

3. Tratamentul chirurgical este indicat nodulilor cu semne de malignitate clinice și paraclinice, refractari la tratament conservativ și cei asociați cu compresia structurilor adiacente.

4. Investigația histologică extemporanee are un rol important în stabilirea volumului tratamentului chirurgical pentru nodulii potențial maligni.

5. Depistarea precoce și rezolvarea radicală a cancerului tiroidian printre nodulii tiroidieni $\geq 1,0$ cm reduce rata de morbiditate și mortalitate în rândul populației.

Declarație de conflict de interese. Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Bibliografie

- DURANTE, C., GRANI, G., LAMARTINA, L., FILETTI, S., MANDEL, S.J., COOPER, D.S. The Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. In: JAMA. 2018; 319(9):914-924.
- ZAMORA, E.A., KHARE, S., CASSARO, S. Thyroid Nodule. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 January. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535422/>.
- ȚÎBÎRNĂ, GH., ȚÎBÎRNĂ, A., LISIȚA, N., BEJENARU, L. Particularitățile Evoluției Clinice ale Cancerului Glandei Tiroide în Republica Moldova. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2020, nr. 1(65), pp. 312-326. ISSN 1857-0011.
- Cancerul glandei tiroide. Protocol Clinic Național. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Chișinău, 2013.
- STURZA, R. Deficiențe nutriționale de iod și strategii de eradicare. In: Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă „Akademos”. 2015, nr. 1(36), pp. 113-118. ISSN 1857-0461.
- PEZZOLLA, A., LATTARULO, S., MADARO, A., DOCIMO, G., LACALENDOLA, E., PRETE, F., MARZAIOLI, R. What really is an indeterminate FNA thyroid nodule? Ann Ital Chir. 2017;88:275-281. PMID: 28632145.
- AL-HAKAMI, H.A., ALQAHTANI, R., ALAHMADI, A., ALMUTAIRI, D., ALGARNI, M., ALANDEJANI, T. Thyroid nodule size and prediction of cancer: a study at tertiary care hospital in Saudi Arabia. Cureus. 2020 Mar 30;12(3):e7478. doi: 10.7759/cureus.7478. PMID: 32351856; PMCID: PMC7188016.
- GHARIB, H., PAPINI, E., GARBER, JR., DUICK, DS., HARELL, RM., HEGEDÜS, L. et al. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules – 2016 update. Endocrine Practice. 2016; 22 (Suppl.1):1–60.
- GRANI, G., SPONZIELLO, M., PECCE, V., RAMUNDO, V., DURANTE, C. Contemporary thyroid nodule evaluation and management. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2020. doi:10.1210/clinem/dgaa322.
- PIROLA, I., DI LODOVICO, E., CASELLA, C., PEZZAIOLI, L., FACONDO, P., FERLIN, A., CAPPELLI, C. Thyroid scintigraphy in the era of fine-needle aspiration cytology. Clinical Endocrinology. 2020. doi:10.1111/cen.14379
- EBEED, A. E., ROMEIH, M. A. E., REFAT, M. M., SALAH, N. M. Role of ultrasound, color doppler, elastography and micropure imaging in differentiation between benign and malignant thyroid nodules. The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine, 2017, 48(3), 603–610. doi:10.1016/j.ejrnm.2017.03.012
- SANABRIA, A. et al. Frozen section in thyroid gland follicular neoplasms: It's high time to abandon it! Surg Oncol. 2021 Mar;36:76-81. doi: 10.1016/j.suronc.2020.12.005. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33316682.
- GRUSSENDORF, M., RUSCHENBURG, I., BRABANT, G. Malignancy rates in thyroid nodules: a long-term cohort study of 17,592 patients, European Thyroid Journal, 11(4), e220027. Retrieved Oct 2, 2022, from <https://etj.bioscientifica.com/view/journals/etj/11/4/ETJ-22-0027.xml>
- COJOCARU, C., BOUR, A. Limitations of fine-needle aspiration biopsy (FNAB) in thyroid nodules diagnosis. In: Abstract Book. The 9th International Congress for students and young doctors MedEspera. Chisinau, Republic of Moldova, 12-14 may 2022, p.422. ISBN 978-9975-151-11-5.
- CAPPELLI C, PIROLA I, AGOSTI B, TIRONI A, GANDOSI E, INCARDONA P, MARINI F, GUERINI A, CASTELLANO M. Complications after fine-needle aspiration cytology: a retrospective study of 7449 consecutive thyroid nodules. Br J Oral Maxillofac Surg. 2017 Apr;55(3):266-269. doi: 10.1016/j.bjoms.2016.11.321. Epub 2016 Dec 6. PMID: 27938945.
- ALBANO, D., TREGLIA, G., DONDI, F., GIUBBINI, R., GALANI, A., CAPPELLI, C., BERTAGNA, F., CASELLA, C. Comparison between total thyroidectomy and hemithyroidectomy in TIR3B thyroid nodules management. Endocrine. 2022 Aug 20. doi: 10.1007/s12020-022-03162-0. Epub ahead of print. PMID: 35986138.

CZU: 617.55-089:616.36-004

CHIRURGIA ABDOMINALĂ LA PACIENȚII CU CIROZĂ: PARTICULARITĂȚI CLINICE ȘI DECIZII TERAPEUTICE

Cazacov Vladimir

Catedra Chirurgie N 2, USMF “Nicolae Testemițanu”

Autor corespondent: Vladimir, e-mail: vladimir.cazacov@usmf.md

Rezumat

Chirurgia abdominală la pacienții cu ciroză: caracteristici clinice și decizii terapeutice

Prevalența ridicată a hipertensiunii portale cirogene, precum și riscul crescut la acești pacienți de a deveni cazuri chirurgicale, suscită un interes special acordat diferitor aspecte de conduită terapeutică. Am analizat, în detaliu, cazuistica clinică care

cuprinde pacienți cu ciroză hepatică operați pentru diferite patologii abdominale, de interes chirurgical. Studiul retrospectiv a inclus 102 pacienți cirofici asistați chirurgical, la care am evaluat eficiența protocolului terapeutic aplicat, electiv sau în urgență. Managementul acestora este prezentat în cadrul unei abordări complexe multidisciplinare a indicațiilor de tratament chirurgical, ținând cont de riscul decompensării hepatice, impactul patologiei abdominale asociate și gestului chirurgical asupra stării de sănătate.

Cuvinte-cheie: ciroză hepatică, intervenție chirurgicală pentru patologia abdominală concomitentă

Summary

Abdominal surgery in patients with cirrhosis: clinical features and therapeutic decisions

The high prevalence of cirrhotic portal hypertension, as well as the increased risk in these patients of becoming surgical cases, raises a special interest given to different aspects of therapeutic conduct. We have analyzed, in detail, the clinic's case file which includes patients with liver cirrhosis operated for various abdominal pathologies of surgical interest. The retrospective study included 102 surgically assisted cirrhotic patients, in whom we evaluated the effectiveness of the applied therapeutic protocol, elective or emergency. Their management is presented within a complex multidisciplinary approach to the indications for surgical treatment, taking into account the risk of liver decompensation, the impact of the associated abdominal pathology and the surgical procedure on the state of health.

Keywords: cirrhosis of the liver, surgery for concomitant abdominal pathology

Резюме

Абдоминальная хирургия у пациентов с циррозом печени: клинические особенности и терапевтические решения

Высокий уровень развития хирургии портальной гипертензии и увеличение числа больных циррозом печени оперированных по поводу сопутствующей абдоминальной патологии, требует информации о результатах их лечения. Детально проанализирован клинический материал хирургического лечения больных циррозом печени оперированных нами по поводу различной сопутствующей абдоминальной патологии. В исследование включены 102 пациента с циррозом печени и оценены их послеоперационные клинико-эволюционные особенности. Представлен их менеджмент в рамках мульти-дисциплинарного подхода, показания к хирургическому лечению с учетом тяжести цирроза и абдоминальной патологии, возникших послеоперационных осложнений и используемых лечебных мероприятий направленных на улучшение результатов лечения.

Ключевые слова: цирроз печени, хирургия сопутствующей абдоминальной патологии

Introducere. Ciroza hepatică este considerată a fi cea mai frecventă patologie a sistemului digestiv la nivel national [9]. Actualmente, pacienții cunoscuți cu ciroză hepatică și hipertensiune portală se încadrează într-o categorie specială, deoarece această boală, chiar tratată, are un prognostic rezervat. Modalitatea de evoluție a bolii este variabilă de la caz la caz, în principal, fiind reprezentată de hipertensiunea portală și hemoragia digestivă, splenopatie/hipersplenism, encefalopatia hepatică, peritonita bacteriană spontană, sindromul hepato – renal și hepato - pulmonar, tulburări hidroelectrolitice și acido - bazice și posibilitatea de dezvoltare în timp a cancerului hepatic [4, 9, 33]. Adevărata prevalență a cirozei hepatice este dificil de determinat, deoarece pacienții bine compensați, asimptomatici, sunt ușor nediagnosticsați. Dar din nefericire, Republica Moldova, **în ceea ce privește mortalitatea prin ciroză**, deține primul loc în comunitatea Europeană [European Healths for al detabase]. Trebuie subliniat faptul, că pentru toți pacienții cirofici supuși oricărei proceduri chirurgicale, morbiditatea postoperatorie generală și mortalitatea la 30 de zile sunt de 30,1 și,

respectiv, 11,6% [4, 14, 21, 23]. Analiza datelor literaturii de specialitate [20] reflectă, că factori de risc de mortalitate la 30 de zile pot fi împărțiți în 3 grupuri:

Factori legați de pacient: vârsta > 55 de ani, sex masculin, IMC < 18,5, consum de alcool, scor de risc ASA anestezic > 2, scor OMS, insuficienta cardiacă, dializă.

Factori legați de ciroză: MELD > 9, ascită, encefalopatie hepatică, prezență varicelor esogastrice, trombocite < 150.000, albumina < 36 g/L.

Factori legați de intervenția chirurgicală: tipul intervenției chirurgicale, experiență chirurgului, durata intervenției > 1 ora, transfuzii intraoperatorii.

În același timp, este bine cunoscut faptul că cca 10 % din pacienții cirofici parenchimatosis și vascular decompensați vor necesita o intervenție chirurgicală în ultimii lor 2 ani de viață, frecvent adresată patologiei abdominale non-hepatice (litiata biliară, herniile peretelui abdominal (ombilicale, inghinale și incizională), ulcerele gastro-duodenale complicate, colopatiile și altele) [12, 16, 20, 26, 29]. Bazându-ne pe rezultatele cercetărilor publicate [10, 15, 16, 20, 21, 23, 32], necesită a fi menționat faptul, că mortalitatea

În chirurgia de urgență a acestor afecțiuni este de 47% vs 8,7% în chirurgia electivă, în special, ratele de mortalitate fiind: 20-35% după intervenția chirurgicală colorectală, 20% după colecistectomie, 10-22% după repararea herniei. În opinia autorilor [22, 25, 27], managementul pacienților cu afecțiuni abdominale de interes chirurgical asociate cirozei hepatice Child B sau C și hipertensiunii portale clinic manifestă se cere a fi mai complex, multidisciplinar și necesită o evaluare prechirurgicală minuțioasă a raportului beneficiu – risc al intervenției chirurgicale în fiecare caz. Există multe serii de cazuri publicate [3, 21, 25] despre chirurgia digestivă efectuată la pacienții cirofici. Sunt multiple dovezi care descriu relații strânse între riscurile de infecție, insuficiență hepatică, hemoragie digestivă, recidiva ascitei, PBS și severitatea bolii hepatice / amploarea intervenției chirurgicale efectuate. În prezent, pentru a evalua riscul postoperator al pacienților cu ciroză hepatică sunt utilizate scorul Child-Turcotte-Pugh (CTP) și modelul MELD (Model for End-Stage Liver Disease) sau scorul VOCAL-Penn, instrument care, conform studiilor recente, are o sensibilitate mai înaltă privitor la predicția evenimentelor fatale [14, 16, 17, 18]. Prin studii [13, 22, 33], autorii au demonstrat că tratamentul acestei categorii de pacienți, ca regulă generală, trebuie să fie complex, interdisciplinar, evident cu multiple mijloace terapeutice (tratament etiologic antiviral, medical hepatotrop, endoscopic, chirurgical, simptomatic), care trebuie să se succedă și să se combine. În opinia acestora, strategia riscului înalt presupune atât screeningul populației generale pentru identificarea pacienților cu risc înalt de dezvoltarea complicațiilor evolutive cirozei hepatice cât și stabilirea strategiilor preventive recomandate pacienților cu risc crescut [13]. Actualmente, se cunoaște că abordările laparoscopice și intervențiile chirurgicale electivă sau semi-electivă practicate acestui contingent de pacienți, au rezultate mai bune și un risc mai mic de decompensare hepatică și deces. Cu toate acestea, există, în continuare, controverse privind managementul practic al acestor pacienți, care rămâne încă prost codificat, în special în chirurgia abdominală practică pe teren cirogen parenchimos și vascular decompensat. Studiul de față urmărește aspectele de conduită medico-terapeutică în cazul pacienților cirofici cu patologie abdominală non-hepatică asociată și rezultatele terapeutice în funcție de gestul chirurgical aplicat (programat/urgent) și starea funcțional hepatică.

Material și metode. Studiul nostru este o analiză retrospectivă, pe o perioadă de 8 ani, a 122 pacienți cu ciroză hepatică diagnosticată pre- sau confirmată intraoperator, internați în SCR (vârsta

mediană 47, interval 18-83; raport bărbați/femei de 45/57) și operați urgent/programat pentru diversă patologie abdominală asociată (colecistită calculoasă (n = 52, 42,6%), defectele peretelui abdominal (hernii și evențații – n = 41, 33,6%), colon (n = 8, 6,6%), ulcere gastroduodenale (n = 5, 4,1%), splenomegalie/hipersplenism sever (n = 16, 13,1%). Toate cazurile au fost tratate chirurgical conform ghidurilor și protocoalelor terapeutice de diagnostic și tratament naționale în vigoare. Etiologia principală a cirozei a fost virală (93,5%); Toți pacienții au avut hipertensiune portală clinic semnificativă. Scorul Child A/B/C = 23/48/51 și MELD median a fost 12 [6 - 18], iar 93,4% cazuri au prezentat varice esogastrice mării și mari, 1/2 din care anterior au prezentat hemoragii digestive și 50,8% sindrom ascitic. Ca metodă de studiu am folosit analiza amanunțită a foilor de observație clinică ale tuturor pacienților care compun lotul respectiv, cu toate documentele anexe, apoi studiul amănunțit al protocoalelor operatorii, pentru a putea lua în calcul influența factorilor de risc, evoluția bolnavilor operați și rezultatele tratamentului aplicat, consemnate în planingul terapeutic conturat estimat. Semnificația statistică a fost stabilită la $P < 0,05$.

Rezultate și discuții. Pacienții cirofici cu defect parietal abdominal complex (hernii și evențații - au reprezentat 41-33,6% din totalul pacienților încadrați în studiu. Cazurile chirurgical tratate au fost împărțite în 2 subloturi: 23 pacienți cirofici operați în mod urgent (11 (25%) din ei cu hernii strangulate) și 18 (75%) electivă sau semi-electivă operați pentru hernii voluminoase cu simptomatologie severă (sdm subocluziv, eviscerație și/sau tulburări trofice tegumentare severe locale), la care intervenția a putut fi temporizată iar decizia pentru operație a fost evaluată după pregătire complexă preoperatorie (paracinteză, banding, medicație hepatotropă sindromală). Hernioplastia deschisă, tehnica ("tension-free no mesh") cu suturi monofilament a fost practică în 29 cazuri, laparoscopică, la 12 pacienți. În 14 cazuri, din totalul celor operați, am aplicat plasă, ca regulă plasată preperitoneal + drenaj abdominal decompresiv. S-au înregistrat și diferențe interlot. Indiferent de opțiunea terapeutică abordată, evaluarea rezultate și urmărirea statusului hepatic postoperator, au fost aspecte extrem de importante. Per total: 8 pacienți au prezentat decompensări hepatice și cardiace, în timp ce insuficiența hepatorenală / precomă hepatică / EP au fost prezente (7), fistula ascitică la nivelul plăgii (5), supurația plăgii (5), dezechilibrele metabolice severe (3) și PBS (2), unul din ei cu eviscerație. Mortalitatea intraoperatorie nulă, postoperatorie – 4 decese ce reprezintă 9,7%, toți cu ascită tensionată, operați în urgență. Analiza de potrivire a scorului

Child, Meld, VOCAL-Penn de predicție a riscului chirurgical demonstrează o sensibilitate mai înaltă a scorului VOCAL-Penn constatând că grupul cu ciroză parenchimatous și vascular decompensată, tratați în urgență a avut un prognostic clinic preoperator mai slab și o mortalitate în spital mai mare. Referitor la tratamentul litiazei biliare - în privința analizei globale a rezultatelor, tratamentul chirurgical a fost aplicat la un număr de 52 de bolnavi, în urgență / urgență amănată / programat - 18 / 22 / 12, respectiv 42,6% și a constat în colecistectomie laparoscopică la 34 de pacienți cu colecistita acută, reprezentând 65,2% (2 cazuri – conversie). În alte 4 cazuri, pacienți cu litiază colecistocolocociană, aflați în stadiul cirozei Child B/C, am practicat abordul secvențial în ordinea: papilosfincterotomie cu litextractie – colecistectomie laparoscopică. Pentru celelalte 14 cazuri, reprezentând 26,9% din cazuistica analizată, s-a impus abordul chirurgical clasic. În privința tipurilor de tratament chirurgical aplicat colecistitei acute în raport cu stadialitatea clinică a cirozei hepatice, trebuie precizat că tratamentul chirurgical a fost efectuat în condițiile menționate în literatura de specialitate [23, 31]. Pacienții cu CH clasa Child A fără hipertensiune portală (n=11) au avut aceleași indicații de colecistectomie electivă ca și pacienții non-cirofici; pentru stadiul Child B cu hipertensiune portală (n=28) s-a preferat abordul laparoscopic după pregătire și ameliorarea preoperatorie a funcției hepatice și eventualelor comorbidități. La pacienții cirofici scor Child C cu ascită în tensiune și colecistită acută rebelă la tratamentul medicamentos, - chirurgia, pe cât posibil, a fost evitată căutând alte alternative miniinvazive. O astfel de condiție clinică a fost prezentă la 3 bolnavi din lotul de studiu, reprezentând 5,7%, la care am practicat colecistostoma (2 cazuri) și drenajul percutan (1 caz). Analizând experiența clinicii, trebuie menționat că colecistolitostomia a fost practică și la unii pacienți cirofici operați pentru hipersplenism sever cirogen și litiază biliară, la care, în timpul operațiilor de devascularizare azygo-portală au apărut dificultăți majore pentru colecistectomie (neovascularitate crescută sau retracție dificilă a ficatului). Pacienții incluși în studiul nostru au prezentat complicații postoperatorii imediate și tardive care au inclus peritonită bacteriană secundară (2), hemoperitoneum (2), bilioragie (1) și supurația plăgii (5). Mortalitatea în urgență (3 cazuri, 16,7% vs. 1 caz, 2,9% - electiv) și 1 caz, 2,9% - e postoperatorii au fost semnificativ mai mari la pacienții operați în urgență decât la cei electiv asistați chirurgical. Așa dar, studiul nostru a confirmat riscul perioperator ridicat la pacienții cirofici cu colecistită acută asociată. Dincolo de toate, managementul perioperator a acestora vi-

zează problemele de diagnostic/evoluție/prognostic. Momentul aplicării intervenției ține de analiza detaliată a fiecărui caz, de stadiul bolii, de statusul local și general a subiectului, căpătând în cele din urmă forma unei adevărate strategii terapeutice. Infecțiile bacteriene ocupă un loc important în cadrul complicațiilor cirozelor hepatice, fiind, alături de hemoragia varicelă și encefalopatia hepatică, o cauză importantă de morbiditate și mortalitate.

Peritonita bacteriană spontană (PBS) sau suprainfecțarea spontană a ascitei reprezintă una dintre cele mai frecvente complicații ale cirozei hepatice decompensate și are un prognostic rezervat, asociind o rată de supraviețuire la 1 an de 45% [4, 9, 19, 30]. *Diagnosticul diferențial al peritonitei bacteriene spontane se face cu peritonita bacteriană secundară, provocată de obicei de perforația unui organ cavităar sau de un abces intraabdominal. Se prezintă cazul unei paciente, vechi cirotică, anterior splenectomizată, spitalizată pentru o simptomatologie abdominală dureroasă instalată cu 2 zile în urmă, asociată unei ascite voluminoase. La internare se constată facies hepatic, prezența unui icter sclero-tegmentar, ascitei, abdomen dureros la palpate, suspect semnul Blumberg. Testele de laborator au indicat leucocitoză -12.000, trombocitopenie importantă, sdm citolitic și hepatopriv sever. Rezultatul paracintezii suspectă diagnosticul de peritonită bacteriană: lichid purulent cu polimorfonucleare (PMN > 250/mm³) suspect pentru sursă de infecție intraabdominală. Rx abdominală: aerocolie pronunțată, fără semne de pneumoperitoneu și nivele hidroaerice. Laparotomie: lichid ascitic-peritonitic cu fibrină, răspândită difuz, apendicită acută gangrenos-perforativă, lavaj, sanare, drenare. Postoperator. Evoluție trenantă, MODS, eviscerație. TI de durată în ATI, dinamică lent pozitivă. Transfer în secția hepatologie chirurgical vindecată. Aruncând o privire de ansamblu asupra cazului analizat constatăm că diferențierea între PBS și PB secundară este importantă deoarece peritonita secundară (> 250 PMN (polimorfonucleare), cultură plurimicrobiană) nu se rezolvă decât dacă este tratată chirurgical. Reamintim, că peritonita secundară trebuie evaluată dacă se constată lipsa răspunsului la terapia antibiotică, definită prin agravarea stării clinice și prin absența scăderii cu minim 25% a numărului PMN în lichidul de ascită la 48 de ore de tratament.*

Tot cu scopul de a o încadra în peritonita bacteriană secundară, menționăm un caz de coleperitoneu consecutiv unui ulcer hepatogen colon ascendant, acut perforat, secundar colopatiei portal hipertensive la un bolnav cirotic. Cazul a fost rezolvat printr-o laparotomie efectuată în condițiile terenului biologic tarat. Peritonita neglijată a impus rezecția

colon ascendent, iliostomie, lavaj, sanarea cavității abdominale. În postoperator: stare generală degradată, insuficiență hepatorenală progresivă urmată de deces. Și acest caz demonstrează că manifestările digestive ale pacientului cu ciroză hepatică și hipertensiune portală secundară reprezintă un complex de provocări medicale, conștientizarea cărora trebuie să crească vigelența și să concentreze eforturile diagnostic-curative.

Concluzii:

1. Ciroza hepatică și hipertensiunea portală reprezintă o patologie cu incidență crescută în țara noastră, cu evoluție progresivă și probleme terapeutice deosebit de complexe care interesează nu numai rețeaua de hepatologie și chirurgie, ci toate specialitățile medicale, ca și societatea în ansamblul ei, constituind o problemă majoră de sănătate publică.
2. În urma studiului retrospectiv, observațional, realizat în Spitalul Clinic Republican, pe 122 de pacienți cirofici, internați și operați în Clinica de Chirurgie nr.1 pentru diversă patologie abdominală non-hepatică, am observat o rată crescută a morbidității și mortalității postoperatorii, rezultate similare cu datele din literatură.
3. Elementele specifice de conduită, tehnică chirurgicală și alegerea căii de abord chirurgical agreeate în clinică marchează cu deosebită pregnanță locul, valoarea și importanța tratamentului miniinvaziv endo-laparoscopic.
4. Intervenția chirurgicală practică în cazuistica analizată nu reprezintă metoda definitivă de tratament, succesul ei este temporar, unele cazuri fiind încadrate în lista de așteptare pentru transplant hepatic.

Bibliografie

1. Andraus W, Pinheiro RS, Lai Q, et al. Abdominal wall hernia in cirrhotic patients: emergency surgery results in higher morbidity and mortality. *BMC Surg.* 2015; 15:65.
2. Angeli P, Ginès P, Wong F, et al. Diagnosis and management of acute kidney injury in patients with cirrhosis: revised consensus recommendations of the International Club of Ascites. *J Hepatol.* 2015; 62:968–74.
3. Anghelici G, Pisarenco S, Crudu. Tratatamentul herniilor ombilicale la bolnavii cirofici cu ascită masivă rezistentă *Arta Medica*, Nr.3 (56), 2015 Al XII-Lea Congres Al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi
4. Ascita în ciroza hepatică la adult. Protocol clinic național. Chișinău, 2009, p. 44
5. Balan G., Trifan A., Cojocariu C., Botezatu D. Managementul herniei ombilicale în ciroza hepatică *Jurnalul De Chirurgie, Iași*, 2011, Vol. 7, Nr. 3, 1584 – 93
6. Bellot P, Welker M-W, Soriano G, von Schaewen M, Appenrodt B, Wiest R, et al. Automated low flow pump system for the treatment of refractory ascites: a multi-center safety and efficacy study. *J Hepatol.* 2013; 58:922–7
7. Bhangui P, Laurent A, Amathieu R, Et Al. Assessment Of Risk For Non-Hepatic Surgery In Cirrhotic Patients. *J Hepatol* 2012; 57:874-84
8. Brown MW, Burk RF. Development Of Intractable Ascites Following Upper Abdominal Surgery In Patients With Cirrhosis. *Am J Med* 1986; 80:879—83.
9. Cazacov V., Hotineanu V., Hotineanu A., Lupașco Iu. Protocol clinic național „Hipertensiunea portală la adult”. PCN-63, Chișinău, 2020, p. 31
10. Cho SW, Bhayani N, Newell P, et al. Umbilical hernia repair in patients with signs of portal hypertension: surgical outcome and predictors of mortality. *Arch Surg* 2012; 147:864-869
11. Ciurea T., *Gastroenterologie Și Hepatologie Clinică*. Bucuresti: Editura Medicală, 2018;
12. Debbeche R. Chirurgie Abdominale Du Cirrhotique: Morbidité Et Mortalité *Journal Africain d'Hépatogastroentérologie*, 2010;51:74-81
13. de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C. Corrigendum to 'Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension. *J Hepat*, 2022, 959-74.
14. Douarda R, Lentschenerb D. Risque Opératoire Du Patient Cirrhotique En Chirurgie Digestive , 2009;147:64-69
15. Fricker Z, Mahmud N, Goldberg DS, et al. An improved model to predict cirrhosis surgical risk. *Hepatology* 2019;70 (Suppl 1):36A
16. Kim DH, Kim SH, Kim KS, et al. Predictors of mortality in cirrhotic patients undergoing extrahepatic surgery: comparison of Child-Turcotte-Pugh and model for end-stage liver disease-based indices. *J Surg.* 2014;84(11):832-6.
17. Mahmud N., Fricker Z., Serper M. In-Hospital Mortality Varies By Procedure Type Among Cirrhosis Surgery Admissions. *Liver Int* 2019 ;39 :1394-9
18. Mahmud N, Fricker Z, Hubbard B. Risk Prediction Models For Post-Operative Mortality In Patients With Cirrhosis. *Hepatology.* 2021;73(1):204
19. Mirică R., Rouhani F., Neamțu D. Spontaneous bacterial peritonitis in a 45-year-old man with ethanolic liver cirrhosis *Ref: Ro Med J.* 2020;67(2) DOI: 10.37897/RMJ.2020.2.17
20. Newman KL, Johnson KM, Cornia PB. Perioperati-

- ve evaluation and management of patients with cirrhosis: risk assessment, surgical outcomes, and future directions. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020 Oct;18(11):2398-2414
21. Oh H-K, Kim H, Ryoo S, Choe EK. Inguinal hernia repair in patients with cirrhosis is not associated with increased risk of complications and recurrence. World J Surg. 2011; 35:1229–33; discussion 1234
 22. Orman ES, Hayashi PH, Bataller R, Barritt AS. Paracentesis is associated with reduced mortality in patients hospitalized with cirrhosis and ascites. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12(3):496-503.
 23. Orman ES, Roberts A, Ghabril M, et al. Trends in characteristics, mortality, and other outcomes of patients with newly diagnosed cirrhosis. JAMA Netw Open 2019; 2:e196412â
 24. Sánchez O., Surgical risk assessment in patients with liver cirrhosis. Rev Col Gastroenterol. 2018, vol.33 no.4 :84- 90
 25. Sabbagh C., Fuks D., Regimbeau J-M. Non-hepatic gastrointestinal surgery in patients with cirrhosis. Review. JVisc Surg. 2014 Jun;151(3):203-11. doi: 10.1016/j.jvisc.2014.04.004
 26. Smith CT, Katz MG, Foley D. Incidence And Risk Factors Of Incisional Hernia Formation Following Abdominal Organ Transplantation. Surg Endosc. 2015;29(2):398-404.
 27. Tapper EB, Finkelstein D, Mittleman MA. Standard assessments of frailty are validated predictors of mortality in hospitalized patients with cirrhosis. Hepatology 2015;62:584- 590
 28. Teh SH, Nagorney DM, Stevens SR, et al. Risk factors for mortality after surgery in patients with cirrhosis. Gastroenterology 2007;132:1261-1269.
 29. Telem D, Schiano T, Divino C. Complicated Hernia Presentation In Patients With Advanced Cirrhosis And Refractory Ascites: Management And Outcome. Surgery 2010;148:538-43
 30. Thomas MN, Sauter GH, Gerbes AL, Stangl M, Schiergens TS, Angele M, et al. Automated low flow pump system for the treatment of refractory ascites: a single-center experience. Langenbecks Arch Surg Dtsch Ges Für Chir. 2015;400:979–83
 31. Vasilescu C. „Colecistectomia laparoscopică deficilă,, București, 2021, p.43.
 32. Wellington A, Pinheiro R., Lai Q. Abdominal wall hernia in cirrhotic patients: emergency surgery results in higher morbidity and mortality. BMC Surgery, 2015, Vol. 15, no. 1, p. 65
 33. Wong Z., Mahmud V. The imperative for an updated cirrhosis surgical. Annals Hepatology. 2020;19(4):341-343.
 34. Zhou WC, Zhang QB, Qiao L. Patogeneza Cirozei Hepatice. World J Gastroenterol. 2014;20(23):731224.

CZU: 616.348-006.6-089

CHIRURGIA DE URGENȚĂ A CANCERULUI COLORECTAL OBSTRUCTIV

Anghelici Gheorghe¹, Moraru Viorel¹, Bujor Petru¹, Pavliuc Galina¹, Crudu Oleg², Erlih Mihail², Panteleiciuc Dorin², Covaci Ana¹,

¹ Catedra Chirurgie Nr. 2, USMF Nicolae Testimianu

² IMSP SCM Sfânta Treime

Autorul correspondent: Moraru Viorel, e- mail: viorel_moraru@ymail.com

Rezumat

Cancerul colorectal (CCR) este a treia formă de cancer după frecvență și a doua cauză de deces în neoplazii. Cea mai frecventă complicație este obstrucția intestinală (80%), în 8-35% din cazuri este necesar tratamentul chirurgical de urgență. Scopul studiului a constat în studierea incidenței ocluziei tumorale a colonului și a analiza rezultatele precoce ale tratamentului chirurgical de urgență. Au fost analizate rezultatele tratamentului chirurgical de urgență a 128 de pacienți cu CCR obstructiv. În localizările pe colonul drept s-au practicat hemicolecomie pe dreaptă (14, 15,3%) cazuri, în 15 (16,4%) - colo/cecostomie, bypass- la 2 (2,1%) pacienți. Pentru tumorile colonului stâng: hemicolecomia stângă cu anastomoză-la 2 (2,1%) pacienți, operația Hartmann- 39 (42,8%), rezecție intestinală segmentară- 7 (7,6%), rezecție recto-sigmoidală - 3 (3,2%), la 9 (9,8%) pacienți- colostomie. S-au analizat complicațiile postoperatorii precoce și mortalitatea intraspitalicească. Raportul bărbați/femei a fost de 1/1,2, cu predominanța persoanelor peste 60 de ani – 75,8% cazuri. Obstrucția colonului stâng (65,9%) a predominat față de cel drept (34,1%). S-a stabilit o conexiune dintre frecvența complicațiilor postoperatorii, clasa ASA și comorbidități, ce explică incidența mare a complicațiilor postoperatorii precoce – 70,4% cazuri. Complicațiile generale au fost mai frecvente decât cele chirurgicale - 1,9/1. Conform Clavien-Dingo, 27 (29,6%) pacienți nu au avut complicații, gradul I-11 (12,1%) pacienți, II 15 (16,5%), III-10 (10,9%), IV -7 (7,7%) și grad V-21 (23,1%) pacienți. Evoluția postoperatorie a pacienților cu CCR obstructiv supuși tratamentului chirurgical de urgență se caracterizează prin diverse complicații generale și chirurgicale, precum și o mortalitate intraspitalicească înaltă.

Cuvinte-cheie: cancer colo-rectal, ocluzie intestinală acută