

REZULTATELE CLINICE TARDIVE ALE ÎNTRERUPERII MINIMINVAZIVE A VENELOR PERFORANTE LA PACIENȚII CU ULCERE TROFICE VENOASE

GUȚU E, CASIAN D, CULIUC V, SOCHIRCĂ M

Catedra chirurgie generală, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Introducere: O componentă a tratamentului complex al bolnavilor cu ulcere venoase (UV) este corecția refluxului patologic, diagnosticat mai frecvent la nivelul sistemului venos superficial și/sau perforant. Rolul întreruperii venelor perforante, în particular ca gest chirurgical izolat, constituie un subiect controversat al dezbaterilor științifice.

Scopul studiului: Evaluarea rezultatelor clinice la distanță ale întreruperii miniminvasive a venelor perforante la pacienții cu UV de gambă.

Material și metode: Din registrul electronic al bolnavilor cu patologii venoase cronice ale extremităților inferioare, supuși intervențiilor flebologice în cadrul Clinicii noastre pe perioada a patru ani, au fost extrase pentru analiza ulterioară datele referitoare la subiecții cu UV active în perioada preoperatorie. Au fost selectate apoi doar cazurile în care s-a practicat întreruperea perforantelor gambiene incompetente. Per total au fost evaluate 112 cazuri (extremități) la 96 bolnavi, cu vârsta medie de 59,2 ani (18-86); femei – 64,58%. Etiologia primară (boală varicoasă) a insuficienței venoase cronice a fost diagnosticată în 61,6% cazuri, iar cea secundară (posttrombotică) – în 38,39%. Numărul de vene perforante diagnosticate preoperator în timpul duplex scanării a variat de la 1 pînă la 7, iar diametrul acestora – de la 3,5 mm pînă la 8,2 mm. Întreruperea perforantelor s-a efectuat prin: sclerozare percutană ecoghidată cu spumă (15,17%); ablație endovenoză cu laser (10,71%); chirurgie endoscopică subfascială (55,35%); abordare deschisă prin mini-incizie țintită (18,75%).

Rezultate: Întreruperea izolată a perforantelor s-a efectuat în 24,1% cazuri. Numărul mediu de perforante tratate – 2,76 per extremitate. Rata complicațiilor septicke locale precoce – 7,14%. La termenul mediu 7,52 ani post-intervențional rata de vindecare a UV constituie 85,71%.

Concluzii: Indiferent de modalitatea de realizare, întreruperea într-o manieră miniminvasivă a refluxului perforant la un grup bine selectat de pacienți cu UV se asociază cu o rată înaltă de vindecare durabilă.

LATE CLINICAL RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE INTERRUPTION OF PERFORATING VEINS IN PATIENTS WITH VENOUS LEG ULCER

Introduction: One component of complex treatment of patients with venous leg ulcers (VLU) is correction of pathological venous reflux, more often in superficial and/or perforating veins. The role of perforating vein interruption, particularly as a sole surgical procedure, is a controversial topic of scientific discussion.

The aim of the study: To assess late clinical outcomes of minimally invasive interruption of perforating veins in patients with VLU.

Material and methods: From electronic registry of patients with chronic venous diseases of the lower extremities, underwent surgical interventions in our Clinic over a period of four years, were extracted for further analysis data of subjects with active VLU. Then, we select only cases when minimally invasive interruption of perforating vein was performed. Overall, 112 cases (legs) were evaluated in 96 patients with a mean age of 59.2 years (18-86); female – 64.58%. Primary etiology (varicose veins disease) of chronic venous insufficiency was diagnosed in 61.6% of cases, and the secondary (post-thrombotic) – in 38.39%. The number of perforating veins identified during the preoperative duplex scanning ranged from 1 to 7, while diameter – from 3.5 mm to 8.2 mm. Perforating veins interruption was carried out by: percutaneous ultrasound-guided foam sclerotherapy (15.17%); endovenous laser ablation (10.71%); subfascial endoscopic surgery (55.35%) or open approach through targeted incision (18.75%).

Results: Isolated perforating vein interruption was performed in 24.1% of cases. The average number of perforating veins treated per leg – 2.76. Rate of post-procedural wound complications – 7.14%. At the average follow-up term of 7.52 years healing rate of VLU was 85.71%.

Conclusions: Regardless of methods itself, interruption in a minimally invasive manner of perforator reflux in selected group of patients with VLU is associated with a high rate of sustainable healing.

LEZIUNILE CĂILOR BILIARE ÎN TIMPUL COLECISTECTOMIEI

GUȚU E¹, IACUB V¹, GUZUN V², POPA V¹, PÎRȚU M²

¹Catedra chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, ²Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Majoritatea leziunilor căilor biliare (LCB) sunt produse în timpul colecistectomiei. Incidența raportată a LCB în colecistectomia laparoscopică (CEL) este dublă comparativ cu colecistectomia deschisă (CED) – 0,6% vs 0,3%.

Scopul studiului: Determinarea incidenței și severității LCB, analiza eficacității diagnosticului și a tratamentului.

Material și metode: În perioada anilor 2005-2012 au fost tratați 13 pacienți cu LCB confirmate (femei – 10, bărbați – 3, vârsta medie – 56,9 ani). Pacienții au fost operați pentru litiază veziculară simptomatică (5) sau colecistită acută (8). Leziunile au fost clasificate conform Strasberg: tip C (1 pacient), tip D (3) și tip E (9).

Rezultate: În cadrul CEL raportul între traumatismul biliar major și cel minor a fost 4:4 cazuri, iar în CED – 3:2. Doar 5 (38,5%) dintre LCB au fost depistate în timpul procedurii chirurgicale primare. Majoritatea LCB majore au fost diagnosticate intraoperator – 5 (71,4%) cazuri. Încă în 2 observații LCB majore au fost depistate foarte tardiv (la a 12-a și a 15-a zi postoperator). Totodată, intraoperator au fost depistate toate 4 LCB majore produse în timpul CEL, și numai una dintre cele 3 leziuni – în CED. Viceversa, nici o leziune minoră nu a fost stabilită intraoperator ($p < 0,01$ cu LCB majore), fiind diagnosticate tipic la 1-3 zile postoperator. Tratamentul chirurgical al LCB minore a inclus operații de restabilire, pe când al celor majore – procedee reconstructive. Decesul a survenit la 2 (15,4%) pacienți, ambii cu LCB majore.

Concluzii: LCB reprezintă o complicație severă a colecistectomiei, asociată cu o morbiditate și mortalitate înaltă, precum și durată crescută a spitalizării bolnavilor. Pentru corecție reușită a LCB și prevenirea complicațiilor este importantă diagnosticarea precoce intraoperatorie a leziunii.

BILE DUCTS INJURIES DURING CHOLECYSTECTOMY

Introduction: Most biliary injuries (BI) are produced within cholecystectomy. The reported incidence of BI in laparoscopic cholecystectomy (LC) is double compared to open cholecystectomy (OC) – 0.6% vs 0.3%.

The aim: To determine the incidence and severity of BI, to analyze the efficacy of diagnosis and management.

Material and methods: In the period 2005-2012 were treated 13 patients with confirmed BI (women – 10, men – 3, average age – 56.9 years). Patients underwent surgery for symptomatic gallstones (5) or acute cholecystitis (8). Lesions were classified according Strasberg: type C (1 patient), type D (3) and type E (9).

Results: The ratio between major and minor lesions in LC was 4:4 cases, and in OC – 3:2. Only 5 (38.5%) of the BI were detected during the primary surgical procedure. Most major BI were diagnosed intraoperatively – 5 (71.4%) cases. Another two major BI were detected very late (on 12 and 15 postoperative days). However, all four major BI were detected intraoperatively in LC, and only 1 from 3 injuries – in OC. Conversely, no one minor injury was established intraoperatively ($p < 0.01$ with major BI), being typically diagnosed on the 1-3 postoperative days. Surgical treatment of the minor BI included restorative operations, while of the major – reconstructive procedures. Death occurred in 2 (15.4%) patients, both with major BI.

Conclusions: BI is a severe complication of cholecystectomy, associated with a high morbidity and mortality and prolonged hospital stay. For successful correction of BI and prevention of complications is necessary early intraoperative diagnosis of injury

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL MEȘELOR CHIRURGICALE TEXTILE REȚINUTE ÎN ABDOMEN

GUTU S², ROJNOVEANU G¹

¹Catedra chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”, ²Catedra chirurgie generală, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Meșele textile chirurgicale (MTC) reținute neintenționat în cavitatea abdominală rămâne o problemă în pofida măsurilor de precauție. Fiind calificate ca eroare medicală majoră, acestea sunt raportate rareori. Evoluția naturală a patologiei rămâne neclară, iar diagnosticul și tratamentul este complicat și nu e standardizat.

Scopul studiului constă în analiza caracteristicilor anamnestic, clinice, evolutive și imagistice ale MTC abdominale reținute, precum și a modalităților și rezultatelor tratamentului.

Material și metode: Pe parcursul a 12 ani în două Clinici chirurgicale au fost internați 12 pacienți cu MTC reținute. Bărbați – 4, femei – 8, cu vârsta medie de 32 ani. Perioada de la prima intervenție chirurgicală până la reinternare a variat de la 5 zile până la 13 ani. Examinarea imagistică a inclus radiografia abdominală, scanarea ultrasonografică și tomografia computerizată.

Rezultate: Manifestările clinice ale MTC au fost nespecifice și variabile. Ultrasonografia transabdominală a demonstrat o formațiune bine delimitată cu o umbră posterioară intensă. Tomografia computerizată a relevat o masă “spongioasă” bine conturată cu bule de aer în interior. Într-un caz diagnosticul a fost stabilit în timpul gastroscopiei. Unsprezece pacienți au necesitat operație repetată cu înlăturarea MTC și drenarea colecției abdominale contaminate.

Concluzii: MTC reținută trebuie considerată ca diagnostic posibil la orice pacient postoperator, ce prezintă semne de infecție peritoneală sau formațiune abdominală. De obicei, pentru înlăturarea MTC din cavitatea abdominală este necesară intervenția chirurgicală repetată, aceasta fiind deseori asociată cu o morbiditate înaltă.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RETAINED ABDOMINAL TEXTILE SURGICAL MESHES

Introduction: Retained textile surgical meshes (TSM) which are left in abdominal cavity are a problem despite precautions measures. Being qualified as major medical error, they are rarely reported. The natural evolution of condition is indistinct, whereas diagnosis and treatment are difficult and not standardized.

Aim of study is to analyze historical, clinical and imaging characteristics of retained abdominal TSM, as well as modalities of treatment and their results.

Material and methods: During 12-years period twelve patients with retained TSM were admitted in two Departments of Surgery. Males – 4, females – 8, with median age 32 years. Time to readmission after first surgery ranged from 5 days to 13 years. Imaging studies included abdominal radiography, ultrasound scan, and computed tomography.

Results: The clinical manifestations of TSM were nonspecific and variable. Transabdominal ultrasound had shown a well-defined mass with a strong posterior shadow. Computed tomography revealed a well-defined “spongiform” mass with gas bubbles inside. In one case the diagnosis was made by upper gastrointestinal endoscopy. Eleven patients required repeated surgery with removing of TSM and drainage of contaminated intra-abdominal collection.

Conclusions: Retained TSM should be considered as a possible diagnosis in any postoperative patient, who presents signs of peritoneal infection or with abdominal mass. Repeated surgery is usually required for removing TSM from abdominal cavity, and often is associated with high morbidity.

REZULTATELE OBSTETRICALE ALE APENDICECTOMIEI ÎN TIMPUL SARCINII

GUZUN V², CERNEȚCHII O¹, GUȚU E¹

¹Catedra chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, ²Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova