

PROTOCOALE ALE ȘEDINȚELOR ASOCIAȚIEI CHIRURGIILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGIILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 30.10.2015

Prezidium: Acad. Gh.Ghidirim, Prof. N.Gladun, Prof. E.Guțu

Raport: *Activitatea pe parcursul ultimilor patru ani a Asociației chirurgilor "Nicolae Anestiadi" din Republica Moldova*, Prof. Dr. N.Gladun.

Rezumat. Pe parcursul perioadei evaluate Asociația a organizat întruniri ordinare, lunare, cu punerea în dezbateri a celor mai actuale probleme ale chirurgiei moderne. Tematica abordată a fost variată, cuprinzând așa domenii precum chirurgia toracică, cardiacă, vasculară; chirurgia reconstructivă a tractului digestiv, chirurgia abdominală de urgență, chirurgia zonei hepato-bilio-pancreatice, chirurgia pediatrică și altele. Personal apreciez efortul comun depus de către toți membrii Asociației care au participat pe parcurs la organizarea evenimentelor științifice și a întrunirilor tematice, evenimente din care am avut de câștigat toți. Consider că, în pofida situației socio-economice în care ne aflăm, efortul "chirurgiei moldave" de a fi în pas cu progresul medical merită a fi apreciat, iar realizările noastre cotidiene sunt comparabile cu rezultatele din multe centre chirurgicale europene.

Cu toate acestea, țin să menționez că frecvența la ședințele Asociației lasă de dorit. În acest context, îndemn întreaga comunitate a chirurgilor să participe mai activ, întrucât aceste

întruniri reprezintă o excelentă ocazie de a ne îmbogăți cunoștințele și a obține careva sfaturi utile în ulterioara activitate practică. Urez mult succes președintelui ales al Asociației chirurgilor – Prof. Dr. Eugen Guțu și echipei sale. Așteptăm noi sugestii în vederea sporirii atractivității ședințelor.

Propuneri.

Acad. Gh.Ghidirim: Stimați colegi! Permiteți-mi în primul rând să-i aduc mulțumiri Profesorului N.Gladun din partea întregii comunități chirurgicale autohtone pentru efortul depus pe parcursul a patru ani de activitate în calitate de președinte al Asociației chirurgilor "Nicolae Anestiadi" din Republica Moldova. Sunt întru totul de acord cu remarcă Domniei sale și vin cu îndemnul să participăm cu toții mai activ la viitoarele ședințe.

Vă aduc la cunoștință, de asemenea, că în anul ce vine se vor împlini 100 ani de la nașterea ilustrului chirurg moldav, al cărui nume îl poartă Asociația chirurgilor din Republica Moldova – Nicolae Anestiadi. Cu această frumoasă ocazie vin cu propunerea de a organiza în 2016 o conferință științifică, lansarea unei medalii speciale și editarea unei cărți consacrate istoriei Asociației.

Sinteză: Dr. V.Culiuc, secretar



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGIILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 27.11.2015

Prezidium: Acad. Gh.Ghidirim, Prof. E.Guțu

Raport: *Tumorile mucinoase ale apendicelui vermicular și cavității peritoneale*, Gh.Ghidirim, I.Mișin, Gh.Rojnoveanu, E.Guțu, M.Vozian, A.Mișina (Catedra de Chirurgie Nr.1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie Hepato-pancreato-biliară, Catedra Chirurgie Generală Semiologie, Institutul de Medicină Urgentă).

Rezumat. Mucocelele apendiculare (MA) este o nozologie rară, cu diverse manifestări clinice sau care poate fi depistată incidental, reprezentând fie un proces benign, fie unul malign. Incidența MA este de 0,2-0,4% din totalitatea apendicectomiilor și constituie 8% din tumorile apendiculare. Termenul de "mucocele apendicular" include noțiunile histologice: mucocele simplu, hiperplazia mucoasei, chistadenom mucinos, chist-

adenocarcinom mucinos, însă unii autori pun la îndoială această clasificare și terminologie. Unele studii raportează o incidență sporită a MA la femei, în special în asociere cu tumori mucinoase ovariene. Totuși, corelația dintre cele două nozologii, precum și originea MA rămâne incertă. Tendința actuală este de a clasifica tumorile mucinoase ale apendicelui și ovarelor conform profilului imunohistochimic. Complicațiile spontane ale MA, precum și cele induse de către intervenție includ: ocluzia intestinală, invaginarea, hemoragia și fistulele intestinale, volvulusul, sindromul de compartiment abdominal.

Cea mai severă complicație a MA este pseudomixomul peritoneal (PMP), caracterizat prin diseminarea peritoneală a componentului mucinos și celular în rezultatul rupturii spontane sau iatrogene a mucoceleului. MA progresează spre PMP în

10-15% cazuri. Datele apărute recent atestă faptul că nu doar formele maligne de mucocel pot progresa spre pseudomixom. Dezvoltarea PMP reduce semnificativ calitatea vieții și durata supraviețuirii, care constituie 25% la 5 ani postoperator.

MA nu are manifestări clinice specifice sau poate fi asimptomatic. Unii autori raportează că pînă la 50% din cazuri sunt descoperiri incidentale, însă majoritatea seriilor de cazuri publicate descriu durerea abdominală drept manifestarea clinică principală a MA. Durerea acută sau cronică în fosa iliacă dreaptă este cel mai frecvent simptom, uneori asociat cu formațiuni palpabile la examenul clinic obiectiv. Au fost descrise o serie de manifestări atipice: hemoragie digestivă inferioară asociată cu invaginarea MA, ocluzie intestinală, sepsis, torsiunea, strangularea mucocelului în hernie, semne genitourinare.

Ultrasonografia poate pune în evidență formațiuni chistice cu ecogenitate variabilă în funcție de componența conținutului mucinos. Un semn patognomic pentru MA este „coaja de ceapă” – straturile multiple ecogenice parietale de-a lungul apendicelui dilatat produc imagini circulare. Tomografia computerizată este un instrument eficient în diagnosticul MA, avînd și posibilitatea de a determina relația cu organele adiacente. Rezonanța magnetică nucleară este utilă pentru detectarea leziunilor mucinoase apendiculare și a mucinei extraluminale în caz de erupere, precum și pentru diferențierea neoplasmelor mucinoase mari cu alte patologii intra- și extraperitoneale. Colonoscopia este un instrument util pentru determinarea mucocelului. La examenul colonoscopic a fost descris un semn caracteristic mucocelului – orificiul apendicular în centrul unui val, care se deplasează odată cu respirația. Această particularitate a fost numită „semnul vulcanului”. Endo-ultrasonografia poate arăta structura chistică a mucocelului și poate exclude leziunile solide (carcinoid, lipom, limfangiom) sau invazia stromală, care vorbește despre caracterul malign al MA.

În contextul datelor prezentate MA are manifestări clinice nespecifice, ceea ce explică depistarea incidentală a acestuia în majoritatea cazurilor. Totuși, o evaluare imagistică corectă poate facilita diagnosticul preoperator al leziunilor mucinoase apendiculare. Se presupune că condițiile, care ar avea un impact major asupra supraviețuirii, sunt tipul histologic al PMP, indexul de carcinomatoză peritoneală (PCI) și scorul de citoreducție (CC), deși la momentul actual nu sunt pe deplin elucidați factorii care influențează rezultatele tratamentului și pronosticul la acești pacienți. Cu toate că există un comun acord privind utilitatea și necesitatea chimioterapiei intraperitoneale hipertermice intra- și postoperatorii, lipsește un consens în ceea ce privește regimul optimal termic și selectarea preparatelor pentru a obține rezultate mai bune. La momentul actual sunt puțin studiate proprietățile mucolitice și citostatice ale diferitor preparate care pot fi utilizate în tratamentul MA și PMP, deoarece patologia este rară și e dificil de a efectua studii clinice în acest sens.

Momente de reținut:

1. Din cauza semnelor nespecifice, predominînd tabloul clinic de apendicită acută sau formațiuni ovariene, majoritatea cazurilor de MA sunt diagnosticate intraoperator.

2. În contextul tabloului clinic deseori nespecific și necesitatea diagnosticului diferențial cu o gamă vastă de maladii, evaluarea imagistică riguroasă preoperatorie a pacienților cu suspexie la MA și PMP nu poate fi subestimată și permite selectarea minuțioasă a pacienților pentru diferite abordări terapeutice și planificarea adecvată a tratamentului chirurgical, valorile

PCI determinate la tomografie fiind similare cu cele stabilite intraoperator.

3. Prezența calcificatelor și/sau a fenomenului de *scalloping* visceral este foarte sugestivă pentru diagnosticul pozitiv de MA și PMP.

4. Dozarea markerilor tumorali CEA și CA 19-9 poate fi utilizată atât în evaluarea preoperatorie a pacienților cu MA și PMP, cît și în monitorizarea postoperatorie în dinamică pentru a depista cît mai precoce dezvoltarea sau recidiva PMP.

5. În MA cu potențial malign redus fără semne de perforație și diseminare peritoneală apendicectomia este suficientă, rezultatele la distanță fiind excelente. În caz de chistadenocarcinom mucinos fără PMP este recomandată hemicolonectomia pe dreapta, iar în caz de PMP – intervenții citoreductive cu chimioterapie intraperitoneală hipertermică.

6. Neoplasmelor apendiculare mucinoase cu potențial malign redus, de asemenea, pot progresa spre pseudomixom. Din acest motiv se impune o monitorizare la distanță a tuturor pacienților cu leziuni mucinoase ale apendicelui, indiferent de forma histologică.

7. Datele clinice indică o diferență statistic semnificativă între durata de supraviețuire și dezvoltare a pseudomixomului peritoneal în funcție de tipul histologic al neoplasmelor apendiculare mucinoase, fiind mai frecvente în cazul leziunilor mucinoase cu potențial malign sporit.

Dezbateri

Prof. N.Gladun: MA reprezintă un grup de entități patologice foarte rare, cu un potențial malign variat, pentru diferențierea acestora fiind necesară un examen histologic performant intraoperator. Majoritatea pacienților se adresează tardiv, cu complicații multiple – cazuri în care decesul este inevitabil. Întrebarea e dacă ar trebui oare astfel de pacienți operați?

Prof. E.Guțu: Indiferent de etapa evolutivă a patologiei diagnosticate la momentul adresării pacienților, cît de tardivă nu ar fi aceasta, este necesar de a interveni chirurgical. Altfel se va dezvolta sindromul de compartiment abdominal, insuficiența respiratorie, insuficiența cardiacă, insuficiența poliorganică – complicații care vor duce inevitabil la decesul bolnavului.

Discuții

Prof. Gh.Rojnoveanu: Cunoașterea acestei patologii rare, cît și a algoritmului de diagnostic și tratament poate conduce la o rată mai scăzută a morbidității și mortalității. Ar trebui de precizat cine monitorizează la distanță acești pacienți (medicul de familie, chirurgicalul operator, etc.)?

Prof. E.Guțu: Această patologie o consider „orfană”, fiind în mare parte puțin cunoscută. Drept consecință – deseori sunt comise un șir de erori tactice, îndeosebi de către medicii ginecologi. Anexectomiile și histerectomiile nu sunt suficiente dacă apendicele este păstrat, iar chimioterapia sistemică nu este eficientă. Pseudomixomul este de fapt incurabil, dar intervenția chirurgicală e indicată în toate cazurile, în intenția de a înlătura minuțios, maximal posibil, a conținutului patologic din cavitatea peritoneală.

Sinteză: Dr. S.Cumpătă, Dr. V.Culiuc