

F115

MANAGEMENTUL PSEUDOANEVRISMULUI PANCREATIC**Guțu E., Iacub V., Casian D., Țugui I., Guzun V., Culiuc V.***Catedra chirurgie generala, USMF „N. Testemitanu”, Chisinau, Moldova Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chisinau, Moldova*

Introducere: Pseudoanevrismul pancreatic (PP) reprezintă o complicație rară, însă deseori fatală a pancreatitei. Apariția PP este cauzată de lezarea peretelui arterial, ce duce la instituirea formațiunii pulsatile în cavitatea pseudochistului pancreatic cu sau fără erupție în tractul gastrointestinal. Letalitatea în PP constituie 12-33%. Material și metode: În Clinica chirurgie generală au fost tratați 6 bolnavi cu PP, vîrstă medie - 39 ani. Etiologia etilică a pancreatitei a fost stabilită la toți pacienții. În 5 cazuri fistula arterială a fost originară din artera lienală și într-un caz - din artera pancreatoduodenală inferioară. Patru bolnavi s-au prezentat cu hemoragie în cavitatea pseudochistului pancreatic per se, 2 - cu erupție ulterioară în stomac și hemoragie digestivă superioară masivă. Prezenta și localizarea fistulei arteriale s-a stabilit la ultrasonografia Doppler-duplex, CT cu contrastare intravenoasă și angiografia transcateteriană. Rezultate: Cinci bolnavi au fost operați: în 2 cazuri s-a efectuat pancreatectomie distală, în 3 - suturarea transchistică a arterei lezate. Într-un caz la o pacientă HIV-pozitivă tromboza PP a fost obținută prin injectarea transcutanată ecoghidată a trombinei umane. Într-un caz s-a practicat tentativă nereușită de embolizare angiografică. Un pacient a decedat. Concluzii: Diagnosticul definitiv de PP se stabilește în baza angiografiei computerizate sau transcateteriene. În lipsa eficacității embolizării arterei singure prin cateter sau a trombozării PP este necesar tratamentul chirurgical. Rezecția pancreatică este mai indicată bolnavilor cu localizarea periferică a PP, iar ligaturarea arterei - în situația centrală.

MANAGEMENT OF PANCREATIC PSEUDOANEURYSM

Background: Pancreatic pseudoaneurysm (PP) is rare, but often life-threatening complication of pancreatitis. Development of PP is caused by lesion of arterial wall and formation of pulsatile cavity into pancreatic pseudocyst, with or without subsequent eruption in the gastrointestinal lumen. Mortality in PP is nearly 12-33%. Material and methods: Six patients with PP were treated in the department of general surgery, median age - 39 years. In all cases was established an alcoholic etiology of pancreatitis. In 5 cases the origin of vascular fistula was splenic artery, and inferior pancreatoduodenal artery - in one. Four patients were admitted with acute bleeding into pancreatic cyst per se, but 2 - with consequent rupture in the stomach and massive upper gastrointestinal bleeding. The presence and location of arterial fistula were determined by duplex ultrasound, contrasted enhanced CT and conventional angiography. Results: Five patients underwent surgery: distal pancreatectomy was performed in 2 cases and transcystic ligation of affected vessel - in 3. In one case of a HIV-positive women thrombosis of PP was achieved by ultrasonography-guided percutaneous needle injection of human thrombin. An unsuccessful attempt of angiographic embolization was done in one case. One patient is died. Conclusions: Definitive diagnosis of PP should be done basing on CT or conventional angiography. Failure to embolize bleeding artery or to thrombose the PP serves as an indication for surgery. Pancreatic resection is preferable in patients with distal localization of PP, whereas arterial ligation - in central one.

F116

REZULTATELE PRECOCE ȘI TARDIVE ALE TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU PANCREATITĂ ACUTĂ SEVERĂ**Vozian M.***Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemitanu" Catedra Chirurgie Nr.1 "N. Anestiadi", Chișinău, Moldova*

Tratamentul chirurgical în pancreatita acută severă necrotică este asociat de rate semnificative de morbiditate și letalitate. Majoritatea studiilor includ complicațiile precoce și mai puțin complicațiile la distanță. Scopul comunicării actuale este de a descrie rata complicațiilor precoce și tardive după necrosectomie pancreatică. În studiu au fost incluși 36 de pacienți operați pentru pancreatită acută necrotică infectată în perioada aa.2006-2008. Vârsta medie (ani) - 49,06±1,98 (29-74). Bărbați/Femei - 23/13. Etiologie: alcool-10, biliară-11, trauma-5, idiopatic-10. Durata medie până la operație (zile) 12,28±1,90 (1-36). Balthazar: grad C-5,3%, grad D- 42,1%, grad E-52,6%. Gaz extraluminal la TC-8,33%. Laparoscopia diagnostică/curativă 36,1% (n=13). ICU preoperator (zile)- 4,25±1,06 (0-6), ICU postoperator-8,54±1,51 zile (0-36). Durata spitalizării-74,13±6,03 (28-130). Necrectomia repetată-4,33±0,56. Utilizarea VAC n=13. Lichidarea bursostomei (zile): VAC-26,00±2,71, fără VAC- 29,82±4,96. Structura morbidității: pacienți cu complicații total-94,4%, abdominale-66,6%, dintre care dehiscenta bont duodenal -2,7%, n=1, fistulă gastrică + duodenală 2,7%, n=1, ulcer perforat + abces subhepatic + hemoragie Forrest IB- 2,7%, n=1, hemoragii erozive-19,4 %, n=7, fistulă/necroză colon-11,1%, n=4, colon transvers-1, colon descendent-2, unghi lienal-1, peritonite-47,2%, n=17 (47,22%); pulmonare-86,1%, ARDS 8,3%, n=3. Letalitatea generală- 33,3% (n=12). Rezultate tardive: fistule pancreatice-16,6%, insuficiență exocrină-26,6%, insuficiență endocrină- 33,3%, hernii postoperatorii-83,4%, pancreatită și dureri recurente-13,3%. Majoritatea pacienților după necrosectomie dezvoltă complicații intraspitalicești și tardive. Complicațiile precoce duc la sporirea duratei și costului de spitalizare, inclusiv în secții de reanimare și ratei letalității. Este necesară urmărirea acestor pacienți la distanță pentru a identifica și rezolva sechelele tardive după necrosectomie.

EARLY AND LATE TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Surgical treatment in severe acute necrotic pancreatitis is associated with high rates of morbidity and mortality. Most of the studies show early and less late complications. The aim of this study is to describe early and late complications' rate after pancreatic necrosectomy. The study comprises 36 patients who underwent surgery for acute necrotic infected pancreatitis during 2006-2008. Age (median) was 49,06±1,98 (29-74). Male/Female -

23/13. Etiology: alcohol-10, biliary-11, trauma-5, idiopathic-10. Median time prior to surgery (days) 12,28±1,90 (1-36). Balthazar: grade C-5,3%, grade D-42,1%, grade E-52,6%. Extraluminal gas on CT-8,33%. Diagnostic/curative laparoscopy 36,1% (n=13). Preoperative ICU (days)- 4,25±1,06 (0-6), postoperative ICU -8,54±1,51 days (0-36). Hospital stay-74,13±6,03 (28-130). Repeated necrosectomies -4,33±0,56. VAC n=13. Closure of bursostomy (days): VAC-26,00±2,71, non-VAC-29,82±4,96. Morbidity structure: patients with complications total-94,4%, abdominal-66,6%, from which- duodenal stump leakage -2,7%, n=1, gastric + duodenal fistula 2,7%, n=1, perforated ulcer + subhepatic abscess + bleeding Forrest IB- 2,7%, n=1, erosive bleeding -19,4 %, n=7, colonic fistula/necrosis -11,1%, n=4, transverse colon -1, descendent colon -2, splenic flexure-1, peritonitis-47,2%, n=17 (47,22%); pulmonary-86,1%, ARDS 8,3%, n=3. Total mortality- 33,3% (n=12). Late results: pancreatic fistulas -16,6%, exocrine insufficiency -26,6%, endocrine insufficiency - 33,3%, incisional hernia -83,4%, recurrent pancreatitis and pain -13,3%. The majority of patients develop inhospital and late complications after necrosectomy. Early complications increase hospital stay costs and duration, including ICU stay and mortality rate. Close follow up is mandatory in order to identify and solve late sechela after necrosectomy.

F117

COMPLICATIILE RARE ALE PANCREATITEI CRONICE

Revencu S., Mustea V., Gaitur A., Streltov Liuba, Grossu Ala

USMF "N. Testemiteanu" Catedra Chirurgie "Nicolae Anestiadi"

Pancreatita cronică poate evolua prin complicații de gravitate severă care necesită intervenții chirurgicale de amploare, rezultatele fiind incerte. Studiul retrospectiv efectuat într-o perioadă de 16 ani (1994-2010) în clinicile SCM "Sf. Arhangel Mihail" și CNSPMU denota faptul că 28 de bolnavi au intrunit complicații rare ale pancreatitei cronice: microabcese glandulare (10 caz.) sau/ și cu raspindire peripancreatică (8 caz.) complicații hemoragice atit exteriorizate în tractul digestiv (4 caz.) cit și în cavitatea abdominală (4 caz.) sau asociate (1 caz); ascita pancreatică (6 caz.): tromboza v splenice și v.cava inferior (2 caz.): ulcer necroza a peretelui duodenal (1 caz), o fistula pancreato-pleuro-bronșică (1 caz). Caracteristicile grupului examinat au fost: mortalitate înaltă-21 decese, 14 postoperator: intervenții multiple-in 10 cazuri de 2 ori, în 2 cazuri de 4 ori, în cite un caz de 5 ori și respective 12 ori; prezenta a mai multor complicații, depistate, de regulă, la necropsie: supurații pancreatice-hemoragii-5 cazuri, ascita pancreatică-supurații pancreatice-6 cazuri, tromboza venei splenice-abcese pancreatice -1 caz, supurații-hemoragii-ascita pancreatică-2 caz. Concluzie: Detectarea precoce a tuturor complicațiilor, urmate de intervenții chirurgicale de amploare, rezecții pancreatice, poate favoriza supraviețuirea.

RARE COMPLICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS

Chronic pancreatitis can lead to severe complications which need vast surgical operations with the uncertain results. A 16 –year-period (1994-2010) retrospective study was made in the municipal surgical clinic "St. Arch. Michail" and Emergency Hospital. A number of 28 patients were studied with rare chronic pancreatitis complications such as: glandular microabscess (10 cases) with peripancreatic spread (8 cases), hemorrhage with exteriorization into digestive tract (4 cases), into abdomen (4 cases) into both of them (1 case), pancreatic ascites (6 cases), the splenic and cave inferior vein thrombosis (2 cases), ulcer necrosis of the duodenal wall (1 case), a pancreatic-pleural- bronchial fistula (1 case). The examined group characteristics were: high mortality -21 deaths (14 postoperative), -urgent surgical operation-18 cases, -multiple reoperations-10 cases were twice reoperated, 2 cases-4 time reoperations, -different complication combinations were discovered at the necropsy: pancreatitis suppuration with hemorrhage-5 cases, pancreatic ascites with pancreatic suppuration-6 cases, splenic vein thrombosis with suppuration-1 case, combination of suppuration with hemorrhage and pancreatic ascites-2 case. An early detecting of these complications with a large surgical operation such as pancreatic resection may be essential for surviving.

F118

FORME PARTICULARE DE AFECTARE TOXICĂ CONCOMITENTĂ PANCREATICĂ ȘI HEPATICĂ

Revencu S., Mustea V., Balan S., Ciobanu Natalia, Gaitur A.

USMF "N. Testemitanu" Clinica Chirurgie "Sf. Arh. Mihail"

Studiul vizează 10 cazuri, observate în SCM "Sf. Arh. Mihail" pe perioada ultimelor 10 ani. Toti sunt spitalizați în secția ATI cu manifestări clinico-paraclinice de insuficiență hepatică acută; antecedente de batori și cu afecțiuni hepatice cronice (hepatita cronică 2 cazuri, ciroza hepatică -8). Date pentru pancreatita acută cautate intenționat absente, amilaza sanguină cifre joase/ absente, date EUS (10 caz.), cat și CT (2 caz.) fără modificări de structură. Evoluție gravă, icter, uremie, hipoprotrombinemie, trasamilazemie, ulterior MODS avansat. Deces în mediu la ziua a 8. Necroptic – asociație de ciroza hepatică cu pancreatita acută necrotică în toate cazurile. Expansie parapancreatică absentă. În acest context de afectare pancreatică directă au fost studiate și 55 acte medico-legale de deces subit (anii 2004-2006) cu diagnostic – pancreonecroza hemoragică. Rezultatul ulterior a alcoolemiei arată a fi prezent în 39 cazuri (71%), până la 3% - 23 cazuri, peste 3% -15 cazuri. Concluzie: 1. Posibilitatea afectării toxice concomitente a ficatului și pancreasului este o realitate clinică. 2. Clinico - paraclinic predomină insuficiența hepatică acută, manifestările pancreatice fiind minime. 3. PA are o evoluție necrotică de la început, fără raspandire peripancreatică și deasemenea fără complicații chirurgicale.