

WORLD JOURNAL OF SURGERY

volumul 29, nr. 10, octombrie 2005

www.springerlink.com



A apărut nr. 10, volumul 29, octombrie 2005 al prestigioasei reviste *World Journal of Surgery*, jurnalul oficial al Societății Internaționale de Chirurgie (ISS), la celebra editură Springer, New York, avându-l ca editor șef pe Dr. John G. Hunter.

Această revistă este împărțită pe două secțiuni: progrese în chirurgie și articole științifice originale privind patologia chirurgicală vasculară, malignitățile din sfera genitourinară, chirurgia endocrină, chirurgia gastrointestinală, chirurgia hepato-bilio-pancreatică, istoric chirurgical, tehnici chirurgicale și scrisori către editor. Sunt publicate 31 de articole cu diverse tematici.

Un articol extrem de interesant este al unor autori americani, Dr. J.B. Dimick și colab. de la Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire, USA: „Măsurând calitatea chirurgicală: Care este rolul volumului furnizat?”. Lucrarea

analizează importanța volumului (numărul de cazuri operate) care, deși nu este ideal în toate situațiile, este în particular potrivit pentru măsurarea calității actului chirurgical în contexte sigure. Mai exact, autorul crede că pentru operațiile dificile, cu un puternic efect volum-rezultate, volumul furnizat poate fi cel mai important instrument de măsură al performanței chirurgului. Astfel, pentru rezecțiile pancreatice și esofagectomii, diferența de mortalitate absolută (între spitalele cu volum foarte mare și cele cu volum foarte mic), este de 12,5% și respectiv 11,9%. Trecând în revistă o serie de articole și examinând asocierea dintre numărul de pacienți și mortalitatea după diverse intervenții chirurgicale (chirurgie vasculară și chirurgie generală) a constatat că pacienții spitalelor care au un rulaj mai mic de pacienți au un risc de deces la 5 ani cu 60% mai mare. De asemenea, autorul precizează că este foarte important pentru chirurg să participe la luarea câtor mai multe decizii în diferite situații întâlnite în clinică, mărindu-se astfel calitatea actului chirurgical.

Bahadır M. Güllüoğlu și colab. de la Departamentul de Chirurgie Generală, Clinica de Chirurgie endocrină și a sânului de la Spitalul Universitar Marmara, Istanbul, Turcia, publică un interesant articol - „Predicția precoce a normocalcemiei după chirurgia tiroidei” - știut fiind că, hipocalcemia este unul din factorii care determină prelungirea spitalizării după chirurgia tiroidiană. În studiul efectuat prospectiv, au fost evaluați 79 de pacienți care au suferit o tiroidectomie, încercând să se definească factorii de risc ai hipocalcemiei postoperatorii. Calcemia a fost măsurată la 8, 14, 24, și 48 de ore postoperator și s-a calculat un indice al acesteia ($IC = (C2 - C1) / C1 / (T2 - T1)$). Pacienții au fost examinați din punct de vedere a sexului, vârstei, indicației chirurgicale, tipul intervenției chirurgicale, funcția tiroidiană,

prezența extensiei mediastinale, prima operație sau reintervenție și autotransplantului paratiroidian. Toate comparațiile s-au efectuat între grupuri normocalcemice și grupuri hipocalcemice. Hipocalcemia a fost întâlnită la 15 pacienți (19%). Autorii au ajuns la concluzia, după analiza univariată în funcție de tipul și extensia tiroidectomiei, că indicele calcemic la 8 și 14 ore este un bun predictor al normocalcemiei. Pacienții cu un indice negativ au o probabilitate mai mare să dezvolte hipocalcemie în postoperator. Nici un pacient cu indice pozitiv sau neutru nu a dezvoltat hipocalcemie indiferent de tipul intervenției efectuate (majoritatea tiroidectomii subtotale, pacienți cu vârsta medie de 46 ani).

În cadrul secțiunii de chirurgie gastrointestinală, Raimundas Lunevicius și Matas Morkevicius de la Spitalul Universitar din Vilnius, Lituania, publică un articol despre rezultatele, beneficiile și factorii de risc în tratamentul laparoscopic al ulcerului peptic perforat. În prima parte a studiului sunt descrise aspecte epidemiologice și strategii în managementul ulcerului duodenal perforat, laparoscopia fiind cea mai folosită modalitate de abord în acest tip de patologie. Al doilea scop al studiului constă în demonstrarea valorii studiilor prospective și retrospective privind rezultatele precoce după chirurgie și factorii de risc. Al treilea scop al lucrării a fost prezentarea beneficiilor acestui tip de intervenție, iar al patrulea, de clarificare a posibililor factori de risc asociați suturii laparoscopice a ulcerului duodenal perforat. Au fost evaluate 96 de articole full-text de pe Medline/Pubmed. Au fost selecționate 13 studii prospective și 12 studii retrospective. Rezultatele studiilor retrospective au fost următoarele: rata medie a morbidităților de 10,5%, rata medie a conversiilor a fost 7%, spitalizarea medie 7 zile, mortalitatea 0%. În comparație în studiile prospective rata medie a morbidităților a fost ceva mai mică (6%), rata medie a conversiilor a fost mai mare (15%), spitalizarea a fost mai scurtă (5 zile), iar mortalitatea a fost mai mare (3%). Factorii de risc identificați au fost numeroși. Șocul, prezentarea tardivă (>24h), tare organice asociate, vârsta >70 ani, chirurg puțin experimentat, ASA III/IV și scorul Boey au fost considerați principalii factorii de risc ai tratamentului laparoscopic al ulcerului duodenal perforat. Fiecare dintre acești factori sunt criterii de alegere a tehnicii chirurgicale clasice. Factorii de risc ai conversiei sunt: localizarea inadecvată a ulcerului, mărimea perforației (definită de unii ca fiind >6mm, iar de alții de peste 10 mm) și ulcer cu margini friabile.

În secțiunea chirurgie hepato-bilio-pancreatică sunt 2 articole despre efectul Somatostatinei în chirurgia pancreatică. Prima lucrare, publicată de Yan-Shen Shan și colab. (Taiwan) studiază efectele profilaxiei cu somatostatină la pacienții cu duodenopancreatectomia cefalică (DPC) cu prezervare de pilor; parametrii urmăriți au fost întârzierea evacuării gastrice și reducerea valorii plasmatică a motilinului (motilinul este un hormon secretat de tractul gastrointestinal, care stimulează contracțiile antrale și evacuarea gastrică). Studiul, a fost efectuat între august 1997 și decembrie 2000; lotul a cuprins 23 de pacienți, la care s-a practicat DPC cu prezervare de pilor. 11 pacienți au primit profilaxie cu somatostatină, iar la 12 pacienți nu s-a efectuat profilaxia. Întârzierea evacuării gastrice a fost observată la 9 din cei 11 pacienți (82%) ai lotului cu somatostatină (+), față de 3 cazuri din 12 (25%) - lotul somatostatină (-). De asemenea, autorii au constatat că, pacienții, care au primit somatostatină, au prezentat niveluri plasmatică ale motilinului scăzute cu 80%, iar cei care nu au primit somatostatină au prezentat fluctuații ale valorilor plasmatică ale motilinului – creșteri în ziua 3, nivel minim în ziua 7, iar în ziua 21 nivelul plasmatic se situează la cca. 50% din normal. Concluzia studiului a fost că administrarea profilaxiei cu somatostatină întârzie evacuarea gastrică prin reducerea valorilor plasmatică ale motilinului.

A doua studiu, îi aparține lui Uwe J. Hesse și colab. de la Universitatea din Gent, Belgia: “Studiu randomizat folosind doze mici de Octreotide pentru prevenirea complicațiilor după chirurgia pancreatică și anastomoza pancreatico-jejunală”. Autorii au studiat un lot de 105 pacienți; la o parte din ei s-a administrat ocreotide de 3x 0,1 mg/zi, 7 zile. În cadrul studiului s-au urmărit fistulele pancreatice și morbiditățile postoperatorii (stop cardiac,

pneumonii, embolii pulmonare, hemoragii, infecții urinare etc.) care au prelungit durata spitalizării. În 25 de cazuri s-a efectuat DPC cu prezevare de pilor și în 80 de cazuri Whipple standard. În 25 de cazuri (23,8%) intervenția chirurgicală s-a efectuat pentru pancreatită cronică, în 8 (7,6%) cazuri pentru tumori benigne și în 72 (68,6%) din cazuri pentru tumori maligne. La toți pacienții s-a efectuat pancreatico-jejunostomie. Nu s-au constatat diferențe semnificative statistic, privind morbiditatea postoperatorie între pacienții la care s-a administrat sau nu octreotide. Concluzia studiului a fost că nu există avantaje al administrării perioperatorii a octreotidului în doze mici (3 x 0,1mg/zi) din punct de vedere al complicațiilor postoperatorii și a fistulei pancreatice.

În secțiunea tehnici chirurgicale, Susan M.L. și colab. de la Centrul pentru chirurgie robotică din Singapore prezintă avantajele (mărirea imaginii de 10 ori și imaginile tridimensionale) folosirii robotului da Vinci (da Vinci Surgical System) în prezervarea nervilor în limfodisecția axilară pentru carcinom ductal invaziv de sân (4 cazuri - sectorectomie și disecție axilară nivel II). Timpul disecției axilare robotice a variat între 30 și 105 minute, cu o medie de 70,5 minute (30, 72, 75 și 105 min). Numărul mediu de limfonoduli disecați a fost de 13 (11, 11, 13 și respectiv 17). Numărul mediu de limfonoduli invadați a fost de 5 (2, 4, 7, 7). Toate pacientele au fost externate a doua zi postoperator. Nu s-au înregistrat complicații nici intraoperatorii și nici postoperatorii. Imaginile 3-D, mărirea imaginii de 10 ori și telemanipulatorii robotici cresc abilitățile chirurgului printr-o mai bună vedere, un mai bun control al instrumentelor și perceperea adâncimii câmpului operator, cât și eliminarea tremorului sunt câteva din avantajele folosirii acestui sistem, autorii concluzionând că robotul da Vinci poate fi folosit în chirurgia cancerului de sân.

Revista este accesibilă și pe site-ul www.springerlink.com (full-text doar pentru membrii ISS).

A. Vasilescu