

FACTORII PREDISPOZANȚI ÎN EVOLUȚIA PANCREATITEI POSTOPERATORII ÎN CANCERUL GASTRIC

Corobcean Nadejda, Ghidirim Nicolae, Antoci Lilian, Donscaia Ana, Catrinici Victor, Mednicov Lorena, Godoroja Vitalie, Cernat Mircea, Lilia Bacalâm

USMF „Nicolae Testemițanu” catedra Hematologie și Oncologie
IMSP Institutul Oncologic, laboratorul gastropulmonologie

Summary

The predisposing factors in the evolution of postoperative pancreatitis in gastric cancer

Our study group consists of 75 patients with gastric cancer which were treated radically during the years 2010-2013. There were analysed the following indices: age, sex, chronic diseases (chronic pancreatitis, chronic cholecystitis), the presence of abdominal adherence process, level of spreading in the pancreas, the results of postoperative acute pancreatitis (POAP). As a result we obtained the following data: the most affected ages vary between 51-60 years. In 74.6% of cases (56 patients) were detected chronic pathologies. All six cases of chronic pancreatitis have evolved POAP to 100%. Cases with chronic cholecisto-pancreatitis were complicated by POAP in 50% (17). POAP incidence is higher in abdominal adhesive processes (21cases) constitute 42.85% (9 cases). Invasion of the pancreas was found in 20 patients, and the incidence of POAP în this group was 75% (15 patients).

Rezumat

Grupul nostru de studiu este constituit din 75 de pacienți cu cancer gastric tratați radical pe parcursul anilor 2010-2013. Au fost analizați următorii indici: patologiile cronice (pancreatita cronică, colecistita cronică); prezența procesului aderențial intraabdominal; gradul de implicare patologică a pancreasului (aderare, sau invazia tumorii gastrice în pancreas), rezultatele prin manifestarea pancreatitei acute postoperatorii (PAPO). În rezultat am constatat următoarele date: vârsta predilect afectată variază între 51-60 ani. În 74,6% cazuri (56 pacienți) au fost depistate patologiile cronice. Toate cazurile (6) cu pancreatită cronică au evoluat cu PAPO. Cazurile cu colecisto-pancreatită cronică în anamneză s-au complicat cu PAPO în 50% (17). Incidența PAPO este înaltă în procesele aderențiale intraabdominale și constituie 42,85% (9 din 21cazuri). Invazia în pancreas s-a constatat la 20 de pacienți, iar incidența PAPO în acest grup a constituit 75% (15 pacienți).

Actualitatea temei. Complicațiile pancreatogene în chirurgie se înregistrează cu o frecvență ascendentă între 0,5 și 20,1% conform datelor specialiștilor [3, 9, 11], iar în chirurgia cancerului gastric – 16-21% [3, 7, 12]. În monografia lui M. Sigal și F. Ahmetzeanov [1987] sunt demonstrate datele a 19 publicații privitor la letalitatea postoperatorie în cancerul gastric. 9 dintre ele relevă PAPO drept primă cauză a letalității. Mortalitatea este condiționată de efectul pancreatitei asupra organelor situate la distanță de loja pancreatică cu dezvoltarea insuficienței circulatorii, respiratorii, renale, hepatice, insuficienței intestinale (parezei tractului gastro - intestinal), dereglărilor de coagulare etc. [4, 8, 2].

În cadrul laboratorului gastropulmonologic al Institutului oncologic a fost efectuat un studiu clinic retrospectiv constituit din 396 pacienți cu cancer gastric operați radical în perioada anilor 2006-2009. În rezultatul studiului s-a observat, că incidența PAPO se menține la același nivel pe parcursul a 4 ani (2006-38,4%; 2007-27,45%; 2008-28,4%; 2009-36,44%). Incidența pancreonecrozei are tendință de creștere în ultimii 2 ani, constituind 12% în 2008 și 10,25% în 2009, ceea ce, probabil, este argumentat prin extinderea radicalismului intervențiilor chirurgicale și însuși a numărului total de intervenții radicale pe an.[11, 13, 15] Mortalitatea prin

pancreonecroză variază între 2,5 și 4% în 2008, fapt explicat prin inițierea limfodisejecțiilor tip D2. Cea mai mare incidență a PAPO s-a înregistrat după exciziile de bont gastric, variind între 33 și 100% în 2007 și 2010, fapt argumentat prin dificultăți tehnice operatorii, survenite ca rezultat al procesului aderențial postoperator. Cea mai mică incidență a PAPO s-a înregistrat după RGS, constituind 17,39 și 33,33% în 2007. Gastrectomiile se soldează cu un traumatism vast al pancreasului, astfel incidența pancreatitei s-a dovedit a fi mai mare și a constituit de la 20 până la 57,69%. Indiscutabil, incidența pancreatitelor postoperatorii a fost mai mare în operațiile combinate, lărgite și în îmbinarea lor.[1, 5, 6]

Actualmente în tratamentul PAPO este utilizată Sandostatina – inhibitor al secreției endo- și exopanceasului.[14, 15, 16]

Toate cele expuse mai sus ne obligă să aplicăm măsuri de profilaxie, alături de tratamentul complex al PAPO în perioada postoperatorie. Prevenirea procesului inflamator și a modificărilor necrobiotice în parenchimul pancreatic este cheia succesului în tratamentul de reabilitare postoperatorie precoce a pacientului oncologic tratat radical, în evitarea relaparotomiilor pe motiv de pancreonecroză sau pancreatită hemoragică și respectiv minimalizarea indicelui mortalității prin PAPO. Este regretabil decesul pacientului care a beneficiat de tratament radical și ar fi avut șanse reale de supraviețuire.

Studierea factorilor favorizanți în declanșarea pancreatitei postoperatorii ar permite specialiștilor elaborarea și aplicarea unor măsuri profilactice pre- și intraoperatorii.

Obiectivul studiului este aprecierea factorilor cu rol predispozant în declanșarea pancreatitelor postoperatorii după intervenții chirurgicale radicale la pacienții cu cancer gastric.

Materiale și metode de cercetare. Grupul nostru de studiu este constituit din 75 de pacienți cu cancer gastric tratați radical pe parcursul anilor 2010-2013. Au fost analizați următorii indici: vârsta; sexul; patologiile cronice (pancreatita cronică, colecistita cronică); prezența procesului aderențial intraabdominal; gradul de implicare patologică a pancreasului (aderare, sau invazia tumorii gastrice în pancreas); decapsularea ușoară sau traumatismul sever al organului; volumul intervențiilor chirurgicale, profilaxia intraoperatorie și tratamentul precoce postoperator; rezultatele prin diverse manifestări ale PAPO.

Toți pacienții au fost monitorizați atât pre- cât și postoperator 3 zile, iar ulterior doar la necesitate, prin aprecierea amilazei serice, lipazei, amilazei pancreatice, diastazei, proteinei C-reactive. Tuturor pacienților li s-a administrat intraoperator Sandostatina 0,1mg s/c. Postoperator tratamentul cu Sandostatina a continuat la necesitate. Evoluția pancreatitei postoperatorii s-a apreciat conform dinamicii indicilor exopancratici.

Rezultate și discuții

Toate datele obținute conform parametrilor enumerați mai sus sunt prezentate în tabelele și diagramele ce urmează.

Tabelul 1

Distribuția pacienților conform grupelor de vârstă

Grupe	Abs.	%
30 - 40 ani	8	10.6
41 - 50 ani	9	12
51 - 60 ani	30	40.1
61 - 70 ani	24	32
71 - 80 ani	4	5.3

Conform repartizării pacienților după grupele de vârstă, am constatat, că vârsta cancerului gastric confirmat, este cuprinsă între 30 și 80 ani, cu maxima incidență în grupul de vârstă 51-60 ani (40,1%). Trebuie de menționat faptul, că incidența cancerului gastric a crescut la tineri, astfel

constituind 22,6% în grupele de vârstă cuprinse între 30 și 50ani, iar raportul incidenței cancerului gastric între grupele 30-40 și 41-50 este aproximativ egal (Tabelul 1).

Tabelul 2

Distributia pacienților conform patologiilor cronice si asocierii acestora

Patologiile cronice	Abs.	%	Incidența PAPO
Pancreatita cronică	6	8	100 (6 cazuri)
Colecistita cronică	16	21,33	18,75 (3 cazuri)
Pancreatita cronică + Colecistita cronică	34	45,33	50% (17cazuri)

În rezultatul examenului ecografic și tomografic al cavității abdominale au fost diagnosticate patologiile cronice ale organelor zonei pancreato-duodenale, care ar avea directă tangență cu declanșarea PAPO. Astfel, conform datelor stipulate în tabelul 2 patologia cronică bilio-pancreatică a fost confirmată în 56 cazuri, ceea ce a constituit 74,6%. Conform patologiilor cronice, am obținut 34 de cazuri cu colecisto-pancreatită cronică, 16 cazuri cu colecistită cronică și 6 cazuri cu pancreatită cronică. Datele din tabel ne demonstrează faptul, că incidența PAPO este maximală în cazurile cu pancreatită cronică, și a constituit 50% (17cazuri) în prezența colecisto-pancreatitei cronice și 100% (6 cazuri) în pancreatita cronică.

Tabelul 3

Distribuția conform prezenței procesului aderențial intraabdominal

	Abs.	%	Incidența PAPO (%)
Proces aderențial	21	100	42,85%
operații în anamneză	12	57,14	41,66% (5 pacienți)
alte cauze (pancreatita, colecistita, boala ulceroasă)	9	42,86	44,44% (4 pacienți)

Boala aderențială de orice genă, poate menține patologia cronică prin modificarea patologică a sintopiei organelor abdominale cu dereglarea pasajului bilio-pancreatic și poate crea dificultăți tehnice chirurgicale intraoperatorii, cu traumatismul accidental al pancreasului în rezultatul adero- și viscerolizei. După cum se vede în tabelul 3 procesul aderențial intraabdominal a fost depistat în 21 cazuri, ceea ce a constituit 28%. Dintre ele 12 cazuri (57,14%) - pe motiv de operații în anamneză (colecistectomii, apendicectomii, rezecții gastrice subtotale) și 9 cazuri (42,86%) - pe motiv de patologii cronice. Incidența PAPO a constituit 42,85% (9 cazuri).

Tabelul 4

Distribuția conform aderării intime a tumorii gastrice către organele adiacente

Aderarea intima (invazia) la pancreas	Abs.	%	Incidența PAPO	
			Abs.	%
Pancreas	20	26,66	15	75%
Mezocolon	3	4	1	
Splina	2	2.6	2	

În procesul creșterii și extinderii loco-regionale tumora gastrică, poate adera și invada structurile adiacente. După cum se vede din tabelul 4, printre cele mai frecvent afectate organe la acest nivel se enumeră pancreasul, mezocolonul și splina. Invazia în pancreas s-a constatat în 20 cazuri (26,66 %), 15 cazuri dintre ele (75%) au evoluat cu pancreatită acută postoperatorie.

Concluzii

1. Pancreatita cronică recidivantă comportă modificări morfbio-logice și fiziopatologice în parenchimul pancreatic la nivelul tubulo-acinar. Operațiile pe stomac pe motiv de cancer sunt însoțite de multiple manipulații în zona pancreato-duodenală, soldate cu microtraumatisme, tulburări ale microcirculației, sanguine și limfatice, dereglarea drenajului pancreatic și declanșarea PAPO.

2. Procesele aderențiale în etajul supramezocolic, bulversează topografia, sintopia și fiziologia organelor intraabdominale, cu tulburări de pasaj biliopancreatic, iar aderoliza cu visceroliza ulterioară intraoperatorie dereglează circulația sanguină și limfatică, astfel creând condiții pentru acutizarea pancreatitei în perioada postoperatorie.

3. Aderarea intimă a tumorii la capsula pancreasului și invazia în organ dereglează integritatea structurilor tubulo-acinare cu extravazarea zimogenilor în țesutul interstițial, unde se pot autoactiva și prin infiltrare prezintă obstacol mecanic pentru drenajul pancreatic sau biliopancreatic cu instalarea hipertenziei intraductale și declanșarea PAPO.

Bibliografie

1. Воздвиженский М. О., Савельев В. Н., Бабаев А. П. и др. Осложнения операций по поводу рака желудка с применением расширенной лимфодиссекции. «Российский онкологический журнал», 2001, № 2. 45 – 47.
2. Гаджиев Л. С., Симаев В. А., Колесов Н. М. Функция почек при остром панкреатите. «Вестник хирургии», 1985, №9. 23 – 25.
3. Годлевский А. И. Диагностика и лечение несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки. «Вестник хирургии», 1987. № 12. 83 – 85.
4. Гостищев В. К., Залит С. В. Послеоперационный панкреатит. «Хирургия», 1983, №9. 134 – 139.
5. Давыдов М. И., Абдихакимов А. Н., Полоцкий Б. Е. и др. К вопросу о роли хирургии в лечении местнораспространенного и диссеминированного рака желудка. «Анналы хирургии», 2002, № 2. 33 – 41.
6. Костюченко А. Л., Филин В. И., Неотложная панкреатология, 2000, 37 – 41, 194 – 205.
7. Кубышкин В. А., Чжао А. В., Чугунов А. О. 5-фторурацил в лечении и профилактике острого панкреатита // Вести, хирургии. 1982. - Т. 129, 8. - С. 132-134.
8. Лысенко М. В., Мешков В. В., Урсов С. В., и др. Применение сандостатина в комплексном лечении острого панкреатита // Воен.-мед. журн, 1997. - № 1.-С. 68-70.
9. Ли А. Б., Цхай В. Ф. Диагностика и лечение послеоперационного панкреатита. «Хирургия», 1991, №2. 122 – 126.
10. Лупальцов В. И. Острый послеоперационный панкреатит. Киев, «Здоровья», 1998, 287.
11. Мясников А. Д., Тронников А. Т., Тронникова В. И. Некоторые вопросы диагностики, профилактики и лечения послеоперационного панкреатита. «Вестник хирургии», 1987, №4. 29 – 33.
12. Савельев В. С., Кубышкин В. А., Кузнецов Г. Б. Роль прогнозирования течения панкреонекроза в выборе лечебной тактики. «Хирургия», 1988, №9. 79 – 82.
13. Сигал М. З., Ахметзянов Ф. Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань, 1991. 360.
14. Сафаров, Анар Нариман Оглы. Острый послеоперационный панкреатит после операций на желудке по поводу рака и язвенной болезни : автореферат дис. кандидата медицинских наук : 14.00.27 / Гос. науч. центр лазер, медицины Москва, 2006

15. Чернявский А. А., Лавров Н. А., Хирургия рака желудка и пищевода – желудочного перехода, 2008, 145 – 158.
16. I-Ming Kuo, Frank Wang, Keng-Hao Liu, Yi-Yin Jan. Post-gastrectomy acute pancreatitis in a patient with gastric carcinoma and pancreas divisum //World J Gastroenterol 2009 September 28; 15(36): 4596-4600.

TRATAMENTUL SPECIFIC COMBINAT ȘI SIMPTOMATIC ÎN CANCERUL LOCAL AVANSAT AL BAZINULUI DUPĂ NEFROSTOMIA PERCUTANĂ ECOGHIDATĂ PE MOTIV DE OBSTRUCȚII INFRARENLE

Boris Duda, Nicolae Ghidirim, Ghenadie Gorincioi, Mircea Cernat, Irina Guidea, Vadim Ghervas, Liliana Bacalâm

Catedra de Hematologie și Oncologie USMF „N. Testemițanu”, IMSP IO din Moldova

Summary

The specific combined and symptomatic treatment in advanced tumors of pelvic cavity organs after ecoguided percutaneous nephrostomy

In the clinic of urology of the Oncological Institute from Moldova, ecoguided percutaneous nephrostomy was performed in 125 patients with advanced tumors of pelvic cavity organs, that caused obstruction of the ureters with manifestations of renal failure. After liquidation of the renal failure, with reduction or normalization of uremic indices, in 70 cases we managed to perform specific surgical treatment or combined chemo – radiotherapy. In 69 cases the results of treatment were satisfactory, with a mean survival average of 13.3 months, 31 patients survived from 2 to 4 years, and in 7 cases there were a 5-year survival. So, retrospectively speaking, it can be stated that these patients have undergone radical treatment. There were no deaths recorded.

In case of 55 patients who were symptomatically treated, a increase of quality of life was confirmed by a special survey conducted by doctoral candidate Boris Duda.

Rezumat

În clinica urologică a IO din Republica Moldova au fost efectuate nefrostomii ecoghidate la 125 de bolnavi cu tumori local avansate ale bazinului, ce au provocat insuficiență renală cronică (IRC). După lichidarea IRC, cu diminuarea sau normalizarea indicilor uremici, în 70 de cazuri s-a reușit efectuarea tratamentului specific chirurgical sau combinat chimio – radioterapic. În 69 de cazuri rezultatele tratamentului au fost satisfăcătoare, cu media de supraviețuire – 13,3 luni; 31 de bolnavi au supraviețuit de la 2 până la 4 ani, iar în 7 cazuri s-a înregistrat o supraviețuire la 5 ani. Deci, retrospectiv, se poate de afirmat că acești bolnavi au suportat un tratament radical. Nu s-a înregistrat niciun deces.

În cazul celor 55 de bolnavi tratați simptomatic, o importanță majoră a avut ameliorarea calității vieții, confirmată printr-un studiu special efectuat de către doctorandul Boris Duda.

Actualitatea temei. Derivațiile interne și externe sunt efectuate în cazul obstrucției căilor de eliminare a urinei pe parcursul a zeci de ani. Gama lor este foarte variată, către cele interne se referă uretero – ureterostomia și uretero-cistoneostomia; cele externe sunt următoarele: ureterocutaneostomia și nefrostomia clasică. La ora actuală mai frecvent se efectuează stentarea ureterelor și nefrostomia ecoghidată percutană. [2, 5]

Pentru prima dată, nefrostomia ecoghidată a fost efectuată în 1974 de Pedersen. Această metodă are multe avantaje față de nefrostomia clasică și de ureterocutaneostomie, prin simplitatea ei, este efectuată prin anestezie locală, este de o durată scurtă (10 – 20 min.); deși pot avea loc complicații precoce și tardive, dar ușor pot fi lichidate conservativ; sunt bine suportate de bolnavii în stări foarte grave. [1, 3]