

Il trattamento chirurgico delle lesioni peptiche sanguinanti: nostra esperienza



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 3, 2002

S. Strano, A. Biondi, G.B. Caruso,
G. Zanghì, R. Morici, G. Di Mauro,
F. Basile

Università degli studi di Catania
Dipartimento di Chirurgia
Sezione di Chirurgia Generale ed Oncologica
Direttore: Prof. Francesco Basile

L'emorragie digestive alte, da causa non varicosa, sono un evento frequente e clinicamente rilevante che richiedono un preciso inquadramento diagnostico-terapeutico. Negli ultimi anni, sia in Europa che negli USA, il numero di ricoveri ospedalieri per EDA è stato di circa 100-150 casi/100.000 abitanti, con una mortalità fra l'8 e il 10%, e con un aumento di ospedalizzazione per ulcera peptica specialmente nei pazienti anziani (1, 10, 23). La morbilità e la mortalità è aumentata proporzionalmente con l'età a causa di patologie associate e dell'utilizzo indiscriminato di FANS (24). Nonostante i grandi progressi registrati nel trattamento dell'ulcera peptica, essa rappresenta attualmente la causa principale di emorragie non varicose, a carico delle prime vie digestive (11, 72). Sebbene sia unanimamente accettato che l'approccio endoscopico rappresenti il gold standard diagnostico-terapeutico, con una significativa riduzione della morbilità e mortalità, il trattamento chirurgico è rimasto l'ultimo baluardo in caso di insuccesso della terapia endoscopica. Scopo del nostro studio è un'analisi retrospettiva dei risultati ottenuti nei casi di sanguinamenti gravi da ulcera peptica trattati chirurgicamente.

Materiali e metodi

Nel periodo di tempo compreso fra il mese di gennaio 1994 ed il mese di aprile 1999 presso la sezione di

Abstract

SURGICAL TREATMENT OF PEPTIC BLEEDING CESSION: OUR EXPERIENCE

The authors report their experience on surgical treatment of peptic bleeding lesions.

From January 1994 till April 1999 they observed and surgically treated 35 patients (mean age 65) suffering from bleeding gastroduodenal ulcer.

Complications linked to surgical treatment had an incidence of 17.5%, while those ones linked to the patient's general conditions of 21%; mortality was 20%.

Surgery has been gradually substituted by endoscopy which represent the principal examination for diagnosis of bleeding gastroduodenal ulcer with the aid of different hemostatic techniques, so that surgery has been relegated to the last place in uncontrollable bleeding treatment.

Observed results, following those ones of other authors, show the unfavourable prognosis linked to patient's different conditions when surgeon operates.

Key words: Peptic lesions, bleeding, treatment.

Chirurgia Generale ed Oncologica del Dipartimento di Chirurgia dell'Università di Catania, sono stati trattati chirurgicamente 35 pazienti con emorragia digestiva alta grave da ulcera peptica. Di questi 23 erano di sesso maschile e 12 di sesso femminile con un'età media di 65 anni (range 38-81).

Al momento del ricovero, i pazienti sono stati sottoposti ad accurato esame obiettivo, ad esami ematochimici di routine, esame urine, emogasalisi, radiografia standard del torace e diretta addome, ECG e tipizzazione del sangue (emogruppo).

L'endoscopia eseguita entro 24 ore dall'insorgenza dell'emorragia ha consentito di diagnosticare e valutare in 32 casi (91.4%) la fonte del sanguinamento, mentre nei rimanenti tre casi la diagnosi è stata intraoperatoria.

La lesione era localizzata in sede duodenale in 28 casi (7 nella parete posteriore del bulbo duodenale) ed in sede gastrica in 7 casi (4 nel tratto prossimale della piccola curvatura).

Il quadro clinico è stato caratterizzato solo da melena in 30 pazienti (85.7%) e da ematemesi e melena nei rima-

nenti 5 (14.3%); sette pazienti (20%) sono giunti alla nostra osservazione in grave stato di shock con P.A. sistolica inferiore a 80 mmHg, f.c. maggiore di 100 b/m ed Hb inferiore a 8 g/dl.

Un notevole aumento dell'azotemia, dovuto al riassorbimento di proteine del sangue dall'intestino e all'ipoperfusion renale, si è osservato in undici casi (31.5%); inoltre in 18 casi (51,5%) si sono riscontrate le seguenti patologie associate: cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, BPCO, diabete mellito, insufficienza renale.

Otto pazienti (22.9%) presentarono all'atto del ricovero emorragia incontrollabile, diciassette (48,6%) episodi recidivanti di emorragia, dieci (28,5%) emorragie persistenti. A quattro pazienti (11,5%) furono trasfuse da 4 a 6 unità di emazie concentrate entro la prime 24 ore mentre ad un paziente (2,8 %) fu necessario trasfondere più di sei unità sempre nelle prime 24 ore.

Il trattamento chirurgico per emorragia da ulcera gastrica emorragica è stato il seguente: una antrectomia e gastrodigiunostomia (Billroth II), una gastrectomia sub-totale, tre suture dirette con vagotomia, due antrectomie con vagotomia.

Le opzioni chirurgiche, nei casi di ulcera duodenale emorragica, sono state: sutura semplice e deconnessione vascolare in nove casi, sutura diretta vagotomia e piloroplastica in dieci casi, vagotomia ed antrectomia nei rimanenti nove.

Risultati

La scelta di intervenire chirurgicamente, al fine di cercare di controllare un sanguinamento profuso, è stata dettata dall'impossibilità di assicurare un'emostasi endoscopica efficace.

Il tasso di morbilità è stato condizionato dallo stato generale dei pazienti e da complicanze legate al trattamento chirurgico.

Durante il decorso post-op si sono osservati due casi (5.7%) di infarto del miocardio, un caso (2.85%) di insufficienza renale acuta in nefropatico trattato con emodialisi e quattro casi (11.4%) di insufficienza respiratoria acuta. Le complicanze strettamente connesse al trattamento chirurgico sono state: tre casi (8,5%) di sanguinamento endoluminale trattati con terapia medica, due casi (5.7%) di piccole deiscenze con formazione di

fistole, che si sono chiuse spontaneamente in pochi giorni, un caso (2.85%) di deiscenza dell'anastomosi gastrodigiunale che ha richiesto una relaparotomia.

L'esame istologico, in un paziente operato di gastrectomia sub-totale, ha mostrato trattarsi di adenocarcinoma. La mortalità è stata del 20% (7 casi); tre (8.5 %) durante l'intervento chirurgico per shock ipovolemico, uno (2.85%) per IMA, due (5.7%) per insufficienza respiratoria acuta ed uno (2.85%) per MOF.

In tutti i pazienti Hp positivi, è stata somministrata e prescritta idonea terapia farmacologica per l'eradicazione dell'*Helicobacter pylori*.

A tutt'oggi i pazienti vengono controllati periodicamente con esame endoscopico.

Discussione e conclusioni

Le emorragie digestive alte non varicose, impongono scelte ponderate sulle opzioni terapeutiche e sul timing delle diverse metodiche a causa dell'elevato tasso di morbilità e mortalità.

Il sanguinamento da ulcera peptica, così come risulta da diverse casistiche, presenta una percentuale di emostasi spontanea dell'80-85% con una mortalità del 4%; i casi rimanenti vanno incontro a ripetuti episodi di sanguinamento con una mortalità che supera il 30% (2, 13, 15, 25). L'endoscopia risulta efficace nel diagnosticare e trattare oltre il 90% dei casi ma l'alta incidenza di risanguinamento impone all'endoscopista di concerto (ove necessario) con il chirurgo un'accurata valutazione al fine di optare per il trattamento più efficace (6, 18).

Diversi studi hanno descritto alcune variabili (fattori clinici-endoscopici) utili nel predire ulteriori sanguinamenti (3, 4, 8). I fattori clinici più importanti sono: l'età, lo shock, le patologie associate, un alto numero di trasfusioni nelle prime 24 ore, l'ematemesi all'ingresso, le coagulopatie. I parametri endoscopici sono: le stigmati di emorragia recente (SRH), le dimensioni e la sede dell'ulcera (17, 19).

Nella Tab. I sono messe in evidenza le percentuali di prevalenza, risanguinamento, chirurgia e mortalità dei quadri rilevati durante l'esame endoscopico (28).

Dall'analisi di questa tabella bene si evince l'importanza della valutazione della lesione, per cercare di garantire la scelta terapeutica più efficace.

Tab. I

<i>SRH</i>	<i>Prevalenza % (range)</i>	<i>Risanguinamento % (range)</i>	<i>Chirurgia % (range)</i>	<i>Mortalità % (range)</i>
Base Bianca	42 (19-52)	5 (0-10)	0,5 (0-3)	2 (0-3)
Base Nera	20 (0-42)	10 (0-13)	6 (0-10)	3 (0-10)
Coagulo Adeso	17 (0-49)	22 (14-36)	10 (5-12)	7 (0-10)
Vaso Visibile non Sang	17 (4-35)	43 (0-81)	34 (0-56)	11 (0-21)
Sanguinamento Attivo	18 (4-26)	55 (17-100)	35 (20-69)	11 (0-23)

Gli studi effettuati sulla prevalenza ed incidenza delle SRH non sottoposte a trattamento endoscopico, hanno dimostrato che la prognosi dipende in massima parte dalla tempestività dell'esame endoscopico (9).

Le stimate di emorragia recente sono state raggruppate, sulla base del loro aspetto, in alcune classificazioni, utilizzate per gli studi epidemiologici: le più adoperate sono quella di Forrest modificata da Soehendra, quella di Wara-Swain e quella di Freeman (14, 26, 27).

Oltre ai fattori già citati anche la localizzazione dell'ulcera lungo la piccola curvatura o nella parete duodenale posteroinferiore ma con diametro maggiore di 1 cm., è suggestiva di un alto tasso di risanguinamento (5).

Diversi studi hanno dimostrato le difficoltà esistenti nell'interpretazione endoscopica delle SRH, nonché le differenti valutazioni sul momento dell'esecuzione dell'esame e sull'opportunità di un "second look" entro le 24-48 ore (20, 21).

Noi personalmente riteniamo che tale procedimento debba essere effettuato preferibilmente non appena il paziente sia emodinamicamente stabile, eccetto che nei casi d'imponenti emorragie dove l'emergenza impone un tentativo di emostasi endoscopica, per quanto riguarda invece il "second look" siamo convinti che debba essere riservato solo ai casi di recidiva dopo emostasi endoscopica e nei casi ad alto rischio di recidiva.

Alla luce di quanto precedentemente esposto, il trattamento chirurgico presenta sicuramente indicazioni più limitate rispetto al passato (29). Quelle comunemente accettate sono: la sede del sanguinamento non identificata, l'emorragia non controllabile endoscopicamente, la recidiva in pazienti ultrasessantenni con segni di shock, la necessità di trasfondere più di otto unità di sangue nelle 24 ore.

Una delle scelte più delicate che si pongono dinnanzi al chirurgo riguarda l'opportunità di eseguire l'intervento chirurgico in urgenza o in elezione.

Il nostro orientamento in caso di sanguinamento massivo con sede non identificata e con profonda penetrazione dell'ulcera propende senz'altro per l'approccio in urgenza, diversamente, in caso di recidiva a seconda dell'entità del sanguinamento, l'intervento può essere procrastinato.

Diverse sono le tecniche chirurgiche descritte: sutura dell'ulcera, sutura dell'ulcera con vagotomia e piloroplastica, vagotomia ed antrectomia, gastrectomia subtotal, gastrectomia totale, antroduodenectomia.

Tali tecniche presentano sempre la possibilità di complicanze e/o recidive tali da imporre al chirurgo una difficile scelta (12, 16).

Nella nostra esperienza il tipo di intervento è stato dettato dalle condizioni generali del paziente, optando per un intervento radicale con elevata mortalità, nei pazienti in discrete condizioni generali, mentre in quelli in condizioni generali scarse si è proceduto ad intervento conservativo che ha minore mortalità ma un'incidenza di recidive certamente maggiore.

I nostri risultati, pressoché sovrapponibili a quelli riportati da altri autori, evidenziano l'elevato tasso di mortalità e di complicanze nonostante un notevole miglioramento nell'approccio diagnostico, rianimatorio e terapeutico (7); ciò è legato alle condizioni generali in cui si trova il paziente al momento del ricovero (età, patologie associate, precedenti sanguinamenti).

Sulla base della nostra esperienza auspichiamo una maggiore collaborazione tra chirurgo ed endoscopista al fine di identificare protocolli diagnostico-terapeutici comuni per migliorare il trattamento e quindi la prognosi di questi pazienti; inoltre siamo certi che una maggiore educazione sanitaria volta sia ad un impiego più razionale dei FANS, specialmente negli anziani, che ad una maggiore prevenzione, sia indispensabile per tentare di diminuire l'incidenza di tali complicanze.

Riassunto

Gli Autori riportano la loro esperienza relativa al trattamento chirurgico delle lesioni peptiche sanguinanti.

Dal mese di gennaio 1994 al mese di aprile 1999 hanno osservato e trattato chirurgicamente 35 pazienti (età media 65 anni) affetti da grave emorragia digestiva alta da ulcera peptica.

Le complicanze correlate al trattamento chirurgico hanno avuto un'incidenza del 17,5%, mentre quelle connesse allo stato generale del paziente del 21%; la mortalità è stata del 20%.

Concordano con altri autori che l'endoscopia che, rappresenta l'esame fondamentale nella diagnosi delle emorragie digestive alte, si è gradualmente sostituita alla chirurgia, relegandola ad ultima ratio nel trattamento delle emorragie incontrollabili.

I risultati osservati, sovrapponibili a quelli di altre casistiche, evidenziano la prognosi sfavorevole legata alla gravità delle condizioni del paziente quando interviene il chirurgo.

Parole chiave: Lesioni peptiche, emorragia, trattamento.

Bibliografia

- 1) Akhtar A.J.: *Upper gastrointestinal bleeding in elderly patients of a minority population.* Clin Ger, 6 (6), 1998
- 2) Allan R., Dykes P.A.: *Study of the factors influencing mortality rates from gastrointestinal hemorrhage.* Q J Med, 45:533-550, 1976.
- 3) Borman P.C.: *Importance of hypovolemic shock endoscopic signs in predicting recurrent hemorrhage from peptic ulceration. A prospective evaluation.* BMJ, 291:245, 1985.
- 4) Breatly S.: *Selection of patients for surgery following peptic ulcer hemorrhage.* Br J Surg, 74:893, 1987.
- 5) Brullet E.: *Site and size of bleeding peptic ulcer: is there any relation to the efficacy of hemostatic sclerotherapy?* Endoscopy, 23:73, 1991.
- 6) Buffoli F., Graffeo M., Nicosia F., Gentile C., Cesari P., Rolfi

- F., Paterlini A.: *Peptic ulcer bleeding: comparison of two hemostatic procedures*. Am J Gastroenterol, 96(1): 89-94, 2001.
- 7) Cheynel N., Peschaud F., Hagry O., Rat P., Ognosis-Ausset P., Favre J.P.: *Bleeding gastroduodenal ulcer: results of surgical management*. Ann Chir, 126(3):232-235, 2001.
- 8) Clason A.E.: *Clinical factors in the prediction of further hemorrhage or mortality in acute upper gastrointestinal hemorrhage*. Br J Surg, 73:985, 1986.
- 9) Cosentino F., Zambelli A., Cipolletta L., Ferrari A., Pietro-Paolo V.: *Up-to-date in endoscopia digestiva*. SIED 1998.
- 10) De Franchis R.: *Emorragie Digestive*. In: *Educazione permanente alle malattie digestive*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- 11) Domschke W., Lederer P., Lux G.: *The value of emergency endoscopy, in upper gastrointestinal bleeding: review and analysis of 2014 cases*. Endoscopy, 15:126-131, 1982.
- 12) Fersini M., Ferrarese S., Santacroce S.: *Sequela precoci dopo interventi sullo stomaco*. Arch e atti Soc Ital Chir, Roma, 1982.
- 13) Fleischer D.: *Etiology and prevalence of severe persistent upper gastrointestinal bleeding*. Gastroenterology, 84:73-79, 1983.
- 14) Freeman M.L., Cass O.W., Peine C.J.: *The non bleeding visible vessel versus the sentinel clot: natural history and risk of rebleeding*. Gastrointest Endosc, 39:359, 1993.
- 15) Gostout C.J.: *Acute gastrointestinal bleeding-A common problem revisited*. Mayo Clin Proc, 63:596-604, 1988.
- 16) Hardy J.D.: *Complicanze della chirurgia gastrica in: il trattamento delle complicanze in chirurgia*. Padova, Piccin, 1977.
- 17) Jamarillo J.L.: *Prediction of further hemorrhage in bleeding peptic ulcer*. Am J Gastroenterol, 89:2135, 1994.
- 18) Jensen D.M., Kovacs T., Randall G.: *Prospective study of thermal coagulation (Gold probe) vs combination injection and thermal treatment of high risk patients with severe ulcer or Mallory weiss bleeding*. Gastrointest Endosc, 40:25, 1994.
- 19) Katschinski B. et al.: *Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding*. Dig Dis Sci, 39:706, 1994.
- 20) Laine L., Freeman M., Cohen H.: *Lack of uniformity in evaluation of endoscopic prognostic features of bleeding ulcers*. Gastrointest Endosc, 40:411, 1994.
- 21) Lau J.Y.W. et al.: *Stigmata of hemorrhage in bleeding peptic ulcers; an inter-observer agreement study among international*. Gastrointest Endosc, 41:368, 1995.
- 22) Longstreth G.F.: *Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population based study*. Am J Gastroenterol, 90:206-210, 1995.
- 23) Rockhall T.A., Logan R., Devlin H.B., et al.: *Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom*. Br Med J, 311:222-6, 1995.
- 24) Roth S.H.: *Non steroidal anti-inflammatory drugs: gastropathy, deaths, and medical practice*. Ann Iner Med, 109:353, 1988.
- 25) Schiller K.R., Truelove S.C., Williams D.G.: *Hematemesis and melaena, with spezial reference to factors influencing the outcome*. Br Med J, 2:7-14, 1970.
- 26) Soehendra N., Grimm H., Stanzel M.: *Injection of non variceal bleeding lesions of the upper gastrointestinal tract*. And Wara P.: *Endoscopic prediction of major rebleeding a prospective study of stigmata of hemorrhage in bleeding ulcers*. Gastroenterol, 88:1209, 1985.
- 27) Swain C.P., Storey D.W., Bown S.G. et al.: *Nature of bleeding vessel in recurrently bleeding gastric ulcers*. Gastroenterology, 90:5955, 1986.
- 28) Wolfe M.M. et al.: *Therapy of digestive disorders: a companion to Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease*. Saunders Company, 2000.
- 29) Zittel T.T., Jehle E.C., Becker H.D.: *Surgical management of peptic ulcer disease today-indication, technique and outcome*. Langenbeckes Arch Surg, 385(2):84-96, 2000.

Commento

Commentary

Prof. Ercole CIRINO

Ordinario di Chirurgia Generale
Università di Catania

Gli Autori sulla scorta della loro esperienza, affrontano in maniera approfondita il tema molto dibattuto, ma pur sempre attuale, del trattamento delle lesioni peptiche sanguinanti. È infatti vero che, sebbene molto si sia discusso sull'approccio medico, endoscopico o chirurgico, il trattamento di tali lesioni non è ancora standardizzato e l'iter diagnostico-terapeutico non è del tutto codificato da precise linee guida.

Sono infatti molte le variabili (età del paziente, entità del sanguinamento, coagulopatie, condizioni generali, patologie associate) che fanno propendere di volta in volta per un trattamento conservativo piuttosto che per uno più aggressivo e vice-versa.

Certamente, come si evince dalla letteratura, oggi il gold standard sia diagnostico sia terapeutico è rappresentato dall'endoscopia che, in mani esperte può essere risolutiva nel 90% dei casi, mentre il trattamento chirurgico, che, come risulta dalla revisione di grosse casistiche, è gravato da una maggiore morbilità e mortalità, deve considerarsi attualmente come l'ultimo baluardo a cui ricorrere.

The aa, on the basis of their experience, face the discussed theme, even if always current, of the treatment of the bleeding peptic lesions.

Actually, it is true that, in spite of the discussion about endoscopic and surgical approach, treatment of this kind of lesions has not been standardized yet and the diagnostic-therapeutic criteria is not totally codified by proper guide-lines.

Actually there are a lot of variables (age, bleeding entity, general conditions, associated pathologies) which make tend little by little to a more conservative treatment than an aggressive one.

Nowdays undoubtedly, as the literature shows, both diagnostic and therapeutic gold standard is represented by endoscopy which led by experienced endoscopists may be resolute in ninety-percent of cases, while surgical treatment which, as we can see from the revision of different trials, is charged higher morbidity and mortality, as to be presently considered as the last procedure to apply.

Autore corrispondente:

Guido ZANGHÌ,
Via G. Bertoni, 5
TREMESTIERI ETNEO
95030 CATANIA
Tel.: 095 493058 - 360401848

