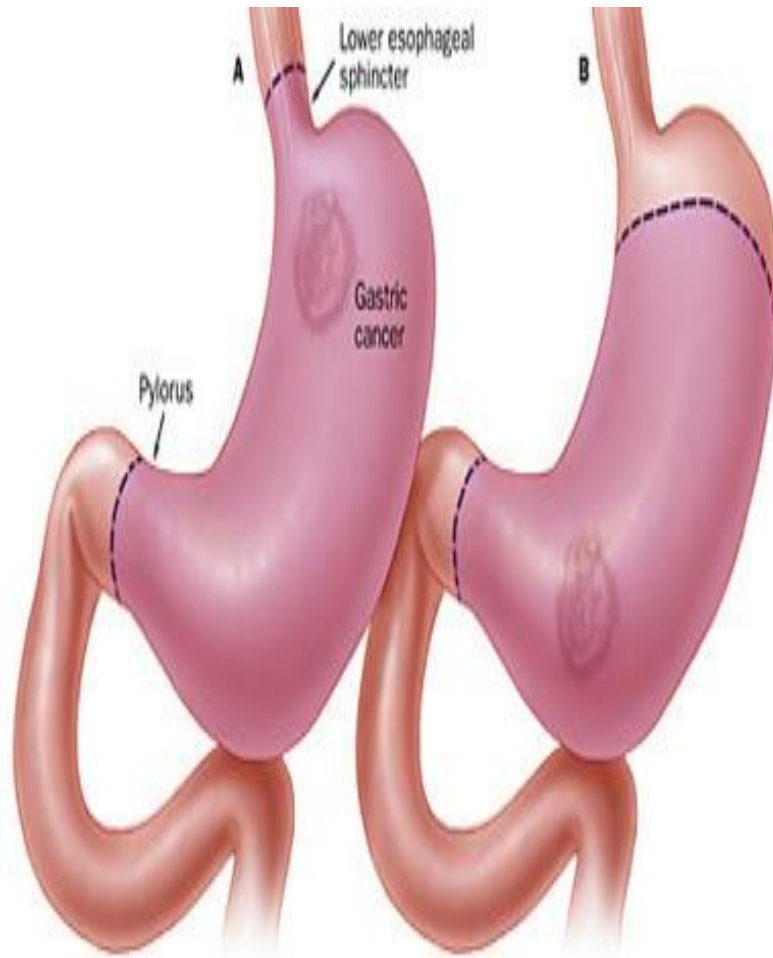
GASTRECTOMIA SUBTOTALĂ

după aprecierea extensiei proximale a procesului neoplazic -
ecoendoscopie, echo
intraoperatorie,
-cupe histologice

Gastrectomia totală nu aduce nici un beneficiu d.p.v. oncologic

Indicațiile Gastrectomiei totale:

- în tumorile de corp gastric cu polul superior la minim 6-8 cm de cardia
- în tumorile marii curburii -
Limfadenectomie în gg hilului splenic și a. splenică
- în cancerele apărute pe fondul unor leziuni gastrice cu potențial de degenerare malignă:
 - Displazia de grad înalt,
 - Metaplazia intestinală tip III,
 - Gastrita cronică atrofică,
 - Polipoza gastrică difuză.



Tratamentul cancerului gastric

Refacerea continuității digestive după intervențiile pentru tumori de pol inferior gastric:

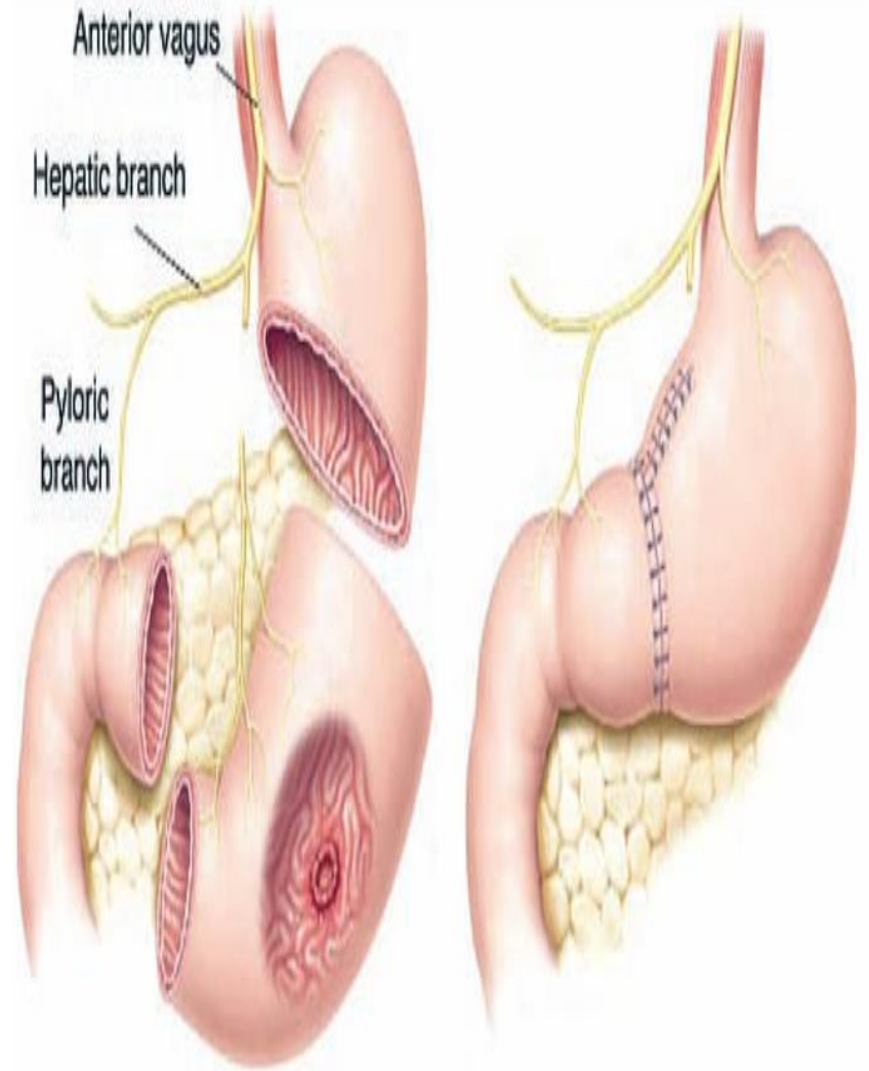
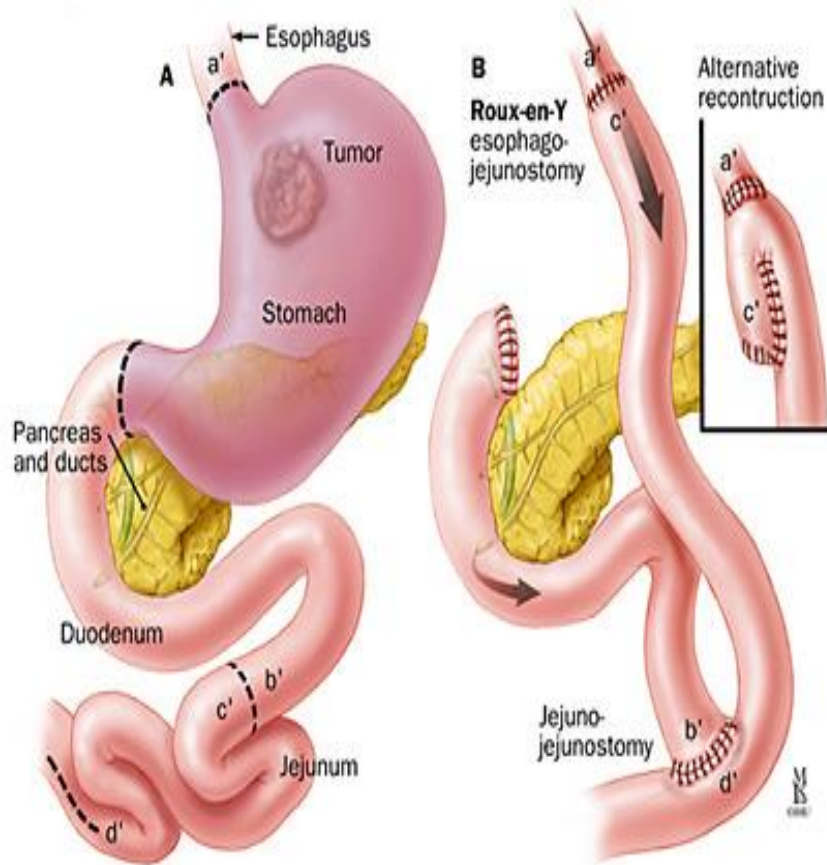
- **Gastroduodenoanastomoză** (când este posibilă)
- **Gastrojejunoanastomoză pe ansă montată în Y** sau omega

După gastrectomia totală refacerea continuității digestive -
Esojejunoanastomoză pe ansă în Y sau omega

În cancerele de pol superior gastric intervenția cu viza radicală oncologică - **Esogastrectomia totala cu Esojejunoanastomoza pe ansă în Y .**

Caracterul limfofil al adenocarcinomului gastric cu interesarea frecventă a gg juxtapilorici.

Tratamentul cancerului gastric



Tratamentul cancerului gastric

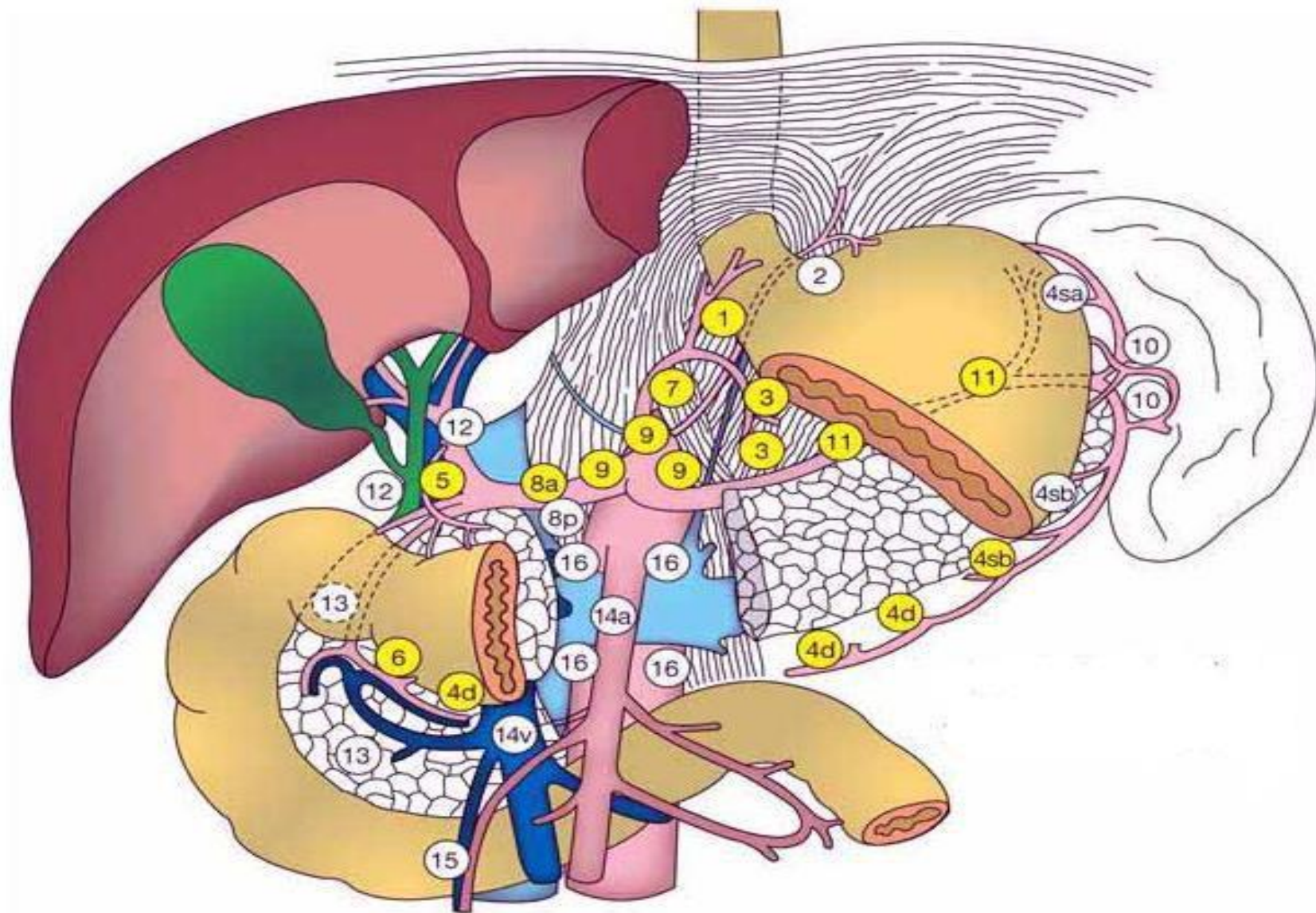
b) Extensia limfadenectomiei:

În intervențiile cu viza radicală oncologică Limfadenectomie D2 – îndepărtarea stațiilor gg I și II

În statisticile autorilor japonezi supraviețuirea la 5 ani între 60% și 90% dacă tumora nu invadează seroasa

Autorii occidentali recunosc beneficiile oncologice ale Limfadenectomiei D2 dar care pot fi estompate sau anulate de creșterea morbidității și mortalității postoperatorii.

Limfadenectomie D3 cu excepția disecției gg ligamentului hepatoduodenal și din radacina mezenterului → puține beneficii, morbiditate și mortalitate crescute.



Tratamentul cancerului gastric

c) Extirparea unor structuri sau organe de vecinatate

Limfadenectomia D2 – extirparea gg din hilul splinei și din jurul a. splenice uneori → splenectomie și exereza cozii pancreasului.

Splenectomia – reducerea supraviețuirii datorită imunodeficienței → recidiva, stadiul mai avansat al leziunii

Exereza cozii pancreasului → incidența crescută a fistulelor pancreatice

Tratamentul cancerului gastric

B) Interventii paleative

Scopul: - ameliorarea simptomatologiei,
- îmbunătățirea calității vieții,
- eventual prelungirea supraviețuirii.

Indicația trebuie să țină cont de:

- existența unei simptomatologii,
- riscul morbidității și mortalității postoperatorii,
- speranța de viață a pacientului – minim 6 luni.

Manifestările clinice care impun paliatia: - durere, vărsături, disfagie, sângerare.

Două tipuri de intervenție paleativă: de exereză și derivativă



Tratamentul cancerului gastric

Tratamentul endoscopic al cancerului gastric

Vizează următoarele aspecte:

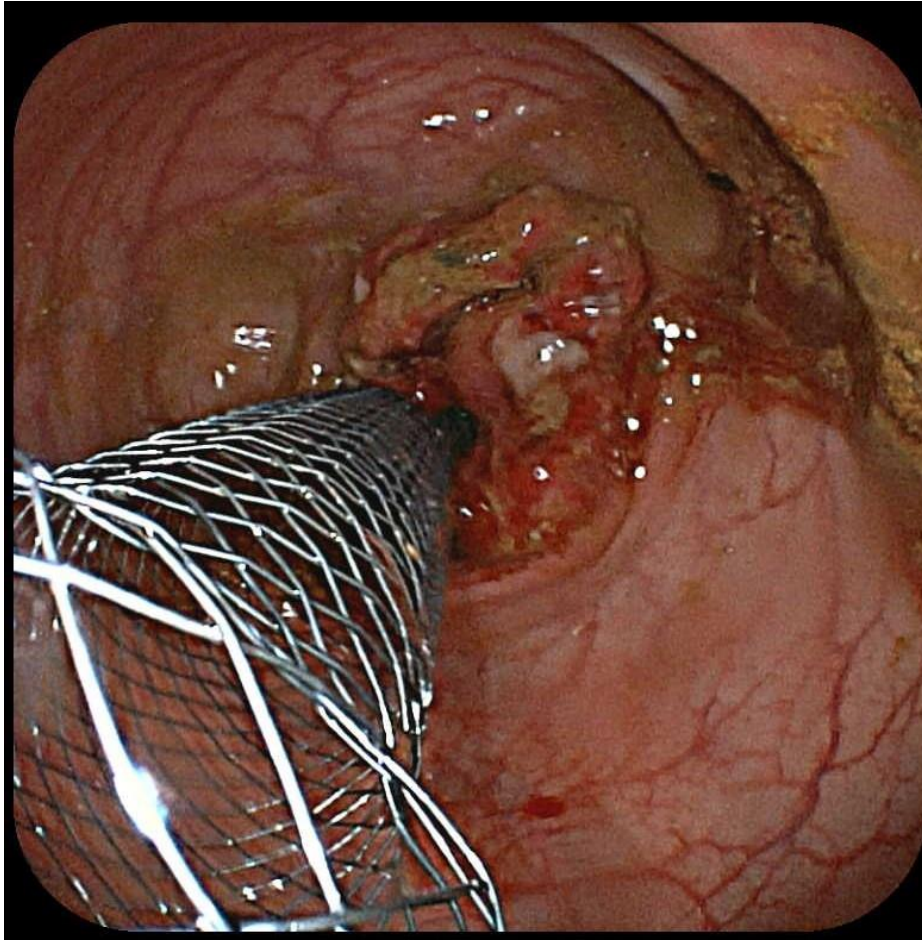
- extirparea leziunii neoplazice,
- permeabilizarea unei obstrucții neoplazice,
- Hemostaza.

Extirparea pe cale endoscopică – în cazul leziunilor interesând mucoasa și parțial submucoasa

- cu ajutorul curentului electric de înalta frecvență
- cu raze laser
- prin coagularea leziunii cu ajutorul microundelor

Permeabilizarea unei obstrucții neoplazice prin : raze laser, coagulare cu microunde, bongienageul endoscopic, aplicarea de stenturi

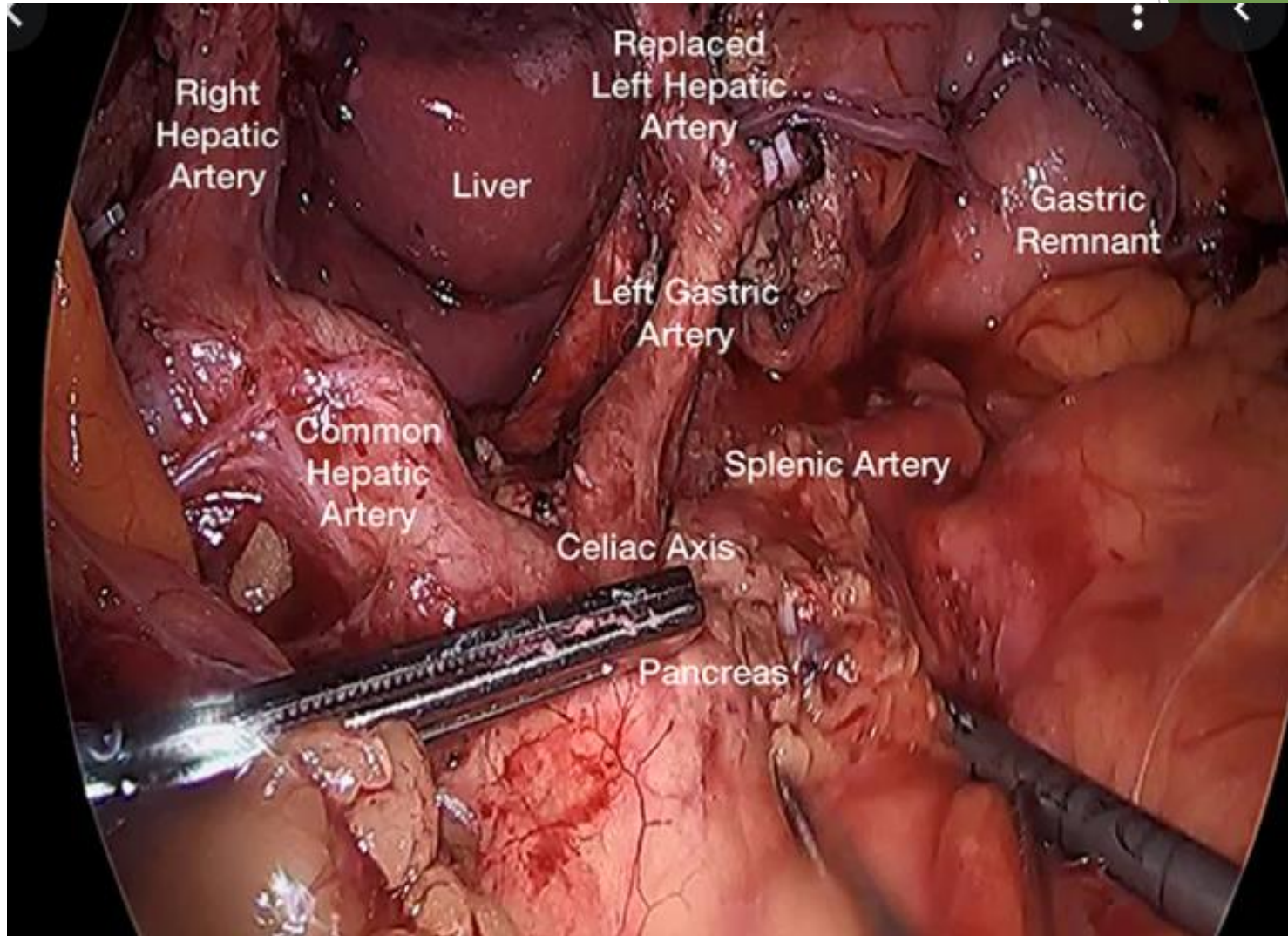
Hemostaza prin : injectarea locală de alcool, coagulare cu microunde, curent electric de înaltă frecvență, raze laser



Strategii în funcție de stadiu

- **stadiul Ia** (T_1 , N_0 , M_0)
 - rezecție mucozală endoscopică
 - rezecție tumorală în bloc
 - gastrectomie - după localizare
- **stadiul Ib** (T_2 , $N_0, M_0 - T_1$, N_1 , M_0)
 - gastrectomie standard + limfadenectomie
- **stadiul II** (T_3 , N_0 , $M_0 - T_2$, N_1 , $M_0 - T_1$, N_2 , M_0)
 - gastrectomie totală/pațială
- **stadiul III**
 - gastrectomie standard sau extinsă
 - tratament adjuvant ($R_1 - R_2$)
 - limfadenectomie - discuții
- **stadiul IV**
 - radio - chimioterapie paleativă

TRATAMENTUL COMPLICAȚIILOR - după natura lor



Chirurgia Bariatrica

Chirurgia bariatrică, cunoscută și sub denumirea de chirurgie pentru scădere ponderală, este singura opțiune de tratament eficientă și durabilă pentru cei care suferă de obezitate morbidă. Astfel, frecvența practicării chirurgiei bariatrice a cunoscut o creștere accelerată în ultimul deceniu.



Clasificarea obezității - este o afecțiune medicală în care excesul de grăsime corporală poate avea un efect negativ asupra sănătății. Determinarea sa se realizează prin indicele de masă corporală (IMC), care este un indicator brut al grăsimii corporale la nivelul populației. IMC a fost utilizat de Organizația Mondială a Sănătății ca standard pentru evaluarea obezității de peste 30 de ani și se calculează împărțind greutatea unei persoane în kilograme la pătratul înălțimii sale în metri: $IMC = \text{greutate (kg)} / [\text{înălțime (m)}]^2$. Calcularea IMC este rapidă și poate identifica pacienții cu morbiditate și mortalitate crescute. Cu toate acestea, IMC nu ia în considerare factori precum musculatura, perimetrul corporal sau densitatea osoasă. IMC poate fi deosebit de inexact pentru cei care sunt în formă fizică bună și au o

TABELUL 13-4. Clasificarea greutății corporale și a riscului de boală conform IMC

IMC	Clasificare greutate corporală	Riscul de boală
<18,5	Subponderal	Crescut
18,5–24,9	Normoponderal	Normal
25,0–29,9	Supraponderal	Crescut
30,0–39,9	Obezitate	Ridicat/foarte ridicat
≥40,0	Obezitate morbidă	Extrem de ridicat

TIPURI DE INTERVENTII CHIRURGICALE PENTRU REDUCEREA MASEI CORPORALE

Proceduri restrictive:

- Bandare gastrică ajustabilă;
- Gastrectomia longitudinală.

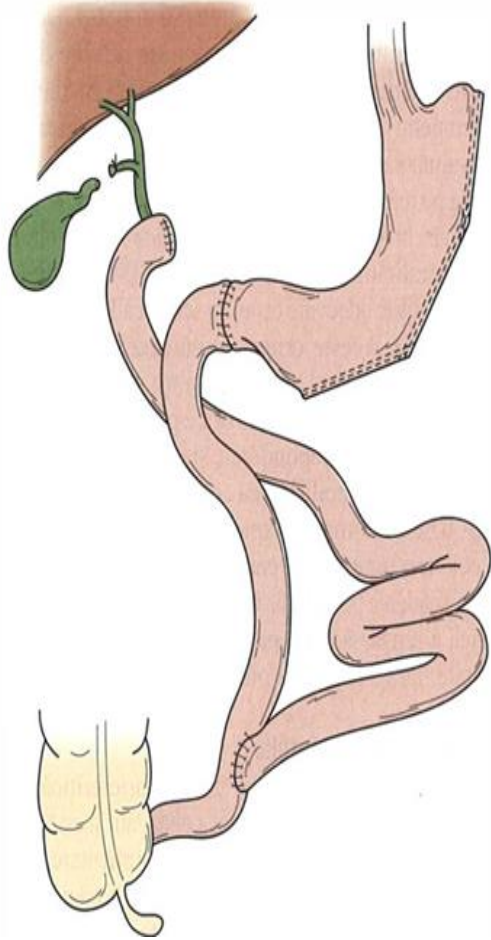
Proceduri pentru malabsorbție:

- Diversie bilio-pancreatică;
- Diversie bilio-pancreatică cu switch duodenal.

Combinație între malabsorbție și restricție:

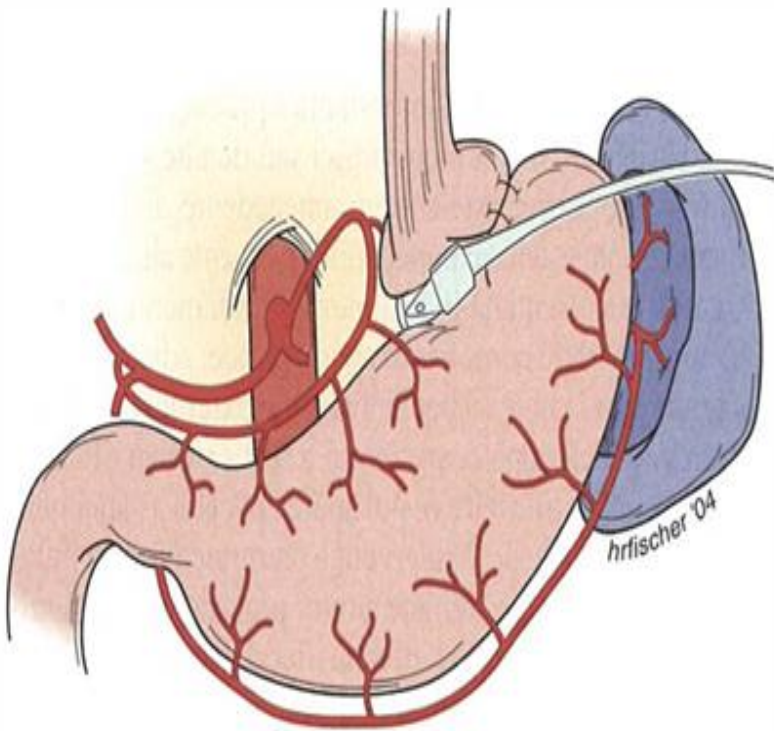
- Bypass gastric Roux-en-Y.

Diversie biliopancreatică, cu sau fără switch duodenal (DBP/SD)



DBP/SD presupune rezecție gastrică, colecistectomie, secționarea duodenului proximal și reanastomozarea acestuia cu o ansă mai distală de intestin subțire și crearea unui conduct comun prin jejunostomie. Scăderea ponderală apare predominant secundar malabsorbției, iar complicațiile asociate malnutriției sunt mai frecvente după această procedură.

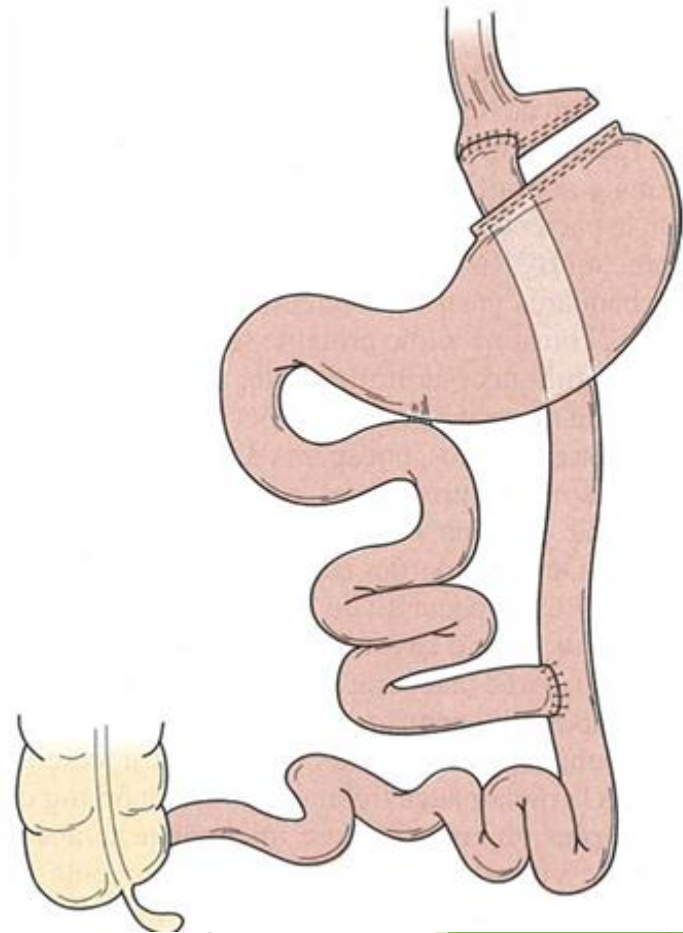
Bandare gastrică ajustabilă (BGA)



Se inseră un inel ajustabil ce înconjoară fundul gastric, realizând astfel un mic rezervor ce restricționează volumul alimentelor ingerate. Prin insuflația și exuflația inelului, se poate ajusta dimensiunea rezervorului gastric.

Bypass gastric Roux-En-Y (BGRNY)

Bypass-ul gastric constă în secționarea inegală a stomacului cu crearea unui mic buzunar gastric și realizarea unei gastro-jejunostome Roux-en-Y. Scăderea ponderală apare prin scăderea volumului alimentar ingerat, dar și printr-un grad de malabsorbție. Bypass-ul gastric reprezintă cea mai frecventă procedură bariatrică efectuată în Statele Unite ale Americii la momentul actual.



Complicațiile operațiilor bariatrice

Având în vedere creșterea importantă a procedurilor chirurgicale bariatrice, medicii chirurghi sau de alte specialități întâlnesc deopotrivă pacienți cu antecedente de chirurgie bariatrică.

Astfel de complicații apar precoce, înainte ca pacientul să fie externat din spital, sau tardiv, adică după ce pacientul a fost externat. Complicațiile tardive pot apărea în câteva săptămâni sau după ani de zile de la intervenția chirurgicală. Mai mult, pe lângă complicațiile comune tuturor procedurilor chirurgicale, precum sângerarea și infecția, fiecare tip de procedură bariatrică are complicațiile sale unice.

Complicatiile precoce:

1. Fistula anastomotică apare în procedurile care necesită capsare sau anastomoză. Fistulele pot apărea la 1-5% dintre pacienții la care se practică GL, bypass gastric sau DBP/SD.
2. Sângerarea postoperatorie este o complicație precoce gravă (de 1-5%) în urma bypass-ului gastric. Există două tipuri de hemoragii postoperatorii care apar în urma BGRNY. Primul este sângerarea în cavitatea abdominală (intra-abdominală), posibil din liniile de sutură mecanică de la nivelul gastrojejunostomiei, al rezervorului gastric, al jejunajejunostomiei sau al stomacului exclus. Al doilea tip de sângerare este cea intraluminală, în aceleași locuri menționate anterior.

Complicațiile tardive:

1. Tulburări nutriționale - astfel de tulburări apar mai frecvent la pacienții la care se practică proceduri malabsorbitive, precum BGRNY, decât la cei cu proceduri restrictive, precum bandarea gastrică. În plus, pot apărea diverse carențe de vitamine și minerale. Dintre acestea, carențele de fier, vitamina B12, acid folic, tiamină, calciu și vitamina D sunt cele mai importante. Deficitul de fier este cel mai frecvent și apare la până la 50% din pacienții cu bypass gastric.
2. Ulcerul marginal - care apare pe versantul jejunal al gastrojejunostomiei este denumit ulcer marginal. Astfel de ulcere rezultă din alterarea perfuziei mucoasei jejunale din cauza întreruperii alimentării cu sânge de către linia de sutură mecanică a anastomozei.
3. Strictura - apare la nivelul anastomozei gastrojejunale (conexiunea superioară a intestinului subțire cu rezervorul gastric). Pacienții cu GL pot dezvolta strictură oriunde pe lungimea suturii mecanice (în primele 3 luni după operație).
4. Hernia internă - reconfigurarea intestinului subțire în bypass-ul gastric necesită crearea unor breșe mezenterice. Aceste breșe, care pot fi două sau trei în funcție de tehnică, pot permite hernierea colonului sau a intestinului subțire, cu obstrucția parțială sau completă a acestora. Simptomele sunt cele ale ocluziei intestinale.
5. Litiiza veziculară - proximativ 1/3 din pacienții obezi vor dezvolta litiază veziculară în timpul scăderii ponderale rapide în urma operației de bypass gastric. Riscul de apariție a litiazei veziculare este mai mic în cazul procedurilor chirurgicale restrictive.

Beneficiile operațiilor bariatrice

Tratamentul chirurgical al obezității ameliorează comorbiditățile, reduce mortalitatea și, în final, scade costurile de îngrijire a sănătății.

Într-o meta-analiză a 22.094 de pacienți operația bariatrică:

- a vindecat diabetul la 76% dintre pacienți;
- a vindecat hipertensiunea arterială la 61,7% dintre pacienți;
- a vindecat apneea obstructivă de somn la 85,7% dintre pacienți;
- și a scăzut nivelul ridicat de colesterol la peste 70%.

În mod similar, alți autori au raportat o reducere absolută a mortalității cu 5% atunci când au comparat 1.035 de pacienți care au suferit o intervenție chirurgicală bariatrică cu un lot martor de 5.746 pacienți, într-o monitorizare pe 5 ani.

Pierderea în greutate cu 10%:

- a redus hipertensiunea, hipercolesterolemia și diabetul de tip II;
- a scăzut incidența preconizată a bolilor de inimă și a accidentului vascular cerebral;
- a crescut speranța de viață.