

Ulcera peptica

Gli uomini sono più colpiti delle donne con rapporto 3:1. La massima incidenza è intorno ai 50 anni. Nella donna esistono fattori protettivi ormonali.

E' una lesione focale che interessa la mucosa e sottomucosa e che si può approfondire oltre la muscolaris mucosae in seguito al contatto con il secreto acido peptico per squilibrio tra i fattori aggressivi sulla mucosa (HCl e pepsina, sostanze gastrolesive batteri) e quelli difensivi (muco e bicarbonato, flusso ematico intramucoso, turnover cellulare).

La localizzazione più frequente è a livello gastrico e duodenale.

Ulcera gastrica

Etiologia. Non completamente nota. E' dovuta probabilmente alla diminuzione della resistenza della barriera mucosa gastrica all'azione aggressiva del secreto acido peptico a causa di:

- Gastrite cronica antrale conseguente a reflusso duodeno gastrico poiché gli acidi biliari riducono la secrezione di bicarbonato.
- Infezione da *Helicobacter pylori* a livello antrale con lesione delle cellule epiteliali nel 50-65% dei pz. Il batterio Gram- si localizza al di sotto del film mucoso a diretto contatto con l'epitelio. E' in grado di indurre flogosi locale con attivazione del complemento e lesione delle cellule epiteliali.
- Aumento del rilascio di gastrina che inibisce il tono dello sfintere pilorico e favorisce il reflusso duodeno gastrico.
- Abuso di FANS perché riducono la concentrazione di HCO₃ nel muco e inibiscono la sintesi di prostaglandine alcune delle quali esercitano azione protettiva sulla mucosa.
- Caffèina perché aumenta la produzione acida gastrica.
- Fumo di sigaretta perché aumenta il reflusso duodeno-gastrico
- Fattori psicosociali: individui fragili, dipendenti, conflittualità.

Anatomia patologica

La maggior parte delle ulcere gastriche si localizzano a 6 cm dal piloro e l'85% di esse è localizzata sulla piccola curvatura. L'aspetto macroscopico dell'ulcera è di una lesione scavata, rotondeggiante a margini ben definiti a differenza del carcinoma non margini mal delimitati. Diametro <2cm che insorge su mucosa iperemica ed edematosa. Il fondo dell'ulcera è ricoperto di fibrina, liscio e deterso per digestione dell'essudato con vivace tessuto di granulazione nel cui contesto possono ritrovarsi vasi trombosati e segni di sanguinamento in corso. La profondità dell'ulcera è variabile; può superare appena la muscolaris mucosae oppure arrivare alla sierosa e persino superarla causando una perforazione libera in cavità peritoneale o approfondendosi entro organi contigui. Nelle ulcere di vecchia data si ha un'indurimento dei margini del fondo (ulcera callosa) con retrazione della mucosa e ciò fa assumere alle pliche della mucosa gastrica una disposizione a raggiera. L'ispessimento e la nodularità dei margini sono rari nell'ulcera peptica; simili reperti devono far invece sospettare un'ulcera neoplastica maligna. Tuttavia all'endoscopia non esistono segni distintivi che consentano di distinguere con precisione l'ulcera benigna dall'ulcera neoplastica.

Sintomatologia

Dolore epigastrico (postprandiale precoce) che insorge tipicamente dopo 30 minuti dopo il pasto; la comparsa di dolore epigastrico improvviso deve far sospettare la possibile perforazione dell'ulcera.

Distensione gastrica con nausea e vomito per spasmo pilorico.

Calo ponderale.

Anemia sideropenica per stillicidio ematico cronico.

Periodicità stagionale (soprattutto in primavera e autunno).

E.O. talora asintomatica, altre volte dolorabilità epigastrica e in ipocondrio sinistro.

Diagnosi

L'endoscopia è il gold standard e permette di valutare dimensione e morfologia dell'ulcera con eventuale prelievi biotici ai margini dell'ulcera e test per HP.

Rx con pasto maritato evidenzia una nicchia ulcerosa come immagine di plus in laterale o cratere frontalmente.

L'esordio sintomatologico dell'ulcera gastrica può essere legato all'insorgenza di complicanze ab inizio; tra queste il sanguinamento e la perforazione rappresentano le evenienze più frequenti.

Ulcera duodenale

E' più frequente dell'ulcera gastrica. Maggiore incidenza tra III e IV decade. M>F.

Eziologia non completamente nota anche se si ritiene che il fattore etiopatogenetico principale sia l'ipersecrezione acida dovuta ad un aumento delle cellule acido-secerenti della mucosa gastrica, aumento della risposta gastrica agli stimoli secretori, alterata capacità di inibizione del rilascio di gastrina. Esiste una predisposizione familiare tra i parenti di primo grado. HP presente nell'85% dei pazienti affetti

Anatomia patologica

Localizzazione più frequente è la parete anteriore del bulbo duodenale. Diametro medio di circa 1 cm. Talora possibile una localizzazione di ulcere disposte in posizione affrontata (kissing ulcers). Caratteri morfologici simili alle ulcere gastriche.

Sintomatologia

Talora asintomatica. Dolore epigastrico sordo o costrittivo (postprandiale tardivo) che insorge 60 – 90 min dopo il pasto; causa risveglio notturno; placato dall'ingestione di cibo e antiacidi.

Nausea e vomito presenti. Ricorrenza stagionale (primavera e autunno).

E.O. Dolore alla palpazione lungo la xifo-ombelicale.

Diagnosi

Rx con pasto baritato (immagine a cratere dell'ulcera). Endoscopia.

L'esame endoscopico è sempre preferibile a quello radiologico per la maggior rapidità di esecuzione e sensibilità.

Complicanze dell'ulcera peptica

Perforazione

Ulcera gastrica: sede più frequente di perforazione è la piccola curvatura o parete anteriore dello stomaco in regione antrale.

Ulcera duodenale: sede più frequente è la parete anteriore del duodeno.

Non raro è il caso, in corso ulcere croniche di una reazione infiammatoria della sierosa gastroduodenale con aderenza dei tessuti contigui prima che la perforazione abbia luogo e in tal caso si sviluppa la perforazione coperta.

Il quadro clinico di una perforazione dell'ulcera è quello di peritonite acuta prima di natura chimica irritativa poi purulenta per proliferazione dei batteri fuoriusciti nel cavo peritoneale; dolore a

pugnalata all'epigastrio con conati di vomito, febbre, leucocitosi, posizione raggomitolata, addome ligneo, scomparsa dell'aia di ottusità epatica, ileo paralitico. All'rx addome gas libero sottodiaframmatico.

Terapia: antiacidi, raffia dell'ulcera; raramente gastroresezione o exeresi dell'ulcera con vagotomia e piloro-plastica per la prevenzione della recidiva ulcerosa e per favorire lo svuotamento gastrico.

Emorragia

Sono la causa del 45% di sanguinamento del primo tratto del tubo digerente per erosione di arterie gastriche e duodenali.

Il 40% dei pz che hanno avuto un episodio di sanguinamento presenta episodi emorragici ricorrenti con progressivo aggravamento della sintomatologia e ridotta risposta alla terapia. Il rischio di recidiva è massimo nei successivi 2 giorni dal primo episodio.

Un modesto stitico ematico nella sede dell'ulcera è sono rinvenibile per comparsa di anemia e astenia e Haemocult+.

L'emorragia acuta si manifesta con: ipotensione, anemizzazione acuta, melena. Se copiosa si ha anche ematemesi.

Si effettua l'esame endoscopico per l'individuazione dell'emorragia.

La terapia medica di solito è sufficiente ad arrestare il sanguinamento e si avvale di antiacidi e procoagulanti dopo il posizionamento di un sondino naso-gastrico per il lavaggio dello stomaco. Solo il 25% dei pz affetti da ulcera peptica richiede una chirurgia d'urgenza.

Stenosi

E' una complicanza abbastanza frequente in caso di localizzazione juxtapilorica per sclerosi dell'anello pilorico. Inizialmente la stenosi è di tipo funzionale, sensibile alla terapia antispastica, indotta dalla vicinanza della lesione. Successivamente la stenosi diviene di tipo organico per flogosi e sclerosi dell'anello pilorico.

Se la stenosi è modesta il pz sopporta la dispepsia che ne consegue. Se serrata si ha vomito alimentare con calo ponderale.

Terapia con gastroresezione distale oppure bypass della stenosi.

ALTRA COMPLICANZA DELL'ULCERA PEPTICA è LA CANCERIZZAZIONE 1% DEI CASI

TERAPIA DELL'ULCERA PEPTICA

Antiacidi, ranitidina, omeprazolo, citoprotettori, eradicazione HP con metronidazolo.

Indicazioni all'intervento chirurgico: refrattarietà alla terapia medica, sospetto ulcera maligna, complicanze.

Interventi chirurgici

Vagotomia

1. tronculare: totale denervazione dello stomaco e stasi gastrica + piloro-plastica.
2. selettiva distale: sezione dei vaghi sotto la biforcazione del ramo gastrico e ramo extragastrico
3. selettiva prossimale: denervazione porzione acido-secernente.

Antrectomia con vagotomia: asportazione antro-piolo-duodeno prossimale. Il ripristino della continuità del canale alimentare si ha tramite gastroduodenostomia termino-terminale/laterale (intervento Billroth I) oppure gastrodigiunostomia (Billroth II).

Duodenogastroresezione: asportazione 2/3 distali dello stomaco e porzione prossimale del duodeno con ricostruzione sec. Billroth 2 o anastomosi gastroduodenale ad Y sec. Roux.

Gastrectomia totale

Sindrome di Zollinger-Ellison

Rara, caratterizzata da: severa ipersecrezione gastrica con *ulcerazioni multiple* mucose secondarie ad un'eccessiva secrezione di gastrina da parte di un focus ectopico di cellule gastrina-secerenti (spesso localizzate al pancreas).