

- ve evaluation and management of patients with cirrhosis: risk assessment, surgical outcomes, and future directions. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020 Oct;18(11):2398-2414
21. Oh H-K, Kim H, Ryoo S, Choe EK. Inguinal hernia repair in patients with cirrhosis is not associated with increased risk of complications and recurrence. World J Surg. 2011; 35:1229–33; discussion 1234
 22. Orman ES, Hayashi PH, Bataller R, Barritt AS. Paracentesis is associated with reduced mortality in patients hospitalized with cirrhosis and ascites. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12(3):496-503.
 23. Orman ES, Roberts A, Ghabril M, et al. Trends in characteristics, mortality, and other outcomes of patients with newly diagnosed cirrhosis. JAMA Netw Open 2019; 2:e196412â
 24. Sánchez O., Surgical risk assessment in patients with liver cirrhosis. Rev Col Gastroenterol. 2018, vol.33 no.4 :84- 90
 25. Sabbagh C., Fuks D., Regimbeau J-M. Non-hepatic gastrointestinal surgery in patients with cirrhosis. Review. JVisc Surg. 2014 Jun;151(3):203-11. doi: 10.1016/j.jvisc.2014.04.004
 26. Smith CT, Katz MG, Foley D. Incidence And Risk Factors Of Incisional Hernia Formation Following Abdominal Organ Transplantation. Surg Endosc. 2015;29(2):398-404.
 27. Tapper EB, Finkelstein D, Mittleman MA. Standard assessments of frailty are validated predictors of mortality in hospitalized patients with cirrhosis. Hepatology 2015;62:584- 590
 28. Teh SH, Nagorney DM, Stevens SR, et al. Risk factors for mortality after surgery in patients with cirrhosis. Gastroenterology 2007;132:1261-1269.
 29. Telem D, Schiano T, Divino C. Complicated Hernia Presentation In Patients With Advanced Cirrhosis And Refractory Ascites: Management And Outcome. Surgery 2010;148:538-43
 30. Thomas MN, Sauter GH, Gerbes AL, Stangl M, Schiergens TS, Angele M, et al. Automated low flow pump system for the treatment of refractory ascites: a single-center experience. Langenbecks Arch Surg Dtsch Ges Für Chir. 2015;400:979–83
 31. Vasilescu C. „Colecistectomia laparoscopică deficilă,, București, 2021, p.43.
 32. Wellington A, Pinheiro R., Lai Q. Abdominal wall hernia in cirrhotic patients: emergency surgery results in higher morbidity and mortality. BMC Surgery, 2015, Vol. 15, no. 1, p. 65
 33. Wong Z., Mahmud V. The imperative for an updated cirrhosis surgical. Annals Hepatology. 2020;19(4):341-343.
 34. Zhou WC, Zhang QB, Qiao L. Patogeneza Cirozei Hepatice. World J Gastroenterol. 2014;20(23):731224.

CZU: 616.348-006.6-089

CHIRURGIA DE URGENȚĂ A CANCERULUI COLORECTAL OBSTRUCTIV

Anghelici Gheorghe¹, Moraru Viorel¹, Bujor Petru¹, Pavliuc Galina¹, Crudu Oleg², Erlih Mihail², Panteleiciuc Dorin², Covaci Ana¹,

¹ Catedra Chirurgie Nr. 2, USMF Nicolae Testimianu

² IMSP SCM Sfânta Treime

Autorul correspondent: Moraru Viorel, e- mail: viorel_moraru@ymail.com

Rezumat

Cancerul colorectal (CCR) este a treia formă de cancer după frecvență și a doua cauză de deces în neoplazii. Cea mai frecventă complicație este obstrucția intestinală (80%), în 8-35% din cazuri este necesar tratamentul chirurgical de urgență. Scopul studiului a constat în studierea incidenței ocluziei tumorale a colonului și a analiza rezultatele precoce ale tratamentului chirurgical de urgență. Au fost analizate rezultatele tratamentului chirurgical de urgență a 128 de pacienți cu CCR obstructiv. În localizările pe colonul drept s-au practicat hemicolecomie pe dreaptă (14, 15,3%) cazuri, în 15 (16,4%) - colo/cecostomie, bypass- la 2 (2,1%) pacienți. Pentru tumorile colonului stâng: hemicolecomia stângă cu anastomoză-la 2 (2,1%) pacienți, operația Hartmann- 39 (42,8%), rezecție intestinală segmentară- 7 (7,6%), rezecție recto-sigmoidală - 3 (3,2%), la 9 (9,8%) pacienți- colostomie. S-au analizat complicațiile postoperatorii precoce și mortalitatea intraspitalicească. Raportul bărbați/femei a fost de 1/1,2, cu predominanța persoanelor peste 60 de ani – 75,8% cazuri. Obstrucția colonului stâng (65,9%) a predominat față de cel drept (34,1%). S-a stabilit o conexiune dintre frecvența complicațiilor postoperatorii, clasa ASA și comorbidități, ce explică incidența mare a complicațiilor postoperatorii precoce – 70,4% cazuri. Complicațiile generale au fost mai frecvente decât cele chirurgicale - 1,9/1. Conform Clavien-Dingo, 27 (29,6%) pacienți nu au avut complicații, gradul I-11 (12,1%) pacienți, II 15 (16,5%), III-10 (10,9%), IV -7 (7,7%) și grad V-21 (23,1%) pacienți. Evoluția postoperatorie a pacienților cu CCR obstructiv supuși tratamentului chirurgical de urgență se caracterizează prin diverse complicații generale și chirurgicale, precum și o mortalitate intraspitalicească înaltă.

Cuvinte-cheie: cancer colo-rectal, ocluzie intestinală acută

Summary**Emergency surgery for obstructive colorectal cancer**

Colorectal cancer (CRC) is the third most common form of cancer and the second cause of death in neoplasms. The most common complication is an intestinal obstruction (80%), in 8-35% of cases emergency surgical treatment is required. The aim of the study was to study the incidence of tumor occlusion of the colon and to analyze the early results of emergency surgical treatment. The results of the emergency surgical treatment of 128 patients with obstructive CRC were analyzed. In locations on the right colon, right hemicolectomy was performed in the (14, 15.3%) cases, in 15 (16.4%) - colo/cecostomy, bypass- in 2 (2.1%) patients. For left colon tumors: left hemicolectomy with anastomosis- in 2 (2.1%) patients, Hartmann operation- 39 (42.8%), segmental intestinal resection- 7 (7.6%), recto-sigmoid resection- 3 (3.2%), in 9 (9.8%) patients- colostomy. Early postoperative complications and in-hospital mortality were analyzed. The male/female ratio was 1/1.2, with the predominance of people over 60 years old – 75.8% of cases. Obstruction of the left colon (65.9%) predominated over the right (34.1%). A connection was established between the frequency of postoperative complications, the ASA class and comorbidities, which explains the high incidence of early postoperative complications – 70.4% of cases. General complications were more common than surgical ones - 1.9/1. According to Clavien-Dingo, 27 (29.6%) patients had no complications, grade I-11 (12.1%) patients, II 15 (16.5%), III-10 (10.9%), IV -7 (7.7%) and grade V-21 (23.1%) patients. The postoperative evolution of obstructive CRC patients undergoing emergency surgical treatment is characterized by various general and surgical complications, as well as a high in-hospital mortality.

Keywords: colorectal cancer, acute intestinal obstruction

Резюме**Неотложная хирургия обструктивного колоректального рака**

Колоректальный рак является третьей наиболее часто диагностируемой формой рака в мире и второй по значимости причиной смерти от опухолей. Наиболее частая причина осложнений- непроходимость кишечника (80%), в 8-35% случаев необходимо экстренное хирургическое лечение. Цель: изучить частоту и оценить результаты экстренного хирургического лечения больных с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Проанализированы результаты экстренного хирургического лечения 128 пациентов с обструктивным колоректальным раком. При правосторонней локализации выполнены правосторонняя гемиколэктомия (14, 15,3%) случаев, в 15 (16,4%) - коло/цекостома, обходной анастомоз наложен 2 (2,1%) больным. При опухолях левой ободочной кишки: левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом выполнена у 2 (2,1%) пациентов, операция Хартмана- 39 (42,8%) больным, сегментарная резекция кишечника- 7 (7,6%), ректо-сигмоидальная резекция- в 3 (3,2%) случаев, колостома наложена 9 (9,8%) больным. Проанализированы ранние послеоперационные осложнения и госпитальная смертность. Соотношение мужчин и женщин составило 1/1.2, с преобладанием лиц старше 60 лет- 75,8% больных. Обструкция левой ободочной кишки (65,9%) преобладала по сравнению с правой (34,1%). Установлена взаимосвязь между частотой послеоперационных осложнений, классом ASA и сопутствующими заболеваниями, что объясняет высокую частоту ранних послеоперационных осложнений- 70,4% наблюдений. Общие осложнения встречались чаще, чем хирургические- 1,9/1. Согласно классификации Clavien-Dingo у 27 (29,6%) больных не было осложнений, I степени-11 (12,1%) пациентов, II 15 (16,5%), III-10 (10,9%), IV -7 (7,7%) и V степени-21 (23,1%) больных. Послеоперационное течение больных раком толстой кишки, осложненным непроходимостью и подвергающихся экстренному хирургическому лечению характеризуется многочисленными осложнениями общего и хирургического профиля, а также высокой внутрибольничной смертностью.

Ключевые слова: коло-ректальный рак, острая кишечная непроходимость

Introducere. Cancerul colorectal (CCR) reprezintă o problemă de sănătate de o extremă actualitate în țara noastră dar și în întreaga lume, caracterizându-se printr-o rată semnificativă de morbiditate și mortalitate [24,27]. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății CCR este a treia formă de cancer diagnosticată cel mai frecvent la nivel global [20]. Analiza recentă GLOBOCAN 2018, care însumează datele din 185 de țări, situează cancerul colo-rectal pe locul al 3-lea ca incidență (după cel pulmonar și cel mamar) și pe locul al 2-lea ca mortalitate prin cancer (după cel pulmonar) [5,17,18].

Există o tendință anuală de creștere a numărului de cazuri noi, ambele sexe fiind afectate în proporții aproximativ egale [7], iar decadele de vârstă a șasea și a șaptea sunt cele mai afectate [3]. Se presupune, că CCR în ultimii ani ocupă locul întâi printre neoplazmele tractului digestiv. Incidența CCR este de așteptat să crească cu 75% până în 2030 din cauza comportamentului legat de stilul de viață asociat riscului de evoluție a neoplaziei, cât și îmbătrânirii continuie populației la nivel global [21].

Cu toate că au fost realizate progrese remarcabile în ceea ce privește mijloacele de diagnostic,

înțelegerea carcinogenezei și a istoriei naturale a CCR, pacienții care se prezintă în stadii avansate ale bolii, constituie încă un procent îngrijorător (8-33% conform diferitor rapoartări) [2,7,9,10]. Simptomatologia săracă în stadiile incipiente, precum și screening-ul insuficient al CCR determină un procent mare al pacienților care se prezintă în urgență cu tumori în stadii avansate, complicate, impunând de multe ori intervenții chirurgicale fără viză curativă. În astfel de situații, se impune o intervenție menită doar să salveze viața bolnavului, rezolvând numai complicația potențial letală.

În literatura de specialitate se descrie că la 35-78% din pacienții diagnosticați cu CCR se întâlnesc diverse complicații, printre care ocluzia intestinală fiind cea mai frecventă [11,19,25], însă netratat, CCR se poate complica și cu hemoragie, perforație, invazie în organele vecine, metastaze la distanță.

Ocluzia intestinală este principala complicație a CCR, în special pentru tumorile situate pe colonul stâng și rect, unde predomină formele stenozante [22]. Celelalte precum ar fi perforația colonului, inflamația peritumorală, anemia sunt considerate consecințe ale ocluziei intestinale. Aceste complicații nu sunt întotdeauna rezultatele unui proces avansat, dar duc la epuizarea progresivă a organismului în urma deshidratării, dereglărilor electrolitice și disproteinemiei cu rezultate postoperatorii mai puțin favorabile [15].

Chirurgia de urgență a CCR este un subiect foarte important, ținând cont de actualitatea ei, de numărul foarte mare de cazuri (circa 1/3 din pacienți se adresează de urgență), iar rezecția în urgență a CCR reprezintă o intervenție chirurgicală cu risc extrem de înalt, ratele de morbiditate și mortalitate ajungând respectiv la 11-35% și 9-22% conform datelor diferitor autori [17,18].

Importanța problemei date se reflectă și prin constanta preocupare pe care o constituie în literatura de specialitate, dar și de faptul că nu există protocoale clar stabilite în managementul acestor pacienți. Datele din majoritatea ghidurilor concordă în privința intervențiilor practicate la bolnavii cu cancer colo-rectal operați în regim programat, dar nu și pentru cei operați în urgență pentru tumori complicate.

Astfel, putem observa că, în ciuda tuturor progreselor chirurgicale realizate, abordarea și managementul chirurgical al CCR în condiții de urgență rămâne a fi o problemă care necesită în continuare o atenție sporită. Aceasta determină necesitatea de a specifica factorii de risc și de prognostic în dezvoltarea complicațiilor postoperatorii pentru a ameliora rezultatele tratamentului chirurgical în acest contingent de pacienți.

Scopul studiului a constat în studierea incidența ocluziei tumorale a colonului și a analiza rezultatele precoce ale tratamentului chirurgical de urgență.

Material și metode. În decursul perioadei 2019-2021 în Clinica Chirurgie 2 "Constantin Țăbârnă" IMSP SCM "Sfânta Treime" au fost spitalizați 536 pacienți cu ocluzie și subocluzie intestinală, dintre care 128 pacienți (23,9%) diagnosticați cu cancer colo-rectal. După rezolvarea conservativă a subocluziei 10 pacienți au refuzat tratamentul chirurgical, astfel fiind excluși din studiu, iar 27 pacienți au fost diagnosticați cu cancer rectal, fiind de asemenea excluși. Astfel, lotul de studiu a inclus 91 pacienți (bărbați- 42, femei- 49) cu cancer de colon sau rectosigmoid complicat cu ocluzie intestinală acută.

Preoperator, algoritmul de evaluare a inclus: examenul clinic, explorări paraclinice (determinări serice, radiografie toracică și abdominală pe gol, ecografie abdominală, tomografie computerizată). S-a notat prezența sau absența patologiei asociate.

În scopul stabilirii acțiunii sinergiste agravante a comorbidităților cronice asupra evoluției postoperatorii a ocluziei intestinale tumorale a colonului la bolnavii studiați a fost adaptat indicele comorbidității Charlson (Charlson comorbidity index- CCI). Riscul anestezico-chirurgical s-a evaluat conform categoriilor ASA.

Toți bolnavii au fost operați în urgență imediată sau amânată, la necesitate după o reechilibrare hidro-electrolitică în Secția de Terapie Intensivă.

Rata și structura complicațiilor postoperatorii precoce la cei 91 bolnavi incluși în studiu s-a efectuat utilizând catalogarea lor conform clasificăției Clavien-Dindo.

În perioada postoperatorie s-au monitorizat următorii parametri: reluarea tranzitului intestinal, morbiditatea, mortalitatea postoperatorie (definită ca decesul apărut în interval de 30 de zile de la operație sau pe parcursul perioadei de internare), durata spitalizării, reintervențiile.

Aprecierea stadiului evolutiv al cancerului de colon s-a efectuat conform stadializării Dukes.

În scopul prelucrării rezultatelor cantitative realizate au fost utilizate metodele statisticii variaționale. Au fost estimate valoarea mediei aritmetice (M), eroarea mediei aritmetice (m). Aprecierea diferenței autentice între rezultatele comparative alese s-a efectuat cu folosirea criteriului Fisher-Student. Diferența dintre rezultatele obținute s-a considerat statistic autentică la valoarea $P < 0.05$, cu probabilitatea prognozei negreșite de 95%.

Rezultate și discuții. În studiul nostru ocluzia și subocluzia prin cancer colo-rectal a avut o incidență de 23,9%. Conform datelor literaturii de specialitate incidența și mortalitatea CCR cresc odată cu vârsta,

majoritatea cazurilor noi și a deceselor apar la persoanele cu vârsta peste 60 ani [26]. Același lucru s-a observat și în urma repartizării pacienților din lotul de studiu, incidența fiind mai mare la persoanele >60 ani-69 pacienți (75.8%) comparativ cu persoane <60 ani-22 pacienți (24.2%).

La nivel mondial există un raport bărbați/femei de 1.4/1 al incidenței generale a CCR, această rată fiind explicată prin expunerea excesivă a bărbaților la factorii de risc precum: dieta, fumatul, stilul de viață etc. [6]. În studiul dat dintre cei 91 pacienți studiați, sexul masculin a constituit 46% (42 pacienți) și sexul feminin 54% (49 pacienți), raportul bărbați/femei fiind de 1:1.2. Rezultat similar se atestă și în alte studii, conform cărora femeile au un risc crescut de prezentați de urgență cu CCR obstructiv [1,14].

Cele mai frecvente manifestări clinice la momentul spitalizării au fost durerea abdominală în 78 de cazuri (85,7%) urmată de oprirea tranzitului intestinal de materii fecale și gaze în 54 cazuri (59,3%), meteorism în 51 cazuri (56%), balonări, greață, vomă și scădere ponderală în 47 cazuri (51,6%). În același timp în studiul nostru 26 pacienți (28,5%) s-au prezentat cu inapetență, 23 pacienți (25,2%) -sindrom dispeptic cu astenie și 6 pacienți (6,6%) - hemoragie digestivă inferioară (figura 1).

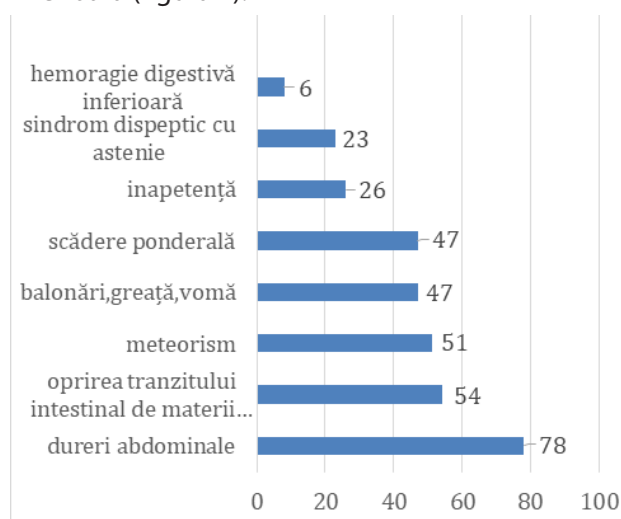


Figura 1. Manifestările clinice la momentul spitalizării la bolnavii cu ocluzie tumorală

Palpator s-a decelat o formațiune tumorală la 23 pacienți, dintre care, în flancul și fosa iliacă dreaptă -2 cazuri, în epigastru și zona periombilicală -12 cazuri, iar în flancul și fosa iliacă stângă- 9 cazuri.

Radiografia abdominală au evidențiat la toți bolnavii imagini hidroaerice localizate la nivelul colonului și intestinului subțire, de diverse mărimi, în raport cu sediul obstacolului. În 32 (35,1%) cazuri s-a practicat colonoscopia, iar formațiunea tumorală a fost vizualizată la doar (87,5%) pacienți. Din metodele neinvazive de diagnostic s-a efectuat ultrasonografia

abdominală de urgență la toți pacienții internați. Dintre aceștea 3 (3,2%) bolnavi au prezentat metastaze hepatice. În lotul de studiu anemie cu Hb sub 100 mg/l s-a determinat în 14 (15,3%) cazuri.

Afecțiunile cronice afectează mai mult de 50% dintre adulții din întreaga lume [4]. Unele comorbidități, care necesită vizite regulate la medic ar putea oferi oportunități pentru un diagnostic mai precoce [16]. Prin contrast, unele descoperiri susțin ipoteza, care sugerează că prezența comorbidității poate distra atenția pacienților în măsura în care simptomele timpurii ale tumorilor pot trece neobservate [8]. Pacienții atribuie simptomele CCR comorbidităților sau întârzie raportarea lor, motiv pentru care aceștia se prezintă în mod urgent deja cu complicații ale CCR [13], lucru observat și la pacienții studiați.

Analizând comorbiditățile preexistente s-a remarcat faptul că mai mult de 50% dintre aceștia au prezentat una sau mai multe afecțiuni cronice: cardiopulmonare- 50 (54,9%), diabet 19 (20,9%), neurologice 14 (15,4%), hepatice 9 (9,9%), insuficiență renală cronică 6 (6,6%) cazuri. Dintre cei 91 de pacienți 42 (46,2%) au fost incluși în ASA 3, 31 (34,1%) - ASA II, 10 (10,9%) – ASA IV, 7 (7,7%) - ASA I, iar 1 (1,1%) - ASA V.

E cunoscut faptul, că localizarea preferată a cancerului colorectal este colonul stâng și porțiunea rectosigmoidală în 60-70% dintre cazuri [23]. Conform distribuției pacienților în funcție de localizarea tumorii (figura 2), s-a observat că colonul stâng este mai des afectat (65,9%) comparativ cu colonul drept (34,1%). Din cei 91 de pacienți 34 (37,3%) au fost cu cancer localizat la nivelul colonului sigmoid, 11 pacienți (12,1%) cu afectarea recto-sigmoidă, 9 (9,9%) bolnavi cu cancer al colonului descendent, 9 (9,9%) - colon transvers, 8 (8,8%) - colon ascendent, 7 (7,7%) - flexura hepatică, 7 (7,7%) – cec, 6 (6,6%) – flexura splenică.

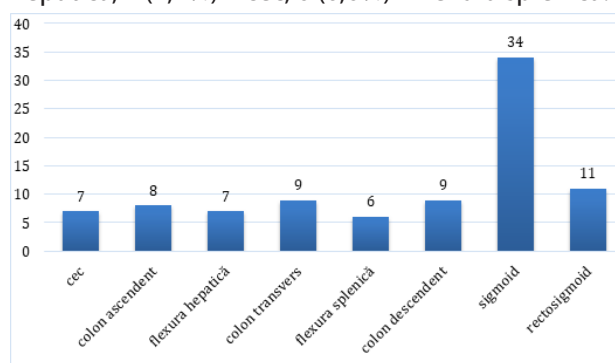


Figura 2. Repartizarea pacienților în funcție de localizarea tumorii

Tratamentul chirurgical al tumorilor obstructive a fost efectuat în funcție de localizarea acestora pe traseul colo-rectal, fiind aplicate un șir de procedee chirurgicale. În localizarea tumorii pe colonul drept s-au efectuat hemicolectomia dreaptă cu anastomoză primară la 14 (15,3%) pacienți și operații paliative-

colostomă și cecostomă la 15 (16,4%), derivații interne (ileotransversoanastomoză) la 2 (2,1%) pacienți. În tumorile cu localizarea la nivelul colonului stâng inclusiv regiunea recto-sigmoidă s-a realizat hemicolectomie stângă cu aplicarea anastomozei la 2 (2,1%) pacienți, operații Hartmann la 39 (42,8 %) pacienți, colectomii segmentare pe colonul transvers, sigmoid și descendent la 7 (7,6), rezecții recto-sigmoidiene la 3 (3,2 %) pacienți și colostome la 9 (9,8%) pacienți.

Distribuția cazurilor în funcție de stadializare a procesului neoplasic a atestat la 21 pacienți (23,1%) ai lotului stadiul A și B a maladii. Odată cu progresarea cancerului numărul pacienților a crescut, alcătuind în stadiul C 58,2 %. Stadiul D s-a constatat la 17 pacienți (18,7%) (figura 3).

■ Dukes A, B ■ Dukes C ■ Dukes D

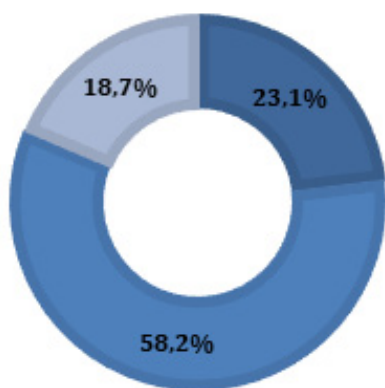


Figura 3 Distribuția bolnavilor conform stadiilor Dukes

Astfel, rezultatele obținute corespund datelor din literatură și confirmă faptul, că pacienții în stadiile tardive internați în staționările cu profil chirurgical cu extinderi tumorale locoregionale ating cifre mari.

Examinarea minuțioasă a evoluției perioadei postoperatorii la 91 pacienți operați cu ocluzie tumorală de colon, a evidențiat dezvoltarea postoperatorie a complicațiilor în 64 observații (tabelul 1).

Conform literaturii de specialitate rata complicațiilor postoperatorii variază între 12- 65 % la bolnavii cu CCR complicat cu ocluzie [12,24,27]. Clasificarea Clavien-Dindo reprezintă modul obiectiv și simplu de raportare a tuturor complicațiilor la pacienții supuși unei intervenții chirurgicale. Acest sistem de clasificare a permis să distingem orice deviere și a distins în mod satisfăcător gravitatea complicațiilor. În cele din urmă în lotul de studiu 27 (29,6%) pacienți nu au avut complicații, iar 64 pacienți s-au încadrat în unul din grupurile de complicații: gradul I-11 (12,1%) pacienți, gradul II-15 (16,5%), gradul III- 10 (10,9%), gradul IV-7 (7,7%) și gradul V-21 (23,1%) (figura 4).

Tabelul 1.

Complicațiile postoperatorii

Complicații postoperatorii	N=	%
Chirurgicale	22	24,2%
Supurația plăgilor	9	9,9%
Dehiscentă de anastomoză	3	3,3%
Abces intraperitoneal	2	2,2%
Complicații ale colostomiilor (retracții, prolaps)	6	6,6%
Eviscerații	2	2,2%
Generale	42	46,2%
Complicații pulmonare (SDRA, pneumonie)	11	12,1%
Complicații cardiace (aritmii, ischemie, IMA, IC, edem pulmonar)	4	4,4%
Complicații cerebrovasculare	3	3,3%
Sepsis	4	4,4%
Insuficiență multiplă de organe	2	2,2%
Total	64	70,4%

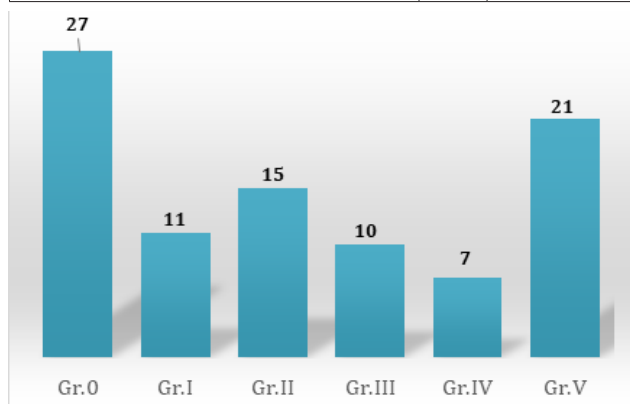


Figura 4. Distribuția pacienților conform clasificării Clavien-Dindo

Analizând datele realizate cu comorbiditățile asociate am consemnat următoarele fenomene: majoritatea bolnavilor la care afecțiunea a decurs favorabil nu au prezentat comorbidități asociate, evoluând, de regulă fără complicații sau cele de gr.I. Asocierea unei comorbidități compensate nu a demonstrat impact sever asupra evoluției perioadei postoperatorii bolii, fiind atestate complicații non-severe: gr.I și II. În cazul bolilor asociate subcompensate sau decompensate, sau prezenței mai multor comorbidități tabloul a fost radical diferit: 38 de pacienți au prezentat complicații severe (gr.III-V), inclusiv 21 de gr.V (tabelul 2).

În sumar putem conchide, că prezența comorbidităților asociate are un impact negativ vădit asupra evoluției bolnavului operat în perioada postoperatorie precoce. Nedepistarea patologieilor secundare, fie efectuarea tratamentului chirurgical la un pacient cu comorbiditate necorijată suficient (subcompensată sau decompensată), cât și asocierea mai multor patologii comorbide reprezintă factori de risc semnificativi și influențează semnificativ asupra ratei de morbiditate și mortalitate.

Tabelul 2.

Caracteristica bolnavilor cu complicații și fără complicații în dependență de Charlson Comorbidity Index (CCI)

Variabilă CCI/Clavien-Dingo	Gr.0	Gr.I-II	Gr.III-V
CCI "0" (%)	15	3	1
CCI "1" (%)	12	5	3
CCI "2" (%)	-	16	29
CCI "≥3" (%)	-	2	5

Rata letalității la pacienții cu CCR complicat cu ocluzie reprezintă circa 15-65% [25,26]. În studiul dat am atestat o rată a letalității de 23,1% (n=21), rată, compatibilă cu datele literaturii. S-a constatat că cele mai frecvente cauze de deces postoperator au fost: trombembolismul pulmonar- 4 bolnavi, sindromul de detresă respiratorie- 4, insuficiența cardiacă cu edem pulmonar- 4 bolnavi. Sepsisul și accidentele vasculare cerebrale au provocat câte 3 decese, insuficiența multiplă de organe-2 și infarctul miocardic -1.

Concluzii:

1. În studiul dat, ponderea ocluziei tumorale de colon a constituit 23,9% din totalul pacienților cu ocluzie intestinală acută, preponderent cu localizare pe colonul stîng.
2. Rezultatele obținute corespund datelor din literatură și confirmă, că pacienții în stadiile tardive (în studiul dat Dukes "C" și "D"- 76,9%), internați în staționarele cu profil chirurgical cu extinderi tumorale locoregionale ating cifre mari.
3. Stadiile avansate ale CCR, vârsta înaintată și comorbiditățile asociate determină o rată înaltă de complicații postoperatorii precoce, în studiul dat evaluate la 70,4% din bolnavi, cele chirurgicale fiind mai puțin frecvente decât cele generale cu un raport de 1:1,9, cât și o letalitate de 23,1%.
4. Rezolvarea ocluziei intestinale trebuie să fie prioritară în planificarea tratamentului chirurgical, iar o decompresie adecvată asociată cu tratamentul decompensărilor biologice ale pacientului reprezintă principalele obiective în tratamentul de urgență al cancerului de colon ocluziv.

Bibliografie

1. Abel G.A., Mendonca S.C., McPhail S., Zhou Y., Elliss-Brookes L., Lyratzopoulos G. Emergency diagnosis of cancer and previous general practice consultations: Insights from linked patient survey data. În: British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners. 2017, nr.67, pp. 377-387.
2. Alves A., Panis Y. et al. Postoperative Mortality and Morbidity in French Patients Undergoing Colorectal Surgery. În: Arch.Surg. 2005, vol.140 (3), pp. 278-283.
3. Baer C., Menon R., Bastawrous S., Bastawrous A. Emergency presentations of colorectal cancer. În: Surg. Clin. North. Am. 2017, nr.97(3), pp. 529-545.
4. Barnett K., Mercer S., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. În: Lancet. 2012, nr. 380, pp. 37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
5. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. În: CA Cancer J Clin. 2018, nr. 68(6), pp. 394-424.
6. Chacko L., Macaron C., Burke C.A. Colorectal cancer screening and prevention in women. În: Dig. Dis. Sci. 2015, nr. 60, pp. 698-710.
7. Ferlay J., Soerjomataram I., Diskshit R. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. În: Int. J. Cancer. 2015, nr.136 (5), pp. 359-386.
8. Galcerán J., Ameijide A., Carulla M., Mateos A., Quirós J.R., Rojas D. REDECAN Working Group. Cancer incidence in Spain, 2015. În: Clin. Transl. Oncol. 2017, nr. 19, pp. 799-825.
9. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. În: J. Visc. Surg. 2012, nr. 149, pp.3-10.
10. Chen T.M., Huang Y.T., Wang G.C. Outcome of colon cancer initially presenting as colon perforation and obstruction. În: World J. Surg. Oncol. 2017, nr. 15, pp.164-171.
11. Landis S., Murray T., Bolden S., Wingo P. Cancer Statistics. În: Cancer J. Clin., 1999, vol.49 (1), pp. 8-31.
12. Arnold M., Sierra M.S., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. În: Gut. 2017; nr. 66, pp. 683-691.
13. Brouwer N.P., Bos A., Lemmens V., Tanis P.J., Hugen N., Nagtegaal I.D. et al. An overview of 25 years of incidence, treatment and outcome of colorectal cancer patients. În: Int. J. Cancer. 2018, nr. 143, pp. 2758-2766.
14. Renzi C., Whitaker K.L., Winstanley K., Cromme S., Wardle J. Unintended consequences of an 'all-clear' diagnosis for potential cancer symptoms: A nested qualitative interview study with primary care patients. În: British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners. 2016, nr. 66, pp. 158-170.
15. Rusu P., Chelea Iu., Ștepa Șt., Ciobanu M., Pânzaru N., Clecicov Gr., Belev N. Dereglările hemostazei la pacienții cu cancer colonic complicat: profilaxia și tratamentul. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. 2005, nr.3, pp.63-71.
16. Salika T., Lyratzopoulos G., Whitaker K.L., Waller J., Renzi C. Do comorbidities influence help-seeking for cancer alarm symptoms? A population-based survey in England. În: J. Public Health. 2017, nr. 24, pp. 1-10.
17. Sanoff H.K. Best Evidence Supports Annual Surveillance for Resected Colorectal Cancer. În: JAMA. 2018, nr.319, pp.2083-2085.
18. Shimura T., Joh T. Evidence-based Clinical Manage-

- ment of Acute Malignant Colorectal Obstruction. În: J. Clin. Gastroenterol. 2016, nr.50, pp. 273–285.
19. Høydahl Ø., Edna T.H., Xanthoulis A., Lydersen S., Endreseth B.H. Long-term trends in colorectal cancer: incidence, localization, and presentation. În: BMC Cancer. 2020, nr.20, pp. 1077–1086.
 20. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2018. În: CA Cancer J. Clin. 2018, nr. 68, pp. 7–30.
 21. Torre L., Siegel R., Jemal A. Global Cancer Facts & Figs. În: American Cancer Society. 2015, nr.3, pp. 1–61.
 22. Yang X.F., Pan K. Diagnosis and management of acute complications in patients with colon cancer: bleeding, obstruction, and perforation. În: Chin. J. Cancer Res. 2014, nr. 26(3), pp. 331–340.
 23. Zhang S.B., Huang X.K., Zhang L.Y. An analysis on 128 cases of left-sided colonic obstruction due to carcinoma. În: Chin. J. Bases and Clin. General Surg. 1998, nr. 10, pp. 19–21.
 24. Xue-Fei Y., Kai P. Diagnosis and management of acute complications in patients with colon cancer: bleeding, obstruction, and perforation. În: Chin. J. Cancer Res. 2014, Vol. 26(3), pp. 331–340.
 25. Zhou Y., Abel G.A., Hamilton W., Pritchard-Jones K., Gross C.P., Walter F.M., Renzi C., Johnson S., McPhail S., Elliss-Brookes L. Diagnosis of cancer as an emergency: a critical review of current evidence. În: Nat. Rev. Clin. Oncol. 2017, nr.14, pp. 45–56.
 26. Frago R., Ramirez E., Millan M., Kreisler E., del Valle E., Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. În: Am. J. Surg. 2014, nr. 207, pp. 127–138.
 27. Manceau G., Mege D., Bridoux V., Lakkis Z., Venara A., Voron T., Sielezneff I., Karoui M. French Surgical Association Working Group. Emergency Surgery for Obstructive Colon Cancer in Elderly Patients: Results of a Multicentric Cohort of the French National Surgical Association. În: Dis. Colon Rectum. 2019, nr. 62, pp. 941–951.

CZU: 616.342-002.45-089

CONSIDERAȚII CHIRURGICALE DIFERENȚIATE A PACIENȚILOR CU ULCER PERFORAT DUODENAL

Bujor Petru¹, Moraru Viorel¹, Bujor Sergiu², Pavliuc Galina¹, Cernei Sava¹, Ceauș Vasile³

¹Catedra chirurgie 2, USMF „Nicolae Testemițanu”, clinica 2

²Laborator Hepatochirurgie USMF „Nicolae Testemițanu”

³SCM „Sfânta Treime”

Autorul correspondent: Petru Bujor, e- mail: petru.bujor@usmf.md

Rezumat

Au fost studiați 474 pacienți, internați de urgență cu ulcer duodenal perforat, pe perioada 1992-2020 și operați în spitalul „Sfânta Treime”. Incidența ulcerului duodenal perforat în această perioadă a fost de 3,8 %. Au fost studiați factorii etiopatogenetici, care afectează tabloul clinic și tratamentul chirurgical, așa ca vârsta, timpul de la debutul bolii până la adresarea în clinică, simptomatologia la internare, cât și tipul intervenției chirurgicale. Tipul intervenției chirurgicale a fost ales în dependență de starea generală a pacientului la internare și starea pacientului în timpul operației. Mortalitatea în lotul studiat este de 3,37%.

Cuvinte-cheie: ulcer duodenal perforat, medicație anti-ulceroasă contemporană, suturarea ulcerului duodenal perforat

Summary

Differentiated surgical treatment of perforated duodenal ulcer

We studied 474 clinical observations of patients admitted urgently with perforated duodenal ulcer, for the period 1994-2020 and operated in the Surgical Clinic of the Municipal Hospital "Holy Trinity". The frequency of perforated duodenal ulcers during this period was 3.8%. We studied the etiopathogenetical factors, which affect the clinical picture and surgical treatment, such as age, time from onset of the disease to entering the clinic, the symptoms on admission, as well as the type of surgical intervention. Surgery was perforated according to the general condition of the patients at admission and status of each patient individually during the operation. The mortality was 3,37% in the studied lot.

Keywords: perforated duodenal ulcer, modern anti-ulcer medication, suturing of perforated duodenal ulcer

Резюме

Дифференцированное хирургическое лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки

Было изучено 474 клинических наблюдения пациентов, госпитализированных в срочном порядке с перфоративной