

ligatura înaltă a pediculului hemoroidal, meșajul intraanal, folosirea de fire de sutură de calibru inadecvat, aplicarea de numeroase puncte de sutură, folosirea de pansamente voluminoase și compresive. Astfel, restricția de lichide postoperator, limitarea hidratării parenterale, utilizarea anesteziei locale și un tratament adecvat al durerii postoperatorii vor reduce semnificativ retenția de urină apărută postoperator.

Important este prevenirea constipației postoperatorii, prezentă relativ frecvent în cadrul intervențiilor ano-perianale. Aceasta trebuie să fie atât prevenită cât și corect tratată având în vedere formarea de fecaloame. În apariția acestei complicații sunt incriminate medicația analgezică, anestezicele, manipularea intraoperatorie brutală a țesuturilor dar și frica pacienților de defecația dureroasă. Inițierea tratamentului cu laxative ușoare chiar din ziua intervenției cu majorarea dozelor pînă la apariția scaunului este atitudinea de urmat cu rezultate bune în majoritatea cazurilor.

Deraparea ligaturii de pe pedicul poate fi ușor prevenită prin înlocuirea ligaturii simple cu ligatură-sutură. Majoritatea hemoragiilor pot fi prevenite prin meșaj compresiv sau tamponament prin balonașul sondei Foley.

Bibliografie

1. Nicolae Constantea-Proctologie –elemente de diagnostic și tratament Ed.Cluj-Napoca 2008 pag.79-111
2. Schwartz Principiile chirurgiei vol.2 Teora pag.1266-1381
3. Ion Gherman Patologia canalului anal și a regiunii perianale București 1994 pag.83-120
4. Jacobs LK The best operation for rectal prolapse Surg Clin North Am.1997 pag.77,49-70
5. Billigan RP The diagnosis and management of common anorectal disorders Cur ProblSurg2004 586-645
6. Дробрин И. Хирургия кишечника Будапест 1983 pag.486-502
7. Воробьева И.Основы колопроктологий Моск.2000 pag.78-99
8. Федорова В. Клиническая оперативная проктология Моск.1994 pag-328-335,382-386
9. Федорова В.Руководство по проктологии Москв.pag.9-202
10. Angelescu N.Tratat de patologie chirurgicală Bucur.2001 pag.1689-1729

TRATAMENTUL CHIRURGICAL CONTEMPORAN AL PANCREATITEI CRONICE ȘI COMPLICAȚIILOR EI

Anatol Cazac

LCȘ ”Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv” USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Current surgical treatment of chronic pancreatitis and its complications

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, during the perriod 1990-2010 in Surgical Clinic N2. Operations of choice were following: I group- pancreatojejunoanasthosis (PJA)- 90(85,71%) cases; CDP - 1(0,33%) cases. II groupe-the complicated cases with pancreatic pseudocyst (PP) - cystpancreatojejunoanasthosis (CPJA) on the loop by Roux 174(61,7%), external drainage, ultrasound guided puncture of PP- 62(21,99%) cases. Thoracoscopic splanchnectomy-19(4,90%) cases (I gr. -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-jejunoanasthosis (CoCJA) on

the splitted loop by Roux (I gr.-5(4,76%)cases, CPJA with CoCJA on the splitted loop by Roux II gr.-25(8,86%) cases. Remained operations were not folowed by postoperative lethality.

Rezumat

Studiul prezintă rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 387 pacienți cu pancreatită cronică (PC) și complicațiile ei divizati în 2 loturi: I lot 105(27,0%) pacienți cu PC, II lot 282 (73,0%) pacienți cu PC cu complicații.

Operatiile de electie au inclus: I lot - pancreatojejunoanastamoză pe ansa Roux (PJA) 90(85,71%) cazuri, duodenpancreatectomie cefalică 1(0,33%) cazuri. 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. Splahnicectomia toracoscopică -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 (CsCJA) pe ansă bispiculată a la Roux (I lot-5(4,76%) cazuri), CPJA cu CsCJA pe ansă bispiculată a la Roux (II lot-25(8,86%)cazuri). Letalitate postoperatorie nulă.

Actualitatea temei

Frecvența sporită și gravitatea notabilă a pancreatitei cronice și complicațiilor ei impune implicarea a numeroase gesturi chirurgicale, deși acestea reprezintă entități discutabile și interpretate în mod variabil.

Obiectivele lucrării

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

Material și metode de cercetare

Am realizat un studiu retrospectiv ce a analizat rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 387 pacienți cu PC si complicațiile ei divizați în 2 loturi: I lot 105(27,0%) pacienți cu PC, II lot 282(73,0%) pacienți cu PC cu complicații, desfășurat în perioada anilor 1990-2010 în Clinica Chirurgie nr.2. In lotul I au fost incluși pacienți cu urmatoarele forme de pancreatită: indurativa 16(15,24%) cazuri, pseudotumoroasă 31(29,52%) cazuri, calculoasă 58(55,24%) cazuri. Lotul II a inclus cazurile de PC complicate cu pseudochist pancreatic (PP) - 261(92,6%) cazuri, icter mecanic - 30(9,0%)cazuri, ascită pancreatică - 16(5,0%) cazuri, stenoză gastroduodenală - 12(3,5%) cazuri, fistulă pancreatică - 8(2,5%) cazuri. Rerartizarea 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. Diagnosticul și tratamentul PC a fost efectuat conform algoritmului elaborat în clinică (fig.1):

Indicatia principala (tab.1) pentru tratamentul chirurgical a pacienților cu PC și complicațiile ei a fost durerea abdominala prezentă în toate cazurile, urmata de semnele clinice a complicațiilor PC.

Combaterea durerii, a deficitului funcțional pancreatic, incetinirea deteriorării funcțiilor glandei pancreatice, prevenirea complicațiilor au constituit obiectivele esențiale terapeutice ale acestei boli. In același timp gestul chirurgical, a fost justificat de complicațiile PC (obstrucții, pseudochiste, ascită, blocaj duodenal). Nu in ultimul rind chirurgia vine sa completeze sau să clarifice existența unui cancer pancreatic greu de precizat prin alte metode [2, 3, 15-21].

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

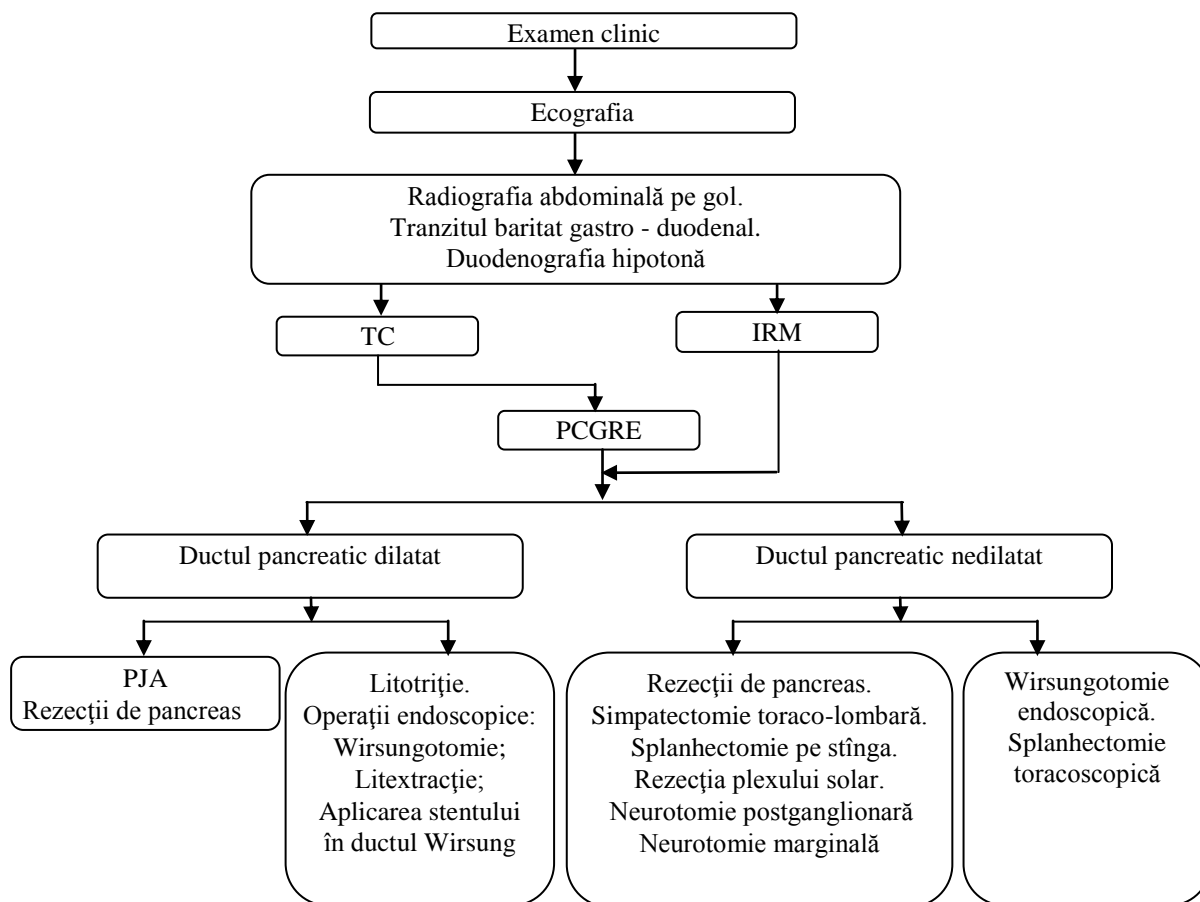


Fig.1. Algoritm de diagnostic imagistic și tratament al pacienților cu PC

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. Stenoza pilorică	-	-	7	2,49	7	1,81
7.	PC. Fistulă pancreatică	-	-	11	3,9	11	2,84

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

Nr. ord.	Varianta operatorie	Lot	Nr. de pacienți	%	Nr. total	%
REZEȚII PANCREATICE:						
1	DPC	I II	1 1	0,95 0,36	2	0,52
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:						
II	Splanhnectomie toracoscopică	I II	14 5	13,33 1,77	19	4,91
	TOTAL	I-105 II-282		100,0 100,0	387	100,0

Drenajul canalului wirsung 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 ductul wirsung nu a fost dilatat (diametrul d.wirsung mai mic de 0,5 cm) a fost aplicată splanhnectomia toracoscopica menită să combată durerea.

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

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 rin functie de dimensiunile anatomice, localizarea PP, maturitatea peretelui PP (Fig.2), 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 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)- prezintau un perete mult îngroșat, masiv fibrozat, dens, acelular, aproape avascular, fără remanieri inflamatorii – s-a recurs la aplicarea chistpancreatojejunoanastomozei pe ansă a la Roux la 174 (65,41%) pacienți.

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, litextracție endoscopică 2(10,0%) cazuri. Soluțiile terapeutice în cazurile de PC complicate cu obstrucții biliare au fost: Colecisto(coledoco) – jejunoanastomoză și PJA pe 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).

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

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 (inchiderea fistulei sub acțiunea tratamentului cu Octreotid (0,1mg/ml 3 ori subcutan) a fost eficace în 3(0,77%) cazuri.

Tratamentul medical 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, detoxicare, profilaxia pancreatitei acute postoperatorie, metode terapeutice pentru restabilirea precoce a tranzitului intestinal, terapia simptomatică și a patologiilor concomitente, administrarea de extrase pancreatice, punerea în repaos a pancreasului cu scopul de a-i diminua secreția.

Tratamentul chirurgical a permis diminuarea semnificativă (dureri abdominale, semne dispeptice, dereglări de nutriție) sau dispariția (icter mecanic) manifestărilor clinice preoperatorii. Totodată analiza rezultatelor aprează o creștere a cazurilor de diabet zaharat (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(lotul I - 11,4, lotul II – 21,0) zile. Complicațiile postoperatorii au constituit 66(17,14%) cazuri (lot I -14(13,05%) cazuri, lot II-60(21,56%) cazuri). Letalitate în perioada postoperatorie precoce nu am avut.

Soluționarea endoscopică a icterului mecanic în perioada postoperatorie (12(18,18%) cazuri) a fost 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-8(20,0%) cazuri, coledocojejunostomie- 13(53,0%) cazuri).

Persistența sindromului algic în pancreatita cronică, ineficacitatea tratamentului conservator a impus efectuarea splanhnectomiei toracoscopice la 7(1,81%) pacienți. Avantajele acestei metode sunt: acceptabilitate crescută, ameliorarea sindromului algic, permite reducerea sau renunțarea la medicația analgetică, mixorarea duratei de spitalizare, costuri reduse de spitalizare și facilitează o reîntegrare socială și profesională rapidă. Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost 3,1 zile (de la 2 până la 4 zile).

Investigațiile imagistice și radiologice efectuate în perioada postoperatorie au permis vizualizarea anastomozelor pancreato-jejunale și colecisto(coledoco)-jejunale permeabile în toate cazurile. În perioada postoperatorie 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).

Tabelul 3. Cauza decesului în perioada postoperatorie tardivă

Nr.	Diagnosticul	Operația efectuată	Perioada p/o (ani)	Lot	Nr.	%	Cauzele decesului
1.	PC. Ciroză hepatică	Operația Puestow - II	4	I	1	0,25	Ciroză hepatică. Hemoragie din varice esofagiene. SHR
2.	PC. Ciroză hepatică	Operația Puestow - II	5	I	1	0,25	Ateroscleroză difuză. Boala cerebrovasculară. Ictus cerebral. Diabet zaharat, forma gravă. SHR
3.	PC. Cardioscleroză aterosclerotică	Operația Puestow - II	11	I	1	0,25	Insuficiență cardiovasculară acută. Infarct miocardic
4.	PC. Pseudochist pancreatic 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+Colecisto -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	

SHR – sindrom hepato-renal

Evaluarea postoperatorie tardivă (după 15 ani) a evidențiat reabilitarea socială la 352(91,17%) pacienți (I lot –99(94,74%) cazuri, II lot –263(93,33%) cazuri), 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%) cazuri, II lot – 230(85,19%) cazuri). 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 chirurgical al pancreatitei cronice este indicat la pacienții cu durere persistentă în ciuda tratamentului medicamentos sau endoscopic, sau în cazul prezentei complicațiilor [9-12].

Tratamentul curativ al PC este dificil, deoarece leziunile fibroase, calcificatele ductale cicatriciale nu sunt reversibile. Refacerea funcției exocrine și endocrine a pancreasului nu poate fi anvizată, dar suplinirea sau ameliorarea acestor funcții sunt posibile. Terapiile medicale endoscopice sau chirurgicale ale PC au un scop paleativ [1; 4-18].

Pentru eficiență și siguranță în tratamentul pe termen lung al durerii și al complicațiilor pancreatitei cronice tipul intervenției chirurgicale trebuie individualizat (resecție vs drenaj) și operațiile conservatoare (organ sparing).

Exezele pancreatice realizează implicit și un drenaj al canalului pancreatic, fiind mai complete și mai valoroase într-o PC. Obiectivul principal al exerezelor pancreatice în PC îl reprezintă departarea țesutului pancreatic inflamăat, sclerosat și/sau calcificat. Ablația poate fi totală, subtotală sau totală cu amendamentul ca ablația completă sau aproape completă a pancreasului crează insuficiență glandulară și tulburări ale metabolismului glucidic. Aceste

ablații largi de pancreas, într-o pancreatită cronică par ilogice, deoarece îndepărtează o parte dintr-un organ care și așa este redus ca funcție exocrină și endocrină. În mod logic exerezele 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 exerezele pancreatice sunt indicate doar după terapiile endoscopice medicamentoase și cele igienodietice (renunțarea la alcool) [1; 7-9; 15-21].

Intervențiile de derivație (de drenaj) urmăresc reducerea durerii prin mixorarea presiunii intraductale în amonte de un obstacol ductal urmat de distensie. Logica acestor intervenții nu este numai acest proces de decomprimare și analgezie chirurgicală, ci și oprirea atrofiei de parenchim pancreatic realizată de imposibilitatea funcționării pancreasului exocrin, deversarea conținutului acinar neputându-se realiza [9-12].

Concluzii

1. Atitudinea terapeutică prin procedeele chirurgicale organomenajante pancreaticojejunale de decompresie, constituie soluția electivă de tratament a 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 ansa 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 a pancreasului, iar în cazurile de PP va fi după minim 6 luni de la momentul debutului adică după maturarea peretelui pseudochistic.

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

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

Bibliografie

1. ANGELESCU, N. Tratat de patologie chirurgicală. Editura Medicală, București, 2001, p. 934-2009.

2. BEURAN, M., GRIGORESCU M, PASCU O. Actualități în patologia pancreatică, Ed. Medicală Universitatea „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2005; p. 196-256.

3. BULIGESCU, L. Tratat de Hepato-Gastroenterologie. Ed. Medicală Amaltea, București, România, 1999, vol. II, p.934-949.

4. DIACONESCU, M.R., VEXLER, R., COSTEA, I., SIMON, I., IACOMI, S. Colectii lichidiene pancreatice și extrapancreatice succedând pancreatitei acute. Chirurgia, 1996, p. 45-239.

5. D'EGILIO, A., SCEIN, M. Pancreatic pseudocysts - a proposed clasification and its management implication. Brit. J. Surg., 1992, p.78-981.

6. JUVARA, I., DRAGOMIRESCU, C., PĂCESCU, E. Modalități evolutive particulare ale pancreatitei acute: revărsatele lichidiene peritoneale și pleurale cronice: pseudochisturile migrate. Chirurgia, 1985, p. 34-161.

7. 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.

8. MICULIȚ, F, VĂRCUȘ, F. Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii. Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2005, p.43-68.
9. NEALON, WH, WALSER, E: Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage). Ann Surg 2002;235:751-758.
10. POP, Gh. Pseudochist pancreatic. Editura Mega, Cluj-Napoca, 2007, 160 pag.
11. POPESCU, I., Tratat de chirurgie. Vol.IX. Partea a II-a. Chirurgie generala. Patologia ficatului. Editura Academiei Romane, Bucuresti, 2009, pag. 397-551.
12. HOTINEANU, V., HOTINEANU A., CAZAC A. etc. Chirurgie –curs selectiv, Chisinau, CEP Medicina, 2008, p. 490-537.
13. HOTINEANU, V., CAZAC, A., HOTINEANU A., Current surgical management and treatment of chronic pancreatitis and you complications, Chirurgia, supliment, rezumate, Congresul Național de Chirurgie, ediția a XXV, numar special, Editura Celsius, 2010, p. 190.
14. SEICEAN, Andrada., Pancreatita cronică-abordare actuală, Cluj-Napoca, 2009, p. 130-162.
15. SCHARTS, S., SHIERS, G., SPENCER, F., Principiile Chirurgiei, New Jork, prima ediție în limba română, Teora, 1994, p. 1477-148.
16. SHARMA, SS, BHARGAWA, N., GOVIL A. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst: A long-term follow-up. Endoscopy 2002; 34: 203-207.
17. TURLATU, D. Endoscopie biliopancreatică, Editura Tehnică, București, 1997, p. 66-172
18. VLAD, L., CRISTEA, P.G., OARA, R., BADEA, R., MARGARIT SIMONA. Pancreatectomie distala laparoscopica, cu prezervarea splinei, pentru tumora solida pseudopapilara. Chirurgia, Ediție specială. 2010, p.198.
19. ГУБЕРГРИЦ, Н.Б. Клиническая панкреатология. ООО «Лебедь», Донецк, 2000, стр. 265-281.
20. ДАНИЛОВ, М.И., ФЁДОРОВ, В.Д., «Хирургия поджелудочной железы», Москва, Медицина, 1995 стр. 7 – 402.
21. ФЁДОРОВ, В.Д., БУРИЕВ, И.М., ИКРАМОВ, Р.З., «Хирургическая панкреатология», Москва, Медицина, 1999, стр. 125-186.
22. НЕСТЕРЕНКО, Ю.А., ГЛАБАЙ, В.П. Хронический панкреатит. Медицина. Москва, Россия, 2000, стр.5-177.
23. 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.

INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII ÎN TRATAMENTUL HERNIILOR INGHINALE PRIN METODA LAPAROSCOPICĂ TOTAL EXTRAPERITONEALĂ (TEP)

Serghei Grati

Catedra Chirurgie FPM USMF "N. Testemițanu"

Summary

Indication and contraindications in inguinal hernia treatment with laparoscopic total extraperitoneal approach

The ideal method in addition should achieve these with the least invasion, pain or disturbance of normal anatomy. Laparoscopic repair in expert hands is now quite safe and effective, and is an excellent alternative for patients with inguinal hernias. It is more complex and is not widely available. The public needs to be educated as to its advantages. All surgeons agree that for bilateral or recurrent inguinal hernias, laparoscopic repair is unquestionably the method of choice. Anterior repair of a recurrent hernia is a technically demanding operation and