

## MANAGEMENTUL LEZIUNILOR TRAUMATICE PANCREATODUODENALE

**Sergiu Berliba**<sup>1</sup>, dr. în medicină, asistent univ., **Gheorghe Ghidirim**<sup>1</sup>, dr. hab. în medicină, prof. univ., academician, **Vadim Gheorghită**<sup>2</sup>, cercet. șt., **Eugeniu Beschieru**<sup>2</sup>, cercet. șt., USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>1</sup>, Laboratorul de chirurgie hepato-pancreato-biliară<sup>2</sup>

Leziunile pancreatoduodenale, frecvent întâlnite în trauma asociată, în ultimele decenii suscită o atenție din ce în ce mai sporită [4, 7, 9]. Actualmente incidența traumatismelor pancreatoduodenale constituie 1-10% din totalitatea leziunilor viscerelor abdominale [1, 5]. Printre leziunile abdominale, trauma pancreasului și duodenului ocupă un loc deosebit din cauza localizării anatomice și particularităților funcțiilor lor [11, 16]. Prin pozițiile relativ protejate în retroperitoneu, aceste organe sunt afectate în concordanță cu gravitatea traumatismului abdominal, procentul cofectărilor fiind destul de mare (1-15%), ca urmare apar dificultățile diagnostice și de tratament, consecințele exprimându-se prin ponderea înaltă a complicațiilor survenite [2, 5, 6, 8, 9, 11, 14].

Rămâne discutabilă tactica chirurgicală în leziunile asociate pancreatoduodenale, când apare necesitatea soluționării problemei privind excluderea duodenului din pasaj, chirurgii fiind puși în situații dificile [9, 21]. Finisarea incorectă a intervenției chirurgicale este urmată de o rată majoră a complicațiilor (până la 55,5%) și mortalității (de la 10,6% până la 46,6%) [6, 10, 11, 12, 14].

**Obiectivele lucrării.** Evaluarea rezultatelor tratamentului leziunilor traumatice pancreatoduodenale în funcție de gradul leziunii și metoda de tratament.

**Materiale și metode.** În studiul de față trauma pancreasului și leziunile concomitente ale duodenului au fost prezente la 30 (13,1%) de pacienți, semiologia intraoperatorie fiind de la un hematom intramural al peretelui duodenal până la decelarea totală sau leziuni multiple ale duodenului, unele fără posibilitatea corecției anatomice. La 23 (76,7%) de pacienți au fost depistate leziuni ale pancreasului de gr. I și II, gradul III și IV fiind prezente numai în 4 (13,3%) cazuri. Gradul V de leziune a fost stabilit la 3 (10%) pacienți. În primele 48 de ore au decedat 7 (23,3%) pacienți din cauza șocului hipovolemic sever și a flegmonului retroperitoneal, peste 48 de ore – 6 (20%) traumatizați. Segmentul D<sub>1</sub> a fost lezat în 5 (16,7%) cazuri, D<sub>2</sub> – în 15 (50%) cazuri, D<sub>3</sub> – în 5 (16,7%) cazuri, D<sub>4</sub> – în 2 (6,7%) cazuri. Lezarea unui număr mai mare de 2 segmente a fost prezentă la 3 (10%) pacienți. Duodenul a fost exclus din pasaj în 30% cazuri, cauza fiind prezența leziunilor masive ale pereților duodenali (>25% din circumferința duodenului) și prezența deja a pancreatitei acute posttraumatice. La 21 (70%) de pacienți s-a păstrat pasajul normal anatomic prin duoden, intraoperator lipsind anumite dubii privind dehiscența suturilor duodenale în perioada postoperatorie precoce (*tabelul 1*).

Revizia, hemostaza și drenarea bursei omentale s-au efectuat la 23 (76,7%) de pacienți, iar aplicarea bursoomentostomiei primare de control – în 7 (23,3%) cazuri. Frecvența dezvoltării pancreatitei acute posttraumatice a fost de 75% și respectiv 100% atât la păstrarea, cât și la excluderea duodenului din pasaj. Menționăm că în toate cazurile (7 pts) bursoomentostomia primară de control a fost aplicată la pacienții cu leziuni traumatice ale pancreasului de gradul III - V, acestea fiind cele mai grave și severe traumatisme legate de lezarea ductului Wirsung. Pancreatita acută posttraumatică s-a înregistrat în 83,3% cazuri, cu o mortalitate de 33,3%, în comparație cu gradele de leziune I și II, în cazul cărora frecvența pancreatitei acute posttraumatice și a letalității a fost de 82,3% și respectiv 23,5% cazuri. Datele ne demonstrează severitatea majoră a acestor leziuni.

**Amplerea intervențiilor chirurgicale în leziunile traumatice pancreatoduodenale fără excluderea duodenului din pasaj**

<i>Volumul operației</i>	<i>Au supraviețuit &gt; 48 ore</i>					
	<i>Total n (%)</i>	<i>PAPT n (%)</i>	<i>Hemoragii arozive n (%)</i>	<i>Complicații supurative (abces, flegmon) n (%)</i>	<i>Fistule digestive n (%)</i>	<i>Decedați n (%)</i>
Revizia, hemostaza, drenarea bursei omentale fără excluderea duodenului (n=17)*	12 (70,6%)	9 (75%)	2 (16,7%)	3 (25%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)
Bursoomentostomia primară de control fără excluderea duodenului (n=4)**	4 (100%)	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)

\* decedat < 48 ore (n=5) \*\* decedat < 48 ore (n=0)

Frecvența înaltă a mortalității (25%) în grupa pacienților la care primar s-a efectuat suturarea duodenului fără excluderea sa din pasaj cu aplicarea bursoomentostomiei primare de control este motivată de spitalizarea tardivă a pacientului (>48 ore) și de prezența pancreonecrozei posttraumatice. Perioada postoperatorie s-a complicat cu dehiscenta suturilor aplicate pe duoden, apariția fistulei duodenale cu decesul pacientului la a 34-a zi postoperator.

În grupa pacienților unde duodenul a fost exclus din pasaj frecvența complicațiilor supurative și a letalității a predominat la cei care primar au suportat revizie, hemostază și drenarea bursei omentale: 20% vs 0%; 60% vs 50% (tabelul 2). Considerăm că în aceste cazuri a fost necesară aplicarea bursoomentostomiei primare de control.

Relaparatomie din cauza dezvoltării formelor supurative ale pancreatitei acute posttraumatice au necesitat 6 (20%) pacienți, la care primar s-a efectuat revizia, hemostaza și drenarea bursei omentale. Intervenția s-a finisat cu necrectomie și aplicarea bursoomentostomiei programate, cu o mortalitate de 50% (3 pts.) în perioada postoperatorie tardivă. Cauzele letalității au fost determinate de dezvoltarea pancreonecrozei posttraumatice, persistența fistulelor duodenale cu debit înalt, și drept consecință cașexia și insuficiența poliorganică.

Dehiscenta suturilor duodenale sau a gastroenteroanastomozei a fost stabilită în 3 (10,3%) cazuri, iar a bontului duodenal – în 2 (6,9%) cazuri. Fistule duodenale externe au apărut la 4 (13,8%) pacienți, debitul mediu în 24 ore fiind de 700 ml.

Tabelul 2

**Amplerea intervențiilor chirurgicale în leziunile traumatice pancreatoduodenale cu excluderea duodenului din pasaj**

<i>Volumul operației</i>	<i>Au supraviețuit &gt; 48 ore</i>					
	<i>Total n (%)</i>	<i>PAPT n (%)</i>	<i>Hemoragii arozive n (%)</i>	<i>Complicații supurative n (%)</i>	<i>Fistule digestive n (%)</i>	<i>Decedați n (%)</i>
Revizia, hemostaza, drenarea bursei omentale cu excluderea duodenului (n=6)*	5 (83,3%)	5 (100%)	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	3 (60%)
Bursoomentostomia primară de control cu excluderea duodenului (n=3)**	2 (66,7%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)

\* decedat < 48 ore (n=1) \*\* decedat < 48 ore (n=1)

**Discuții.** În literatura de specialitate este descrisă o gamă vastă a operațiilor legate de prezența acestui traumatism: suturarea simplă a plăgii duodenului; aplicarea duodenoanastomozei laterale pe o ansă izolată a je-

junului; excluderea duodenului din pasaj prin suturarea porțiunii antrale a stomacului cu aplicarea gastroenteroanastomozii; rezecția gastrică [3, 21, 22, 23]. Defectele duodenale se recomandă a fi suturate numai în plăgile „proaspete”, timpul traumă-operatie fiind de cel mult 6 ore, iar peretele duodenal fiind deschis pe o suprafață de până la 25% din circumferința lui [15, 17, 20]. П.А. Иванов și coaut. (2003) menționează că frecvența complicațiilor și letalitatea postoperatorie la aplicarea acestei metode au fost de 31,6% și respectiv de 10,5%, iar atunci când de la momentul traumei au trecut mai mult de 6 ore, complicații s-au înregistrat în 50% cazuri, letalitatea constituind 35,7% [17]. În cazurile de adresare tardivă, prezența defectului duodenal mai mare de 25% și peritonită difuză, este recomandată excluderea duodenului din pasaj cu drenarea căilor biliare în scopul profilaxiei dehiscentei suturilor [16, 17, 20]. Studiile efectuate demonstrează că excluderea duodenului este necesară la cea mai mică suspexție a suturilor aplicate și a stenozării lumenului duodenal [13].

M.P. Koroliov și coaut. (2000) sunt adepții tacticii organomenajante în traumatismul pancreatoduodenal și propun numai suturarea duodenului cu drenarea adecvată a bursei omentale [18, 20].

Analiza rezultatelor tratamentului medico-chirurgical la pacienții noștri în funcție de tipul intervenției efectuate a permis formularea principiilor prelucrării chirurgicale, care după părerea noastră a permis micșorarea riscului dezvoltării pancreatitei acute posttraumatice. Sutura leziunilor duodenului cu drenarea închisă a bursei omentale poate fi efectuată numai în leziunile pancreasului de gr. I – II în traumatismul abdominal închis și deschis. O condiție importantă este ca peretele duodenal să fie lezat pe o circumferință de până la 25% din lumenul duodenal, date expuse și în literatura de specialitate [19]. În toate celelalte cazuri suturarea simplă necesită să fie urmată de excluderea duodenului din pasaj cu aplicarea bursoomentostomiei primare de control în scopul profilaxiei dehiscentei suturilor duodenale. Obligatorii sunt aplicarea colecistostomei decompressive și decompresia gastrică.

### Concluzii

1. Diagnosticul leziunilor pancreatoduodenale este determinat de particularitățile anatomice ale zonei, iar gravitatea lor – de asocierea în circa 90% cu leziuni ale organelor adiacente de importanță vitală, însoțite de șoc.

2. Leziunile pancreatoduodenale prezintă cele mai severe leziuni ale organelor cavității peritoneale, succesul tratamentului fiind în funcție de mecanogeneza traumatismului abdominal, gravitatea leziunilor pancreasului și duodenului, timpul trecut de la traumatism și starea hemodinamică a pacientului.

3. La pacienții cu traumatism pancreatoduodenal, spitalizați în primele 6 ore de la traumatism cu leziuni de până la 25% din circumferința duodenului, este indicată suturarea simplă a organului cu drenarea închisă a bursei omentale.

4. La cea mai mică suspexție de dehiscentă a suturilor duodenale se recomandă excluderea duodenului din pasaj cu aplicarea bursoomentostomiei primare de control.

5. Diagnosticul leziunilor pancreatoduodenale deschise și închise însoțite de șoc nu prezintă semne specifice și se bazează pe datele intraoperatorii.

6. Diagnosticul preoperator al leziunilor organelor zonei pancreatoduodenale este posibil numai în baza unui complex standardizat de investigații clinice, de laborator și instrumentale.

7. Rata majoritară a mortalității are loc în primele ore după operație și este determinată de șocul hemoragic și traumatic, din care rezultă că resuscitarea adecvată poate ameliora rezultatele tratamentului bolnavilor cu traumatisme pancreatoduodenale.

### Bibliografie selectivă

1. Asensio J.A., Petrone P., Roldan G., Pak-art R., Salim A., Pancreatic and duodenal injuries. Complex and lethal. Scand. J. Surg. 2002, vol. 91, p.81-86.
2. Bergson P.Y., Bergson P.B. et al., Ruptures traumatiques duodenum de l'adulte. Atpopos de neuf observations. J. Chir. 1991, vol.128, nr.1, p. 30-33.
3. Duca S., Patologie chirurgicală, Editura UMF Cluj-Napoca, 1995, p. 241-255.
4. Funariu Gh., Chirurgie abdominală, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2002, p. 453-454.
5. Heimonsohn D.A., Caval D.E., The role of pancreatico-duodenectomy in the management of traumatic injuries of the pancreas and duodenum. Am. J. Surg. 1990, vol.56, nr.8, p. 511-514.
6. Jones R.C., Management of pancreatic trauma. Am. J. Surg. 1985, vol.180, p. 698-704.
7. Jurkovich G.J., Carrico C.J., Pancreatic trauma. Surg. Clin. North Am. 1990 Jun, vol.70, nr.3, p. 575-593.
8. Kiss L., Lapadatu E., Balint Z., Traumatismele abdominale. Acta Med., Transilvania 1997, nr. 4, p.17.
9. Kiss L., Remescu A., Despre leziunile duodenopancreatice prin prisma a 42 de cazuri operate. Chirurgia (Revista Societății Române de Chirurgie), 2001, vol. 96, nr.1, p. 23-35.
10. Majeski J. A., Tyler G., Pancreatic trauma. Am. Surg. 1980, vol. 46, nr.10, p. 593-596.
11. Mansour M.A., Moore J.B., Moore F.E., Conservative management of combined pancreatoduodenal injuries. Am. J. Surg., 1989, vol.159, p. 531-535.

12. Takishima T., Hirata M., Kataoka Y., Asari Y. et al., Pancreatographic classification of pancreatic ductal injuries caused by blunt injury to the pancreas. J. Trauma 2000, vol. 48. nr. 4, p. 745-751.
13. Tyburski J.G., Dente C.J., Wilson R.F. et al., Infectious complications following duodenal and/or pancreatic trauma. Am. Surg. 2001, vol.67, nr.3, p.227-230.
14. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Береснева Э.А., Евдокимов В.Н., Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений двенадцатиперстной кишки. Вестн. хир.1989, №2, с. 116-120.
15. Войновский Е.А., Абакумов М.М., Васильев А.Ю., Войновский А.Е., Лечебно-диагностическая тактика при огнестрельных ранениях поджелудочной железы. Хирургия, 2004, № 1, с. 11–14.
16. Волков А.Н., Ошибки и осложнения при травме живота. Новосибирск, 1990, с. 63–64.
17. Иванов П.А., Гришин А.В., Корнеев Д.А., Зиняков С.А., Повреждения органов панкреатодуоденальной зоны. Хирургия, 2003, № 12, с. 39-43.
18. Королев М.П., Кутушев Ф.Х., Уракчеев Ш.К., Волков Д.Б., Некоторые вопросы хирургического лечения травм поджелудочной железы. Тез. докладов научно-практической ежегодной конференции Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга. СПб.: НИИХимии, СПб ГУ, 2000, с.68-69.
19. Молитвословов А.Б., Хирургическое лечение травмы поджелудочной железы. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Москва, 1994.
20. Молитвословов А.Б., Хирургия поджелудочной железы: острый панкреатит, травмы поджелудочной железы. Трансплантация поджелудочной железы. Русский медицинский Журнал, 1996, Т. IV, № 3, [www.rmj.ru](http://www.rmj.ru)
21. Новиков А.С., Уракчеев Ш.К., Богданов С.В., Повреждения двенадцатиперстной кишки. Вестник хирургии им. И.И. Грекова 1998, Т.157, №6, с.49–53.
22. Филин В.И., Гидирим Г.П., Толстой А.Д., Вашетков Р.В., Травматический панкреатит. Кишинев, Штиинца, 1990.
23. Хальзов А.В., Сравнительная оценка эффективности различных способов хирургического лечения больных с полным поперечным разрывом поджелудочной железы. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Новосибирск, 2003.

### Summary

In this research was expounded the treatment analyses on 30 patients with associated injuries of pancreas and duodenum. These traumas in 80% cases were associated with the injuries of the other intra-abdominal organs. The diagnosis stipulated for the intra-operative revision in abdomen open injuries, and dynamical monitoring with USG, X-ray and laboratory test application in close traumas, which did not need surgical intervention. The diagnosis was checked by laparoscopy. The results of medico-surgical treatment of the patients with pancreato-duodenal associated injuries were analyzed in dependence on the type of intervention and the modality of the surgical techniques.

Was demonstrated, that at the patients where the duodenum was excluded, the skeptical complication frequency and the fatality prevailed to those who endured elementary revision, homeostasis and bursomentostomy: 20% vs. 0%; 60% vs. 50%.

## OPINIA MEDICILOR DE FAMILIE PRIVIND COMPETENȚELE LOR LEGATE DE ACTIVITATEA ÎN ECHIPĂ

**Natalia Zarbailov<sup>1</sup>**, dr. în medicină., conf. cercet., **Yousif Rahim<sup>2</sup>**, cercetător șt.,

**Constantin Ețco<sup>1</sup>**, dr. hab. în medicină, prof. univ., **Mihai Ciocanu<sup>3</sup>**, dr. hab. în medicină, conf. cercet.,  
USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>1</sup>, Departamentul de Statistică și Matematică Aplicativă, Universitatea Torino,  
Italia,<sup>2</sup> Centrul Național de Management în Sănătate<sup>3</sup>

**Introducere.** Scopul Asistenței Medicale Primare este o societate sănătoasă. Pentru a atinge acest scop, este nevoie de creativitate, idei și capacitatea de a soluționa problemele (societății, familiei, individului) diferitor indivizi care lucrează împreună. Acest scop nu poate fi atins fără cooperare între angajații diferitor sectoare.

Modelul și nivelul acestei cooperări sunt variate și trebuie să fie determinate de fiecare colectiv aparte, în corespundere cu necesitățile și resursele proprii. Nu există o componentă universală de aplicare.

*Echipa* a fost definită ca un grup de oameni pe care îi unește un scop comun și care trebuie să lucreze împreună pentru a atinge acest scop, în corespundere cu competențele și abilitățile fiecărui membru și cu funcțiile altor membri.

Echipa de sănătate include toate persoanele care lucrează împreună, de exemplu, personalul de suport – registratorul, secretara, șoferul, infirmierele fac parte din echipă. Este important ca activitatea și contribuția lor să fie recunoscute la fel ca și activitatea personalului medical – asistenților medicali, nurselor și altor lucrători cu studii medicale.