

ulcer (PPU) in pregnancy during Ramadan fasting. Niger J Med. 2011;20(2):292-3.

2. Essilfie P., Hussain M., Bolaji I., *Perforated duodenal ulcer in pregnancy—a rare cause of acute abdominal pain in pregnancy: a case report and literature review*. Case Reports in Obstetrics and Gynecology, 2011; Article ID 263016, 1-3.

3. Cappell M. S., *Gastric and duodenal ulcers during pregnancy*, Gastroenterology Clinics of North America, 2003;32(1):263–308.

4. Horwich M., *Perforated duodenal ulcer during pregnancy*, British Medical Journal, 1958;2(5089):145.

5. Barnes L.W., *Serum histaminase during pregnancy*, Obstetrics and Gynecology, 1957; 9(6): 730–732.

6. Malfertheiner S. F., Malfertheiner M. F., Costa S. D., *Genuine gastrointestinal diseases underdiagnosed in patients with assumed nausea and emesis in pregnancy*, TMJ 2009;59(2): 161-8.

7. Sheehan P. *Hyperemesis gravidarum—assessment and management*. Aust Fam Physician 2007;36(9):698-701.

8. Gadsby R., Barnie-Adshead A.M., Jagger C. *A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy*. Br J Gen Pract 1993;43(371):245-8.

9. Engemise S., Oshowo A., Kyei-Mensah A., *Perforated duodenal ulcer in the puerperium*. Arch Gynecol Obstet. 2009;279(3):407-10.

10. Grainger A.R., Allison D.J., *Diagnostic radiology—a textbook of medical imaging*, 4th edn., Churchill Livingstone, Edinburgh, 2001: 993–994.

11. Murray A., Holdcroft A., *Incidence and intensity of postpartum lower abdominal pain*. BMJ, 1989;298:1619.

12. Goh J.T., Sidhu M.S., *Perforated duodenal ulcer—an unusual and often forgotten cause of an acute abdomen in pregnancy*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1995 Nov;35(4):433-4.

13. Aston N.O., Kalaichandran S. *Cam JVL Duodenal ulcer haemohage in the puerperium*. Canad J Surg, 1991; 34: 482-3.

14. Sandweiss D.J., Podolsky H.M., Soltzstein H.C., Farbman A.A., *Deaths from perforation and hemorrhage of gasroduodenal ulcer during pregnancy and puerperium*. Am J Obstet Gynecol 1943; 45: 131-136.

15. James D.W. *Peptic ulcer during pregnancy with a report of a case of perforation*. Br Med J. 1948;10;2(4566):74–74.

16. Burkt R., *Perforated peptic ulcer in late pregnancy*. Br Med J. 1961 Oct 7;2(5257):938-9.

17. Baird R.M., *Peptic ulceration in pregnancy: report of a case with perforation*. Can Med Assoc, 1966; 94:861–862.

18. Winbery S.L., Blaho K.E., *Dyspepsia in pregnancy*. Obstet Gynecol Clin North Am. 2001;28(2):333-50.

Rezumat

Ulcerul perforat reprezintă o afecțiune extrem de rară în sarcină și o amenințare extrem de gravă pentru mamă și făt. În aceste condiții nu este nici un loc pentru terapie expectativă, nonoperativă: intervenția operativă promptă

este crucială, iar tactica aleasă îndreptată la lichidarea orificiului perforativ prin suturare și omentopexie și nici o intervenție definitivă. În cazul în care femeia este aproape de termenul nașterii, copilul ar trebui să fie născut pe cale fiziologică vaginală, mai degrabă decât prin cezariană din cauza riscului înalt de contaminare a uterului.

Summary

Perforated ulcer is extremely rare in pregnancy. When it occurs, it poses an extremely serious threat to both mother and fetus. There is no place for expectant, nonoperative therapy: prompt operative intervention is crucial. Surgical therapy should be directed at plication of the perforation, and no attempt should be made to perform a definitive ulcer operation. If the woman is close to term, the child should be delivered vaginally rather than by cesarean section because of the prohibitive risk of uterine contamination.

Резюме

Перфоративная язва встречается крайне редко во время беременности и создает очень серьезную угрозу для матери и плода. В подобной ситуации консервативное лечение невозможно, решающее значение имеет оперативное вмешательство. Хирургическое лечение должно быть направлено на ушивание перфорации, не рекомендуется предпринимать попыток выполнить радикальную операцию по поводу язвы. Если женщина близка к сроку родов, ребенок должен быть рожден через физиологические родовые пути, а не путем кесарева сечения из-за высокого риска инфицирования матки.

INCIDENȚA HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE CONDIȚIONATE DE LEZIUNEA DIEULAFOY ÎN PERIOADA ANILOR 2007-2011 ÎN CADRUL CENTRULUI NAȚIONAL ȘTIINȚIFICO-PRACTIC DE MEDICINĂ URGENTĂ

Tatiana Malacinschi-Codreanu, Gheorghe Bunic – medici, secția Endoscopie, CNȘPMU

Introducere

Leziunea Dieulafoy (sindrom Dieulafoy, exulceration simplex) este una din cauzele importante ale hemoragiilor digestive profuze în care sursa hemoragiei este reprezentată de arteriole submucosale de calibru 1–5 mm (care depășesc de 10 ori diametrul caracteristic al capilarelor din stratul submucos al tractului digestiv), caracterizându-se clinic prin hematemeză și/sau melenă, hematochezie (în cazul sângerărilor profuze), uneori stare de șoc. Sindromul

Dieulafoy poartă numele chirurgului francez Paul Georges Dieulafoy care la descris în lucrările sale "Exulceratio simplex: Leçons 1-3" în 1898 [4]. Până în prezent rămâne necunoscut mecanismul declanșării hemoragiei, se presupune că este condiționată de erodarea peretelui vascular în centrul unei leziuni superficiale a mucoasei cu diametru 2-5 mm [6], o altă cauză este considerată microtraumatizarea mucoasei tractului digestiv [1,6,7, 12], nu se exclude și teoria predispoziției genetice [2]. În literatura de specialitate este descrisă o incidență de la 1% până la 5,8% a leziunii Dieulafoy [1,4,5,6,7, 9, 12].

Materiale și metode. Studiul este efectuat în baza analizei minuțioase a fișelor medicale a 34 de pacienți internați în perioada anilor 2007 – 2011 în secțiile de profil chirurgical, cu tablou clinic de hemoragie digestivă superioară, condiționată de sindromul Dieulafoy, confirmat paraclinic prin examen endoscopic. În cadrul CNȘPMU în perioada anilor 2007-2011 s-a constatat o incidență medie de 1,78 % a acestei maladii, variind de la 0,77% până la 2,96 % anual (tab. 1).

Tabelul 1

Incidența leziunii Dieulafoy în perioada anilor 2007 – 2011 în CNȘPMU

Anul	Nr. FEGDS curative	Sindrom Dieulafoy cazuri (%)	FEGDS curative	Hemostază repetată	Hemostază combinată
2007	371	11 (2,96%)	16	6	3
2008	396	4 (1,01 %)	4	0	1
2009	447	7 (1,56 %)	7	0	0
2010	389	3 (0,77 %)	5	2	0
2011	304	9 (2,96 %)	16	5	4
5 ani	1907	34 (1,78 %)	48	13	8

În perioada 2007-2011 au fost diagnosticați 34 pacienți cu sindrom Dieulafoy, cu vârsta de la 22 ani până la 90 de ani, predominând vârsta medie. Raportul dintre bărbați și femei a fost 3,16 :1 (tab. 2).

Tabelul 2

Incidența leziunii Dieulafoy după sexe

Total pacienți sd. Dieulafoy (2007 – 2011)	Femei (%)	Bărbați (%)
34	8 (23,53%)	26 (76,47 %)

Maladia a debutat în plină sănătate la toți pacienții, manifestându-se clinic prin hematemeză și/sau melenă, hematochezie (în cazul sângerărilor profuze), uneori stare de șoc. Metoda de elecție în diagnosticul cauzei hemoragiei digestive superioare a fost fibroesofagogastroduodenoscopia diagnostică (FEGDS), care a permis nu numai localizarea leziunii, diagnosticarea endoscopică a patologiilor asociate, dar a devenit esențială în aspect curativ, contribuind la sto-

parea hemoragiei prin utilizarea diverselor metode de hemostază endoscopică. La 34 pacienți cercetați, s-au efectuat 48 FEGDS curative (tab. 2), în timpul cărora au fost confirmate diverse localizări a leziunii Dieulafoy. În 47,05% cazuri s-a observat localizarea în porțiunea proximală a stomacului, la limita de 6 cm de la joncțiunea esofagogastică, predominant pe curbura mică (tab. 3). Au fost descrise leziuni similare în esofag, porțiunea antrală a stomacului, în duoden, pe liniile de anastomoză. În ultimul deceniu în diverse lucrări științifice tot mai frecvent se menționează prezența leziunii Dieulafoy în jejun, cec, colon, sigmoid, rect, care nu au cunoscut antecedente istorice confirmate [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8].

Tabelul 3

Localizarea leziunii Dieulafoy diagnosticată în timpul FEGDS

Localizarea leziunii Dieulafoy	Nr (%)
Esofag	1 (2,94%)
Subcardial curbura mică	14 (41,17%)
Subcardial curbura mare	1 (2,94 %)
Regiunea fundică	1 (2,94 %)
Corp gastric (1/3 medie) peretele anterior	5 (14,70%)
Corp gastric peretele posterior	7 (20,59%)
Regiunea antrală	1(2,94%)
Bulb duodenal	2 (5,88%)
Papila duodenală mare	1 (2,94 %)
Pe linia anastomozei	1 (2,94%)
Total	34 (100%)

FEGDS a permis vizualizarea bontului vascular al arteriolei erodate, cu descrierea aproximativă a dimensiunilor acestuia (tab. 4). În 58,81% din cazuri a fost identificată sursa hemoragiei digestive superioare, fiind reprezentată de arteriole cu diametru de la 1-3 mm, iar în 41,17% din cazuri nu a fost posibil de vizualizat sursa hemoragiei digestive.

Tabelul 4

Descrierea sursei hemoragiei digestive superioare

Diametrul bontului vascular	Nr. cazuri
0,3 cm	6 (17,64%)
0,2cm	9 (26,47%)
0,1 cm	5 (14,7%)
Nu s-a vizualizat sursa hemoragiei	14 (41,17%)

În timpul examenului endoscopic s-a confirmat leziunea Dieulafoy complicată cu hemoragie activă Forrest 1 în 73,67% cazuri (Forrest 1 A - 47,36% cazuri, iar Forrest 1B - 26,31%), Forrest 2 în 18,41% cazuri, Forrest 3 în 7,89% cazuri. Aceste date sunt importante în prognozarea atât al riscului înalt al recidivei hemoragiei cât și al indicelui mortalității la pacienții internați cu această maladie (tab. 5).

Tabelul 5
Clasificarea după Forrest a leziunii Dieulafoy diagnosticată endoscopic la 34 pacienți examinați în perioada anilor 2007 – 2011

Forrest 1 A	18 (47,36 %)
Forrest 1 B	10 (26,31 %)
Forrest 2 A	5 (13,15 %)
Forrest 2 B	1 (2,63 %)
Forrest 2 C	1 (2,63%)
Forrest 3	3 (7,89 %)

Ținând cont de vârsta pacienților cu leziune Dieulafoy, din acest studiu, care aveau multiple comorbidități (hipertenzie arterială, cardiopatie ischemică, diabet zaharat, hepatite cronice ș.a.), în timpul FEGDS s-au evidențiat în aspect endoscopic patologii asociate care sunt relatate în tabelul 6.

Tabelul 6
Patologii asociate cu leziunea Dieulafoy diagnosticate endoscopic

Denumirea patologiei asociate	Nr. cazuri
Ulcer cronic bulbar	1
Hernie hiatală	2
Esofagita erozivă	1
Vene esofagiene variceale dilatate	1
Ulcer gastric prepiloric complicat cu hemoragie Forrest 2 C	2
Deformație moderată a bulbului duodenal	2
Eroziuni acute gastrice	1
Total	10

Rezultate. În timpul FEGDS curative au fost practicate diverse metode de hemostază endoscopică: injecțională, hemoclipping, aplicarea ansei hemostatice, bandarea endoscopică a bontului vascular, diatermocoagularea, care sunt relatate în tabelul 7. În dependență de eficacitatea metodei de hemostază endoscopică, uneori se recurgea succesiv la utilizarea mai multor tehnici endoscopice, pentru a obține o hemostază stabilă și definitivă.

Tabelul 7
Metode de hemostază endoscopică utilizate în perioada anilor 2007-2011 în CNŞPMU

Metode de hemostază endoscopică	Nr.	Eficientă	Ineficientă
Hemostază injecțională	36	26	10
Hemostază prin clampare (hemoclipping)	4	3	1
Hemostază prin aplicarea ansei hemostatice	1	1	0
Hemostază prin bandarea bontului vascular vizibil (banding)	1	1	0
Hemostază prin diatermocoagulare	1	1	0

Hemostază injecțională + hemoclipping	5	2	3
Hemoclipping+ banding	1	1	0
Hemostază injecțională+ diatermocoagulare	1	0	1

Dacă în secolul XX, prin anii 1980 în cazul leziunilor Dieulafoy se raporta o letalitate foarte înaltă, constituind 23% [2, 9, 10], în cadrul studiului efectuat am constatat o reducere importantă al indicelui mortalității, în cazurile cercetate ultimul a fost nul, fapt care confirmă eficacitatea înaltă a hemostazei endoscopice.

Din 34 de pacienți cu leziune Dieulafoy nici unul nu a necesitat intervenție chirurgicală pentru această maladie.

Discuții. În literatura de specialitate este descrisă o incidență de la 1% până la 5,8% a leziunii Dieulafoy [1, 4, 5, 6, 7, 9], iar în cadrul CNŞPMU în perioada anilor 2007-2011 s-a constatat o incidență medie de 1,78% a acestei maladii, variind de la 0,77% până la 2,96% anual. În perioada 2007-2011 au fost diagnosticați 34 pacienți cu sindrom Dieulafoy, cu vârsta de la 22 ani până la 90 de ani. Raportul dintre bărbați și femei a fost 3,16 : 1. Metoda de elecție în diagnosticul cauzei hemoragiei digestive superioare a fost fibroesofagogastroduodenoscopia diagnostică (FEGDS), care a permis nu numai localizarea leziunii, diagnosticarea endoscopică a patologiilor asociate, dar a devenit esențială în aspect curativ contribuind la stoparea hemoragiei prin utilizarea diverselor metode de hemostază endoscopică: injecțională, hemoclipping, aplicarea ansei hemostatice, bandarea endoscopică a bontului vascular, diatermocoagularea. În timpul examenului endoscopic s-a confirmat leziunea Dieulafoy complicată cu hemoragie activă Forrest 1 în 73,67% cazuri (Forrest 1 A - 47,36% cazuri, iar Forrest 1B - 26,31%), Forrest 2 în 18,41% cazuri, Forrest 3 în 7,89% cazuri. Eficiența înaltă a tratamentului endoscopic a condiționat evitarea intervențiilor chirurgicale, practicate în anii precedenți [10].

Concluzii. Leziunea Dieulafoy este una din cauzele hemoragiilor digestive profuze, care necesită o atitudine clinică și paraclinică specială.

Metoda de elecție în diagnosticul cauzei hemoragiei digestive superioare a fost fibroesofagogastroduodenoscopia diagnostică (FEGDS), care a permis nu numai localizarea leziunii, diagnosticarea endoscopică a patologiilor asociate, dar a devenit esențială în aspect curativ, contribuind la stoparea hemoragiei prin utilizarea diverselor metode de hemostază endoscopică.

În perioada anilor 2007 – 2011 s-a constatat un indice nul de mortalitate pentru această nozologie.

În cadrul CNȘPMU, în perioada anilor 2007-2011, din 34 cazuri de sindrom Dieulafoy, nici unul nu a necesitat intervenție chirurgicală pentru această maladie.

Bibliografie

1. Akhras J., Patel P., Tobi M., *Dieulafoy's lesion-like bleeding: an underrecognized cause of upper gastrointestinal hemorrhage in patients with advanced liver disease*. Dig. Dis. Sci., 2007; 52 (3): 722–6.
2. Barnett W.O., Tucker F. H., *Management of the difficult duodenal stump*. Ann. Surg., 1964; 159: 794 – 801.
3. Buligescu L., *Tratat de hepatogastroenterologie*. Vol. 1, Editura Medicală AMALTEA, București. 1997: 468 p.
4. Dieulafoy G., *Exulceratio simplex*: Leçons 1-3. In: G. Dieulafoy, Editor: Clinique medicale de l'Hotel Dieu de Paris. Paris, Masson et Cie. 1898: 1-38 p.
5. Debas H.T., *Gastrointestinal surgery pathophysiology and management*. New York: Springer – Verlag. 2004: 65 p.
6. Gh. Ghidirim, E. Cicala, E. Guțu, Gh. Rojnovanu, A. Dolghii, *Hemoragiile digestive superioare non variceale*. Chișinău 1999; 464 p.
7. Lee Y., Walmsley R., Leong R., Sung J., *Dieulafoy's Lesion*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2003; 58(2): 236–243.
8. Seiceanu A., Cormo Ș., *Ghid de abordare a pacientului cu hemoragie digestivă superioară non/variceală*. Rom. J. Gastroenterol., 2003; 12:250-4.
9. Skok P., *Endoscopic hemostasis in exulceratio simplex - Dieulafoy's disease hemorrhage: a review of 25 cases*. *Endoscopy*, 1998; 30: 590-4
10. Спыну А.В., *Пенетрирующие гастро-дуоденальные язвы*. Хирургия, Москва, 1984; 9: 78-81.
11. Spânu A., Revencu S., Băbălu I., *Ulcerul postbulbar; particularități de diagnostic, tactică și conduită chirurgicală*. Chirurgia, București 2002; 97: 471-7.
12. Sugawa C., Steffes C.P., Nakamura et al., *Acute upper gastrointestinal bleeding in an urban hospital*. Etiology, recurrence, and prognosis. Ann. Surg. 1990; 212: 521-6.

Rezumat

În acest articol autorii relatează despre incidența și managementul sindromului Dieulafoy în cadrul CNȘPMU în perioada anilor 2007 – 2011, evidențiind importanța metodelor de tratament endoscopic al acestei patologii.

Summary

The author relates the results about Dieulafoy's lesion (*exulceratio simplex Dieulafoy*) which was diagnosed and treated endoscopically during the years 2007-2011 at the National Scientific-Practical Center of Emergency Medicine, Endoscopy Department.

Резюме

В данной работе описаны результаты эндоскопических обследований при которых было диагностировано 34 случаев синдрома Dieulafoy и эндоскопические методы лечения в Национальном Практическом-Теоретическом Центре Ургентной Медицины, отделение Эндоскопии на протяжении 2007 – 2011 года.

VALOAREA EXAMENULUI IMAGISTIC ÎN CLASIFICAREA PANCREATITEI ACUTE CU DETERMINAREA GRADULUI DE EXTINDERE

Virgiliu Vovc, medic-imagist,
secția Imagistică medicală,
IMSP Centrul Științifico-Practic
de Medicină Urgentă, doctorand
USMF “Nicolae Testemițanu”

Introducere

În peste 80 la sută din cazuri, pancreatita acută se dezvoltă pe fondalul afecțiunilor biliare, din care cauză atunci când un pacient este diagnosticat ca exemplu, cu litiază biliară se recomandă efectuarea unei intervenții chirurgicale pentru evacuarea acestor calculi [2].

Pancreatita acută reprezintă procesul inflamator acut al pancreasului, care poate rămâne localizat la nivelul glandei sau se poate extinde variabil la țesuturile peripancreatice și retroperitoneale și la organele situate la distanță de loja pancreatică, fiind un model de imunoinflamație locală și sistemică acută, al cărui spectru clinic cuprinde sindromul de răspuns inflamator sistemic, septicemie și insuficiența multiplă de organe [3].

Cercetarile și discuțiile din ultimii ani sunt axate pe soluționarea unor probleme practice majore în domeniul pancreatitei acute și anume diagnosticarea cât mai precoce, încă dificil în aproape toate formele, găsirea unor criterii mai precise de predicție, prognosticare și de stabilire a momentului operator optim, strategia terapeutică în formele severe și evaluarea unor procedee terapeutice noi: chirurgicale, de radiologie intervențională, endoscopice și asociate.

Este cunoscut faptul că la aplicarea unui tratament precoce, în 80 la sută din cazuri, pancreatita acută evoluează favorabil și doar în 20% din cazuri boala are o evoluție severă, degenerând în pancreatită necrotico-hemoragică și, duce inevitabil la deces [4, 5].

Pentru a preîntâmpina formele severe de pancreatită acută este necesară o evaluare a metodelor de diagnostic și tratament în fazele incipiente ale bolii.