

диабетической стопы. Клиническая медицина. N.10, 2004, pag. 66.

9)- Светухин А.М., Земляной А.Б., Колтунов В.А. Отдаленные результаты лечение больных с гнойно-некротические формами синдрома диабетической стопы. Хирургия. 7'2008, pag.8-10.

10)- Чур Н.Н., Гришин И.Н., Казловский А.А., Кокошко Ю.И. Этиология патогенез классификация и хирургическое лечение синдрома диабетической стопы. Хирургия 4'2003, pag. 42.

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ALE ULCERULUI PERFORAT GASTRODUODENAL LA PACIENȚII ÎN VÂRSTĂ ȘI CU PATOLOGIE ASOCIATĂ

Daniela Jardan

(Coordonator științific: Vladimir Iacub, dr.med., conf.univ.)

Catedra Chirurgie generală și semiologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Perforated gastroduodenal ulcer – peculiarities of treatment and diagnosis in elderly patients and those with associated diseases

The study of the clinical cases of 24 patients operated on with perforated gastroduodenal ulcer during 2006-2009 reveals some peculiarities of treatment and diagnosis in elderly patients and those with associated diseases which were determined by the tendency to present late, the efficiency of the X-ray examination, the discordance between the clinical state and the seriousness of the disease in cirrhotics and diabetics, a poor prognosis in large surgical interventions and a high mortality rate caused by the fast decompensation during the operation.

Rezumat

Studiul fișelor de observație a 24 de pacienți operați în perioada 2006-2009 cu ulcer perforat relevă particularități în diagnosticul și tratamentul pacienților în vârstă și celor tarați date de tendința de adresabilitate tardivă, eficiența metodei radiologice în diagnosticul clinic, discordanța dintre gravitatea maladiei și tabloul clinic la cei cu patologii asociate ca diabetul zaharat și ciroza, prognosticul rezervat în cazul intervențiilor chirurgicale masive și o rată înaltă a mortalității din cauza decompensării rapide în timpul operației.

Actualitatea temei

Descoperirile făcute în domeniul etiologiei ulcerului gastroduodenal și introducerea în tratament a H2 blocatorilor au adus succese mari în tratament în ultimii ani, dar incidența acestei maladii rămâne înaltă și cu un indice al mortalității ridicat [1].

Deși a scăzut rata internărilor pacienților cu maladie ulceroasă, rămâne destul de ridicată internarea celor care prezintă complicații ale ulcerului, cum ar fi perforația, care complică 5-10% din ulcerele gastro-duodenale [6].

Perforația de ulcer gastroduodenal are un tablou clinic foarte zgomotos la majoritatea pacienților. Durerea violentă declanșată brusc face pacientul să solicite de urgență ajutorul medical.

În același timp există categorii de pacienți, care, pe motiv că suportă maladii concomitente grave cum ar fi ciroza cu ascită sau diabetul zaharat sau au o vârstă îndelungată, dezvoltă o clinică atipică a abdomenului acut, fiind foarte greu a se pune diagnosticul în baza manifestărilor clinice. Rata cea mai mare a mortalității prin această maladie este înregistrată anume pe seama acestor categorii de pacienți care ajung să solicite ajutorul medical la un timp mai îndelungat de la debutul maladiei, iar maladiile asociate fac să crească numărul complicațiilor postoperatorii.

Diagnosticul și tratamentul ulcerului perforat sunt studiate pe larg la momentul actual, încercându-se depistarea metodelor celor mai rapide de diagnostic și tratamentul cu cea mai mare eficiență, individualizat categoriilor de pacienți.

Obiectivele lucrării

Scopul acestui studiu este depistarea particularităților de clinică care apare la pacienții cu vârsta peste 65 de ani și cei care prezintă maladii asociate și stabilirea tacticii de tratament care ar fi cea mai potrivită în astfel de cazuri clinice, pentru a reduce rata mortalității.

Obiectivele studiului au fost: studierea tabloului clinic al pacienților cu vârstă peste 65 de ani, studierea metodelor de diagnostic și eficiența lor, studierea metodelor de tratament și particularitățile lui la pacienții în vârstă și cei cu patologii asociate.

Material și metode de cercetare

Au fost studiate foile de observație din perioada 2006-2009 a pacienților care au fost operați cu ulcer gastroduodenal perforat (UGDP) în Clinica de Chirurgie a Spitalului Clinic Municipal nr.1.

Au fost înregistrate și analizate datele demografice ale pacienților (vârsta, sex), durata de timp de la momentul debutului pînă la internare, durata de timp de la momentul internării pînă la intervenția chirurgicală, comorbiditățile prezente, durata spitalizării, particularitățile examenului clinic la pacienții din lotul celor tarati și cu vârsta peste 65 de ani, diagnosticul și tratamentul acestora, în scopul depistării particularităților clinicii, diagnosticului și tratamentului.

Rezultate obținute

Un număr de 24 de pacienți au fost operați în perioada 2006-2009 în Clinica Chirurgicală a Spitalului Clinic Municipal nr.1 cu UGDP. Din aceste cazuri, 5 au fost autoadresări (20,8%) și 19 cazuri au solicitat Asistența Medicală de Urgență (79,2%).

Lotul cuprinde 17 bărbați (70,83%) și 7 femei (29,17%). Vârsta medie a fost de 45,6 de ani, mai mare pentru bărbați (48,2 de ani) și mai scăzută pentru femei (39,2 de ani) variind între 19 și 91 de ani. Din întreg lotul de pacienți, 87,5% au prezentat perforația ulcerului duodenal și restul 12,5%, perforația ulcerului gastric, ambele tipuri de ulcer purtînd aceeași pondere atît în rîndul pacienților de sex masculin, cît și feminin.

Distribuția incidenței perforației ulcerului pe parcursul anului în lotul actual de pacienți este următoarea: cele mai multe cazuri de adresări au fost înregistrate în prima jumătate a anului în lunile aprilie, iunie urmate de o creștere ulterioară spre sfîrșitul celei de-a doua jumătăți a anului în lunile octombrie, noiembrie și decembrie.

Rata mortalității pe lotul în studiu a fost de 12,5% (3 pacienți), cauzele de deces fiind reprezentate de insuficiența hepato-renală (un caz), insuficiența cardiacă cu edem pulmonar (un caz) și insuficiență cardiopulmonară cu stop cardiorespirator (un caz). Vârsta celor decedați este de 65, 86 și 47 de ani (40% din cei peste 65 de ani).

În ce privește durata de timp de la debutul maladiei pînă la momentul adresării pacientului, cea mai mare parte de pacienți s-au adresat în primele 6 ore de la debutul maladiei chirurgicale (58,3%). Pe locul doi, cu o pondere de 16,6% sunt adresările în intervalul 24 – 48 de ore, urmate indeaproape de ponderea celor făcute în intervalul 15 – 20 de ore de la debut (12,5%).

Durata de timp scursă de la momentul debutului bolii chirurgicale pînă la intervenția chirurgicală este un factor ce determină tactica de tratament. Totodată, acest indice ajută în stabilirea unui prognostic al stării de sănătate ulterioare a subiecților. În lotul de studiu cea mai mare parte din pacienți (33,3%) au fost operați în primele 6 ore de la debutul maladiei. Sunt pe poziții apropiate ponderea intervențiilor în intervalul 7 -10 ore și 20 -24 de ore cu 29,1%, respectiv 25,0%. Cea mai mică pondere, de 12,5%, o dețin intervențiile efectuate la 40 – 48 de ore scurse de la debutul bolii chirurgicale acute.

Durata medie a spitalizării pacienților cu UGDP a fost de 8,3 zile, cu variații extreme de

la 5 la 24 de zile.

Tarele asociate, unul din elementele cheie ale studiului prezent, s-au înregistrat la 11 din pacienții lotului. Cele mai frecvent întâlnite afecțiuni sunt cele cardiovasculare care includ cardiopatia ischemică, angorul pectoral, insuficiența cardiacă de gradul II-III (NYHA). Acestea s-au înregistrat la 7 din cei 11 pacienți. Afecțiunile pulmonare sunt pe locul 2 după pondere cu 3 pacienți. Bolile hepatice și anume ciroza a fost prezentă la 2 din pacienții studiului, la fel ca și diabetul zaharat de tip II, acesta din urmă fiind asociat pacienților care prezintă în același timp și afecțiuni cardiovasculare. Din cifrele de mai sus rezultă că majoritatea pacienților prezintă 2 sau mai multe comorbidități concomitent pe lângă afecțiunea chirurgicală de bază. Printre comorbiditățile enumerate mai sus, lotul include o pacientă cu endometrită postpartum, lăuză de 4 zile, un caz care comportă particularități clinice: clinică „ștearsă” cu dureri moderate în abdomen, defans muscular ușor și semne peritoneale slab pozitive. Diagnosticul a fost stabilit în baza radiografiei abdominale pe gol confirmat intraoperator.

În lotul întreg de studiu s-au înregistrat 5 persoane cu vârsta ≥ 65 de ani, aproximativ 21%, dintre care o pacientă de sex feminin, restul de sex masculin. 2 din 5 persoane peste 65 de ani au decedat (40%).

Durata medie de spitalizare a pacienților din lotul celor țarați și cu vârsta peste 65 de ani este 12,6 zile, valoare cu aproximativ 50% mai mare decât cea caracteristică lotului întreg de 24 de pacienți.

În ce privește timpul scurs de la debutul bolii până la momentul adresării, acest sublot de pacienți comportă altă tendință decât lotul întreg, procentul adresărilor în decurs de 6 ore la debut este de 27,3% comparativ cu 58,3% adresări făcute în acest interval de lotul întreg. Cele mai multe adresări (54,5%) acest sublot le face în intervalul 20 -72 de ore de aici și tendințe inverse înregistrate pentru durata de timp scursă de la debut până la intervenția chirurgicală. Cea mai mică pondere o dețin intervențiile efectuate în intervalele 6 ore și 7 – 10 ore de la debut (câte 18,1% fiecare) pe când ponderea majoritară este deținută de cele efectuate în intervalul 20 – 24 de ore de la debut (36,4%).

Din întreg lotul de pacienți, în 7 cazuri diagnosticul a fost stabilit în baza manifestărilor clinice și s-a confirmat intraoperator în toate cazurile, 10 pacienți au fost diagnosticați prin metoda radiologică, care a fost efectivă în 8 cazuri, acestea confirmându-se ulterior intraoperator în proporție de 100%. Alte 8 cazuri de diagnostic s-au făcut prin metoda laparoscopică, dintre care 2 cazuri au fost supuse anterior investigației radiologice, la care au dat rezultate negative.

În cazul prezentului studiu, examinarea anamnezei pacienților de peste 65 de ani relevă următoarele rezultate: la trei din cinci pacienți cu vârsta ≥ 65 de ani este prezent în anamneză diagnosticul de maladie ulceroasă pe o perioadă de mai mulți ani (60,0%). La ceilalți doi, istoricul bolii dezvăluie prezența unui sindrom dispeptic pe o perioadă de 1 – 2 luni anterior debutului acut. Acest sindrom s-a manifestat prin dureri moderate în epigastru, pirozis și eructații. Deci putem concluda că toți pacienții în vârstă dețin anamnezic de maladie ulceroasă, la niciunul din ei boala nu se manifestă brusc prin perforație.

Patru din cei cinci pacienți vârstnici prezintă perforație de ulcer duodenal. La examenul clinic primar 4 din 5 (80,0%) au o clinică bine exprimată de peritonită manifestată prin cu dureri abdominale pronunțate care la doi din ei cuprind întreaga arie abdominală, la ceilalți doi fiind cu preponderență situate în epigastru și flancul drept. Toți pacienții au manifestat pe lângă durere și alte simptome asociate, cum ar fi: slăbiciunea generală marcată, eructații, pirozis și vome repetate.

Examenul obiectiv relevă prezența defansului muscular la 3 din 5 subiecți, acesta fiind însoțit și de semne peritoneale bine pronunțate.

Solicitarea tardivă a ajutorului medical (doi din cinci pacienți solicită ajutorul în primele 4 ore de la debutul maladiei, ceilalți 3 recurg la ajutor medical la un interval de 20 de ore și mai mult de la debut) relevă faptul că la pacienții în vârstă perforația de ulcer gastro-duodenal se manifestă prin sindrom dolo moderat, fapt cauzat de schimbarea pragului sensibilității la durere odată cu înaintarea în vârstă

Lotul prezent de studiu deține 2 pacienți care prezintă pe lângă maladia chirurgicală acută și diabet zaharat tip II forma gravă și respectiv, gravitate medie. Ambii pacienți prezintă un tablou clinic „șters”, debutul fiind cu durere abdominală moderată și semne peritoneale slab pozitive. Doar unul din pacienți prezintă în anamneză sindrom dispeptic ulceros. Diagnosticul de perforație de organ s-a făcut în baza radiografiei abdominale pe gol.

În tabloul clinic al perforației la cei 2 pacienți cirofici ai lotului se observă următoarele particularități: în ambele cazuri este absent debutul prin durere în lovitură de pumnal, lipsește defansul muscular abdominal, semnele peritoneale sunt negative. Unul din pacienți prezintă conștiință obnubilată la internare. Nici unul din pacienți nu prezintă în anamneză boală ulceroasă.

Pacienții care prezintă afecțiune cardiovasculară sau pulmonară concomitent cu perforația ulcerului gastroduodenal nu au manifestat paritularități în tabloul clinic, debutul fiind clasic și tabloul clinic bine exprimat.

Întreg lotul de pacienți a fost tratat prin metoda chirurgicală clasică, metoda conservativă nefiind aplicată. Cea mai mare parte de pacienți (50%) a fost supusă la operația de excizie și suturare ulterioară a ulcerului, urmat de o pondere destul de înaltă a lotului celor supuși suturării simple (37,5%). Operația de rezecție gastrică a fost aplicată în 2 cazuri, iar pilorobulbectomia cu anastomoză gastroduodenală, într-un singur caz.

În lotul persoanelor cu vârsta ≥ 65 de ani se observă altă pondere a metodelor chirurgicale de tratament, astfel 40,0% din pacienți au fost tratați prin rezecție gastrică parțială, celorlalte metode revenindu-le câte 20,0% din pondere. Factorii concreți care au determinat alegerea anume a acestor metode de tratament sunt următorii: rezecțiile gastrice s-au făcut pornind de la substratul morfologic intraoperator care într-un caz a fost determinat de mărirea ganglionilor limfatici din componența omentului mare, iar în al doilea, de perforația gigantă a ulcerului care a cuprins 85% din circumferința bulbului duodenal; pilorobulbectomia cu anstomoza gastroduodenală a fost și ea dictată de substratul morfologic intraoperator, în acest caz la pacient lipsind complet peretele duodenal posterior; excizia ulcerului a fost aplicată în cazul unui pacient de 91 de ani cu un anamnezic de mai mulți ani de maladie ulceroasă, intraoperator determinându-se marginile îngroșate ale ulcerului, fapt ce a indicat excizia cu suturarea ulterioară; suturarea simplă a ulcerului s-a aplicat în cazul unui pacient de 65 de ani, cu adresare tardivă (38 de ore de la debut), patologii concomitente grave (stare după ictus), peritonită purulentă avansată.

Doi din pacienții acestui lot au decedat. La ambii s-a înregistrat o adresare tardivă (24 și 38 de ore de la debut), patologii concomitente grave (stare după ictus cerebral și afecțiune cardiovasculară cu infarct miocardic vechi, angină pectorală de efort și dereglări de ritm), peritonită avansată, complicații postoperatorii grave (supurația plăgii, pneumonie hipostatică, edem pulmonar pe fon de cardiopatie). Metodele chirurgicale de tratament aplicate acestor pacienți a fost într-un caz rezecția gastrică antrală, iar în altul simpla suturare a ulcerului. Durata medie de spitalizare a pacienților din lotul celor cu vârsta ≥ 65 de ani a fost 10 zile/pat. La un pacient din lot a fost indicată continuarea terapiei antiulceroase postoperator ambulator.

Cei doi pacienți cirofici din lotul de studiu au fost tratați prin metoda chirurgicală clasică, într-un caz fiind efectuată suturarea simplă a ulcerului, iar în altul, excizia cu suturare ulterioară. Unul din pacienți a decedat la a patra zi după intervenția chirurgicală, la cel de al doilea pacient cirotic perioada postoperatorie s-a complicat cu hemoragie digestivă superioară care a fost stopată prin metoda endoscopică. La ambii pacienți durata de timp de la debutul bolii până la intervenția chirurgicală a fost de peste 72 de ore, fapt cauzat de dificultatea în a stabili diagnosticul din cauza clinicii „șterse”. Pacientul decedat prezenta ciroză cu ascită. Terapia antiulceroasă i-a fost indicată pacientului care a supraviețuit să fie continuată ambulator.

Tratamentul pacienților diabetici s-a făcut prin simpla suturare a ulcerului. Complicații posoperatorii s-au înregistrat la unul din pacienți sub formă de hemoragie din marginile ulcerului suturat. Durata medie de spitalizare a pacienților diabetici din lot a fost de 17 zile. Decese în rîndul acestor pacienți nu s-au înregistrat. Continuarea terapiei antiulceroase ambulator s-a indicat la unul din pacienți.

Discuții

Cu tot arsenalul de metode de diagnostic și tratament care există astăzi, ulcerul gastroduodenal perforat rămîne totuși a fi o provocare pentru medicii chirurghi, cauza fiind varietatea de simptome și clinica variată pe care o poate îmbrăca în cazul existenței de afecțiuni concomitente grave sau vârstei înaintate.

Studiul efectuat pe un lot de 24 de fișe de observație a pacienților tratați cu perforație de ulcer gastroduodenal în perioada 2006-2009 în Spitalul Clinic Municipal nr.1 a ținut să releveze particularitățile de clinică și tratament la acest grup de țarați.

Raportul pe sexe înregistrat în studii este de 8 : 1 (bărbați : femei) pentru țările din lumea a treia [8] și 10-12 :1 în studiile făcute pe populația europeană [7]. Din acest punct de vedere lotul actual de studiu se arată mult mai omogen, raportul bărbați : femei fiind de 2 : 1. Diferențe marcante se înregistrează și în ce privește vârsta medie a pacienților. Un studiu publicat în anii '50 ai secolului XX constata o creștere în timp a vârstei medii fiind stabilită a fi 60 de ani pentru bărbați și 69 de ani pentru femei [7], cifre cu mult mai mari decât media pe vîrstă a lotului de studiu care reprezintă 45,6 ani. În studiul de față este inversată și structura după sex și vîrstă medie a pacienților, vârsta medie a pacienților de sex masculin fiind mai mare decât a celor de sex feminin (48,2 pentru bărbați și 39,2 pentru femei).

Distribuția cazurilor de perforații pe parcursul anului denotă o incidență crescută a perforației la începutul verii și iernii [7] situație asemănătoare cu studiul prezent în care numărul majoritar de cazuri au fost înregistrate în lunile aprilie, iunie și octombrie, noiembrie, decembrie.

Intervențiile chirurgicale în urgență pentru ulcerul gastroduodenal perforat sunt însoțite de o mortalitate de 6 – 30% [10]. 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, întîrzierea actului chirurgical peste 12 ore, comorbiditățile, vârsta, localizarea ulcerului (gastric sau duodenal) [11]. În cazul lotului prezent mortalitatea a reprezentat 12,5% (3 pacienți). Doi pacienți din cei decedați avînd peste 65 de ani și afecțiuni asociate grave.

Mortalitatea înaltă a pacienților este legată de adresarea tardivă [11], or în studiul nostru cea mai mare parte din pacienți (58,3%) s-a adresat în primele 6 ore de la debutul maladiei. În lotul persoanelor cu vîrsta ≥ 65 de ani și/sau cu tare asociate cea mai înaltă pondere o au adresările făcute în intervalul 20 – 72 de ore de la debut (54,5%), nu în zadar toate cazurile de deces sunt din rîndul pacienților acestui lot.

Se consideră că întîrzierea intervenției chirurgicale peste 12 ore crește rîsul decesului de 3 ori, iar peste 24 de ore, de 9 ori [11]. Toate cele 3 decese s-au produs la persoane la care s-a intervenit chirurgical la mai mult de 24 de ore de la debutul simptomelor: un pacient la peste 24 de ore, unul la peste 40 de ore și ultimul la peste 72 de ore de la debut.

Stările comorbide, în special afecțiunile cardiovasculare, pulmonare și diabetul zaharat sunt prezente la aproximativ 50% dintre pacienții cu ulcer gastroduodenal perforat crescînd mortalitatea pînă la 50% [9]. Pe grupul nostru de pacienți, toți cei 3 care au decedat, prezentau afecțiuni medicale asociate (ciroză hepatică cu ascită – 1 pacient, insuficiență cardiacă, dereglări de ritm – 1 pacient, stare după ictus cerebral - 1) .

Riscul mortalității este corelat în literatura mondială și cu localizarea ulcerului, considerîndu-se că ulcerul gastric induce o mortalitate de 2-4 ori mai mare decât cel duodenal. În lotul de studiu au fost doar 3 ulcere gastrice perforate (12,5%), față de 21 de ulcere duodenale perforate (87,5%), toate decese fiind din rîndul perforației de ulcer duodenal, deci cazuistica noastră nu este semnificativă din acest punct de vedere.

Intervențiile chirurgicale de amploare (rezeecțiile gastro-duodenale) sunt considerate ca factor ce crește morbiditatea și mortalitatea [9]. Din cei 2 pacienți cu rezeecție gastrică parțială unul a prezentat complicații postoperatorii (edem pulmonar pe fon de cardiopatie) înregistrînd și un deces. În unele clinici rezeecțiile gastrice sunt practicate pe pacienții la care starea generală este 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, vîrstnici, afecțiuni asociate

grave, cu prezentare tardivă, cu semne de șoc, politica clinicii 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 în lotul general doar 8,3% din pacienți au beneficiat de o rezecție, cifră inferioară celei pentru Europa de Est (41,1%) și chiar Germaniei (16,1%) [12]. Cea mai mare parte din pacienți au fost supuși operației de excizie cu suturare a ulcerului (50%) urmat de lotul celor cu operația de suturare simplă (37,5%).

La persoanele în vârstă manifestarea bolii ulceroase este frecvent atipică. Simptomele clasice ale ulcerului sunt rare, durerea abdominală caracteristică se manifestă la aproximativ 35% din pacienții în vârstă, iar disconfortul abdominal lipsește la aproape 50% din subiecții care folosesc AINS. Durerea, dacă apare, de cele mai multe ori este vagă și greu de localizat. Manifestările generale pot fi dominate de simptomatologia sistemică legată de pierderile masive de sânge și anemie.[6]

Dispepsia (durere sau disconfort abdominal asociat cu balonare, sațietate precoce, distensie abdominală și greață) ajunge să fie cel mai frecvent simptom. Cu toate aceste simptomele dispeptice sunt tot mai puțin caracteristice o dată cu înaintarea în vârstă. Dacă se instalează sindromul dispeptic, acesta este localizat cel mai des în aria epigastrică, apare la 2-3 ore după cină și dispare la ingerarea alimentelor sau la administrarea de antacide.

În lotul nostru de pacienți în vârstă 4 din 5 pacienți (80%) prezintă un tablou clinic bine exprimat cu simptome clasice de ulcer perforat, deci lotul nu oferă informații relevante la acest aspect, de vină fiind poate particularitățile demografice. La 3 din ei (60%) este prezentă în anamneză maladia ulceroasă de mai mulți ani, restul a manifestat un sindrom dispeptic de 1-2 luni înainte de perforație manifesta prin dureri moderate în epigastru, pirozis și eructații.

La pacienții în vârstă se observă tendința de a amâna solicitarea ajutorului medical din cauza lipsei simptomelor, la fel și diagnosticul poate fi pus cu întârziere, din cauză că manifestările clinice sunt absente [6]. Lotul de studiu manifestă aceeași tendință de a se adresa târziu pentru ajutor medical, astfel 4 din 5 se adresează la un interval de peste 20 de ore de la debutul maladiei.

Deși cele mai multe persoane în vârstă acuză disconfort abdominal, circa 16% prezintă dureri abdominale minime [9], 20% din lotul celor în vârstă prezintă dureri abdominale neînsemnate. Aer liber în cavitatea abdominală nu este depistat radiografic la mai mult de 40% din pacienții de peste 60 de ani [9], fapt neconfirmat în studiul prezent, aici toate radiografiile făcute în lotul de persoane în vârstă au fost relevante.

Pe lângă factorul de vârstă tarele asociate sunt un alt factor care determină atipia manifestărilor clinice la pacienții cu ulcer gastroduodenal perforat. Afecțiunile concomitente care ar putea pune probleme în diagnosticul perforației de ulcer sunt diabetul zaharat [2], afecțiunile hepatice, în special ciroza cu ascită [4], afecțiunile cardiovasculare cum ar fi infarctul miocardic.

Simptomatologia perforației de ulcer este ștearsă la diabetici, din cauza neuropatiei, fapt care duce la acordarea tardivă de ajutor chirurgical, de unde și rezultatele proaste în mortalitatea în termen scurt [2]; ambii pacienți diabetici din lotul de studiu au prezentat un tablou clinic șters. Complicații și cauze frecvente ale morții în rîndurile diabeticilor sunt sepsisul sever, infecțiile abdominale și ale plăgilor operatorii [3], diabetul fiind asociat cu un risc sporit pentru infecții [2,3]. Complicații postoperatorii s-au dezvoltat la unul din pacienți, dar nu au fost de natură infecțioasă, acesta dezvoltînd ulterior o hemoragie din marginile ulcerului suturat.

Incidența cirozei în rîndurile bolnavilor de ulcer, cu vîrsta ≥ 65 de ani a fost înregistrată la o frecvență de circa 8% [4], incidența în rîndurile celor cu ulcer perforat fiind înregistrată la 6% [5]. Ciroticii din studiu fac parte toți din grupul pacienților cu vîrsta mai mică de 65 de ani, ponderea lor în lotul general al celor cu perforație de ulcer fiind mai mare (8, 3%).

Studii pe termen lung demonstrează un risc de deces de trei ori mai ridicat în rîndul pacienților cu ulcer gastroduodenal și ciroză, comparativ cu populația generală [5]. În rîndul ciroticilor din lot mortalitatea este de 50%.

Deregările hepatice severe apărute la pacientul cirotic cu ulcer perforat distrag atenția chirurgului de la afecțiunea chirurgicală acută, fapt demonstrat prin stabilirea diagnosticului la

peste 24 de ore de la internare în ambele cazuri de ciroză din lot. La ambii pacienți manifestările clinice ale ulcerului perforat au fost atipice, cauzate de prezența lichidului liber în cavitatea abdominală și de tonusul muscular diminuat al peretelui abdominal [4]. Ciroza hepatică la acești pacienți poate trece ușor din stadiu decompensat în compensat, de aceea cauza morții este insuficiența hepato-renală progresivă [4].

Metoda de diagnostic recomandată la este laparoscopia diagnostică pentru a face diagnosticul diferențial [4], în studiu este efectuată la un sigur cirotic din cei 2.

Moartea pacienților cu ulcer perforat și ciroză survine nu ca urmare a severității bolii chirurgicale, dar ca rezultat al severității dereglărilor patologice din ficat și agravarea lor în urma aplicării anesteziei intratraheale [5] de aici, din necesitatea recurgerii la metode de tratament cât mai puțin invazive, perioada de anestezie cât mai scurtă pacienții lotului au fost supuși exciziei și suturării simple a ulcerului, evitându-se în ambele cazuri intervențiile masive.

Concluzii

Studiul acestui lot de pacienți în baza mai multor criterii, în vederea evidențierii particularităților de diagnostic și tratament a ulcerului perforat la pacienții în vârstă sau cu tare asociate, a scos la iveală următoarele concluzii: 1. la pacienții în vârstă se manifestă tendința de solicitare tardivă a ajutorului medical din cauza sindromului dolo moderat, rezultat al schimbării pragului de sensibilitate la durere; 2. examenul radiologic este o metodă eficientă de diagnostic în rândul pacienților ≥ 65 de ani; 3. în cazul pacienților cirolici clinica nu întotdeauna reflectă gravitatea maladiei chirurgicale; 4. intervențiile chirurgicale de amploare înrăutățesc prognosticul postoperator și cresc rata mortalității la pacienții în vârstă și cei cu patologii asociate; 5. rata înaltă a mortalității în rândul pacienților de peste 65 de ani și cei turați este dată de decompensarea rapidă a acestora în urma operației; 6. perioada de lăuzie este o stare care manifestă particularități de clinică a ulcerului perforat

Bibliografie

1. Algaratnam et al. *J Clin Gastroenterol.* 1998, 10:25
2. Andrew G Hill Management of perforated duodenal ulcer
3. Blomgren LM. Perforated peptic ulcer, long-term results of simple suture in the elderly. *World J Surg.* 1997; 21(4):412-415
4. Boey J et al. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. A prospective validation of predictive factors. *Ann Surg.* 1987; 205(1): 22-26
5. Berne CJ, Mikkelsen WP, Management of perforated peptic ulcer. *Surgery.* 1958; 44:591-603
6. Christian Rabe , Volker Schmitz et alt.// Does intubation really equal death in cirrhotic patients? Factors influencing outcome in patients with liver cirrhosis requiring mechanical ventilation 2004)
7. Hermansson M. Surgical Approach and prognostic factors after peptic ulcer perforation. *Eur J Surg.* 1999; 156(6):566-572
8. Iacob V, Tsugui I, Pirtsu M. Diagnostical and curative peculiarity of gastroduodenal perforated ulcer in patients with severe hepatic failure
9. Jamieson RA. Acute perforated peptic ulcer. Frequency and incidence in the west of Scotland. *Br Med J* 1955; 23(7): 222-227
10. Thomsen RW, Rhs A, Christensen S. Diabetes and 30-day mortality from peptic ulcer bleeding and perforation. A Danish population-based cohort study. *Diabetes Care* 2006, 29:803-810
11. Thomsen RW et al, Diabetes mellitus as a risk and prognostic factor for community-acquired bacteremia due to enterobacteria: a 10-year, population-based study among adults. *Clin Infect Dis*, 2005; 40: 628-631
12. The MERCK manual of geriatrics. Chapter 106. Gastric disorders. Peptic ulcer disease