

localizării. Pentru stricturile tip I – 62 (27,2%) cazuri – coledocojejunostomie termino-laterală cu ansa Roux. În cele de tip II – 86 (37,72%) cazuri, s-a efectuat HJA pe ansa Roux. În 66 (30%) observații de tip III am făcut o HJA cu o drenare a ambelor canale hepatice. În cele de tip IV – 14 (5,08%) cazuri, s-a soluționat cu bihepaticojejunostomie cu drenarea ambelor canale hepatice.

Rezultate: Robustețea și etanșeitatea HJA este garanția succesului. Preferăm o stomie termino-laterală. Tehnica de sutură a evoluat de la cea ordinară în două straturi (mătasă 3/0), la sutura atraumatică separată 4/0 într-un singur strat. Firele s-au trecut de la ansă la ductul biliar pentru tranșa posterioară, extramucosa pentru jejun și total pentru polul biliar. La moment un rezultat promițător ne prezintă sutura 6/0 realizată în continuu cu elemente de tehnică microchirurgicală. Ultima tehnică permite o protejare a devascularizării excesive a bontului biliar și o ajustare ideală a mucoaselor.

Concluzii: Punctele de vedere prezentate în acest material evidențiază potențialul inovator al tehnologiilor de formare a HJA în baza suturilor moderne și principiilor noi de sutură.

HEPATIOJEJUNAL ANASTOMOSIS – A RECONSTRUCTIVE SOLUTION IN POSTOPERATIVE BILIARY STRICTURES

Aim of study is the systematization of techniques used for hepaticojejunal anastomosis (HJA) in postoperative biliary strictures.

Materials and methods: A retrospective study was carried out on a lot of 228 patients with postoperative strictures of the biliary ducts. Most of the patients (95%) presented major biliary lesions, D-E class. The solution was chosen according to the localization level. For type I – 62 (27.2%) strictures – termino-lateral choledocojejunostomy with Roux loop. For type II – 86 (37.72%) cases, was performed HJA with Roux loop. In 66 (30%) observations of type III, was performed HJA with drainage of both hepatic ducts. The type IV 14 (5.08%) cases were solved by bihepaticojejunostomy with drainage of both hepatic ducts.

Results: The robustness and tightness of HJA are the guarantee of success. We prefer a termino-lateral stoma. The suture technique varied from the ordinary in 2 layers (silk 3/0) to separate atraumatic suture 4/0 in single layer. The threads were passed from the loop to the bile duct for the posterior tranche, extramucosally for jejunum and total for the bile pole. The continuous suture 6/0 with elements of microsurgical technique presents promising results now. The last technique is able to protect from excessive devascularization of the bile duct stump and ideal adjustment of mucosal layers.

Conclusions: The views presented in this paper highlight the innovative potential of HJA technology based on modern sutures and new principles of suture.

MELANOM CUTANAT CU METASTAZE DIGESTIVE (CAZ CLINIC)

HOTINEANU V, ILIADI A, MIHU L, COJUHARI N

Catedra 2 chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Melanomul cutanat reprezintă o leziune pigmentară cutanată cu originea în melanocite, celule pigmentare prezente în epiderm, uneori în derm. Există patru tipuri de melanom cutanat: melanomul cu invazie superficială, melanomul malign lenticular și melanomul lenticular întins care au o capacitate de creștere superficială în dimensiuni, fără penetrare în profunzime. Cel de-al patrulea tip, melanomul nodular, se prezintă de obicei ca o leziune cu invazie în profunzime, capabilă de metastazare precoce. Sediile obișnuite de invazie hematogenă sunt ficatul, plămânil, structurile scheletale, creierul, camera anterioară a ochiului.

Caz clinic: Pacient V, 46 ani, internat în mod urgent, cu diagnosticul de ocluzie intestinală acută, peritonită, anterior tratat pentru melanom cutanat. Prezentarea noastră este semnificativă prin faptul, că diagnosticul de metastaze digestive a fost stabilit la 4 ani după excizia melanomului cutanat. Examenul intraoperatoriu, radiografia toracelui și imagistica nu au evidențiat leziuni de alte localizări metastatice. Perioada postoperatorie – simplă, externat la tratament ambulator în stare satisfăcătoare.

Concluzii: Incidența melanomului malign este în creștere, metastazele digestive necesită să fie luate în considerare. Actul chirurgical opționează pentru terapia paliativă, în unele cazuri fiind prelungită supraviețuirea pacientului.

MELANOMA WITH DIGESTIVE METASTASES (CASE REPORT)

Introduction: Melanoma is the cutaneous pigmented lesion originated in melanocytes, pigment cells normally present in the epidermis and sometimes dermis. There are four types of cutaneous melanoma. Melanoma with superficial invasion, lenticular malignant melanoma, lenticular spread melanoma with superficial grow without penetration in depth. The fourth type, nodular melanoma, is usually a lesion with deep invasion, characterized by early metastasizing. The typical sites of hematogenous invasion are liver, lungs, skeletal structures, brain, and the anterior chamber of the eye.

Clinical case: Patient V, 46 years old, previously treated for cutaneous melanoma was hospitalized in emergency with the diagnosis of acute intestinal obstruction and peritonitis. Our presentation is significant by the fact that digestive metastases were diagnosed 4 years after excision of cutaneous malignant melanoma. Intraoperative exploration, chest radiography and imaging revealed no metastatic lesions in other locations. The postoperative period was uneventful; patient was discharged in satisfactory condition for out-patient treatment.

Conclusions: The incidence of malignant melanoma is continuously growing and digestive metastases needs to be taken into consideration. Surgical option usually is a palliative therapy, which in some cases can prolong patient survival.

PATOLOGIA BENIGNĂ OBSTRUCTIVĂ A CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE: DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

HURMUZACHE A², HOTINEANU V¹, HOTINEANU A¹, COTONEȚ A³, FERDOHLEB A¹, BORTA E², BALAN I⁴

¹Catedra Chirurgie nr.2, USMF ”Nicolae Testemițanu”, ²LCS ”Chirurgia reconstructivă a tractului digestiv”, ³Spitalul Clinic Republican, Secția Endoscopie, ⁴Spitalul Internațional ”Medpark”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Tratamentul de elecție în patologia benignă a căilor biliare extrahepatice (CBE): stenoza papilei duodenale mari (PDM), stricturi ale căii biliare principale (CBP), colangite, coledocolitiază pe fondalul malrotației duodenale (MRD) asociată cu duodenostază, este chirurgical. Metodele endoscopice: colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPGRE), papilofinctorotomia endoscopică (PSTE) cu sau fără litextracție permit stabilirea diagnosticului de patologie a CBE și selectarea tratamentului potrivit.

Scopul studiului: Optimizarea tratamentului chirurgical al pacienților cu patologie benignă a CBE pe fondal de MRD asociată cu duodenostază.

Material și metode: Lotul de cercetare – 140 pacienți selectați în perioada 1998-2014. Toți au fost examinați conform algoritmului diagnostic stabilit în Clinica Chirurgie nr.2. Apreciate clinic trei grade ale duodenostazei: compensată, subcompensată, decompensată.

Rezultate: Tratamentul chirurgical a fost bazat pe principii etiopatogenetice în funcție de gradele clinice. I – Stricturile PDM și duodenostază compensată – CPGRE+PSTE – 130 pacienți (92,8%); II – Stricturile PDM + coledocolitiază + angiocolită și duodenostază subcompensată – CPGRE + PSTE + litextracție + sanarea CBE cu terapie medicamentoasă complexă – 98 pacienți (70,0%); III – Megalocolodoc și duodenostază decompensată – transecție supraduodenală de CBP cu implantarea ei în ansa jejunală în "Y a la Roux", cu o lungime optimă a ansei de 80 cm – 12 pacienți (8,57%).

Concluzii: Metoda tratamentului chirurgical aplicat depinde de gravitatea patologiei CBE și stadializarea duodenostazei. Eficiența acestui tratament chirurgical este determinată de dispariția semnelor clinice de colangită cronică, cu rezultate bune în perioada postoperatorie – 131 (93,57%) pacienți, ce au fost reintegrați socio-familial și profesional.

BENIGN OBSTRUCTIVE PATHOLOGY OF EXTRAHEPATIC BILIARY DUCTS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Introduction: The elective treatment in the pathology of extrahepatic biliary ducts (EBD): stenosis of large duodenal papilla (LDP), stricture of the main biliary duct (MBD), cholangitis, choledocholithiasis on the background of duodenal malrotation (DMR) associated with duodenostasis is a surgical one. Endoscopic methods: endoscopic retrograde cholecystopancreatography (ERCP), endoscopic papilofinctorotomy (EPST) with or without stones extraction can determine the diagnosis of EBD pathology and treat it as well.

The aim of the study: optimizing of surgical treatment of patients with benign EBD pathology on the background of DMR associated with duodenostasis.

Material and methods: Studied group – 140 patients selected from 1998 to 2014 period. All of them were examined according to the algorithm proposed by Surgical Department Nr.2. There were three clinical stages of duodenostasis: compensated, subcompensated, decompensated.

Results: Surgical treatment – based on etiopathogenetic principles related to clinical stages. I – LDP strictures and compensated duodenostasis – ERCP+EPST – 130 patients (92.8%); II – LDP strictures + choledocholithiasis + cholangitis and subcompensated duodenostasis – ERCP + EPST + litextraction + MBD sanation and complex drug therapy – 98 patients (70.0%); III – Megalocolodoc and decompensated duodenostasis – supraduodenal transection of MBD with its implantation in a 80 cm long "Y a la Roux" intestinal loop – 12 patients (8.57%).

Conclusions: The chosen surgical method depends on the gravity of EBD pathology and duodenostasis stage. The efficiency of surgical treatment is determined by disappearance of clinical signs of chronic cholangitis with good postoperative results – 131 (93.75%) patients reintegrated in socio-familial and professional aspects.

OPERAȚII SIMULTANE ÎN CHIRURGIA LAPAROSCOPICĂ A REFLUXULUI GASTROESOFAGIAN ȘI A HERNIEI HIATALE

IACUB V¹, GUȚU E¹, GUZUN V³, CORNOGOLUB A², DOVBÎȘ S¹, CUMPĂȚĂ S¹

¹Catedra chirurgie generală, ²Catedra Anesteziologie FEMC, USMF „Nicolae Testemițanu”, ³Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Accesul în regiunea esogastrică este dificil prin abord laparotomic, ceea ce favorizează chirurgia laparoscopică, chiar și în prezența altor procese patologice ce necesită tratament chirurgical.

Material și metode: În clinica Chirurgie Generală a Spitalului Clinic Municipal nr.1 pe parcursul a șapte ani (2008-2015) au fost tratați laparoscopic 196 pacienți cu boală de reflux gastroesofagian (BRGE) și hernii hiatale (HH). Conversia s-a aplicat la patru (2%) pacienți. Operația antireflux a fost asociată cu alte intervenții simultane la 19 (9,7%) bolnavi: colecistectomie – în 11 (5,6%) cazuri, herniotomie și hernioplastie cu plasă sintetică – în 4 (2%), lipomectomie din mediastin – la 2 (1%) pacienți, chist hepatic – la 1 (0,5%). La un (0,5%) bolnav, care a suportat în trecut rezecție gastrică, visceroliza extinsă a fost considerată ca operație simultană.

Rezultate: Dintre pacienții, la care s-au efectuat operații simultane, doar în două cazuri (10,5%) s-a recurs la conversie: la un pacient cu hernie ventrală și proces aderențiar și în alt caz, în care efectuarea colecistectomiei pe cale laparoscopică a fost dificilă.

Concluzii: Abordul laparoscopic în chirurgia BRGE și a HH este de preferat; rata conversiilor în chirurgia laparoscopică a BRGE și a HH asociate cu operații simultane fiind de 10,5%. Necesitatea efectuării operațiilor simultane în cazurile intervențiilor pe abdomen suportate în anamneză nu servește drept contraindicație pentru tratamentul laparoscopic al BRGE și a HH.

SIMULTANEOUS INTERVENTIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND HIATAL HERNIA

Introduction: Difficult access on gastroesophageal junction by open approach favors laparoscopic surgery, even in the presence of other disease that requires surgical treatment.