

REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR CU PATOLOGIA CĂII BILIARE PRINCIPALE PE FUNDAL DE MALROTAȚIE DUODENALĂ ASOCIATĂ CU DUODENOSTAZĂ

Artur Hurmuzache¹ – dr. în șt. med., Vladimir Hotineanu² – dr. hab. în șt. med., prof. univ.,
m.c. AȘM, Adrian Hotineanu² – dr. hab. în șt. med., prof. univ.,
Alexandru Ferdohleb² – dr. în șt. med., conf. univ., Eduard Bortă¹ – dr. în șt. med.,
¹LCȘ „Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv”,
²Catedra 2 Chirurgie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”
e-mail: artur2007-22@mail.md, tel. 079519750

Rezumat

Scopul acestui studiu a constat în optimizarea tratamentului chirurgical la pacienții cu patologia benignă obstructivă a caili biliare principale (stenoza PDM, stricturi ale CBP, colangită, litiază canaliculară) pe fundalul malrotației duodenale asociate cu duodenostază. Lotul de studiu a constituit 110 pacienți cu patologia CBP pe fundal de MRD asociată cu duodenostază, tratați în perioada anilor 1998 – 2009 în Clinica 2 Chirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu”. În anamneză toți pacienții au suportat colecistectomie și intervenții pe CBP, precum CPRGE, PSTE cu sau fără litextracție. Prezența refluxului duodeno-coledocian impune apariția patologiilor sus-numite. Din anul 1998 este implementată metoda chirurgicală ce contribuie la excluderea refluxului duodenocoledocian și constă în transsecția supraduodenală de CBP cu implantarea lui în ansa „Y” a la Roux cu o lungime optimă a ei de 80 cm.

Cuvinte-cheie: duodenostază, colangită, icter mecanic, transsecție supraduodenală de coledoc

Summary. Results of surgical treatment of the patients with pathology of the main biliary duct in duodenal malrotation associated with duodenostasis

The purpose of this study is to optimize the surgical treatment of patients with benign pathology of the main biliary tract (duodenal papillar stenosis, strictures, cholangitis, cannicular lithiasis) in duodenal malrotation associated with duodenostasis. The study included 110 patients treated between 1998 and 2009 years in No. 2 Surgical Clinic of SMFU "Nicolae Testemitanu". All the patients presented a history of cholecystectomy and surgeries on MBT – ERCP (endoscopic retrograde cholecysto-pancreato-graphy) with or without lithoextraction. Duodeno-biliary reflux was revealed to be the main cause of these disorders. Starting with 1998 a new surgical method of supraduodenal MBT transection with the subsequent implantation into an 80 cm -long jejunum in "Y" a la Roux loop, this contributing to the prevention of the duodeno-biliary reflux.

Key words: duodenostasis, cholangitis, jaundice, supraduodenal MBT transection

Резюме. Результаты хирургического лечения у пациентов с патологией общего желчного протока на фоне мальротации двенадцатиперстной кишки с дуоденостазом

Цель этой работы является определение рациональности и эффективности хирургического лечения у пациентов с патологией общего желчного протока (стеноз большого дуоденального соска - БДС, стриктуры общего желчного протока - ОЖП, холангиты, холедохолитиаз) на фоне мальротации двенадцатиперстной кишки с дуоденостазом. В исследование были включены 110 пациентов проходившие лечение в периоде 1998 - 2009 в Клинике Хирургии №.2, ГУМФ «Николае Тестемицану». В анамнезе всем пациентам была произведена холецистэктомия и операции на ОЖП - ретроградная холангиопанкреатография, папиллосфинктеротомия с литэкстракцией или без нее. Дуодено-билиарный рефлюкс приводит к развитию выше указанных патологий. С 1998 года используется хирургический метод лечения который максимально снижает риск возобновления дуодено-билиарного рефлюкса который состоит в супрадуоденальной резекции ОЖП с имплантированием в петлю "Y a la Roux", с оптимальной длиной в 80 см.

Ключевые слова: дуоденостаз, холангит, желтуха, супрадуоденальная резекция ОЖП

Introducere. Până în anul 1998 tratamentul chirurgical efectuat în scopul restabilirii pasajului biliar în patologiile obstructive biliare consta în derivație bilio-digestivă prin tehnica coledocoduodenoanastomozei (CDA) sau coledocojejunoanastomozei (CJA) cu ansa în „Y” à la Roux. Aceste tehnici presupun direcționarea fluxului biliar atât în ansa jejunală à la Roux, cât și în duoden prin calea biliară principală (CBP) patologic modificată și papila duodenală mare (PDM) după papilosfincterotomia endoscopică (PSTE), fiind liber permeabilă. Această tehnică chirurgicală nu evită refluxul duodenocoledocian - moment etiologic fundamental al patologiei, fiind confirmat și de rezultatele nesatisfăcătoare obținute în perioada postoperatorie. Patologia biliara manifestată prin colică biliară, icter mecanic intermitent, hepatită colestatică, angiocolită, a persistat la 28(25,45%) bolnavi operați până în anul 1998, la care nu a fost aplicată exereza supraduodenală de CBP cu implantarea ei în ansa jejunală în „Y” à la Roux cu o lungime a ansei de 80 cm.

Rezultatele nesatisfăcătoare și studiul minuțios al investigațiilor clinico-paraclinice au generat pe prim plan rezolvarea refluxului duodenocoledocian prin ideea excluderii fluxului biliar în duoden, fapt marcat chiar în pofida postulatului indiscutabil anatomofiziologic: „direcția fluxului biliar este unilaterală din coledoc în duoden”. Astfel a fost concepută tehnica transecției supraduodenale de coledoc cu suturarea

segmentului distal în orb și implantarea segmentului proximal în ansa în „Y” à la Roux, ultima având o lungime optimă de 80 cm. Evaluarea rezultatelor precoce și tardive în urma aplicării tehnicii descrise mai sus confirmă, că această operație asigură excluderea oricărei verigi patologice ce ar menține refluxul duodenocoledocian, colangita cronică și icterul mecanic. Morbiditatea postoperatorie, ce constituie 2,72% (3 bolnavi), a fost facilitată de ansa în „Y” à la Roux, ultima având o lungime de până la 60 cm. În urma reconstrucției ansei jejunale în „Y”, cu lungimea de 80 cm, a permis însănătoșirea acestor bolnavi, cu reintegrarea lor sociofamiliară și profesională. Ținem să notăm faptul, că pentru a preveni refluxul digestiv în căile biliare care duce la instalarea colangitei și a complicațiilor supurative prin generalizarea angiocolitei este absolut necesar de a prepara o ansă izolată în „Y” à la Roux, cu o lungime optimă de 80 cm. Criteriile date oferă o siguranță anatomică și fiziologică ce previne instalarea complicațiilor survenite în rezultatul refluxului duodenocoledocian. Ignorarea condițiilor tehnice expuse pot condiționa complicații severe cât și decesul pacientului operat prin transecția supraduodenală de coledoc cu o ansă jejunală în „Y” ce nu depășește lungimea de 40 cm sau 60 cm.

În lotul nostru de studiu în perioada postoperatorie precoce nu au fost atestate complicații legate de actul operator aplicat pe CBP.

Material și metode. În perioada anilor 1998-

2009 în clinică au fost spitalizați 15879 bolnavi cu patologii ale căilor biliare extrahepatice. Din numărul total de pacienți 1826 (11,5%) au fost cu icter mecanic, dintre care, cu icter de geneză benignă au fost 1086 (59,47%). Icterul de geneză malignă - la 740 (40,53%) bolnavi. Lotul de cercetare a constituit 1086 de pacienți cu icter mecanic de geneză benignă. Cauza principală a icterului mecanic a fost coledocolitiază -78%, urmată de stenoza PDM -7,7%, stricturi cicatriceale a CBP -7,3%, iatrogenii - 6,0%, patologii congenitale -1%. Din ei au fost selectați 110 de pacienți cu patologii ale CBP pe fondal de MRD asociată cu duodenostază, care au suportat în anamneză colecistectomie. La toți 110 (100%) de pacienți au fost înregistrate semne clinice de colangită. Starea pacienților la internare a fost determinată ca fiind foarte gravă la 8 (7,27%) pacienți, gravă - la 15 (13,63%) bolnavi, gravitate medie - la 47 (42,72%) pacienți, la 41 (32,27%) bolnavi starea a fost relativ satisfăcătoare. În anamneză toți pacienții au suportat și intervenții la CBP cum ar fi: colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPGRE), PSTE, CDA, CJA. Algoritmul diagnostic a inclus: datele clinice, testele de laborator, investigațiile instrumentale: ultrasonografia (USG), duodenografia (cu sulfat de bariu), bilioscintigrafia, duodenomanometria, electrogastroenterografia (EGEG), RMN regim colangiographic, CPGRE. Investigațiile paraclinice demonstrează prezența mal rotației duodenale (MRD) asociate cu duodenostază, refluxului duodenocoledocian, diametrului mărit a CBP peste 10 mm, cu prezența colangitei, coledocolitiază (calculi autohtoni), prezența proceselor distrofice ireversibile în peretele CBP.

Bolnavii cu icter mecanic și colangită au beneficiat de o pregătire farmacoterapeutică preoperatorie minuțioasă și complexă, ce a constat în decompresia căilor biliare extrahepatice prin metode miniinvasive, de regulă realizată prin drenarea nazo-biliară pr. Baily. Terapia intensivă s-a rezumat la administrarea

antibioticelor cu spectru larg de acțiune din grupa cefalosporinelor de generația III, macrolidelor, antifungice, glucocorticoizilor, procedeele de detoxicare realizate prin diureză forțată, corecția echilibrului hidro-salin și acido-bazic, a metabolismului energetic, corecția sistemului de coagulare a sângelui și a funcției organelor vital importante, monitoring clinico-paraclinic permanent.

Metoda chirurgicală de tratament a fost selectată în funcție de patologia prezentă, astfel în papilita stenozantă a fost practică PSTE, în papilita stenozantă și coledocolitiază – PSTE cu litextracție endoscopică, în stricturile distale de CBP cu dilatare suprastenotică și megalocolodoc secundar, coledocolitiază pe fondal de MRD asociată cu duodenostază – transecția supraduodenală de CBP, litextracție cu CJA sau hepato-colejunooanastomoză (HJA) pe ansa în „Y” à la Roux, cu o lungime optimă a ansei - 80 cm.

În 5,45% (6 pacienți) procedeul tehnic practicat a constat în excluderea fluxului biliar în duoden prin transecția supraduodenală de CBP cu CJA pe ansa în „Y” à la Roux, tehnică aplicată în clinică după anul 1998. În 4 (3,63%) cazuri s-a recurs la coledocolitotomie cu CDA, cauza fiind intervențiile chirurgicale efectuate în antecedente (rezecție gastrică pocedeul Bilroth II). CPGRE cu PSTE a fost aplicată la 100 (90,9%) pacienți, dintre care au suportat litextracții endoscopice - 78 (70,9%) pacienți. Tehnica endoscopică miniinvazivă a fost realizată într-o ședință- 32 (41,02%) pacienți și în ședințe repetate (2-5 și mai mult) - la 46 (58,98%) pacienți.

Rezultatele tratamentului chirurgical în perioada postoperatorie precoce.

Evaluând rezultatele tratamentului chirurgical în perioada postoperatorie precoce, la 110 pacienți operați pentru patologia căii biliare principale pe fondal de MRD asociată cu duodenostază, am apreciat dezvoltarea în 18 (16,36%) cazuri a complicațiilor postoperatorii (în Figura 1). Acest spectru al complicațiilor

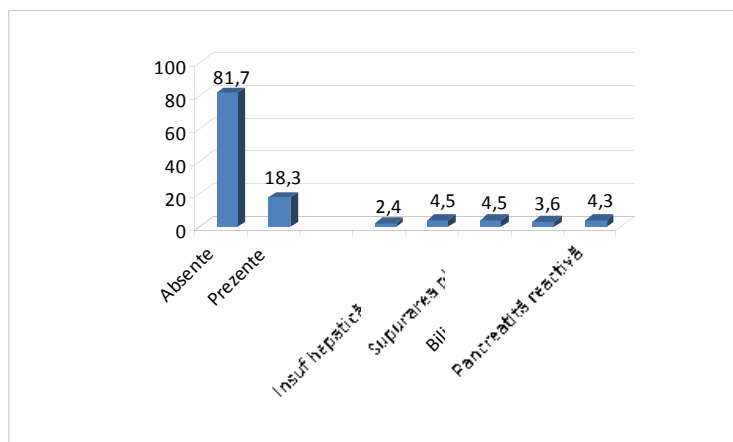


Fig. 1. Frecvența complicațiilor în perioada postoperatorie precoce la 18 (16,36%) din 110 pacienți cu patologia CBP pe fondal de MRD asociată cu duodenostază

în perioada postoperatorie nu a fost legată de tactica chirurgicală aplicată la căile biliare extrahepatice, dar de starea generală tratată a bolnavului, cu dereglarea incipientă a statusului homeostatic. Aceste probleme au fost compensate pe parcursul aflării bolnavilor în staționar. Notăm faptul, că nici un pacient în perioada postoperatorie precoce nu a necesitat reintervenție chirurgicală repetată la căile biliare.

Obstrucția biliară, colangita cronică în asociere cu hepatita colestatică au determinat scăderea capacității de apărare a organismului și apariția deficiențelor imunologice, care au căpătat expresie clinică prin dezvoltarea complicațiilor septică în perioada postoperatorie precoce. La 8 (7,27%) pacienți am înregistrat supurarea plăgii postoperatorii. Situația a fost soluționată prin asanarea chirurgicală a plăgilor și aplicarea pansamentelor zilnice cu remedii antiseptice (sol. Betadină 10%, sol. Iodonat 1%, sol sau pulbere Acid boric, sol. uleioasă de Clorfilipt, unguent Betadină, Levobor, Levomecoli ș.a.) cu prelevarea preventivă a materialului biologic pentru studiu microbiologic cu administrarea de antibiotice, imunomodulatoare, vitaminoterapie și alte preparate farmacologice. A fost apreciată o evoluție clinică favorabilă. În perioada postoperatorie tardivă nu s-a apreciat o acțiune nefastă a acestor complicații parvenite.

Imunitatea deprimată a organismului în urma patologiei suportate, traumatismul operator, durata intervenției chirurgicale, fondalul patologiilor pulmonare cronice (bronșita cronică) cât și vârsta înaintată a bolnavilor, în ansamblu au contribuit la apariția pneumoniei postoperatorii în 11 (10%) cazuri. S-a recurs la aplicarea măsurilor terapeutice complexe, cum ar fi: administrarea de antibiotice (terapie dublă sau triplă), remedii reologice, antiagregante, bronhodilatatoare și efectuarea exercițiilor respiratorii. La necesitate, cu scop diagnostic-curativ a fost efectuată fibrobronhoscopia. După aplicarea tratamentului conservativ a survenit însănătoșirea bolnavilor (fapt confirmat clinic și paraclinic prin efectuarea repetată a radiografiei organelor cutiei toracice). Insuficiența hepatică acută apărută în perioada postoperatorie precoce la 5 (4,54%) bolnavi, a cauzat o situație clinică de risc vital important, fiind motivată de perioada îndelungată a evoluției colangitei cronice recidivante, cu implicarea în proces a ficatului, severitatea icterului, adresarea tardivă a bolnavilor la specialist. Au necesitat tratament în secția Terapie intensivă, cu aplicarea remediilor reologice, hepatoprotectoare, măsurilor de detoxicare, corecția echilibrului acido-bazic, hidrosalin, energetic. A fost necesară o perioadă de reconveniență mai prelungită și după externare, cu terapie de susținere efectuată în condiții de ambulator conform recomandărilor specialistului. Toate măsuri

rile curative aplicate s-au încununat cu succes, fiind apreciată o evoluție clinică pozitivă cu însănătoșirea ulterioară definitivă a acestor bolnavi. La bolnavii cu pareză intestinală postoperatorie tranzitorie - 10 (9,1%) cazuri aplicarea măsurilor terapeutice, îndreptate spre stimularea peristaltismului intestinal (sol. Prozerină 0,05%, sol. Metaclopramid, soluție Laborey, lavaj gastric cu administrarea spasmolitice și antitratulente), s-au soldat cu o evoluție pozitivă cu restabilirea tranzitului intestinal. Biliroagia tranzitorie apreciată la 4 (3,63%) bolnavi s-a stopat desinestător, cu un debit maximal de 100 ml, fiind monitorizată cu ajutorul drenajului de siguranță sub- și supraanastomotic. Apariția ulcerelor acute gastrice la 2 (1,82%) bolnavi, deasemenea este rezultatul fonului tarat de sănătate, patologiilor gastrointestinale cronice (gastrite cronice, reflux duodenogastral, malrotația duodenală, duodenostaza, prezente până la operație). Nu s-a atestat hemoragie semnificativă, situația fiind soluționată prin aplicarea tratamentului cu remedii gastroprotectoare, antisecreteore, H₂-blocatori, drenaj nazogastral cu lavaj gastric (cu sol acid aminocaproic, suspensie almagel, simalgel ș.a). Pancreatita reactivă postoperatorie a fost apreciată la 5 (4,54%) bolnavi, s-a manifestat prin elevarea amilazei serice cel mult de două ori de la normal, a avut un caracter tranzitoriu în urma tratamentului medicamentos complex aplicat și în special - sol. Sandostatină 0,1 mg sau sol. Octreotid 0,1 mg (dosajul fiind apreciat în mod individual).

Soluționarea icterului mecanic, normalizarea constantelor biochimice, în special, al bilirubinei, fosfatazei alcaline și al fermenților citolitici hepatici, este rezultatul tratamentului chirurgical și medicamentos corect aplicat.

În acest lot de studiu, letalitate spitalicească în perioada postoperatorie precoce nu am înregistrat. Toți pacienții operați au fost externați într-o stare generală satisfăcătoare, cu recomandările respective ale specialistului.

Rezultatele tratamentului chirurgical în perioada postoperatorie tardivă.

Evaluarea rezultatelor a fost efectuată în urma aprecierii stării pacienților în perioada postoperatorie, pe o durată de până la 10 ani, prin estimarea stării somatice, integrării sociofamiliale și restabilirii capacității de muncă. Urmărirea rezultatelor la distanță a fost realizată la toți pacienții ce au suportat tratament chirurgical pentru patologia CBP pe fondal de MRD asociată cu duodenostază. Din anumite motive termenul observațiilor la distanță a variat, constituind un maxim de 10 ani. Evaluarea calității vieții în perioada postoperatorie tardivă la acești bolnavi a fost posibilă prin elaborarea unui complex de probe anumite. Ele

Tabelul 1

Rezultatele postoperatorii la distanță la pacienții cu patologia CBP pe fondal de MRD asociată cu duodenostază

Indicii strrii somatice	Subgrupul I (28 pacienți)		Subgrupul II (82 pacienți)		t	p
	Abs.	P±ES(%)	Abs.	P±ES(%)		
Colică biliară	22	20,0±3,81	9	8,2±2,62	2,5515	<0,05
Icter mecanic tranzitoriu	18	16,4±3,53	6	5,5±2,17	2,6291	<0,01
Prurit cutanat	18	16,4±3,53	5	4,5±1,98	2,9411	<0,01
Febră, subfebrilitate	22	20,0±3,81	4	3,6±1,78	3,8981	<0,001
Frison	22	20,0±3,81	4	3,6±1,78	3,8981	<0,001
Slăbiciune generală	26	23,6±4,05	9	8,2±2,62	3,1949	<0,01
Tulburări dispeptice	24	21,8±3,94	12	10,9±2,97	2,2099	<0,05
Greață, vomă	18	16,4±3,53	9	8,2±2,62	1,8662	>0,05
Scaun acolic	18	16,4±3,53	6	5,5±2,17	2,6291	<0,01
Colurie	18	16,4±3,53	6	5,5±2,17	2,6291	<0,01
Consum de medicamente	23	20,9±3,88	12	10,9±2,97	2,0473	<0,05

au inclus aspectul somatic, întru stabilirea modului de acomodare a organismului la efectele intervenției chirurgicale suportate. Acest fapt a fost posibil prin studiul evoluției clinice postoperatorii. Drept rezultat, în anamneza pacienților au fost identificate careva acuze restante sau apărute și menținute în perioada postoperatorie tardivă (Tabelul 1). Statusul somatic a fost apreciat în raport cu mai multe simptome:

- ✓ Icter mecanic tranzitoriu
- ✓ Colică biliară
- ✓ Febră sau subfebrilitate
- ✓ Frison
- ✓ Prurit cutanat
- ✓ Tulburări dispeptice
- ✓ Greață, vomă
- ✓ Slăbiciune generală, astenie
- ✓ Colurie
- ✓ Scaune acolice
- ✓ Administrare de medicamente

Rezultatele obținute sunt direct proporționale cu metoda chirurgicală aplicată, deaceea este argumentată divizarea lotului de cercetare în două subgrupe. Prima subgrupă - pacienții care au fost operați până în anul 1998 (1990-1998) prin CPGRE, PSTE cu sau fără litextracție, CJA pe ansa izolată a la Roux sau CDA, dar au fost internați repetat începând cu anul 1998. A doua subgrupă - pacienții operați după anul 1998, fiind aplicată o metodă nouă de tratament chirurgical, ce a fost implementată în Clinica I Catedra 2 Chirurgie a IP USMF „Nicolae Testemițanu”. Metoda are drept scop excluderea refluxului patologic entero-coledocian pe fundalul MRD asociată cu duodenostază și constă în transecția supraduodenală de CBP cu implantarea lui în ansa „Y” a la Roux, ultima având o lungime optimă de 80 cm.

Astfel, 28 (100%) pacienți operați până în anul

1998 considerăm că au avut rezultate postoperatorii convențional nesatisfăcătoare, deoarece la 22 (78,57%) dintre ei a reapărut colica biliară, febra, frisoanele, iar în 18 (64,28%) cazuri s-a atestat recidiva icterului mecanic acompaniat de prurit cutanat, urinări hiperchrome, scaune acolice. La 24 (85,71%) pacienți au fost prezente tulburările dispeptice manifestate prin greață, senzație de amărăciune în gură, pirozis. La 26 (92,85%) bolnavi a fost prezentă slăbiciunea generală și astenia mai mult sau mai puțin pronunțate. Din aceste considerente 22 (78,57%) bolnavi au necesitat un consum de preparate farmacologice, precum spasmolitice (No-șpa, Baralgină, Papaverină), antibiotice (Ampicilină, Cefazolină, Metronidazol, macrolide), analgezice (Analgină, Diclofenac, Tramadol), antipiretice (Paracetamol, soluții litice cu Analgină și Dimedrol ș.a.), somnifere, enzime digestive, antacide, gastroprotectoare. Din această grupă au fost reoperați 10 (35,71%) bolnavi. Metodele intervențiilor chirurgicale au constatat în exereză supraduodenală de CBP cu implantarea lui în ansa a la Roux. Perioada postoperatorie după efectuarea intervenției chirurgicale sus-menționate s-a caracterizat printr-o dinamică pozitivă, cu dispariția semnelor de colangită și însănătoșirea bolnavilor.

În acest lot de bolnavi, rezultatele nesatisfăcătoare apreciate ne-au obligat să analizăm aprofundat situația clinică dată, pentru a înțelege care este cauza recidivelor suferinței date și care ar fi calea optimă de rezolvare a acestor situații. Menționăm faptul, că începând cu anul 1998 în clinică în protocolul bolnavului cu sindrom postcolecistectomic (SPCE) la rând cu USG abdominală este implementată și realizată gastroduodenografia, drept metodă radiologică obligatorie de investigare a acestor bolnavi cu recidiva colicilor biliare. În condițiile prezenței MRD asoci-

ată cu duodenostază, CDA, cât și CJA nu lichidează refluxul duodenocoledocian, deoarece duodenostaza este substratul morbid de apariție și menținere al acestui reflux. Drept consecință are loc recidiva colangitei cu cronicizarea procesului și cu apariția schimbărilor ireversibile în peretele CBP. Aceste schimbări patologice servesc drept substrat în formarea stricturilor de CBP, dilatărilor atonice ireversibile de CBP, cu dereglarea evacuării bilei și apariția litiazei canaliculare „autohtone”. Gravitatea acestor situații ne-au condus în anul 1998 să propunem și să aplicăm în premieră următoarea metodă chirurgicală, ce constă în transecția supraduodenală de CBP cu implantarea lui în ansa „Y” a la Roux, ultima având o lungime optimă de 80 cm. Această metodă exclude refluxul himusului alimentar din duoden în CBP, deoarece are loc deconectarea duodenului din pasaj. Conform acestei tehnici, pe perioada anilor 1998-2009 au fost operați 110 (100%) pacienți cu patologia CBP pe fondal de MRD asociată cu duodenostază. În urma aprecierii rezultatelor tratamentului efectuat cu studierea parametrilor selectați, am fixat că la majoritatea absolută a bolnavilor în perioada postoperatorie, timp de 24 luni, nu a fost apreciată colica biliară, a dispărut icterul mecanic intermitent, semnele colangitei cronice recidivante, fenomenele dispeptice, cu reabilitarea lor socioprofesională.

Notăm, că în 3 (2,72%) cazuri, după 6-8 luni de la intervenția chirurgicală reconstructivă efectuată, a reapărut colica biliară și angiolocolita. În urma investigațiilor clinico-paraclinice efectuate, s-a constatat recidiva angiolocolitei. Bolnavii au fost reoperați. Intraoperator s-a apreciat: stare după transecția supraduodenală de CBP cu CJA pe ansa „Y” a la Roux, ultima având o lungime de 40 cm în două cazuri și, respectiv, 60 cm într-un caz. Acest moment tehnic important a fost apreciat de noi drept cauza reapariției în perioada postoperatorie a suferinței biliare, cauza fiind reinstalarea refluxului enterocoledocian. Pentru înlăturarea acestei cauze, s-a recurs la intervenție chirurgicală reconstructivă repetată, caracterizată prin reconstrucția ansei în „Y” a la Roux, măbind lungimea ansei de până la 80 cm. În perioada postoperatorie au cedat colica biliară și semnele angiolocolitei. Pacienții s-au aflat în vizorul nostru de la trei până la 15 ani. Pe parcurs, pacienții s-au reabilitat psihosocial, reintegrat și profesional. În altele două cazuri, peste 14 luni de la intervenția chirurgicală s-a reinstalat icterul mecanic, coluria, pruritul cutanat, fenomenele dispeptice. În urma investigațiilor efectuate și anume a colangiografiei prin RMN, a fost atestată prezența litiazei la nivelul anastomozei biliodigestive, soluționate prin reintervenție chirurgicală cu enterotomie, plastia gurii de anastomoză enterobiliară și litextractie.

Concluzii:

1. Monitoringul postoperator al pacienților are importanță deosebită, deoarece ne-a permis să evaluăm rezultatele tratamentului aplicat și să-l optimizăm, ceea ce a dus practic la lichidarea eficientă și calitativă a complicațiilor survenite la acești bolnavi.

2. Experiența obținută demonstrează corectitudinea programului propus de diagnostic și de tratament chirurgical al bolnavului cu patologia CBP pe fondal de MRD asociată cu duodenostază, ceea ce permite reducerea considerabilă a ratei morbidității și mortalității postoperatorii precoce și tardive la acest grup de bolnavi.

Bibliografie

- Hotineanu V., Hotineanu A., Pripa V., Hurmuzache A., Bortă E. *Aspecte de diagnostic radio-imagistic al ulcerelor simptomatice instalate pe fundalul malrotației duodenale*. Arta medica. Chișinău, 2006, nr.3(18), p. 3-6.
- Bortă E., Hurmuzache A., Deatișen A. *Modificările fiziopatologice în malrotația duodenală asociată cu duodenostază*. Zilele Universității consacrate anului „Nicolae Testemițanu”. Anale științifice ale IP USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2007, vol. IV, ediția a VIII-a, p. 153-156.
- Hotineanu V., Hotineanu A., Pripa V., Gorea D., Hurmuzache A., Bortă E. *Semiologia radiologică a ulcerelor simptomatice duodenale instalate pe fundalul malrotațiilor duodenale*. Zilele Universității consacrate anului „Nicolae Testemițanu”. Anale științifice ale IP USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2007, vol. IV, ediția a VIII-a, p. 57-61.
- Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A., Pripa V., Gorea D., Hurmuzache A., Bortă E., Cucu I. *Algoritmul de diagnostic al litiazei biliare la bărbați*. Al IV-lea Congres Național ARCE. Iași, România, 2008. Revista medico-chirurgicală a Societății de medici și naturaliști din Iași. Caiet de rezumate, p. 52-53.
- Hotineanu V., Hotineanu A., Hurmuzache A. *Megacoledocul secundar idiopatic*. Chirurgie. Curs selectiv. Chișinău, 2008, p. 459-475.
- Hotineanu V., Hotineanu A., Pripa V., Gorea D., Hurmuzache A., Bortă E. *Malrotația duodenală – factor etiopatogenetic al ulcerelor simptomatice duodenale*. Congresul Național de Chirurgie. Eforie Nord, România, 2008. Supliment, Chirurgia (Bucur.), vol.103, p. 15.
- Hurmuzache A., Hotineanu V., Hotineanu A., Bortă E., Deatișen A. *Algoritmul de diagnostic în patologia căilor biliare extrahepatice pe fundal de malrotație duodenală asociată cu duodenostază*. Congresul Național de Chirurgie. Eforie Nord, România, 2008. Supliment, Chirurgia (Bucur.), vol.103, p. 210.
- Ferdohleb A., Hotineanu V., Hotineanu A., Cotoneț A., Marga S., Hurmuzache A. *Oportunități de diagnostic și tratament în stricturile benigne ale căilor biliare extrahepatice*. A XXXI-a Reuniune a Chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzeu”. Piatra Neamț, România, 2009. Supliment, Chirurgia (Bucur.), p. 36.

9. Hotineanu V., Hotineanu A., Cazac A., Pipa V., Hurmuzache A., Bortă E. *Devierile pH-ului gastric la pacienții cu malrotație duodenală asociată cu duodenostază*. A XXXI-a Reuniune a chirurgilor din Moldova „Iacomî-Răzeșu”. Piatra Neamț, România, 2009. Supliment, Chirurgia (Bucur.), p. 37.
10. Hotineanu V., Hotineanu A., Hurmuzache A., Bortă E. *Patologia căii biliare extrahepatice pe fundal de MRD asociată cu duodenostază*. Arta Medica. Chișinău, 2010, nr.3(42), p. 40-49.
11. Hotineanu V., Hotineanu A., Bortă E., Cazac A., Ferdohleb A., Pripa V., Hurmuzache A. *Starea morfofuncțională a duodenului și impactul ei în patologia zonei gastroduodenobiliopancreatice*. Arta Medica. Chișinău, 2010, nr. 3(42), p. 69-77.
12. Hurmuzache A., Hotineanu V., Hotineanu A., Bortă E., Cazac A., Ferdohleb A., Bujor S., Pripa V., Balan Iu. *Aspecte de diagnostic al patologiei căii biliare principale pe fundal de malrotație duodenală asociată cu duodenostază*. Anale științifice ale IP USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2011, vol. IV, p. 32-42.
13. Hotineanu V., Bortă E., Hotineanu A., Cazac A., Ferdohleb A., Hurmuzache A., Bujor S. *Devierile pH-ului gastric la pacienții cu malrotație duodenală asociată cu duodenostază*. Congresul Național de Chirurgie. Timișoara, România, 2012. Supliment, Chirurgia (Bucur.), vol.107, p. S 251.
14. Hotineanu V., Hurmuzache A., Hotineanu A., Ferdohleb A., Cazac A., Bortă E., Bujor S. *Tratamentul chirurgical reconstuctiv în refluxul duodenocoledocian la pacienții cu malrotație duodenală asociată cu duodenostază*. Congresul Național de Chirurgie. Timișoara, România, 2012. Supliment, Chirurgia (Bucur.), vol.107, p. S 244.
15. Hurmuzache A. *Duodenostaza și impactul ei asupra căilor biliare extrahepatice*. Revista bibliografică. Anale științifice ale IP USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2012, vol. IV, p. 80-89.
16. Hurmuzache A., Hotineanu V., Hotineanu A., Bortă E., Știrbu V. *Duodenostază - Papilită stenozantă - Litiaza căii biliare principale*. Conferința Națională de Chirurgie. Sinaia, România, 2013. Supliment, Chirurgia (Bucur.), p. S 119.
17. Hurmuzache A. *Asistența chirurgicală a pacienților cu patologia căii biliare principale pe fundalul malrotației duodenale asociată cu duodenostază*. Curierul medical. Chișinău, 2014, nr. 4, Vol. 57, p. 40-44.
18. Горя Д., Хотиняну В., Припа В., Хотиняну А., Дятишен А., Хурмузак А. *Патогенетическая роль мальротации двенадцатиперстной кишки в образовании ее симптоматических язв*. Клінічна Хирургія. Одеса, Україна, 2006, №9, (Додаток), с. 102-103.
19. Хурмузак А. *Особенности диагностики и лечения патологии общего желчного протока на фоне мальротации двенадцатиперстной кишки ассоциирующей с дуоденостазом*. Актуальные вопросы современной хирургии. Сборник научно-практических работ, посвященный 65-летию почетного профессора КРАСГМУ Юрия Семеновича Винника. Красноярск, Россия, 2013, стр. 128-131.