

## CRITERII DE RISC INTRAOPERATOR AL PANCREATITEI ÎN OPERAȚIILE RADICALE PENTRU CANCERUL GASTRIC (PROFILAXIA ȘI TRATAMENTUL)

Nadejda Corobcean<sup>1</sup>, Nicolae Ghidirim<sup>1</sup>, Lilian Antoci<sup>2</sup>, Lorena Mednicov<sup>2</sup>,  
Tudor Rotaru<sup>1</sup>, Lilia Codrean<sup>1</sup>

Catedra Hematologie-Oncologie și Terapie de Campanie, USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>1</sup>,  
IMSP Institutul Oncologic, Secția Gastrologie<sup>2</sup>

### Summary

#### *The intraoperatively risk criteria of pancreatitis in radical operation for gastric cancer (prophylaxis and treatment)*

The problem of treatment the patients with postoperative acute pancreatitis in inpatient is a very difficult problem in surgical gastroenterology. The incidence of this disease is in the permanent increase, more after gastric surgery performed in the cancer. Our study group is composed from 37 patients with gastric cancer after radical surgery. This patients was divided in a 2 big study group. The study was based on the detected the  $\alpha$ -amilaze in the serum before surgery, during the surgery and in the first 3 days after surgery. Was studied the PAPO evolution in depended of topografic the tumor, the raport with other organs, morfological form and type of the surgery.

### Rezumat

Problema tratamentului în staționar a pacienților cu pancreatită acută postoperatorie este una dintre cele mai dificile în gastroenterologia chirurgicală. Incidența acestei patologii este în permanentă creștere, preponderent după operațiile pe stomac, efectuate pe motiv de cancer. Grupul nostru de studiu este constituit din 37 pacienți cu cancer gastric operați radical. Acești pacienți au fost repartizați în 2 grupuri mari de studiu. Studiul s-a bazat pe aprecierea indicelui  $\alpha$ -amilazei serice preoperator, în ziua operației și în primele 3 zile postoperator. S-a studiat evoluția PAPO în dependență de sediul tumorii, raportul cu alte organe, forma morfologică și volumul intervenției chirurgicale.

### Actualitatea

Una dintre sarcinile gastroenterologiei chirurgicale este nu doar asigurarea rezultatelor pozitive nemijlocite, dar și a condițiilor pentru reabilitarea pacienților în perioada postoperatorie precoce și evitarea complicațiilor postoperatorii. Problema tratamentului în staționar a pacienților cu pancreatită acută postoperatorie este una dintre cele mai dificile în gastroenterologia chirurgicală. PAPO (pancreatita acută postoperatorie) este una dintre cele mai severe și greu prognosticabile complicații în chirurgia abdominală. Incidența acestei patologii este în permanentă creștere, preponderent după operațiile pe stomac, efectuate pe motiv de cancer.

Conform datelor unor autori, frecvența PAPO la această categorie de bolnavi reprezintă în mediu 4,6-30% (Порсэмбскнй О.Б., Кулик Л.Н., Кофман Э.П., Чипин Е.И., 1971; Chen YJ, Ikei S. 1996). Rezultatele relatate mărturisesc frecvența înaltă și rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului PAPO, ceea ce ne demonstrează cifrele înalte ale letalității postoperatorii - 28,6 - 57,6 %. (Томашук Ц.П., Петров В.П., Томашук ИМ, Беляева О.А., 2003; Полушин Ю.С., Сухоецкнй А.В., Сурков М.В., Пашенко О.В., Широков Д.М., 2003). Complicațiile pancreatogene în chirurgie se înregistrează cu o frecvență ascendentă între 0,5 și 20,1% (Лупальцев 1982; Савельев и др. 1983; Тоскин 1988; Шалимов 1984, 1987), în chirurgia cancerului gastric - 16-21% (Бердов Б.А. и соавт. 1999; Воздвиженский М.О. и соавт. 2000).

I-Ming Kuo, Frank Wang, Keng-Hao Liu, Ji-Jin Ian. (2009) relatează despre incidența PAPO după gastrectomii până la 7,4%, iar după rezecții gastrice subtotale până la 0,8%, mortalitatea prin PAPO constituind 33,3%.

Operațiile lărgite pe stomac au condus la creșterea frecvenței PAPO de la 11% până la 16%. Conform datelor oferite de V.I. Cisov și colab. (1999) operațiile combinate în cancerul gastric au sporit incidența PAPO de 3,2 ori, iar limfodisecția lărgită – de 3-4 ori. În conformitate cu datele lui M.I. Davîdov și colab. (2000), operațiile lărgite pe stomac, combinate cu limfodisecții (LD), au condus la creșterea frecvenței PAPO de la 11% până la 16%. V.A. Kubâșkin și V.V. Vișnevskii (2003) consideră că multe date statistice nu oglindesc frecvența reală a dezvoltării PAPO, dat fiind faptul că este imposibil de diferențiat cu certitudine modificările din parenchimul pancreatic, mai ales în forma edematoasă (interstițială) de inflamație a lui.

Letalitatea în PAPO reprezintă 50-85% (Земсков и соавт. 1982; Шалимов и соавт. 1984). Mulți autori relatează că letalitatea în cazul necrozei acute pancreatice, pe parcursul ultimelor decenii, nu are tendință de micșorare și constituie 30-40% (Bank S. 2002; Wroblewski D. 1999). V.A. Cernîi și I.B. Șcepotin (1987) susțin, că principala cauză ce condiționează sfârșitul letal în cadrul gastrectomiilor este pancreonecroza. În monografia lui M. Sigal și F. Ahmetzeanov (1987) sunt relatate datele a 19 publicații cu privire la letalitatea postoperatorie în cancerul gastric. 9 dintre ele relevă PAPO ca primă cauză a letalității. Mortalitatea este condiționată de efectul pancreatitei asupra organelor situate la distanță de loja pancreatică cu dezvoltarea insuficienței circulatorii, respiratorii, renale, hepatice, insuficienței intestinale (pareza tractului gastro - intestinal), dereglărilor de coagulare (Adler G. 2006; Wemer J. 2006).

Unii autori sunt adepții tratamentului conservativ, pe când alții - a tacticii chirurgicale active (Полушин Ю.С., Суховеший А.В., Сурков МВ., Пашенко О.В., Широков Д.М.2003; Томашук И.П., Петров В.П., Томашук И И, Беляева О.А., 2002).

La momentul actual, în literatură, nu este elucidat pe deplin rolul limfodisecțiilor în dezvoltarea PAPO la pacienții cu cancer gastric operați. Nu este clar nici aprecierea gradului de risc în declanșarea PAPO în splenectomii în cancerul gastric. Nu există metode profilactice certe ale PAPO, recomandate pe toată perioada tratamentului, inclusiv perioada de până la operație, în timpul operației și pe parcursul perioadei postoperatorii precoce. Hiperfermentemia (HFE) va depinde de extinderea tumorii și de traumatismul intraoperator (dezaderarea tumorii de la pancreas, splenectomii cu secționarea arterei caudale ce emerge din artera lienală la nivelul hilului splenic, rezecția de corp și coada pancreasului, inclusiv, leziuni accidentale), de tendințele contemporane direcționate spre radicalism (ablative chirurgicale) – limfodisecțiile și de profilaxia intraoperatorie a PAPO.

Tactica tradițională de supraveghere a pacienților cu această patologie nu satisface pe deplin cerințele chirurgilor. E necesară perfectarea metodelor de diagnostic, tratament și profilaxie a PAPO, la fel și implementarea noilor metode, bazate, în special, pe studierea mecanismului patogenetic al PAPO și pe legitățile de bază ale răspândirii locale și sistemice a patologiei. Astfel apare necesitatea implementării unui program orientat spre optimizarea metodelor de diagnostic, profilaxie și tratament al PAPO.

Tratamentul conservativ contemporan realizează următoarele sarcini: jugularea durerii, ameliorarea microcirculației în pancreas, combaterea șocului și restabilirea homeostaziei, inhibarea secreției exocrine și activității fermenților pancreatici, combaterea toxemiei, reglarea funcției pulmonare, cardiace, renale, hepatice, profilaxia și tratamentul complicațiilor.

Majoritatea autorilor consideră două verigi eficiente în tratamentul fazei de edem al pancreatitei acute:

1. Blocarea sau inhibarea fermenților activi cu supresorii de proteaze (Contrical, Gordox), sau cu remedii ce acționează asupra mediatorilor inflamației, pentru a anihila răspunsul inflamator sistemic.
2. Inhibarea secreției exopancreasului, pentru a crea „repausul” organului, cu scopul evitării sintezei, secreției și activării ulterioare a fermenților digestivi.

Cu regret, prima verigă s-a dovedit a fi neeficientă, ceea ce e demonstrat prin multiple studii, ce denotă lipsa efectului pozitiv veridic statistic în urma tratamentului cu antienzimatice [20, 35, 53, 44, 76, 83]. Inhibitorii secreției pancreatice, (Somatostatina, Sandostatina, Octreotidul, Ulinastatina) sunt în centrul atenției ultimelor trei decenii și, luând în considerare influența lor asupra exopancreasului s-a presupus, că administrarea lor va oferi un “repaos” funcțional adecvat al glandei, astfel favorizând rezultatele tratamentului pancreatitei acute. Nu există în literatură, la momentul actual, o părere unanimă despre eficacitatea Somatostatinei și analogilor săi. Astfel, Sandostatina și Octreotidul au fost verificate în câteva modele experimentale de PA, cu rezultate ulterioare contradictorii, uneori nesatisfăcătoare [27, 54, 57, 70, 86], altele mai promițătoare [13, 15, 16, 43, 49, 63, 73]. Unii autori recomandă terapia cu Sandostatină în perioada maximal precoce de evoluție a bolii (V.A. Cubîșchin, V. A. Vișnevschii 2003; Jonson C. H. et al., 1999; Wyncoll D. L., 2000).

Toate cele expuse mai sus trezesc interesul pentru PAPO întâlnită frecvent în chirurgia oncologică, cu incidența potențial în creștere, datorită lărgirii radicalismului operator contemporan. Scopul studiului este profilaxia și tratamentul precoce cu aprecierea corelației dintre incidența PAPO și volumul chirurgical efectuat. Volumul operator depinde, în principiu, de localizarea și răspândirea locală a tumorii gastrice. Gradul de răspândire locală a tumorii va dicta dificultățile tehnice intraoperatorii și, respectiv, volumul traumatismului intraoperator al pancreasului.

### Materiale și metode

Grupul nostru de studiu este constituit din 37 pacienți cu cancer gastric operați radical. În toate cazurile s-a apreciat indicele  $\alpha$ -amilazei serice preoperator, în ziua operației și în primele 3 zile postoperator. Iar lipaza s-a determinat începând cu a doua zi postoperator doar la grupul de pacienți care au suportat operații lărgite, combinate și mixte. Monitorizarea ulterioară a fermenților pancreatici a continuat doar în cazul menținerii valorilor acesteia peste limitele normei până la normalizare.

Tuturor pacienților incluși în studiu li s-a administrat intraoperator Sandostatină 0,1mg s/c cu scopul profilaxiei PAPO. Postoperator tratamentul cu Sandostatină și Contrical a fost diferit, în funcție de posibilitățile de asigurare cu aceste medicamente și în funcție de necesitate.

Repartizând pacienții conform sexului, vârstei și stadiului clinic al cancerului gastric, constatăm următoarele: vârsta predilect afectată variază între 40-60 de ani, preponderent este sexul masculin, iar stadiul clinic reprezintă T3N1-2M0 și T4N1-3M0. Vezi tab. N1

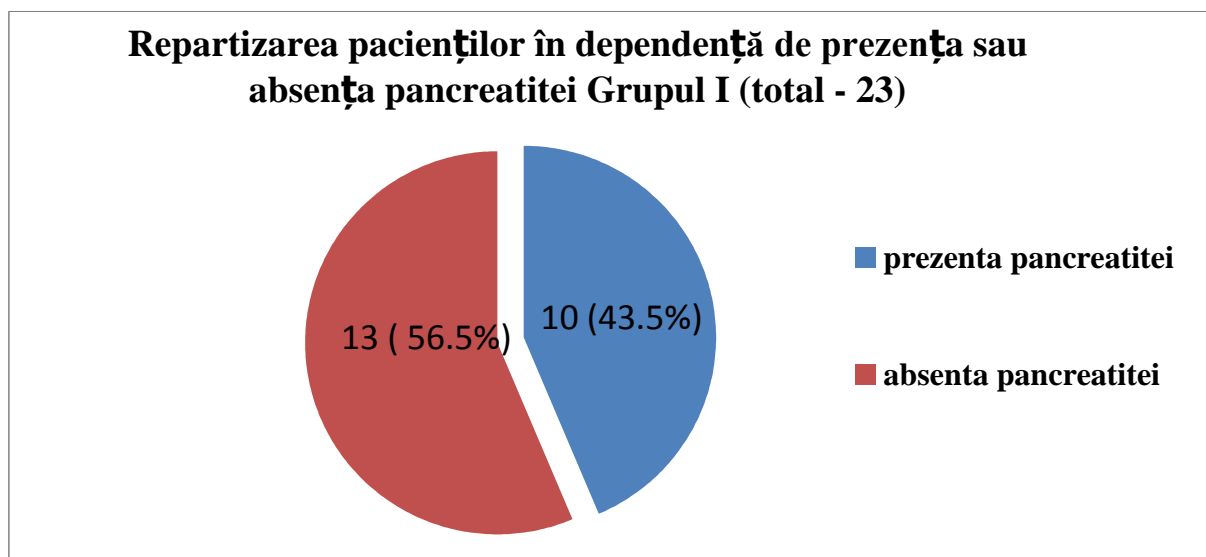
Tabelul 1

	≤20		21 –30		31 –40		41 –50		51 – 60		61 –70		71 – 80		>80		Total
	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	
T1N0M0									1								1
T1N1M0																	
T2N0M0									1	1							2
T2N1M0																	
T2N2M0																	
T3N0M0							1	1				1					3
T3N1M0					1						3		1				5
T3N2M0							4										4
T3N3M0												1					1
T4N0M0									1			1					2
T4N1M0					1				2								3
T4N2M0						1	1	1	2	1		1					7
T4N3M0					2		1		2	1	3						9
Total					4	1	7	2	9	3	6	4	1				37

## Discuții

Pentru început am examinat 2 grupuri de bolnavi, în funcție de volumul intervenției chirurgicale: Grupul I este constituit din 23 de pacienți care au suportat operații clasice (Rezecții gastrice subtotale(RGS), gastrectomii(GE), excizii de bont gastric(EBG). În acest grup de studiu din cei 23 de pacienți operați, în 43.5% s-a înregistrat o dezvoltare a pancreatitei postoperatorii determinată prin valorile amilazemiei, iar în 56.5% perioada postoperatorie a decurs fără particularități (diagrama 1).

Diagrama 1



În ceea ce privește tabloul morfologic am constatat următoarele: 17 cazuri (73,91%) – adenocarcinom moderat diferențiat; 4 cazuri (17,39%) – adenocarcinom slab diferențiat; 2 cazuri (8,69%) - carcinom nediferențiat cu celule în “inel cu pecete”.

Conform localizării tumorii: 10 cazuri (43,47%)- antrală. În 6 cazuri din ele tumora s-a răspândit la peretele posterior gastric; 8 cazuri (34,78%) – corpul gastric. În 4 din ele – afecția peretelui posterior gastric; 3 cazuri (13,04%) – corp și proximal cu afecția esofagului, 2 cazuri din ele cu afecția peretelui posterior gastric; 2 cazuri (8,69%) - bontul gastric.

În total au fost 12 cazuri (52,17%) cu afectarea peretelui posterior. În 9 cazuri (75%) dintre ele s-a apreciat implicarea capsulei sau a parenchimului pancreatic intraoperator, iar în 5 cazuri (55%) dintre ele, perioada postoperatorie, s-a complicat cu pancreatita acută. Astfel, în 5 cazuri (41,66%) din cele 12 cazuri cu afecția peretelui posterior, s-a declanșat pancreatita.

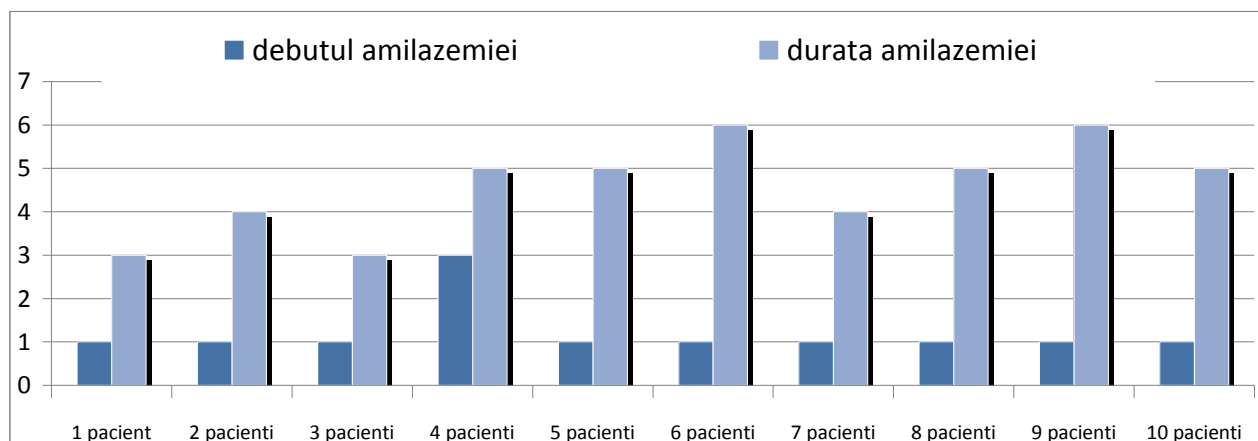
Cât privește răspândirea tumorii către alte organe, prezintă interes 2 cazuri în cadrul cărora intraoperator s-a depistat aderarea tumorii gastrice la mezocolon, dar, care nu s-au complicat cu PAPO. Dintre cele 3 cazuri asociate cu adenopatie regională (1 caz cu aderarea la mezocolon), numai un caz a manifestat PAPO, iar tratamentul postoperator a fost nespecific. Și, în cele din urmă, au fost 4 cazuri fără implicarea tumorală a pancreasului, sau a altor organe, fără adenopatie regională și în toate 4 cazuri nu s-a declanșat pancreatita.

În total au fost 12 cazuri (52,17%) din 23, fără manifestarea HFE. Acest grup este format din, amintim, cele 4 cazuri fără semne de implicare tumorală a pancreasului sau a altor organe din apropiere sau adenopatie regională; 3 cazuri cu aderarea tumorii la capsula pancreasului; cele 2 cazuri unice cu implicarea mezocolonului; 1 caz cu proces aderent; 1 caz cu adenopatie regională și 1 caz mixt.

Dinamica amilazemiei postoperatorii la cei 10 pacienți l-a care s-au înregistrat valori majorate a acesteia, în dependență de debutul și durata amilazemiei este redată în diagrama Astfel, debutul amilazemiei în 9 cazuri (90%) a fost imediat in perioada postoperatorie sau în pima zi după intervenție chirurgicală. Numai într-un singur caz (10%) valorile crescute ale amilazei serice s-au depistat la ziua a 3 după operație. La acești pacienți valorile amilazei s-au

menținut majorate până la a 3 – 6 zi în dependență de volumul intervenției chirurgicale. (vezi diagrama 2)

### **Dinamica amilazemiei grupului I (operații clasice) în dependență de debutul și durata amilazemiei**



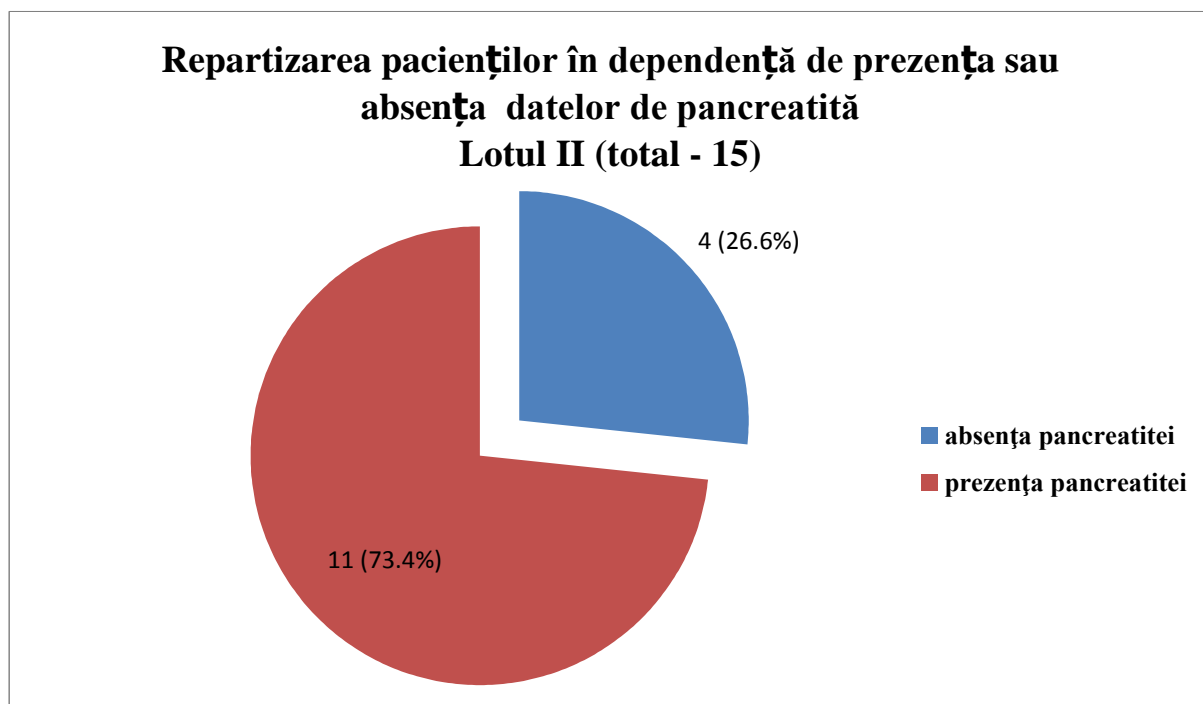
Trebuie de menționat faptul, că în 9 cazuri clinice, postoperator, cu scop de tratament s-a administrat Sandostatină într-o priză unică, suficientă pentru inhibarea exopancreasului; în 2 cazuri, în perioada postoperatorie, s-a administrat tratament nespecific, suficientă fiind profilaxia intraoperatorie, iar într-un caz cu proces aderențial și adenopatie regională, tratamentul postoperator a fost efectuat doar cu Contrical, administrat timp de 2 zile într-o priză.

În 11 cazuri (47,82) din numărul total de pacienți operați clasic, au înregistrat elemente de PAPO. Debutul s-a constatat în primele 24 ore (în ziua operației la 5 pacienți, la prima zi postoperatorie – la 5 pacienți) și la a III zi p/o – la un pacient, care nu a primit tratament cu Sandostatină. Durata HFE în cele 10 cazuri din 11, s-a dovedit a fi direct proporțională cu regimul de administrare a Sandostatinei în perioada postoperatorie. Astfel, în 4 cazuri, durata HFE a constituit maxim 2 zile, datorită, probabil, administrării Sandostatinei, chiar din ziua operației în 2 prize. În 5 cazuri HFE a durat 3-4 zile, iar Sandostatina a fost administrată doar începând cu prima zi p/o, în priză unică. Cu excepția unui caz cu administrarea Sandostatinei din ziua operației și un caz cu administrarea Sandostatinei în 2 prize, dar, începând cu prima zi p/o. Implicarea și aderarea la pancreas s-a constatat în, 2 cazuri, perioada HFE constituind 5 zile. În primul caz, administrarea Sandostatinei a fost inițiată începând cu ziua operației, însă, doar în priză unică. 4 zile următoare s-au administrat preparate antienzimatice, în ciuda faptului că la a II zi postoperatorie, acestui pacient i s-a efectuat relaparotomie cu drenarea cavității abdominale pe motiv de pancreatită acută hemoragică și pancreonecroză, iar readministrarea Sandostatinei a continuat din ziua a V a perioadei postoperatorii până la a VII zi. În cazul al doilea Sandostatina, s-a administrat 3 zile la rând în 2 prize, dar începând cu prima zi postoperatorie. Astfel conchidem, că în cazurile cu limfadenopatie regională și/sau implicarea nemijlocită a pancreasului în procesul tumoral, începând cu aderarea tumorii și finisând cu invazia în organ, Sandostatina trebuie administrată în 2 prize în ziua intervenției chirurgicale și primele 2 zile postoperatorii. Ulterior administrarea poate fi sistată, sau continuată în priză unică, în funcție de valorile HFE.

Grupul II este format din 15 pacienți care au suportat operații lărgite, combinate și mixte.

### **Discuții**

În grupul II de studiu pancreatita postoperatorie s-a înregistrat în 11 cazuri (73.4%) din cei 15 pacienți operați, iar în 4 cazuri (26.6%) careva date de prezență a pancreatitei postoperatorii pe toată perioada aflării în staționar a pacienților nu s-a înregistrat. (vezi diagrama 3). Datele de prezență sau absență a pancreatitei s-au depistat prin determinarea valorilor serice a amilazei și lipazei.



Astfel, din cei 11 pacienți cu pancreatită dezvoltată postoperator, valori crescute ale amilazei serice s-au determinat imediat în perioada postoperatorie sau în prima zi după intervenție chirurgicală în 10 cazuri (90.9%), numai într-un singur caz amilazemia se dezvoltă tardiv în ziua a 3 postoperator. De asemenea, tot pe parcursul primei zile postoperatorie, în 5 cazuri (45,45%) valorile amilazei au revenit la normal. La 3 pacienți (27,3%) din cei 11, indicii crescuți ai amilazei s-au menținut până la ziua 3-4. Cu toate că în majoritatea cazurilor amilazemia a cedat până în a 4 zi postoperator, totuși în 3 cazuri (27.3%) aceasta s-a menținut majorată până în ziua a 8.

Conform tabloului morfologic au fost înregistrate următoarele tipuri histologice: în 6 cazuri, ceea ce constituie 40%, adenocarcinomul moderat diferențiat; în 3 cazuri (20%) - adenocarcinomul slab diferențiat; în 5 cazuri (33,33%) – carcinomul nediferențiat, 3 cazuri - cu celule în “inel cu pecete” și un caz (6,66%) – limfom nonHodgkin cu afecție gastrică.

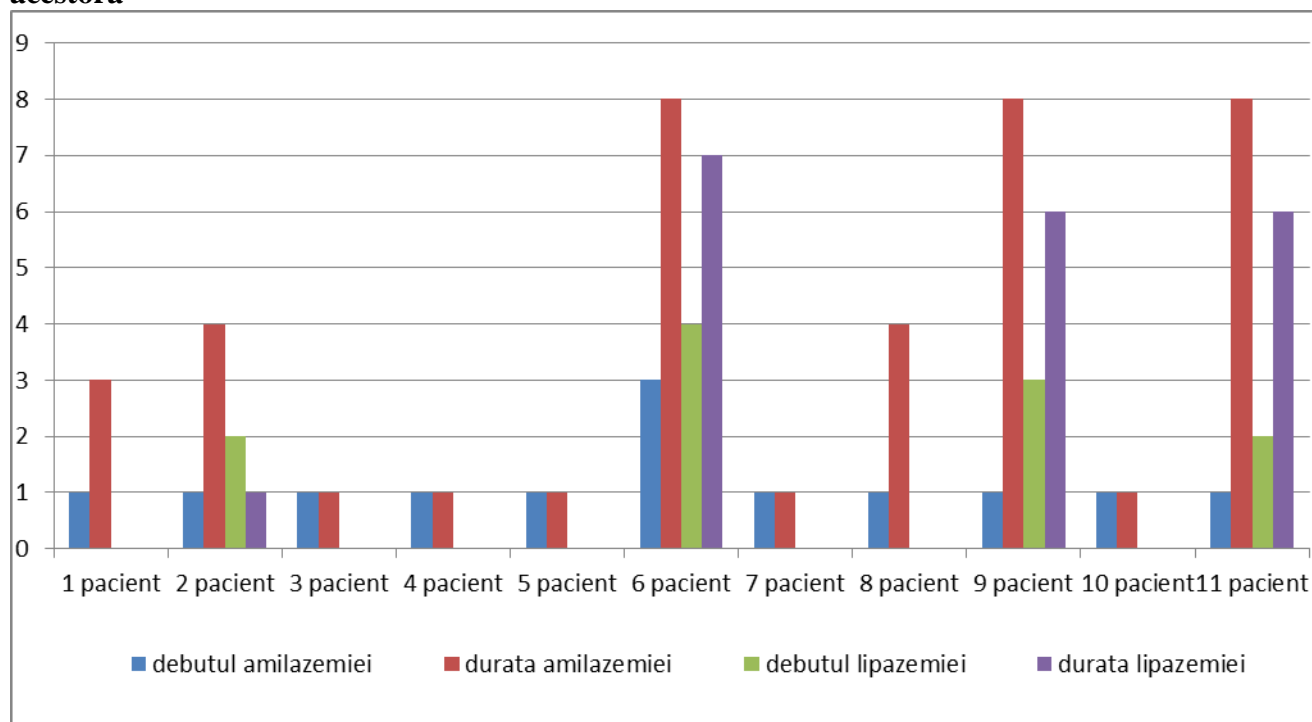
În funcție de localizarea tumorii gastrice (afectarea peretelui posterior gastric) și limfadenopatia regională, s-au înregistrat următoarele: în 9 cazuri (60%) din 15, s-a depistat adenopatia regională cu invazia stațiilor ganglionare 1-11, ce corespund LD-D2, iar în 4 cazuri (26,66%), invazia ganglionară a fost asociată cu implicarea tumorală a pancreasului. Implicarea pancreasului, fără alte semne de invazie locală s-a constatat în, doar, 2 cazuri (13,33%).

Invazie tumorală în alte organe s-a constatat în 8 cazuri: 2 – în mezocolon, 2 – în ficat, 2 – în diafragm și respectiv câte 1 caz – în splină, colon transvers și duoden. În 4 cazuri clinice (26,66%) perioada postoperatorie nu s-a manifestat cu pancreatita acută. Debutul HFE în restul cazurilor (11- 73,33%) a variat: în ziua operației - 8 cazuri; în prima zi postoperatorie - 2 cazuri și 1 caz – la a III zi postoperator.

În ceea ce privește valorile lipazei serice în grupul II de studiu, numai la 4 pacienți (36.4%) s-a înregistrat o lipazemie majorată cu valori diferite privind debutul și durata acesteia, cu un debut de la 1-4 zi și o durată mai îndelungată comparativ cu indicii amilazei, până la a 6-7 zi postoperator. (vezi diagrama 4).

Diagrama 4

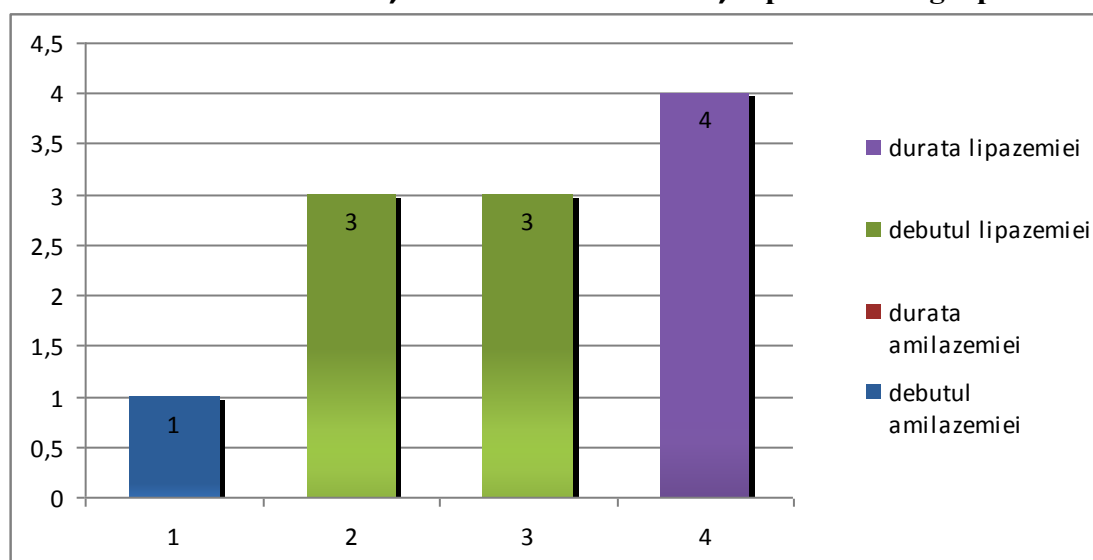
**Dinamica amilazemiei și lipazemiei grupului II în dependență de debutul și durata acestora**



Amilazemia în grupul II de studiu s-a depistat în mediu în ziua a 1 cu o durată de circa 3 zile, iar lipazemia s-a determinat majorată începând cu a 3 zi cu o durată medie de persistență de circa 4 zile. (vezi diagrama 5)

Diagrama 5

**Durata medie de debut și durată a amilazemiei și lipazemiei în grupul II**



Vom analiza cazurile clinice, în funcție de tipul operațiilor (lărgite, combinate, lărgite și combinate):

Operații radicale combinate s-au efectuat la 5 pacienți: 2 gastrectomii combinate cu splenectomii (GE cu SE); o GE cu rezecție atipică de ficat; o rezecție gastrică subtotală (RGS) cu rezecția mezocolonului; o RGS cu ovariectomie. Două cazuri similare, însă un caz nu s-a complicat cu PAPO, cu toate că în perioada postoperatorie s-a administrat doar antienzimatice fără Sandostatină. Iar în cazul doi, intraoperator s-a constatat decapsularea splinei în timpul

aderolizei. Debutul HFE a fost în prima zi p/o și a durat o zi. Perioada postoperatorie, ulterior s-a complicat cu fistulă pancreatică la a VIII zi, confirmată prin eliminările necrotice pe drenul plasat în loja splinei. Sandostatina administrată în 2 prize în ziua operației și, cel puțin, 2 zile postoperator, probabil rezolva cazul. GE cu rezecție atipică de ficat nu s-a complicat cu PAPO, iar tratamentul a fost nespecific, în ciuda faptului, că intraoperator s-a constatat aderarea tumorii la pancreas. RGS cu rezecția mezocolonului, în cadrul căreia s-a constatat invazie în mezocolon și pancreas, HFE a durat o zi, probabil, datorită administrării corecte a Sandostatinei. RGS cu ovariectomie, în cadrul căreia s-a constatat aderare în duoden, pancreas și mezocolon, durata HFE a fost de 7 zile, iar tratamentul cu Sandostatină - inițiat în ziua operației în priză unică, ulterior - în 2 prize.

Operații radicale lărgite au suportat 5 pacienți: 2- RGS cu LD-D2 și 3 GE cu LD-D2, 2- efectuate prin abord transtoracal. Ambele cazuri cu RGS cu LD-D2, în perioada postoperatorie au decurs fără declanșarea PAPO. Mai mult de atât, în cazul asociat cu proces aderențial pronunțat, Sandostatina a fost administrată o zi în priză unică și s-a dovedit a fi suficientă pentru inhibarea exopancreasului. Două cazuri clinice în volum de GE cu LD-D2 sunt identice, prin circumstanțele intraoperatorii ale tumorii (adenopatie stațiunilor 1-11), iar tratamentul cu Sandostatină a durat într-un caz o zi și în alt caz 2 zile. Durata HFE în ambele cazuri a constituit o zi. În cel de-al treilea caz a fost asociat cu invazia pancreasului, iar tratamentul a continuat 3 zile și durata HFE s-a limitat cu o zi.

Operații radicale lărgite și combinate s-au efectuat 3, dintre care 2 - prin abord transtoracal. Un caz (GE în bloc cu splina și LD-D2), caracterizat prin adenopatie regională (st.1-11) cu invazia pancreasului, a manifestat HFE 3 zile. Tratamentul a durat 2 zile cu Sandostatină și 3 zile cu administrări de Lidocaină 2%-6,0, prin cateter peridural. Într-al doilea caz (GE TT în bloc cu splina și LD-D2) adenopatia regională (st.1-11) s-a asociat cu implicarea tumorii în diafragm, iar durata HFE a fost de 7 zile, și, numai datorită tratamentului doar cu antienzimatic. Și ultimul caz (GE TT cu SE și LD-D2), în cadrul căreia s-a constatat adenopatie regională (st.1-11), tratat postoperator timp de 7 zile cu Sandostatină, în primele 5 zile cu administrare în 2 prize, a manifestat o HFE durabilă în pofida tratamentului efectuat, corect după părerea noastră.

În cele din urmă prezentăm 2 cazuri cu intervenții chirurgicale ce includ rezecții de pancreas, respectiv un traumatism intraoperator mult mai sever, decât în cazurile descrise mai sus. Primul caz (GE TT în bloc cu corpul, coada pancreasului și splina, LD-D2. Rezecția cuneiformă a colonului transvers), caracterizat intraoperator prin invazie tumorală la pancreas, adenopatia regională (st.1-11), și un implant tumoral (1cm) în colonul transvers, a manifestat HFE doar timp de 3 zile. Este un rezultat satisfăcător, pentru o leziune atât de majoră, datorită tratamentului relativ corect inițiat doar la I zi p/o, dar care a durat 4 zile, cu administrarea Sandostatinei în 2 prize. În cazul al doilea în volum de excizia bontului gastric în bloc cu splina și rezecția cozii pancreasului, s-a constatat invazia în pancreas, splină, diafragm și adenopatie regională (st.1-11). HFE a durat timp de 2 zile. Tactica terapeutică nu a inclus Sandostatina în 2 prize, începând cu ziua intervenției, însă s-a administrat suficient în următoarele 4 zile. Dar la ziua a XIII a perioadei postoperatorii, s-a efectuat relaparotomie cu lavaj și drenarea cavității abdominale pe motivul declanșării pancreatitei acute hemoragice a bontului pancreasului și pancreonecroză. Intraoperator s-a depistat peritonită fibrino-hemoragică.

### **Concluzii**

1. Afectarea peretelui posterior gastric cu implicarea pancreasului a condus la declanșarea PAPO în 41,66% cazuri, iar limfadenopatia regională și implicarea altor organe, decid volumul chirurgical lărgit, ce majorează riscul PAPO. Astfel este justificată, nu doar profilaxia peroperatorie cu Sandostatină, ci și tratamentul precoce. Implicarea pancreasului în procesul tumoral nu întotdeauna provoacă PAPO, chiar în prezența unei medicații nespecifice.
2. Debutul HFE în ziua operației, în operațiile clasice a fost înregistrat în 45,45%, în timp ce în cadrul operațiilor lărgite, combinate și mixte - în 8 cazuri (72,72%), ceea ce se explică prin



traumatismul mai sever al pancreasului. Dacă valorile  $\alpha$  – amilazei serice sunt la limita normei în ziua operației, aceasta nu exclude majorarea lor în prima zi postoperator, deci, este argumentată administrarea Sandostatinei, începând cu ziua operației.

3. Durata HFE, în mare măsură va depinde de volumul intervențiilor chirurgicale și tratamentul precoce. Astfel în grupul I de pacienți (vezi diagrama 1) a variat între 2 și 5 zile, în timp ce în grupul II de pacienți (vezi diagrama 4) a variat între 1 și 7 zile, ce au suportat un traumatism mai vast al pancreasului în perioada intraoperatorie.
4. Intervențiile chirurgicale ce includ rezecții de pancreas pot fi comparate cu rezecțiile pancreato-duodenale, doar prin prisma severității traumatismului pancreatic, necesită administrarea Sandostatinei, după părerea noastră, în 2 prize în ziua operației, iar în următoarele 3 zile consecutive - în 3 prize.
5. Numai 2 relaparotomii, pe motiv de pancreonecroză, ce constituie 5,4%, din 37 cazuri, fără nici un caz letal, ne confirmă eficiența Sandostatinei în profilaxia și tratamentul PAPO.

## **ASPECTE DE DIAGNOSTIC AL MEZOTELIOMULUI MALIGN PLEURAL**

**Valentin Martalog, Valeriu Botnariuc, Iulian Roșca, Svetlana Martalog**

Catedra Hematologie și Oncologie USMF “Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Aspects of diagnosis of malignant pleural mesothelioma*

This is a study of diagnostic methods, applied to a group of 28 patients with malignant pleural mesothelioma between 2004-2011. It was found that a particular method does not establish the diagnosis of malignant pleural mesothelioma. All of them complement each other. In order to solve this problem was developed an algorithm for diagnosing malignant pleural mesothelioma.

### **Rezumat**

Lucrarea reprezintă un studiu al metodelor de diagnostic, aplicat unui lot de 28 pacienți cu mezoteliom malign pleural în perioada anilor 2004-2011. S-a constatat ca o metodă aparte nu stabilește diagnosticul de mezoteliom malign pleural. Fiecare din ele se completează reciproc. Pentru rezolvarea acestei probleme a fost elaborat un algoritm de diagnostic al mezoteliomului pleural malign.

### **Actualitatea**

Mezoteliomul pleural malign (MPM) reprezintă o tumoră malignă relativ rară, dar cea mai frecventă afecțiune tumorală malignă a foițelor pleurale. El se dezvoltă din celulele pluripotente mezoteliale și se caracterizează prin afectarea pleurei parietale, apoi și a celei viscerale. Fiind rar întâlnit, timp de mulți ani existența mezoteliomului pleural malign era discutabilă. Pentru prima dată tumora primară a pleurei a fost descrisă de Lieutaud J. în anul 1767. Ulterior în secolul al XX-lea, Klemperer D.S. și Rabin S. (1937) au oferit prima descriere amplă despre mezoteliomul pleural malign. Deși, în anul 1942, experiențele lui Stout A. și Murray M. au stabilit originea mezotelială a tumorii, totuși, în literatura de specialitate timp îndelungat erau descrise cazuri unice de mezoteliom pleural malign.[1,2] Abia în 1960 Wagner J. a descris 33 de cazuri de mezoteliom pleural malign la muncitorii din minele producătoare de azbest din provincia Cape a Africii de Sud. Ulterior, au fost studiate diferite metode de tratament a mezoteliomului pleural malign, însă, din cauza numărului redus de pacienți, particularităților biologice ale tumorii și a lipsei studiilor clinice randomizate, problemele de diagnostic și tratament ale mezoteliomului pleural malign sunt actuale și până în prezent. Prognosticul evoluției mezoteliomului pleural malign este destul de pesimist. Deși este o tumoră rar întâlnită, cu un prognostic nefavorabil este necesar de a elabora un algoritm de diagnostic, utilizarea căruia