

## ASPECTE ALE CHIRURGIEI ABDOMINALE LA PACIENTUL PESTE 75 DE ANI

Emilia Patrașcanu<sup>\*</sup>, Lidia Ionescu, R. Dănila, Gabriela Savin, R.Iorgulescu, Cr. Dragomir

<sup>\*</sup> Doctorand al Universității de Medicină și Farmacie ”Gr.T.Popa” Iași  
Clinica a III-a Chirurgie, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Gr.T.Popa” Iași

### **ASPECTS OF ABDOMINAL SURGERY IN PATIENTS OVER 75 YEARS OF AGE (ABSTRACT):**

Addressability rate in the surgery units for the patients over 75 years of age has increased in the past years, a trend explained by growing life expectancy and population's ageing. The aim of the study was to analyze the specific aspects of the abdominal surgical pathology in the elderly. *Material and methods:* 411 patients hospitalized in Surgery Department of "St. Spiridon" Hospital, Iași, from 1.01.2010 to 31.12.2010 were analysed retrospectively. *Results:* The oldest age registered was 95. There were 229 (55.71%) patients coming from rural areas compared to 182(44.28%) patients from urban areas. 193 (51.64%) of the patients from urban areas were women. 384 (93.43%) of the cases represented emergency cases. Considering the outcome of the treatment at discharge, 267(64.96%) were surgically cured cases, 105(25,5%) improved, 4 patients were discharged aggravated on request and 35 (8.5%) deceased. 127 (30.9%) patients were not operated. Of the 284 operated cases, 185 (65.14%) were diagnosed with benign diseases, most frequently being lithiasic cholecystitis (21.83%), hernias (14.43%) and incisional hernias (5.28%). 173 (93.5%) patients were operated on as an emergency. The postoperative mortality registered was 11.35%, the main cause being entero-mesenteric infarction. The operated malignant pathology (99 cases – 35%) was dominated by rectocolic cancer (50%), gastric cancer (18.18%) and pancreatic cancer (9.09%). Radical surgery was performed in 58 patients (58.58%) with a mortality of 11.23%. *Conclusions:* Age over 75 should not be a ground for surgeons to avoid either radical or palliative treatment. Both literature and our data show no major differences in the outcome of elderly patients compared to younger ones.

KEY WORDS: ELDERLY, ABDOMINAL SURGERY, BENIGN DISEASES, MALIGNANT DISEASES, MORTALITY.

Correspondență: Dr.Patrașcanu Emilia, doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa” Iași; Clinica a III-a Chirurgie, email: emmpalla@yahoo.com<sup>\*</sup>

### INTRODUCERE

În ultimii ani s-a înregistrat creșterea numărului de persoane peste 75 de ani care se adresează serviciilor medicale. În România anulului 2010 speranța medie de viață era de 70 de ani la bărbați și 77,1 ani la femei, speranța de viață la 65 de ani pentru bărbați fiind de 14 ani, iar pentru femei de 17 ani.

Cauzele care explică ascensiunea fenomenului de îmbătrânire privesc scăderea natalității, progresele medicinei asociate cu un nivel de trai mai bun.

În unele cazuri, tratamentul chirurgical poate fi singura modalitate de îmbunătățire a calității și duratei vieții [1,2].

---

<sup>\*</sup> received date: 25.09.2010

accepted date: 12.11.2011

## MATERIAL ȘI METODE

Studiul își propune analiza specificului patologiei chirurgicale abdominale (benignă și malignă) la bolnavul cu vârsta peste 75 de ani, tipul de internare în serviciul chirurgical, evaluarea stării de sănătate la externare precum și mortalitatea postoperatorie.

Este un studiu retrospectiv, efectuat în Clinica III-IV Chirurgie a Spitalului Sf. Spiridon Iași, în perioada 1 ianuarie - 31 decembrie 2010. În intervalul de timp menționat, au fost internați 411 pacienți cu vârste peste 75 de ani, ce au avut ca diagnostic principal afecțiuni abdominale.

Se disting două categorii de pacienți – pacienți internați, la care se adoptă tratament conservator (neoperați) și vârstnici internați și tratați chirurgical. Studiul este orientat mai ales asupra acestora din urmă.

Datele prelucrate au fost obținute din: foile de observație, foile de terapie intensivă, protocoalele operatorii, protocoalele necroptice.

În vederea evaluării patologiei chirurgicale la vârstnic s-au utilizat metode și procedee specifice analizei statistice descriptive, urmărindu-se: vârsta, sexul, mediul proveniență al pacientului, tipul de internare (electivă, urgență – în funcție de momentul intervenției, s-au stabilit două categorii : urgența imediată și urgența amânată - această clasă cuprinde cazurile internate în urgență dar la care intervenția chirurgicală a fost temporizată din diverse motive); diagnosticul principal, tipul de operație aplicat, numărul zilelor de spitalizare, numărul zilelor de terapie intensivă, diagnosticul secundare, starea la externare.

Inițial s-a realizat centralizarea și gruparea statistică a datelor, ulterior s-a efectuat o prezentare generală a acestora.

## REZULTATE

Din totalul de 411 cazuri, vârsta predominantă a fost cea de 75 (16,54%) ani, maximul fiind de 95 ani. Analiza distribuției pe sexe, arată predominanța sexului masculin (218 – 53,04%), față de cel feminin (193 – 46,95%). Se remarcă diferențe pe medii și sexe. Pacienții din mediul rural reprezintă 55,71% din totalul internărilor, cu predominanța sexului masculin (130 – 56,76%). Mediul urban (44,28%), este reprezentat de sexul feminin (94 – 51,64%).

Analizând tipul de internare, se poate observa incidența crescută a cazurilor internate în urgență (384- 93,43%), în comparație cu internările electivă, programate (27- 6,56%).

Din punct de vedere al stării la externare, se înregistrează 267(64,96%) cazuri vindecate chirurgical, 105(25,54%) ameliorate, 3 pacienți cu stare agravată (externați la cerere) și 35(8,51%) decese.

Pacienții neoperați (127 – 30,9%), au fost diagnosticați cu afecțiuni neoplazice (40 – 39,41%) și non-neoplazice ( 87 – 68,5%). Motivele pentru care nu s-a indicat intervenție chirurgicală au fost: adoptarea unei atitudini terapeutice conservatoare, medicamentoase; refuzul pacienților și al aparținătorilor, de a accepta operația; starea generală gravă a acestora (5 – 3,93%); risc anestezic și chirurgical, cu impact major asupra ratei de supraviețuire.

În anul 2010, 284 de pacienți cu vârsta peste 75 de ani, au fost operați în Clinica III și IV Chirurgie, ceea ce reprezintă 69,099% din total. Analizând tipul diagnosticului principal, se observă incidența crescută a afecțiunilor non-neoplazice (185- 65%),

locurile principale în cadrul acestor afecțiuni fiind ocupate de: colecistite litiázice (62-21,83%); hernie (41-14,43%), (cel mai des întâlnindu-se hernia inghinală) și eventrații (15- 5,28 %).

Durata zilelor de spitalizare a fost cuprinsă în intervalul 4-31 zile, cu o medie de 10, 7, necesarul recuperării în terapie intensivă având o medie de 2,06.

Doar 11(3,87%) pacienți cu afecțiuni non-neoplazice, au fost internați electiv, restul de 173(93,51%) fiind urgențe (73- 42,19 urgențe imediate; 100- 57,8% urgențe amânate). Analizând starea la externare, a acestei categorii de vârstnici, se observă faptul că, pacienții sunt externați vindecați chirurgical, într-un număr semnificativ (155-83,78%). Mortalitatea este notată la 21(11,35%) de cazuri, cauza principală fiind infarctul entero-mezenteric (7-33,33%); toate cazurile cu acest tip de diagnostic, prezintă ca patologie asociată, patologia cardiacă de tipul – fibrilație artială, infarct miocardic, insuficiență cardiacă, afecțiuni valvulare. Rezultatele menționate anterior au fost regăsite și în literatura de specialitate [3,8]. Se recomandă chirurgia electivă, care are o rată scăzută de mortalitate și morbiditate postoperatorie [3].

Gândindu-ne la vârsta înaintată, tendința medicului în general este de a asocia bătrânul, cu afecțiunile maligne. Analiza arată, însă, contrariul. Patologia malignă este întâlnită la 99(35%) de pacienți (47 bărbați, 42 femei).

Doar două dintre cazuri sunt internate electiv, restul de 87(87,87%) reprezintă urgențe (12 – 13,79% urgențe imediate, 75- 86,2% urgențe amânate).

Durata medie de spitalizare este de 15,58 zile (mai mare în comparație cu necesarul de îngrijire a afecțiunilor non-neoplazice). Perioada medie de recuperare în terapie intensivă este de 3,04. Se poate concluziona faptul că, îngrijirea afecțiunilor maligne este mai lungă, incidența complicațiilor postoperatorii, fiind mult mai mare (se înregistrează complicații medicale și chirurgicale: cardio-vasculare, respiratorii, urinare, infecții de plagă, fistule digestive).

Primele locuri în cadrul patologiei maligne, sunt ocupate de: neoplasm colorectal (50-50,5%); neoplasm gastric (18-18,18%) ; neoplasm de pancreas (9-9,09%), cu repartiția pe segmente, conform Tabel 1.

**Tabel 1**  
*Patologii maligne frecvente*

	<b>Localizare</b>	<b>Nr.cazuri</b>
<b>Neoplasm colon</b>	Colon ascendent	11
	Unghi hepatic al colonului	2
	Colon transvers	2
	Colon descendent	2
	Joncțiune recto-sigmoidiană	8
	Colon sigmoid	7
	Rect	18
<b>Neoplasm gastric</b>	Cardia	1
	Fund gastric	1
	Corp gastric	10
	Antrul piloric	6
<b>Neoplasm pancreas</b>	Cap pancreas	8
	Corp pancreas	1

Intervențiile cu viză curativă au fost aplicate la un număr semnificativ de pacienți (58–58,58%); la 31(31,31%) de cazuri a fost adoptat tratament chirurgical paleativ. S-au înregistrat 10(11,23%) decese.

## DISCUȚII

Predominanța cazurilor internate de urgență la pacienții peste 75 de ani se poate explica prin tendința acestei categorii de pacienți de a amâna prezentarea la medic pînă la exacerbarea simptomatologiei din diferite motive care țin de psihologia persoanelor în vârstă. Literatura de specialitate subliniază impactul pe care îl au intervențiile în urgență, asupra morbidității și mortalității postoperatorii, precum și faptul că, rezultatele postoperatorii după chirurgia de urgență, sunt satisfăcătoare, la pacientul vârstnic [2-6]. O concluzie unanimă este că vârsta are o implicare minoră asupra riscului operator. În unele situații, riscul relativ al intervenției este acceptabil în comparație cu evoluția naturală și complicațiile bolii iar chirurgia agresivă, aplicată imediat, poate fi uneori cea mai bună alegere [1,7].

Indiferent de tipul afecțiunii, internarea pacientului în serviciul chirurgical se face predominant în urgență. Această situație își poate găsi multiple explicații: nici o boală nu domină tabloul clinic; debutul bolii este insidios; o afectare a unui organ, poate antrena decompensarea altora; pacientul poate interpreta gresit semnificația unor simptome sau poate ascunde în mod deliberat anumite acuze deoarece se teme de spitalizare, de tratament, de pierderea independenței, își imaginează că simptomele prezente sunt normale vârstei și nu pot fi tratate [4,5]. Mortalitatea postoperatorie nu se datorează numai operației în sine; co-morbiditățile, amânarea intervențiilor și paliativa sunt elemente care permit aprecierea ratei de mortalitate, la pacienții cu abdomen acut chirurgical [7,8].

În comparație cu tinerii, rata de supraviețuire a vârstnicului, în cazul neoplasmelor, este mai redusă, mai ales datorită faptului că aceste afecțiuni sunt diagnosticate în stadii avansate. Rezultatele pe termen lung și scurt, ale operațiilor pentru afecțiunile maligne, nu au diferențe majore față de tineri [9].

Elementul vârstă, nu ar trebui să fie factor de excludere al tratamentului curativ [1,10]. Chirurgia paliativă, are un rol benefic asupra stării de sănătate, chiar și pentru o perioadă limitată de timp deoarece permite ameliorarea statusului funcțional și prelungirea supraviețuirii [11].

## CONCLUZII

Adresabilitatea în serviciul de chirurgie nu trebuie restricționată de vârstă. Frecvența mare a cazurilor internate în urgență atrage atenția asupra diagnosticului și tratamentului unor afecțiuni ce pot fi corijate elective. Refuzul chirurgiei la pacienții peste 75 de ani, poate lăsa anumite boli tratabile să progreseze spre stadii în care intervenția chirurgicală ar avea riscuri majore asupra supraviețuirii.

Indiferent de tipul patologiei, rezultatele postoperatorii au fost bune, cu o mortalitate acceptabilă.

## BIBLIOGRAFIE

1. Preston SD, Southall A, Nel M, Das SK. Geriatric surgery is about disease, not age. *J R Soc Med.* 2008; 101: 409-415.
2. Tote SP, Grounds RM. Performing perioperative optimization of the high-risk surgical patient. *Br J Anesth.* 2006; 97: 4-11.

3. Malik AM, Khan A, Talpur KAH, Laghari AA. Factors influencing morbidity and mortality in elderly population undergoing inguinal hernia surgery. *J Pak Med Assoc.* 2010; 60(1): 45-47.
4. Lyon C, Clark CD. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *Amer Fam Ph.* 2006; 74(9): 1537-1544.
5. Petermans J. Is it possible to integrate frailty of old person, in surgical procedure? *Rev Med Liege.* 2008; 63(12): 722-728.
6. Mirbagheri N, Dark GJ, Watters DAK. How do patients aged 85 and older fare with abdominal surgery? *JAGS.* 2010; 58: 104-108.
7. Arenal J, Bengoechea-Beeby M. Mortality associated with emergency abdominal surgery in the elderly. *Can J Surg.* 2003; 46(2): 111-116.
8. Gurleyik Y, Guerleyik E, Unalmiser S. Abdominal surgical emergency in the elderly. *Turk J Gastroenterol.* 2002; 13(1): 47-52.
9. Ramesh HSJ, Pope D, Gennari R, Audisio RA. Optimising surgical management of elderly cancer patients. *World J Sur Onc.* 2005; 3:17.
10. Damhuis RAM, Claudia Meurs, Meijer W. Postoperative mortality after cancer surgery in octogenarians and nonagenarians: results from a series of 5390 patients. *World J Sur Onc.* 2005; 3: 71.
11. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd JC. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non- malignant life- threatening disease: a systematic review. *Age and Ageing.* 2005; 34: 218-227.