

# TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL CHISTULUI HIDATIC HEPATIC. EXPERIENȚA CLINICII CHIRURGIE II SIBIU

A. D. SABĂU<sup>1</sup>, D. BRATU<sup>2</sup>, ANCA DUMITRA<sup>3</sup>, A. POPENȚIU<sup>4</sup>, D. SABĂU<sup>5</sup>

<sup>1,2,3,4,5</sup> Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

**Cuvinte cheie:** chist hidatic hepatic, tratament laparoscopic

**Rezumat:** Chistul hidatic hepatic, afecțiune extrem de gravă și cu repercursiuni sociale și economice semnificative, beneficiază de soluții terapeutice moderne. Tratamentul laparoscopic al chistului hidatic hepatic a necesitat apariția instrumentarului specific, brevetat OSIM, cu ajutorul căruia s-a ajuns la rezultate superioare chirurgiei deschise în tratarea acestei afecțiuni.

**Keywords** hepatic hydatid cyst

**Abstract:** The hepatic hydatid cyst, as an extremely serious disease, with great social and economic expenses, is also treatable by using modern techniques. The laparoscopic treatment is made possible with the use of special patented devices, which led to better results than the classic, open interventions.

## INTRODUCERE

Chistul hidatic hepatic reprezintă în România, o patologie frecventă și cu complicații redutabile, a cărei singură soluție de rezolvare este cea chirurgicală. Datorită vindecărilor lente din chirurgia clasică, pe cale deschisă, laparoscopia și-a făcut din ce în ce mai mult loc și în tratamentul acestei afecțiuni.

## SCOPUL STUDIULUI

Lucrarea de față analizează rezultatele curei chirurgicale a chistului hidatic pe cale laparoscopică, în cazul utilizării Dispozitivului pentru fluidizarea conținutului chistului hidatic (Brevet OSIM nr. 120810/30.04.2008 – Prof. Univ. Dr. Dan Sabău) și a Dispozitivului pentru aspirația chistului hidatic și a chistului de ovar (Brevet OSIM nr. 120809/30.04.2008 – Prof. Univ. Dr. Dan Sabău) comparativ cu rezultatele curei chirurgicale a chistului hidatic hepatic pe cale deschisă.

## MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

S-a analizat o perioadă de 15 ani (1996 - 2010), de-a lungul căreia în Clinica Chirurgie II s-au efectuat un număr de 128 de intervenții chirurgicale pentru chist hidatic, dintre care 36 pe cale laparoscopică (28%) și 92 de cazuri pe cale deschisă (72%). Distribuția pe ani a cazurilor tratate laparoscopic, ne arată o distribuție progresiv crescătoare procentual a cazurilor tratate laparoscopic, cu un maxim de 6 cazuri în anul 2004. De asemenea, se observă că între anii 2004 - 2007 și în anul 2010 numărul cazurilor tratate laparoscopic a depășit numărul cazurilor tratate clasic. În cei cincisprezece ani luați în studiu, primii doi ani sunt anii în care nu s-au efectuat intervenții laparoscopice, ci doar pe cale deschisă. Media anuală a cazurilor tratate laparoscopic începând cu anul 1998, anul în care s-a introdus laparoscopia în tratamentul chistului hidatic hepatic, în Clinica Chirurgie II a Spitalului Clinic Județean de Urgență Sibiu este de 2,769, iar procentual, cazurile tratate laparoscopic reprezintă 32,14%.

Repartiția pe sexe arată o proporție ușor crescută pentru sexul masculin, date diferite de cele din literatura internațională, unde proporțiile sunt inversate sau egale. Această diferență poate apărea și datorită implicării sexului masculin în

activitățile de creștere și îngrijire a animalelor la noi în țară.

Referitor la grupele de vârstă, cel mai bine reprezentate în statistica noastră sunt cele între 51 și 60 de ani și între 21 și 30 de ani, explicabil prin faptul că pacienții între 21 și 30 de ani beneficiază de o mai bună adresabilitate la nivelul serviciilor medicale, în special la nivelul serviciilor de investigație ambulatorii, ceea ce face ca ulterior să ajungă în serviciile chirurgicale. Între 51 și 60 de ani adresabilitatea este superioară datorită vechimii chistelor, acești pacienți fiind purtătorii unor chiste de mulți ani, care oferă o simptomatologie mai bine exprimată, motiv pentru care pacientul necesită investigații și ulterior tratament. Vârstele extreme, sub 18 ani sunt mai frecvent tratate în serviciile de Chirurgie Pediatrică, iar peste 70 de ani în general nu mai prezintă boala care a fost tratată anterior sau contactul cu sursa nu mai există atât de frecvent.

Media de vârstă a pacienților cu această afecțiune, operați și incluși în statistica noastră, a fost de 46,57 ani pentru cazurile la care s-a intervenit clasic și de 39,25 ani la cazurile operate laparoscopic, diferența fiind semnificativă statistic cu un  $p < 0,05$ . Vârsta mai mică a pacienților operați laparoscopic poate fi explicată prin adresabilitatea mai bună a tinerilor pentru laparoscopie, în special în perioada incipientă a acestei modalități de tratament în cazul patologiei studiate (1996 - 2000).

Datele privind mediul din care provin pacienții sunt concordante cu cele din literatura internațională, frecvența pacienților din mediul rural ce suferă de zoonoze, fiind în general mai mare decât a celor din mediul urban, în special datorită contactului mai frecvent și mai îndelungat cu animale afectate, dar și datorită lipsei tratamentului pentru aceste animale. Totuși, tendința este de echilibrare a numărului de pacienți proveniți din cele două medii (urban și rural), probabil datorită scăderii numărului crescătorilor de animale din mediul rural, a creșterii numărului de câini în mediul urban și a creșterii procentuale a populației urbane, fiind de fapt expresia globalizării și a urbanizării.

Topografia chistelor respectă volumul ficatului și vascularizația portală a acestuia, localizarea chistelor fiind

<sup>1</sup>Autor Corespondent: A. Sabău, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Bd. Corneliu Coposu, nr. 2-4, Sibiu, România; e-mail: alx\_sabau@yahoo.com; tel +40-0722282175

Articol intrat în redacție în 28.05.2011 și acceptat spre publicare în 24.10.2011  
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2011; 2(4)87-88

## ASPECTE CLINICE

dependentă direct de cantitatea de sânge care ajunge la nivelul fiecărui lob prin vena portă, sânge prin care sunt transportați embrionii hexacanți, cei care se transformă, la nivelul ficatului în metacestod, în contextul absorbției la nivelul intestinului subțire și jumătății stângi a colonului (teritoriul mezenteric superior) și a fluxului laminar portal.

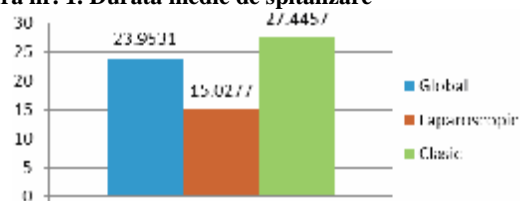
S-a studiat și proporția chistelor hidatice unice și multiple din cadrul lotului studiat, aceasta fiind net favorabilă chistelor unice, cu 109 cazuri (85%), proporție normală având în vedere prezența, la noi în țară a speciei *Echinococcus granulosus*, care foarte rar se prezintă sub forma chistelor multiple, mai ales la adulți.

### REZULTATE

Unul dintre criteriile cele mai reprezentative pentru eficiența, utilitatea și beneficiile aduse de un tip de tratament introdus în practica curentă este cel al numărului mediu al zilelor de spitalizare, acest parametru fiind semnificativ, pentru că toți pacienții s-au externat vindecați chirurgical.

Media globală a zilelor de spitalizare este de 23,95 de zile, rezultată din media zilelor de spitalizare a celor 36 de cazuri operate laparoscopic (15,02 zile) și a celor 92 de cazuri tratate pe cale deschisă (27,44 zile), vindecarea fiind mai rapidă în laparoscopie, datorită agresiunii minime asupra peretelui abdominal. Calculul statistic pentru cele două loturi arată un  $p < 0,05$ , cu un rezultat de 0,0001 ceea ce este considerat înalt semnificativ statistic. De asemenea, pacienții resimt în mod evident dureri mai mici în cazul intervențiilor laparoscopice, eviscerația este inexistentă, sângerările la nivelul plăgilor chirurgicale laparoscopice sunt foarte rare, ca și infecția postoperatorie a plăgii. În cazul lotului studiat nu am avut complicații postoperatorii imediate ale peretelui abdominal.

Figura nr. 1. Durata medie de spitalizare



Graficele de corelație între anul intervenției chirurgicale și numărul zilelor de spitalizare nu prezintă diferențe notabile, fiind și în cazul intervențiilor laparoscopice și al celor clasice aproape constant, rezultatele nefiind influențate de curba de învățare. Coeficienții de corelație sunt, în cazul cazurilor tratate clasic de  $-0,30478$ , iar al cazurilor laparoscopice  $0,22781$ . Ușoara creștere a duratei de spitalizare spre finalul perioadei analizate este mai mult corelată cu creșterea numărului de cazuri complicate abordate laparoscopic.

Durata medie a intervenției chirurgicale este un alt factor luat în considerare în statistica prezentată, aceasta fiind în medie de 1,84 ore pentru cazurile tratate laparoscopic și de 2,3 ore pentru cazurile tratate prin chirurgie deschisă, cu un  $p = 0,0031$ , semnificativ statistic.

Durata intervenției a avut o creștere minimă în cazul lotului la care s-a intervenit pe cale deschisă de-a lungul celor 15 ani studiați, cu un coeficient de corelație  $R = 0,070257874$  și o scădere în cazul lotului la care s-a intervenit pe cale laparoscopică cu un coeficient de corelație  $R = -0,353930$ , ceea ce arată o corelație semnificativă a scăderii duratei cu anul intervenției chirurgicale, cu toate că gravitatea cazurilor abordate laparoscopic a crescut semnificativ.

Dimensiunea chistelor este un alt factor extrem de important în cazul loturilor luate în studiu, aceasta fiind în medie de 7,532 cm, cu 7,8456 cm pentru cazurile operate clasic și cu

6,731 cm pentru cazurile operate laparoscopic, cu un  $p = 0,0537$ , convențional în afara intervalului de semnificație statistică.

Figura nr. 2. Corelația anului intervenției chirurgicale cu numărul zilelor de spitalizare (cazuri operate prin procedee clasice)

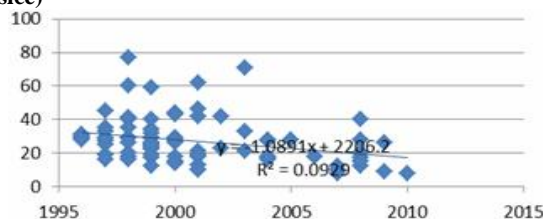
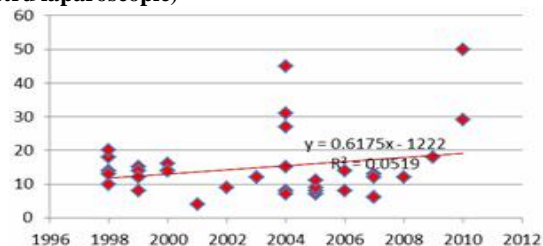


Figura nr. 3. Corelația anului intervenției chirurgicale cu numărul zilelor de spitalizare (cazuri operate prin procedeele noastre laparoscopice)



Corelația între mediul de proveniență al pacientului și numărul zilelor de spitalizare arată, la cazurile tratate clasic, o diferență minimă între pacienții din mediul rural și cei din mediul urban, cu un plus pentru cei din mediul rural, cu un  $p = 0,922$ , semnificația statistică fiind redusă.

Cazurile tratate laparoscopic prezintă o perioadă de spitalizare evident mai îndelungată pentru pacienții din mediul rural, cu un  $p = 0,4827$ , cu o semnificație statistică redusă. Perioada de spitalizare mai lungă a pacienților din mediul rural este corelată și cu dificultatea urmăririi postoperatorii a acestora, astfel fiind necesară o supraveghere mai îndelungată.

### CONCLUZII

Chirurgia chistului hidatic hepatic beneficiază din plin de apariția laparoscopiei și de avantajele oferite de tehnicile laparoscopice, în special în cazul utilizării dispozitivelor brevetate utilizate (Dispozitivul pentru fluidizarea conținutului chistului hidatic (Brevet OSIM nr. 120810/30.04.2008 – Prof. Univ. Dr. Dan Sabău) și a Dispozitivului pentru aspirația chistului hidatic și a chistului de ovar (Brevet OSIM nr. 120809/30.04.2008 – Prof. Univ. Dr. Dan Sabău)), oferind o alternativă benefică atât pentru pacient, cât și din punct de vedere economic.

Notă: Fragmente din acest articol fac parte din teza de doctorat cu titlul „Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic hepatic”, Autor: Sabău Alexandru-Dan, fiind preluate cu acordul scris al autorului.

### BIBLIOGRAFIE

1. Bardac O.D. Clasic și modern în chistul hidatic hepatic. Editura "Mira Design", Sibiu, 2002;
2. Popescu I. Chirurgia ficatului, Editura Universitară „Carol Davila”, 2004. Sabău D. Cap. 13 – Chistul hidatic hepatic, p. 319 – 354;
3. Sabău Dan, Coman Aurel, Bratu Dan, Smarandache Gabriel, Dumitra Anca, Sabău Alexandru Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic hepatic – performanțe și limite. Chirurgia, Vol. 102, Nr. 5, Septembrie-Octombrie, 2007;
4. Sabău D., Draghinescu M., Iugulescu M. Chistul hidatic hepatic în chirurgia miniinvasivă. Chirurgia (Bucur) 92(1): 59-65, 1997.