

13. Лебедев.Н.В., Маларчук.В.И., Абакумов.М.М. Особенности диагностики и лечения сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмы Вестник. Российского Университета Дружбы народов 2000; №3: с.107-110.
14. Платошкин Э.Н. Роль посттравматических забрюшинных кровоизлияний в развитии пареза кишечника. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук, Минск, 1993, С. 22.
15. Романенко А.Е «Закрытые повреждения живота». Изд. «Здоровья», Киев, 1985, с. 200.
16. Соколов В.А., Множественные и сочетанные травмы.// Практическое руководство для врачей травматологов/ М., 2006, с. 35-38.
17. Тейтельбаум И. Б., Бабенко Н.Г. Забрюшинные гематомы при травмах органов живота.// Клиническая хирургия - 1980.- № 3-4, Киев - с. 26- 29.

## **TUMORILE PANCREATICE, AMPULARE ȘI A PAPILEI DUODENALE MARI - PARTICULARITĂȚILE DE DIAGNOSTIC, ATITUDINE TERAPEUTICĂ**

**Vladimir Hotineanu, Adrian Hotineanu, Anatol Cazac, Valeriu Bogdan, Alic Cotonet, Valeriu Pripa, Ion Cărăuș**

Laboratorul științific „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”  
USMF „Nicolae Testemițanu”  
Chișinău, Republica Moldova

### **Summary**

#### **Tumors of pancreas, ampulla and major duodenal papilla peculiarities of diagnosis, therapeutical attitude**

Study presents retrospective analysis of 860 patients with pancreatic tumors, of ampul and major duodenal papilla (MDP), treated during the period 1990-2008 years. Pathomorphological examination recorded the following results: acinocelular cancer – 10(1,16%), adenocarcinoma – 643(74,78%), cystadenocarcinoma – 99(11,51%), carcinoid – 31(3,6%), cancer of MDP – 70(8,14%) ampular cancer – 7(0,8%).

### **Rezumat**

Studiul prezintă o analiză retrospectivă a unui lot de 860 pacienți cu tumori pancreatice, ampulare și a PDM tratați în perioada 1990-2008. Examenul patomorfologic realizat a condus la constatarea următoarelor rezultate: cancer acinocelular -10(1,16%), adenocarcinom pancreatic – 643(74,78%), chistadenocarcinom pancreatic – 99(11,51%), carcinoid pancreatic – 31(3,6%), cancer PDM-70(8,14%), cancer ampular – 7(0,81%). Supraviețuirea maximală pentru cazurile de carcinoid pancreatic a fost de 8 ani, pentru cancer pancreatic supraviețuirea medie pe grup de 26 luni, supraviețuire maximală de 4 ani, pentru cancer a PDM-30 luni, supraviețuire maximală - 4,5ani.

### **Actualitatea temei**

Neoplasmele pancreatice, ampulare și a papilei duodenale mari (PDM) reprezintă unele din cele mai frecvente cauze de deces, cu o creștere de 3 ori în ultimii 40 de ani și cu cea mai scăzută rată de supraviețuire. În pofida progreselor tehnice importante de care au beneficiat în ultimul timp investigațiile imagistice și a preocupărilor continui de a stabili criterii de detectare a tumorilor pancreatice în formele incipiente, doar 3-22% din cazuri sunt diagnosticate într-un stadiu operabil [1-11].

### **Obiectivul studiului**

Analiza rezultatelor investigațiilor în diagnosticul tumorilor pancreatice, ampulare, a papilei duodenale mari (PDM) și estimarea rezultatelor retrospective a tratamentului chirurgical.

### Material și metode de cercetare

Studiul prezintă o analiză retrospectivă a unui lot de 860 pacienți cu tumori pancreatice, ampulare și a PDM tratați în perioada 1990-2008 în cadrul catedrei „Chirurgie” nr.2 dimensionați în: 610 (71%) bărbați și 250 (29%) – femei cu vârsta cuprinsă între 25-80 ani.

Diagnosticul a fost stabilit în baza rezultatelor examinărilor clinice, biochimice, markerilor tumorali, investigațiilor imagistice (USG, FEGDS, radiografia cu masă baritată a stomacului și duodenului, CT 3D în regim standard și angiografic, ERCP, RMN).

Stadializarea preoperatorie și stabilirea criteriilor de rezecabilitate a inclus evaluarea extenziei tumorale, a invaziei vasculare, detectarea adenopatiilor loco-regionale și a metastazelor la distanță.

Au fost analizate o serie de aspecte clinice: localizarea și diametrul tumoral, stadiul, prezența adenopatiilor metastatice, morbiditatea postoperatorie și supraviețuirea la distanță.

### Rezultate și discuții

Diagnosticul de cancer pancreatic este stabilit în momentul apariției semnelor clinice care sunt de obicei nespecifice și tardive, dar unele dintre ele pot orienta asupra localizării tumorale (tabelul 1). Datele exprimate mai jos, arată că este dificil de a stabili o populație cu risc crescut, la care o supraveghere intensivă ar aduce un diagnostic mai precoce, înaintea apariției semnelor clinice care, după cum observăm, sunt de cele mai multe ori semne de invazie și metastazare ale unei tumori pancreatice, deci tardive pentru o intervenție curativă.

Triada clinică caracteristică pentru cancerul de cap de pancreas cuprinde: durere epigastrică, icter obstructiv cu caracter progresiv, scădere severă în greutate.

Aportul testelor de laborator (semnele paraclinice) în diagnosticul pozitiv al cancerului de pancreas este expus în tabelul 1.

**Tabel 1. Manifestările clinice și paraclinice în tumorile de pancreas, a PDM și ampulare**

Semne clinice	Cancer a PDM și ampular, n=77		Cap de pancreas, n=503		Corp și coadă de pancreas, n=280	
	Pacienți, n	(%)	Pacienți, n	(%)	Pacienți, n	(%)
Scădere în greutate	71	92	466	93	280	100
Icter	71	92	413	82	20	7
Durere	62	80	362	72	244	87
Anorexie	54	70	322	64	92	33
Greață	42	55	227	45	120	43
Vărsături	37	47	186	37	104	37
Astenie	32	41	176	35	120	43
Prurit	31	40	121	24	-	-
Dezgust alimentar	15	19	15	3	20	7
Constipație	20	26	2	0,4	76	27
<b>Semne paraclinice</b>						
Fosfataza alcalină >	62	81	402	80	112	40
Glicemie >	15	20	151	30	126	45
Bilirubina totală >	62	81	402	80	22	8
Amilazemie >	27	35	75	15	140	50
Hematocrit <	25	32	201	40	112	40

Dacă semnele clinice sunt nespecifice, testele biologice, markerii tumorali, imagieria medicală și puncția dirijată, conduc la diagnosticul pozitiv de cancer de pancreas.

Speranța unui diagnostic precoce s-a îndreptat către markerii tumorali. Din păcate, nici unul din markerii serologici tumorali disponibili nu este astăzi suficient de sensibil sau specific pentru depistarea sau diagnosticul cancerului de pancreas.

Numărul de pacienți la care s-au observat abateri ale testelor speciale - markerii tumorali în diagnosticul pozitiv al cancerului de pancreas este expus în tabelul 2.

**Tabel 2. Aportul testelor speciale-markerii tumorali în diagnosticul pozitiv al cancerului de pancreas**

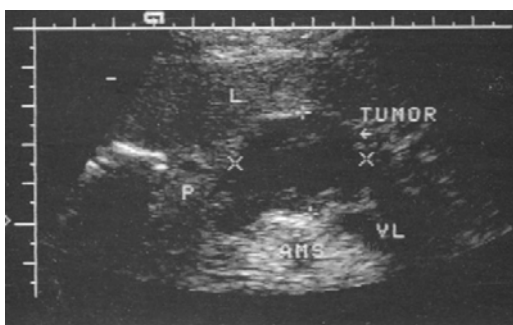
Teste speciale-markerii tumorali	Valori normale	Nr. de pacienți			
		supuși testului		la care s-au observat abateri	
		n	%	n	%
Antigen carcinoembrionic CEA (> 4 ng/ml)	<2,5 ng/ml	22	23	14	63
Alfa fetoproteină	< 13,9 ng/ml	20	21	12	60
Antigen carbohidrat (Ag CA 19-9(>40 U/ml)	< 35,5 U/ml	52	56	40	76,92

La examenul ecografic pot fi vizualizate tumorile cu diametrul de 2cm și mai mult.

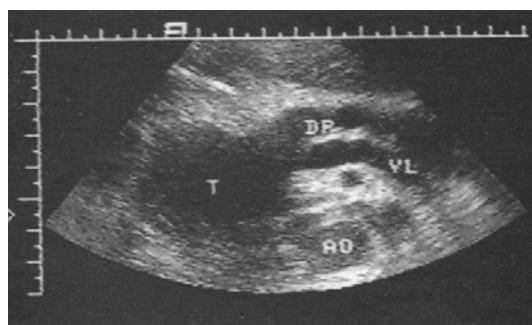
Semnul de bază al cancerului este prezența unei formațiuni de volum cu contururi iregulate pe fondalul creșterii segmentare a pancreasului, mai des hipocogenă, semidensă, cu puține semnale hiperecogene. Este bine demarcată cu linie clară de țesutul intact pancreatic(foto 1). Dacă tumoarea este cu localizare cefalopancreatică, ductul Wirsung în amont este dilatat (foto 2)

Sub control ecografic se poate efectua puncție-biopsie a tumorii pancreatice.

Ecografia ca metodă screening determină indicațiile metodelor miniinvazive (ERCP, CPTH), iar pentru verificarea rezecabilității tumorale se va include și TC, TC spiralat 3D, RMN în regim standard și dinamic, laparoscopie diagnostică.



**Foto 1 - Tumoare a corpului pancreatic**  
L-ficatul;AMS – artera mezenterică superioară;VL – artera lienală.



**Foto 2 - Imaginea ductului Wirsung în cazul tumorii cefalopancreatice**  
T- tumoare;VL - artera lienală;AO – aorta.

FEGDS aplicat în stabilirea tumorilor PDM cu prelevarea bioptică a denotat o sensibilitate de 100%.

Tumorile pancreatice la TDM prezintă formațiuni de volum cu contururi neclare în rezultatul concreșterii tumorii în țesuturile adiacente, ca regulă, țesutul tumoros este de densitate redusă după scara lui Haunssfield. Tomodensitometria abdominală 3D realizată în regim standard și angiografic a permis vizualizarea invaziei tumorii în țesuturile peripancreatice și a vaselor sanguine cu o sensibilitate de 98% (foto 3, 4).

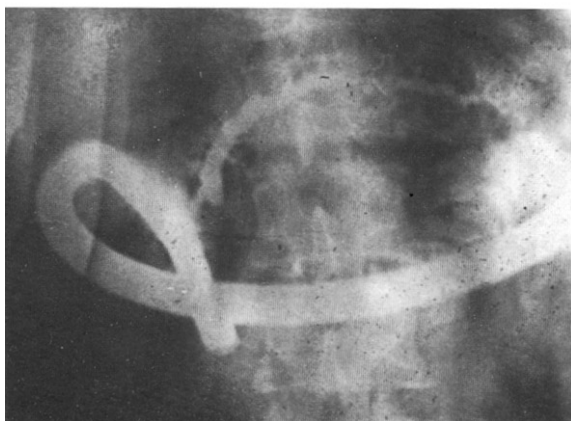


**Foto 3 - TC 3D (regim standard). Formațiune de volum cefalopancreatică cu metastaze în ficat**



**Foto 4 - În faza nativă și porto-venoasă formațiunea de volum din proiecția cefalopancreasului este izodensă. Parenchimul pancreatic +40 Un- în faza nativă, +100 Un – în faza porto-venoasă.**

Sensibilitatea și specificitatea ERCP în diagnosticul cancerului pancreatic sunt în jur de 90%.



**Foto 5 - ERCP - stenoza ductului Wirsung ce se îmbină cu dilatare suprastenotică**

Aspecte caracteristice au fost descrise în funcție de localizarea tumorii. Este vorba cel mai adesea de imagini de stop la nivelul canalului Wirsung.

Dacă tumora se află la nivelul capului de pancreas, imaginea este de dublă stenoză biliară și pancreatică cu dilatație cefalică la nivelul coledocului și lipsă de opacifiere a Wirsungului.

O altă imagine caracteristică este aceea de stenoză a canalului Wirsung cu aspect moniliform al acestui canal în amont de stenoză traducând o pancreatită cefalică (foto 5). Această explorare radiologică a căilor biliare în cancerul pancreatic a permis evaluarea: gradului obstrucției biliare.

Utilizarea secvențelor de achiziție ultrarapidă (IRM), permite ameliorarea rezoluției și prin urmare a definiției stucturilor canalare și vasculare. Performanțele metodei sunt interesante mai ales în aprecierea invaziei vasculare. Examenul are o valoare predictivă de rezecabilitate de 93%.

Aprecierea rezecabilității s-a realizat cu sensibilitatea metodelor imageriei neinvazive și invazive prezentată în tabelul 3.

**Tabel 3. Diagnosticul imagistic al tumorilor pancreatice, ampulare și ale PDM**

Examenul imagistic	Nr. de pacienți		Sensibilitatea %
	supuși examinării	%	
<i>Imagerie neinvazivă</i>			
Ecografie	860	100	70
Radiografie cu masă baritată a stomacului și duodenului	780	91	60
FEGDS cu prelevarea bioptatului (Cr. a PDM)	70	8,14	100
Tomodensitometria abdominală (TC)	315	32,63	83
Tomodensitometrie abdominală 3D: regim standard și angiografic	80	9,3	98
Imagerie prin rezonanță magnetică (IRM)	380	44,17	93
<i>Imagerie invazivă</i>			
ERCP	603	70,11	90
Puncție-aspirație-citologie ghidată	12	1,39	100

Pregătirea preoperatorie a pacienților cu tumori obstructive complicate cu icter mecanic este obligatorie și va include 2 componente principale: decompresia endoscopică sau percutanatranshepatică a căilor biliare și tratamentul farmacoterapeutic cu monitorizarea funcțiilor hepatorenale și cardiovasculare.

Factorii care au determinat rezecabilitatea tumorii (stabiliți prin bilanțul de extensie tumorală) au fost următorii: diametrul tumorii mai mic de 3 cm, localizarea tumorii, absența invaziei țesutului peripancreatic, absența invaziei ganglionare la distanță, absența unei invazii vasculare și/sau nervoase, absența metastazelor.

Operațiile de rezecții au fost realizate în 76 (8,83%) cazuri: duodenopancreatectomie cefalică – 51(5,93%) cazuri (operația Traverso – Longmire 3(0,35%) cazuri, operația Whipple 48(5,58%) cazuri), rezecții segmentare pancreatice - 2(0,23%)cazuri, rezecții corporocaudale – 15(2,74%) cazuri, rezecție caudală 8(0,93%) cazuri). Enuclearea tumorii pancreatice s-a realizat în 2 (0,31%) cazuri. În cazurile avansare pacienții au fost supuși intervențiilor chirurgicale paliative: anastamoză biodigestivă, By-pass biliodigestiv, drenarea CBP – 516(60,0%) cazuri, stentare endoscopică 73(8,49%)cazuri, splahnicectomie toracoscopică- 8(0,93%). Laparotomie cu prelevarea biopsiei au fost efectuate în 185(21,51%) cazuri.

Terapia complexă medicamentoasă indicată la etapa precoce postoperatorie a inclus: corecția volemică; antibioterapia profilactică sau terapeutică; corecția funcției pancreatice și a altor organe și sisteme; corectarea metabolismului energetic; terapie anticoagulantă și reologică; profilaxia pancreatitei acute postoperatorie; metode terapeutice pentru restabilirea precoce a tranzitului intestinal; terapia simptomatică și a patologiilor concomitente.

Mortalitatea postoperatorie precoce a fost nulă. Rezecabilitatea este de 9,06%, ceea ce corespunde accepțiunilor din literatura de specialitate.

Examenul patomorfologic realizat a condus la constatarea următoarelor rezultate: cancer acinocelular -10 (1,16%), adenocarcinom pancreatic – 643 (74,78%), chistadenocarcinom pancreatic – 99 (11,51%), carcinoid pancreatic – 31 (3,6%), cancer PDM-70 (8,14%), cancer ampular – 7 (0,81%).

Supraviețuirea maximală pentru cazurile de carcinoid pancreatic a fost de 8 ani, pentru cancer pancreatic supraviețuirea medie pe grup de 26 luni, supraviețuire maximală de 4 ani, pentru cancer a PDM-30 luni, supraviețuire maximală-4,5ani.

Prognosticul acestei afecțiuni este rezervat, mai puțin de 20% dintre pacienți supraviețuind peste un an de la stabilirea diagnosticului, rata supraviețuirii la 5 ani fiind de numai 4,1%.

## Concluzii

- Algoritmul de diagnostic al tumorilor pancreatice, ampulare și ale PDM va include obligatoriu testul biochimic al bilirubinei, enzimelor, citolizei hepatice, protrombinei, teste speciale-markerii tumorali, ecografia ca metodă screening, ulterior determină indicațiile metodelor miniinvazive (ERCP, CPTH), iar pentru verificarea rezecabilității tumorale se va include și TC, TC spiralat 3D, RMN în regim standard și dinamic, laparoscopie diagnostică;
- Metodele imagistice contemporane: USG, TC, TC 3D, RMN, permit diagnosticarea eficientă a tumorilor pancreatice, ampulare și ale PDM ceea ce în funcție de stadiu și particularitățile tumorii se va alege și realiza – într-o manieră standardizată procedeul de rezecție sau de tratament paliativ pentru a reduce maximal mortalitatea și morbiditatea;
- Datorită adresării tardive și evoluției rapide a maladiei majoritatea pacienților au tumori nerezecabile în momentul diagnosticării ceea ce conduce la necesitatea aplicării unui tratament paliativ.
- Este necesar obligatoriu tratamentul complementar (chimio-, radio-terapie) care crește supraviețuirea pacienților cu pancreatectomie.

## Bibliografie

1. Angelescu N., „Tratat de chirurgie”, București, 2000;
2. Buligescu L. Tratat de hepatogastrenterologie. Editura AMALTEA, București, 1999;
3. Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A, Bogdan V. et al. Oportunități chirurgicale în tumorile zonei hepatobiliopancreatice. Chirurgia, supl. I, Rezumate, Editura Celsius, 2008;
4. Howard J, Idezukiy, Ihse I., Pprin R. , - *Surgical Diseases of the Pancreas*; eds. Williams & Wilkins 1998:1-668.
5. Miculiț Florin, Vărcuș Flore. Boli chirurgicale ale pancreasului. Patologie și tehnici operatorii. Editura Orizonturi Universitare, Timișoara, 2005;
6. Schwatz S., Shiers G.T., Spencer F., Principles of Surgery, New York, 1994;
7. Turlatu Dumitru, „Endoscopie biliopancreatică”, Editura Tehnică, București, 1997;
8. Губергриц Н. Б., «Клиническая панкреатология». ООО «Лебедь», Донецк-2000;
9. Данилов М.И., Федоров В.Д., «Хирургия поджелудочной железы», Москва, Медицина, 1995;
10. Шалимов А.А., «Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение», Москва, Медицина, 2000.

## VALOAREA EXPLORĂRILOR CLINICO-IMAGISTICE ÎN STABILIREA INDICAȚIEI ȘI A VOLUMULUI INTERVENȚIEI CHIRURGICALE LA PACIENȚII CU VARICE A MEMBRELOR INFERIOARE

Eugen Guțu<sup>1</sup>, Dumitru Casian<sup>1</sup>, Vasile Culiuc<sup>1</sup>, Vladimir Ivanov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF “Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup> - IMSP CNȘPMU, Chișinău

## Summary

### Value of clinical-imagistic explorations in establishing of indication and volume of surgical intervention in patients with varicose veins of lower limbs

Several noninvasive clinical tests are available for the preoperative evaluation of the patients with varicose veins. Current study analyzes the interobserver variability in interpretation of functional clinical tests as well as their value by comparison with results of duplex scanning.

## Rezumat

Multiple probe clinice noninvazive sunt disponibile pentru evaluarea preoperatorie a pacienților cu varice. Studiul curent analizează variabilitatea interobservatorie a interpretării probelor clinice funcționale, precum și valoarea acestora comparativ cu rezultatele duplex scanării.