

Conclusions: Selection of patients with PTS that can benefit from surgical treatment is possible only on the basis of complex paraclinical examinations. The results of PTS treatment can be improved through an appropriate application of various interventional techniques.

DOUĂZECI ȘI CINCI PANCREATODUODENECTOMII CONSECUTIVE FĂRĂ MORTALITATE POSTOPERATORIE

GUTU E¹, GUZUN V², IACUB V¹, CASIAN D¹, CULIUC V¹

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

Introducere: Pancreatoduodenectomia (PDE) este singura metodă potențial curativă în tratamentul cancerului capului pancreatic și a altor adenocarcinoame periampulare. Totodată, decizia în favoarea procedurii radical este încă limitată din cauza părerii comune eronate referitoare la mortalitatea postoperatorie înaltă.

Material și metode: În perioada mai 2011 – aprilie 2015, 25 PDE consecutive au fost efectuate în Clinica Chirurgie. Au fost 13 bărbați și 12 – femei. Vârsta medie era 60,3 (41-80) ani. La internare pacienții au avut icter mecanic (88%), pierdere ponderală (96%), dureri epigastrale (68%) și alte manifestări ale tumorii capului pancreatic. Diagnosticul a fost confirmat prin ecografie abdominală și tomografie computerizată cu contrast sau rezonanță magnetică în regim de colangiopancreatografie.

Rezultate: Toți pacienții au suportat PDE clasică tip Whipple cu pancreaticojejunostomie. Durata medie a intervenției a constituit 5 ore 21 minute (de la 4 ore pînă la 8,25 ore), iar pierderea sangvină intraoperatorie – 674 (250-1500) ml. Rezecția și reconstrucția axului venos mezentericoportal a fost efectuată în 5 (20%) cazuri. Examinarea histologică a relevat adenocarcinom periampular la 21 pacienți (pancreatic – 15, ampular – 5, duodenal – 1). Patru pacienți au avut pancreatită cronică. Perioada postoperatorie necomplicată s-a constatat la 7 (28%) pacienți. Cele mai frecvente complicații postoperatorii au fost: lipsa evacuării din stomac, fistule pancreatice și biliare. Tratamentul conservativ pentru complicațiile specifice și sistemice a fost aplicat la 11 bolnavi, drenaj chirurgical sau ecoghidat au necesitat 7 pacienți. Nu a fost notată mortalitate postoperatorie. Durata medie de spitalizare a constituit 26 zile.

Concluzii: PDE a devenit o intervenție obișnuită, efectuată în multe spitale. Durata operației, pierderea sangvină și durata spitalizării au devenit acceptabile. Actualmente, PDE este un procedeu sigur, cu o mortalitate postoperatorie redusă.

TWENTY FIVE CONSECUTIVE PANCREATICODUODENECTOMIES WITHOUT POSTOPERATIVE MORTALITY

Introduction: Pancreaticoduodenectomy (PDE) is the only potential curative method for treatment of pancreatic head cancer and other periampullary adenocarcinoma. However, decisions in favor of radical procedure are still limited, because of common misconception about high postoperative mortality.

Material and methods: Between May 2011 and April 2015, 25 consecutive PDE were performed in Surgical Department. A total of 13 were male, and 12 were female. Mean age was 60.3 (range 41-80) years. On presentation patients had mechanical jaundice (88%), weight loss (96%), epigastric pain (68%), and other symptoms of pancreatic head tumor. Diagnosis was confirmed by abdominal ultrasonography and contrast computed tomography or magnetic resonance cholangiopancreatography.

Results: All patients underwent classic Whipple PDE with pancreaticojejunostomy. Mean operative time was 5 hours 21 minutes (range 4-8.25 hours), and intraoperative blood loss – 674 (250-1500) ml. Mesentericoportal vein resection and reconstruction was performed in 5 (20%) cases. Histological examination revealed a periampullary adenocarcinoma in 21 patients (pancreatic – 15, ampullary – 5, duodenal – 1). Four patients had chronic pancreatitis. Postoperative course was uneventful in 7 (28%) patients. The most common postoperative complication were delayed gastric emptying, pancreatic and biliary fistulas. Treatment for specific and systemic complications was conservative in 11 patients, surgical or ultrasound guided drainage required 7 patients. No postoperative mortality was noted. Mean length of hospital stay was 26 days.

Conclusions: PDE has become a commonly performed operation in many hospitals. Operative time, blood loss, and length of stay have become acceptable. Nowadays, PDE is the safe procedure, with low hospital mortality.

MANAGEMENTUL TROMBOZEI FLOTANTE A VENELOR PROFUNDE: ABORD CHIRURGICAL VS. CONSERVATOR

GUȚU E, SOCHIRĂ M, CASIAN D, CULIUC V, ZAPOROJAN A

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

Introducere: Tromboza venelor profunde (TVP) ale extremităților inferioare rămîne în mod constant o patologie frecvent diagnosticată. Tehnicile trombo-reductive miniminvasive, precum tromboliza cateter-direcționată și trombectomia percutană se bucură de o popularitate tot mai mare în tratamentul TVP. Însă, în condițiile unui acces limitat la tratamentul endovascular, managementul optim al TVP, mai ales a formei flotante, trezește controverse.

Scopul lucrării: Compararea rezultatelor tratamentului chirurgical vs. conservator în TVP flotantă.

Material și metode: Au fost comparate rezultatele clinice și ale investigațiilor ultrasonografice înregistrate la evaluarea a 2 loturi de bolnavi cu TVP flotantă: lotul I (tratați chirurgical; n=56) vs. lotul II (tratați conservator; n=23). Diagnosticul a fost confirmat în toate cazurile prin ultrasonografie Doppler-duplex. În lotul I în asociere cu tratamentul anticoagulant au fost practicate intervenții de întrerupere extraluminală a venelor profunde, proximal de apexul flotant: plicația venoasă (asociată sau nu cu trombectomia apexului flotant) sau ligaturarea venoasă. În lotul II au fost prescrise preparate anticoagulante.

Rezultate: Vîrsta bolnavilor a variat de la 19 ani pînă la 83 ani. În 19,64% cazuri din lotul I întreruperea extraluminală a fost anticipată de trombectomie parțială. La bolnavii operați în perioada postintervențională precoce au fost documentate imagistic 5 cazuri de embolizare la nivelul barierei create artificial, însă nici un caz de trombembolism pulmonar simptomatic nou-dezvoltat. În lotul II au fost înregistrate 4 cazuri de trombembolism pulmonar simptomatic, inclusiv două cazuri fatale – toate dezvoltate pe parcursul spitalizării.

Concluzii: În cazuri selecte de TVP flotantă tratamentul chirurgical deschis (întrerupere venoasă extraluminală) ar putea rămîne o alternativă eficientă de prevenire a trombembolismului pulmonar simptomatic. Totuși, criteriile utilizării actuale a intervențiilor respective rămîn a fi precizate.

MANAGEMENT OF FREE-FLOATING DEEP VEIN THROMBOSIS: SURGICAL VS. CONSERVATIVE APPROACH

Introduction: Deep vein thrombosis (DVT) of the lower extremities remains consistently one of frequently diagnosed pathology. Thromboreductive minimally invasive techniques such as catheter-directed thrombolysis and percutaneous thrombectomy have gained increasing popularity in the modern treatment of DVT. However, in conditions of limited access to endovascular treatment, optimal management of DVT, especially of free-floating form, awakens controversy.

The aim of study: Comparing the results of surgical vs. conservative treatment for free-floating DVT.

Material and methods: We compared clinical outcomes and ultrasound investigations data recorded during assessment of two groups of patients with free-floating DVT: group I (surgically treated; n=56) vs. group II (conservatively treated; n=23). The diagnosis was confirmed in all cases by Doppler-duplex ultrasound. In group I anticoagulation was associated with extra-luminal interruption of the deep vein proximal to free-floating part: venous plication (in some cases associated with thrombectomy of free-floating part) or venous ligation. In group II anticoagulants were prescribed.

Results: Age of patients ranged from 19 years up to 83 years. In 19.64% of cases from group I extra-luminal deep vein interruption was anticipated by partial thrombectomy. In operated patients five cases of embolization at the level of the artificially created intraluminal barrier were documented by imaging conducted in early postoperative period, but no new cases of symptomatic pulmonary embolism occurred. In group II there were 4 cases of symptomatic pulmonary embolism, including two fatal cases – all developed during hospitalization.

Conclusions: In particular cases of free-floating DVT extra-luminal venous interruption could remain an effective alternative to prevent symptomatic pulmonary embolism. However, criteria for actual using of respective interventions remain to be specified.

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL AL CANCERULUI DE PANCREAS

HOTINEANU A, HOTINEANU V, CAZAC A, SÎRGIHI V, IVANCOV G, BURGOCI S

Catedra de Chirurgie nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Cancerul pancreatic (CP), deși reprezintă doar 2% din totalul tumorilor maligne, constituie a 5-a cauză de mortalitate prin cancer și a 3-a cauză de letalitate dintre neoplazmele digestive.

Scop: Analiza rezultatelor retrospective a tratamentului chirurgical al CP.

Material și metode: Studiul prezintă o analiză retrospectivă a unui lot de 814 pacienți cu CP și a regiunii periampulare, spitalizați în perioada 2000-2014 în SCR, Catedra de Chirurgie nr.2. Au fost analizate o serie de aspecte clinice: localizarea și diametrul tumoral, stadiul, prezența adenopatiilor metastatice, morbiditatea postoperatorie și supraviețuirea la distanță. Pacienții au fost supuși următoarelor intervenții chirurgicale: rezecție cefalopancreatică – 239 (29,3%), dintre care la 169 (70,7%) bolnavi s-a efectuat operația Child, 51 (21,3%) cazuri – operația Whipple, operația Traverso-Longmire realizată la 19 (7,9%) pacienți. Rezecție pancreatică corporocaudală s-a efectuat în 53 (6,5%) cazuri, anastomoză biliodigestivă (by-pass biliodigestiv) – în 273 (33,5%), splanhectomie toracoscopică – în 29 (3,5%), drenare CBP ca unică metodă de tratament – în 35 (4,3%), by-pass biliodigestiv extern – în 198 (24,3%), laparotomie cu prelevarea biopsiei – în 16 (1,9%).

Rezultate: Mortalitatea postoperatorie a fost sub 5%. Supraviețuirea maximală pentru cazurile de carcinoid pancreatic a fost de 8 ani, pentru CP supraviețuirea medie pe grup – de 26 luni, supraviețuire maximală – de 4 ani.

Concluzii: Tratamentul CP poate avea viză curativă, când are ca obiectiv creșterea supraviețuirii sau poate fi doar paliativ când se au în vedere combaterea unor simptome și creșterea calității vieții. Tratamentul CP este multimodal (chirurgical și radiochimioterapie), strategia terapeutică fiind stabilită în funcție de localizarea și extensia locoregională a tumorii.

DIAGNOSTIC ISSUES AND SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CANCER

Introduction: Pancreatic cancer represents 2% of total number of malignant tumors and is 5th cause of mortality by cancer and 3rd cause of lethality by digestive neoplasms.

Aim of study was to analyze retrospective results of surgical treatment of pancreatic cancer.

Material and methods: This study represents the analyses of patients' group (n=814) with pancreatic and periampullar tumors which were admitted in second department of surgery, during 2000-2014 year. We have analyzed a lot of clinical aspects: localization, size, stage, presence of metastatic lymphadenopathy, postoperative morbidity and survival. The patients have been undergone surgical procedure: cephalopancreatic resection – 239 (29.3%), Child procedure – 169 (70.7%), Whipple procedure – 51 (21.3%), Traverso-Longmire procedure – 19 (7.9%). Pancreatic corporo-caudal resection was performed in 53 (6.5%) cases, bilio-digestive anastomosis – in 273 (33.5%), thoracoscopic splanhectomy – in 29 (3.5%), drainage of main biliary duct – in 35 (4.3%), external biliodigestive by-pass – in 198 (24.3%), laparotomy with biopsy – in 16 (1.9%).

Results: Postoperative mortality was less than 5%. Maximal survival for pancreatic carcinoid was 8 years, average survival for pancreatic cancer was 26 months, and maximal survival was 4 years.

Conclusion: The treatment of pancreatic cancer is multimodal (surgical and radio-, chemotherapy). Therapeutic strategy depends on localization and locoregional tumor extension.