

ANALIZA REINTERVENȚIILOR ÎN CHIRURGIA CHISTULUI HIDATIC HEPATIC

Liviu Andon, Elvira Andon, Galina Pavliuc, Petru Bujor, Vasile Lipovan, Maria Danu

Catedra chirurgie 2, Clinica chirurgie 2, USMF "N. Testemițanu", SCM „Sf. Treime”,
Chișinău, R. Moldova

Summary

The analysis of repeated operations at hydatid hepatic cysts

Repeated operations were performed in 54 patients with residual cavity, purulent fistula, the open bilious channel, the rest of the hydatid cyst, sequestrs of the fibrous environment and suture material, residual hydatid cysts and cysts due to the relapse of disease. Improvement of the diagnosis, modernization of surgical techniques and prevention of intraoperative dissemination by the content of the cysts can reduce the number of repeated operations.

Rezumat

Reintervenții chirurgicale la 54 bolnavi au fost efectuate pentru cavitare restanta, fistule purulente, cale biliară deschisă, reziduu elementelor chistului hidatic, sechestre a membranei fibroase și materialul de sutură, chist hidatic rezidual și recidivant.

Reintervențiile chirurgicale pot fi reduse prin diagnosticul în complex, modernizarea tehnicii chirurgicale și profilaxia desiminării intraoperatorie cu conținut hidatic.

Actualitatea

Reintervențiile chirurgicale la bolnavii cu chisturi hidatice hepatice complicate survin de cele mai dese ori în urma eșecurilor diagnostice, tactice și tehnice comise la prima operație. Conform datelor aduse de Chifan M. și coaut., 1985, Bratiloveanu C., 1987 reintervențiile în chistul hidatic hepatic complicat variază de la 5–28,3% cazuri.

Cauza principală a reintervențiilor o constituie cavitare restantă posthidatică (Ciobanu Șt. și coaut. 1960, I. Părăian, 1998, Cirenei A. și coaut. 2001, Sielaff TD., 2001 etc), fistulele bilio-purulente și purulente (Trullenque Peris R. și coaut. 1986, Salem A. și coaut. 1988, Помелов B.C. și coaut. 1992 etc), chisturile hidatice reziduale și recidivante (Назаревский Н.Г. și coaut. 1987, Акматов Б.А. și coaut. 1989, Цыбырнэ К.А. și coaut., Chifan M. și coaut. 1985, Little I.M. și coaut. 1988, Milovic I. și coaut. 1989 etc).

Din 480 bolnavi cu chisturi hidatice care au fost operați de Chifan M. și coaut., 1985 la 24 sau efectuat reintervenții chirurgicale printre care pentru recidiva maladiei la 12 bolnavi, supurarea cavității fibroase restante după marsupializare la-7, fistule biliare la-4 și la unul pentru colecistită acută după 6 luni de la operația pentru chist hidatic

Conform datelor aduse de Помелов B.C. și coaut., 1992 cea mai frecventă complicație după operații pentru chist hidatic hepatic este supurarea cavității restante. Locul doi ocupă biliragia de lungă durată cu formarea fistulei biliare externe, care a fost întâlnită în 3,96% cazuri. Hernando E. și coaut., 1996 au observat fistulă biliară în 72 cazuri din cei 677 bolnavi operați. Ciobanu Șt. și coaut. 1960, Trullenque și coaut., 1986 au stabilit că cauza formării fistulelor după operație pentru chist hidatic o constituie lăsarea membranei fibroase iar uneori fistulele apar la prezența elementelor parazitului în căile biliare sau în caz de Odită.

Obiectivul acestui studiu a fost analiza cauzelor reintervențiilor chirurgicale și rezultatele postoperatorii precoce și tardive la acest contingent de bolnavi.

Material și metode

Au fost reoperați 54 bolnavi în vârstă de la 24 până la 59 ani. Bărbați au fost 28, femei - 26. S-a efectuat examinarea clinică, de laborator și instrumentală-radiografia de ansamblu a abdomenului, ecografia, tomografia computerizată și reacțiile serologice.

În dependență de cauza reintervenției toți bolnavii au fost deviați în 9 grupe cu analiza rezultatelor postoperatorii . Reintervențiile chistului hidatic hepatic în dependență de cauză sunt aduse în tabela nr.1

Tabela nr.1

Cauzele reintervențiilor chirurgicale în chistul hidatic hepatic

Nr de ordine	Denumirea cauzelor	Numărul de cazuri
1.	Supurarea cavității fibroase reziduale	3
2.	Cavitate fibroasă cu fistulă biliară externă menținută de cale biliară deschisă, neobservată la prima operație	4
3.	Cavitate fibroasă cu fistulă biliară purulentă menținută de elementele evolutive a chistului hidatic	3
4.	Cavitate fibroasă cu fistulă biliară purulentă menținută de sechestre	3
5.	Cavitate fibroasă cu fistulă purulentă menținută de materialul de sutură	2
6.	Chist hidatic rezidual	9
7.	Chist hidatic recidivant	28
8.	Hemoragie din parenchimul ficatului după rezecție atipică	1
9.	Eventrație după chistectomie pentru chist hidatic din hilul hepatic complicat cu icter mecanic	1
Total		54

Rezultate

Cavitatea restantă posthidatică a fost una din cauzele reintervențiilor. Complicațiile de la cavitatea fibroasă restantă deseori pun și cele mai dificile probleme atât pentru bolnav, cât și pentru asistența chirurgicală.

La cavități restante necomplicate, aseptice, fără fibroză și de dimensiuni mici, forța de expansiune a parenchimului hepatic depășește forța de menținere a cavității restante. La chisturi hidatice vechi, de dimensiuni mari în perimetrul chistului se distruge parenchimul hepatic prin înlocuirea celulelor parenchimului cu țesut fibros foarte dens, care imprimă rigiditate pereților cavității restante.

Supurarea cavității reziduale se dezvoltă în cazurile când persistă condiții care împiedică reabsorbția conținutului acumulat în cavitatea fibroasă și colabarea pereților ei ca urmare a procesului fibros pronunțat. Supurarea cavității reziduale a fost întâlnită la 3 bolnavi nu numai în perioada postoperatorie precoce, dar și în perioada tardivă de reabilitare. Aducem un caz pe care l-am socotit semnificativ:

B.B., 27 ani, fișa 19178, a fost internat în clinică la 18-10-89 cu acuze de dureri sub rebordul costal drept, febră, astemie. Se socoate bolnav pe parcurs de 10-12 zile. S-a adresat la medic, a fost îndreptată și internată în clinică. În anul 1986 a fost operată pentru chist hidatic a ficatului S_{7,8}. La internare starea generală de gravitate medie. Pielea și mucoasele de culoare obișnuită, ganglionii limfatici nu sunt măriți. În plămâni respirație veziculară. Tonurile inimii ritmice. Pulsul 80 lovituri/min. TA 115/70 mm/Hg. Abdomenul moale, moderat dureros sub rebordul costal drept. Ficatul nu este mărit, splina nu se palpează. Examinările de laborator: analiza sângelui: er-4,2x10¹², l- 4,8x10⁹, neseqm.-5, seg.-36, eoz.-3, limf.-43, mon.-13, VSH-17 mm/oră. Analiza urinei-norma. Bilirubina totală 18,4 mkmol/l, AlaT-0,72, AsaT- 0,36, ureia-6,16 mkmol/l, proteina sîngelui-76 g/l, protrombina-91%. Reacțiile serologice din 24-10-89-MRAGL-1: 2, RLA-1:4.

Ecografia cavității abdominale din 31-10-89-Recidivă a chistului hidatic hepatic. A fost stabilit diagnosticul: Boala hidatică. Recidivă a chistului hidatic hepatic. Abces subfrenic. După pregătirea respectivă la 17-11-89 s-a efectuat operația-Deschiderea și drenarea abcesului

subfrenic cu incizie mediană superioară. Regiunea hipocondrului drept aderată cu omentul mare, peritoneul și diafragma. În procesul secționării aderențelor s-a deschis abcesul situat sub frenic, între diafragm și lobul drept a ficatului. S-a evacuat 150-200 ml. de puroi. Sanarea cavității abcesului și drenarea lui. Perioada postoperatorie a decurs obișnuit. A fost externat la 2-12-89 în stare satisfăcătoare. Cauza formării abcesului subfrenic a fost drenarea insuficientă a cavității fibroase restante și sechestrarea parțială a peretelui fibros. Majoritatea cavităților restante evoluează spre vindecare într-o perioadă de timp mai mult sau mai puțin lungă. Majoritatea din aceste cavități se închid în primele 3 luni, celelalte persistă mai mult de 3 luni și necesită tratament chirurgical, deoarece de obicei factorii care tind la închiderea cavității restante își pierd eficiența și evoluția cavităților restante poate deveni nefavorabilă.

Persistența cavității restante posthidatice și legate cu ea a fistulelor bilio-purulente și purulente au avut diverse cauze. Punctul vulnerabil continue să-l constituie atitudinea față de cavitatea restantă care se poate prezenta sub diferite aspecte. În chisturile hidatice tinere și cele neinfectate cavitatea restantă are aspect de plagă curată, netedă și suplă cu o reacție minimă din partea parenchimului hepatic. Cicatricizarea acestei leziuni se obține ușor, parenchimul hepatic fiind capabil s-o desființeze printr-o reexpansiune.

Probleme dificile apar la leziuni vechi cu perichist îngroșat, organizat, care opune rezistență reexpansionării parenchimului hepatic. Prezintă atenție și cavitățile restante comunicante, la care este prezent refluxul biliar datorită diferenței de presiune dintre arborele biliar și cavitatea fibroasă. La 4 bolnavi cavitatea restantă și fistula biliară a fost menținută de cale biliară deschisă neobservată și nesuturată la prima operație. Aducem un caz pe care l-am socotit semnificativ:

B.CH., 55 ani, fișa de observare 4454, a fost internat în clinică la 28-03-84 pentru Fistulă biliară după operație pentru Chist hidatic a lobului drept a ficatului. Litiază biliară. În luna iunie 1983 a fost operat în centrul oncologic pentru chist hidatic a lobului drept a ficatului S₆. Perioada postoperatorie s-a complicat cu fistulă biliară prin care se elimina până la 1 litru de bilă. S-a internat în clinică pentru lichidarea fistulei biliare. La internare examinările de laborator fără particularități. Examinarea bacteriologică a conținutului din fistulă: s-a depistat *Proteus mirabilis* sensibil la gentamicină. Fistulografia din 30-03-84—se determină comunicarea fistulei cu căile biliare care pe tot parcursul sunt permeabile (fig.1)

La 9-04-84 s-a efectuat operația—Excizia fistulei biliare. Colecistectomia. Drenarea coledocului. Incizie paralel cu rebordul costal drept. S-a înlăturat cicatricea postoperatorie. Excizia fistulei până la fund. La fundul fistulei s-a depistat cale biliară deschisă, care a fost suturată cu fir autodermal. În vezica biliară sau depistat concremente în legătură cu ce s-a efectuat colecistectomia și drenarea coledocului. Perioada postoperatorie s-a complicat cu supurarea plăgii. A fost externat la 05-05-84 în stare satisfăcătoare.



fig. 1. Fistulografie

Pentru depistarea și tratamentul fistulelor biliare după intervenția chirurgicală la bolnavii cu chist hidatic hepatic Bilsel Y. și coaut.2003, Sciume C. și coaut.2004 au efectuat papilosfincterotomia endoscopică. Datorită sfincțerotomiei endoscopice reintervențiile chirurgicale au fost depășite în 92% cazuri. Intervenția chirurgicală a fost necesară numai la 4 bolnavi. În observațiile noastre papilosfincterotomia endoscopică a fost efectuată la 2 bolnavi cu fistulă biliară.

Lăsarea perichistului vechi, fibros, calcificat, prost vascularizat crează condiții pentru separarea spontană a perichistului de la țesuturile sănătoase cu formarea sechestrelor. La 3 bolnavi cavitatea restantă și fistula bilio-purulentă a fost menținută de sechestre din peretele fibros necrotizat a cavității restante. Aducem un caz din observările noastre:

B.L., 54 ani, fișa de observare 9866, a fost internat în clinică la 28-04-86 pentru supurarea cavității fibroase restante și fistulă bilio-purulentă după operație pentru chist hidatic hepatic recidivant. A fost operat pentru chist hidatic hepatic de 5 ori. Ultima dată a fost operat în spitalul raional în februarie 1986. La internare în clinică starea generală satisfăcătoare. Sub rebordul costal drept în cicatricea postoperatorie fistulă 0,5x0,8 cm prin care se elimină bilă până la 150-200 ml în amestec cu conținut purulent. Examenările de laborator fără particularități. Colangiografia intravenoasă din 16-05-86—căile biliare și vezica biliară nu se contrastează. La 20-05-86 s-a efectuat operația excizia fistulei și cavității fibroase restante. Extirparea chistului hidatic din epiploon.

După excizia cicatricei postoperatorii din sub rebordul costal drept împreună cu fistula s-a constatat că fistula se termină orb în cavitate 8x10 cm localizată în S_{4,5} a lobului drept a ficatului, care conține sechestre de la peretele fibros. Sechestrele și peretele fibros sau înlăturat. S-a extirpat un chist 12x15 cm cu generații mortificate din omentul mare. Perioada postoperatorie a decurs obișnuit. Examenarea histologică din 26-05-86. Pereții cavității fibroase restante prezintă țesut fibros cu focare mici de infiltrare limfocitară. A fost externat la 12-06-86 în stare satisfăcătoare.

La 3 bolnavi reintervenția a fost efectuată pentru persistența cavității restante și fistulei purulente cauzate de reziduu elementelor evolutive a chistului hidatic, care posibil au fost înlăturate insuficient la prima operație. Aducem un caz pe care l-am socotit semnificativ:

B.C., 53 ani, fișa de observare 5249, a fost internat în clinică la 12-04-80 cu diagnosticul Boala hidatică. Chist hidatic supurat a lobului drept a ficatului S₆. Fistulă purulentă după nefrectomie pe dreapta pentru chist hidatic. În luna februarie 1980 a fost operat în mod urgent pentru chist hidatic a rinichiului drept după care s-a format fistulă purulentă, prin care se elimina până la 100 ml de conținut purulent. În clinică a fost internat pentru lichidarea fistulei și excluderea chistului hidatic hepatic. La internare starea generală satisfăcătoare. Examinările de laborator fără particularități. Examenarea bacteriologică a conținutului din fistulă din 28-04-80 și 3-05-80—s-a depistat *Proteus mirabilis* și *B. coli* rezistent la toate antibioticele. Scanograma ficatului din 3-04-80—chist hidatic a lobului drept a ficatului

Radiografia de ansamblu a cavității peritoneale din 16-04-80—pe dreapta posterior la nivelul vertebrei D₁₂ se determină nivel de lichid. Fistulografia din 6-05-80—la nivelul vertebrei D₁₂ posterior se determină cavitate 8x10 cm de formă neregulată. Concluzie: cavitate fibroasă a chistului hidatic din ficat.

La 13-05-80 s-a efectuat operația Excizia fistulei. Chistectomia lobului drept a ficatului. Fistula cu lungime 6-8 cm comunică cu cavitate fibroasă 10x15 cm localizată pe fața posterioară a lobului drept a ficatului S₆. Din cavitatea fibroasă au fost înlăturate fragmente a membranei hidatide, generații și sechestre a membranei fibroase.

În 2 cazuri pe parcurs de un an după chistectomie și capitonajul cavității fibroase, supurarea cavității fibroase și fistula purulentă a fost menținută de materialul de sutură depistat la reintervenția chirurgicală. Aducem unul din cazurile pe care l-am socotit semnificativ:

B.R. 39 ani, fișa de observație 22302, a fost internat în clinică la 14-11-88 pentru supurarea cavității restante și fistulă purulentă sub rebordul costal drept după operație pentru chist hidatic

hepatic. În luna decembrie 1987 a fost operat pentru chist hidatic hepatic, s-a efectuat capitonajul cavității fibroase restante și peste 6 luni s-a deschis fistulă purulentă.

La internare starea generală satisfăcătoare. Sub rebordul costal drept fistulă 0,3-0,4 cm prin care se elimină conținut purulent până la 25-30 ml. Examinările de laborator: analiza sîngelui: er- $3,6 \times 10^{12}$, Hb-102, L- $8,5 \times 10^9$, bast-6, segm-69, eoz-4, limf-11, mon-10, VSH-40mm/oră. Bilirubina totală-18,2 mkmol/l, Alat-0,14, Asat-0,16, ureia-6,5 mkmol/l, proteina totală-68 g/l, protrombina-80. Eaminarea bacteriologică a conținutului din fistulă - B. coli.

Fistulografia din 3-12-88 se determină două cavități în formă rotund-ovală cu pereți neregulați 6,5x2,5x4,8 cm care comunică între ele cu un canal îngust(fig.2).



fig.2. Fistulografie

La 8-12-88 s-a efectuat operația-excizia fistulei și mioplastia cavității restante cu lambou muscular pe picioruș. Excizia fistulei până la cavitatea fibroasă restantă. Din cavitatea fibroasă restantă sau înlăturat 5 fire de ligatură. După sanarea cavității fibroase restante s-a efectuat plombajul ei cu lambou muscular pe picioruș și drenarea cu tub. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. S-a externat la 17-12-88 în stare satisfăcătoare.

Tratamentul chirurgical a cavității fibroase restante și a fistulelor bilio-purulente are ca scop pregătirea plăgii restante din ficat pentru obținerea cicatricizării fără complicații. Intervenția include înlăturarea factorilor care mențin cavitatea fibroasă restantă. La cavitățile comunicante obligatoriu este uscarea cavităților restante cu micșorarea maximală a secrețiilor. Din cei 15 bolnavi cu cavități restante posthidatice, la 3 au fost efectuate deschiderea, sanarea și drenarea cavității restante supurate și spațiului subfrenic, iar la ceilalți 10-perichistectomia parțială și excizia canalului fistular.

Într-un caz reintervenția a fost efectuată în legătură cu hemoragia în perioada postoperatorie precoce din parenchimul ficatului după rezecție atipică a lobului stîng pentru chist hidatic supurat. În alt caz reintervenția a fost motivată de eventrare care a avut loc la a 12 zi după operația chistectomia din hilul hepatic pentru chist hidatic de dimensiuni mari complicat cu icter mecanic.

Reintervenții pentru chist hidatic rezidual au fost efectuate la 9 bolnavi. Prin termenul chist hidatic rezidual se subînțelege lăsarea forțată intraoperator a chisturilor hidatice din cauza leziunilor primar multiple desiminate socotite uneori neoperabile, complicațiilor pe parcursul operației, care nu permit de a prelungi intervenția și chisturile hidatice neobservate la prima operație. Prezența chistului hidatic rezidual confirmă rezultatele reintervențiilor chirurgicale. La toți 9 bolnavi chisturile au fost localizate în ficat, dintre care în 3 cazuri erau chisturi multiple. Chisturi hidatice de mărime mijlocie-10x12 cm au fost la 5 bolnavi, iar la ceilalți 4 erau chisturi hidatice mari-12x15 cm și mai mari. Toate chisturile hidatice au fost în diferite etape evolutive: mortificate-4 cazuri, supurate-2 și calcificate în 3 cazuri.

Este semnificativ faptul că din cei 9 bolnavi cu chisturi hidatice reziduale 2 au fost operați respectiv cu 9 și 10 ani în urmă pentru chist hidatic a lobului inferior a plămânului drept

și unul pentru chist hidatic a basinelui mic cu 4 ani în urmă. Ceilalți 6 bolnavi au fost operați în interval 1-4 ani de la prima operație. Astfel mărimea chisturilor hidatice, localizarea lor și intervale relativ mici de la prima operație servesc motiv de a concluda că la toți 9 bolnavi au fost chisturi hidatice reziduale. La chisturi hidatice reziduale sunt incluse și acele chisturi care nu au fost observate la prima operație. Aducem un caz pe care l-am socotit reprezentativ:

B.B., 24 ani, fișa de observare 5502, a fost internată în clinică la 14-04-84 pentru Boala hidatică. Chist hidatic mortificat a lobului drept a ficatului, S₇. Din anamneză s-a constatat că în anul 1974 a fost operată pentru chist hidatic a plămânului stâng. Din anul 1983 au apărut dureri periodice sub rebordul costal drept, astenie, pierdere ponderală. A fost internată pentru examinare și tratament chirurgical. La internare examinările de laborator: analiza sângelui: Hb-128, Er-4,2x10¹², L-4,8x10⁹, neseg-5, seg-36, eoz-3, limf-44, mon-12, VSH-15mm/oră. Analiza urinei-norma. Bilirubina totală 18,4 mkmol/l, Alat-0,70, Asat-0,30, ureia-6,16 mmol/l, proteina totală-76 gr/l, protrombina-91%, fibrinogenul-2,6gr/l. Radiografia de ansamblu a plămânilor și spațiului subfrenic pe dreapta din 26-04-84-fără particularități. Scanograma ficatului din 23-04-84-ficatul mărit, forma neregulată. Captarea Au₁₉₈ ne uniformă în ambii lobi. Pe fața externă a lobului drept o zonă scăzută de captare cu contur determinat. Concluzie: formațiune de volum a lobului drept a ficatului. Laparoscopia din 08-05-84-chist hidatic a lobului drept S_{5,6,7,8} a ficatului.

La 08-05-84 s-a efectuat operația Perichistectomia parțială. Omentochistohepatopexia. În lobul drept a ficatului S₇-chist hidatic 6x6cm, care conține lichid de culoare cafenie și fragmente de membrană hidatică. Perioada postoperatorie s-a complicat cu supurarea plăgii. A fost externată la 07-06-84 în stare satisfăcătoare. Posibil că la bolnavă a fost chist hidatic a ficatului din anul 1974, care nu a fost depistat. Peste un an, la 17-04-85 fișa de observare 6036, bolnava din nou a fost internată cu Boala hidatică. Chist hidatic rezidual supurat a lobului drept a ficatului S₇. La 19-04-85 s-a efectuat operația Perichistectomia parțială. Omentochistopexia. (lobul drept a ficatului în aderențe cu omentul mare și diafragma). În parenchimul ficatului S₇ s-a depistat chist hidatic 12x15cm, supurat și calea biliară deschisă a fost suturată.

Examinarea histologică: membrana fibroasă cu infiltrare limfohistiocitară. În parenchimul hepatic din jurul chistului semne de ciroză cu infiltrare limfoidă intensivă. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități. A fost externată la 05-05-85.

În afară de mortificare și supurare chisturile hidatice reziduale la 3 bolnavi au fost cu semne de calcificare. Aducem un caz din observările noastre:

B.M. 59 ani, fișa de observare 968, a fost internat la 14-01-87 pentru Boala hidatică. Chist hidatic rezidual calcificat. În anul 1979 a fost operat pentru chist hidatic a lobului drept a ficatului S_{7,8} prin abord toracoabdominal. La internare prezenta dureri sub rebordul costal drept, astenie. Ficatul mărit cu 3-4cm. Examinările de laborator: analiza sângelui și urinei-norma. Bilirubina totală-22,1mkmol/l. Protrombina-80.

Radiografia toracelui din 15-01-87: cupola diafragmului pe dreapta deformată. În spațiul subfrenic se determină opacitate rotundă de dimensiuni mari, parțial calcificată pe contur.

La 22-01-87 s-a efectuat operația Perichistectomia parțială prin abord paralel cu rebordul costal. Chistul hidatic 12x15cm crescut cu diafragma. Peretele chistului de consistență dură, calcificat. Cu greutate tehnice s-a efectuat puncția și s-au evacuat generații mortificate. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. A fost externat în stare satisfăcătoare la 07-02-87. Cazul prezintă interes prin faptul, că chistul hidatic nu a fost observat la operația din 1974 și în următorii ani el s-a calcificat.

La toți bolnavii cu chist hidatic rezidual s-a efectuat cît o reintervenție chirurgicală. Cea mai frecventă reintervenție a fost Perichistectomia parțială la 8 bolnavi și numai într-un caz - Rezecția lobului stâng a ficatului. Perioada postoperatorie într-un caz s-a complicat cu supurarea cavității fibroase restante și în altul-supurarea plăgii postoperatorii.

Recidivele chistului hidatic hepatic conform datelor aduse de Little I.M. și coaut.,1988 alcătuiesc 8-10%,iar conform datelor prezentate de Акматов Б.А.și coaut.1989,hidatidoza recidivantă variază de la 9,2- până la 29,4% cazuri.

Studierea obiectivă a recidivelor a devenit posibilă numai după implementarea în clinică a ecografiei, tomografiei computerizate și reacțiilor serologice care permit studierea rezultatelor tardive după intervențiile chirurgicale pentru hidatidoza hepatică.

La 28 bolnavi au fost efectuate reintervenții pentru chist hidatic hepatic recidivant la 15 bărbați și la 13 femei. Semnele clinice de recidivă și investigațiile de laborator clasice au avut adeseori semnificare redusă. Diagnosticul în complex, inclusiv ecografia, tomografia computerizată a arătat un aport diagnostic mai concludent. Examinarea clinică în complex și intraoperatorie a arătat că la 10 bolnavi cauza reintervenției a fost recidiva în urma rupturii chistului hidatic în cavitatea peritoneală, iar la ceilalți 18-cauza reintervenției a fost eșecurile de tehnică operatorie, care a adus la recidiva îmbolnăvirii. Aducem un caz pe care l-am socotit semnificativ:

B.C., 51 ani, fișa 1514, a fost internată la 28-01-92 pentru Boala hidatică. Chisturi hidatice a peretelui anterior a abdomenului. Hernie ventrală postoperatorie. În 1989 a fost operată pentru chist hidatic hepatic. Un an în urmă au apărut formațiuni tumorale în peretele anterior a abdomenului. A fost efectuată ecografia, la care s-au confirmat chisturile hidatice. Analiza sîngelui: er- $4,1 \times 10^{12}$, Hb-130, L- $4,9 \times 10^9$, eoz-7, bast.-4, segm.-55, limf.-31, mon.-3. VSH-12mm/oră. Bilirubina-22,1mkmol/l, Alat-0,30, Asat-0,22, glucoza sîngelui-5,5mmol/l, proteina totală-74g/l, ureia-4,6mkmol/l, protrombina-83%.

La 13-02-92 s-a efectuat operația Perichistectomia totală a peretelui anterior a abdomenului. Hernioplastia tip Sapejko. Perioada postoperatorie a decurs obișnuit și la 14-03-92 a fost externată. Cazul adus prezintă interes prin recidiva chistului hidatic în urma implantării parazitului în plaga operatorie la prima operație.

Numărul de reintervenții pentru recidiva chistului hidatic a variat de la 1 până la 5. Din 28 bolnavi la care au fost efectuate reintervenții chirurgicale în 11 cazuri sau efectuat câte 1-2 reintervenții, în 8 cazuri – câte – 3, în 5 cazuri – câte – 4 și în 4 cazuri - câte 5 reintervenții.

După 5 ani de la prima operație reintervenția a fost efectuată la 8 bolnavi, peste 6-10 ani – la 7 bolnavi, peste 11-15 ani – la 7 bolnavi și mai mult de 15 ani – la 6 bolnavi. Datele aduse arată că reintervențiile sau repetat fiecare 5 ani. Au predominat chisturi hidatice recidivante multiple la 22 bolnavi și numai în 6 cazuri au fost chisturi hidatice unice. La 9 bolnavi chisturile hidatice recidivante au fost localizate în ficat, iar în 5 cazuri și în alte organe. Mai frecvent recidivele au fost în ficat și alte organe – la 14 bolnavi.

La 28 bolnavi cu chisturi hidatice recidivante au fost efectuate 79 reintervenții. Cea mai frecventă reintervenție a fost perichistectomia parțială, urmată de perichistectomia totală. Perioada postoperatorie în 9 cazuri a decurs cu complicații, mai frecvent după perichistectomie parțială în comparație cu complicațiile după rezecția atipică a ficatului. Cea mai frecventă complicație a fost supurarea cavității fibroase restante în 3 cazuri, abcesul subfrenic în 2 cazuri, supurarea plăgii la 3 bolnavi și pleurezie reactivă la un bolnav.

Concluzie

Reintervențiile chirurgicale pot fi reduse prin diagnosticul precoce în complex, individualizarea abordului chirurgical, modernizarea tehnicii chirurgicale, inclusiv rezecția ficatului și profilaxia desiminării intraoperatorie cu conținut hidatic.

Bibliografie

1. Bilsel Y., Bulut T., Yamaner S. ERCP in the diagnosis and management of complication after surgery for hepatic echinococcosis. *Gastrointest. Endosc.* 2003, 57(2): 210-213
2. Bratiloveanu C. Chistul hidatic hepatic complicat. *Rezumatul tezei de doctorat.* Iasi, 1987.
3. Ciobanu Șt., Butnaru M., Petrilă P. Sechelele postoperatoroare în tratamentul chisturilor hidatice hepatice. *Chirurgia*, 1960, 1, 67-80
4. Cirenei A., Bertoldi I. Evolution of surgery for liver hydatidosis from 1950 to analysis of a personal experience. *World Surg.* 2001, 25 (1): 87-92

5. Chifan M., Strat V., Țircoveanu E., Diaconescu M.R. Reintervenții în chirurgia chistului hidatic. Rev. Med. Chir., 1985, 89, 1, 53-56
6. Hernando E., Garcia Collegi I.L., Cordoba E., etc. Hepatic Hidatidosis. Review of a series of 677 surgically treated patients. Gastroenterol. Hepatol. 1996, 19(3): 140-145.
7. Little I.M., Ekberg H., Hollands M.I., Recurrence of Hydatid Disease. World j Surg. 1988, 12, 5, 700-704
8. Milovic I., Oluic D. Residual cavities after echinococcosis of the lung and liver. Acta Chir. Jugosl., 1989, 36, suppl., 2: 614-615.
9. Părăian Ion. Chistul Hidatic Hepatic, București, 1998.
10. Salem A., Ayadi S., Bereksi D. etc. La perikystectomie partielle dans le traitement du kyste hydatique du foie a perikyste souple. A propos d'une serie de 142 cas. Chir. Mem Acad. Chir., 1988, 114, 6, 502-503.
11. Seiume C., Geraci G., Pusello F. etc. Treatment of complications of hepatic hydatid disease by ERCP: our experience. Ann. Ital. Chir., 2004, 75(5) 531-536
12. Sielaff T.D., Taylor B., Langer B. Recurrence of hydatid disease. World j Surg., 2001, 25, (1): 83-86
13. Trullenque Peris R., Sanja Remacha L., Arlandis Felix F., Tendencias Actuales en el tratamiento quirurgico de la hidatidosis hepatica. Nuestra experiencia en 97 pacientes. Rev. exp. Enferm. Apar. Digest., 1986, 70, 6, 507-510.
14. Акматов Б.А., Кенжаев М.Г., Рыскулов Э.Р. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза. Материалы 2 съезда хирургов Таджикистана. 1989, стр. 63-64.
15. Назаревский Н.Г., Изосимов В.В., Сидоренко В.Д. О рецидивах эхинококковой болезни. Тезисы Всесоюзной научной конференции. Диагностика и лечение эхинококкоза. Баку, 1987, стр. 140-142.
16. Помелов В.С., Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т. Осложнения после эхинококкэктомии печени и возможности их профилактики. Хирургия, 1992, 1, стр. 83-86.
17. Цыбырнэ К.А., Андон Л.Г., Липован В.Г., Павлюк Г.В. Повторные и реконструктивные операции после эхинококкэктомии печени. Материалы 2 съезда хирургов Таджикистана, 1989, стр. 143-144.

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL BOLII VARICOASE A VENELOR MEMBRELOR INFERIOARE

Vladimir Cereș, Galina Pavliuc, Alexei Baltag, Maria Danu
Catedra de chirurgie Nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Surgical management of varicose disease of lower extremities

This study presents the results of treatment of 36 patients with four different forms of varicose disease. Based on these results, we have developed a principled approach to the diagnosis and tactics of treatment in varicose disease.

Rezumat

Studiul prezintă rezultatele tratamentului a 36 pacienți cu 4 forme diferite a bolii varicoase. La baza rezultatelor date noi am elaborat o abordare principială la diagnostic și tactica tratamentului a bolii varicoase.

Actualitate

Boala varicoasă a venelor (dilatația esențială) membrelor inferioare este descrisă în literatură cu diferite denumiri: „boala varicoasă a venelor”, „simptomocomplexul varicos”, „varicoza esențială”, „varicoza primară” etc. Noi considerăm că cea mai reușită denumire este