

ULCERUL DUODENAL HEMORAGIC – OPȚIUNI TERAPEUTICE

V. Poroș, S. Luncă

Clinica Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgențe “Sf. Ioan” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr.T.Popa” Iași

BLEEDING DUODENAL ULCER-TREATMENT OPTIONS (Abstract): Actual treatment of bleeding duodenal ulcer is most frequently medical but also surgical. The aim of this study is to assess the factors that influence the outcomes for a group of 67 patients suffering of bleeding duodenal ulcer. Out of 67 patients considered in this study, 53 were men (79.1%) and 14 were women (20.9%). The average age was 52 years for men and 53 years for women (range 19-86 years). 59 (88%) were patients with known medical history of peptic ulcer disease. Endoscopy has been performed for 64 patients (95.6%). Specific medical treatment was started immediately for all patients. For 47 patients (70.1%) the hemorrhage stopped with conservative treatment, 8 patients (12%) benefit by endoscopic treatment and 12 patients (17.9%) underwent surgery. The postoperative morbidity rate was 16.7%. Comorbidities were present in 43 patients (64.2%). Failure of medical conservative treatment has been observed in 7 cases (13%), and failure of endoscopic procedures in 2 cases (20%). The risk factors involved in therapy outcomes of bleeding duodenal ulcer are: age, the severity of hemorrhage confirmed by endoscopy, the hemorrhagic episodes in medical history and the time of surgery. Conclusion: The prognosis of bleeding duodenal ulcer after bleeding is highly correlated with the time that the treatment starts, the severity of hemorrhage, comorbid conditions and age.

KEY WORDS: BLEEDING DUODENAL ULCER, SUPERIOR DIGESTIVE HEMORRHAGE, RISK FACTORS, OUTCOMES, ENDOSCOPY.

Correspondență: Dr. Vlad Poroș, Clinica Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Ioan” Iași, str. Gen. Berthelot nr. 4; e-mail: vlader2000@yahoo.com*

INTRODUCERE

Boala ulceroasă reprezintă cea mai frecventă cauză de hemoragie digestivă superioară (HDS), 15-20% dintre bolnavii cu ulcer gastric sau duodenal dezvoltând în evoluția bolii lor cel puțin un episod hemoragic. Ulcerul duodenal este o boală cronică cu o tendință marcată la recidivă. El este localizat la 95% din bolnavi pe prima porțiune a duodenului (la nivelul bulbului), la mai puțin de 3 cm de pilor, cu precădere pe una dintre cele două fețe și mai rar la nivelul curburilor. La o treime din bolnavi ulcerul duodenal poate coexista cu un ulcer gastric [1].

Hemoragia digestivă superioară este complicația cea mai frecventă a pacientului ulceros, aproximativ 25% dintre aceștia suferind un accident hemoragic în cursul evoluției bolii [2]. Majoritatea pacienților beneficiază de tratament conservator, însă pacienții care prezintă hemoragie activă sau au un risc înalt pentru a dezvolta o hemoragie recurentă pun în dificultate atât pe endoscopiști, cât și pe chirurghi [3].

Indicațiile operatorii pentru ulcerul duodenal hemoragic (UDH) s-au schimbat radical și definitiv datorită eficacității tratamentului cu inhibitori de pompă de protoni, a procedurilor endoscopice, precum și a eradicării infecției cu *Helicobacter pylori* [4].

* received date: 10.08.2009

accepted date: 30.09.2009

S-a dovedit că tratamentul conservator a avut drept consecință o scădere importantă a numărului de intervenții chirurgicale [5]. Tratamentul endoscopic reprezintă o metodă eficientă pentru tratarea hemoragiilor digestive superioare, prin injecții locale de adrenalină sau etanol, laser coagulare și mecanic prin aplicare de clipuri. [6,7]. Actualmente, indicațiile chirurgicale rămân doar în cazul eșecului tratamentului medical și/sau endoscopic [8].

Scopul acestei lucrări este de a evalua factorii care influențează evoluția ulcerului duodenal hemoragic tratat medical, endoscopic sau chirurgical, precum și stabilirea unei corelații între localizarea ulcerului, dimensiunile acestuia, caracteristicile sângerării și evoluția post-operatorie.

MATERIAL ȘI METODĂ

S-a realizat un studiu retrospectiv pe o perioadă de aproximativ doi ani (01.06.2007-12.10.2009), pe un număr de 67 de pacienți cu UDH internați în urgență în Clinica de Chirurgie a Spitalului Clinic de Urgențe „Sf. Ioan” Iași.

Criteriile de includere au fost: UD hemoragic, UD hemoragic și perforat, UD cronic / nespecificat complicat cu hemoragie și UD cronic / nespecificat cu hemoragie și perforație. În acest studiu nu au fost incluși pacienții cu ulcer gastric, ulcer anastomotic și cu ulcer de origine neoplazică. S-au luat în considerare următorii parametri: date generale ale pacienților (sex, vârstă, antecedente personale patologice, boli asociate), comportament față de mediu (alcool, fumat), consumul de antiinflamatorii nesteroidiene, date privind episodul hemoragic (debut, forma de manifestare, numărul episoadelor hemoragice, gravitate), date de laborator (hemoglobină, hematocrit, număr de hematii), tipul intervenției chirurgicale efectuate, rezultatele tratamentului (vindecă/recidivă a hemoragiei). Pentru clasificarea endoscopică a HDS s-au folosit criteriile Forrest, iar pentru interpretarea statistică a datelor s-a folosit testul t- Student și a fost acceptată valoarea statistică semnificativă $p < 0,05$.

Tabel I
Boli asociate întâlnite frecvent la pacienții cu UDH

Boli asociate	Număr pacienți	Procent
Ulcer gastric/ gastrită	15	22,4
HTA	9	13,4
Diabet zaharat	8	11,9
Esofagită	6	8,6
Hernie hiatală	5	7,4
Steatoză hepatică	4	6,0
Ciroză hepatică	3	4,4
Hepatită cronică	3	4,4

REZULTATE

Din cei 67 de pacienți cu UDH doar 12 (18%) dintre ei au beneficiat de tratament chirurgical. Cele mai multe cazuri de HDS s-au întâlnit la sexul masculin, 53 (79,1%), comparativ cu sexul feminin, unde au fost doar 14 cazuri (20,9%).

Vârsta medie a fost de 52 de ani pentru bărbați și de 53 de ani pentru femei, variind între 19 și 86 de ani. Din numărul total de pacienți, 32 (47,8%) proveneau din mediul urban, iar 35 de pacienți (52,2%) din mediul rural. De menționat că un număr de 59 pacienți (88%) aveau antecedente ulceroase anterior internării actuale pentru UDH.

S-au înregistrat 43 de cazuri (64,2%) în care, pe lângă UDH, existau și alte patologii asociate (Tabel I).

Din anamneză a rezultat că 36 de pacienți (53,8%) erau consumatori de alcool, 33 (49,3%) erau fumători (mai mult de 10 țigarete/zi), iar 22 (32,8%) utilizau antiinflamatorii nesteroidiene. Durata între debutul HDS și momentul internării a fost sub 12 ore la 44 de pacienți (65,7%), între 12-24 ore la 12 pacienți (17,9%) și peste 24 ore în 11 cazuri (16,4%).

Forma de debut a UDH s-a manifestat clinic prin hematemeză (10,4%), melenă (49,3%) sau asocierea hematemeză și melenă (35,8%). Au fost 3 pacienți (4,5%) care s-au prezentat la spital cu șoc hemoragic. Rezultatele sunt prezentate în Tabelul II.

Tabel II
Manifestările clinice de debut ale UDH

Forma de debut	Număr pacienți	Procent
Hematemeză	7	10,4
Melenă	24	35,8
Hematemeză+melenă	33	49,3
Șoc hemoragic	3	4,5

La internarea în spital, un număr de 48 pacienți (71,6%) au avut tensiunea arterială sistolică (TAS) mai mică de 100 mmHg. Hemoragia a debutat în timpul crizei dureroase la 41 pacienți (61,2%), iar la 26 pacienți (38,8%) a debutat în afara crizei.

Pentru a evalua gravitatea hemoragiei au fost luate în considerare datele clinice, precum și nivelul plasmatic al hemoglobinei (Hb) și al hematocritului (Ht). Astfel, s-a înregistrat un număr de 42 de pacienți (62,7%) care aveau nivelul Hb<9 g/dL și Ht<35%. Cu excepția a 3 pacienți (4,4%) a căror stare nu a permis efectuarea endoscopiei digestive superioare (EDS), restul de 64 de pacienți (95,6%) au beneficiat de EDS. În 10 cazuri (15,0%) s-a constatat sângerare în jet tip Forrest I, iar în 54 de cazuri (80,6%) s-a constatat sângerare tip Forrest II sau III (Tabel III).

Tabel III
Rezultate în funcție de TA, Hb, Ht, scor Forrest (64 pacienți)

Parametri	Nr. pacienți	Procent
TA: <100 mmHg	48	71,6
>100 mmHg	19	28,4
Hb<9 g/dl; Ht< 35%	42	62,6
Hb>9 g/dl; Ht>35%	25	37,3
Forrest I	10	15,0
Forrest II, III	54	80,6

S-a intervenit chirurgical la 12 pacienți (18%), la 5 (7,5%) dintre ei intervenția fiind efectuată în primele 24 de ore de la internarea în spital, iar la 7 pacienți (10,5%) după 24 de ore de la internare.

Ca tehnici operatorii, la 9 pacienți s-a practicat sutura leziunii cu hemostaza „in situ”, la 2 pacienți s-a efectuat vagotomie tronculară bilaterală cu excizia piloroplastică a ulcerului, iar la un pacient s-a efectuat vagotomie tronculară bilaterală, bulbantrectomie urmată de gastro-duodenoanastomoză tip Pean. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă la 10 pacienți (83,3%). S-au înregistrat 2 complicații evolutive (16,7%

din cazurile operate) constând în fistulă digestivă și respectiv supurație parietală, ambii pacienți având vârsta mai mare de 60 ani și comorbidități prezente.

În 40 de cazuri (59,7%) ulcerul a fost situat pe fața posterioară a duodenului, iar la un număr de 11 cazuri (16,4%) leziunea era localizată la nivelul feței anterioare. De asemenea s-a constatat existența a 9 cazuri (13,4%) cu ulcerații duble bulbare și 7 pacienți (10,5%) cu leziune localizată postbulbar. S-a observat că dimensiunile ulcerului au fost sub 0,5 cm la 53 de pacienți (79,1%), între 0,5-1 cm la 12 pacienți (17,9%) și peste 1 cm la 2 pacienți (3%). În 9 cazuri (13,4%) s-a observat existența unor ulcere multiple. În Tabelul IV sunt prezentate datele referitoare la localizarea ulcerului și la dimensiunile acestuia.

Tabel IV
Localizarea și dimensiunile ulcerului

Caracteristici	Nr. pacienți	Procent
Localizare:		
bulb anterior	11	16,4
bulb posterior	40	59,7
bulbar dublu	9	13,4
postbulbar	7	10,5
Dimensiune:		
< 0,5 cm	53	79,1
0,5-1 cm	12	17,9
>1 cm	2	3,0

La toți pacienții s-a instituit un tratament de reechilibrare volemică, hidro-electrolitică și acido-bazică și s-au administrat blocanți de receptori H₂ sau, mai frecvent IPP.

În urma tratamentului medical conservator al UDH succesul terapeutic a fost obținut la un număr de 47 de pacienți (87%), iar în 7 cazuri (13%) s-a înregistrat recidiva hemoragiei. În urma aplicării procedurilor endoscopice s-a înregistrat o rată a eșecului de 20%. S-a considerat resângerare apariția unei exteriorizări sanguine la un pacient la care aceasta încetase (de exemplu apariția unei melene, după emisie de materii fecale normal colorate, aspirat hemoragic după ce devenise bilios); recăderea nivelului Hb cu mai mult de 2g/dL/24 de ore, după ce aceasta avusese tendință crescătoare; reapariția instabilității hemodinamice (TA < 90 mmHg, frecvență cardiacă mai mare de 100/min).

Nu s-a înregistrat niciun deces în întreg lotul de studiu.

DISCUȚII:

În urmă cu aproximativ 30 de ani au avut loc două evenimente care au schimbat radical tratamentul pacienților cu ulcer peptic. Unul dintre evenimente este reprezentat de descoperirea *Helicobacter pylori*, iar celălalt este introducerea inhibitorilor pompei de protoni (IPP). Însa, cu toate aceste descoperiri, unii autori susțin că incidența complicațiilor ulcerului peptic (perforația și hemoragia), a rămas relativ neschimbată în ultimii 30 de ani [9]. După unii autori rata anuală a intervențiilor chirurgicale în urgență pentru ulcerul hemoragic a rămas constantă, cu variații între 3/100000 și 10/100000 locuitori [10].

Hemoragia digestivă superioară este o cauză importantă de mortalitate și morbiditate la pacienții cu ulcer. S-a estimat că aproximativ 2-3% dintre pacienții cu

ulcer duodenal care nu se află sub tratament cu antisecretorii, au risc înalt de a dezvolta o hemoragie, riscul fiind tot mai mare pe măsura înaintării în timp. Astfel, după 5 ani de antecedente patologice ulceroase, riscul de a apariție a hemoragiei crește cu 10-14%. O altă constatare a fost aceea că pacienții care au avut un episod de ulcer hemoragic au un risc mult mai mare de recidivă a sângerării comparativ cu cei ce prezintă boală ulceroasă necomplicată [11]. În cazul lotului studiat 59 pacienți (88%) aveau antecedente ulceroase anterior internării actuale pentru UDH, iar dintre aceștia 14 (20,9%) mai avuseseră cel puțin un episod de HDS în antecedente, iar 8 pacienți (12%) dintre aceștia relataseră că beneficiaseră de EDS în antecedente efectuate în alte servicii. Pentru 18 pacienți (26,9%) apariția HDS a fost prima manifestare a bolii ulceroase. Au fost înregistrate 7 cazuri (10,4%) de recidivă a hemoragiei după tratamentul medical instituit, dintre aceștia 4 pacienți (6%) declarând că mai avuseseră cel puțin un episod de HDS în antecedente.

Eradicarea infecției cu *Helicobacter pylori* (Hp) este unul din obiectivele moderne al tratamentului ulcerului. Eradicarea infecției cu Hp în ulcerul necomplicat a redus rata recurenței ulcerului, precum și rata sângerării, însă datorită costurilor ridicate ale medicamentelor în țările în curs de dezvoltare eradicarea infecției cu Hp este mai redusă, ceea ce face ca chirurgia electivă să dețină încă un rol important. Recurența ulcerului poate fi prevenită prin tratamentul de întreținere, prin asocierea unui inhibitor al receptorilor H2 sau al pompei de protoni și a două antibiotice [12]. Potrivit studiilor, antiinflamatoriile nesteroidiene reprezintă un factor de risc nu doar în cazurile cu ulcer peptic necomplicat, ci și în ulcerele perforate sau hemoragice [13]. Alți factori de risc îl constituie fumatul și consumul de alcool; conform unui studiu efectuat în Danemarca, fumatul a mai mult de 15 țigări pe zi crește de 3,5 ori riscul de ulcer perforat sau hemoragic [14,15]. În lotul studiat am înregistrat un consum de antiinflamatorii nesteroidiene la 22 pacienți (32,8%), 36 pacienți (53,8%) erau consumatori de alcool, iar 33 pacienți (49,3%) erau fumători.

În ulcerul hemoragic, în aproximativ 70-80% din cazuri, sângerarea se oprește spontan, iar după unii autori la aproximativ 80% dintre pacienți continuă sau se reia după ce s-a oprit temporar [16]. În lotul studiat au existat 7 cazuri de recidivă după tratamentul medical. Aceste cazuri au beneficiat de tratament chirurgical efectuat după 24 de ore de la internare. De remarcat este faptul că 5 din cele 7 cazuri de recidivă au avut vârsta mai mare de 50 ani și TAS la internare mai mică de 100mmHg și Hg<9g/dL, în grupul pacienților cu vârsta mai mică de 50 ani neînregistrându-se complicații.

Actualmente endoscopia digestivă superioară poate determina locul și cauza sângerării în peste 90% din cazuri, evidențiindu-se dacă hemoragia s-a oprit sau este în continuare activă, caz în care se tentează efectuarea endoscopică a hemostazei prin termocoagulare sau injectare de substanțe sclerozante. În cazul studiului nostru s-au efectuat un număr de 10 endoscopii intervenționale (14,9% din cazuri), în 8 cazuri (11,9%) reușindu-se realizarea hemostazei (prin injectare de adrenalină). Pentru celelalte 2 cazuri la care nu s-a reușit tratamentul endoscopic, s-a intervenit chirurgical în urgență. Pentru aceste cazuri dimensiunea ulcerului a fost cuprinsă în intervalul 0,5-1 cm, sângerarea fiind pulsatilă în jet pentru un caz și respectiv continuă, în pânză pentru celălalt caz (Forrest I). Așadar cu toate că tratamentul endoscopic reprezintă prima opțiune pentru cazurile selecționate, există totuși și insuccese datorate inaccesibilității leziunii, instabilității hemodinamice a pacientului, experienței reduse în tehnicile endoscopice sau deficiențelor organizatorice. Eșecul tratamentului endoscopic în UDH

poate atinge 12-17% din cazuri [16,17]; în cazul lotului studiat rata insuccesului tratamentului endoscopic a fost de 20%.

Tratamentul chirurgical în UDH poate fi instituit prin chirurgie primară de urgență în cazul hemoragiilor cataclismice cu șoc hipovolemic, a celor refractare la tratament sau inaccesibile controlului endoscopic, prin chirurgie secundară de urgență sau prin chirurgie elective [17]. Prezența complicațiilor impune o chirurgie minim-invazivă [14,18-20]. Intervenția chirurgicală este însă grevată de o mortalitate postoperatorie care se situează în jurul a 10% din cazuri [21]. Chirurgia secundară de urgență se adresează situațiilor când reapare hemoragia necontrolabilă terapeutic după tratament conservator sau operator, iar chirurgia elective se adresează pacienților cu risc crescut de resângerare la care o reluare a hemoragiei ar expune pacientul inconvenientelor și riscurilor crescute ale chirurgiei de urgență. În lotul studiat au fost 3 cazuri (4,5%) de pacienți internați în șoc hipovolemic care au beneficiat de tratament primar chirurgical de urgență, din care 2 pacienți au avut vârsta mai mare de 60 ani și au necesitat transfuzie cu minimum trei unități de sânge. Unul dintre aceștia se afla la al treilea episod de manifestare a HDS. De asemenea, 2 pacienți (3%) au fost operați în urgență în urma eșuării tentativei de tratament endoscopic. De notat este faptul că la cei 2 pacienți episodul hemoragic era la a doua manifestare iar ambii pacienți au necesitat transfuzie de sânge (cel puțin 2 unități). Pentru 7 cazuri (10,4%) s-a practicat tratament chirurgical secundar de urgență în urma eșecului tratamentului medical.

CONCLUZII:

Cea mai frecventă și în același timp gravă complicație evolutivă a ulcerului duodenal o constituie hemoragia digestivă superioară. Principalii factori care influențează negativ evoluția și rezultatele tratamentului sunt vârsta înaintată, stările comorbide asociate, gravitatea hemoragiei (cantitate, număr de episoade hemoragice, ritmul pierderii sangvine) și momentul operator.

Actualmente endoscopia digestivă superioară stabilește de cele mai multe ori sursa sângerării devenind în același timp și un standard de tratament al sângerărilor active. Chirurgia de urgență își are în continuare un rol bine definit în tratamentul ulcerului duodenal hemoragic în cazul în care hemoragia este masivă, refractară la tratament sau inaccesibilă endoscopiei.

BIBLIOGRAFIE

1. Koo J, Ngan YK, Lam SK. Trends in hospital admission, perforation and mortality of peptic ulcer in Hong Kong from 1970 to 1980. *Gastroenterology*. 1983; 84: 1558-1562.
2. Meilahn JE, Ritchie WP. Bleeding gastric or duodenal ulcer. In: Jamieson GG, Debas HT, eds. *Surgery of the upper gastrointestinal tract*, 5th ed. London, Chapman & Hall; 1994, p. 476-492.
3. Steffes CP, Sugawa C. Endoscopic management of nonvariceal gastrointestinal bleeding. *World J Surg*. 1992; 16: 1025-1033.
4. Penston JG. The efficacy and safety of long-term maintenance treatment of duodenal ulcers with ranitidine. *Scand J Gastroenterol*. 1990; 25(suppl. 177): 1-7.
5. Champault G, Masson F, Baranger B, Patel JC, Boutelier Ph. Chirurgie de l'ulcer duodenal. Le declin? *J Chir*. 1986; 123: 535-544.
6. Laine L. Endoscopic therapy for bleeding ulcers: room for improvement? *Gastrointest Endosc*. 2003; 57: 557-560.
7. Rollhauser C, Fleischer DE. Current status of endoscopic therapy for ulcer bleeding. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2000; 14: 391-410.
8. Păunescu V. Aspecte actuale ale tratamentului chirurgical în ulcerul gastric și duodenal necompliat. *Noutatea Medicală*. 2002; 2: 43-52;

9. Hermansson M, Stael von Holstein C, Zilling T. Peptic ulcer perforation before and after the introduction of H₂-receptor blockers and proton pump inhibitors. *Scand J Gastroenterol.* 1997; 32: 523–529.
10. Ohmann C, Imhof M, Roehrer HD. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment. *World J Surg.* 2000; 24: 284-293.
11. Nishiaki M, Tada M, Yanai H, Tokiyama H, Nakamura H, Okita K. Endoscopic hemostasis for bleeding peptic ulcer using a hemostatic clip or pure ethanol injection. *Hep Gastroenterol.* 2000; 47: 1042-1044.
12. Helicobacter pylori in benign gastroduodenal disease. Consensus Conference of the National Societies of Gastroenterology and Digestive Endoscopy, Sinaia, Romania, 4-7 June, 1996. *Rom J Gastroenterol.* 1996; 5: 147-162.
13. Hippisley-Cox J, Coupland C, Logan R. Risk of adverse gastrointestinal outcomes in patients taking cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ.* 2005; 331:1310-1316.
14. Millat B, Fingerhut A, Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials. *World J Surg.* 2000; 24: 299-306.
15. Andersen IB, Jorgensen T, Bonnevie O, Gronbaek M, Sorensen TI. Smoking and alcohol intake as risk factors for bleeding and perforated peptic ulcers: a population-based cohort study. *Epidemiology.* 2000;11:434-439.
16. Ohmann C, Imhof M, Roehrer HD. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment. *World J Surg.* 2000; 24: 284-293.
17. Păunescu V. Conduita actuală în chirurgia ulcerului gastric și duodenal hemoragic. *Jurnalul de Chirurgie.* 2007; 3(1): 9-18.
18. Ovaska JT, Haapianen RK, Voutilainen PE, Linnankivi AP. Acute surgical treatment of bleeding peptic ulcer. *Ann Chir Gynecol.* 1992; 81: 33-36.
19. Mutter D, Schmidt C. Conduite a tenir devant une hémorragie digestive. *J Med Strassbourg.* 1992; 23: 151-153.
20. Mueller X, Rothenbuehler JM, Amery D, Meyer B. Outcome of peptic ulcer hemorrhage treated according to a defined approach. *World J Surg.* 1994; 18: 406-410.
21. LJ Greenfield, MW Mulholland, KT Oldham, Zelenock GB *Surgery: Scientific principles and practice.* Lippincot-Raven Publishers 1997;p: 759-773.