

# RECONSTRUCȚIA GLANDEI MAMARE

## BREAST RECONSTRUCTION

Gheorghe GHIDIRIM<sup>1</sup>, Ghenadie CONȚU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>- dr. hab. în med., profesor universitar, academician,

<sup>2</sup>- dr. în med., conferențiar

Catedra chirurgie N 1 „N. Anestiadi” USMF „Nicolae Testemițanu”

### Rezumat

Autorii pun în discuție metodele contemporane de reconstrucție mamară (RM). Sunt analizate rezultatele a 22 de operații de RM, inclusiv două operații de restabilire a glandei mamare cu lamboul TRAM. În unul din aceste cazuri a fost necesară reconstrucția bilaterală a sinilor. Este prezentată o metodă proprie de închidere a defectului aponeurotic după reconstrucția cu lamboul TRAM. S-a dat o apreciere a avantajelor și dezavantajelor diferitor metode de reconstrucție mamară.

### Summary

The modern methods of breast reconstruction were discussed. The authors analyses the results of 22 operations for breast reconstruction, including 2 cases of TRAM operations. The bilateral breast reconstruction was performed in one case. The new method for close of abdominal wall aponeurosis defect after TRAM breast reconstruction was presented. It was estimate the advantages and disadvantages of different methods of breast reconstruction.

### Actualitate

Cancerul glandei mamare (CM) constituie cea mai răspândită formă de tumoare malignă la femei. Numărul de persoane invalizate e în continuă creștere. Anual în Republica Moldova suportă mastectomia peste 700 de pacienți. Pierderea glandei mamare distruge încrederea în sine și menține permanent în memorie boala oncologică [2, 3, 4, 8]. Schimbări vulgare a volumului, formei și simetriei glandei mamare (GM) pot apărea după operații pe fond de tumori, după traume termice sau după mastita lactogenă acută. Peste 10% din bolnavele operate sunt tinere. Aceste defecte dobândite contribuie la evoluarea unor grave leziuni psihice [4, 8]. Reconstrucția glandei mamare poate izbăvi bolnava de coșmarul oncologic, dar cu regret, pacientele se confruntă cu un negativism din partea oncologilor în vederea oricăror operații de reconstrucție [4, 6, 8, 9]. Nu este un sistem de informare a medicilor și bolnavelor despre indicațiile, metodele și particularitățile operațiilor de reconstrucție a glandei mamare (RGM).

### Istoricul

Primul care a efectuat reconstrucția GM a fost Verneuil. În 1858 el a substituit GM înlăturată pe motiv de cancer prin cea controlaterală. În 1858 V. Czerni a înlocuit defectul GM prin autotransplantat adipos, luat din regiunea lombară.

În anii 70-80 ai veacului XX s-au elaborat mai multe tehnici de reconstrucție a GM după operația de mastectomie. S-a stabilit că operațiile reconstructive nu contribuie la recidiva sau discriminarea tumorii.

Astăzi țesutul adipos prin transplant liber nu se mai aplică pentru reconstrucția GM. Este clar că și lambourile dermolipidice din țesuturile adiacente nu permit restabilirea pe deplin a volumului GM.

Materialele alloplastice: parafina, siliconul lichid, gelul de silicon prezintă doar un interes istoric pentru majorarea

volumului GM, deoarece duceau la o serie de complicații: embolia a. pulmonare formarea fistulelor cronice a infiltratelor în piele, mușchi, supurații. Uneori combaterea acestor complicații necesită mastectomie.

Un pas revoluționar în evoluarea chirurgiei plastice reconstrucția a GM a constituit folosirea endoprotezelor din silicon și expanderelor pentru înlăturarea deficitului de țesut.

S-a stabilit, că implantele cu gel de silicon nu au efecte nocive asupra țesuturilor adiacente, nu-și schimbă proprietățile fizico-chimice și nu sunt cancerogene. În același timp protezele mamare nu pot soluționa toate cazurile de reconstrucție a GM.

O etapă importantă în dezvoltarea chirurgiei reparatorii a GM a constituit aplicarea lambourilor dermo-lipidice pe peduncul muscular:

1. Lamboul dermo-lipidic cu peduncul al m. latissimus dorzi. A fost propus de I. Tansini, 1906.
2. Lamboul dermo-lipidic pe peduncul al m. rectus abdominis (lamboul TRAM) a fost folosit J. Fernandez în 1968.
3. Lamboul dermo-lipidic pe peduncul al m. oblicus abdominis externus.

Cu dezvoltarea tehnicii microchirurgicale s-au elaborat diverse variante de

transplantare a lambourilor dermo-lipidice libere cu un fragment muscular sau fără el, peduncul vascular:

- lambou transversal dermo-muscular din peretele abdominal;
- lambouri dermo-musculare din regiunea gluteia;
- lambou dermo-muscular din m. latissimus dorsi;
- lambou inghinal;
- lambou dermo-muscular din m. tensor fascia lată;
- lambou lateral transversal femural;
- lambou medial transversal femural;
- lamboul "Rubens", variantă de lambou inghinal modificat.

În 1963 I.Kircuta pentru prima dată a folosit omentul mare pentru închiderea defectului pielii GM.

Pentru restabilirea volumului GM se poate folosi omentul pe peduncul sau prin aplicarea anastomozelor vasculare.

În reconstrucția mamară o importanță deosebită are restabilirea complexului areolar care poate fi realizat prin următoarele metode:

a) cu țesuturi locale:

- deepitelizarea areolei;
- reimplantarea lamboului dermal înlăturat;
- tatuaj decorativ.

b) prin divizarea complexului areolar al GM și transplantului liber;

c) prin transplantul liber al pielii mai pigmentate (din regiunea inghinală, axilară, din perineu), a fragmentelor labiilor genitale și al.

Închiderea defectului foi anterioră a m. drepti abdominali se obține prin: utilizarea țesuturilor proprii; aplicarea pielii deepitelizate; allomateriale (plase sintetice proteze din dacron și polipropilen).

Astăzi mai frecvent sunt folosite metode de autoplastie a GM:

a) - lambou liber TRAM;

- lambou TRAM pe peduncul;
- lambou dermolipidic cu baza pe m. latissimus dorsi.

b) materiale alloplastice (expandere-implante din silicon);

c) combinarea de țesuturi proprii și alomateriale.

### Principii generale de reconstrucție mamară

Sarcina principală a RM este ameliorarea calității vieții pacientelor. S-a stabilit ca până la 40 de ani doresc RM până la 90% de paciente, dar cu vârsta necesitatea de RM este mult mai scăzută.

Alegerea metodei și timpului de RM se individualizează și depinde de următorii factori (4,9):

1. planificarea tratamentului oncologic;
2. predispunerea psihologică a pacientei pentru operația de RM;
3. starea generală a pacientei;
4. gradul de risc în comun a operației oncologice și de RM;
5. dorințele pacientei (modificarea primordiale a GM operate și a celei neafectate);
6. diversitatea metodelor chirurgicale, pe care le posedă chirurgul;
7. starea zonelor donatoare în cazul folosirii propriilor țesuturi;
8. starea tegumentelor după mastectomie în cazul utilizării metodei expander/implant;
9. coordonarea tacticii chirurgicale între chirurgul plastician și a oncologului;
10. posibilitățile tehnice ale clinicii.

Contraindicații oncologice pentru RM sunt tumorile de dimensiuni mari, cu creștere în cutia toracică, forma infiltrativ-edematoasă a cancerului, prezența recidivelor și a metastazelor îndepărtate. Comorbiditățile sistemelor cardio-vascular și respirator, diabetul zaharat la fel constituie contraindicații absolute. Obezitatea se consideră o contraindicație relativă.

### Material și metode

Am realizat 22 operații de reconstrucție mamară. Vârsta pacientelor era cuprinsă între 28 și 56 ani, cu media 41,3±2,1 ani. În 19 de cazuri bolnavele au suportat în trecut mastectomie

pe fond de cancer mamar, în 2 cazuri țesutul glandular a fost pierdut în urma proceselor inflamatorii ca urmare a administrării în alte clinici a gelului poliamicridic (GPAA) și într-un caz în urma unei stări septică după o mastită anaerobă.

În majoritatea cazurilor (n=18) s-a efectuat RGM utilizând metoda de dermatenzie și în a doua etapă aplicare a implantelor mamare produse de companiile Eurosilicone și Mentor. La solicitarea pacientelor în 6 cazuri sa efectuat și augmentația mamară la GM neafectată.

Pentru restabilirea GM la pacientele cu consecințele utilizării GPAA a fost posibilă utilizarea implantelor mamare într-o etapă, fără dermatenzie prealabilă.

Operația de RGM cu țesuturi proprii sa efectuat la două paciente. În ambele cazuri s-a aplicat tehnica TRAM (Transvers Rectus Abdominis Myocutaneous flap). Într-un caz defectul aponeurotic a peretelui abdominal după utilizarea mușchiului drept abdominal a fost înlăturat prin utilizarea unei meșe de polipropilen, iar în al doilea – cu o metodă proprie, folosind mușchiul oblic abdominal extern.

În planificarea operațiilor de RM ne-am condus pe principiile oncologice, în baza cărora raționalismul, termenii și metodele de chirurgie plastică reconstructivă sunt în strictă dependență de tipul și răspândirea tumorii și de planificarea tratamentului specializat.

### Rezultate

Alegerea metodei de reconstrucție a GM se discută cu fiecare pacientă. Se explică avantajele și dezavantajele fiecărei metode de RM. Se iau în considerație particularitățile locale a țesuturilor, atitudinea pacientei față de o metodă sau alta.

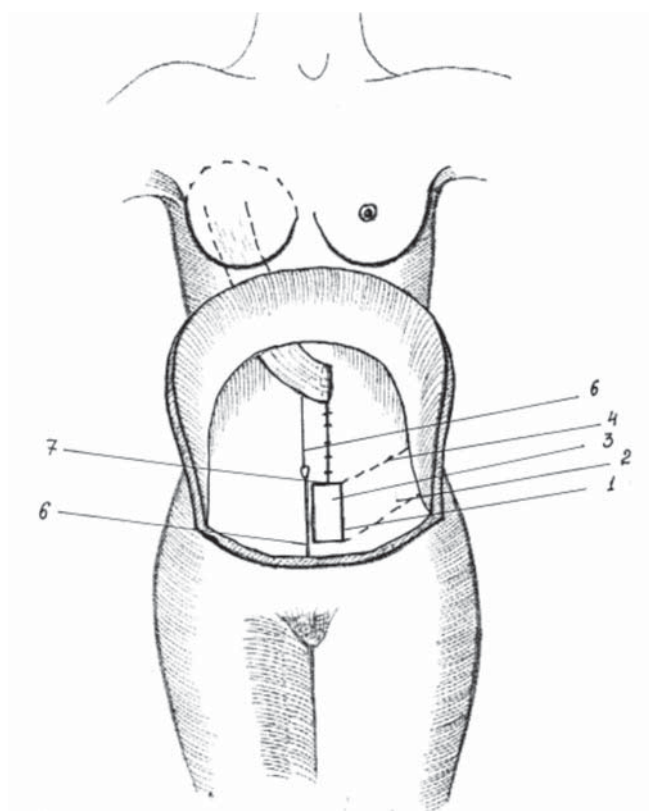
Am utilizat dermatenzia cu succes în majoritatea cazurilor. Doar într-un caz la o pacientă care suferea de obezitate morbidă (IMC=43kg/m<sup>2</sup>) după aplicarea expanderului tisular a survenit limforee urmată de supurație și ulterior de necesitatea înlăturării expanderului.

Am dat preferință expanderelor de formă anatomică și cu rezervă de volum pentru obținerea simetrizării și concomitent pentru modelarea plicii submamare.

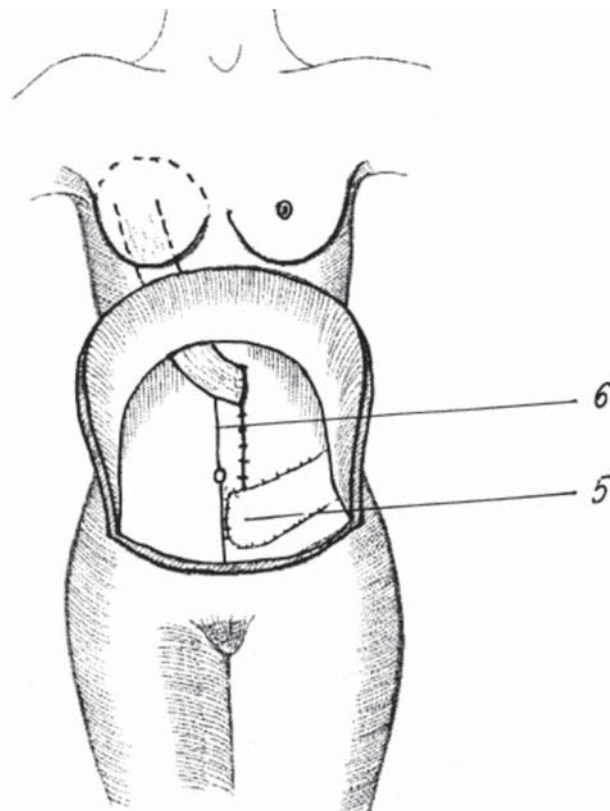
În alegerea implantelor am luat în considerație forma și gradul de coezivitate. Implantele cu coezivitatea cea mai înaltă, deși sunt mai dure, nu creează impresia de corp străin și nu se vizualizează pliurile. Constatăm că simetrizarea nu e întotdeauna simplă și adesea necesită operații suplimentare în partea controlaterală. Augmentația mamară controlaterală s-a efectuat la insistența pacientelor și după consultarea medicului oncolog. În aceste 6 cazuri implantele sau plasate retromuscular prin abord submamar. Din cauza lipsei țesutului subdermal reconstrucția mamelonului prezintă o dificultate tehnică. După tehnicile tradiționale are loc retracția mamelonului reconstruit. Areola în toate cazurile sa restabilit prin tatuaj decorativ.

În ambele cazuri de RGM după GPAA tegumentele au fost întregi și nu a fost necesară dermatenzia. Operația de RGM s-a efectuat peste un an după mastită pe fond de GPAA. Implantele au fost plasate retromuscular, iar în perioada precoce postoperatorie sa administrat Tienam cu scop de profilaxie a infecției.

La o pacientă operația TRAM s-a efectuat peste 5 ani după mastectomie pe motiv de CM (Fig. 3,4). În alt caz, peste 14 ani după o stare septică cu flegmon anaerob, s-a efectuat o reconstrucție bilaterală a GM. Lipsa tegumentelor normale pe o suprafață vastă a cutiei toracice, lipsa mușchiului pectoral fac ca



**Figura 1. Peretele abdominal anterior după reconstrucția glandei mamare.**



**Figura 2. Peretele abdominal anterior după plastia defectului.**

operația TRAM să fie unica soluție de RM. Dar pentru a obține un rezultat satisfăcător este necesar de a combina diferite tehnici chirurgicale, utilizând la aceeași pacientă și propriile țesuturi și expandarea tisulară, și implante mamare cu coezivitate înaltă. Prezentăm un caz clinic:

Bolnava S. de 40 ani s-a adresat în clinică la 10.IX.1999 cu diagnosticul "Stare după amputarea glandelor mamare (1983) pe fond de sepsis, mastită lactogenă anaerobă și flegmon anaerob al peretelui abdominal."

Din anamneză: La 15.08.1983 bolnava a fost adusă în secția de chirurgie generală a Spitalului clinic republican pe linia Aviației Sanitare la a VI-a zi de la debutul bolii în stare foarte gravă cu diagnosticul „Mastită anaerobă neclostridiană”. Pe 16.08.1983 s-a întreprins deschiderea largă și drenarea mastitei. Pe 21.08.1983 s-a efectuat „Mastectomie bilaterală cu excizia dermei și țesutului subdermal necrotizat al cutiei toracice și al peretelui anterior abdominal. S-a aplicat un drenaj perfuzional și s-a efectuat mediastinotomia anterioară superioară”.

La 27.08.1983 – prelucrarea chirurgicală a plăgilor cutiei toracice. La pacientă au urmat defecte mari ale țesuturilor moi ale cutiei toracice. Pe 19.09 1983 – „Autodermoplastie”. Grefa de piele s-a prins parțial, rămânând focare de hipergranulații. A fost externată în stare satisfăcătoare pe 12.VI-1983. Pe cutia toracică au rămas cicatrice de dimensiuni mari.

Pe 17-11-1999 sa întreprins I etapă de RM: Aplicarea espanderelor tisulare în traiectul glandelor mamare amputate. Corecția cicatricei.

În etapa a II pe 05-02-2000 : Înlocuirea espanderului tisular din stânga cu implant „Eurosilicone”. Pregătirea lamboului musculo-cutanat transversal din dreptul abdominal pentru reconstrucție mamară.

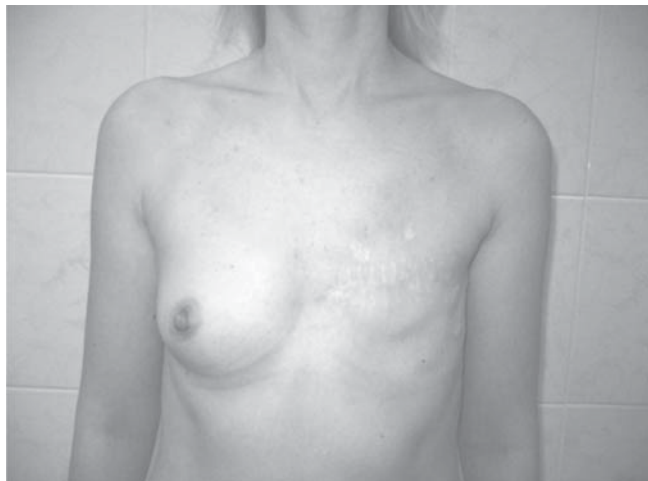
În etapa a III: reconstrucție mamară TRAM din dreapta. S-au excizat cicatricile, ce marcau lamboul dermolipidic din regiunea inferioară a abdomenului cu separarea lamboului și crearea tunelului subdermal prin decolare. S-a efectuat o incizie longitudinală a tecii mușchiului drept abdominal din stânga cu desprinderea lamboului dermolipidic pe dreapta până la linia mediană. A fost incizată teaca mușchiului drept abdominal pe linia mediană apoi pe partea laterală în regiunea lamboului. Astfel s-a eliberat lamboul dermolipidic pe peduncul muscular. Mușchiul drept a fost fixat cu câteva fire rezorbabile.

În partea inferioară a abdomenului în traiectul tecii musculare s-a format un defect aponeurotic de 7x10 cm., închiderea lui fiind dificilă. A fost croit un lambou din mușchiul oblic abdominal extern, care s-a tensionat în jos către linia mediană, acoperind tot defectul. Mușchiul s-a suturat pe perimetru, efectuând astfel plastia defectului aponeurotic și muscular (Brevet de invenție N1681 de pe 30-06-2001).

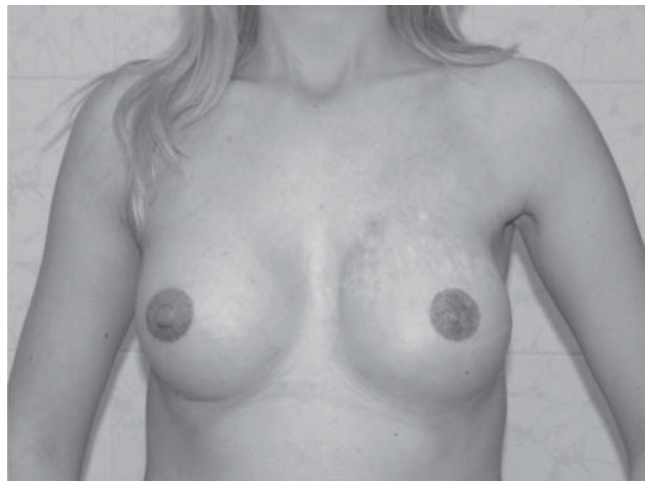
În continuare s-a decorticat cicatricea (10x14 cm) din regiunea cutiei toracice din traiectul glandei mamare drepte după infiltrare de soluție fiziologică. Lamboul dermolipidic a fost trecut prin tunel și s-a localizat în traiectul glandei mamare. Lamboul a fost suturat pe straturi la fel ca și plaga abdominală ca în cazul unei abdomenoplastii tip Pitanghy. Omelnicul a fost transpoziționat și s-a drenat cu două drenuri spațiul subdermal. S-a aplicat un pansament aseptice, apoi un bandaj compresiv.

Diagnosticul postoperator: Stare după amputarea glandelor mamare după sepsis lactogen anaerob.

Perioada postoperatorie a evoluat favorabil, fără semne ischemice a lamboului TRAM. Peste o luna după operație cu anestezie locală sa reconstruit complexul areolo-mamelonar, utilizând metoda „stelară”, iar apoi tatuajul decorativ. Într-o perioadă mai tardivă cu scop de simetrizare a GM reconstruite



**Figura 3.** Pacienta A. Doi ani după mastectomie.



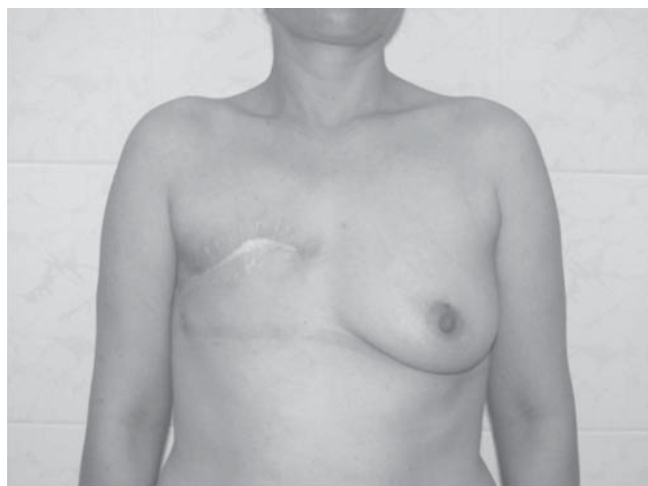
**Figura 4.** Pacienta A. După reconstrucție mamară expander/implant, reconstrucție a complexului areolomamelonar.



**Figura 5.** Pacienta M. 5 ani după mastectomie.



**Figura 6.** Pacienta M. După reconstrucție mamară expander/implant, reconstrucție a complexului areolomamelonar.



**Figura 7.** Pacienta N. 5 ani după mastectomie.



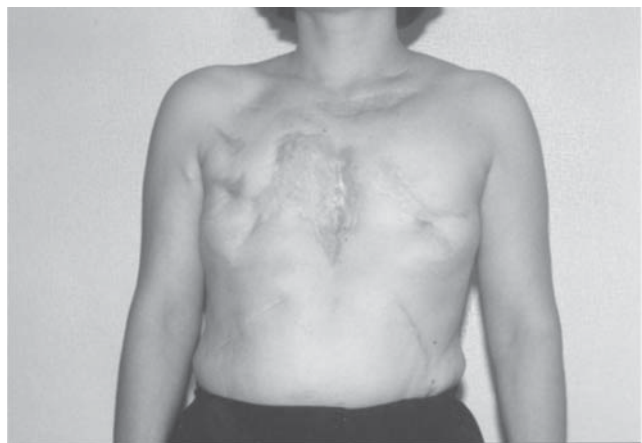
**Figura 8.** Pacienta N. După reconstrucție mamară cu lambou TRAM, reconstrucție a complexului areolomamelonar.

s-a aplicat un implant de 75 cc în cadranul lateral superior, parțial sub lamboul TRAM.

### Discuții

În planificarea metodei de RM suntem impuși în situația de a soluționa următoarele sarcini: de stabili volumul și proiecția

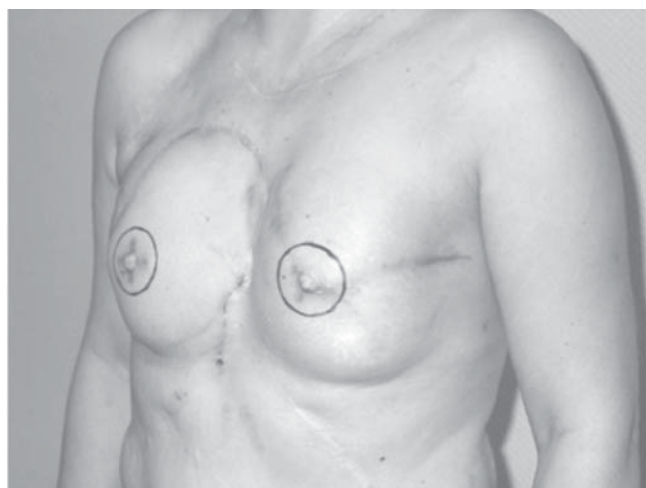
GM în reconstrucție; de a aprecia volumul necesar de țesuturi proprii în dependență de tipul mastectomiei; de a aprecia starea țesuturilor locale după operația oncologică și radioterapie; obținerea simetriei cu GM controlaterală; asigurarea reconstrucției complexului areolomamelonar. Toate operațiile de RM le-am efectuat după mastectomie la distanță.



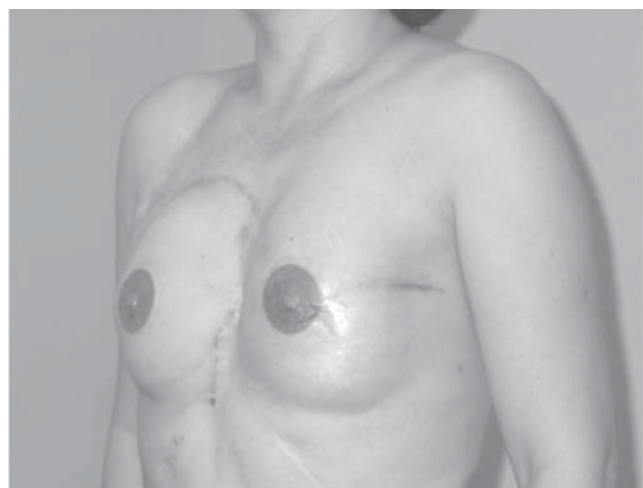
**Figura 9.** Pacienta S. 14 ani după mastectomie pe fond de mastită anaerobă și sepsis.



**Figura 10.** Pacienta S. După reconstrucție mamară cu lambou TRAM și implant din dreapta, reconstrucție mamară expander/implant din stînga (implant tip Beker).



**Figura 11.** Pacienta S. După reconstrucție mamară cu lambou TRAM și implant din dreapta, reconstrucție mamară expander/implant din stînga (implant tip Beker), etapa de reconstrucție a complexului areolomamelonar.



**Figura 12.** Pacienta S. După reconstrucție mamară cu lambou TRAM și implant din dreapta, reconstrucție mamară expander/implant din stînga (implant tip Beker), reconstrucție a complexului areolomamelonar.

În rezultatul unui mare număr de cercetări științifice și observații clinice se consideră dovedit, că siliconul, din care sunt confecționate espenderele și implantele mamare, sunt sigure și nu provoacă afecțiuni oncologice și boli alergice. Utilizarea dermotenziei și aplicarea ulterioară a implantelor este cea mai frecventă și mai puțin traumatică metodă de RM. Această tehnologie de RM e mai simplă decât utilizarea țesuturilor proprii. Durata operației, durata spitalizării și de recuperare sunt mai scurte și se exclude astfel trauma regiunilor donatoare de țesuturi proprii. Cu regret această metodă nu e realizabilă în cazul unei vascularizări insuficiente a țesuturilor cutiei toracice, în urma radioterapiei și fibrozei, în prezența unui focar de infecție, în caz dacă se planifică radioterapia îndată după reconstrucție, la pacientele cu diabet zaharat și obezitate morbidă. Se ia în considerație părerea pacientei dacă categoric respinge metoda de RM cu expander/implant în favoarea utilizării metodelor cu țesuturi proprii.

În cazul pacientei cu pierderea bilaterală a GM, luând în considerație multitudinea cicatricelor atât în regiunea toracică cât și în regiunea peretelui abdominal în traiectul ambelor reborduri costale, a fost absolut argumentată efectuarea operației TRAM în etape, creând astfel condiții pentru adaptarea

microcirculației și evitarea necrozei lamboului. Reieșind din postulatul, că orice operație de reconstrucție trebuie să se finiseze ca o operație estetică, a urmat o serie de operații de reconstrucție a complexului areolar, de corecție a cicatricelor, de simetrizare a sânilor reconstruiți efectuate cu anestezie locală. Pe parcurs de un an s-a observat o ușoară diminuare a volumului lamboului TRAM, probabil atât din cauza proceselor atrofice a mușchiului drept abdominal și a țesutului adipos. Iată de ce a fost necesară plasarea unui implant mic ( $V=75\text{cc}$ ) în cadrantul superior lateral sub lambou.

Observarea la distanță, timp de mai mult de doi ani a acestor paciente a demonstrat că defectul aponeurotic a peretelui abdominal poate fi cu succes înlăturat atât prin utilizarea meșei de polipropilen, cât și cu ajutorul lamboului mușchiului oblic abdominal extern. În ambele cazuri nu s-au întâlnit hernii postoperatorii la distanță. Reconstrucția mamară cu propriile țesuturi e mai avantajoasă din punct de vedere economic.

Pentru reconstrucția mamelonului după operația TRAM sunt condiții mult mai favorabile decât după RM cu implante. Din multitudinea de metode reconstructive am considerat mai sigură și mai rezultativă estetic metoda „stelară”, descrisă de Anton M. și Eskenazi L.B. în 1991.

### Concluzii

1. Alegerea metodei de reconstrucție mamară trebuie efectuată cu respectarea principiile oncologice și în strictă dependență de starea regiunii recipiente.

2. Metoda de RM cu expander/implant este mai puțin traumatică și cu o durată de recuperare mai rapidă decât în metodele cu utilizarea țesuturilor proprii.

3. Reconstrucția mamară cu lambou dermolipidic muscular abdominal orizontal (TRAM) este indicată în cazurile de deficit dermal esențial și lipsă a mușchiului pectoral după mastectomie, mastită lactogenă acută, leziuni termice. Combinarea acestei metode cu implantele mamare permite de a obține un rezultat optimal estetic în modelarea formei și obținerea simetriei glandelor mamare.

### Bibliografie

- ELLIOTT FRANKLIN L, HARTTRAMPF CARL R. Breast reconstruction: Progress in the Past Decade. *World J.Surg.* – 1990., Vol 14, - 763-775.
- Plastic Surgery//Edited by J.W.Smith, Sh. Aston. 1998 – p. 1218-1219.
- Plastic Surgery. Trunk and Lower Extremity//Edited by Mathes, - 2006 -Vol.VI, – p. 631-1175.
- Plastic Surgery. The Trunk and Lower Extremity. Breast reconstruction//Edited by McCarty, - 1990 -Vol.VI, – p. 3897-3928.
- HODSON, E.L., MALATA, C.M. Implant-based breast reconstruction following mastectomy. *Breast disease.* 2002. Vol. 16.- 47-63.
- NEDIȚI, G.H., BRATU, T., ANTOHI, N. Reconstrucția de sân prin transpoziția unor lambouri musculo-cutanate. *Chirurgie plastică.* 1994. Nr.4. p.47-50.
- WILLIAMS, E.N., ROSYENBERG, L.Z., KOLM, P., et al. Immediate nipple reconstruction on free TRAM flap breast reconstruction. *Plast.Reconstr. Surg.* 2007; 120 (5). 1115-1126.
- БОРОВИКОВ, А.М. Восстановление груди после мастэтомии. М. 2000. 96 с.
- ПШЕНИСНОВ, К.П., САЖИЕНКО, В.В. Реконструкция молочной железы после онкологических операций. 2008. v.1, N16. с. 68.
- ВИШНЕВСКИЙ, А.А. Пластическая хирургия молочной железы. М.1987.- с.57.
- АДАМЯН, А.А. Атлас пластических операций на грудной стенке с использованием эндопротезов//М.1994.- 160с.
- СИДОРОВ, С.В. История реконструктивных операций молочной железы в онкологии. *Herald, IAPSO.*, - 2000. - №1, p.6-8.

## TRATAMENTUL ENDOSCOPIC ȘI LAPAROSCOPIC AL PANCREATITEI ACUTE SEVERE (PAS). EXPERIENȚA NOASTRĂ

### THE ENDOSCOPIC AND LAPAROSCOPIC TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS (SAP). OUR EXPERIENCE

**Ana GHEREG**

*Catedra Chirurgie Nr.1 "Nicolae Anestiadi" USMF "Nicolae Testemițanu"*

### Rezumat

Scopul lucrării este analiza comparativă a eficacității tratamentului laparo-endoscopic și tradițional în PAS. A fost analizat un lot de 620 pacienți cu PAS, care au fost repartizați în 2 loturi: 373 pacienți tratați prin metode endoscopice și 247 - lotul martor tratați tradițional. După etiologie forma biliară s-a a întâlnit la 222 (59,5%) pacienți în lotul endoscopic și 67 (27,1%) – în grupul martor. Formele non- biliare ale pancreatitei au fost respectiv 151 (40,4%) și 180 (72,9%) în grupele studiate. Metodele endoscopice (STE, DWE, DBE, CELs, CoSLs, DBO și DP) au permis micșorarea morbidității și mortalității de 3 ori.

### Summary

The aim of this study was to compare the effectiveness of two strategy- endoscopic and traditional in treatment of SAP We present our experience in treatment of 620 patients with SAP. The patients were divided in two lots- 373 patients treated with endoscopic methods and another 247 treated with classical methods . Endoscopic methods permit to decrease the morbidity and mortality in comparison with classical methods.

### Actualitatea temei

Problema tratamentului pancreatitei acute este dificilă din punct de vedere atât al diagnosticului, dar mai ales al tacticii chirurgicale datorită morbidității și mortalității înalte, plasându-se pe locul III - II în urgențele chirurgicale abdominale.

Raportul cost – eficiență în cazul formelor severe de pancreatită acută reprezintă o problemă financiară semnificativă pentru spitalele mari, fără a fi urmată de rezultate spectaculoase.

Tactica chirurgicală a evoluat de la un activism chirurgical precoce, cu mortalitate de peste 50 – 70%, la o temporizare