

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL CONTEMPORAN AL PSEUDOCISTULUI PANCREATIC COMPLICAT

Anatol Cazac¹, Ecaterina Diaconu¹, Adrian Hotineanu², Vladimir Hotineanu¹

Laboratorul științific Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv ¹,
Catedra Chirurgie nr.2 USMF "Nicolae Testemițanu" ²

Summary

Diagnostic and contemporary treatment of the complicated pancreatic pseudocyst

This article is dedicated to the problem of the contemporary diagnostic methods and treatment of the complicated pancreatic pseudocyst.

The clinical study consisted of 52 patients admitted, monitored, diagnosed in the Surgical Clinic no. 2 Medical University "Nicolae Testemițanu" during the years 2006-2011.

Ecography, ERCP, CT and MRI in standard and dynamic mode proved to be princeps investigations in diagnostic imaging, determining tactics elective surgical treatment.

In 48 (92,40%) cases surgical approach was performed by median laparotomy. In 4 (7,60%) cases have resorted to methods mini invasive.

Rezumat

Acest articol este dedicat problemei de diagnostic și tratament contemporan al pseudochistului pancreatic complicat.

Studiul a fost alcătuit dintr-un număr de 52 de pacienți internați, diagnosticați și tratați în Clinica Chirurgie nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu” în perioada anilor 2006-2011.

Ecografia, ERCP, CT și IRM în regim standard și dinamic s-au dovedit a fi investigații princeps în diagnosticul imagistic, determinând tactica electivă chirurgicală de tratament. În 48 (92,40%) cazuri s-a îndeplinit abordul chirurgical prin laparotomie mediană. În 4 (7,60%) s-a recurs la metode miniinvasive.

Actualitatea

În ultimele decenii se atestă o creștere constantă a formelor grave, distructive de pancreatită acută, care în 11 - 22% dintre pacienți se soldează cu dezvoltarea pseudochisturilor pancreatice, periculoase prin dezvoltarea complicațiilor grave. Printre acestea pot fi enumerate: supurația, perforația în cavitatea peritoneală și în organele adiacente, icterul mecanic, obstrucția intestinală și hemoragia la nivelul tractului gastrointestinal, care se întâlnesc cu o frecvență de 20-50% cazuri, letalitatea ajungând la 40-60%.

În toate cazurile enumerate necesitînd, în cele din urmă, o intervenție chirurgicală electivă îndreptată fie spre pseudochist, fie spre complicații, care comparativ cu tratamentul planic este însoțit cu riscuri operaționale mai mari [1-20].

Scopul

Studierea structurii complicațiilor în pseudochisturi pancreatice și evaluarea posibilităților diferitelor metode de diagnostic și rezolvare în dependență de tipul lor și starea pseudochistului.

Material și metodă

Studiul a cuprins un lot de 52 de pacienți cu pseudochisturi pancreatice complicate, internați și tratați în perioada anilor 2006-2011 în Clinica Chirurgie nr.2 USMF "N. Testemițanu".

Diagnosticul pseudochistului pancreatic complicat s-a efectuat în baza datelor clinice, subiective și obiective, a datelor investigațiilor de laborator: hemoleucograma; sumarul urinei; amilaza urinară; testele biochimice, în special ce determină starea funcțională a pancreasului: amilaza, glicemia; bilirubina serică totală și fracțiile ei; ALAT – alaninaminotransferaza și ASAT – aspartataminotransferaza, a metodelor de investigații instrumentale noninvazive și miniinvazive contemporane evoluând de la cele mai simple spre cele complicate: USG - ultrasonografia, ERCP – colangiopancreatografia retrogradă endoscopică, CT – tomografia computerizată, IRM – imagistica prin rezonanță magnetică.

Repartizarea după sex a demonstrat predominanța genului masculin – 40 (77 %) pacienți, față de genul feminin – 12 (23%). Vârsta pacienților a variat între 27 – 78 ani cu predominarea patologiei în lotul de vârstă cuprins între 30-70 ani.

Din numărul total de pacienți, 39 (75%) erau activ social.

Rezultate și discuții

Tabloul clinic, deși puțin specific, era dominat de simptomul cardinal-durerea abdominală. Ea a fost prezentă la toți pacienții incluși în grupul de studiu, caracteristică pentru proveniența pancreatică. Sediul durerii a fost în epigastru, hipocondrul stîng și în hipocondrul drept, cu iradiere în bară. Caracterul durerii a fost de lungă durată, rezistentă chiar și la antalgice majore, exacerbate de alimente și necesitînd frecvent poziția antalgică, prezentă la 27 pacienți (51,92%). Icterul tegumentelor și al mucoaselor vizibile, apărut după o criză dureroasă se datora colestazei, ca rezultat al compresiunii exercitate de formațiunea de volum pe calea biliară principală, la internare s-a atestat la 22 (42,30%) pacienți.

În 25 (48,07%) cazuri s-a stabilit febră la internare. Febra care era însoțită de tahicardie, tahipnee, transpirații și alterarea stării generale a atras atenția asupra survenirii în evoluție a unei infecții secundare.

În timpul examenului fizic s-a apreciat scăderea ponderală în 22 (42,30%) cazuri.

La majoritatea pacienților erau vizibile semnele dispeptice gastrointestinale, manifestate prin: inapetență, eructații, balonări, flatulență, grețuri, vărsături, tulburări de tranzit, datorită compresiunii exercitate pe tubul digestiv de către pseudochistul pancreatic și insuficiența exocrină a pancreasului în 33 (63,46%) cazuri. Slăbiciunea generală s-a determinat la 24 (46,15%) pacienți.

Am constatat în 14 (26,92%) cazuri prezența pruritului cutanat. În observațiile noastre, urina hipercromă a fost estimată în 25 (48,02%) cazuri, iar prezența scaunelor acolice la 24 (46,15%) bolnavi (**Tabelul 1**).

Tabelul 1

Manifestări clinice ale pseudochistului pancreatic complicat

| Manifestări clinice | Abs. | % |
|---|------|-------|
| Dureri abdominale-epigastru/hipocondrul stîng | 52 | 100 |
| Prezența formațiunii tumorale de volum | 23 | 44,23 |
| Slăbiciuni generale | 24 | 46,15 |
| Semne dispeptice | 33 | 63,46 |
| Scădere ponderală | 22 | 42,30 |
| Febră, frison | 25 | 48,07 |
| Prurit cutanat | 14 | 26,92 |
| Urinări hipercrome | 25 | 48,02 |
| Scaun acolic | 24 | 46,15 |
| Icter | 22 | 42,30 |

Investigațiile de laborator au evidențiat următoarele modificări biochimice (**Tabelul 2**):

Variațiile constantelor de laborator

| Schimbări patologice determinate | Numărul de cazuri | |
|--|-------------------|-------|
| | Abs. | % |
| Leucocitoza (15 - 25x10 ⁹ /l) | 27 | 51,92 |
| Deviere spre stînga în formula leucocitară | 23 | 44,23 |
| VSH > 15 mm/ora | 44 | 85,12 |
| Bilirubinemie > 20,0 mmol/l | 22 | 42,30 |
| Hipoprotrombinemie < 80 % | 5 | 9,61 |
| Hipoproteinemie < 60 g/l | 34 | 65,38 |
| ALAT > 0,7 mmol/ora, ASAT > 0,5 mmol/ora | 25 | 48,07 |
| Hiperglicemie | 9 | 17,36 |
| Hiperamilazemie | 11 | 21,15 |
| Hiperlipazemie | 5 | 9,61 |
| Hiperamilazurie | 10 | 19,23 |
| Steatozee | 4 | 7,69 |
| Creatoree | 5 | 9,61 |

Pentru determinarea etiologiei pseudochistului pancreatic complicat și pentru definirea unei tactici curative corecte, s-a recurs la un complex de metode diagnostice imagistice.

Orientarea către metodele imagistice a fost: spre neinvaziv, ușor repetitive, ieftin și cu valoare informațională maximă.

Ecografia cavității abdominale este prima investigație avută în vedere atunci cînd am suspectat o patologie pancreatică complicată. A fost efectuată la 52 (100%) pacienți.

Localizarea pseudochistului pancreatic în regiunea cefalopancreatică a fost marcată la 30 (57,69%) pacienți, în regiunea corpului pancreatic la 18 (34,61%) și în regiunea cozii pancreasului la 4 (7,69%) (Fig.1, 2, 3).



Fig.1 Pseudochist cefalopancreatic



Fig.2 Pseudochist al corpului pancreatic



Fig.3 Pseudochist pancreatic caudal

Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă este una din metodele efective și absolut necesare pentru determinarea comunicării preoperatorii a pseudochistului pancreatic cu canalul Wirsung, a cauzei obstrucției ductului Wirsung și a căii biliare principale la pacienții cu icter mecanic, reprezentînd și varianta miniinvazivă de decompresie a acestora prin plasarea unui stent în coledoc. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă a fost efectuată preoperator la 25 (48,07%) de pacienți. Semnele radiologice “minore” au fost prezente în 6 (11,54%) cazuri, incluzînd și modificări minime cu dilatarea ne semnificativă a diametrului ductului pancreatic, deformarea lui, creșterea timpului de eliminare a substanței de contrast din ductul Wirsung, stricturi relative a porțiunii distale a ductului Wirsung. Semnele “majore” au fost prezente la 19 (36,53%) pacienți – 13 (24,99%) au prezentat comunicări ducto-chistice, 2 (3,85%) pacienți au prezentat canale pancreatice dilatate, cu zone de stenoză alternînd cu zone dilatate, fără precizarea însă a existenței unei comunicări ducto-chistice și 4 (7,69%) pacienți au evidențiat opacifierea coledocului (Fig.4).

Computer tomografia - metoda neinvazivă de diagnostic cu o valoare mai înaltă de apreciere topică și diferențială comparativ cu ecografia. Din acest motiv CT s-a efectuat la 44 (84,61%) și a permis stabilirea cât mai exactă a suspiciunii prezenței complicațiilor, cât și a localizării pseudochistului pancreatic (Fig.5). În 24 (55%) cazuri s-a ridicat suspiciunea de complicație referitor la conținutul pseudochistului pancreatic.

Rezonanța magnetică s-a efectuat la 35 (67,30%) pacienți. IRM a oferit informații mai prețioase decât CT și ecografia, privind localizarea procesului patologic, comunicarea pseudochistului pancreatic cu ductul Wirsung (Fig.6) și evidențierea complicațiilor (supurație, ruptură). Pseudochisturile pancreatice comunicante cu ductul Wirsung au fost evidențiate în 12 (34%) cazuri.



Fig.4 Pseudochist comunicant cu ductul Wirsung

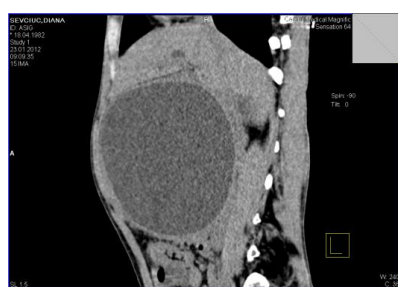


Fig. 5 Pseudochist pancreatic gigant

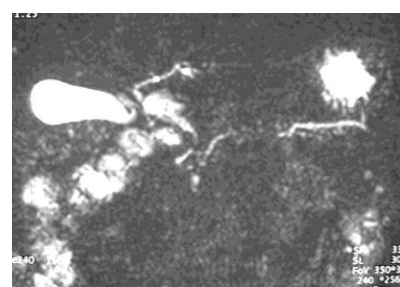


Fig.6 Comunicarea ductochistica la RMN

Tratamentul chirurgical

Indicația operatorie principală în toate cele 52 cazuri a fost reprezentată de prezența unui pseudochist pancreatic evolutiv complicat.

Localizarea pseudochistului pancreatic în regiunea cefalopancreatică a servit ca indicație operatorie la 30 (57,69%) pacienți, în regiunea corpului pancreatic la 18 (34,61%) și în regiunea cozii pancreasului la 4 (7,69%). Pseudochistul cefalopancreatic cu hipertensiune wirsungiană și colestază prin comprimarea căii biliare principale în segmentul intramural a servit ca indicație pentru intervenție chirurgicală la 22 (42%) pacienți. Supurația pseudochistului pancreatic a servit ca argument pentru intervenția chirurgicală la 22 (42%) pacienți. Compresiunea pseudochistului pancreatic asupra duodenului cu apariția fenomenelor de compresiune duodenală a reprezentat indicație chirurgicală în 3 (6%) cazuri. Eruperea pseudochistului în cavitatea peritoneală, a necesitat intervenție la 2 (4%) pacienți, fistulizarea la 3 (6%) pacienți. În 48 (92,30%) cazuri s-a îndeplinit abordul chirurgical prin laparotomie mediană. Această cale de abord a permis accesul la structurile pancreatice și hepatice și la alte organe intraabdominale cu patologie asociată, pentru a efectua o inspecție minuțioasă intraoperatorie, precum și o asanare adecvată a cavității abdominale. În 4 (7,70%) cazuri s-a recurs la metode miniinvazive (Tabelul 3).

Tabelul 3

Tipul intervențiilor chirurgicale efectuate în pseudochistul pancreatic complicat

| Procedee chirurgicale | Nr.abs | % |
|--|--------|-------|
| CPJA+colecistojejunoanastomoza cu ansa Roux | 7 | 13,46 |
| CPJA pe ansa Roux | 16 | 30,75 |
| CPJA+coledocojejunoanastomoza pe ansa spiculată Roux | 5 | 9,61 |
| Drenarea externă a PP cu laparotomie | 18 | 34,61 |
| Puncție și drenare Eco-ghidată percutanată | 4 | 7,70 |
| DPC | 2 | 3,87 |
| Total | 52 | 100 |

Notă: CPJA- chistpancreatojejunoanastomoză, DPC- duodenpancreatectomie cefalică.

La 7 (13,46%) pacienți cu pseudochist pancreatic complicat cu icter mecanic, prin comprimarea căii biliare în segmentul intramural, s-a aplicat CPJA+colecistojunoanastomoza cu ansa Roux și la 5 (9,61%) pacienți s-a aplicat CPJA+coledocojunoanastomoza pe ansa spiculată Roux (Fig.7).

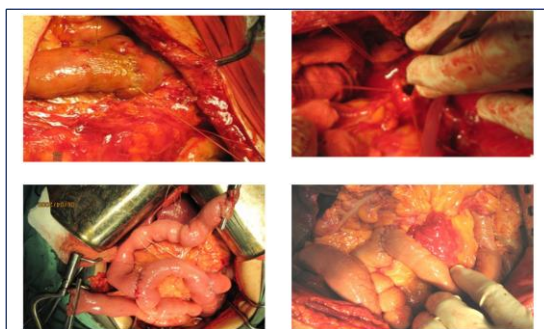


Fig.7 Imagini intraoperatorii CPJA+ coledocojunoanastomoza pe ansa Roux

La 16 (30,75%) pacienți cu pseudochist pancreatic comunicant cu ductul Wirsung asociat cu compresiunea duodenului de către capul pancreasului mărit în dimensiuni s-a efectuat chistopancreato-jejuno-anastomoza cu ansa Roux (Fig.8).

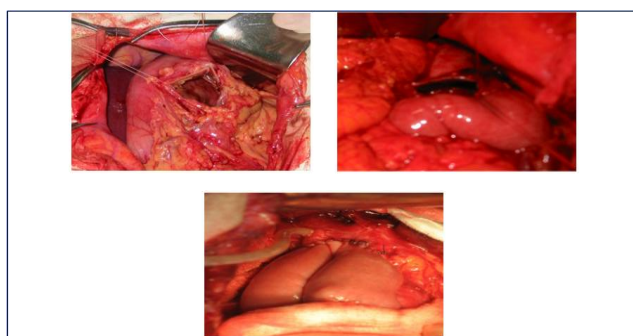


Fig.8 Imagini intraoperatorii chistopancreatojejuno-anastomoză cu ansa Roux

La 18 (34,61%) pacienți cu PP complicat cu supurație s-a efectuat drenarea externă a pseudochistului pancreatic prin laparotomie (Fig.9).

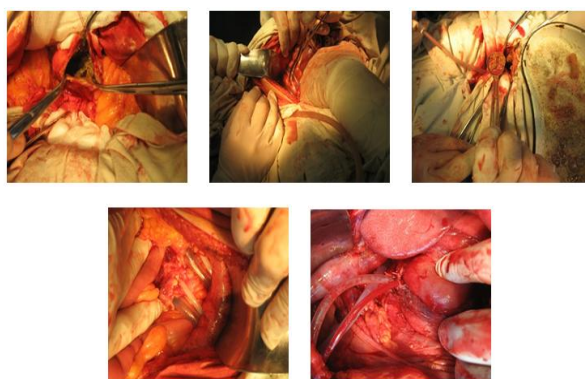


Fig.9 Etapele de drenare externă a pseudochistului pancreatic prin laparotomie

La 4 (7,70%) pacienți cu pseudochist pancreatic voluminos cu iminență de ruptură s-a efectuat puncția aspirativă transcutanată Eco-ghidată.

În 2 (3,87%) cazuri cu suspexie la chistadenocarcinom pancreatic s-a efectuat duodenpancreatectomie cefalică.

Tratamentul medical postoperator al pacienților cu pseudochist pancreatic a avut drept scop corecția hidro-electrolitică și acido-bazică, corecția funcției pancreatice și altor organe, corecția metabolismului energetic, antibioterapia profilactică sau terapeutică, terapia anticoagulantă și reologică, profilaxia pancreatitei acute postoperatorii.

S-a semnalat un singur (1,92%) deces postoperator la o persoana pluritarată, cu pancreatită cronică, pseudochist pancreatic gigant corporo-caudal complicat cu erupere în cavitatea peritoneală, ciroză hepatică decompensată, ascită, peritonită difuză.

Discuții

Rata complicațiilor precoce a reprezentat 8 (15,38%) pacienți din lotul de studiu, comparativ cu o rată a complicațiilor recunoscută internațional de 12-23%.

Concluzii

1. Pseudochistul pancreatic complicat apare cel mai frecvent după un puseu de pancreatită acută, sau acutizarea pancreatitei cronice.
2. Ecografia, ERCP, CT și IRM în regim standard și dinamic vor fi considerate investigații princeps în diagnosticul imagistic și vor determina tactica electivă chirurgicală de tratament.
3. În cazul pseudochistului pancreatic complicat, mai ales pentru cel infectat metoda de tratament chirurgical este drenarea externă, iar pentru acumulările acute de fluid, fiind necesar și un diagnostic diferențial, ca metodă de elecție este puncția aspirativă, cu rol diagnostic și curativ.
4. În cazurile când tabloul clinic este exprimat prin icter tranzitoriu, fără lezarea gravă a funcției hepatice, e logică aplicarea unui tratament medicamentos de corecție și realizarea imediată a intervenției chirurgicale. În celelalte cazuri de icter mecanic atitudinea chirurgicală aplicată este în 2 etape:
 - I etapă – tratamentul icterului și infecției biliare cu ajutorul tehnologiilor miniinvazive;
 - II etapă -asigurarea unui drenaj optimal al bilei și sucului pancreatic în intestin prin intermediul unei coledoco-jejunostomii, și pancreato (chistpancreato)-jejunostomii pe ansa bispiculată a la Roux care asigură o decompresie adecvată a sistemului ductal pancreatic și a arborelui biliar.

Bibliografie

1. Ahaladze, G.G., Kuzovlev. - Clinical stages of acute purulent cholangitis. *Annals of Surgical Hepatology*, 2008, 2:103.
2. Angelescu N., *Tratat de patologie chirurgicala-VolIII.*, Ed. Medicala Bucuresti 2003.2013.
3. Aranha GV, Waz LW, Houghton SG. Drainage of pancreatic pseudocysts. In Clavien PA, Sarr MG, Fong Y eds. *Atlas of upper gastrointestinal and hepato-pancreato-biliary surgery*. Berlin, Springer-Verlag, 2007.
4. Baillie J, Pancreatic pseudocysts (part I), *Gastrointestinal endoscopy*, 2004, 59(7):873-878.
5. Beger H. G., Matsuno S., Cameron J. L. et al. *Diseases of the Pancreas// Current Surg. Ther.* 2008.
6. Bondarev, V.I., Ablitsov, N.P. - Surgical tactics in obstructive jaundice complicated with cholangitis at persons of elderly and senile age. *Annals of Surgical Hepatology*, 2008, 3:38.
7. Diaconescu, M.R., Vexler, R., Costea, I., Simon, I., Iacomi, S./Colectii lichidiene pancreatice si extrapancreatice succedând pancreatitei acute/. *Chirurgia*, 2006,45:239.

8. Hagopian E.J., Teixeira J.A., Smith M., Steichen F.M., -Pancreatic pseudocyst treated by laparoscopic Roux-en-Y cystojejunostomy. Report of case and review of the literature. *Surg. Endosc.*, 2005, 14:967.
9. Hotineanu V., Cazac A.V., Coretcaia V., Marga S., Cotonet A., Pripa V. Operatiile de drenaj intern în tratamentul litiazei pancreatice. *Anale Stiintifice ale U.S.M.F. "Nicolae Testemitanu"*, Chisinau, Moldova, 2003, vol. IV, p.8-13.
10. Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A. Icterul mecanic în pancreatita cronică. *Materialele Congresului al XI-lea al Asociației Chirurgilor "Nicolae Anestiadi" din Republica Moldova*, 2011.
11. Hotineanu V., Surgical management in chronic pancreatitis and its complications. *Materialele Congresului National de Chirurgie, Editia XXV-a, Cluj-Napoca, Romania*, 2010.
12. Louis R Lambiase, *Pancreatic Pseudocyst*, <http://emedicine.medscape.com/article/184237-overview>, 2008.
13. Lutfi R, Jyot B, Rossi M, Jefferson E, Salti G. Hand-Sewn Cystogastrostomy Using the Novel Single-Incision Laparoscopy with Flexible-Tip Laparoscope. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010; 20(9): 761-766.
14. Neamțu Carmen, Teză de doctorat, Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas, Chișinău 2006.
15. Vaziri K, Brody F. Endoscopic and Laparoscopic Management of Pseudocysts and Pancreatitis In Soper NJ, Swanstrom LL, Eubanks WS, Leonard ME. Eds. *Mastery of Endoscopic and Laparoscopic Surgery: Indications and Techniques*, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins 2009.
16. Warshaw, I., Castillo, W., Rattver, d.w. - Pancreatic Cysts, Pseudocysts and Fistulas. In "Maingot's Abdominal Operations", 10th Edition, vol. 2, sub redactia lui Zinner M.J., Schwartz S.I., Ellis H. Prentice All International Inc. (USA), 2000, pag. 1917-1938.
17. Васильев А.А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хирургическому лечению / А.А. Васильев // Університетська клініка. 2007. Т. 3, № 1. – С. 9-12.
18. Гадзюк П.В. Хирургическая малоинвазивная технология лечения осложнений псевдокист поджелудочной железы / П.В. Гадзюк // Харківська хірургічна школа 2009. – № 3.1 (35). – С. 25-27.
19. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит. / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008.-390 с.
20. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит. / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. –390 с.

REZECȚIA LAPARASCOPICĂ A COLONULUI SIGMOID ÎN COLOSTAZA CRONICĂ DECOMPENSATĂ

**Adrian Hotineanu, Vladimir Hotineanu, Valentin Bendelic, Ion Cucu,
Toader Timiș, Lucian Palii**

Catedra 2 Chirurgie, USMF Nicolae Testemitanu

Summary

Laparoscopic resection of the sigmoid colon in chronic decompensate colostasis

This study is analyzing the results of surgical treatment of 117 patients with dolicosigma complicated by decompensated chronic colostasis. The group of patients undergoing miniinvasive intervention (21 individuals) was compared with patients undergoing traditional operation in terms of - outcome and postoperative recovery.