

Material and methods: In 151 cases of biliary pancreatitis (edematous – 97, destructive – 54) cholangiopancreatography was performed, followed by EPST using three methods: 1) the method by cannulation (typical), 2) atypical sphincterotomy with sphincterotomy type needle, 3) combined. According to the nature of pathology, the presence of complications, sequence of traditional and laparoscopic operations, the patients were divided in 4 subgroups: I – EPST served as a preliminary and definitive endoscopic treatment (93 patients), II – EPST was followed by traditional and endoscopic operations at gallbladder and CBD (17 patients), III – in early stage of pancreatitis after EPST endoscopic colecistectomy was performed (29 patients), IV – old and senior patients, laparoscopic colecistolitostomy was carried in the second stage or eco-guided decompression of gallbladder (12 patients).

Results: The treatment was effective in 149 (98.7%) cases. Two patients died due to complications (1.3%), spectacular criterion for severe seriously ill people.

Conclusions: Endoscopic papilosfincterotomy is the best method in acute biliary pancreatitis treatment.

MORTALITATEA POSTOPERATORIE ÎN TRAUMA DUODENULUI

GHIDIRIM G¹, BEURAN M², ROJNOVEANU G¹, LESCOV V¹, BERLIBA S¹, PALADII I¹, ȘOR E¹

¹Clinica Chirurgie nr.1 “N.Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova; ²Clinica Chirurgie Generală, UMF “Carol Davila”, București, România

Introducere: Trauma duodenului este o problemă socială și medicală, dificilă în chirurgia de urgență. Letalitatea în traumatismul duodenal constituie 52-80%.

Scopul: Studiarea letalității în traumatismul duodenal închis și deschis.

Material și metode: Este prezentat un studiu retrospectiv și prospectiv pe 108 pacienți cu trauma duodenului, tratați pe parcursul a 26 ani în Spitalul Clinic de Urgență (Chișinău) și Spitalul Clinic de Urgență (București). B:F – 11:1; vârsta variind între 18 și 81 ani. Bolnavi cu traumatism duodenal închis au fost 67 (62,03%), deschis – 41 (37,96%). Bolnavi cu traumatism duodenal izolat – 36 (33,33%), cu politraumatism – 72 (66,66%). Mecanismul traumei: accident rutier – 31 (28,7%), agresiune fizică – 22 (20,37%), catatraume – 12 (11,11%), strivire – 2 (1,85%), armă albă – 31 (28,7%), armă de foc – 10 (28,79%). Toți pacienții au fost supuși intervenției chirurgicale după indicații vitale.

Rezultate: Letalitatea generală a constituit – 47,22%, cu traumatism închis – 52,23%, cu traumatism deschis – 39,02% (t=0,87; p>0,05), în traumatismul izolat – 27,77%, iar în politraumatisme – 37,96% (t=1,91, p>0,05).

Concluzii: Letalitatea postoperatorie în politraumatisme la bolnavii cu traumatism duodenal este mai mare decât în trauma izolată, rata mai mare fiind asociată cu caracterul închis al traumatismului și este determinată de severitatea leziunilor asociate a organelor de importanță vitală.

POSTOPERATIVE MORTALITY IN DUODENAL TRAUMA

Introduction: Duodenal trauma is a social and medical issue, difficult in emergency surgery. Mortality rate in duodenal trauma reaches 52-80%.

The aim: To study mortality in blunt and penetrating duodenal trauma.

Material and methods: A retrospective and prospective study was performed including 108 patients with duodenal trauma, treated during 26 years within the Emergency Hospitals from Chisinau and Bucharest. M:F ratio – 11:1; age – between 18 and 81 years. Blunt duodenal trauma – 67 (62.03%) cases, penetrating – 41 (37.96%). Isolated duodenal trauma – 36 (33.33%), with polytrauma – 72 (66.66%). Trauma mechanism: vehicle accidents – 31 (28.7%), violence attack – 22 (20.37%), falls from heights – 12 (11.11%), crushing – 2 (1.85%), stabbed – 31 (28.7%), gunshot – 10 (28.79%). All patients underwent surgery for vital indications.

Results: General mortality rate was – 47.22%, in blunt trauma – 52.23%, in penetrating trauma – 39.02% (t=0.87, p>0.05); in isolated trauma – 27.77%, and in polytrauma – 37.96% (t=1.91; p>0.05).

Conclusions: Postoperative mortality in polytrauma patients with duodenal injuries is higher compared to isolated injuries; higher rate being associated with blunt trauma and is determined by the severity of the associated injuries of vital organs.

POLIPECTOMIA ENDOSCOPICĂ INCOMPLETĂ

GHIDIRIM G¹, MIȘIN I¹, ISTRATE V², BODRUG N³

¹Catedra Chirurgie nr.1 ”N.Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, ²Centrul medical ”Excellence”, ³Catedra Boli interne nr.6, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Polipectomia endoscopică (PE) previne cancerul digestiv, însă rezecția poate fi incompletă.

Scopul: Determinarea ratei rezecției incomplete (RRI) și factorilor de risc.

Material și metode: Studiul este prospectiv, pe 417 de pacienți după PE. PE s-a considerat incompletă în condiții posthistologice R1 și Rx a specimenului postoperator și la prezența țesutului neoplazic la marginea plăgii. Rezultatul principal a fost procentul de polipi incomplet rezecați – RRI. Corelația dintre RRI și dimensiunile polipului, morfologie, histologie, tehnica PE și experiența endoscopistului s-au analizat statistic.

Rezultate: S-au rezecat 548 leziuni neoplazice ale mucoasei digestive. Morfologic: 239 leziuni 0-Ip, 169 (0-Is), 138 (0-IIa,b,c) și 2 (0-III). Leziuni diminutive (≤5 mm) – 86 (15,69%), mari (≥20 mm) – 58 (10,58%). Histologic: polipi hiperplastici – 22 (3,79%), adenoame (Ad) – 443 (80,84%), adenocarcinoame – 24 (4,37%). RRI=8,76%: R1 = 34 (6,2%) (R1m=29; R1p=5), Rx=14 (2,55%) (Rxm=12; Rxp=2). RRI a fost 17,3% și 6,8% pentru neoplaziile >15mm și 5-15mm; 27,0% și 5,2% pentru Ad festonate

și Ad convenționale. Experiența endoscopistului: RRI=24,6% în primele 30 PE și 9,2% după 110 PE. RRI=34,2% în PE cu forcepsul. Rezecția “en bloc” a avut o RRI de 2,1% comparativ cu rezecția pe fragmente (22,6%). Au influențat RRI: dimensiunile leziunii, tehnica de rezecție, experiența endoscopistului. Localizarea, morfologia, histologia nu influențează RRI. **Concluzii:** PE cu forcepsul este inadecvată. PE cu ansa este eficientă în leziunile pediculate. În leziunile sesile și plane este indicată mucosectomia, tehnicile “en bloc”. Selectarea tehnicii PE se face corespunzător dimensiunilor, localizării, morfologiei neoplaziei. Rezecția leziunilor mari, localizate în flexurile și orificiile TGI, cu morfologie dificilă, TEL, va fi considerată dificilă și se va efectua în centre specializate.

INCOMPLETE ENDOSCOPIC POLYPECTOMY

Introduction: Endoscopic polypectomy (PE) prevents digestive cancer, although resection can be incomplete.

The aim: Determine the rate of incomplete resections (RIR) and risk factors.

Methods and materials: This is a prospective study on 417 patients after PE. PE was considered incomplete in R1 and Rx post-histologic conditions of post-surgery specimen and if neoplastic tissue was present in wound's margins. The main result was the percentage of incomplete resected polyps – RIR. The correlation between RIR and the polyp's dimensions, morphology, histology, PE technique, and endoscopist's experience was statistically analyzed.

Results: 548 neoplastic lesions of the digestive mucosa were resected – morphology: 239 (0-Ip), 169 (0-Is), 138 (0-IIa,b,c), and 2 (0-III), 86 (15.69%) diminutive lesions (≤ 5 mm) and 58 (10.58%) large (≥ 20 mm); histology: 22 (3.79%) hyperplastic polyps, 443 (80.84%) adenomas (Ad), 24 (4.37%) adenocarcinomas. RIR=8.76%: R1=34 (6.2%) (R1m=29; R1p=5), Rx=14 (2.55%) (Rxm=12; Rxp=2), RIR=17.3% and 6.8% for >15 mm and 5-15 mm neoplasia; RIR=17.3% and 5.2% for serrated and conventional Ad's; Endoscopist's experience: RIR=24.6% in the first 30 EP and RIR=9.2% after 110 PE. RIR=34.2% in forceps PE. RIR=2.1% for en bloc and RIR=22.6% for piecemeal resections. RIR were influenced by lesion's dimension, resection technique, and endoscopist's experience. The location, morphology, and histology don't affect RIR.

Conclusion: Forceps PE is inadequate. PE with loop is efficient for pediculate lesions. Mucosectomy, en bloc technique, is indicated for sessile and flat neoplasia. Selecting the PE technique must depend on dimensions, location, and morphology of neoplasia. Resection of large lesions, located in flexures and orifices of GIT, with difficult morphology, LST, is considered difficult and must be performed in specialized centers.

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL AL ENDOMETRIOZEI CICATRICEI POSTOPERATORII

GHIDIRIM G¹, MIȘIN I², MIȘINA A⁴, ZAHARIA S³

¹Catedra Chirurgie nr.1 „N.Anestiadi”, ²Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”, ³Institutul Medicină Urgentă, ⁴Secția Ginecologie Chirurgicală, Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Endometrioza cicatricei postoperatorii (ECP) reprezintă o patologie rară, dificilă în diagnostic. Cel mai frecvent ECP este condiționată de chirurgia obstetricală și actualmente se observă tendința creșterii incidenței ECP, asociată de sporirea numărului operațiilor cezariene.

Material și metode: Studiul constă în analiza a 30 cazuri de ECP tratate chirurgical la baza a două Clinici pe parcursul anilor 1991-2014.

Rezultate: Vârsta medie a pacientelor cu ECP a constituit $30,4 \pm 1,1$ ani. A predominat ECP a peretelui abdominal anterior 80% (24/30). La stabilirea diagnosticului au fost utilizate metode imagistice: ultrasonografie, USG cu doplerografie, TC și RMN. Au fost constatate particularitățile caracteristice pentru ECP: prevalența în unghiul stâng al cicatricei postoperatorii după incizia Pfannenstiel (78,3%, $p < 0,0001$), ECP monofocal (90%, $p < 0,0001$), localizare în fascie și mușchi (62,5%, $p < 0,0001$). Toate pacientele au suportat intervenție chirurgicală cu excizia ECP “en bloc” depășind 5-10 mm în limitele țesuturilor sănătoase. Lichidarea defectului abdominal cu suturarea aponevrozei “tension free” ($n=15$), plastia peretelui abdominal cu material sintetic ($n=3$). În 4 cazuri au fost efectuate intervenții simultane. Examenul histopatologic al macropreparatelor înlăturate confirmă diagnosticul de ECP și precizează că intervenția chirurgicală a fost radicală (R0). Perioada medie de supraveghere a constituit $8,8 \pm 1,3$ ani, recidive nu au fost.

Concluzii: Un avantaj al tomografiei computerizate și rezonanței magnetico-nucleare este sensibilitatea majoră în depistarea formațiunilor de dimensiuni mici, leziunilor hemoragice și determinarea gradului de extindere a procesului în țesuturile adiacente. Tratamentul chirurgical prin excizia “en bloc” cu 5-10 mm în limitele țesutului sănătos (rezecția R0) cu păstrarea integrității formațiunii, se consideră metoda de bază în tratamentul ECP și prevenirea recidivei.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT FEATURES OF THE POSTOPERATIVE SCAR ENDOMETRIOSIS

Introduction: Postoperative scar endometriosis (PSE) is a rare pathology, difficult to diagnose. Most commonly PSE is a result of obstetric surgery with an ascending incidence tendency due to the increasing number of caesarian sections.

Material and methods: The research included 30 cases of PSE treated surgically within two clinical facilities during 1994-2014.

Results: The mean age of the patients with PSE was 30.4 ± 1.1 years. Anterior abdominal wall PSE accounted for 80% (24/30). The diagnostic workout included: ultrasonography, Doppler USG, CT and MRI. Characteristic features for PSE were found: prevalence in the left corner of the postoperative scar after Pfannenstiel incision (78.3%; $p < 0.0001$), monofocal PSE (90%; $p < 0.0001$), localization within the fascia and muscles (62.5%; $p < 0.0001$). All the patients underwent en bloc surgical excision of the PSE with a 5-10 mm margin of the unaffected surrounding tissues. The abdominal defect was closed by tension free aponeurosis suture ($n=15$), abdominal alloplasty with synthetic meshes ($n=3$). In 4 cases simultaneous interventions were