

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, Ediatia 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.

Rezumat

În acest studiu s-a preconizat analiza rezultatelor de tratament chirurgical a 117 pacienți cu dolicosigmă complicată cu colostază cronică decompensată. Lotul de studiu supus intervenției miniinvazive (21 persoane) a fost comparat la capitolul – rezultat și recuperarea postoperatorie cu pacienții supuși intervenției tradiționale.

Întroducere

Colostaza cronică decompensată la pacienții cu dolicosigmă crează suferințe majore și discomfort permanent. Constipațiile, distensia și durerea abdominală de regulă la acești bolnavi nu pot fi corejate conservator, plasând în așa mod pe prim plan tratamentul chirurgical cu aplicarea unei rezecții de colonul sigmoid. Tradițional aceste intervenții se realizau printr-o laparotomie cu un traumatism exigent și dezavantaj estetic semnificativ, dar în ultimul timp chirurgia miniminvazivă devine preferabilă în acest domeniu.

Tehnicele laparoscopice – reprezintă un pas revoluționar în dezvoltarea chirurgiei contemporane. Aceasta direcție nouă cucerește tot mai important teren în practica de toate zilele. Acumularea experienței și perfectarea tehnicilor chirurgiei abdominale a permis de a introduce această metodă și în așa domeniu complicat ca chirurgia colorectală.

Intervențiile laparoscopice referite intestinului gros, indiferit de tipul lor, au un șir de principii și particularități, determinate în primul rând de necesitatea manipulării concomitente în diverse zone ale cavității peritoneale, înlăturarea unei piese operatorii de mari proporții, de regulă în montarea unei anastomoze interintestinale și de asemenea în prezența unei suprafețe traumatice extinse.

În literatura contemporană se întâlnesc concomitent așa termeni ca - „laparoscopic procedure” și „laparoscopic assisted procedure” (1,3,6). În primul caz intervenția este realizată totalmente laparoscopic, pe când prin metoda „assisted” se recurge la o microlaparotomie pentru rezecție sectorială de intestin și aplicarea anastomozei. Din motive tehnice în clinica noastră se practică de regulă metoda combinată când după o mobilizare laparoscopică a colonului sigmoid se recurge la o laparotomie prin care se extrage piesa operatorie, se rezectează aceasta și apoi se aplică comunicarea interintestinală.

Scopul

Analiza comparativă a rezultatelor intervențiilor chirurgicale clasice versus celor miniminvazive, aplicate la pacienții cu colostaza cronică pe fondal de dolicosigmă.

Material și metode

În perioada anilor 2000-2011 în clinica 2 chirurgie au fost internați și tratați chirurgical 117 pacienți cu dolicosigme. Raportul dintre bărbați și femei a fost de 1:6 (fig1), iar vârsta medie a pacienților a constituit 43 ani. Metoda clasică de rezecție a colonului sigmoid s-a aplicat în 96 (82,1%) cazuri, pe când rezecția laparoscopică s-a realizat în 21 cazuri (17,9%).

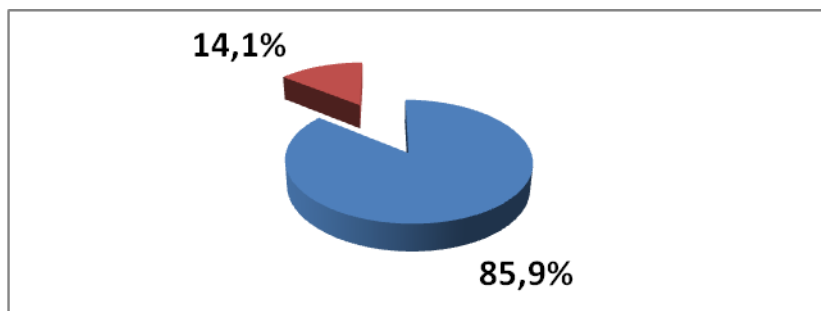


Fig.1. Raport femei/ bărbați

Problema colostazei cronice decompensată este dramatică prin acel fapt că majoritatea pacienților sunt tineri, social și profesional activi (Fig.2). Incapacitatea de muncă a acestora și determină o tactică mai insistentă – chirurgicală, ca ultima șansă de recuperare adecvată.

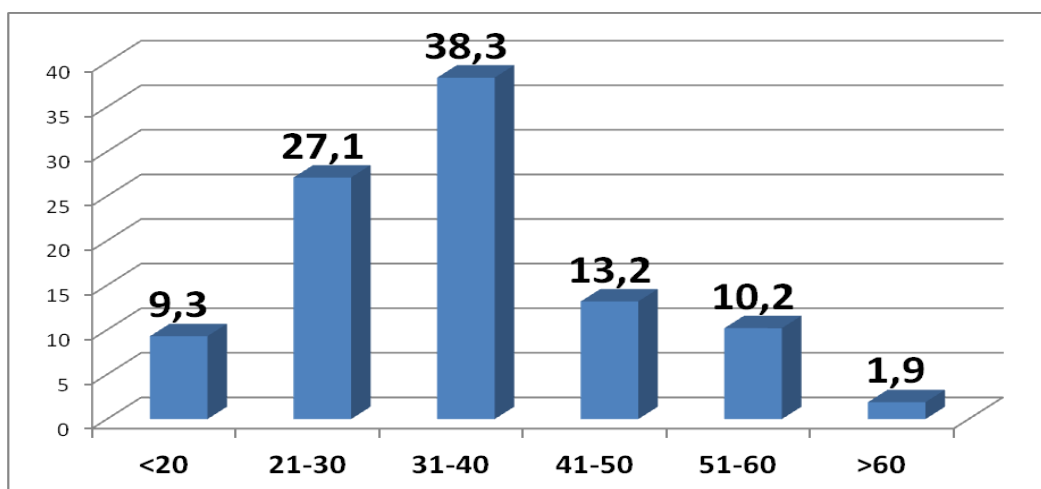


Fig.2 Repartiția de vîrstă a pacienților

Programul de investigare a pacienților ambilor loturi a prevăzut : examen clinic, examen de laborator, examen instrumental. La examenul clinic s-a axat atenția către semnele clinice, durata manifestării acestora, eficacitatea tratamentelor aplicate. Prezența constipației severe, destensiei abdominale, durerii și ineficiența gestului terapeutic au contribuit la revizuirea tacticii curative ulterioare.

Determinatoriu în plan diagnostic reprezintă metodele instrumentale și în prim plan metodele radiologice. Irigografia ne oferă un tablou radiologic complex ce de regulă este suficient pentru a stabili cauza suferinței acestor pacienți. Alungirea colonului sigmoid, ansa dublă, torsia sunt semne caracteristice a maladiei, ce în ansamblu cu tabloul clinic pot determina tactica curativă , și anume gestul chirurgical. Această metodă de diagnostic a fost aplicată la toți 117 pacienți (Fig.3,4). În 89,2% cazuri s-a stabilit o alungire semnificativă a colonului sigmoid, în 4,8% o dolicosigmă în formă ansă dublă, la 3,4% în formă de „ W ”, în 1,9% semne de torsie.



Fig.3,4. Irigografie. Dolicosigmă.

În mare măsură tabloul radiologic permite de a aprecia tipul și volumul intervenției chirurgicale preconizate.

Obligatoriu sunt incluse în programul de examinare și metodele endoscopice: rectoromanoscopia, sigmoidoscopia cu optica flexibilă, fibrocolonoscopie. Prezența procesului inflamator la nivelul mucoasei, prezența patologiilor concomitente vor fi luate în considerație iar

gestul chirurgical va putea fi realizat după o cură conservatorie antiinflamatorie. Preoperator în 34% cazuri s-a recurs la o sanare locală cu microclisme curative ce a permis evitarea unor complicații postoperatorii severe.

Studiul histomorfologic s-a realizat postoperator, analizei s-a supus piesa - porțiune de colon rezectat. S-a practicat imprignarea cu AgNO₃ și colorare cu Hematoxin Eozină. S-a constatat că sistemul neuronal intrinsec, plexurile Auerbach și Meisner nu au fost afectate semnificativ (Fig.5). La nivelul mucoasei sunt caracteristice semne de inflamație cronică, cu o infiltrare leucocitară.

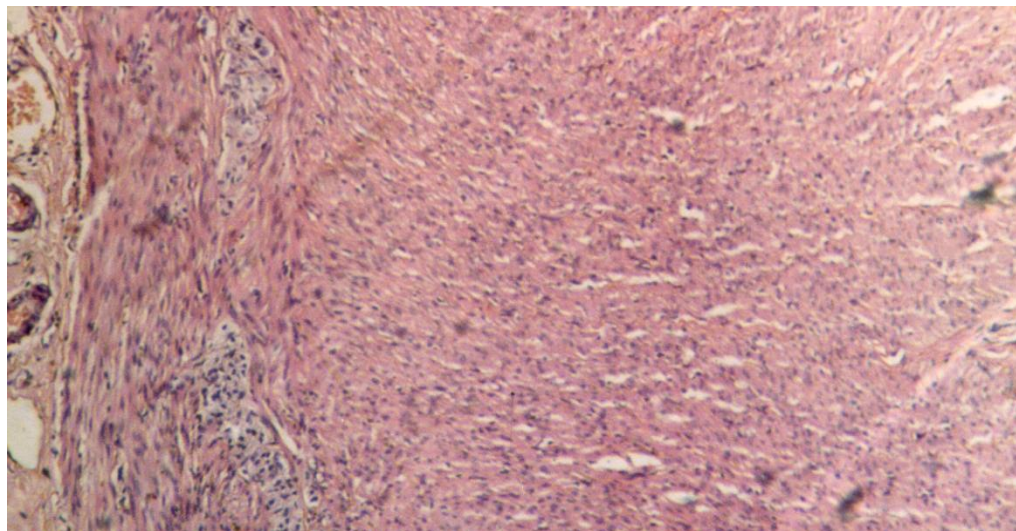


Fig. 5. Piesa morfologică. Sistem neuronal intrinsec păstrat.

Deoarece în studiu au intrat numai pacienții cu o colostaza cronică, forma decompensată, bineînțeles toți au fost supuși tratamentului chirurgical. În dependență de tipul intervenției s-au stabilit două loturi. Primul lot (85,4%) lău constituit bolnavii operați în mod tradițional. Lotul 2 lău constituit 21(14,6%) pacienți ce au fost supuși intervenției laparoscopice asistate. În ultimii 2 ani majoritatea din acești bolnavilor au beneficiat doar de gestul chirurgical mininvaziv ce asigură traumatism redus, cu avantaje certe estetice și recuperative. Intervenția chirurgicală în toate cazurile a prevăzut rezecția de colon sigmoid cu aplicarea unei anastomoze terminoterminală (de regulă). În lotul I - 67 de pacienți au suportat rezecția cu descendsigmoanastomoze, în 26 cazuri sau aplicat sigmosigmo anastomoze și în 3 cazuri sigmorectoanastomoze. În lotul II deasemenea au prevalat descendsigmoanastomoze, montate extraperitoneal, ce au constituit 16 cazuri și în 5 cazuri au fost instalate sigmosigmo anastomoze.

Rezultate

Analizând evoluția postoperatorie a pacienților supuși tratamentului chirurgical laparoscopic asistat observăm clar o recuperare rapidă a acestora. E de menționat deasemenea că intensitatea sindromului algic postoperator e minimă și ușor corejabilă. În acest lot numai 2 pacienți au avut necesitatea în administrarea opeantelor pe o durată mai mare de 24 de ore, pe când în lotul martor acest suport farmaceutic a fost aplicat aproximativ 2,4 zile. Peristaltismul intestinal la pacienții supuși gestului chirurgical mininvaziv se aprecează deja la a 2-3 zi, în lotul martor la 4-5 zi. Un avantaj semnificativ desigur la constituit aspectul estetic (Fig.6) - cicatricele postoperatorie de proporții neînsemnate și localizarea acestora aduc deranjamente minime, asigurând în așa mod o recuperare rapidă.

Printre complicații postoperatorii pe prim totuși sunt plasate supurația plăgii postoperatorii. Lot 1 acest indice la constituit 7,8%, pe când în lotul de studiu supurarea sa înregistrat întrun caz. În total complicațiile postoperatorii au constituit 17,3% - lotul martor și doar 9,2% lotul pacienților operați laparoscopic.



Fig. 6. Cicatricea postoperatorie la pacienta supusă gestului chirurgical mininvaziv.

Concluzii

1. Pacienții cu dolicosigmă complicată cu colostază cronică decompensată, rezistenți tratamentului conservativ vor necesita gest chirurgical - rezecția colonului sigmoid.
2. Traumatismul minim, recuperarea rapidă avantajează semnificativ tehnica chirurgicală miniinvazivă asistată. Complicațiile postoperatorii la pacienții operați laparoscopic au constituit doar 9,2%, versus 17,3% înregistrate la pacienți operați clasic.

Bibliografie

1. Hsiao K.C., Jao S.W., Wu C.C et al. Hand-assisted laparoscopic total colectomy for slow transit constipation. *Int J Colorectal Dis* 2008, 2, 1251 – 1256.
2. Hotineanu A., Cucu I., Timiș T., Păii L., Hotineanu V., Bendelic V. Tratamentul chirurgical miniinvaziv în colostaza cronică decompensată pe fondal de dolicosigmă. *Congresul național de Chirurgie, 2012, 23-26 mai Timișoara, România, p.115-116.*
3. Hotineanu V., Hotineanu A., Bendelic V., Timiș T., Păii L. Tratamentul chirurgical la pacienți cu colostază cronică. În: *Conferința națională de chirurgie, Sibiu, România, 2011, p.s28.*
4. Kassier H., Hohenberger W. Laparoscopic total colectomy for slowtransit constipation. *Sis Colon Rectum* 2005, 48, 4, 860 – 861.
5. Kleine U, Kraas E. Indications for laparoscopic surgery of the large intestine. *Zentrabl Chir* 1995. 120. 5. 400 – 404.
6. Pinendo G., Zarate A.J., Garcia E. Et al. Laparoscopic total colectomy for colonic inertia surgical and functional results. *Surg. Endosc.*, 2009. 23. 1. 62 -65.
7. Preston D.M., Hawley P.R., Lennard-Jones J.E., Todd I.P. Results of colectomy for severe idiopathic constipation in women. *Br.J.Surg.* 1984; 71; 547 -552.
8. Яремчук А.Я., Радильский С.Е., Топчий Т.В., Морозова Н.Л. Хронический колостаз – особенности клиники и диагностики. *Вестн. Хир.* 1990. 7. 113 -115.