|  |  |
| --- | --- |
| O imagine care conține simbol, cerc, emblemă, Font  Descriere generată automat | **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA** |

O imagine care conține text, poster, Font, siglă

Descriere generată automat

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**

**,,NICOLAE TESTEMIȚANU’’ DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT LA ADULT**

**Protocol Clinic Naţional**

**(ediția II)**

**PCN-333**

**Chişinău, 2024**

**Aprobat la şedinţa Consiliului de Experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova**

**din 30.09.2024, proces-verbal nr. 3**

**Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 965 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional „Ulcerul gastroduodenal perforat la adult”, ediția II**

**CUPRINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CUPRINS** | 2 |
| **SUMARUL RECOMANDĂRILOR** | 3 |
| **ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT** | 6 |
| **PREFAŢĂ** | 7 |
| **A. PARTEA INTRODUCTIVĂ** | 7 |
| *A.1. Diagnosticul* | 7 |
| *A.2. Codul bolii (CIM 10)* | 7 |
| *A.3. Utilizatorii* | 8 |
| *A.4. Obiectivele protocolului* | 8 |
| *A.5. Data elaborării protocolului* | 8 |
| *A.6.Data revizuirii protocolului* | 8 |
| *A.7. Data următoarei revizuiri* | 8 |
| *A.8. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului* | 8 |
| *A.9. Definiţiile folosite în document* | 9 |
| *A.10. Informaţia epidemiologică* | 10 |
| *A.11. Clase de recomandare şi nivele de evidenţă* | 11 |
| **B. PARTEA GENERALĂ** | 12 |
| *B.1. Nivel de asistenţă medicală primară* | 12 |
| *B.2. Nivel de asistenţă medicală de urgenţă* | 13 |
| *B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator* | 14 |
| *B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească* | 15 |
| **C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ** | 17 |
| *C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat în staţionar* | 17 |
| **C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR** | 18 |
| *C.2.1. Etiologia ulcerului gastroduodenal şi fiziopatologia perforației gastroduodenale* | 18 |
| *C.2.1.1. Etiologia* | 18 |
| *C.2.1.2. Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson* | 18 |
| *C.2.1.3. Fiziopatologia ulcerului gastroduodenal perforat* | 19 |
| *C.2.1.4. Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat* | 20 |
| *C.2.2. Clasificarea* | 20 |
| *C.2.2.1. Clasificare anatomo-patologică* | 20 |
| *C.2.3. Fazele evolutive ale ulcerului gastroduodenal perforat* | 20 |
| *C.2.4. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat* | 21 |
| *C.2.4.1. Manifestările clinice* | 21 |
| *C.2.4.1.1. Anamneza* | 21 |
| *C.2.4.1.2. Acuzele* | 21 |
| *C.2.4.1.3. Simptomatologie* | 22 |
| *C.2.4.2. Criteriile de spitalizare* | 23 |
| *C.2.4.3. Diagnosticul* | 23 |
| *C.2.4.3.1. Diagnosticul paraclinic* | 23 |
| *C.2.4.3.2. Investigaţiile paraclinice* | 25 |
| *C.2.4.4. Diagnosticul diferenţial* | 27 |
| *C.2.4.5. Forme clinice speciale* | 29 |
| *C.2.5. Tratamentul* | 29 |
| *C.2.5.1. Pregătirea preoperatorie* | 29 |
| *C.2.5.2. Tratamentul chirurgical* | 30 |
| *C.2.5.2.1. Operaţia deschisă* | 30 |
| *C.2.5.2.2. Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului duodenal perforat* | 31 |
| *C.2.5.2.3. Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului gastric perforat* | 34 |
| *C.2.5.2.4. Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului anastomotic perforat* | 35 |
| *C.2.5.2.5. Operaţia laparoscopică* | 35 |
| *C.2.5.2.6. Alte tehnici și perspective* | 37 |
| *C.2.5.3. Tratamentul conservativ (metoda Taylor)* | 37 |
| *C.2.5.3.1. Tratamentul conservativ al ulcerului gastroduodenal perforat* | 37 |
| *C.2.5.3.2. Abandonarea tratamentului non-operator în favoarea celui chirurgical* | 38 |
| *C.2.6. Perioada postoperatorie precoce* | 39 |
| *C.2.6.1. Tratamentul în perioada postoperatorie precoce* | 39 |
| *C.2.6.2. Complicaţiile postoperatorii* | 40 |
| *C.2.6.3. Factorii de risc ai decesului la pacienţii cu ulcerul gastroduodenal perforat* | 40 |
| *C.2.7. Criteriile de externare* | 42 |
| *C.2.8. Profilaxia şi recomandări* | 42 |
| *C.2.9. Supravegherea pacienţilor* | 43 |
| **D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU**  **RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL** | 44 |
| *D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară* | 44 |
| *D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistenţă medicală de urgenţă* | 44 |
| *D.3. Instituţiile /secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulator* | 44 |
| *D.4. Instituţiile de asistenţă medicală spitalicească: secţii de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane, inclusiv departamentale și particulare* | 45 |
| **E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI** | 47 |
| *Anexă 1. Ghidul pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat* | 48 |
| *Anexă 2. Fişa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru ulcerul gastroduodenal perforat* | 51 |
| **BIBLIOGRAFIE** | 53 |

**SUMARUL RECOMANDĂRILOR**

* Ulcerul gastroduodenal perforat (UGDP) este o complicație acută şi foarte gravă a bolii ulceroase, care de obicei se manifestă clinic prin debutul brusc al durerii abdominale severe („lovitura de pumnal”). Peritonita generalizată („abdomenul de lemn”) este tipică unui ulcer perforat, dar este prezentă doar la două treimi dintre pacienți. Astfel, simptomatologia la examenul fizical poate fi echivocă, iar peritonita – minimă sau absentă, în special la pacienții cu perforație acoperită sau atipică.
* La pacienții cu suspiciune de UGDP trebuie colectate testele de laborator de rutină și analize ale gazelor sangvine. Deşi rezultatele testelor de laborator nu sunt specifice, leucocitoza, acidoza metabolică și amilaza serică crescută de obicei sugerează perforația, iar dereglarea altor parametrii reflectă sindromul de răspuns inflamator sistemic.
* Prima şi decisivă investigație diagnostică în cazul UGDP este radiografia toracoabdominală panoramică în poziţia ortostatică, pentru depistarea prezenței aerului abdominal liber (pneumoperitoneului), care este vizualizat subdiafragmal. Radiografia abdominală în decubit lateral stâng are acuratețe diagnostică similară privitor pneumoperitoneului, aceasta din urmă fiind mai bine tolerată de pacienții cu peritonită.
* Aerul liber sub diafragmă la radiografie indică perforaţia organului cavitar, și în asociere cu anamneza şi datele examinării obiective respective, este suficient pentru a diagnostica UGDP şi a justifica intervenţia chirurgicală ulterioară; iar utilizarea în continuare altor metode imagistice este neargumentată.
* Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior, efectuat cu contrast lichid solubil în apă, administrat peroral sau printr-o sondă nazogastrică, poate fi util în cazul când pneumoperitoneul nu se evidențiază, dar UGDP încă este suspectată. Extravazarea contrastului din lumenul gastroduodenal în cavitatea peritoneală confirmă perforaţia.
* La pacientii cu abdomen acut rezultatul radiografic negativ nu exclude UGDP posibil; prin urmare, în astfel de situații este recomandată tomografia computerizată (CT) a cavităţii abdominale. Constatările CT suspecte perforaţiei includ lichid intraperitoneal inexplicabil, pneumoperitoneu, îngroșarea peretelui intestinal și extravazarea contrastului lichid solubil în apă. În plus, scanarea CT poate exclude pancreatita acută şi, prin urmare, intervenția chirurgicală eronată.
* În cazuri dificile de diagnostic este indicată laparoscopia. Astăzi laparoscopia poate constitui metoda nu numai diagnostică, dar şi curativă, prin care se poate realiza sutura perforaţiei, lavajul şi drenarea cavităţii peritoneale.
* UGDP cu peritonită asociată și sepsis sau șoc septic este o urgență medico-chirurgicală care necesită evaluare și tratament prompt. Depistarea precoce a sepsisului asociat cu perforaţie este necesară pentru prevenirea accentuării insuficienței de organe și reducerea mortalităţii. O atenţie deosebită trebuie acordată simptomelor (de exemplu, modificări ale stării mentale, dispnee), parametrilor vitali (tahicardie, tahipnee, micşorarea presiunii și pulsului, scăderea debitului de urină) și rezultatelor de laborator (hiperlactatemie, hipoxemie arterială, creșterea creatininei, coagulopatie).
* La pacienții instabili cu UGDP, se recomandă efectuarea resuscitării adecvate și rapide (ideal în decurs de 1 oră) cu scopul restabilirii parametrilor fiziologici până la niveluri minime acceptabile: tensiune arterială medie ≥65 mm Hg, diureză ≥0,5 ml/kg/oră și normalizare a lactatului). Resuscitarea reuşită reduce mortalitate la pacienţii critici cu perforaţie, iar măsurile respective trebuie realizate concomitent cu examinările diagnostice, luarea deciziei chirurgicale și administrarea antibioticelor.
* Administrarea antibioticelor parenteral, cu spectrul larg de acţiune (antibioticoprofilaxie) trebuie iniţiată odată cu stabilirea diagnosticului de UGDP. La pacienții cu șoc septic antibioticele trebuie administrate cât mai curând posibil, chiar în secţia de internare.Antibioticele folosite pentru tratamentul empiric al infecției intraabdominale cauzate de UGDP, trebuie să fie active împotriva bacteriilor enterice gram-negative, streptococilor enterici gram-pozitivi și a bacteriilor anaerobe.
* La pacienţii cu UGDP cu pneumoperitoneu evident, extravazare extraluminală a contrastului şi simptomatologie de peritonită este o indicație absolută către intervenție chirurgicală de urgență. Operaţie trebuie efectuată cât mai curând posibil, în special la pacienții cu adresarea tardivă și la persoane cu vârsta peste 70 de ani. Întârzierea intervenției chirurgicale cu mai mult de 12-24 ore după debutul bolii este asociată cu un prognostic nefavorabil.
* Abordarea chirurgicală deschisă actualmente rămâne preferabilă în tratamentul operator al UGDP, mai ales la pacienţii instabili. Efectele negative a presiunii intra-abdominale crescute și hipercarbiei datorate insuflării de CO2 în timpul laparoscopiei sunt bine cunoscute (rezistență vasculară sistemică crescută, presiune arterială medie, postîncărcare, frecvență cardiacă, presiune cavală, frecvență respiratorie, presiune maximă în căile respiratorii, PaCO2, întoarcere venoasă, debit cardiac, complianță toracică, pH) și exclud abordarea laparoscopică la pacienții instabili hemodinamic sau la pacienții cu comorbidităţile cardiovasculare sau pulmonare severe.
* La pacienții stabili cu UGDP și în cazul prezenţei abilităților și echipamentelor adecvate, poate fi utilizată o abordare laparoscopică. Studiile au demonstrat avantajul tehnicii laparoscopice în următoarele rezultate: necesitatea redusă în analgezie postoperatorie, timpul redus al revenirii la dietă obişnuită, durata scăzută a spitalizării, reîntoarcerea mai timpurie la activitatea profesională, micşorarea incidenţei infecţiei plăgilor, herniilor incizionale şi a dezvoltării aderențelor.
* În cazul UGDP nu trebuie aplicate metodele endoscopice de tratament, cum ar fi închiderea orificiului perforativ cu adezivul fibrinic, clipse endoscopice sau stentul metalic auto-expandabil.
* Obiectivele intervenției chirurgicale în cazul UGDP sunt următoarele: închiderea orificiului perforativ; reducerea contaminării intraperitoneale; asigurarea micșorării stabile a secreției gastrice acide – opțional (se referă la perforația ulcerului duodenal); excluderea malignizării ulcerului gastric perforativ. Alegerea procedeului chirurgical este determinată de numeroase variabilităţi, cum ar fi prezența șocului, comorbidităţile severe cu pericol pentru viață, gradul de contaminare a cavităţii abdominale, durata perforaţiei și caraceristicele locale ale ulcerului (dimensiuni, localizare).
* Cea mai recomandată tehnică în cazul ulcerului perforat de dimensiuni sub 2 cm este suturarea simplă a orificiului perforativ. Suturile neresorbabile (3-5) sunt plasate în sens longitudinal pentru a preveni stenozarea locului suturării. Protecție suplimentară a orificiului ulceros suturat cu oment poate fi utilizată la discreţie chirurgului, dar nu adaugă beneficii privitor la rata dehiscenţei eventuale a suturilor.
* Când defectul ulcerului duodenal perforativ pare prea mare (≥2 cm) pentru a efectua sutura simplă şi apropierea marginilor este imposibilă, este impusă excizia ulcerului cu sau fără piloroplastie, sau rezecţia gastrică (mai preferabil – antrumectomia), cu reconstrucţia ulterioară a tractului gastrointestinal prin montarea gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II sau pe ansă Roux-în-Y).
* În alegerea procedeului chirurgical pentru ulcerul gastric perforat, trebuie de ţinut cont, că aproximativ 10-16% din ulcerele gastrice sunt adenocarcinoame. Prin urmare, în afară de închiderea orificiului perforativ şi asanarea cavităţii abdominale, scopul operaţiei constă în excizia totală a ţesutului eventual malign sau, cel puţin, în prelevarea materialului tisular suficient pentru examenul histologic adecvat. Rezecţia gastrică reprezintă opţiunea preferabilă, mai ales la ulcerele mari (peste 2 cm), cu excepția cazurilor când riscul operator este inacceptabil de înalt din cauza vârstei avansate, patologiilor concomitente, instabilității hemodinamice intraoperatorii sau contaminării peritoneale severe.
* La pacientii cu UGDP tratament conservator de rutina nu se recomandă; dar poate fi luat în considerare în cazuri selectate când orificiul perforativ s-a închis spontan, fapt confirmat printr-un examen radiologic cu contrast solubil în apă. Metoda tratamentului non-operator include: dieta zero; decompresie printr-o sondă nazogastrică; hidratare intravenoasă agresivă; IPP; şi antibioticoterapia.
* Pe lângă antibioticoprofilaxiei preoperatorie, pacienţilor cu UGDP trebuie să li se administreze preparate antibacteriene după intervenție chirurgicală. Regimul empiric al terapiei trebuie ajustat în funcție de rezultatele examenului bacteriologic al conținutului prelevat din cavitatea peritoneală. Durata tratamentului antibacterian în cazul UGDP trebuie limitată la 4-7 zile, cu excepția cazurilor de febră, durere abdominală și paralizie intestinală persistentă sau apariţia complicaţiilor septice.

**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| AINS | Antiinflamatorii non-steroidiene |
| AMP | Asistenţă medicală primară |
| AMU | Asistenţa medicală de urgenţă |
| AMSA | Asistența medicală specializată de ambulator |
| AMS | Asistența medicală spitalicească |
| APACHE | *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* |
| ASA | Societatea Americană de Anesteziologie *(engl. American Society of Anesteziologists)* |
| ATI | Anestezie şi terapie intensivă |
| BU | Boala ulceroasă |
| CT | Tomografia computerizată |
| DMU | Departamentul de Medicina Urgentă |
| ECG | Electrocardiografia |
| GD | Gastroduodenale |
| H. Pylori | Helicobacter pylori |
| IMC | Indicele masei corporale |
| IMSP | Instituția Medico-Sanitară Publică |
| IMU | Institutul de Medicină Urgentă |
| IPP | Inhibitorii pompei protonice |
| MS RM | Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova |
| NOTES | Chirurgie endoscopică transluminală prin orificiile naturale *(engl. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)* |
| O | Obligatoriu |
| PCN | Protocol Clinic Naţional |
| PCR | Proteina C-reactivă |
| Ps | Puls |
| PULP | Scorul de perforaţie ulcerului peptic (*engl. Peptic Ulcer Perforation*) |
| R | Recomandabil |
| Rh | Factorul Rhesus |
| RM | Republica Moldova |
| RMN | Rezonanţa magnetică nucleară |
| SaO2 | Puls-oximetria |
| SCM | Spitalul Clinic Municipal |
| SIRS | Sindromul de răspuns inflamator sistemic |
| TA | Tensiunea arterială |
| TTPA | Timpul de tromboplastină parţial activat |
| UGD | Ulcerul gastroduodenal |
| UGDP | Ulcerul gastroduodenal perforat |
| UPU | Unitate Primiri Urgențe |
| USG | Ultrasonografia |
| USMF | Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie |
| VS | Vagotomia selectivă |
| VSP | Vagotomia selectivă proximală |
| VT | Vagotomia tronculară |

**PREFAŢĂ**

Acest protocol a fost elaborat şi revizuit de grupul de lucru al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiştii Catedrei de Chirurgie Generală şi Semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemiţanu”, şi ai Instituţiei Medico-Sanitare Publice (IMSP) Spitalului Clinic Municipal (SCM) nr.1 „Gheorghe Paladi”, şi ai IMSP Institutului de Medicină Urgentă (IMU) din Chişinău.

Protocolul Clinic Naţional este elaborat şi revizuit în conformitate cu ghidurile internaţionale actuale privind ulcerul gastroduodenal perforat la adulţi şi va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituţionale. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituţionale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Naţional.

**A. PARTEA INTRODUCTIVĂ**

**A.1. Diagnosticul: Ulcerul gastroduodenal perforat (UGDP)**

***Exemple de diagnostic clinic:***

**Ulcer gastric acut cu perforație.**

**Ulcer duodenal cronic sau nespecificat cu perforație.**

**Ulcer gastro-jejunal cu perforație.**

**Ulcer peptic gastroduodenal cu perforație.**

**A.2. Codul bolii (CIM 10):**

**Bolile stomacului și duodenului (K25-K28**)

**Următoarele subdiviziuni cu patru caractere sunt folosite la categoriile (K25-K28):**

* .0 Acut cu hemoragie
* .1 Acut cu perforație
* .2 Acut atât cu hemoragie cât și cu perforație
* .3 Acut fără hemoragie sau perforație
* .4 Cronic sau nespecificat cu hemoragie
* .5 Cronic sau nespecificat cu perforație
* .6 Cronic sau nespecificat atât cu hemoragie cât și cu perforație
* .7 Cronic fără hemoragie sau perforație
* .9 Nespecificat ca acut sau cronic, fără hemoragie sau perforație

**K25** Ulcer gastric

Include: Ulcer (peptic):

* + Piloric
  + Al stomacului

Exclude: gastrita eroziva hemoragică acută (K29.0), eroziune (acută) a stomacului (K29.6), ulcer peptic NOS (K27.-)

**K26** Ulcer duodenal

Include: Ulcer (peptic):

* Duodenal
* Postpiloric

Exclude: eroziunea (acută) a duodenului (K29.8), ulcer peptic NOS (K27.-)

**K27** Ulcer peptic, localizare nespecificată

Include:

* + Ulcer gastroduodenal
  + Ulcer peptic NOS

Exclude: Ulcer peptic la nou-născut (P78.8)

**K28** Ulcer gastro-jejunal

Include: Ulcer (peptic):

* + Anastomotic
  + Gastro-colic
  + Gastro-intestinal
  + Gastro-jejunal
  + Jejunal
  + Marginal
  + Stomal

Exclude: Ulcer primar al intestinului subțire (K63.3)

**A.3. Utilizatorii:**

* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP (medici de familie şi asistentele medicilor de familie)
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (secţiile consultative raionale şi municipale / chirurgi, asistente medicale)
* Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (UPU(Unități Primiri Urgențe)/DMU (Departamente Medicină Urgentă), secţiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale şi republicane / medici de urgență, medici chirurgi, medici anesteziologi-reanimatologii, medici rezidenţi, asistente medicale).

**Notă:** Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat şi de către alţi specialişti.

**A.4. Obiectivele protocolului:**

1. A facilita diagnosticarea precoce a ulcerului gastroduodenal perforat (UGDP).
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienţilor cu UGDP.
3. A reduce rata de complicaţii şi de mortalitate prin UGDP.

**A.5. Data elaborării protocolului:** 2018

**A.6. Data revizuirii protocolului:** 2024

**A.7. Data următoarei revizuiri:** 2029

**A.8. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcţia** |
| ***Evghenii Guţu*** | dr. hab. şt. med., prof. univ., Catedra de chirurgie generală şi semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Vasile Guzun*** | dr. şt. med., director interimar, IMSP SCM nr.1 „Gheorghe Paladi” |
| ***Vladimir Iacub*** | dr. şt. med., conf. univ., Catedră de chirurgie generală şi semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| ***Serghei Guţu*** | dr. şt. med., şef Secţie chirurgie toracală, IMSP IMU |

**Protocolul a fost discutat, aprobat şi contrasemnat:**

**Recenzii: *Dumitru Casian*,** dr. hab. şt. med., prof.univ.; ***Vasile Culiuc***, dr. şt. med., conf. univ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea** | **Persoana responsabilă** |
| Catedra de chirurgie generală şi semiologie nr.3 USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Dumitru Casian***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Comisia stiinţifico-metodică de profil „Chirurgie” | ***Evghenii Guțu***, dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte |
| Asociaţia chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din RM | ***Sergiu Ungureanu***, dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte |
| Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Ghenadie Curocichin***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Nicolae Bacinschi****,* dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemiţanu” | ***Anatolie Vișnevschi,*** dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră |
| Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale | ***Dragoș Guțu*,** director general |
| Compania Națională de Asigurări în Medicină | ***Ion Dodon,*** director general |
| Catedra de urgențe medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu” | ***Larisa Rezneac,*** conf. univ., șefă catedră |
| Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate | ***Valentin Mustea,*** director |
| Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății | ***Aurel Grosu***, dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte |

**A.9. Definiţiile folosite în document**

**Boala ulceroasă** – patologie caracterizată prin formarea defectului adânc în mucoasa gastrică sau duodenală. În ultimele decenii morbiditatea prin boala ulceroasă gastroduodenală s-a redus din cauza implementării tratamentului complex de eradicare a Helicobacter pylori şi a preparatelor antisecretorii puternice.

**Ulcerul cronic gastroduodenal** este definit ca o leziune erozivă, caracterizată prin apariţia defectului tisular, care începe în epiteliul stomacului sau duodenului și se extinde prin mucoasă în lamina propria şi, uneori, implică toate straturile peretelui gastroduodenal. Ca regulă, ulcerul cronic este adânc, are un diametru mai mare de 5 mm și nu trebuie confundat cu eroziune acută. Ulcerul poate progresa cu implicarea și leziunea vaselor din stratul submucos, muscular sau subseros.

**Ulcerul peptic al anastomozei** gastrojejunale sau gastroduodenale este definit, ca leziune situată nemijlocit pe linia sau împrejurul anastomozei, mai frecvent din partea intestinală a acesteia. Cauzele de bază ale apariţiei sunt: rezecţia gastrică neadecvată cu păstrarea unei porţiuni a regiunii antrale a stomacului, vagotomia incompletă, hiperparatiroidismul, gastrinomul, vârsta tânără a pacientului la momentul operaţiei, consumul remediilor ulcerogene şi contaminarea cu H. Pylori.

**Ulcerul perforat –** este o complicație a ulcerului gastroduodenal în care este prezentă scurgerea conținutului gastroduodenal şi a aerului în cavitatea abdominală, ce se manifestă clinic prin simptomatologia abdomenului acut şi reprezintă o urgenţă chirurgicală majoră.

**Ulcerul perforat acoperit** apare în cazul, când orificiul perforativ este mic şi se închide cu exudat fibrinos, care determină aderenţa rapidă a organelor învecinate (de obicei, a suprafeţei adiacente a ficatului între vezica biliară şi ligamentul falciform) la leziunea ulceroasă. Scurgerea conţinutului gastroduodenal în cavitatea peritoneală este blocată şi simptomatologia se ameliorează.

**Ulcerul perforat atipic** se consideră în cazurile când conţinutul gastroduodenal nimereşte într-o cavitate anatomică delimitată (în bursa omentală) sau retroperitoneal. După incidentul perforativ acut semnele locale peritoneale nu progresează, iar tabloul clinic ia aspectul abcesului intraabdominal.

**Ulcerele duodenale „în oglindă”** reprezintă coexistenţa a două ulcere localizate în bulbul duodenal: unul pe peretele anterior, iar altul – pe peretele posterior. Aproximativ în 10% din cazuri ulcerele „în oglindă” se pot complica cu perforaţie anterioară, însoţită de hemoragie din leziune ulceroasă posterioară, prezentând astfel un risc foarte înalt de mortalitate.

**Pneumoperitoneum** este un termen radiologic utilizat pentru a descrie acumularea anormală a aerului în cavitatea peritoneală liberă. În marea majoritate a cazurilor acesta este consecinţa perforaţiei unui organ cavitar, cum ar fi stomacul sau duodenul. Cu toate acestea, nu toate cazurile de pneumoperitoneu sunt cauzate de perforaţiile gastrointestinale. Pneumoperitoneul „non-chirurgical” sau „spontan” este bine cunoscut de la prima descriere a pneumoperitoneului pe radiografia abdominală.

**Operația antiulceroasă definitivă.** Spre deosebire de suturare simplă și omentoplastia ulcerului perforat, operația definitivă prevede procedeul efectuat pentru micșorarea secreției gastrice acide și prevenirea recurenței ulcerului gastroduodenal. Acestea includ asocierea suturării sau exciziei ulcerului duodenal cu vagotomie și piloroplastie, precum și rezecția gastrică cu sau fără vagotomie suplimentară.

**Procedeele rezecţionale**, pe lângă înlăturarea ulcerului, sunt orientate spre reducerea acidităţii gastrice. În rezultatul rezecţiei funcţia producătoare de acid a stomacului se reduce mult mai sigur, prin eliminarea mecanismului gastrinic şi înlăturarea unei mase majore de celule parietale. Rezecţia gastrică 2/3 micşorează previzibil răspunsul secretor cu 60-80%.

**Antrumectomia** este o rezecție gastrică economă, care prezintă înlăturarea porțiunii antrale a stomacului. În rezultatul antrumectomiei aciditatea gastrică se micșorează considerabil, și mai mult – când procedeul este completat de vagotomie tronculară. Avantajele antrumectomiei față de rezecția gastrică 2/3 standard constituie gradul mai mic al traumatismului operator și micșorarea riscului dezvoltării sindroamelor postrezecționale. Restabilirea continuității tractului gastrointestinal poate fi efectuată prin montarea gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II).

**A.10. Informaţia epidemiologică**

Ulcerul **gastroduodenal** perforat (UGDP) este o complicație acută şi foarte gravă a bolii ulceroase (BU), care se manifestă clinic prin abdomen acut şi prezintă un risc foarte înalt de morbiditate și mortalitate. Incidenţa UGDP ocupă al doilea loc după ulcerul hemoragic dintre complicaţiile bolii ulceroase, însă primul loc – în ceea ce ține de indicațiile către tratament chirurgical urgent.

Din 4 milioane de persoane nou diagnosticate cu BU în lume în fiecare an, incidența apariției ulcerului perforant este de 1,5-3% sau 7-10 adulți la 100.000 de locuitori. Riscul perforației ulcerului gastroduodenal (GD) pe parcursul vieţii la persoanele, care nu primesc tratamentul respectiv, este de aproximativ 10-14%. În plan internațional, incidenţa variază în funcție de regiunea geografică și este determinată în primul rând de asocierea cu Helicobacter pylori (H. Pylori) și medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). Perforaţia este întâlnită mai frecvent la bărbați decât la femei (raportul este 2:1), şi mai des – în decada a 6-a a vieții. Localizarea predominantă a ulcerului perforat este cea duodenală (60-90%), urmată de regiunea gastrică antrală (20%) și curbura mică a stomacului (20%).

Perforaţia este complicaţia acută a ulcerului gastroduodenal. Majoritatea perforaţiilor au loc în timpul acutizării bolii ulceroase, însă la 20-30% dintre bolnavi aceasta poate constitui primul semn al bolii. Dimpotrivă, perforația ulcerului **GD** este neobișnuită în timpul terapiei de întreținere în cazul ulcerului vindecat.

Perforaţia ulcerului gastroduodenal constituie una dintre urgenţele chirurgicale majore. Tratamentul UGDP continuă să evolueze datorită progreselor recente din domeniul farmacologiei, bacteriologiei și tehnicilor operative. Totodată, UGDPare o mortalitate cuprinsă între 1,3% și 30%. Rata mortalității la 30 de zile este 20%, iar la 90 de zile – 30%. Circă 15% din decese sunt asociate cu vârsta înaintată, genul feminin şi localizarea ulcerului în stomac. Rata diagnosticului omis al UGDP este de 5%, iar majoritatea din aceşti pațienți nu supraviețuiesc.

**A.11. Clase de recomandare şi nivele de evidenţă.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Clasa I** | Condiţii pentru care există dovezi şi/sau acord unanim asupra beneficiului şi eficienţei unei proceduri diagnostice sau tratament | Este recomandat/este indicat |
| **Clasa II** | Condiţii pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergenţă de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii |  |
| **Clasa IIa** | Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficienţă | Ar trebui luat în considerare |
| **Clasa IIb** | Beneficiul/eficienţa sunt mai puţin concludente | Ar putea fi luat în considerare |
| **Clasa III** | Condiţii pentru care există dovezi şi/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător | Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative |
| **Nivel de evidenţă A** | Date provenite din mai multe studii clinice randomizate | |
| **Nivel de evidenţă B** | Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare | |
| **Nivel de evidenţă C** | Consensul de opinie al experţilor şi/sau studii mici, studii retrospective, registre | |

**B. PARTEA GENERALĂ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***B.1. Nivel de asistenţă medicală primară (medici de familie şi asistentele medicilor de familie)*** | | |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| **1. *Profilaxia* UGD.**  ***C.2.8. - C2.9.*** | * Efectuarea video- sau esofagogastroduodenofibroscopiei programat activ la pacienţii cu anamneză ulceroasă. * Profilaxia acutizării UGD prin administrarea sezonieră a IPP sau H2-blocantelor la pacienţii cu boala ulceroasă cunoscută. * Evaluarea şi tratamentul infecţiei H. Pylori. * Administrarea raţională a AINS, când este necesar. | **Standard/Obligatoriu:**   * Profilaxia UGD *(caseta 28, 29)*. * Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului şi examinări programate obligatorii, informarea privind complicaţiile posibile *(caseta 28, 29)*. * Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului necesar *(caseta 29)*. |
| **2. Diagnosticul.**  2.1. Suspectarea diagnosticului de UGDP.  ***C.2.1.4.***  ***C.2.3.***  ***C.2.4.***  ***C.2.4.1.***  ***C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3.***  ***C.2.4.3.2.***  ***C.2.4.4.*** | * Acuzele, anamneza, examenul obiectiv şi de laborator permite suspectarea UGDP în majoritatea cazurilor. | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4)*. * Evaluarea stării generale a pacientului *(caseta 5).* * Acuzele şi anamneza *(caseta 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Examen de laborator *(tabelul 1)*. * Diagnosticul diferenţial *(caseta 12).* * La orice suspecţie de UGDP, se efectuiază urgent examinările paraclinice în ambulator. |
| **3. Decizia.**  Consultaţia specialiştilor şi/sau spitalizarea.  ***C.2.4.4.*** | * Consultul medicului chirurg permite confirmarea diagnosticului de UGDP. | **Standard/Obligatoriu:**   * La suspecţia UGDP este indicată internarea în regim de urgenţă în instituţie medicală cu secţie chirurgicală specializată *(caseta 10)*. |
| **4. Tratamentul.**  **4.1.** **Tratament simptomatic.** | * Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcţiilor vitale. * Tratamentul simptomatic nu trebuie să influenţeze promptitudinea spitalizării. | **Standard/Obligatoriu:**   * Tratamentul se va efectua doar în condiţii de staţionar. * Criteriile de spitalizare *(caseta 10).* |
| **5. Supravegherea.**  ***C.2.9.*** | * Supraveghere după tratamentul operator al pacienţilor externaţi la domiciliu. * Esofagogastroduodenofibroscopia la pacienții ce au suportat suturarea simplă a UGDP peste 4-6 săptămâni după externare. * Eradicarea H. Pylori la pacienţii contaminaţi. * Tratamentul cu IPP sau H2-blocanți, când este necesar. | **Standard/Obligatoriu:**   * Supravegherea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit *(caseta 29).* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***B.2. Nivel de asistenţă medicală de urgenţă (medici de urgenţă şi asistenţi/felceri de urgenţă)*** | | |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| **1. Diagnosticul UGDP.**  1.1 Suspectarea diagnosticului de UGDP.  ***C.2.1.4.***  ***C.2.3.***  ***C.2.4.***  ***C.2.4.1.***  ***C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3.***  ***C.2.4.3.2.***  ***C.2.4.4.*** | * Acuzele, anamneza şi examenul obiectiv permite suspectarea UGDP. | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4)*. * Evaluarea stării generale a pacientului *(caseta 5).* * Acuzele şi anamneza *(caseta 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Diagnosticul diferenţial *(caseta 12).* * În caz de suspecţie de UGDP este obligatorie transportarea pacientului în IMSP unde este posibilă acordarea asistenţei medicale specializate *(caseta 10)*. |
| **2. Decizia**:  Spitalizarea şi consultaţia chirurgului în IMSP, care recepţionează urgenţele chirurgicale.  ***C.2.4.2.*** | * Transportul medical asistat în IMSP spitalicească, care deserveşte urgenţele chirurgicale, pentru consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de UGDP. | **Standard/Obligatoriu:**   * Toţi pacienţii cu suspecţie la UGDP necesită transport medical asistat: * ECG. * Pulsoximetrie. * Glucometrie. * Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii. * Consultaţia medicului chirurg. * Suspectarea diagnosticului de UGDP este indicaţie absolută pentru spitalizarea în serviciul de chirurgie *(caseta 10)*. |
| **3.Tratamentul**  3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienţilor critici cu UGDP. | * Tratamentul se va efectua doar pentru stabilizarea funcţiilor vitale. * Tratamentul simptomatic nu trebuie să influenţeze promptitudinea spitalizării. | **Standard/Obligatoriu:**   * Transportarea pe brancardă. * Oxigenoterapie. * Compensare volemică (Sol. *Natrii* *chloridum* 0,9%-400 ml) și medicaţie inotropă pozitivă, la necesitate. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator (medic chirurg)*** | | |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| **1. Diagnosticul.**  Suspectarea diagnosticului de UGDP.  ***C.2.1.4.***  ***C.2.3.***  ***C.2.4.***  ***C.2.4.1.***  ***C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3.***  ***C.2.4.3.2.***  ***C.2.4.4.*** | * Acuzele, anamneza, examenul obiectiv şi de laborator permite suspectarea diagnosticului de UGDP. | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4)*. * Evaluarea stării generale a pacientului *(caseta 5).* * Acuzele şi anamneza *(caseta 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Examen de laborator *(caseta 10, tabelul 1)*. * Diagnosticul diferenţial *(caseta 12).*   **Recomandabil:**   * Consultaţia altor specialişti, la necesitate. * La orice suspecţie de UGDP, examinările de laborator şi imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt. |
| **2. Selectarea metodei de tratament:** staţionar *versus* ambulatoriu.  ***C.2.4.2.*** | * Tratamentul in condiţii ambulator se va efectua doar pentru stabilizarea funcţiilor vitale. | **Standard/Obligatoriu:**   * În caz de suspecţie de UGDP este obligatorie transportarea pacientului în IMSP unde este posibilă acordarea asistenţei medicale specializate *(caseta 10)*. |
| **3. Tratamentul.**  **3.1.** **Tratament simptomatic.** | * Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcţiilor vitale. * Tratamentul simptomatic nu trebuie să influenţeze promptitudinea spitalizării. | **Standard/Obligatoriu:**   * Tratamentul definitiv se va efectua doar în condiţii de staţionar. * Oxigenoterapie. * Stabilizare hemodinamică. * Medicaţie inotropă pozitivă, la necesitate. |
| **4. Supravegherea.**  ***C.2.9.*** | * Se efectuează de către chirurg în colaborare cu medicul de familie. * Supraveghere după tratamentul operator al pacienţilor externaţi la domiciliu. * Esofagogastroduodenofibroscopia la pacienții ce au suportat suturarea simplă a UGDP peste 4-6 săptămâni după externare. * Eradicarea H. Pylori la pacienţii contaminaţi. * Tratamentul cu IPP sau H2-blocanți, când este necesar. | **Standard/Obligatoriu:**   * Examinări în ambulator după externare din spital *(caseta 29)*. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească (spitale raionale, municipale, republicane)*** | | |
| **Descriere** | **Motive** | **Paşi** |
| 1. **Triajul în UPU/DMU** *(în conformitate cu Protocolul Clinic Standartizat Triajul în Unitățile Primiri Urgențe)*   **1.1 Suspectarea diagnosticului de UGDP** | * Prioritizarea și identificarea pacienților pentru a fi consultați și tratați în dependență de gravitatea urgențelor medico-chirurgicale. * Încadrarea pacienților în nivelele de urgență | * Evaluarea si măsurarea parametrilor clinici * După evaluarea, clasificarea și stabilirea nivelului de prioritate pacientul va fi preluat în zona de tratament în conformitate cu gradul de urgență. * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4)*. * Anamneza şi acuzele *(caseta 5, 6, 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9, 10).* * Solicitarea consultului medicului chirurg |
| **2. Diagnosticul.**  **2.1.** **Confirmarea diagnosticului de UGDP.**  ***Algoritmul C.1.1.***  ***C.2.1.4.***  ***C.2.3.***  ***C.2.4.***  ***C.2.4.1.***  ***C.2.4.1.1. - C.2.4.1.3.***  ***C.2.4.3.2.***  ***C.2.4.4.*** | * Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, de laborator şi radiologic permite confirmarea UGDP. | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea factorilor de risc *(caseta 4)*. * Evaluarea stării generale a pacientului *(caseta 5).* * Acuzele şi anamneza *(caseta 7, 8)*. * Examenul obiectiv *(caseta 9).* * Examen de laborator *(caseta 10, tabelul 1)*. * Radiografia panoramică a cavităţii abdominale în ortostatism *(caseta 10, tabelul 1)*. * ECG *(caseta 10, tabelul 1)*. * Diagnosticul diferenţial *(caseta 12).*   **Recomandabil:**   * Consultaţia altor specialişti, la necesitate. * Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior cu contrast lichid solubil în apă, pneumogastrografia, CT, USG, Esofagogastroduodenofibroscopia, laparoscopia diagnostică la necesitate *(caseta 10, tabelul 1)*. |
| **3. Tratamentul.**  **3.1. Tratamentul chirurgical.**  ***Algoritmul C.1.1.***  ***C.2.5.***  ***C.2.5.1.***  ***C.2.5.2.***  ***C.2.5.2.1. - C.2.5.2.6.***  **2.2. Tratamentul conservator.**  ***C.2.5.3.***  ***C.2.5.3.1. - C.2.5.3.2.***  **2.2. Tratamentul postoperator.**  ***C.2.6.***  ***C.2.6.1. - C.2.6.3.*** | * Este recomandat în toate cazurile de UGDP stabilită. | **Standard/Obligatoriu:**   * Stabilirea indicaţiilor pentru tratament chirurgical. * Consultaţia anesteziologului*.* * Pregătire preoperatorie *(caseta 14).* * Tratamentul chirurgical *(caseta 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).* * Tratamentul conservativ *(caseta 22)* * Abandonarea tratamentului non-operator in favoarea celui chirurgical *(caseta 23)* * Conduita postoperatorie *(caseta 24).* * Complicaţiile posibile în perioada postoperatorie precoce *(caseta 25, 26)* |
| **4. Externarea, supravegherea.**  ***C.2.7.***  ***C.2.8.***  ***C.2.9.*** | * Pacientul se poate externa la a 3-4 zi (după operație laparoscopică) sau la a 4-7 zi (după intervenție chirurgicală deschisă). | **Standard/Obligatoriu:**   * Evaluarea criteriilor de externare *(caseta 27).*   **Extrasul va conţine obligatoriu:**   * Diagnosticul exact detaliat. * Rezultatele investigaţiilor efectuate. * Tratamentul efectuat. * Recomandările explicite pentru pacient. * Recomandările pentru medicul de familie. |

**C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ**

***C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu ulcer gastroduodenal perforat în staţionar. (clasa de recomandare IIa)***

Pacientul cu suspecție la UGDP

Acuzele, anamneza, examenul obiectiv, teste de laborator

Radiografia abdominală panoramică

Pneumoperitoneum (+)

Pneumoperitoneum (-)

CT abdominală, contrastarea tractului GI, pneumogastrografia, USG, laparoscopia diagnostică

Perforația gastroduodenală

Alt diagnostic

Pacientul hemodinamic stabil, fără comorbidități, peritonita chimică

Pacientul instabil hemodinamic, comorbidități severe, peritonita bacteriană avansată

Resuscitare, antibioticoterapie

Operația urgentă deschisă sau laparoscopică

Operația urgentă deschisă

Ulcer perforat <5 mm

Suturarea simplă, omentoplastia

Ulcer perforat ≥5 mm, anamneza ulceroasă, cicatricii postulceroase

Operația antiulceroasă definitivă

Suturarea simplă, omentoplastia

Hemoragia ulceroasă asociată, stenoza pronunțată, ulcer ≥ 2 cm, localizarea gastrică a ulcerului

Operația antiulceroasă definitivă

Externarea, supravegherea şi tratamentul ambulator

**C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR**

***C.2.1. Etiologia ulcerului gastroduodenal şi fiziopatologia perforației gastroduodenale.***

***C.2.1.1. Etiologia****.*

|  |
| --- |
| **Caseta 1. *Etiologia.***   * + - * Tradiţional se consideră, că boala ulceroasă rezultă dintr-un dezechilibru al secreției stomacale acide și mecanismelor de protecţie ale mucoasei gastroduodenale (stratul de mucus-bicarbonat, prostaglandinele, renovarea celulară și fluxul sangvin). Deşi ulcerele, gastric şi duodenal, frecvent sunt analizate în comun, există multiple particularităţi distinctive, care impun cercetarea acestora ca maladii separate. Mult timp se considera că hipersecreția gastrică deține rolul de bază în etiologia ulcerului duodenal, pe când în ulcerul gastric – dereglarea barierei de protecţie a mucoasei. ***(clasa de recomandare I)*** * De asemenea, factori importanţi de risc în apariţia defectelor cronice ale mucoasei GD sunt consideraţi contaminarea cu H. Pylori şi consumul AINS, care sunt responsabile de majoritatea ulcerelor gastrice şi duodenale (50-90%). ***(clasa de recomandare I)*** * S-a confirmat corelaţia puternică dintre infecția gastrică antrală cu H. Pylori și ulcerul GD. Peste 75-90% dintre pacienții cu BU sunt contaminaţi cu H. Pylori, iar eradicarea acestei infecții se asociază cu vindecarea ulcerului, şi de asemenea cu scăderea semnificativă a probabilităţii ulcerului recurent. ***(clasa de recomandare I)*** * Totodată, majoritatea cazurilor de BU, care nu prezintă asociere cu H. Pylori, sunt secundare consumului AINS. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Utilizarea preparatelor steroide, fumatul, evacuarea gastrică accelerată și mecanismele defectuoase de protecţie a mucoasei gastroduodenale de asemenea contribuie la dezvoltarea BU. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Pacienții cu niveluri înalte de gastrină (cu sindrom Zollinger * -Ellison) prezintă un risc crescut de apariție a BU și a perforațiilor ulceroase ulterioare. ***(clasa de recomandare I)*** * Este important faptul că, deși frecvența BU a scăzut în general, numărul pacienților cu UGDP nu s-a schimbat semnificativ. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.1.2. Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson***

|  |
| --- |
| **Caseta 2. *Tipuri de ulcer cronic gastric conform clasificării modificate H. Johnson*** în funcţie de localizarea acestuia, nivelul secreţiei şi particularităţile patogeniei. ***(clasa de recomandare I)***   * Tipul I este definit ca ulcer în corpul gastric fără modificări patologice ale duodenului, pilorului sau zonei prepilorice, şi cu nivel scăzut al acidităţii. * Tipul II este reprezentat de asocierea ulcerului mezogastric cu ulcer (sau cicatrice postulceroasă) în duoden sau în canalul piloric. Deşi mulţi bolnavi cu ulcer de tipul II de obicei au secreţie gastrică sporită, mulţi dintre pacienţi prezintă aciditate normală. Ulcerul gastric de tip II prezintă un pronostic rezervat, acesta este refractar la tratamentul conservativ. * Tipul III prevede situarea ulcerului gastric în regiunea prepilorică. De obicei, pacienţii cu ulcer gastric prepiloric prezintă aciditate sporită, similară cu cea caracteristică pentru bolnavii cu ulcer duodenal. * Tipul IV reprezintă ulcerul juxtacardial, situat lângă joncţiunea esofagogastrică. Particularităţile principale ale ulcerului de tipul IV este frecvenţa înaltă a acestuia (27%), secreţia gastrică bazală şi stimulată redusă, şi ponderea mare de penetrare profundă. * Tipul V de ulcer gastric a fost definit ca ulcer provocat de acţiunea AINS şi localizat în orice regiune a stomacului. |

***C.2.1.3. Fiziopatologia ulcerului gastroduodenal perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 3. *Fiziopatologia.***   * Majoritatea ulcerelor perforative sunt localizate pe peretele GD anterior, deşi ocazional ulcerul gastric posterior poate perfora în bursa omentală. ***(clasa de recomandare I)*** * Ulcerele anterioare au tendinţa de a se complica cu perforaţie mai degrabă decât cu hemoragie, din cauza absenței viscerelor protectoare și a vaselor sangvine majore situate pe această suprafață. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Unii pacienți dezvoltă perforații foarte mici (<5 mm) fără defecte mari a mucoasei, ceea ce sugerează că dimensiunile ulcerului nu influenţează direct riscul perforaţiei. ***(clasa de recomandare IIb)*** * În mai puţin de 10% din cazuri hemoragia acută din ulcerul posterior „în oglindă” complică perforaţia anterioară, prezentând un risc foarte înalt de mortalitate. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Imediat după perforaţia ulcerului GD, cavitatea peritoneală se umple cu secreţie gastroduodenală foarte agresivă cu aciditate crescută şi enzime pancreatice, ceea ce induce dezvoltarea peritonitei chimice. ***(clasa de recomandare I)*** * Ulterior reacţiile peritoneale duc la diluarea conţinutului acid şi enzimatic prin exudarea lichidului în cavitatea peritoneală şi, ca rezultat simptomatologia se ameliorează temporar până la dezvoltarea peritonitei bacteriene. ***(clasa de recomandare I)*** * Însămânțările din cavitatea peritoneală la etapele iniţiale ale bolii relevă lipsa creşterii sau o creştere foarte slabă a streptococilor şi microorganismelor enterice. Treptat, timp de 12-24 ore procesul evoluează într-o peritonită bacteriană. ***(clasa de recomandare I)*** * Severitatea bolii şi probabilitatea decesului este direct dependentă de intervalul de timp, trecut de la momentul perforaţiei ulceroase până la închiderea chirurgicală a acestuia. ***(clasa de recomandare I)*** * Sechestrarea ulterioară a lichidelor în „spaţiul trei” cauzată de perforaţie şi peritonită, duce la micşorarea volumului circulator, hipotensiune arterială şi scăderea diurezei. În cazurile grave poate să se dezvolte şocul. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Distensia abdominală ca urmare a peritonitei şi ileusului intestinal paralitic poate influența excursia diafragmei, afectând expansiunea pulmonilor. În cele din urmă, se dezvoltă atelectazele şi pneumonia, ceea ce poate compromite oxigenarea sângelui. Pneumonia poate fi de asemenea cauzată de translocarea bacteriană din cavitatea peritoneală în circulaţia sangvină. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Într-un număr necunoscut de cazuri orificiul perforativ poate să se acopere cu aderenţe şi suprafaţa adiacentă a ficatului. În astfel de cazuri boala poate avea un caracter autolimitat, deşi deseori se observă apariţia abceselor, subfrenic sau subhepatic. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.1.4. Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 4. *Factorii de risc de dezvoltare a ulcerului gastroduodenal perforat. (clasa de recomandare IIa)***   * Sexul masculin. * Vârsta înaintată. * Anamneza ulceroasă. * Infecția cunoscută cu H. Pylori. * Consumul de AINS. * Tabagismul activ/pasiv. * Consumul de alcool. * Narcomania. * Ereditatea şi factorul etnic. * Alimentarea neadecvată. * Sedentarismul. * Sepsisul. * Arsurile intense. * Traumatismele cranio-cerebrale şi spinale. * Sindromul Zollinger-Ellison. * Ciroza hepatică. |

***C.2.2. Clasificarea.***

***C.2.2.1. Clasificare anatomo-patologică. (clasa de recomandare I)***

**După origine:** (a) perforaţia ulcerului acut; (b) perforaţia ulcerului cronic.

**După localizare:** (a) perforaţia ulcerului gastric; (b) perforaţia ulcerului duodenal.

**După evoluţia clinică:** (a) perforaţie în peritoneu liber; (b) perforaţie atipică; (c) perforaţie acoperită.

***C.2.3. Fazele evolutive ale ulcerului gastroduodenal perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 5. *Fazele evolutive ale ulcerului gastroduodenal perforat.***  În evoluţia perforației tipice a ulcerului GD se disting 3 perioade: (1) Inițială (de şoc); (2) Intermediară (de pseudoameliorare); (3) Tardivă (de peritonită bacteriană). ***(clasa de recomandare I)***   * **Perioada de șoc** (de peritonită sau contaminare chimică) durează până la 2-6 ore, și se caracterizează printr-o durere severă în regiunea epigastrică sau pe tot abdomenul, urmată de hipotensiune arterială, puls slab, temperatură subnormală, extremităţi reci. La inspecţie abdomenul este imobil, se determină contractura musculară severă și semne peritoneale. ***(clasa de recomandare I)*** * **Perioada intermediară** (numită şi „de pseudoameliorare”) se manifestă prin ameliorarea durerii din cauza diluției conținutului gastric în abdomen cu secrețiile exudative ale peritoneului, și durează de la 6 până la 12 ore. ***(clasa de recomandare I)*** * **Perioada tardivă** (de peritonita bacteriană sau de infecţia intraabdominală) se caracterizează prin apariția și progresarea infecției intra-abdominale și se dezvoltă după 12-24 ore de la debut. Starea bolnavului se agravează progresiv: pulsul este slab şi accelerat, se constată hipotonie arterială, respiraţia devine accelerată şi superficială, apare febra. Abdomenul este dureros şi balonat, dispare peristaltismul. ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.4. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 6*. Conduita pacientului cu ulcerul gastroduodenal perforat****.* ***(clasa de recomandare I)***   * Culegerea anamnezei şi acuzelor. * Examinarea clinică. * Examinarea paraclinică (de laborator şi imagistic). * Evaluarea riscului de complicaţii (consultaţia specialiştilor). * Luarea deciziei referitoare la conduita de tratament. * Efectuarea tratamentului. * Supravegherea activă. |

***C.2.4.1. Manifestările clinice.***

***C.2.4.1.1 Anamneza.***

|  |
| --- |
| **Caseta 7*. Anamneza.***   * Detectarea promptă a perforaţiei ulcerului GD necesită un grad ridicat de suspiciune, când sunt colectate date anamnestice și ale examenului clinic. ***(clasa de recomandare I)*** * Debutul UGDP este brusc cu apariția durerii in regiunea epigastrică, uneori cu iradiere în umărul drept. Clinica poate fi diminuată la pacienții cu obezitate, imunocompromiși, bolnavii cu un grad redus de cunoștință, la vârstnici și la copii. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Este important de evidențiat prezența la pacienți a anamnezei ulceroase, consumului de AINS şi alcoolului, precum şi stabilirea faptului că tratamentul antiulceros este inadecvat. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Doar aproximativ o treime din pacienții cu UGDP au antecedentele ulceroase sau un ulcer gastroduodenal cunoscut la momentul apariţiei complicaţiei. ***(clasa de recomandare I)*** * Este necesar de interogat bolnavul despre antecedentele suportate (boala ulceroasă, hemoragiile digestive, operaţiile suportate, investigaţiile recente şi rezultatele acestora etc). ***(clasa de recomandare I)*** * Existenţa bolii ulceroase nediagnosticate poate sugera durerea epigastrală, ce apare după alimentaţie şi se menţine 2-3 ore (în cazul ulcerului duodenal), sau care se intensifică după utilizarea alimentelor (în ulcer gastric). Mai mult decât atât, prezenţa ulcerului poate fi suspectată în prezența pirozisului, greţurilor, vomei periodice, dispepsiei, anorexiei. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Frecvenţa patologiei este limitată de o vârstă anumită, şi UGDP rar se întâlneşte la pacienţii mai tineri de 15 ani. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.4.1.2 Acuzele.***

|  |
| --- |
| **Caseta 8*. Acuzele.***   * Perforarea ulcerului gastroduodenal este, de obicei, însoțită de durere epigastrică bruscă și severă. Durerea, provocată de scurgerea în cavitatea abdominală a conţinutului gastric extrem de acid şi arsura chimică a peritoneului, atinge rapid intensitatea de vârf și rămâne constantă. Durerea acută în regiunea epigastrică cu debut brusc este numită „lovitură de pumnal” sau semnul Dieulafoy. ***(clasa de recomandare I)*** * Ca regulă, pacienţii cu ulcer GD perforat pot indica timpul debutului durerilor cu precizie până la un minut. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Deseori, atunci când în cazul UGDP în cavitatea abdominală liberă brusc nimereşte acidul gastric, durerea din start este percepută pe întreaga arie abdominală. Dar, intensitatea maximală a durerii în debut este percepută de către bolnav în etajul superior. ***(clasa de recomandare I)*** * Iradierea durerii în regiunea omoplatului drept (semnul Eleker) este obișnuită din cauza acumulării conținutului gastric în spaţiul subfrenic drept cu iritarea diafragmei. Uneori durerea iradiază în claviculă și în umărul drept. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Ocazional, durerea este sesizată în abdomenul inferior, când conținutul gastric se deplasează caudal prin canalul lateral drept paracolic. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Perforaţia ulcerului gastric şi duodenal poate debuta foarte acut, iar sindromul dolor şi eliberarea catecolaminelor pot duce spre stare de şoc, colaps, uneori cu pierderea cunoștinței. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Voma nu este caracteristică fazelor iniţiale ale perforaţiei ulcerului gastroduodenal. Ulterior, pe parcursul progresării tabloului clinic, vomele frecvente pot sugera dezvoltarea şi generalizarea peritonitei bacteriene. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.4.1.3. Simptomatologie.***

|  |
| --- |
| **Caseta 9. *Simptomatologie*.**   * Debutul UGDP este caracterizat de durere bruscă, asemenea „loviturii de pumnal” sau semnul Dieulafoy. ***(clasa de recomandare I)*** * La debutul bolii este prezentă hipotensiunea arterială (starea de şoc), asociată cu puls slab și bradicardic (puls „vagal”). Şocul de debut are un caracter latent şi dispare cu timpul, urmat de ameliorare temporară. ***(clasa de recomandare I)*** * Într-o peritonită bacteriană avansată pulsul este accelerat, uneori foarte frecvent şi slab sau imperceptibil. ***(clasa de recomandare I)*** * Inspecţia generală evidenţiază o faţă palidă sau surie a bolnavului cu UGDP, acoperită cu transpiraţii reci. ***(clasa de recomandare I)*** * Culoarea sur-pământie a pielii, orbitele înfundate, nuanţa ascuţită a feţei, ochii sclipitori, tegumentele acoperite cu transpiraţii reci alcătuiesc expresia clasică a „feţei lui Hipocrate” sau a „feţei abdominale”, caracteristică deja pentru peritonita avansată. ***(clasa de recomandare I)*** * Majoritatea pacienților evită mișcarea pentru a diminua disconfortul şi preferă să stea într-o singură poziţie. ***(clasa de recomandare I)*** * Pacienţii preferă o poziție forţată (culcat pe spate sau în decubit lateral drept cu extremitățile flectate spre abdomen – „poziție fetală”) pentru a relaxa defansul muscular al abdomenului şi a micşora durerea. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Respirația bolnavului este superficială, costală; abdomenul nu participă în actul de respirație. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Când tratamentul chirurgical este întârziat, scurgerea aerului şi conţinutului gastroduodenal în cavitatea peritoneală continuă, şi distensia abdominală devine generalizată şi foarte pronunţată. ***(clasa de recomandare I)*** * Ca regulă, contractura musculară este foarte evidentă, constantă, şi răspândită pe toată suprafaţa abdomenului, alcătuind tabloul clasic al „abdomenului de lemn”, caracteristic pentru UGDP. ***(clasa de recomandare I)*** * Există situaţii clinice, când defansul muscular în UGDP este slab pronunţat: (1) la obezi cu un perete anterior abdominal gros şi lax, (2) la bolnavi cu toxemii uremice, când reflexurile sunt atenuate şi diminuate, (3) la pacienţii în stare de şoc (traumatic, hipovolemic) şi (4) la pacienţii vârstnici. ***(clasa de recomandare IIb)*** * La pacienții cu UGDP durerea abdominala, contractura musculară și antecedentele ulceroase constituie triada simptomatică clasică lui Mondor. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Palparea superficială evidenţiază şi hiperestezie cutanată. ***(clasa de recomandare III)*** * Sunt prezente semnele iritării peritoneale: semnul Blumberg (exacerbarea durerii la decomprimarea bruscă abdominală), semnul tusei, semnul „clopoţelului” (durerea bruscă la percuţia abdomenului). ***(clasa de recomandare IIa)*** * La percuţie poate fi determinată dispariţia matităţii ficatului, cauzată de prezenţa gazului în cavitatea peritoneală (pneumoperitoneu). ***(clasa de recomandare IIb)*** * De asemenea percutor poate fi evidenţiată prezenţa lichidului patologic liber (conţinutul gastric) în cavitatea abdominală – sunet percutor mat. ***(clasa de recomandare IIb)*** * În perioada intermediară a UGDP se pot determina matitate deplasabilă în abdomen (simptomul Kerven). ***(clasa de recomandare IIb)*** * Auscultativ peristaltismul intestinal este diminuat sau absent. ***(clasa de recomandare IIb)*** * În faza incipientă a ulcerului perforat asociat cu şoc, temperatura corpului poate fi normală sau subnormală (35-36°C). Odată cu evoluţia bolii temperatura corpului creşte uşor, fără să depăşească 38°C, exceptând cazurile adresării tardive în perioada de peritonită bacteriană avansată. ***(clasa de recomandare IIa)*** * În perioada tardivă pacienții pot prezenta simptomatologie de șoc septic, cum ar fi tahicardia, hipotensiunea arterială și anurie. ***(clasa de recomandare I)*** * Tuşeul rectal în perioada intermediară relevă sensibilitate la nivelul fundului de sac Douglas, care bombează şi este extrem de dureros („ţipătul Douglas-ului”). ***(clasa de recomandare IIa)*** * Cu toate acestea, gradul de exprimare al semnelor în cazul UGDP este influențat de mai mulţi factori, inclusiv dimensiunile perforației, cantitatea conținutului gastric și bacterian care contaminează cavitatea abdominală, timpul dintre perforație și adresare după ajutor medical, și posibilitatea închiderii spontane a orificiului perforativ. ***(clasa de recomandare I)*** * Prezentarea clasică a ulcerului GD perforat actualmente se observă mai rar decât în trecut. Foarte frecvent pacienţii vârstnici, care consumă AINS, vor avea manifestări clinice mai puţin dramatice, posibil din cauza utilizării antiinflamatoarelor puternice. ***(clasa de recomandare IIa)*** * În plus, manifestările clinice pot fi absente sau deteriorate la pacienții cu diabet zaharat şi la cei imunocompromiși. ***(clasa de recomandare III)*** |

***C.2.4.2. Criteriile de spitalizare.***

|  |
| --- |
| **Caseta 10. *Criteriile de spitalizare a pacienţilor cu UGDP. (clasa de recomandare I)***   * La orice suspecţie de UGDP este indicată internarea în regim de urgenţă în secţie chirurgicală, unde sunt asigurate condiţii adecvate pentru asistenţă medicală de urgenţă. |

***C.2.4.3. Diagnosticul***

***C.2.4.3.1. Diagnosticul paraclinic***

|  |
| --- |
| **Caseta 11. *Examinările imagistice şi de laborator.***   * Analiza sângelui în majoritatea cazurilor prezintă leucocitoză în limitele de 12.000x109/l, cu o deviere a formulei leucocitare spre stânga (neutrofilie și limfopenie). Peste 12-24 ore nivelul leucocitozei poate creşte până la 20.000x109/l în cazul, când tratamentul este inadecvat. ***(clasa de recomandare I)*** * Rareori pot fi determinate schimbări în nivelul hematiilor. Astfel, la pacienţii cu asocierea perforaţiei şi hemoragiei ulceroase (în ulcerele „în oglindă”) se notează scăderea hemoglobinei, eritrocitelor şi a hematocritului. Viceversa, hemoglobinemia, eritrocitoza şi creşterea hematocritului peste valorile normale se apreciază în cazul spitalizării pacientului cu UGDP în perioada de peritonită bacteriană avansată. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Creşterea moderată a nivelului de amilază în sânge şi urină la pacienţii cu UGDP este cauzată de absorbția enzimei secretului duodenal din cavitatea peritoneală. Totodată, nivelul crescut al amilazei serice în cazul pancreatitei acute este mult mai înalt. ***(clasa de recomandare I)*** * Creatinina şi ureea crescute, precum şi acidoza metabolică reflectă sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS). ***(clasa de recomandare IIa)*** * Examenul radiologic toracoabdominal panoramic în poziţia ortostatică relevă pneumoperitoneul (aer liber), ca o imagine aerică în semilună, care este vizualizată subdiafragmal, mai frecvent din partea dreaptă. Acest semn este prezent în 75-80% din cazuri de UGDP. ***(clasa de recomandare I)*** * Radiografia abdominală panoramică în decubit lateral stâng de asemenea relevă pneumoperitoneul. Investigaţia se efectuează în starea gravă a pacientului (şoc sau colaps ortostatic, peritonita avansată cu instabilitate hemodinamică, patologie concomitentă severă, imobilizarea la pat, etc). Aerul liber în cavitatea peritoneală se vizualizează între ficat şi peretele abdominal. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Radiografia toracoabdominală panoramică reprezintă metoda diagnostică de elecţie a UGDP, fiind ușor de executat, ieftină, neinvazivă și eficientă. Cele mai bune rezultate sunt obținute în cazul, când pacientul se află în poziție verticală timp de 10 minute înainte de examinare. Aerul liber sub diafragm la radiografie indică perforaţia organului cavitar, și în asociere cu anamneza şi datele examinării obiective respective, este suficient pentru a justifica intervenţia chirurgicală ulterioară; iar utilizarea altor metode diagnostice este neargumentată. ***(clasa de recomandare I)*** * Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior, efectuat cu contrast lichid solubil în apă, poate fi util în cazul când pneumoperitoneul nu se evidențiază, dar perforația ulcerului GD încă este suspectată. Extravazarea contrastului din lumenul gastroduodenal în cavitatea peritoneală confirmă perforaţia. Totodată, lipsa extravazării contrastului nu exclude definitiv UGDP. Deşi contrastul lichid este mai preferabil, utilizarea sulfatului de bariu nu este contraindicată şi trebuie utilizată după indicaţii similare. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Pneumogastrografia se efectuează cu indicațiile similare (manifestări clinice specifice UGDP și lipsa pneumoperitoneului la radiografia abdominală panoramică). Printr-o sondă nazogastrică în stomac se introduce 400-500 ml de aer şi se repetă radiografia abdomenului. Apariţia pneumoperitoneului confirmă perforaţia ulceroasă. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Tomografia computerizată (CT) a cavităţii abdominale nu are valoarea diagnostică pentru determinarea bolii ulceroase. În schimb, scanarea CT poate demonstra aer liber în prezența unui ulcer perforat. Scanarea CT se efectuează în decubitul dorsal și aerul liber este vizualizat chiar sub peretele abdominal anterior. Atunci când aerul este prezent pe ambele părți ale ficatului, uneori poate devine vizibil ligamentul falciform. CT scanarea cu contrastare endoluminală concomitentă cu contrast lichid solubil în apă poate, de asemenea, să demonstreze extravazarea contrastului în prezența UGDP. În plus, scanarea CT poate exclude pancreatita acută şi, prin urmare, intervenția chirurgicală eronată. Precizia diagnostică a scanării CT în cazul UGDP este 98%. Trebuie menţionat faptul, că contrastarea endoluminală cu contrast lichid măreşte sensibilitatea și specificitatea CT în stabilirea diagnosticului. ***(clasa de recomandare I)*** * Ultrasonografia abdominală nu posedă valoare diagnostică în cazul UGDP. Prezenţa lichidului sau colecţiilor lichidiene în cavitatea peritoneală nu este specifică pentru perforaţia ulceroasă. Scopul principal al investigaţiei este excluderea maladiilor alternative (pancreatita acută), precum şi depistarea patologiei concomitente intraabdominale. ***(clasa de recomandare III)*** * Video- sau esofagogastroduodenofibroscopia permite depistarea leziunii ulceroase GD, localizării şi dimensiunilor acestuia, schimbărilor periulceroase cicatriciale şi stenotice, semnelor caracteristice malignizării şi, uneori, orificiului perforativ. Efectuarea radiografiei panoramice repetate după esofagogastroduodenofibroscopie este similară pneumogastrografiei. Totodată, efectuarea esofagogastroduodenofibroscopiei iei în cazul UGDP poate duce la majorarea contaminării cavităţii abdominale şi răspândirea peritonitei, periculoasă la bolnavii aflaţi în stare de şoc; se asociază cu un risc mărit al complicaţiilor endoscopice, este greu suportată de către pacienţi şi, ca urmare, trebuie rezervată doar cazurilor excepţionale. ***(clasa de recomandare III)*** * În cazuri dificile de diagnostic este indicată laparoscopia. Astăzi laparoscopia poate constitui metoda nu numai diagnostică, dar şi curativă, prin care se pot realiza sutura perforaţiei, lavajul şi drenarea cavităţii peritoneale. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Efectuarea electrocardiografiei (ECG) este obligatorie la bolnavii cu UGDP stabilit pentru evaluarea preoperatorie, iar monitorizarea continuă poate fi utilă pentru pacienţii spitalizaţi în starea de şoc sau cu patologie cardiovasculară severă ce prezintă pericol pentru viaţă. ***(clasa de recomandare I)*** * Hemocultura nu furnizează informații suplimentare relevante din punct de vedere clinic la pacienții cu UGDP complicat cu peritonită avansată și, prin urmare, nu este recomandată ca metodă de examinare de rutină. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Laparotomia exploratorie tradiţional era considerată ca ultima metoda diagnostică, atunci când celelalte examinările nu au fost concludente, dar perforația ulcerului GD încă este suspectată. Totodată, probabil că în epoca modernă ar fi o imprudență să se efectueze o laparotomie exploratorie și să se stabilească un diagnostic de pancreatită acută. ***(clasa de recomandare III)*** |

***C.2.4.3.2. Investigaţiile paraclinice.***

**Tabelul 1. *Investigaţiile paraclinice la pacienţii cu UGDP.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Investigaţiile paraclinice** | **Semnele sugestive pentru UGDP** | **Caracterul** | |
| Numărătoarea leucocitelor. ***(clasa de recomandare I)*** | Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezenţa unui proces inflamator sau peritonită bacteriană. | **O** |  |
| Numărătoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul. ***(clasa de recomandare I)*** | Hemoconcentraţia sugerează dereglări hidro-electrolitice în cazul deshidratării severe din cauza vomelor şi, invers, anemia poate sugera prezenţa unui ulcer „în oglindă” complicat cu perforație și hemoragie. | **O** |  |
| Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO şi după sistemul Rhesus. ***(clasa de recomandare I)*** | Se indică cu scop de evaluare preoperatorie. | **O** |  |
| Dozarea amilazei pancreatice în serul sanguin şi urină. ***(clasa de recomandare I)*** | Permite diferenţierea de pancreatita acută. UGDP se poate asocia cu amilază serică crescută, dar nu la nivel foarte înalt, cum este în cazul pancreatitei. | **O** |  |
| Determinarea parametrilor biochimici (dozarea proteinei totale, ureei, creatininei, glucozei, AST, ALT şi bilirubinei, indexul protrombinic, fibrinogenul). ***(clasa de recomandare IIa)*** | Evaluarea stării ficatului pentru determinarea patologiilor concomitente cu afecțiune hepatică ce poate provoca complicații intraoperatorii. Creatinina şi ureea crescute reflectă sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS). | **O** |  |
| Analiza generală a urinei. ***(clasa de recomandare IIa)*** | Denotă prezenţa unei patologii renale asociate sau disfuncţiei renale. | **O** |  |
| Electrocardiografia în stare de repaos (ECG). ***(clasa de recomandare I)*** | Poate evidenţia schimbările în caz de patologie a sistemului cardiovascular. | **O** |  |
| Determinarea echilibrului acido-bazic. ***(clasa de recomandare IIb)*** | Acidoza metabolică poate fi asociată cu UGDP şi reflectă SIRS. Se indică şi cu scop de evaluare preoperatorie. |  | **R** |
| Determinarea natriului seric, kaliului seric, calciului, magneziului, clorului în serul sangvin. ***(clasa de recomandare IIb)*** | Se indică cu scop de evaluare preoperatorie. |  | **R** |
| Radiografia panoramică a cavităţii abdominale în ortostatism. ***(clasa de recomandare I)*** | Se efectuează pentru depistarea aerului liber în cavitatea abdominală subdiafragmal. Aerul liber sub diafragmă la radiografie indică perforaţia organului cavitar, și în asociere cu anamneza şi datele examinării obiective respective, este suficient pentru a justifica intervenţia chirurgicală ulterioară. | **O** |  |
| Radiografia panoramică a cavităţii abdominale în decubit lateral. ***(clasa de recomandare IIa)*** | Se efectuează pentru depistarea aerului liber în cavitatea abdominală, în cazurile stării grave a pacientului. |  | **R** |
| Examenul radiologic cu contrastarea tractului gastrointestinal superior cu contrast lichid solubil în apă. ***(clasa de recomandare IIb)*** | Poate fi util în cazul, când pneumoperitoneul nu se evidențiază, dar perforația ulcerului GD încă este suspectată. |  | **R** |
| Pneumogastrografia. ***(clasa de recomandare IIb)*** | Se efectuează, când sunt prezente manifestările clinice specifice UGDP, dar pneumoperitoneul la examenul radiologic panoramic lipseşte. |  | **R** |
| Tomografia computerizată (CT) abdominală. ***(clasa de recomandare IIa)*** | Poate demonstra aer liber în prezența unui UGDP. CT scanarea cu contrastare endoluminală concomitentă cu contrast lichid solubil în apă poate, de asemenea, să demonstreze extravazarea contrastului în prezența UGDP. În plus, scanarea CT poate exclude pancreatita acută. Precizia diagnostică a scanării CT în cazul UGDP este 98%. |  | **R** |
| Ecografia (USG) organelor abdominale. ***(clasa de recomandare III)*** | Stabilește prezența lichidului liber în cavitatea abdominala, însă nu permite vizualizarea aerului liber, sediul leziunii ulceroase şi orificiului perforativ. |  | **R** |
| Video- sau esofagogastroduodenofibroscopie. ***(clasa de recomandare III)*** | La necesitate permite evaluarea stării esofagului, stomacului şi duodenului cu depistarea sediului orificiului UGDP. Efectuarea radiografiei panoramice repetate după esofagogastroduodenofibroscopie este similară pneumogastrografiei. Totodată, efectuarea esofagogastroduodenofibroscopiei în cazul UGDP poate duce la majorarea contaminării cavităţii abdominale şi răspândirea peritonitei; este periculoasă la bolnavii aflaţi în stare de şoc, se asociază cu un risc mărit al complicaţiilor endoscopice, este greu suportată de către pacienţi şi, ca urmare, trebuie rezervată doar cazurilor excepţionale. |  | **R** |
| Laparoscopia diagnostică. ***(clasa de recomandare IIa)*** | Permite determinarea diagnosticului în cazuri dubioase sau incerte (5%). |  | **R** |

***Notă:*** O – obligatoriu, R – recomandabil

***C.2.4.4. Diagnosticul diferenţial.***

|  |
| --- |
| **Caseta 12. *Diagnosticul diferenţial.***  Recunoaşterea formei clasice a ulcerului GD perforant nu prezintă dificultate în cazul spitalizării precoce (până la 6 ore de la debut). Dificultăţi în diagnostic apar în cazurile adresării în faza a doua și a treia (de la 6 la 24 ore de la debut), când manifestările nu corespund clinicii de ulcer perforant, cât şi în boală avansată complicată cu peritonită generalizată, când este imposibil de a identifica sursa primară a infecţiei intraabdominale. Erori diagnostice apar în 5% din cazurile de ulcer perforat. ***(clasa de recomandare IIa)***  Patologiile care pot simula manifestările clinice ale UGDP sunt următoarele:   * **Pancreatita acută.** Manifestările clinice iniţiale cu sediul durerii în abdomenul superior, vome repetate, defans muscular pot fi confundate cu ulcerul perforant. Caracteristicile distinctive ale pancreatitei acute sunt: starea generală gravă a bolnavului deseori asociată cu disfuncţie organică, durerea abdominală „în centură”, semnele Grey-Turner şi Cullen, nivelul crescut al amilazei şi lipazei în sânge şi urină. Este binecunoscut, că nivelurile normale de amilază serică la un pacient cu debutul brusc al peritonitei şi lipsa pneumoperitoneului susțin diagnosticul de perforație ulceroasă, în timp ce nivelurile foarte ridicate de amilază la un pacient „suspect” (consumător de alcool sau cu litiază veziculară) sugerează pancreatita acută. Pacienţii cu clinică respectivă şi creșterea moderată a amilazei prezintă o problemă diferenţială, deoarece ulcerul perforat poate provoca hiperamilazemie. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Apendicita acută.** Simptomele – durerea, voma, constipaţiile, semnul Kocher (migrarea durerii din epigastru în fosa iliacă dreaptă) – sunt foarte asemănătoare, îndeosebi în perioada intermediară a evoluției UGDP, când conținutul gastric coboară pe flancul lateral drept înspre fosa iliacă dreaptă și apoi – în bazinul mic. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Colecistita acută** cu perforaţia vezicii biliare ar putea imita UGDP, având semne similare, cum ar fi durerea pronunţată în partea dreaptă superioară a abdomenului, contractura musculară severă, iradierea durerii în regiunea supraclaviculară, febră, tahicardia şi leucocitoza. Însă, aerul liber subdiafragmal nu se determină la radiografia panoramică. Pacienţii cu colecistita acută deseori prezintă ictericitatea tegumentelor, vome bilioase frecvente, iar defansul muscular se localizează în hipocondrul drept. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Ocluzia intestinală.** Voma repetată, pareza intestinală cu balonarea abdomenului şi retenţia de scaun, cu dureri difuze în abdomen, timpanismul generalizat, semnul Celoditi poate fi pozitiv în ambele patologii. Aceasta din urmă se va distinge prin debut treptat lent, caracterul colicativ al durerilor, hiperperistaltism, „clapotaj“, simptomul Wahl pozitiv şi alte semne specifice. Oricum, pentru concretizarea diagnosticului este necesară radiografia abdominală panoramică. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Peritonita prin perforaţia altor organe** (cancer gastric, ulcer intestinal, diverticul Meckel, tumoare a colonului, diverticulita colonului) poate prezenta simptomatologie foarte similară. Diagnosticul se bazează pe date anamnestice şi particularităţile specifice ale patologiei. Uneori diagnosticul definitiv se stabileşte doar intraoperator. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Inflamaţiile renale sau colica renală** (pielonefrita, paranefrita, nefro- şi ureterolitiază). Deşi sunt patologii cu manifestări clinice foarte diverse, este comună durerea de intensitate diferită situată pe flancul abdominal drept sau stâng cu o iradiere în bazinul mic, superior în hipocondrul drept şi în lomba dreaptă, flancul drept și flancul stâng. Febra, fatigabilitatea, anorexia, greţurile şi voma de asemenea pot fi prezente. Schimbări în analiza urinei şi metodele imagistice sunt decisive. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Peritonita de origine ginecologică** evoluează cu febră, frison, tahicardie, vome multiple, apărarea musculară subombilicală, antecedente şi acuze ginecologice specifice şi formaţiune pseudotumorală parauterină, evidenţiată prin examenul clinic sau ultrasonografia transabdominală sau transvaginală. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Pleuropneumonia bazală şi pleurezia.** De regulă, febra este foarte înaltă – peste 40ºC şi este precedată de frison. Deşi durerea nu este așa de pronunțată ca în faza incipientă a ulcerului perforant aceasta poate duce la eroare diagnostică în faza a doua. Fenomenele pulmonare auscultative: atenuarea respiraţiei şi crepitaţia sunt mai caracteristice pentru pleurezie decât pentru UGDP. ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Infarctul miocardic şi angina pectorală.** Cele mai frecvente patologii necardiace, cu care pacienţii sunt aduşi în secţiile cardiologice sunt pancreatita acută, colica biliară, colecistita acută precoce și ulcerul perforat. Apariția durerii în epigastru cu iradiere în umăr poate fi confundată cu o patologie cardiacă. În asemenea situaţii pacienții necesită electrocardiografie şi testarea enzimelor cardiace. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.4.5. Forme clinice speciale.***

|  |
| --- |
| **Caseta 13. *Forme clinice speciale.***   * În **perforaţia acoperită** orificiul perforant este mic şi se închide cu exudat fibrinos, care determină aderenţa rapidă a organelor învecinate (în primul rând, a suprafeţei adiacente a ficatului) la leziunea ulceroasă. Scurgerea conţinutului gastroduodenal în cavitatea peritoneală este întreruptă şi simptomatologia se ameliorează. Totodată, în astfel de cazuri deseori se observă apariţia abcesului subfrenic sau subhepatic. ***(clasa de recomandare I)*** * În **perforaţia atipică** conţinutul stomacului nimereşte în cavitatea anatomică delimitată (bursa omentală) sau retroperitoneal. După incidentul perforativ acut semnele locale nu progresează, iar tabloul clinic ia aspectul abcesului intraabdominal. În caz de perforaţie a ulcerului duodenal posterior în spaţiul retroperitoneal poate fi depistat un emfizem în jurul ombilicului, ca consecinţă a răspândirii aerului prin ligamentul rotund (simptomul Vighiazzo). În caz de perforaţie a ulcerului cardial posterior în spaţiul retroperitoneal depistăm un emfizem în regiunea supraclaviculară pe stânga (simptomul Podlah). ***(clasa de recomandare IIa)*** * **Ulcerele duodenale „în oglindă”**. Orice evidenţiere a hemoragiei gastrointestinale precedente sau coexistente cu perforaţia (de exemplu, prezenţa „zaţului de cafea” sau sângelui proaspăt prin sonda nazogastrică sau în locul perforaţiei sau în cavitatea peritoneală) sugerează existenţa ulcerelor duodenale „în oglindă”, cu perforaţia ulcerului anterior şi hemoragia din ulcerul posterior. Închiderea simplă a orificiului perforativ, fără prelucrarea hemostatică a ulcerului posterior poate duce la o hemoragie digestivă postoperatorie severă. În astfel de circumstanțe, se recomandă asigurarea accesului adecvat spre peretele duodenal posterior printr-o duodenotomie largă. În cazul depistării ulcerului duodenal posterior, se practică suturarea hemostatică a acestuia. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.5. Tratamentul.***

***C.2.5.1. Pregătirea preoperatorie.***

|  |
| --- |
| **Caseta 14. *Pregătirea preoperatorie.***   * Instalarea accesului venos periferic. ***(clasa de recomandare I)*** * În cazul stării grave a pacientului şi a şocului septic, resuscitarea cu perfuzia cristaloizilor trebuie iniţiată îndată cu stabilirea (chiar şi suspectarea) diagnosticului de UGDP. ***(clasa de recomandare I)*** * Instalarea sondei nazogastrice pentru decompresia stomacului şi reducerea contaminării ulterioare a cavităţii peritoneale. ***(clasa de recomandare I)*** * Introducerea cateterului Foley pentru monitorizarea diurezei. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Administrarea antibioticelor parenteral, cu spectrul larg de acţiune (antibioticoprofilaxie) trebuie iniţiată odată cu stabilirea diagnosticului de UGDP. La pacienții cu șoc septic antibioticele trebuie administrate cât mai curând posibil, chiar în secţia de internare. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Antibioticele folosite pentru tratamentul empiric al infecției intraabdominale cauzate de UGDP, trebuie să fie active împotriva bacteriilor enterice gram-negative, streptococilor enterici gram-pozitivi și a bacteriilor anaerobe. Acoperirea contra bacililor anaerobi trebuie realizată în prezența ileusului paralitic, la întârzierea intervenţiei chirurgicale sau în cazul peritonitei avansate (confirmate pre- sau intraoperator). ***(clasa de recomandare I)*** * Analgezia trebuie iniţiată imediat după stabilirea diagnosticului de UGDP, şi uneori – mai înainte, doar la suspectarea infecţiei inraabdominale. Temerile că administrarea analgezicelor poate afecta și modifica simptomatica clinică sunt nerezonabile. ***(clasa de recomandare IIa)*** * În unele cazuri, inserţia cateterului venos central sau a cateterului Swan-Ganz poate fi necesară pentru resuscitarea și monitorizarea minuţioasă. ***(clasa de recomandare III)*** * După ce pacientul a fost resuscitat adecvat, se recomandă efectuarea laparotomiei de urgenţă. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.5.2. Tratamentul chirurgical.***

|  |
| --- |
| **Caseta 15. *Tratamentul chirurgical.***   * Deși sunt rapoarte ocazionale referitoare la tratamentul non-operator, diagnosticul stabilit de UGDP rămâne o indicație absolută către intervenție chirurgicală de urgență în majoritatea cazurilor. ***(clasa de recomandare I)*** * Întârzierea intervenției chirurgicale cu mai mult de 12-24 ore după debutul bolii în cazul ulcerului perforat este asociată cu un prognostic nefavorabil. Prin urmare, la stabilirea diagnosticului UGDP operaţia trebuie efectuată cât mai curând posibil. ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.5.2.1. Operaţia deschisă.***

|  |
| --- |
| **Caseta 16. *Operaţia deschisă.***   * Obiectivele intervenției chirurgicale în cazul UGDP sunt următoarele: (1) Închiderea orificiului perforativ; (2) Reducerea contaminării intraperitoneale, provocate de perforația GD; (3) Asigurarea micșorării stabile a secreției gastrice acide – opțional (se referă la perforația ulcerului duodenal); (4) Excluderea malignizării ulcerului gastric perforativ. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Accesul chirurgical printr-o incizie mediană (xifo-ombilicală) asigură intrarea rapidă şi accesibilitatea completă la întreagă cavitate abdominală. La necesitate incizia poate fi extinsă către simfiza pubis. ***(clasa de recomandare I)*** * Odată ce abdomenul este deschis, stomacul și duodenul sunt examinate minuţios pentru a determina leziunea ulceroasă şi orificiul perforativ. Dacă suprafața anterioară a stomacului și a duodenului este intactă, trebuie divizat ligamentul gastrocolic pentru intrarea în bursa omentală și inspectarea suprafeței posterioare a stomacului. Peretele posterior al duodenului este examinat după mobilizarea largă a porţiunii duodenale descendente după Kocher. ***(clasa de recomandare I)*** * Alegerea procedeului chirurgical este determinată de numeroase variabilităţi, cum ar fi prezența șocului, comorbidităţile severe cu pericol pentru viață, gradul de contaminare a cavităţii abdominale, durata perforaţiei și antecedentele ulceroase sau schimbările morfologice cauzate de evoluţia îndelungată a ulcerului GD, depistate intraoperator. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Prelevarea conţinutului din cavitatea peritoneală pentru examenul bacteriologic şi determinarea sensibilităţii la antibiotice disponibile (antibioticograma) este o măsura utilizată standard şi recomandată universal. ***(clasa de recomandare I)*** * Se efectuează înlăturarea conţinutului gastroduodenal din cavitatea peritoneală cu aspiratorul sau meşe de tifon, urmată de lavajul (toaleta) abdomenului. ***(clasa de recomandare I)*** * Pentru lavajul peritoneal se utilizează 3-5 litri de soluţie *Natrii chloridum* (fiziologică) sau antiseptice uşoare (*Nitrofuralum, Povidoni iodidum*, etc.) calde (35-40°C). Cantitatea de lichid, utilizată pentru lavaj, nu este reglementată strict – cavitatea abdominală se spală până se obține lichidul curat. Scopul principal al lavajului este diluarea maximală a conţinutului agresiv şi infectat restant, dar nu distrugerea totală a microorganismelor. Nu se recomandă folosirea pentru lavajul cavităţii abdominale a enzimelor, detergenţilor sau antibioticelor. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Modul drenării cavității abdominale depinde de răspândirea și caracterul peritonitei, calitatea lavajului peritoneal, volumul intervenției chirurgicale, și preferințele chirurgului operator. Mai frecvent cavitatea peritoneală se drenează cu două tuburi, plasate subhepatic și în spațiul Douglas. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.5.2.2. Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului duodenal perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 17. *Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului duodenal perforat.***   * În prezența comorbidităţilor importante și a contaminării intra-abdominale severe, cea mai sigură tehnică în cazul perforaţiei ulcerului duodenal anterior este suturarea simplă a orificiului perforativ (uneori numită procedeul Mikulicz). Suturile neresorbabile (3-5) sunt plasate în sens longitudinal pentru a preveni stenozarea locului suturării. ***(clasa de recomandare I)*** * Actualmente, majoritatea ghidurilor recomandă şi pentru ceilalţi pacienţi suturarea simplă a ulcerului duodenal perforat, urmată de tratamentul infecției H. Pylori, scăderea farmacologică a secreţiei gastrice şi renunțarea la AINS. ***(clasa de recomandare IIa)*** * La suturarea ulcerului perforat este important de plasat suturile la distanţa corespunzătoare de la marginea orificiului perforativ (0,5-1,0 cm) pentru a preveni tăierea suturilor prin țesutul duodenal inflamat. Pentru asigurarea suturii prin grosimea completă a peretelui duodenal, se recomandă trecerea acului prin peretele duodenului de pe o parte a ulcerului, ieşirea acului prin orificiul perforativ și apoi trecerea acestuia prin peretele de pe cealaltă parte a perforației. ***(clasa de recomandare IIa)*** * În unele cazuri sutura simplă a ulcerului poate fi completată prin procedeul Graham (deasemenea numit „metoda Oppel”) – tamponarea orificiului ulceros cu oment. Un fragment de oment este plasat deasupra perforaţiei şi fixat spre peretele duodenal prin suturi separate neresorbabile. Omentul suturat către orificiul perforativ, stimulează formarea fibrinei în jurul lui. ***(clasa de recomandare I)*** * Pot fi utilizate două tehnici alternative ale procedeului Graham. Prima prevede suturarea iniţială simplă a orificiului perforativ, care ulterior pentru siguranţă este acoperit cu oment. A doua metodă utilizează tamponarea orificiului perforativ (ca regula de dimensiuni mari, cu marginile dure caloase) cu un fragment de oment, şi fixarea circulară a acestuia la peretele duodenal. ***(clasa de recomandare I)*** * Suturare simplă și omentoplastia ulcerului cronic duodenal perforat nu oferă rezultate satisfăcătoare de lungă durată. Astfel, conform datelor literaturii de specialitate, până la 80% dintre pacienții operați în așa mod dezvoltă ulcere recurente și 10% - perforație repetată. ***(clasa de recomandare IIa)*** * La alegerea procedeului operator în cazul ulcerului duodenal perforat trebuie să se ia în considerație atât prezența simptomelor ulceroase în antecedente, cât și a dovezilor morfologice intraoperatorii ale cicatricelor duodenale postulceroase. Aproximativ două treimi dintre pacienții cu perforație duodenală prezintă simptomatică cronică și, prin urmare, risc de ulcer recurent. La acești bolnavi, pe lângă închiderii orificiului perforativ, este mai indicată efectuarea unei operații antiulceroase definitive. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Intervenția antiulceroasă definitivă este posibilă la pacienții cu ulcer duodenal perforat în următoarele condiții: bolnavul nu are șoc preoperator; nu sunt boli concomitente cu pericol pentru viață; iar perioada de timp trecută de la momentul perforației nu depășește 24 ore şi contaminarea abdomenului superior este minimă. Dacă aceste criterii nu sunt îndeplinite, mai sigure sunt suturarea simplă sau omentoplastia ulcerului duodenal perforat și asanarea cavității peritoneale. În acest caz tratamentul chirurgical definitiv poate fi efectuat mai tardiv, după recuperarea completă a pacientului. ***(clasa de recomandare IIa)*** * La majoritatea pacienților operați în perioada precoce, intervenția antiulceroasă definitivă poate fi efectuată cu un risc minimal, echivalent cu cel al suturării simple a ulcerului. ***(clasa de recomandare I)*** * Riscul ulcerului recurent și incidența simptomelor stomacului operat sunt similare cu cele observate la bolnavii operați în mod programat pentru ulcer duodenal refractar. ***(clasa de recomandare I)*** * Alegerea procedeului intervenției antiulceroase definitive se face similar ca în cazul ulcerului duodenal refractar. Vagotomia selectivă proximală cu suturarea (omentoplastia) ulcerului duodenal perforat este sigură și previne recurența ulcerului. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Tipul procedeului de drenaj gastric depinde de starea morfologică postulceroasă a duodenului. Ca o metodă standard se practică piloroplastia. Cu toate acestea, în cazul când duodenul este cicatrizat, inflamat şi stenozat pronunţat, o alternativă potrivită reprezintă anastomoza gastrojejunală după Braun. ***(clasa de recomandare I)*** * Pentru efectuarea piloroplastiei tip Heineke-Mikulicz este necesară practicarea manevrei Kocher cu mobilizarea porţiunii descendente a duodenului. Două suturi sunt plasate la aspectele superioare și inferioare ale pilorului. Se efectuează o incizie longitudinală cu lungime de circă 6-8 cm, începând de la antrum (2-3 cm) și cu extindere peste pilor și prima porţiune a duodenului. Această incizie este închisă în sens transversal în două planuri: cu un plan interior de suturi absorbabile 3-0 întrerupte care cuprind toate straturile peretelui GD, urmată de un plan seromuscular de suturi neresorbabile Lambert de 3-0. ***(clasa de recomandare I)*** * Pentru aplicarea gastrojejunoanastomozei după Braun, o ansa proximală a jejunului de aproximativ 40-50 cm de la ligamentul lui Treitz este adusă antecolic, spre stomac. Anastomoza trebuie aplicată în regiunea prepilorică sau în zona cea mai mobilă şi liberă a stomacului. Folosind suturile neresorbabile 3-0, se plasează un plan posterior de suturi seromusculare Lambert. Zona anastomozei este izolată cu meşă de tifon pentru evitarea scurgerii conținutului jejunal. Stomacul și jejunul adiacent se deschid corespunzător lungimii anastomozei. Folosind suturi absorbabile 3-0, planul interior este început dinspre gura posterioră și completat anterior folosind suturile inversate Connell. Se pune un plan anterior de suturi seromusculare Lambert întrerupte 3-0 pentru a completa anastomoza. Cu 40 cm mai distal se efectuează enteroenteroanastomoza între ansele jejunale aferentă şi eferentă cu diametrul de 2-3 cm, de asemenea utilizând două planuri de suturi. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Excizia ulcerului perforat, localizat pe peretele anterior al duodenului, poate fi efectuată „în romb” (după Judd) sau „în cerc” (după Burlui). În ambele metode excizia ulcerului cuprinde şi pilorotomia, urmată de restabilirea integrităţii porţiunii gastroduodenale prin piloroplastia Heineke-Mikulicz. ***(clasa de recomandare I)*** * În unele cazuri, când bulbul duodenal este extrem de deformat şi stenozat, poate fi utilizată piloroplastia Finney sau gastroduodenoanastomoza Jaboulay, completate cu suturarea orificiului ulceros perforativ. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Excizia ulcerului duodenal perforat cu piloroplastie poate fi completată (sau nu) cu vagotomia tronculară (VT), vagotomia selectivă (VS) sau vagotomia selectivă proximală (VSP). ***(clasa de recomandare III)*** * Cu toate acestea, actualmente vagotomia este rareori practicată datorită disponibilității medicamentelor efective, cum ar fi H2-blocanții, IPP și preparatele pentru eradicarea H. Pylori. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Rezecţia gastrică economă (antrumectomia) cu includerea în linia de rezecție a ulcerului duodenal perforat, combinată cu VT (sau nu) de asemenea permite obținerea rezultatelor favorabile. ***(clasa de recomandare IIa)*** * În unele cazuri rezecţia gastrică este impusă, când intraoperator se descoperă perforaţia masivă (≥2 cm) a ulcerului duodenal, şi apropierea marginilor ulcerului cu suturi este imposibilă. ***(clasa de recomandare I)*** * Bontul gastric trebuie drenat pentru decompresie cu o sonda nazogastrică plasată intraoperator cu verificarea poziției sale corecte. ***(clasa de recomandare I)*** * În cazul executării rezecţiei gastrice (sau antrumectomiei), reconstrucţia tractului gastrointestinal poate fi efectuată prin montarea gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II). Dintre metodele de reconstrucţie tip Billroth II mai frecvent sunt utilizate Hofmeister-Finsterer, Reichel-Polya, Balfour şi Roux-în-Y. În cazul ulcerului perforat duodenal anterior, suturarea bontului duodenal, de obicei, nu prezintă dificultăţi şi este sigură. ***(clasa de recomandare I)*** * Reconstrucţia Billroth I are următoarele avantaje teoretice faţa de Billroth II: (1) restabilirea continuității gastrointestinale normale; (2) păstrarea mucoasei duodenale specializate în continuarea mucoasei gastrice; (3) evitarea problemelor eventuale cu ansele aferente și eferente; (4) permite efectuarea ușoară a colangiopancreatografiei endoscopice retrograde în viitor; (5) se asociază cu incidenţa redusă a cancerului bontului gastric. ***(clasa de recomandare IIb)*** * În pofida avantajelor fiziologice teoretice, nu s-au demonstrat diferențe funcționale importante între reconstrucții Billroth I şi Billroth II, inclusiv şi gastrojejunoanastomozele pe ansă Roux-în-Y. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.5.2.3. Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului gastric perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 18. *Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului gastric perforat.***   * Mortalitatea generală în cazul perforaţiei ulcerului gastric este mult mai înaltă, decât în cel duodenal şi variază de la 10% până la 40%. ***(clasa de recomandare I)*** * În alegerea procedeului chirurgical pentru ulcerul gastric perforat, trebuie de ţinut cont, că aproximativ 10-16% din ulcerele gastrice sunt adenocarcinoame. Prin urmare, în afară de închiderea orificiului perforativ şi asanarea cavităţii abdominale, scopul operaţiei constă în excizia totală a ţesutului eventual malign sau, cel puţin, în prelevarea materialului tisular suficient pentru examenul histologic adecvat. ***(clasa de recomandare I)*** * Rezecţia gastrică reprezintă opţiunea preferabilă, cu excepția cazurilor când riscul operator este inacceptabil de înalt din cauza vârstei avansate, patologiilor concomitente, instabilității hemodinamice intraoperatorii sau contaminării peritoneale severe. Totodată, există recomandări, precum că chiar și la pacienții din grupul cu risc crescut rezecţia gastrică poate fi efectuată mai simplu și mai rapid, decât exciziile sau omentoplastiile ulcerului, şi prin urmare, este mai uşor tolerată de către bolnavi. ***(clasa de recomandare I)*** * Procedeul operator în ulcerul gastric perforat depinde de starea generală a pacientului, gradul de contaminare bacteriană abdominală şi tipul ulcerului gastric conform clasificării Johnson. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Astfel, în cazul ulcerului gastric perforat de tip I se recomandă rezecţie gastrică distală, dacă pacientul este hemodinamic stabil, nu are comorbidități semnificative şi se constată un grad mic de contaminare abdominală. Operaţia este finisată cu gastroduodenostomie Billroth I sau cu gastrojejunostomie Billroth II. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Pentru ulcerele de tip II, algoritmul de tratament ar trebui să fie similar cu cel utilizat pentru ulcerele duodenale perforate, deoarece fiziopatologia acestora este foarte asemănătoare. Similar ca în ulcerul duodenal perforat, operația definitivă nu este necesară cu excepția cazurilor, când pacientul are antecedentele ulceroase recurente în pofida tratamentului pentru H. Pylori şi antisecretor adecvat. ***(clasa de recomandare IIa)*** * De asemenea, se consideră că ulcerele de tip III au o patogenie similară cu ulcerele duodenale. Totuși, suturarea (omentoplastia) ulcerelor prepilorice se asociază cu o incidență înaltă a stenozării şi dereglărilor evacuării din stomac, precum şi a recurenței ulcerelor. Prin urmare, antrumectomia cu vagotomie este cea mai preferabilă intervenţie chirurgicală. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Biopsia și suturarea (omentoplastia) reprezintă o abordare adecvată în cazul ulcerului superior de tip IV, când rezecția extinsă sau gastrectomia totală nu este suportată de către un bolnav critic. Este important să se efectueze o biopsie adecvată din patru cadrane a ulcerelor, care nu pot fi excizate. Deoarece fiziopatologia acestor ulcere nu implică hipersecreția, procedeul de reducere a acidităţii nu este necesar. ***(clasa de recomandare IIa)*** * La un pacient morbid, cea mai indicată operaţia este excizia ulcerului, ceea ce permite evaluarea histologică completă. Ulcerul poate fi excizat cu bisturiul sau electrocoagulatorul, iar defectul în peretele stomacului se închide în două planuri de suturi: absorbabile interne și nonabsorbabile întrerupte externe. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Când starea pacientului este foarte gravă, hemodinamic instabilă sau cu peritonită bacteriană generalizată avansată se permite efectuarea suturării sau omentoplastiei ulcerului cu biopsia adecvată. Ulterior aceşti bolnavi necesită supraveghere clinică şi endoscopică, inclusiv cu endobiopsii repetate (în caz de necesitate). ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.5.2.4. Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului anastomotic perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 19. *Intervenţia chirurgicală în cazul ulcerului anastomotic perforat.***   * Orice formă de reconstrucție gastrointestinală poate duce la apariția ulcerului anastomotic, situat pe linia anastomozei gastrojejunale (sau gastroduodenale). Incidenţa ulcerului anastomotic variază de la 1% până la 16%. ***(clasa de recomandare I)*** * Ulcerul mai frecvent se dezvoltă pe partea intestinală a anastomozei, deoarece mucoasa jejunală (duodenală) este mai expusă acţiunii directe a acidului gastric. ***(clasa de recomandare I)*** * Cauzele de bază ale apariţiei ulcerului anastomotic sunt: rezecţia gastrică neadecvată cu păstrarea unei porţiuni a regiunii antrale a stomacului, vagotomia incompletă, hiperparatiroidismul, gastrinomul, vârsta tânară a pacientului la momentul operaţiei, consumul AINS, contaminarea cu H. Pylori, ischemia locală, tensiunea anastomotică, iritarea cronică datorată materialului de sutură și refluxului duodenal. ***(clasa de recomandare I)*** * Rareori ulcerul anastomotic poate progresa spre perforaţie. Manifesările clinice la pacienții cu perforația ulcerului anastomotic diferă esenţial de cele înregistrate la bolnavii cu UGDP. Conținutul intestinului subțire este mai contaminat bacterian și, de asemenea, poate neutraliza acidul gastric. Un studiu prospectiv a demonstrat, că 28% dintre pacienții cu ulcer anastomotic perforat au fost asimptomatici. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Volumul intervenţiei chirurgicale în cazul ulcerului anastomotic perforat include rerezecţia gastrică cu anastomoză, şi reconstrucţia din Billroth Ⅱ într-o gastro-jejunostomie Roux-în-Y. ***(clasa de recomandare IIa)*** * De asemenea, ulcerul anastomotic perforat poate fi tratat prin suturare simplă sau omentoplastie. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.5.2.5. Operaţia laparoscopică.***

|  |
| --- |
| **Caseta 20. *Operaţia laparoscopică.***   * Tratamentul laparoscopic reuşit al ulcerului perforat a fost raportat pentru prima dată în 1990. De atunci diferite centre chirurgicale au folosit această tehnică pentru tratamentul pacienților cu UGDP. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Contraindicații relative către chirurgia laparoscopică a ulcerului perforat sunt considerate orificiul perforativ de dimensiuni mari, localizarea perforației pe peretele GD posterior și starea generală gravă a pacientului. Totodată, contraindicaţii absolute pentru tratament laparoscopic nu sunt. ***(clasa de recomandare I)*** * Pentru efectuarea intervenţiei laparoscopice sala de operaţie trebuie să fie dotată cu masă de operaţie funcţională, set laparoscopic complet, inclusiv insuflator, unitate de irigare-aspiraţie, instrumente, portac laparoscopic şi optică (laparoscop), preferabil, oblică de 30°. Suplimentar, sala de operaţie trebuie dotată cu instrumente chirurgicale convenţionale pentru efectuarea eventualei conversii către operaţie deschisă. ***(clasa de recomandare I)*** * Pacientul este plasat pe masa de operaţie în decubit dorsal. Anestezia este cea generală cu miorelaxare. Chirurgul se află sau din stânga pacientului sau între picioare (două tehnici alternative). Apoi pacientul este plasat în poziţia Trendelenburg reversată. Inițial se introduce primul trocar paraombilical de 10 mm pentru optică şi se efectuează laparoscopie diagnostică. După vizualizarea ulcerului, aspirația preventivă a lichidului patologic și recoltarea materialului pentru examenul bacteriologic, se introduc 2 trocare de lucru la nivelul pilorului pe linia medioclaviculară din ambele părți. Altă modalitate prevede plasarea trocarelor în mod identic cu cea practicată în timpul colecistectomiei laparoscopice. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Orificiul perforativ de diametru sub 5 mm este suturat în mod similar cu cel aplicat pentru abordul chirurgical deschis prin întregul perete duodenal, utilizând suturile atraumatice 2-0 sau 3-0 de polidioxanonă, poliglactină, mătase sau de alt fir multifilament lent resorbabil sau neresorbabil cu un ac rotund de 20 mm sau 26 mm (4/8 sau 3/8). Ligaturarea suturilor se efectuează intracorporeal sau extracorporeal (în funcție de preferințele chirurgului). Este important în timpul procedeului să se evite suturarea accidentală a peretelui duodenal posterior. ***(clasa de recomandare IIa)*** * La perforațiile de peste 5 mm, în ulcerele cu marginile cronice caloase și inflamate, mai preferabilă este tamponarea perforației cu oment (omentoplastie sau procedeul Graham). Ca regulă, se trec 3 suturi la 5-10 mm de la marginile perforației, în sensul axului duodenal. Un fragment de oment bine vascularizat este tras între fire spre orificiul perforativ. Firele se înnoadă începând cu cel cranial, evitând strangularea și necrotizarea omentului. Aceasta tehnică permite de a evita tensiunea și tăierea marginilor inflamate ale ulcerului. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Pentru controlul ermetismului suturilor poate fi efectuată proba cu introducerea lichidului colorat cu albastru de metilen printr-o sondă nazogastrică; totodată, aceasta măsură nu este obligatorie. ***(clasa de recomandare III)*** * Apoi se efectuează aspirația completă a conținutului peritoneal cu atenție specială spre spațiile de formare a colecțiilor lichidiene potențiale. Mulți chirurgi susțin lavajului cavității abdominale cu 3-5 litri de soluție natrii chloridum fiziologică caldă. Cantitatea de lichid, utilizată pentru lavaj, nu este reglementată strict. Cavitatea abdominală se spală până se obține lichidul curat. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Tehnicile laparoscopice fără utilizarea suturilor includ închiderea orificiului perforativ cu burete din gelatină cu ermetizarea lor locală cu adeziv fibrinic sau aplicarea hemoclipselor endoscopice. Închiderea orificiului perforativ fără suturi este mai simplă din punct de vedere al tehnicii laparoscopice, şi reduce timpul operativ, însă se asociază cu costuri suplimentare de tratament şi creşterea riscului dehiscenţelor. ***(clasa de recomandare III)*** * Conversia de la intervenție laparoscopică către operaţie deschisă este uneori necesară în caz de: instabilitate hemodinamică perioperatorie, proces aderențial pronunțat în etajul superior al abdomenului, distensie intestinală marcată, leziuni iatrogene, peritonită purulentă cu lavaj abdominal incomplet sau nesigur, perforație de dimensiuni mari, mai ales gastrică, imposibilitate tehnică de a închide orificiul perforativ, stenoza lumenului duodenal ca rezultat al suturării ulcerului. S-a constatat, că rata de conversie variază de la 15% până la 25%. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Închiderea laparoscopică a orificiului ulceros perforativ este asociată cu o rată de dehiscenţă a suturii de 7%, comparativ cu 2% - în cazul intervenţiilor deschise. Totodată, cu acumularea experienţei în chirurgia laparoscopică, frecvenţa dehiscenţelor suturării se micşorează şi poate fi eliminată complet. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Studiile prospective randomizate, care au comparat procedeele laparoscopice cu intervențiile chirurgicale deschise pentru UGDP, au demonstrat diferențe în următoarele rezultate: necesitatea redusă în analgezie postoperatorie, timpul redus al revenirii la dietă obişnuită, durata scăzută a spitalizării, reîntoarcerea mai timpurie la activitatea profesională, micşorarea incidenţei infecţiei plăgilor postoperatorii, herniilor incizionale şi a dezvoltării aderențelor, rezultat cosmetic mai superior versus incidenţa mai înaltă a abceselor intraabdominale şi durata mai prelungită a intervenţiei la pacienţii trataţi laparoscopic. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Trebuie menţionate efectele negative ai presiunii intra-abdominale crescute și hipercarbiei datorate insuflării de CO2 în timpul laparoscopiei: rezistență vasculară sistemică crescută, presiune arterială medie, postîncărcare, frecvență cardiacă, presiune cavală, frecvență respiratorie, presiune maximă în căile respiratorii, PaCO2, întoarcere venoasă, debit cardiac, complianță toracică, pH, ceea ce exclude abordarea laparoscopică la pacienții instabili hemodinamic sau la pacienții cu comorbidităţile cardiovasculare sau pulmonare severe. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Multe ghiduri internaţionale consideră argumentele actuale pentru alegerea procedeului laparoscopic comparativ cu intervenția chirurgicală deschisă în cazul UGDP ca neconvingătoare. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.5.2.6. Alte tehnici și perspective.***

|  |
| --- |
| **Caseta 21. *Alte tehnici și perspective.***   * **Stentul metalic auto-expandabil.** În cazurile când sutura chirurgicală a ulcerului perforat duodenal pare să fie dificilă, esofagogastroduodenofibroscopia cu plasarea stentului poate fi efectuată în timpul laparoscopiei, urmată de lavaj peritoneal şi drenare laparoscopică. Totodată, în literatură există doar prezentări unice de cazuri, la pacienți foarte selectați, fără a evidenţia avantajele procedeului. ***(clasa de recomandare III)*** * **Chirurgia endoscopică transluminală prin orificiile naturale (NOTES).** Metoda NOTES poate reduce impactul fiziologic al intervenției curative în cazul UGDP și poate reprezenta o tehnică mai puțin dificilă. Totodată, abordarea chirurgicală NOTES nu se recomandă de către ghidurile internaţionale pentru tratamentul UGDP până când nu este acumulată o experiență suficientă şi nu sunt obţinute dovezi clinice. ***(clasa de recomandare III)*** * S-a descris închiderea perforaţiilor iatrogene acute cu adezivul fibrinic sau clipse endoscopice metalice; totuși, clipse pot să nu fie eficiente în UGDP datorată țesutului fibros dur, care împiedică apropierea marginilor orificiului perforat. ***(clasa de recomandare III)*** |

***C.2.5.3. Tratamentul conservativ (metoda Taylor).***

***C.2.5.3.1. Tratamentul conservativ al ulcerului gastroduodenal perforat.***

|  |
| --- |
| **Caseta 22. *Tratamentul conservativ al UGDP.***   * Studiile au demonstrat, că unele ulcere perforate pot fi tratate non-operator, obţinând închiderea fiziologică spontană a orificiului perforativ. Tratamentul conservativ poate fi o opțiune sigură pentru un subgrup de pacienți cu UGDP bine selectat. Aceasta se referă la pacienţii stabili, cu perforație mică, cu o durată a bolii mai mare de 24 de ore (adresare tardivă), fără semne peritoneale şi cu ameliorare clinică, şi la cei la care sunt prezente comorbidități semnificative ce prezintă risc înalt sau chiar contraindicaţii către intervenție chirurgicală. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Metoda tratamentului conservativ al ulcerului perforat a fost propusă de către Taylor şi îi poartă numele. În condiţiile contemporane aceasta include (1) dieta zero, (2) decompresia printr-o sondă nazogastrică continuă, (3) administrarea preparatelor antisecretorii (IPP sau H2- blocantelor), (4) antibioticoterapia cu antibiotice cu spectru larg de acţiune şi (5) hidratare intravenoasă agresivă cu corecţia dereglărilor hidroelectrolitice. ***(clasa de recomandare I)*** * Tratamentul inițial prevede administrarea terapiei triple cu 2 agenți antibacterieni și un preparat antisecretor, mai preferabil IPP decât H2-blocanții. ***(clasa de recomandare IIa)*** * În conduita conservativă a UGDP este necesară utilizarea examenului radiologic în dinamică cu contrast solubil pentru confirmarea faptului, că perforaţia este închisă. ***(clasa de recomandare I)*** * Totodată, pacienții trataţi conservativ trebuie să se afle sub supraveghere foarte strictă, cu reexaminări clinice permanente și, dacă datele examenului abdominal sau rezultatele de laborator indică progresarea inflamaţiei peritoneale, bolnavii necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă. Prin urmare, abordarea nonoperatorie nu se recomandă în spitalele mici, care nu dispun de serviciu imagistic (radiologic şi CT) non-stop, şi nu pot asigura implicarea urgentă a medicului-anesteziolog şi a chirurgului experimentat. ***(clasa de recomandare I)*** * Trebuie remarcat faptul că, deși abordare conservativă este adresată în special pacienților vârstnici cu comorbidități, studiile arată că riscul insuccesului tratamentului nonoperator este maximal anume la pacienţii cu vârstă înaintată. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Tratamentul non-operator nu se recomandă în situațiile, când se cunoaște că sursa perforaţiei este cea gastrică, deoarece ulcerul gastric perforat are o rată mai mare de reperforaţie și complicații. ***(clasa de recomandare I)*** * În cazul succesului tratamentului conservativ iniţial, terapia antibacteriană se continuă cu o durată de 2 săptămâni, iar preparate antisecretoare – de 4 săptămâni. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Pentru eradicarea ulterioară a H. Pylori (tratamentul de a doua linie) sunt propuse mai multe regimuri disponibile pentru adulți. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Terapia combinată cu Metronidazolum și Tetracyclinum are o rată de eradicare a H. Pylori similară cu cea a IPP cu Amoxicillinum și Metronidazolum. Omeprazolum, Furazolidonum și Clarithromycinum au demonstrat o rată ridicată de eradicare (90%) similară cu cea a terapiei triple standard după recomandările din Maastricht (Omeprazolum, Amoxicillinum, Clarithromycinum). Rata de eradicare a H. Pylori ridicată (85%) este de asemenea obţinută cu un curs de 7 zile de Levofloxacinum, Clarithromycinum și IPP. ***(clasa de recomandare IIb)*** * În recomandările Societăţii Mondiale de Chirurgie de Urgenţă din 2014 este notat, că în ultimii 10 ani nu a fost publicat niciun studiu care recomandă conduita conservativă în UGDP. Prin urmare, tratamentul operativ al oricărui UGDP cu pneumoperitoneu și semne peritoneale este obligatoriu. ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.5.3.2. Abandonarea tratamentului non-operator în favoarea celui chirurgical*.**

|  |
| --- |
| **Caseta 23. *Abandonarea tratamentului non-operator în favoarea celui chirurgical.***  Tratamentul conservator este posibil la 60% dintre pacienți, dintre care la 10-15% nu se observă ameliorare şi bolnavii necesită intervenție chirurgicală secundară de urgenţă. ***(clasa de recomandare IIb)***  Indicațiile pentru abandonarea tratamentului nonoperator în favoarea celui chirurgical includ următoarele:   * Lipsa ameliorării simptomatologiei pe parcursul a 12-24 ore. ***(clasa de recomandare I)*** * Păstrarea sau creşterea semnelor sensibilității abdominale (simptomelor peritoneale). ***(clasa de recomandare I)*** * Instabilitatea hemodinamică în pofida repleţiei volemice adecvate. ***(clasa de recomandare I)*** * Extravazarea contrastului lichid din lumenul GD, administrat peroral, la examenul radiologic. ***(clasa de recomandare I)*** * Datele de laborator, care indică progresarea inflamaţiei peritoneale. ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.6. Perioada postoperatorie precoce.***

***C.2.6.1. Tratamentul în perioada postoperatorie precoce.***

|  |
| --- |
| **Caseta 24. *Tratamentul în perioada postoperatorie precoce.***   * Antibioticele folosite pentru tratamentul empiric al infecției intraabdominale cauzate de UGDP trebuie să fie eficiente împotriva bacteriilor enterice gram-negative și a streptococilor enterici gram-pozitivi (de exemplu, cefalosporinele). Acoperirea contra bacililor anaerobi trebuie practicată în prezența ileusului paralitic, la întârzierea intervenţiei chirurgicale sau în cazul peritonitei avansate (ca regulă, asocierea cefalosporinelor cu *Metronidazolum*). ***(clasa de recomandare I)*** * Terapia empirică antibacteriană la pacienții cu infecție intraabdominală necesită utilizarea antibioticelor în doze optime pentru a asigura eficiență maximă și toxicitatea minimă, și pentru a reduce rezistența antimicrobiană. ***(clasa de recomandare I)*** * La pacienții cu risc înalt sau complicaţii postoperatorii, regimurile terapiei antibacteriene trebuie ajustate în funcție de rezultatele examenului bacteriologic al conținutului prelevat din cavitatea peritoneală și sensibilitatea agenților microbieni identificați la antibiotice. ***(clasa de recomandare I)*** * Durata tratamentului antibacterian în cazul UGDP trebuie limitată la 4-7 zile, cu excepția cazurilor de febră, durere abdominală și paralizie intestinală persistentă sau apariţia complicaţiilor septice. Durata mai lungă a tratamentului nu se asociază cu îmbunătățirea rezultatelor. ***(clasa de recomandare IIa)*** * La pacienţii cu UGDP operaţi în perioada precoce de peritonită chimică, poate fi suficientă administrarea doar a terapiei antibacteriene profilactice cu durata de 24 ore. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Infecțiile postoperatorii extra-abdominale (pneumonia, uroinfecţiile, etc.), confirmate prin investigaţii specifice, trebuie tratate prin antibioticoterapie inițial empirică, reieşind din spectrul microorganismelor implicate sau infecţiilor nosocomiale caracteristice spitalului. ***(clasa de recomandare IIa)*** * În perioada postoperatorie precoce toţi bolnavii sunt analgizaţi adecvat (conform protocolului „Managementul durerii”) şi standardelor primite în instituţia medicală respectivă. Durata analgeziei este apreciată pentru fiecare caz separat, în funcţie de starea bolnavilor, volumul intervenţiei, riscul complicaţiilor şi nivelul sensibilităţii individuale la durere. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Cu scop de profilaxie a ocluziei intestinale aderenţiale, complicaţiilor pulmonare şi trombembolice, se recomandă, după posibilitate, activarea (mobilizarea) precoce a bolnavilor. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Tuburile de dren sunt extrase din abdomen atunci, când eliminările prin acestea devin curate. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Sonda nazogastrică poate fi extrasă la a 3-4-a zi postoperator, în funcție de restabilirea pasajului intestinal şi în condiţiile de evacuare satisfăcătoare din stomac. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Tot din ziua a 3-4-a postoperator poate fi iniţiată, treptat, alimentarea enterală a pacientului. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.6.2.Complicaţiile postoperatorii.***

|  |
| --- |
| **Caseta 25. *Complicaţiile postoperatorii. (clasa de recomandare IIa)***  Complicațiile postoperatorii sunt frecvente (15-60%) şi includ următoarele:   * Pneumonia (30%). * Infecţia tractului urinar (1,5-15%). * Infectarea sau dehiscenţa plăgii postoperatorii (5-12%). * Abcesele (colecţiile lichidiene contaminate) intraabdominale (8-15%). * Dehiscenţa suturii orificiului ulceros perforativ (tehnica laparoscopică – 7%, operaţia deschisă – 2%). * Dehiscenţa gastroduodenoanastomozei (Billroth I) sau gastrojejunoanastomozei (Billroth II). * Dehiscenţa bontului duodenal (1,1-4%). * Dereglările evacuării din stomac sau „anastomozita” (5-20%). * Problemele cardiace (mai ales la pacienţii vârstnici, peste 70 de ani). * Infecţiile fungice (15-30%). * Ulcerul duodenal recurent după suturarea simplă a perforaţiei (≈50%) * Diareea (30% după vagotomie). * Sindromul dumping (10% după vagotomie și operaţie de drenaj gastric și după rezecție gastrică tip Billroth II). |

***C.2.6.3.Factorii de risc ai decesului la pacienţii cu ulcerul gastroduodenal perforat.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caseta 26. *Factorii de risc ai decesului la pacienţii cu UGDP. (clasa de recomandare IIa)***  Operația de urgență pentru UGDP este însoţită cu un risc de mortalitate de 6-30%. Factorii care afectează prognosticul sunt următorii:  **Factori majori**:   * Şocul sau instabilitatea hemodinamică la internare (TA sistolică <100 mm Hg). * Vârstă înaintată a pacientului (>70 ani). * Comorbidităţi asociate severe (cardio-pulmonare, insuficienţa renală, ciroza hepatică, diabetul zaharat). * Stările imunocompromise. * Scorul ASA (Societăţii Americane de Anesteziologie) III-IV. * Scorul APACHE II *(engl. Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)* ≥15. * Întârzierea diagnosticului şi a intervenției chirurgicale (≥24 ore). * Localizarea ulcerului (mortalitatea în ulcerul gastric perforat este de două ori mai înaltă, decât în ulcerul duodenal perforat). * Procesul malign asociat.   **Factori minori**:   * Acidoza metabolică preoperatorie. * Nivelul crescut de creatinină în plasmă la internare. * Concentrația redusă de albumină serică la internare. * Malnutriţia (indicele masei corporale – IMC <18,5).   **Predicţia riscului de mortalitate perioperatorie în ulcerul gastroduodenal perforat.**   * Stratificarea pacienților în diferite categorii în funcție de probabilitatea de mortalitate este importantă pentru a facilita managementul pacienților cu UGDP și pentru a îmbunătăți rezultatele. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Pe lângă sistemului ASA, au fost elaborate scoruri de risc specifice UGDP pentru predicția rezultatelor. Cel mai relevant şi acceptat este scorul Boey, care urmărește să prezică mortalitatea pe baza prezenței comorbidităţilor majore, șocului preoperator și perioadei îndelungate de la momentul perforației. ***(clasa de recomandare IIa)***   **Tabelul 2. Scorul Boey pentru predicţia mortalității perioperatorii în UGDP. *(clasa de recomandare IIa)***   |  |  | | --- | --- | | **Factori de risc** | **Puncte** | | Timp de la perforație până la internare ≥24 de ore | 1 | | Șoc preoperator – TA sistolică <100 mm Hg | 1 | | Orice una sau mai multe maladii sistemice: afecţiuni cardiace, hepatice, renale, diabet zaharat | 1 | | Scor total: maximal 3 | | | Mortalitatea: 0 – 0%, 1 – 10%, 2 – 45,5%, 3 – 100% | |  * Sistemul Boey este simplu, clinic relevant și poate prezice cu precizie morbiditatea și mortalitatea postoperatorie. Mai mult, scorul poate fi calculat la patul pacientului și poate ajuta la stratificarea riscului UGDP.***(clasa de recomandare IIa)*** * Un alt sistem recunoscut reprezintă scorul PULP de perforaţie a ulcerului peptic (*engl. Peptic Ulcer Perforation), care* cuprinde opt variabilităţi: 1) vârsta > 65 de ani, 2) boală malignă activă sau SIDA, 3) ciroză hepatică, 4) utilizarea de steroizi, 5) timpul de la perforație până la internare > 24 de ore, 6) șoc preoperator, 7) creatinina serică > 130  mmol/l și 8) cele patru niveluri ale scorului ASA (de la 2 la 5).   **Tabelul 3. Scorul PULP de perforaţie ulcerului peptic. *(clasa de recomandare IIa)***   |  |  | | --- | --- | | **Parametrii** | **Puncte** | | Vârstă ≥65 de ani | 3 | | Boala malignă activă sau SIDA | 1 | | Ciroză hepatică | 2 | | Tratament cu steroide | 1 | | Şoc la spitalizare\* | 1 | | Timp de la perforație până la spitalizare >24 de ore | 1 | | Creatinina serică >130 mmol/l | 2 | | Scor ASA 2\*\* | 1 | | Scor ASA 3 | 3 | | Scor ASA 4 | 5 | | Scor ASA 5 | 7 | | Scor total: maximal 18 | | | \* - şocul se stabileşte când TA sistolică <100 mm Hg şi pulsul >100 băt/min | | | \*\* - este luată în considerare doar o singură valoare a scorului ASA | | | Scorul PULP ≥7 este asociat cu un risc de mortalitate de >25%. | |  * Scorul PULP deasemenea bine prezice mortalitatea, şi este considerabil mai exact decât scorul ASA izolat. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.7. Criteriile de externare.***

|  |
| --- |
| **Caseta 27. *Criteriile de externare.***   * Pacientul se poate externa la a 3-4 zi (după operație laparoscopică) sau la a 4-7 zi (după intervenție chirurgicală deschisă). ***(clasa de recomandare IIa)***   **Criteriile de externare:**   * Normalizarea stării generale și a mobilității pacientului. ***(clasa de recomandare I)*** * Restabilirea pasajului intestinal. ***(clasa de recomandare I)*** * Lipsa febrei. ***(clasa de recomandare I)*** * Lipsa complicaţiilor postoperatorii. ***(clasa de recomandare I)*** * Necesitatea doar în medicaţie perorală (inclusiv analgezice). ***(clasa de recomandare IIa)*** * Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

***C.2.8. Profilaxia şi recomandări.***

|  |
| --- |
| **Caseta 28. *Profilaxia.***  Prevenirea ulcerului gastroduodenal perforat cuprinde:   * Efectuarea examinărilor endoscopice (Esofagogastroduodenofibroscopia) programat activ la pacienţii cu anamneză ulceroasă. ***(clasa de recomandare III)*** * Profilaxia acutizării sezoniere la pacienții cu UGD cunoscut prin tratament adecvat cu IPP şi H2-blocanți. ***(clasa de recomandare III)*** * Pentru pacienţii, la care terapia cu AINS este strict necesară, utilizarea concomitentă a IPP sau H2-blocantelor poate reduce riscul formării ulcerului ***(clasa de recomandare I).*** * Aproape o treime din pacienţii cu UGDP consumau AINS. Prin urmare, scăderea utilizării şi administrarea raţională a AINS reprezintă o măsură preventivă importantă. ***(clasa de recomandare I)*** * Renunţarea la fumat şi consumul de alcool ar trebui, de asemenea, să reducă riscul de UGDP. ***(clasa de recomandare I)*** |

***C.2.9. Supravegherea pacienţilor.***

|  |
| --- |
| **Caseta 29. *Supravegherea şi tratamentul după externare.***  **Medicul de familie.**   * După externare, pacienţii cu UGDP trebuie să primească terapie cu IPP de două ori pe zi, timp de 2 săptămâni, urmată de un IPP o dată pe zi (încă 2 săptămâni). Deşi efectul IPP pentru vindecarea ulcerului GD este mai superior decât al H2-blocantelor, ultimele pot fi administrate în cazul când IPP sunt contraindicate (din cauza hipersensibilității sau altor efecte adverse). ***(clasa de recomandare IIb)*** * Tratamentul empiric al H. Pylori nu este recomandat. Terapia este indicată numai după confirmarea infecţiei cu H. Pylori prin examen serologic. La pacienţii H. Pylori-pozitivi se recomandă terapia de eradicare pentru a reduce rata de recurenţă a ulcerului. ***(clasa de recomandare III)*** * Conform recomandărilor, regimul curativ de primă linie pentru eradicarea H. Pylori cu eficienţa de aproximativ 90% este reprezentat de combinaţia dintre Metronidazolum şi Amoxicillinum sau Tetracyclinum, administrate timp de 14 zile cu sau fără IPP. Un alt regim de terapie triplă, ce utilizează IPP în doze mari, *Amoxicillinum* și *Clarithromycinum* de asemenea este eficient pentru eradicarea H. Pylori. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Eradicarea H. Pylori trebuie confirmată în termen de cel puţin 4 săptămâni după finisarea tratamentului, deoarece terapia eșuează la 20% dintre pacienţi cu păstrarea riscului acutizărilor și, respectiv, a perforaţiei repetate a ulcerului. Testele de confirmare a eradicării includ esofagogastroduodenofibroscopia cu prelevarea endobiopsiei şi testele neinvazive serologice sau ureazice respiratorii. ***(clasa de recomandare IIb)*** * Pacienţii după perforaţia ulcerului GD cauzată de AINS, trebuie să întrerupă consumul permanent al preparatelor, dacă este posibil. În cazul când administrarea AINS este necesară, se recomandă combinaţia unui AINS inhibitor selectiv al ciclooxigenazei 2 (COX-2) în doză minimală eficientă și a unui IPP. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Pacienții cu ulcer duodenal recidivant postoperator, perforaţii repetate, ulcer refractar la terapia anti-H. Pylori şi H2- blocanți sau IPP, ulcer postbulbar, anamneză familială de boală ulceroasă trebuie supuși unei evaluări la prezenţa sindromului Zollinger-Ellison. ***(clasa de recomandare IIa)*** * Pacienții după suturarea simplă a ulcerului duodenal perforat trebuie supuși unei esofagogastroduodenofibroscopii pentru a evalua vindecarea ulcerului peste 4-6 săptămâni după operație. ***(clasa de recomandare I)*** * În prezenţa riscului de malignizare a ulcerului gastric (în cazul suturării simple a orificiului perforat), esofagogastroduodenofibroscopia de control cu prelevarea endobiopsiei trebuie efectuată peste 4-6 săptămâni după externare. ***(clasa de recomandare I)***   **Chirurgul.**   * Efectuează tratamentul conservator al complicaţiilor survenite postoperator în cazul pacienţilor operaţi (hematom, serom, supurarea plăgii, durere postoperatorie). ***(clasa de recomandare I)*** * Scoate de la evidenţă pacientul tratat după restabilirea completă. ***(clasa de recomandare IIa)*** |

**D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN**

|  |  |
| --- | --- |
| ***D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP*** | **Personal:**   * Medic de familie. * Asistent medical/asistentă medicală de familie. * Medic în laborator. * Medic chirurg cu competențe în endoscopie (CMF). |
| **Aparate, utilaj:**   * Aparat fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop (CMF). * Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei şi a urinei sumare de urgență. |
| **Medicamente:**   * Spasmolitice (*Papaverinum, Drotaverinum*) * Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secţiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenţei Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătăţii nr.695 din 13.10.2010. |
| ***D.2. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP*** | **Personal:**  **•** Medic de urgenţă.  • Asistent medical/asistentă medicală în urgență  • Felcer/felceră. |
| **Aparate, utilaj:**  • ECG.  • Pulsoximetru.  • Glucometru.  • Aparat pentru oxigenoterapie.  • Ventilator. |
| **Medicamente**  **•** Preparate pentru compensare volemică (*cristaloizi – sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. (Ringer) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum*)  • Preparate antihistaminice (*Diphenhydraminum*)  • Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare (*Dopaminum*) |
| ***D.3. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA*** | **Personal:**   * Medic chirurg. * Asistent medical/asistentă medicală cu competențe în îngrijiri chirurgicale. * Medic în laborator. * Medic specialist în radiologie și imagistică medicală. * Tehnician radiolog/tehniciană radiologă. |
| **Aparate, utilaj:**   * Cabinet radiologic. * Echipament pentru examen radiologic. * USG. * Fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop. * Cabinet endoscopic. |
| **Medicamente pentru prescriere:**   * Spasmolitice (*Papaverinum, Drotaverinum*). * Preparate pentru compensare volemică(cristaloizi – *Sol. Natrii chloridum 0,9%; Sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum (Ringer))* |
| ***D.4. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secţii de chirurgie)*** | **Personal:**   * Medic de urgență. * Medic chirurg. * Medic internist. * Medic specialist în anestezie și terapie intensivă. * Medic specialist în radiologie și imagistică medicală. * Medic chirurg cu competențe în endoscopie. * Medic transfuziolog. * Asistent medical/asistentă medicală în anestezie și terapie. * Asistent medical/asistentă medicală în blocul operator. * Asistent medical/asistentă medicală cu competențe în îngrijiri chirurgicale. * Medic în laborator. * Tehnician radiolog/tehniciană radiolog. |
| **Aparate, utilaj:**   * Cabinet radiologic. * USG. * CT. * Cabinet endoscopic dotat cu fibro- sau videoesofagogastroduodenoscop. * Echipament pentru examen radiologic. * Laborator clinic şi bacteriologic standard. * Set pentru laparoscopie diagnostică (curativă). |
| **Medicamente:**   * Anestezice locale (sol. *Lidocainum* 10%, 2%). * Spasmolitice (*Papaverinum, Drotaverinum*). * Preparate prochinetice (*Metoclopramidum* etc., pentru administrare parenterală). * Antibiotice din grupa cefalosporinelor (*Cefuroximum, Ceftazidimum* etc., pentru administrare parenterală). * Preparate antibacteriene (*Metronidazolum*, pentru administrare parenterală). * Preparate antiinflamatorii non-steroidiene (*sol. Diclofenacum* 3 ml; *sup. Diclofenacum* 100 mg). * Preparate analgezice neopioide (*sol. Dexketoprofenum, sol. Ketoprofenum*). * Preparate analgezice opioide (*sol. Tramadolum* 100 mg, *sol. Morphinum* 1%-1 ml; *sol. Trimeperidinum* 2%-1 ml). * H2-histaminoblocante (*Famotidinum* etc., pentru administrare enterală). * Inhibitorii pompei protonice (*Omeprazolum* etc., pentru administrare enterală). * Preparate H1-antihistaminice (*Diphenhydraminum* etc., pentru administrare parenterală). * Preparate sangvin (plasmă proaspăt congelată, concentrat eritrocitar, *Albuminum* – pentru administrare parenterală). * Soluţii coloidale şi cristaloide (*sol. Natrii chloridum* 0,9%; *sol. Glucosum* 5-10%; *sol.* pentru administrare parenterală). * Vasodilatatoare (*sol. Magensii sulfas* 25% etc., pentru administrare parenterală). * Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare (*Dopaminum*, etc., pentru administrare parenterală). |

**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Scopul** | **Indicatorul** | **Metoda de calcul a indicatorului** | |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1 | A facilita diagnosticarea precoce a UGDP. | Ponderea pacienţilor diagnosticaţi precoce (primele 12 ore de la debut) cu UGDP pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi diagnosticaţi precoce cu UGDP pe parcursul ultimului an x100. | Numărul total de pacienţi diagnosticaţi cu UGDP pe parcursul ultimului an. |
| 2 | A spori calitatea tratamentului acordat pacienţilor cu UGDP.. | Ponderea pacienţilor cu UGDP care au beneficiat de tratament adecvat chirurgical în termini optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Naţional *Ulcerul gastroduodenal perforat la adult*, pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi cu UGDP care au beneficiat de tratament adecvat chirurgical în termini optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Naţional *Ulcerul gastroduodenal perforat la adult*, pe parcursul unui an x100. | Numărul total de pacienţi cu UGDP care au beneficiat de tratament, pe parcursul unui an. |
| 3 | A reduce rata de complicaţii şi de mortalitate prin UGDP. | Ponderea pacienţilor cu UGDP care au dezvoltat complicaţii postoperatorii, pe parcursul unui an (%).  Rata mortalităţii prin UGDP pe parcursul unui an (%). | Numărul de pacienţi cu UGDP, care au dezvoltat complicaţii postoperatorii, pe parcursul ultimului an x100.  Numărul de pacienţi decedaţi prin UGDP pe parcursul ultimului an x 1000 | Numărul total de pacienţi supuşi tratamentului chirurgical pentru UGDP, pe parcursul ultimului an.  Numărul total de pacienţi operaţi pentru UGDP pe parcursul ultimului an. |

*Anexa 1*

**GHIDUL PACIENTULUI CU ULCERUL GASTRODUODENAL PERFORAT**

**CAUZELE ŞI COMPLICAŢIILE ALE ULCERULUI GASTRODUODENAL PERFORAT**

Ulcerul cronic este un defect al mucoasei tractului gastrointestinal, care apare și progresează datorită acțiunii conținutului acid al stomacului, bacteriilor specifice (*Helicobacter pylori*), dar și a unor preparate ca aspirina. În timpul acutizării ulcerul poate penetra în totalmente peretele stomacului sau duodenului și duce la perforație – formarea unui orificiu în tractul gastrointestinal. Prin acest defect sucul gastric infectat și alimentele nimeresc în cavitatea abdominală liberă și rapid conduce la inflamație acestea (peritonită), după ce bacteriile în cantități mari pătrund în sânge (sepsis). Perforația ulcerului gastric sau duodenal prezintă un risc major pentru viață, care fără un ajutor medical de urgență, inevitabil duce la deces.

**TIPURILE PERFORAȚIEI ULCEROASE**

Din punct de vedere anatomic perforația se clasifică în dependență de localizare a ulcerului, deși acest fapt nu influențează manifestările semnelor clinice și nu modifică tratamentul:

* Perforația ulcerului gastric.
* Perforația ulcerului duodenal.

Perforația ulcerului de asemenea poate fi:

* Tipică: în cazul când conținutul gastric unimomentan se revarsă în cavitatea abdominală.
* Atipica sau acoperită: conținutul gastric se acumulează într-un oarecare spațiu închis sau orificiul perforativ se acoperă de sine stătător cu un organ adiacent. În cazurile respective durerea nu este atât de violentă și stabilirea diagnosticului este dificilă.

**RĂSPÎNDIREA PERFORAȚIEI ULCERULUI GASTRODUODENAL**

Frecvența perforației ulcerului variază semnificativ în dependență de regiunea geografică și constituie 1,5-3%, sau 7-10 cazuri la 100 000 populație pe an. Riscul perforației ulcerului gastroduodenal pe parcursul vieții la pacienții care nu primesc tratament antiulceros adecvat este de aproximativ 10-14%. Perforația de două ori mai frecvent se întâlnește la bărbați decât la femei, și de obicei în decada a șasea a vieții. Ulcerul perforat predominant este localizat în duoden (60%), apoi urmează stomacul (40%).

**SIMPTOMELE PERFORAȚIEI ULCERULUI GASTRIC ȘI DUODENAL**

Prezența maladiei ulceroase nu înseamnă că pacientul cu siguranță va suporta perforație, dar riscul apariției acestea este mai elevat. De acea este important să cunoașteți semnele perforației tractului gastrointestinal și când este necesar de adresat după ajutor medical. În caz de perforație a ulcerului pacienții prezintă:

* Durere foarte puternică cu debut brusc care rapid ajunge la intensitate maximă și este permanentă. Durerea acută cu debut brusc, neașteptată, are denumirea de „lovitura de pumnal”.
* Inițial la pacient apare o slăbiciune marcată, determinată de scăderea tensiunii arteriale (stare de șoc), care cu timpul dispare și se instalează o îmbunătățire temporară a stării generale.
* Greața este prezentă întotdeauna, dar voma nu este caracteristică.
* Durere la orice atingere de abdomen.
* Mai târziu odată cu progresarea peritonitei apare balonarea abdomenului și pareza intestinală.
* Febră și frison.

**EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ PERFORAȚIE ULCEROASĂ**

Deoarece perforația ulcerului este o urgență medicală, diagnosticul se face de obicei rapid. Acesta poate fi efectuat simultan cu tratamentul, astfel încât să nu să se piardă timp. Stabilirea diagnosticului poate include:

* Acuzele: medicul vă va întreba detailat despre durerile în abdomen și alte simptome.
* Anamneza: medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv dacă ați avut vreo afecțiune medicală anterior, în special maladie ulceroasă.
* Examenul fizic: Medicul va efectua un examen fizic pentru a vă verifica pulsul, tensiunea arterială și frecvența respirației. Vă va palpa abdomenul pentru determinarea semnelor perforației, așa ca încordarea musculară și durere accentuată ca răspuns la presiune.
* Măsurarea temperaturii corpului: temperatura ridicată poate sugera prezența infecției, iar temperatura joasă – prezența șocului.
* Analiza sângelui: este necesar de efectuat analiza generală a sângelui și testele funcției rinichilor și a ficatului. Analiza sângelui permite determinarea inflamaţiei. Dacă funcția rinichilor și ficatului este alterată va fi necesar imediat administrarea perfuziilor intravenoase.

Tehnicele imagistice medicale permit medicului să confirme prezența unui ulcer gastric sau duodenal perforat. Acestea includ:

* Radiografia abdomenului: permite determinarea prezenței aerului liber în cavitatea abdominală, ce este un semn incontestabil al perforației tractului gastrointestinal. În cazul unei perforații tipice a ulcerului gastric sau duodenal aceasta este metoda de bază și finală de diagnostic.
* Radiografia cu contrast: dacă radiografia simplă nu indică prezența aerului liber în cavitatea abdominală, vi se propune să beți un pahar cu substanță de contrast și radiografia se repetă. Exteriorizarea contrastului din stomac sau duoden în cavitatea abdominală în cele din urmă confirmă diagnosticul.
* Tomografia computerizată: este o examinare complexă cu utilizarea dozelor mici de radiație, care permite obţinerea imaginilor tridimensionale perfecte ale cavității abdominale, care apreciază cu precizie a locului perforației și prezența complicațiilor (peritonită, abces).

Dacă este prezent un set atipic de simptome și imagini radiologice, medicii pot apela la metode suplimentare de diagnostic, ce pot confirma perforația ulcerului. Aceste teste pot include:

* Endoscopia segmentelor superioare ale tractului gastrointestinal: permite vizualizarea esofagului, stomacului și a duodenului dacă apare necesitatea.
* Ultrasonografia cavității abdominale: permite vizualizarea doar a consecințelor perforației, ca lichidul și uneori aerul în cavitatea abdominală. Poate reprezenta o metodă alternativă de diagnostic la femeile însărcinate, când metodele radiologice prezintă un potențial risc.
* Laparoscopia diagnostică: este o operație mică care este efectuată sub anestezie generală. În cavitatea abdominală este introdus un instrument special cu camera de luat vederi și sursă de lumină, cu ajutorul cărora sunt examinate organele interne. Aceasta este metoda diagnostic finală, care este utilizată doar în situații extrem de complicate.

**TRATAMENTUL PERFORAȚIEI ULCERULUI GASTRODUODENAL**

Tratamentul perforației ulcerului include atât tratament conservativ cât și intervenție chirurgicală.

Tratamentul medicamentos:

* Perfuzia intravenoasă a soluțiilor pentru restabilirea funcțiilor organismului.
* Antibiotice pentru profilaxia și tratamentul infecțiilor.
* Preparate care micșorează aciditatea gastrică.
* Posibil să fie necesară instalarea unei sonde nazogastrale pentru aspirarea conținutului gastric și stoparea revărsării acestuia în cavitatea abdominală. Sonda nazogastrală este un tub lung și subțire care este introdus prin nas și ajunge până în stomac.
* Inițial este necesar de a exclude alimentația și băutul lichidelor.
* Preparate analgezice sunt necesar de administrat la majoritatea pacienților după intervenție chirurgicală.

Pentru lichidarea perforației ulcerului întotdeauna este necesară intervenție chirurgicală de urgență. Operația este efectuată sub anestezie generală prin abord deschis (incizie mediană). În dependență de severitatea și localizarea ulcerului intervenția chirurgicală se reduce la suturarea defectului cu câteva suturi, sau înlăturarea a unei porțiuni din stomac sau duoden împreună cu ulcerul. Întotdeauna în timpul operației este necesară eliminarea lichidului infectat și asanarea cavității abdominale cu soluții sterile. În majoritatea cazurilor intervenția chirurgicală este efectuată prin incizie deschisă mediană, dar uneori şi prin abord laparoscopic.

**RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE DUPĂ TRATAMENTUL PERFORAȚIEI ULCEROASE**

* Tratamentul chirurgical al perforației rareori influențează funcția digestivă și vă veți simți la fel ca înainte de operație.
* Recuperarea completă după tratamentul chirurgical poate dura câteva săptămâni.
* Mulți oameni care au suportat cu succes tratamentul ulcerului perforativ se însănătoșesc complet.
* Vizitați regulat medicul pentru controlul stării de sănătate, inclusiv endoscopii repetate, micșorând riscul de acutizare a ulcerului și perforații recurente.
* Urmați strict recomandările medicului și regulat administrați medicamentele care vă sunt prescrise.
* Respectați recomandările medicale ce vizează dieta alimentară, nu fumați și limitați utilizarea alcoolului.

**PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI**

* Dacă suferiți de maladie ulceroasă a stomacului sau duodenului, sunteți în grupul de risc să suportați perforația ulcerului.
* Vizitați regulat medicul pentru verificarea stării de sănătate și informați-vă despre oricare simptome noi inclusiv probleme cu digestia sau durere.
* Utilizați preparatele antiinflamatorii nesteroidiene și aspirina, care pot provoca hemoragie, doar la necesitate și sub supravegherea medicului.
* Periodic efectuați endoscopia de control și verificați prezența infecției *Helicobacter pylori*, dacă sunteți în grupul de risc pentru dezvoltarea ulcerului.
* Important este să cunoașteți semnele perforației ulcerului și factorii de risc. Cu aceste cunoștințe puteți avea un rol activ în sănătatea proprie și să ridicați șansele la un tratament de succes.
* Deoarece perforaţia ulcerului gastroduodenl prezintă un pericol eminent pentru viață, adresați-vă imediat după ajutor medical la apariția unei dureri acute și violente în abdomen. Nu așteptați ca maladia să dispară de la sine. Perforația ulcerului practic este imposibil de a fi tratată fără intervenție chirurgicală.

*Anexa 2*

**FIŞA STANDARDIZATĂ**

**pentru auditul medical bazat pe criterii în ulcerul gastroduodenal perforat**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATE GENERALE COLECTATE PENTRU UGP** | | | | |  |
| 1 | Numărul fişei pacientului |  | | | |  |
| 2 | Data naşterii pacientului | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 3 | Sexul pacientului | 1 | | Bărbat | |  |
| 2 | | Femeie | |  |
| 4 | Mediul de reşedinţă | 1 | | Urban | |  |
| 2 | | Rural | |  |
| 9 | | Nu se cunoaşte | |  |
|  | **INTERNARE** | | | | |  |
| 5 | Data debutului simptomelor | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 6 | Instituţia medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar | 1 | | AMP | |  |
| 2 | | AMU | |  |
| 3 | | Secţia consultativă | |  |
| 4 | | Spital | |  |
| 5 | | Instituţie medicală privată | |  |
| 9 | | Nu se cunoaşte | |  |
| 7 | Data adresării primare după ajutor medical | ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 8 | Timpul adresării primare după ajutor medical | OO:MM sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
| 9 | Data sosirii la spital | ZZ/LL/AAAA | | | |  |
| 10 | Departamentul în care s-a făcut internarea | 1 | | Secţia de chirurgie | |  |
| 2 | | Secţia de profil general | |  |
| 3 | | Secţia de terapie intensivă | |  |
| 4 | | Alte | |  |
|  | **DIAGNOSTIC** | | | | |  |
| 11 | Locul stabilirii diagnosticului | 1 | | AMP | |  |
| 2 | | AMU | |  |
| 3 | | Secţia consultativă | |  |
| 4 | | Spital | |  |
| 5 | | Instituţie medicală privată | |  |
| 12 | Investigaţii imagistice | 1 | | Nu | |  |
| 2 | | Da | |  |
| 9 | | Nu se cunoaşte | |  |
|  | **ISTORICUL PACIENTULUI** | | | | |  |
| 13 | Prezenţa anamnezei ulceroase sau gastrice | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 9 | | | Nu se cunoaşte |  |
| 14 | Prezenţa patologiilor asociate | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 9 | | | Nu se cunoaşte |  |
|  | **PREGĂTIRE PREOPERATORIE** | | | | |  |
| 15 | Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 16 | Timpul efectuării pregătirii preoperatorii | OO:MM sau 9 = nu se cunoaşte | | | |  |
|  | **INTERVENŢIA CHIRURGICALĂ** | | | | |  |
| 17 | Intervenţia chirurgicală a fost efectuată în spital | 1 | | | Nu |  |
| 2 | | | Da |  |
| 18 | Data efectuării intervenţiei chirurgicale | ZZ/LL/AAAA | | | |  |
| 19 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale | OO:MM , | | | |  |
| 20 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale de la debutul maladiei | OO:MM | | | |  |
| 21 | Timpul efectuării intervenţiei chirurgicale de la momentul internării | OO:MM | | | |  |
| 22 | Operaţia efectuată în mod | Urgent | | | |  |
|  |  | Urgent-amânat | | | |  |
| Programat | | | |  |
| 23 | Tipul anesteziei | Generală | | | |  |
|  | **EXTERNARE ŞI TRATAMENT** | | | | |  |
| 24 | Data externării | (ZZ/LL/AAAA) | | | |  |
| 25 | Data transferului interspitalicesc | (ZZ/LL/AAAA) | | | |  |
| 26 | Data decesului | (ZZ/LL/AAAA) | | | |  |
| 27 | Deces în spital | 1 | Nu | | |  |
| 2 | Din cauzele atribuite UGDP | | |  |
| 3 | Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate | | |  |
| 4 | Alte cauze neatribuite UGDP | | |  |
| 9 | Nu se cunoaşte | | |  |

**BIBLIOGRAFIE:**

1. Bertleff MJ, Halm JA, Bemelman WA, van der Ham AC, van der Harst E, Oei HI, et al. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. World J Surg. 2009;33(7):1368-1373.
2. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg. 2010;27(3):161-169.
3. Boey J, Choi SK, Poon A, Alagaratnam TT. Risk stratification in perforated duodenal ulcers. A prospective validation of predictive factors. Ann Surg. 1987;205(1):22-26.
4. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer – an update. World J Gastrointest Surg. 2017;9(1):1-12.
5. Di Saverio S, Bassi M, Smerieri N, Masetti M, Ferrara F, Fabbri C, et al. Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper. World J Emerg Surg. 2014;9:45.
6. Guţu E., Guzun V, Iacub V, Guţu S. Ulcerul gastroduodenal perforat la adult. În: Protocoale Clinice Naţionale actuale referitoare la patologia chirurgicală abdominală acută. Chişinău: Tipografia Centrală; 2021:199-246.
7. Johnson HD. Gastric ulcer: classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis. Ann Surg. 1965;162:996-1004.
8. Köninger J, Böttinger P, Redecke J, Butters M. Laparoscopic repair of perforated gastroduodenal ulcer by running suture. Langenbecks Arch Surg. 2004;389(1):11-16.
9. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion. 2011;84(2):102-113.
10. Lunevicius R, Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer. Br J Surg. 2005;92(10):1195-1207.
11. Mazuski JE, Tessier JM, May AK, Sawyer RG, Nadler EP, Rosengart MR, et al. The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection. Surg Infect (Larchmt). 2017;18(1):1-76.
12. Sartelli M, Viale P, Catena F, Ansaloni L, Moore E, Malangoni M, et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World J Emerg Surg. 2013;8(1):3.
13. Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, Itoh T, Kato M, Kamada T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. J Gastroenterol. 2016;51(3):177-194.
14. Schein M. Perforated peptic ulcer. In: Schein M, Rogers PN, eds. Schein’s common sense emergency abdominal surgery. 2nd ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2005:143-150.
15. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJ, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50(2):133-164.
16. Søreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Møller MH, Ohene-Yeboah M, et al. Perforated peptic ulcer. Lancet. 2015;386(10000):1288-1298.
17. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. Br J Surg. 2014;101(1):51-64.
18. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg. 2020 Jan 7;15:3.
19. Târcoveanu E. Ulcerul gastro-duodenal perforat. In: Maloman E, red. Chirurgia abdominală de urgenţă. Chişinău: Editura Răzeşu; 2009: 94-107.
20. Tavakkolizadeh A, Ashley SW. Operations for peptic ulcer. In: Yeo CJ, McFadden DW, eds. Shackelford’s Surgery of the Alimentary Tract. Vol. I. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013:701-719.