

Rezultatele clinice precoce ale hemoroidectomiei urgente cu plastia mucoasei anale în tromboza hemoroizilor prolabați

Gh. Cristalov, V. Culiuc*, E. Guțu

Department of General Surgery-Semiology, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37322275455. E-mail: vasculsurg@yahoo.com
Manuscript received March 23, 2011; revised June 04, 2011

Early Clinical Results of the Emergent Hemorrhoidectomy with Anoplasty for Prolapsed Thrombosed Hemorrhoids

The aim of the current study was to analyze the clinical efficacy and safety of emergent closed hemorrhoidectomy with implantation of vascular pedicles and primary plasty of anal mucosa and anoderm in patients with prolapsed thrombosed hemorrhoids. Seventy-one patients who underwent surgical intervention within 24 hours of admission were enrolled in the study. Clinical evolution and postoperative complications were assessed during one month after hemorrhoidectomy. Mean age of the patients was 42.48 ± 0.89 years. The mean time between onset of thrombosis and hospital admission was 85.48 ± 5.18 hours. Duration of hospitalization was 5.21 ± 0.18 days. Urinary retention (11.26%) was the most common postoperative complication. Primary bleeding after surgery occurred in 2 (2.81%) cases, both of which were controlled conservatively. Two patients experienced non-specific transient complications. Symptomatic anal stenosis developed in 5 (7.04%) patients, but no one needed further surgical intervention. We conclude that emergent closed hemorrhoidectomy is efficient and safe, and in absence of contraindications can be widely used in the treatment of patients with an acute thrombosis of hemorrhoids. Implantation of vascular pedicles after hemorrhoidectomy allows for decreasing of mucosal injury and bleeding rates in early postoperative period.

Key words: acute hemorrhoidal thrombosis, emergent closed hemorrhoidectomy.

Ранние результаты срочной геморроидэктомии с анопластикой при остром тромбозе геморроидальных узлов

Целью настоящего исследования являлся анализ клинической эффективности и безопасности закрытой геморроидэктомии с первичной пластикой анальной слизистой и имплантацией сосудистых ножек у больных с острым тромбозом выпавших геморроидальных узлов. В исследование было включено 71 пациент, перенесшие хирургическое вмешательство в первые 24 часа после госпитализации. Динамика клинических проявлений и послеоперационные осложнения были оценены в течение одного месяца после геморроидэктомии. Средний возраст пациентов был $42,48 \pm 0,89$ года. Продолжительность периода между появлением первых симптомов тромбоза и госпитализацией составила в среднем $85,48 \pm 5,18$ часа, а длительность госпитализации – $21 \pm 0,18$ дней. Наиболее частым послеоперационным осложнением являлась острая задержка мочи – 11,26%. Первичное кровотечение после операции зарегистрировали в 2 (2,81%) случаях, в обоих гемостаз был достигнут консервативными средствами. У двух пациентов наблюдались неспецифические осложнения временного характера. Симптоматическая анальная стриктура развилась у 5 (7,04%) пациентов, ни в одном случае не потребовавшая хирургической коррекции. Таким образом, срочная закрытая геморроидэктомия является эффективной и безопасной, и в отсутствие противопоказаний к оперативному лечению может широко использоваться в лечении больных с острым тромбозом геморроидальных узлов. Имплантация сосудистых ножек после геморроидэктомии способствует снижению частоты микротравматизаций слизистой и кровотечений в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: острый тромбоз геморроидальных узлов, срочная закрытая геморроидэктомия.

Introducere

Prolabarea hemoroizilor interni cu evoluție consecutivă spre tromboză reprezintă o complicație recunoscută a bolii hemoroidale, asociată cu un sindrom algic de intensitate sporită, deseori extrem de chinuitor pentru pacienți. Mai mult ca atât, gangrena sau ulcerarea mucoasei anale, deși nu sunt obișnuite, reprezintă condițiile clinice ce pot surveni oricând în decursul procesului patologic [1]. Din aceste considerente, tromboza hemoroidală acută (THA) necesită tratament de urgență [1, 2]. Diverse metode de tratament au fost descrise până acum: de la cel medicamentos până la excizia limitată sau chiar una radicală a întregului țesut hemoroidal prolabat. Managementul optimal rămâne însă controversat. Tratamentul conservator tradițional, care include repausul la pat, dieta orientată spre lichefierea scaunului, analgezia, antibioticoterapia, utilizarea remediilor sedative și aplicarea locală a unguentelor antiseptice, a reprezentat timp îndelungat prima și, deseori, unica opțiune terapeutică indicată în

episodul de THA [1, 3, 4]. Deși managementul non-operator conduce spre diminuarea simptomatologiei în majoritatea cazurilor, regresia semnelor locale se produce într-o perioadă îndelungată, care se poate extinde de la câteva zile la câteva săptămâni. Totodată, tratamentul conservator nu poate preveni în totalitate progresia modificărilor ischemice la nivelul mucoasei anale cu evoluție spre gangrenă [3, 5]. În asemenea situații tentativa de a rezolva conservator THA doar va extinde perioada de suferință, intervenția chirurgicală până la urmă, impunându-se [1, 3]. Chiar și în lipsa complicațiilor precoce ulterioare managementul non-operator este urmat uzual de o reabilitare prolongată, persistența simptomatologiei și a riscului de recurență a THA [5]. Persistența manifestărilor clinice reprezintă motivul pentru care mulți pacienți solicită spitalizarea repetată peste un anumit interval de timp pentru tratament chirurgical programat al bolii hemoroidale [2, 3, 5]. Totuși, managementul conservator al THA continuă a fi prioritar în multiple clinici chirurgicale, întru evitarea unor

eventuale dificultăți tehnice ale operației urgente, efectuate în condiții de inflamație, tromboză și ischemie locală, și presupusa rată înaltă a complicațiilor postoperatorii [4].

Numeroase publicații recente, preponderent din ultima decadă, reflectă inofensivitatea tratamentului chirurgical urgent al THA [4]. Unii specialiști consideră hemoroidectomia urgentă drept tratament de elecție, în majoritatea cazurilor fiind practică hemoroidectomia *deschisă* de tip Milligan-Morgan sau modificările acesteia [1, 6]. Tehnica chirurgicală *închisă*, deși este acceptată ca metodă standard în tratamentul bolii hemoroidale, se practică mai des ca operație elective, în lipsa complicațiilor acute.

Scopul studiului curent a constat în analiza eficacității clinice precoce și a siguranței hemoroidectomiei închise urgente, cu implantarea pediculului vascular și plastia mucoasei anale la bolnavii cu THA.

Material și metode

Grupul cercetat a cuprins 71 de pacienți cu THA, rezolvată prin tratament chirurgical de urgență în Clinica Chirurgie Generală, în perioada 2008/februarie – 2010/iunie. Criteriile pentru includerea în studiu au fost: (1) lipsa contraindicațiilor pentru intervenție chirurgicală și anestezie, (2) absența patologieilor anorectale asociate (fistulă, fisură, abces, cancer rectal), (3) implantarea pediculului vascular după excizia nodulilor hemoroidali cu plastia primară a mucoasei. Cazurile de tromboză simplă a hemoroizilor externi nu au fost luate în considerație. La fel, din lotul de studiu au fost excluși și pacienții care nu s-au prezentat la examenul de control, efectuat pe parcursul primei luni după operație.

Bărbații au reprezentat 53,52% (n = 38) din lotul examinat, femeile – 46,47% (n = 33). Vârsta bolnavilor a variat de la 27 de ani până la 62 de ani, constituind în medie – $42,48 \pm 0,89$ ani. Durata anamnezei hemoroidale (prezența simptomatologiei asociate cu boala hemoroidală) până la debutul THA a fost următoarea: > 10 ani – 28 (39,43%) cazuri; 1-10 ani – 21 (29,57%); 1-12 luni – 9 (12,67%); < 1 lună – 13 (18,3%) pacienți. Manifestările clinice predominante ale bolii hemoroidale până la dezvoltarea trombozei au fost: hemoragia – 18 (25,35%), prolapsul – 25 (35,21%), hemoragia și prolapsul – 14 (19,71%) cazuri. Ceilalți 14 (19,71%) pacienți au prezentat o clinică minimală sau chiar absentă anterior. De remarcat, că 9 (12,67%) bolnavi au suportat anterior cel puțin un episod de THA, 21 (29,57%) au fost consultați de diverși specialiști pentru alte patologii ale regiunii anorectale, iar 2 (2,81%) au suportat hemoroidectomie în trecut. Epiziotomie în timpul nașterii *per vias naturalis* au suportat în anamneză 4/33 (12,12%) paciente, adică 5,63% bolnavi din întregul lot aflat în studiu, însă fără o simptomatologie ulterioară sugestivă pentru incontinența anală.

Durata de la debutul THA până la spitalizare a variat de la 18 ore până la 172 de ore, constituind în medie $85,48 \pm 5,18$ ore. Menționăm că 63 (88,73%) pacienți au urmat un tratament conservator până la adresare și, respectiv, internare în staționar, însă fără un efect clinic notabil. Necroza mucoasei de acoperire a nodulilor hemoroidali trombozați a fost ob-

servată în 30 (42,25%) cazuri. Drept patologii concomitente au fost diagnosticate: hipertensiunea arterială esențială (n = 17), diabetul zaharat (n = 6), cardiopatia ischemică (n = 19). Anemia la internare a fost identificată la 11 (15,49%) bolnavi.

După spitalizare, în toate cazurile a fost indicată terapia simptomatică (analgetice, AINS) cu testare paraclinică concomitentă (examinări de laborator de rutină, electrocardiografie), urmate de consultația internistului. Profilaxia antitrombotică perioperatorie cu heparine fracționate, precum și antibioticoterapia nu au fost indicate în mod uzual.

Toți bolnavii din studiul curent au fost supuși tratamentului chirurgical de urgență, efectuat în primele 24 de ore de la internare. Metoda de anestezie a fost selectată în raport cu preferința echipei medicale și doleanța bolnavului, după cum urmează: anestezie generală intravenoasă – 52 (73,23%) cazuri, anestezie locală infiltrativă – 15 (21,12%) și anestezie spinală – 4 (5,63%) cazuri, respectiv.

Intervenția chirurgicală, anticipată în toate cazurile de anuscopie, a inclus hemoroidectomia cu implantarea pediculului vascular și anoplastia primară a mucoasei. Tehnica operației și metoda prin care era restabilită continuitatea mucoasei anale după hemoroidectomie (brevet de invenție Nr. 3164 G2, 2006.10.31, autori: GhC, EG) sunt descrise în continuare.

După divulsia orificiului anal cu ajutorul clemelor Allis, se fixau succesiv nodulii hemoroidali trombozați, aplicându-se consecutiv pensele Luer. În cazurile când se puteau distinge cei trei noduli hemoroidali trombozați cu poziționare clasică, se efectua excizia acestora, prezervând punțile muco-cutanate intermediare. La baza fiecărui nodul se aplica pensa Billroth, îndreptată radial spre baza pediculului vascular. Pe pensă se exciza nodulul hemoroidal până la bază, în planul imediat superficial de sfincterul anal. Baza pediculului se sutura, utilizând un ac atraumatic cu fir sintetic resorbabil (Vicryl 4-0, polyglactin 910, Ethicon Inc.) și apoi era ligaturată, capetele firelor fiind lăsate libere. La vârful pensei se aplica o a doua sutură, iar după ligaturarea firului, capătul primului fir ligaturat se tăia. Pensa Billroth era scoasă și la fundul plăgii, pe tot traiectul acesteia, se implanta capătul pediculului vascular, ieșind cu acul spre marginea plăgii cutanate (sătură continuă). Intervenția se finisa prin meșajul lejer al canalului anal, după aplicarea unui unguent hidrosolubil.

Regimul de analgezie postoperatorie a fost selectat în raport cu solicitarea bolnavului, administrându-se analgezice injectabile (opioizi sau metamizol) în asociere, după caz, cu remedii AINS (diclofenac). Regimul activ a fost recomandat din prima zi, postoperatoriu, cu restricția alimentară pentru 48 de ore. Pacienții au fost instruiți să efectueze băițe pe șezute, după scaun în prima săptămână după operație. Laxativele au fost prescrise pe durata primelor 2 săptămâni după operație.

Evaluarea rezultatelor clinice precoce a fost efectuată pe durata perioadei de spitalizare, iar apoi, în mod ambulator, pe parcursul primelor 2 săptămâni și, ulterior, la o lună după intervenție.

Rezultate

Toate intervențiile au fost efectuate într-o singură ședință, numărul mediu de hemoroizi excizați constituind $2,83 \pm 0,04$ /pacient. Nu au fost semnalate complicații intraoperatorii semnificative. Durata medie a operației a constituit 20 de min (interval de variație: 15–35 min). Primul scaun postoperator a avut loc la 3–5 zile după intervenție (în medie – 3,77 zile). Febra în perioada postoperatorie a fost înregistrată la 23 (32,39%) pacienți, cu valoarea maximă de $38,5^{\circ}\text{C}$ și persistență până la trei zile.

O hemoragie postoperatorie primară (dezvoltată în primele 24 de ore după operație), care ar necesita reintervenție, nu a fost observată. În două (2,81%) cazuri a fost semnalată o hemoragie din locurile de puncție ale pielii din regiunea perianală, în timpul anesteziei locale, survenită peste 2 ore și, respectiv, 3 ore după operație. În ambele cazuri hemostaza a fost obținută prin pansament compresiv. La 8 (11,26%) pacienți, predominant la femei – 6/8, în perioada postoperatorie precoce a fost observată retenția acută de urină, cu caracter pasager. Administrarea opioidelor a fost necesară în 43 (60,56%) cazuri. Durata administrării ultimelor a constituit 1 zi (62,79%), 2 zile (23,25%) sau 3 zile (13,95%). În celelalte 28 (39,43%) cazuri sindromul algic a fost jugulat cu analgezice minore. Durerea postoperatorie marcată, persistentă timp de 2 zile pe fundalul administrării analgezicelor majore, a fost semnalată în 4 (5,63%) cazuri.

Complicații postoperatorii nespecifice au fost apreciate în 2 (2,81%) cazuri – criză hipertensivă (1) și *delirium tremens* (1). Perioada de spitalizare a durat în medie $5,21 \pm 0,18$ zile, variind de la 3 zile până la 11 zile.

Examenul histopatologic al pieselor operatorii a confirmat prezența trombozei intravasculare, procesul malign fiind exclus în toate cazurile.

În perioada de evaluare nu au fost înregistrate cazuri de deces și nici un pacient nu a necesitat reinternare. Dehiscenta plăgii (> 1 mm) a fost observată doar la 6 (8,45%) bolnavi, survenind la a 2-a săptămână postoperatorie, însă în toate cazurile s-a vindecat spre a 4-a săptămână, fără granulație sau stenoză. Strictura anală simptomatică a fost observată la 5 (7,04%) pacienți, manifestată preponderent prin persistența durerii la defecație. În toate cazurile simptomatologia a cedat după tratament prin dilatare. Nu au fost remarcate cazuri de incontinență anală sau recurență hemoroidală.

Discuții

Boala hemoroidală continuă a fi o patologie frecventă în practica proctologică, afectând deseori persoanele tinere. Prolabarea hemoroizilor cu THA consecutivă reprezintă o complicație frecventă care poate surveni oricând în evoluția patologiei, drept urmare a spasmului sfincterian, cu blocarea reîntrăcerii venoase de la nivelul plexurilor hemoroidale [2]. Evoluția naturală a THA este orientată spre resorbția lentă, pe parcursul a câtorva săptămâni, sau erodarea cu drenarea spontană externă, asociată sau nu cu hemoragie [7]. Fibroza dezvoltată după episodul de THA poate duce la vindecarea bolii hemoroidale propriu-zise, însă decursul clinic este

anevoios și asociat, de regulă, cu un sindrom algic extrem de pronunțat [6]. În același timp, progresarea procesului ischemic spre gangrena și ulcerarea mucoasei anale nu poate fi prognozată și prevenită cu certitudine, astfel că THA necesită tratament de urgență. Managementul actual al THA rămâne controversat, fiind propuse tactici variate – de la tratament conservator până la excizia simplă sau cea radicală a tuturor hemoroizilor prolabați trombozați [2].

Managementul conservator este considerat unul sigur, cu principalul avantaj demonstrat – morbiditatea redusă. Însă, selectarea opțiunii conservatoare în tratamentul THA este asociată, de regulă, cu o durată prolongată de spitalizare. Se estimează că diminuarea intensității tabloului clinic al THA și, în special, cedarea sindromului algic, survine timp de circa o săptămână atât după tratamentul conservator cât și după cel operator [6]. Deși în majoritatea cazurilor, măsurile conservatoare duc la ameliorarea clinică, deseori rezoluția procesului nu este completă, iar simptomatologia fie că persistă, fie că reapare în scurt timp. Din acest motiv mulți pacienți solicită reinternare pentru tratament chirurgical elective [3, 8]. Mai mult ca atât, evoluția spre ulcerarea gangrenoasă, care poate avea loc chiar și sub acoperirea tratamentului conservator, va impune până la urmă apelarea la tratamentul operator de urgență. În această situație medicația doar va extinde inutil suferința bolnavului, cauzată de THA pentru câteva zile, privându-l de beneficiul unei recuperări mai rapide după o intervenție chirurgicală precoce [2, 3].

Tratamentul conservator a fost mult timp prescris tradițional pacienților cu THA din frica eventualelor complicații postoperatorii care ar fi putut surveni după intervenția chirurgicală, precum supurația, formarea abceselor, septicemia, embolia septică sau pileflebita [3]. Totuși, rezistența sporită față de infecție a țesuturilor din zona anorectală este binecunoscută și probată clinic prin rata relativ scăzută a complicațiilor cu caracter septic după hemoroidectomie. Din alt punct de vedere, așa complicații evolutive precum necroza și sepsisul au fost observate uneori și în loturile de bolnavi tratați conservator [5]. Astfel, deși adepții tratamentului conservator invocă o rată mai mică a complicațiilor, tratamentul chirurgical a câștigat tot mai mult teren în ultimul timp, grație rezultatelor clinice satisfăcătoare, asociate cu un procentaj acceptabil de complicații postoperatorii precoce și tardive [8].

Persistă în continuare controversele în ce privește raționalitatea efectuării hemoroidectomiei în condiții de urgență sau pledarea pentru o intervenție la rece, efectuată în mod elective [8]. O perioadă îndelungată operația urgentă nu a fost acceptată pe larg în multiple clinici, în fond, din cauza presupusei asocieri frecvente cu așa complicații precum hemoragia secundară, strictura excesivă sau incontinența anală și recurența hemoroizilor [2, 3, 4]. La fel, hemoroidectomia urgentă este considerată, cel puțin teoretic, mai dificilă de efectuat din cauza nodulilor hemoroidali largi, edemului local sau gangrenei. În cele din urmă, în condițiile chirurgiei de urgență operația urmează a fi efectuată deseori de un specialist mai puțin experimentat în domeniul respectiv [3]. Toate

acestea au condus spre luarea unei poziții mai rezervate în ce privește efectuarea hemoroidectomiei în mod urgent.

Rezultatele recente, însă, relevă siguranța înaltă și morbiditatea postoperatorie în general redusă ale hemoroidectomiei urgente [6, 8]. Astfel, în cadrul unui studiu retrospectiv comparativ, pe un lot de peste 700 de bolnavi, Eu și coaut. remarcă o siguranță a hemoroidectomiei urgente similară cu cea înregistrată în condițiile operațiilor programate, nedepășind vreo diferență în ceea ce privește rata complicațiilor postoperatorii [3]. Ceulemans și coaut. la fel au raportat rezultate la distanță, similare între lotul urgent și cel programat de bolnavi [4]. Necesită a fi menționat faptul că la momentul actual așa complicații cu caracter septic precum pileflebita sau sepsisul după hemoroidectomia urgentă, efectuată în condițiile THA, sunt destul de rare [2, 4]. Efectuând intervenția, aplicând o tehnică meticuloasă poate fi minimalizată și incidența hemoragiei secundare sau a stricturii [2]. În acest mod hemoroidectomia urgentă a devenit o opțiune tot mai larg acceptată în tratamentul pacienților cu THA [1, 3]. Mai mult ca atât, operația urgentă oferă și avantajul unui tratament definitiv al patologiei ca atare – al bolii hemoroidale, cu evitarea necesității reinternărilor repetate ulterioare [3]. Se speculează că THA ar trebui tratată chirurgical pe parcursul primelor 72 de ore de la debut. Totuși, conform rezultatelor cercetărilor în domeniul respectiv, disconfortul după hemoroidectomia urgentă pare a nu-l depăși semnificativ pe cel asociat cu managementul conservator [3].

Hemoroidectomia deschisă, propusă de Milligan și Morgan în 1937, rămâne o tehnică practică încă pe larg în clinicile europene. Actualmente, mai frecvent sunt utilizate multiple modificări ale intervenției clasice, precum metodele elaborate în Institutul de cercetări științifice în proctologie din Moscova, practicarea diatermiei fără ligaturarea pediculului, asocierea sfincterotomiei laterale interne sau, mai recent, utilizarea laser-ului ori a stapler-ului mecanic circular [9]. Istoric, aplicarea suturilor în regiunea anală a fost un timp îndelungat evitată din teama unor posibile complicații septice locale. Printre alte argumente, evocate de către susținătorii tehnicii deschise de hemoroidectomie în caz de THA, sunt relatate: dificultatea aplicării suturilor în regiunea anală, condiționată de un câmp operator îngust, precum și faptul că suturile nu ajustează perfect și nu țin prea bine în stratul subiacent anodermului; tehnica deschisă fiind în același timp și mai rapidă [7]. Totuși, în ultimul timp tot mai mulți specialiști acordă prioritate metodei închise, propusă inițial de către Ferguson în 1952, care se bucură de o popularitate mai mare în centrele medicale din SUA [9]. Hemoroidectomia închisă este creditată cu o serie de avantaje: (i) rata mai redusă a hemoragiei postoperatorii secundare (dezvoltată peste 24 de ore de la operație); (ii) durere mai puțin exprimată în perioada postoperatorie precoce și, respectiv, necesitatea mai mică de analgezie; (iii) vindecarea mai rapidă a plăgilor. Prezența unei rețele vasculare bine dezvoltate în regiunea țesutului anal favorizează vindecarea rapidă a plăgilor, cu o rată în general scăzută a infecției postoperatorii. Siguranța metodei închise în caz de THA este reflectată în numeroase

serii clinice, fiind evidențiate și unele particularități ce țin de tehnica chirurgicală. Astfel, pentru o ajustare mai bună a marginilor plăgii și reducerea durerii postoperatorii, mulți experți recomandă aplicarea subcuticulară a suturilor, fără a patrunde cu acul prin anoderm [7]. Barrios și coaut. concluzionează că hemoroidectomia urgentă nu este mai dureroasă decât cea efectuată în mod programat, iar tehnica închisă se asociază cu un sindrom algic mai puțin exprimat [5]. Rezultate asemănătoare au fost obținute și în studiul efectuat de către Pattana-Arun și coaut., remarcându-se rata similară a complicațiilor postoperatorii însă cu necesitatea mai mică în analgezie după hemoroidectomia închisă urgentă versus cea programată [1]. Dezavantajul hemoroidectomiei închise, legat de durata mai lungă a operației, comportă un caracter relativ, diferența față de tehnica deschisă fiind de cca 10 min. Conform studiului lui Pokharel și coaut. această diferență de timp, deși s-a dovedit a fi semnificativă statistic, poate fi neglijată în practică deoarece nu influențează rezultatele postoperatorii [9].

Heald și coaut. au propus efectuarea “hemoroidectomiei limitate” în THA, intervenția fiind redusă la excizia celui mai larg și mai “afectat” nodul hemoroidal [4]. Tehnica respectivă induce puține complicații postoperatorii și necesită o spitalizare redusă. Totuși, mulți pacienți solicită un tratament operator repetat peste câteva săptămâni, deaceia metoda nu pare a fi o alternativă bună hemoroidectomiei clasice [3, 4]. Simpla incizie de-asupra nodulului hemoroidal trombozat sau trombectomia cu anestezie locală poate fi efectuată în cazuri particulare de THA, dar procedura este asociată cu o rată semnificativă de retromboză [7].

Publicațiile recente relevă o implementare activă a tehnicilor minim-invazive în tratamentul hemoroizilor. Mai acceptată în practica proctologică a devenit mucosectomia cu stapler, implementată recent și în chirurgia de urgență. Brown și coaut. remarcă beneficiile metodei – ratele reduse ale complicațiilor (îndeosebi ale stricturii anale) și a necesității de internare repetată, în asociere cu recuperarea postoperatorie rapidă. Însă experiența utilizării acestei tehnici în THA este încă modestă, limitată la serii de cazuri tratate în clinici specializate [8]. În același timp, multe dintre metodele moderne, acceptate în tratamentul bolii hemoroidale precum crioterapia sau ligaturarea elastică, nu sunt suficient de eficiente și în THA, mai ales în prezența unor noduli hemoroidali prolabați largi [3, 9].

Astfel, hemoroidectomia închisă urgentă pretinde a fi în continuare o tehnică larg utilizată în tratamentul THA. Metoda aplicată la bolnavii, incluși în studiul nostru, este remarcată prin implantarea fiecărui capăt al pediculului vascular la fundul plăgii cu fixarea acestuia și restabilirea mucoasei anusului și a anodermului prin sutură continuă cu material sintetic resorbabil. În cazul când pediculul vascular după ligaturare la bază este lăsat liber în canalul anal acesta este supus traumatizărilor repetate în timpul pansamentelor și a pasajului maselor fecale, existând și riscul derapării ligaturii cu producerea hemoragiei. Prin implantarea pediculului este minimalizată rata hemoragiei postoperatorii precoce și redus

timpul de vindecare a plăgii. La fel, este exclus edemul perianal datorită ermetismului plăgii, reducându-se sindromul algic postoperator, perioada de spitalizare și cea de recuperare postoperatorie. Ultima pare a fi un veritabil beneficiu, mai ales luând în considerație vârsta tânără (media – $42,48 \pm 0,89$ ani) a pacienților din lotul studiat.

Un moment discutabil este raționalitatea efectuării sfincterotomiei interne laterale în caz de THA. Sfincterotomia se asociază cu reducerea hiperemiei venoase, durerii și a tonusului sfincterian cu reducerea consecutivă a presiunii anale, ultima reprezentând o verigă importantă în patogeneza THA. Acest timp operator este însă deseori omis din frica dezvoltării ulterioare a incontinenței anale. Totodată, Lewis și coaut. consideră că hemoroidectomia, urmată de dilatarea anală maximală, este la fel de efectivă ca și sfincterotomia în ceea ce privește reducerea inițială a intensității simptomatologiei. Totuși, după simpla divulsie unele semne clinice mai persistă [3]. Unii cercetători recomandă efectuarea ultrasonografiei endo-anale la 6 săptămâni după hemoroidectomie, cu scop de evaluare a structurii sfincterului anal. Ecografia oferă posibilitatea examinării sfincterului extern și intern cu excluderea lezării intraoperatorii a acestora. În același timp, deoarece examinarea preoperatorie este dificilă, și deseori nu se efectuează în volum deplin, prezența dereglărilor funcțiilor sfincterului înainte de hemoroidectomie nu poate fi exclusă [8]. Totodată, nu a fost constatată o corelație directă dintre rata depistării leziunilor sfincteriene și numărul de noduli hemoroidali excizați [6].

Printre complicațiile constatate mai des după hemoroidectomie în caz de THA sunt relatate retenția acută de urină, urmată de durerea postoperatorie severă și hemoragii.

Retenția urinară este considerată cea mai frecventă complicație postoperatorie precoce după hemoroidectomie și a fost înregistrată în 0,5% până la 34% cazuri [1]. Totuși, în publicațiile mai recente, rata acesteia variază între 6,6% și 10,6% [4]. Complicația este constatată cu o frecvență asemănătoare, atât după operațiile urgente cât și după cele programate și are, de regulă, caracter temporar. Frecvența relativ înaltă a retenției de urină în studiul nostru (11,26%) poate fi explicată prin faptul că s-au utilizat diferite tehnici de anestezie și nu s-a pledat pentru o restricție a aportului de fluide în perioada perioperatorie.

Tegumentul perianal este bogat inervat de fibre somatice doare, deaceia lezarea vaselor hemoroidale externe poate fi asociată cu dureri pronunțate [7]. Durerea postoperatorie severă este raportată în 2,9–3,3% cazuri. Frica de durerea postoperatorie este una dintre cauzele adresării tardive după tratament chirurgical al bolnavilor cu hemoroizi și, respectiv, dezvoltarea în cele din urmă a THA. Durerea postoperatorie poate fi destul de elevată chiar și pe fundal de analgezie, însă nu se observă un coraport între intensitatea durerii în primele zile și rata complicațiilor postoperatorii. Totuși, se consideră că durerea postoperatorie din prima zi poate corela cu rata dezvoltării retenției de urină [2].

Plexurile hemoroidale includ vase atât venoase cât și arteriale. Fiind secționare, arteriolele se spasmează, înde-

sebi dacă este folosită epinefrina în timpul anesteziei. Inșă postoperator poate surveni o hemoragie tardivă (0,6–5,4%), mai ales dacă plaga este lăsată deschisă [1, 7]. Drept factori etiologici importanți sunt considerați tehnica operatorie inadecvată și dehiscența plăgii [1]. Uneori hemoragia provine din locurile punției cutanate în timpul anesteziei locale, incident ce a fost observat și la bolnavii din studiul nostru. Pentru evitarea acestei hemoragii postoperatorii se recomandă limitarea numărului de punții [7]. În cazuri unice poate fi necesară hemostaza prin pansament compresiv cu meșă îmbibată cu epinefrină sau plasarea intrarectală a cateterului Foley [3]. Reintervenție a necesitat un număr foarte mic de bolnavi – cca 0,25% [1].

Unii pacienți fac febră în perioada postoperatorie în lipsa complicațiilor, care poate fi explicată prin bacteriemia tranzitorie relativ constantă după hemoroidectomie. O rată de 8,5% a bacteriemiei a fost evidențiată de către LeFrock și coaut. chiar și după proctoscopie la pacienții fără patologie a etajului inferior al tractului intestinal [2]. Cu atât mai mult, prezența trombozei și a ulcerății sau necrozei mucoasei poate explica rata înaltă a febrei tranzitorii.

Strictura anală simptomatică după hemoroidectomie poate fi observată în 3–10% cazuri [3,5]. Complicația poate fi redusă prin evitarea exciziei circumferențiale, preferându-se cea eliptică, cu orientare radială. Stenozarea extinsă poate fi indusă de utilizarea abuzivă a cauterizării cu scop de hemostază [7]. Un procentaj mai redus al stenozei (ce se observă mai des consecutiv rezecției mai radicale) pare a fi asociat cu o rată mai mare a recurenței (constatată mai frecvent după rezecția insuficientă) și vice-versa. În majoritatea cazurilor strictura anală este rezolvată prin dilatare, rareori fiind necesară anoplastia [4].

Incontinența anală poate fi evidențiată la 4,4–5,2% bolnavi, iar recurența postoperatorie a hemoroizilor după operația urgentă pentru THA este raportată în 6,9–7,6% cazuri [3]. În general, a fost observată o corelație directă dintre rata complicațiilor postoperatorii după operația urgentă pentru THA și vârsta bolnavilor. Din aceste considerente pacienții vârstnici care au suportat hemoroidectomie necesită o supraveghere postoperatorie minuțioasă. Anemia, de asemenea, poate reduce afluxul sangvin spre anoderm ce rezultă cu dezvoltarea schimbărilor locale de caracter ischemic. Lai și coaut. au depistat că rata complicațiilor este de două ori mai mare la cei cu anemie, depistată la internare, față de bolnavii cu indicii hemogramei în limitele normei [2].

Majoritatea specialiștilor consideră inutilă examinarea histologică a piesei operatorii (plexul venos trombozat), deoarece analiza de regulă nu aduce informație suplimentară. Totuși, evaluarea histologică poate fi utilă pentru depistarea microscopică a tumorilor solide sau a caracteristicilor neobișnuite ale țesuturilor excizate [7].

Concluzii

În baza experienței noastre considerăm că tratamentul chirurgical de urgență al THA nu prezintă dificultăți intraoperatorii deosebite. Tehnica închisă de hemoroidectomie

este eficientă și sigură, iar în lipsa contraindicațiilor pentru tratament chirurgical poate fi utilizată pe larg în managementul THA. Prin implantarea pediculilor vasculari poate fi diminuat microtraumatismul mucoasei și redusă la minim incidența hemoragiei postoperatorii. Durata spitalizării este scurtă, iar frecvența cumulativă a complicațiilor ce pot surveni după hemoroidectomia închisă este în general mică și clinic acceptabilă.

Bibliografie

1. Pattana-Arun J, Wesarachawit W, Tantiphlachiva K, et al. A comparison of early postoperative results between urgent closed hemorrhoidectomy for prolapsed thrombosed hemorrhoids and elective closed hemorrhoidectomy. *J Med Assoc Thai.* 2009;92(12):1610-5.
2. Lai HJ, Hsiao CW, Kang JC, et al. Emergency hemorrhoidectomy for treating acute hemorrhoidal crisis: A single institute experience. *J Soc Colon Rectal Surgeon.* 2006;17:87-94.
3. Eu KW, Seow-Choen F, Goh HS. Comparison of emergency and elective haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 1994;81:308-10.
4. Ceulemans R, Creve U, Van Hee R, et al. Benefit of emergency haemorrhoidectomy: A comparison with results after elective operations. *Eur J Surg.* 2000;166:808-12.
5. Barrios G, Khubchandani M. Urgent hemorrhoidectomy for hemorrhoidal thrombosis. *Dis Col Rect.* 1979;22(3):159-61.
6. Allan A, Samad AJ, Mellon A, et al. Prospective randomised study of urgent haemorrhoidectomy compared with non-operative treatment in the management of prolapsed thrombosed internal haemorrhoids. *Colorect Dis.* 2006;8:41-5.
7. Zuber TJ. Hemorrhoidectomy for thrombosed external hemorrhoids. *Am Fam Physician.* 2002;8(65):1629-32.
8. Brown SR, Ballan K, Ho E, et al. Stapled mucosectomy for acute thrombosed circumferentially prolapsed piles: a prospective randomized comparison with conventional haemorrhoidectomy. *Colorect Dis.* 2001;3:175-8.
9. Pokharel N, Chhetri RK, Malla B, et al. Haemorrhoidectomy: Ferguson's (closed) vs Milligan Morgan's technique (open). *Nepal Med Coll J.* 2009;11(2):136-7.

Tratamentul leziunilor hipoxico-ischemice perinatale cu preparatul factor neurotrofic derivat din creier

S. Hadjiu

Department of Neuropediatricx, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy
93, Burebista Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37322572019. E-mail: _h_a_g_i@rambler.ru
Manuscript received May 28, 2011; revised June 20, 2011

Articol înaintat spre publicare de către compania farmaceutică GUNA, Milan, Italia

Treatment of Perinatal Hypoxic-Ischemic Injury with Brain-Derived Neurotrophic Factor

In this study, we analyzed the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in the serum of children with diverse grades of perinatal hypoxic-ischemic injuries (PHIE) during treatment with BDNF (GUNA product). Higher levels of BDNF are associated with better protection against the degeneration of the brain, a greater degree of neuronal survival and differentiation. Low BDNF levels in serum of newborns with PHIE constitute an objective criterion in the prognosis of neuropsychical and motor disabilities. In severe PHIE the processes of neurogenesis are impeded and the cortical neurons are left unprotected. In this case, a low BDNF level is not sufficient to maintain the processes of neurotrophicity and neuroregeneration. Treatment with large numbers of exogenous neurotrophic factors protects sensitive cerebral tissues against hypoxic-ischemic injuries.

Key words: brain-derived neurotrophic factor, Perinatal Hypoxic-Ischemic Encephalopathy, disorders of muscle tonus, children.

Лечение перинатальных гипоксико-ишемических энцефалопатий препаратом нейротропного фактора

В работе был определен уровень нейротропного фактора (BDNF) в плазме крови у детей с перинатальными гипоксико-ишемическими энцефалопатиями (ППИЭ) разной степени тяжести на фоне лечения препаратом фирмы GUNA – BDNF. Подтвердилось, что высокий уровень BDNF защищает нервные ткани от деструкции, поддерживает их жизнедеятельность и дифференциацию нейронов. Низкий уровень BDNF в плазме крови у новорожденных с ППИЭ является объективным критерием для прогноза задержки психомоторного развития. В ППИЭ тяжелой степени процессы нейрогенеза декомпенсируются и нервные клетки не защищены от деструкции. Низкого уровня BDNF, в этом случае, не хватает для поддержания на нормальном уровне нейротрофических и нейрогенераторных функций. Назначение экзогенных нейротрофических факторов защитит чувствительные нервные клетки от гипоксико-ишемических повреждений.

Ключевые слова: перинатальная гипоксико-ишемическая энцефалопатия, нейротропный фактор, мышечного тонуса нарушения.

Introducere

În structura invalidizării copiilor din Republica Moldova, patologia neuro-psihică (nrps) ocupă valorile de vârf. Ence-

falopatia hipoxico-ischemică perinatală (EHIP) constituie cea mai importantă cauză de invaliditate și mortalitate infantilă prin consecințele sale asupra sistemului nervos central (SNC)