

Bibliografie

1. D'Amigo G. et al. Pharmacological treatment of portal hypertension an evidence-based approach. *Seminaries Liver Disease* 1999; 19: 475-505.
2. Schepis F. et al. Wich patient wich cirrhosis should undergo endoscopic screening for esophageal varices detection. *Hepatology* 2001; 33: 333-8
3. De Franchis R. et al. Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. *Clin Liver Dis* 2001; 5: 645-63.
4. Bosh J. et al. Prevention of variceal rebleeding. *Lancet* 2003; 361: 952-4.
5. De Franchis R. Evolving Consensus in Portal Hypertension. Report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology of diahnosis and therapy in portal hypertension. *Journal of Hepatology* 2005; 43: 167-76.
6. Perez F.J. et al. Pharmacologycal treatment of Portal Hypertension, *Gastroenterology Clinics of North America* 1992; 21(1): 15-27.
7. Guadalupe Garcia-Tsao. Variceal Bleeding, AGA Institute Ppostgraduated Course, 2006, 517-9.
8. Stiegman G.V. et al. Endoscopic sclerotherapy as compared with endoscopic ligation for bleeding esophageal varices. *New England Journal of Medicine* 1992; 326: 1.527-32.

ETAPELE ȘI FACTORII CE AU INFLUIENȚAT TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL HERNIILOR

**Constantin Leșco, Alin Bour, Roman Targon, Vasile Sergentu,
Vladimir Gligor, Ina Demian,**

Curs Chirurgie Facultatea Stomatologie, Spitalul Clinic Militar Central.

Summary

The evolution and vectors of influence in surgical management of the abdominal wall hernias

The results of surgical management of the abdominal wall hernias are presented in the article. The study includes the experience of surgical management of 498 patients for the 5-year period. There are 94(18, 8%) ventral hernias, 79(15, 8%) umbilical hernias, 291 (58, 4%) groin hernias, and 34 (6, 8%) others. The surgical techniques included: primary suture repair in 354(71%) of cases, „tension-free” hernia repair in 139(27, 9%) of cases, auto-dermal graft hernia repair in 5(1%) of cases. Severe complications have not been reported. Both traditional primary suture repair and „tension-free” techniques are efficient, if applied in accordance with individual risks and benefits.

Rezumat

Articolul reprezintă o analiză a rezultatelor tratamentuluiu chirurgical al herniilor pe o perioadă de 5 ani. În total au fost 498 pacienți. Evențațiile postoperatorii 94(18,8%); herniile ombilicale 79(15,8%); herniile inghinale 291(58,4%); altele 34(6,8%). Procedeele de hernioplastii au fost: cu țesuturi proprii 354(71%); hernioplastii cu plasă de prolen 139(27,9%); hernioplastii cu autoderma 5(1%). Complicații severe nu au fost înregistrate. Etapele în tratamentul herniilor au denotat, că pe lângă procedeele clasice de tratament chirurgical sunt eficiente și cele cu folosirea materialelor sintetice.

Actualitatea temei

Principalul factor ce a influențat tratamentul chirurgical al herniilor a fost utilizarea plasei de prolen, care a micșorat considerabil complicațiile caracteristice pentru hernioplastiile cu autoderma. Alt factor ar fi cel de creștere a numărului de recidive a evențațiilor postoperatorii care atinge 33% (3).

Unii autori oferă date despre incidența complicațiilor în cazurile de utilizare a meșelor sintetice între 1% și 8 %, cauza majoră revenind stafilococului aureus (4). Date privitor la efectuarea hernioplastiilor cu autodermă în ultimii 5 ani practic nu sunt.

Referitor la hernioplastiile efectuate pe cale laparoscopică majoritatea autorilor susțin părerea unanimă că recidivele sunt cu mult mai caracteristice anume pentru astfel de hernioplastii, chiar dacă se evidențiază avantajele, cum ar fi trauma operatorie mai mică și externare mai timpurie.

Recidivele după hernioplastiile laparoscopice au la bază ca factori, însușirea tehnicilor laparoscopice pe o perioadă lungă și lipsa experienței în acest domeniu. Rata recidivelor printre chirurgii care au executate circa 250 de hernioplastii laparoscopice atinge cifra de 10%. Această cifră este în descreștere odată cu acumularea experienței și se egalează treptat cu rezultatele hernioplastiilor clasice (2.3).

Material și metode de cercetare

Materialul statistic obținut este caracteristic pentru o perioadă de activitate chirurgicală de 5 ani. Procedeele de hernioplastii utilizate au fost: cu plasă de prolen Stoppa și Lichtenstein; cu țesuturi proprii, procedeele Sapejco, Mayo, Bassini, Postemschii, Jirar Spasococoțchi.

Intervențiile chirurgicale au fost efectuate în condiții de spital de către mai mulți chirurghi. În cazurile de utilizare a meșelor sintetice în evențații, ultimele erau montate atît intraperitoneal precum și preperitoneal. Montarea plasei s-a efectuat cu fire sintetice aresorbabile aplicate separat sau surjet. În majoritatea cazurilor s-a recurs la drenarea cu tub de dren deasupra plasei.

Rezultate obținute

Pe perioada anilor 2002- 2007 în clinică au fost spitalizați 498 pacienți cu hernii. Bărbați 347(69,6%), femei 151(30,4%). Vîrsta medie a constituit 56 ani. Greutatea medie a pacienților a fost 83 kg. Dimensiunile porții herniare au variat între 7 și 15 cm.

Evențații postoperatorii au fost 94(18,8%). Bărbați 29(31%), femei 65(69%). La acest lot de pacienți pentru hernioplastii au fost utilizate meșe sintetice în 77(84%) cazuri. Hernioplastii cu utilizarea țesuturilor proprii au fost la 13 pacienți. Numai în 5 cazuri pentru hernioplastie s-a folosit autoderma. Pentru pregătirea dermei în acest scop au fost respectate toate cerințele tradiționale: prelucrarea termică, înlăturarea stratului epidermal, prelucrarea cu antibiotice.

Majoritatea complicațiilor au fost înregistrate la acest lot de pacienți. Au avut loc 5(5,3%) cazuri de seroame ale plăgii. Tot pentru acest lot de pacienți a fost necesară anestezia generală prin intubare endotraheală-30(32%) de cazuri. Altele 62(65%) de cazuri au fost soluționate cu ajutorul anesteziei intravenoase. Numai două cazuri (2,1%) din acest lot au fost asigurate de anestezia epidurală. Aflarea în spital la acest lot de pacienți a fost în medie de 11 zile.

Alt lot de pacienți au fost cei cu hernii inghinale 291(58,4%). Mai mult de jumătate au constituit bărbații 267(91,7%), iar femei au fost înregistrate doar 24 la număr. Hernioplastii cu montarea meșei sintetice au fost numai 36(12,3%) de pacienți. Plasa de prolen a fost montată după metoda „tension- free” descrisă de Lihtenștein. Majoritatea hernioplastiilor inghinale, 255 la număr, (87%) au fost efectuate cu țesuturile proprii în conformitate cu procedeele Bassini, Postemschi, Jirar- Spasococoțchi.

În scopul asigurării anestezice au fost folosite metodele de anestezie generală intravenoasă în 235(80%) cazuri, anestezia epidurală în 30(10,3%) cazuri. Anestezia locală a fost utilizată doar în 26(8,9%) de cazuri. Printre complicații s-a înregistrat la un pacient- hematom inghino scrotal (0,3%). Durata spitalizării a fost în mediu 7 zile.

Herniile ombilicale sau înregistrat în 79(15,8%) cazuri. Majoritatea au fost femei- 48 la număr, iar bărbați 31. În 62(78%) cazuri a fost efectuată hernioplastia cu țesuturi proprii. Hernioplastia cu plasă de prolen a fost efectuată doar în 17(21,5%) cazuri. Metodele principale de anestezie au fost următoarele: intravenoasă 48(60%) și epidurală 18(22,7%) de cazuri. Spitalizarea a durat în mediu 8 zile.

Herniile femurale au constituit doar 11(2,4%), iar în lotul de hernii”alte” sau înregistrat 23(4,6%) cazuri. Numai în 7 cazuri a fost folosită meșa sintetică pentru hernioplastie. Bărbați au fost 21, femei 13. Durata spitalizării a fost în medie 7,5 zile. Principala metodă de anestezie a fost cea intravenoasă-28 cazuri. Complicații n-au fost înregistrate.

Discuții

Procedeele tehnice de tratament chirurgical al herniilor sunt în permanentă perfecționare. Au dispărut metodele empirice, iar în secolul XVIII au apărut și primele lucrări științifice privitor la această problemă (Monro, Haller, Richter). Cele mai mari contribuții în acest domeniu au fost aduse de Bassini în 1884, care este considerat „părintele” chirurgiei herniare (6).

Odată cu descoperirea importanței elementelor anatomice responsabile de întărirea peretelui posterior al canalului inghinal, treptat au fost propuse în acest scop materiale sintetice. Aceste tehnici pentru reconstruirea peretelui abdominal au fost probate timp de 100 ani.

Astfel Witzel și Goepel, în 1900, Bartlett și Mc Gavin între anii 1903- 1909 au implimentat plasele din fir de argint. Alți chirurghi cum ar fi Throckmorton au folosit plase din tantal în 1948. Din 1949 Gosset folosește în acest scop fișii de autogrefă. Mai târziu s-au folosit plasele de polister, politetrafluoretilen, polipropilenă, iar ca fire de sutură se utiliza oțelul inoxidabil, nylonul etc. (4.6).

Plasa din polipropilenă, monofilament, este cea mai des utilizată, devenind standardul în tratamentul eventrației îndeplinind următoarele cerințe: flexibilă, ușor se taie și se mînuiește după dimensiunile dorite, indestructibilă și rapid fixată, inertă și cu reacție de rejet minimală.

Alt tip de plasă este din polister și reprezintă firul multifilament. Avantajele de bază sunt: plasa suplă, moale, rezistentă și elastică. Dezavantajele acestei plase pot fi dilacerarea țesutului de care este suturată și poate fi mai puțin rezistentă la infecție. Mai puțin folosită este plasa din politetrafluoretilenă, datorită penetrației slabe a fibroblaștilor, ce conduce la o alunecare a plasei și la recidiva eventrației.

Altă etapă în evoluția dezvoltării tratamentului herniilor a fost utilizarea tehnicilor laparoscopice în acest scop. Promotorul acestei tehnici operatorii este considerat Ger, începînd cu anul 1982. El practica lichidarea orificiului inghinal profund cu agrafe. În 1990 Popp folosește în acest scop o proteză din dura mater, iar Schultz în 1991 a introdus o meșă de polipropilenă properitoneal.

Mai târziu a fost demonstrat că plasa montată intraperitoneal poate forma aderențe cu viscerele sau poate aluneca. Ulterior a fost acceptată în practică tehnica extraperitoneală de montare a plasei, propusă în 1990 (4.5).

Studiul statistic efectuat pe baza foilor de observație din clinica noastră pe o perioadă de 5 ani privitor la tratamentul chirurgical al herniilor a relatat un procent mic de complicații în perioada postoperatorie 6(5,8%) cazuri, dintre care-5(5,5%) cazuri de seroame la lotul de pacienți cu utilizarea autodermei și 1(0,3%) cu hematom inghino-scrotal din lotul herniilor inghinale. Unii autori oferă date despre incidența complicațiilor în cazurile de utilizare a meșelor sintetice între 1% și 8 %, cauza majoră revenind stafilococului aureus (4). Date despre alte complicații și despre procentul recidivelor nu au fost incluse în această analiză statistică.

Discuțiile desfășurate privitor la evoluția tratamentului în hernii este preponderent despre tehnica operatorie. Pentru herniile inghinale cea mai răspîndită tehnică operatorie este tehnica Bassini, care constă în repararea retrofuniculară a peretelui posterior, cu toate că au fost propuse și încercate în acest scop circa 280 procedee tehnice. O tehnică similară celei Bassini este Shouldice, cu mai puține de 1% de recidive.

Actualmente în tratamentul herniilor inghinale pe larg este folosită tehnica operatorie Lichtenstein, care presupune montarea plasei sintetice sub forma „tension free”, lipsa tensiunii în sutură, care previne recidiva. Elementele de bază ale acestei tehnici operatorii sunt: plasarea protezei de polipropilenă fără tensiune cu fixarea ei în surget și cu drenaj aspirativ deasupra protezei.

Tratamentul chirurgical al herniilor ombilicale este în funcție de dimensiunea lor. Pentru herniile ombilicale mici se folosește tehnica operatorie Lexer, sau „în jiletică” cu, sau fără inserția ombilicului. Pentru herniile mari se utilizează procedeul Mayo și Sapejco, realizînd o lipectomie cu omfalectomie. În cazurile de utilizare a protezei sintetice, ultima va depăși marginile defectului parietal cu cel puțin 4 cm și fixată cu fire neresorbabile separate, pentru a o menține întinsă.

Odată cu dezvoltarea chirurgiei abdominale a crescut și incidența eventrațiilor. Repararea eventrațiilor a cunoscut atât autogrefe precum și materiale sintetice începând cu anii 1900. Există numeroase varietăți tehnice de tratament a herniilor cu plasă: montată în fața mușchilor, între marginile aponeurotice și în spatele mușchilor (1.6). Începând cu anul 1987 Rives, iar mai târziu Stoppa și Wantz, în 1991 au îmbunătățit tehnica de utilizare a plasei sintetice în eventrații. Ei au recomandat unele elemente de fixare a plasei: utilizarea firelor separate trecute prin grosimea stratului muscular, evitarea contactului dintre plasă și intestine pentru prevenirea formării aderențelor sau fistulelor intestinale.

Concluzii

1. Etapele în tratamentul herniilor au denotat, că pe lângă procedeele clasice de tratament chirurgical sunt eficiente și cele de utilizare a materialelor sintetice.
2. Pentru prevenirea complicațiilor în procesul de utilizare a plasei sintetice este necesar respectarea unor cerințe de montare a acesteia.

Bibliografie

1. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Open” tension –free” repair of inguinal hernias: the Lichtenstein technique. Eur J Surg 1996; 162:447-453.
2. Bendavid R. Complications og groin hernia surgery. Surg Clin North Am 1998;78: 1089-103
3. French Associations for Surgical Research, Oberlin P, Boudet, et al. Recurrence after inguinal hernia repair: prognostic facts in a prospective study of 1706 hernias. Br J Surg 1995; 82: Supl 1: 65-66. abstract.
4. Leber GE, Garb JL, Alexander AI. Long term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias. Arch Surg 1998; 133: 378- 82
5. Sabiston David C., Lyerly, H. Essentials of surgery. WO 100 S 116 1994 p. 432
6. Tîrcoveanu E. Tehnici chirurgicale. Edidura Polirom. Iași. 2003., p. 29-79.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ LA PACIENT CU PACEMAKER

Valeriu Istrati, Alin Bour, Andrei Leșco, Vladimir Gligor, Nicolae Enache, Ina Demian

Curs Chirurgie Facultatea Stomatologie, Catedra Medicină Internă și Semiologie,
Spitalul Clinic Militar Central

Summary

Laparoscopic cholecystectomy performed on the patient with pacemaker

The article represents the clinical case of laparoscopic gallbladder removal performed on patient with pacemaker. Using of surgical electrocautery may potentially induce electric interferences with pacemaker. As a result, different types of cardiac arrhythmias may appear.

The laparoscopic cholecystectomy has been indicated in accordance with:

1. Requirements for the aortic valve replacement due to „erythrocyte killer” effect;
2. Numerous outbreaks of „gallstone” disease, which caused the holdup of the cardiac surgery.

Rezumat

Efectuarea colecistectomiei laparoscopice cu utilizarea electrocauterizării la pacient cu litiază biliară veziculară, purtător de cardiostimulator (Pacemaker), în timpul căreia interferența curenților electrici putea conduce la dereglare de ritm a cordului. Indicațiile pentru colecistectomia laparoscopică aveau caracter dublu: 1- necesitatea în intervenția cardiologică repetată de schimbare a valvei aortice, care a provocat o anemie cronică cauzată de distrugerea eritrocitelor; 2- accesele frecvente de colică biliară, care subminau preconizata intervenție cardiologică de schimbare a valvei aortale” killer „ de eritrocite.