

Summary

ANTI-NUCLEAR ANTIBODY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID POLYARTHRITIS

Anti-nuclear antibody was assessed in the serum of 202 patients with rheumatoid polyarthritis by indirect immunofluorescence on the nuclei of mouse hepatic cells. Of the total number 37 (18.32%) were found positive and 165 negative. Positivity among females was three times as high as among males. Patients with negative Waales-Rose reaction had a lower anti-nuclear antibody rate than patients with positive W-R reaction (10 and 46.6% respectively).

Résumé

ANTICORPS ANTINUCLEAIRES CHEZ LES MALADES AVEC POLYARTHRITE RHEUMATOÏDE

Dans le sérum de 202 malades atteints de polyarthrite rhumatoïde on a déterminé les anticorps antinucléaires à travers l'immunofluorescence indirecte, dans les anticorps antinucléaires à travers l'immunofluorescence indirecte dans les noyaux des cellules hépatiques des souris. On a trouvé une pasivité chez 37 sujets (18,32% avec une prédominance féminine (3 fois plus).

En outre les auteurs ont constaté une moindre positivité des anticorps antinucléaires chez ceux qui présentent une négativité de la réaction de Waaler-Rose que chez ceux qui ont eu une positivité de cette réaction.

NDJEKJA KLINIKE DHE FIBROSKOPIKE E ULCERËS SË STOMAKUT

— ILIR KAJO — BASHKIM ZYKAJ —
(Instituti Kërkimor i Mjekësisë Ushtarake)

Ulcera gastroduodenale është një sëmundje nga më të përhapurat e kohës. Futja e fibroskopisë ka bërë që të rriten njohuritë tona mbi sëmundjen ulceroze në dy drejtime: së pari, ka përmirësuar dokumentimin, përshkrimin e kraterëve të ulcerës, së dyti, provat terapeutike të kontrollit janë përsosur, duke përdorur endoskopinë për të vlerësuar efektin e medikamentëve të ndryshme në shërimin e ulcerës ose rishfaqjeve.

Qëllimi i këtij punimi është që të paraqesë të dhëna klinike dhe fibroskopiike për ulcerën e stomakut dhe të ndjekë ecurinë e tyre pas mjekimit me alumen hidroksidat tek të sëmurët e shtruar në spital.

Me gjithë ngjashmërinë e tyre, një ulcerim i vendosur në stomak ndryshon nga ai që gjëndet në duoden. Midis këtyre dy dëmtimeve me lokalizim të ndryshëm dhe vetëm disa cm larg njëri-tjetrit, ekzistojnë shumë pika të ndryshme klinike, evolutive dhe po ashtu patogjenetike. Mendohet së anomalitë patfiziologjike, faktorët e mjedisit, predispozicioni anatomik dhe mekanizmat gjenetike kontribuojnë në patogjenezën e ulcerës së stomakut (9).

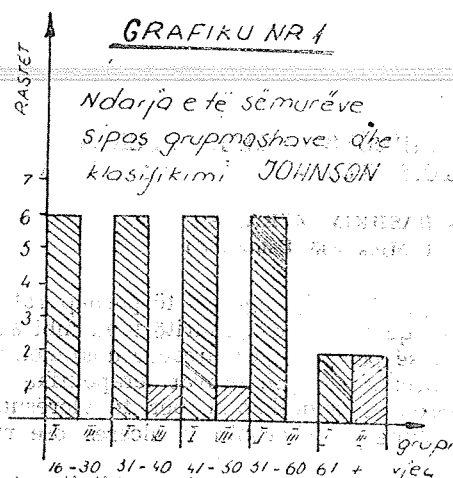
Materiali dhe diskutimi

Në studimin e ulcerit të stomakut jemi mbështetur në klasifikimin sipas Johnso-it, që dallon tre grupe. Në materialin tonë, nga ky klasifikim kemi marrë grupin I dhe III, që u përkon ulcerave të stomakut që po studiojmë.

Taktika jonë tek një i sëmurë që dyshohet klinikisht për ulcerë të stomakut ose sindromë ulceroze është kryerja e një ekzaminimi radiologjik dhe, në qoftë se kjo konfirmon diagnozën, atëherë i sëmurë shtrohet dhe ndiqet edhe me ekzaminimin fibroskopik.

Kemi marrë në studim 30 të sëmurë të shtruar në vitin 1985 në gastroenterologji që gjatë shtrimit kanë kryer ekzaminimin radiologjik me zinxhir televiz dhe atë fibroskopik gastroduodenal.

Të ndarë sipas klasifikimit të Johnson-it dhe sipas grup-moshave, kemi 26 të sëmurë (86.7%) për grupin I dhe 4 (13.3%) për grupin III (Grafiku nr. 1). Ka autorë që futin në grupin I 57% të ulcerave gastrike, ndërsa në grupin III 20% (2). Autorë të tjerë shkruajnë se ulcera e stomakut rrallë zhvillohet para moshës 40 vjeç dhe kulmi i incidencës është nga moshë 55 deri 65 vjeç, se moshë mesatare për ulcerën duodenale është më e ulët (29-32 vjeç), në krahasim me moshën mesatare për ulcerën gastrike 40-45 vjeç (3,9).



Nga këta të sëmurë, 11 (36.6%) kanë qenë me anamnezë familjare ulceroze midis tyre 9 me anamnezë familjare të shkallës I dhe 2 me të shkallës II. Nga të 11 të sëmurët me anamnezë familjare, 4 (13.2%) kanë anamnezë familjare të shprehur. Sipas kriterëve të marra gjendet një faktor familjar në 15-25% të rasteve (1), ose anamneza familjare gjendet 25-45% të statistikave (2).

Nga marrja e anamnezës rezultojnë se 17 (56.7%) të sëmurë pijnë duhan. Të gjitha studimet tregojnë se dëmduria e sëmundjes ulceroze, komplikimet dhe përqindja e mortalitetit është më e ngritur tek ata që pijnë duhan sesa tek ata që nuk pijnë duhan. Megjithatë, rëndësi e intoksimit nga duhani nuk luan rol në dëmdurinë e ulcërës, por në shërimin e saj.

Kuadri klinik është i qartë dhe vetëm një anamnezë shumë e kujdesshme, e detajuar dhe e rreptë dhe, së fundi, ekzaminimi radiologjik dhe fibroskopik mund të vendosin diagnozë. Megjithëse disa pacientë janë asimptomatikë, dhimbja e barkut është simptoma e parë. Dhimbja e shkaktuar nga një ulcerë jo e ndërlikuar është viscerale, kështu që ajo është një dhimbje e lehtë dhe me lokalizëm të varfër. Megjithatë, për shkak të nervave aferente sensore të dyanshme, dhimbja e ulcërës së stomakut ndihet majtas *linea mediane* dhe në gjysmën e majtë të gjakut më shumë se ajo e ulcerave duodenale.

Rrezatimi i dhimbjes mund të jetë në hipokondrin e majtë, në sternum në formë brezi, në shpinë dhe rrallë në hipokondrin e djathtë. Nga 30 të sëmurët tanë, njëri (3.3%) ka qenë pa dhimbje epigastrike, ndërsa të tjerët kanë pasur epigastralgji majtas (*linea mediana*, rrezatimi i së cilës ka qenë: 15 raste (50%) të përhapura në shpinë, 10 (33.3%) në regjionin prekordial, 9 (30%) në hipokondrin e majtë dhe në regjionin retrosternal, 6 (20%) në hipokondrin e djathtë dhe 5 (16.7%) në formë brezi.

Nga ana tjetër, disa pacientë nuk raportojnë lidhje midis fillimit të dhimbjes dhe mbarimit të ushqimit. Dhimbja pushon, qetësohet nga marrja e antiacidit ose ushqimit, megjithatë në një studim (4) ngrënia e ushqimit nuk e qetëson dhimbjen në më se gjysmën e pacientëve. Në një raportim tjetër (9) ushqimi percipiton dhimbjen në 25% të atyre me ulcera gastrike.

Në të sëmurët tanë, 11 (36.6%) prej tyre kanë pasur dhimbje që i kanë filluar deri 1 orë pas ushqimit 6 (20%) nga 1 deri 2 orë dhe 5 (16.6%) mbi 2 orë. Të tjerët nuk kanë referuar lidhje midis fillimit të dhimbjes dhe mbarimit të ushqimit. Në 16 të sëmurë (53.39%) dhimbja është qetësuar nga marrja e ushqimit ose antiacidit, ndërsa në 3 (10%)

dhimbjet nuk qetësohen me gjithë marrjen e antiacidit dhe ushqimit. Dhimbja ndodh natën afërsisht në 3% të sëmurëve. (9). Në studimin tonë kjo dhimbje natën është shfaqur në 66% e të sëmurëve, ndërsa dhimbja pas marrjes së drekës në 82.5%. Shkaku i dhimbjes është i panjohur, megjithatë ka dy shpjegime të mundshme. Së pari, lagia e kraterit të ulcërës nga acidi mund të irritojë nervat në bazën e ulcërës. Së dyti, valët peristaltike duke kaluar nëpërmjet ulcërës mund të shkaktojnë dhimbje (9). Studimet kanë treguar që dhimbja nuk lidhet patjetër me praninë ose mungesën e kraterit të ulcërës së stomakut, p.sh. disa pacientë vazhdojnë të kenë dhimbje me gjithë shërimin e ulcerave të demonstruara endoskopikisht (7,9). Nga ana tjetër, simptomat mund të përmirësohen ose zhduken, megjithëse krateret e ulcerave janë të pranishme.

Humbja e peshës është një shenjë e zakonshme në pacientë me ulcera të stomakut. Tek të sëmurët tanë, rezultojnë se 22 prej tyre kanë pasur rënie në peshë para shtrimit në spital, që është luhatur nga 2 deri 10 kg. për një periudhë 2-3 muaj, ndërsa 8 të tjerë nuk kanë pasur rënie në peshë. Ekzaminimi fizik në pacientë me ulcera të stomakut të pandërlikuar është normal. Ndjeshmëria epigastrike e pakët është e pranishme, por nuk është tipar specifik. Shqetësimet e para tek këta të sëmurë kanë filluar prej disa muajsh deri në disa vjet dhe tek këta të sëmurë nuk ka pasur një ritmicitet të qartë. Gjatë ecurisë së sëmundjes para shtrimit, 4 nga këta të sëmurë (13.3%) kanë pasur melena. Në këto të sëmurë ulcera është gjetur në 1/3-ën e mesme të kurvaturës së vogël. Tek njëri prej tyre në këto pjesë u gjetën dy ulcera.

Duke u mbështetur në të dhënat klinike janë sugjeruar për ulcerë të stomakut 4 të sëmurë. Në ekzaminimin radiologjik, por kryesisht fibroskopik është gjetur ulcerë e stomakut. Kurse në rastet e tjera të sëmurët janë diagnostikuar prej kohe me ulcerë të stomakut ose është sugjeruar për sindrom ulceroz.

Duke ballafaquar të dhënat radiologjike me ato fibroskopike, rezultojnë se në 17 raste (56.7%) kemi pasur përputhje të plotë diagnoze. Në 2 raste (6.6%) në ekzaminimin radiologjik është konkluduar për ulcerë të duodenit dhe të stomakut, ndërsa ekzaminimi fibroskopik ka rezultuar vetëm për ulcerë të stomakut. Duodeni ka rezultuar normal. Në 11 rastet e tjera (36.7%), radiologjia ka konkluduar për gastroduodenit, ndërsa fibroskopia ka rezultuar ulcerë e stomakut (Grafiku nr. 2). Pra, në këto raste (36.7%) ka pasur një mospërputhje radiologjike fibroskopike. Po t'u hedhësh një vështrim ulcerave të stomakut, të cilat nuk janë zbuluar radiologjikisht, rezultojnë se shumica e tyre (9 raste) janë të dimensioneve më të vogla se 1 cm. Për sa i përket formës, 4 prej tyre janë të rrumbullakta, 4 ovale, 2 lineare dhe 1 e çrregullt. Të 11 rastet janë gjetur në kurvaturën e vogël nga të cilat 8 në 1/3-ën e mesme, 2 në 1/3-ën e poshtme dhe 1 në 1/3-ën e sipërme.

Pra, siç shikohet më sipër, kemi një përputhje radiologjike fibroskopike në 19 raste (63.3%). Ritmi i saktësisë së ekzaminimit radiologjik ka qenë në shifrën 65% në disa seri të raportuara (9). Në një studim tonin ky ritëm ka qenë në shifrën 40.7% (5). Studimet e shumta kanë treguar se endoskopia është më e mirë në zbulimin e ulcerave gastrike dhe akoma më e mirë në diferencimin e atyre benignje dhe malignje. Prirja

GRAFIKU NR 2

Ballofaqimi i të dhënave të endoskopisë dhe radiologjise.

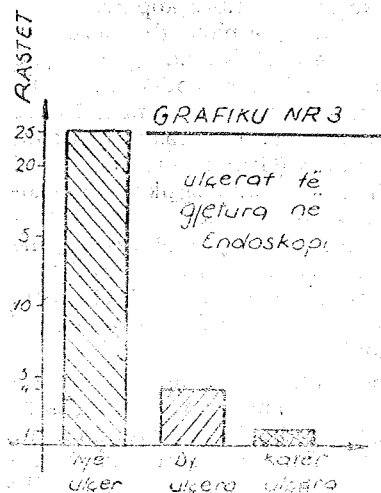
Endoskopia	ulcer			
R A S T E T		17	11	2
Radiologjia	ulcer			
	ulcer duod + stomak			
	gastroduodenit			

aktuale është që të bëhet një endoskopi gastrike tek të gjithë të sëmurët që kanë një nishë radiologjike të stomakut edhe në qoftë se ka të gjitha karakteristikat e beninjitetit. Kjo bëhet për të mos bërë të shpëtojë pa u diktuar një kancer ulceriform i mundshëm. Endoskopia ka një interes të trefishtë: së pari, ajo lejon përshkrimin makroskopik të dëmtimit që duhet krahasuar me atë radiologjik; së dyti, ajo është e vetmja që lejon biopsitë e shumta (5 deri 12) të marra në buzët e ulcërës; së treti, ajo mund të tregojë një dëmtim gastrik ose duodenal që shoqëron ulcërën. Bulbi i duodenit duhet gjithmonë të ekzaminohet nga denduria e ulcërës duodenale, shoqëruar prej asaj të stomakut.

Ekzaminimi fibroskopik ka treguar se, nga të sëmurët tanë, 5 (16.79%) kanë pasur ulcera të shumëfishta të stomakut. 4 prej tyre ishin me 2 ulcera, ndërsa tjetri me 4 ulcera (Grafiku nr. 3). Ulcera kronike është, si rregull, e vetme, megjithatë dëmtimet e shumëfishta

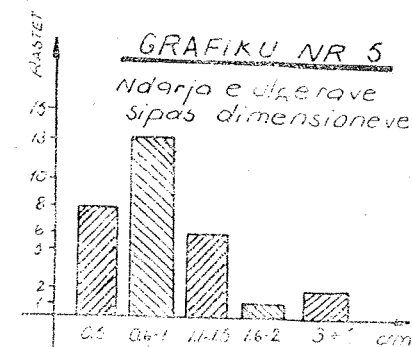
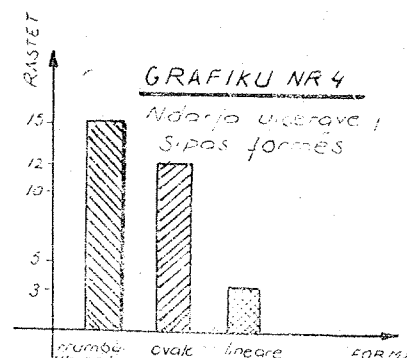
nuk janë të jashtëzakonshme, denduria e tyre varion nga 2.5 deri 25% (2,4), ndërsa ka autorë (6,9) që referojnë se disa pacientë kanë ulcera të shumëfishta në 2-8%. Në një studim tonë të mëparshëm, prej 54 ulcerash të stomakut, 6 prej tyre (11.1%) ishin të shumëfishta (5). Moshë, seksi dhe evolimi klinik i këtyre pacientëve janë jo të ndryshëm nga ato të pacientëve që kanë një ulcerë të vetme.

Shpeshtësia e lokalizimit të ulcërës së stomakut e ndarë në raport me kurvaturat dhe faqet është si më poshtë: kurvatura e vogël 24 raste (30%), kurvatura e madhe 2 raste (6.7%), faqja e pasme 4 raste (13.3%). E ndjekur sipas segmenteve të stomakut, kjo është si më poshtë: antru-



mi 4 raste (13.3%), trupi 26 raste (86.7%). Siç shihet, vatra e ulcërës së stomakut është kryesisht kurvatura e vogël, që, sipas autorëve të ndryshëm (2,8), e gjejnë këto pjesë në 80-90% të rasteve të tyre.

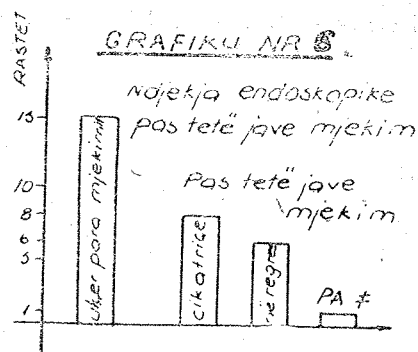
Për sa i përket formës të ulcërës gastrike, mund të gjejmë në formë vezake, të rrumbullakët ose lineare. Sipas gjetjeve tona rezultojnë se 15 raste (50%) janë ulcera të rrumbullakta, 12 (40%) ovale dhe 3 (10%) lineare (Grafiku nr. 4). Ulcerat e stomakut ndryshojnë nga përmasat, që shkojnë nga disa mm deri në 40 mm e më tepër për ulcerat gjigande. Përmasa mesatare është 10-15 (8). Ulcerat duodenale janë shpesh më të vogla. Përmasat e ulcërave tek të sëmurët janë paraqitur në grafikun nr. 5. Shumica e ulcërave — 19 raste (63.3%) — janë të përmasave nga 0.6-1.5 cm, çka u përgjigjet edhe të dhënave të literaturës.



Shtirimi në spital ndihmon që i sëmurë t'u largohet faktorëve stresues ose faktorëve të tjerë që kontribuojnë në formimin e ulcërës. Ndjekja e ecures së sëmundjes, e parë kjo në kompleks në saktë të dekursit klinik, radiologjik, fibroskopik dhe të mjekimit, ka një rëndësi të veçantë. Është treguar kujdes që dieta të mos përmbajë lëndë të shumta në sasi dhe lëndë ngacmuese. Aktualisht ka rënë mendimi që të sëmurët me ulcerë të stomakut të pijnë 1-2 litra qumësht në ditë, pasi dihet se shumica e pacientëve me ulcerë të stomakut kanë një sekrecion acid afërsisht normal, pra efekti neutralizues i tij është i panevojshëm, aq më tepër që ulcera e stomakut takohet më shpesh në moshat ku problemet kardiake dhe të hiperlipomisë janë më të shpeshta. Në të gjithë të sëmurët është përdorur hidroksit i aluminit, i cili është dhënë 1.1/2 orë pas buke dhe para gjumit. Ai është shoqëruar gjithmonë nga oksidi i magnezit për të korrigjuar disi veprimin konstipat të aluminit me efektin e tij laksativ. Gjithashtu, është përdorur T-ra e beladonës si antikolinergjik para gjumit për të frenuar sekrecionin acid të natës dhe diazepamit si anksiolitik dhe sedativ. Terapia është shoqëruar edhe me vitamina, kryesisht të grupit B.

Tek të gjithë të sëmurët ka pasur një paralelizëm dhe një ecure të mirë në mes të kuadrit klinik, radiologjik, e fibroskopik. Tek 73.4% e të sëmurëve (22 raste) dhimbja është qetësuar që në ditët e para të shtrimit ose brënda një jave deri në 10 ditë. Tek disa ka ngulmuar vetëm

dhimbja rënduese në hipokondrin e majtë ose ajo prekordiale. Rikontrolli fibroskopik, i bërë pas 8 javësh dhe nën mjekim edhe pas daljes nga spitali, ka rezultuar se nga 15 të sëmurë, që kanë bërë rikontroll ambulatorisht, 8 kanë pasur reduksion të plotë, cikatrice të ulcerës, 6 kanë qenë në regres të pjesshëm, ndërsa 1 në të njëjtat përmasa (Grafiku nr. 6). Nga ulcerat e shumëfishta të rikontrolluara, 2 kanë qenë me cikatrice, ndërsa në 2 të tjera ka pasur cikatrice të plotë vetëm të një ulcere, kurse tjetra ishte në regres.



Nën ndikimin e terapisë edhe të regjimit të shtrimit me një ditë-qëndrim mesatar prej 18.2 ditësh, të sëmurët janë qetësuar klinikisht dhe luhatjet e peshës kanë qenë: në 75% ka pasur shtim në peshë deri në 2 kg, ndërsa në 25% rënie në peshë deri në 2 kg.

Konkluzione

- 1) Në 73.4% e të sëmurëve shenjat klinike janë zhdukur që në 10 ditët e para të shtrimit.
- 2) Rikontrolli fibroskopik i bërë pas 8 javësh mjekimi me alumin hidroksid ka treguar se 50% e tyre kanë pasur regresion të plotë, cikatrice të ulcerës.
- 3) 4 prej të sëmurëve (13.3%) kanë pasur melena para shtrimit në spital dhe ulcerat e këtyre të sëmurëve janë gjendur në 1/3-ën e mesme të kurvaturës së vogël.
- 4) Ekzaminimi radiologjik ka zbuluar vetëm 63.3% të ulcerave të gjetura me ekzaminimin fibroskopik.
- 5) Shumica e ulcerave të pazbuluara nga ekzaminimi radiologjik janë të përmasa më të vogla se 1 cm. Ata janë gjendur në 1/3-ën e mesme të kurvaturës së vogël.

Dorëzuar në redaksi më 19.8.1986

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Bernades P.: Les ulcères gastro — duodénaux familiaux. Revue du praticien 1973 — 23, 4395.
- 2 — Bonifilos S., Bernades P.: La maladie ulcéreuse gastro-duodénale. Nê: Précis des maladies du tube digestif, sous la direction de Ch. Debray et Y. Geffroy. Paris, 1977, 144.
- 3 — Conte M.: Ulcères gastroduodénaux. Nê: Traité de médecine par J. Hamburger. Paris, 1982 — 1079.
- 4 — Dedja. S.: Sëmundja ulceroze gastroduodenale. Tiranë, 1974, 66.
- 5 — Horrocks J.C. and coll.: Clinical presentation of patients with dyspepsia. Gut 1978, 19, 19.
- 6 — Kajo, I., Gjonçaj. L.: Fibroskopia dhe ballafaqimi i të dhënave të saj me ato të radiologjisë në ulcerat gastroduodenale. Buletini i UT «Enver Hoxha» — Seria shkencat mjekësore 1985, 3, 27.
- 7) Kirsner J.B.: Peptic ulcer. Gastroenterology, 1968, 54, 945.
- 8) Misiewicz J.J.: Peptic ulceration and its correlation with symptoms. Clin. gastroenterology, 1978, 7, 571.
- 9) Potet F. et coll.: Histopathologie du tube digestif. Paris, 1974, 52.
- 10) Sleisenger M.H.; Forstan J.S.: Gastrointestinal disease. Philadelphia, 1983, 672.

Summary

CLINICAL AND FIBROSCOPIC FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH GASTRIC ULCER

Thirty patients with gastric ulcer were treated with aluman hydrixide and followed up by clinical and fibroscopic examinations.

In all the patients there was parallelism between the clinical course and the fibroscopie findings. In 73.4% of the cases, the pains disappeared after 10 days or less of hospital treatment. The fibroscopic examination repeated 8 weeks after admission showed full regression of the ulcer in 50% of the cases. The X-ray examination detected ulcer in 63.3% of the patients with positive fibroscopis findings. Most of the ulcers undetected by radiology were located in the middle 1/3 of the minor curvature and were less than 1 cm in diameter, 13.3% of the patients had had melena before coming to hospital and their ulcers were all located in the middle 1/2 of the minor curvature.

Résumé

OBSERVATION CLINIQUE ET FIBROSCOPIQUE CHEZ LES MALADES AVEC ULCERE DE L'ESTOMAC

Les auteurs ont suivi l'évolution clinique et endoscopique chez 30 malades atteints d'ulcère de l'estomac traités par de l'aluminium hydroxyde.

Ils constatent un parallélisme entre les signes cliniques et l'évolution des images fibroscopiques. Dans 73,4% des malades, la douleur a disparue les 10 premiers jours de l'hospitalisation. L'examen fibroscopique effectué 8 semaines après, dans 50% des cas montre une régression complète de l'ulcère. L'examen radiologique a détecté un ulcère dans 63,3% des cas confirmé par la fibroscopie. C'est le cas d'ulcères de dimensions inférieures à 1 cm localisés dans le tier moyen de la petite courbure. 13,3% des malades ont présenté un méléna avant l'hospitalisation. Chez ces derniers patients on a trouvé un ulcère localisé au tier moyen de la petite courbure.

NDIKIMI I DUHANIT NË REZULTATET E LARGËTA TË ULCERËS GASTRO-DUODENALE TË SHPUAR, TRAJTUAR ME QEPJE TË THJESHTË

— AGIM KOÇILLARI —
(Spitali i rrethit — Lushnjë)

Ulcera gastro-duodenale e shpuar ka qenë dhe mbetet objekt diskutimi midis kirurgëve dhe gastroenterologëve për më tepër se 40 vjet (4, 9, 12). Arsyeja e këtij debati është se ende nuk ka një mendim të njëjësuar për metodën e trajtimit, lidhur kjo me rezultatet imediate dhe të largëta.

Vite më parë mendohej se, pas shpimit dhe qepjes, ulcera shërohet ose, shumë rrallë, rishfaqet. Por sot ky mendim nuk qëndron më, sepse nga studiues të ndryshëm, janë grumbulluar shumë të dhëna të cilat e paraqesin shpimin madje si një shenjë rëndëse prognostikë për të ardhmen e diatezës ulceroze, prandaj dhe qepja e shpimit nuk konsiderohet, si dikur, e vetmja metodë trajtimi (cituar nga 3).

Arritjet e ndryshme të shkencës mjekësore nuk kanë mbetur pa u pasqyruar dhe në kirurgjinë e ulcerës së shpuar. Kështu, në vitet 40, krahas qepjes, filloi të përdoret edhe prerja e stomakut, kurse në vitet 50 aspirimi gastrik dhe, pak më vonë, vagotomia me procedura drenazhi. Vdekshmëria më e ulët që arrihej me anën e prerjes dhe vagotomisë, si edhe rezultatet e largëta më të mira bënë që shumë kirurgë t'i përdorin ato (1, 3, 4, 14). Gjithsesi qepja e thjeshtë, megjithëse konsiderohet si e papërshtatshme, ende sot vazhdon të mbetet metoda kryesore dhe më e përdorshme (4, 6, 12).

Ajo parapëlqehet nga shumica e autorëve, jo vetëm për shpejtësinë dhe thjeshtësinë — çka e bën më të përdorshme në kushtet e urgjencës, sidomos kur edhe kushtet e sallës operatorë nuk janë optimale për një metodë tjetër — por edhe sepse jo të gjithë të sëmurët me ulcër duodenale të shpuar, trajtuar me qepje të thjeshtë, kanë më vonë nevojë për një operim të dytë. Pra, është kjo arsyeja e cila bën që debati mbi trajtimin e ulcerës gastro-duodenale të shpuar të mbetet i hapur (1, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14).

Autorë të ndryshëm japin mendime për disa faktorë që ndikojnë në rishfaqjen e sëmundjes ulceroze pas qepjes së shpuarjes. Këta faktorë janë mosha nën 45 vjeç, përdorimi i duhanit, anamneza ulceroze mbi 2 vjet dhe anamneza familjare ulceroze. Në rast se një ose disa nga këta faktorë janë të pranishëm, natyrisht kur lejojnë edhe kushtet, si gjendje e të sëmurit, si edhe mundësitë e ekipit, duhet të bëhet trajti-