

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

Anatolie 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

a actului chirurgical până la 2-3 săptămâni cu o reducere a mortalității sub 30%.

Această problemă datorită complexității continuă a fi discutată la diverse reuniuni chirurgicale, congrese, alte foruri științifice și în literatura de specialitate.

Scopul studiului

Constă în analiza comparativă a metodelor de tratament a PAS prin aplicarea metodelor laparo- endoscopice și tradiționale.

Material și metode

Prezentăm materialul clinic, care cuprinde analiza a 4416 pacienți cu diagnosticul de pancreatită acută tratați în clinica chirurgie N1 "Nicolae Anestiadi", Clinica Endoscopie, Chirurgie Miniminvazivă, Centrul Național Științifico- Practic Medicină de Urgență, secțiile chirurgicale municipale în perioada 01.01. 1986 - 31. 12. 2008. Dintre ei formele severe (PAS) au fost la 620 pacienți (14,13%). Aceștia au fost repartizați în două loturi: unul tratat prin metode miniminvazive laparo-endoscopice - 373 pacienți (59,8%) și un alt lot de 247 (39,8%) pacienți - lotul martor - tratați prin metode tradiționale.

Tabelul 1

Caracteristica pacienților cu PAS după sex

Sex	Lotul endoscopic (n=373)	Lotul martor (n =247)
Femei	176 (42,2%)	87 (35,2%)
Bărbați	197 (52,8%)	160 (64,8%)

În lotul endoscopic raportul femeii/ bărbați a fost de 1: 1,2, iar în lotul martor 1: 1,8.

Tabelul 2

Caracteristica pacienților cu PAS după vârstă

Vârstă	Lotul endoscopic (n=373)	Lotul martor (n =247)
< 20 ani	9 (2,4%)	1 (0,4%)
21-30	34 (9,1%)	33 (13,4%)
31-40	84 (22,5%)	64 (25,9%)
41-50	71 (19%)	66 (26,7%)
51-60	63 (16,9%)	48 (19,4%)
61-70	65 (17,4%)	23 (9,3%)
71-80	34 (9,1%)	11 (4,5%)
> 80 ani	13 (3,5%)	1 (0,4%)
Total	373 (100%)	247 (100%)

Conform datelor obținute în ambele loturi PAS au prevalat pacienții de vârstă tânără și medie (21-60 ani). În același timp în lotul endoscopic s-a observat o prevalență semnificativă a celor cu vârsta cuprinsă între 61- 80 ani, grup care a necesitat intervenții laparo- endoscopice. În lotul martor, această prevalență nu-a fost stabilită.

Diagnosticul PAS în ambele loturi a fost stabilit prin metode imagistice, laparo- endoscopice și combinate (Tabelul 3)

Diagnosticul clinic incert a necesitat investigații laparoscopice, suspectându-se în 26 cazuri ulcerul perforant, în 2 cazuri- apendicita acută, în 5 cazuri eruperea chistului pancreatic, iar în 2 cazuri ocluzia intestinală. Examenul laparoscopic a stabilit diagnosticul de PA, urmat de diferite gesturi terapeutice.

Diagnosticul confirmativ al PAS se bazează pe un patruped, în care se coroborează sindromul clinic sugestiv, creșterea

semnificativă a enzimelor pancreatice în ser și/sau urină și evidențierea imagistică, laparoscopică și endoscopică a schimbărilor macroscopice caracteristice.

Tabelul 3

Metodele de diagnostic ale PAS

Metode	Grupul endoscopic (n=373)	Grupul martor (n = 247)
USG	292 (78,3%)	208 (84,2%)
CT	37 (9,9%)	13 (5,3%)
EGDS	223 (59,8%)	41 (16,6%)
Manometrie bilio- pancreatică	35 (8%)	-
CPRE	217 (58,2%)	-
Ls	239 (64,1%)	32 (12,9%)
Fistulocolecistocolangiografie	49 (13,1%)	15 (6,1%)
Bursoomentoscopia	18 (4,8%)	-

Din punct de vedere etiologic pacienții cu PAS sau repartizat după cum urmează (tabelul 4).

Tabelul 4

Formele etiologice ale PAS

Grupul endoscopic (n=373)	Formele etiologice	Grupul martor (n=247)
222 (59,5%)	Pancreatita biliară	67 (27,1%)
151 (40,4%)	Pancreatita non-biliară	180 (72,9%)

În lotul laparo-endoscopic formele destructive au fost diagnosticate la 213 pacienți (57,1%), forma edematoasă la 160 (42,9%). În lotul martor formele destructive s-au întâlnit la 168 (68%), cea edematoasă la 79 (31,9%) pacienți (tabelul 5).

Tabelul 5

Formele morfologice ale PAS

Grupul endoscopic (n=373)	Formele morfologice	Grupul martor (n=247)
159 (42,6%)	Forma edematoasă	79 (31,9%)
146 (39,1%)	Forma hemoragică	113 (45,7%)
48 (12,8%)	Forma lipidică	6 (1,6%)
20 (5,4%)	Forma necrotico - purulentă	49 (19,8%)

Tabelul 6

Patologia zonei periampulare, PDM, ducturilor pancreatice și căilor biliare extrahepatice în PAS

Patologia	Pacienții (n= 169)
Strictură Oddiană	105 (62,1%)
Papilita catarală	58 (34,3%)
Coledocolitiază	91 (53,8%)
Litiția ampulară inclavată	8 (5,3%)
Strictură Wirsungiană	7 (4,1%)
Wirsungolitiția	7 (4,1%)
Adenom al papilei Vater	8 (4,7%)
Cancer Vaterian	2 (1,2%)
Colangita acută purulentă	104 (61,5%)
Icterus obstructiv	102 (60,3%)
Diverticulul parapilar	8 (5,3%)
Chist pancreatic	3 (1,8%)
Fistulă biliară externă	2 (1,2%)

Datorită particularităților anatomice, obstacolul principal pentru eliminarea sucului pancreatic intervine în regiunea papilei duodenale mari (PDM). Aceasta impune duodenoscopia (DS) cu examinarea PDM, completată cu manometrie bilio-pancreatică și la necesitate colangiopancreatografie retrogradă endoscopică (CPRE) (Tabelul 6).

Tratamentul endoscopic este divers și diferă de la caz la caz (Tabelul 7).

111 pacienți au decedat (mortalitatea generală în grupa cu PAS a fost de 18,2 %). În grupul tratați prin metode laparo-endoscopice – 32 pacienți, (mortalitatea 8,57 %) și 79 pacienți (31,9 %) în lotul martor.

Tabelul 7

Metodele endoscopice, laparoscopice și combinate de tratament ale PAS

Metodele endoscopice de tratament	Numărul pacienților (n = 373)
STE singulară	82 (21,9 %)
STE- etapa I + Intervenții LS	35 (9,4 %) – 1**
LS+ STE – etapa II	47 (12,6 %)
Drenare Wirsungiană Externă	15 (4,02 %)
Drenaj biliar extern	21 (5,6 %)
Colelitextracție	33 (8,8 %)
Wirsungolitecție	6 (1,6%)
Colecistectomie laparoscopică la etapa I, II	30 (8,0%)
Colecistectomie cu drenarea CBP la I etapă	19 (5,1 %)
Drenarea cavității abdominale	191 (51,2 %)
Redrenarea laparoscopică a cavității abdominale	12 (3,2 %)
Lavajul cavității abdominale (dializa peritoneală)	184 (49,3 %)
Canularea ligamentului Teres	62 (16,6 %)
Colecistostomia laparoscopică	89 (23,9%) -*
Drenarea bursei omentale	28 (7,5 %)
Metode tradiționale după manevre endoscopice	45 (12,3 %)
Colecistectomia tradițională	41 (10,9 %)
Colecistostomia tradițională	3 (0,8 %)
Colecistectomia tradițională + CDA	1 (0,27 %)

* - Rezultat negativ

** - Flegmon retroperitoneal - deces

Tabelul 8

Metodele tratamentului în lotul martor

Metodele tratamentului	Numărul pacienților (n= 247)
Tratament conservator	168 (68,1%)*
Colecistectomie (CE)	11 (3,94 %)
CE + drenarea CBP	11 (3,94 %)
Colecistostomia directă tradițională	17 (6,09 %)
Drenarea cavității abdominale	79 (31,9 %)
Laparotomia bicostală	7 (2,51 %)
Drenarea spațiului peripancreatic	7 (2,51 %)
Drenarea spațiului retroperitoneal	6 (2,15 %)
Sutura defectului stomacal	1 (0,36 %)
Drenarea bursei omentale	46 (18,6 %)
Abdominizarea bursei omentale	29 (10,39 %)

* - 11 forme fulminante (4,5%) - toți au decedat

Tabelul 9

Complicațiile PAS

Complicațiile	Lotul endoscopic (n=373)	Lotul martor (n=247)
Peritonita fermentativă	139 (37,2 %)	42 (17 %)
Flegmonul retroperitoneal	4 (1,1%)	16 (6,4%)
Parapancreatită	32 (8,57 %)	49 (19,8 %)
Omentobursită	11 (2,94 %)	14 (5,6 %)
Icter mecanic	102 (27,3 %)	3 (1,2 %)
Icter parenchimos	2 (0,53 %)	2 (0,8 %)
Ciroză	-	3 (1,2 %)
Colangită acută	104 (27,9 %)	2 (0,8%)
Șoc endotoxic	9 (2,4 %)	13 (5,3 %)
Sindromul CID	1 (0,26 %)	1 (0,4 %)
Abces intraabdominal	1 (0,26 %)	4 (1,6 %)
Necroză a mezoului	3 (0,8 %)	1 (0,4 %)
Necroză a lobului hepatic	-	1 (0,4 %)
Pseudochist pancreatic supurat	6 (1,6%)	2 (0,8 %)
Chist pancreatic	7 (1,9 %)	11 (4,45 %)
Trombembolia a. Pulmonare	1 (0,26%)	3 (1,2 %)
Insuficiență hepato-renală	-	1 (0,4 %)
Insuficiență poliorganică	33 (8,8 %)	29 (11,7 %)

Tabelul 10

Cauzele letalității

Cauzele letalității	Lotul endoscopic (n=32)	Lotul martor (n= 79)
Șocul pancreaticogen	5 (15,6 %)	9 (11,3 %)
Insuficiența poliorganică	14 (43,7 %)	29 (36,7 %)
Complicații septice	5 (15,6 %)	3 (3,7 %)
Peritonita fermentativă difuză	3 (9,3 %)	1 (1,26 %)
Insuficiență pulmonară/edemul pulmonar	6 (20%)	2 (2,52 %)
Trombembolia arterei pulmonare	1 (3,1 %)	3 (3,7 %)
Ulcer acut hemoragic	-	2 (2,52 %)
Hemoragie erozivă	2 (6,25 %)	3 (3,7 %)
Insuficiență cardiacă acută/ pericardită	-	2 (2,52 %)
Infarct splenic	-	1 (1,26 %)
Necroză hepatică cu hemoragie parenchimotoasă	1 (3,1 %)	-
Cauze neclare	-	1 (1,26 %)
Sindromul CID	-	1 (1,26 %)

Algoritmul diagnostic și curativ miniminvasiv în PAS
Indicațiile diagnostice și de tratament laparo-endoscopic:

- Dureri atroce și suspjecția PAS cu evoluție gravă, diagnosticul incert;
- Bolnavii cu PAS cu evoluție nefavorabilă ce nu răspund la tratamentul conservativ timp de 6ore;
- Fermentemia după 6 – 12 ore de terapie intensivă;
- PAS complicat cu icter mecanic cu / fără angiocolită;
- Datele USG ce identifică colecții lichidiene majore în bursa omentală și în cavitatea abdominală;
- Tratamentul laparo- endoscopic este indicat în cazul evoluției nefavorabile confirmate prin CT cu evidențierea

colecțiilor pancreatice, parapancreatice, retroperitoneale și a necrozelor (scorul Bathazar C, D și E);

- Intervențiile laparo- endoscopice se vor efectua după monitorizarea CT în cazul necrozelor sterile extinse și a pseudochistului cu semne de contaminare microbiană, sau maturare parietală a pseudochistului acut

Metodele endoscopice endoluminale de diagnostic și tratament:

- Duodenoscopia în scopul aprecierii stării papilei duodenale mari (PDM), la necesitate CPRE, urmată de procedee endoscopice decompressive biliopancreatice. Determinarea patologiilor: papilită acută, spasmul oddian prelungit și stenoza oddiană, calculi bilari ampulari inclavați în PDM, diverticul parapapilar, adenome Vateriene, Cancer Vaterian și pancreasului cefalic;
- Manometria biliopancreatică endoscopică în scopul determinării hipertensiei bilio- pancreatice;
- CPRE + STE în primele 12 – 14 ore – în PAS (scor APACHE II >9, Ranson >3), la 72 ore, în formele medii, pentru rezolvarea hipertensiei intraductale și profilaxia schimbărilor destructive pancreatice;
- În cazul schimbărilor inflamatorii – drenajul nasowirsungian într- un moment (30 – 40 min) sau prelungit prin drenarea profundă (3 cm) a ductului Wirsung cu aspirație activă a secretului pancreatic. La 78% durerile abolesc după 24 ore, la 22 % chiar după 1 – 2 ore;

În cazul pancreonecrozei totale, confirmate clinic și instrumental – drenarea endoscopică nu este indicată!

- Intervențiile transpilare endoscopice și prin abord transmural transgastric și transduodenal permit rezolvarea eficientă a chisturilor, colecțiilor pancreatice și necrozelor cefalo- corporeale comunicante cu ductul pancreatic;
- Abordarea necrozelor și colecțiilor, care deplasează stomacul și duodenul pot fi eficient rezolvate prin abord transmural endoscopic;

Diagnosticul și tratamentul laparoscopic al PAS:

- Laparoscopia se va efectua după USG, CT, EGDS
- În timpul laparoscopiei se va efectua: aspirația lichidului peritoneal, lavajul abdominal;
- Cavitatea abdominală se va drena cu cel puțin 5 drenuri;
- Lavajul postoperator fracționat sau continuu;
- În cazul pancreatitei acute biliare (PAB) cu hipertensie se va efectua colecistostomia laparoscopică directă cu litextractie sau transparietohepatică;
- În cazul colecistitei fermentative sau calculoase destructive efectuăm colecistectomie, drenarea CBP urmată de STE peste 24 ore;
- Blocajul continuu al ligamentului rotund al ficatului cu introducerea a 60 – 120 ml novocaină 0,25% este eficient în jugularea durerilor pancreatice;
- În prezența colecțiilor pancreatice infectate se va efectua omentobursoscopia urmată de bursoomentostomie, la necesitate necrosectomie și drenarea pentru lavaj local;
- Blocajul continuu al ligamentului rotund al ficatului cu introducerea a 60 – 120 ml novocaină 0,25% este eficient în jugularea durerilor pancreatice;
- Necrosectomia laparoscopică prin abord transmezocolic sau gastrocolic în necrozele pancreatice infectate la pacienți selectați;

Discuții

1. În lotul analizat au predominat pacienții cu vârsta între 21 și 60 ani;

2. Printre decedați în lotul endoscopic au fost cu forme infiltrativ - necrotice și necrotico- purulente – 19 (5,1%), iar în lotul martor - 49 (19,8%);

3. Cauzele deceselor în loturile analizate au fost: insuficiența poliorganică 15 (45,5%) în lotul endoscopic și 33 (52,24 %) în lotul martor, peritonita fermentativă în 21 cazuri (63,6 %) în lotul endoscopic și 32 (54,24 %) în lotul martor;

4. Șocul endotoxic a cauzat moartea a 4 (12,1%) pacienți în lotul I , 10 (17%) în lotul martor, care a condiționat insuficiența poliorganică în primele ore de la internare;

5. Dintre 92 pacienți decedați, 27 (29,35 %) au fost operați precoce, dintre care 9 (9,8%) din cauza erorilor diagnostice (ulcer perforat – 7, hernie strangulată – 2);

6. În 5 cazuri din lotul endoscopic (1,35%) cu pancreatită hemoragică, datorită ineficienței procedeelelor endoscopice și progresării proceselor destructive, au fost aplicate metodele clasice de tratament;

7. La bolnavii cu evoluție nefavorabilă, semne incerte ecografice, care nu răspund la tratamentul conservativ- ziua 2- 3 este indicată CT pentru evidențierea răspândirii procesului, prezenței colecțiilor lichidiene pancreatice, parapancreatice, urmate de intervenții laparoscopice;

8. La a 13-14 zi CT pentru precizarea evidențierea colecțiilor pancreatice, parapancreatice, retroperitoneale și a necrozelor se va efectua cu contrastare în formele destructive pentru evidențierea colecțiilor pancreatice, parapancreatice, retroperitoneale și a necrozelor.

Concluzii

1) Mecanismul pancreatitei acute ia start prin apariția hipertensiei ductale (d.Wirsung) de obicei în regiunea PDM. Semnele destructive ale pancreatitei apar în primele 12 ore de la internare;

2) Drenarea ductului Wirsungian și administrarea citostatice, permit blocarea producerii fermenților, elimină posibilitatea pătrunderii lor în fluxul sangvin, micșorează presiunea intraductală, fiind indicată în primele 6 – 12 ore de la debut;

3) Efectuarea sfincterotomiei endoscopice în primele 24 ore de la internare pancreatitei acute biliare, în cazul schimbărilor organice Oddiene;

4) Tratamentul laparoscopic este indicat în cazul incertitudinii diagnostice, în peritonitele fermentative, în cazul colecistitelor destructive.

5) Colecistectomia laparoscopică cu drenarea CBP prin bontul cistic, evacuarea exsudatului toxic din spațiul parapancreatic și bursa omentală, lavajul și drenarea cavității abdominale duc, pe fundalul unei terapii medicamentoase, la jugularea rapidă a sindromului algic, micșorarea permeabilității vaselor peritoneale , micșorează posibilitatea infectării cavității abdominale și spațiului retroperitoneal;

6) Efectuarea în timp util a operațiilor laparoscopice asigură un efect detoxicant pronunțat, profilaxia infectării secundare și progresării pancreonecrozei;

7) Tratamentul laparo- endoscopic asigură micșorarea letalității de la 31,5 % , în lotul martor, la 8,6 % în lotul endoscopic.

Bibliografie

- ADAMSON, G.D., CUSCHIERI, A. Laparoscopic infracolic necrosectomy for infected pancreatic necrosis. *Surg. Endosc.* 2003 Oct; 17(10):1675
- ALJARABAH, M., AMMORI, B. J. Laparoscopic and endoscopic approaches for drainage of pancreatic pseudocysts: a sistemic review of published series. *Surg Endosc.* 2001, 21:1936-1944
- ALIEV, R.G., GAZIEV, R.M., ABDULAEV, M.A., DAITBEGOV, M.Kh. Experience with the treatment of acute pancreatitis with 5-fluorouracil in the light of late results. *Vestn Khir Im II Grek.* 1988; 140(6):28-31
- AMMORI, B.J. Laparoscopic transgastric pancreatic necrosectomy for infected pancreatic necrosis. *Surg Endosc.* 2002 Sep; 16(9):1362
- AMMORI, J. BASIL. Pancreatic Surgery in the Laparoscopic Era. *J. Pancreas (Online)*, 2003; 4(6):187-192
- BAKER, S. Diagnosis and management of acute pancreatitis. *Crit Care Resusc.* 2004 Mar; 6(1):17-27
- BALLESTA LOPEZ, C., RUGGIERO, R., POVES, I., BETTONICA, C., PROCACINI, E., IERVOLINO, E., Laparoscopy in acute biliary pancreatitis. *Panminerva Med.* 2001, 43(4): 227-8
- BRADLEY EDWARD, L., HOWARD THOMAS, J., SONNENBERG, VAN ERIC, FOTOOHI MEHRAN. Intervention in Necrotizing Pancreatitis: An Evidence-based Review of Surgical and Percutaneous Alternatives. *J Gastrointest Surg.* 2008, 12:634-639
- CHARNLEY, R.M., LOCHAN, R., GRAY, H., O'SULLIVAN, C.B., SCOTT, J., OPPONG, K.E., N.W. Endoscopic necrosectomy as primary therapy in the management of infected pancreatic necrosis. *Endoscopy* 2006; 38(9):925-928
- CUSCHIERI, A. Pancreatic necrosis: pathogenesis and endoscopic management. *Semin Laparosc Surg.* 2002, 9(1): 54-63
- CHARNLEY, R.M., LOCHAN, R., GRAY, H., O'SULLIVAN, C.B., SCOTT, J., OPPONG, K.E., N.W. Endoscopic necrosectomy as primary therapy in the management of infected pancreatic necrosis. *Endoscopy* 2006; 38(9):925-928
- FERNANDEZ-CRUZ, L., LOZANO-SALAZAR, R.R., OLVERA, C., LOPEZ-BOADO, M.A., NAVARO, S. The laparoscopic approach for inflammatory pancreatic diseases. *Eur Surg.* 2006, 38/3:183 – 190
- LAUREANO FERNANDEZ-CRUZ, GLEYDSON CEZAR-BORGES, MIGUEL ANGEL LOPEZ-BOADO, DAVID ORDUNA, SALVADOR NAVARRO. Minimally invasive surgery of the pancreas in progress. *Langenbecks Arch Surg (2005)* 390 : 342-354
- PALANIVELU, C.H., SENTHILKUMAR, K., MADHANKUMAR, M.V., RAJAN, P.S., SHETTY, A.R., JANI, K., RANGARAJAN, M.V., MAHESHKUMAAR, G.Sh. Management of pancreatic pseudocyst in the era of laparoscopic surgery – Experience from a tertiary centre. *Surg Endosc.* 2007, 21: 2262-2267
- PAMOUKIAN, V.N., GAGNER, M. Laparoscopic necrosectomy for acute necrotizing pancreatitis. *J. Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2001, 8: 221-223
- ROSEANO, M., LOVADINA, S., CALLIGARIS, L., URSIC, I., CUVIELLO, A., LIGUORI, G. The multidisciplinary management of acute pancreatitis: a review of 244 cases. *Ann Ital Chir.* 2004; 75(4): 443-53
- SHUJI ESAJI, TADAHIRO TAKADA, YOSHIFUMI KAWARDA, KOICHI HIRATA, TOSHIHIKO MAYUMI, MASAHIRO YOSHIDA, MIHO SEKIMOTO, MASAHIRO HIROTA, YASUTOSHI KIMURA, KAZUNORI TAKEDA, MASARU KOIZUMI, MAKOTO OTSUKI, SEIKI MATSUNO. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical management. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2006, 1348-55
- SHIMUZU, S., TANAKA, M., KONOMI, H., MIZUMOTO, K., YAMAGUCHI, K. Laparoscopic pancreatic surgery: current indications and surgical results. *Surg Endosc.* 2004, 18: 402-406
- ZHU, J.F., FAN, X.H., ZHANG, X.H. Laparoscopic treatment of severe acute pancreatitis. *Surg Endosc.* 2001 Oct; 15(10): 1239-41
- ZHOU, Z.G., ZHENG, Y.C., SHU, Y., HU, W.M., TIAN, B.L., LI QS ZHANG ZD. Laparoscopic management of severe acute pancreatitis. *Pancreas.* 2003, 27(3): 46-50

CORECȚIA CHIRURGICALĂ A DIFORMITĂȚILOR SCOLIOTICE CU INSTRUMENTAȚIA COTRELL – DUBOUSSET

SURGICAL TREATMENT IN SCOLIOTIC DEFORMATIONS WITH COTRELL-DUBOUSSET INSTRUMENTATION

Nicolae CAPROȘ

*Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie în campanie
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”*

Rezumat

Scopul studiului a constat în analiza rezultatelor tratamentului chirurgical la care au fost supuși 68 de pacienți cu diformități scoliotice vertebrale cu instrumentații de corecție dorsală de tip Cotrell-Dubousset perfecționate. Preoperator, unghiul diformității curbării primare în ortostatism a constituit în medie $61,3 \pm 2,7^\circ$. Unghiul diformității scoliotice a curbării compensatorii în poziție ortostatică a fost egal cu $42,9 \pm 2,3^\circ$. Corecția intraoperatorie obținută a curbării primare a fost de $34,5 \pm 1,7^\circ$, în medie, iar a curbării compensatorii - de $23,7 \pm 1,5^\circ$. Păstrarea corecției la distanță a curbării primare a fost de $40,2 \pm 2,2^\circ$, iar a curbării compensatorii - de $27,8 \pm 1,7^\circ$. Pierderea corecției curbării primare a fost de $5,02 \pm 0,6^\circ$, la distanță de $4,7 \pm 0,4$ ani în medie, iar a curbării compensatorii - de $4,4 \pm 0,5^\circ$. Rata complicațiilor la bolnavii operați a fost de 3,5%.

Summary

The aim of the study was in analysing the surgical treatment results of 68 patients with vertebral scoliotic deformations with dorsal corections instruments perfected Cotrell-Dubousset type. The prime curbe diformity angle in orthostatism was averaged as $61,3 \pm 2,7^\circ$. The scoliotic diformity angle of the compensatory curbe in orthostatic position was $42,9 \pm 2,3^\circ$. The obtained inner surgical correction of the prime curbe was $34,5 \pm 1,7^\circ$ and of compensatory curbe - $23,7 \pm 1,5^\circ$. The distant correction maintainance of the prime curbe was $40,2 \pm 2,2^\circ$ and of compensatory curbe - $27,8 \pm 1,7^\circ$. The medium distant correction was of $4,7 \pm 0,4^\circ$ of the prime curbe was $5,02 \pm 0,6^\circ$ and of the compensatory curbe - $4,4 \pm 0,5^\circ$. The complication rate of the patients was 3,5%.