

REFERATE GENERALE

BOALA STOMACULUI OPERAT. REVIU LITERAR OPERATED STOMACH DISEASE. A REVIEW

Eduard Bortă¹ – colaborator științific, dr. în șt. med.

Vladimir Hotineanu² – prof. univ., dr. hab. în șt.med., m.c. AȘM

Adrian Hotineanu² – prof. univ., dr. hab. în șt.med.

Anatol Cazac¹ – conf. univ., dr. în șt. med.

Artur Hurmuzache¹ – colaborator științific, dr. în șt. med.

¹ LCȘ "Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv" a IP USMF "Nicolae Testemițanu"

² Catedra 2 Chirurgie a IP USMF "Nicolae Testemițanu"

Rezumat

"Stomacul operat" reprezintă totalitatea consecințelor digestive și generale secundare intervențiilor chirurgicale care se practică pentru afecțiuni benigne sau maligne. Vom include aici și complicațiile produse de vagotomie, căci ele sunt similare, dar se produc cu incidență diferită. Trebuie menționat faptul că, în prezent, ne întâlnim din ce în ce mai rar cu această patologie.

După gastrectomie, un bolnav din patru semnalează simptome postoperatorii și un bolnav din zece necesită îngrijiri medicale. Marea majoritate a simptomelor este legată de mese, în raport cu trecerea accelerată a alimentelor în intestin și este reprezentată de dureri sau disconfort epigastric, diaree și manifestări vasomotorii. În cazurile grave se adaugă absența apetitului, sațietatea precoce și scăderea în greutate.

Summary

"Operated stomach disease" represents all secondary consequences of digestive and general surgery practice, which are practiced in benign or malign conditions. We will include here the complications caused by vagotomy, because they are similar, but with different incidence. It should be noted that currently we encounter more rarely with this pathology.

After gastrectomy, one of four patients points postoperative symptoms and one of ten patients required medical attention. The vast majority of symptoms is linked to meals, in relation with the accelerated passage of food in the intestine and this is represented by epigastric pain or discomfort, diarrhea and vasomotor symptoms. In severe cases there are added no appetite, satiety and weight loss.

Резюме

"Оперированный желудок" представляет все вторичные последствия пищеварительной и общей хирургической практики которая является доброкачественной или злокачественной. Мы включаем сюда осложнения, вызванные ваготомией, потому что они похожи, но с разной частотой встречаются. Следует отметить, что в настоящее время мы встречаемся все более реже с данной патологией.

После резекции желудка, один из четырех больных проявляет послеоперационные симптомы и один пациент из десяти требуют медицинской помощи. Подавляющее большинство симптомов связано с питанием, в связи с ускоренным прохождением пищи в кишечнике и представлена затуманенной болью или дискомфортом, диареей и вазомоторными симптомами. В тяжелых случаях исчезает аппетит, сытость и появляется прогрессирующая потеря в весе.

Introducere

Datorită progreselor înregistrate în chirurgie, o mare parte din cazurile operate se vindecă fără a mai prezenta suferințe ulterioare. Totuși, proporția celor care reclamă în continuare suferințe rămâne ridicată. [8,18,22,26]

Stomacul îndeplinește două funcții principale: funcția de secreție clor -hidropeptică și funcția mecanică de rezervor și de evacuare progresivă a conținutului gastric, care să faciliteze digestia și absorbția intraluminală. Chirurgia gastrică, indiferent de tipul intervenției, determină reducerea secreției gastrice și tulburări de motilitate gastrică. [2,4,8,9,32]

După rezecția de stomac suferă toate funcțiile de bază ale stomacului: de rezervor, de digestie și de evacuare ritmică. Primele două funcții sunt suplinite în parte de etajele subiacente, iar funcția care suferă cel mai mult este cea de evacuare ritmică. Efortul chirurgilor este îndreptat către realizarea unei guri de anastomoză, care să poată suplini pilorul și care să asigure o evacuare ritmică a conținutului gastric în jejun. Aproape

întotdeauna există tulburări postoperatorii, fiind cunoscută o perioadă de adaptare, perioada care trebuie să dureze însă 6 luni, maximum 1 an. [3,6,11,12,16]

În funcție de tipul operației efectuate sunt două tipuri de tulburări postoperatorii: postgastrezectionale și postvagotomice. Variantele clinice ale acestor tulburări sunt strâns legate de tipul intervenției chirurgicale efectuate. De aceea, în fiecare caz, este necesar să se cunoască în mod clar ce operație a fost efectuată pacientului. Există trei tipuri principale de rezecție gastrică: Billroth I, Billroth II și rezecție pe ansa "Y" a la Roux. Toate celelalte operații sunt ca o modificare a acestora. [4,19,20,24]

Când este vorba de suferințe apărute după rezecții impuse de ulcerul gastric și duodenal, acestea pot fi clasificate după criteriile Visick:

- nici un simptom digestiv;
- simptome sporadice, controlate prin dietă;
- simptome moderate, cu disconfort ușor;
- simptome severe, suferința interferând cu activitatea zilnică.

Complicațiile postoperatorii ale stomacului operat sunt precoce și tardive, în funcție de momentul apariției suferinței raportat la momentul intervenției.

Complicațiile postoperatorii precoce survin în primele patru săptămâni de la intervenția chirurgicală. [7,8,11,32] Sunt apanajul chirurgiei și se datorează deficiențelor de tehnică chirurgicală, fiind reprezentate de:

- hemoragia postoperatorie;
- dilacerarea zonei de sutură la nivelul anastomozei;
- suferința țesuturilor și organelor adiacente;
- întârzierea evacuării gastrice (insuficiența evacuatorie) și obstrucția gastrică.

Complicații postoperatorii tardive apar după mai mult de patru săptămâni de la intervenția chirurgicală. [4,9,23,25] Ele se împart în tulburări funcționale și tulburări organice, și au particularități clinice și implicații prognostice în funcție de tipul intervenției chirurgicale. Aceste complicații includ:

- Sindromul Dumping precoce (Roberts, 1954);
- Sindromul Dumping tardiv (Shultz, 1971);
- Gastrita alcalină de reflux (Ritchie, 1980);
- Diaree postvagotomie (Emas, 1985);
- Sindromul de ansă Roux (Gustavsson, 1988);
- Atonia gastrică cronică (Hom, 1989);
- Sindromul de stomac mic (Delcore, 1991);
- Sindromul de ansă aferentă (Eagon, 1992);
- Sindromul de ansă eferentă (Eagon, 1992).

Complicații și consecințe

- Apariția unei hemoragii la nivelul tractului gastro-intestinal.
- Apariția de hipovitaminoză (deficit de vitamine în organism).
- Dezvoltarea anemiei.
- Gastrita bontului gastric (partea păstrată a stomacului după o intervenție chirurgicală).
- Formarea de ulcere și defecte în diferite adâncimi ale bontului.
- Diaree – rezultatul reducerii producției (output) de acid clorhidric și sucuri digestive în stomac.
- Apariția cancerului (tip agresiv malign al tumorii bontului gastric).
- Imunitate redusă (rezistența organismului la microorganisme dăunătoare, virusuri) și sensibilitate crescută la infecții.
- Formarea de fistule (anormale (absente în canalele normale)) între stomac și intestine.

- Anemia B12 deficitară – o scădere a hemoglobinei (proteina de oxigen purtător și celule roșii din sânge (eritrocite)) din cauza lipsei de substanțe speciale (factor Kastl) legate de vitamina B12 în stomac, fiind caracterizată de oboseală, de culoare pală a pielii, o senzație de furnicături la nivelul membrelor și confuzie ușoară. [6,7,9,14,15,17]

Prevenirea bolii stomacului operat

Deoarece patologia stomacului operat în sine prevede complicații ale operației asupra stomacului, prevenirea principală este efectuată de către medicul curant, pentru a reduce riscul acestor boli. Evaluarea atentă înainte de operație, alegerea intervenției chirurgicale, pedantismul tehnicii chirurgicale și observarea atentă a pacientului după intervenția chirurgicală, reduce semnificativ riscul apariției BSO. [2,5,19,22,27]

Efectuarea (cel puțin 1 dată pe an) a FEGDS – o procedură de diagnostic, pe parcursul căreia medicul examinează și evaluează starea suprafeței interioare a esofagului, stomacului și duodenului. De asemenea, pacientul e obligat (alături de tratamentul farmacoterapeutic specializat) să urmeze o activitate fizică moderată, un stil de viață sănătos cu o dietă durabilă și echilibrată (consumul de alimente bogate în fibre (legume, fructe, ierburi), non-prăjite, refuzul de obiceiuri proaste (fumat, alcool). Acest lucru reduce semnificativ sarcina pe stomacul operat și previne dezvoltarea simptomelor bolii. [1,19,29,30,32]

Concluzii

- Stomacul operat cuprinde un grup de entități patologice, fiecare cu caracteristici fiziopatologice, cu semne clinice și simptome distincte, care influențează calitatea vieții bolnavilor.
- Aproximativ 25% dintre pacienții operați prezintă una sau mai multe suferințe postoperatorii.
- După gastrectomie, un bolnav din doi semnaleză simptome postoperatorii și un bolnav din zece necesită îngrijiri medicale.
- Majoritatea simptomelor sunt legate de mese, în raport cu trecerea accelerată a alimentelor în intestin și este reprezentată în principal de dureri sau disconfort epigastric, diaree și manifestări vasomotorii.
- În cazurile grave se asociază lipsa poftei de mâncare, sațietate precoce, sindrom de malabsorbție.
- Măsurile igieno-dietetice au rol important în ameliorarea simptomatologiei. Majoritatea pacienților beneficiază de tratament medicamentos, iar formele invalidante, rezistente la tratamentul medicamentos, necesită reintervenție chirurgicală.

Bibliografie

1. Abrashev D., Mikhailov K., Kostov D., Nikolov V. A retrospective survey study of diagnosis and surgical treatment in peptic ulcer.// *Khirurgia (Sophia)*.-1993.-Vol.46.- №4.-P.11-13.
2. Alizadeh N., Buhler L., Huber O., Morel P. Conservative treatment of gastroduodenal peptic ulcer perforations: indications and results // *Schweiz. Med. Wochenschr.*-1997.- Bd.89.-Suppl.-S.17-19.
3. Angelescu N. *Tratat de chirurgie*, București, 2002.
4. Belchev B, Donev S, Zheliazkov V, Ganchev D. Our experience with the surgical treatment of complicated duodenal ulcer using truncal vagotomy.// *Khirurg-giia (Sofia)*.-1995- Vol. 48.- №4.-P.32-33.
5. Bătcă P., Oprea A. *Urgențe chirurgicale abdominale*, Editura "Arc", Chișinău, 1998.
6. Bliss, D. W., and Stabile, B. E.: The impact of ulcerogenic drugs on surgery for the treatment of peptic ulcer disease. *Arch. Surg.*, 126:609, 1991.
7. Bloom, B., and Kroch, E.: Time trends in peptic ulcer disease and in gastritis and duodenitis: Morbidity, utilization, and disability in the United States. *J. Clin. Gastroenterol.*, 17:333, 1993.
8. Boey, J., Choi, S. K. Y., Alagaratnam, T. T., and Poon, A.: Risk stratification in perforated duodenal ulcers: A prospective validation of predictive factors. *Ann. Surg.*, 205:22, 1987.
9. Burch, J. M., Cox, C. L., Feliciano, D. V., Richardson, R. J., and Martin, R. R.: Management of the difficult duodenal stump. *Am. J. Surg.*, 162:522, 1991.

10. Callicutt C.S., Berhman S.W. Incidence of H. pylori in operatively managed acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // *J. Gastrointest. Surg.*— 2001.-Vol. 5.-№ 5.-P. 614-619.
11. Cheng, C. A., Geoghegan, J. G., Lawson, D. C., Berlangieri, S. U., Akwari, O., and Pappas, T. N.: Central and peripheral effects of CCK receptor antagonists L-365, 260 and MK-329 on satiety in dogs. *Am. J. Physiol.*, 246:219, 1993.
12. Chey, W. Y., Kim, M. S., Lee, K. Y., and Chang, T. M.: Secretin is an enterogastrone in the dog. *Am. J. Physiol.*, 240:G239, 1981.
13. Colin-Jones, D. G., Ireland, A., and Gear, P.: Reducing overnight secretion of acid to heal duodenal ulcers: Comparison of standard divided dose of ranitidine with a single dose administered at night. *Am. J. Med.*, 77:116, 1984.
14. Crofts, T. J., Park, K. G. M., Steele, R. J. C., Chung, S. S. C., and Li, A. K. C.: A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer. *N. Engl. J. Med.*, 320:970, 1989.
15. Cullen, J. J., and Kelly, K. A.: Gastric motor physiology and pathophysiology. *Surg. Clin. North Am.*
16. Dubois F. Vagotomies laparoscopic or thoracoscopic approach // *Endosc. Surg. Allied. Technol.*- 1994.-Vol. 2.-№2.-P. 100-104.
17. Gutierrez de la Pena C., Marquez R., Fakih F., Dominguez-Adame E., Meddina J. Simple closure or vagotomy and pyloroplasty for the treatment of a perforated duodenal ulcer: comparison of results // *Dig. Surg.*-2000 Vol. 17 - №3- P. 225-228.
18. Holle F. Critique and summary on clinic of SPV pyloroplasty (1964–1974) / F. Holle. // *Chir. Gastroent.* — 1977. – Vol. 11, № 1. — P. 69–75.
19. Hotineanu V. *Chirurgie (Curs selectiv), C.E.P. "Medicina", Chişinău, 2008.*
20. Johnston A.G. Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the future management of peptic ulcer? // *Wrld. J. Surg* 2000- Vol. 24 - № 2 - P. 259-263.
21. Jordan P. A prospective study of parietal cell vagotomy and selective vagotomy+antrectomy for treatment of duodenal ulcer / P. Jordan // *Ann. Surg.* — 1996. — Vol. 184, № 6. — P. 619–628.
22. Machado M., da Rocha J., Abdalla R., Machado M. Videolaparoscopy gastrectomy for complicated peptic ulcer: technique and case report.// *Arq. Gastroenterol.*- 1999.- Vol.36.-№ 3.- P. 154-158.
23. Millat B, Fingerhut A, Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials // *World J Surg* 2000.- Vol. 24.- №3- P. 299-306.
24. Ohmann C., Imhof M., Roher H.-D. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment // *World J. Surg.*- 2000.- Vol. 24.- № 3.- P. 289-293.
25. Reyes C.D., Weber K.J., Gagner M., Divino C.M. Laparoscopic vs open gastrectomy: a retrospective review // *Surg. Endosc* 2001.- Vol. 15 - № 9- P. 928-931.
26. Romanelli J.R., Kelly J.J., Litwin D.E. Hand-assisted laparoscopic surgery in the United States: an overview.// *Semin. Laparosc. Surg* 2001 - Vol. 8-№1- P. 96-103.
27. Svanes C. Trends in perforated peptic ulcer: incidence, etiology, treatment and prognosis // *World J. Surg.*- 2000 Vol. 24.- №3- P. 277-283.
28. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. (ред.) *Гастроэнтерология. Национальное руководство.* – 2008. ГЭОТАР-Медиа. 754 с.
29. Кузин М.И. *Хирургические болезни.* — Москва: Медицина, 2005. — 638 с.
30. Лупальцов В.И. *Перфоративная гастродуоденальная язва / В.И. Лупальцов.* — Х.: Основа, 2003. — 238 с.
31. Лупальцов В.И. *Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: хирургическое лечение / В.И. Лупальцов.* — К.: Лига-Информ, 2009. — 133 с.
32. Парфенов А.И. «*Энтерология*». – М.: Триада-Х, 202, — 744с.