

F120

## ARGUMENTAREA CLASIFICĂRII PANCREONECROZEI ÎN FAZA PRECOCE A BOLII

Ciutac I., Ghidirim Gh., Beschieru E., Ghereg A., Șcerbina R., Gheorghiza V.

Catedra Chirurgie Nr.1 „N. Anestiadi”, Curs Endoscopie, Chirurgie Miniminvazivă USMF „N. Testemițanu”, laboratorul “Chirurgie hepato-pancreato-biliară” Chișinău, Moldova

Introducere. Problema clasificării pancreonecrozei în faza precoce a bolii, rămîne o problemă discutabilă. Scopul: Diferențierea formelor de pancreonecroză în funcție de semiologia laparoscopică. Material și metode: Au fost analizate rezultatele semiologiei laparoscopice a 133 de bolnavi cu pancreonecroză. Pancreonecroza lipidică a fost depistată în 40, pancreonecroza hemoragică - în 56 și pancreonecroza mixtă - în 37 cazuri. Rezultate: În pancreonecroza lipidică sunt caracteristice următoarele semne laparoscopice: exudatul seros cu nuanță gălbuie, cantitatea de exudat în limite moderate, exudatul este prezent în 77,5% din cazuri, nivelul de  $\alpha$ -amilază moderat crescut în 74,2%, peritonita locală (27,5%), difuză (35%), generalizată (15%), steatonecrozele sunt depistate în toate cazurile, infiltrația seroasă „edemul de sticlos” al țesutului adipos parapancreatic, gradul de endotoxicoză: medie (85%), severă (15%). Semiologia pancreonecrozei hemoragice diferă în raport cu forma lipidică: exudatul hemoragic cu diferite nuanțe ale culorii roșii, cantitatea de exudat - de la 300-400 ml pînă la 3000- 4000 ml, prezența exudatului peritoneal în toate cazurile, nivelul înalt al  $\alpha$ -amilazei în exudat, peritonita fermentativă prezentă în toate cazurile: difuză (51,8%), generalizată (48,2%), steatonecrozele lipsesc, peteșii și imbițiția hemoragică a țesutului parapancreatic, imbițiția hemoragică retroperitoneală (17,8%), gradul de endotoxicoză: medie (12,5%), severă (89,5%). În pancreonecroza mixtă sunt depistate semne caracteristice ambelor forme. Pancreonecroza lipidică în faza precoce evaluează cu un grad mediu de endotoxicoză fiind o necroză de coagulare, ce decurge mai lent și benign, și din contra, formele hemoragice și mixte sunt necroze colicvaționale și evoluează cu un grad sever de endotoxicoză, șoc pancreatogen și insuficiență poliorganică. Totodată, în fazele tardive ale bolii potențialul de complicații necro-purulente este echivalent în toate formele de pancreonecroză.

## THE REASON OF THE PANCREONECROSIS CLASSIFICATION IN THE EARLY STAGE OF THE DISEASE

Introduction: The pancreonecrosis classification in the early stage of the disease remains a doubtful problem. Aim: Difference of pancreonecrosis forms due to laparoscopic semiology. Materials and methods: The results of laparoscopic semiology of 133 patients with pancreonecrosis were analyzed. Lipid pancreonecrosis was discovered in 40 cases out of 133, hemorrhagic pancreonecrosis—in 56 cases, combined—in 37 cases out of 133. Results: For lipid pancreonecrosis the following signs are characteristic: yellow tint of exudat, the exudat amounts in temperate limits, in 77,5% the exudat is present, the level of  $\alpha$ -amilazis moderately increased in 74,2%, local peritonitis (27,5%), diffuse peritonitis (35%), general (15%), in all cases steatonecroses were present, infiltration “glass edema” of the peripancreatic adipose tissue, the grade of endotoxiosis: average (85%), severe (15%). The semiology of the hemorrhagic pancreonecrosis differs relating to lipid form: hemorrhagic exudat with diverse tints of the red colour, the quantity of the exudat from 300-400ml to 3000-4000ml, the presence of the peritoneal exudat in all cases, high level of the  $\alpha$ -amilazis, fermentative peritonitis present in all cases: diffuse (51,8%), general (48,2%), the lack of steatonecroses, petechiae and hemorrhagic imbibition of the peripancreatic tissue, retroperitoneal hemorrhage imbibition (17,8%), the endotoxiation level: average (12,5%), severe (89,5%). Characteristic signs to both forms were traced out in joint pancreonecrosis. In lipid pancreonecrosis in the early stage estimates an average degree of endotoxiation being a blood clotting necrosis which evaluates slowly and favorable, but hemorrhagic and joint forms are colicvational necroses and develop a severe grade of the endotoxiation, pancreatogenic shock and multiorgan failure. On the other hand in the tardy stages of the disease the rate of the purulent necrosis complications is similar in every form of the pancreonecrosis.

F121

## SPATIUL RETROPANCREATIC-CHEIA RESTANTELOR SI A RECURENTELOR SEPTICE IN PANCREATITA ACUTA SEVERA

Bratucu E., Marincas M., Cirimbei C., Lazar A.M.

Institutul Oncologic Bucuresti/Clinica de Chirurgie Nr. 1

Autorii prezinta un punct de vedere asupra spatiului retropancreatic, zona topografica raspunzatoare de evolutia supuratiilor din pancreatita acuta severa. In majoritatea cazurilor, chirurgia e restrictionata la abordul limitat prin bursa omentala, folosita ca unica zona de acces asupra pancreasului. De cele mai multe ori, insa, necrozele si supuratiile evolueaza in aria compartimentelor retropancreatice si retroperitoneale, aproape imposibil de abordat prin bursa omentala. De aici survin debridările si drenajele insuficiente care lasa restante septice si permit recurente supurative ce reclama reinterventii succesive, mai mult sau mai putin programate. Exista insa posibilitatea unei strategii planificate de abord retropancreatic, de prima intentie, in scopul unei toalete cat mai complete a acestui spatiu. In cadrul acestei strategii un rol de maxima importanta revine CT cu contrast oral si I.V., dar mai ales imagisticii prin reconstructii in plan frontal si sagital. Acestea ar trebui sa constituie regula explorarii CT si sa fie solicitate de catre chirurg pentru a reusi sa aleaga calea de abord adecvata pentru accesul confortabil in spatiul retropancreatic. In sustinerea acestor afirmatii, autorii prezinta compartimentarea spatiului retropancreatic, zonele de comunicare ale acestuia cu celelalte arii retroperitoneale, la distanta de pancreas, cat si caile de difuziune ale proceselor supurative. De asemenea, sunt puse in evidenta reperele anatomice CT care asigura orientarea corecta in analiza imaginilor standard, cat si a reconstructiilor. Devine astfel posibil un acces cat mai direct in zonele care, aproape de regula, sunt neabordate chirurgical cu ocazia primei interventii.