

respiratorii de 2-3 ori pe an, la 2 pacienți s-a dezvoltat furunculoza, adică complicații ce nu s-au dezvoltat la pacienții cu operații organo-menajante.

Astfel, în baza datelor obținute de noi sindromul postsplenectomic s-a dezvoltat la 10 (66,66%) pacienți. La pacienții cu splenectomie în perioada tardivă postoperatorie se atestă deasemenea diminuarea parametrilor calității vieții, atât sub aspect al componentelor fizice cât și ale celor psihologice. La bonavii tratați non-operator și chirurgical organo-menajant indicii calității vieții nu diferă de la normă.

### **Concluzii**

1. Frecvența complicațiilor intraspitalicești în grupul splenectomizaților este de 9 ori mai mare comparativ cu grupul celor tratați prin tactică organo-menajantă. În majoritatea cazurilor complicațiile au aspect infecțios.

2. Frecvența complicațiilor în perioada tardivă în grupul pacienților cu splenectomie este semnificativ mult mai mare comparativ cu cea din grupele cu tactică organo-menajantă. Sindromul postsplenectomic s-a dezvoltat la 66,66% din splenectomizați.

3. Parametrii pentru calitatea vieții sunt semnificativ mult mai mici la pacienții splenectomizați, comparativ cu cei din grupele cu tratament non-operator și organo-menajant. Fapt ce demonstrează că implimentarea tacticelor organo-menajante în traumatismul lienal nu influențează asupra calității vieții pacienților pentru perioade tardive de la traumatism.

### **Bibliografie**

1. Adrencou A. Urgențe chirurgicale traumatologice // Cluj-Napoca, Dacia, 1993, pag.233.
2. Baramiia N.N., Antoniuk N.G., Zarutskii I.L., Satsik S.P., Pachkoria A.V. Surgical treatment of the liver injury in combined closed thoracoabdominal trauma. // Klin.Khir., 2000, №8, стр.29-31.
3. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass, 1993.
4. Исаев А.Ф., Алимов А.Н. Оценка тяжести состояния у пострадавших сочетанными и изолированными повреждениями живота с разрывом селезенки. // Хирургия, Журналим. Н.И. Пирогова, 2005, №9, стр.31.
5. Масляков В. В. Физиологическое обоснование различных видов хирургических вмешательств при травмах селезенки. // Автореферат дис...док.мед.наук., Саратов, 2007
6. Масляков В.В., Шихмагомедов А.З. Факторы, определяющие летальность при закрытых повреждениях селезенки. // Фундаментальные исследования, 2011, № 6, стр.116-118.
7. Усеинов Э. Б. и соавт. Проблема послеоперационных гнойно-септических осложнений при травме живота с повреждением селезенки в свете иммунных нарушений. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2006, №4, стр.60-63.

## **TRATAMENTUL CONTEMPORAN AL HERNIEI HIATALE ȘI AL BOLII DE REFLUX GASTROESOFAGIAN**

**Elena Țugui, Dana Pavlovschi, Pavel Pavlovschi**

(Coordonator științific: Vladimir Iacob, Conf. univ., Doctor în Medicină, șef de studii)  
Catedra Chirurgie Generală, Semiologie USMF "N. Testemițanu"

### **Summary**

#### ***Contemporary treatment of hiatal hernia and gastroesophageal reflux disease***

The Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is the primary concern for the XXI century gastroenterology due to the hereinafter mentioned facts: GERD ranks among the most common gastrointestinal diseases among mature population; 10% of global population suffers from

GERD, fact which caused the appearance of the term 'Gastroesophageal Reflux' in the 10-th edition of the International Classification of Diseases.

### **Rezumat**

Boala de Reflux Gastroesofagian (BRGE) pentru gastroenterologia secolului XXI reprezintă preocuparea primordială din mai multe considerente. Enumerându-le, vom menționa următoarele momente: BRGE ocupă locul celei mai des întâlnite maladii gastrointestinale în rândul populației mature sau 10% la nivelul populației globale, fapt ce a indus apariția noțiunii de Reflux Gastroesofagian în a 10-a ediție a Clasificării Internaționale a Maladiilor.

### **Actualitatea**

Suferința clinico-histopatologică cronică recidivantă, provocată de RGE, care adesea este însoțită de leziuni morfohistologice - esofagita de reflux (ER) și complicații severe: Esofagul Barrett (EB), stricturi esofagiene, este însumată în noțiunea de boală de reflux gastroesofagian (BRGE).

Incidența BRGE nu este exact cunoscută, deoarece un procent important din populație cu simptome de reflux nu se prezintă la medic, recurgând la automedicație. Studiile ce vizează incidența BRGE în rândul populației adulte, denotă indici de 10% (1000-1500 la 100000 de locuitori) la nivel global, fiind astfel clasificată drept o maladie extrem de frecventă. În același timp studiile relevă o implicare patogenetică a Herniei hiatale (HH) în 80-90% de cazuri BRGE.

Datele ce reflectă incidența BRGE din an în an sunt în creștere, iar în acest context e notabil faptul că BRGE reprezintă pentru secolul XXI preocuparea primordială în practica gastroenterologiei contemporane. Comunitatea științifică mondială a înregistrat deja tendința de transfer a importanței afecțiunilor peptice digestive dinspre UGD, caracteristic pentru secolul XX, spre BRGE.

Este de menționat faptul că în Clasificarea Internațională a Maladiilor (ediția a 10-a) a fost inclusă noțiunea de RGE. Drept argumente pentru acest "transfer", pe lângă datele înalte referitor la incidență și creșterea vertiginosă a acesteia în timp, de asemenea servesc și:

- impactul negativ major asupra calității vieții și productivității muncii pacienților (prin simptomatologia BRGE)

- costul ridicat al medicației antiacide administrate de către pacienți pe perioade lungi de timp (minim 3-6 luni) și repetarea frecventă a curelor de tratament necesare pentru menajarea clinicii BRGE

- bolnavii cu BRGE prezintă un risc înalt pentru complicații morfohistologice: ER și EB (riscul evoluției leziunilor spre un adenocarcinom esofagian (AE) al EB este de 35-125 ori mai mare comparativ cu populația sănătoasă).

Actualmente BRGE sub aspect terapeutic este abordată multilateral. Însă unele aspecte trezesc dispute și varietăți de opinii în lumea medicală. Căuza servind faptul că tratamentul BRGE reprezintă un paradox fiziopatologic, deoarece sunt prezente următoarele neconcluzente, ca: avînd o bază fiziopatogenă dereglările de evacuare și de reflux, prokineticele nu sunt cele mai eficiente medicamente pentru BRGE, cedînd medicației antisecretorii - Inhibitorilor Pompei de Protoni (IPP).

Referindu-ne la intervențiile chirurgicale, deși BRGE implică o problemă structurală, chiar și tratamentul chirurgical miniinvasiv îi este rezervat rolul final în strategia terapeutică a BRGE, acesteia îi revin 5-10% din bolnavii cu BRGE ce au suportat un tratament medicamentos.

Multitudinea de variante terapeutice atît medicamentoase cît și chirurgicale (laparotomice, laparoscopice, endoscopice) oferite pentru abordarea pacientului cu BRGE, implică o abilitate și competență profesională sporită din partea medicului. Căci, anume indicarea metodei corespunzătoare de tratament, cu tendința de individualizare maximă a tacticii terapeutice, reprezintă cheia succesului în vindecarea și oprirarea riscului dezvoltării complicațiilor severe posibile în evoluția unui pacient cu BRGE.

## Obiectivele

1. Cercetarea formelor de tratament medicamentos, cu elucidarea formulelor terapeutice maxim eficiente în tratamentul BRGE, în dependență de evoluția acesteia.
2. Cercetarea și descrierea indicațiilor metodologiei chirurgicale laparoscopice de tratament în BRGE.
3. Cercetarea metodologiei endoscopice de abordare chirurgicală a BRGE, cu elucidarea punctelor forte și lacunelor în rezultatele de scurtă durată.

## Materiale și metode

Reviul literaturii a fost efectuat în baza studierii a 25 articole, 10 manuale, 30 reviste de specialitate și 8 adrese electronice. Sursele au fost depistate prin utilizarea bazelor de date electronice: Hinari, Medscape, PubMed, MedLine, precum și prin căutare nedeterminată de baze de date electronice.

Studiul clinic efectuat în perioada 2010-2012, este unul monocentric, retrospectiv, descriptiv, realizat în incinta Spitalului Clinic Municipal Nr.1, orașul Chișinău, Republica Moldova.

Au fost cercetate fișele medicale ale unui lot de 30 pacienți ce au fost internați în mod planic în secția "Chirurgie aseptica", cu diagnoza de BRGE și HH.

Datele statistice au fost obținute prin utilizarea softwar-ului EpiInfo 6, recomandat de către OMS pentru domeniul cercetărilor științifice medicale.

Datele din fișele clinice ale pacienților cercetați, au fost studiate cu scopul de a determina indicațiile pentru intervenția chirurgicală efectuată și tipul acesteia.

## Rezultate și discuții

Studierea tratamentului contemporan al HH și BRGE în baza literaturii de specialitate cercetate și a datelor ce revin din studiul clinic efectuat, relevă necesitatea unui abord terapeutic pe etape, în corespundere cu evoluția și complicațiile maladiei la moment, deci o individualizare terapeutică maximă în fiecare caz aparte, pentru obținerea unui succes definitiv.

**Prima treaptă** a tacticii terapeutice în BRGE este prezentată de tratamentul igienico-dietetic și medicamentos. Algoritmul de tratament prevede două metode:

1. Varianta terapeutică "step up"- este indicată pacienților cu simptomatologie lejeră și lipsa complicațiilor severe ale RGE. Trecerea de la o etapă terapeutică la următoarea este efectuată doar în cazul persistării simptomatologiei sau/și o evoluție agravantă.

Etapa 1: Indicații igienico-dietetice și modificarea stilului de viață.

Etapa 2-a: Sunt indicate fie un Prochinetic sau un Blocant al H2 receptorilor.

Etapa 3-a: Prevede administrarea IPP sau a combinației terapeutice: Blocant al H2receptorilor + Prochinetice.

Etapa 4-a: Impune combinația dintre IPP +Prochinetice, ineficiența căreia impune întrebarea pentru o intervenție chirurgicală antireflux.

2. Varianta terapeutică "step down" - este indicată în cazuri de evoluție gravă sau diagnosticare tardivă a unei BRGE complicată. Trecerea de la o etapă la alta este efectuată în caz de regresie a simptomatologiei clinico-paraclinice și evoluție favorabilă a bolii. Această variantă prevede :

Etapa 1: Administrarea inițială a IPP în doze standart-20mg/zi timp de 8 săptămâni.

Etapa 2-a: Administrarea IPP în 1/2 din doza standart-10mg/zi timp de 8 săptămâni.

Etapa 3-a: Trecerea la un blocant al H2 receptorilor sau a unui Prochinetic.

Etapa 4-a: este efectuată în cazul în care fie în urma primei sau a etapei a doua nu s-au obținut rezultate de regresie a complicațiilor BRGE. Aceasta impune administrarea IPP în doză dublă-40mg/zi, timp de 8 săptămâni, ineficiența acestei terapii va pune întrebarea referitor la intervenția chirurgicală.

**A doua treaptă:** prevede soluționarea problemei structurale prin tehnici chirurgicale antireflux, implicată adesea în cadrul etiopatogenetic al BRGE.

Varianta 1: tratament chirurgical prin abord laparoscopic sau laparotomic.

Indicațiile pentru transferul pacienților la această etapă de tratament servesc:

- **Tratamentul medicamentos:**
  - Implimentat corect ineficient timp de 6 luni, indiferent de prezența sau absența HH, iar simptomele restante sunt datorate RGE.
  - Pe fondul căruia se prezintă complicații severe (ER severe, ulceratii sau ulcere ce antrenează hemoragii, stricturi, EB, complicații pulmonare).
  - Ce provoacă dependență de terapia medicamentoasă, mai ales cei pacienții tineri sau în cazul pacienților ce nu îl pot tolera pentru o lungă durată.
  - În cazul în care nu este dorit de către pacient sau este contraindicată administrarea medicamentelor pentru o perioadă mare de timp, necesară pentru a controla simptomele BRGE.
  - În cazul unei BRGE însoțită de HH (axiale, paraesofagiene sau mixte).
  - Prezența complicațiilor RGE, determinate clinico-paraclinic la bolnavii cu BRGE (ER, EB, AE, HDS, stricturi Esofagiene, ulcere peptice Esofagiene).

**!Studiul Clinic efectuat a determinat:**

- Un tratament medicamentos ineficient în 23,3% din cazuri și o simptomatologie clinico-paraclinică datorată RGE în 100% cazuri.
- Depistarea HH în 100% cazuri (de diferit tip și grad)
- Diagnosticarea sindromului anemic și inflamator cauzate de acțiunea conținutului RGE în 70,0 % din cazuri.
- Prezența complicațiilor RGE în 46,6% de cazuri (ER, EB, HDS)
- Ponderea mare a bolnavilor de vîrstă tînă, în grupa de vîrstă 20-50 ani sunt 43,3 % din bolnavi.

Selectarea metodologiei de operare este efectuată în dependență de clinica prezentată de pacient. Astfel încît dacă:

1. Sunt prezente tulburări de motilitate Esofagiană și sporirea presiunii SEI, de elecție este Fundoplicatura gastrică parțială.
2. Lungimea Esofagului abdominal și motricitatea sunt în normă, de elecție este Fundoplicatura gastrică totală.
3. Abordul laparoscopic este de elecție în cazul absenței complicațiilor grave, caz în care este indicat abordul clasic (laparotomic).
4. Abordul transtoracic al BRGE este indicat în cazul: Esofagului scurt, intervenții abdominale de volum anterioare extinse, afecțiuni pulmonare asociate.
5. Fundoplicatura gastrică va fi însoțită de crurorafie în caz de prezență a HH, indiferent de tipul acesteia.

**!Studiul Clinic efectuat a determinat -** în 100% din bolnavi: HH (de diferit tip și grad), Esofag abdominal de lungime adecvată și nu s-au depistat intervenții chirurgicale laborioase pe abdomen și obezitate morbidă. *Fapt ce a indus selectarea tipului de intervenție chirurgicală: Fundoplicatura Nissen-Rossetti însoțită de Crurorafia posterioară, în 100 % cazuri cercetate.*

**!Varianta 2:** de abord chirurgical al BRGE cu o invazivitate mai mică decît cea laparoscopică, este reprezentat de Tratamentul Endoscopic. Scopul acestuia este reconstrucția SEI prin crearea unei valve efectuate prin abord endoluminal (prin energie de frecvență înaltă – procedeul STRETTA, prin injectarea de material inert la nivel de SEI- procedeul ENTERYX, prin valvuloplastie endoscopică – procedeul ENDOCINCH și EsophyX2).

Indicațiile pentru tratamentul endoscopic al BRGE:

1. Pacienți tineri, cu simptome tipice sau atipice de RGE, confirmate paraclinic, BRGE non-erozivă sau cu ER gradul I/II după criteriile Savary-Miller sau ER medie după Los Angeles clasa A/B sau C.
2. Peristaltică Esofagiană adecvată și presiunea la nivelul SEI este  $\leq 5$  mmHg.
3. Tratament medicamentos:
  - Răspuns pozitiv la IPP sau inhibitorii de H<sub>2</sub>-receptori, dar simptomatologia apare după întreruperea tratamentului sau la cei care persistă regurgitățile sub tratament medicamentos cu antiacide.

- Pacienți ce nu mai tolerează efectele secundare ale tratamentului medicamentos sau cei care vor să întrerupă terapia de lungă durată

4. Pacienți la care se pune problema unei fundoplicaturi laparoscopice, dar care nu pot fi incluși la aplicarea acestei metode.

Contraindicațiile pentru tratamentul endoscopic al BRGE:

- HH mai mare de 2 cm, fixată (ireductibilă), evidențiată paraclinic.
- ER gradul III/IV după criteriile Savary-Miller, sau după Los Angeles clasa D.
- Peristaltică esofagiană inadecvată și relaxare incompletă a SE.
- Dismotilitate esofagiană sau insuficiență evacuatorie gastrică.

Rezultatele metodei date de tratament a BRGE sunt bazate pe cercetările efectuate în baza rezultatelor de scurtă durată (12 luni). Statistic, de această procedură poate beneficia aproximativ 30% dintre pacienții cu indicații pentru intervenție chirurgicală laparoscopică, la care se adaugă o bună parte dintre pacienții cu BRGE tratați eficient cu IPP, în special cei tineri care refuză terapia medicamentoasă.

### Concluzii

1. Tratamentul medicamentos este implementat în trepte (step up/down), necesită a fi de lungă durată și repetat la intervale scurte de timp, cele mai eficiente remedii medicamentoase sunt IPP, însă este mai puțin eficient comparativ cu tactica chirurgicală atât din punct de vedere al ameliorării calității vieții cât și al prevenirii complicațiilor BRGE.

2. Tratamentul chirurgical al BRGE este implementat în ultimă instanță, când s-a constatat eșecul terapiei medicamentoase, acesta va permite lichidarea sau ameliorarea semnificativă a simptomatologiei și a riscului de complicații severe a BRGE, cu diminuarea sau renunțarea la medicația ulterioară.

3. Indicațiile de bază ale unei intervenții chirurgicale sunt prezența HH și a unei BRGE complicate, iar tactica chirurgicală selectată este în corelație cu datele clinico-paraclinice, iar abordul laparoscopic al fundoplicaturii la moment este considerat un "standart de aur".

4. Tratamentul endoscopic al BRGE este cel mai recent implementat în tactica terapeutică, insuficient cercetat pe termen lung, iar selecția pacienților comparativ cu cea pentru o fundoplicatură laparoscopică, prezintă criteriile de selecție mai stricte.

5. Metoda de tratament endoscopic este mai eficientă decât tratamentul medicamentos, mai puțin invazivă ca fundoplicatura laparoscopică, dar și mai puțin eficientă. Este o soluție intermediară, o "punte" între tratamentul medical și intervenția chirurgicală.

### Bibliografie

1. A. S. Fauci E. Braunwald K. J. Isselbacher „Harrison - Principiile medicinei interne” // 14-a ediție, ediția a II-a în limba română, Editura: Teora, 2002 vol 2, pag. 1747-1756.
2. Anton Spînu "Chirurgie" // "Tipografia centrală", Chișinău 2000, p. 70-72
- CADIÈRE, G.B., RAJAN, A., "Endoluminal fundoplication by a transoral device for the treatment of GERD: A feasibility study." // Surg. Endosc., 2008, № 22, pag. 333
3. G. Fourtanier, F. Muscari, J.-P. Duffas, B. Suc. "La cure d'événtration par laparoscopie : un gold standard ?" // Service de chirurgie digestive, CHU de Toulouse-Rangueil, France, Éditorial -Annales de chirurgie 2006, № 131.
4. Pessaux P, Arnaud J P, Ghavami B. et al "Morbidity of laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux: a retrospective study about 1470 patients." // Hepatogastroenterology 2002.
5. Маева И.В. "Гастроэзофогальная рефлюксная болезнь." // Учебно-методическое пособие. Москва 2000. 13-20 с.