



PATOLOGIA CHIRURGICALĂ ACUTĂ ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE LĂUZIE

Gheorghe Ghidirim¹, Ala Suman², Corina Șerbatiuc-Condur³, Igor Mișin⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, academician AȘM, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, cercetător științific

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, doctor habilitat în științe medicale, profesor cercetător

Cuvinte-cheie: apendicită acută, coledocolitiază, pancreatită acută, ocluzie intestinală

Introducere

Patologia chirurgicală acută în perioada de gestație reprezintă o provocare atât pentru gravide, cât și pentru echipa multidisciplinară implicată în managementul de diagnostic și de tratament.

Scopul

Determinarea managementului de diagnostic și de tratament al patologiei chirurgicale acute la gravide, prin implementarea metodelor minim invazive și endoscopice.

Materiale și metode

Metodologia constă în analiza retrospectivă a bazei de date privind gravidele cu patologie chirurgicală acută. Cele mai frecvente patologii chirurgicale întâlnite la gravide în perioada 2020-2023 au fost: apendicita acută (AA) (n=30; 52%), coledocolitiază (n=5; 9%), pancreatita acută (PA) de etiologie biliară (n=17; 29%), colecistita acută (n=2; 3%) și ocluziile intestinale (n=4; 7%).

Rezultate

AA este cea mai frecventă urgență chirurgicală non-obstetricală. În managementul diagnosticului, datele de laborator sunt deosebit de valoroase: leucocitele în medie $14.9 \pm 1.5 \times 10^9/L$ (95% CI: 11.73-18.12), nesegmentate (devierea spre stânga) $12.8 \pm 2.1\%$ (95% CI: 8.575-17.11), viteza de sedimentare a hematiilor 22.9 ± 2.2 mm/h (95% CI: 18.24-27.55), proteina C-reactivă – 62.7 ± 7.5 mg/ml (95% CI: 44.33–81.10), procalcitonina – 0.75 ± 0.08 ng/ml (95% CI: 0.5415–0.9585). La evaluarea scorurilor specifice pentru AA: Alvorado, Alvorado modificat, RIPASA, AIRS, KARAMAN, s-a stabilit că cel mai sensibil este scorul RIPASA cu o valoare medie de 8.9 ± 0.4 (de la 6 la 11). Conform curbei ROC, la evaluarea scorului RIPASA prezintă o arie în limitele curbei ROC (AUC)=0.930 (95% CI: 0.872-0.989) ($p < 0,0001$), iar scorul Karaman cu o valoare medie de 9.1 ± 0.5 (de la 6 la 12). La evaluarea datelor curbei ROC, se identifică o valoare de (cut off) < 7.5 , cu o sensibilitate de 97% și cu o specificitate de 85.2%, cu o probabilitate a AA de 6. În cadrul examenului imagistic, la ultrasonografia abdominală, conform acestui studiu, s-a reușit vizualizarea apendixului vermiform la gravide în 37% din cazuri. Tratamentul chirurgical este de urgență, fiind recomandată apendicectomia laparoscopică, cu o durată de spitalizare de două zile.

Colecistita acută calculoasă complicată reprezintă a doua cauză de abdomen acut la gravide, vârstă medie a acestor paciente fiind de 27.5 ± 4.1 ani. Termenul de gestație al pacientelor gravide s-a distribuit astfel: trimestrul II – 62.5% și trimestrul III – 37.5%. Din datele de laborator de rutină, s-a evidențiat un nivel crescut al leucocitelor, în medie constituind $9,9 \pm 0,85$ (95% CI: 8,45-12,15), iar la examenul biochimic al sângelui s-au determinat niveluri crescute ale ASAT în medie de $50,4 \pm 0,32$ (95% CI: 30,47-83,37) U/l, ale ALAT în medie de $43 \pm 0,25$ (95% CI: 30,66-77,62) U/l și ale Proteinei C-reactive 99% ($96 - 214$ ng/ml (1:16)). Severitatea colecistitei acute complicate a fost determinată conform Ghidului de la Tokyo (GT) 2018 și a corespuns gradului II (mediu) în raport de 85,7% și gradului I (ușor) în 14,3% din cazuri. În acest studiu au fost incluse 24 de gravide cu litiază veziculară complicată, dintre care: coledocolitiază (CL) în 5 (21%) cazuri, pancreatite acute de etiologie biliară în 17 (71%) și 2 cazuri de colecistită acută calculoasă, reprezentând 8%. La examenul USG al abdomenului, s-a identificat prezența litiazei biliare, însoțită de dilatarea căilor biliare intra- și extrahepatice, precum și modificări caracteristice PA edematoase. În cazul complicațiilor asociate litiazei biliare, cum ar fi coledocolitiază sau pancreatita acută, se efectuează o intervenție endoscopică transpapilară pentru drenarea căii biliare principale. Colangiopancreatografia endoscopică (CPGRE) este o procedură de primă elecție în gestionarea pacientelor

însărcinate cu semne de compresie și de obstrucție a căilor biliare. Există două opțiuni tehnice pentru realizarea acestei proceduri: radiantă (cu utilizarea radioscopiei) și non-radiantă. Deși nu a fost demonstrată nocivitatea expunerii la iradiere pentru paciente, în prezent se discută despre CPGRE cu utilizarea tehnicilor imagistice non-radiante alternative. În cadrul acestui grup de paciente s-a efectuat sfincterotomia endoscopică (STE), iar într-un caz s-a plasat un stent în căile biliare principale, cu o proteza de plastic – 8.5 french (fr). În două cazuri (33.3%) a fost necesară repetarea procedurii: într-un caz, după naștere, pacienta a fost supusă intervenției chirurgicale deschise cu coledocotomie și coledocolitextrație; a doua pacientă a fost supusă inițial tehnicii non-radiante, care a rezolvat coledocolitiaza endoscopic. Într-un singur caz, pacienta a dezvoltat pancreatită după intervenția transpapilară. Timpul mediu de spitalizare a fost de 5.1 zile.

Colecistectomia laparoscopică este standardul de aur în tratarea litiazei biliare la toți pacienții, inclusiv la paciente în timpul sarcinii și în perioada de lăuzie (n=24). Intervenția chirurgicală este indicată doar în cazuri bine monitorizate și argumentate: persistența sindromului algic, care nu este controlat cu spasmolitice și analgetice. Procedura laparoscopică, și anume amplasarea troacarelor, se decide luând în considerare dimensiunile uterului în timpul sarcinii.

Ocluzia intestinală (OI) la gravide – studiul a implicat patru gravide diagnosticate cu ocluzie intestinală acută. Particularitățile gravidelor cu OI sunt următoarele: dificultăți de diagnostic, adresare tardivă și tablou clinic neclar. Pacientele au beneficiat de tratament complex și individualizat: două gravide au fost supuse intervențiilor chirurgicale de urgență: cezariană cu naștere de copii vii, apoi laparotomie pentru rezolvarea OI, iar alte două au fost tratate în mod conservator. Cauzele OI mecanice la gravide au inclus volvulusul colonului sigmoid și procesul aderențial intraabdominal după intervențiile chirurgicale anterioare.

Concluzii

Patologiile chirurgicale acute la gravide reprezintă o urgență majoră și necesită o abordare multidisciplinară. Tratamentul minim invaziv și endoscopic reprezintă o modalitate sigură și eficientă de rezolvare, cu un prognostic favorabil pentru evoluția sarcinii și nașterea la termen a feților vii.