

PATOLOGIE CHIRURGICALĂ ABDOMINALĂ DE URGENȚĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA*

E. Maloman, Gh.Ghidirim, V. Cazacov

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” Chișinău

EMERGENCY SURGICAL ABDOMINAL PATHOLOGY IN REPUBLIC OF MOLDOVA (Abstract): The aim of this paper is to study the abdominal surgical emergencies. Methods: We made a retrospective study during 1982 – 2004. We encountered 586 patients. From these, 98 patients had acute surgical pathology with peritonitis and were admitted into the hospital in the first 24 hours from the debut. We studied the type of diagnosis and the surgical procedure. Results: The incidence of some of the acute abdominal pathology is increasing: intestinal obstruction with 49.3%, the haemorrhagic complication of the ulcer with 66%, the complicated hernias with 107%, the acute cholecistitis with 41.4%, the acute pancreatitis with 240%. The rate of the perforated peptic ulcer is on the same level in all these years. Acute appendicitis had a decreasing incidence with 27%. We also discuss the rate of postoperative mortality and morbidity. Conclusions: The overall abdominal acute pathology had an increasing rate. The postoperative results depends from the moment of the diagnosis (late diagnosis is associated with worse prognosis), type of surgical procedure, surgeons experience, hospital endowment.

KEY WORDS: ACUTE ABDOMINAL PATHOLOGY, SURGICAL EMERGENCIES

Correspondență: Prof. Dr. Eugen Maloman, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” Chișinău; Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, nr. 192, Republica Moldova.

INTRODUCERE

În a doua jumătate a secolului XX are loc un proces de creștere a incidenței și de agravare a patologiei abdominale de urgență. Acest fenomen cere monitorizare obligatorie și măsuri adecvate de diagnostic oportun, profilaxie și tratament eficient.

MATERIAL ȘI METODĂ

A fost studiată dinamica indicatorilor statistici, care caracterizează patologia abdominală de urgență, în perioada 1982 – 2004. A fost efectuată analiza erorilor de diagnostic, care au avut loc la 98 de pacienți din numărul total de 586 bolnavi cu afecțiuni acute chirurgicale, complicate cu peritonită, în majoritatea cazurilor spitalizați după 24 ore de la debutul bolii. Datele au fost prelucrate statistic, folosind testul Kruskal-Wallis, pragul de semnificație fiind $p < 0,05$.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Dinamica indicatorilor frecvenței principalelor afecțiuni chirurgicale abdominale în perioada 1982 – 2004 (Tabelul I) demonstrează creșterea incidenței ocluziei intestinale cu 49,3%, a ulcerului hemoragic cu 66%, herniei strangulate cu 107%, a colecistitei acute cu 41,4%, pancreatitei acute cu 240% și scăderea frecvenței apendicitei acute cu 27% [1,2].

A rămas la același nivel incidența ulcerului gastro-duodenal perforat, dar considerăm necesar să menționăm că în Republica Moldova frecvența ulcerului perforat a fost și în trecut dublă față de URSS (în anul 1990) și de 3-4 ori mai mare decât în țările Europei Occidentale, a S.U.A. și Canadei. Folosirea medicației antisecretorii și anti *Helicobacter pylori*, deși a redus substanțial chirurgia programată a ulcerului peptic, nu a influențat incidența ulcerului hemoragic, frecvența acestei complicații continuând să crească. Incidența hemoragiilor ulceroase după datele lui Swain [3] este 93 ‰, față de 41,9 ‰ în Republica Moldova [4].

* Lucrare prezentată la A IV-a Conferință Internațională de Chirurgie, Iași, 19-22 octombrie 2006.

Creșterea frecvenței ocluziei intestinale este condiționată de rata ascendentă a ocluziei aderențiale, care este influențată la rândul ei de creșterea continuă a activității chirurgicale programate.

Hernia strangulată a devenit tot mai frecventă, paralel cu scăderea continuă a hernioplastiilor programate, care sunt principala metodă de prevenire a strangulării herniare. Colecistita acută și pancreatita acută sunt în permanentă creștere, în legătură cu numărul enorm de persoane cu litiază biliară, cu stress-urile inerente crizei socio-economice, și alimentația incorectă [5].

Tabelul I
Incidența afecțiunilor chirurgicale acute (%0000)

| Diagnostic | 1982 | 1985 | 1991 | 1995 | 2000 | 2003 | 2004 | 2005 | ** | p |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|------------|------------|-------|-------|-------|-------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| Ocluzia intestinală | 10,9 | 13,19 | 12,4 | 13,58 | 13,92 | 15,28 | 16,28 | 17,17 | 23,2 | <0,05 |
| Apendicită acută | 279,9 | 301,2 | 320,0 | 211,6 5 | 220,1 9 | 263,0 | 219,7 | 229,4 | 142 | <0,01 |
| Ulcerul gastro - duodenal perforat | 20,8 | 18,31 | 18,3 | 27,16 | 25,61 | 18,94 | 20,4 | 23,1 | 16,6 | >0,05 |
| Ulcerul gastro - duodenal hemoragic | --- | --- | 25,3 | 32,18 | 36,88 | 31,60 | 41,9 | 36,8 | 34,8 | <0,05* |
| Hernia strangulată | 21,35 | 23,78 | 19,4 | 23,27 | 29,92 | 36,29 | 44,25 | 43,8 | 30,2 | <0,01 |
| Colecistita acută | 60,6 | 57,26 | 58,3 | 53,81 | 69,64 | 73,37 | 85,7 | 46,6 | 112,2 | <0,05 |
| Pancreatita acută | --- | --- | 26,1 | 31,65 | 43,47 | 67,17 | 84,16 | 88,6 | 102,2 | <0,001* |

* coloanele 3-8; ** date din Federația Rusă (Moscova)

Tabelul II
Spitalizarea tardivă (> 24 ore) în urgență (%)

| Diagnostic | 1982 | 1985 | 1991 | 1995 | 2000 | 2003 | 2004 | 2005 | p |
|-------------------------------------|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| Ocluzia intestinală | 29,3 | 27,7 | 26,2 | 30,5 | 35,21 | 37,38 | 27,31 | 38,24 | >0,05 |
| Apendicita acută | 21,76 | 21,11 | 20,3 | 25,0 | 27,86 | 24,37 | 25,67 | 26,64 | >0,05 |
| Ulcerul gastro - duodenal perforat | 6,56 | 5,99 | 10,7 | 8,5 | 13,01 | 14,17 | 16,84 | 12,87 | >0,05 |
| Ulcerul gastro - duodenal hemoragic | --- | --- | 38,5 | 43,8 | 48,7 | 48,19 | 48,27 | 40,43 | >0,05* |
| Hernia strangulată | 17,2 | 20,87 | 28,1 | 20,4 | 19,09 | 19,30 | 19,77 | 24,87 | >0,01 |
| Colecistita acută | 34,19 | 30,93 | 33,7 | 37,1 | 44,13 | 48,20 | 44,13 | 42,02 | >0,05 |
| Pancreatita acută | --- | --- | 32,7 | 23,6 | 29,86 | 36,64 | 26,53 | 43,36 | >0,05* |

* coloanele 3-8

Astfel, factorii specifici pentru fiecare patologie, în asociere cu criza economică, sunt cauza principală care explică creșterea incidenței patologiei chirurgicale abdominale de urgență.

Doar apendicita acută are o incidență în scădere continuă, reflectând un declin universal al frecvenței acestei patologii. Spre deosebire de Kozar și Roslin [6], considerăm că acest declin se explică prin perfecționarea diagnosticului apendicitei acute și prin scăderea ratei apendicectomiilor „normale” sau abuzive [7].

Spitalizarea tardivă (după 24 ore de la debutul bolii) are în Republica Moldova o frecvență crescută, fără tendință de scădere (Tabelul II) [1,2]. Cauzele spitalizării tardive, sunt: adresabilitatea scăzută a populației după asistență medicală, dificultățile de transport și

greșelile de diagnostic ale medicilor de familie/circumscripție, serviciului de salvare și ale chirurgilor, care asigură asistența chirurgicală de urgență.

Este demonstrativă influența spitalizării tardive asupra mortalității postoperatorii a pacienților cu ocluzie intestinală, apendicita acută, ulcer gastro-duodenal perforat, hernie strangulată și colecistita acută în 2002 și respectiv, 2003 (Tabelul III) [1,2]. Se observă că spitalizarea tardivă este factorul major de risc pentru patologiile menționate. La bolnavii cu ulcer gastro-duodenal hemoragic și pancreatita acută impactul spitalizării tardive este modest, deoarece în aceste patologii factorul de risc principal este însuși procesul patologic șocogen și distructiv și intervenția chirurgicală traumatizantă.

Tabelul III
Impactul spitalizării tardive (>24 ore) asupra mortalității postoperatorii 10,11

| Diagnostic | Mortalitatea postoperatorie | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------|----------------|---------|----------|----------------|
| | 2002 | | | 2003 | | |
| | <24 ore | > 24 ore | >24 vs <24 ore | <24 ore | > 24 ore | >24 vs <24 ore |
| Ocluzia intestinală | 2,15% | 15,6% | x 7 | 2,55% | 9,62% | x 4 |
| Apendicita acută | 0,016% | 0,33% | x 20 | 0,028% | 0,18% | x 6 |
| Ulcerul gastro - duodenal perforat | 2,0% | 10,86% | x 5 | 1,41% | 20,22% | x 14 |
| Ulcerul gastro - duodenal hemoragic | 8,8% | 11,11% | x 1 | 7,59% | 16,19% | x 2 |
| Hernia strangulată | 0,40% | 6,10% | x 15 | 0,68% | 4,95% | x 7 |
| Colecistita acută | 0,98% | 2,55% | x 3 | 0,75% | 2,90% | x 4 |
| Pancreatita acută | 21,21% | 18,42% | x 1 | 6,81% | 10,38% | x 1,5 |

Erorile de diagnostic reprezintă factorul principal implicat în diagnosticul tardiv. Erorile de diagnostic au fost observate în 19,16% din numărul cazurilor de afecțiuni chirurgicale acute ale organelor abdominale și peritonită secundară/primară. Cauzele principale ale greșelilor de diagnostic sunt următoarele: formele atipice de patologie acută chirurgicală și evoluția clinică atipică (determinată de vârsta senilă (21,18%), factorii iatrogeni (14,4%), localizarea în zone „non-demonstrative” ale peritoneului (21,96%), patologia asociată (14,41%) și intoxicația septică (5,08%)); formele atipice de peritonită (peritonita fulminantă sau septică descrisă de Miculicz (1889) și forma astenică de peritonită descrisă de Broca (1967)) [8].

Au fost elaborate condițiile diagnosticului corect, care se bazează, în primul rând, pe cunoașterea substratului anatomic-fiziologic al simptomatologiei abdominale acute: chirurgul, medicul de familie/salvare trebuie să interpreteze corect „durerea somatică” și s-o diferențieze de „durerea viscerală”, să cunoască particularitățile de inervație a peritoneului, să efectueze manevrele clinice, tușeul rectal și vaginal [8-10].

În caz de dubiu se recomandă a se folosi în afară de metodele paraclinice de rutină, mijloacele relativ noi de diagnostic: puncția-lavaj, ultrasonografia, tomografia computerizată și laparoscopia, care pot fi folosite și cu scop curativ (drenaj, biopsie, colangiografie, colecistostomie, gastrostomie, jejunostomie, colecistectomie, apendicectomie).

Un rol deosebit de eficient în cazurile de diagnostic incert, după ce au fost epuizate celelalte măsuri de diagnostic paraclinic, îl joacă laparoscopia. Conform experienței noastre, acuratețea acestei metode de diagnostic în caz de „abdomen acut” se apropie de 100% [11]. Această investigație paraclinică în anii ‘70-80 a fost implementată în toate spitalele raionale și municipale din republică și a contribuit la ameliorarea diagnosticului de urgență în spitale.

Drept exemplu, în 295 laparoscopii, efectuate în clinica chirurgicală a facultății în anii 1982-1985, indicațiile pentru laparoscopia de urgență au fost următoarele: tabloul clinic incert de „abdomen acut”, indicațiile neclare pentru intervenție de urgență imediată în caz de

colecistită și pancreatita acută, sindromul dureros de fosă iliacă dreaptă, contuzia abdominală cu suspiciune de peritonită sau hemoragie. Au fost obținute următoarele rezultate: în 108 cazuri au fost efectuate operații de urgență imediată: 20 apendicectomii, 28 colecistectomii, 4 operații de sutură a ulcerului perforat acoperit, 1 hemicolectomie stângă cu colostomie proximală, 2 herniotomii în caz de strangulare Richter, 6 necrectomii în caz de pancreatită acută necrotică, 9 operații de hemostază și 38 de drenaj. Laparoscopia diagnostică a exclus laparotomia exploratorie în 187 cazuri (63,38%).

În prezent, laparoscopia modernă a depășit sfera diagnosticului și a devenit calea de acces a multor intervenții minim-invazive.

Pentru ameliorarea diagnosticului prespitalicesc și spitalicesc cauzele erorilor de diagnostic au fost discutate în cadrul cursurilor de perfecționare.

În anii '80-90 au fost introduse în diagnosticul paraclinic ecografia, endoscopia, tomografia computerizată. Când spitalele raionale nu dispuneau de tehnica respectivă sau nu aveau experiența necesară, această examinare (laparoscopia, endoscopia) a fost asigurată prin serviciul de aviație sanitară.

Pentru reglementarea procesului diagnostic și curativ chirurgical au fost alcătuite standardele de diagnostic și tratament, iar în prezent se compun ghidurile amănunțite.

Pregătirea cadrelor chirurgicale și nivelul de responsabilitate profesională au fost influențate pozitiv de introducerea în 1991 a rezidențiatului chirurgical ca formă de specializare.

Un rol important pentru acordarea corectă a ajutorului chirurgical urgent și programat l-a jucat etapizarea asistenței chirurgicale în raport cu gradul de dotare și competență profesională al spitalelor.

Aceste măsuri au contribuit la ameliorarea rezultatelor asistenței chirurgicale de urgență, demonstrate de Tabelul IV. Indicatorii mortalității postoperatorii în patologia chirurgicală de urgență s-au ameliorat și au devenit comparabili cu indicatorii din țările Europei Occidentale, S.U.A. și Canada.

Tabelul 4.
Mortalitatea postoperatorie în patologia chirurgicală de urgență (%)10,11

| Patologia | 1982 | 1985 | 1991 | 1995 | 2000 | 2003 | 2004 | 2005 | F.R Moscova 2005 | p |
|-----------------------------------|-------|------|------|-------|-------|------|-------|-------|------------------------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| Ocluzia intestinală | 11,29 | 8,27 | 7,06 | 10,19 | 6,60 | 4,85 | 5,21 | 4,86 | 9,1 | <0,01 |
| Apendicita acută | 0,3 | 0,22 | 0,13 | 0,13 | 0,11 | 0,06 | 0,07 | 0,085 | 0,2 | <0,01 |
| Ulcerul gastro-duodenal perforat | 4,67 | 5,21 | 4,3 | 3,07 | 4,40 | 3,97 | 2,45 | 3,12 | 7,8 | <0,05 |
| Ulcerul gastro-duodenal hemoragic | - | - | 13,5 | 11,23 | 11,49 | 12,5 | 10,93 | 7,93 | 13,0 | >0,05* |
| Hernia strangulată | 4,58 | 3,63 | 3,9 | 4,5 | 3,08 | 1,51 | 1,67 | 1,14 | 2,8 | <0,05 |
| Colecistita acută | 5,19 | 4,35 | 3,5 | 1,84 | 1,44 | 1,82 | 1,39 | 1,49 | 1,5 | <0,05 |
| Pancreatita acută | - | - | 23,9 | 30,81 | 24,09 | 8,74 | 26,27 | 31,8 | 21,7 | >0,05* |

* coloanele 3-8

CONCLUZII

Patologia abdominală chirurgicală de urgență are o incidență în creștere. Spitalizarea tardivă (la peste 24 ore de la debut) are o frecvență crescută și reprezintă un important factor

de prognostic negativ. Mortalitatea și morbiditatea postoperatorie sunt influențate de tipul de patologie, complexitatea intervenției chirurgicale, experiența chirurgului și dotarea tehnică a spitalelor, ca și de accesul pacienților la serviciile medicale. Asistența chirurgicală de urgență trebuie etapizată în conformitate cu gradul de competență profesională a spitalelor.

BIBLIOGRAFIE

1. Maloman E. Asistența chirurgicală populației Republicii Moldova în anul 2003. *Arta Medica*. 2004; 2(5): 3-8.
2. Maloman E. Informație despre asistența chirurgicală populației din Republica Moldova în anul 2004. *Arta Medica*. 2005; 2(11): 3-6.
3. Swain CP. Gastrointestinal Hemorrhage. *Clinical Gastroenterologz*. 2000; 14(3): 357-515.
4. Anuarul *Sănătatea publică în Moldova*. Chișinău, 2004. p. 141.
5. Savelev BC. [*Ghid în chirurgia de urgență a organelor abdominale*]. Moscova: Ed. Triada X; 2004. p. 9-30.
6. Kozar Rosemary, Roslin JJ. Apendicele In: Shires T, Spencer FC, Schwartz SI, editors, *Principiile chirurgiei*, ediția a 7-a, ediția I rom. McGraw Hill. București: Ed. Teora, 2005. p. 1381-1393.
7. Jecu A. Patologia chirurgicală a apendicelui. In: Angelescu N, editor. *Tratat de Patologie Chirurgicală*. București: Ed. Medicală; 2001. p. 1595-1615.
8. Mondor H. *Diagnosics urgent*. Paris: Masson et Cie, 1965.
9. Neliubovici I. [*Bolile acute ale cavității peritoneale*]. Moscova: Ed. Medgiz; 1961. p. 380.
10. Cope Z. *The early diagnosis of the acute abdomen*. London: Oxford University Press, 1968. p. 181.
11. Pannen F, Frangenheim H. „Surgical” laparoscopy indications and value. *Chirurg*. 1975; 46(9): 405-410.