

39. Velmahos G., Demetriades D., Toutouzas K.G. et al. *Selective nonoperative management in 1856 patients with abdominal gunshot wounds: should routine laparotomy still be the standard of care?* Ann Surg. 2001; 234(3): 395-403.

40. Demetriades D., Hadjizacharia P., Constantinou C. et al. *Selective nonoperative management of penetrating abdominal solid organ injuries.* Ann Surg. 2006; 244(4): 620-628.

Rezumat

Autorii prezintă un studiu retrospectiv pe un lot de 66 de laparotomii non-terapeutice din totalitatea de 191 de laparotomii efectuate (rata intervențiilor non-terapeutice – 42,6%). Ponderea complicațiilor minore și majore a fost de 50%. Este analizată structura și incidența complicațiilor. Durata medie de spitalizare pentru pacienții cu evoluție postoperatorie necomplicată a fost de 6,2±0,3 zile; pentru cei cu complicații – 9,4±0,8 zile. În concluzie, autorii formulează că intervențiile non-terapeutice pentru traumatisme abdominale deschise comportă o rată considerabilă de morbiditate și sporesc semnificativ durata spitalizării. În final este recomandată optimizarea abordării diagnostic-curative a acestei categorii de traumatizați pentru minimalizarea ratei de laparotomii non-terapeutice.

Summary

In a retrospective study of 191 patients undergoing explorative laparotomy for abdominal stab wounds 66 (42,6%) non-therapeutic laparotomies were indentified. The incidence of major and minor complications was 50%. The incidence and types of complications were analyzed. The mean hospital stay for patients undergoing uncomplicated non-therapeutic laparotomy was 6,2±0,3; for those with complications it was 9,4±0,8 days. It is concluded that non-therapeutic operations for penetrating trauma entails an important morbidity rate and increased significantly hospital length of stay. Finally it is recommended to optimize the diagnosis-therapeutic approach to this category of trauma to minimize the rate of non-therapeutic laparotomy.

ECHINOCOZA RENALĂ

Gheorghe Ghidirim, acad., dr. hab. în medicină, prof. univ.,
Gheorghe Rojnovanu, dr. hab. în medicină, conf. univ., **Igor Mișin**, dr. hab. în medicină,
conf. cerc., **Radu Gurghiș**, cerc. științ., **Sergiu Guzun**, rezident
USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul
Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, CNȘPMU

Introducere. Echinococoză renală (ER) este o entitate nozologică rară, iar principala provocare pentru chirurghi o constituie diagnosticul preoperator. Examinările radiologice și investigațiile serologice, deși orientative, nu pot stabili definitiv diagnosticul și numai examenul morfologic post-operator constată cu certitudine infecția cu echinococ [31]. Deși chistul hidatic poate fi întâlnit în orice locație, de obicei, este detectat în ficat și plămâni. Echinococoză extrahepatică a fost descrisă în cavitatea peritoneală, spațiul retroperitoneal, splină, rinichi, suprarenale și chiar, în coloana vertebrală și peretele abdominal [26, 25]. Boala hidatică este endemică în mai multe regiuni din Asia, Europa, America de Sud, Orientul Mijlociu, Australia și Noua Zelandă [17]. Este o patologie cronică, infectarea având loc în copilărie, însă cu toate acestea, semnele clinice se manifestă mult mai târziu [11]. Aschner și Gechman, citați de K.J. Mackinnon (1964), au estimat incidența afectării renale între 0,65% și 7,5% [11]. Rinichii sunt cel mai frecvent afectați la nivelul tractului urogenital [31]. Localizarea renală în echinococoză este mai frecvent unilaterală. Sanjurjo și coautorii (1954) au descris invazia hidatică în alte organe ale tractului urogenital, altele decât rinichii, reprezentându-le drept „curiozități cazuistice medicale” [19].

Caracteristici generale. Etiopatogeneza este deja cunoscută, însă vom puncta câteva principii de bază:

- echinococoză este o infecție parazitară cauzată de tenia echinococcus în stadiul de larvare;
- sunt trei specii de echinococ care provoacă boala hidatică;

- echinococcus granulosus este cel mai frecvent, celelalte două tipuri (echinococcus multilocularis și echinococcus oligartus) se întâlnesc mult mai rar;
- ciclul de viață presupune o gazdă definitivă și una intermediară;
- caninele constituie de obicei gazda definitivă;
- ouăle, care sunt sursa de infestare, sunt extrem de rezistente, capabile să supraviețuiască 12 zile în condiții de secetă, 7 zile în apă și 4 luni în gheață;
- calea de infestare este cea bucală, din cauza contaminării produselor alimentare, terenurilor agricole, contactului direct cu gazda definitivă [29].

Odată ingerate, ouăle sunt supuse acțiunii sucului gastric și duodenal, care dizolvă coaja chitinoasă și eliberează embrionii hexacanți. Aceștia din urmă, prin pereții duodenului și jejunului pătrund în circulația portală, astfel ficatul, ca prim filtru, este cel mai frecvent loc de inoculare al echinococului [8, 29]. Dacă hexacantul străbate rețeaua capilară a ficatului, acesta pătrunde în plexul pulmonar și poate dezvolta chisturi pulmonare, care după frecvența apariției ocupă al doilea loc [11]. Atunci când plexul pulmonar este trecut cu succes, embrionii hexacanți reintră în circulația periferică și se pot fixa în orice parte a corpului [11].

Anatomia patologică a chisturilor hidatice renale descrie mai multe tipuri de formare ale acestora. Marea majoritate sunt constituite din adventiție, care provine din țesutul renal adiacent ce a reacționat inflamator prin proliferare fibroblastică și stratul intern constituit din membrana laminată, dublă, care are rol germinativ și este responsabilă de formarea veziculelor proligere, cu scolecși în interior. Dacă, din cauza unui răspuns inflamator exagerat, adventiția se îngroașă și se fibrozează, nutriția chistului poate fi compromisă, astfel acesta ar putea intra într-o fază latentă inactivă producându-se calcificarea pereților săi [11]. Veziculele-fiice sunt formate prin ciclul asexuat în chistul hidatic, acestea pot fi atât de numeroase, încât să umple chistul-mamă sau pot pluti separat în lichidul chistic [13, 29]. Ruperea chistului și ulterior scurgerea chisturilor-fiice și a scolecșilor pot conduce la dezvoltarea de chisturi noi în alte localizări, generând o echinococoză secundară. Pentru localizarea renală este caracteristic faptul că un astfel de chist închis se poate extinde treptat din cauza secreției continue de lichid, care în cele din urmă va duce la ruperea și contaminarea cavităților [11]. Orificiul perforației poate fi foarte mic și evacuarea conținutului acestuia poate să cuprindă o perioadă de mai mulți ani [11]. Se pot produce, totuși, și rupturi masive ce pot duce la apariția de lichid chistic, scolecși, membrană chistică, vezicule-fiice și alte resturi hidatice în urină [13]. Ruptura poate fi intraperitoneală, retroperitoneală sau chiar și în cavitatea pleurală. Mai frecvent, chisturile hidatice renale se erup în calicele sau bazinetele renale [11].

Tabloul clinic al ER este dependent de expansiunea, dezvoltarea unei complicații și localizarea chistului hidatic. Este necesară o perioadă de la cinci la douăzeci de ani pentru ca chistul să atingă dimensiuni de la 3 cm la 15 cm și să dezvolte o simptomatologie, cu condiția ca acesta să rămână închis [13]. Nu există semne specifice de hidatidoză renală, cele mai comune simptome rămânând a fi masa palpabilă pe unul sau celălalt flanc abdominal, durerea locală, hematuria. Reay și Rolleston, citați de K.J. Mackinnon (1964), au afirmat că, în absența unei tumori palpabile, ER rareori este simptomatică [11]. Ruperea chistului se poate manifesta prin colici ureterale, cauzate de pasajul fragmentelor hidatice [1], iar dizuria sau retenția urinară pot surveni din cauza prezenței membranei chistice și a chisturilor-fiice în vezica urinară [13]. De asemenea, pot apărea reacții toxice și anafilactoide după ruperea chistului [29]. În toate aceste cazuri, hidaturia rămâne a fi un semn patognomonic [1]. Însă rupturile mici se pot închide, lăsând pacientul cu o simptomatologie ștersă pe o perioadă de mai mulți ani.

Diagnosticul prezumtiv poate fi presupus dacă bolnavul a trăit într-o zonă endemică. În cazul în care în urină se determină resturi hidatice, acestea sunt o dovadă concludentă a bolii [11]. Resturile hidatice rezultă din ruptura chistului în sistemul de colectare, fiind raportat între 5% și 25% din toate cazurile de ER [1]. Hematuria și piuria pot fi de asemenea prezente.

Examenul biologic al sângelui prezintă o eozinofilie determinată, în special, la etapele timpurii ale bolii sau după ruptura chistului, în circa 20-50% cazuri de ER [22]. Testul Casoni, testul de fixare al complementului, precum și testul hemaglutinării indirecte ar putea fi de ajutor pentru diagnosticarea hidatidozei renale [22]. Testul Casoni oferă rezultate pozitive în aproximativ 25-50% din cazuri,

în timp ce randamentele testului de fixare al complementului reprezintă aproximativ 40%, iar testul hemaglutinării indirecte are o rată pozitivă mai mare de 75% pentru boala hidatică [22].

Studiile radiologice sunt importante, dar nu definitive, în diagnosticul ER. Radiografia de ansamblu a abdomenului poate arăta o extindere renală cu deplasarea sau ștergerea umbrei renale [23]. Calcificările în regiunea renală pot fi liniare, multilaminare sau amorfe și ar putea fi asociate hidatidozei renale [3]. Urografia intravenoasă prevede evaluarea funcției renale și poate aprecia distorsiunea caliceală, urmată de ectazia calicelor și de rinichi afuncțional, determinate de efectul de masă al leziunilor chistice [7]. Urografia poate dezvălui interacțiunea între chistul hidatic renal și sistemul de colectare, ceea ce va duce la o opacifiere a cavității extracaliceale [10], iar multiplele defecte rotunde de umplere, reprezentând chisturi-fiice, pot fi văzute în sistemul excretor în astfel de cazuri [18].

Ultrasonografia este un examen instrumental important și noninvaziv care, de obicei, precede investigația radiologică. Extinderea utilizării ultrasonografiei în diagnosticul evolutiv al ciclului de viață al chistului hidatic și studiile clinice au necesitat elaborarea unei clasificări standardizate internaționale. Clasificarea internațională propusă rezultă din clasificarea lui Gharbi și coautorii (1981) și este utilizată în domeniul studiilor epidemiologice, precum și în investigațiile clinice [5]. Primul grup clinic cuprinde leziunea chistică (CL) și chisturile hidatice (CE) tip 1 și 2, care sunt, de obicei, chisturi active, fertile, care conțin scolecși viabili [12]. CL este uniloculară, cu conținut anecoic uniform, fără delimitări clare, rotundă sau ovală, de dimensiuni variabile (CLs<5,0cm, CLm 5-10cm, CLl>10,0 cm) [12]. De obicei, aceste leziuni sunt neparazitare, dar suspecte pentru un chist hidatic într-un stadiu incipient de dezvoltare [5]. Diagnosticul diferențial al acestor leziuni chistice impune aplicarea tehnicilor suplimentare de diagnostic. CE tip 1 este un chist simplu, unilocular, cu pereți bine definiți și izolat fonic, poate prezenta ecouri fine, adesea numite nisip hidatic (semnul „fulg de zăpadă”), care este o constatare patognomonică [12]. CE tip 2 sunt chisturi multiseptate, de dimensiuni variabile (CE2s, CE2m, CE2l), de formă rotundă sau ovală, cu pereți bine delimitați, cu multiple chisturi-fiice în interior [12]. Semnul patognomonic al CE tip 2 este amplasarea chisturilor-fiice în rozetă sau fagure de miere [12]. CE tip 3 sunt chisturi care intră într-o etapă de tranziție, integritatea chistului fiind compromisă fie de către gazdă sau de chimioterapie, la această etapă aparținând grupului clinic doi [5] și ultrasonografic se constată dezlipirea membranei laminate din peretele chistului, ca o membrană plutitoare (semnul nufărului) [12]. CE tip 4 și 5 sunt chisturi inactive, care și-au pierdut fertilitatea și sunt degenerative, aparțin grupului clinic al treilea [5]. CE tip 4 au aspect ultrasonografic heterogen, fără chisturi-fiice, diagnosticul diferențial al cărora este posibil în prezența peretelui chistic, conului de umbră lateral, calcificărilor neînsemnate și unei spirale izolate fonic (semnul mingii de lână) [12]. CE tip 5 este caracterizat prin pereți îngroșați, calcificări, care pot cuprinde în întregime chistul [12].

Constatățile tipice determinate la tomografia computerizată (TC) pentru hidatidoza renală includ un chist cu perete gros sau calcificat, un chist unicameral (figura 1) cu membrană detașată, un chist multivezicular cu densități interne diferite și chisturi-fiice cu o densitate mai mică decât matricea maternă [27, 16]. Lichidul din interiorul CE tip 1 are o densitate scăzută. Peretele chistului hidatic de tip 1 este mai bine delimitat la TC cu contrast, comparativ cu ultrasonografia [14]. Prezența chisturilor-fiice la tomografie este un indiciu în diferențierea chistului hidatic CE tip 3 de abcesele renale [15]. TC poate fi utilă în diagnosticul chisturilor hidatice CE tip 4, ce au un aspect similar cu o pseudotumoră [10], în plus, și calcificările inelare în peretele chistului hidatic CE tip 5 pot fi vizualizate [27, 16].

Tratament. Este bine cunoscut faptul că tratamentul hidatidozei are componentul medical și chirurgical. Tratamentul medicamentos cu derivați benzimidazolici prevede reducerea dimensiunilor și volumului chisturilor renale hidatice și solidificarea conținutului acestora ce poate fi monitorizat prin ecografie [28]. În plus, sunt multe chisturi hidatice simptomatice care nu pot fi supuse tratamentului chirurgical. În astfel de cazuri, tratamentul medical de lungă durată cu antihelmintice, fie mebendazol sau albendazol, poate fi o alternativă eficientă [10]. Chisturile stabile, asimptomatice și calcificate nu necesită terapie specifică, dar ar trebui să fie monitorizate imagistic pe o perioadă de mai mulți ani pentru a se confirma caracterul benign [31].

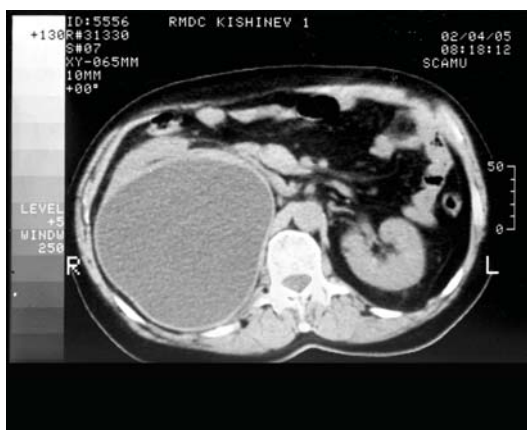


Figura 1. Echinococoză renală tip1 (caz propriu)

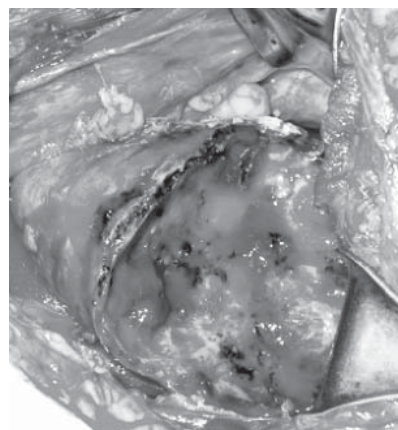


Figura 2. Perichistectomie subtotală (caz propriu)

Amplizarea tratamentului chirurgical în echinococoză renală este nefrectomia parțială sau totală, în cazurile lezării semnificative a parenchimului renal [9]. Cu toate acestea, tratamentul chirurgical organomenajant ce presupune doar rezecția chistului sau perichistectomia subtotală (figura 2) poate fi o alternativă [2]. Trebuie întotdeauna să fie luate măsuri de precauție pentru a evita ruptura intraoperatorie a chistului. O astfel de ruptură ar putea duce la recidiva bolii sau dezvoltarea șocului anafilactic la persoane foarte sensibile [11]. Reay și Rolleston, citați de K.J. Mackinnon (1964), sugerează amânarea operației până la cel puțin două săptămâni după ruperea chistului, sensibilizarea persistând pe această perioadă de timp [11]. Recurența este problema majoră în perioada postoperatorie tardivă, având incidența între 10% și 30% [26]. Tehnica de aspirație percutană ghidată ecografic este sigură și eficientă pentru tratamentul ER [2]. Toate chisturile CL, CE tip 1 și 2, precum și unele leziuni de tip 3, cu excepția celor ce conțin material solid nedrenabil, pot fi supuse acestei tehnici [30]. Este important de remarcat faptul că urmărirea rezultatelor ulterioare, precum ar fi scăderea dimensiunilor chistului, solidificarea conținutului, schimbarea modelului ecoului și deformările conturului pereților sunt semne de reușită a tratamentului pacienților supuși aspirației percutanate [2, 21].

În concluzii s-ar putea puncta că afectarea rinichilor reprezintă doar 2-4% din toate cazurile de boală hidatică. Dacă nu sunt filtrați în ficat, fagocitați sau distruși, embrionii trec în circulația sanguină sistemică și pot dezvolta boala hidatică în alte organe. Mulți dintre pacienți sunt asimptomatici pe o perioadă îndelungată de timp, în lipsa unor semne specifice ale hidatidozei renale. Conform datelor literaturii, cele mai comune simptome ar fi formațiunea tumorală pe flanc, iar în cazul rupei chistului hidatic în sistemul de colectare, durerea și hidaturia cu sau fără obstrucție urinară. Nu există teste serologice și imunologice patognomonice pentru boala hidatică. Testul Casoni, de fixare a complementului și hemaglutinare indirectă pot fi pozitive sau fals- pozitive și în alte boli parazitare, cu toate acestea rezultatele negative nu pot exclude patologia. În cazul examenului radiologic un rinichi afuncțional sau defectul de umplere al bazinetului renal rareori pot fi evidențiate prin urografia intravenoasă. TC este mai sensibilă și are propriile sale avantaje. Poate detecta cu o precizie mai mare și mult mai ușor calcificările și chisturile-fiice. Nefrotomografia asociată arteriografiei poate facilita diagnosticul diferențial prin vizualizarea unui perete gros și a unei mase avasculare. Rapoartele privind hidatidoza renală în literatura de specialitate sunt limitate, iar stabilirea unui diagnostic preoperator cert, prin toate posibilitățile diagnostice, cel mai frecvent este imposibilă. Diagnosticul exact este important în rezolvarea chirurgicală a chistului hidatic renal pentru evitarea recurențelor și îmbunătățirea calității vieții.

Studiul și dilemele de diagnostic au făcut necesară publicarea unui *review* la această tematică.

Referințe bibliografice

1. Afsar H., Yagci F., Meto S., Aybasti N., *Hydatid disease of the kidney: evaluation and features of diagnostic procedures*. JUrol, 1994; 151(3): 567-70.
2. Akhan O., Ustunsoz B., Somuncu L., *Percutaneous renal hydatid cyst treatment: long-term results*. Abdom Imaging, 1998; 23(2): 209-213.

3. Angulo J.C., Sanchez-Chapado M., Diego A., Escribano J., Tamayo J. C, Martin L., *Renal echinococcosis: clinical study of 34 cases*. J Urol, 1997; 157(3):787-94.
4. Cameron T.W.M., *The parasites of man*. The University of Toronto Press, 1946; ed. 2.
5. Eckert J., Gemmell M.A., Meslin F.X., Pawlowski Z.S., *Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: A Public Health Problem of Global Concern*. WHO/OIE, France 2001, p. 265.
6. Gharbi H.A., Hassine W., Brauner M.W., Dupuch K., *Ultrasound examination of the hydatid liver*. Radiology, 1981; 139(2): 459-463.
7. Gilsanz V., Lozano F., Jimenez J., *Renal hydatid cysts: communicating with collecting system*. AJR, 1980; 135(2): 357-361.
8. Gogus C., Safak M., Baltaci S., Turkolmez K., *Isolated renal hydatidosis: experience with 20 cases*. J Urol, 2003; 169(1): 186-189.
9. Gogus O., Beduk Y., Topukcu Z., *Renal hydatid disease*. J Urol, 1991; 68(5): 466-469.
10. Horchani A., Nouira Y., Kbaier I., Attyaoui F., Zribi A. S., *Hydatid cyst of the kidney: a report of 147 controlled cases*. Eur Urol, 2000; 38(4): 461-467.
11. Mackinnon K.J., Oliver J. A., *Renal hydatid disease*. Can Med Assoc J, 1964; 90(2): 689-92.
12. Macpherson C.N.L., Milner R., *Performance characteristics and quality control of community based ultrasound surveys for cystic and alveolar echinococcosis*. Acta Trop, 2003; 85: 203-209.
13. Maynard E., Prat J., *Case record of the Massachusetts General Hospital*. N Engl J Med, 1977; 300(3): 1429-1434.
14. Odev K., Kilinc M., Arslan A., *Renal hydatid cysts and the evaluation of their radiologic images*. Eur Urol, 1996; 30(1): 40-49.
15. Ozaras R., Mert A., Yekeler E., Celik A. D., Tabak F., Ozturk R., *Rupture of a renal hydatid cyst into the renal pelvis*. Intern Med, 2004; 43(3): 270-271.
16. Pedrosa L, Saiz A., Arrazola J., Ferreiros J., Pedrosa C. S., *Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications*. RadioGraphics, 2000; 20(3): 795-817.
17. Plorde L.L., *Harrison's principles of internal medicine*. 1977; ed. 8: 1117-1118.
18. Polat P., Kantarci M., Alper F., Suma S., Koruyucu M.B., Okur A., *Hydatid disease from head to toe*. RadioGraphics, 2003; 23(3): 475-494.
19. Sanjurjo L. A., *Parasitic diseases of the genitourinary system*. Urology, 1954; vol.1: 560.
20. Sansot M., LeTrent Y., Burger G., Marlois O., Jouve P., *Symptomatology of pseudotumoral forms of hydatid cyst of the liver: apropos of 7 cases*. RadioGraphics, 2003; 23(2): 475-494.
21. Sayek L., Tirnakliz M.B., Dogan R., *Cystic hydatid disease: current trends in diagnosis and management*. Surg Today, 2004; 34(12): 987-996.
22. Shetty S.D., Ibrahim A.I., Malatani T., Patil K.P., *Hydatid disease of the urinary tract: evaluation of diagnostic methods*. Br J Urol, 1992; 69(5): 476-80.
23. Shockman A.T., *The significance of ring-shaped renal calcification*. J Urol, 1969; 101(4): 438-442.
24. Sielaff T.D., Taylor B., Langer B., *Recurrence of hydatid disease*. World J Surg, 2001; 25(1): 83-86.
25. Tepetes K., Christodoulidis G., Spyridakis M., Hatzitheofilou K., *Large solitary retroperitoneal echinococcal cyst: A rare case report*. World J Gastroenterol, 2007; 13(45): 6101-6103.
26. Tsaroucha A.K., Polychronidis A.C., Lyrantzopoulos N., Pitiakoudis M.S., Karayiannakis A., Manoiias K.J., Simopoulos C.E., *Hydatid disease of the abdomen and other locations*. World J Surg, 2005; 29(9): 1161-1165.
27. Turgut A.T., Altin L., Topcu S., *Unusual imaging characteristics of complicated hydatid disease*. Eur J Radiol, 2007; 63(1): 84-93.
28. Turgut A.T., Odev K., Kabaalioglu A., Bhatt S., Dogra V.S., *Multitechnique evaluation of renal hydatid disease*. AJR Am J Roentgenol, 2009; 192(2): 462-7.
29. Țîbîrnă C., *Forme rare de localizare a echinococozei. În: Chirurgia echinococozei*. Chişinău, 2009; 225-241.
30. Weill F.S., *Ultrasonography of digestive diseases*. 1982; ed. 2: 170-177.
31. Zargar-Shoshtari M., Shadpour P., Robat-Moradi R., Mosiemi M., *Hydatid Cyst of Urinary Tract Eleven Cases at a Single Center*. Urol J, 2007; 4(1): 41-5.

Rezumat

Echinococoză renală este o entitate nozologică rară, cu o incidență de 2-4%, al cărei diagnostic este de cele mai multe ori stabilit cu dificultate, în pofida mijloacelor de diagnosticare. Autorii prezintă revista literaturii la acest capitol, metodele de diagnostic și tratament.

Summary

Renal echinococcosis is a rare nosologic entity, with an incidence of 2-4%, which diagnosis is often established with difficulty in spite of diagnostic facilities. In this chapter the authors present the literature review, methods of diagnosis and treatment.

LAPAROSCOPIA „TREAZĂ” ÎN ALGORITMUL DIAGNOSTICO-CURATIV AL PACIENȚILOR ASIMPTOMATICI CU TRAUMATISM ABDOMINAL DESCHIS

Gheorghe Ghidirim¹, acad., dr. hab. în medicină, prof. univ.; **Gh. Rojnovanu**¹, dr. hab. în medicină, conf. univ.; **St. Țițari**¹, doctorand; **A. Dolghii**², dr. în medicină, **V. Spataru**², **A. Cojocari**², **Iu. Nafornița**², **A. Oprea**², **Gh. Bunic**², **P. Cârciumaru**²
USMF „Nicolae Testemițanu”¹, Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”,
CNȘPMU², Secția Endoscopie

Conduita optimală la pacienții cu traumatism abdominal deschis rămâne a fi în continuare subiect pentru discuții și dezbateri. Conceptul pericolului întârzierii diagnosticului leziunilor intraabdominale a determinat, pe parcursul timpului un număr mare de centre să utilizeze revizia laparotomică obligatorie a tuturor plăgilor abdominale potențial penetrante. Această abordare agresivă a evidențiat că plăgile penetrante ale abdomenului cauzează doar în $1/3$ - $2/3$ cazuri leziuni ce necesită soluționare chirurgicală. Acest fapt generează un număr mare de laparotomii noncurative.

În pofida aparentei „simplități”, laparotomiile noncurative evoluează frecvent postoperator cu complicații, ceea ce sporește riscurile pentru pacient, precum și implică un impact financiar major. Pentru diminuarea numărului intervențiilor noncurative au fost propuse diverse metode de investigare pentru triajul pacienților, printre care se menționează: metodele imagistice (USG, radiologice, RMN), examenul clinic în dinamică (ECD), explorarea locală a plăgii (ELP), lavajul peritoneal diagnostic (LPD), laparoscopia diagnostică (LSD). Schemele de triaj al pacienților, utilizând aceste metode, variază de la maxim invazive laparotomice până la expectative, nonoperatorii. Laparoscopia pare a fi o situație de mijloc între aceste două extreme ale modalităților de abordare.

În pofida faptului că laparoscopia se implementează vertiginos în celelalte domenii ale chirurgiei, rolul acesteia în cazul pacienților traumatizați nici pe departe nu este definit. Laparoscopia comportă reproșuri privind caracterul invaziv, necesitatea anesteziei generale, a utilajului performant și personalului instruit, cât și informativitatea redusă a metodei referitor la unele leziuni intraabdominale și prezența în cadrul acesteia a unor complicații specifice în cazul traumatismelor abdominale. Pentru depășirea acestor inconveniențe au fost propuse diferite practici cum ar fi: utilizarea diferitor gaze pentru crearea pneumoperitoneului sau, în genere, decizia de la utilizarea acestuia prin utilizarea retractoarelor parietale, variația metodelor de analgezie de la anestezie locală la cea generală cu respirație asistată, metodologia de instalare a trocarelor etc. Însă, toate aceste tehnici nici pe aproape nu au clarificat utilitatea și locul metodei în algoritmul diagnostic-curativ al pacienților asimptomatici cu traumatism abdominal deschis.

Scopul. Aprecierea acurateței laparoscopiei „trează” (LPS), ca metodă screening pentru confirmarea penetrării plăgilor, a informativității și siguranței diagnosticării leziunilor intraperitoneale ce necesită soluționare chirurgicală la pacienții cu traumatisme abdominale deschise.

Pacienți. Studiul descriptiv, prospectiv și retrospectiv efectuat în Clinica Chirurgie nr.1 „N. Anestiadi” CNȘPMU, or. Chișinău. În lot au fost incluși pacienți cooperanți, cu plăgi localizate în proiecția abdomenului, caracterul superficial al cărora nu putea fi confirmat la examenul clinic primar. Pacienții, al căror examen clinic primar punea în evidență semne clinice ce corespundeau criteriilor de leziuni intraabdominale majore (hemodinamică instabilă, semne certe de peritonită, eviscerație sau confirmate prin examinări complementare), au fost supuși intervenției laparotomice de urgență și,