

Pentru cazurile de apendicectomie celioscopică intraabdominală este necesitate de o durată mai lungă de timp. Această tehnică presupune procedee de disecție, ligaturare, suturare a apendicelui vermiform precum și a mezoului apendicular.

În apendicectomia asistată laparoscopic sau extraabdominală, în deosebi la bolnavii slabi, procedeele de clipare sau ligaturare a arterei se execută intraabdominal. Ulterior se evacuiază bioxidul de carbon din abdomen. Apendicele se extrage prin plaga de 10 mm în fosa iliacă dreaptă și se execută apendicectomia. Acest procedeu se îndeplinește în condiții sigure fie prin ligatura dublă a bazei apendicelui sau prin înfundarea bontului în dubla bursă a cecului. Pentru evitarea incidentelor și accidentelor intraoperatorii caracteristice pentru apendicectomia celioscopică (ruptura apendicelui sau vaselor apendiculare) este necesar de a rezolva pe această cale numai cazurile simple din punct de vedere tehnic de executat.

Concluzii

1. Compararea a două tehnici de apendicectomie clasică și celioscopică a demonstrat avantajele celei laparoscopice: spitalizare mai redusă, în mediu 3 zile; complicații absente sau minore; reînțoarcere la activitatea cotidiană mai devreme, în mediu 10- 15 zile.
2. Apendicectomia clasică rămîne o metodă sigură și indicată în cazurile de apendicită distructivă dificilă sau în cazurile de lipsă a setului video laparoscopic.

Bibliografie

1. De Utpal. Laparoscopic versus open appendectomy in West Bengal, India. Chinese Journal of Digestive Diseases, Volume 6 Issue 4 P 165/ Nov 2005
2. Rohit Gupta, MD; Cliff Sample, MD; Fahad Bamehriz, MD. Infectious complications following laparoscopic appendectomy. Can J Surg 2006; 49(6): 397-400
3. D. C. Sabiston, H. Kim Lyerly- Surgery. T. 49. 1997
4. Țircoveanu E. – Elemente de chirurgie laparoscopică. Vol. 2. Ed. Polirom, Iași. 1998, pg. 156-157

TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL ULCERULUI PERFORAT

Elina Șor, doctorand, cercetător științific stajiar

Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Laparoscopic treatment of perforated ulcer

The first cases of treatment laparoscopic of perforated ulcer in Moldova were performed in 1997.

The study is based on the analysis of 55 cases of perforated ulcer (49 men and 6 women), hospitalized in the surgical department of the Republic Emergency Hospital, mean age 25,16 (limits 16 – 60 years).

The performed clinical analysis attests that laparoscopic treatment is a safe and efficient method, it reduces the hospitalizing period and has a low rate of complications.

Rezumat

Primele cazuri de tratament laparoscopic al ulcerului perforat în Moldova au fost efectuate în 1997.

Studiul prezentat se bazează pe analiza a 55 cazuri de ulcer perforat (49 bărbați și 6 femei), spitalizați în secțiile de chirurgie a CNPȘDMU cu vârsta medie 25,16 ani (15 – 60 ani).

Analiza clinică confirmă: tratamentul laparoscopic este o metodă eficientă de tratament, reduce durata de spitalizare a pacientului, există o reluare rapidă a tranzitului intestinal, iar complicațiile postoperatorie sunt reduse.

Actualitatea temei

Marile succese obținute în tratamentul medicamentos modern al maladiei ulceroase necomplicate cu agenți anti H₂, inhibitori ai pompei de protoni, dubla sau tripla asociere antibiotică (amoxicilină, claritromicină și metronidazol 7 – 10 zile), au dus în ultimii ani la o reducere esențială a numărului intervențiilor chirurgicale în această afecțiune [3].

Cu toate acestea, procentul de ulceroși care au „șansa” de a fi supuși unei intervenții chirurgicale de urgență datorată complicației perforative, a rămas constant, de la 5 până la 15 % [2].

Perforația este cea mai acută complicație a ulcerului, constituind 1,5% din lotul întreg al afecțiunilor chirurgicale acute din abdomen și 10-15% din numărul total al purtătorilor de ulcer.

Perforația are loc în timpul de acutizare a bolii ulceroase, însă în 25-30% ea poate constitui primul semn al bolii [4]. În ultimii ani în Republica Moldova s-a constatat tendința de creștere a morbidității al ulcerului gastroduodenal perforat: 23,1 la 100 000 locuitori în 2005 față de 20,4 în 2004 și 18,94 în 2003 [1].

Mortalitatea atinge circa 8% [4], în Republica Moldova 6,73% - în 2005 [1].

Astfel, astăzi, existența tehnicilor laparoscopice oferă alternative uneori foarte avantajoase tratamentului medicamentos [3].

Material și metode

Au fost analizate 55 cazuri clinice (49 bărbați și 6 femei) a bolnavilor spitalizați în secțiile de chirurgie a CNPȘDMU și operați în legătură cu boala ulceroasă, complicată cu perforație cu efectuarea tratamentului laparoscopic.

Vârsta pacienților a fost între 15 – 60 ani, media de vârstă fiind – 25,16 ani.

Diagnosticul al ulcerului perforat s-a bazat pe datele anamnestice și tabloul clinic caracteristic pentru această patologie.

Examenul preoperator a inclus:

- Analiza sângelui – sângele roșu și leucograma;
- Segmentul urinei;
- Grupa sângelui și Rh-factor;
- Ultrasonografia organelor abdominale pentru excluderea sau confirmarea prezenței lichidului liber în abdomen;
- FEGDS – pentru confirmarea diagnozei de ulcer perforat și aprecierea localizării al acestuia, excluderea ulcerului în „oglină” (Kissing) cu hemoragie al doilea ulcer, stenozei, etc.;
- Examenul radiologic a cavității abdominale de ansamblu – pentru confirmarea pneumoperitoneumului (aer liber sub diaphragm – care pentru prima dată în perforația ulcerului a fost descrisă de către Levi-Dorn (1913)

În cazuri dificile pentru diagnostic s-a recurs la laparoscopie diagnostică, în urma căreia și s-a depistat locul perforației.

În total au fost efectuate 55 intervenții chirurgicale laparoscopice pentru ulcerele perforate. Operațiile au fost înfăptuite cu ajutorul anesteziei generale.

Din ele 54 – din cauza ulcerului perforat a duodenului (localizarea leziunii a fost pe fața anterioară a bulbului duodenal) și 1 caz – din cauza ulcerului acut perforat a stomacului (leziunea localizată în regiunea fundică pe curvură mare).

În 54 de cazuri s-a practicat sutura laparoscopică cu epiploonoplastie cu drenarea cavității peritoneale și 1 caz – cu efectuarea exciziei al ulcerului cu piloroplastie și vagotomie trunculară anterioară, drenarea cavității peritoneale.

Profilaxia infecției în perioada intraoperatorie și în cea postoperatorie s-a efectuat prin administrarea antibioticelor. Jugularea durerilor în perioada postoperatorie s-a realizat prin administrarea analgeticelor.

De asemenea au fost indicați agenți anti H₂.

Rezultate obținute

Analizând cazurile în care s-a efectuat tratamentul laparoscopic al ulcerului perforat, putem menționa următoarele:

Complicații în timpul operației și perioada postoperatorie precoce nu s-au dezvoltat. În toate cazurile plăgile postoperatorie s-au cicatrizat primar.

În perioada postoperatorie s-a observat că pacienții suportă operația mult mai ușor, iar sindromul algic este mult mai slab, comparativ cu intervenții tradiționale.

Relevarea tranzitului intestinal în 2 – 3 zile.

Pacienții se pot reîntoarce rapid la activitatea fizică normală.

Discuții

Apariția în ultimul timp a preparatelor antiulceroase contemporane a permis în majoritatea cazurilor de a considera suturarea ulcerului perforat ca intervenție chirurgicală de elecție cu aplicarea ulterioară a tratamentului medicamentos [3, 12].

Primul tratament laparoscopic al unui ulcer perforat a fost efectuat de Mouret în 1990 [7].

În unele cazuri (până la 25%) al tabloului clinic dubios datele obiective pentru ulcer perforat lipsesc (aer liber sub diafragm la examen radiologic a abdomenului, semnele indirecte la fibroesofagogastroduodenoscopia, lichid liber la ultrasonografie a abdomenului) [11]. În asemenea situații tehnica laparoscopică permite efectuarea diagnosticii și concomitent suturarea ulcerului perforat [8]. Aplicarea acestei metode contribuie la reducerea perioadei preoperatorie, și astfel la micșorarea numărului complicațiilor postoperatorii [9].

După datele literaturii s-a constatat că durata medie a suturării laparoscopice constituie 50 – 135 min., așa dar, necesitatea în analgetice în perioada postoperatorie precoce se micșorează, iar timpul mediu de spitalizare este nu mai mult de 5 – 8 zile [5, 6].

Concluzii

Tratamentul laparoscopic al ulcerului perforat este o metodă eficientă și perspectivă, reduce durata spitalizării a pacientului, există o reluare rapidă a tranzitului intestinal, iar complicațiile postoperatorii imediate și tardive sunt reduse.

Evident, pentru marea majoritate a cazurilor, aceasta reprezintă doar o verigă, un moment terapeutic, impus de evoluția complicată a bolii de bază. După rezolvarea laparoscopică a acesteia, tratamentul medicamentos este cel chemat să vindică leziunea și să asigure profilaxia recidivei.

Bibliografie

1. Cazacov V., *Evaluarea rezultatelor activității chirurgicale în Republica Moldova-2006-2006*, Arta medica, 2006, 6:3-8
2. Druart M., Van Hee R., Etienne J., Cadière G., Gigot F., Legrand M., Limbosch j., tugilmana M., Van Vyve E., Vibin E., Yvegrneaux J., *Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer / a prospective multicenter clinical trial*, Surg. Endosc., 1997, 11:1017-1020
3. Dubois F., *New Surgical strategy for gastroduodenal ulcer: Laparoscopic approach*, World J. Surg., 2000, 14, 3:270-276
4. Duca S., *Chirurgia laparoscopică*; 2001:285-304.
5. Lau W., Leung K., Zhu X., Lam Z.H., Chung S.C.S., Li A.C.K., *Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer*, Br. J. Surg., 1995, 82; 6:814-816
6. Matsuda M., Nishiyama M., Hanai T., Saeki S., Watanabe T., *Laparoscopic omental patch repair for perforated peptic ulcer*, Ann. Surg. 1995, 221:236-240
7. Mouret P., Francois Y., Vignal J., Barth X., Lombard-Platet R., *Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer*, Br. J. Surg., 1990, 77: 1006

8. Tasseti V., Valvano L., Navez B., Mutter D., Scohy J., Evrand S., Marescaux J., *Perforated pepticululcer and laparoscopic treatment*, Minerva Chir 1998,53, 10:777-780
9. Гуляев А., Ярцев П., Самсонов В., *Видеолaparоскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв*, Эндоскоп. хир., 2001, 2:16
10. Емельянов С., Матвеев Н., Феденко. В., *Лапароскопическая хирургия желудка*, 2002: 19-34
11. Кригер А., Ржебаев К., *Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопическом ушивании перфоративных гастродуоденальных язв*, Эндоскоп. хир., 1999, 3:7-10
12. Поташев Л., Васильев В., Савранский М., *Непосредственные результаты лапароскопического лечения при перфоративных гастродуоденальных язвах*, Вестн. хир., 1999, 6:9-11

TRATAMENUL CHIRURGICAL AL CHISTULUI HIDATIC HEPATIC

Iulia Bernaz, Gabriela Buruian

(Conducător științific – Bour Alin, d.h.ș.m., prof. univ.)

Catedra Chirurgie generală și Semiologie

Summary

The surgical treatment of the hydatid hepatic cyst

Our study is dedicated to a group of 12 persons having undergone operations for the hydatid disease at the Central Military Clinical Hospital in the course of 6 years. The average age of the patients is 33 years old. The hepatic localization of the cysts has been discovered in 11 cases (91,6 %) and the multiple one in a single case. The type of the operation for hydatid hepatic cyst has been chosen depending upon the topographical localization and the proportions of the cysts: echinococectomy closed, open, combined and ideal.

Rezumat

Studiul nostru a fost dedicat la un lot de 12 pacienți operați pentru boala hidatică la Spitalul Clinic Militar Central din Chișinău în decurs de 6 ani. Vârsta medie a pacienților este de 33 ani. Localizarea hepatică a chisturilor a fost depistată în 11 cazuri (91,6 %), iar multiplă într-un singur caz. Tipul intervenției chirurgicale a chistului hidatic hepatic a fost ales în dependență de localizarea topografică și dimensiunile chistului: echinococectomia închisă, deschisă, combinată și ideală.

Actualitatea temei

Chistul hidatic constituie o afecțiune gravă, implicând mai ales populația tânără și de vârstă medie. Chisturile pot fi localizate într-un singur lob sau în ambii lobi hepatici. Ele generează tulburări în dependență de localizare și pot provoca diverse leziuni în parenchim și în rețeaua vasculo-biliară. Evoluția bolii este lentă. Uneori chistul se elimină prin căile biliare până la vindecare, altele rămâne staționar ani de zile, evoluând prin diverse complicații: supurația, ruptura și compresiunile pe organele vecine. Intervenția chirurgicală a chistului hidatic rămâne tratamentul de primă intenție în cazul chisturilor simptomatice, tactica chirurgicală fiind individuală în fiecare caz.

Obiectivele lucrării

Scopul cercetărilor noastre constă în determinarea frecvenței chisturilor hidatice hepatice în dependență de vârstă, sex, mediul de trai al pacienților, precizarea numărului și localizării acestora în diferite segmente a ficatului sau/și în asociere cu alte organe, precum și alegerea tacticii de tratament în dependență de caz.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat pe 12 pacienți operați de chist hidatic hepatic la Spitalul Clinic

Militar Central din Chişinău în decurs de 6 ani. Ca metodă de lucru am folosit fişele de observaţie medicală, protocoale de investigaţie ultrasonografice şi literatura de specialitate.

Rezultate obţinute

Lotul studiat este compus din 8 bărbaţi şi 4 femei, cu o vârstă medie de 33 ani (limite: 13 şi 72 ani). 83,3 % sunt din mediul rural, şi doar 16,7 % sunt din mediul urban. Din cei 12 pacienţi, numai într-un singur caz existau antecedente de chist hidatic hepatic şi pulmonar.

În baza datelor clinice am constatat că majoritatea pacienţilor în perioada preoperatorie acuză dureri sub rebordul costal drept, amărăciune în gură (16,6%), greaţă şi vomă (25%), slăbiciune (41,6%), inapetenţă (16,6%), icter.

Localizarea hepatică a chisturilor a fost în 12 cazuri, dintre care 8 cazuri (66,6 %) la nivelul lobului drept şi 2 cazuri (16,7 %) la nivelul lobului stâng. Localizarea bilaterală a chisturilor a fost determinată în două cazuri (16,7 %). Din 12 bolnavi studiaţi la o pacientă s-au depistat chisturi multiple: 2 chisturi hepatice şi unul lienal. La unul dintre aceşti pacienţi chistul hepatic a fost recidivant.

Dimensiunile chisturilor sunt variate cu media de 87 mm, limitele fiind cuprinse între 44mm şi 150 mm.

Cinci dintre pacienţi (41,6 %) au prezentat şi patologii asociate, printre care se pot menţiona: bronşită, urolitiază, emfizem pulmonar, ateroscleroza aortei, hepatită cronică, pancreatită cronică, guşă difuză de gr. II, hepatosplenomegalie, reflux duodeno-gastral, cardioscleroză, pneumoscleroză difuză.

Tipul intervenţiei chirurgicale a chistului hidatic hepatic a fost ales în dependenţă de localizarea topografică şi dimensiunile chistului. Astfel echinococctomia închisă a fost efectuată în două cazuri (16,6 %), echinococctomia deschisă în 4 cazuri (33,4 %) şi echinococctomia ideală în 4 cazuri (33,4 %). La unul dintre pacienţi a fost efectuată echinococctomia combinată (deschisă şi închisă) şi splenectomia (8,3 %). La alt bolnav a fost combinată echinococctomia deschisă şi ideală (8,3 %).

Într-un caz am depistat supurarea chistului hidatic, la care a fost efectuată rezecţia atipică a ficatului cu înlăturarea ideală a chistului hidatic supurat (diametru \approx 7 cm) situat în lobul stâng al ficatului. Perioada postoperatorie a decurs fără complicaţii şi pacientul la a şaptea zi a fost externat.

În perioada postoperatorie la toţi pacienţii au fost administrate preparate antiparazitare (Mebendazol, Albendazol).

În perioada postoperatorie complicaţiile s-au dezvoltat la doi pacienţi (16,6 %). La un pacient în perioada postoperatorie a avut loc ocluzie intestinală mecanică înaltă prin aderenţe, manifestată prin: înrăutăţirea stării generale, dureri în abdomen, balonare, lipsa tranzitului scaunului şi gazelor, febră 38°C, fatigabilitate şi greţuri. La alt bolnav s-a deschis în perioada precoce postoperatorie o fistulă biliară, care s-a închis desinestătător fără a efectua o intervenţie chirurgicală repetată.

Cazuri letale nu au avut loc. Recidive ale maladiei n-au fost depistate.

Discuţii

Chistul hidatic hepatic a fost întâlnit la toate categoriile de vârstă, dar mai frecvent la grupele 13-19 şi 44-72 de ani. Distribuţia pe medii de provenienţă ne arată predominanţa populaţiei din mediul rural cu 10 cazuri (83,3 %), faţă de cele 2 cazuri provenite din mediul urban (16,7 %). În ceea ce priveşte distribuţia în funcţie de localizarea şi numărul chisturilor în organism, pe primul loc se află localizarea hepatică, urmată de localizarea multiplă hepatică.

Toţi pacienţii studiaţi au acuzat dureri în rebordul costal drept, slăbiciune, fatigabilitate, inapetenţă. Aceste simptome apar pe măsură ce echinococul atinge dimensiuni mari, intensificându-se după mâncare sau efort fizic. Periodic la bolnavi se poate manifesta prurita şi urticăria (10)

Din cele 12 cazuri studiate am constatat că chistul hidatic hepatic a avut o localizare predominantă în lobul hepatic drept (75 %). Localizarea hepatică a fost depistată în 11 cazuri (91,6 %), iar poliorganică într-un singur caz. Dimensiunile chisturilor constituie în medie 87