

CHIRURGIA FICATULUI ȘI SPLINEI

C52

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CHISTULUI HIDATIC HEPATIC

Bour A., Curlat N., Cazacu L., Scurtu S., Suprovici A., Mihalciuc R.

Republica Moldova Curs Chirurgie Generala Facultatea Stomatologie USMF "N. Testemitanu"

Introducere: Scopul studiului este aprecierea eficacității tratamentului chirurgical și a complicațiilor intra- și postoperatorii ale chistului hidatic hepatic. **Material și metode:** În studiu au fost incluși 46 pacienți diagnosticați cu chist hidatic al ficatului, ce s-au aflat la tratament în secțiile de chirurgie a SCC st. Chișinău și a SCMC în perioada 2009-2011. Din cei 46 de pacienți - la 35 (76,08%) s-a efectuat tratament chirurgical tradițional: •Chistectomia ideală - pentru chisturi mici necomplicate în 12 cazuri; •Perichistectomia parțială cu secționarea membranei perichistice și plombarea cavității restante cu epiploon fără drenare în 6 cazuri; •Perichistectomia parțială cu drenarea cavității restante și a spațiului subdiafragmal și subhepatic în 13 cazuri; •Rezecția atipică a ficatului în 4 cazuri. Ceilalți 11 (23,92%) pacienți au fost supuși tratamentului chirurgical laparoscopic: •Chistectomia ideală celioscopică - 1 caz; •Perichistectomia parțială cu secționarea membranei perichistice și plombarea cavității restante cu epiploon fără drenare - 3 cazuri; •Perichistectomia parțială cu drenarea cavității restante și a spațiului subdiafragmal și subhepatic - 7 cazuri. **Rezultate:** În cadrul studiului în urma tratamentului chirurgical tradițional, complicațiile au avut o pondere de 14,28% (supurarea lojei restante 3 cazuri, biliragie-1 caz, fistula biliară dirijată-1 caz). În urma chistectomiei ideale n-au fost semnalate complicații. După intervențiile chirurgicale laparoscopice complicații au avut loc în 18,18 % cazuri (supurarea lojei restante 1 caz, biliragie-1 caz). **Concluzii:** În cazul localizării chistului hidatic hepatic în S VII-VIII sunt preferabile intervențiile chirurgicale tradiționale, cu sau fără drenarea cavității restante. Localizarea superficială a chistului în S II-III și S V-VI este optimală pentru utilizarea metodei laparoscopice.

THE SURGICAL TREATMENT OF HYDATID LIVER CYST

Introduction: The aim of the study is the evaluation of efficacy of surgical treatment and intra- and postoperative complications of hydatid liver cyst. **Materials and methods:** There have been included 46 patients diagnosed with hydatid liver cyst, who were treated in the surgical departments of SCC st. Chisinau and SCMC during 2009-2011. Out of those 46 patients - in 35 (76,08%) there has been applied traditional surgical treatment: •Ideal cystectomy - for small uncomplicated cysts in 12 cases; •Partial pericystectomy with sectioning of pericystic membrane and narrowing of residual cyst cavity with epiploon without drainage in 6 cases; •Partial pericystectomy with drainage of the residual cavity and of subdiaphragmal and subhepatic spaces in 13 cases; •Atypical liver resection in 4 cases. The other 11 (23,92%) patients underwent laparoscopic surgical treatment: •Ideal celioscopic cystectomy - 1 case; •Partial pericystectomy with sectioning of pericystic membrane and narrowing of residual cyst cavity with epiploon without drainage - 3 cases; •Partial pericystectomy with drainage of the residual cavity and of subdiaphragmal and subhepatic spaces - 7 cases. **Results:** As a consequence of traditional surgical treatment in this study, the complications had a rate of 14,28% (suppuration of remaining cavity 3 cases, bile leakage -1 case, ultrasonically guided biliary fistula - 1 case). There have not been noted complications after ideal cystectomy. After laparoscopic surgery complications appeared in 18,18 % cases (suppuration of remaining cavity 1 case, bile leakage - 1 case). **Conclusions:** In case of liver hydatid cyst location in S VII-VIII traditional surgery is preferred, with or without drainage of the residual cavity. Superficial cyst location in S II-III and S V-VI is optimal for the use of the laparoscopic method.

C53

CONCLUZIILE SOLUȚIONĂRII NONOPERATORII A LEZIUNILOR TRAUMATICE LIENALE ÎNCHISE

Gurghiș R., Rojnovanu Gh., Ghidirim Gh., Plămădeală Svetlana, Gafton V., Clim A., Condrașov A., Cernat M., Guzun S.

USMF "N. Testemitanu", Clinica Chirurgie Nr.1 "N. Anestiadi", Clinica ATI „V.Ghereg”, Chișinău, Republica Moldova

Material și metode: Studiul prospectiv (2008-2011) - 60 traumatizați cu Leziuni Lienale (LL) închise; B:F:2:1, vârstă medie 39,97±20,35ani; RTS=7,66±0,5; ISS=19,06±8,95. S-a efectuat: USG(100%) de primă intenție în diagnosticarea hemoperitoneului, TC(80%), laparoscopia(20,27%). În 21(35%) cazuri LL a fost izolată, în 39(65%) - asociată. **Rezultate:** 13(21,66%) pacienți cu PAs≤80mmHg - 11 politraumatizați cu LL: gr.II(7) și III(5) și fracturi pelviene, 2 pacienți cu LL izolată s-au stabilizat prin repleție volemică fără suport vasotensiv. Trei politraumatizați cu Glasgow ≤12p. și LL gr.II(2), gr.III(1), (în 2 cazuri instabili hemodinamic) au fost soluționați nonoperator. Severitatea LL(AAST): gr.I-9(15%), gr.II-24(40%), gr.III-25(41,67%), gr.IV-2(3,33%), cele severe constituind 45%. Hemoperitoneul în LL gr.III a constituit 581,25±158,88ml (400-1000ml), în gr.II - 67,65±113,11ml (p<0,001). Volumul hemotransfuziei în LL gr.III asociate cu locomotor și/sau torace a fost semnificativ mai mare vs pacienții cu gr.III izolat (648,67±49ml vs 283,33±51ml; p<0,001), iar în gr.II asociat valoarea hemotransfuziei a fost 452,5±379ml în raport cu 0 transfuzii în cele izolate (p<0,05). Eșec s-a înregistrat în 6(10%)

cazuri: în 5(8,3%) din cauza LL cu hemoperitoneu 1400±200ml (gr.III(2) cu ruptură în doi timpi, gr.IV(2) izolată cu hemoragie prelungită, gr.II(1) cu pseudoanevrism lienal) și una(1,66%) din cauza perforației jejunului, splina fiind păstrată. Concluzii: LL de gr.I-III izolate, cât și asociate pot fi rezolvate cu succes, cele de gr.IV necesită o monitorizare complexă riguroasă. Scăderea hematocritului și hemotransfuziile prelungite la politraumatizați nu pot prezice nereușita MNO. Volumul și extinderea hemoperitoneului poate fi un criteriu orientativ de prognostic al eșecului MNO, însă la volume mai mari de 500ml. Lipsa conștiinței nu este un criteriu de evitare a MNO, laparoscopia în aceste condiții ar putea concretiza reușita opțiunii.

CONCLUSIONS OF NONOPERATIVE MANAGEMENT IN BLUNT SPLENIC INJURIES

Material and methods: Prospective study(2008-2011) on 60 patients with blunt Splenic Injuries(SI): M:F/2:1, mean age 39,27±20,35 years, 21(35%)-isolated SI, 39(65%)- associated, RTS=7,66±0,5; ISS=19,06±8,95. Diagnostic tools: USG in 100%, CT in 48(80%), laparoscopy in 16(20,27%); Results: 13(21,66%) patients with SBP≤80mmHg: 11 polytrauma patients-IIInd degree 7, IIIrd dgr.-5 (SI with pelvic trauma), 2 patients with isolated SI, all were stabilized by fluid perfusions, without vasoactive support. 3 polytrauma patients: IIInd dgr.-2, IIIrd dgr.-1, with GCS≤12p. were successfully treated nonoperatively. The severity of SI(AAST) revealed: Ist dgr.-9(15%), IIInd dgr.- 24(40%), IIIrd dgr.-25(41,67%), IVth dgr.-2(3,33%), IIIrd degree prevailed, severe injuries being determined in 45%. Hemoperitoneum volume in IIIrd dgr. SI was 581,25±158,88(400-1000ml), in IIInd dgr.- 67,65±113,11ml (p<0,001). The blood transfusion volume in IIIrd dgr. associated SI with thorax or musculo-skeletal trauma was significantly higher vs isolated SI (648,67±49ml vs 283,33±51ml, p<0,001), while in IIInd dgr. associated SI the average volume of blood transfusion was 452,5±379ml in contrast to 0 transfusions in isolated SI(p<0,05). NOM failure reported in 6(10%) cases: in 5(8,3%) because of SI with hemoperitoneum 1400±200ml (IIIrd dgr. (2)-delayed splenic rupture, IVth dgr.(2)-isolated SI with prolonged bleeding, IIInd dgr.(1)-lienal pseudoaneurism) and 1(1,66%) failure case caused by jejunal rupture, the spleen being preserved. Conclusions: Both isolated and associated Ist-IIIrd dgr. SI can be treated nonoperatively, IVth dgr. SI requiring close and complex monitoring. Reduction of haematocrit and expanded blood transfusions in polytrauma patients could not predict NOM failure. The volume and extent of hemoperitoneum could serve as a failure index of NOM when it exceeds 500ml. Lack of awareness is not a criterion to avoid NOM, laparoscopy reflecting the success of the option.

C54

APORTUL METODELOR INSTRUMENTALE ÎN MANAGEMENTUL NONOPERATOR AL LEZIUNILOR TRAUMATICE LIENALE

Gurghiș R., Rojnovceanu Gh., Plămădeală Svetlana, Ciobanu Natalia,
 Istrati Cornelia, Brânză Maria, Spătaru Vasile, Oprea A., Jilin V.

Clinica Chirurgie N1 „N.Anestiadi”, Clinica ATI „V.Ghereg”, USMF „N. Testemițanu”, Departamentul Imagistică, CNȘPMU, Chișinău

Material și metode: 60 pacienți cu Leziuni Lienale(LL) supuși MNO. USG(FAST) în 100% s-a efectuat ca prim diagnostic al hemoperitoneului, TC-la 48(80%) pentru aprecierea severității LL, în rest LL a fost diagnosticată ecoscopic sau laparoscopic. În 88% s-a efectuat TC cu contrast, inclusiv cu angiografie (20,83%). Tomografic LL s-au gradat după scara Schweizer(I-V) și scorul Resciniti(1-6), iar cazurile cu angiografie-retrospectiv prin sistemul MDTC. Laparoscopia s-a efectuat la 16(26,67%) pentru argumentarea opțiunii în cazurile dubioase. Rezultate: USG-FAST pozitivă-36(60%), negativă-23(38,3%), în 1(1,6%) -neinformativă. Volumul hemoperitoneului ultrasonografic a variat între 100-750ml. Din FAST-negativi în timp s-au pozitivat 8(34,78%), sensibilitatea metodei constituind 81,8%. Sensibilitatea TC în constatarea LL-95,12%. Conform TC(Schweizer) LL s-au repartizat: gr.I-10(20,8%), gr.II-15(31,2%), gr.III-21(43,7%), gr.IV-2(4,2%); cele severe(III-IV)-47,91%. În 6(10%) eșecuri TC(Schweizer) constată LL gr.II(2) și gr.III(3). Scorul TC(Resciniti) s-a calculat în 75%, media în gr.II-2,11±0,78; gr.III-4,35±0,84, iar la eșec-4±1,22. Media scorului(Resciniti) la reușită-2,97±1,75, cu scor 5 în 8(22,2%) cazuri. Conform MDTC, în două eșecuri se constată pseudoanevrism lienal, LL de gr.II și III(Schweizer) devenind grad 4a, iar cazul de succes cu gr.IV(Schweizer) atribuindu-i-se gr.3. Laparoscopia în 2 cazuri constată ascită la politraumatizații cu LL la TC și lichid liber în volum exagerat, iar într-un caz a indus eșecul prin dezvoltarea instabilității la aplicarea pneumoperitoneului. Concluzii: USG-FAST este metoda de rutină, rapidă și sensibilă în evidențierea hemoperitoneului. Scara și scorul TC sunt necesare pentru stabilirea gradului leziunii și hemoperitoneului, însă sunt doar orientative în precizarea necesității operației. Sistemul MDTC pare a fi mai exact în precizarea eșecului. Laparoscopia în cazurile dubioase, dar stabilizate, poate concretiza reușita MNO.

SUPPORT OF DIAGNOSTIC TOOLS IN NONOPERATIVE MANAGEMENT OF SPLENIC INJURIES

Material and methods: 60 patients with Splenic Injuries(SI) treated nonoperatively (NOM) were included. USG-FAST was used in 100% for hemoperitoneum diagnosis. CT was used in 80% (n=48) contrast enhanced CT (88%) and arteriography (20,83%). For SI grading CT Schweizer Scale and Resciniti score (RS) were preferred, MDTC system being used retrospectively in cases with angiography. Laparoscopy in 16(26,67%) appeared as NOM argument in uncertain cases (polytrauma, hemodynamic instability episodes, coma, excessive fluid volume). Results: USG-FAST positive-36(60%), negative-23(38,3%), non-informative-1(1,6%). Hemoperitoneum ranged between 100-750ml. 8(34,78%) FAST-negative became positive, the sensitivity of method being 81,8%. CT(sensitivity 95,12%) revealed: gr.I-10(20,8%), gr.II-15(31,2%), gr.III-21(43,7%), gr.IV-2(4,2%); severe trauma(III-IV)-47,91%. In 6(10%) NOM failures were gr.II and III SI. RS was estimated in 75%, with average in gr.II: 2,11±0,78, gr.III: 4,35±0,84, NOM failure: 4±1,22. The average RS in successful NOM: 2,97±1,75, being 5 in 8(22,2%). MDTC system revealed in two NOM failures lienal pseudoaneurism, SI gr.II,III being changed in gr.4a and the successful gr.IV in gr.3. Laparoscopy noted ascites in 2 patients with SI and excessive fluid volume on CT and in one case produced NOM failure by instability development when applying pneumoperitoneum, without gr.III SI active haemorrhage. Conclusions: USG-FAST is a routine method, rapid and sensitive in revealing hemoperitoneum. CT scale and score are necessary for grading SI and hemoperitoneum, but are only indicative in predicting surgery. RS<2,5p is safe, between 2,5-4,35 needs follow up. MDTC seems to be more accurate in predicting failure. Laparoscopy in uncertain, but stable patients could confirm successful NOM.