

STRATEGII CHIRURGICALE ÎN PANCREATITA CRONICĂ ȘI COMPLICAȚIILE EI*

*Membriu corespondent al AȘM
Vladimir HOTINEANU
USMF „Nicolae Testemitanu”
LCȘ „Chirurgie reconstructivă
a tractului digestiv”*

CHRONIC PANCREATITIS AND ITS COMPLICATIONS - STRATEGY SURGICAL.

Summary: Study includes the results of surgical treatment of 412 patients of chronic pancreatitis and its complications during the period 1990-2012 in Surgical Clinic N2. Operations of choice were following: pancreatojejunoanastomosis (PJA), CDP, toracoscopic splanchnectomy. The complicated cases with pancreatic pseudocyst (PP) - cystpancreatojejunoanastomosis (CPJA) on the loop by Roux external drainage, ultrasound guided puncture of PP, toracoscopic splanchnectomy. PC complicated cases by obstructive jaundice-PJA with cholecysto-oroledocho-jejunoanastomosis(CoCJA) on the splitted loop by Roux, CPJA with CoCJA on the splitted loop by Roux. Remained operations were not followed by postoperative lethality.

Keywords: Pancreas, chronic pancreatitis, wirsungiana hypertension, diagnosis, treatment.

Rezumat: Studiul prezintă rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 412 pacienți cu pancreatită cronică (PC) și complicațiile ei. Operațiile de elecție au inclus: pancreatojejunoanastomoză pe ansa Roux(PJA), duodenpancreatectomie cefalică(DPC), splanhnicectomie toracoscopică. Pentru cazurile complicate cu pseudochist pancreatic(PP)-drenare externă a PP, chistpancreaticojejunoanastomoză(CPJA) pe ansă Roux. În cazurile de PC complicată cu icter mecanic - pancreatojejunoanastomoză(PJA) cu colecistosc sau coledoco-jejunoanastomoză(CsCJA) pe ansă bispiculată a la Roux, CPJA cu CsCJA pe ansă bispiculată a la Roux. Letalitate postoperatorie nulă.

Cuvinte-cheie: Pancreas, pancreatită cronică, hipertensiune wirsungiană, diagnostic, tratament.

Introducere

Incidența globală în continuă creștere a pancreatitei cronice (PC) și complicațiilor ei, implicarea variatelor mecanisme etiopatogenice de dezvoltare, a unor multiple variante anatomoclinice de evoluție, a numeroaselor comorbidități, impunerea diverselor gesturi chirurgicale încadrează această patologie în categoria celor cu risc înalt.

Obiectivele lucrării: Optimizarea tratamentului chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei.

Material și metode de cercetare. Am realizat un studiu retrospectiv care a analizat rezultatele tratamentului chirurgical aplicat la 412 pacienți cu PC și complicațiile ei desfășurat în perioada anilor 1990-2012 în Clinica Chirurgie nr.2 din mun. Chișinău. În studiu au fost incluși 105 (25,29%) pacienți cu diferite forme grave de PC: indurativă 16 (3,88%) cazuri, pseudotumoroasă 31 (7,52%) cazuri, calculoasă 58 (14,07%) cazuri, PC complicată cu pseudochist pancreatic (PP) – 302 (73,3%) cazuri, icter mecanic – 66 (16,02%) cazuri, ascită pancreatică – 16(3,88%) cazuri, stenoză gastroduodenală – 17(4,13%) cazuri, fistulă pancreatică – 12 (2,91%) cazuri. Repartizarea după sex: bărbați – 330 (80,0%), femei – 82 (20,0%). Persoane activ incluse în sectorul de muncă au constituit 386 (93,79%) cazuri. Diagnosticul și tratamentul PC a fost efectuat conform algoritmului elaborat în clinică (fig. 1).

Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al pacienților cu PC și complicațiile ei

Nr.	Indicație chirurgicală	Total	%
1.	Forma dureroasă a PC refractară la terapia medicamentoasă	412	100
2.	PC. Pseudochist pancreatic (PP) PC. PP Complicat cu supurație	243 59	58,98
3.	PC. Suspecție de malignizare	3	0,73
4.	PC. Icter mecanic	39	9,47
5.	PC. PP. Icter mecanic	27	6,55
6.	PC. Stenoză pilorică	17	4,13
7.	PC. Ascită pancreatică	16	3,88
8.	PC. Fistulă pancreatică	12	2,91

Tratamentul chirurgical a avut ca sarcini: decompresia sistemului ductal al pancreasului, reducerea sindromului algic, eradicarea și tratarea complicațiilor PC, operații organomenajate în scop de preservare a funcțiilor exo- și endocrine a pancreasului [2; 3; 15-18]. Intervențiile chirurgicale efectuate pacienților cu PC și complicațiile ei sunt prezentate în tabelul 2.

* Articol scris în contextul cercetărilor, pentru care autorul a fost desemnat membru corespondent al Academiei de Științe a Moldovei, prin decizia Adunării Generale a membrilor AȘM din 6 decembrie 2012.

Drenajul canalului wirsung a fost realizat prin derivația pancreatico-jejunală pe ansă în Y în 105 (25,57%) cazuri. În 14 (13,13%) cazuri când d. wirsung nu a fost dilatat (diametrul d.wirsung $\leq 0,4$ cm) a fost realizată splahnnectomia toracoscopică menită să combată durerea. La 3 (0,73%) pacienți cu suspiecție la malignizare au fost efectuate DPC.

Tabelul 2

Procedee chirurgicale efectuate pentru PC și complicațiile ei

Nr. ord.	Varianta operatorie	Nr. total	%
REZECȚII PANCREATICE:			
1.	DPC	3	0,73
2.	Rezecție pancreatică caudală cu derivație pancreatico-jejunală + splenectomie	2	0,52
OPERAȚII DE DERIVAȚIE INTERNĂ:			
3	PJA pe ansă Roux (Operația Puestow II)	105	25,57
4.	CPJA pe ansă Roux	150	36,41
5.	PJA + colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux	7	1,7
6.	CPJA+colecisto(coledoco)-jejunoanastomoză cu ansă spiculată Roux	27	6,55
7.	Stentare endoscopică a ductului Wirsung	4	0,49
8.	Enuclearea chistului pancreatic	4	0,98
9.	Chistgastrostomie	2	0,49
10.	Fistulo-jejunoanastomoză	2	0,49
11.	Excizia fistulei+PJA	4	0,98
OPERAȚII DE DRENAJ EXTERN:			
12.	Drenare externă a PP	59	14,32
13.	Drenare externă ecoghidată a PP	7	2,22
OPERAȚII DE NEUROLIZĂ:			
14.	Splanhnnectomie toracoscopică	24	5,83
TOTAL		412	100,0

Tratamentul chirurgical al PP a inclus: derivații chisto-digestive, drenajul extern, puncții ghidate, exerezele splenopancreatice cu ablația chistului. Derivațiile pseudochisto-digestive au fost aplicate în funcție de dimensiunile anatomice, localizarea PP, maturitatea peretelui PP, comunicarea PP cu canalele pancreatice majore.

În 25 (11,90%) de cazuri de PP imatur (1-3 luni de la apariție) și 34 (16,19%) de cazuri de PP în curs de maturare (3-6 luni de la apariție) s-a recurs la drenare externă a PP. În îmbolnăvirile de PP matur (6-12 luni de la apariție) s-a recurs la aplicarea CPJA pe ansă a la Roux la 150 (71,43%) de pacienți. În 7 (3,33%) cazuri de apariție a complicațiilor PP s-a recurs la drenare externă ecoghidată a PP.

În 66 (16,02%) de cazuri de PC complicată cu icter mecanic preoperator s-a recurs la decompresie endoscopică a căilor biliare prin diferite modalități: sfincterotomie endoscopică (STE) – 24 (34,95%)

cazuri, stent în calea biliară 24 (34,95%), drenare nazo-biliară – 10 (15,15%) cazuri, litextracție endoscopică 210 (15,15%) cazuri. Soluțiile terapeutice în cazurile de PC complicate cu obstrucții biliare au fost: Colecisto(coledoco) – jejunoanastomoză și PJA pe ansă spiculată Roux aplicate la 5 (15,63%) pacienți și colecisto (coledoco) – jejunoanastomoză și CPJA pe ansă spiculată Roux efectuate la 27 (84,37%) pacienți. În 2 (0,52%) cazuri de PP de dimensiuni mari cu localizare corporeo-caudală pancreatică s-a recurs la pancreatectomie distală, splenectomie, PJA termino-terminală pe ansă izolată Y a la Roux.

Tratamentul chirurgical adresat pacienților cu fistule pancreatice (12 (0,49%) cazuri) a fost în raport cu debitul fistulei (V_{max} mai mare de 500ml/24 ore) și a inclus următoarele modalități de rezolvare: rezecție pancreatică caudală purtătoare de fistulă cu derivație pancreatico-jejunală-2 (16,67%) cazuri, înlăturarea fistulei, PJA-4 (33,33%) cazuri, fistulo-jejunostomie 1 (8,38%) cazuri.

Tratamentul conservator (V_{max} mai mic de 500ml/24 ore) a fost eficace în 4 (33,33%) cazuri (închiderea fistulei sub acțiunea tratamentului cu Octreotid (0,1mg/ml 3 ori subcutan).

Tratamentul chirurgical a permis diminuarea semnificativă (dureri abdominale, semne dispeptice, dereglări de nutriție) sau dispariția (icter mecanic) manifestărilor clinice preoperatorii. Totodată, analiza rezultatelor relevă o creștere a cazurilor de diabet zaharat 6 (1,45%) cazuri, polineuropatie 2 (0,73%) cazuri.

Spitalizarea pacienților a durat în medie 10 +/- 3 zile. Complicațiile p/o precoce au constituit 45 (11,0%) cazuri, iar cele tardive – 21 (5,0%) cazuri. Letalitate în perioada p/o precoce nu am avut.

Soluționarea endoscopică a icterului mecanic în p/o a fost în 15 (3,64%) cazuri, iar în 21 (5,1%) cazuri – prin chirurgie deschisă (colecistojejunostomie – 8 (38,1%) cazuri, coledocojejunostomie – 13 (52,9%) cazuri.

Persistența sindromului algic în PC, ineficacitatea tratamentului conservator a impus efectuarea splahnnectomiei toracoscopice la 14 (3,39%) pacienți.

Investigațiile imagistice și radiologice făcute în perioada p/o au permis vizualizarea anastomozelor pancreato-jejunale și colecisto(coledoco)-jejunale funcționale în toate cazurile. În perioada p/o tardivă (4-11ani), din cauza progresării procesului patologic din pancreas, a patologiilor concomitente a survenit decesul în 9 (2,18%) cazuri.

Evaluarea p/o tardivă (după 20 ani) a evidențiat reabilitarea socială la 376 (92,0%) pacienți, conti-

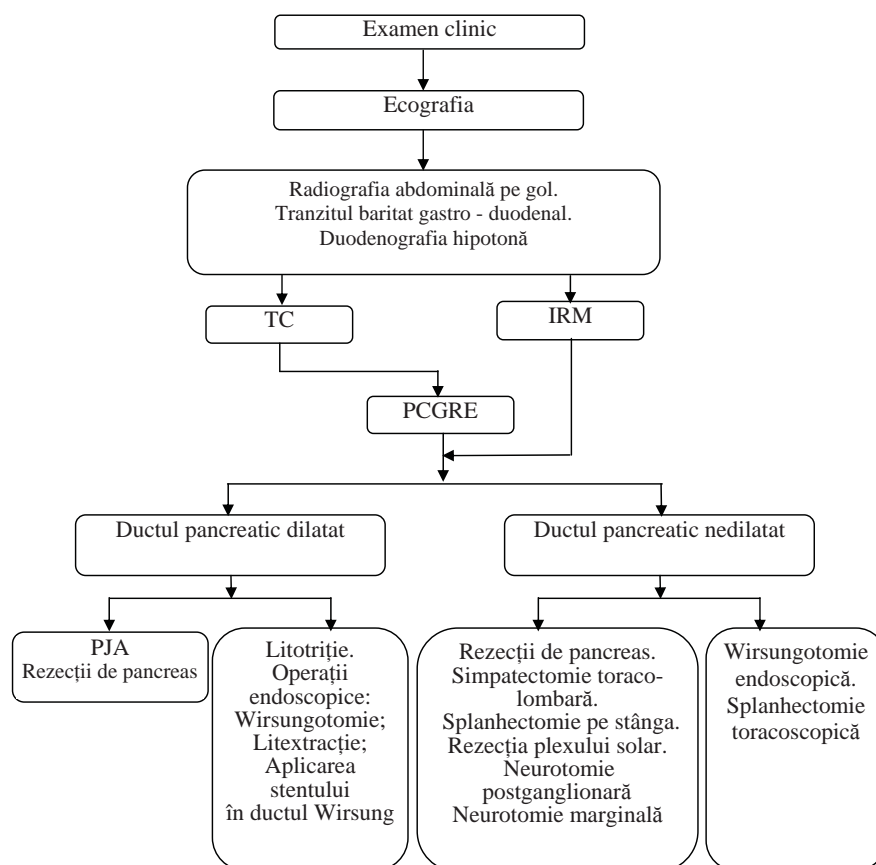


Fig. 1. Algoritm de diagnostic imagistic și tratament al pacienților cu PC

nuarea activității profesionale – în 295 (71,45%) cazuri, o pondere normală – la 350 (84,93%) pacienți. După o evoluție de 15 ani nu mai au dureri 353 (85,75%) pacienți.

Discuții. PC reprezintă o afecțiune cu un potențial evolutiv sever prin durerea invalidantă pe care o determină la toți pacienții, apariția complicațiilor, insuficiența pancreatică exocrină și endocrină și rata crescută a mortalității. Tratamentul chirurgical al PC este indicat pacienților cu durere persistentă, refractară tratamentului medicamentos sau endoscopic, sau în cazul prezentei complicațiilor [10-13].

Obiectivul principal al exerezelor pancreatice în PC îl reprezintă depărtarea țesutului pancreatic inflammat, sclerosat și/sau calcificat, dar care poate duce la insuficiență glandulară și tulburări ale metabolismului glucidic [1; 4-19]. Intervențiile de derivație internă urmăresc reducerea durerii prin micșorarea presiunii intraductale în amonte de un obstacol ductal urmat de distensie. Logica acestor intervenții urmărește nu doar procesul de decomprimare și analgezie chirurgicală, ci și oprirea atrofiei de parenchim pancreatic realizată de imposibilitatea funcționării pancreasului exocrin, deversarea conținutului acinar neputându-se realiza [9-19].

Concluzii

1. Prin evaluarea statistică a factorilor etiologici care determină apariția PC s-a demonstrat că ultima este o patologie multifactorială și cauze cel mai des întâlnite sunt considerate consumul de alcool, dereglările de tranzit duodenal (duodenostaza).

2. Ecografia, ERCP, CT, și IRM în regim standard și dinamic vor fi considerate investigații principis în diagnosticul imagistic și vor determina tactica electivă chirurgicală de tratament.

3. Termenii optimi pentru efectuarea operațiilor de derivație internă sunt 4-6 luni după atacul de PA, după efectuarea tratamentului conservativ complex având ca scop sanarea procesului inflamator cronic nespecific și stabilizarea funcțiilor exo- și endocrine a pancreasului.

4. În cazurile în care 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 este aplicată în 2 etape: 1) Corecția icterului și infecției biliare prin tehnici endoscopice miniinvasive; 2) Asigurarea unui drenaj optimal al bilei și sucului pancreatic în

intestin prin derivații interne coledoco-jejunostomii și pancreato(chistopancreato)-jejunostomii pe ansa bispiculată a la Roux care asigură o decompresie adecvată a sistemului ductal pancreatic.

5. În cazul eșecului farmacoterapiei analgezice și proliferării recidivei durerii în vederea ameliorării calității vieții pacientului se impune splahnicectomia toracoscopică ca metodă alternativă de tratament.

6. În cazul progresării procesului patologic din țesutul pancreatic și dezvoltării insuficienței funcției exocrine a pancreasului pacienții vor avea nevoie de un tratament conservator cu preparate care conțin fermeți pancreatici.

Bibliografie

1. Angelescu, N. Tratat de patologie chirurgicală. București: Editura Medicală, 2001, p. 934-2009.
 2. Beuran, M., Grigorescu M, Pascu O. Actualități în patologia pancreatică. Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitatea „Iuliu Hațieganu”, 2005; p. 196-256.
 3. Bordea, A., Jitea N., Cristian D. et al. Therapeutical approach in bilio-digestive anastomosis failure for benign diseases. Cluj-Napoca, România, 2010:152.
 4. Cazac, A. Diagnosticul și managementul chirurgical al pancreatitei cronice calculoase. Teza de doctorat. Chisinau, 2005:130.
 5. Chris, E Forsmarc, Pancreatitis and its complications, 2005, p.141-143.
 6. Iancu, C., Vlad L., Bălă O., Munteanu D. et al. Duodeno-pancreatectomia în experiența Clinicii Chirurgie III Cluj-Napoca. Quo Vadis, Vol. 4 (1):13-17, 2002.
 7. Ghidirim, Gh., Gherec A., Scerbina R., Suman A. ERCPG and EST in the pathology treatment of biliopancreatics area particularities, prophylaxis of complications. The XXV Congres Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj-Napoca, Romanian, 2010:180.
 8. Lopes, C.V., Pesenti C., Bories E., Giovannini M. Endoscopic ultrasound-guided endoscopic

transmural drainage of pancreatic pseudochists; Arg. Gastroenterol 2008; 45(1):17-21.

9. Miciliț, F., Vărcoș, F. Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii. Timișoara: Editura Orizonturi Universitare, 2005, p.43-68.

10. Neamțu, Carmen. Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas. Teza de doctorat. Chișinău, Moldova, 2006:140.

11. Pop, Gh. Pseudochist pancreatic. Cluj-Napoca: Editura Mega, 2007, 160 pag.

12. Popescu, I., Tratat de chirurgie. Vol. IX. Partea a II-a. Chirurgie generală. Patologia ficatului. Bucuresti: Editura Academiei Române, 2009, p. 397-551.

13. Răzeșu, V. Chirurgie generală. Ed. Răzeșu, România, 2004:571-580.

14. Seicean, Andrada, Pancreatita cronică-abordare actuală, Cluj-Napoca, 2009, p.130-162.

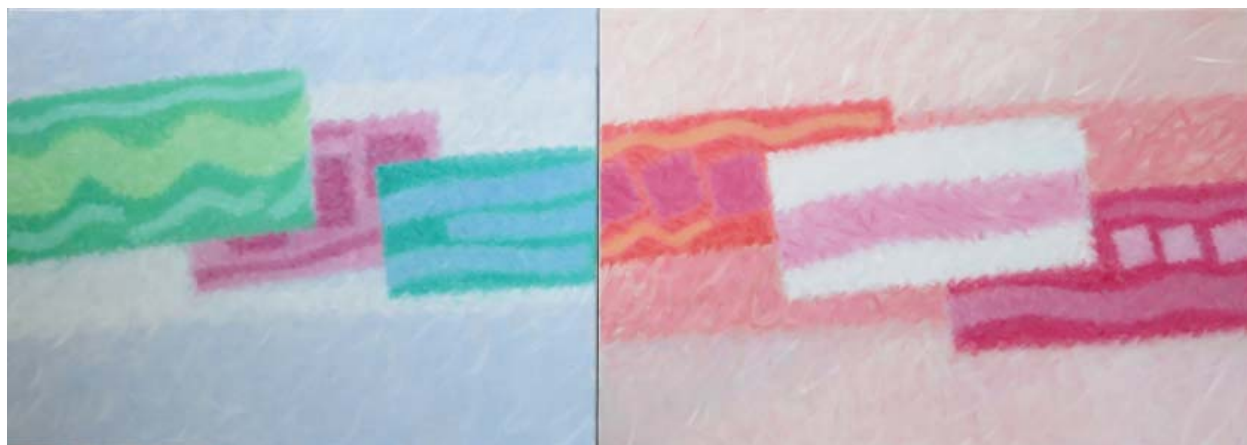
15. Hotineanu, V., Hotineanu A., Cazac A. etc. Chirurgie – curs selectiv, Chișinău, CEP Medicina, 2008, p. 490-537.

16. Hotineanu, V., Cazac, A., Hotineanu A., Current surgical management and treatment of chronic pancreatitis and you complications, Chirurgia, supliment, rezumate, Congresul Național de Chirurgie, ediția a XXV, numar special, Editura Celsius, 2010, p.190.

17. Даценко Б.М., Тамм Т.И. Клинико-морфологическое обоснование выбора методики хирургического лечения хронического панкреатита. Вісник морської медицині № 2, Одеса, Украина, 2003:121 124

18. Дука Р.В. Отдаленные результаты оперативно-го лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита. Вісник морської медицині № 2, Одеса, Украина, 2003:157.

19. Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Припа В.М., Котонец А.П. К вопросу диагностики и лечения хронического кальцифицирующего панкреатита. „Вісник морської медицині”, Одеса, Украина, 2003, (2):325 – 32.



Mihai Țăruș, *Geometria dragostei*, u/p, (800×1100)+(800×1200 mm), 2011