

פרוטוקול הטיפול בחולה הלוקה בחשד לנזק בתריסריון בשל מחלת כיב פפטי

לאחר דיון מחלקתי והצגת הספרות הרלבנטית למהלך הטיפול בחולה הלוקה בהתנקבות כיב פפטי, עלו מספר מסקנות לדיון והחלטות טיפוליות עתידיות:

1. על מנת להגביר את היעילות לגילוי של אוויר חופשי על ידי צילום רנטגן פשוט יש לבצע את הדברים הבאים:
 - הזמנה של צילום המכוון לסרעפות ולא צילום חזה או בטן בלבד
 - בחשד לאוויר חופשי יש לבקש מהחולה לשבת במיטתו כ 10 דקות טרם ביצוע הצילום
 - על המתמחה האחראי להתלוות אל החולה המבצע את הצילום על מנת לוודא טכניקת צילום מספקת וטיפול בהתאם במידה ואכן מתגלה אוויר חופשי
 - במידה ומתגלה אוויר חופשי אין צורך בבדיקות הדמיה נוספות והחולה ילקח לחדר ניתוח להמשך טיפול לאחר החייאת נוזלים וטיפול אנטיביוטי מתאים.
2. לבדיקת על שמע אין מקום בפרוטוקול הטיפול בחולה הלוקה בחשד לנזק בתריסריון בשל מחלת כיב פפטי.
3. טומוגרפיה ממוחשבת המתבצעת בחשד להתנקבות של כיב פפטי תתבצע עם שתייה קצרה של לא יותר משעה על מנת להדגים את מערכת העיכול העליונה. חל איסור לבצע שתיית חומר ניגוד מלאה במקרים שכאלו.
 - על המתמחה האחראי להתלוות אל החולה המבצע את בדיקת הטומוגרפיה על מנת לוודא טיפול בהתאם במידה ואכן מתגלה אוויר חופשי
4. הגישה הניתוחית תיקבע על ידי המנתח האחראי, על פי נוחיותו ומימנותו בפרוצדורה הנדרשת.
5. הטיפול בהתנקבות התריסריון בשל מחלה כיבית על רקע פפטי הוא ביצוע אומנטופקסיה (טלאי על שם גרהם), במקרים בהם הכיב הינו גדול ומעל 1-2 ס"מ יש לשקול ביצוע הרחבה של הנקב לכיוון השוער וביצוע פילורופלסטיה.
 - אין מקום לביצוע תפירה של הנקב, אנטרקטומיה נדרשת במקרים נדירים בלבד בהם אין אפשרות לבצע תיקון על ידי טלאי או פילורופלסטיה כמקובל.
6. אין מקום להשמת נקזים לאחר תיקון ביצוע הפרוצדורה מכיוון שהוכח כי נקזים לא רק שאינם משפרים את תוצאות חולים אלה, אלא אף מעלים את שכיחות האבצסים והזיהומים התוך בטניים.
7. בעידן הטיפול בחוסמי משאבת הפרוטונים (PPI) אין מקום לטיפול דפיניטיבי בהפרשת החומצה כגון וגוטומיה מכל סוג שהוא.
 - הטיפול נדרש אך ורק במקרים של היענות ירודה מאוד של החולה לטיפול, או צורך בטיפול ממושך בתרופות נוגדות דלקת מסוג לא סטירואידלי (NSAID).
8. על פי הנחיות האיגוד האמריקאי למחלות זיהומיות הטיפול האנטיביוטי ינתן:
 - במקרה שאין סימנים של פריטוניטיס ממושכת או התפשטות מרה או נוזל קיבתי בחלל הבטן וניראית חזרה של הספירה הלבנה לערכים תקינים ל 24 שעות בלבד.
 - בכל מקרה אחר ינתן הטיפול האנטיביוטי ל 4-7 ימים
 - הכיסוי ינתן על ידי צפטריאקסון ומטרונידזול לכסוי רחב אופטימאלי של חיידקים הנרכשים בקהילה.
9. לאחר הניתוח יוחל טיפול אמפירי משולש בהליקובקטר פילורי לשבועיים ימים.
10. טרם הניתוח יוחל טיפול בחוסמי משאבת הפרוטונים (PPI)
 - סביב הניתוח במתן תוך ורידי במינון של 40 מ"ג פעמיים ביום
 - לאחר מכן ניתן להעביר לטיפול פומי במינון של 20 מ"ג פעמיים ביום למשך חודש ימים
 - לאחר מכן לחודש נוסף במינון של 20 מ"ג פעם ביום.
11. לאחר הניתוח יומלץ לחולה לבצע גסטרוקופיה כ 6 שבועות לאחר הניתוח כולל בדיקת אוריאז מהירה לוידוא ארדיקציה של הליקובקטר פילורי

1. Grassi R et al. Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol.* 2004 Apr;50(1):30-6.
2. Ben-Ishay et al. Perforated peptic ulcer determinants of outcome and mortality. *J Emerg Trauma Shock* 2012
3. Lagoo SA, Pappas TN. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer. *Ann Surg.* 2002 Mar;235(3):320-1.
4. Pai D, Sharma A, Kanungo R, Jagdish S, Gupta A. Role of abdominal drains in perforated duodenal ulcer patients: a prospective controlled study. *Aust N Z J Surg.* Mar 1999;69(3):210-3
5. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJ, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* Jan 15 2010;50(2):133-64
6. Kate V, Ananthkrishnan N, Badrinath S. Effect of Helicobacter pylori eradication on the ulcer recurrence rate after simple closure of perforated duodenal ulcer: retrospective and prospective randomized controlled studies. *Br J Surg.* Aug 2001;88(8):1054-8.
7. Ng EK, Lam YH, Sung JJ, Yung MY, To KF, Chan AC. Eradication of Helicobacter pylori prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. *Ann Surg.* Feb 2000;231(2):153-8.
8. Gisbert JP, Legido J, García-Sanz I, Pajares JM. Helicobacter pylori and perforated peptic ulcer prevalence of the infection and role of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Dig Liver Dis.* 2004 Feb;36(2):116-20.
9. Gisbert JP, Pajares JM. Helicobacter pylori infection and perforated peptic ulcer prevalence of the infection and role of antimicrobial treatment. *Helicobacter.* 2003 Jun;8(3):159-67. Review.