

Complicatiile ulcerului gastro-duodenal

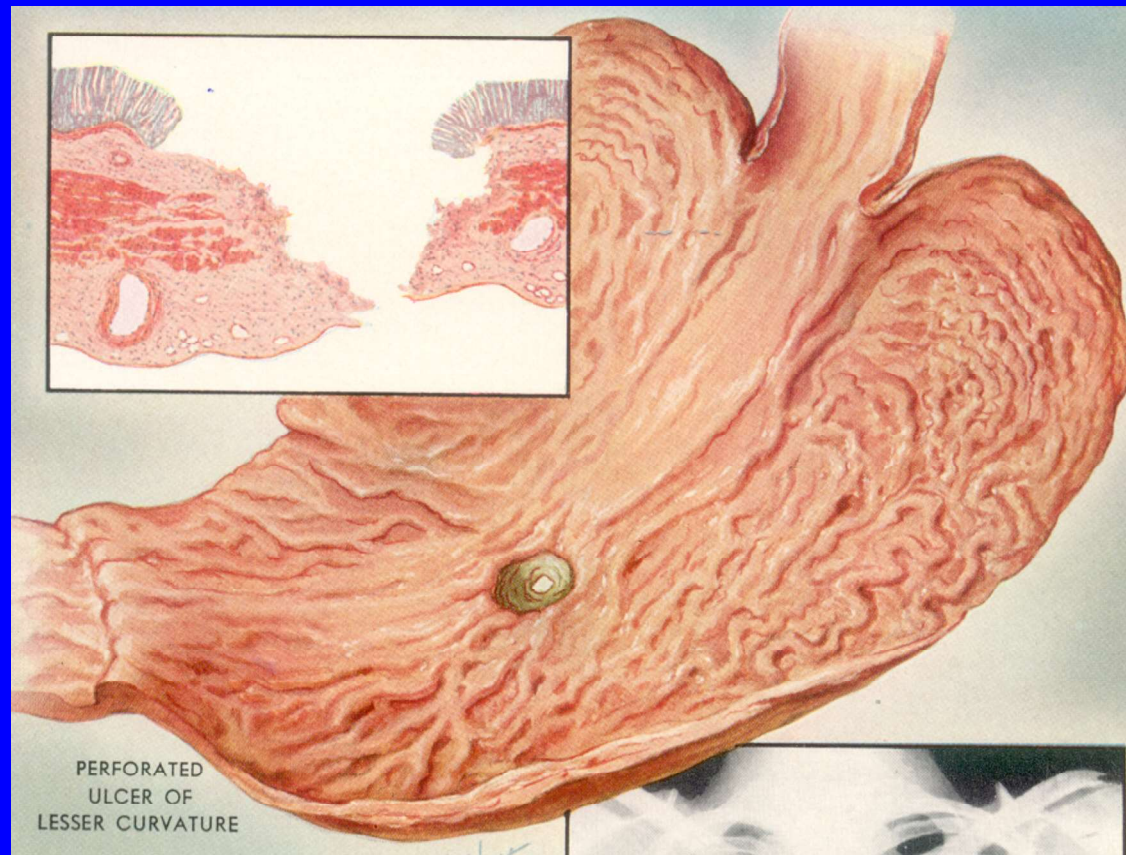
Ulcerul gastro-duodenal perforat

Generalitati

- ulcerul depaseste in profunzime intreaga grosime a peretelui gastric sau duodenal
- 10% din ulcerosi
 - 1/3 ulcerosi cunoscuti
 - 2/3 – prim simptom

Anatomie patologica

- **perforatia in peritoneul liber**
 - forma obisnuita
 - ulcerele duodenale anterioare, ulcerele gastrice situate pe mica curbura
 - dezvoltă peritonita generalizata initial chimica apoi bacteriana
- **perforatia in peritoneu inchistat**
 - zone blocate de aderente viscero-viscerale sau viscero-parietale inflamatorii sau postoperatorii
 - peritonita localizata
- **perforatia acoperita**
 - obliterarea imediata a orificiului de perforatie de organele vecine prin intermediul unei pelicule de fibroza
- **penetratia**
 - perforatie blocata a unui ulcer cu sediul posterior intr-un tesut sau organ cu care prezinta raporturi de vecinatate



Tablou clinic

- variaza in functie de forma perforatiei

Perforatia in peritoneul liber

Tablou clinic

- HCl – efect puternic iritant = peritonita chimica in primele 6 ore,
 - initial, cantitate mica de germeni anaerobi
- ulterior – diluare prin reactia inflamatorie lichidiana a peritoneului
 - multiplicarea germenilor
 - peritonita bacteriana
 - agravarea starii generale

Perforatia in peritoneul liber

Tablou clinic

- durerea
 - sediu epigastic, intensitate mare, lovitura de pumnal, iradiere in hipocondrul drept, ulterior in tot abdomenul,
 - atitudine imobila, miscarile ↑ durerea,
 - pozitie antalgica de cocos de pusca
 - miscarile respiratorii ↑ durerea
 - iradiere in ambii umeri
- varsaturi inconstante,
 - aspect de zat de cafea,
 - caracter de staza

Perforatia in peritoneul liber

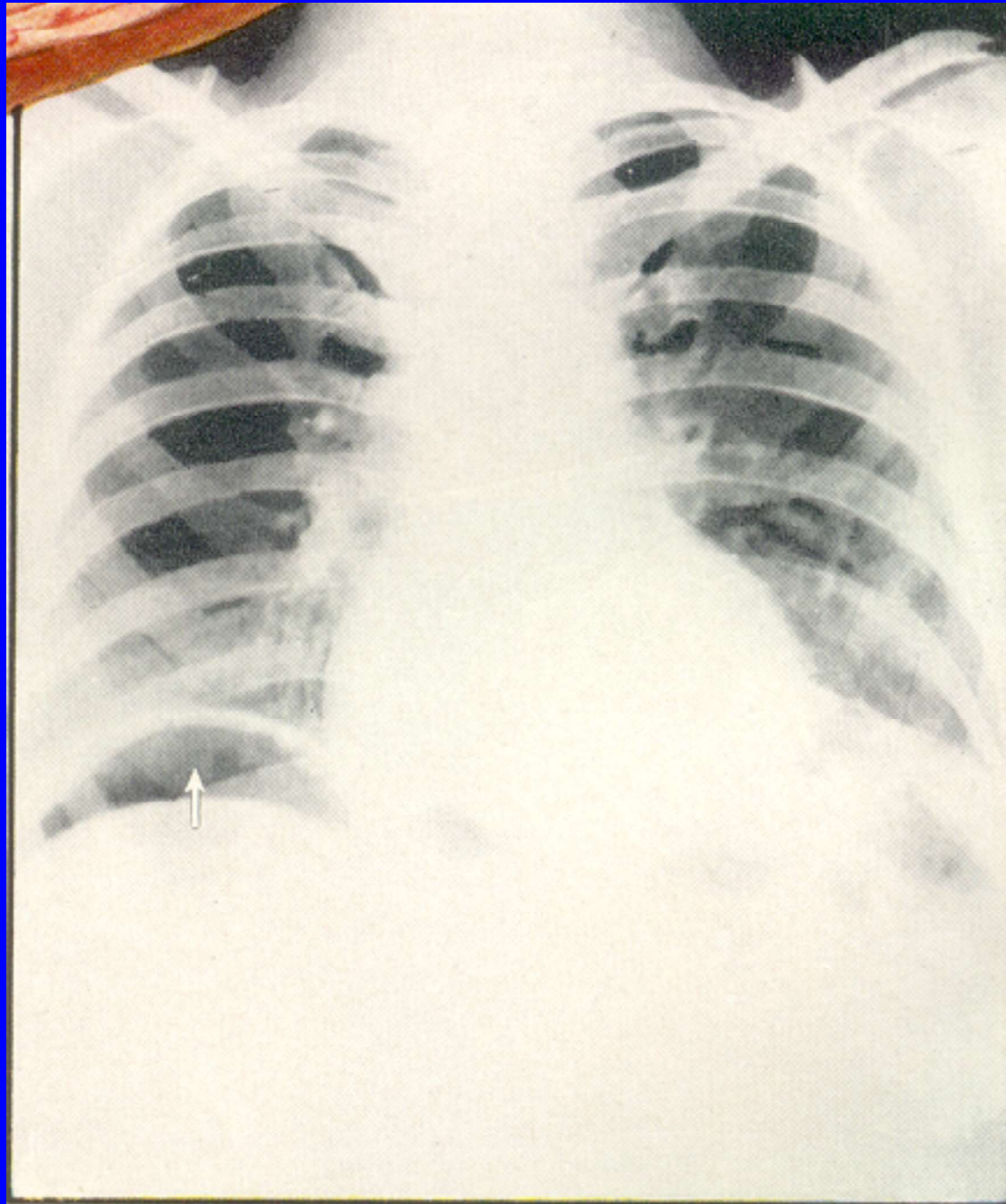
Tablou clinic

- ex. local
 - paliditate, astenie
 - miscari respiratorii reduse
 - deshidratare
 - pozitie de cocos de pusca
 - abdomen imobil
 - relieful muschilor drepti abdominali vizibil
 - contractura musculara generalizata
 - hiperestezie cutanata
 - percutie dureroasa, disparitia matitatii hepatice
- tuseul rectal
 - fundul de sac Douglas bombeaza si este foarte dureros
- dupa cateva ore semnele de abdomen acut se estompeaza si devin predominante semnele generale cu instalarea starii de soc

Perforatia in peritoneul liber

Explorari paraclinice

- **biologic**
 - hiperleucocitoza
 - hemoconcentratie
 - azotemie
 - ↑ moderata a azotemiei
- **ex. radiologic**
 - **pneumoperitoneu**
 - imaginea caracteristica aerica, subdiafragmatica in forma de semiluna
 - poate lipsi in primele ore
 - nu exclude diagnosticul de ulcer perforat in fata unui tablou clinic caracteristic



Perforatia in peritoneul liber

Diagnostic diferential

- pancreatite acute
- colecistite acute
- ocluzii intestinale
- apendicita acuta
- infarct entero-mezenteric

Formele anatomo-clinice

- forma tipica de perforatie in peritoneul liber – forma clasica
- ulcerul duodenal perforat acoperit
- ulcerul perforat in peritoneul cloazonat
- penetratia ulceroasa

Ulcerul duodenal perforat acoperit

- **conditii favorizante**
 - orificiu de perforatie mic
 - stomac gol
 - acoperirea orificiului de perforatie prin acolarea unui organ si acoperirea de membrane de fibrina
- **tablou clinic**
 - durere intensa, stare generala alterata la debut
 - ulterior ameliorare, cu persistenta semnelor de iritatie peritoneala localizata
 - pneumoperitoneul poate fi prezent
 - evolutia sub tratament conservator
 - poate fi buna
 - ameliorare temporara urmata de tablou clinic de peritonita generalizata prin reperforatie – peritonita in doi timpi
- **diagnostic diferential**
 - colecistita acuta, apendicita acuta

Ulcerul perforat in peritoneul cloazonat

- forma particulara prin exprimarea acesteia intr-o zona blocata de aderente
- debut violent
- ulterior, tablou clinic de abces subfrenic ce poate raspunde la tratamentul medical sau chirurgical
- semne localizate in hipocondrul drept

Penetratia ulceroasa

- perforatie blocata a unui u.g. sau u.d. situat pe peretele posterior intr-un organ de vecinatate
- ulcerul strabate peretele in totalitate constituind o reactie inflamatorie – loja inflamatorie – aderente la organele vecine (V.B., parenchimul hepatic, pancreas, mezocolon, colon)
- peretii craterului ulceros sunt formati de organele din jur
- penetratia intr-un organ cavitat constituie o fistula interna
- clinic
 - cresterea in intensitate a durerilor, aparitia nocturna si diurna, iradierea dorsala (transfixianta) in cazul penetratiei in pancreas
 - durere refractara la tratamentul medical, pozitie antalgica de cocos de pusca
- ex. clinic
 - zona de impastare in epigastriu si hipocondrul drept foarte dureroasa la palpare
- ex. radiologic
 - nisa + prelungire accesorie reprezentata de zona ectopica a craterului ulceros

Tratamentul ulcerului perforat

- una din marile urgente chirurgicale
- prognosticul depinde de stabilirea cat mai precoce a diagnosticului si tratamentului
- **obiective**
 - salvarea vietii bolnavului prin tratarea complicatiei (perforatia) si consecintelor acesteia (peritonita)
 - vindecarea definitiva a bolii ulceroase interceptand mecanismele patogenice (tratamentul chirurgical radical)
 - al doilea obiectiv nu poate fi indeplinit la toate cazurile

Tratamentul conservator

- **indicatii**

- primele 2 ore de la perforatie, pe un stomac gol, simptomatologie atenuata, fara semne de abdomen acut, in special la bolnavi varstnici, tarati, cu riscuri chirurgicale
- ca prima masura terapeutica in conditii de exceptie (localitati izolate, dificultati de transport in mediu izolat)
- cand nu se poate stabili un diagnostic de certitudine de abdomen acut dar nici excluderea unui ulcer perforat acoperit, pacientul ramane in urmarire clinica si paraclinica

Tratamentul conservator

- mijloace
 - aspiratia nazo-gastrica – decompresa stomacul, confera posibilitatea acoperirii perforatiei
 - refrigeratie abdominala epigastica
 - antibiotice cu spectru larg
 - reechilibrare hidro-electrolitica
 - administrarea de antagonisti ai receptorilor H_2 , inhibitori ai pompei de protoni
 - antialgice
- atitudine
 - urmarirea evolutiei clinic si biologic
 - suprimarea sondei dupa 4-5 zile
 - reluarea alimentatiei si tratamentului antiulceros
 - daca apar semne de abdomen acut se impune tratament chirurgical de urgenta
- constituie prima etapa de pregatire preoperatorie a bolnavului cu indicatie chirurgicala

Tratamentul chirurgical

- indicatie chirurgicala absoluta in majoritatea cazurilor
- 2 categorii de procedee
 - rezolva numai complicatia – **paleative**
 - perforatia si peritonita localizata sau generalizata
 - rezolva atat complicatia cat si boala ulceroasa - **radicale**

Tratamentul chirurgical

- procedee paleative
 - sutura simpla a perforatiei
 - sutura cu epiploonoplastie : asigura o mai mare siguranta a suturii
 - excizia ulcerului cu piloroplastie, cand realizarea suturii ulcerului ar fi stenozaanta
 - sutura perforatiei si gastro-enteroanastomoza
 - in caz de sutura stenozaanta sau de remanieri morfo-patologice locale intense
 - aceste procedee pot fi realizate clasic sau laparoscopic
- ulterior operatiei pacientul va urma tratament medical al bolii ulceroase

Tratamentul chirurgical

- procedee paleative - indicatii
 - bolnavii tineri cu leziuni acute, in care perforatia este primul simptom si nu au facut tratament medical
 - bolnavii cu peritonita veche in stadiu ocluziv sau cu riscuri anestezico-chirurgicale vitale

Tratamentul chirurgical

- procedee radicale
 - procedee patogenice care rezolva si complicatia si boala de baza
 - vagotomia + cale de drenaj
 - vagotomia + rezectie gastrica limitata
 - rezectia gastrica 2/3

Ulcerul stenoizant

Generalitati

- complicatie obisnuita a U.D., ocazional a U.G.
- a III-a ca frecventa dupa hemoragie si perforatie
- in U.G. tip Johnson I si III
- in U.D. netratate
 - sediu : zona pilorica, bulbul duodenal, postbulbar
- in practica stenoza regiunii jonctiunii gastro-duodenale = stenoza pilorica
- mecanisme
 - edem periulceros
 - spasme pilorice
 - stenoza cicatriceala
 - tulburari de motilitate antrala

Generalitati

- Clasificare
 - stenoze functionale
 - ulcere acute cu edem si spasm supraadaugat – caracter reversibil prin terapie medicamentoasa
 - stenoze organice cicatriceale
 - ulcerul postoperator, tratat medical, consecinta procesului de cicatrizare
 - stenoza cicatriceala la pacientii cu alte complicatii: hemoragie sau perforatie, tratati paleativ

Fiziopatologie

- 3 faze:
 - organo-funcțională
 - efortul stomacului de a menține tranzitul: tonus și tranzit aproape normal
 - stadiul compensat
 - hipersecreție gastrică, fără stază
 - stomac destins, fibre musculare alungite, ↑ forța de contracție și peristaltică
 - stadiul decompensat
 - asistolie gastrică – stomac dilatat, fără peristaltică, stază gastrică
 - descompunerea conținutului gastric, exacerbarea microbismului,
 - alterarea mucoasei gastrice, alterarea secreției, capacității de apărare
→ varsături
 - deshidratare, inanție, anemie, hipopotasemie, oligurie, alcaloză metabolică

Tablou clinic

- ulceros cunoscut (75% din cazuri) dupa evolutie lunga si numeroase pusee de acutizare
- modificarile semnelor clinice ale ulcerosilor se datoreaza stazei gastrice prin insuficienta evacuare a stomacului
- durerea
 - in faza compensata
 - dureri colicative, intermitente, cedeaza la depasirea obstacolului sau la varsaturile determinate de contractiile antiperistaltice sau de bolnav.
 - in faza decompensata
 - dureri mai putin intense, vagi, difuze, prelungite, caracter de distensie sau plenitudine epigastrica, dupa alimentatie, cu progresiune lenta spre abdomenul inferior
- varsaturile- semnul dominant
 - in faza compensata
 - frecvente, abundente, survin la scurt timp dupa alimentatie, contin alimente ingerate la masa precedenta sau numai lichide acide
 - in faza decompensata
 - varsaturi mai rare, mai abundente, tardive dupa alimentatie, resturi alimentare ingerate cu 1-2 zile inainte, mirositoare, fetide, se produc fara efort

Tablou clinic

- **alterarea starii generale**
 - denutritie, deshidratare, tulburari metabolice si hidro-electrolitice
 - fenomene psihice, tetanie, casexie
- **constipatia este frecventa**
- **Ex. obiectiv**
 - contractiile stomacului vizibile la pacientii slabi – semnul Kussmaul
 - denutritie, paliditate, distensia regiunii epigastrice, clapotaj epigastic a jeun.

Examenе paraclinice

- ex. radiologic
 - in stenoza compensata sau organo-functionala
 - modificari de forma ale stomacului, stomac in sabot, hiperchinezie, hipertonie gastrica cu ample incizuri in peretele gastric
 - evacuare gastrica intarziata cu peste 6 h, pasaj piloric dificil
 - semne directe si indirecte de ulcer
 - in stenoza decompensata
 - mare cantitate de lichid gastric cu bariu – fulgi de zapada
 - stomac in chiuveta
 - lipsa undelor peristaltice si a pasajului prin pilor
- ex. endoscopic
 - stabileste diagnosticul, poate furniza o biopsie tumorală
- ex. biologice
 - anemie, hipoproteinemie, cresterea ureei, scaderea ionilor in plasma si urina

Diagnostic pozitiv

- antecedente ulcerose
- tabloul clinic:
 - varsatura cu caractere descrise
 - peristaltismul vizibil pe peretele abdominal
 - clapotajul a jeun
- ex. radiologic
 - dilatația stomacului, staza gastrică
- ex. secreției gastrice
 - reziduu gastric mare, uneori cu resturi
- endoscopia
 - tipul leziunii, biopsie

Diagnostic diferencial

- stenoza antropilórica neoplazica
- stenoza pilórica maligna prin procese neoplazice extragastrice
- stenoza antro-pilórica din ingestia de substante caustice
- ptoza gastrica
- prolapsul mucoasei gastrice in duoden
- volvulusul gastrici cranial

Tratamentul medical

- pregătire preoperatorie
 - obiective
 - corectarea dezechilibrelor fiziopatologice
 - combaterea edemului și spasmului
 - tratamentul antiulceros

Tratamentul medical

- mijloace
 - decomprimarea stomacului
 - prin aspiratie nazo-gastrica continua
 - spalaturi gastrice cu solutii izotonice
 - reechilibrarea electrolitica si volemica
 - solutii saline izotonice pana la reluarea diurezei
 - potasiu + solutii de glucoza
 - corectarea hipoproteinemiei si anemiei
 - transfuzii de sange, plasma, hidrolizate de proteine
 - combaterea spasmului si edemului periulceros
 - antispastice, antisecretorii, lavaj gastric intensificat

Tratamentul chirurgical

- in stenozele compensate
 - vagotomia + cale de drenaj gastric
 - tineri fara suferinta indelungata, stomac putin dilatat
 - vagotomia + resectie gastrica limitata
 - operatia de electie daca stomacul este putin dilatat
- in stenozele decompensate
 - resectie gastrica 2/3

Sindroamele postgastrectomie

generalitati

- sechele ale interventiilor pe stomac mai ales pentru boala ulceroasa
- legate mai mult de vagotomie – sindrom de stomac operat
- din bolnavii operati de stomac
 - majoritatea schima obiceiurile alimentare
 - 20% diverse simptome postoperatorii
 - 5% pe termen lung
 - » 1% indicatie chirurgicala

generalitati

- Cauze
 - indicatii incorecte
 - moment operator inadecvat, indicatii abuzive
 - tactica neadecvata
 - rezectie la tineri, vagotomii (in stenoze, la cei cu diaree)
 - tehnica chirurgicala defectuoasa
 - vagotomie incompleta, rezectie insuficienta, gura de anastomoza neadecvata, anse aferente lungi, defect de plasare a anastomozei
 - tehnici corect indicate si efectuate dar cu incapacitatea organismului pacientului de a se adapta la noua situatie

Sindromul de dumping

- 20% din pacientii dupa gastrectomie sau vagotomie cu drenaj
- 2 faze
 - precoce
 - tardiva

Sindromul de dumping

- precoce
 - mecanism necunoscut exact
 - evacuarea rapida a chimului hiperosmolar, in special cu carbohidrati in intestin care atrage apa si stimuleaza secretie unor hormoni vasoactivi: serotonina, VIP
 - Tabloul clinic
 - manifestari vasomotorii
 - slabiciune, sudoratie, paloare, ameteli, palpitatii
 - semne gastrointestinale
 - distensie epigastrice, colici abdominale initiate de borborisme, diaree cu caracter exploziv
 - se amelioreaza prin renuntarea la alimentele dulci, mese mici si dese fara carbohidrati
 - in cazuri refractare : tratament medical – Methysergid, Octreotid

Sindromul de dumping

- tardiv
 - 10-20% dintre bolnavii cu dumping
 - survine la 1-3 ore după mese
 - tablou clinic
 - manifestări de hipoglicemie care dispar după administrarea de glucoză
 - patogenie
 - scurtcircuitarea orificiului piloric cu trecerea rapidă în jejunul proximal
 - tratament
 - dietă – elementul cel mai important
 - chirurgical – repunerea în circuit a duodenului

Diareea postvagotomie

- 10-20% dintre vagotomiile tronculare
- patogenie
 - pasajul rapid al sarurilor biliare din caile biliare denervate in colon
- tablou clinic
 - forma episodica cu perioade diareice de cateva zile sau saptamani
- majoritatea cazurilor sunt autolimitate, ameliorare in primul an postoperator prin regim adecvat
- tratament medical : colistiramina
- tratament chirurgical: ansa jejunala antiperistaltic la 90 cm de unghiul lui Treitz

Gastrita alcalina de reflux

- dupa desfiintarea pilorului refluxul biliar este frecvent
- 2% simptomatici
 - dureri epigastrice cu caracter de arsura
 - greturi
- diagnostic dificil,
 - endoscopia - gastrita,
 - scintigrafie cu tehnetiu – refluxul biliar
- greu de tratat
 - medical - acidul urso-dezoxicolic (Ursofalk)
 - chirurgical
 - rezectie gastrica distala limitata cu GJA a la Roux
 - schimbarea montajului in GJA a la Roux

Sindromul de stomac mic

- satietatea se datoreaza atoniei gastrice, stazei gastrice
- tablou clinic
 - senzatie de plenitudine postprandiala ce nu permite o alimentatie suficienta
 - senzatie de foame

Sindromul de ansa aferenta

- obstructia mecanica a ansei aferente prin rasucire, stenoza gurii de anastomoza, aderente
- tablou clinic
 - dureri epigastrice postprandiale
 - varsaturi nebilioase
 - simptomele dispar dupa varsatura bilioasa in jet
 - obstructia acuta
 - tablou de abdomen acut
- diagnostic
 - rx. baritat eso-gastro-jejunal – distensia ansei aferente cu dificultati de evacuare
 - endoscopic
- tratament
 - medical
 - chirurgical
 - schimbarea montajului GDA – Billroth I
 - anastomoza intre aferenta si eferenta
 - schimbarea montajului in GEA a la Roux
 - resectie Reichel Polya

Esofagita de reflux

- consecinta alterarii mecanismelor antireflux ale cardiei in special in gastrectomiile polare superioare, dar si in gastrectomiile distale si vagotomii
- leziuni preexistente operatiei
 - malpozitii cardio-tuberozitare
 - mica hernie hiatala
 - disparitia unghiului lui His
 - esofag Barrett

Cancerul de bont gastric

- 3% din pacientii rezecati gastric la 10-20 de ani de la interventia chirurgicala
- Alte tulburari postrezectie gastrice
 - malabsorbția și maldigestia
 - osteomalacia
 - anemie
 - sindromul de denutriție cronică

Ulcerul peptic postoperator

- este de fapt o continuare fireasca, evolutiva a bolii ulceroase, dupa tratamentul chirurgical al complicatiei evolutive fara sa rezolve problema mecanismului etiopatogenie
 - interventii care nu au atacat de la inceput etiopatogenia
 - interventii care au vizat etiopatogenia dar au fost deficiente ca indicatie sau ca tehnica
- etiopatogenie
 - factori care tin de bolnavi
 - abuz de medicamente ulcerogene
 - cauze principale
 - defecte de tehnica: rezectie insuficienta la stanga, rezectie insuficienta la dreapta, ansa aferenta lunga, vagotomie incompleta, cale de drenaj incompleta
 - sindromul Zollinger-Ellison
 - indicatii de tactica neadecvata
 - nu tin seama de particularitatile secretorii, morfologice si de teren ale fiecarui bolnav

Ulcerul peptic postoperator

- Tabloul clinic
 - simptomatologie mai puțin precisă
 - dureri nocturne, sediu ombilical, iradiază la stanga uneori posterior
 - grețuri și varsături frecvente
- tratament medical – rezistentă, calmează temporar durerea
- debut printr-o complicație: hemoragie, perforație sau stenoza
- ex. paraclinice
 - ex. secreției gastrice
 - rx., endoscopia oferă diagnosticul
- tratamentul chirurgical
 - indicație absolută în formele complicate
 - indicație relativă la pacienții care nu răspund la tratament
 - obiectivele și tipurile de operații sunt aceleași ca și la boala ulceroasă gastro-duodenală