

PARTICULARITĂȚILE ANATOMOCLINICE ȘI TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ULCERULUI POSTBULBAR PERFORAT

Andrei Bujor

(Conducător științific – Petru Bujor, dr. hab. în medicină, prof. univ.)
Catedra Chirurgie 2 USMF „Nicolae Testemițanu”, clinica 2

Summary

Anatomical and clinical particularities in surgical treatment of perforated post-bulbar ulcer

A total of 16 clinical observations were analyzed, dealing with perforated post-bulbar ulceration in patients, hospitalized and operated in the Surgical Clinic of “St. Trinity” Municipal Clinic Hospital during 1994-2009. The frequency of the perforated post-bulbar ulcer, compared to the total number of patients operated for perforated bulbar ulcers over the same period of time was of 1,8%.

Rezumat

Au fost studiate 16 observații clinice, cu ulcer duodenal postbulbar perforat din perioada anilor 1994-2009 internați și operați în clinica chirurgie 2 la baza SCM „Sfânta Treime”. Frecvența ulcerului duodenal postbulbar perforat, raportată la bolnavii operați pentru ulcer duodenal bulbar perforat din aceeași perioadă a fost de 1,8%.

Actualitatea temei

Ca subiect larg dezbătut în literatura de specialitate și mult contraversat de diverși autori, ulcerul duodenal postbulbar nu este numai o formă anatomoclinică ci și un permanent inedit lezional care impune noi și noi soluții terapeutico-chirurgicale.

Obiectivele lucrării

Deși, individualizat de criterii anatomice precise – intersecție cu artera gastroduodenală proximal și unghiul Treitz distal, sferă care este pusă în discuție și astăzi de opinia medicală mondială, ca regiunea duodenului (D₁₋₂₋₃₋₄), delimitată cranial de artera gastroduodenală și caudal de orificiul papilei și mai jos de ea, este sediul unde poate apărea ulcerul duodenal postbulbar.

Material și metode

În perioada 1994-2009 s-au internat de urgență și s-au tratat chirurgical în clinica 16 bolnavi. În raport cu numărul bolnavilor operați (292) pentru ulcer duodenal perforat în aceeași perioadă, ulcerul duodenal jos situat perforat reprezintă un indice de 1,8%. În lotul de bolnavi studiat s-a constatat un număr de 14 bărbați și 2 femei cu vârsta cuprinsă între 41-60 ani. Studiul intervalului debut – internare arată că aproape toți pacienții au fost internați după 24 ore ce denotă o adresare tardivă (tab. 1).

Tabelul 1

Intervalul debut-internare în ulcerile postbulbare perforate (16 bolnavi)

Intervalul de timp (ore)	Numărul cazurilor
1-12	1
13-24	13
25 și mai mult	2
Total	16

În ceea ce privește simptomatologia clinică și datele obiective la internare s-a constatat că durerea și contractura musculară a peretelui abdominal a fost prezentă la 11 din 16 cazuri, iar la 5 bolnavi tabloul clinic cât și radiologic de ulcer perforat a fost absent.

La unii dintre bolnavi, diagnosticul de ulcer postbulbar, a fost cunoscut, ei au urmat tratament medical cu blocatori H₂ receptori histamină, de lungă durată – aciloc, pariet, losec, dar totuși evoluția spre complicație n-a putut fi evitată. Constatarea ne-a condus la ideea că aceste ulcere continua să evolueze chiar și sub tratament medical adecvat spre complicații.

Diagnosticul rămâne dificil și în continuare datorită modului particular de manifestare în raport cu localizarea, cât și unui tip special de evoluție.

Pornind de la constatarea că proporția cazurilor diagnosticate preoperator este minimă, am considerat necesare unele recomandări în examinarea anumitor categorii de bolnavi. Referindu-ne la localizare, constatăm că în majoritatea cazurilor leziunea a fost situată pe D₁. Perforațiile în peritoneul liber, în general, nu au ridicat probleme deosebite de tehnică și tactică chirurgicală, în schimb cele acoperite de organele adiacente și mai ales de pancreas impun obligatoriu duodenotomia pentru a aprecia raportul dintre papilă și ulcer, fapt important în alegerea tacticii chirurgicale.

Dacă diagnosticul de ulcer este dificil, tratamentul deseori este și mai dificil, din cauza vecinătății căilor biliare, pancreasului, cât și vecinătatea papilei, impunând în timpul intervențiilor atitudini tactice diferite cât și destul de prudente.

Din cauza unei frecvențe mici a ulcerului postbulbar perforat, cât și a cunoașterii incomplete a dificultăților de diagnostic, cât și a unei evoluții clinice particulare și a rezistenței deosebite la tratamentul medicamentos, se înregistrează un proces crescut de complicații care impun tehnici chirurgicale dificile, individuale de la caz la caz.

În ulcerele postbulbare perforate complicate și cu hemoragie, când diagnosticul de ulcer și de sediu nu este cunoscut, duodenotomia anterioară longitudinală devine obligatorie pentru a permite o explorare largă digitală capabilă să stabilească sursa hemoragiei. O dată descoperită, problema se complică din momentul în care leziunea este inextirpabilă, hemostaza ne fiind totdeauna ușor de executat în țesuturile cicatriciale. Atunci când condițiile locale ne-au permis, hemostaza s-a efectuat sub controlul vizual, cu fire de capron și nu am regretat nici odată. Procentul crescut al penetrațiilor și hemoragiilor în ulcere postbulbare, cât și numărul scăzut de ulcere perforate postbulbare ne face să credem că în acest tip de leziune ar fi vorba de un proces eroziv propriu, care determină de altfel și expresia clinicoradiologică.

Rezultate și discuții

Observațiile clinice confirmă indiscutabil postulatul că pregătirea preoperatorie a bolnavilor cu ulcer postbulbar perforat trebuie să fie efectuată în funcție de gravitatea stării bolnavului, să fie complexă și limitată în timp (limitele de 1,5 – 2 ore) și orientată spre restabilirea hemodinamicii, menținerea la nivelul adecvat a volumului sangvin circulant, ameliorarea activității sistemelor cardiovascular, respirator și funcțiilor de importanța vitală.

Remarcăm faptul că pentru asigurarea stabilității macro și microhemodinamicii e necesară o administrare corectă a substituenților sangvini cu corecția prealabilă a tensiunii osmotice, funcțiilor de transport ale sângelui și restabilirii volumului de sânge circulant. În componența soluției de perfuzie administrăm plasma sangvină, albumină, proteine pentru menținerea presiunii osmotice și soluții saline tampon (soluția Ringer-Locke, Laborit) destinate umplerii rapide a spațiilor intra și extracelulare. Bolnavilor gravi, cu peritonită le sunt indicate perfuzii cu dextrane cu greutate moleculară joasă, soluție de glucoză de 10%, insulină, diuretice, osmotice.

În funcția de starea generală a pacienților, patologia asociată, vârsta, diferențiat s-a apreciat un tratament medical preoperator de reechilibrare metabolică și hemodinamică în vederea practicării intervenției chirurgicale în condiții mai favorabile.

Dacă la 4 pacienți simptomatologia clinică și cea radiologică au fost caracteristice ulcerului perforat, în 5 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.

Ulcerul postbulbar având localizarea în apropierea carefurului biliopancreatic, are

întotdeauna tendință să evolueze prin scleroza stenoizantă și penetrație în formațiunile anatomice vecine – pediculul hepatic, pancreas – ceea ce creează dificultăți în rezolvarea chirurgicală a acestei leziuni.

Tabelul 2

Interval internare în ulcerele postbulbare perforate (16 bolnavi)

Interval de timp (ore)	Numărul cazurilor
1-12	1
13-24	14
25 și mai mult	1
Total	16

Intervențiile practicate la cei 16 pacienți cu ulcer postbulbar perforat au fost în 11 cazuri simplă suturare și sanarea cavității peritoneale, iar în 5 cazuri s-a efectuat excizia ulcerului, piloroduodenoplastia Judd asociată cu vagotomie tronculară bilaterală, cu rezultate bune la distanță (tab. 3).

Tabelul 3

Intervențiile chirurgicale efectuate în ulcerele postbulbare perforate (16 bolnavi)

Tipul intervenției chirurgicale	Numărul cazurilor
Simpla suturare a ulcerului perforat postbulbar cu sanarea cavității abdominale	11
Excizia ulcerului postbulbar, piloroduodenoplastia procedeul Judd, asociată cu vagotomie tronculară biaterală	5
Total	16

Pe lotul studiat s-a înregistrat un deces în rezultatul patologiei asociate cardio-vasculare grave.

Concluzii

1. Perforația în peritoneu liber a ulcerelor postbulbare este rară (0,5 – 3%).
2. Ulcerul postbulbar perforat prezintă dificultăți în ceea ce privește stabilirea diagnosticului, cât și o situație intraoperatorie precară, care solicită o rezolvare corectă pentru fiecare caz în parte.

Bibliografie

1. Bancu E. , Calffi I., Muhle N., Aberle G. - Chirurgia (București), 1966, nr. 4, p. 347.
2. Bancu E., Deac R., Crăciun T. – Rev. Med. Târgu Mureș, 1967, nr. 1, p. 17.
3. Beal J. , Moody F. C. – Surg. Clin. N. Amer., 1964, Vol. 44, nr. 22 p.379.
4. Bidulescu A. et al. Ulcerele postbulbare, Chirurgia, București, 1978, V XXI, 2, p.112.
5. Burlui D. et al. Ulcerul postbulbar, Chirurgia, București, 1977, p.111.
6. Butnaru M., Ciocan M., Kende I., Georgescu A., Albu D., Etănescu Gh., Tatomir I., Mureșan E. – Chirurgia (Buc.), 1966, Vol. 15, nr. 7, p. 621.
7. Dan I. Niculescu Ulcerul gastro-duodenal „IAȘI” – 1996, p. 261.
8. S. Duca Ulcerul gastroduodenal Cluj-Napoca. 2000, p. 240.
9. Fassio E. – Sem. Hop. Paris, 1965, nr. 42-45.
10. Ghelase F. et al., Chirurgia, București; 1999, p. 800.
11. Juvara J. et al. Ulcerele duodenale postbulbare, Chirurgia, București, 1977, p. 111.
12. Lecomte P., Ingleasakis J.A., Vedel J.P., Taramasco A., Commandre F. – Arch. Mal. Appar. Dig. 1958, Vol. 15, nr. 7, p. 613.
13. Monges H. Legre M., - Arch. Mal. Appar. dig., 1958, Vol. 47, nr. 9, p. 988.

14. Rogemont C. L. – J. Chir. (Paris), 1959, Vol. 15, nr. 7., p. 613.
15. Şuteu I., et al. Ulcerul postbulbar perforat // chirurgice, 1981, Vol. 30. nr. 4, p. 273 – 277.
16. Țurai I., Petrescu C., - Chirurgia (Buc), 1996, Vol. 15, nr.7, p. 613.
17. Zollinger R.M., Keller I. W., - Surg. Clin. N. Amer., 1996, Vol. 46, nr. 5, p. 114.
18. Аруин Л.И. Helicobacter pylori и хронизация гастродуоденальных язв //Клин. Медицина -2000. №3 – стр.60-64.
19. Бужор П.В. Постбульбарная язва. Кишинэу, 2005 стр. 167.
20. Ефименко Н.А., Перегидов С.И., Сухоруков А.Л., Шафалинов В.А. Современные подходы к эндовидеохирургии перфоративных гастродуоденальных язв // Хирургия – 2000. №4. стр.60-62.

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL CONTEMPORAN AL FISURILOR ANALE CRONICE

**Vladimir Cereş, Mihail Erlih, Constantin Țîbîrnă, Galina Pavliuc,
Alexei Baltag, Vitalie Mocan**

Catedra Chirurgie nr.2”, Clinica nr. 2 USMF “Nicolae Testemiţanu

Summary

Contemporary surgical management of chronic anal fissures

Currently there are a lot of methods of treatment of chronic anal fissure (both classical and contemporary as well). However, even with these modern methods, chronic anal fissure remains an actual problem. As definitive treatment, usually resort to anal fissure operation, but even in this case the recurrence rate is 15-20%.

We have implemented an innovative method (patented in 17,09,2004), and obtained better results than existing ones.

We recommend that chronic anal fissure is operated by the method proposed by our clinic.

Rezumat

La ora actuală sunt o mulțime de metode de tratament a fisurii anale cronice (atât clasice, cât și contemporane). Totuși, chiar și cu aceste metode contemporane, fisura anală cronică rămîne o problemă actuală. Ca tratament definitiv, de obicei, se recurge la operarea fisurii anale, dar chiar și în acest caz rata recurenței este de 15-20%.

Noi am implementat o metodă inovatoare (patentată în 17,09,2004), și am obținut rezultate superioare celor existente.

Recomandăm ca fisura anală cronică să fie operată conform acestei metode propuse de clinica noastră.

Actualitatea temei

În ultimii ani au apărut multe publicații dedicate tratamentului chirurgical al fisurii anale cronice. Dar totuși fisura anală este o ulceratie cronică și recidivantă a anusului a cărei patologie rămîne încă discutabilă. De cele mai dese ori fisura anală, o ulceratie triunghiulară sau ovalară, este localizată mai frecvent la nivelul comisurii posterioare, apoi la nivelul comisurii anterioare, și, alteleori, foarte rar se localizează pe o față lateral sau bipolar. Acest defect liniar sau triunghiular al canalului anal, cu lungimea de 1-2 cm, se situează în apropierea pliului de trecere, deasupra liniei Hilton, ajungând la linia pectinee sau chiar mai sus de aceasta, fundul ei fiind prezentat de mușchii sfîncterului anal. În evoluție îndelungată, datorită dezvoltării țesutului conjunctiv, marginile fisurii devin dure, țesuturile prezentându-se cu schimbări trofice. În