

SECȚIUNEA CHIRURGIE REVISTA LITERATURII

CHIRURGIA PANCREASULUI – EXPERIENȚĂ 30 ANI CLINICA NR. 2 CHIRURGIE

Vladimir Hotineanu^{1,2} – dr. hab. șt. med., prof. univ., m.c. AȘM,
Adrian Hotineanu^{1,2,4} – dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Anatol Cazac^{1,2} – dr. șt. med., conf. univ.,
Grigore Ivancov⁴ – chirurg, chirurgie septică abdominală și picior diabetic,
Vitalie Sîrghi⁴ – chirurg, Chirurgia ficatului, căilor biliare și pancreasului,
Alic Cotonet⁴ – dr. șt. med., chirurg-endoscopist,
Valeriu Pripa^{3,4} – dr. șt. med., medic-imagist,
Tamara Țibrigan⁵ – medic-imagist,
Elena Moraru⁴ – medic-reanimatolog, departamentul reanimare,
Dumitru Talpa⁴ – medic-anestezist, departamentul de anesteziologie,

¹Catedra de chirurgie nr. 2,

²Laboratorul de Cercetări Științifice „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”,

³Catedra de imagistică, IP USMF „Nicolae Testemițanu”,

⁴IMSP Spitalul Clinic Republican

⁵EUROMED

tel. + (373) 22 205524, anatol.cazac@usmf.md

Rezumat

Studiul prezintă rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 652 pacienți cu pancreatită cronică (PC) și complicațiile ei, 1029 – cu tumori pancreatice în perioada anilor 1987-2017. Operațiile de elecție în cazurile de PC și complicațiile ei au inclus: pancreatojejunostomie pe ansa Roux(PJA), duodenpancreatectomie cefalică (DPC), pancreatectomie corporo-caudală, litextracție endoscopică din ductul Wirsung, fistulojejunostomie, splanhnictomie toracoscopică, papilofincterotomie endoscopică, stentare endoscopică a coledocului. Pentru cazurile complicate cu pseudochist pancreatic (PP) - drenare externă a PP, chistpancreatojejunostomie (CPJS) pe ansă Roux, puncție și drenare externă echoghidată. În cazurile de PC complicată cu icter mecanic-pancreatojejunostomie (PJS) cu colecisto- sau coledoco-jejunostomie (CsCJS) pe ansă bispiculată a la Roux, CPJS cu CsCJS pe ansă bispiculată a la Roux. În cazurile de tumori pancreatice - duodenpancreatectomie cefalică (DPC), pancreatectomie corporo-caudală, enucleerea tumorii, coledoco-jejunostomie (CJS) pe ansă a la Roux, gastro-jejunostomie (GJS), splanhnictomie toracoscopică, papilofincterotomie endoscopică, stentare endoscopică a CBP.

Cuvinte-cheie: pancreatită cronică, cancer de pancreas, insulinom pancreatic, complicații, tratament

Summary. Pancreatic surgery - 30 years of experience of surgical clinic No. 2

Study includes the results of surgical treatment of 652 patients with chronic pancreatitis and its complications, 1029 pancreatic tumor during the period 1987-2017 in Surgical Clinic No. 2. Operations chosen for chronic pancreatitis and its complications include pancreatojejunostomy (PJS) on the Roux loop, cefalic duodenpancreatectomy (CDP), corporo-caudal pancreatectomy, lithextraction endoscopy from wirsung duct, fistulojejunostomy, thoracoscopic splanchnectomy, endoscopic papillosphincterotomy, endoscopic stenting for common bile duct. For complicated cases with pancreatic pseudocyst (PP) were chosen - cystpancreatojejunostomy (CPJS) on the Roux loop with external drainage of PP, ultrasound guided puncture of PP. Complicated cases revealed of PC with obstructive jaundice - PJS with cholecysto-or-choledoco-jejunostomy(CoCJS) on the splitted Roux loop, chistpancreatojejunostomy (CPJS) with CoCJS on the splitted Roux loop. In case of pancreatic tumor – CDP, corporo-caudal pancreatectomy, thoracoscopic splanchnectomy, endoscopic papillosphincterotomy, endoscopic stenting for common bile duct.

Key words: chronic pancreatitis, cancer of pancreas, insulinomas pancreas, complications, treatment

Резюме. Хирургия поджелудочной железы – 30 летний опыт клиники хирургии № 2

В работе представлены результаты хирургического лечения 652 больных хроническим панкреатитом и его осложнений, 1029 – с опухолями поджелудочной железы в период 1987-2017 гг. Основными хирургическими

vmșatelor la pacienții cu PC și complicațiile ei desfășurat în perioada anilor 1987-2017 în Clinica 2 Chirurgie. În studiu au fost incluși pacienți cu diferite forme grave de PC: indurativă 25 (3,88%) cazuri, pseudotumoroasă 49 (7,52%) cazuri, calculoasă 92 (14,07%) cazuri, PC complicată cu pseudochist pancreatic (PP) – 478 (73,3%) cazuri, icter mecanic – 105 (16,02%) cazuri, ascită pancreatică – 25 (3,88%) cazuri, stenoză gastroduodenală – 27 (4,13%) cazuri, fistulă pancreatică – 19 (2,91%) cazuri. Repartizarea după sex: bărbați - 572 (87,7%), femei – 80 (12,3%). Persoane activ incluse în sectorul de muncă au constituit 611 (93,8%) cazuri. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei sunt prezentate în *tab. 1*.

Ключевые слова: хронический панкреатит, рак поджелудочной железы, инсулинома, осложнения, лечение

Introducere. Incidența globală în continuă creștere a maladiilor pancreasului și complicațiilor lor, variantele multiple anatomoclinice de evoluție, numeroasele comorbidități, încadrează aceste patologii în categoria celor cu risc înalt și impune numeroase gesturi chirurgicale. Cancerul pancreatic (CP), deși reprezintă doar 2% din totalul tumorilor maligne, constituie a 5-a cauză de mortalitate prin cancer și a 3-a cauză de letalitate dintre neoplazmele digestive. În Republica Moldova incidența cancerului pancreatic este în creștere cu 4-5% anual. Deși mortalitatea după rezecția pancreatică pentru cancer a scăzut de la 20-30% în anii '60-'70 la sub 5% în prezent, morbiditatea se menține încă destul de ridicată (20-50%).

Obiectivele lucrării: Optimizarea tratamentului chirurgical al pacienților cu maladii chirurgicale a pancreasului și complicațiile lor.

Tratamentul chirurgical al pacienților cu pancreatită cronică și complicațiile ei

Material și metode de cercetare. Studiul retrospectiv include rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 652 pacienți cu PC și complicațiile ei desfășurat în perioada anilor 1987-2017 în Clinica 2 Chirurgie. În studiu au fost incluși pacienți cu diferite forme grave de PC: indurativă 25 (3,88%) cazuri, pseudotumoroasă 49 (7,52%) cazuri, calculoasă 92 (14,07%) cazuri, PC complicată cu pseudochist pancreatic (PP) – 478 (73,3%) cazuri, icter mecanic – 105 (16,02%) cazuri, ascită pancreatică – 25 (3,88%) cazuri, stenoză gastroduodenală – 27 (4,13%) cazuri, fistulă pancreatică – 19 (2,91%) cazuri. Repartizarea după sex: bărbați - 572 (87,7%), femei – 80 (12,3%). Persoane activ incluse în sectorul de muncă au constituit 611 (93,8%) cazuri. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei sunt prezentate în *tab. 1*.

Tabelul 1

Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei

Nr.	Indicație chirurgicală	Nr.	%
1.	Forma dureroasă a PC refractară la terapia medicamentoasă	652	100

2.	PC. Pseudochist pancreatic	478	73,3
3.	PC. Suspecție de malignizare	5	0,73
4.	PC. Icter mecanic	43	6,55
5.	PC. PP. Icter mecanic	62	9,47
6.	PC. Stenoză pilorică	27	4,13
7.	PC. Ascită pancreatică	25	3,88
8.	PC. Fistulă pancreatică	19	2,91

Tratamentul chirurgical a avut ca sarcini: decompresia sistemului ductal al pancreasului, reducerea sindromului algic, eradicarea și tratarea complicațiilor PC, maximal posibil operații organomenajate în scop de preservare a funcțiilor exo- și endocrine a pancreasului [3;4;16-19]. Alegerea unui anumit procedeu tehnic depinde de un ansamblu de condiții care se precizează prin explorările preoperatorii și / sau intraoperatorii. Intervențiile chirurgicale efectuate pacienților cu PC și complicațiile ei sunt prezentate în *tab. 2*.

Tabelul 2

Procedee chirurgicale efectuate pentru PC și complicațiile ei

Nr.	Varianta operatorie	Nr.	%
REZEȚII PANCREATICE:			
1.	DPC	5	0,73
2.	Rezecție pancreatică caudală cu derivație pancreatico-jejunală, splenectomie	4	0,52
OPERAȚII DE DERIVAȚIE INTERNĂ:			
3.	PJS pe ansă Roux (Operația Puestow II)	167	25,57
4.	CPJS pe ansă Roux	237	36,41
5.	PJS, colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux	11	1,7
6.	CPJS, colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux	43	6,55
7.	Stentare endoscopică a ductului Wirsung	3	0,49
8.	Enucleerea chistului pancreatic	6	0,98
9.	Chistgastrostomie	3	0,49

10.	Fistulo-jejunostomie	3	0,49
11.	Excizia fistulei pancreatice, PJS	6	0,98
Operații de drenaj extern:			
12.	Drenare externă a PP	111	16,99
13.	Drenare externă ecoghidată a PP	15	2,22
Operații de neuliză:			
14	Splanhnectomie torascopică	38	5,83
	TOTAL	652	100,0

Rolul exact al presiunii intraductale crescute în patologia pancreatitelor cronice nu este exact cunoscut, dar este unul din mecanismele incriminate în durerea pancreatică. Majoritatea abordurilor terapeutice își propun să reducă această presiune.

S-a optat pentru incizia mediană xifoombilcală, care permite o bună vizualizare a câmpului operator. Drenajul canalului wirsung a fost realizat prin derivația pancreatico-jejunală pe ansă în Y în 131 (25,57%) cazuri (fig. 1).

În 38 (5,83%) cazuri când ductul Wirsung nu a fost dilatat (diametrul d.wirsung $\leq 0,4$ cm) a fost realizată splanhnectomia torascopică menită să combată durerea. La 5 (0,73%) pacienți cu suspecție la malignizare au fost efectuate DPC.

Tratamentul chirurgical al PP a inclus: derivații chisto-digestive, drenajul extern, puncții ghidate, exerezele splenopancreatice cu ablația chistului. Derivațiile pseudo-chisto-digestive au fost aplicate în funcție de dimensiunile anatomice, localizarea PP, maturitatea peretelui PP, comunicarea PP cu canalele pancreatice majore.

În 111 (16,99%) cazuri de PP imatur (1-3 luni de la apariție) și în curs de maturare (3-6 luni de la apariție) s-a recurs la drenare externă a PP (fig. 2). În 15 (2,22%) cazuri de PP s-a recurs la drenare externă ecoghidată a PP.

În cazurile de PP matur (6-12 luni de la apariție) s-a recurs la aplicarea CPJS pe ansă a la Roux la 237 (36,41%) pacienți (fig. 3).

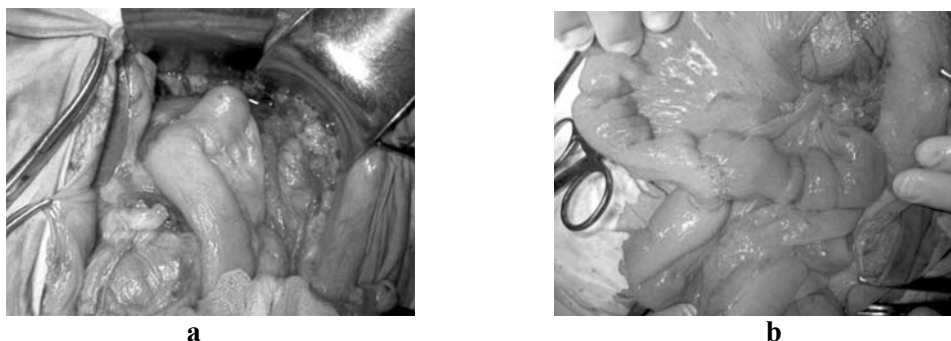


Fig. 1. a - Pancreato-jejunostomie pe ansă Roux; b - aspectul ansei în Y-a la Roux

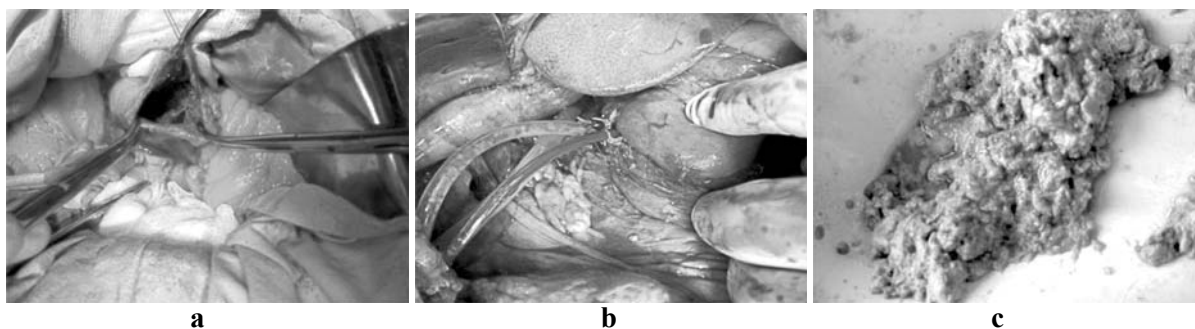


Fig. 2. Foto intraoperator - etape ale drenării externe a PP: a - chist pancreatic postnecrotic, b - drenare externă a PP, c - conținutul PP

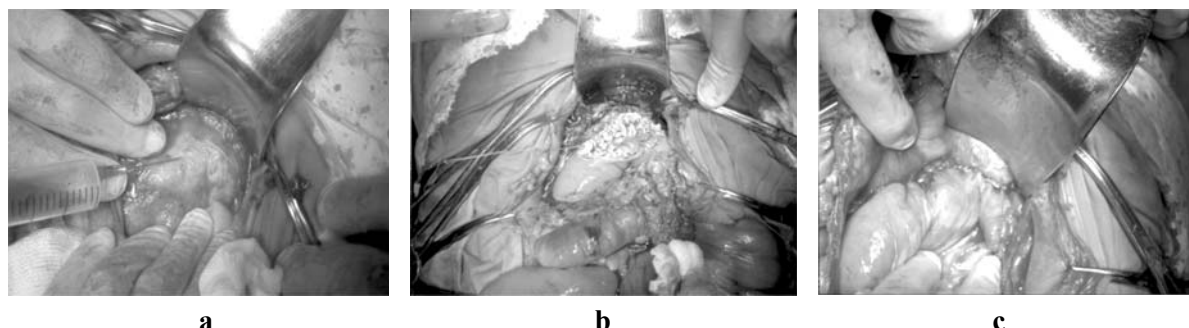


Fig. 3. Foto intraoperator - etape ale pancreatectomiei corporo-caudale cu prezervarea splinei: a - pseudochist corporo-caudal pancreatic, b - suturarea părții inferioare a anastomozii pancreato-jejunale, c - aspect final al anastomozii pancreato-jejunale

Variantele proceduri de pancreaticojejunostomie (efectuate cînd exista o dilatație segmentară sau difuza a Wirsungului) au inițial un rezultat postoperator bun.

Avantajele operațiilor de drenaj ductal: nu sacrifică țesut pancreatic funcțional, permite tratarea simultană a pseudochisturilor pancreatice (drenaj în aceeași anastomoză). Enucleerea chistului pancreatic a fost efectuată în 6 (0,98%) cazuri (fig. 4).

În 82 (80,95%) cazuri de PC complicată cu icter mecanic preoperator s-a recurs la decompresie endoscopică a căilor biliare prin diferite modalități: sfincterotomie endoscopică (STE, stent în calea biliară 48 (58,3%) cazuri, drenare nazo-biliară - 24 (29,2%) cazuri, litextracție endoscopică 10 (12,5%) cazuri. Soluțiile terapeutice intraoperatorii în cazurile de PC complicate cu obstrucții biliare au fost: Colecisto(coledoco)-jejunostomie și PJS pe ansă spiculată Roux aplicate la 11 (1,7%) pacienți și colecisto(cole-

doco)-jejunostomie și CPJA pe ansă spiculată Roux efectuate la 43 (6,55%) pacienți (fig. 5).

Rezecțiile pancreatice – au avut ca obiective: rezolvarea durerii și îmbunătățirea calității vieții, rezecția pancreasului afectat cu sacrificiu tisular pancreatic minim, conservarea structurilor vecine, prevenirea evoluției pancreatitei cronice, îndepărtarea suspiciunii de cancer. S-a intervenit chirurgical prin efectuarea duodenpancreatectomiei cefalice în 5 (0,73%) cazuri (fig. 6).

În 5 (0,52%) cazuri de PP de dimensiuni mari cu localizare corporeo-caudală pancreatică s-a recurs la pancreatectomie distală, splenectomie, PJS termino-terminală pe ansă izolată Y a la Roux (fig. 7).

Tratamentul chirurgical endoscopic adresat pacienților cu pancreatită cronică calculoasă a fost litextracție endoscopică din ductul Wirsung în 3 (0,46%) cazuri. Numarul mic de cazuri este datorat lipsei aparatajului necesar pentru această intervenție miniinvazivă.

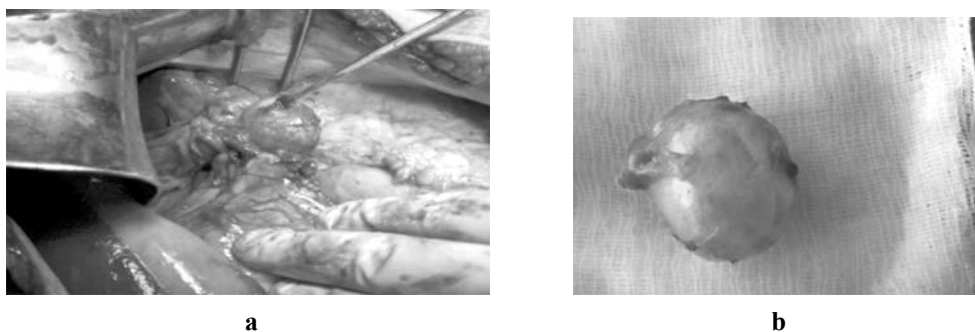


Fig. 4. Foto intraoperatorie. a - enucleerea chistului pancreatic, b - piesă operatorie

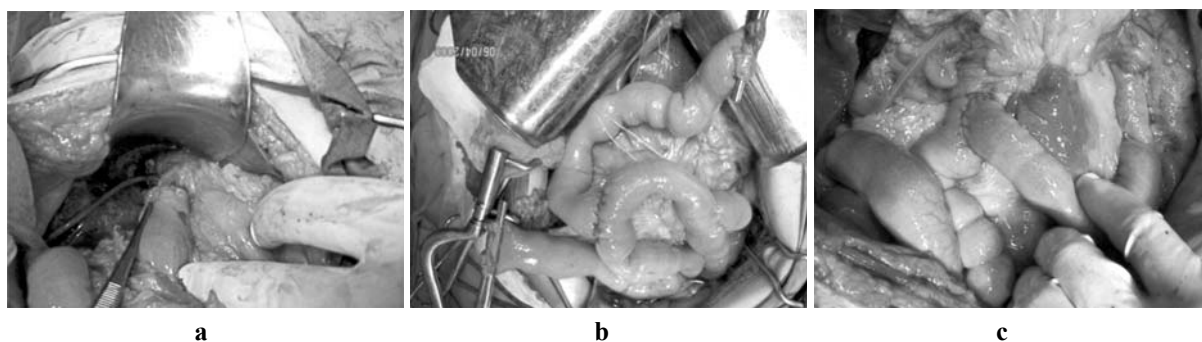


Fig. 5. Foto intraoperatorii – etape ale coledoco-jejunoanostomiei și PJS pe ansă spiculată Roux: a - coledoco-jejunoanostomie, b - ansă spiculată a la Roux, c - pancreatojejunostomie

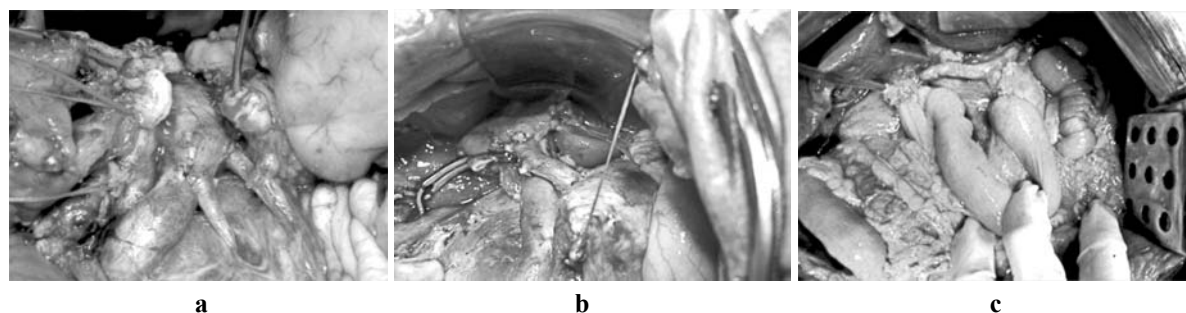


Fig. 6. Foto intraoperator-etape a DPC (a-Disecție în regiunea istmusului pancreasului; b-Câmpul operator după înlăturarea complexului pancreato-duodenal; c-Etapa reconstructivă)

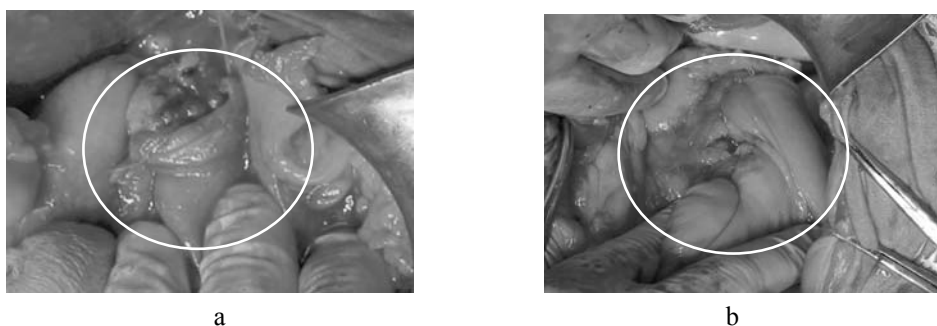


Fig. 7. Foto intraoperator - etape a pancreatectomiei distale, splenectomie, PJA termino-terminală pe ansă izolată Y a la Roux: a-suturarea părții inferioare a anastomozei pancreato-jejunale, b-aspect final al anastomozei pancreato-jejunale

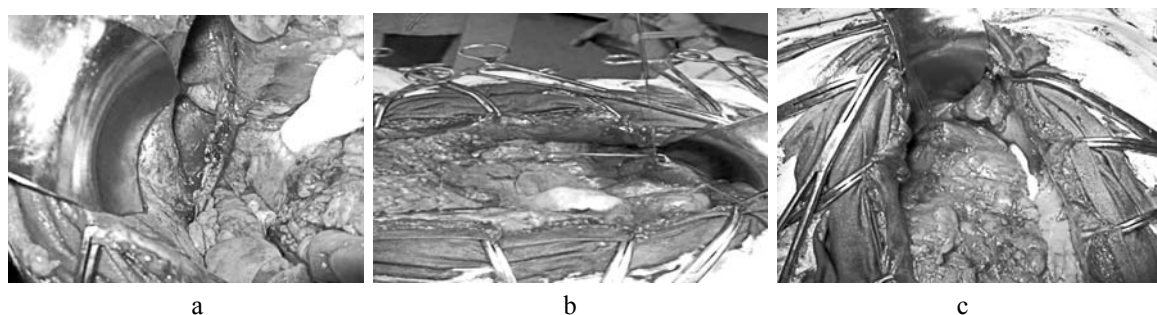


Fig. 8. Foto intraoperator - etape a implantării fistulei pancreatice în porțiunea D₂ a duodenului: a-aspectul fistulei pancreatice, b-mobilizarea fistulei pancreatice, c-implantarea fistulei pancreatice în porțiunea D₂ a duodenului

Tratamentul chirurgical adresat pacienților cu fistule pancreatice (12 (0,49%) cazuri) a fost în raport cu debitul fistulei (V_{\max} mai mare de 500 ml/24 ore) și a inclus următoarele modalități de rezolvare: rezecție pancreatică caudală purtătoare de fistulă cu derivație pancreatico-jejunală – 3 (33,33%) cazuri, înlăturarea fistulei, PJS – 4 (44,44%) cazuri, implantarea fistulei pancreatice în porțiunea D₂ a duodenului - 1 (11,11%) caz, fistulojejunostomie - 1 (11,11%) caz (fig. 8).

Tratamentul conservator (V_{\max} mai mic de 500 ml/24 ore) a fost eficace în 12 (1,8%) cazuri (închiderea fistulei sub acțiunea tratamentului cu Octreotid (0,1 mg/ml 3 ori subcutan).

Terapia complexă medicamentoasă indicată precoce postoperator a inclus: corecția volemică, detoxicare, antibioterapia profilactică sau terapeutică, corecția funcției pancreatice și a altor organe și sisteme, corecția metabolismului energetic, terapia anticoagulantă și reologică, profilaxia pancreatitei acute postoperatorie, metode terapeutice pentru restabilirea precoce a tranzitului intestinal, terapia simptomatică și a patologiilor concomitente.

În 3 (0,49%) cazuri de comprimare externă pronunțată a duodenului pentru reluarea tranzitului intestinal am recurs la gastrojejunostomie (fig. 9).

Tratamentul chirurgical a permis diminuarea semnificativă (dureri abdominale, semne dispeptice, dereglări de nutriție) sau dispariția (icter mecanic) manifestărilor clinice preoperatorii. Totodată analiza rezultatelor apreciază o creștere a cazurilor de diabet

zaharat 10 (1,45%) cazuri, polineuropatie 5 (0,73%) cazuri.



Fig. 9. Foto intraoperator – Gastrojejunostomie

Spitalizarea pacienților în mediu a constituit 10 +/- 3 zile.

Complicațiile p/o precoce au constituit 72 (11,0%) cazuri, iar cele tardive -33 (5,0%) cazuri. Letalitate în perioada p/o precoce nu am avut.

Soluționarea endoscopică a icterului mecanic în perioada p/o a fost în 24 (3,64%) cazuri, iar în 33 (5,1%) cazuri – prin chirurgie deschisă (colecistojejunostomie - 10 (1,53%) cazuri, coledocojejunostomie - 47 (7,2%) cazuri).

Persistența sindromului algic în PC, ineficacitatea tratamentului conservator a impus efectuarea splanhnicectomiei toracoscopice la 22 (3,39%) pacienți.

Investigațiile imagistice și radiologice efectuate în perioada p/o au permis vizualizarea anastomozelelor pancreato-jejunale și colecisto(coledoco)-jejunale funcționale în toate cazurile. În perioada p/o tardivă

(4-24 ani) din cauza progresării procesului patologic din pancreas, patologiilor concomitente a survenit decesul în 14 (2,18%) cazuri.

Evaluarea p/o tardivă a evidențiat reabilitarea socială la 587 (90,0%) pacienți, continuarea activității profesionale - în 456 (70,0%) cazuri, o pondere normală - la 554 (84,93%) pacienți, După o evoluție de 20 ani nu mai au dureri - 545 (83,55%) pacienți.

Discuții. PC reprezintă o afecțiune cu un potențial evolutiv sever prin durerea invalidantă pe care o determină la toți pacienții, apariția complicațiilor, insuficienței pancreatice exocrine și endocrine și a ratei crescute a mortalității. Tratamentul chirurgical al PC este indicat la pacienții cu durere persistentă, refractară tratamentului medicamentos sau endoscopic, sau în cazul prezentei complicațiilor [1-3; 9-11; 13-15; 19; 22-23].

Obiectivul principal al exerezelor pancreatice în PC îl reprezintă depărtarea țesutului pancreatic inflammat, sclerozat și/sau calcificat, dar care poate duce la insuficiență glandulară și tulburări ale metabolismului glucidic [1; 5-20]. Intervențiile de derivație internă urmăresc reducerea durerii prin micșorarea presiunii intraductale în amonte de un obstacol ductal urmat de distensie. Logica acestor intervenții nu este numai acest proces de decompresie și analgezie chirurgicală, ci și oprirea atrofiei de parenchim pancreatic realizată de imposibilitatea funcționării pancreasului exocrin, deversarea conținutului acinar neputându-se realiza [25-28; 31; 32; 35].

Concluzii

1. Termenii optimi pentru efectuarea operațiilor de derivare internă sunt 4-6 luni după atacul de pancreatită acută, după efectuarea tratamentului conservativ complex având ca scop sanarea procesului inflamator cronic nespecific și stabilizarea funcțiilor exo- și endocrine a pancreasului.

2. În cazurile când tabloul clinic este exprimat prin icter tranzitoriu, fără lezarea gravă a funcției hepatice, e logică aplicarea unui tratament medicamentos de corecție și realizarea imediată a intervenției chirurgicale. În celelalte cazuri de icter mecanic atitudinea chirurgicală este aplicată în 2 etape: a). Corecția icterului și infecției biliare prin tehnici endoscopice miniinvasive; b). Asigurarea unui drenaj optimal al bilei și sucului pancreatic în intestin prin derivații interne coledoco-jejunostomii și pancreato (chistopancreato)-jejunostomii pe ansa bispiculată a la Roux care asigură o decompresie adecvată a sistemului ductal pancreatic.

3. Derivațiile pancreato-jejunale reprezintă o metodă terapeutică eficientă cu rezultate bune, corelate cu selecția candidaților, tehnica chirurgicală de elecție și prevenirea complicațiilor.

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

5. În cazul progresării procesului patologic din țesutul pancreatic și dezvoltării insuficienței funcției exocrine a pancreasului pacienții vor necesita un tratament conservator cu preparate care conțin fermenți pancreatici.

6. Pancreatita cronică este o maladie prin definiție benignă, dar care poate antrena complicații grave.

Tratamentul chirurgical al cancerului pancreatic (CP) și al regiunii periampulare

Studiul prezintă o analiză retrospectivă a unui lot de 1020 pacienți cu cancer pancreatic (CP) și al regiunii periampulare. Au fost analizate o serie de aspecte clinice: localizarea și diametrul tumoral, stadiul, prezența adenopatiilor metastatice, morbiditatea postoperatorie și supraviețuirea la distanță. Pacienții au fost supuși următoarelor intervenții chirurgicale: rezecție cefalopancreatică 299 (29,3%), dintre care la 211 (70,7%) bolnavi s-a efectuat operația Child, 64 (21,3%) cazuri - operația Whipple, operația Traverso - Longmire realizată la 24 (7,9%) pacienți. Rezecție pancreatică corporocaudală s-a efectuat în 66 (6,5%) cazuri, anastomoză biliodigestivă (By-pass biliodigestiv) 342 (33,5%) cazuri, splanhnicectomie toracoscopică 36 (3,5%) cazuri, drenare CBP ca unică metodă de tratament 44 (4,3%) cazuri, By-pass biliodigestiv extern 248 (24,3%) cazuri, laparotomie cu prelevarea biopsiei - 19 (1,9%) cazuri, stentarea CBP - 631 (61,9%) cazuri.

Rezultate. Mortalitatea postoperatorie a fost sub 5%. Supraviețuirea maximală pentru cazurile de carcinoid pancreatic a fost de 8 ani, pentru CP supraviețuirea medie pe grup de 26 luni, supraviețuire maximală de 4 ani.

A fost efectuată o analiză a rezultatelor retrospective a tratamentului chirurgical al **tumorilor maligne de pancreas cu invazie vasculară**. Rata rezecabilității la acești pacienți a fost (35,8%±2,8, p <0,001). În timpul de față non-rezecabilitatea este determinată de implicarea în procesul tumoral a arterei mezenterice superioare. Astfel, devine o necesitate indispensabilă a stabilirii invaziei tumorale vasculare preoperator precum și implicarea AMS în proces prin abordarea acesteia intraoperator. Această variantă tehnică este practică în clinică la un lot de bolnavi din anul 2007, realizându-se 21 DPC cu rezecție vasculară de venă portă. Dintre acestea, la 9 (42,86%) pacienți s-a practicat reconstrucția vasculară prin anastomoză primară, în 4 (19,05%) cazuri s-au utilizat grefe sintetice, iar la 8 (38,1%) bolnavi s-a realizat rezecție venoasă marginală.

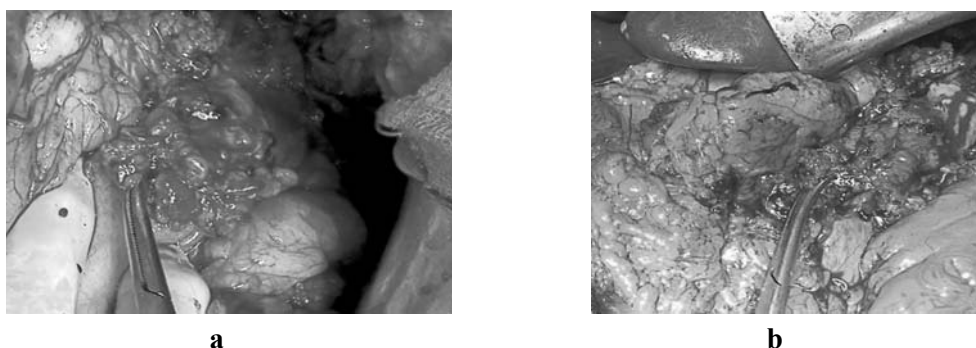


Fig. 10. a, b - Etapele pancreatocistectomiei corporo-caudale cu preservare a splinei a pacientei E.V., nr. Fișei 8196

Rezultate. Letalitatea în perioada postoperatorie precoce a constituit 9,52% (2 cazuri). Supraviețuirea – de 29,1 luni după DPC cu rezecția venei porte/veneii mezenterice superioare.

Concluzii

1. Tratamentul CP poate avea visa curativă, când are ca obiectiv creșterea supraviețuirii sau poate fi doar paliativ când se au în vedere combaterea unor simptome și creșterea calității vieții.

2. Tratamentul CP este multimodal (chirurgical și radio-chimioterapie), strategia terapeutică fiind stabilită funcție de localizarea și extensia locoregională a tumorii.

3. Invasia vasculară venoasă a tumorii de pancreas nu reprezintă o contraindicație a rezecabilității, astfel, DPC asociată cu rezecția de VP/VMS, evidențiază o supraviețuire a pacienților, echivalentă cu DPC fără afectarea/rezecția axului venos.

Tratamentul tumorilor neuroendocrine a pancreasului

În perioada 01.02.1993-12.02.2017 au fost internați și operați 9 pacienți cu vârsta medie 49 ani (limelele absolute 16 - 70 ani), cu diagnosticul de „Insulinom pancreatic”.

Scopul lucrării. Studiarea particularităților clinice-paraclinice, analiza tratamentului chirurgical contemporan al pacienților cu insulinom pancreatic.

Rezultate și discuții. Tratamentul insulinoamelor pancreatice este chirurgical și are ca scop normalizarea simptomatice prin diminuarea hipersecreției hormonale și exereza tumorii. Tratamentul medical cu diuretice tiazidice ce reduc secreția de insulină, analogi octreotidici, restabilirea necesarului glucidic prin aport crescut, sunt folosite doar la pacienții cu insulinoame maligne, și ca pregătire preoperatorie (3). În cazurile studiate soluțiile perfuzabile cu glucoză și o dietă alimentară corespunzătoare au restabilit deficitul glucozei necesare. S-a aplicat în 2 cazuri (22,2%) enucleerea chirurgicală a insulinomului ținând cont de localizarea corporală și dimensiunile mici (0,8; 1,6 cm) determinate imagistic (tab. 3).

Tabelul 3

Intervențiile chirurgicale aplicate pacienților

Intervenția chirurgicală	Nr.	%
Enucleere	2	22,2%
Pancreatocistectomie corporo-caudală cu preservarea splinei	4	44,4%
Pancreatocistectomie corporo-caudală fără preservarea splinei	3	33,3%

La 4 (44,4%) paciente s-a practicat pancreatocistectomia corporo - caudală cu preservarea splinei (fig. 10). În 3 (33,3%) cazuri s-a practicat pancreatocistectomia corporo-caudală fără preservarea splinei.

Tratamentul chirurgical necesită aplicarea îndată ce s-a determinat diagnosticul de insulinom pentru a preveni tulburările neuropsihice ireversibile [5; 13]. Ca variante tehnice sunt aplicate: enucleerea sau enucleerezecția (laparoscopică ori deschisă) și pancreatocistectomiile (DPC, pancreatocistectomia distală cu sau fără preservarea splinei, pancreatocistectomia subtotală, rezecțiile segmentare în diferite variante, pancreatocistectomia totală etc.). Alegerea unei din aceste metode este determinată de localizarea, numărul, dimensiunea și histologia tumorii [5; 13]. Pentru confirmarea diagnosticului de insulinom în toate cazurile s-a efectuat examenul histo-patologic al țesuturilor rezecate intraoperator (tab. 4).

Tabelul 4

Examenul histopatologic al preparatelor

Examenul histo-patologic	Nr.	%
Adenom trabecular	4	44,4
Adenom cu dispoziție cordonală și insulară	1	11,1
Nesidioblastom cu zone Grimelius pozitive	1	11,1
Hiperplazie insulară	1	11,1
Carcinoid malign	1	11,1
Tumora neuroendocrină de tip glandular	1	11,1

La 4 (44,4%) pacienți a fost apreciat adenom trabecular de o culoare violet-cenușie, cu o nuanță mai

închisă decât restul țesutului pancreatic normal și o consistență dură (fig. 11).

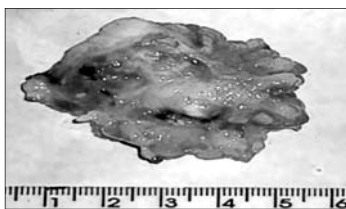


Fig. 11. Aspectul macroscopic al adenomului trabecular

În câte un caz am întâlnit: adenom cu dispoziție cordonală și insular, nesidioblastom cu zone Grime-lius pozitive, hiperplazie insulară, carcinoid malign, tumora neuroendocrina de tip glandular (11,1%).

Postoperator starea pacienților s-a ameliorat cu dinamică pozitivă, fără complicații, a fost apreciată dispariția simptomatologiei și normalizarea glicemiei, insulinei serice și peptidului C. Externarea a fost de la a 6 la 16 zi postoperator. Morbiditate și mortalitate postoperatorie nu a fost înregistrată deși mortalitatea postoperatorie după datele de literatură reprezintă 2 - 6%, cauzele principale de deces fiind pancreatitele acute, peritonitele, hemoragiile și complicațiile infecțioase, în special pulmonare (5,15).

Incidența insulinoamelor după datele de literatură este de 0,1 - 2 cazuri noi anual la 100.000 locuitori. Frecvența studiilor necropsice este de circa 0,08% [4-8]. Cel mai des ca cauză servește insulinomul (tumoră a celulelor B a pancreasului, care reprezintă de la 80 la 90% din toate tumorile pancreasului endocrin) [12; 16;18;20]. Ca cauză a acestei maladii pot servi microadenomatoza sau hiperplazia celulelor B a insulelor pancreatice (nesidioblastoza).

Această maladie pe parcursul a 2 - 5 ani de la debutul ei, duce la grele și neobservate schimbări în organismul pacientului, fiind cauza unei encefalopatii manifeste și pierderilor capacităților mintale. După datele de literatură, repartiția pe sexe este în favoarea sexului feminin (un raport sex masculin / sex feminin de 2/3), cu maximum de incidență în jurul vârstei de 50 de ani [21]. În cazurile noastre tumorile au fost întâlnite doar la sexul feminin cu vârsta medie $49 \pm 4,5$ ani (limetele absolute 16 - 70 ani). Diagnosticul și tratamentul insulinomului până la moment reprezintă unele din cele mai mari probleme a chirurgiei endocrine din toată lumea. Scintigrafia preoperatorie permite determinarea tumorii sau zonei hipersecre-tante de insulină în aproximativ 90% din cazuri. Față de această metodă sensibilitatea USG și CT nu depășește 50% [3;8]. Mai bune rezultate sunt observate la folosirea CT în regim angiografic, RMN și EcoEDS, cu toate că aceste metode la etapa actuală nu au o utilizare largă la noi în țară și observațiile utilizării spre identificarea insulinomului în mai multe clinici

din lume sunt puține. Mai bune rezultate au fost obținute la utilizarea angiografiei având o sensibilitate de 60 - 80% în diagnosticul insulinomului, determinând localizarea tumorii [24;29;30;33;34]. Tumorile au avut dimensiunile medii mici 2,23 cm (de la 0,8 - 5,9 cm) determinate imagistic, iar localizarea a fost corporală în 5 (50%) cazuri, caudală 4 (40%) cazuri, corporo-caudală 1(10%) caz, unde localizarea a fost dublă, asociindu-se cu o tumoră de la nivelul cozii; nu a fost nici o asociere cu MEN 1.

Concluzii

1. Simptomatologia insulinomului este predominantă de simptomele neuropsihice, adrenergice și digestive.

2. Modificările de laborator esențiale sunt: scăderea glucozei serice, creșterea insulinei serice și peptidul C.

3. Sensibilitatea metodele imagistice esențiale au fost: CT în regim standard și în regim angiografic (75%); RMN (75%).

4. Decizia intervenției chirurgicale (enucleere sau pancreatectomie) este dependentă de localizarea, dimensiunile tumorii determinate imagistic și tipului histologic la biopsie.

Tratamentul miniinvasiv antialgic al pacienților cu sindrom algic în pancreatită cronică recidivantă (PCR), cancerul pancreatic nerezecabil (CPN), cancer cu localizare nepancreatică nerezecabil

Studiul include 56 (69,1%) pacienți cu PCR și 22 (27,2%) pacienți cu CPN, 3 (3,7%) pacienți cu cancer cu localizare nepancreatică nerezecabil. Lotul de pacienți cu PCR a inclus 49 (87,5%) bărbați și 7 (12,5%) femei, CPN - 20 (90,91%) bărbați, 2 (9,09%) femei.

Rezultate. S-au practicat 68 (83,95%) splanhnictomii toracoscopice (SPLT) pe stînga, 13 (16,05%) SPLT pe dreapta - 4 (4,94%) pacienți, au necesitat și SPLT dreaptă la 2 luni după SPLT stîngă, datorită răspunsului terapeutic minimal). SPLT și protezarea endoscopică a CBP au fost efectuate în 15 (68,18%) cazuri de CPN complicat cu icter mecanic. Efectul analgetic pe termen scurt (<3 luni) este denotat de eficacitatea în 56 (100%) cazuri de PCR și 20 (90,9%) cazuri de CPN. Între 3 - 6 luni eficacitatea analgeziei s-a menținut la 38 (67,86%) cazuri de PCR (continuând ulterior după 6 luni) și 14 (63,63%) cazuri de CPN, 11 (50%) - după 6 luni. Mortalitatea perioperatorie-0. Spitalizarea medie postoperatorie a fost de 3,3 zile (2-5 zile).

Concluzii. Principalul avantaj al SPLT este excluderea completă sau diminuarea semnificativă a dozelor de analgetice narcotice în tratamentul CPN și PCR refractară la tratamentul antalgic conservator. Protezarea endoscopică și SPLT reprezintă soluții mi-

niinvazive cu implicații asupra ratei de supraviețuire și calității vieții în cazurile de CPN complicat cu icter mecanic.

Bibliografie

- Angelescu, N. *Patologie chirurgicală pentru admitere în rezidențiat*. Editura Celsius,, București, 1997; p.375-404.
- Angelescu, N. *Tratat de patologie chirurgicală*. Editura Medicală, București, 2001; p.934-2009.
- Beuran, M., Grigorescu M, Pascu O. *Actualități în patologia pancreatică*, Ed. Medicală Universitatea „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2010; p.196-256.
- Bordea, A., Jitea N., Cristian D. et al. *Therapeutical approach in bilio-digestive anastomosis failure for benign diseases*. Cluj –Napoca, România, 2010; P.152.
- Botella Carretero J.I., Valero Gonzalez M.A, Lahera Vargas M. et al. [Diagnostic localization in insulinoma and prognostic value of postoperative glycemia measurement] [article in Spanish]// *Med. Clin. (Barc)*. -2002. - Vol.118, № 6.- P. 201-204.
- Bottger T. [Surgical treatment and outcome in insulinoma] [article in German]//*Zentralbl. Chir*.- 2001. - Bd.26, H.4.- S.273-278.
- Bottger Th., Junginger Th. “Is preoperative Radiographic localization of islet cell tumors patients with insulinoma necessary?” // *World. J. Surg*.-1993.-Vol.17.- P.427-432.
- Bottger Th., Junginger Th. Is preoperative Radiographic localization of islet cell tumors patients with insulinoma necessary? // *World. J. Surg*.- 1993.- Vol.17.- P. 427-432.
- Cazac, A. *Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase*. Teza de doctorat. Chisinau, 2005; P.130.
- Chris, E Forsmarc, *Pancreatitis and its complications*, 2005; p.141-143.
- Ghidirim, GH., Gherec, A, Scerbina, R., Suman, A. *ERCPG and EST in the pathology treatment of biliopancreatic area particularities, prophylaxis of complications*. The XXV Congres Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj –Napoca, Romanian, 2010.180
- Hotineanu V., Cazac A., Hotineanu A., Ivancov V., Cotonet A., Pripa V., Burgoci S. Clinic diagnosis end treatment features of pancreatic insulinoma. *Chirurgie*. 2013, vol. 108, supliment 1, pp. S260-S262. ISSN (online):1842-368X.(IF:0,777).
- 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.
- Hotineanu, V., Hotineanu, A., Cazac, A. etc. *Chirurgie – curs selectiv*, Chisinau, CEP Medicina, 2008; p. 490-537.
- Iancu, C., Vlad, L., Bălă, O., Munteanu, D et al. *Duodeno-pancreatectomia în experiența Clinicii Chirurgie III Cluj-Napoca*. Quo Vadis, 2002; 4 (1):13-17.
- Jensen T.R., Norton A.J.: Pancreatic endocrine tumors în Sleisenger and Fordtran’s Gastrointestinal and Liver disease, 7-th edition, Saunders Elsevier Science 2002, 988-1016.
- Juvara I., Dragomirescu C.: Insulinoamele în Cancerul și alte tumori ale sistemului endocrin, s. red. I. Chiricuță, Colecția Enciclopedia Oncologică, Vol. 14, 1984, Cluj-Napoca, 262-283.
- Kuzin, N.M., Egorov, A.V., Kondrashin, S.A. - Preoperative and intraoperative topographic diagnosis of insulinomas. *World J. Surg.*, 1998, 22:593.
- Lopes, C.V., Pesenti, C., Bories, E., Giovannini, M. *Endoscopic ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudochists*; *Arg. Gastroenterol*. 2008; 45(1) p.17-21.
- Machado M.C., Jukemura J., da Cunha J.E. et al. [Surgical treatment of insulinoma: study of 59 cases] [Article in Portugese] // *Rev. Assoc. Med. Bras.*- 1998.- Vol. 44.,№ 2.- P.159-166.
- Marubayashi S., Tanaka T., Shimizu Y. et al. “Tumor localization studies and surgical treatment in patients with insulinoma”//*Hiroshima J. Med. Sci.*- 1998.- Vol.47, № 2.- P.69-72.
- Miciliț, F, Vărcoș, F. *Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii*. Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2005; p.43-68.
- Neamțu, Carmen. *Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas*. Teza de doctorat. Chișinău, Moldova, 2006; p.140.
- Pitre J., Soubrane O., Dousset B. et al. [Pancreatic echo-endoscopy and preoperative localization of insulinomas]. [Article in French]// *Ann. Chir.*- 1998.- Vol.52, № 4.- P.369-373.
- Pop, Gh. *Pseudochist pancreatic*. Editura Mega, Cluj-Napoca, 2007; 160.
- Popescu, I., *Tratat de chirurgie*. Vol.IX. Partea a II-a. Chirurgie generală. Patologia ficatului. Editura Academiei Române, București, 2009; p.397-551.
- Răzeșu, V. *Chirurgie generală*. Ed. Răzeșu, România, 2004; p.571 - 580.
- Seicean, Andrada. *Pancreatita cronică-abordare actuală*, Cluj-Napoca, 2009; p.130-162.
- Tarcoveanu, E., Lupascu, C., Moldovanu, R., Dimofte, G., Epure, O., Mogoae, V., Mitocaru, V., Daniil, C., Florea, N. - Insulinoamele pancreatice, *Jurnalul de Chirurgie*, 2005, 1:142.
- Tyler, S.D. - Pancreatic endocrine tumors and multiple endocrine neoplasia. In “The MD Anderson surgical oncology handbook/ MD Anderson cancer Center Department of Surgical Oncology”/ sub redactia lui Berger D.H., Feig B.W., Fuhrmann G.M., Ed. Brown and Company (New York), 1995, pag. 245-247.
- Доценко Б. М., Тамм Т. И. *Клинико-морфологическое обоснование выбора методики хирургического лечения хронического панкреатита*. Вісник морської медицини № 2, Одеса, Україна, 2003; p.121 – 124.
- Дука, Р. В. *Отдаленные результаты оперативного лечения больных с осложнёнными формами хронического панкреатита*. Вісник морської медицини № 2, Одеса, Україна, 2003; P.157.

33. Кондрашин С.А., Егоров А.В. «Сочетанная лучевая диагностика инсулином»// Медицинская радиология. -1996. - Т.41, N 6. - С.23 - 25.

34. Привезенцева Т. В., Марков И.Н. „Ангиография при инсулиномах поджелудочной железы”//Вестн. рентгенологии. - 1979. -№5.- С.57 - 62.

35. Хотиняну, В.Ф., Карагац, З.Ф., Припа, В.М., Котонец, А.П. *К вопросу диагностики и лечения хронического кальцифицирующего панкреатита*. Вісник морської медицини, Одесса, Україна, 2003, (2); p.325 – 32.