

ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT: FACTORI PROGNOSTICI, REZULTATE

S. Luncă, N.S. Romedea, C. Moroşanu, I. Şerban, Şt. Mihalache
Clinica de Urgenţe Chirurgicale, Spitalul Clinic de Urgenţe Iaşi
Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr.T. Popa” Iaşi

PERFORATED PEPTIC GASTRODUODENAL ULCER: PROGNOSTIC FACTORS AND OUTCOMES OF SURGERY (Abstract): Despite recent progress in medical treatment of peptic gastroduodenal ulcer, the incidence of surgery for perforated ulcer disease has remained relatively unchanged. The purpose of this study was to assess the results in terms of morbidity and mortality after emergency surgery for perforated gastroduodenal ulcer (PGDU) and to identify the factors which may influence the outcomes of surgery. One hundred eighty-seven patients were operated on as an emergency procedure (less than 6 hours from the admission) for PGDU. A percent of 84.25% were men, the average age being 38.5 years (18-93 years), lower for men (36 years) than for women (51 years). The overall rate of morbidity was 26.7% and there were 5 deaths (2.6%). The complication rate for patients operated on over 24 hours from the onset of symptoms was 68.4% (a group of 20.3% patients) and 70.6% for patients over 70 years (a group of 10.1% patients). Comorbidities were present in 77 patients (41.1%) and the rate of complication for this group was 61%. All 5 deaths were in the group of patients over 55 years with comorbidities and operated on over 24 hours from the onset of symptoms. In conclusion, the prognosis of PGDU after emergency surgery is highly correlated with time of surgery, age and comorbid conditions and emergency operations for PGDU carry an important morbidity risk and an acceptable mortality risk.

KEY WORDS: GASTRODUODENAL ULCER, PERFORATION, SURGERY, PROGNOSTIC FACTORS, OUTCOMES

Correspondență: Dr. S. Luncă, Clinica de Urgențe Chirurgicale, Spitalul Clinic de Urgențe Iași, str. Gen. Berthelot, Nr. 2, Iași; e-mail: slunca@hotmail.com*

INTRODUCERE

În ultimii ani tratamentul ulcerului gastroduodenal (UGD) s-a modificat considerabil. Inițial au fost introduse în tratamentul bolii ulceroase antagoniștii receptorilor histaminici H₂, iar 10 ani mai târziu (în anii '80) inhibitorii pompei protonice care s-au dovedit extrem de eficiente. Descoperirea *Helicobacter pylori* a reprezentat un alt pas important, dovedindu-se că până la 80% din pacienții cu boală ulceroasă sunt purtători ai acestui germene [1,2]. Un alt procent important de pacienți au drept cauză a bolii consumul de antiinflamatorii nesteroidiene (15-20%) [1].

Astăzi, UGD este privit ca o boală curabilă, ce beneficiază de tratament conservator. Chirurgia electivă a UGD putem spune că aproape a dispărut. Atunci când terapia medicamentoasă se dovedește prea scumpă, sau pacienții rămân refractari la tratament, chirurgia electivă reprezintă o ultimă soluție.

Totuși, chirurgia continuă să ocupe un loc important în tratamentul complicațiilor UGD – perforația, hemoragia, stenoza.

Incidența ulcerului gastro-duodenal perforat (UGDP) pare să nu fi scăzut în ultimii ani, cu toate progresele făcute în terapia medicală [1,3]. Perforația UGD continuă să rămână o urgență chirurgicală, încărcată încă de o morbiditate și o mortalitate semnificativă.

Scopul acestui studiu este de a evalua rezultatele după chirurgia de urgență în UGDP și de a identifica factorii ce pot influența rezultatele operatorii.

* received date: 15.06.2006
accepted date: 30.06.2006

MATERIAL ȘI METODĂ

Pe o perioadă de cinci ani (2001-2005) un număr de 187 de pacienți cu UGDP au fost operați în urgență în Clinica de Chirurgie a Spitalului Clinic de Urgențe Iași. Pacienții cu UGDP tratați conservator (metoda Taylor) cu succes, nu au fost incluși în acest studiu. Nu au fost incluși nici pacienții cu ulcere anastomotice sau cu ulcere de etiologie neoplazică.

Au fost înregistrate și analizate datele demografice ale pacienților, starea la internare (prezența sau absența stării de șoc), prezența comorbidităților, intervalul debut-prezentare-intervenție chirurgicală, tipul intervenției chirurgicale, tipul și gradul peritonitei, factorii prognostici ce influențează rezultatele postoperatorii. Analiza variabilelor s-a făcut utilizând Student t - test și Fisher exact test. A fost considerată statistic semnificativă o valoare $p < 0,05$.

REZULTATE

Un număr de 187 de pacienți cu UGDP au fost operați în urgență pe o perioadă de 5 ani (2001-2005). Au fost 163 bărbați (87,1%) și 24 de femei (12,9%). Vârsta medie a fost 38,5 de ani, mai scăzută pentru bărbați (36 de ani) și mai crescută pentru femei (51 de ani), variind între 18 și 93 de ani.

Diagnosticul a fost stabilit pe baza examenului clinic (98% confirmat intraoperator) și pe baza examenului radiologic abdominal (100% confirmat intraoperator). Au existat 26 cazuri (13,9%) la care examenul radiologic abdominal nu a arătat prezența pneumoperitoneului. La 144 pacienți (77%) s-a efectuat examen echografic ce a arătat prezența lichidului liber în cavitatea peritoneală. Un număr de 35 de pacienți (18,7%) s-au prezentat în stare de șoc la internare (tensiune arterială sistolică < 90 mmHg) iar 16 (8,5%) prezentau semne clare de șoc septic.

Anamneza la acești pacienți a relevat fumatul 74,3% (139 de pacienți), consumul de alcool la 70% (131 de pacienți) și consumul de antiinflamatorii nesteroidiene la 16,5% (31 pacienți).

Stările comorbide au fost înregistrate la 77 pacienți (41,2%): hipertensiune arterială 28 de pacienți, cardiopatie ischemică cronică 19, insuficiență cardiacă 10, fibrilație atrială 11, tuberculoză pulmonară 12, bronhopneumopatie obstructivă 13, fibroză pulmonară 8, diabet zaharat 12, ciroză hepatică 15, obezitate 10, poliartrită reumatoidă 4, cancere cu alte localizări decât stomacul și duodenul 5.

În perioada preoperatorie s-a început administrarea medicației specifice antiulceroase, cel mai adesea un antagonist H_2 , asociat cu un antibiotic (cel mai frecvent amoxicilină) și metronidazol. Pregătirea preoperatorie nu a depășit 6 ore. Tipul intervențiilor chirurgicale sunt redate în Tabelul I.

Tabelul I
Intervențiile chirurgicale efectuate pentru UGDP

<i>Tipul intervenției</i>	<i>Număr de pacienți</i>	<i>%</i>
Sătură simplă și epiploonoplastie	91	48,6
Sătură simplă	27	14,4
Excizie-sătură cu sau fără epiploonoplastie	44	23,5
Vagotomie tronculară și antrectomie	15	8,1
Rezecție gastrică 2/3	10	5,3

Au fost 16 peritonite localizate (8,5%) și 171 peritonite generalizate (91,5%). Din acestea, un procent de 70,7% (121 de pacienți) au fost etichetate drept peritonite chimice, iar 29,3% (66 de pacienți) ca și peritonite purulente.

Debutul exact, până la prezentarea la spital a putut fi precizat la 158 de pacienți (84,4%), datele fiind redate în Tabelul II.

Rezultatele postoperatorii au fost evaluate pe baza complicațiilor și a mortalității intraspitalicești. Complicațiile postoperatorii sunt redată în Tabelul III.

Rata mortalității pe lotul luat în studiu a fost de 2,6% (5 pacienți), cauzele de deces fiind reprezentate de insuficiența multiorganică post-peritonită purulentă generalizată, infarctul de miocard (un caz) și embolia pulmonară (un caz).

Tabelul II
Repartiția pacienților pe intervalul debut – internare

<i>Ore de la debut</i>	<i>Număr de pacienți</i>
0-6	31
6-12	38
12-18	25
18-24	26
24-48	15
48-72	11
peste 72	12
<i>Total</i>	<i>158</i>

Tabelul III
Rata și tipul complicațiilor postoperatorii

<i>Complicații postoperatorii</i>	<i>Număr pacienți</i>
Peritonită generalizată	5
Abces intraabdominal	5
HDS	2
Pancreatită acută	1
Infecția plăgii operatorii	11
Eviscerație	3
Pneumonie și pleurezie	8
Tromboflebită venoasă profundă	5
Embolie pulmonară	1
Infarct miocardic	2
Bronhopneumonie	7
<i>Total</i>	<i>50 (26,7%)</i>

DISCUȚII

Intervențiile chirurgicale în urgență pentru UGDG sunt însoțite de o morbiditate ce poate ajunge până la 40% și o mortalitate de 6–30% [1,4,5]. Diverse studii au încercat să stabilească o serie de factori de risc răspunzători de aceste rezultate. Astfel, au fost identificați ca factori prognostici negativi starea de șoc de la prezentare, întârzierea actului chirurgical peste 12 ore, comorbiditățile, vârsta, localizarea ulcerului (gastric sau duodenal) [1,4-6].

Vârsta peste 70 de ani rămâne considerată un factor important ce influențează negativ rezultatele operatorii. Pe cazuistica noastră doar 16 pacienți (8,5%) au fost peste această vârstă (cel mai vârstnic 93 de ani), 10 din acești pacienți prezentând complicații (62,5%) și înregistrându-se 2 decese (12,5%). Dacă rata complicațiilor este similară celei din literatură, rata deceselor este cu mult sub valorile consemnate în alte studii, aceasta probabil datorită numărului mic de cazuri și particularităților demografice locale. Trebuie spus că celelalte trei decese au fost înregistrate la pacienți cu vârste de 61, 59 și respectiv 57 de ani.

Se consideră că întârzierea intervenției chirurgicale peste 12 ore crește riscul decesului de 3 ori, iar peste 24 de ore, de 9 ori [1,5,6]. Toate cele 5 decese s-au produs la pacienți la care s-a intervenit chirurgical la mai mult de 24 de ore de la debutul simptomelor: 2 pacienți la peste 72 de ore, 2 pacienți la peste 48 de ore și un pacient la peste 24 de ore. Rata complicațiilor pare și ea crescută de până la 6 ori pentru pacienții operați la peste 24 de ore de

la debut [6,7]. Și pe statistica noastră majoritatea complicațiilor au fost înregistrate în grupul de pacienți operați la peste 24 de ore – 29 de pacienți (58%).

Stările comorbide, în special afecțiunile cardiovasculare, pulmonare și diabetul zaharat sunt prezente la aproximativ 50% dintre pacienții cu UGDP crescând mortalitatea până la 50%. Pe grupul nostru de pacienți, toți cei 5 pacienți care au decedat, prezentau afecțiuni medicale asociate (insuficiență cardiacă – 2 pacienți, BPOC – 1 pacient, diabet zaharat – 1 pacient, ciroză hepatică – 1 pacient). 61% din complicații au fost înregistrate la acest grup de pacienți. Riscul mortalității este corelat în literatura mondială și cu localizarea ulcerului, considerându-se că ulcerul gastric induce o mortalitate de 2-4 ori mai mare decât cel duodenal [1,6]. Au fost doar 39 de ulcere gastrice perforate (20,8%), față de 148 de ulcere duodenale perforate (79,2%), patru decese fiind înregistrate pentru ulcerele duodenale (2,7%) și doar unul pentru un ulcer gastric (2,5%), deci o diferență nesemnificativă pe cazuistica noastră ($p>0,05$).

Intervențiile chirurgicale de amploare (rezechțiile gastro-duodenale) sunt considerate ca factor ce crește morbiditatea și mortalitatea [1,6]. Din cei 25 pacienți cu rezechție (antrectomie și vagotomie tronculară sau rezechție gastrică 2/3), doar 6 (24%) au prezentat complicații ($p>0,05$), neînregistrându-se nici un deces în acest grup. Aceste rezechții sunt practicate în clinica noastră pe pacienții cu stare generală bună fără semne de peritonită purulentă, la care o altă tehnică nu poate fi aplicată și la care se intervine precoce (sub 12 ore). Pentru pacienții cu probleme, vârstnici, afecțiuni asociate grave, cu prezentare tardivă, cu semne de șoc, politica noastră este de a trata complicația ulcerului printr-o tehnică cât mai simplă, scurtând cât mai mult posibil durata intervenției chirurgicale și a anesteziei. După cum se observă doar 13,3% din pacienți au beneficiat de o rezechție, cifră inferioară celei pentru Europa de est (41,1%) și chiar Germaniei (16,1%) [1].

CONCLUZII

UGDP rămâne o urgență chirurgicală cu care ne întâlnim încă frecvent cu toate progresele ultimilor ani în terapia bolii ulceroase. Prognosticul pentru UGDP este corelat în primul rând cu timpul scurs de la debut la momentul intervenției chirurgicale (100% din decese s-au produs la pacienții la care intervenția s-a efectuat la mai mult de 24 de ore de la debut și 68,4% dintre complicații au apărut la aceeași categorie de pacienți), cu vârsta (pacienții decedați având peste 55 ani și 71,2% din cei cu complicații având peste această vârstă) și cu stările comorbide asociate (100% din pacienții decedați și 61% dintre cei cu complicații, având patologii asociate). Pe statistica noastră rata mortalității și morbidității nu par a fi influențate semnificativ de localizarea ulcerului (gastric sau duodenal) sau de tehnica operatorie (sătură simplă sau rezechție gastroduodenală), cu mențiunea că tehnicile complexe (rezechțiile) au fost aplicate pacienților tineri cu prezentare precoce. De aceea, putem spune că rezultatele tratamentului chirurgical al UGDP sunt influențate semnificativ de momentul operator, vârstă și stările comorbide ale pacientului.

BIBLIOGRAFIE

1. Zittel TT, Jehle EC, Becker HD. Surgical management of peptic ulcer disease today – indication, technique and outcome. *Langenbeck's Arch Surg.* 2000; 385(2): 84-96.
2. Henriksson AE, Edman AC, Nilsson I, Bergqvist D, Wadstrom T. Helicobacter pylori and the relation to other risk factors in patient with acute bleeding peptic ulcer. *Scand J Gastroenterol.* 1998; 33(10): 1030-1033.
3. Paimela H, Tuompo PK, Perakyla T, Saario I, Hockerstedt K, Kivilakso E. Peptic ulcer surgery during the H2-receptor antagonist era: a population-based epidemiological study of ulcer surgery in Helsinki from 1972-1987. *Br J Surg.* 1991; 78(1): 28-31.
4. McConnell DB, Baba GC, Deveney CW. Changes in surgical treatment of peptic ulcer disease within a veterans hospital in the 1970s and the 1980s. *Arch Surg.* 1989; 124(10): 1164-1167.

5. Blomgren LM. Perforated peptic ulcer; long-term results of simple suture in the elderly. *World J Surg.* 1997; 21(4): 412-415
6. Hermansson M, Stael von Holstein C, Zilling T. Surgical approach and prognostic factors after peptic ulcer perforation. *Eur J Surg.* 1999; 165(6): 566-572.
7. Boey J, Choi SK, Poon A, Alagaratnam TT. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. A prospective validation of predictive factors. *Ann Surg.* 1987; 205(1): 22-26.