

ULCER DE STRESS CU EVOLUȚIE PARTICULARĂ - CAZ CLINIC

M. Damian¹, R. Vizeteu²

Rezumat. Ulcerul acut de stress reprezintă reacția segmentului gastroduodenal al tubului digestiv în cadrul stărilor de stress major. Leziunile sunt localizate preponderent la nivelul segmentului proximal al stomacului și se manifestă clinic, de obicei, prin apariția complicațiilor hemoragice.

Prezentăm cazul unei paciente, în vârstă de 62 ani, cu sepsis sever, secundar unei supurații pleuropulmonare trenante, care a dezvoltat succesiv 2 leziuni acute de stress, localizate la nivelul antrului gastric, ambele complicate cu perforație.

Cuvinte-cheie: sepsis, ulcer de stress, perforație.

Abstract. Acute stress ulcer represents the response of the gastroduodenal part of the digestive tract in relation to major stress conditions. These lesions occur most often in the proximal part of the stomach and there are usually manifested clinically as upper gastrointestinal bleeding.

We report the case of a 62-year-old female with severe sepsis due to a persistent pleuropulmonary infection who developed two consecutive acute stress lesions situated at the level of gastric antrum, both complicated with perforation.

Keywords: sepsis, stress ulcer, perforation.

INTRODUCERE

Ulcerul acut de stress reprezintă reacția segmentului gastroduodenal al tubului digestiv la diferite stări de stress major, dintre acestea sepsisul și intervențiile chirurgicale fiind răspunzătoare de un procent semnificativ din cazuri (1-4). În categoria ulcerului acut postoperator de stress, chirurgia abdominală generează cele mai multe leziuni, urmată la distanță de chirurgia cardiovasculară, chirurgia toracică și neurochirurgia (2;3).

PREZENTARE DE CAZ

Pacienta **H.A.**, în vârstă de 62 ani, având în antecedentele recente o supurație pleuropulmonară, pentru care s-a practicat drenaj toracic drept în urmă cu 14 zile, se internează prin transfer dintr-un serviciu de pneumologie,

prezentând semnele clinice ale unui abdomen acut. Din antecedentele bolnavei, mai reținem și o hernie hiatală, operată pe cale laparoscopică în urmă cu 5 ani.

La internare, bolnava se prezintă cu stare generală alterată, dispneică, hipotensivă, cu tegumente marmorate, prezentând un drenaj toracic drept de tip Beclaire, prin care se exteriorizează puroi galben-verzui în cantitate de cca 1 000 ml pe zi.

Examenul clinic: abdomen destins de volum, cu mobilitate redusă cu mișcările respiratorii, intens dureros difuz spontan și la palpare, cu apărare musculară generalizată. Tușeul rectal a evidențiat materii fecale de aspect normal.

Investigațiile radiologice: pneumoperitoneu masiv și o imagine cu nivel lichidian în baza plămânului drept.

Ecografia abdominală: cantitate mare de lichid liber în cavitatea peritoneală; fără alte modificări patologice.

¹Dr. Marius Damian, medic rezident anul V, Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Ioan", București.

²Dr. Radu Vizeteu, asistent universitar, Clinica Chirurgie Generală, U.M.F. „Carol Davila”, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, București.

Probele biologice: Hb=10,2 g/dl; Ht= 30,5 %, leucocite = 16 000/mm³; uree = 174 mg/dl; activitatea protrombinică de 44%.

S-a intervenit chirurgical, după o scurtă pregătire postoperatorie în Secția ATI, constatându-se *peritonită acută generalizată veche printr-un ulcer antral perforat*, de cca 10 mm diametru, cu margini indurate, pentru care s-a făcut sutura perforației, lavaj și drenaj peritoneal.

Evoluția postoperatorie a bolnavei a fost în primele 3 zile lent favorabilă: bolnava a fost detubată în prima zi postoperator; ulterior, a fost echilibrată cardiorespirator și a prezentat un drenaj peritoneal cu aspect seros, dar cu menținerea drenajului toracic purulent. Persistența imaginii cu nivel lichidian pe radiografiile toracopulmonare repetate a impus re poziționarea tubului de dren toracic.

În ziua a 4-a postoperator, bolnava a prezentat un episod de *hemoragie digestivă superioară*, recunoscut prin exteriorizarea de conținut cu aspect de „zaț de cafea” pe sonda nazogastrică (care a determinat scăderea valorii Hb la 7,7 g/dl), pentru ca la scurt timp hemoragia să se oprească, aspiratul gastric redevenind bilios.

În ziua a 5-a, bolnava se prezintă cu *stare generală alterată*, față de ziua precedentă, cu dispnee progresivă și tendință la hipotensiune, care au necesitat suport ventilator și inotrop pozitiv. Deteriorarea stării generale și apariția drenajului peritoneal purulent au impus reexplorarea chirurgicală abdominală, care a constatat o *peritonită purulentă*, a cărei cauză a fost o *altă ulceratie* de cca 7 mm diametru cu margini suple, localizată la nivelul antrului gastric la distanță de 1,5 cm proximal de tranșa de sutură a primei perforații care era integră. S-au făcut sutura perforației, lavaj și drenaj peritoneal.

Evoluția bolnavei a fost *nefavorabilă*, rămânând după operație dependentă de suportul ventilator și de cantități crescânde de dopamină, *decesul* acesteia survenind în a 3-a zi de la reintervenție, prin stop cardiorespirator iresuscitabil.

DISCUȚII

Sepsisul este unul din principalii factori incriminați în apariția leziunilor acute de stress (1,4,5), fiind prezent și în cazul acestei bolnave cu supurație pulmonară trenantă.

Ischemia mucoasei gastrice, secundară hipotensiunii din sepsis și producerea de mediatorii ai inflamației determină alterarea mecanismelor de protecție a mucoasei gastrice (scăderea producției de bicarbonat, mucus și a regenerării epitelului mucoasei gastrice)(4), făcând-o vulnerabilă chiar la cantități mici de HCl. Se produce, astfel, ruperea echilibrului dintre factorii de apărare ai mucoasei gastroduodenale și agresiunea

clorhidropeptică, constituindu-se terenul predilect pentru apariția leziunilor acute de stress (2).

Diagnosticul ulcerului acut de stress este dificil de stabilit, înaintea apariției complicațiilor, dintre care hemoragia digestivă superioară este cea mai frecventă (3,5,6,7). Cu toate acestea, în cazul de față, perforația, deși mult mai rară decât hemoragia, a complicat ambele leziuni ulceroase.

Sepsisul secundar supurației pulmonare a determinat producerea primei leziuni de stress sau, mai puțin probabil, a precipitat evoluția unui ulcer cronic preexistent, determinând apariția complicației perforative. Asocierea rară a hemoragiei și perforației, prezentă în cazul celui de-al doilea ulcer reprezintă o situație de o gravitate extremă, care conduce la deces în 70-80% din cazuri (2). Precocitatea apariției acestor complicații, în zilele 4-5 postoperator, față de maximum de incidență, situat între ziua a 8-a și a 18-a postoperator (2), ridică suspiciunea existenței acestui ulcer la momentul primei intervenții, care neavând expresie la seroasa gastrică, nu a putut fi recunoscut intraoperator. Persistența sepsisului, consecință a supurației pulmonare și peritonitei, a determinat progresia leziunii ulceroase cu apariția complicațiilor.

Continuarea evoluției sepsisului din cauza recurenței peritonitei, la aceasta bolnavă cu supurație pulmonară și anemie marcată, a condus la *insuficiența multiplă de organe*, care a constituit cauza decesului.

Dintre particularitățile cazului, reținem recurența leziunilor de stress, localizarea antroduodenală (cunoscut fiind că doar 5% din leziunile acute de stress au această localizare) (1) și prezența perforației în cazul ambelor leziuni. Remarcăm, de asemenea, integritatea suturii duodenale la momentul reintervenției.

În concluzie, subliniem importanța recunoașterii stărilor septice și a tratamentului corect și la timp al acestora, pentru evitarea apariției complicațiilor majore.

BIBLIOGRAFIE

1. **Mulholland MW** - Gastroduodenal Ulceration. Mulholland MW, Lillemoie KD, Doherty GM, Maier RV, Upchurch GR (eds) Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice. Lippincott Williams & Wilkins, 2006, 722-34.
2. **Constantinescu C** - Ulcerul de stress. În: Proca E (ed) Tratat de patologie chirurgicală. București: Editura Medicală, 1986, 107-23.
3. **Petrescu R, Vizeteu R, Nicolici N** - Hemoragie digestivă postoperatorie de cauză rară. *Chirurgia (București)* 1998; 93(6): 421-2.
4. **Kuhl DA** - Current Strategies for Managing the Patient With Sepsis. *Am J Health Syst Pharm* 2002; 59 Suppl 1: S9-13.
5. **Vartic M, Chilie A, Beuran M** - Hemoragia digestivă în terapia intensivă. *Chirurgia (București)* 2006; 101(4): 365-74.
6. **Melinte C, Dragomir C** - Ulcerul gastroduodenal de stress perforat. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iași* 2006; 110(3): 604-8.
7. **Kantorova I** și colab. - Stress Ulcer Prophylaxis in Critically Ill Patients: a Randomized Controlled Trial. *Hepato gastroenterology* 2004; 51(57): 757-61.