

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

performed. Histopathology studies of the resected specimens proved PSE and confirmed R0 resection. The median follow up was 8.8 ± 1.3 years, no recurrences were registered.

Conclusions: The advantage of computed tomography and magnetic resonance imaging is the high sensitivity for small lesions, hemorrhagic lesions and assessment of PSE extension to the surrounding tissues. En bloc surgical resection with a 5-10 mm margin of the unaffected surrounding tissues (R0 resection) with maintaining the integrity of the lesion is considered the main treatment and recurrence prevention method of the PSE.

EVOLUȚIA ȘI TRATAMENTUL NEOPLASMELOR MUCINOASE ALE APENDICELUI ȘI PSEUDOMIXOMULUI PERITONEAL

GHIDIRIM G¹, ROJNOVEANU G¹, MIȘIN I¹, MIȘINA A², GUȚU E³, VOZIAN M¹

¹Catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi” și Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, ²Secția de Ginecologie Chirurgicală, ³Catedra de chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Obiectivul lucrării a constat în descrierea cazurilor de neoplasme mucinoase ale apendicelui (NMA) și complicațiile acestora tratate în Clinică.

Material și metode: Analiza a 22 de cazuri (14F/8B; vârsta medie $55,05 \pm 3,39$ ani) cu NMA și complicațiile acestora. Pacienții au fost repartizați în 2 loturi: NMA cu potențial malign redus (n=12) și sporit (n=10). Intervențiile efectuate în primul lot: apendicectomie (n=9), combinată cu histerectomie subtotală + anexectomie bilaterală (n=2) și rezecție de intestin subțire (n=1). Al doilea lot a inclus pacienții la care s-a dezvoltat pseudomixom peritoneal/extraperitoneal (PMP). Intervențiile primare în acest grup: apendicectomie (n=5), deschiderea „abcesului periapendicular” (n=1), histerectomie subtotală + anexectomie bilaterală (n=1), herniotomie inghinală (n=1). Durata medie până la dezvoltarea PMP a constituit $43,55 \pm 16,92$ luni. Intervențiile efectuate pentru PMP: intervenție citoreductivă cu chimioterapie intraperitoneală intra- și postoperatorie hipertermică (HIPEC+EPIC) (n=6), hemicolectomie dreapta cu excizia metastazei/fistulei cicatrice postoperatorii + HIPEC+EPIC (n=2), hemicolectomie dreapta + HIPEC + EPIC (n=1), laparocenteză + EPIC (n=1). HIPEC și EPIC (5ZPO) a fost efectuată cu 5FU-750mg/m², 42-43°C, expoziție 60-90 min.

Rezultate: Supraviețuirea pacienților din lotul total a fost în medie $42,68 \pm 8,05$ luni. În 10 cazuri din grupul malign și într-un caz benign s-a dezvoltat pseudomixomul peritoneal/extraperitoneal ($p < 0,0001$), în medie peste $43,55 \pm 16,92$ luni. În al doilea lot 4 pacienți au decedat după $13,0 \pm 5,6$ luni postoperator – progresarea PMP și ocluzie intestinală (n=2); extinderea pleurală a PMP (n=1) și episod coronarian acut (n=1). La 4 pacienți pseudomixomul peritoneal a recidivat în medie la $29,2 \pm 7,9$ luni postoperator.

Concluzii: NMA sunt rare și tipul histologic este un factor important de prognozare a dezvoltării PMP și a supraviețuirii. Monitorizarea de durată este obligatorie, deoarece chiar și neoplasmele cu potențial malign redus pot duce la PMP.

APPENDICEAL MUCINOUS NEOPLASMS AND PSEUDOMYXOMA PERITONEI EVOLUTION AND TREATMENT

The aim of the study was to describe the cases of appendiceal mucinous neoplasm (AMN) and its complications treated in our unit.

Materials and methods: Retrospective review of 22 patients (14F / 8M; mean age 55.05 ± 3.39 years) with AMN and its complications. The patients were divided into two groups: low grade AMN (n=12) and high grade (n=10). Surgical procedures performed for the first group included: appendectomy (n=9), combined with subtotal hysterectomy + bilateral adnexectomy (n=2) and resection of small bowel (n=1). Second group included patients who developed pseudomyxoma peritonei/extraperitonei (PMP). Primary surgical interventions in this group: appendectomy (n=5), „periappendiceal abscess” drainage (n=1), subtotal hysterectomy+ bilateral adnexectomy (n=1), inguinal hernia repair (n=1). The mean time till PMP development was 43.55 ± 16.92 months. Surgical procedures performed for PMP: cytoreductive surgery with intra- and early postoperative hipertermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC and EPIC) (n=6), right hemicolectomy with postoperative scar implant/fistula excision + HIPEC and EPIC (n=2), right hemicolectomy (n=2), paracentesis + EPIC (n=1). The HIPEC and EPIC (5POD) was performed with 5FU-750 mg/m², 42-43°C, for 60-90 min.

Results: Median survival of the total group was months. In 10 cases of the malignant and one case from benign group ($p < 0,0001$) pseudomyxoma peritonei/extraperitonei developed after 43.55 ± 16.92 months. In the second group four patients died after a median of 13.0 ± 5.6 months postoperatively (PMP progression and intestinal obstruction (n=2); pleural extension of PMP (n=1) and acute cardiac event (n=1). In 4 patients pseudomyxoma peritonei relapsed 29.2 ± 7.9 months postoperatively.

Conclusion. AMN are rare and the histological type is an important predictor of PMP development and survival. Prolonged follow-up is mandatory, since even low grade neoplasms may lead to PMP.

PLASTIA ESOFAGULUI CU STOMAC

GLADUN N

Catedra chirurgie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Substituția esofagului cu stomac devine o metodă de elecție în tratarea proceselor maligne după esofagectomie subtotală sau totală. Această variantă de substituție captivează prin avantajele ce le deține grefa gastrică: material chirurgical tenace, vascularizare bogată, stofă disponibilă pentru înlocuirea întregului esofag, se aplică o singură anastomoză, se execută tehnic-ergonomic prin aplicarea aparatelor performante de sutură mecanică.

Scopul lucrării: De a ne împărtăși cu experiența proprie în plastia esofagului cu stomac.