

acesta, este sediul unde poate apărea ulcerul duodenal postbulbar perforat. Material și metode: Studiul cuprinde un lot de 12 bolnavi, spitalizați de urgență cu suspjecție la ulcer postbulbar perforat în perioada 2000-2010. În raport cu numărul bolnavilor operați (692) pentru ulcer duodenal perforat în această perioadă, ulcerul postbulbar reprezintă un indice de 1,73%. În lot s-a constatat un număr de 10 bărbați și 2 femei cu vârsta cuprinsă între 41-60 ani. La internare s-a constatat că durerea și contractura musculară a peretelui abdominal a fost prezentă la 10 din 12 pacienți, iar la 2 bolnavi tabloul clinic, cât și examenul radiologic de ulcer perforat a fost absent. Rezultate: Referindu-ne la localizarea ulcerului postbulbar perforat constatăm că în majoritatea cazurilor leziunea a fost situată pe D1. Dacă la 10 pacienții simptomatologia clinică și radio-endoscopică era caracteristică ulcerului perforat, în 2 cazuri semnele clinice și de laborator au fost necaracteristice perforației ce ne-a impus la un examen suplimentar laparoscopia diagnostică care a constatat ulcer postbulbar perforat acoperit. Intervențiile chirurgicale efectuate la cei 12 pacienți cu ulcer perforat postbulbar au fost simplă suturare – 6 cazuri; excizia ulcerului perforat cu piloroduodenoplastie Judd asociat cu vagotomie tronculară bilaterală 4 cazuri; excizia ulcerului perforat asociat cu vagotomie selectivă proximală – 2 cazuri, cu rezultate bune la distanță. Concluzii: Perforația ulcerului postbulbar duodenal în peritoneal liber este rară și după datele noastre are o pondere de 1,73%.

PERFORATED POSTBULBAR ULCER

Actuality: Even though this region is clearly individualized by obvious anatomical criteria - intersection with gastro duodenal artery proximal and distal with the Treitz angle, which is the topic under discussion even today, the region of the duodenum (D 1-2-3-4), limited cranially by gastro duodenal artery and caudal by the papilla hole and below it, this is the area where post bulbar perforated duodenal ulcer can occur. Material and methods: The study includes a group of 12 patients hospitalized in the emergency suspecting post bulbar ulcer, in the period 2000-2010. In relation to the number of patients operated for perforated ulcer (692) during the same period, the post bulbar ulcer has an index of 1.73%. The group was with a total of 10 men and 2 women aged between 41 and 60. In terms of clinical and objective data on admission was found that pain and muscle contraction of the abdominal wall was present in 10 of 12 cases and in 2 cases clinical and radiological signs of the perforated ulcer were absent. Results: Referring to the perforated post bulbar ulcer localization we find that in most cases the lesion was located on the D1 segment. If 10 patients had clinical and radiological signs which indicated a perforated ulcer, in 2 cases clinical and laboratory signs were uncharacteristic for perforation that required us to a supplementary examination which was diagnostic laparoscopy which showed covered post bulbar perforated ulcer. Surgeries performed on the 12 patients with perforated ulcer were simple suturing – 6 cases, perforated ulcer excision with pyloric plasty Judd associated with bilateral nonselective vagotomy – 4 cases, and excision of ulcer perforation associated with selective proximal vagotomy – 2 cases, with good long term result. Deaths were not registered. Conclusions: Perforation of post bulbar ulcer in peritoneum is rare and by our data is 1,73%.

J176

CONSIDERENTE CLINICO- EVOLUTIVE SI DE FIZIOPATOLOGIE IN CLASIFICAREA ULCERELOR GASTRODUODENALE SI TRATAMENTUL MEDICO – CHIRURGICAL

Revencu S., Mustea V., Gaitur A., Balan S.

USMF "N. Testemitanu" Clinica Chirurgie "Sf. Arh. Mihail"

Propunem rezultatele unui studiu ce privește rezolvarea medicochirurgicală în cazul UGD de diferite geneze, conform comportamentului fiziopatologic și al complicațiilor ulceroase. Cercetările în ansamblu de la 1885 de pacienți cu USG au relevat: a) 1812 cu boala ulceroasă : în urgență -620, programat spitalizați-1192, operați 1015 (56%) pacienți, dintre care 678 (66,7%) în mod programat, efectuând rezecții gastrice 442 cazuri (65,2 %), vagotomii asociate drenajului gastric în 236 cazuri (34,8 %). În rest, 797 (44%) de pacienți au fost supuși tratamentului conservator. s-au înregistrat 13 decese (1,3%). b) în 68 cazuri a fost stabilit diagnosticul de ulcer gastroduodenal secundar, distribuția fiind: 36 ulcer hepatogen, 16 ulcer discirculatoriu; 14 ulcere au survenit pe teren de afecțiuni pulmonare cronice, de uremie, de stres, de origine leucemică și medicamentoasă. A predominat ulcerul hemoragic () 27 cazuri și perforat (18 cazuri). Au decedat 21(30,8%) pacienți; c) la 5 bolnavi ca urmare a examenului complex clinico-paraclinic și necroptic s-a constatat APUD-ome ulcerogene (3 decese). Pe baza acestui studiu putem constata: I. Maladia ulceroasă. Ulcerul gastric sau/si duodenal-se manifesta printr-un dezechilibru între factori de agresiune acido-peptica și mecanismele de aparare gastrica, cu preponderența agresiunii. Atitudinea chirurgicală și medicamentoasă vizează abolirea agresiunii, și, complementar, ameliorarea factorilor gastroprotectori. II. Ulcerele secundare (hepatogen, aterosclerotic, uremic etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica minimă; factor cauzal, de regula, cunoscut; defect vadiat al factorilor de protecție gastro-intestinală; hipoxie tisulară și circulatorie regională și de sistem, dereglari severe ale sistemelor energizante și detoxifiante hepatice, concepte de diagnostic nestabilite pe deplin. Actul chirurgical se impune în mod excepțional și nu vizează intru totul veriga patogenă. III. APUD-ome ulceroase (S-m Zollinger-Elison, hiperparatiroidism primar etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica absolută; ulcer gigant postoperator precoce (hemoragie, necroză-perforatie-dehiscentă); diagnostic dificil și tardiv. Actul chirurgical rezolvă problema în principiu prin înlăturarea APUD-omului sau a sursei secretoare de acid. Propunem rezultatele unui studiu ce privește rezolvarea medicochirurgicală în cazul UGD de diferite geneze, conform comportamentului fiziopatologic și al complicațiilor ulceroase. Cercetările în ansamblu de la 1885 de pacienți cu USG au relevat: a) 1812 cu boala ulceroasă : în urgență -620, programat spitalizați-1192, operați 1015 (56%) pacienți, dintre care 678 (66,7%) în mod programat, efectuând rezecții gastrice 442 cazuri (65,2 %), vagotomii asociate drenajului gastric în 236 cazuri (34,8 %). În rest, 797 (44%) de pacienți au fost supuși tratamentului conservator. s-au înregistrat 13 decese (1,3%). b) în 68 cazuri a fost stabilit diagnosticul de ulcer gastroduodenal secundar, distribuția fiind: 36 ulcer hepatogen, 16 ulcer discirculatoriu; 14 ulcere au survenit pe teren de afecțiuni pulmonare cronice, de uremie, de stres, de origine leucemică și medicamentoasă. A predominat ulcerul hemoragic () 27 cazuri și perforat (18 cazuri). Au decedat 21(30,8%) pacienți; c) la 5 bolnavi ca urmare a examenului complex clinico-paraclinic și necroptic s-a constatat APUD-ome ulcerogene (3 decese). Pe baza acestui studiu putem constata: I. Maladia ulceroasă. Ulcerul gastric sau/si duodenal-se manifesta printr-un dezechilibru între factori de agresiune acido-peptica și mecanismele de aparare gastrica, cu preponderența agresiunii. Atitudinea chirurgicală și medicamentoasă vizează abolirea agresiunii, și, complementar, ameliorarea factorilor gastroprotectori. II. Ulcerele secundare (hepatogen, aterosclerotic, uremic etc.) se manifesta prin agresiune acido-peptica minimă; factor cauzal, de regula, cunoscut; defect vadiat al factorilor de protecție gastro-intestinală; hipoxie tisulară și circulatorie regională și de sistem, dereglari severe ale sistemelor energizante

si detoxifiante hepatice, concepte de diagnostic nestabilite pedeplin. Actul chirurgical se impune in mod exceptional si nu vizeaza intru total veriga patogenica.III.APUD-ome ulceroase (S-m Zollinger-Elison, hiperparatiroidism primar etc.)se manifesta prin agresiune acido-peptica absoluta; ulcer gigant postoperator precoce (hemoragie, necroza-perforatie-dehiscenta); diagnostic dificil si tardiv. Actul chirurgical rezolva problema in principiu prin inlaturarea APUD-omului sau a sursei secretoare de acid.

CLINICAL –EVOLUTIVE AND PHYSIOPATHOLOGICAL CONSIDERATIONS IN GASTRODUODENAL ULCERS. CLASSIFICATION AND MEDICO-SURGICAL TREATMENT

We purpose our study regarding the medico-surgical treatment of different gastroduodenal ulcers according to physiopathological behaviour and complications. A general investigation of 1885 patients with gastroduodenal ulcers have pointed out a) 1812 patients with primary gastroduodenal ulcers: 620 urgent and 1192 planned admissions. 1015 patients (56%) have been operated on, from which 678 (66.7%) in planned operations, performing a distal gastrectomy in 442 cases (65.2%) and vagotomy with gastric drainage operations in 236 cases (34.8%); 797 patients have been treated conservatively. were registered 13 deaths (1.3%); b) in 68 cases has been established a diagnostic of a secondary gastroduodenal ulcer: 36-hepatogenous ulcers, 16 discirculatory ulcers; 14 ulcers generated by chronic pulmonary diseases, uremia, stress, leukemia and medicine groids. Bleeding ulcers - 27 and perforated - 18 cases. We had 21 deaths (30.8%); c) At 5 patients, after a complete clinical and pathomorphological examination, the diagnostic of an APUD-om has been confirmed (3 deaths). On the basis of this study we conclude: 1. Primary ulcer. Gastric and/or duodenal ulcers appear at a lack of balance between the acido-peptic aggression and gastric protection with a preponderance of aggression. The medico-surgical attitude is the abolishment of the aggression and in addition the support of the gastric protection factors; 2. Secondary ulcers (hepatogenous, atherosclerotic, uremic, etc.) are expressed by a minimal acido-peptic aggression and an important defect of gastrointestinal protection factors, tissue hypoxia, severe regional and systemic circulatory alterations of energy and detoxification hepatic systems, not fully established concepts; surgical procedure is exceptional and can not deal with the main pathogenic factor; 3. APUD-oms (Zollinger-Elison, hyperparathyroidism, etc.) are expressed by an absolute acido-peptic aggression, gigantic postoperative ulcer (bleeding necrotising-perforation-anastomotic failure), difficult and late diagnostic. Surgery solves the problem, generally, by removing the APUD-oms or the acidity secretion source.

J177

CHIRURGIA BOLII ALCALINE DE REFLUX POSTOPERATOR

Chiru F., Mates I.N., Dinu Daniela, Marica C., Dragu Corina, Constantinoiu S.

Clinica de Chirurgie Generala si Esofagiana, Spitalul Clinic "Sfanta Maria" Bucuresti, Romania

Introducere: Se analizeaza retrospectiv experienta clinicii pe 30 de ani (1981-2010) privind diversia duodenala totala Y-Roux (DDT) in tratamentul bolii alcaline de reflux postoperator (BARP). Materiale si metoda, rezultate: Din 89 de pacienti cu gastrojejunostomie Y-Roux dupa rezectie gastrica distala cu diverse indicatii, am selectionat 29 de pacienti la care procedeul s-a folosit in tratamentul BARP. Am exclus 9 cazuri cu DDT pentru patologie primara de reflux alcalin. In 20 cazuri DDT a fost practicata ca o modalitate reconstructiva pe "stomac operat": degastrogastrectomie sau conversie a montajului anastomotic preexistent (la bolnavi cu 1-3 operatii in antecedente, cu tulburari severe de motilitate). Se constata o scadere a numarului de cazuri in ultimii ani. La 9 pacienti DDT a fost utilizata ca intentie curativa antireflux dupa chirurgia biliara: colecistectomie ± coledocoduodenostomie, constatand cresterea numarului de cazuri in ultima perioada. Criteriile de indicatie chirurgicale: clinice, radiologice, endoscopice, histologice au selectat pentru interventie cazurile severe. Se prezinta particularitatile tehnice ca si consecintele morfofunctionale ale DDT. Rezultatele imediate sunt foarte bune: morbiditate minima (o reinterventie precoce pentru ocuzie digestiva inalta) si mortalitate postoperatorie zero. Rezultatele la distanta - evaluate clinic, radiologic, endoscopic si histologic - arata o ameliorare postoperatorie certa, cu exceptia anumitor forme histologice. Concluzii: Incidenta BARP dupa chirurgia gastrica a scazut, prin scaderea drastica a indicatiei operatorii pentru boala ulceroasa; in schimb creste relativ incidenta acestei entitati dupa chirurgia biliara. DDT este o procedura eficienta dar de rezerva, indicata in cazuri bine selectionate. Se constata o ameliorare postoperatorie certa clinica, endoscopica si histologica, cu exceptia gastritei atrofile si a metaplaziei intestinale, care se amelioreaza in mica masura.

SURGERY IN POSTOPERATOR ALKALINE DISEASE

Introduction. We analyzed the experience of the Clinic on past 30 years (1981-2010) regarding total duodenal diversion (TDD) with Roux-en-Y gastrectomy for postoperator alkaline reflux disease (PARD). Materials and method, results: Among 89 patients presenting Y-Roux gastrojejunostomy after gastric distal resection for various indications, we selected 29 patients in which the procedure was used as treatment of PARD. We excluded 9 patients with TDD for primary alkaline reflux disease. In 20 cases TDD was used as a reconstructive procedure on "operated stomach": degastrogastrectomy or conversion of the existing anastomotic assembly (at patients with history of 1-3 gastric operations, with severe motility disorders). It is ascertained a decrease in the number of such cases in recent years. At another 9 patients TDD was used as an antireflux cure after biliary surgery: colecistectomy ± coledocoduodenostomy, noting the increase number of such cases lately. The criteria for surgery indication: clinicals, radiologicals, endoscopicals, histologicals selected for intervention severe cases. There are presented techniques particularities and morfofunctional consequences of TDD. Immediate results were very good: minimal morbidity (one early reintervention for acute digestive occlusion) and no postoperator mortality. Long time results - clinical, radiological, endoscopic and histological evaluated - showed a certain postoperator improvement, excepting some definite histological forms. Conclusions: PARD incidence after gastric surgery has decreased through drastically decrease of surgical indication for patients with gastroduodenal ulcer; after biliar surgery. TDD is an efficient procedure but as a backup, being indicated only in cases very carefully selected. It is observed a definite clinical, endoscopic and histological postoperator improvement excepting atrophic gastritis which is less improved.