

ACTUALITĂȚI ÎN TACTICA TRATAMENTULUI RAȚIONAL A BOLII HEMOROIDALE

Vladimir Cereș, Mihail Erlih, Constantin Țîbîrnă, Galina Pavliuc,
Mocan Vitalii, Alexei Baltag

Catedra Chirurgie 2, Clinică nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Approaches in the rational treatment tactics of the hemorrhoidal disease

The current invention is assigned to proctology and may be successfully applied in treatment of the hemorrhoidal pathology, acute anal thrombosis accompanied by hemorrhage and painful syndrome.

The intervention entails use of emptying clysters in the pre-operative period. The operatory surface is treated with antiseptic solution. Then an incision is made on the mucous membrane in the area of the hemorrhoidal nodes, namely at 3,7 and 11 o'clock. The nodes undergo ligation at the level of the hilum and then they undergo excision. Having performed the excision of the nodes, the definitive haemostasis is made the venous abutments are treated. The first suture of the mucous membrane is applied in the abutment region and a ligation is made. Then the next suture is applied passing the threads of the first suture through its knot. They are pulled radially the venous abutment sutured with the intestinal mucous membrane. The rest of wounds is sutured with broken threads. After having treated the wounds, the large intestine is intubated.

Rezumat

Actuala invenție se atribuie proctologiei și poate fi aplicată cu succes în tratarea patologiei hemoroidale, trombozelor anale acute complicate cu hemoragie și sindrom algic.

Esența invenției constă în aceea că se efectuează incizia mucoasei în regiunea nodurilor hemoroidale și anume la ora 3,7 și 11 și se liguează nodulii la nivelul hilului vascular și se excizează, urmează hemostaza definitivă. Se prelucrează bonturile venoase, se suturează mucoasa intestinului cu suturi simple cu fire întrerupte apoi se liguează, urmează următoarea sutură, iar prin nodul ei se trec ațele primei suturi și se trage în direcție radială bontul venos suturat cu mucoasa intestinului, iar restul plăgilor se suturează cu fire întrerupte. Apoi după prelucrarea plăgilor se intubează bontul venos al intestinului gros.

Actualitatea temei

Conceptul clasic, care privește hemoroizii ca dilatații venoase patologice situate în canalul anal, este dificil de schimbat cu toate că există o mulțime de publicații care demonstrează că hemoroizii reprezintă structuri vasculare fiziologice prezente la nivelul canalului anal încă din perioada intrauterină. Circulația sistemică și cea portală asigură un drenaj venos al canalului anal. Vasele din submucoasă situate deasupra liniei pectinate constituie plexul hemoroidal intern din care sângele este drenat prin vasele rectale superioare în vena mezenterică inferioară și de aici în vena portă. Vasele situate dedesubtul liniei pectinate formează plexul hemoroidal extern din care sângele este drenat prin vasele rectale mijlocii în vena iliacă internă și prin venele rectale inferioare în venele rușinoase și de aici în vena iliacă internă. Studii anatomice au demonstrat că principalul drenaj este cel prin circulația sistemică, la acest nivel existând o importantă derivație porto-sistemică, ceea ce explică faptul că doar aproximativ 28% din pacienții cu ciroză decompensată vascular dezvoltă hemoroizi simptomatici. Aceste structuri vasculare reprezintă de fapt comunicări arterio-venoase ceea ce explică hemoragia cu sânge roșu rutilant de tip arterial caracteristică hemoroizilor simptomatici. La majoritatea pacienților cu boală hemoroidală se constată hipertonie sfincteriană cu un ritm de contracție diferit față de cel al subiecților simptomatici. Hipertonia sfincteriană contribuie la congestia venoasă și totodată expune pachetele hemoroidale la forțele mai mari de forfecare în cursul defecației. Studii manometrice și de ultrasonografie endorectală nu au demonstrat o diferență semnificativă între grosimea sfincterului intern la pacienții simptomatici față de grupul martor, de unde concluzia că presiunea

crescută din canalul anal la pacienții simptomatici este de origine vasculară. În prezent cota cazurilor cu boala hemoroidală a atins cifre enorme. În marea lor majoritate hemoroizii sunt asociați cu sindromul de hipertensiune portală, sarcină, cancer rectal, ereditatea, boli inflamatorii intestinale, absența valvelor la nivelul plexurilor hemoroidale.

Cu toate că rectoragiile sunt cauze frecvente ale afectării directe sau indirecte ale hemoroizilor, trebuie de făcut diagnosticul diferențial cu celelalte cauze ale hemoragiei anorectale, în special cele neoplazice și inflamatorii. Prezența durerii sugerează instalarea unei complicații cum ar fi tromboza hemoroidală internă, prolapsul hemoroidal strangulat sau coexistența unei alte patologii de genul fisură anală, abces perianal, fistulă perianală. Incidența reală a bolii nu este pe deplin cunoscută, pe de o parte din vina pacientului, care ignoră simptomele pentru o perioadă lungă de timp, dar și din vina medicului care atribuie cu ușurință hemoroizilor orice suferință din regiunea anorectală. Rata înaltă a complicațiilor, rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului atribuie un studiu mai profund în tratamentul rațional al hemoroizilor. De aceea, diagnosticul și managementul chirurgical al hemoroizilor rămâne una dintre cele mai actuale probleme. În multe publicații de specialitate s-au propus utilizarea în complex a metodelor de tratament care se completează reciproc. Deseori stenoza anală apare în 75% provocate de actul operator. Soarta acestor pacienți este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenție chirurgicală repetată, prezența de incontinență anală, recidivă anală. Implementarea noilor tehnologii chirurgicale, va asigura o rezolvare tot mai eficientă a complicațiilor imediat posibile sau tardive.

Scopul lucrării

Elaborarea unui management chirurgical rațional, perfecționarea strategiei de tratament cu scopul de a ameliora complicațiile postoperatorii precoce sau tardive.

Materiale și metode

În cadrul procesului de lucru am folosit diverse reviste de specialitate din țară și de peste hotare. Prin diverse metode, analiză, sinteză, statistică, au fost colectate și analizate informațiile utile.

Cercetarea prospectivă a fost efectuată în cadrul secției de Proctologie a Spitalului Clinic

Municipal „Sfânta Treime” pe parcursul perioadei 2004-2009. În studiu au fost incluși 1567 pacienți dintre care 31% bărbați și 69% femei cu vârsta medie medie 52,7ani la care s-au efectuat hemoroidectomii tip Milligan-Morgan cu unele modificări propuse de clinica noastră.

Tabelul 1

Repartizarea pe vîrstă și sex a hemoroidectomiilor efectuate

20-30ani	6%-bărbați	4%-femei
30-40ani	28%-bărbați	11%-femei
40-50ani	25%-bărbați	10%-femei
60-70ani	9%-bărbați	7%-femei

Evaluarea diagnostică s-a efectuat conform următorului plan:

- acuzele la internare;
- anamneza eredocolaterală;
- examenul obiectiv;
- status localis;
- examen de laborator.

Conform ultimelor recomandări, la toți pacienții a fost efectuată rectoromanoscopia, USG cavității abdominale cu scop de identificare a patologiilor asociate.

Principiul care stă la baza tratamentului chirurgical este de a diminua aportul de sânge arterial în hemoroizi, făcîndu-i astfel să dispară. Tratamentul chirurgical cu o reputație destul de

rea în trecut, pare să-și fi clarificat indicațiile, ncît astăzi este perfect codificat. Noua modificare a metodei Milligan Morgan de înlăturare a nodulilor hemoroidali, constă în efectuarea clisterelor evacuatorii în perioada preoperatorie,prelucrarea cîmpului operator cu soluții antiseptice, apoi se efectuează incizia mucoasei în regiunea nodulilor hemoroidali și anume la ora 3,7 și 11 și se ligaturează nodulii la nivelul la nivelul hilului vascular și se excizează,urmează hemostaza definitivă. Se prelucrează bonturile venoase, se suturează mucoasa intestinului cu suturi simple cu fire întrerupte apoi se ligaturează, urmează următoarea sutură, iar prin nodul ei se trec ațele primei suturi și se trage în direcție radială bontul venos suturat cu mucoasa intestinului, iar restul plăgilor se suturează cu fire întrerupte. Apoi după prelucrarea plăgilor se intubează bontul venos al intestinului gros.

Rezultate și discuții

Tratamentul bolii hemoroidale poate fi medical, chirurgical sau miniinvaziv. Selectarea metodei depinde în mod fundamental de stadiul evolutiv, simptomele dominante, prezența sau lipsa complicațiilor, patologia asociată, experiența, preferințele și posibilitățile chirurgului. Tratamentul curativ presupune atît eliminarea cauzelor, corectarea factorilor favorizanți cît și îndepărtarea pachetelor hemoroidale dilatate. Tratamentul medical reprezintă prima linie de abordare terapeutică și presupune măsuri igieno-dietetice, tratament simptomatic topic, tratament cu flebotonice. Tratamentul chirurgical este considerat cel mai radical și mai eficient din multitudinea de opțiuni terapeutice propuse. Cu toate acestea nu este lipsit de complicații, durere postoperatorie și incapacitatea temporară de lucru. Pentru a obține rezultate terapeutice optime este nevoie, pe lîngă o dotare operativă corespunzătoare, și de cunoștințe solide despre fiecare metodă în parte, pentru a alege pe cea mai potrivită, sau chiar de a le combina. Pentru o îmbunătățire de durată este necesară terapia cauzei. Secretul unui tratament rațional constă într-un diagnosticul cît mai timpuriu și un tratament cît mai eficient al bolii de bază,cît și a patologiilor asociate. Datorită modificărilor din cadrul operației Milligan-Morgan s-a observat atît o diminuare vădită a complicațiilor postoperatorii, cît și o reducere a duratei de spitalizare cu minimalizarea costului zi-pat.

Doar în 0,004% cazuri s-a înregistrat hemoragii postoperatorii, paraproctită numai la 6 pacienți.

A survenit un deces la o bolnavă 61 ani, internată cu diagnosticul de Tromboză anorectală strangulată necrozantă. Cardiopatie ischemică. Fibrilație atrială paroxistică.Obezitate grad III. După 5 zile de la operație a decedat din cauza Trombembolism pulmonar fulminant în pofida tuturor metodelor de prevenție.

Acestă tehnică prezintă interes mai ales în cazul în care există un prolaps hemoroidal strangulat cu pachete hemoroidale gangrenoase sau pe cale de necrozare sau în cazurile în care există suspiciunea că prin sutură s-ar produce o stenoză a canalului anal. Avantajul acestei metode se regăsește în scurtarea timpului intervenției chirurgicale.

Diversitatea clinică a suferinței date de hemoroizi arată că nu poate exista o metodă ideală de tratare.

Concluzii

În urma experienței acumulate de clinica noastră se pot trage următoarele concluzii:

1. Ultrasonografia cavității abdominale,rectoromanoscopia rămîn examene paraclinice obligatorii în cazul

depistării bolii hemoroidale.

2. În urma introducerii unor modificări în cadrul operației Milligan-Morgan a scăzut durata medie de spitalizare,de la 4zile la 3zile.

3. S-a observat și o scădere evidentă a complicațiilor postoperatorii precoce și tardive.

Recomandări utile în acest sens: Retenția acută de urină fiind una din complicațiile frecvente postoperatorii,precipitată de un șir de factori: hiperhidratarea parenterală perioperatorie, anestezia rahidiană, anticolinergicele, narcoticele, durerea anală postoperatorie,

ligatura înaltă a pediculului hemoroidal, meșajul intraanal, folosirea de fire de sutură de calibrul inadecvat, aplicarea de numeroase puncte de sutură, folosirea de pansamente voluminoase și compresive. Astfel, restricția de lichide postoperator, limitarea hidratării parenterale, utilizarea anesteziei locale și un tratament adecvat al durerii postoperatorii vor reduce semnificativ retenția de urină apărută postoperator.

Important este prevenirea constipației postoperatorii, prezentă relativ frecvent în cadrul intervențiilor ano-perianale. Aceasta trebuie să fie atât prevenită cât și corect tratată având în vedere formarea de fecaloame. În apariția acestei complicații sunt incriminate medicația analgezică, anestezicele, manipularea intraoperatorie brutală a țesuturilor dar și frica pacienților de defecația dureroasă. Inițierea tratamentului cu laxative ușoare chiar din ziua intervenției cu majorarea dozelor pînă la apariția scaunului este atitudinea de urmat cu rezultate bune în majoritatea cazurilor.

Deraparea ligaturii de pe pedicul poate fi ușor prevenită prin înlocuirea ligaturii simple cu ligatură-sutură. Majoritatea hemoragiilor pot fi prevenite prin meșaj compresiv sau tamponament prin balonașul sondei Foley.

Bibliografie

1. Nicolae Constantea-Proctologie –elemente de diagnostic și tratament Ed.Cluj-Napoca 2008 pag.79-111
2. Schwartz Principiile chirurgiei vol.2 Teora pag.1266-1381
3. Ion Gherman Patologia canalului anal și a regiunii perianale București 1994 pag.83-120
4. Jacobs LK The best operation for rectal prolapse Surg Clin North Am.1997 pag.77,49-70
5. Billigan RP The diagnosis and management of common anorectal disorders Cur ProblSurg2004 586-645
6. Дробрин И. Хирургия кишечника Будапест 1983 pag.486-502
7. Воробьева И.Основы колопроктологий Моск.2000 pag.78-99
8. Федорова В. Клиническая оперативная проктология Моск.1994 pag-328-335,382-386
9. Федорова В.Руководство по проктологии Москв.pag.9-202
10. Angelescu N.Tratat de patologie chirurgicală Bucur.2001 pag.1689-1729

TRATAMENTUL CHIRURGICAL CONTEMPORAN AL PANCREATITEI CRONICE ȘI COMPLICAȚIILOR EI

Anatol Cazac

LCȘ ”Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv” USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Current surgical treatment of chronic pancreatitis and its complications

Our study includes the results of surgical treatment of 387 patients divided into 2 groups: (I group 105 (27,00%) patients with chronic pancreatitis (PC), II group- 282(73,0%) patients with PC and complications, during the period 1990-2010 in Surgical Clinic N2. Operations of choice were following: I group- pancreatojejunostomosis (PJA)- 90(85,71%) cases; CDP - 1(0,33%) cases. II group-the complicated cases with pancreatic pseudocyst (PP) - cystpancreatojejunostomosis (CPJA) on the loop by Roux 174(61,7%), external drainage, ultrasound guided puncture of PP- 62(21,99%) cases. Thoracoscopic splanchnectomy-19(4,90%) cases (I gr. -14(13,33%) cases, gr. II-5(1,77%) cases). PC complicated cases by obstructive jaundice (30(7,73%) cases) - PJA with cholecysto-or-holedocho-jejunostomosis (CoCJA) on