

**ASPECTE ASUPRA MANAGEMENTULUI PANCREATITELOR ACUTE SEVERE**  
**Constantin Țâbârnă<sup>1</sup>, Gheorghe Anghelici<sup>1</sup>, Petru Bujor<sup>1</sup>, Viorel Moraru<sup>1</sup>, Cornelia Guțu-Bahov<sup>2</sup>, Vasile Ceauș<sup>1</sup>, Lidia Istrati<sup>1</sup>, Sergiu Pisarenco<sup>1</sup>**  
Clinica Chirurgie SCM „Sfânta Treime”<sup>1</sup>, Catedra nr. 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu”  
Secția reanimare-terapie intensivă SCM „Sfânta Treime”<sup>2</sup>

**Summary**

*The aspects of management in the acute severe pancreatitis*

The aims of this study was to estimate the results of the complex medico-surgical treatment on severe acute pancreatitis in concordance of the elaborated principles.

Our results demonstrate the efficiency of the proposed protocol, including medical and supportive care, the rationale combination of endoscopic and surgical intervention. Imagistic USG and radiologic (CT) monitoring provides to accurate selection on oportune operative time and diminished the mortality rate in patients with severe acute pancreatitis.

**Rezumat**

Obiectivul studiului dat a constituit estimarea rezultatelor tratamentului complex monitorizat medico-chirurgical al pancreatitelor acute severe conform principiilor elaborate. Rezultatele obținute au demonstrat eficacitatea protocolului propus, ce a inclus tratament conservativ intensiv, combinat rațional cu intervenții endoscopice și chirurgicale. Monitoringul USG și radiologic (TC) au contribuit cu acuratețe selecției timpului operator oportun și micșorării ratei de mortalitate la bolnavii cu pancreatite acute severe.

**Introducere**

În statistica generală a chirurgiei de urgență pancreatita acută constituie circa 12-18% din pacienții internați, plasându-se pe locul trei după apendicita și colecistita acută, cu o tendință permanentă spre creștere pe parcursul ultimilor ani. În 85-90% ea se caracterizează printr-o evoluție clinică favorabilă, cedând tratamentului conservativ, dar în restul cazurilor se dezvoltă forme de inflamații severe destructive – pancreonecroze.

Pancreonecroza acută (PA) cuprinde o serie de leziuni grave inflamatorii fermentativ-necrotice localizate în parenchimul pancreatic și țesuturile adiacente din spațiul parapancreatic, însoțite de acumulări exudative în bursa omentală cu răspândire ulterioară în cavitatea peritoneală și evoluția șocului toxico-septic pancreatogen ce determină insuficiență multiple de organe și o letalitate cu adevărat dramatică [1,2,7].

În aceste condiții o importanță deosebită are conduita medico-chirurgicală rațională, care trebuie să asigure drenarea adecvată a focarelor necrotice și purulente pe parcursul evoluției procesului inflamator- destructiv, efectuată, bineînțeles, în paralel cu terapia intensivă de volum detoxicantă și antișoc, antibioticoterapia de spectru larg și supresia secretorie pancreatică în condiții de repaos alimentar absolut, mai ales în faza inițială de șoc endogen toxico-fermentativ a acestei afecțiuni grave [3].

**Scopul studiului** dat a fost estimarea eficacității tratamentului complex monitorizat medico-chirurgical al pancreatitelor acute severe conform principiilor elaborate.

**Materiale și metode**

Drept criterii de diagnostic pozitiv al pancreatitei acute severe, pe lângă tabloul clinic binecunoscut și analizele clinico-biochimice de rutină, caracteristice PA, au servit datele imagistice (USG și TC) specifice procesului inflamator acut-destructiv din zona respectivă evaluate în dinamică diurnă pe fondalul terapiei intensive, conform protocolului. Progresarea intoxicației severe endogene cu parază intestinală refractară, asociate cu tabloul imagistic ce confirmă răspândirea procesului inflamator regional (lichid în bursa omentală și cavitatea

abdominală, flegmon parapancreatic și retroperitoneal) au impus intervenții chirurgicale urgente pe indicații vitale, indiferent de timpul de la debutul maladiei și stadiul evolutiv al PA.

În clinica de chirurgie SCM "Sf. Treime" în perioada aa. 2003- 2008 sau tratat 34 pacienți cu pancreatite acute severe, din ei 11 femei și 23 bărbați, vârsta medie- 43 ani. Debutul acut al bolii pînă pînă la momentul internării- de la 24 ore pînă la 5 zile, în mediu- 2,5 zile. Pacienții au fost internați de regulă direct în secția reanimare și terapie intensivă. Fiind stabilit clinic și confirmat imagistic diagnosticul de PA, din primele ore a fost inițiată terapia intensivă conform protocolului. Șocul enzimatic pancreatogen toxico-septic a fost corijat timp de 24-48 ore, cu monitoringul USG sau TC, după care se stabileau indicațiile pentru tratamentul chirurgical sau conservativ. În protocolul standard al terapiei intensive a pacienților cu PA severă a fost inclusă administrarea sandostatinei sau octreotidului în doze 0,1 mg x 3 ori/zi primele 3 zile.

### **Rezultate și discuții**

Implimentarea recentă a somatostatinei și octreotidului, de rînd cu dezvoltarea vertiginoasă a chirurgiei miniinvazive laparoscopice și USG-ghidate, a constituit o adevărată revelație, deschizînd noi posibilități pentru ameliorarea rezultatelor și a condus spre revizuirea concepțiilor privind tactica chirurgicală în tratamentul PA. În baza noii strategii medico-chirurgicale se află monitoringul imagistic (USG și TC) asupra procesului local fermentativ-necrotic pancreatogen în strînsa corelație cu reacțiile inflamatorii sistemice (SIRS) și toxico-septice generalizate. Rolul primordial al actului chirurgical în aceste condiții constă în rezolvarea focarului necrotic la momentul oportun și asigurarea drenării lui adecvate și definitive, în rest accentul este pus pe terapia intensivă complexă, efectuată în condițiile secției de reanimare [4,5,6].

Metodica dată a permis rezolvarea favorabilă a PA severe prin metoda conservativă la 15 pacienți. Rezultatul favorabil a fost obținut în termenii de la 5 pînă la 14 zile și confirmat prin ameliorarea evidentă a stării clinice, restabilirea efectivă a tranzitului intestinal, normalizarea hiperamilazemiei și nivelului  $Ca^{+2}$  seric, rezorbția completă a lichidului din bursa omentală. Prezența manifestărilor clinice ale complicațiilor intraabdominale ale PA severe pe parcursul primelor 4-5 zile de la internare, confirmate la exanenul USG dinamic prin creșterea cantității de lichid din bursa omentală și acumulări lichidiene considerabile în cavitatea abdominală a necesitat efectuarea intervențiilor miniinvazive videolaparoscopice. Drenarea laparoscopică a cavității abdominale și a bursei omentale a fost întreprinsă la 6 pacienți, cu rezultat favorabil în 5 cazuri. Un pacient ulterior a fost reoperat prin metoda deschisă în legătură cu progresarea pancreonecrozei acute hemoragice și a flegmonului retroperitoneal răspîndit.

Drenarea ecoghidată USG a pseudochisturilor pancreatice infectate a fost efectuată în perioada tardivă (14 și 30 zile, respectiv) la 3 pacienți, fără complicații și cu evoluție favorabilă. Cea mai gravă categorie de pacienți (n=12) cu pancreonecroze acute și complicații loco-regionale severe (flegmone parapancreatice și retroperitoneale fermentativ-necrotice, peritonite fermentative difuze și generalizate) au fost operați pe indicații vitale după compensarea relativă a șocului enzimatic toxico-septic pancreatogen pe parcursul a 24-48 ore. Scopul principal al intervenției chirurgicale a fost evacuarea exudatului toxic din cavitatea abdominală, înlăturarea tuturor maselor necrotice din zona afectată și asigurarea unor condiții de drenare adecvată a bursei omentale, spațiului parapancreatic, retroperitoneal și a cavității abdominale pe un termen de lungă durată prin instalarea unor tuburi de dren de calibru mare. Deoarece intervenția chirurgicală prin traumatizarea inevitabilă a zonei pancreatice provoacă un nou atac de șoc toxico-enzimatic, considerăm necesară administrarea repetată a sandostatinei 3 zile postoperator. Din complicațiile postoperatorii remarcăm 4 cazuri de fistule pancreatice externe, care au fost rezolvate conservativ și 2 pseudochisturi pancreatice postnecrotice, drenate ulterior ecoghidat cu evoluție favorabilă. Letalitatea generală postoperatorie în lotul general de pacienți cu PA severă a constituit 16,7 %, iar în cel cu pancreonecroze grave, respectiv- 41,7 %.

## Concluzii

Analiza rezultatelor tratamentului complex medico-chirurgical monitorizat a demonstrat eficacitatea noului protocol, ce a permis micșorarea esențială a mortalității în PA severe. Monitoringul imagistic (USG și TC) asupra procesului destructiv loco-regional pancreatogen și a manifestărilor toxico-septice generalizate permite efectuarea intervenției chirurgicale la momentul oportun și în volumul adecvat cu rezolvarea focarului necrotic și asigurarea drenării lui adecvate și definitive. O condiție indispensabilă a conduitei pacienților cu PA severă este terapia intensivă complexă, complementată cu administrarea preparatelor sandostatinei, efectuată în condițiile secției de reanimare.

## Bibliografie

1. Шалимов А.А, Шалимов С.А. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь изд. «Таврида», 1997.
2. Sîrbu V.. Urgențe chirurgicale abdominale. Ed. Medicală București 1999.
3. Боженков Ю.Г., Шербюк А.Н., Шалин С.А.. Практическая панкреатология. Нижний Новгород, изд. НГМА, 2003.
4. Шевченко Ю.Л.. Частная хирургия, том 2, Санкт-Петербург «Специальная литература», 1998.
5. Beger H.G., Rau B., Mayer J., Pralle U. Natural Course of Acute Pancreatitis. World J.Surg., 1997, vol.21 (20), p.130-135.
6. Tenner S., Banks P.A.. Acute Pancreatitis: Nonsurgical Management. World J.Surg., 1997, vol.21 (20), p.143-148.
7. Костюченко А.Л., Филин В.И.. Неотложная панкреатология. Санкт-Петербург, изд. «Деан», 2000.

## STRICTURILE BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE – PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI ATITUDINE CHIRURGICALĂ

Vladimir Hotineanu, Alexandru Ferdohleb, Adrian Hotineanu

Catedra Chirurgie 2 USMF „Nicolae Testemițanu”

## Sammary

### *The benign strictures of the biliary extra-hepatic ducts – peculiarity of diagnose and surgeon attitude*

The 207 patients with benign strictures of extrahepatic biliary ducts (BSEBD) during 1980-2008 years were hospitalized in the surgical clinic nr. 2, the “Nicolae Testemițanu” State Medical and Pharmaceutical University. Clinical patients’ evaluation included several consecutive stages: 1) establishing of etiopathogenic diagnosis; 2) pre-operation biliary ducts decompression; 3) reconstructive surgery; 4) the post-operation evaluation of the perspectives of such patients. In cases of the BSEBD after the recovery of the jaundice and the biliary infection we performed biliodigestive derivations on direct dependency of the level of obstruction with preferring of biliojejunal ones on the loop by Roux. Postoperative lethality was 5 (2.42 %) cases.

## Rezumat

În perioada anilor 1980-2008, în Clinica 1 Catedra 2 Chirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu” au fost spitalizați 207 pacienți cu stricturi benigne a căilor biliare extrahepatice (SBCBE). Evaluarea clinică a bolnavilor a inclus câteva etape consecutive: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresiunea preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv; 4) evaluarea postoperatorie de perspectivă a acestor pacienți. În cazul SBCBE, după cuparea icterului și a infecției biliare, am efectuat derivațiile bilio-digestive în