



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 15.12.2017

Prezidium: Prof. E.Guțu, Acad. Gh.Ghidirim

Raport: Discutarea proiectului de protocol clinic național "Colecistita acută calculoasă la adult", Prof. E.Guțu, Dr. V.Guzun (USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra chirurgie generală – semiologie nr.3; IMSP SCM nr.1)

Rezumat. Litiiza biliară (LB) sau colelitiază reprezintă o patologie caracterizată prin formarea calculilor în canalele biliare și vezicula biliară din cauza alterării compoziției coloidale a bilei. Printre factorii care favorizează formarea calculilor se pot enumera: staza biliară, infecția, vârsta înaintată, obezitatea, diabetul, vagotomia chirurgicală, nutriția parenterală totală, graviditatea, pierderea rapidă a masei corporale etc. Calculii se pot forma în orice porțiune a căilor biliare (ducturile intrahepatice sau extrahepatice), dar locul predominant al formării acestora este vezicula biliară. Colelitiaza asimptomatică (sau latentă) semnifică prezența calculilor în vezicula biliară fără nici o manifestare clinică caracteristică patologiei, fiind descoperită întâmplător printr-un examen ecografic de rutină sau în cursul unei laparotomii. LB este o patologie frecventă, care afectează 10-15% din populația adultă în țările europene și Statele Unite. Totodată, incidența colelitiazei variază semnificativ între diferite grupuri etnice: este mai crescută în Orient (peste 20%) și comparativ mică – în țările Africane (3%). Incidența LB crește cu vârsta pacienților și este maximală la bătrâni. Femeile sunt afectate de colelitiază de 4-5 ori mai frecvent, decât bărbații. Calculii veziculari reprezintă cauza etiologică principală a numeroaselor eventuale complicații. Riscul unor astfel de complicații, cum ar fi colecistita acută, colangita acută, pancreatita acută biliară și coledocolitiază secundară la pacienții cu colelitiază asimptomatică este estimat la 1% până la 4% anual. Este recunoscut, că complicațiile la pacienții cu LB simptomatică se vor dezvolta mult mai frecvent, decât la cei asimptomatici. Colecistita acută calculoasă (CAC) este cea mai frecventă complicație a colelitiazei și se dezvoltă la 10-20% din bolnavii simptomatici. În același timp, CAC reprezintă a doua, după apendicita acută, cauză a infecției intraabdominale complicate și ocupă 18,5% din aceasta. În multe țări de la 14% până la 30% din colecistectomii sunt efectuate pentru CAC. Ultima este o patologie heterogenă și se poate manifesta prin diferite grade de severitate, inclusiv inflamația pereților, complicații locale și disfuncția multiplă de organe. Rata cazurilor complicate ale bolii crește cu vârsta și este maximală la bolnavii cu vârsta cuprinsă între 70 și 75 de ani. Totodată, riscul maladiei pentru viață este determinat nu numai de severitatea procesului inflamator în colecist și prezența complicațiilor locale, dar și de starea generală a pacientului, ceea ce trebuie luat în considerație la alegerea conduitei curative.

Etaple obligatorii în conduita pacientului cu CAC sunt: culegerea anamnezei și acuzelor, examinarea clinică, examinarea paraclinică, evaluarea riscului de complicații (consultația specialiștilor), luarea deciziei referitoare la conduita de tratament, efectuarea tratamentului, supravegherea activă.

La suspjecția CAC (clinică și / sau imagistică) este indicată internarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistența de urgență. Tratamentul medicamentos oportun și în volum deplin în mai multe cazuri permite regresia procesului inflamator în vezicula biliară: regim alimentar 0; terapia perfuzională cu soluții cristaloide sau coloidale; preparate spasmolitice (platifilină, papaverină); analgezice parenterale (inclusiv opioide); antibiotice; instalarea sondei nazogastrice în cazul persistenței grețurilor și vomei; remediile antiinflamatorii non-steroidiene, cum ar fi indometacina și diclofenacul pot converti modificările inflamatorii în colecist și îmbunătăți contractilitatea vezicii biliare. Obiectivele administrării antibioticelor în colecistită acută sunt diferite: (1) ca tratament auxiliar pentru efectuarea intervenției chirurgicale precoce sau (2) ca tratament definitiv în conduită non-operatorie a episodului inflamator biliar acut.

După timpul efectuării sunt 3 tipuri de colecistectomie în colecistita acută: (1) operația urgentă imediată – se efectuează în primele 6-24 ore după internare în evidența semnelor de colecistită acută distructivă și peritonită generalizată; (2) operația urgentă amânată – se efectuează în primele ore / zile de la spitalizare, în cazul când tratamentul conservator administrat este ineficace și simptomatologia persistă. Timpul efectuării colecistectomiei precoce variază între 24 ore și 7 zile. Conform recomandărilor ghidurilor internaționale, operația urgentă amânată pentru CAC este divizată în: operația urgentă amânată precoce (efectuată în perioada 24-72 ore de la internare) și operația urgentă amânată tardivă (practicată pe parcursul a 3-7 zile); (3) operația programată – este indicată peste câteva zile / săptămâni după internare, după ameliorarea stării generale și dispariția semnelor de inflamație acută din colecist. Operația laparoscopică are avantaje semnificative față de intervenția deschisă în tratamentul pacienților cu CAC. În unele cazuri intervenția poate fi începută cu laparoscopie diagnostică cu eventuală continuare prin colecistectomie laparoscopică (CEL). Studiile au arătat că CEL imediată în termen de 24 ore de la internare este sigură, iar rezultatele perioperatorii nu diferă comparativ cu cele ale pacienților care au suportat CEL în perioada 24-72 ore de la spitalizare. Pentru colecistectomie deschisă cele mai frecvent utilizate sunt inciziile subcostală pe dreapta și mediană (xifo-ombilicală).

Colecistostomia poate reprezenta o alternativă a colecistectomiei la pacienții vârstnici cu comorbidități și CAC simptomatică, care au contraindicații absolute către anestezie generală.

Tehnologiile chirurgicale noi în tratamentul LB includ colecistectomia mini-laparoscopică, tehnica cu trei trocare, colecistectomia cu un singur port, chirurgia endoscopică transluminală prin orificii naturale (NOTES) și colecistectomia robotică.

La pacienții cu CAC și coledocolitiază diagnosticată preoperator și / sau intraoperator este indicată sanarea căilor

biliare extrahepatice cu extracția calculilor intraductali. Alegerea metodei curative depinde de particularitățile situației clinice, nivelul experienței chirurgicale, înzestrarea cu echipament și disponibilitatea serviciilor respective la fiecare spital în parte. Opțiunile posibile includ: colecistectomie deschisă cu explorarea ductului biliar comun; CEL cu extragerea laparoscopică a calculilor din ductul biliar; CEL cu extracție endoscopică a calculilor din coledoc, efectuată preoperator sau postoperator. Rareori se poate efectua coledocolitextracție endoscopică chiar și intraoperator.

Mobilizarea bolnavilor în regim ambulant se recomandă din prima zi postoperator. Pacientul va începe alimentația lichidă în prima zi postoperator. În cazul complicațiilor poate fi necesară instalarea sondei nazogastrice pentru câteva zile. Alegerea analgeziei după colecistectomie actualmente este determinată de către chirurgul operator sau preferințele instituționale. Drenurile abdominale sunt înlăturate în prima zi a perioadei postoperatorii, sau peste câteva zile, când debitul eliminărilor seroase nepatologice scade până la un volum minimal (mai puțin de 50 ml / 24 ore). Pacienții pot fi externati peste 3-7 zile, în funcție de starea generală, eficacitatea tratamentului administrat, procedeul operator utilizat, evoluția postoperatorie și prezența complicațiilor.

La bolnavii cirotici tentativele înlăturării complete a vezicii biliare de la loja hepatică pot fi însoțite de hemoragie masivă. În acest caz este acceptabilă efectuarea colecistectomiei parțiale cu „lăsarea” peretelui posterior al colecistului *in situ* și diatermocoagularea mucoasei restante.

Raport: Discutarea proiectului de protocol clinic național „Apendicita acută la adult”, Dr. V.Guzun, Prof. E.Guțu (USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra chirurgie generală – semiologie nr.3; IMSP SCM nr.1)

Rezumat. Apendicita acută (AA) este o afecțiune chirurgicală caracterizată prin inflamația apendicelui vermiform, și reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale patologiei abdominale acute. Apendicita complicată include apendicita gangrenoasă sau perforativă, sau prezența abscesului periapendicular sau peritonitei purulente generalizate. Plastronul apendicular este o formă evolutivă rară a apendicitei acute, care se dezvoltă după 48-72 ore de la debutul maladiei în cazul adresării tardive sau erorilor de diagnostic. Este caracterizat prin formarea în fosa iliacă dreaptă a unei tumori inflamatorii cu sensibilitate dureroasă la palpare și contur șters. Apendicectomia negativă este un termen utilizat în cazul operației efectuate pentru AA suspectată, când apendicele vermiform se dovedește a fi normal (nemodificat) la examenul histopatologic postoperator. Rata apendicectomiilor negative este de aproximativ 20-26%. Se consideră, că rata majoră existentă a apendicectomiei negative trebuie tolerată, deoarece reflectă un grad înalt de suspiciune și permite micșorarea numărului cazurilor de AA perforativă. Apendicectomia incidentală este înlăturarea profilactică a apendicelui normal în timpul laparotomiei pentru o altă afecțiune. Justificarea apendicectomiei incidentale rămâne controversată.

Cel mai comun și constant semn al apendicitei acute este durerea abdominală. În cazuri tipice, durerea apare spontan, brusc, fiind uneori precedată de un disconfort ușor. Debutul durerii nu este în corelație cu alimentarea sau efortul fizic. Inițial durerea poate fi localizată în epigastru sau regiunea

paraumbilicală, apoi peste 4-6 ore durerea se deplasează și se localizează în fosa iliacă dreaptă și crește în intensitate (simptomul Kocher). Acest simptom se întâlnește în peste 35% cazuri. În alte situații durerea apare în fosa iliacă dreaptă, regiunea ombilicului (mai ales la copii) sau cuprinde tot abdomenul. Durerea atipică se observă la 40-45% din pacienți. Când istoricul bolii și examinarea clinică sunt suficiente pentru stabilirea diagnosticului de AA, alte investigații nu sunt necesare. Examinările paraclinice suplimentare trebuie rezervate pentru pacienții cu manifestările clinice dubioase și discutabile. Cele mai frecvent utilizate metode imagistice la pacienții cu suspiciune clinică de AA sunt ultrasonografia (USG), tomografia computerizată (CT) abdominală și rezonanță magnetică nucleară (RMN). Ghidurile internaționale recomandă divizarea gradului de suspiciune al AA în trei categorii: cu (1) „probabilitate înaltă”, (2) „probabilitate medie” și (3) „probabilitate joasă” a AA. Pentru a majora precizia diagnosticului de AA și a obiectiviza indicațiile către apendicectomie pot fi folosite scorurile clinice. Particularitatea lor comună este utilizarea complexă atât a parametrilor clinici cât și de laborator, pentru determinarea probabilității că patologia abdominală existentă este AA. Cel mai acceptat scor clinic reprezintă scorul modificat Alvarado.

Indicațiile pentru pregătire preoperatorie sunt: șocul hipovolemic; dereglări exprimate ale echilibrului acido-bazic, stabilite clinic și/sau prin teste de laborator; vârsta bolnavului peste 65 ani și/sau afecțiuni concomitente grave, ce necesită corijare imediată; durata maladiei de peste 24 ore, însoțită de simptome exprimate ale peritonitei generalizate; reținerea neprevăzută a intervenției chirurgicale (din motive tehnice, organizatorii sau altele). Durata pregătirii preoperatorii depinde de gradul de severitate a stării generale a bolnavului și răspunsului la tratamentul efectuat, dar totuși nu va depăși 1,5-2 ore.

Profilaxia cu antibiotice s-a dovedit a fi eficientă în prevenirea infecțiilor de plagă chirurgicală și a absceselor intra-abdominale la pacienții cu AA. În apendicita necomplicată, nu există dovezi, care să susțină administrarea de rutină a antibioticelor postoperatoriu. Prin urmare, este recomandată o singură doză preoperatoriu. Este argumentată efectuarea antibioticoprofilaxiei prin administrarea intravenoasă a antibioticului cu spectru larg de acțiune în doză maximă, într-o priză, cu 30 minute până la începutul operației. Antibioticoprofilaxia empirică poate fi administrată în regim de monoterapie sau terapie combinată (2-3 preparate).

Determinarea momentului optimal pentru efectuarea operației în caz de apendicită acută este de o importanță crucială. După stabilirea diagnosticului de AA, apendicectomia trebuie efectuată în mod urgent, în primele ore de la spitalizare, fără orice întârzierea inutilă. Totodată, studiile retrospective recente nu au constatat diferențe semnificative între ratele complicațiilor după apendicectomiile efectuate precoce sau tardiv (însă în cazul, când intervenția este practică în intervalul de 12 ore după internare). Operația programată, de obicei, este indicată peste 3 luni de la episodul de AA, finisat cu formarea plastronului apendicular, tratat conservativ și resorbția acestuia.

Intervenția se poate efectua cu anestezie locală, cu o bună infiltrare a peritoneului și a mezoapendicelui, ce va fi precedată de o premedicație preanestezică cu 30 de minute înaintea intervenției. Acest tip de anestezie este potrivit pentru AA necomplicată, la bolnavii slabi și cooperanți. În caz de AA la pacienții obezi sau când se presupun greutăți tehnice, se preferă

anestezia regională, eventual peridurală, cu instalarea unei perfuzii intravenoase de la începutul operației. Anestezia generală intravenoasă sau cu intubație orotraheală și miorelaxare este indicată în cazurile AA complicate (gangrenoasă, perforativă, cu abces periapendicular sau cu peritonită generalizată). Uneori o apendicectomie dificilă reclamă completarea unei anestezii locale sau regionale inițiale cu anestezie generală.

Calea de abord poate fi diferită. În majoritatea cazurilor abordul McBurney este optimal și permite efectuarea apendicectomiei, asigurând confortul operator necesar. Incizia Lenander (verticală pe marginea laterală a mușchiului rect abdominal drept) și incizia Jalaguier (verticală, prin teaca mușchiului rect abdominal drept) au avantajul transformării sale într-o laparotomie largă în cazurile dificile. Laparotomia mediană inferioară permite o toaletă perfectă prin lavajul întregii cavități peritoneale și instalarea unui drenaj corect în cazul AA complicate cu peritonită generalizată.

Apendicectomia cu simplă ligaturare a bontului cu fir neresorabil, se efectuează în cazul când procesul inflamator periapendicular nu permite invaginarea acestuia în cec cu

sutură în bursă și în „Z”.

Până în prezent sunt discutabile indicațiile apendicectomiei laparoscopice și avantajele nu par a fi într-atât de convingătoare, ca cele ale colecistectomiei sau chirurgiei hiatusului esofagian.

Actualmente, în afară de apendicectomia laparoscopică convențională sunt elaborate și practicate următoarele metode minim invazive: apendicectomia asistată laparoscopic; apendicectomia laparoscopică cu o singură incizie; chirurgia endoscopică transluminală prin orificiile naturale (NOTES).

Utilizarea de rutină a tuburilor de dren nu reduce incidența abceselor intraabdominale. Cu toate acestea, necesitatea instalării tuburilor de dren cu indicații speciale rămâne la discreția chirurgului.

Semnele formării abcesului periapendicular ca consecință a evoluției nefavorabile a plastronului apendicular sunt: alterarea progresivă a stării generale a bolnavului; febra hectică; creșterea leucocitozei și a gradului de deviere a formulei leucocitare; majorarea dimensiunilor plastronului și intensificarea sensibilității abdominale.

Sinteză: Dr. V.Culiuc