

4. Cazac A. *Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase*. Teza de doctorat. Chișinău, 2005, 130 p.
5. Dumbrava Vlada-Tatiana. *Protocol Clinic Național: Pancreatita cronică la adult*. Chișinău, 2009, p. 9.
6. Iancu C., Vlad L., Bălă O., Munteanu D. et al. *Duodeno-pancreatectomia în experiența Clinicii Chirurgie III Cluj-Napoca*. În: Quo Vadis, vol. 4 (1), p. 13-17, 2002.
7. Ghidirim GH., Gherec A., Scerbina R., Suman A. *ERCPG and EST in the pathology treatment of biliopancreatic area particularities, prophylaxis of complications*. In: The XXV Congress Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj-Napoca, Romania, 2010, 180 p.
8. Miciliț F., Vărcoș F. *Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii*. Timișoara: Editura Orizonturi Universitare, 2005, p. 43-68.
9. Neamțu Carmen. *Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas*. Teza de doctorat. Chișinău, 2006, 140 p.
10. Pop Gh. *Pseudochist pancreatic*. Cluj-Napoca: Editura Mega, 2007, 160 p.
11. Popescu I. *Tratat de chirurgie*. Vol. IX. Partea a II-a. *Chirurgie generală. Patologia ficatului*. București: Editura Academiei Române, 2009, p. 397-551.
12. Răzeșu V. *Chirurgie generală*. România: Ed. Răzeșu, 2004, p. 571-580.
13. Seicean Andrada. *Pancreatita cronică: abordare actuală*. Cluj-Napoca, 2009, p. 130-162.
14. Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A. et al. *Chirurgie – curs selectiv*. Chișinău: CEP Medicina, 2008, p. 490-537.
15. Hotineanu V., Cazac A., Hotineanu A. *Current surgical management and treatment of chronic pancreatitis and you complications*. În: Chirurgia, supliment, rezumate. Congresul Național de Chirurgie, ediția a XXV, număr special, Editura Celsius, 2010, p. 190.
16. Даченко Б.М., Тамм Т.И. *Клинико-морфологическое обоснование выбора методики хирургического лечения хронического панкреатита*. В: Вісник морської медицини № 2, Одеса, Україна, 2003, с. 121-124
17. Дука Р.В. *Отдаленные результаты оперативного лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита*. В: Вісник морської медицини № 2, Одеса, Україна, 2003, с. 157.
18. Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Припа В.М., Котонец А.П. *К вопросу диагностики и лечения хронического кальцифицирующего панкреатита*. В: Вісник морської медицини, Одеса, Україна, 2003, 2, с. 325-329.

**Anatol Cazac**, dr. în med., conf. cercet.

LCȘ „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”, USMF „N. Testemițanu”  
Tel.: 079620811  
cazacanatol@mail.ru

## REZULTATUL TRATAMENTULUI MEDICO-CHIRURGICAL AL BOLII CROHN CU LOCALIZARE ABDOMINALĂ ȘI PERIANALĂ

**Vladimir HOTINEANU<sup>1</sup>, Tudor TIMIȘ<sup>1</sup>,  
Vadim ȚURCAN<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Catedra Chirurgie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup>LCȘ Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### **Results of medical and surgical treatment of patients with abdominal and perianal Crohn's disease**

*During 1995-2012 period 83 patients with CD were treated. The localization of inflammation was: terminal ileitis – 24 (29.1%), colon – 9 (10.8%), ileum and colon – 16 (19.3%), perianal region 34 (40.8%) cases. The distribution, according to CDAI Best was: easy = 150-300/ 28 (33.7%), moderate = 301-450/ 35 (42.2%), severe > 450 points/ 20 (24.1%) cases. 38(45.7%) from 83 patients underwent surgical treatment. Indications for surgery: ileocolic CD with vital complications – 8 (21.1%) obstructive strictures – 5 (13.2%), internal and external fistulas – 4 (10.5%), severe steroid-linked effects – 3 (7.9%) cases; Perianal CD with abscesses, fistulas, strictures – 18 (47.2%) patients. Types of surgical interventions: Ileocolic CD with segmentar resection+anastomosis – 10 (26.3%), plasty of stricture – 3 (7.9%), colectomia – 7 (18.4%); perianal CD with – rectal resection+anastomosis – 3 (7.9%), draining of the abscess – 3 (7.9%), draining of fistula by Seton – 5 (13.2%), incision and plasty of stricture – 3 (7.9%), fistuloplasty with vaginal flap – 2 (5.3%), ileostomy – 2 (5.3%) cases. Ileocolic CD: recurrence of illness – 3 (15%), repeated intervention – 2 (10%), postoperative complications – 4 (20%), postoperative lethality – 1 (5%) cases. Perianal CD: recurrence of illness – 6 (33.3%), repeated intervention – 4 (22.2%), postoperative complications – 5 (27.7%), postoperative lethality – 1 (5.6%) cases.*

**Keywords:** Crohn's disease, perianal CD, indication for surgery, types of surgical interventions.

### Резюме

#### **Результаты консервативного и хирургического лечения болезни Крона с кишечной и перианальной локализацией**

*На протяжении периода исследования (2000-2012) было госпитализировано 83 больных с болезнью Крона (БК). Локализация болезни была следующей: терминальный отдел подвздошной кишки – 24 (29.1%), толстая кишка – 9 (10.8%), тонкая или толстая кишка – 16 (19.3%), перианальная область и промежность – 34 (40.8%). По индексу Беста активности заболевания (CDAI) выявили: легкую форму = 150-300 у 28 (33.7%), среднетяжелую форму = 301-450 у 35 (42.2%) и тяжелую форму > 450 у 20 (24.1%). Показаниями для опе-*

ративного вмешательства при кишечной локализации болезни Крона послужили: жизнеопасные осложнения – 8 (21.1%), обструктивные стриктуры – 5 (13,2%), внутренние и наружные свищи – 4 (10.5%), стероидная резистентность и зависимость – 3 (7.9%); при перипанальной локализации: абсцессы, свищи, стриктуры – 18 (47.2%). Было произведено 10 (26,3%) сегментарных резекций с анастомозом, 3 (7,9%) стриктуропластик, 7 (18,4%) колэктомий, при перипанальной БК – резекция прямой кишки с анастомозом – 3 (7,9%), дренирование абсцесса – 3 (7,9%), дренирование свища по Сетону – 5 (13,2%), стриктуротомия со стриктуропластикой – 3 (7,9%), пластика свища влагалитным лоскутом – 2 (5,3%), илеостомия – 2 (5,3%) случаев.

**Ключевые слова:** болезнь Крона, перипанальная БК, показания к хирургическому вмешательству, виды операций.

### Actualitatea temei

Boala Crohn (BC) este o afecțiune caracterizată prin inflamația focală granulomatoasă la nivelul peretelui tractului digestiv, cu evoluție cronică și o activitate intermitentă, de etiologie necunoscută, care poate afecta, teoretic, orice segment al tubului digestiv, de la gură până la anus, dar afectează în special ileonul terminal, colonul și rectul și a cărui marcă morfopatologică este constituită de granulomul epiteliogigantocelular.

În ultimii 50 de ani au avut loc multe descoperiri legate de boala inflamatorie a intestinului. Cu toate acestea, cauzele și mecanismele apariției BC rămân neelucidate. Astăzi se consideră că BC survine în rezultatul interacțiunii factorilor genetici și habituali.

Unele regiuni ale lumii sunt istoric asociate cu BC, de exemplu, cea mai înaltă rată a morbidității mereu a persistat în rândurile grupului etnoreligios al ashkenazilor – evrei descendenți din triburile indigene israelite, precum și în Europa de Nord, Marea Britanie și America de Nord [2, 7, 9]. Actualmente, incidența și prevalența BC cresc și în alte părți ale lumii, ca Europa Centrală, Asia, Africa și America de Sud [5, 6].

În America de Nord incidența variază de la 3,6 (California de Sud) la 14,6 (Manitoba, Canada) cazuri la 100000 locuitori pe an, iar prevalența – de la 26 la 199 cazuri la 100000 locuitori [1, 8].

În Europa, ratele incidenței sunt cuprinse între 0,7 (Croatia) și 9,8 (Scoția) cazuri la 100000 locuitori pe an, pe când prevalența oscilează de la 8,3 (Croatia) la 214 (Marea Britanie). Datele menționate conturează o repartiție graduală „nord-sudică”, cu indici mai înalți în țările nordice [1, 8].

Republica Moldova face parte din zonele cu incidență scăzută a BC, lucru confirmat prin raritatea

cazurilor comunicate, precum și prin manifestările clinice mai puțin grave. Totuși, numărul de cazuri noi este în creștere lentă și constantă în ultimii 5 ani.

Diagnosticarea timpurie, terapia medicamentoasă oportună, inclusiv cu steroizi și citotoxice, nu garantează succesul strategiei conservative de tratament, căci circa 30-40% dintre pacienți prezintă rezistență la hormonoterapie [11]. Potrivit datelor din literatură, afectarea ileonului apare la 40% dintre pacienții diagnosticați cu boala Crohn, iar 90% dintre ei necesită tratament chirurgical încă în primii 10 ani de la debutul afecțiunii [12].

Complicațiile bolii Crohn necesită, de regulă, tratament chirurgical, inclusiv intervenții chirurgicale în mai multe etape. Rezecția intestinală a fost considerată inițial ca hazardată și periculoasă, din cauza ratei înalte a mortalității postoperatorii de aproximativ 20%, prin complicații septice severe, optându-se exclusiv pentru by-passul intestinal. Jumătate dintre pacienți, în primul an după rezecția intestinului subțire, dezvoltă recidive ale bolii, ceea ce poate servi drept o indicație pentru promovarea intervențiilor chirurgicale repetate [13], iar necesitatea rezecțiilor multiple sau extinse de jejun și ileon reprezintă un risc major de dezvoltare a sindromului de „intestin scurt”, corecția chirurgicală a căruia este extrem de dificilă [10].

Leziuni perianale în BC se atestă la 25-80% dintre pacienți și deseori sunt primele semne ale bolii. Mai mult decât atât, formele BC active perianale pot genera complicații precum abcese, stricturi sau incontinență fecală, care reduc dramatic calitatea vieții pacienților. În prezent, leziunile perianale ale BC sunt considerate cauze ale invalidității fizice și psihice. De obicei, la fiecare al doilea pacient cu BC se observă rezoluția spontană a leziunilor superficiale perianale primare (fisuri și ulceratii). Forma penetrantă a bolii, de regulă, se complică cu leziuni secundare – abcese, fistule și stricturi, la unii pacienți soldându-se cu supurația treptată a sfincterului anal și apariția incontinenței fecale. Cu timpul, acești pacienți necesită rezecții de rect, iar în cazuri extreme – extirparea acestuia.

Înainte administrării tratamentului (medical sau chirurgical) în boala Crohn, sunt importante sistematizarea oportună, descrierea anatomică corectă și diagnosticarea leziunilor perianale, deoarece de aceasta depinde tactica tratamentului.

Scopul studiului: optimizarea diagnosticului și tratamentului chirurgical al pacienților cu BC, cu scopul îmbunătățirii rezultatelor postoperatorii timpurii

și tardive, a calității vieții și a gradului de reabilitare socială și profesională.

### Material și metode

Pe parcursul perioadei de studiu (2000-2012), în cadrul secției de chirurgie colorectală a Catedrei de Chirurgie nr. 2 au fost internați 83 de pacienți cu boala Crohn. Coraportul după criteriul de sex a constituit 1.2 : 1, în favoarea femeilor.

Vârsta medie la internare a fost de  $34,5 \pm 8,4$  ani, variind între 15 și 57 de ani. Localizarea leziunilor a fost după cum urmează: ileonul terminal – 24 (29,1%), colonul – 9 (10,8%), intestinul subțire și gros – 16 (19,3%), regiunea perianală și perineul – 34 (40,8%) cazuri, respectiv. Conform criteriilor Montreal (Montreal, 2005), pacienții au fost repartizați în felul următor (tabelul 1).

**Tabelul 1**

*Repartizarea bolnavilor în conformitate cu criteriile din Montreal, 2005*

Criterii	Semne	Bolnavi	Procente
Vârsta bolnavului în momentul debutului bolii	A1: <16 ani	3	3.6%
	A2: 17-40 ani	59	71.1%
	A3: >40 ani	21	25.3%
Localizarea leziunilor	L1: ileon	24	29.1%
	L2: intestinul gros	9	10.8%
	L3: intestinul gros și subțire	16	19.3%
	L4: segmentul superior al TGI	—	—
Forma evoluției clinice a afecțiunii	B1: nepenetrantă, nestenozantă	21	25.3%
	B2: stenoizantă	11	13.3%
	B3: penetrantă	17	20.6%
	r: leziunile perianale, sumate după formele de evoluție B1-B3, dacă există	34	40.8%

În conformitate cu indexarea după Best (CDAI) a activității afecțiunii, a fost depistată forma ușoară la 28 (33.7%), forma medie (CDAI = 301- 450) – la 35 (42.2%) și forma gravă (CDAI > 450) – la 20 (24.1%) dintre bolnavi.

Schema tratamentului conservativ la pacienții diagnosticați cu boala Chron a fost întocmită în conformitate cu Consensusul european cu privire la bolile inflamatorii ale tractului gastro-intestinal (ECCO – European Crohn's and Colitis Organisation, 2007) [3].

În forma ușoară au fost indicate preparatele 5-ASA (mesalazină, salofalk) câte 3-6 grame pe zi, în combinație cu metronidazol și ciprofloxacina. În forma medie – steroizi (prednisolon; în cazul localizării ileocecale – budenofalk 9 mg pe zi); azatioprin/6-mercaptopurin/metotrexat – în cazurile hormon-dependente și hormon-rezistente. În forma gravă – hormoni steroizi parenteral sau peroral pentru o perioadă de peste 6 luni, cu doza inițială de 60 mg, antibiotice, metronidazol, metotrexat/A-ciclosporină; infliximab. Pentru formele perianale se administrează metronidazol/ciprofloxacina, A-ciclosporină; infliximab. Pentru prevenirea recidivelor postoperatorii – preparate 5-ASA (mesalazină, salofalk) azatioprin/6-mercaptopurin. Pentru întreținerea remisiunii – preparate 5-ASA (mesalazină, salofalk), cu o doză zilnică de 1,5-3,0 grame holestiramin, antidiareice, dietă cu excluderea lactozei, bogată în fibre vegetale, cu suplینirea deficitului de zinc, fier; vitaminele B, C, excluderea fumatului.

### Rezultate și discuții

Tratamentul conservativ al bolii Chron, în conformitate cu schemele expuse mai sus, a fost efectiv la 45 (54.3%) pacienți, iar tratamentul chirurgical a fost indicat la 38 (45.7%) dintre bolnavii supravegheați. De regulă, tratamentul chirurgical în cadrul bolii Chron este dictat de apariția complicațiilor grave, precum stenoza obstructivă, perforații, formarea fistulelor, hemoragii și malignizarea segmentelor afectate. Operația nu este o metodă definitivă de tratament, iar succesul în astfel de cazuri este temporar. Soluția cea mai adecvată este de a suplimenta tratamentul chirurgical cu unul medicamentos antirecidivant.

În cadrul studiului au fost operați 20 de pacienți cu forma intestinală și 18 cu forma perianală a bolii. Indicațiile pentru efectuarea intervențiilor chirurgicale în localizarea intestinală a bolii Chron au fost: complicații grave cu risc letal – 8 (40%), strictură obstructivă – 5 (25%), fistule interne și externe – 4 (20%), rezistență la steroizi și dependență hormonală – 3 (15%) dintre cei monitorizați. La localizarea perianală: abcese – 5 (27,7%), fistule – 9 (50%), stricturi – 4 (22,3%) cazuri. Au fost efectuate 5 rezecții segmentare ale ileonului și o rezecție a jejunului (tabelul 2), ca urmare a formării stricturilor obstructive întinse (>5 cm), prezența intraperitoneală a unui infiltrat pseudotumoral cu fistule intestino-intestinale sau intestino-tegumentare, însoțite de dureri abdominale, diaree, malnutriție și sepsis.

**Tabelul 2**

*Tactica chirurgicală în cadrul tratamentului formelor intestinală și perianală ale bolii Crohn*

Forma intestinală a bolii Crohn			Forma perianală a bolii Crohn		
<i>n= 20 bolnavi</i>			<i>n= 18 bolnavi</i>		
<i>Operația</i>	<i>Numărul total</i>	<i>%</i>	<i>Operația</i>	<i>Numărul total</i>	<i>%</i>
Rezeecția segmentară a intestinului subțire cu instituirea anastomozei	6	30	Rezeecția rectului cu anastomoză colorectală	3	16.7
Rezeecția segmentară a intestinului gros cu instituirea anastomozei	4	20	Deschiderea și drenarea abcesului	3	16.7
Hemicolonoectomie dreaptă/stângă	5 1/4	25	Drenarea fistulei după Seton	5	27.7
Colonoectomie subtotală	2	10	Stricturotomia cu stricturoplastie	3	16.7
Stricturoplastie	3	15	Plastia fistulei cu grefă vaginală	2	11.1
			Montarea ileostomei	2	11.1

Pentru prevenirea sindromului de malabsorbție și malnutriție postoperatorie, s-au practicat rezeecții economice ale intestinului subțire, cu montarea anastomozelor latero-laterale, care sunt mai sigure, chiar și în cazurile în care histologic se determină implicarea marginilor anastomozate în proces.

La bolnavii acestui grup, rezultate postoperatorii satisfăcătoare au fost fixate în 5 (83.3%) cazuri. O pacientă (16.7%) cu diabet zaharat a dezvoltat insuficiență de anastomoză, urmată de peritonită și șoc septico-toxic. În urma relaparotomiei, montarea ileostomei, drenarea și sanarea cavității abdominale, insuficiența poliorganică a progresat, ceea ce a dus la decesul pacientei.

În trei cazuri, în care au fost identificate stenoze obstructive scurte (<3 cm) de ileon, fără semne de exacerbare a afecțiunii, s-a recurs la stricturoplastie după Heineke-Mikulicz. La doi pacienți după 6 și, respectiv, 8 luni simptomele de stenoză au reapărut și au dispărut după o cură îndelungată cu steroizi.

La 4 pacienți cu localizare ileocecală a bolii Crohn, exprimată prin dureri difuze în cavitatea abdominală, palparea unor formațiuni pseudotumorale în regiunea hipogastrică (rapid-progresive – în 2-3 săptămâni), a fost efectuată hemicolonectomia în bloc cu segmentul distal al ileonului și ileotransversanastomoză terminolaterală. În perioada postoperatorie timpurie, un pacient a dezvoltat un abces subpfrenic pe dreapta, care a fost drenat transparietal cu control ecografic.

Rezeecția segmentară de colon s-a efectuat la 4 pacienți, dintre care 3 (75%) cazuri cu rezultate satisfăcătoare. Un pacient în a 10-a zi postoperatorie, după apendicectomia pentru apendicită acută gangrenoasă, a dezvoltat clinica postoperatorie de peritonită. În urma laparotomiei, a fost depistată o tumoare a colonului sigmoid cu perforație (histologic – colită granulomatoasă). A fost efectuată rezeecția segmentară și sigmoidostomă terminală, cu formarea ulterioară a unei fistule externe comunicante cu bontul segmentului deconectat. După patru luni de hormonoterapie, s-a înlăturat colostoma montindusă cu o descendo-rectoanastomoză termino-terminală.

Hemicolonectomiei pe stânga au fost supuși 3 bolnavi; în 2 cazuri din trei intervenția a finalizat cu transverso-rectoanastomoză,

iar într-un caz – cu instituirea transverso-rectostomei.

A fost fixat faptul că la localizarea bolii Chron pe segmentele intestinului gros evoluția clinică a afecțiunii este mai gravă, remisiunea completă având loc numai în cazuri excepționale, iar afecțiunea de la bun început are tendințe de a se complica cu sepsis local, atrezii, hemoragii, fistulizări. Toți bolnavii menționați au urmat timp îndelungat un tratament conservativ complex.

Boala Crohn cu localizare perianală se determină prin prezența fisurilor și ulcerelor anale, a fistulelor, abceselor și a stricturilor canalului anal și constituie 35-45% din totalitatea cazurilor de îmbolnăvire. Riscul cumulativ de dezvoltare a unei fistule perianale constituie 21% după 10 ani de la debutul bolii și 35% după 20 de ani [4].

Fistule perianale sunt prezente la 10-80% dintre pacienții cu boala Crohn și sunt, foarte rar, singura manifestare clinică a afecțiunii. De obicei, se formează fistule multiple, modificarea tegumentelor perianale, cu extinderea până în regiunea scrotală, vaginală, sacrococcigiană și inghinală. Abcesele pe fondul maladiei Crohn se drenează timp de 3 săptămâni (în 50% cazuri fără formarea fistulelor). În majoritatea cazurilor drenarea prin procedeu Seton s-a dovedit a fi efectivă.

Fistulotomii au fost efectuate în cazul fistulelor joase intra- și transsfincteriale. În cazul fistulelor înalte, cu risc sporit de dezvoltare postoperatorie a incontinenței fecale, fistulotomia nu reprezintă o tactică sigură. În astfel de situații este preferabilă extirparea chirurgicală și plastică cu grefă vaginală. La pacienții cu fistule relativ asimptomatice, rezistente la tratament conservativ, trebuie de manifestat un nivel înalt de susceptibilitate clinică, ținând cont de potențiala asociere a acestora cu carcinoame.

Pacientele cu fistule recto-vaginale pe fond de Crohn timp îndelungat nu manifestă acuze.

Semiologia lor se caracterizează prin eliminarea gazelor și secrețiilor fecale lichide prin vagin. Observarea clinică a acestor bolnave trebuie să depisteze afectarea rectului și a canalului anal, starea sfincterelor, gradul de afectare a calității vieții, asocierea infecțiilor la nivelul organelor genitale.

În cazul fistulelor înalte cu leziuni semnificative ale rectului, s-au aplicat ileostome cu/fără rezecția rectului. În cazul fistulelor joase, s-a promovat fistulotomia cu/fără plastie cu grefă vaginală, cu terapie imunomodulatoare ulterioară.

**Tabelul 3**

Rezultatele tratamentului chirurgical al formei perianale a maladiei Crohn

Semne clinice	Nu- măr cazuri	Tipul operației	Perioada supra- vegheții postope- ratorii	Rezultate
Fistule rectovezicale	n = 1	Rezecția rectului în bloc cu vezica urinară și plastia primară (1)	3 ani	Remisiune
Fistule transsfincturale	n = 4	Drenarea tip Seton (3) Fistuloectomia (1)	2 ani 1 ani	Recidivă (1) Remisiune
Fistule extrasfincturale	n = 3	Drenarea tip Seton (1) Excizia sectorului cu anastomoză și drenarea fistulei (2)	2 ani 5 ani	Remisiune Remisiune
Fistule rectovaginale	n = 3	Înlăturarea fistulei cu plastie prin grefă vaginală + imuran (2) Proctectomie (1)	4 ani 2 ani	Remisiune Stenozare (1)
Fistule anoperiene	n = 4	Ileostomie (1) Fistulotomie (3)	3 ani 5 ani	Remisiune Recidivă (1)
Abcese, fisuri anale	n = 3	Drenarea colecției + terapie steroidiană locală a fisurilor (3)	6 ani	Formarea fistulei (1)

Conform datelor Consensusului European (5), administrarea ifliximabului în tratamentul maladiei Crohn în categoria Accent II a determinat vindecarea a 44.8% dintre bolnave către săptămâna a 14-a (n=10 bolnave cu forma intestinală a BC) și 68% cu fistule perianale. Trebuie de menționat că excizia fistulelor cu plastie prin grefă vaginală și tratament medicamentos cu infliximab în timpul remisiunii este o metodă de elecție în terapia formei perianale a bolii Crohn. În aceste cazuri, proctectomia este intervenție de ultimă instanță. Analiza comparativă a rezultatelor postoperatorii (tabelul 4) în formele intestinală și perianală ale maladiei Crohn a depistat un număr mai mare de recidive, reintervenții și complicații postoperatorii în cazul localizării perianale.

Letalitatea postoperatorie în ambele grupuri este echivalentă.

**Tabelul 4**

Analiza comparativă a rezultatelor postoperatorii

Criterii	Forma intestinală a bolii Crohn (N=20 bolnave)		Forma perianală a bolii Crohn (N=18 bolnave)	
	Cazuri	Procente	Cazuri	Procente
Recidivarea afecțiunii	3	15%	6	33.3%
Intervenție repetată	2	10%	4	22.2%
Complicații postoperatorii	4	20%	5	27.7%
Letalitate postoperatorie	1	5%	1	5.6%

### Concluzii

1. Paralel cu investigațiile endoscopice, radiologice și metodele tomografice utilizate, pentru stabilirea diagnosticului este obligatorie examinarea histologică.

2. Fistulele recidivante, fisurile, stricturile regiunii perianale sunt indicații pentru investigații în cadrul protocolului bolii Crohn.

3. Tratamentul chirurgical al bolii Crohn este indicat doar la apariția complicațiilor severe (stenoza obstructivă, perforații, hemoragii, tumori maligne și fistulizare). Tehnica chirurgicală în BC va fi organomenajantă și etapizată.

4. Tratamentul chirurgical se va completa cu farmacoterapie complexă. Dispensarizarea este obligatorie.

### Bibliografie

- Bernstein C.N., Blanchard J.F., Rawsthorne P., Wajda A. *Epidemiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in a central Canadian province: a population-based study*. In: Am. J. Epidemiol., 1999, nr. 149, p. 916-924
- Bjornsson S., Johannsson J.H. *Inflammatory bowel disease in Iceland, 1990-1994: a prospective, nationwide, epidemiological study*. In: Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 2000, nr. 12, p. 31-33.
- Bush M. C., Patel S., Lapinski R. H., Stone J. L. *Outcomes in inflammatory bowel disease*. In: J. Matern Foetal Neonatal Med., 2004; p. 237-241.
- Caprilli R., Gassull M. A., Escher J. C. *European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations*. In: Gut., 2006; nr. 55 (suppl. 1), p. 36-58.
- Lee Y.M., Fock K.M., See S.J. et al. *Racial differences in the prevalence of ulcerative colitis and Crohn's disease in Singapore*. In: J. Gastroenterol. Hepatol., 2000, nr. 15, p. 622-662.
- Linares de la Cal J.A., Canton C., Hermida C. et al. *Estimated incidence of inflammatory bowel disease in Argentina and Panama (1987-1993)*. In: Rev. Esp. Enferm. Dig., 1999, nr. 91, p. 277-286.

7. Loftus C.G., Loftus E.V., Sandborn W.J. et al. *Update on incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota*. In: *Gastroenterology*, 2003, nr. 124, p. A36.
8. Loftus E.V. Jr., Silverstein M.D., Sandborn W.J. et al. *Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1940–1993: incidence, prevalence, and survival* [published erratum appears in *Gastroenterology* (1999) 116:1507]. In: *Gastroenterology*, nr. 114, p. 1161-1168.
9. Shivananda S., Lennard-Jones J., Logan R. et al. *Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD)*. In: *Gut*, nr. 39, p. 690-697.
10. Белоусова Е.А. *Резистентные формы воспалительных заболеваний кишечника: клиническая характеристика и возможности прогнозирования*. Автореф. дисс. д.м.н., 1998, 38 с.
11. Белоусова Е.А. *Язвенный колит и болезнь Крона*. Тверь: «Триада», 2002.
12. Береснев А.В., Гарагатый И.А., Коломенский Г.В. *Болезнь Крона в неотложной хирургии брюшной полости*. В: *Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости*. Харьков, 1990, с. 58-60.
13. Воробьев Г.И. *Основы колопроктологии*. М: «Феникс», 2001.

**Vladimir Hotineanu**, prof. univer.,  
dr. hab., Om Emerit,  
Laureat al Premiului de Stat,  
membru corespondent al AŞ RM,  
Catedra Chirurgie nr. 2,  
USMF „N. Testemiţanu”,  
Chişinău, str. Testemiţanu 29  
Tel.: 373-22-205523; mob. 373-69134566  
E-mail: catedra2chirurgie@gmail.com

## DESPRE DIFICULTĂȚILE DE DIAGNOSTICARE A TETANIEI GASTRICE (CAZ CLINIC)

Oleg IACHIMOV<sup>1</sup>, Gheorghe BACIU<sup>2</sup>,  
Anatol BONDAREV<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Centrul de Medicină Legală;

<sup>2</sup>Catedra Medicină Legală, USMF „Nicolae Testemiţanu”

### Summary

#### Regarding to the Difficulties of Gastric Tetany Diagnosing

*Gastric tetany is one of the severe and rare complications of the gastric ulcer characterized by multiple repeated vomiting, caused by decompensated pyloric stenosis, leading to severe loss of chlorides and, in majority of cases, to death. At the same time, this complication represents many difficulties to diagnose it. A case of sudden death caused*

*by gastric tetany is presented in the paper. The diagnosis was established postmortem, basing on the characteristic features (greatly expanded stomach, presence of decompensated pyloric stenosis, nephrosis and tubular hydropic dystrophy), in the absence of other pathological changes.*

**Keywords:** *gastric tetany, sudden death, gastric ulcer, pylorostenosis.*

### Резюме

#### О трудностях диагностирования желудочной тетании

*Желудочная тетания – это одно из тяжелых, трудно-диагностируемых и редко встречающихся осложнений язвы желудка, характеризующееся повторными многократными рвотами, на фоне декомпенсированного пилоростеноза, ведущими к острой потере хлоридов и в большинстве случаев – к смерти. В статье представлен случай внезапной смерти от желудочной тетании. Диагноз был поставлен посмертно, основанный на характерных признаках (значительно расширенный желудок, наличие декомпенсированного пилоростеноза, известковый нефроз), при отсутствии других патологических изменений.*

**Ключевые слова:** *желудочная тетания, внезапная смерть, язва желудка, пилоростеноз.*

### Introducere

La momentul actual, cazurile de moarte subită constituie un procent considerabil în activitatea medico-legală. Aceasta explică atenția sporită a savanților în studierea problemei date. Majoritatea cercetărilor sunt consacrate bolilor sistemului cardiovascular, care condiționează cel mai frecvent moartea subită, iar patologiile altor sisteme ale organismului care declanșează decesul subit, sunt mai puțin abordate în literatura de specialitate. Nu fac excepție nici cazurile de moarte subită condiționată de bolile sistemului gastrointestinal.

I. A. Nekliudov [4] afirmă că una dintre cele mai grave și insuficient cercetate complicații ale ulcerului gastric sau duodenal este tetania gastrică. Această stare evaluează pe neașteptate, adesea la persoane aparent sănătoase, se dezvoltă fulminant și se soldează cu decesul pacientului în cazurile de neacordare a asistenței medicale.

E. G. Klein [2] subliniază că astfel de complicații se înregistrează relativ rar, dar cu un înalt nivel al mortalității (dintre 52 de cazuri înregistrate, 22 s-au soldat cu deces). Conform aceluiași autor, doar în 7 cazuri diagnosticul de tetanie a fost stabilit intravital [3]. Alți cercetători [1, 4, 5] evidențiază faptul că tetania gastrică nu rareori poate fi confundată cu meningoencefalite, tumori cerebrale, tetanos, toxicoinfecții alimentare etc. Această situație se explică atât prin debutul brusc, lipsa unor semne clinice caracteristice, cât și prin survenirea timpurie a