



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 27.05.2016

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

Raport: Abdomenul acut chirurgical: indicații pentru tratamentul intervențional. Conf. Dr. S.Revencu, dr. în științe medicale, Catedra Chirurgie nr.1 "N.Anestiadi", IMSP SCM "Arhanghel Mihail"

Rezumat. Autorul analizează experiența Clinicii pe o perioadă de 5 ani (2011-2015), ce a inclus 87 cazuri de abdomen acut cu sindrom peritoneal. În circa 29% cazuri nu a fost stabilit un diagnostic etiologic. Laparoscopia a fost practică în 14 cazuri. În același timp, se remarcă importanța tratamentului chirurgical imediat în cazurile pacienților cu peritonită ce ar putea suporta intervenția; excepție făcând bolnavii cu diagnostic cert de peritonită pneumococică și streptococică. În cazuri incerte sau de abdomen acut chirurgical fals autorul sugerează utilizarea laparoscopiei diagnostice. Pe perioada analizată au fost efectuate 121 laparoscopii diagnostice. Termenul de "laparotomie albă" a fost aplicat atunci când pacientul a fost operat pentru falsul abdomen acut chirurgical și a supraviețuit ulterior. În cazul decesului după o asemenea operație efectuată cu scop de diagnostic diferențial a fost utilizat termenul "laparotomie neagră". Conform analizei literaturii realizate de către autor în sub 5% cazuri este posibilă "epuizarea" metodelor de diagnostic, laparoscopia impunându-se. În peritonitele primare, de regulă diagnosticul e stabilit postoperator, iar în peritonitele pe fundal de fluid ascitic intervenția laparoscopică va purta de fapt caracter diagnostico-curativ.

În ocluzia intestinală se vor urmări două deziderate majore: reducerea distensiei intestinale și re-echilibrarea hidroelectrolitică, inclusiv includerea antibioticoterapiei. În ocluzia intestinală aderențială pacienții au fost monitorizați imagistic prin enterografii în dinamică, astfel încât operația a fost considerată necesară ulterior doar în 12% cazuri. Autorul atenționează, că în ocluziile acute de colon aspirația va fi inefficientă, iar distensia abdominală va progresa cu riscul dilatării enorme a cecului și apariția chiar a leziunilor necrotice diastatice, cu ulterioară perforație. În diagnosticul diferențial cu ocluzia intestinală necesită a fi considerate enterocolita acută, pseudoobstrucția, precum și rectocolita ulcerohemoragică și boala Crohn.

În perioada studiului au fost tratați 315 bolnavi cu hemoragii gastro-intestinale, dintre care 24 au fost operați. Drept indicație către intervenție urgentă au servit cazurile de hemoragie ce nu au răspuns la măsurile de terapie intensivă urgentă, șocul hemoragic, ulcerul penetrant în artera gastroduodenală. Alte situații ce au necesitat intervenție chirurgicală au fost: imposibilitatea hemostazei în pofida administrării a peste 5 unități de masă eritrocitară timp de 24 ore și imposibilitatea efectuării examenului endoscopic (operația de by-pass gastric

sau rezecții gastrice Billroth-II în anamneză). În respectivele circumstanțe s-a pus în discuție raționalitatea operațiilor de urgență cu identificarea intraoperatorie a sursei sau chiar efectuarea unor intervenții de rezecție "oarbă".

Sindromul abdomenului acut chirurgical cauzat de traumatismul abdominal a fost înregistrat în 127 cazuri. Drept indicație către intervenție de urgență imediată a servit plaga penetrantă în asociere cu starea de șoc (8 cazuri), cu eviscerații sau eliminarea de conținut intestinal ori bilă (17 cazuri). În 22 cazuri a fost efectuată laparoscopia diagnostică. Tratamentul non-operator a fost aplicat în 12 cazuri (însă la 4 pacienți s-a recurs totuși la laparoscopia diagnostică). În caz de contuzie abdominală (72 cazuri) drept indicații către intervenție au servit hemoragia intraperitoneală cu instabilitate hemodinamică (n=37); în alte cazuri fiind încercat tratamentul non-operator (n=35). Autorul conchide că managementul modern este bazat pe un abord strict individualizat, cu indicarea la necesitate a laparoscopiei și, selectarea candidaților potriviți pentru tratament non-operator.

Ictericul mecanic, inclus de către autor în lotul studiat, a fost prezent la 67 pacienți; în circa 1/3 cazuri diagnosticul etiologic nefiind stabilit preoperator. Diagnosticul icterului mecanic include câțiva pași consecutivi, precum examenul clinic și de laborator, ecografia transabdominală (dilatarea căilor biliare intrahepatice și a căii biliare principale). Acestea sunt metodele diagnostice de rutină, care însă, indică doar cu aproximație sediul obstrucției și etiologia de facto. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă și rezonanța magnetică nucleară în regim colangiografic sunt net superioare ca și informativitate, însă spre regret nu sunt posibile în toate cazurile și în orice instituție medico-sanitară publică. În același timp, autorul remarcă, precum că icterul mecanic reprezintă o indicație către intervenția chirurgicală în urgență amânată dacă măsurile diagnostice nu aduc claritate timp de 3-5 zile. Totodată, colangita ictero-uremică (Caroli) solicită tratament chirurgical în regim de urgență imediată. Dificultățile legate de tratamentul icterului mecanic țin de necesitatea certificării în unele cazuri a etiologiei obstrucției biliare doar intraoperatoriu, dar și de selectarea modalității adecvate de tratament (tactica operatorie). În același context se include dilema selectării abordului potrivit: laparoscopic sau deschis? Decizia este bazată pe experiența specialiștilor, dotarea tehnică și disponibilitatea examenului imagistic pe masa de operație. Drenarea căii biliare principale rămâne o condiție obligatorie pentru bolnavul grav.

Sindromul de "tromboză vasculară intraabdominală" reprezintă o situație clinică delicată, deoarece identificarea precoce este foarte dificilă. Autorul sugerează că respectivul sindrom se stabilește deseori în baza doar a unei suspiciuni

clinice consistente, fiind justificate în asemenea circumstanțe angiografia sau chiar laparotomia diagnostică urgentă. Circa 88% dintre pacienții spitalizați au avut vârsta peste 70 ani. Patologiile cardiovasculare asociate și leucocitoza au fost sateliții aproape constanți ai ischemiei mezenteriale. Drept indicații către tratamentul operator au servit ocluzia intestinală, peritonita sau asocierea acestora. În funcție de extinderea gangrenei intestinului amplexarea intervențiilor a fost următoarea: rezecția segmentară de intestin subțire (n=2); rezecția subtotală cu anastomoză L-L în asociere cu rezecția de colon drept și jejunotransversostomie (n=3); rezecția de intestin subțire în asociere cu trombectomie din axul venos portal (n=3); rezecția subtotală de intestin subțire cu anastomoză L-L și trombectomie din sens distal (n=6); rezecția de intestin subțire, colon drept și trombectomie distală (n=2); laparotomie diagnostică (n=2); neoperați (n=3). Mortalitatea postoperatorie a constituit 42,8%, iar cea generală – 50%.

Autorul indică asupra așa-numitei “teorii a situației” în luarea deciziei de a interveni chirurgical (totalitatea circumstanțelor clinico-paraclinice într-un anumit moment).

Concluzii: Sindromul de abdomen acut chirurgical reprezintă o realitate clinică de o gravitate majoră. Tactica chirurgicală constă în stabilirea situației clinice și corespunzător a indicației către tratament chirurgical în urgență imediată, urgență sau urgență amânată. Diagnosticul etiologic și modalitatea tehnico-tactică urmează a fi stabilită intraoperator. Mortalitatea înaltă este motivată de sindromul clinic complex, grav; urgența intervenției și incertitudinile etiologice.

Dezbateri

Prof. Gh.Rojnoveanu: Unele dintre cazurile prezentate de către Dvstră, în contextul stabilirii indicației către operație fără identificarea inițială a etiologiei, par de-a dreptul o aventură. Din care motive, în situații clinice dubioase, nu ați apelat la examinări instrumentale mai complexe, de gen tomografie computerizată, RMN, angiografie etc.? Decizia în favoarea intervenției chirurgicale urgente, luată doar în baza datelor examenului clinic, de laborator și ecografie transabdominală sau radiografie, în condițiile unui Spital Clinic la momentul actual ridică unele întrebări. Cum puteți comenta respectivele decizii? Nu considerați oare că ar fi rațional să direcționați unii dintre bolnavii respectivi spre alte spitale, cu posibilități mai ample de examinare paraclinică; sau să Vă consultați cu colegii din alte instituții?

Conf. S.Revencu: Spre regret, chiar și în condițiile unei Clinici nu întotdeauna există posibilitatea de a examina complex bolnavii cu patologie chirurgicală acută; atunci când se cere o concluzie promptă. Din aceste considerente, nu rareori,

decizia de a interveni chirurgical în condițiile abdomenului acut chirurgical au fost luate în baza “diagnosticului sindromal”. De altfel, utilizând tactica diagnostic-curativă menționată, cazurile clinice au fost rezolvate, în mare parte, cu succes.

Prof. E.Guțu: Terminologic, unele dintre entitățile enumerate de către Dvstră ca părți componente ale “abdomenului acut chirurgical”, nu pot fi acceptate fără echivoc; spre exemplu – hemoragia digestivă. Icterul mecanic în sensul larg, la fel, nu este atribuit, de fapt, abdomenului acut. Vă rog să vă expuneți în acest sens.

Conf. S.Revencu: Literatura studiată de către noi în timpul pregătirii acestui raport reflectă date controversate, pe care ne-am și străduit să le scoatem în discuție. Cazurile clinice prezentate s-au referit la situațiile urgente neordinare în chirurgie, atunci când abordările diagnostice de rutină și măsurile curative conservatorii nu aduc rezultatul scontat – ameliorarea stării într-un interval de timp destul de scurt. În aceste situații am fost impuși să ne decidem la intervenția chirurgicală în regim de urgență sau urgență amânată, având doar un diagnostic sindromal.

Discuții

Prof. Gh.Rojnoveanu: Consider, că în cazurile clinice complexe, cu un diagnostic incert, ar trebui să apelăm la metode imagistice de examinare ce posedă un grad de informativitate mai sporit decât o simplă ecografie transabdominală. Dacă starea bolnavului permite, acesta ar putea fi examinat în condițiile altor instituții medicale sau chiar transferat în secții specializate din cadrul spitalelor cu dotări și posibilități de a examina în regim non-stop bolnavii cu patologii chirurgicale urgente; prin rezonanță magnetică, tomografie computerizată, endoscopie digestivă etc.

Prof. E.Guțu: Vă felicit cu rezultatele clinice pe care le-ați obținut; deși în unele cazuri informația deținută preoperator, cu referință la etiologia și topografia procesului patologic, pare a fi insuficientă, iar tactica respectivă – un pic riscantă. Susțin opinia Profesorului Rojnoveanu, precum că ar fi bine, dacă există asemenea posibilitate, să apelăm la metode imagistice contemporane de diagnostic, fie chiar și în alte centre medicale. Revenind la cazurile prezentate de către Dvstră, mi se pare că nu toate se includ în “abdomenul acut chirurgical”, în acest sens fiind necesară o revizuire a clasificărilor prezentate în literatura internațională. Trombectomie din axul venos mezenterico-portal, și în deosebi din patul distal, deseori se soldează cu eșec tehnic, din motivele unei rate înalte de retromboză. Din aceste considerente, indicațiile către o asemenea operație ar trebui rezervate doar unor cazuri particulare.

Sinteză: Dr. V.Culiuc