

Bibliografie

1. Anegawa G., Kawanaka H., Uehara H. Effect of laparoscopic splenectomy on portal hypertensive gastropathy in cirrhotic patients with portal hypertension. J Gastroenterol Hepatol. 2009, Sep., 24(9): p.8-1554.
2. Bancu S., Borz C., Popescu G. et alții. Suntul spleno-renal distal și proximal pentru hipersplenismul datorat cirozei hepatice. Chirurgia 102 (6): p.665-668.
3. Corneci Dan. Managementul perioperator al păacientului cu insuficiență hepatică. Actualități în ATI și mediicina de urgență. Timișoară, 2005, p.54-72.
4. Cazacov V., Hotineanu V., Gherghelejiu P., Guțan V. Particularități și controverse în abordarea hipersplenismului portal cirogen sever. Anale științifice V. IV, USMF „N.Testemițanu”. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2005, p. 57-62.
5. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbrava V., Moscalu Iu. Hipersplenismul portal –atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie. Arta Medica,Nr. 4(25),2007 :68-69
6. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice. Chișinău, 2002.
7. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbravă V., Brânza Gh. Atitudinea chirurgicală în hipersplenismul secundar hipertensiunii portale cirotice, Curier Medical, 1997, nr.2, p.4- 7.
8. Hotineanu V., Cazacov V. Soluție tehnică de necesitate pentru omentopexie în tratamentul hipertensiunii portale. Materialele congresului IX al Asociației Chirurgilor din RM, 2003, p.35-69
9. Popa M., Vasilescu C. Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic. Chirurgia,105(1):15-20
10. Popovici A., Grigoriu G. Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. București, 1995.
11. Tomikawa M, Akahoshi T, Sugimachi K. Laparoscopic splenectomy may be a superior supportive intervention for cirrhotic patients with hypersplenism. J Gastroenterol Hepatol. 2010 Feb;25(2):397-402.
12. Бойко В.В. Портальная гипертензия и ее осложнения. Харьков, 2008.
13. Ким И.Н. Коррекция гиперспленизма у больных с синдромом портальной гипертензии. Дисс. канд. Мед. Наук. Новосибирск, 2009.

COMPLICAȚIILE ACUTE ALE BOLII ULCEROASE ASOCIATE TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS (Cazuri clinice)

**Romeo Șerbina, Gheorghe Ghidirim, Vitalie Lescov,
Vladimir Manea, Gheorghe Boghean**

Catedra chirurgie Nr.1 „N.Anestiade”, USMF „Nicolae Testemițanu”, CNȘPMU

Summary

The acute complications of peptic ulcer disease associate of antituberculosis treatment

The authors present a short literature review and two clinical cases – the complications of pulmonary tuberculosis treatment : the peptic perforated duodenal ulcer and hemoragic ulcer. In both cases the antiulcers treatment required for this situation was ignored. As a conclusion the authors recommend antiulcers treatment and endoscopic dynamic examinations to all patients with tuberculosis.

Rezumat

Autorii prezintă un scurt reviu al literaturii și două cazuri clinice – complicații ale tratamentului tuberculozei pulmonare: hemoragie ulceroasă și ulcer perforat. În ambele cazuri a fost ignorat tratamentul antiulceros necesar în aceste situații. În concluzie se recomandă

tratamentul antiulceros și supravegherea endoscopică dinamică a tuturor pacienților cu tuberculoză.

Tuberculoza, după datele OMS, este o maladie răspândită, care atacă peste 16,2 mln populație, infectările ajungând la 1,9 bilioane, iar decesele în jurul la 1,9 mln (1,4). Tratamentul început e de durată și cuprinde preparate antituberculoase de prima linie: isoniazid, rifampin, pirazinamide, ethambutol, rifambutin, rifapentine; antibiotice de a doua linie: streptomycină, cicloserine, acidul aminosalic-p, ethionamide, amikacin sau kanamicin, capreamycin, levofloxacin, maxifloxacin, gatifloxacin (2). Efectul terapeutic cu eradicarea bacilului diferă de la pacient la pacient, tratamentul fiind de lungă durată, provoacă efecte secundare, diverse complicații, unele din ele letale (3,5). Astfel Rifampicina, folosită zilnic sau intermitent poate cauza reacții gastrointestinale. În acelaș mod acidul paraaminosalicylic acționează toxic asupra stomacului și intestinului, provocând ulcerații, hemoragii. Aceste complicații mai des se întâlnesc pe fundalul unor afecțiuni ale tractului digestiv. Prezentăm două cazuri clinice grave urmate de deces.

Cazul clinic Nr.1 Pacientul T.L, 51 ani, f/o 1931, internat în CNȘPMU pe 29.01.2011 cu diagnosticul la internare „HDS de etiologie neclară.” Diagnosticul clinic:” Boala ulceroasă, ulcer cronic gigant, HDS Forest II A. TBC pulmonar. Diagnosticul clinic definitiv: „BU, ulcer gastric cronic, hemoragie Forest II A, duodenită erozivă.TBC pulmonară infiltrativă, faza evolutivă. BAAR (+) pozitiv IB,IRI-II, ciroză hepaticăsubcompensată, etilism cronic; insuficiență cardio-respiratorie acută, anemie. La internare : dureri epigastrice, scaun melenic de 3 ori/24 ore, vomă cu „zaț de cafea”, slăbiciune generală, vertij.

S-a îmbolnăvit pe 29.01.2011, la orele 3⁰⁰, când a avut scaun melenic. Se afla la tratament în spitalul de ftiziopulmonologie. Din anamneză periodic avea pirozis, dureri nocturne epigastrice, care dispăreau după administrarea bicarbonatului de sodiu. Nu s-a adresat pentru investigare. La internare pulsul 105, TA 70/40 mm Hg.

FGDS – pe curbura mică, peretele anterior, în 1/3 medie a corpului, aproape de unghi, defect acoperit cu fibrină, vas trombat în centru 2,2 x 1,2 mm.Bulbul puțin deformat cu cicatrici mici și eroziuni de 0,1 -0,2 cm.

Concluzie: Ulcer calos al corpului gastric complicat cu hemoragie Forrest II B. Bulbită erozivă. Hemostază prin injectare de trombină – 250 unități + 5 ml soluție fiziologică.

Urmează o evoluție gravă, dar fără semne de continuare a hemoragiei, cu o prevalență a insuficienței respiratorii și hipotonie (TA 90/60,70/40 mm Hg.), obnubilare profundă – sopor.

Rx – toracic pe 06.02.2011 – TBC fibro-cavitară S₁ – S₂ pe dreapta.

De la 06.02.2011 TA menținută pe cardiotonice, pe sonda naso-gastrală fără semne de hemoragie.

Pe 08.02.2011 la 17³⁰ starea cu agravare – obnubilare profundă. La 19³⁰ starea extrem de gravă cu insuficiență respiratorie, pentru ce a fost intubat; hemodinamică instabilă (80/40 mm Hg).

La ora 22⁰⁰ stop cardiac, deces.

Diagnosticul morfopatologic: Maladie ulceroasă. Ulcer cronic gastric, HDS recidivantă. Anemie posthemoragică. Duodenită erozivă.TBC pulmonară infiltrativă în S₁-S₂ pe dreapta cu destrucție, bronșită cronică obstructivă, deformare metatuberculoasă, pneumofibroză difuză .Emfizem pulmonar. Cord pulmonar cronic, diseminare bronhogenă în lobul inferior al plămânului stâng. Emfizem cronic. Insuficiență cardiorespiratorie și distrofie provocată a miocardului. Necroză nefrotică și distrofie proteică a rinichilor. Cașexie.

Cazul clinic Nr.2

Pacientul L.Iu.Gh., 44 ani, f/o 4547, internat în CNȘPMU pe 11.03.2011, orele 03³⁰ peste 6 ore de la debutul bolii. Diagnosticul de trimitere: „Ulcer perforat”. Diagnosticul la internare: „PA, Ulcer perforat?, TBC pulmonară infiltrativă bilaterală, pneumonie bazală și pleurezie pe stânga. Cașexie”. Bolnav de 6 zile cu dureri epigastrale și ambele hipocondrii. Pacientul nu s-a

adresat la medicul chirurg. Spitalizat în spitalul de ftiziatrie. Medicul de gardă a suspectat un abdomen acut și a solicitat consultul chirurgului pe linia AVIASAN.

Ca și în cazul precedent lipsea anamneza ulceroasă. La internare - examenul radiologic fără gaz liber în cavitatea abdominală; TBC infiltrativ evolutivă în lobul superior al ambilor pulmoni complicată cu distrucție și diseminare bronhogenă bilaterală. Lichid în cavitatea pleurală stângă până la coasta VI, multiple opacități nodular-infiltrative pe dreapta.

USG – lichid liber în proiecția hipogastrului, posterior de vezica urinară 66x31x78 mm. Pentru diagnostic diferențial s-a efectuat laparoscopia de urgență în primele 3 ore de la internare după stabilizarea tensiunii arteriale. S-a depistat ulcer perforat, peritonită sero-fibrinoasă difuză.

Operația: laparotomie mediană superioară, excizia ulcerului și piloroplastie Djudd. Sanarea și drenarea cavității abdominale. Toracocenteză pe stânga cu drenare tip Biulau.

Evoluția postoperatorie foarte gravă, instabilitate hemodinamică. La 18⁵⁰ – stop cardiac. Timp de 1 min 30 secunde resuscitat.

Pe 12.03.2011 stop cardiac repetat fără efect de la tratamentul de resuscitare. Deces.

Diagnostic pato-morfologic: Boala ulceroasă, ulcer cronic duodenal în acutizare cu perforație, peritonită fibrinozo – purulentă difuză. Operația – laparotomie mediană superioară, excizia ulcerului și piloroplastia Djudd. TBC pulmonară bilaterală infiltrativă. Pneumonie bilaterală în lobii inferiori. Edem pulmonar. Pleurezie sero – fibrinoasă pe stânga. Toracocenteză pe stânga. Steatoză hepatică. Pancreatită cronică. Insuficiență poliorganică. Distrofie parenchimatousă și stază venoasă a organelor interne. Cașexie.

Discuții

În primul caz pacientul a fost internat într-o stare extrem de gravă, deteriorat biologic pe un fundal de multiple patologii asociate, care au fost cauza decesului prin insuficiență poliorganică. În cazul tratamentului îndelungat cu preparate specifice, administrate peroral, ar trebui să fie obligator, la toți pacienții, efectuarea FGDS cu indicarea strictă de preparate antiulceroase pentru protejarea stomacului și tratamentul defectului ulceros.

Pacienții, fiind social vulnerabili, ar necesita un control forțat al stomacului și duodenului pentru profilaxia complicațiilor și un tratament asigurat de stat. Și în acest caz, chiar adresarea tardivă, după 6 zile de la debut, se presupune o perforație menajată cu formarea unui abces, care a erupt, cu 6 ore până la internare, în cavitatea abdominală liberă cu un șoc septic a făcut dificil diagnosticul, care a necesitat procedee diagnostice repetate, inclusiv laparoscopia.

Fonul grav al patologiei pulmonare, lipsa investigării, dar și tratamentul antiulceros obligator în aceste cazuri a provocat complicații majore cu declanșarea insuficienței poliorganice și decesul pacientului.

Drept concluzie la cazurile prezentate ar fi:

- toți pacienții cu TBC pulmonară sau a altor localizări, aflați sub tratament îndelungat specific necesită investigație în vederea excluderii unei patologii gastro-duodenale;
- pacienților cu TBC, supuși unui tratament medicamentos de durată se va indica un tratament antiulceros profilactic cu supravegherea endoscopică în dinamică.

Bibliografie

1. WHO. Treatment of Tuberculosis. Guidelines for National Programmes. 3rd Edh., Geneva, Switzerland, WHO / CDS / Tb/, 2003; pp 57 – 60; 87 – 104.
2. Treatment of tuberculosis. Am Respir Criticare Med, 2003;167: 603- 662.
3. Girling DJ. Adverse effects of tuberculosis drugs. Drugs, 1982;23:56 – 74.
4. WWW.Boli – Medicina.com
5. John E.Oeltmann, PHD; J. Steve Kammerer, MBA; Eric S. Pevzner, PhD; Patri K. Moonan, DrPH. Tuberculosis and Substance Abuse in The United States, 1997-2006. Arh Intern Med. 2009;169(2):189-197.