

# Ulcerul gastric

## Def .

Este expresia digestiva cu localizare gastrică a unei afecțiuni cronice ce evoluează în pusee acute, periodice, produse prin acțiunea clorhidropeptică a secreției gastrice.

## Epidemiologie

E mai puțin frecvent decât ulcerul duodenal, este întâlnit cu frecvență maximă dincolo de decada a V-a a vieții și are o incidență egală la ambele sexe.

- ❖ **Unele ulcere gastrice (UG) se comportă ca și ulcere duodenale (UD), în special cele care sunt situate mai jos.**
- ❖ **Sunt mai frecvente la bărbați. Raportul femei-bărbați este de 2:1 în UG și 7:1 în UD**
- ❖ **Există o predispoziție genetică familială pt. UG la cei cu grupa sangvină AII, apare la cei săraci.**
- ❖ **UD prezintă o rată mai ridicată a acidității gastrice față de normal, iar în UG are valori normale s-au crescute.**
- ❖ **UD răspunde bine la tratament medical, iar UG numai după operație, recidivând mai frecvent, malignizare.**

## Anatomie patologică

**Ulcerul tipic Cruveilhier** ←se distinge de celelalte pierderi de substanță gastrice, eroziunea sau exulcerația simplex (Dieulafoy), prin substratul anatomic, morfologic și chiar prin evoluția sa cronică.

←reprezintă un defect al peretelui gastric profund, interesând toate straturile până la musculatură, pe care o poate uneori depăși perforând sau penetrând.

- ❖ **Eroziunea gastrică** se def. ca o pierdere de substanță de întindere variată de regulă mică, superficială, interesând mucoasa fără să depășească niciodată “muscularis mucosae”.
- ❖ **Exulcerația simplex** apare ca o ulcerare a mucoasei dar care cuprinde în profunzime și musculara mucoasei, ajungând până în submucoasă.

Dpdv *evolutiv*, distingem 2 forme de UG:

- **Ulcer acut**, de dimensiuni mici (cca 1 cm) înconjurat de o zonă puternic edematoasă, hiperemică. Sunt ulcere care perforază cel mai frecvent.
- **Ulcerul cronic**, calos, cu diametrul de cca 2-5 cm are o evoluție cronică, iar edemul periulceros este înlocuit cu o zonă de fibroză, care constituie în timp un bloc aderențial-fibros ce sudează stomacul de organele vecine (ficat, pancreas, etc.)  
⇒conferă chirurgului senzația unui bloc pseudomoral, mărinde riscul confuziei de diagnostic cu o leziune malignă.

Ca număr:

- ← 80% *unice*
- ←20% *multiple*

**Localizarea ulcerului:**

←mica curbură: cel mai frecvent

←fața anterioară 5 %

←fața posterioară 1%

←reg. pilorică

←marea curbură foarte rar

repartiția după principalele segmente:

← corp gastric 56%

← antru 44%

După localizare și nivele secretor, Johson a clasificat UG în 3 tipuri:

- ❖ **Tipul I** cuprinde ulcerul miciei curburii cu antru și pilor normale și în care nivelul acidității gastrice este sub normal. Totalizează cca 57% din UG și se întâlnesc la gr. AI.
- ❖ **Tipul II** cuprinde ulcerul miciei curburii, asociate cu jenă în evacuarea transpilorică sau cu un ulcer duodenal evolutiv, în care nivel evolutiv=normal sau scăzut.
- ❖ **Tipul III** care grupează ulcerul prepiloric al căror comportament simptomatic și secretor este asemănător cu cel al UD.

**Patogenie**

1. *Alterarea barierei celulare gastrice*
  - ❖ *Modificări cantitative și calitative ale mucusului gastric* ca rezultat al tulburărilor de sinteză glico-proteică.
  - ❖ *Alterări directe* (de contact) date de un agent nociv care creează posibilitatea retrodifuziunii ionilor de H în mucoasă, agravând leziunile inițiale “de contact”.
  - ❖ *Tulburări de irigație* a peretelui gastric fie pe fond ateromatosis fie prin tulburări funcționale la nivel precapilar datorită unor substanțe vasomotoare.
2. *Refluxul alcalin la nivelul stomacului*-- favorizează retrodifuziunea ionilor de H ⇒leziuni chiar la valori ale secreției gastrice normale.
3. *Helicobacter pilori* ⇒ gastrită ⇒ UG, dar importanța lui e mai mică decât în UD.
4. **Teoria gastritei atrofice a lui DUPLESSIS, gastrita cronică ⇒UG datorită refluxului, e asociată cu atrofia aparatului secretor(gastrită cr. medicamentoasă-aspirină, corticosteroizi-)**
5. **Factori ereditari gr. sangvină de tip secretor**
6. **Aciditate gastrică**

**Semne clinice**

1. **Durerea :**
  - ❖ Localizată: epigastru, retroxifoidian, retrosternal
  - ❖ Formă : crampă, torsiune
  - ❖ Apariție : postprandial precoce(30min- 2ore)
  - ❖ Iradiere : obișnuit nu

Durerea ulceroasă = “sdr. dispeptic-dureros de tip ulceros”

2. **Vărsătura** este inconstantă
3. **Pirozisul** postprandial (inconstant)pot să preceadă durerea sau pot să coexiste cu ea.

4. **Hemoragia** = complicație acută și majoră, evolutivă a ulcerului gastric. Poate fi microscopică , (testul Weber, Meyer, Adler, ), sau macroscopică
5. **Examenul fizic** nu oferă date esențiale.

## Explorări paraclinice

1. **Examen radiologic** este esențial în diagnosticul UG, *nișa* fiind semnul direct. Localizat cel mai ades pe mica curbură este văzut din profil “**în afara conturului gastric**”, ceea ce o diferențează de nișa malignă, (încăstrată, dispusă în conturul gastric)

**Morfologic nișa de profil** poate să apară sub mai multe forme:

- i. **Nișa mică triunghiulară** sub forma unui spicul (fig.1)
- ii. **Nișa de talie medie** cu sau fără halou clar în jur;
- iii. **Nișa pediculată**, care apare ca un diverticul la nivelul mici curburi, legat de stomac printr-un pedicul subțire. Are întotdeauna semnificația unui ulcer penetrant. (fig.2)
- iv. **Nișa Hudek tipică** cu cele 3 nivele (bariu, lichid și aer, propriu numai UG); (fig.3)
- v. **Nișa gigantică** al cărui diametru depășește 5 cm care este de obicei expresia unei penetrații vechi cu distrucția peretelui gastric astfel încât fundul ulcerului este constituit din parenchimul organului penetrat (ficat, pancreas, reg. colică.). e întâlnită la oamenii în vârstă pe fondul unor defecte de irigație (pe fond ateromatos) ⇒ dg. dif. Cu cancer. (fig. 4)

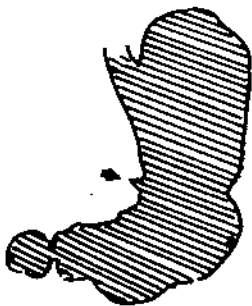


Fig. 1 Nișă triunghiulară sub formă de spicul



Fig. 2 Nișă pediculată (pseudodiverticulare)



Fig.3 Nișă tipică Haudek



Fig. 4 Nișă gigantică

**Nișa de față** apare ca o pată de retenție baritată, înconjurată de halou semitransparent, dat de edemeul periulceros (inelul Hampton), justificând comparația cu o cocardă= **nișa în cocardă**

**Semne indirecte :**

- ❖ **Retracția micii curburi** cu modif. unghi gastric prin apropierea pilorului de cardie, în forme vechi, caloase, localizate la nivelul unghiului gastric (fig.5)



Fig.5 Apropierea pilorului de cardie

- ❖ **Incizura spastică a mării curburi** în dreptul leziunii ca expresie a spasmului persistent al fibrelor circulare ale musculaturii.
- ❖ **Convergența pliurilor** mucoasei gastrice către ulcer , = semn de benignitate.

*Examenul radiologic = dg. dif* ⇒ **benign**—nișa ieșită din conturul gastric cu pliuri din vecinătate suple  
⇒ **malign**—nișa încastrată cu rigiditate parietală și anarhia pliurilor mucoasei din vecinătate

2. **Examenul secreției gastrice** interes mic dg. UG nu puternic secretant, totuși pot face dg. dif benign-malign ( hipoanaciditatea histamino rezistentă = malign)

3. **Endoscopia** indispensabilă :

- ❖ *Examinare directă*
- ❖ *Prelevarea biopsiilor multiple*
- ❖ *Explorarea întreagă a stomac*

## Evoluție și forme clinice

*Evolutiv,*

- ❖ **UG acute** , recent instalate , simptomatologie clasică, durează 1-4 săptămâni apoi suferința dispare urmată de acalmie totală. Nișa este mai ușor evidențiable radiologic și perforază cel mai frecvent.
- ❖ **UG cronice** vechi ulcere caloase, scleroase terebrante, ⇒ penetrante ⇒ modificarea caracterului durerii: mai intensă uneori transfixiantă , cu iradiere în bară, continuă fără să cedeze la ingestie de alimente sau alcaline; radiologic permanentizarea nișei.

*După localizare*

- ❖ **UG înalte (subcardiale)** simptomatologie marcată de un sindrom “pseudoesofagian” cu dureri retoxifoidiene și regurgitații precoce și disfagie intermitentă pentru solide.
- ❖ **UG prepilorice**
  - **morfologic** UG mici sau medii fără tendință la vindecare, reacție inflamatorie antrală accentuată cu aspect de gastrită hipertrofică, adenomatoză brunneriană și proliferare de tip schwanomatos în submucoasă = aspect pseudoneoplazic
  - **clinic** durerea este mai tardivă, mai intensă și respectă ritmicitatea clasică, vărsătura apare mai frecvent, este tardivă (noaptea sau a doua zi dimineața). Denuțria consecință a durerilor și vărsăturilor amplifică și mai mult suspiciunea unei leziuni maligne.
  - **radiologic** imagine pseudoneoplazică: pliuri anarhice, rigiditatea peretelui sau a amputației antrale = “imagine pseudolacunară” (fig. 6 și 7 ). Obligatoriu endoscopia.

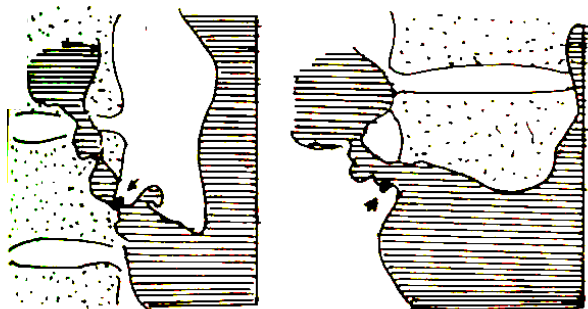


Fig. 6 și 7 Imagini pseudoneoplazice în ulcerul prepiloric

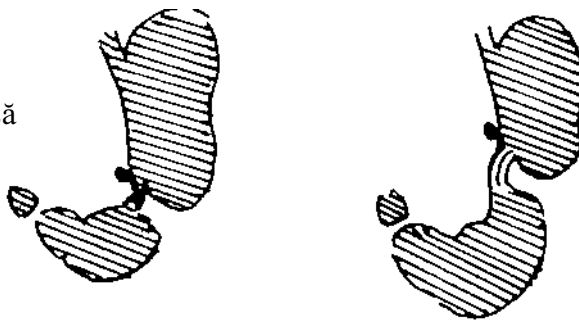
## Complicații

**Evolutiv – acute** : hemoragia și perforația

**-cronice**: penetrația, stenoza mediogastrică, malignizarea

- ❖ **Stenoza mediogastrică** secundară unui ulcer al micii curburii. Se realizează astfel 2 camere gastrice legate printr-un canal mai mult sau mai puțin larg cu perete suplu și pliuri mucoase paralele. *Clinic* vărsătură precoce, durere sub formă de crampă epigastrică care dispare după vărsătură. *Radiologic* stomac biloculat (fig. 8 și 9). *Dg dif* cu **volvus gastric și stenoa mediogastrică neoplazică**.

Fig. 8 și 9 Stenoză mediogastrică ulceroasă



- ❖ **Malignizarea UG 8% sunt maligne deși nu o părere unanimă**

## Tratament

Teoretic instituirea unui tratament medicamentos în cazul UG necomplicat și verificat endoscopic și biptic este logic și lipsită de risc. Cea mai corectă atitudine terapeutică este:

1. Toți bolnavii cu UG să fie spitalizați și supuși tuturor explorărilor capabile să precizeze dg. (ex. Radiologic, chimisme, citologie, endoscopie și biopsie);
2. În acest timp se începe un tratament antiulceros (antisecretorii și protectoare ale mucoasei gastrice -pansamente)
3. Dacă rezultatele explorărilor converg către o leziune dubioasă transformată sau chiar malignă se stabilește imediat indicația operatorie;
4. Dacă aceste rezultate atestă existența unui ulcer benign se poate continua tratamentul 3-6 săptămâni, dar sub urmărire radiologică și endoscopică la fiecare 3 săptămâni.

### Atenție la malignitatea UG !

**Așadar UG trebuie operat (scoasă leziunea și cercetată histologic) în timp ce UD trebuie tratat medical** cu excepția formelor complicate sau rezistente și tratamentul în care gestul chirurgical este logic și necesar.

Obiectivele operației:

- (a) Ablația leziunii în vederea cercetării histologice
  - (b) Întreruperea lanțului patogenetic pentru a prevenii recidiva
  - (c) refacerea circuitului digestiv
1. **Rezecția gastrică clasică** presupune ablația a 2/3 din stomac împreună cu primii 3 cm din bulbul duodenal, cu restabilirea tranzit digestiv fie cu duodenul (GDA

fig.10) fie cu prima ansă jejunală, folosind pentru gastrojejunoanastomoză (GJA) întreaga tranșă a bontului gastric după maniera "Reichel-Polya" (fig.11) sau numai o parte din ea după maniera "Hoffmeister-Finsterer" (fig.12)

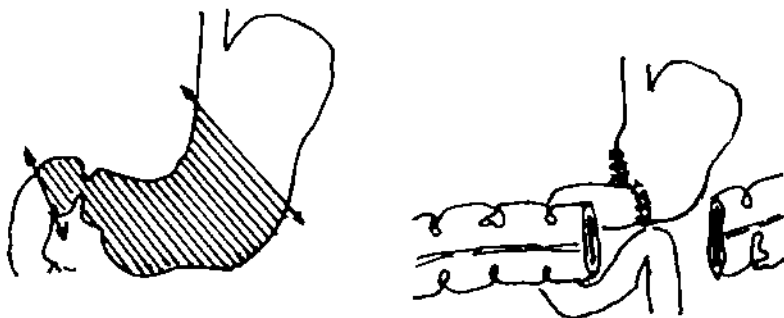


Fig.10 Rezecție 2/3 cu gastroduodenoanastomoză Pean

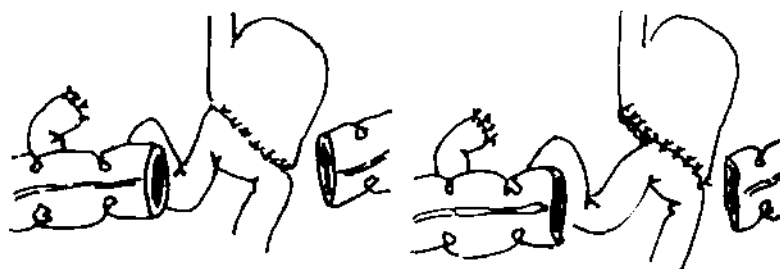


Fig.12 Rezecție 2/3 cu gastrojejunoanastomoză Hoffmeister-Finsterer

Fig.11 Rezecție 2/3 cu gastrojejunoanastomoză Reichel-Polya

2. **Vagotomia tronculară asociată cu gastrectomii limitate**, numai în formele prepilorice
3. **Vagotomii asociate cu operații de drenaj** (piloroplastice sau nepiloroplastice) sunt inutile ca gest terapeutic patogenetic în asemenea ulcere, iar pe de altă parte nici nu răspund obiectivului principal de a scoate leziunea.
4. **Gastrectomia Schoemaker** sau rezecția "în șă" se practică în unele forme înalte, subcardiale ale ulcerului, fiind de fapt o rezecție clasică care ocolește pe deasupra ulcerul. (fig. 13)

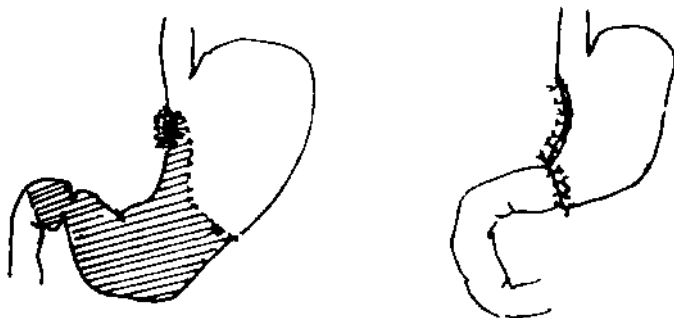


Fig. 13 Rezecție în "șă" Schoemaker

5. **Rezecții gastrice atipice** din care fac parte:

- i. **Rezecția cuneiformă** –conservatoare sau condiții precare(vârstă, tare biologice, boli cronice concomitente) constă în ablația ulcerului “în pană” în plin țesut sănătos urmată de piloroplastie (fig.14)
- ii. **Rezecția mediogastrică** cu anastomoză gastro- gastrică pt îndepărtarea zonei de stenoză mediogastrică benignă (fei.15)

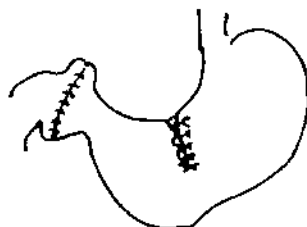
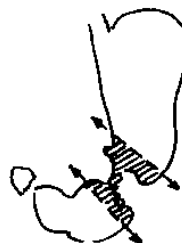


Fig. 14 Rezecția “cuneiformă” a ulcerului



Fig. 15 Rezecție mediogastrică cu gastroanastomoză



## Ulcere rare

### A. Sindromul Zollinger-Ellison

### B. Ulcerele de stres

#### A. Sindromul Zollinger-Ellison

Se caracterizează prin:

1. Tumoră gastro-secretoare
2. Ulcere atipice multiple sau multiplu recidivante cu evoluție gravă și rapidă.
3. Hipersecreție gastrică cantitativă și calitativă.
4. Diaree cu steatoree

Diagnosticul paraclinic:

1. Dozarea gastrinemieii (nivele foarte mari în picograme)
2. Hipersecreția abundentă (prin măsurarea secreției bazale și hiperaciditatea peste 100 mEq /l)
3. Arteriografia selectivă și mai ales prin ecografie și tomografia computerizată capabilă să evidențieze existența tumorii.

**Tratamentul numai chirurgical – gastrectomia totală**

#### B. Ulcerele de stres

Apar pe fondul unor agresiuni grave: leziuni cerebrale, arsuri întinse, etc.este o leziune acută pe o mucoasă anterior sănătoasă.Tratament – majoritatea medical. Chirurgical :sută hemostatică sau asociată cu vagotomie și piloroplastie.