

38. Yi S., Uhm J., *Clinical outcomes of metastatic breast cancer patients with triple-negative phenotype who received platinum-containing chemotherapy*, J. Clin. Oncol. 26: 2008 May 20 suppl.; abstr. 1008.

Summary

The incidence of breast cancer is increasing in the most part of the world and the rate of advanced cases is high. In the management of breast cancer, anthracycline-based chemotherapy regimens remain standard adjuvant or first-line palliative treatment. Patients with metastatic breast cancer (MBC) are frequently exposed to high cumulative doses of anthracyclines and are at risk of resistance and cardiotoxicity. The second line treatment is indefinite and treatment options are limited. Cisplatin or carboplatin are active in patients with metastatic breast cancer, the combination of Cisplatinum could be an effective therapeutic alternative to the resistance after anthracycline-containing regimens.

ASPECTE CLINICE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL AL ULCERULUI GASTRODUODENAL PERFORAT

Elina Șor, doctorandă, cercet. șt. stagiar, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Maladia ulceroasă a stomacului și duodenului actualmente rămâne una dintre cele mai importante probleme în ocrotirea sănătății [1, 2, 3]. Această patologie afectează cel mai des persoanele în vârstă aptă de muncă, ceea ce determină importanța socială a problemei [4].

Marile succese obținute în tratamentul medicamentos modern al maladiei ulceroase necomplicate cu agenți anti-H₂, inhibitori ai pompei de protoni, dubla sau tripla asociere antibiotică (amoxicilină, claritromicină și metronidazol 7 – 10 zile) au determinat în ultimii ani reducerea esențială a numărului intervențiilor chirurgicale planice legate de această afecțiune [5].

Totuși, rata persoanelor afectate de ulcer, care au „șansa” de a fi supuse unei intervenții chirurgicale de urgență datorită complicației perforative, a rămas constantă, de la 5 până la 15% [6].

Perforația este cea mai acută complicație a ulcerului, constituind 1,5% din întregul lot al afecțiunilor chirurgicale acute din abdomen și 10-15% din numărul total al purtătorilor de ulcer. În majoritatea cazurilor, ea apare ca rezultat al progresării procesului inflamator-destructiv acut sau cronic. De regulă, perforația se dezvoltă în urma unei acutizări a bolii ulceroase, manifestând o simptomatologie bine cunoscută.

Însă în 20% [1] sau chiar în 25-30% cazuri [7] ea poate constitui primul semn al bolii. În aceste cazuri perforația apare pe fundal asimptomatic al bolii ulceroase sau tablou clinic șters, mai ales la pacienți de vârstă tânără – până la 50% [8, 9].

Apariția acestor ulcere perforative „mute” este cauzată de modificările neurodistrofice ale peretelui stomacului și duodenului.

Ulcerul duodenal furnizează procentul cel mai mare de perforații, fiind uneori asociat de hemoragie (1-12%, [10]), mai frecvent în “Kissing” ulcere – cel anterior perforază, cel posterior sângerează. Se constată mai ales la bărbați, vârsta predilectă fiind cuprinsă între 30 și 50 de ani, dar complicația nu este excepțională nici la bătrâni și nici la adolescenți.

Datele statisticii. În ultimii ani în Republica Moldova s-a constatat tendința de creștere a morbidității ulcerului gastroduodenal perforat: 20,5 la 100000 locuitori în 2006 față de 23,1 în 2005, 20,4 în 2004 și 18,94 în 2003 [11].

Spitalizarea tardivă (după 24 de ore de la debutul bolii) are în Republica Moldova o frecvență crescută, fără tendință de scădere: 8,5% în 1995; 13,01% în 2000; 14,17% în 2003; 12,87 în 2005; 21,5 în 2006. Cauzele adresării tardive sunt: adresabilitatea scăzută a populației, erorile de diagnostic ale medicilor de familie, serviciului de urgență și ale chirurgilor care asigură asistența chirurgicală de urgență [12].

Mortalitatea în ulcerul gastroduodenal perforat rămâne înaltă și atinge circa 8% [7], în Republica Moldova – 6,73% în 2005 [11].

Material și metode. Studiul se bazează pe analiza a 841 de cazuri clinice ale bolnavilor (dintre care femei 11,2% și bărbați 88,8%) spitalizați în mod urgent în ultimii 6 ani în secțiile de chirurgie a CNPȘDMU din Chișinău cu vârsta de 15 – 88 de ani cu diagnosticul de maladie ulceroasă, complicată cu perforație.

Diagnosticul ulcerului perforat s-a bazat pe datele anamnestice și tabloul clinic caracteristic pentru această patologie.

Examenul preoperator a inclus:

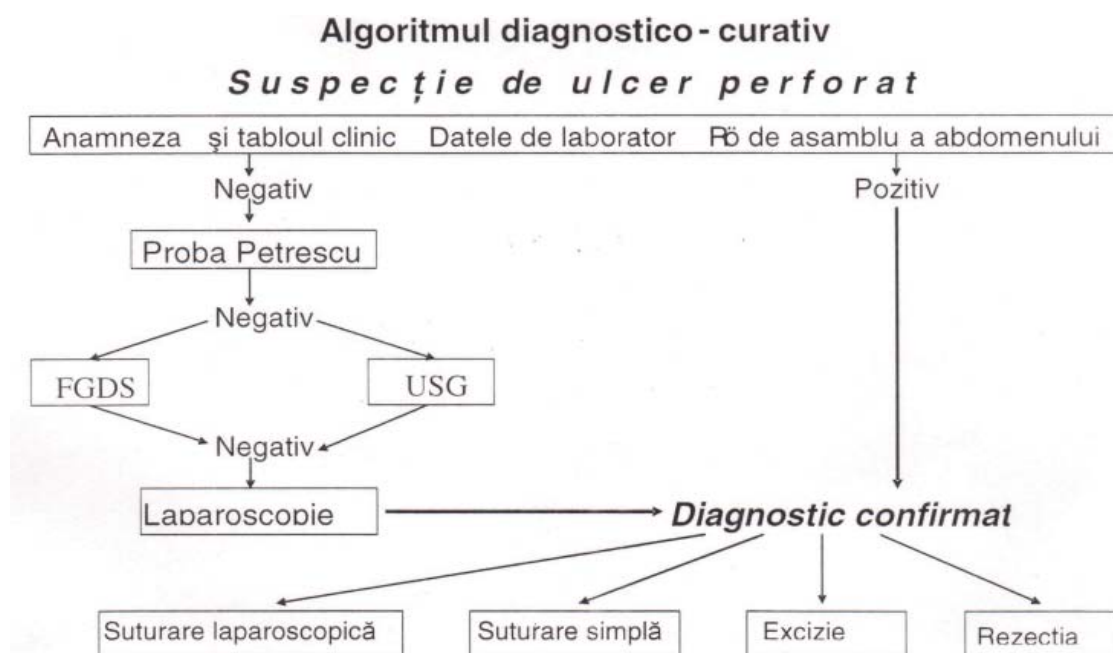
- Analiza sângelui – sângele roșu și leucograma;
- Segmentul urinei;
- Grupa sângelui și Rh-factor;

- Ultrasonografia organelor abdominale pentru excluderea sau confirmarea prezenței lichidului liber în abdomen;
- FEGDS – pentru confirmarea diagnozei de ulcer perforat și aprecierea localizării acestuia, excluderea ulcerului în „oglindă” (Kissing) cu hemoragie a celui de al doilea ulcer, stenozei etc.;
- Examenul radiologic al cavității abdominale de ansamblu – pentru confirmarea pneumoperitoneumului (aer liber sub diafragmă în perforația ulcerului prima dată descrisă de către Levi-Dorn în (1913).

În cazuri dificile pentru diagnostic s-a recurs la laparoscopie diagnostică, în urma căreia s-a depistat locul perforației. Toți pacienții au fost operați în mod urgent. Intervențiile chirurgicale au fost înfăptuite cu ajutorul anesteziei generale.

Profilaxia infecției în perioada intraoperatorie și în cea postoperatorie s-a efectuat prin administrarea antibioticelor. Jugularea durerilor în perioada postoperatorie s-a realizat prin administrarea analgezicelor. De asemenea, au fost indicați agenți anti H2.

Rezultate obținute. S-a elaborat algoritmul diagnosticoterapeutic în baza tabloului clinic caracteristic și criteriilor diagnostice accesibile (fig.1). Au fost determinate indicațiile pentru diferite tipuri de intervenții chirurgicale urgente, inclusiv pentru cele laparoscopice.



Majoritatea pacienților au fost spitalizați în primele 24 de ore. Ponderea persoanelor spitalizate după 24 de ore de la debutul bolii are o tendință crescută: 9,5% în 2003; 3,2% în 2004; 2,2% în 2005; 9,7 în 2006.

În majoritatea cazurilor a fost depistat ulcer perforat duodenal.

Tipurile intervențiilor chirurgicale folosite sunt:

- Suturarea ulcerului (procedeu Miculitz) – 70 (8,3%);
- Excizia ulcerului (procedeu Djud) – 566 (67,3%);
- Rezecție primară – 150 (17,8%);
- Metodele laparoscopice – 55 (6,6%).

Raportul dintre intervenții radicale (vârsta medie a pacienților fiind 43,1 ani) efectuate:

- Bilroth I – 91;
- Bilroth II – 15;
- Antrumrecepții – 44.

Factorii pentru evoluția nefavorabilă a perioadei postoperatorii sunt:

- vârsta înaintată a pacienților;
- prezența peritonitei purulente;
- adresa tardivă a pacienților.

În ultimii ani în unele clinici (inclusiv în clinica noastră) se practică suturarea ulcerului perforat cu sau fără vagotomie pe cale laparoscopică. În clinica noastră au fost efectuate 55 de intervenții în legătură cu boala ulceroasă complicată cu perforație prin metoda laparoscopică – 49 la bărbați și 6 la femei (vârsta pacienților a fost între 15 și 60 ani, media de vârstă fiind de 25,16 ani), dintre care 54 din cauza ulcerului perforat al du-

odenului (localizarea leziunii a fost pe fața anterioară a bulbului duodenal) și 1 caz – din cauza ulcerului acut perforat al stomacului (leziunea localizată în regiunea fundică pe curbura mare).

În 54 de cazuri s-a practicat sutura laparoscopică cu epiploonoplastie cu drenarea cavității peritoneale și 1 caz – cu efectuarea exciziei ulcerului cu piloroplastie și vagotomie trunculară anterioară, drenarea cavității peritoneale.

Discuții. Apariția în ultimul timp a preparatelor antiulceroase contemporane a permis în majoritatea cazurilor de a considera suturarea ulcerului perforat ca intervenție chirurgicală de elecție cu aplicarea ulterioară a tratamentului medicamentos [5]. Primul tratament laparoscopic al unui ulcer perforat a fost efectuat de Mouret în 1990 [13].

În unele cazuri (până la 25%) ale tabloului clinic dubios datele obiective pentru ulcer perforat lipsesc (aer liber sub diafragmă la examenul radiologic al abdomenului, semne indirecte la fibroesofagogastroduodenoscopie, lichid liber la ultrasonografia abdomenului) [14]. În asemenea situații tehnica laparoscopică permite efectuarea diagnosticului și concomitent suturarea ulcerului perforat [15]. Aplicarea acestei metode contribuie la reducerea perioadei preoperatorii și astfel la micșorarea numărului complicațiilor postoperatorii [16].

În baza datelor literaturii s-a constatat că durata medie a suturării laparoscopice constituie 50 - 135 min., așadar, necesitatea administrării analgezicelor în perioada postoperatorie precoce se micșorează, iar timpul mediu de spitalizare este de cel mult 5 - 8 zile [17, 18].

Concluzii

1. Actualmente în tratamentul ulcerului perforat cele mai răspândite operații sunt:
 - Sutura simplă (procedeu Miculitz);
 - Sutura cu aplicarea omentului pe picioruș (procedeu Oppel);
 - Excizia ulcerului cu piloplastie (Djud);
 - Rezecția primară;
 - Sutura laparoscopică – standardul de aur în tratamentul acestei maladii.
2. Datorită abundenței de preparate contemporane antiulceroase în complex cu antibioticele anti H. Pylori, necesitatea vagotomiilor în toate variațiile s-a redus.
3. Sutura laparoscopică permite reducerea perioadei postoperatorii, micșorând numărul de zile-pat și cantitatea de analgezice, restabilirea rapidă a tranzitului intestinal la ziua a 2-a – a 3-a, reluarea la timp a activității profesionale, efectul estetic.

Bibliografie selectivă

1. Кузин М. И., *Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки*, Хирургия, 2001; 1: 27 - 32.
2. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., *Селективная проксимальная ваготомия*, Москва, 2001.
3. Kang J. Y., Elders A., Majeed A., Maxwell J. D., Bardhan K. D., *Recent trends in hospital admissions and mortality rates for peptic ulcer in Scotland 1982-2002*, Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 2006: 24: 65-79.
4. Григорьев П. Я., Яковенко А. В., *Справочное руководство по гастроэнтерологии*, М., 1997, 410 с.
5. Dubois F., *New Surgical strategy for gastroduodenal ulcer: Laparoscopic approach*, World J. Surg., 2000, 14, 3:270-276.
6. Druart M., Van Hee R., Etienne J., Cadière G., Gigot F., Legrand M., Limbosch J., Tugilimana M., Van Vyve E., Vubin E., Yvegrneaux J., *Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcer / a prospective multicenter clinical trial*, Surg. Endosc., 1997, 11:1017-1020.
7. Dusa S., *Chirurgia laparoscopică*, 2001:285-304.
8. Сацукевич В. Н., Сацукевич Д. В., *Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв*, М., Либерея, 1999, 416 с.
9. Шафалинов В.А., *Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у лиц молодого возраста*, Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 2000.
10. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., *Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки*, Киев, 1972-355.
11. Cazacov V., *Evaluarea rezultatelor activității chirurgicale în Republica Moldova*, 2006, Arta medica, 2006, 6:3-8.
12. Maloman E., Ghidirim Gh., Cazacov V., *Patologie chirurgicală abdominală de urgență în Republica Moldova*, Jurnalul de Chirurgie, Iași, 2007, vol. 3, nr. 1:36 - 40.
13. Mouret P., Francois Y., Vignal J., Barth X., Lombard-Platet R., *Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer*, Br. J. Surg., 1990, 77: 1006.
14. Кригер А., Ржебаев К., *Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопическом ушивании перфоративных гастродуоденальных язв*, Эндоскоп. хир., 1999, 3:7-10.
15. Tasseti V., Valvano L., Navez B., Mutter D., Scohy J., Evrand S., Marescaux J., *Perforated peptic ulcer and laparoscopic treatment*, Minerva Chir., 1998, 53, 10:777-780.

16. Гуляев А., Ярцев П., Самсонов В., *Видеолaparоскопическое ушивание перфоративных дуоденальных язв*, Эндоскоп. хир., 2001, 2:16.
17. Lau W., Leung K., Zhu X., Lam Z.H., Chung S.C.S., Li A.C.K., *Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer*, Br. J. Surg., 1995, 82; 6:814-816.
18. Matsuda M., Nishiyama M., Hanai T., Saeki S., Watanabe T., *Laparoscopic omental patch repair for perforated peptic ulcer*, Ann. Surg. 1995, 221:236-240.

Summary

Many questions of treatment tactics for ulcer perforated remain not quite clear. It is necessary to work out an algorithm of diagnostic and surgical treatment depending on severity of somatic status of the patient and life prognosis.

The study is based on the analysis of 841 cases of perforated ulcer (88,8% men and 11,2% women) for the period 2000-2007, hospitalized in the surgical department of the Republic Emergency Hospital, mean age limits 15 – 88 years.

According to the authors data, the minimal invasive methods characterized by less pain syndrome, early activation of patients, reduced number of receipted analgetics, and shorter stay in the hospital.

ICTUSUL CEREBRAL – O PROBLEMĂ STATALĂ

Viorel Maxian, cercet. şt. stagiar, Institutul de Neurologie şi Neurochirurgie

Problema ictusului cerebral are importanță statală. Anual, ictusul cerebral afectează aproximativ 5.6 - 6.6 mln de oameni pe glob, numărul celor decedați de această patologie fiind de circa 4.6 mln.

În anul 1990, rata persoanelor atinse de handicapul cauzat de ictusului cerebral era de 3%, iar în anul 2020 mortalitatea prin ictus cerebral, după datele unor autori, va crește de două ori [29]. Morbiditatea în diferite țări, conform datelor oferite de epidemiologi, variază de la 164 până la 261:100000 populație [4, 7, 2]. În Republica Moldova morbiditatea anuală este de aproximativ 10000 de oameni, în Rusia anual sunt înregistrate peste 400000 de ictusuri [7, 18, 20], în SUA – aproximativ 500000 [7, 27]. În Europa indicele morbidității anuale de ictus cerebral variază între 0.8 și 0.18 la 1000 populație. Cel mai mare indice este în Japonia – 261:100000 populație [12, 18, 27].

Ictusul ocupă locul II printre cauzele mortalității și locul I printre cauzele invalidității primare. În consecință, această afecțiune scade calitatea vieții familiei pacientului, deoarece acesta are necesitate de ajutor permanent din partea rudelor și a celor din jur. În plus, și statul suportă cheltuieli economice majore, deoarece ictusul afectează mai des oamenii apti de muncă.

Volumul pierderilor economice în Moldova nu este cunoscut. În anul 2006 în Republica Moldova rata morbidității prin ictus cerebral a constituit 25.94 de cazuri la 10 000 populație (ischemic – 4.66, hemoragic – 3.39 la 10 000 populație) (tabelul 1):

Tabelul 1

Rata îmbolnăvirii de ictus cerebral în Republica Moldova la 10 000 populație în anii 2004 și 2006

<i>Anul</i>	<i>Total</i>	<i>Ischemic</i>	<i>Hemoragic</i>
2004	22.01	3.89	2.80
2006	25.94	4.66	3.39

Raportul dintre ictusul ischemic și cel hemoragic, după datele unor autori, este de 5:1 [9, 18], în Rusia – 3-4:1, în alte țări – 9-10:1 [23, 29, 30]. În ultimii ani a crescut frecvența ictusului hemoragic, preponderent la persoanele de vârstă medie. Conform datelor lui Arai și coaut., 1997, frecvența ictusului hemoragic anual în medie ajunge la 2.44 la 10 000 populație. În Rusia rata ictusului hemoragic la 10 000 populație este de 3.1 cazuri [22, 25], în lume anual revin 1.1-2.3 cazuri de hemoragie intracerebrală la 10 000 populație.

Numărul total de pacienți înregistrați care au suportat accident vascular cerebral (ischemic și vascular) în Republica Moldova în anul 2006 a constituit 9 303 pacienți. În anul 2006 numărul total de pacienți cu accident vascular cerebral a crescut cu 1369 (ischemic – cu 0.27%, hemoragic – cu 0.33%) în comparație cu anul 2004 (tabelul 2).

Tabelul 2

Numărul total de pacienți din Republica Moldova ce au suportat accident vascular cerebral în anii 2004 și 2006

<i>Anul</i>	<i>Total</i>	<i>Ischemic</i>	<i>Hemoragic</i>
2004	7934	1404 (17.69 %)	1010 (12.73 %)
2006	9303	1671 (17.96 %)	1215 (13.06 %)