

CZU: [616.37+616.27+617.534]-006.2-089



## PSEUDOCHESTUL PANCREATIC MEDIASTINAL CU RĂSPÂNDIRE CERVICALĂ – CAZ CLINIC EXTREM DE RAR

*Vladimir Iacob<sup>1</sup>, Serghei Cumpătă<sup>2</sup>, Marian Pîrțu<sup>3</sup>, Mihai Sîrbu<sup>4</sup>,  
Sergiu Moscalciuc<sup>5</sup>, Igor Donțu<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

<sup>2</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, asistent universitar

<sup>3</sup> Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg, șef Secție Chirurgie Aseptică

<sup>4</sup> Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg, șef Secție Chirurgie Septică

<sup>5</sup> Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg

<sup>6</sup> Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic imagist

**Cuvinte-cheie:** pseudochist pancreatic mediastinal, extindere cervicală, drenaj chirurgical

### Introducere

Pseudochistul pancreatic (PsP) este o complicație comună a pancreatitei acute sau cronice. În mod obișnuit, aceste chisturi au o localizare peripancreatică. Cu toate acestea, în cazuri rare, ele se pot extinde în mediastin și, chiar mai rar, pot progresa ulterior în zona cervicală, aceasta situație fiind descrisă în doar câteva rapoarte de caz. Astfel, prezentăm un caz foarte rar de PsP, cu extensie mediastinală și cervicală, tratat cu succes prin abord abdominal și drenaj cervical.

**Scopul** acestei publicații a fost prezentarea cazului rar de pseudochist pancreatic mediastinal cu răspândire cervicală pentru îmbogățirea practicii chirurgicale.

### Caz clinic

Pacientul G., un bărbat în vârstă de 55 de ani, a fost spitalizat de urgență în IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, prezentând dureri violente în abdomen, preponderent în etajul superior, și o mărire a dimensiunilor abdomenului, însoțită de astenie. Din anamneză reiese că în urmă cu o lună a fost operat pentru un PsP erupt în

cavitatea peritoneală, intervenție în cadrul căreia s-a efectuat perichistectomie cu drenare externă. După externare, peste 20 de zile, au reapărut durerile și mărirea dimensiunilor abdomenului.

La examenul obiectiv, în epigastru se palpează o formațiune de 20x10 cm, tensionată și dureroasă. Se stabilește un diagnostic prezumtiv de PsP recidivant supurat (?). Examinarea prin USG și CT abdominală relevă prezența a două formațiuni lichidiene gigante: una în regiunea epigastrică, cu dimensiuni de 11x14.4x19.8 cm, situată între lobul stâng hepatic și curbura mare gastrică, cu o capsulă îngroșată la 6 mm, iar cealaltă localizată în regiunea cozii pancreasului, cu dimensiuni de 7.3x9.3 cm, cu extindere subdiafragmală pe stânga, 5.2x12.2 cm, și cu o comunicare certă între ele.

La a treia zi de spitalizare, cu 4 ore înainte de operația planificată, pacientul prezintă o formațiune elastică în regiunea cervicală parajugular pe stânga, având dimensiuni de 4,0x7,0 cm. La puncția acestei formațiuni, s-a obținut un lichid seros maroniu caracteristic pentru PsP. Analiza aspiratului a relevat un nivel al amilazei de 80368 U/L, confirmând proveniența pancreatică a formațiunii. Examinarea regiunii prin USG a evidențiat un sector hipoecogen (lichidian) cu extindere paraesofagiană (mediastinal). S-a presupus că PsP a erupt în mediastin cu răspândire ulterioară în regiunea cervicală. După o pregătire preoperatorie adecvată, s-au stabilit indicații pentru operație urgentă. Prin abord laparotomic medio-median, s-a efectuat drenarea externă a celor două PsP gigante, cu eliminarea a 1500 ml de lichid seros maroniu, conținând mase necrotice, caracteristice pentru PsP postnecrotic. Au fost plasate câte două tuburi de dren. Postoperator, formațiunea cervicală a început treptat să-și reducă dimensiunile, confirmând astfel ipoteza preoperatorie.

La două săptămâni postoperator, starea pacientului s-a agravat prin apariția febrei de 38.0 °C și a semnelor inflamatorii locale în regiunea cervicolaterală stângă. În mod urgent, prin abord lateral cervical stâng, s-a efectuat deschiderea și drenarea mediastinitei purulente care a erupt cervical parajugular pe stânga, eliminându-se 500 ml de puroi dens. De asemenea, s-a efectuat drenarea mediastinului posterior. Ulterior, starea pacientului a avut o dinamică progresivă pozitivă, pe fundalul unei antibioterapii intravenoase adecvate, a pansărilor zilnice cu antiseptice și a lavajelor. La a 17-a zi postoperator, drenul din mediastin a fost înlăturat. La a 18-a zi, după o perioadă totală de spitalizare de 42 de zile, pacientul a fost externat într-o stare satisfăcătoare, pentru continuarea tratamentului ambulatoriu. Pe o perioadă de urmărire de 3 luni, nu s-au înregistrat recidive ale bolii.

## Rezultate

PsP este o complicație comună a pancreatitei acute și cronice recurente. Termenul „pseudochist” se referă la o colecție delimitată, bine definită, care conține țesut necrotic, sânge vechi și secreții pancreatice. Aceste secreții pot rămâne în interiorul capsulei pancreatice sau, mai frecvent, se localizează în bursa omentală sau se extind de-a lungul retroperitoneului în orice direcție. Răspândirea acestora în mediastin este extrem de rară și poate surveni mai frecvent prin hiatusul esofagian sau aortic.

Manifestările clinice ale PsP sunt determinate de prezența durerilor în regiunile afectate, cu semne clinice de dereglări de funcție ale organelor comprimate. În investigațiile paraclinice (instrumentale), se pot observa formațiuni limitate lichidiene cu origine pancreatică. Perforarea PsP este o complicație acută, cu extravazarea conținutului în spațiile învecinate, de obicei în cavitatea peritoneală liberă, provocând peritonită. Perforarea PsP în mediastin, cu răspândirea conținutului până în regiunea cervicală, se prezintă ca o mediastinită cu flegmon cervical, necesitând o intervenție chirurgicală urgentă. Letalitatea în astfel de cazuri este foarte mare, ajungând până la 90%, și este direct proporțională cu timpul scurs de la debutul simptomelor.

În majoritatea cazurilor, perforarea PsP survine în afara mediului spitalicesc, ceea ce conduce la întârzierea diagnosticului și a operației, și implicit, la rezultate nefavorabile. Perforarea PsP la un pacient deja internat reduce acest interval, corelând corespunzător cu rate mai mari de rezultate pozitive. Diagnosticul stării acestui pacient a fost stabilit prin intermediul CT, USG și aspirării fluidului chistic, urmate de măsurarea nivelurilor de amilază. Această abordare este în concordanță cu alte rapoarte din literatura de specialitate, subliniind importanța analizelor biochimice în diagnosticarea și înțelegerea naturii formațiunilor chistice, în special cele legate de pancreas sau de patologii ale acestuia. Managementul optim al PsP mediastinale este controversat și depinde de localizarea exactă, anatomia ductală, dimensiunea pseudochistului și expertiza disponibilă. Indiferent de locație, PsP sunt tratate inițial în mod conservator. Procedurile chirurgicale descrise pentru PsP sunt variate și ar trebui luate în considerare în cazul pacienților simptomatici sau în prezența complicațiilor asociate, cum ar fi infecția, obstrucția, ruptura sau hemoragia.

## Concluzii

Perforarea PsP cu răspândirea în mediastin și în regiunea cervicală reprezintă o raritate clinică în practica chirurgicală. Tratamentul PsP mediastinale poate fi variat, iar rezultatele sunt influențate de mai mulți factori, cel mai important fiind intervalul de timp scurs de la debutul simptomelor.