

5. Judith E. Tintinalli, Gabor D. Kelen, J. Stephan Stapczynski; Medicina de Urgență, Ghid pentru studiu comprehensive, vol. I, 2009, 141-144.
6. Pulido JD, Usman F, Cury JD, Bajwa AA, Koch K, Laos L. Modification of percutaneous tracheostomy by direct visualization of endotracheal tube positioning with Glidescope prior to performing procedure. American College of Chest Physicians.
7. Sana Al-Jundi and Paul Lubinsky. Pediatric Hospital Medicine. Textbook of Inpatient Management. USA 2008. Technology dependent child: Tracheostomy.pag.718-723.
8. Ursea Nicolae, Urgențe în medicină. Fundația Română a Rinichiului. Manevre, procedee și tehnici de resuscitare. Vol. I.2001.pag. 1-7.

## **MANIFESTĂRILE CLINICE ȘI TRATAMENTUL BOLII CROHN PERIANALE**

**Vadim Țurcan, Vladimir Hotineanu, Tudor Timiș**

Laboratorul „Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv”, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Clinical manifestations and treatment of perianal Crohn Disease*

During 1995-2012 period 34 patients with perianal Crohn Disease (CD) were treated. 18 (52,9%) from 34 patients underwent surgical treatment. Indications for surgery: abscesses 5 (27,7%), fistulas -9 (50%), strictures 4 (22,3%) –patients. Types of surgical interventions: - rectal resection+anastomosis – 3 (7,9%), draining of the abscess – 3 (7,9%), draining of fistula by Seton – 5 (13,2%), incision and plasty of stricture – 3 (7,9%), fistuloplasty with vaginal flap – 2 (5,3%), ileostomy – 2 (5,3%) cases. Perianal CD: recurrence of illness – 6 (33,3%), repeated intervention – 4 (22,2%), postoperative complications – 5 (27,7%), postoperative lethality – 1 (5,6%) cases.

### **Rezumat**

În perioada 1995-2012, au fost tratați 34 de pacienți cu Bola Crohn (BC) perianală. 18 (52,9%) din 34 de pacienți au suportat tratament chirurgical. Drept indicații pentru intervenții au servit: abcese - 5 (27,7%), fistule -9 (50%), stricturi - 4 (22,3%) cazuri. Au fost efectuate următoarele intervenții chirurgicale: - rezecție rectala + anastomoză - 3 (7,9%), drenarea abcesului - 3 (7,9%), drenarea fistulei prin procedeul Seton - 5 (13,2%), incizia și plastia stricturii - 3 (7,9%), fistuloplastie cu lambou vaginal - 2 (5,3%), ileostomie - 2 (5,3%) cazuri. BC perianală : recidive - 6 (33,3%), intervenții repetate - 4 (22,2%), complicații postoperatorii - 5 (27,7%), letalitate postoperatorie - 1 (5,6%) cazuri.

### **Actualitatea**

Maladia Crohn este o afecțiune, caracterizată prin inflamația focală granulomatoasă la nivelul peretelui tractului digestiv, cu evoluție cronică și o activitate intermitentă, etiologie necunoscută, care poate afecta, teoretic, orice segment al tubului digestiv, de la gură până la anus, dar afectează în special ileonul terminal, colonul și rectul și a cărui marcă morfopatologică este constituită de granulomul epiteliu-gigantocelular.

Istoricul studierii manifestărilor BC este unul plin de controverse. Astfel, Dr. Burrill Crohn de la Mount Sinai Hospital – New York, prezintă la Societatea Gastroenterologilor din a. 1932 lucrarea cu titlul “Ileită terminală”, în care se referă la 14 cazuri operate de Dr. A.A. Berg, fără a menționa manifestările perianale posibile[4]. Primele date oficiale privind BC perianală au fost raportate, la scurt timp, de către Bissell [1].

Abia în 1959 englezii Morson și Lockhart- Mummery descriu leziunile tisulare perianale sarcoid-like. Observând că aproximativ o jumătate dintre pacienții cu leziuni sarcoid-like dezvoltă BC la câteva luni după operații promovate pe canalul anal. Un an mai târziu, aceștia publică bazele histologice ale diagnosticului diferențial dintre BC și colita ulceroasă [6,7].

Leziunile perianale precum: fisuri, fistule, abcese, stricturi, stenoza canalului anal și incontinența fecală sunt caracteristice pentru boala Crohn, în unele cazuri cunoscând o evoluție clinică agresivă și se atestă la 25-80% dintre pacienți, deseori fiind primele semne ale bolii.

De obicei, la fiecare al doilea pacient cu BC se observă rezoluția spontană a leziunilor superficiale perianale primare (fisuri și ulcerații). Formă penetrantă a bolii, de regulă, se complică cu leziuni secundare - abcese, fistule și stricturi. La unii pacienți soldându-se cu supurația treptată a sfincterului anal și apariția incontinenței fecale. Cu timpul, acești pacienți necesită rezecții de rect, iar în cazuri extreme - extirparea acestuia. Riscul cumulativ de dezvoltare a unei fistule perianale constituie 21% după 10 ani de la debutul bolii și 35% după 20 de ani [2].

Un diagnostic oportun și precoce este necesar pentru managementul eficient al leziunilor perianale. Un alt element cheie este sistematizarea ergonomică, tot mai des practic fiind utilizată indexarea după PDAI, adoptată încă din 1995 ( Tabelul 1).

PDAI include cinci itemi de referință:

1. Eliminări,
2. Durere,
3. Limitarea activității sexuale,
4. Tipul complicațiilor perianale,
5. Gradul de indurație.

Fiecare dintre aceste categorii este gradată cu 5 puncte, 0 fiind echivalent cu lipsa simptomului, iar 4 cu manifestarea severă a acestuia [5].

**Tabelul 1**

**Indexarea după PDAI**

	Puncte	
1. Eliminări	0	Lipsa eliminărilor
	1	Eliminări mucoase, cantități mici
	2	Eliminări moderate sau eliminări purulente
	3	Eliminări în cantități mari
	4	Eliminări mase fecale
2. Durere,	0	absentă
	1	Discomfort mediu, fără limitarea activităților
	2	Discomfort moderat, limitări în activitate
	3	Disconfort marcat, limitări marcate
	4	Dureri severe, limitări severe
3. Limitarea activității sexuale,	0	Fără restricție de activitate sexuală
	1	Restricție ușoară de activitate sexuală
	2	Limitări moderate de activități sexuale
	3	Limitări marcate ale activității sexuale
	4	imposibil de a se angaja în activități sexuale
4. Tipul complicațiilor perianale	0	Lipsa manifestărilor perianale
	1	Fisura anala / rupturi de mucoasă
	2	<3 fistule perianale
	3	>= 3 fistule perianale
	4	Ulceratii sfincterului anal sau fistule
5. Gradul de indurație.	0	Lipsa indurației
	1	Indurație minimă
	2	Indurație moderată
	3	Indurație substanțială
	4	Fluctuație evidentă sau abces
Total		

Tratamentul BC în astfel de cazuri include opțiuni terapeutice și / sau chirurgicale. Descoperirile recente în patogeneza acestei afecțiuni au sporit eficiența tratamentului. Leziuni perianale în boala Crohn rămân o provocare pentru gastroenterologi și chirurghi, continuând a fi o cauză a invalidizării pacienților, afectând simțitor calitate vieții acestora. Diagnosticarea precoce, terapia medicamentoasă oportună, inclusiv cu steroizi și citostatice, nu garantează succesul strategiei conservative de tratament, căci circa 30-40% dintre pacienți prezintă rezistență la hormonoterapie [9].

Abordarea multidisciplinară este obligatorie pentru obținerea celor mai bune rezultate[8].

### Obiectivele lucrării

Optimizarea diagnosticului și tratamentului chirurgical al pacienților cu BC, cu scopul îmbunătățirii rezultatelor postoperatorii precoce și tardive, a calității vieții și a gradului de reabilitare socială și profesională.

### Material și metode de cercetare

Pe parcursul perioadei de studiu (2000-2012) în cadrul Secției de Chirurgie Colorectală a Catedrei de Chirurgie nr. 2 au fost internați 83 de pacienți cu boala Crohn. Coraportul după criteriul de sex a constituit 1.2 : 1, în favoarea femeilor. Vârsta medie la internare a fost de 34,5 ± 8,4 ani, variind între 15-57 de ani.

Manifestări perianale au avut 34 (40,8%) pacienți

Starea generală a tuturor pacienților cu manifestări perianale a BC a fost evaluată în conformitate cu clasificarea PDAI. Fapt ce ne-a permis abordarea unei tactici de tratament oportune pentru fiecare situație clinică în parte. Astfel, s-a dovedit că: 16 (47,1%) dintre bolnavi au acumulat între 1 și 10 puncte, iar 18 (52,9%) s-au plasat în rubrica cu un grad mai avansat al bolii, marcând între 11 și 20 de puncte, fiind supuși unui tratament complex, combinat conservativ-chirurgical. Tactica chirurgicală abordată este descrisă în tabelul Tabelul 2.

**Tabelul 2**

### Tactica chirurgicală în cadrul tratamentului formelor perianale a bolii Crohn

FORMA PERIANLĂ A BOLII CROHN		
n= 18 bolnavi		
Operația	Numărul total	%
Rezecția rectului cu anastomoză colorectală	3	16.7
Deschiderea și drenarea abcesului	3	16.7
Drenarea fistulei după Stenon	5	27.7
Stricturotomia cu stricturoplastie	3	16.7
Plastia fistulei cu greafă vaginală	2	11.1
Instituirea ileostomei	2	11.1

Tactica tratamentului formei perianale a BC este în primul rând una conservativă, prin urmare toți pacienții încadrați în studiu au beneficiat de farmacoterapie complexă, în conformitate cu Consensusul European cu privire la bolile inflamatorii ale tractului gastro-intestinal (ECCO – European Crohn’s and Colitis Organisation, 2007) [3].

În forma ușoară – preparatele 5-ASA (Mesalazină, Salofalk) câte 3-6 grame pe zi în combinație cu Metronidazol și Ciprofloxacina. În forma medie - steroizi (Prednisolon); Azatioprin/6-Mercaptopurin/Metotrexat, în cazurile hormon-dependente și hormon-rezistente. În forma gravă - hormoni steroizi parenteral sau peroral pentru o perioadă de peste 6 luni cu doza inițială de 60 mg, antibiotice, Metronidazol, Metotrexat / A ciclosporină.

Pentru prevenirea recidivelor postoperatorii – preparatul 5-ASA (Mesalazină, Salofalk) Azatioprin/ 6-Mercaptopurin. Pentru întreținerea remisiunii – preparatul 5-ASA (Mesalazină,

Salofalk), antidiareice, dietă cu excluderea lactozei, bogată în fibre vegetale cu suplینirea deficitului de zinc, fier, vitaminele B, C, excluderea fumatului.

Abordarea chirurgicală a cauzei a fost rezultatul eșuării tratamentului conservativ forma avansată a bolii, prezența fistulelor, abceselor, stricturilor, rezistență la corticosteroizi.

### Rezultate obținute

În cadrul studiului au fost operați 18 pacienți cu forma perianală a bolii: abcese - 5 (27,7%), fistule - 9 (50%), stricturi - 4 (22,3%) cazuri (Tabelul 3).



Fig.1. Fistule perianale; Procesul de sanare a fistulelor ano-perineale intra- și transfincteriene multiple cu extindere la scrot, regiunile inghinale, ambele fese și sacru (timp de 3 luni).

Fistule perianale sunt prezente la 9 (50 %) dintre pacienții cu boala Crohn și sunt foarte rar singura manifestare clinică a afecțiunii.

De obicei, se formează fistule multiple (fig.1.), modificarea tegumentelor perianale cu extinderea până în regiunea scrotală, vaginală, sacrococigiană și inghinală.

Abcesele pe fonul maladiei Crohn se drenează timp de 3 săptămâni (în 50% cazuri fără formarea fistulelor). În majoritatea cazurilor drenarea prin procedeu Seton s-a dovedit a fi efectivă.

Fistulotomii au fost efectuate în cazul fistulelor joase intra- și transfincteriene. În cazul fistulelor înalte cu risc sporit de dezvoltare postoperatorie a incontinenței fecale, fistulotomia nu reprezintă o tactică sigură. În astfel de situații este preferabilă extirparea chirurgicală și plastică cu greafă vaginală. La pacienții cu fistule relativ asimptomatice, rezistente la tratament conservativ trebuie de manifestat un nivel înalt de susceptibilitate clinică, ținând cont de potențiala asocierea a acestora cu carcinoame.

Tabelul 3

### Rezultatele tratamentului chirurgical ale formei perianale a maladiei Crohn

semnele clinice	Nr. C	tipul operației	supraveg herea p/o	rezultate
Fistule rectovezicale	n = 1	Rezeecția rectului în bloc cu vezica urinară și plastia primară (1)	3 ani	Remisiune
Fistule transfincteriene	n = 4	Drenarea tip Seton (3)	2 ani	Recidivă (1)
		Fistuloectomia (1)	1ani	Remisiune
Fistule extrasfincteriene	n = 3	Drenarea tip Seton (1)	2 ani	Remisiune
		Excizia sectorului cu anastomoză și drenarea fistulei (2)	5 ani	Remisiune
Fistule rectovaginale	n = 3	Înlăturarea fistulei cu plastică prin greafă vaginală + Imuran (2)	4 ani	Remisiune
		Proctectomie (1)	2 ani	stenozare (1)
Fistule ano-perineale	n = 4	Ileostomie (1)	3 ani	Remisiune
		Fistulotomie (3)	5 ani	Recidivă (1)
Abcese, fisuri anale	n = 3	Drenarea colecției+ terapie steroidiană locală a fisurilor (3)	6 ani	Formarea fistulei (1)

Pacientele cu fistule rectovaginale pe fon de Crohn, timp îndelungat nu manifestă acuze. Semiologia lor se caracterizează prin eliminarea gazelor și secrețiilor fecale lichide prin vagin. Observarea clinică a acestor bolnave trebuie să depisteze afectarea rectului și a canalului anal, starea sfincterelor, gradul de afectarea a calității vieții bolnavelor, asocierea infecțiilor la nivelul genitalelor.

Analiza rezultatelor postoperatorii (Tabelul 4) în forma perianală a maladiei Crohn a evocat un număr mare de recidive, reintervenții și complicații postoperatorii.

**Tabelul 4**

**Analiza rezultatelor postoperatorii**

FORMA PERIANALĂ A BOLII CROHN (N=18 bolnavi)		
CRITERII	CAZURI	PROCENTE
Recidivarea afecțiunii	6	33.3%
Intervenție repetată	4	22.2%
Complicații postoperatorii	5	27.7%
Letalitate postoperatorie	1	5.6%

**Discuții**

Conform datelor Consensusului European [3], administrarea Ifliximabului în tratamentul maladiei Crohn în categoria Accent II, a determinat vindecarea a 44.8% dintre bolnavi către săptămâna a 14-a (n=10 bolnavi cu forma intestinală a BC) și 68% bolnavi cu fistule perianale. Trebuie de menționat că excizia fistulelor cu plastie prin greafă vaginală și tratament medicamentos în timpul remisiunii cu Infliximab, este o metodă de elecție în tratamentul formei perianale a bolii Crohn. În aceste cazuri proctectomia este intervenție de ultimă instanță.

**Concluzii**

1. Fistule recidivante, fisuri, stricturi ale regiunii perianale sunt indicații pentru investigații în cadrul protocolului bolii Crohn.
2. Tratamentul chirurgical al bolii Crohn este indicat doar în apariția complicațiilor severe (stenoza obstructivă, perforații, abcese, hemoragii, malignizarea și fistulizarea). Tehnica chirurgicală în BC va fi organomenajantă și etapizată.
3. Tratamentul chirurgical se va completa cu farmacoterapie complexă. Dispensarizarea este obligatorie.

**Bibliografie**

1. Bissell AD. Localized chronic ulcerative ileitis. *Ann Surg* 1934; 99: 957–66.
2. Bush M. C., Patel S., Lapinski R. H., Stone J. L. Outcomes in inflammatory bowel disease/ M. C. Bush, S. Patel, R. H. Lapinski // *J Matern Foetal Neonatal Med.* -2004; -c 237–241.
3. Caprilli R., Gassull M. A., Escher J. C. European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations/ R. Caprilli, M. A. Gassull, J. C. Escher // *Gut.* - 2006;55 (Suppl. 1): -c 36–58.
4. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis; a pathologic and clinical entity. *J Am Med Assoc* 1932; 99:1323–9.
5. Irvine EJ. Usual therapy improves perianal Crohn's disease as measured by a new disease activity index. McMaster IBD Study Group. *J Clin Gastroenterol* 1995; 20: 27–32.
6. Lockhart-Mummery HE, Morson BC. Crohn's disease of the large intestine. *Gut* 1964; 5: 493–509.
7. Morson BC, Lockhart-Mummery HE. Anal lesions in Crohn's disease. *Lancet* 1959; 2: 1122–3.

8. Roberto Tersini, Cosimo Prantero - Crohn's Disease : A Multidisciplinary Approach, Springer-Verlag, Italy, 2010, pag.5-6.
9. Белоусова Е.А. Резистентные формы воспалительных заболеваний кишечника: Клиническая характеристика и возможности прогнозирования/ Е.А. Белоусова// Автореф. дисс. д.м.н., -1998, -38 с.
10. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии/ Г.И.Воробьев// "Феникс", - 2001.

## **NEUROENDOSCOPIA - APLICAȚII ÎN MEDICINĂ** (Revista literaturii)

**Marcel Bezer**

(Conducător științific - Turchin Radu, conferențiar universitar)

Catedra Anatomie Topografică și Chirurgie Operatorie, USMF "Nicolae Testemițanu"

### **Summary**

#### *Neuroendoscopy- applications in medicine*

Neuroendoscopy is one of the main methods in the modern neurosurgery and it is widely used in different areas, starting with diagnostic biopsies of profound lesions, a guide in the evacuation of the spontaneous hematoma and other advances in the functional neurosurgery. Neuroendoscopic techniques with fixed frame is a standard today in achieving functional interventions ensuring millimeter precision. Here I intended to reflect the main stages of development and its applicability.

### **Rezumat**

Neuroendoscopia este una din metodele de bază în neurochirurgia modernă și își găsește aplicabilitatea în diverse patologii, începând cu realizarea biopsiilor tumorale profunde, ghidaj în evacuarea hematomului spontan și în noile avansări de care se bucură neurochirurgia funcțională. Tehnicile neuroendoscopice cu cadru fix reprezintă și astăzi un standard în realizarea intervențiilor funcționale asigurând o precizie submilimetrică. Aici am avut intenția să reflectez etapele principale ale evoluției neuroendoscopiei cât și aplicabilitatea ei.

### **Actualitatea**

Morbiditatea în creștere, preponderent în rândul persoanelor tinere plasate activ în câmpul muncii, ponderea mare a invalidității timpurii la persoanele de vârstă tânără, etiopatogeneza obscură, soluționarea insuficientă a problemelor de diagnostic și tratament, generează un șir de probleme socio-economice, care justifică pe deplin actualitatea temei. Endoscopul este acum folosit în tratarea unui spectru larg de patologie neurochirurgicală. Neuroendoscopia urmează o tendință generală în neurochirurgie de tratare a bolilor cu ajutorul tehnicilor minim invazive, pentru a reduce trauma și de a îmbunătăți vizualizarea.

### **Obiectivele lucrării**

1. Analiza și evidențierea avantajelor endoscopului
2. Prezentarea etapelor de dezvoltare a neuroendoscopiei
3. Analiza aplicabilității neuroendoscopiei în medicină

**Analiza și evidențierea avantajelor endoscopului:** Au fost analizate 3 instrumente utilizate în procedurile neurochirurgicale: lupa, microscopul și endoscopul. Ele au fost comparate după anumite criterii: cost, amplificare, iluminare, timp de setare, tipul de incizie(expunere), zonele supuse unui efort intens, unghiul de vedere, aprecierea ca instrument didactic, profunzimea de vedere ( Tab nr.1). Conform tabelului dat, observăm avantajele endoscopului față de celelalte 2 instrumente folosite în practica neurochirurgicală.