

Η απλή συρραφή ως χειρουργική μέθοδος θεραπείας της διάτρησης του πεπτικού έλκους: Εμπειρία μιας Δεκαετίας

Χ. Χαραλάμπους
Ν. Τζαφέστας
Κ. Χριστοδούλου
Α. Κοσκινά
Π. Χρήστου
Φ. Παπαβλασόπουλος
Ι. Κυπάρης
Χ. Σέρβος
Ε. Δουϊτσής
Δ. Πολυμενάκος

Χειρουργικό Τμήμα
Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κ.

Εισαγωγή

Κατά τις 2 τελευταίες δεκαετίες οι εγχειρήσεις για το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος έχουν, προοδευτικά, περιοριστεί σημαντικά. Τούτο οφείλεται:

- α) Στην ανεύρεση νέων πολύ πιο αποτελεσματικών αντιελκωτικών φαρμάκων (ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης - ανταγωνιστές της αντλίας πρωτονίων)
- β) Στην καλύτερη κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών δημιουργίας του πεπτικού έλκους (όπως η ανακάλυψη π.χ. του πυλωρικού ελικοβακτηριδίου) και
- γ) Στην σύγχρονη τεχνολογία.

Ο ρόλος, όμως της χειρουργικής στην αντιμετώπιση των επιπλοκών του πεπτικού έλκους - η συχνότητα των οποίων δεν φαίνεται να μειώνεται σημαντικά από την σύγχρονη συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση του έλκους - καθώς και του γαστρικού έλκους που δεν επουλώνεται μετά από τρίμηνη συντηρητική θεραπεία ή που υποτροπιάζει, είναι μέχρι της στιγμής, τουλάχιστον αναντικατάστατος.

Στην παρούσα μελέτη παραθέτουμε την εμπειρία μας από την αντιμετώπιση ασθενών με διάτρηση γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους κατά τη χρονική περίοδο 1987 - 1997 και αναφέρουμε τα αποτελέσματά μας (διάγνωση, θεραπεία, μετεγχειρητική πορεία, επιπλοκές κ.λ.π.)

Υλικό - Μέθοδος - Αποτελέσματα

Κατά τη χρονική περίοδο 1987 -1997 νοσηλεύτηκαν στην Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου μας 94 ασθενείς με διάτρηση πεπτικού έλκους. 74 άνδρες και 20 γυναίκες, η αναλογία των οποίων ήταν: 2,5 : 1 ενώ ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 52,5 έτη (από 17 - 88).

Διάτρηση 12/Δακτυλικού έλκους παρουσίαζαν οι 85, ενώ διάτρηση γαστρικού έλκους οι 9. Η διάγνωση της διάτρησης του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους εγένετο σχετικά εύκολα από:

1. Το ιστορικό, (ελκοπαθής, λήψη ασπιρίνης, αντιφλεγμονώδης φαρμακευτική αγωγή και άλλα φάρμακα).
2. Την κλινική εικόνα (εντονώτατο διαξιφιστικό, επιγαστρικό άλγος και σπινθηρώδης σύσπαση της κοιλίας).
3. Την απλή ακτινογραφία κοιλίας (ελεύθερος αέρας υποδιαφραγματικά).

Στις ελάχιστες περιπτώσεις που η απλή ακτινογραφία δεν ήταν διαφωτιστική, η εμφύσηση αέρα με σύριγγα από το ρινογαστρικό καθετήρα και η επανάληψη της ακτινογραφίας συνήθως έλυσε το πρόβλημα.

Οι 93 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργ-

γικά με απλή συρραφή της διάτρησης και τοποθέτηση επιπλόου. Ένας ασθενής (νέος άνδρας) αντιμετωπίστηκε συντηρητικά (ανταγωνιστές H2 υποδοχέων - παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών - ρινογαστρική αναρρόφηση κ.λ.π.). Ο ασθενής είχε νοσηλευθεί σε άλλη κλινική με έντονο κοιλιακό άλγος, πέραν των 24 ωρών, χωρίς να τεθεί η διάγνωση διάτρησης 12/Δακτυλικού έλκους. Η διάγνωση τέθηκε σε τυχαίο ακτινολογικό έλεγχο την επομένη ημέρα, οπότε ήταν σαφώς βελτιωμένος (μείωση του άλγους, χωρίς σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, χωρίς πυρετό κ.λ.π.), πιθανώς λόγω επικάλυψης της διάτρησης από το επίπλου.

Σ' όλους τους ασθενείς με διάτρηση γαστρικού έλκους, γινόταν, επιπλέον, σφηνοειδής εκτομή του έλκους και ιστολογική εξέταση. Σε 2 απ' αυτούς απεδείχθη ότι επρόκειτο για κακόηθες έλκος. Ο ένας από αυτούς υποβλήθηκε αλλού σε ολική γαστρεκτομή και απεβίωσε τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, ενώ ο άλλος παρόλο που ειδοποιήθηκε δεν προσήλθε για ριζικότερη θεραπεία.

Σε ασθενείς με 12/Δακτυλικό έλκος γινόταν βιοψία εκλεκτικά εφ' όσον οι χαρακτήρες του έλκους εθεωρούντο ύποπτοι. Τρεις υπερήλικες ασθενείς (2 άνδρες και 1 γυναίκα) απεβίωσαν τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες λόγω μεγάλης καθυστέρησης στην προσέλευσή τους στο Νοσοκομείο (6 - 10 ημέρες), με αποτέλεσμα να υποβληθούν σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση με βεβαρυμένη γενική κατάσταση (καταπληξία, ανουρία, σήψη, κ.λ.π.).

Οι υπόλοιποι ασθενείς, χωρίς σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, την 7η - 8η μετεγχειρητική ημέρα εξέρχονταν του Νοσοκομείου με τη σύσταση για θεραπεία με αντιεκκριτικά φάρμακα, περιοδικό ενδοσκοπικό έλεγχο και παρακολούθηση στα εξωτερικά χειρουργικά ιατρεία.

Μέχρι στιγμής, κανένας από τους χειρουργηθέντες δεν επανήλθε, στην κλινική μας τουλάχιστον, με υποτροπή.

Συζήτηση

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος παρά τις μεγάλες προόδους που έγιναν προς την κατεύθυνση της συντηρητικής αντιμετώπισης του, εξακολουθεί να αποτελεί σοβαρό ιατρικό πρόβλημα, αφού αφορά το 10% περίπου του γενικού πληθυσμού.

Οι επιπλοκές του που δεν φαίνεται να μειώνονται σε συχνότητα με την θεραπεία με αντιεκκριτικά φάρμακα, για περιορισμένο χρονικό διάστημα, αποτελούν ακόμα και σήμερα την κύρια αιτία θανάτου στους πάσχοντες από έλκος. Η αιμορραγία σαν επιπλοκή του έλκους απαντά σε 30 - 50% περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού, ενώ η διάτρηση σε 10% περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού. Στην Αγγλία κάθε χρόνο 5.000 περίπου θάνατοι οφείλονται στο γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.

Τα τελευταία πάντως δεδομένα είναι αρκετά ενθαρρυντικά για σημαντική μείωση της συχνότητας των επιπλοκών και των υποτροπών του έλκους με τη σύγχρονη χορήγηση αντιεκκριτικών

φαρμάκων και αντιβίωσης για την εκρίζωση του πυλωρικού ελικοβακτηριδίου.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση της διάτρησης οι περισσότεροι συγγραφείς, συμφωνούν ότι για τα οξέα έλκη η θεραπεία εκλογής είναι η απλή συρραφή της διάτρησης με παρεμβολή επιπλόου, ενώ για τα χρόνια έλκη τα αναφερόμενα ποσοστά υποτροπής μετά από απλή συρραφή ανέρχονται σε 30 - 50%. Όλοι όμως συμφωνούν ότι είναι αρκετά δύσκολη η διάκριση του χρονίου από το οξύ έλκος. Πρέπει όμως να ληφθεί υπ' όψιν ότι οι στατιστικές που αναβιβάζουν τα ποσοστά αυτά της υποτροπής σε 30 - 50% αναφέρονται στην εμπειρία προηγούμενων χρόνων (πριν δηλαδή την εφαρμογή σύγχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης).

Οι εγχειρητικές μέθοδοι που προτείνονται στην θεραπεία του διατρηθέντος γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους είναι:

1. στελεχειαία βαγοτομή και αντρεκτομή,
2. στελεχειαία βαγοτομή και πυλωροπλαστική ή ΓΕΑ και εκτομή του έλκους,
3. υπερεκλεκτική βαγοτομή και συρραφή του έλκους,
4. απλή συρραφή.

Κάθε εγχειρητική μέθοδος πρέπει να λαμβάνει υπόψη την εμπειρία του χειρουργού - και είναι κοινό μυστικό πως η εμπειρία των νέων χειρουργών σε εκλεκτικές επεμβάσεις για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι σαφώς φτωχότερη αφού όπως επανειλημμένα τονίσαμε η σύγχρονη συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση του έλκους μείωσε, σχεδόν μέχρι εξαφάνισης τις εκλεκτικές αυτές επεμβάσεις. Επίσης πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και η ύπαρξη μιας σειράς παραγόντων κινδύνου οι οποίοι, όπως φαίνεται από τον πιο κάτω πίνακα, αυξάνουν σημαντικότερα την θνητότητα στις εγχειρήσεις για διάτρηση:

Παράγοντες κινδύνου στη διάτρηση πεπτικού έλκους

1. Συνυπάρχοντα νοσήματα
 2. Προεγχειρητικό Shock
 3. Διάτρηση παραμελημένη (πέραν των 24 ωρών)
- (πίνακας 1)

Αριθμός Παραγόντων	Θνητότητα
0	0%
1	10%
2	45%
3	100%

(πίνακας 2)

Σ' ότι αφορά την δική μας τακτική, πιστεύουμε ότι η απλή συρραφή της διάτρησης με παρεμβολή επιπλόου, σε συνδυασμό με τη χορήγηση θεραπείας με αντιεκκριτικά φάρμακα, στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί γρήγορο και ασφαλή τρόπο αντιμετώπισης της. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα μας πιστεύουμε ότι μας δικαιώνουν απόλυτα.

Περίληψη εργασίας

Η απλή συρραφή ως χειρουργική μέθοδος θεραπείας της διάτρησης του πεπτικού έλκους:

Εμπειρία μιας Δεκαετίας

Χ. Χαράλαμπος, Ν. Τζαφέστας, Κ. Χριστοδούλου, Α. Κοσκινά, Π. Χρήστου, Φ. Παπαβλασόπουλος, Ι. Κυπάρης, Χ. Σέρβος, Ε. Δουίτσης, Δ. Πολυμενάκος

Χειρουργικό Τμήμα - Αναισθησιολογικό Τμήμα Γ.Ν.Ν.Κ.

Είναι γνωστό πως η σύγχρονη συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, έθεσε, κατά την τελευταία τουλάχιστο δεκαετία, την χειρουργική αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους σε δεύτερη μοίρα.

Εν τούτοις ο ρόλος της χειρουργικής αντιμετώπισης των επιπλοκών του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους είναι ακόμη αναγκατάστατος.

Στην μελέτη αυτή περιγράφουμε τις περιπτώσεις ασθενών με διάτρηση έλκους στομάχου - δωδεκαδακτύλου που αντιμετωπίσαμε στο τμήμα μας κατά τα έτη 1987 - 1997. Αναφέρουμε τα αποτελέσματα μας (διάγνωση, θεραπεία, μετεγχειρητική πορεία, επιπλοκές, κ.λ.π.), και συμπεραίνουμε πως η απλή συρραφή της διάτρησης του πεπτικού έλκους, σε συνδυασμό με τη χορήγηση, μετεγχειρητικά, αναστολέων των H₂ υποδοχέων, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί γρήγορο και ασφαλή τρόπο αντιμετώπισης, αποφεύγοντας έτσι πολύωρες και με μεγαλύτερη θνητότητα επεμβάσεις.

Βιβλιογραφία

1. Καρούτσος Κ. : Πεπτικό Έλκος: Συντηρητική θεραπεία. Θέματα Γεν. Χειρουργικής από τα

Σεμινάρια 1995 της Ε.Χ.Ε Αθήνα 1995

2. Johnson AC: Management of peptic ulcer Br. J. Surg 81: 161 - 163, 1994

3. Lane MR: Recurrence of duodenal ulcer after medical treatment. Lancet 1147 - 50 1988.

4. Παπασταματίου Α: Επιλογές Εγχειρητικής Τακτικής στην αντιμετώπιση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Θέματα Γεν. Χειρουργικής από τα Σεμινάρια 1995 της Ε.Χ.Ε Αθήνα 1995

5. Γολεμάτης Β. : Χειρουργική αντιμετώπιση του Γαστροδωδεκαδακτυλικού Έλκους. Δορυφορικό Συμπόσιο του 13ου Παν. Ιατρικού Συνεδρίου Αθήνα 1987

6. Στριγγάρης Κ.: Ακτινολογικός έλεγχος γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, διαγνωστική προσέγγιση και προβληματισμοί. Δορυφορικό Συμπόσιο του 13ου Παν. Ιατρικού Συνεδρίου Αθήνα 1987

7. Bardkan KD et al: A comparison of two different doses of omeprazole versus ranitidine in treatment of duodenal ulcer J. Clin. Gastr. 8: 408, 1988

8. Peterson W. L. : Pathogenesis and therapy of peptic ulcer disease J. Clin. Gastr. 12: 1, 1990

9. Rathbone BJ et al: Campylobacter pylori and gastroduodenal disease: Blacwell Scient. Public. Oxford 1989

10. Αντσακλής Γ. Ι. : Χειρουργική Θεραπεία του Γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Θέματα Γεν. Χειρουργικής από τα Σεμινάρια 1992 της Ε.Χ.Ε. Αθήνα 1992

11. Boey J.: Perforated duodenal ulcers World J. Surg. 11: 319, 1987

12. Jordan PH: Surgery for peptic ulcer disease Curr. Probl. Surg. 28: 267, 1991

13. Horne R. et al: The need for definitive therapy in the management of perforated gastric ulcers Ann. Surg 209:39, 1989