

INSUFICIENȚA HEPATICĂ POSTREZEȚIONALĂ: REALIZĂRI ȘI DIFICULTĂȚI

TUPIKIN KA, KOVALENKO IA, VISHNEVSKII VA

Institutul de chirurgie ”A.V.Vishnevskii”, Moscova, Rusia

Introducere: Problema insuficienței hepatice postrezeționale (IHPR) rămîne a fi în prezent una destul de actuală. Frecvența IHPR nu este în descreștere, oscilînd în limitele 0,7-0,9%. În același timp introducerea de noi tehnologii în domeniul diagnosticării IHPR poate îmbunătăți rezultatele tratamentului chirurgical al pacienților cu tumori hepatice.

Scopul: Studiarea posibilităților de diagnostic precoce și tratament a IHPR la pacienții care au suportat intervenții chirurgicale majore hepatice.

Material și metode: Timp de 5 ani au fost efectuate 204 rezeții hepatice majore. Pe motivul afectării hepatice secundare au fost operați 101 (49,6%) pacienți, dintre care 75 (36,8%) pacienți cu metastaze de cancer colorectal; tumori hepatice primare – 54 (26,4%) pacienți, dintre care 25 (12,3%) – carcinom hepatocelular, 20 (9,8%) – colangiocarcinom, 49 (24%) – tumori benigne și afecțiuni non-tumorale hepatice. Structura operațiilor efectuate: hemihepatectomia sîngă – 42 (20%), hemihepatectomia dreaptă – 68 (33,3%), hemihepatectomia sîngă extinsă – 27 (13,3%), hemihepatectomia dreaptă extinsă – 44 (21,5%), rezeția ≥3 segmente hepatice – 19 (16,3%). În perioada postoperatorie au fost estimați indicatorii insuficienței hepatice în baza datelor clinice, scăderea nivelului de albumină <28 g/l, creșterea bilirubinei >50 μmol/l, scăderea indicelui protrombinei (IP) <50%, creșterea INR peste 2,0 în 1-3-a, 7-9-a și a 5-a zi postoperatorie (criteriul 50/50). Pentru aprecierea gradului de IHPR s-a utilizat clasificarea ISGLS.

Rezultate: Majoritatea pacienților operați au prezentat la 1-3-a zi postoperatorie scăderea nivelului de albumină și IP, creșterea bilirubinei și INR. În același timp, schimbări simultane semnificative ale acestor parametri au fost observate la 64 (31,4%) pacienți. Aceste modificări s-au rezolvat în urma tratamentului conservativ în termen de 4-8 zile, astfel încît nu au putut fi considerate IHPR. La ziua a 5-a aceste modificări erau observate la 48 (23,5%) pacienți. Valorile numerice ale parametrilor estimați au fost în limitele: albumina – 17-34 (media 29) g/l, INR – 1,4-3,8 (media 2,5), bilirubina totală – 22-99 (media 49) μmol/l. La 31 (15,2%) pacienți semnele IHPR au cedat în urma terapiei standard, ce a fost interpretat ca clasa A de insuficiență hepatică după ISGLS. IHPR clinic semnificativă s-a observat la 17 (8,3%) pacienți, dintre care 11 (5,4%) – clasa B și 6 (2,9%) – clasa C după ISGLS. Cu toate acestea criteriul 50/50 a fost pozitiv doar la 12 (5,9%) pacienți. Pe fundalul progresării IHPR au decedat 8 (4,1%) pacienți, dintre care 3 (1,5%) cu criteriul 50/50 negativ.

Concluzii: În pofida ameliorării rezultatelor tratamentului chirurgical al tumorilor hepatice, o problemă importantă rămîne a fi depistarea precoce și profilaxia apariției IHPR. Perfecționarea metodelor de diagnostic precoce și prognostic al dezvoltării IHPR la etapa preoperatorie va permite nu doar scăderea letalității, dar va spori deasemenea posibilitățile chirurgiei hepatice.

POST-HEPATECTOMY LIVER FAILURE – ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES

Introduction: The issue of posthepatectomy liver failure (PHLF) continues to be very actual. The frequency of the PHLF does not tend to decrease, and varies between 0.7-9.1%. However, the introduction of new technologies in the field of diagnosis of PHLF can improve the results of surgical treatment of patients with liver tumors.

Aim of study: To study the possibilities of early diagnosis and treatment of PHLF after major hepatic resection.

Material and methods: During 5 years were performed 204 major hepatic resections. 101 (49.6%) patients had secondary hepatic injury – 75 (36.8%) patients with metastases of colorectal cancer; 54 (26.4%) patients had primary liver tumors, including 25 (12.3%) – hepatocellular carcinoma, 20 (9.8%) – cholangiocarcinoma, 49 (24%) – benign tumors and non-tumoral liver diseases. Surgical interventions: left hepatectomy – 42 (20%), right hepatectomy – 68 (33.3%), extended left hepatectomy – 27 (13.3%), extended right hepatectomy – 44 (21.5%), resection of ≥3 segments of liver – 19 (16.3%). In postoperative period, the signs of PHLF were evaluated on clinical data, reduced albumin below 28 g/L, elevated bilirubin levels higher than 50 μmol/l, lower prothrombin index (PTI) below 50%, increasing of INR above 2 at the 1-3 and 7-9-th and 5-th postoperative day (criterion 50/50). To assess the degree of liver failure the ISGLS classification was used.

Results: At 1-3 postoperative days most surgical patients presented the decreased levels of albumin and IP, increased bilirubin and INR levels. At the same time, significant simultaneous changes in these parameters were seen in 64 (31.4%) patients. These changes were solved by conservative treatment within 4-8 days, so they could not be considered as PHLF. At the 5-th day, these changes were seen in 48 (23.5%) patients. The numerical values of the estimated parameters ranged: albumin – 17-34 (average 29) g/L, INR – 1.4-3.8 (average 2.5), total bilirubin – 22-99 (average 49) μmol/L. In 31 (15.2%) cases the signs of PHLF were solved by standard therapy, which was interpreted as a Class A liver failure (ISGLS). Clinically significant PHLF occurred in 17 (8.3%) patients, including 11 (5.4%) – class B and 6 (2.9%) – class C (ISGLS). However, only 12 (5.9%) patients had positive 50/50 criterion. IHPR progression led to the death in 8 (4.1%) cases, of which 3 (1.5%) with negative 50/50 criterion.

Conclusions: Despite the amelioration of the surgical treatment of liver tumors, an important problem remains early detection and prevention of the PHLF occurrence. Improved methods of early diagnosis and prediction of PHLF development in preoperative stage will not only reduce mortality, but will also enhance them opportunities of liver surgery.

REINTERVENȚIILE CHIRURGICALE ÎN PATOLOGIA JONȚIUNII ESOGASTRICE

UNGUREANU S, GLADUN N, ȘIPITCO N

Catedra chirurgie FECMF, USMF “Nicolae Testemițanu”; Secția chirurgie generală, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Tratamentul chirurgical al patologiei joncțiunii esogastrice (JEG) pînă la sfîrșitul anilor '90 a fost axat doar pe rezolvarea complicațiilor acestor patologii. Problema a devenit atractivă la implementarea chirurgiei laparoscopice.

Scopul lucrării: Evidențierea ratei intervențiilor chirurgicale cît și a patologiilor în cadrul cărora a fost necesitatea de reintervenții chirurgicale.

Material și metode: În Clinica noastră timp de 15 ani (2000-2014) au fost tratați 621 pacienți cu patologia JEG. Din aceștia, 76 (12,2%) pacienți au suportat reintervenții chirurgicale. Intervenții repetate prin abord laparoscopic au avut loc în 25 cazuri pentru hernii hiatale (HH) și boală de reflux gastroesofagean (BRGE). HH recidivante au necesitat implantarea plasei sintetice în 75% cazuri.

Rezultate: Structura patologiilor JEG reoperate după frecvență, se prezintă astfel: herniile hiatale – 32 cazuri; BRGE – 18 cazuri; esofagul Barrett – 12 cazuri; acalazia – 5 cazuri; stenoza JEG – 5 cazuri; cancer JEG – 2 cazuri; ulcer polar superior – 2 cazuri.

Concluzii: Rata reintervențiilor noastre chirurgicale la JEG este comparabilă cu datele din literatura mondială. Reintervențiile au fost adresate predominant BRGE și herniilor hiatale (65,8%). Cauza principală a reintervențiilor chirurgicale este examinarea incompletă a pacienților și experiența insuficientă a chirurgului.

SURGICAL REINTERVENTIONS IN GASTRO-ESOPHAGEAL JUNCTION PATHOLOGY

Introduction: Surgical treatment of gastro-esophageal junction (GEJ) pathology to the late '90 was focused only on treatment of complications of these diseases. The problem has become attractive after implementation of laparoscopic surgery.

The aim: Highlighting both the rate of surgical operations and pathologies which needed re-interventions.

Material and methods: During a 15 years period (2000-2014) in our department were treated 621 patients with GEJ pathology. Surgical re-interventions were done in 76 (12.2%) cases. Repeated interventions by laparoscopic way occurred in 25 cases for hiatal hernia (HH) and gastroesophageal reflux disease (GERD). Recurrent HH required synthetic mesh implant in 75% of cases.

Results: Structure of re-operated GEJ pathology depending on frequency, are as follows: hiatal hernia – 32 cases; GERD – 18 cases; Barrett's esophagus – 12 cases; achalasia – 5 cases; GEJ stenosis – 5 cases; GEJ cancer – 2 cases; superior polar ulcer – 2 cases.

Conclusion: Our rate of surgical re-interventions on GEJ is comparable to the world literature. Re-interventions were addressed predominantly to GERD and hiatal hernias (65.8%). The main reason for surgical re-intervention is incomplete examination of patients and insufficient experience of the surgeon.

ELECTROSTIMULAREA SFINCTERULUI ESOFAGIAN INFERIOR LA PACIENȚI CU BOALĂ DE REFLUX GASTRO-ESOFAGIAN

UNGUREANU S, LEPADATU C, ȘIPITCO N, VIDIBORSCHII V

Spitalul Clinic Republican; Laboratorul de chirurgie minimal invazivă, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Tratamentul eficient al bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE) poate fi obținut prin modularea directă a presiunii la nivelul sfincterului esofagian inferior (SEI). Recent a fost descrisă posibilitatea creșterii tonusului SEI prin stimulare electrică, utilizînd un dispozitiv implantabil. Deși metoda este folosită în practica clinică, parametrii optimi ai electrostimulării SEI însă nu sunt cunoscuți.

Scopul: Obținerea datelor clinice privind efectul diferitor regimuri de electrostimulare asupra tonusului SEI la pacienții cu BRGE.

Material și metode: Electrostimularea SEI cu un generator extern de impulsuri a fost efectuată la 9 pacienți voluntari cu BRGE severă și tonus sfincterian scăzut. Acești pacienți au fost supuși intervenției antireflux standard pe cale laparoscopică cu implantarea suplimentară a 2 electrozi temporari în zona joncțiunii esogastrice. În studiu au fost utilizate 3 seturi de parametri: 1). stimularea continuă de frecvență mică, cu impuls lung: 375 ms, 6 mA la 6 impulsuri/min; 2). stimularea intermitentă, de frecvență înaltă: 0,2 ms, 5 mA la 20 Hz, intervale cîte 5 min; 3). stimularea intermitentă de frecvență înaltă, cu amplitudă înaltă, 0,3 ms, 10 mA la 40 Hz.

Rezultate: Fiecare set de parametri a fost studiat la 3 pacienți. Durata de electrostimulare în perioada postoperatorie a constituit 20 min, datele manometriei esofagiene au fost comparate cu cele din perioadele de prestimulare (20 min), poststimulare (20 min) și cu datele manometrice preoperatorii.

Concluzii: Creșterea semnificativă a tonusului SEI atît în timpul stimulării cît și în perioada poststimulare a fost înregistrată la pacienții cărora li s-a aplicat regimul 2 de electrostimulare (intermitentă, de frecvență înaltă) considerat optimal pentru aplicare clinică.

ELECTRICAL STIMULATION OF LOWER ESOPHAGEAL SPHINCTER IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Introduction: Effective treatment of gastro-esophageal reflux disease (GERD) can be achieved by direct modulation of the lower esophageal sphincter (LES) pressure. Recently the possibility of LES tonus increasing by the means of implantable electrical stimulator was described. Although this method is already used in clinical practice, optimal parameters of LES electrical stimulation are still unknown.

The aim of study: Obtaining of clinical data regarding effects of different modes of electrical stimulation on LES tonus.

Material and methods: LES electric stimulation using external pulse generator was assessed in 9 patients with severe GERD and decreased LES tonus. These patients underwent standard laparoscopic antireflux intervention with additional insertion of 2 temporary electrodes at the level of gastroesophageal junction. Three sets of parameters were studied: 1). low-frequency, long-