

TACTIQUES CHIRURGICALES POUR LE TRAITEMENT DU SAIGNEMENT GASTRO-INTESTINAL DE L'ÉTIOLOGIE ULCÈRE CHEZ LES PATIENTS AVEC PATHOLOGIE DU SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

Trofimov Mykola

docteur en sciences médicales, professeur agrégé,
chef du département de chirurgie générale
Académie médicale de Dnipropetrovsk du ministère de la Santé de l'Ukraine
Dnipro, Ukraine

Chukhrienko Alla

assistant du département de chirurgie générale
Académie médicale de Dnipropetrovsk du ministère de la Santé de l'Ukraine
Dnipro, Ukraine

Lyachenko Pavlo

candidate en sciences médicales,
assistant du département de chirurgie générale
Académie médicale de Dnipropetrovsk du ministère de la Santé de l'Ukraine
Dnipro, Ukraine

Les saignements gastro-intestinaux sont un problème important en chirurgie abdominale d'urgence. Les personnes à haut risque chirurgical constituent une catégorie particulière de patients. Il comprend les patients atteints de pathologie cardiovasculaire aiguë et chronique, après pontage coronarien, pontage artériel rénal, ainsi que les patients avec accident vasculaire cérébral aigu. Leur nombre, selon divers auteurs, est de 20 à 50%. La récurrence des saignements chez ces patients est la cause la plus fréquente de décès. À ce jour, une solution partielle au problème de l'hémorragie gastroduodénale est devenue possible avec le développement de l'endoscopie. Il vous permet d'identifier rapidement l'emplacement de la source du saignement, de déterminer sa taille et ses caractéristiques endoscopiques, d'effectuer une hémostase, puis de surveiller son efficacité. De plus, la méthode endoscopique est peu invasive et efficace dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux, ce qui permet de réduire le nombre d'opérations ouvertes au plus fort des saignements. Cependant, le taux de mortalité postopératoire reste néanmoins un taux élevé de mortalité postopératoire chez les patients atteints de pathologie cardiovasculaire. Les indications de la chirurgie dépendent du pronostic de la récurrence des saignements et de l'évaluation des fonctions vitales des patients. Une pathologie concomitante sévère oblige à prendre une décision restreinte quant à la nécessité d'une intervention chirurgicale pour la récurrence du saignement. L'avantage est la gastro-duodéno-scopie endoscopique répétée (EGDS)

dans des conditions d'hémostase locale, et offre la possibilité d'opérer dans une période différée, après la normalisation des signes vitaux.

La majorité dans la structure des interventions chirurgicales sont des méthodes de résection. Les méthodes palliatives ne sont pas utilisées en raison de l'absence d'élimination radicale du substrat morphologique de la maladie et de la menace de complications postopératoires qui entraînent une augmentation de la mortalité postopératoire.

Le but de l'étude est de déterminer les caractéristiques des tactiques de traitement lors d'hémorragies gastro-intestinales chez les patients présentant une pathologie cardiovasculaire concomitante et le choix d'un traitement chirurgical adéquat.

Matériaux et méthodes de recherche. Une analyse des tactiques de traitement et de diagnostic a été réalisée chez 488 patients atteints d'ulcères gastriques et duodénaux compliqués d'hémorragie gastroduodénale qui ont été traités au Dniprovske KOSHMD DMR pendant 2019-2020. Parmi eux, 329 patients présentaient une pathologie cardiovasculaire. Au total, 28 patients ont été opérés. Ils ont été divisés en deux groupes: I - patients opérés avec pathologie cardiovasculaire (16 personnes) - 57,14%, II - groupe de comparaison (12 personnes) - 42,86% étaient des patients sans comorbidités similaires. Il y avait 6 femmes (21,4%) et 22 hommes (78,6%). L'âge moyen des patients était de 55 ans (26 à 86 ans).

Le traitement des résultats a été effectué avec l'utilisation des programmes et méthodes statistiques: clinique générale - EGDS avec la définition de la localisation, la taille d'un défaut ulcéreux et l'état de l'hémostase locale; méthodes de laboratoire - analyse clinique générale du sang - nombre d'hémoglobine, érythrocytes, indice de couleur, hématocrite. Le traitement statistique des matériaux de recherche obtenus a été effectué à l'aide de méthodes biostatistiques, qui ont été incluses dans le progiciel Statistica 6.1. Pour estimer la probabilité de la différence des moyennes - le critère de probabilité (p) selon Student pour les populations non liées, la caractéristique de l'écart type de la moyenne de l'échantillon est mise en évidence par l'erreur standard de la moyenne ($\pm m$). Microsoft Excel 2013 a été utilisé pour créer les graphiques.

Résultats de la recherche et leur discussion. Lors de l'analyse des résultats des 28 patients opérés avec ulcère gastroduodéal compliqué d'hémorragie gastroduodénale, il a été déterminé que des méthodes de résection ont été utilisées chez 9 patients (32,14 \pm 8,83%), dont une gastrectomie pour Ru a été utilisée chez 1 (3,57 \pm 3, 51%) du patient, une gastrectomie subtotale a également été réalisée chez 1 patient (3,57 \pm 3,51%), chez 7 patients (25 \pm 8,18%) une gastrectomie a été réalisée selon Billroth-II, dont 1 patient (3, 57 \pm 3,51%) avec localisation des ulcères dans le duodénum (duodénum) et chez 6 patients (21,43 \pm 7,75%) avec localisation dans l'estomac. Des méthodes palliatives de traitement chirurgical ont été réalisées chez 7 patients (25 \pm 8,18%), dont une gastronomie avec piqûres d'ulcères hémorragiques - chez 6 patients (21,43 \pm 7,75%) et 1 (3,57 \pm 3,51%).) le patient a subi une intervention chirurgicale dans la quantité d'ulcères clignotants gastroentéroanastomose. Également effectué des opérations pouvant être considérées comme conditionnellement radicales: exérèse de l'ulcère suivie d'une pyloroplastie selon Finney et Heineke-Mikulich - chez 2 patients (7,14 \pm 4,87%) et 6 (21,43 \pm 7,75%) patients avaient réalisé une antrumectomie, chez 4 patients (14,29 \pm 6,61%), elle a été complétée par une vagotomie de la tige.

Chez les patients du groupe I, un faible taux de perte de sang a été déterminé chez 4 ($25 \pm 10,83\%$), un degré modéré a été observé chez 4 ($25 \pm 10,83\%$) patients, un degré sévère de perte de sang a été observé chez 6 ($37,50 \pm 12,10\%$) et une perte de sang massive - chez 2 patients ($12,5 \pm 8,27\%$). Chez les patients du groupe de comparaison, un faible degré de perte de sang a été observé dans 1 cas ($8,33 \pm 7,98\%$), moyen - chez 5 ($41,67 \pm 14,23\%$) patients, un degré élevé de perte de sang - chez 6 ($50\% \pm 14,43$), aucune perte sanguine massive n'a été observée ($p > 0,05$). 6 patients présentant une pathologie cardiovasculaire concomitante et présentant une hémorragie élevée ont été opérés. Les approches de traitement tactique étaient les suivantes: 1 ($16,67 \pm 15,2\%$) - tactiques actives et méthodes radicales, 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) - tactiques actives et méthodes conditionnellement radicales, 1 ($16,67 \pm 15,22\%$) - tactiques actives et techniques palliatives, 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) - tactiques actives-expectatives et méthodes radicales. Dans 2 patients (100%) de ce groupe avec une perte de sang massive ont été utilisés des tactiques d'attente active et une technique conditionnelle-radical. 6 patients du groupe de comparaison qui présentaient une perte de sang élevée ont été opérés. Les approches tactiques suivantes ont été utilisées pour eux: dans 2 cas ($33,33 \pm 19,24\%$), des tactiques actives et une technique palliative d'intervention chirurgicale ont été utilisées, 1 ($16,67 \pm 15,22\%$) - tactiques actives et technique conditionnellement radicale, 2 ($33,33 \pm 19,24\%$) - tactiques en attente active et méthodes radicales et 1 patient ($16,67 \pm 15,22\%$) - tactiques en attente active et méthodes conditionnellement radicales.

L'état de l'hémostase endoscopique locale chez 16 patients présentant une pathologie cardiovasculaire concomitante a été évalué selon la classification de Forrest. Hémorragie active FI a été déterminée chez 5 patients, soit $31,25 \pm 11,59\%$, hémostase instable avec un risque élevé de récurrence de saignement F II - chez 9 patients ($56,25 \pm 12,40\%$), hémostase stable F III - chez 2 patients ($12,5 \pm 8,27\%$). Les données suivantes ont été obtenues chez 12 patients du groupe de comparaison. FI a été déterminé chez 3 patients, soit $25\% \pm 12,5\%$, F II - chez 8 patients ($66,67 \pm 13,61\%$) et F III - chez 1 patient ($8,33 \pm 7,98\%$) ($p > 0,05$).

A la "hauteur" du saignement dans le groupe de patients présentant une pathologie concomitante du système cardiovasculaire, 5 ($31,25 \pm 11,59\%$) patients ont été opérés. Des tactiques actives ont été utilisées chez 3 ($18,75 \pm 9,71\%$) patients, dont 1 ($6,25 \pm 6,05$) méthode de chirurgie palliative et 2 ($12,5 \pm 8,27\%$) - sous condition -Méthode radicale. L'anticipant actif a été utilisé chez 2 patients ($12,5 \pm 8,27\%$), dont la méthode palliative - chez 1 patient ($6,25 \pm 6,05\%$), conditionnellement radical - chez 1 patient ($6,25 \pm 6,05$), 05%). Quant aux patients du groupe de comparaison - ils ont tous été opérés selon des tactiques actives, avec des opérations palliatives dans 2 ($16,67 \pm 10,76\%$) cas, conditionnellement radicales dans 1 ($8,33 \pm 7,98\%$).

La période préopératoire allait de 2 heures à 8 jours. Dans le groupe de patients présentant une pathologie concomitante du système cardiovasculaire ($n = 16$), 8 patients ont été opérés au cours du premier jour. Parmi eux: 3 ($18,75 \pm 9,76\%$) patients avec hémorragie IF active; 4 ($25 \pm 10,83\%$) - avec hémostase instable et risque élevé de récurrence de saignement FII; 1 ($6,25 \pm 6,05\%$) - avec hémostase FIII stable. Dans les 2 à 4 jours suivant l'hospitalisation, 5 patients ont été opérés. À savoir: 1 ($6,25 \pm 6,05\%$)

patient avec FI, 3 (18,75 ± 9,76%) patients avec FII et 1 (6,25 ± 6,05%) avec FIII. À 5–8 jours, 3 patients ont été opérés: 1 (6,25 ± 6,05%) patients avec FI et 2 (12,5 ± 8,27%) patients avec FII. Pour les patients du groupe de comparaison - au cours du premier jour, 7 personnes ont été opérées: 3 (25 ± 12,5%) patients avec hémorragie active FI, 3 (25 ± 12,5%) - avec hémostase instable et un risque élevé de récurrence hémorragique FII et 1 (8,33 ± 7,98%) - avec hémostase FIII stable. Dans les 2 à 4 jours suivant l'hospitalisation, des interventions chirurgicales ont été effectuées sur 4 (33,33 ± 13,61%) patients atteints de FII. 1 (8,33 ± 7,98%) patients atteints de F III ont été opérés pendant 5 à 8 jours.

L'analyse du volume des interventions chirurgicales a montré ce qui suit. La catégorie opérée de patients présentant une pathologie du système cardiovasculaire était de 16 personnes. Le périmètre des interventions était le suivant: les chirurgiens ont utilisé des techniques de résection dans 5 cas (31,25 ± 11,59%), dont gastrectomie pour Ru - 1 cas (6,25 ± 6,05%), gastrectomie pour Billroth- II avec localisation de l'ulcère dans le duodénum - 1 cas (6,25 ± 6,05%), gastrectomie par Billroth-II avec localisation de l'ulcère gastrique - 3 (18,75 ± 9,76%) cas. Des opérations palliatives ont été réalisées dans 4 cas (25 ± 10,83%), dont gastrotomie, anomalie ulcéreuse - 3 cas (18,75 ± 9,76%), ulcère gastro-entéroanastomotique - 1 cas (6,25 ± 6,05%) (%). Des opérations conditionnellement radicales ont été réalisées chez 7 patients (43,75 ± 12,40%). Excision du défaut ulcéreux avec pyloroplastie selon Finney - 2 cas (12,5 ± 8,27%), excision du défaut ulcéreux avec pyloroplastie selon Heineke-Mikulich - 4 cas (25 ± 10,83%), antrumectomie, vagotomie de la tige - 1 cas (6,25 ± 6,05%). Le groupe de comparaison était composé de 12 patients. Parmi eux, des opérations de résection ont été réalisées chez 4 patients (33,33 ± 13,61%), dont une gastrectomie par Billroth-II a été réalisée chez 3 patients (25 ± 12,5%) et une gastrectomie subtotale a été réalisée chez 1 patient. (8,33 ± 7,98%). Des méthodes palliatives de traitement chirurgical ont été utilisées chez 3 patients (25 ± 12,5%): gastrotomie, ulcère hémorragique de couture. Des opérations radicalaires conditionnelles ont été réalisées chez 5 patients (41,67 ± 14,23%), dont 2 - pyloroplastie selon Heineke-Mikulich (16,67 ± 10,76%), 3 (25 ± 12,1%) - antrumectomie vagotomie de la tige ($p > 0,05$).

Autrement dit, dans la structure du traitement chirurgical d'un groupe de patients présentant une pathologie concomitante du système cardiovasculaire, la résection et les méthodes palliatives étaient réparties comme suit - 31,3% et 25%, respectivement. Alors que les méthodes conditionnellement radicales prévalaient et s'élevaient à 43,8%. Dans le groupe de comparaison, les radicaux et les radicaux conditionnels étaient respectivement de 33,3% et 41,7%. Les méthodes palliatives étaient de 25%.

La distribution des types d'opérations dans les deux groupes ne différait pas significativement, mais dans l'infarctus aigu du myocarde, l'arythmie de toute étiologie, l'accident cérébrovasculaire aigu, l'état après pontage coronarien dans 100% des cas utilisaient des techniques palliatives.

La mortalité postopératoire des patients du groupe I était de 12,5 ± 8,27% contre 8,33 ± 7,98% dans le groupe II. L'augmentation de la mortalité postopératoire dans le premier groupe était associée non seulement à une pathologie cardiovasculaire concomitante, mais également à l'utilisation de médicaments dans le cadre d'un

traitement antihypertenseur «double» ou standard, qui comprenait des anticoagulants et des antiplaquettaires qui affectaient les propriétés rhéologiques du sang, ainsi que le développement de la thérapie postopératoire. - incapacité à l'anastomose, récurrence des saignements.

La question de la préparation préopératoire et du traitement postopératoire est pertinente, compte tenu de la pathologie concomitante, qui affecte la nature de l'évolution et la durée de la période postopératoire.

Conclusions

1. La présence d'une pathologie cardiovasculaire chez les patients atteints d'ulcère gastroduodéal compliqué d'hémorragie gastro-intestinale joue un rôle crucial dans le choix des tactiques de traitement et de la méthode chirurgicale. De plus, la mortalité postopératoire dans ces cas est presque 1,5 fois plus élevée que chez les patients similaires sans elle.

2. Dans les deux groupes, si possible, de préférence effectués des méthodes radicales de traitement chirurgical. Dans les conditions de pathologie cardiovasculaire aiguë (infarctus aigu du myocarde, fibrillation auriculaire, accident vasculaire cérébral aigu, pontage coronarien) dans 100% des cas, une chirurgie palliative raisonnablement réalisée.

3. Les données obtenues sur le traitement chirurgical des patients atteints d'ulcère gastro-duodéal de l'estomac et du duodénum compliqué d'hémorragie avec pathologie cardiovasculaire nécessitent le développement de ces nouveaux traitements, qui doivent combiner des éléments adéquats de radicalisme, sont doux et préservent les organes.

Liste de références:

1. Ковальчук Л.Я., Шепетько Є.М., Шапринський В.О. Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч. *Монографія*. Київ: Фенікс, 2014. 170 с.

2. Матвійчук Б. О., Король Я. А., Рачкевич С. Л., Тумак І. М., Артюшенко М. Є. Ендоскопічний гемостаз в комплексному лікуванні виразкових гастродуоденальних кровотеч. *Медичні перспективи*. 2012. Т. XII. №1. С.132-135.

3. Чикаев В.Ф., Ибрагимов Р.А., Бондарев Ю.В., Шавалеев Р.Р., Петухов Д.М. Особенности терапии при желудочно-кишечных кровотечениях в неотложной хирургии по этиологическому признаку. *Вестник современной клинической медицины*. 2014. №7(2). С. 198–201.

4. Maggio D. Predictors of early rebleeding after endoscopic therapy in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding secondary to high-risk lesions. *Can. J. Gastroenterol*. 2013. Vol. 27. P. 454–458.