



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGIILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 28.04.2016



Prezidium: Acad. Gh.Ghidirim, Prof. E.Guțu

Raport: Valorile clinice ale laparoscopiei în faza precoce a pancreatitei acute severe. I.Ciutac, dr.hab. în științe medicale, conf. univ., Catedra chirurgie nr.4

Rezumat. Ultimii ani se caracterizează prin creșterea considerabilă a frecvenței pancreatitei acute (PA), care ocupă locul trei (6-9%) printre patologiile acute chirurgicale ale organelor cavității abdominale, cedând numai în fața apendicitei și colecistitei acute. Formele distructive ale PA sunt considerate tradițional una dintre cele mai complicate probleme ale chirurgiei gastro-enterologice din cauza mortalității înalte, care variază între 25-50%. Autorul a realizat un studiu clinic pe un lot de 430 pacienți, având drept scop aprecierea rolului metodelor miniinvazive laparo-endoscopice în faza precoce a PA severe.

Există mai multe clasificări ale PA în funcție de semnele cardinale: etiologie, caracterul evoluției, forma morfologică, gradul de severitate al bolii etc. Din punct de vedere clinic, este rezonabilă clasificarea adoptată în 1992 la Atlanta (SUA), în cadrul simpoziului internațional privind PA. La baza acestei clasificări sunt prevăzute principiile dezvoltării pe faze a procesului distructiv, ținându-se cont de localizarea și caracterul infectării țesuturilor necrotizate ale glandei pancreatice și a spațiului retroperitoneal. Conform acestei clasificări, deosebim PA edematoasă (interstițială), pancreonecroza sterilă, pancreonecroza infectată, pseudochist, abces pancreatogen. Însă, PA distructivă include câteva forme morfologice, gradația cărora nu este prevăzută de clasificarea sus-menționată. În legătură cu aceasta, în proiectul deciziilor congresului IX al chirurgilor din Rusia (Volgograd, 2000), clasificarea a fost completată cu caracteristica pancreonecrozei: lipolitică, hemoragică, mixtă, purulentă. Diferențierea formelor de pancreonecroză este în primul rând o realizare a laparoscopiei și are o importanță practică, deoarece constatăm că forma lipolitică se deosebește de cea hemoragică sau mixtă, atât cantitativ cât și calitativ, cu o rată variată a complicațiilor și mortalității. În ceea ce privește evoluția procesului distructiv, ne conducem după concepția evoluției în faze a procesului patologic.

1. Faza I-a – fermentativă (toxemie pancreatică) – cuprinde primele 5 zile ale bolii. În această perioadă se produce necroza pancreatică cu răspândire diferită, declanșarea endotoxicozei, iar la o parte din pacienți se dezvoltă insuficiența poliorganică sau șocul pancreatogen. Durata maximală de formare a focarelor de pancreonecroză este de 3 zile, după care acestea nu progresează.

2. Faza a II-a (a 2-a săptămână a bolii). Se caracterizează prin reacția organismului la focarele formate de necroză atât în pancreas, cât și în țesutul parapancreatic și care se manifestă clinic prin infiltrat parapancreatic (componentul local al bolii) și

febra resorbtivă (componentul sistemic al inflamației), însoțită de date de laborator caracteristice sindromului de răspuns inflamator sistemic, precum leucocitoză cu devierea formulei în stânga, limfopenie, accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor, mărirea concentrației fibrinogenului, proteinei C reactive etc. La bolnavul cu endotoxicoză gravă de obicei persistă semnele de insuficiență poliorganică.

3. Faza a III-a începe cu săptămâna a 3-a și poate dura câteva luni. Sunt posibile trei variante evolutive ale acestei faze: 1). resorbția focarelor de necroză cu cicatrizarea lor; 2). sechestrarea aseptică cu formarea chisturilor pancreatice și a fistulelor; 3). sechestrarea septică cu apariția complicațiilor purulente. În viziunea autorului, această ipoteză presupune utilizarea cât mai rapidă a metodelor miniinvazive, laparoscopice cu menire etiopatogenetică, care ar stopa sau ar diminua evoluția formării focarelor de necroză. O problemă-cheie în PA distructivă, care nu și-a găsit o oglindire suficientă în literatură, este infectarea endogenă ca factor ce contribuie la declanșarea complicațiilor septico-purulente. Sursele primare de infectare la bolnavii cu PA distructivă sunt duodenul și intestinul subțire, afectat de ocluzia dinamică. Translocarea microflorei aerobe și anaerobe din lumenul intestinului subțire în nodulii limfatici mezenterici, ficat, splină, pancreas etc., este legată cu schimbările ischemice și dereglarea permeabilității pereților intestinului subțire. În acest context a fost confirmat și rolul translocării bacteriene din intestinul gros. Se menționează, că factorii care contribuie la agravarea translocăției și a contaminării organelor cavității abdominale sunt ocluzia intestinală paralică și leziunile ischemice ale mucoasei intestinului, ca consecință a peritonitei fermentative. În lipsa schimbărilor distructive a pancreasului în PA edematoasă, translocăția bacteriană nu se depistează. În PA de origine biliară infectarea focarelor de necroză a glandei pancreatice este cauzată de contaminarea bacteriană din căile biliare.

Utilizarea metodelor miniinvazive laparo-endoscopice în perioada precoce a PA oferă posibilitatea de a micșora letalitatea până la 7,9%. Intimitatea joncțiunii biliopancreatice justifică aplicarea timpurie a intervențiilor decompressive laparo-endoscopice în PA de origine biliară. În PA severă de origine biliară letalitatea este de 5,1% datorită metodelor de decompresie. Pancreonecroza lipidică are o evoluție mai favorabilă în comparație cu cea hemoragică și mixtă, letalitatea fiind mai mică de cca 2 ori.

Dezbateri

Conf. A.Ghereg: Excluză oare utilizarea laparoscopiei în PA severă necesitatea în realizarea endoscopiei, unde există posibilitatea evaluării papilei, drenării căilor biliare, drenarea

Wirsung-ului?

Conf. I.Ciutac: Endoscopia completează laparoscopia, atunci când tabloul clinic al PA impune o astfel de investigație.

Prof. Gh.Rojnoveanu: Am așteptat ca lucrarea Dvstră să comporte un caracter unificator în ceea ce privește clasificarea, atitudini tactice, tehnica examenului miniinvasiv etc. Ați demonstrat însă preponderent cazuri particulare de PA severă. Vă rog să specificați care au fost criteriile de diagnosticare a PA severe? Toți pacienții cu PA severă incluși în studiu au suportat laparoscopie sau endoscopie ori au avut nevoie și de alte gesturi chirurgicale (laparotomie, bursomentostomie etc.)?

Conf. I.Ciutac: Tratamentul acestor pacienți a fost etapizat, incluzând laparoscopia urmată de papilosfincterotomie în cazul PA biliare într-o rată de 50% la 50%. În cazul complicațiilor s-a efectuat necrsechestrectomie tradițională, iar la câțiva pacienți s-a efectuat necrsechestrectomie laparoscopică.

Prof. E.Guțu: Este oare rata mortalității prezentate de Dvstră după etapa laparoscopică una definitivă?

Conf. I.Ciutac: În studiu este reflectată rata definitivă a mortalității în caz de PA severă.

Acad. E.Gudumac: Care a fost antibioticoterapia inițială la acești pacienți, până a primi rezultatul însămănțării?

Conf. I.Ciutac: Pentru început la acești pacienți au fost indicate antibiotice cu spectrul larg de acțiune.

Conf. P.Bujor: În câte din cele 430 cazuri prezentate ați efectuat decompresia naso-biliară transpapilară și în câte cazuri ați efectuat tomografia computerizată după laparoscopie? În baza datelor literaturii de specialitate, vă rugăm să ne prezentați care este tactica curativă actuală în țările occidentale cu referință la PA severă?

Conf. I.Ciutac: Decompresia naso-biliară la acești pacienți nu s-a efectuat. Totodată, procedura respectivă s-a efectuat la pacienții după papilosfincterotomie endoscopică. Tomografia computerizată a fost indicată în primele săptămâni pentru a evalua focarele de necroză. În țările economic dezvoltate decompresia externă este utilizată mai rar, apelându-se mai frecvent însă la papilosfincterotomie.

Discuții

Conf. A.Ghereg: Față de laparoscopie în caz de PA mulți specialiști au o poziție rezervată, din cauza riscului

postprocedural de infectare intraperitoneală. Pare binevenită transportarea pacientului spre clinicele medico-chirurgicale specializate, unde există posibilitatea efectuării tomografiei computerizate, angiografiei, laparoscopiei. În prima fază, cea sterilă, nu se intervine chirurgical, însă poate fi efectuată drenarea ductului pancreatic cu scop de decompresie.

Prof. N.Gladun: În calitate de chirurg toracic aș compara PA severă cu gangrena pulmonară. În primele zile este indicat tratamentul conservator, iar ulterior începe etapa de 2 săptămâni când poate fi efectuată laparoscopia.

Acad. Gh.Ghidirim: Conf. I.Ciutac este persoana care a promovat activ laparoscopia în Republica Moldova. Însă implementarea acestei metode în caz de PA s-a produs relativ recent. O perioadă îndelungată tactica în asemenea cazuri a fost eronată, căci se considera că pancreonecroza, ca și multe afecțiuni abdominale acute precum colecistita, apendicita acută, ulcerul perforat, solicită o rezolvare radicală, într-un singur moment. Prima clasificare clinico-morfologică stadială a fost propusă de către Prof. Filin, fiind cea mai utilizată chiar și astăzi. Prof. Șalimov din Kiev pleda pentru o tactică radicală. Efectuând circa 500 de pancreatectomii în pancreonecroză, D-lui a constatat totuși o mortalitate de tocmai circa 95%. În anul 1985 în timpul ședinței societății unionale a chirurgilor Șalimov a recunoscut că un asemenea abord invaziv este greșit. Prof. Filin încă din anii '60-'70 a introdus necrsechestrectomia pe etape – o tactică organo-menajantă. În acest context, actualmente laparoscopia poate servi pentru aprecierea formei PA – lipidică, hemoragică, mixtă; cu selectarea unei tactici ulterioare corespunzătoare. Se va evita cu orice preț laparotomia pentru aprecierea diagnosticului.

Prof. E.Guțu: Deși PA posedă o incidență crescută multe întrebări ce țin de tactica diagnostic-curativă rămân neclare. Actualmente există criterii pentru aprecierea gradului de severitate prin tomografie computerizată, ultrasonografie, nu însă și prin laparoscopie. Luând în considerație faptul, că multe întrebări nu au fost dezvoltate (precum tratamentul conservator, tactica inițială, indicațiile către laparoscopie, indicațiile către tomografia computerizată, către laparotomie), consider că este necesară discutarea întrebărilor respective în cadrul unei ședințe suplimentare.

Sinteză: Dr. F.Bzovii, Dr. V.Culiuc