

## ARTICOLE ORIGINALE

## EXPERIENȚA DE 20 ANI ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PANCREATITEI CRONICE ȘI COMPLICAȚIILOR EI

## THE 20 YEARS EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS AND ITS COMPLICATIONS

Vladimir HOTINEANU<sup>1</sup>, Anatol CAZAC<sup>2</sup>, Adrian HOTINEANU<sup>3</sup><sup>1</sup> Prof. Dr. Hab. în med.<sup>2</sup> Conf. Univ. Dr. în med.<sup>3</sup> Conf. Univ. Dr. hab în med.

USMF "N. Testemitanu", Clinica 1,

Catedra 2 Chirurgie, Laboratorul de cercetări științifice "Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv"

## Rezumat

Lucrarea prezintă rezultatele tratamentului chirurgical, aplicat la 387 pacienți cu pancreatită cronică (PC) și complicațiile ei, repartizați în 2 loturi: I lot 105 (27,0%) pacienți cu PC, II lot 282 (73,0%) pacienți cu PC cu complicații. Operațiile de elecție au inclus: I lot - pancreato-jejunoanastomoză pe ansa Roux (PJA) 90 (85,71%) cazuri, duodenopancreatectomie cefalică (DPC) – 1 (0,95%) caz. Lotul II - în cazurile complicate cu pseudochist pancreatic (PP) chistpancreaticojejunoanastomoză (CPJA) pe ansă Roux-174 (61,7%) cazuri, drenare externă (inclusiv și drenare ecoghidată) - 62 (21,99%) cazuri, DPC-1 (0,33%) caz, rezecție corporocaudală pancreatică-4 (1,04%) cazuri. Splanhnectomia toracoscopică a fost efectuată în 19 (4,90%) cazuri (I lot-14 (13,33%) cazuri, II lot 5 (1,77%) cazuri). Pentru cazurile de PC complicată cu icter mecanic (30 (7,73%) cazuri) -PJA cu colecisto- sau coledoco-jejunoanastomoză pe ansă bispiculată a la Roux (I lot-5 (4,76%) cazuri), CPJA cu colecisto- sau coledoco-jejunoanastomoză pe ansă bispiculată a la Roux (II lot-25 (8,86%) cazuri). Letalitate postoperatorie nulă.

## Summary

Our study includes the results of surgical treatment of 387 patients divided into 2 groups: (I group 105 (27, 00 %) patients with chronic pancreatitis (PC), II group- 282 (73, 0%) patients with PC and complications, within the period 1990-2010 in Surgical Clinic N2. Operations of choice were following: I group- pancreato-jejuno-anastomosis (PJA)- 90 (85,71%) cases; CDP - 1 (0,95%) cases. II group-the complicated cases with pancreatic pseudo cyst (PP) – cyst-pancreato-jejuno-anastomosis (CPJA) on the loop by Roux 174 (61,7%), external drainage, ultrasound guided puncture of PP- 62 (21,99%) cases, CDP – 1 (0,36%) cases, distal pancreatectomy- 4 (1,04%) cases. Thoracoscopic splanchnectomy-19 (4, 90%) cases (Igr.-14 (13, 33%) cases, gr. II-5 (1,77%) cases). PC complicated cases by obstructive jaundice (30 (7, 73%) cases) - PJA with cholecysto-or-holedocho-jejunoanastomosis (CoCJA) on the split loop by Roux (I gr.-5 (4, 76%) cases, CPJA with CoCJA on the split loop by Roux II gr.-25 (8, 86%) cases. The rest of operations were not followed by postoperative lethality.

## Introducere

Începutul secolului XXI este marcat de o creștere rapidă a incidenței pancreatitei cronice (PC), ultimii 10 ani indicând o creștere a incidenței acestei patologii de aproximativ 3,7 ori, invaliditatea primară atingând valori până la 15%, mai ales în țările unde indicele consumului de alcool este ridicat (1-11).

În tratamentul PC și al complicațiilor aferente acesteia, intervenția chirurgicală ocupă un loc important și dispune de o diversitate de procedee ce derivă din polimorfismul patogenic, simptomatic și lezional al PC, deși acestea reprezintă entități discutabile și interpretate în mod variabil (2-6).

La moment, încă nu există un consens bine delimitat, în aprecierea limitelor raționale ale farmacoterapiei, indicațiilor pentru tratament chirurgical, termenilor optimi și tehnicilor electiv moderne ale chirurgiei deschise și

mini-invasive pentru chirurgia reconstructivă, evaluarea rezultatelor la distanță, în raport cu diversele procedee chirurgicale efectuate (7-9).

Tehnicile chirurgicale utilizate pentru stabilirea tratamentului complicațiilor majore ale PC: pseudochistul pancreatic (PP), obstrucția căii biliare principale, stenoza digestivă gastro-duodenală, sindromul de hipertensiune portală sectorială, ascita pancreatică, fistula pancreatică, malignizarea, specificată în sursele de specialitate rămân actuale (10,11).

Interpretările variabile în conduita medicală a bolnavilor cu PC și complicațiile ei a determinat realizarea acestui studiu în aspectul selecției candidaților pentru tratament chirurgical, obiectivizând termenii, indicațiile și tehnicile operatorii menite să îmbunătățească rezultatele postoperatorii și nivelul reabilitării sociale.

## Obiectivele lucrării

Optimizarea managementului chirurgical de tratament al pacienților cu PC și complicațiile ei.

## Material și metode de cercetare

Studiul retrospectiv desfășurat în perioada anilor 1990-2010 în Clinica Chirurgie nr. 2. a vizat analiza rezultatelor tratamentului chirurgical aplicat la 387 pacienți cu PC și complicațiile ei repartizați în 2 loturi: I lot 105(27,0%) pacienți cu PC, II lot 282(73,0%) pacienți cu PC cu complicații. În lotul I au fost incluși pacienți cu următoarele forme de PC: indurativă 16(15,24%) cazuri, pseudotumoroasă 31(29,52%) cazuri, calculoasă 58(55,24%) cazuri. Lotul II a inclus cazurile de PC complicate cu PP- 261(92,6%) cazuri, icter mecanic-30(9,0%) cazuri, ascită pancreatică – 16(5,0%) cazuri, stenoză gastro-duodenală - 12(3,5%) cazuri, fistulă pancreatică - 8(2,5%) cazuri. Repartizarea după sex: bărbați -310(80,0%)- lot I-100 (95%), lot II- 210(85,0%), femei – 77 (20,0%) - lot I- 5 (5,0%), lot II- 72(15,0%). Persoane activ incluse în sectorul de muncă au constituit 363 (93,79%) cazuri.

## Rezultate

Diagnosticul și tratamentul PC a fost efectuat conform algoritmului elaborat în clinică (fig.1):

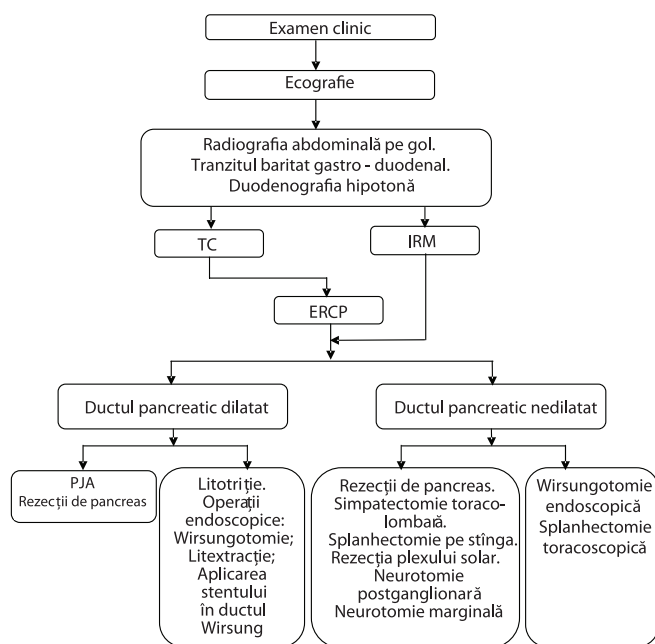


Figura 1. Algoritm diagnostic și terapeutic al pacienților cu PC

Indicația principală (tab.1) pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei au fost determinate de durerea abdominală prezentă în toate cazurile, urmată de semnele clinice ale complicațiilor PC.

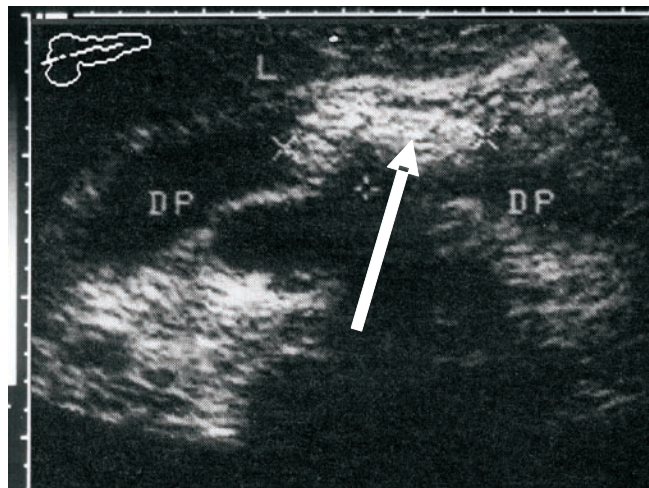


Figura 2. USG. Calcul în lumenul d. Wirsung

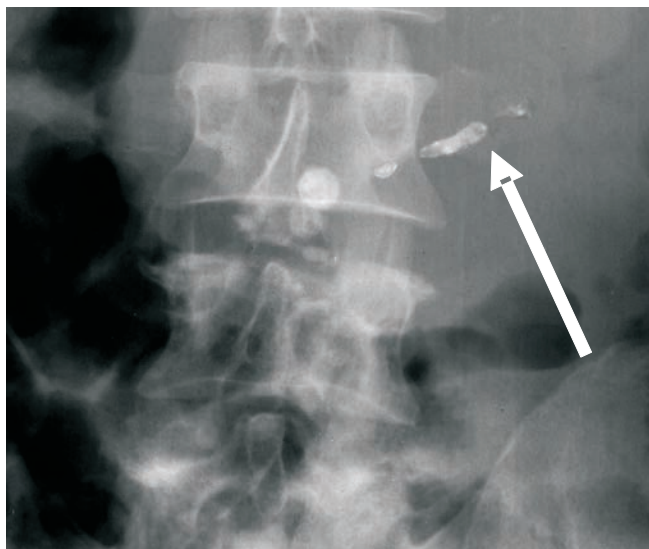


Figura 3. Opacități produse în aria de proiecție a d. Wirsung

Combaterea durerii, a deficitului funcțional pancreatic, în-cetinirea deteriorării funcțiilor glandei pancreatice, prevenirea complicațiilor au constituit obiectivele esențiale terapeutice ale acestei boli. În același timp, gestul chirurgical a fost justificat de complicațiile PC (obstrucții, pseudochiste, ascită, blocaj

Tabelul 1. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei

Nr.	Indicație chirurgicală	Lotul I	%	Lotul II	%	Total	%
1.	Forma dureroasă a PC refractară la terapia medicamentoasă	105	100,0	282	100	387	100
2.	PC. Pseudochist pancreatic Complicat cu supurație	-	-	266 65	94,33 24,43	266 65	68,73
3.	PC. Suspecție de malignizare	1	0,95	1	0,36	2	0,52
4.	PC. Icter mecanic	-	-	5	1,77	5	1,29
5.	PC. PP. Icter mecanic	-	-	25	8,87	25	6,46
6.	PC. Stenoză pilorică	-	-	7	2,49	7	1,81
7.	PC. Fistulă pancreatică	-	-	11	3,9	11	2,84

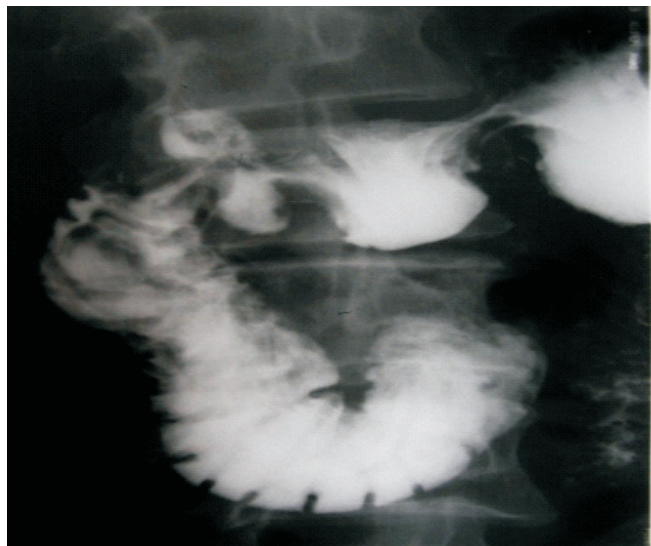


Figura 4. Malrotație duodenală. Duodenostază subcompensată

duodenal. Procedeele chirurgicale efectuate pacienților cu PC și complicațiile ei sunt prezentate în tabelul 2.

Drenajul canalului Wirsung (Fig. 10,11) a fost realizat prin derivația pancreatico - jejunală pe ansă în Y în 90(85,71%) cazuri (I lot). În 14(13,13%) cazuri din lotul I când d. Wirsung nu a fost dilatat (diametrul d. Wirsung mai mic de 0,5 cm) a fost aplicată splanhnicectomia toracoscopică menită să combată durerea.

**Caz clinic.** Pacientul P.A., în vârstă de 35 de ani, internat pe 05.12.2009 cu următoarele acuze: dureri epigastrice violente, „în bară”, ce se instalează la câteva ore după masă și care au o durată de câteva ore, grețuri, vărsături repetate, scăderea masei corporale.

Din istoricul bolii actuale: reținem evoluția afirmativă în timp de aproximativ 4 ani. Boala a avut un debut lent cu evoluție

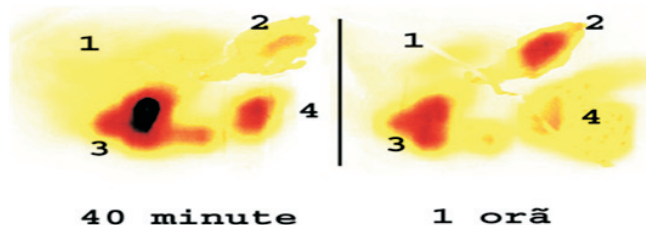


Figura 5. Reținerea evacuării radionuclidului din duoden mai mult de 60 min.: 1-Ficat;2-Stomac;3-Duoden; 4- Intestinul subțire

progresivă. Preparatele analgezice au avut un efect temporar de scurtă durată și nu au suprimat integral sindromul algic. În tabloul clinic remarcăm dureri în regiunea epigastrică, hipochondrului stâng, scaun de 2 ori în 24 ore.

Hemograma, analiza sumară a urinei-fără modificări patologice. Din cadrul indicilor biochimici s-a constatat reducerea proteinei serice până la 54g/l.

USG (Fig. 2). Pancreasul: cefal 5,8 cm, corpul 3,2 cm, coada 3,4 cm, conturul clar, parenchimul cu ecogenitate difuz crescută. D. Wirsung cu diametrul – 15 mm. În proiecția d. Wirsung multiple zone cu ecogenitate crescută cu diametre diferite (4,7-5,7 mm).

Radiografia simplă abdominală - în proiecția d. Wirsung se vizualizează multipli calculi (Fig.3).

Radiografia cu masă baritată a duodenului (Fig.4): PC calculoasă. Duodenostază. suprimat completamente sindromul algic.

Electrogastroduodenografia (EGDG) a elucidat o dischinezie duodenală. Activitatea electrică a duodenului fără răspuns la stimulare, coeficientul de ritmicitate a stomacului și duodenului este scăzut de 2 ori (de tip hipotonic).

Scintigrafia secvențională hepato-biliara: reținerea evacuării radionuclidului din duoden mai mult de 60 min. (Fig.5).

Tabelul 2. Procedee chirurgicale aplicate pentru pancreatita cronică și complicațiile ei

Nr. ord.	Varianta operatorie	Lot	Nr. de pacienți	%	Nr. total	%
REZEȚII PANCREATICE:						
1	DPC	I	1	0,95	2	0,52
		II	1	0,36		
2.	Rezeție pancreatică caudală cu derivație pancreatico-jejunală + splenectomie	II	4	1,44	4	1,04
OPERAȚII DE DERIVAȚIE INTERNĂ:						
3	PJA pe ansă Roux (Operația Puestow II)	I	90	85,71	90	23,26
4.	CPJA pe ansă Roux	II	174	61,70	174	44,96
5.	PJA + colecisto (coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux	II	5	1,8	5	1,29
6.	CPJA+colecisto (coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux	II	25	8,86	25	6,46
7.	Fistulo-jejunoanastomoză	II	2	0,72	2	0,52
8.	Excizia fistulei+PJA	II	4	1,44	4	1,04
OPERAȚII DE DRENAJ EXTERN:						
9.	Drenare externă a PP	II	55	21,07	55	14,21
10.	Drenare externă ecoghidată a PP	II	7	2,48	7	2,33
OPERAȚII DE NEUROLIZĂ:						
11	Splanhnicectomie toracoscopică	I	14	13,33	19	4,91
		II	5	1,77		
	TOTAL	I-105		100,0	387	100,0
		II-282		100,0		

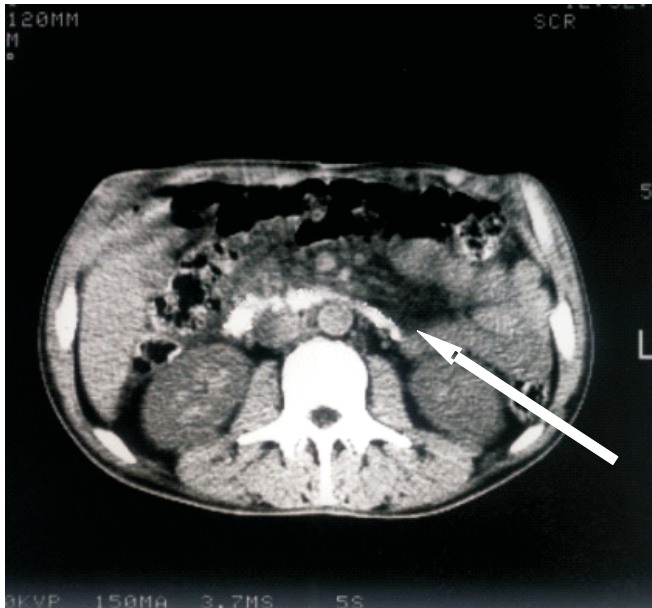


Figura 6. CT. PC calculoasă

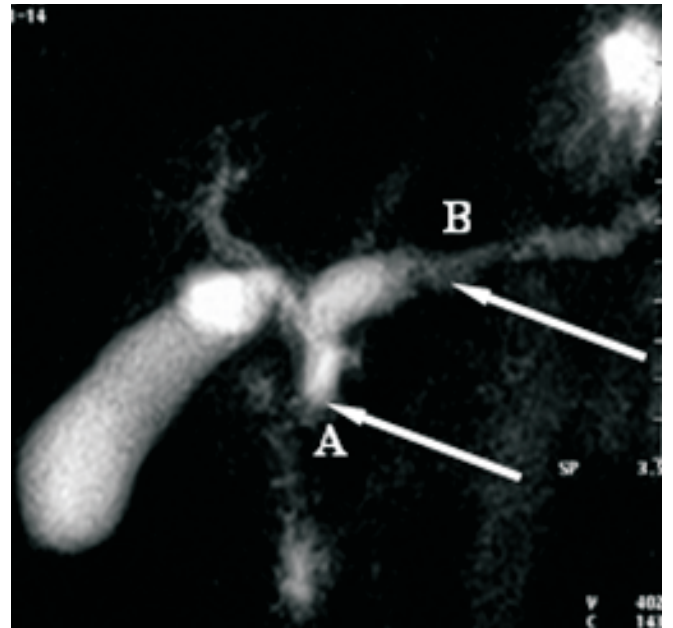


Figura 8. IRM. A- Litiază wirsungiană; B- Dilatarea d. Wirsung

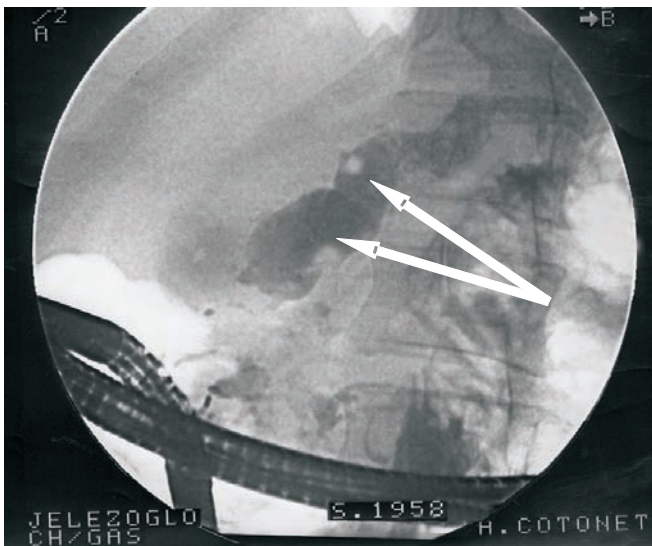


Figura 7. ERCP. Wirsungolitiază, dilatarea d. Wirsung

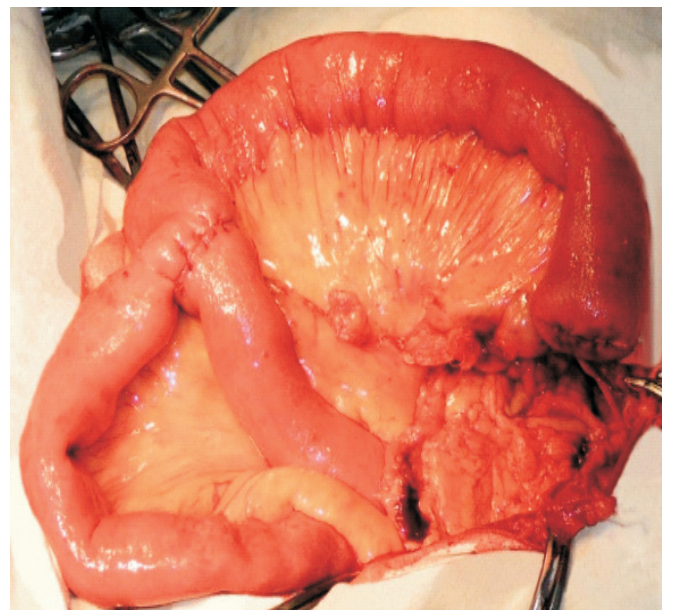


Figura 9. Ansa Roux pregătită pentru PJA

CT: Creșterea indicilor densitometrici ai țesutului pancreatic. Wirsungolitiază. Ductul Wirsung dilatat (fig.6). ERCP: Ductul Wirsung este vizibil dilatat până la 1,9 cm. În lumenul d. Wirsung se apreciază calculi cu diametrul 0,3-0,6cm. Concluzie PC calculoasă. Dereglări de evacuare a sucului pancreatic (fig.7).

IRM (fig.8) evidențiază creșterea în volum a regiunii cefalopancreatice. Ductul Wirsung cu diametru 1,5 cm. Dereglări de evacuare a sucului pancreatic.

Intraoperator (15.12.09): Pancreasul mărit în dimensiuni, la palpare dur pe tot parcursul. S-a efectuat wirsungotomia în regiunea cefalo-corporeală pe o lungime de 10 cm. În lumenul d. Wirsung - multipli calculi cu diametrul 0,2-0,5cm, care au fost înlăturați. S-a practicat pancreatico-jejunoanastomoză pe ansă izolată a la Roux (Fig. 9, 10). A fost recoltat material biptic din regiunea cefalopancreatică. Evoluție p/o simplă. Externat la domiciliu în stare satisfăcătoare a 7-a zi p/o. Histopatologic: aspect de PC.

La 2(0.52%) pacienți cu suspjecție la malignizare au fost efectuate DPC (lot I, II).

**Caz clinic.** Pacientul V.I. în vârstă de 58 de ani, paznic, de proveniență din mediul urban, s-a internat pe data de

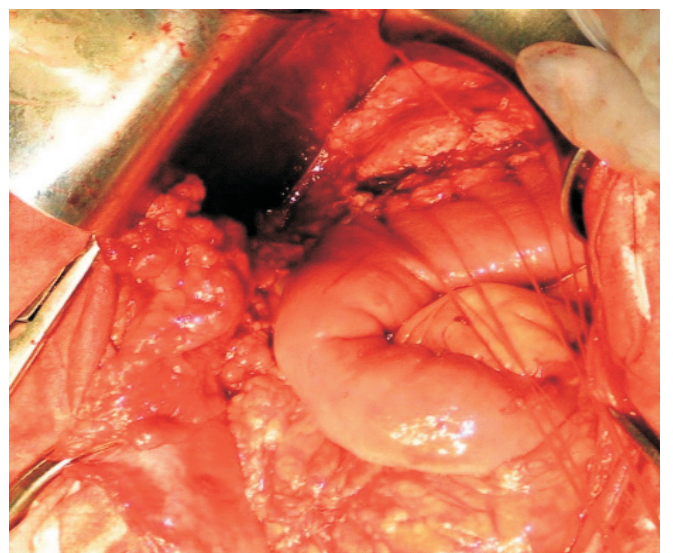


Figura 10. Pancreatico-jejunoanastomoză cu ansă izolată a la Roux

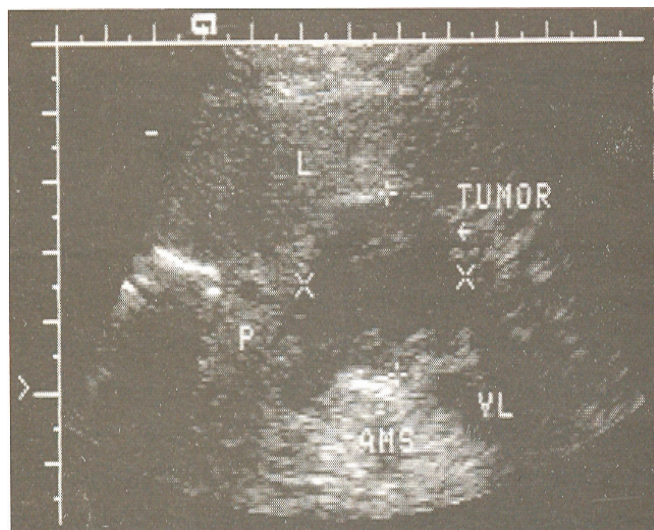


Figura 11. USG. Formațiune hipocogenă pe aria de proiecție a capului pancreatic

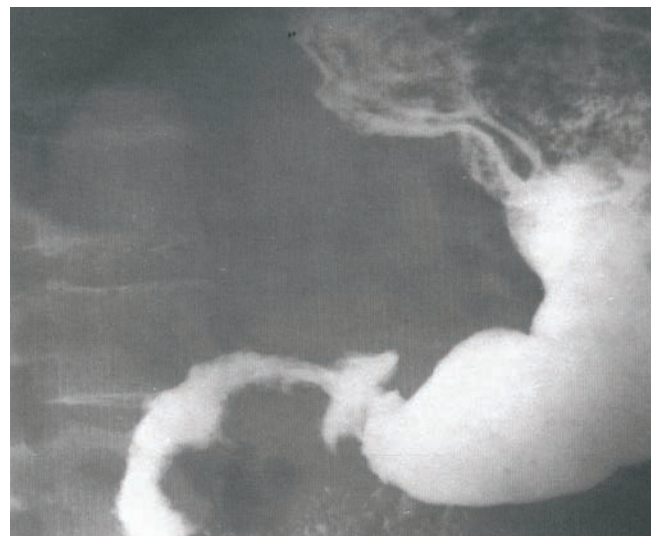


Figura 12. Tranzit baritat eso-gastro-duodenal. Imagine lacunară la nivelul D2 cu stenoză parțială a duodenului

02.11.2008 pentru dureri abdominale de intensitate mare localizate epigastric, însoțite de icter sclero-tegumentar intermitent, grețuri, vărsături, scădere ponderală (aproximativ 4 kg în ultima luna), inapetență. În antecedentele patologice s-a remarcat prezența PC pe o perioadă de 10 ani. Bolnavul a consumat constant alcool (aprox. 100 ml alcool /zi) de peste 20 de ani. Cu 2 săptămâni înainte pacientul a remarcat manifestarea icterului sclero-tegumentar de tip obstructiv.

Explorarea ecografică a evidențiat un colecist destins cu pereți groși, fără calculi, coledoc ușor dilatat cu un calibru de 12 mm, prezența unei formațiuni cu ecogenitate mixtă de 17 mm la nivelul capului pancreatic (Fig. 11).

Radiografia gastro-duodenală cu sulfat de bariu, a pus în evidență la nivelul lui D2 o imagine lacunară de cca. 2 cm cu stenoză parțială a duodenului, reflux duodeno-gastral (Fig. 12).

În tabloul clinic prevalează durerile din regiunea epigastrică, hipocondrul stâng, icterul sclero-tegumentar de tip obstructiv, scădere ponderală. Rezultatele analizelor biochimice au denotat hiperbilirubinemie (bilirubina generală 60,0 mkmol/l, directă-48,0 mkmol/l, indirectă-12,0 mkmol/l), ind. protrombinei serice – 60,0 %, ALT-1,6 mkmol/l, AST-1,2 mkmol/l.

Explorarea endoscopică a pus în evidență leziuni de esofagită grad I, leziuni de gastrită antrală secundare unui important reflux biliar și a mucoasei duodenale intens inflamate.

CT: pancreas cefalic neomogen cu limite imprecise; pancreas corporeo-caudal cu structura glandulară păstrată și cu moderată dilatare a d. Wirsung; la nivelul procesului uncinat – nodul hiperdens de aproximativ 2 cm; țesut grasos perimezenteric – aspect neomogen, infiltrat; micronoduli interaortico-cavi, latero-aortici, pericefalic pancreatic.

IRM în regim standard și dinamic a evidențiat mărirea în dimensiuni a cefalului pancreatic, ultimul cu aspect de PC, dilatarea coledocului (Fig. 13).

ERCP a depistat un bloc la nivelul cefalopancreasului cu o dilatare în amonte a coledocului și d. Wirsung (Fig.14).

Suspiciunea diagnostică preoperatorie a fost de tumoră cefalopancreatică (susținută de icterul fluctuant, scăderea ponderală, explorările imagistice), deși nu s-a putut exclude o PC. Nu a existat posibilitatea tehnică de efectuare a unei biopsii transduodenale. După o pregătire preoperatorie adecvată (corectarea indicelui de protrombina – Quick – și parțial a probelor hepatice), s-a intervenit chirurgical - laparotomie mediană sub anestezie generală. La explorarea intraoperatorie

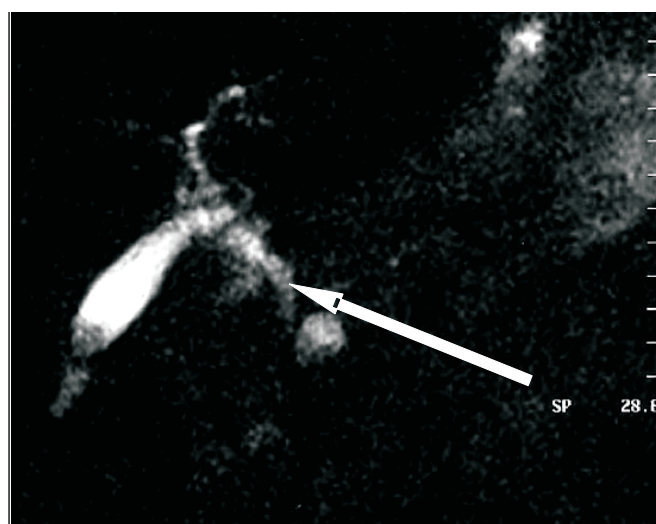


Figura 13. IRM în regim dinamic. PC cefalică. Dilatarea coledocului. Icter mecanic

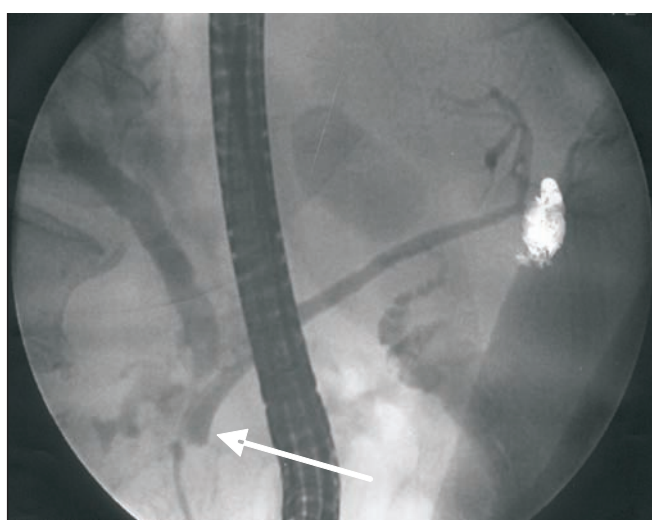


Figura 14. ERCP. Bloc la nivel cefalopancreatic. Dilatarea coledocului și d. Wirsung



Figura 15. Pancreatojejunostomie T-L

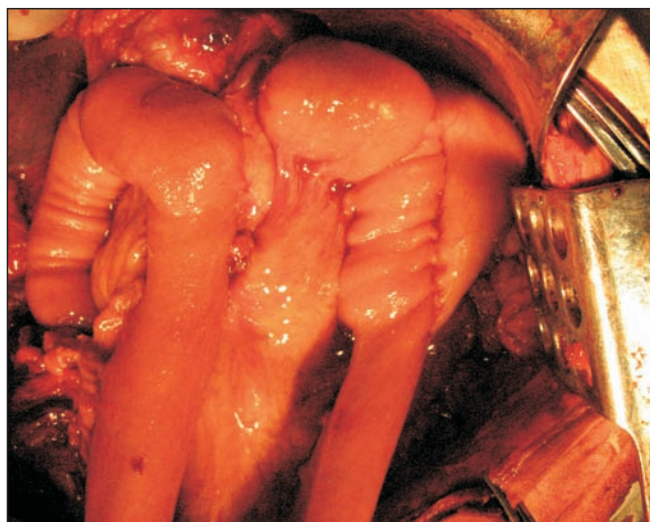


Figura 16. Anastomoza gastro-jejunală și coledoco-jejunală

s-a pus în evidență o formațiune tumorală pancreatică de cca 5 cm (mai mare decât cea descrisă la explorările imagistice); s-a prelevat biopsie chirurgicală, dar rezultatul examenului anatomopatologic extemporaneu a fost incert. În fața leziunii suspecte situată la nivelul procesului uncinat în contact cu pachetul mezenteric, cu numeroși ganglioni macroscopic măriți de volum situați în imediata vecinătate a pancreasului și aspectul nodular în totalitate al acestuia, precum și al unui duoden modificat, singurul gest care s-a considerat util a fost realizarea rezecției glandulare. S-a practicat DPC, colecistectomie, restabilindu-se continuitatea prin anastomozes pancreato-jejunală, gastro-jejunală și coledoco-jejunală (Fig. 15, 16).

Rezultatul anatomo-patologic a evidențiat la nivelul pancreasului cefalic aspecte de PC acutizată, cu importanță fibroză, ectazia canalelor mari, numeroase focare izolate de citosteato necroză. Aspecte tumorale maligne în ganglionii limfatici nu s-au constatat. Perioada p/o a decurs fără particularități.

La controlul de la 3 luni s-a constatat o stare generală bună, pacientul luând în greutate aproximativ 4 kg. Investigațiile imagistice au prezentat rezultate în limitele admise.

Tratamentul chirurgical al PP (lotul II) a inclus: derivații chisto – digestive, drenajul extern, puncții ghidate, exerezele splenopancreatice cu ablația chistului.

Derivațiile pseudochisto-digestive au fost aplicate în funcție de dimensiunile anatomice, localizarea PP, maturitatea peretelui PP (Fig. 17), comunicarea PP cu canalele pancreatice majore. În 25 (9,57%) cazuri de PP imatur (1-3 luni de la apariție) - leziunile respective nu au un perete "propriu" bine definit, acesta fiind reprezentat de parenchim pancreatic remaniat profund, apariției complicațiilor - s-a recurs la drenare externă a PP.

Pseudochiste în curs de maturare (3-6 luni de la apariție)- cu perete compus din țesut fibroconjunctiv, țesut adipos și bogat infiltrat inflamator cronic limfoplasmocitar și mononuclear,

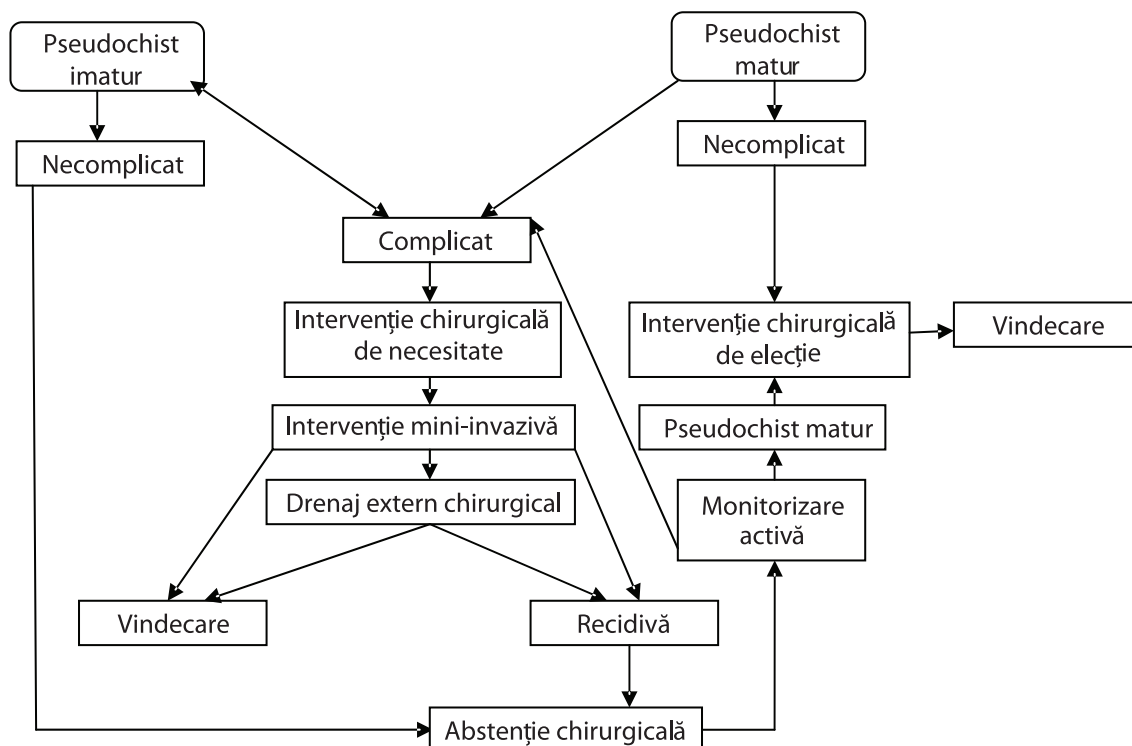


Figura 17. Algoritm de diagnostic și terapeutic al pseudochistului pancreatic

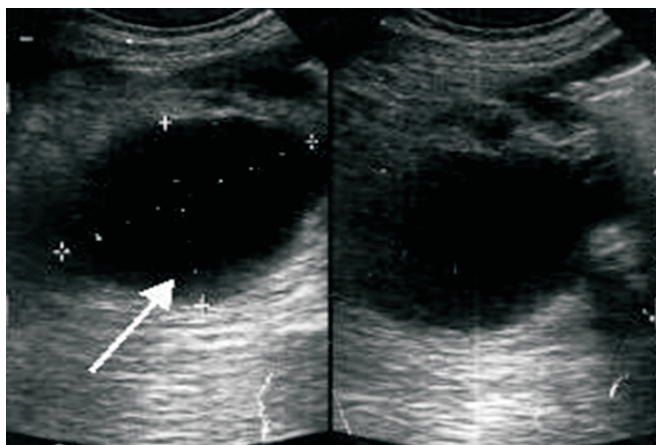


Figura 18. USG. Pseudochist cefalopancreatic

de asemenea au fost rezolvate prin drenare externă a PP în 30(11.49%) cazuri. În cazurile de PP matur (6-12 luni de la apariție)- prezentau un perete mult îngroșat, masiv fibrozat, dens, acelular, aproape avascular, fără remanieri inflamatorii – s-a recurs la aplicarea CPJA pe ansă a la Roux la 174 (65,41%) pacienți.

**Caz clinic.** Pacientul O.G., vârsta 49 ani, bărbat, consumător cronic de alcool, internat pe 21.08.2008 cu următoarele acuze: dureri epigastrice, exacerbate de alimentație, survin ca episoade de acutizare 3 – 5 zile, însoțite de grețuri, vărsături bilioase, anorexie și semne de malnutriție importantă (scădere ponderală în ultimele 3 luni - 15 kg), cu răspuns minim la terapia cu antispastice și antialgice. Maladia a debutat afirmativ lent cu evoluție clinică progresivă de 3 ani. Tabloul clinic: la palpare abdomenul dureros în regiunea epigastrică unde se palpează o formațiune de volum dureroasă, imobilă. Indicii de laborator fără modificări patologice.

USG - hepatomegalie moderată cu ecogenitate sporită a parenchimului hepatic; pancreasul cu aspect neomogen și neregularități de contur la nivelul corpului și cozii pancreasului. Cefalopancreasul 5,3 cm, cu o formațiune hipocogenă (8,0 cm  $\varnothing$ ), cu grosimea peretelui 0,3–0,4 cm (Fig. 18), parenchimul din jur cu microcalcificări. Corpul pancreatic 2,6cm. Ductul Wirsung 1,0 cm în diametru, conține incluziuni cu ecogenitate crescută 0,3–0,4 cm în diametru.

Radiografia simplă abdominală: PC. Wirsungolităză.

Radiografia cu masă baritată a duodenului: Deformație

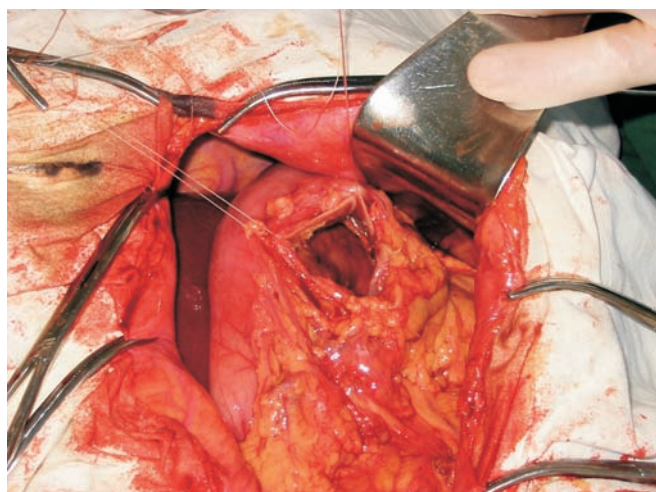


Figura 20. Deschiderea PP

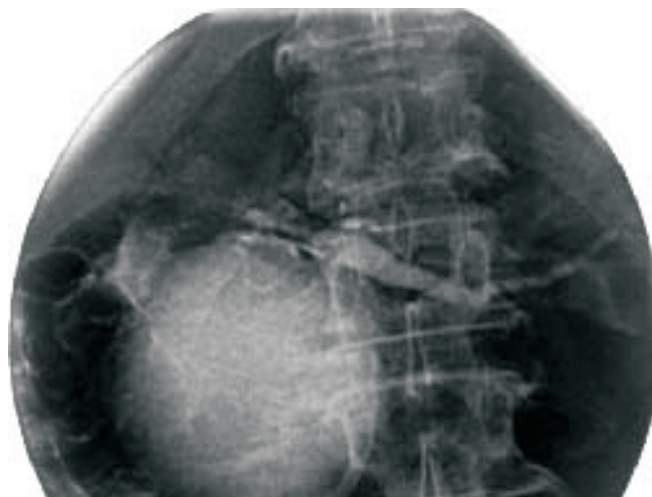


Figura 19. ERCP. Pseudochist cefalopancreatic comunicant cu d. Wirsung

a bulbului duodenal. Mărirea cadrului duodenal, mărirea spațiului retrogastric.

ERCP: Porțiunea cefalică a d. Wirsung, care comunică cu cavitatea unui PP cu diametrul 8,0 cm. Porțiunile distale ale d. Wirsung sunt dilatate cu un diametru 1,0–1,5cm (Fig.19).

Explorarea intraoperatorie. (29.08.2008): pancreasul cu neregularități la nivelul corpului și cozii, cu suprafața neregulată de consistență fermă. În regiunea cefalopancreatică s-a depistat un pseudochist cu  $\varnothing$  10,0 cm. Wirsungotomie pe o lungime de 12 cm. Lumenul chistului comunică cu lumenul d. Wirsung. S-a practicat CPJA pe ansă izolată Roux (Fig.20, 21), drenarea externă a cavității peritoneale. Perioada p/o a decurs fără particularități. Tubul de dren din cavitatea abdominală a fost înlăturat a 3-a zi p/o. Pacientul externat la domiciliu a 7-a zi p/o. În 7(2,33%) cazuri (st. I (1 -3 luni) - 4(57,14%) cazuri; st. II (3– 6 luni) – 3 (42,86%) cazuri) de apariție a complicațiilor PP s-a recurs la drenare externă ecoghidată a PP.

Din totalul de 30 (7,75%)cazuri de PC (lot II) complicată cu icter mecanic în 20(67,67%) cazuri preoperator s-a recurs la decompresie endoscopică a căilor biliare prin diferite modalități: sfincterotomie endoscopică (STE)-8(40,0%) cazuri, stent în calea biliară 8 (40,0%), drenare nazo-biliară - 2 (10,0%) cazuri, litextractie endoscopică 2(10,0%) cazuri. Soluțiile terapeutice în cazurile de PC complicate cu obstrucții biliare au

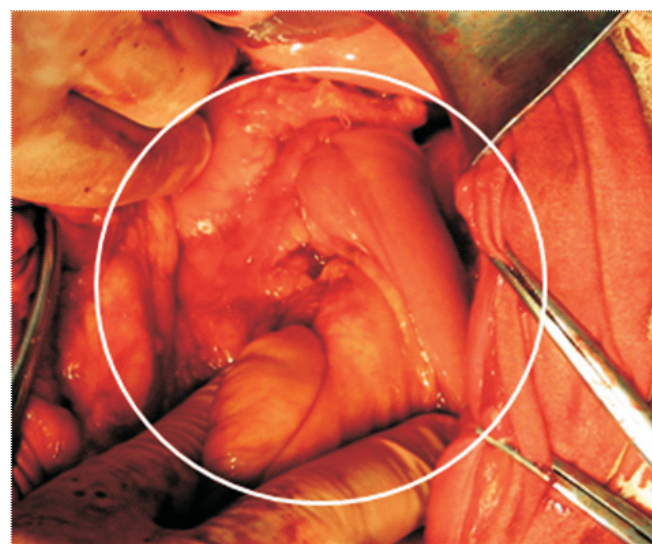


Figura 21. CPJA pe ansă izolată a la Roux

fost: Colecisto (coledoco) – jejunoanastomoză și PJA cu ansă spiculată Roux aplicate la 5(4,76%) pacienți (II lot) și colecisto (coledoco)- jejunoanastomoză și CPJA pe ansă spiculată Roux efectuate la 25(8,87%) pacienți (lot II).

**Caz clinic.** Pacientul C.S., 39 ani, bărbat, internat pe 15.05.2009 cu acuze: dureri cu localizare epigastrică, de intensitate mare, iradiate „în bară” și dorsal, ce apar la intervale variate de timp, în pusee dureroase de 2-4 zile, declanșate de alimentație și calmate parțial de antispastice și antialgice, intoleranță alimentară și pierdere ponderală de 10 kg în ultimele 3 luni.

Tabloul clinic: starea generală de gravitate medie; poziție antalgică; tegumentele uscate, roz – pale; sclerele icterice; stare de nutriție precară; ganglionii limfatici nepalpabili. Examenul local decelează la nivelul epigastrului o formațiune tumorală 8,0x5,0 cm, cu caractere chistice (fixă, remitentă, imprecis delimitată, mată la percuție).

Indicii de laborator: bilirubina generală–29,9 mkmol/l, bilirubina directă–20,7 mkmol/l, bilirubina indirectă–9,2 mkmol/l, ALT–1,84 mkmol/l, AST–0,91 mkmol/l, ind. protrombinei–83,0%.

USG: Colecistită cronică calculoasă. PC. Pseudochist cefalopancreatic (dimens.8,9x5,3x4,3 cm). Bloc distal al CBP (diametrul CBP - 1,1 cm). Dereglări de evacuare a sucului pancreatic și a bilei. Angiocolită. Icter mecanic (Fig. 22).

Radiografia gastroduodenală cu masa baritată: PC calci-fiantă. Mărirea cadrului duodenal și deplasarea anterioară a stomacului. Reflux duodeno - gastric.

ERCP: PC. Arborele biliar intrahepatic dilatat. Porțiunea distală a coledocului îngustată concentric pe parcurs de 5 cm până la 0,15 cm. Ductul Wirsung dilatat până la 1,5cm. Comprimarea porțiunii distale a CBP cu dilatare suprastenotică. Dereglări de evacuare a bilei (Fig. 23).

Scintigrafia secvențională hepato-biliară. Dereglarea fluxului biliar - reținere intra- și extrahepatică a radiotrasatorului (fig. 24).

Tratamentul medical preoperator a inclus: măsuri de detoxifiere, corecția funcțiilor hepatice și pancreatice, terapia anti-inflamatorie, anti-bacteriană, anti-histaminică.

Intraoperator (25.05.2009): Pancreasul mărit în dimensiuni, la palpate de consistență dură pe tot parcursul, edemațiat. În regiunea cefalopancreatică s-a depistat un pseudochist cu dimensiunile 9x7 cm, care comprimă CBP. S-a depistat calibrul mare și sinuoșitatea vaselor gastrice, ligamentului gastrocolic, omentului mare, splenomegalie neînsemnată. Vezicula biliară conține calculi cu diametrul până la 1 cm, defuncționalizată. Coledocul este dilatat până la 1,5 cm în diametru. Puncția d. Wirsung este dificilă. Am recurs la USG i/o, unde s-a depistat d. Wirsung cu diametru 1,5 cm. S-a efectuat o wirsungotomie pe o lungime de 8,0cm. După incizia și evacuarea chistului, explorarea cavității chistului decelează un calcul pancreatic 0,4 cm inclavat în segmentul juxtaduodenal al Wirsungului, care a fost extras. Având în vedere impermeabilitatea ductului cistic și prezența litiazei veziculare s-a efectuat colecistectomie. S-a recoltat biopsie din țesutul pancreatic. Corecția chirurgicală s-a efectuat prin aplicarea unei CPJA, coledoco-jejunoanastomoză cu ansă bispiculată a la Roux (Fig.25), drenarea externă a coledocului. Drenarea externă ulterioară a cavității peritoneale.

Histopatologic- aspect de PC calculoasă. PP cu perete compus din țesut fibroconjunctiv.

Evoluția p/o favorabilă. Pacientul a fost externat în stare

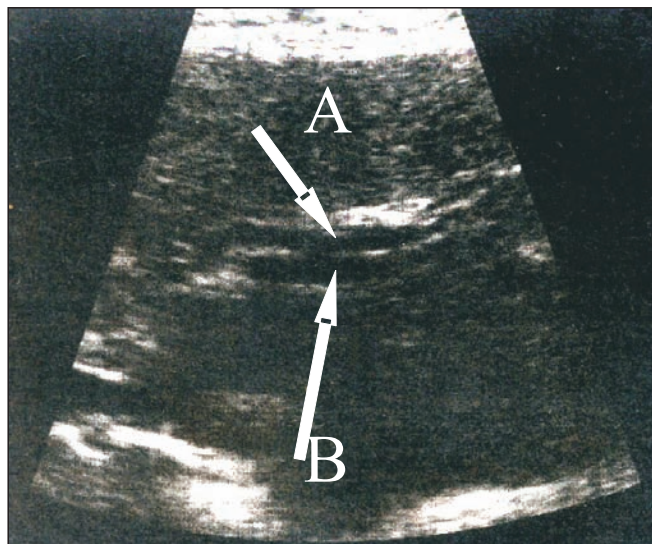


Figura 22. Dilatarea CBP (simptomul „țevii de pușcă”): A–vena portă; B–ductul hepatic

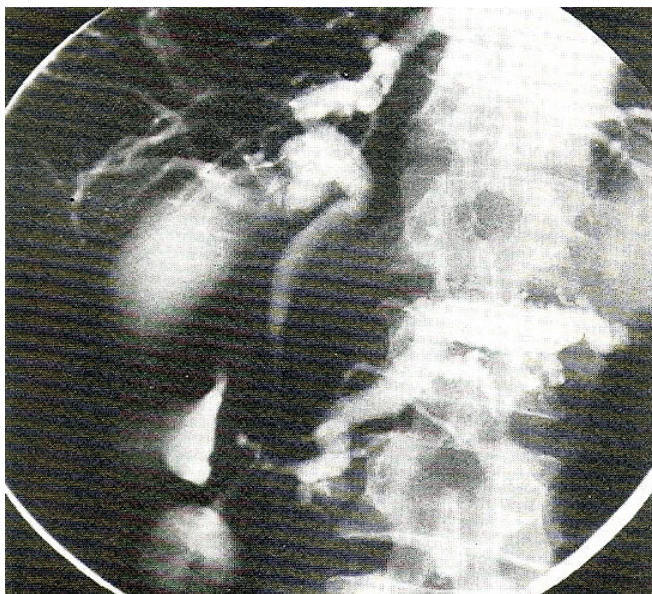


Figura 23. Pseudochist pancreatic compressiv pe CBP

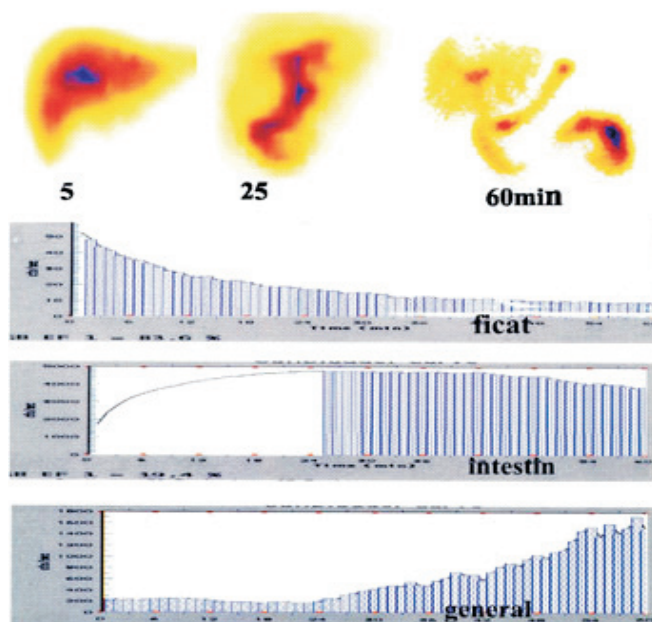
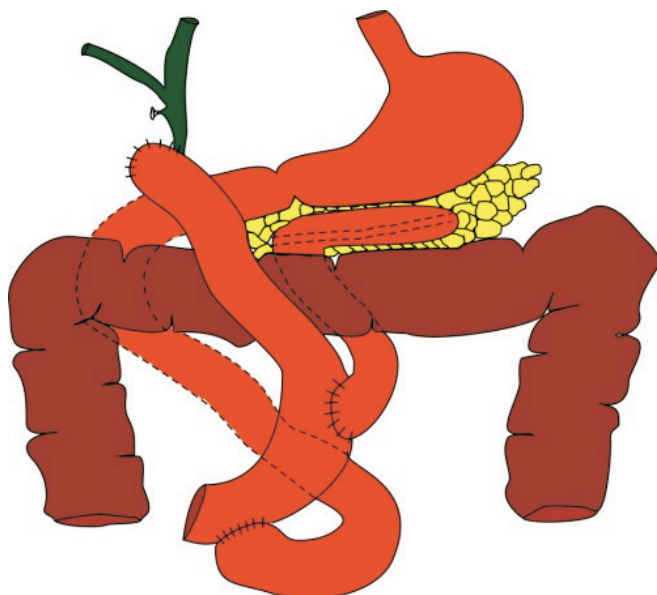


Figura 24. Reținere intra- și extrahepatică a radiotrasatorului





**Figura 25. Ansa jejunală bispiculată în Y a la Roux: coledocojejunostomie și chistpancreaticojejunostomie**

satisfăcătoare la a 8-a zi postoperator cu un debit de 50 ml bilă prin tubul de dren din coledoc.

Pe 15.06.09 s-a efectuat fistulografie – substanța de contrast introdusă prin drenul plasat în coledoc opacifiază căile biliare intra – și extrahepatice fără schimbări patologice. Anastomoza coledoco – jejunală funcțională. Tubul de dren din coledoc a fost înlăturat. Starea generală a pacientului satisfăcătoare.

În 2 (0,51%) cazuri de PP (lot II) de dimensiuni mari cu localizare corporeo-caudală pancreatică s-a recurs la pancreatectomie distală, splenectomie, PJA T-T pe ansă izolată Y a la Roux.

Prezentare de caz clinic: Pacienta B.V. în vârstă de 62 ani internată pe 13.08.2008 cu acuze la dureri permanente în hipocondrul stâng, exagerate de alimente, grețuri, prezența unei formațiuni tumorale în regiunea hipocondrului stâng, micșorarea ponderii corporale cu 10 kg în ultimele 6 luni.

Din anamneză: Debut: din luna mai 2008, manifestat prin sdr. algic abdominal, care în dinamică s-a intensificat. Suferă timp de 10 ani de diabet zaharat tip II, forma gravă, subcompensat.

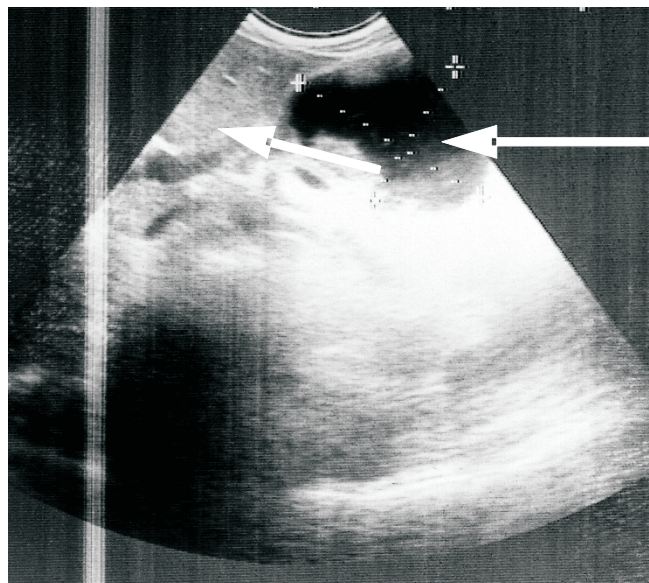
Tabloul clinic: abdomenul dureros la palpare în regiunea epigastrală, hipocondrul stâng, unde palpator se apreciază o formațiune de volum cu diametrul aproximativ 8,0cm, de consistență dură. Rezultatele analizelor biochimice au denotat nivelul glicemiei- 8,5 mkmol/l, proteinei generale serice-60mkmol/l.

USG: PC. Pseudochist corporeo-caudal pancreatic -7,5 cm in diametru (Fig. 26).

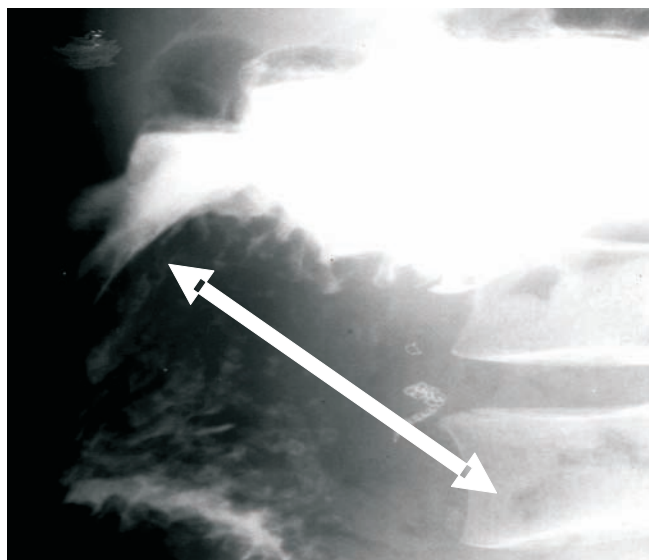
R-grafia cu masă baritată a stomacului, duodenului. Supradimensionarea spațiului retrogastric, deplasarea anterioară a stomacului, colonului transvers (Fig. 27).

CT abdominal: Pancreasul mărit în dimensiuni (cefal 6,0cm, corp 16,0 cm, coadă 4,0 cm) În regiunea corporeo-caudală se apreciază o formațiune de volum cu conținut heterogen cu diametrul 80 mm. Vezicula biliară destinsă cu perete subțire, CBP la diametru de 7 mm (Fig.28).

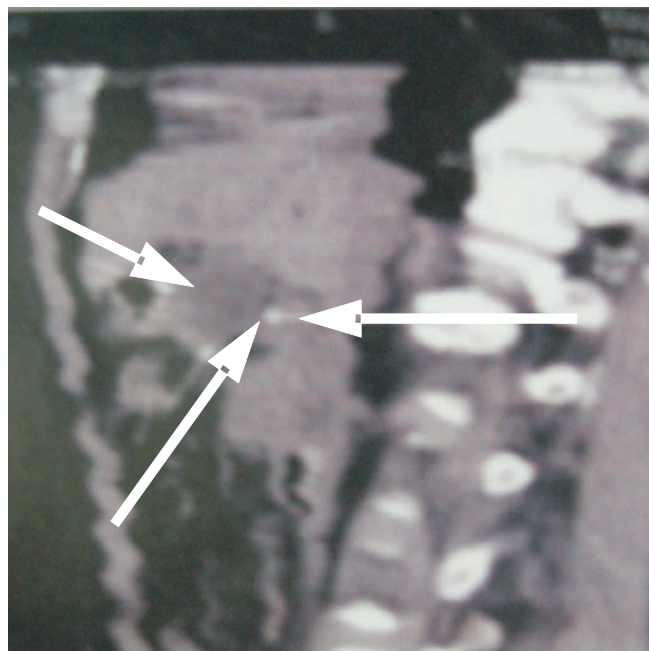
Se intervine chirurgical pe 23.08.2008: intraoperator constatându-se la nivelul corporeo-caudal pancreatic o formațiune tumorală cu diametrul 10 cm, de consistență dură, imprecis delimitată, cu suprafață neregulată și adenopatie peripancrea-



**Figura 26. USG. Pseudochist corporeo-caudal pancreatic**



**Figura 27. Supradimensionarea spațiului retrogastric**



**Figura 28. CT. Formațiune de volum corporeo-caudală pancreatică**

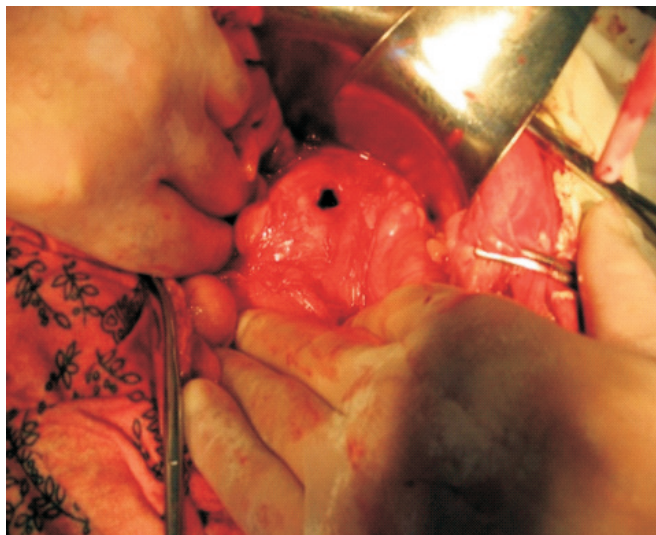


Figura 29. PP corporo-caudal

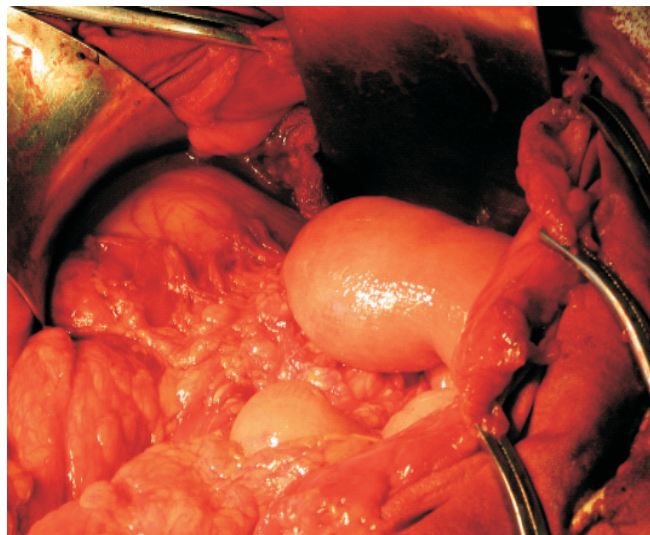


Figura 30. Aspect final al PJA

tică. Se suspectă un chistadeno-carcinom. Se practică rezecția corporo-caudală a pancreasului, splenectomia, PJA T-T pe ansă izolată Roux (Fig. 29, 32). Evoluția p/o a fost favorabilă.

Examenul histologic. PC cu semne de acutizare. PP. Peretele pseudochistului pancreatic compus din țesut fibroconjunctiv, țesut adipos și bogat infiltrat inflamator cronic limfoplasmocitar și mononuclear.

Tratamentul chirurgical adresat pacienților cu fistule pancreatice (8(2,07%) cazuri) a inclus următoarele modalități de rezolvare: rezecție pancreatică caudală purtătoare de fistulă cu derivație pancreatico-jejunală 2(0,52%) cazuri, înlăturarea fistulei, pancreatico – jejunostomie 4(1,56%) cazuri, fistulojejunostomie 2(0,52%) cazuri. Tratamentul conservator (închiderea fistulei sub acțiunea tratamentului cu Octreotid (0,1mg/ml 3 ori subcutan) a fost eficace în 3(0,77%) cazuri. Impactul tratamentului chirurgical asupra manifestărilor clinice pre/postoperator este analizat pe loturi (Fig.31, 32).

Tratamentul medical p/o al pacienților cu PC și complicațiile ei a inclus: regimul alimentar, combaterea durerii, corecție volemică, antibioterapie profilactică sau terapeutică,

corecția funcției pancreatice și a altor organe și sisteme, corecția metabolismului energetic, terapie anticoagulantă și reologică, detoxifiere, profilaxia pancreatitei acute postoperatorie, metode terapeutice pentru restabilirea precoce a tranzitului intestinal, terapia simptomatică, administrarea de extrase pancreatice, punerea în repaos a pancreasului cu scopul diminuării secreției. Un preparat eficace, care a permis de micșorat numărul pancreatitelor postoperatorii, fistulelor, hemoragiilor a fost analogul sintetic al somatostatinei - Octreotidul. Folosirea lui a permis un nivel în limitele normei al amilazemiei chiar din prima zi după intervenție chirurgicală. Tratamentul chirurgical a condus la diminuarea semnificativă sau dispariția manifestărilor clinice preoperatorii. În același timp analiza rezultatelor denotă o creștere a cazurilor de DZ (lot I- 1(0,95%) caz, lotul II -5(1,77%)cazuri), polineuropatie (lotul II-2(0,71%) cazuri). Spitalizarea pacienților în mediu a constituit 15,7(lot I -11,4, lot II – 21,0) zile. Complicațiile p/o au constituit 74(17,14%) cazuri (lot I -14(13,05%) cazuri, lot II-60(21,56%) cazuri). Letalitate în perioada p/o precoce nu am avut.

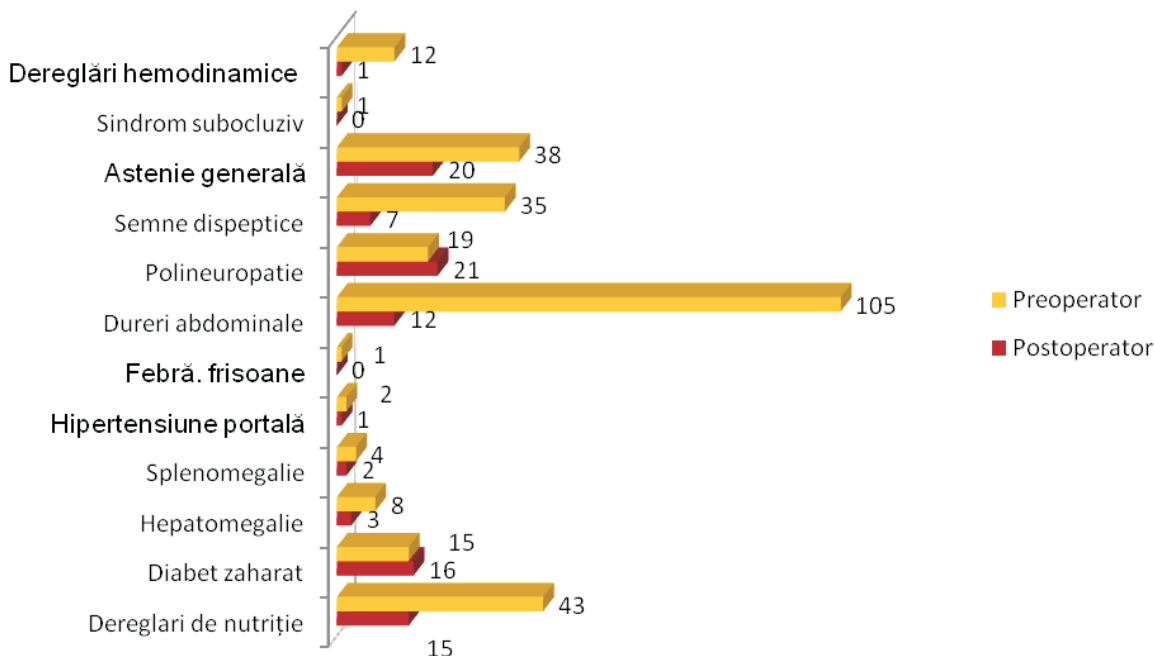


Figura 31. Impactul tratamentului chirurgical asupra manifestărilor clinice pre/postoperator în lotul I

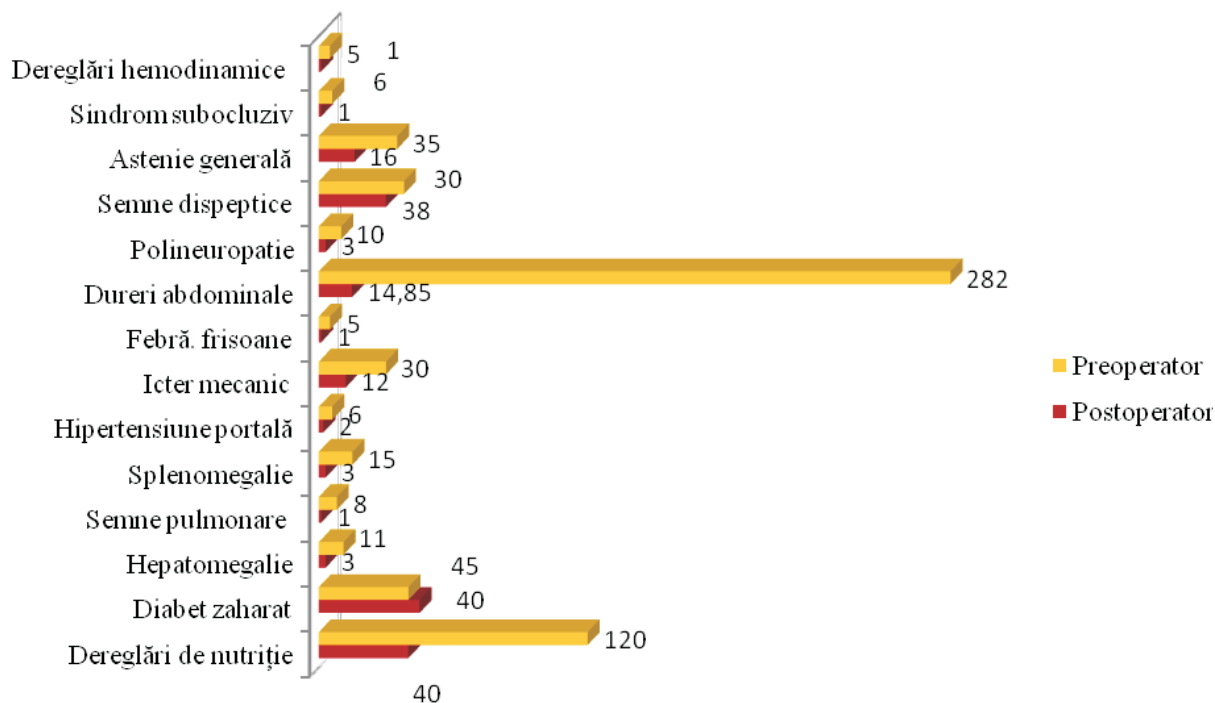


Figura 32. Impactul tratamentului chirurgical asupra manifestărilor clinic pre/postoperator în lotul II

Soluționarea endoscopică a icterului mecanic în perioada p/o (12(18,18%) cazuri) a fost posibilă în 4(33,33%) cazuri (STE – 1(7,5%)cazuri, STE cu litextracție endoscopică-2(13,0%) cazuri, stentare endoscopică -1(7,5%)caz), iar în 8(66,66%)cazuri – prin chirurgie deschisă (colecistojejunostomie-3(37,5%) cazuri, coledocojejunostomie- 5(62,5%) cazuri).

**Caz clinic:** Pacientul P.A., 36 de ani, internat pe urgență pe 12.05.2008 cu următoarele acuze: dureri permanente în epigastru și mezogastru, cu iradiere în regiunea lombară, manifestări dispeptice, ictericitatea tegumentelor și sclerelor de tip obstructiv, prurit cutanat, febră, frisoane.

Din anamneză: În a. 2000 a suportat colecistectomie pentru colecistita cronică calculoasă. Pe 5.12.02 a suportat – PJA pe ansă izolată Roux pentru PC calculoasă, deregări de evacuare a sucului pancreatic. Pe 25.04.2008 apare un sindrom algic abdominal în regiunea epigastrică, care în dinamică s-a intensificat. Pe 11.05.2008 relatează apariția ictericității sclerelor, tegumentelor, frisoane, febră. În dinamică starea generală cu agravare.

Tabloul clinic: starea generală de gravitate medie; conștiință clară; tegumentele, sclerele icterice; stare de subnutriție; abdomenul la palpare dureros în regiunea epigastrală.

Indicii de laborator indică o hiperbilirubinemie (bilirubina generală-123,29 mkmol/l, bilirubina directă-72,6 mkmol/l, bilirubina indirectă-50,6 mkmol/l), ALT-1,2 mkmol/l, AST-0,91 mkmol/l, ureea-6,4 mkmol/l, ind. protrombinic-83,0%.

USG: PC. (Pancreasul: cefal 6,0cm, corpul 5,4cm, coada 2,0cm, parenchimul cu ecogenitate difuz crescută). Bloc distal al CBP (CBP = 2,2 cm). Icter mecanic.

IRM – deregări de evacuare a bilei, cauzate de strictura porțiunii intramurale a CBP. Anastomoza pancreatico-jejunală este funcțională.

Intraoperator (19.05.2003): Pancreasul mărit în dimensiuni pe tot parcursul, preponderent în regiunea cefalopancreatică, la palpare de consistență dură pe tot parcursul. Coledocul este dilatat până la 2,5 cm în diametru. PJA funcțională. S-a aplicat o colecisto-enteroanastomoză pe ansă izolată Roux (Fig. 33).

Drenarea externă a cavității peritoneale.

Cazul prezent a demonstrat una dintre dificultățile evolutive posibile ale PC, uneori în pofida efectuării operațiilor de drenaj pancreatico-digestive, procesul patologic din pancreas poate progresa, în cazul prezent factor determinant al apariției icterului mecanic.

Persistența sindromului algic în PC, ineficacitatea tratamentului conservator a impus efectuarea splanhnectomiei toracoscopice la 7(1,81%) pacienți. Durata medie de spitalizare p/o a fost 3,1 zile.

**Caz clinic.** Bolnavul A.N., 42 de ani, internat pe 12.09.2009 cu acuze: dureri în regiunea hipocondrului stâng ce se instalează la câteva ore după masă și care au o durată de câteva ore, cu iradiere în regiunea lombară, grețuri, scăderea masei corporale, astenie.

Din istoricul actualei boli: Pacientul suferă de PC timp de 8 ani. Cu 5 ani în urmă pacientul a suportat PJA latero-laterală pe ansă exclusă în “Y” pentru PC calculoasă. Starea generală cu ameliorare în timp de aproximativ 3 ani, când din nou s-au intensificat durerile în regiunea hipocondrului stâng. Boala a continuat lent cu o evoluție progresivă. Preparatele analgetice



Figura 33. Coledocojejunostomie pe ansă izolată a la Roux

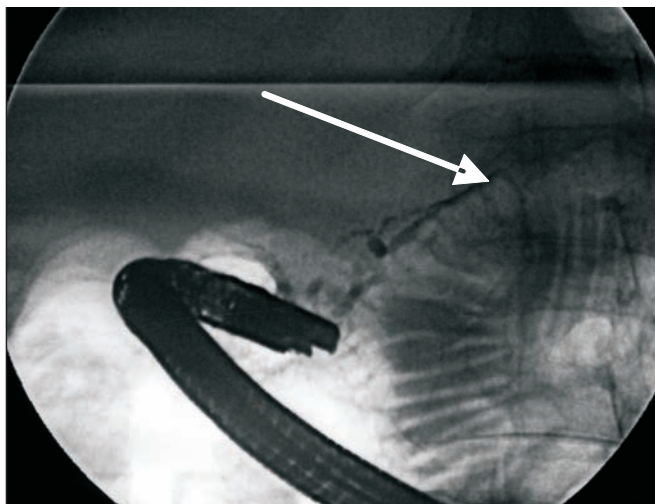


Figura 34. ERCP. PJA funcțională

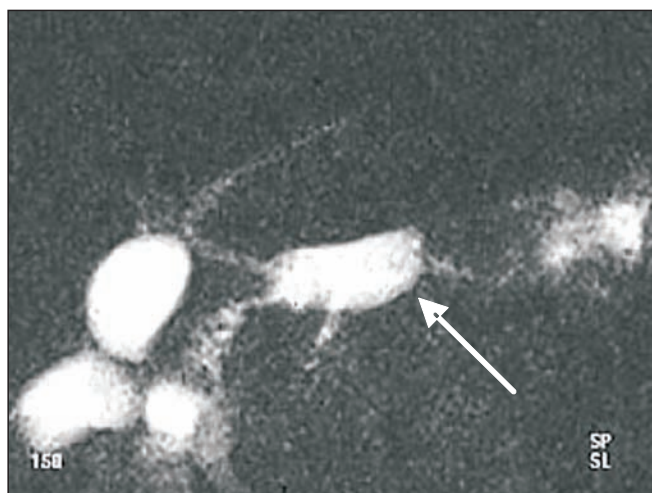


Figura 35. IRM. PJA funcțională

au avut un efect temporar de scurtă durată și nu au suprimat completamente sindromul algic.

Tabloul clinic pune în evidență un sindrom algic în regiunea epigastrică, hipocondrul stâng.

Indicii de laborator - fără modificări patologice.

Ecografia abdominală evidențiază pancreasul mărit în volum cu aspect de PC.

Radiografia cu masă baritată a duodenului: PC calcifiantă. Duodenostază. Deformație moderată a bulbului duodenal. Bulbită.

ERCP: Bulbul duodenal pronunțat deformat. La contrastarea d. Wirsung substanța de contrast din d. Wirsung pătrunde în lumenul intestinului subțire. Coledocul cu un diametru de 0,5 cm. Anastomoza pancreatico-jejunală este funcțională (Fig.34).

IRM: Pancreasul mărit în dimensiuni. Lumenul d. Wirsung comunică cu lumenul ansei izolate Roux. Dereglări de evacuare a bilei și sucului pancreatic nu se apreciază (Fig.35).

Tratament: 16.09.2009 se intervine chirurgical practicându-se o splahnnectomie toracoscopică pe stânga (Fig. 36). Drenarea aspirativă a cavității pleurale stângi.

#### Secționarea nervului splanhnic

La examenul radiologic al cutiei toracice efectuat a 2-a zi p/o s-a apreciat expansiunea completă a plămânului stâng. Tubul de dren din cavitatea pleurală stângă a fost suspendat a 2-a zi p/o. Evoluția p/o favorabilă. Pacientul a fost externat în ziua a 3-a p/o cu stare generală bună. La controlul efectuat în luna a 3-a și a 6-a p/o starea pacientului a fost bună, fără acuze subiective, cu creștere ponderală de 2 respectiv 4 kg. Durerile din regiunea hipocondrului stâng nu mai persistă. Preparate analgetice pacientul nu mai necesită.

Investigațiile imagistice și radiologice efectuate în perioada p/o au permis vizualizarea anastomozelor pancreato-jejunale și colecisto(coledoco)-jejunale permeabile în toate cazurile (Fig. 37, 38).

În perioada p/o tardivă (4-11 ani) din cauza progresării procesului patologic din pancreas, patologiilor concomitente a survenit decesul în 9(2,32%) cazuri (I lot-3 (0,77%) cazuri, II lot =6 (1,56%) cazuri (tab.3).

Evaluarea p/o tardivă (după 15 ani) a evidențiat reabilitarea socială la 352(91,17%) pacienți (I lot -99(94,74%) pacienți, II

Tabelul 3. Cauza decesului în perioada postoperatorie tardivă

Nr.	Diagnosticul	Operația efectuată	Perioada p/o (ani)	Lot	Nr.	%	Cauzadecesului
1.	PC. Ciroză hepatică	PJA	4	I	1	0,25	Ciroză hepatică. Hemoragie din varice esofagiene. SHR
2.	PC. Ciroză hepatică	PJA	5	I	1	0,25	Ateroscleroză difuză. Boala cerebrovasculară. Ictus cerebral. Diabet zaharat, forma gravă. SHR
3.	PC. Cardioscleroză aterosclerotică	PJA	11	I	1	0,25	Insuficiență cardiovasculară acută. Infarct miocardic
4.	PC. PP supurat	Drenare externă	3;6	II	2	0,51	Pancreonecroză.
5.	PC. PP	CPJA	4;8	II	2	0,51	Ciroză hepatică. SHR
6.	PC.PP. Icter mecanic	CPJA+Colectisto-JA pe ansă bispiculată Roux	3;7	II	2	0,51	Angiocolită purulentă. Sepsis. Insuficiență poliorganică
Total				I	3	0,77	
				I	6	1,55	
				I, II	9	2,32	

lot -263(93,33%) pacienți), continuarea activității profesionale - în 280 (72,45%) cazuri (I lot -72(75,79%) cazuri, II lot -208(77,04%) cazuri), o pondere normală - la 310(84,93%) pacienți (I lot - 80(84,21%) pacienți, II lot - 230(85,19%) pacienți). După o evoluție de 10 ani nu mai au dureri - 313(85,75%) pacienți (I lot - 83(87,37%) cazuri, II lot - 230(85,19%) cazuri).

### Discuții

Tratamentul curativ al PC este dificil, deoarece leziunile fibroase, calcificatele ductale cicatriceale nu sunt reversibile. Refacerea funcției exocrine și endocrine a pancreasului nu poate fi prezentată, dar suplinirea sau ameliorarea acestor funcții sunt posibile. Terapiile medicale endoscopice sau chirurgicale ale PC au un scop paleativ. Nici o operație standard nu poate fi luată în seamă în fața varietății lezionale întâlnită în PC (13-15).

Pentru eficiență și siguranță în tratamentul pe termen lung al durerii și al complicațiilor PC, tipul intervenției chirurgicale trebuie individualizat - operații de exereză sau drenaj (12,16,17).

Obiectivul principal al exerezelor pancreatice în PC îl reprezintă depărtarea țesutului pancreatic inflammat, sclerosat și/sau calcificat. Ablăția pancreasului poate fi parțială, sub totală sau totală cu amendamentul ca ablația completă sau aproape completă a pancreasului creează insuficiență glandulară și tulburări ale metabolismului glucidic. Aceste ablații largi de pancreas, într-o PC par ilogice, deoarece îndepărtează o parte dintr-un organ care și așa este redus ca funcție exocrină și endocrină. În mod logic exezele pancreatice sunt valabile doar dacă se îndepărtează o zonă afectată patologic (cefalică sau corporeocaudală) și prin aceasta se întârzie extinderea focarului inflamator la țesutul restant. Din considerentele sus menționate exezele pancreatice sunt indicate doar după terapiile endoscopice medicamentoase și cele igienodietice (renunțarea la alcool) (12, 18-21).

Intervențiile de derivație (de drenaj) urmăresc reducerea durerii prin micșorarea presiunii intraductale în amonte de un obstacol ductal urmat de distensie. Logica acestor intervenții nu este numai acest proces de decompresie și analgezie chirurgicală, ci și oprirea atrofiei de parenchim pancreatic realizată de imposibilitatea funcționării pancreasului exocrin, deversarea conținutului acinar neputându-se realiza (12, 22).

Complicațiile PP sunt cele care adresează mai des pacientul chirurgului, dintre acestea cea mai frecventă fiind compresiunea pe viscerale vecine. Complicațiile majore (suprainfecția, ruptura, hemoragia) sunt cauzele care obligă la intervenția în urgență, care oferă adesea, prin imposibilitatea realizării unui drenaj intern pe un teren epuizat, rezultate slabe. Având în vedere că doar 7,6% din PP persistente peste 6 săptămâni se resorb până la 12 săptămâni și că peste 18 săptămâni practic nu se mai poate conta pe resorbția spontană a PP, se impune monitorizarea clinică și imagistică a PP, urmând să se sancționeze chirurgical PP care după 6 săptămâni nu manifestă tendință de resorbție sau își măresc volumul, rămânând simptomatice. Durata procesului de maturare a pseudo-peretelui recomandă temporizarea intervențiilor chirurgicale la cazurile cu PP fără complicații majore, în favoarea monitorizării (23-26).

Odată luată decizia intervenției chirurgicale, devine esențial ca tratamentul chirurgical să fie adaptat tipului de PP, care ia în considerație patogenia, timpul de la apariție, evoluția PP (22,23).

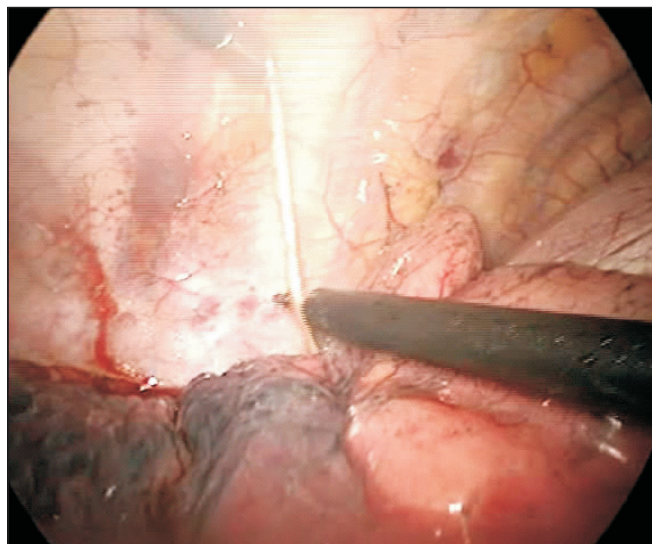


Figura 36.

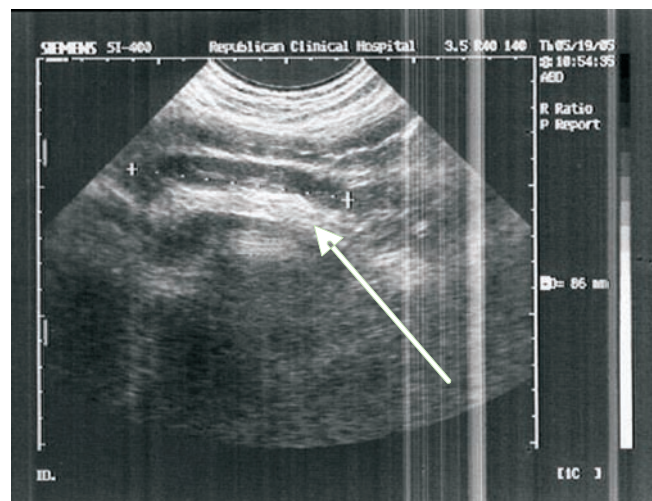


Figura 37. USG. PC. PJA funcțională postoperator peste 10 ani



Figura 38. IRM. PJA (A) și colecisto-jejunoanastomoza (B) funcționale p/o peste 9 ani

Studiul nostru constată superioritatea drenajului intern al PP față de cel extern, toate complicațiile p/o survenind la pacienții cu PP drenate extern, însă reamintim faptul că drenajul extern este efectuat de obicei datorită aparițiilor complicațiilor majore ale PP. În privința tehnicii de drenaj intern folosite, studiul de față recunoaște montajul pe ansă exclusă în «Y» à la Roux, datorită multiplelor sale avantaje, ca fiind metoda de elecție a drenajului (22-24, 36-47) intern al PP.

Achiziție a ultimilor ani, chirurgia laparoscopică a pancreasului își găsește aplicabilitate și în abordarea PP, în clinica noastră fiind rezolvate cu succes 7 cazuri prin efectuarea unui drenaj percutanat ghidat ecografic, cu rezultate identice cu cele ale chirurgiei clasice în ceea ce privește realizarea drenajului PP, augmentate însă de beneficiile bine cunoscute aduse de abordul laparoscopic (16).

Tehnici mini-invazive de drenaj (25-27) (drenajul percutanat ghidat CT, pseudochisto-jejunoanastomoza pe ansă exclusă în „Y” à la Roux, asistată laparoscopic, pseudochisto-gastrostomia endoscopică sau minilaparoscopică asistată endoscopic, pseudochisto-duodenostomia endoscopică, drenajul transpapilar endoscopic), nu au fost practicate la nici unul dintre cazurile studiate, însă ele pot reprezenta o alternativă viabilă pentru cazuri selectate (28-35). În cazul proliferării recidivei durerii ca metodă alternativă de tratament se impune splanhnicectomia toracoscopică. Avantajele acestei metode sunt: acceptabilitate crescută, ameliorarea sindromului algic, permite reducerea sau renunțarea la medicația analgetică, micșorarea duratei de spitalizare, costuri reduse de spitalizare și facilitează o reintegrare socială și profesională rapidă.

Experiența în restabilirea funcției endocrine prin auto-transplant de insulițe pancreatice este încă redusă, ca și terapiile celulare care pornesc de la diferențierea celulelor stem autologe (35). În cazul în care nu se instituie tratament corespunzător speranța de viață a pacienților cu PC este mai scăzută de medie (cu ceva mai mult de 10 ani). La 20 ani după apariția simptomelor doar aproximativ 50% dintre pacienți cu PC supraviețuiesc.

Prognosticul este semnificativ mai bun pentru pacienții care evită consumul cronic de alcool.

## Concluzii

1. Atitudinea terapeutică prin procedeele chirurgicale organomenajante pancreaticojejunale de decompresie, constituie soluția electivă de tratament al PC (cu/fără complicații) cu dilatarea ductului Wirsung iar în cazurile de PC complicată cu hipertensiune biliară și wirsungiană se recomandă aplicarea anastomozelor pancreatico-jejunale și colecisto- sau coledoco-jejunale pe ansă spiculată a la Roux, care asigură o decompresie adecvată a sistemului ductal pancreatic și a arborelui biliar, diminuarea sindromului algic, compensarea dereglărilor funcționale și este avantajat de aspectul reabilitării socio-medicale a acestor pacienți.

2. Termenii optimi pentru efectuarea operațiilor pancreatico-jejunale de decompresie vor fi numai după 4 - 6 luni după atacul de pancreatită acută, adică în perioada „rece”, după efectuarea tratamentului conservator complex, având ca scop sanarea procesului inflamator cronic nespecific și stabilizarea funcțiilor exo- endocrine ale pancreasului, iar în cazurile de PP va fi după minim 6 luni de la momentul debutului, adică după maturarea peretelui pseudochistic.

4. În cazul eșecului farmacoterapiei analgezice și proliferării recidivei durerii în vederea ameliorării calității vieții pacientului se impune splanhnicectomia toracoscopică ca metodă alternativă de tratament.

5. Aplicarea tehnologiilor moderne ale chirurgiei deschise și mini-invazive în tratamentul complex al PC funcție de modificările parenchimului și dimensiunile ductului Wirsung contribuie la îmbunătățirea calității vieții și diminuarea frecvenței complicațiilor postoperatorii.

6. În cazul progresării procesului patologic din țesutul pancreatic și dezvoltării insuficienței funcției exocrine a pancreasului pacienții vor necesita un tratament conservator cu preparate care conțin fermeți pancreatici.

## Bibliografie

- Buligescu L. *Tratat de Hepato-Gastroenterologie*. Ed. Medicală Amaltea, București, România, 1999, vol.II:934 – 949
- Angelescu N. *Tratat de patologie chirurgicală*. Editura Medicală, București, 2001:934-2009.
- Beuran M., Grigorescu M, Pascu O. Actualități în patologia pancreatică, Ed. Medicală Universitatea „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005:196-256.
- Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A. etc. *Chirurgie – curs selectiv*, Chișinău, CEP Medicina, Chișinău, Moldova, 2008:490-537.
- Grigorescu M., Lencu M. *Tratat de Gastroenterologie Clinică*. Ed. Tehnică, București, România, 1997, vol.II :739 – 760.
- Miculțiș F, Vărcuș, F. Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii. Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2005:43-68
- Răzeșu V. *Chirurgie generală*. Ed. Răzeșu, România, 2004:571 - 580.
- Seicean Andrada., *Pancreatita cronică-abordare actuală*, Cluj-Napoca, 2009:130-162.
- Scharts S., Shier S, G., Spencer, F., *Principiile Chirurgiei*, New York, prima ediție în limba română, Teora, 1994:1477-148.
- Shalimov A.A., Kopchiak, V.M., Serdjuk, V.P., Khomjak, I.V., Dronov, A.I. - Benign bile ducts strictures: our experience of the management. *Annals of Surgical Hepatology*, 2000, 5:85.
- Popescu I., *Tratat de chirurgie*. Vol.IX. Partea a II-a. *Chirurgie generala. Patologia ficatului*. Editura Academiei Romane, București, 2009:397-551.
- Nealon WH, Walse R, E: Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage). *Ann Surg* 2002;235:751-758.
- Arkoski P, Sasi SZ.L., Kerekes L., Kovacs I. - Evaluation of pancreatic anastomoses performed during radical resection - *Magyar Sebészet*, 2002, 55(4):221-224.
- Chiur M., Ybucnea A., Șerbanoiu D. Pseudochisturile pancreatice. Probleme de diagnostic și tratament. *Materialele Congresului al XX-lea Național de Chirurgie*. Sinaia, România, 2002(97):269.
- Hotineanu V., Cazac, A., Hotineanu A., *Current surgical management and treatment of chronic pancreatitis and complications*, *Chirurgia*, supliment, rezumate, Congresul Național de Chirurgie, ediția a XXV, număr special, Editura Celsius, 2010:190.
- Funariu G., Seicean R., Biintintan V. Drenajul și rezecția pancreatică în pancreatitele cronice. *Materialele Congresului al XX-lea Național de Chirurgie*, Sinaia, România, 2002, vol.97:184.
- Tomulescu V. Pancreatocetomia distală cu și fără conservarea duodenului. *Materialele Congresului al XX-lea Național de Chirurgie*. Sinaia, România, 2002, vol.97:87.
- Vlad L., Cristea, P.G., Oara, R., Badea, R., Margarit S.. Pancreatocetomie distală laparoscopică, cu prezervarea splinei, pentru tumora solidă pseudopapilară. *Chirurgia*, Ediție specială. 2010, p.198.
- Iancu C., Vlad L., Bălă O., Munteanu D., Achimaș L., Tanțău M., Mihali I., Zaharie F., Pandrea M., Bota E., Borda A. Duodeno-pancreatocetomie în experiența Clinicii Chirurgie III Cluj-Napoca. *Quo Vadis*, Vol. 4 (1):13-17, 2002
- Brătuțu E. Complicațiile postoperatorii în pancreatocetomiile pentru pancreatita cronică. *Materialele Congresului al XX-lea Național de Chirurgie*, Ediție specială, Sinaia, România, 2002, vol.97:88.
- Cazac A *Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase*. Teza de doctorat. Chișinău, 2005:130.

22. Neamtu Carmen. Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas. Teza de doctorat. Chișinău, Moldova, 2006:140
23. Croitoru A., Angelescu M., Ionița D. et al. Obținuni chirurgicale în pseudochistele pancreatice. Materialele Congresului al XXII-lea Național de Chirurgie. Supliment al revistei „Chirurgia”, Tg. Mureș-Sovata, România, 2004, vol.99 (2):142.
24. Pop Gh. Pseudochist pancreatic. Editura Mega, Cluj-Napoca, 2007:160.
25. Șurlin V., Georgescu, E., Margaritescu, D., Cartu, A., Săftoiu, Georgescu, I. Modalități terapeutice actuale în pseudochistul pancreatic. Revista Craiova medicală vol 10(4), 2008: 285-290.
26. Giovannini M, Pesenti, C, Rolland, AL, Moutardier, V, Delpero, JR: Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocysts or pancreatic abscesses using a therapeutic echo endoscope. Endoscopy 2001(33):473-477
27. Sharma SS, Bhargawa, N., Govil A. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst: A long-term follow-up. Endoscopy 2002;34:203-207.
28. Munteanu D., Iancu C. Stenoze maligne ale treimii proximale a căilor biliare extrahepatice – rezultate. Quo Vadis, Vol. 4(1): 30-33
29. Ghidirim Gh., Harabara C. Terapia intensivă postoperatorie la pacienții cu formațiuni de volum cefalopancreatice. Revista „Chirurgia”, Tg.Mureș-Sovata, România, 2004, vol.99, (2):185.
30. Beuran M., Chiotoroiu A., Constantinescu G., Jinescu G., Murgu C., Vartosu C., Diaconescu B., Rosu O. Minimally Invasive Approaches To The Treatment Of Pancreatic Pseudocysts. The XXV Congres Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj –Napoca, Romania, 2010:242
31. Bordea A., Jitea N., Cristian D., Dimitriu V., Aslan Denis, Angelescu N., Burcos T. Therapeutical approach in bilio-digestive anastomosis failure for benign diseases. Cluj –Napoca, România, 2010:152
32. Bratucu E., Marincas M., Daha Cl., Prunoiu V. The necessity of the retropancreatic approach in suppurative pancreatitis. Congresul Național de Chirurgie. Ediția XXV. Volum de rezumate. Chirurgia. Cluj –Napoca, România, 2010:159
33. Cîrdeiu, C., Zavate M., Păcurariu M., Gonta St., Pavel O., Pavell, Ghods M. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Congresul Național de Chirurgie. Ediția XXV. Volum de rezumate. Chirurgia. Cluj –Napoca, România, 2010:163
34. Ghidirim GH., Gherec A., Scerbina R., Suman A. ERCPG and EST in the pathology treatment of biliopancreatics area particularities, prophylaxis of complications. The XXV Congres Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj –Napoca, Romania, 2010:180
35. Sârbu, V., Dima S., Atchie M., Balaban D., Ghelberg M., Grasa C., Botea F., Pasăre R., Nicolae GH. Date preliminare despre tratamentul diabetului postpancreatectomie prin autotransplant de insule pancreatice. Revista Chirurgia. 6/2005, 100:587-593.
36. Вишневикий В.А., Кубышкин В.А., Данилов М.В. Эволюция методов завершения панкреатодуоденальной резекции. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Москва, Россия, 2000:32 - 33.
37. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология. ООО «Лебедь», Донецк, 2000:265-281
38. Данилов М.И., Фёдоров, В.Д., «Хирургия поджелудочной железы», Москва, Медицина, 1995:7 – 402.
39. Даценко Б.М., Тамм Т.И. Клинико-морфологическое обоснование выбора методики хирургического лечения хронического панкреатита. Вісник морської медицині № 2, Одесса, Україна, 2003:121 - 124.
40. Дука Р.В. Отдаленные результаты оперативного лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита. Вісник морської медицині № 2, Одесса, Україна, 2003:157.
41. Копчак В.М., Хомяк И.В., Мошковский Г.Ю. Острый некротический панкреатит. Роль миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении. Materialele Congresului al XIX-lea a Asociației Chirurgilor „N. Anestiadi”, I Congres de Endoscopie din Republica Moldova. Chișinău, Moldova, 2003:45 - 46.
42. Нестеренко, Ю.А., Глабай, В.П. Хронический панкреатит. Медицина. Москва, Россия, 2000:5-177.
43. Опыт клинического применения Октреотида. ЗАО „Фарм-Синтез”. Сборник статей № 2. Москва, Россия, 2003:3 - 16.
44. Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Казаков В.С., Припа В.М., Котонец А.П. Хронический кальцифицирующий панкреатит: Аспекты диагностики и лечения. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Москва, Россия, 2000:149 - 150.
45. Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Припа В.М., Котонец А.П. К вопросу диагностики и лечения хронического кальцифицирующего панкреатита. „Вісник морської медицині”, Одесса, Україна, 2003, (2):325 - 329.
46. Фёдоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов, РЗ., «Хирургическая панкреатология», Москва, Медицина, 1999:125-186
47. Шалимов А.А., Копчак В.М., Тодуров И.М. и др. Хронический панкреатит. Опыт хирургического лечения. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Москва, Россия, 2000, стр.155 - 156.