

3. Buetow P.C., et al. *Islet cell tumors of the pancreas: clinical, radiologic, and pathologic correlation in diagnosis and localization*. In: Radiographics, 1997, 17(2): 453-472; quiz 472A-472B.
4. Metz D.C. and R.T. Jensen. *Gastrointestinal neuroendocrine tumors: pancreatic endocrine tumors*. In: Gastroenterology, 2008, 135(5): 1469-1492.
5. Pasiaka J.L., *Carcinoid tumors*. In: Surg. Clin. North Am., 2009, 89(5): 1123-1137.
6. Akerstrom G. and P. Hellman. *Surgery on neuroendocrine tumours*. Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab., 2007, 21(1): 87-109.
7. Scigliano S., et al. *Clinical and imaging follow-up after exhaustive liver resection of endocrine metastases: a 15-year monocentric experience*. In: Endocr. Relat. Cancer, 2009, 16(3): 977-990.
8. Durante C., et al. *Prognostic factors influencing survival from metastatic (stage IV) gastroenteropancreatic well-differentiated endocrine carcinoma*. In: Endocr. Relat. Cancer, 2009, 16(2): 585-597.
9. Nissen N.N., et al. *Pancreatic neuroendocrine tumors: presentation, management, and outcomes*. In: Am. Surg., 2009, 75(10): 1025-1029.
10. Sutcliffe R., et al. *Management of neuroendocrine liver metastases*. In: Am. J. Surg., 2004, 187(1): 39-46.
11. Dromain C., et al. *Detection of liver metastases from endocrine tumors: a prospective comparison of somatostatin receptor scintigraphy, computed tomography, and magnetic resonance imaging*. In: J. Clin. Oncol., 2005, 23(1): 70-78.
12. Sundin A., et al. *ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Tumors: radiological examinations*. In: Neuroendocrinology, 2009, 90(2): 167-183.
13. Rockall A.G. and R.H. Reznick. *Imaging of neuroendocrine tumours (CT/MR/US)*. In: Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab., 2007, 21(1): 43-68.
14. Paulson E.K., et al. *Carcinoid metastases to the liver: role of triple-phase helical CT*. In: Radiology, 1998, 206(1): 143-150.
15. Foley W.D., et al. *Multiphase hepatic CT with a multi-row detector CT scanner*. In: Am. J. Roentgenol., 2000, 175(3): 679-685.
16. Seemann M.D., et al. *Assessment of the extent of metastases of gastrointestinal carcinoid tumors using whole-body PET, CT, MRI, PET/CT and PET/MRI*. In: Eur. J. Med. Res., 2006, 11(2): 58-65.
17. Berge T., and F. Linell, *Carcinoid tumours. Frequency in a defined population during a 12-year period*. In: Acta Pathol. Microbiol. Scand. A., 1976, 84(4): 322-330.
18. Wong M., et al. *Radiopathological review of small bowel carcinoid tumours*. In: J. Med. Imaging Radiat. Oncol., 2009, 53(1): 1-12.
19. Hollett M.D., et al. *Dual-phase helical CT of the liver: value of arterial phase scans in the detection of small (< or = 1.5 cm) malignant hepatic neoplasms*. In: Am. J. Roentgenol., 1995, 164(4): 879-884.
20. Rha S.E., et al. *CT and MR imaging findings of endocrine tumor of the pancreas according to WHO classification*. In: Eur. J. Radiol., 2007, 62(3): 371-377.
21. Kwekkeboom D.J., et al. *Somatostatin analogue scintigraphy in carcinoid tumours*. In: Eur. J. Nucl. Med., 1993, 20(4): 283-292.
22. Semelka R.C., et al. *Islet cell tumors: comparison of dynamic contrast-enhanced CT and MR imaging with dynamic gadolinium enhancement and fat suppression*. In: Radiology, 1993, 186(3): 799-802.
23. Janson E.T., et al. *Carcinoid tumors: analysis of prognostic factors and survival in 301 patients from a referral center*. In: Ann. Oncol., 1997, 8(7): 685-690.
24. Dromain C., et al. *MR imaging of hepatic metastases caused by neuroendocrine tumors: comparing four techniques*. In: Am. J. Roentgenol., 2003, 180(1): 121-128.
25. Elias D., et al. *Hepatic metastases from neuroendocrine tumors with a "thin slice" pathological examination: they are many more than you think*. In: Ann. Surg., 2010, 251(2): 307-310.
26. Oliver J.H., 3rd, et al. *Hypervascular liver metastases: do unenhanced and hepatic arterial phase CT images affect tumor detection?* In: Radiology, 1997, 205(3): 709-715.

## VALOAREA EXAMINĂRII PRIN TOMOGRAFIE COMPUTERIZATĂ ÎN DIAGNOSTICUL PANCREATITEI ACUTE

**Virgiliu VOVC,**  
USMF Nicolae Testemițanu

**Introducere.** Pancreatita acută, greu de diagnosticat în primele momente din cauza factorilor etiologici multipli, fiziopatogenezei complexe, necesită un raționament medical privind diagnosticul de urgență, fiind necesară o decizie rapidă, formulată după o evaluare clinică, de laborator și imagistică. La aplicarea unui tratament timpuriu, pancreatita acută evoluează favorabil și doar în 20% din cazuri boala are o evoluție severă, degenerând în pancreatită necrotico-hemoragică. O valoare indiscutabilă în determinarea gradului de extindere a procesului inflamator pancreatic îl au examinările imagistice.

**Scopul studiului:** evaluarea tomografiei computerizate (TC) spiralate în diagnosticul pancreatitei acute.

**Materiale și metode.** Pentru aprecierea valorii metodelor imagistice de diagnostic (ecografie abdominală și tomografie computerizată) în aprecierea gradului de extindere a procesului inflamator pancreatic, am considerat utilă analiza retrospectivă a 47 de pacienți care s-au adresat în departamentul de urgență al IMSP Centrul Științifico-Practic de Medicină Urgentă din municipiul Chișinău.

**Concluzii.** Se înregistrează o incidență sporită a pancreatitei acute la persoanele apte de muncă, cu o răspândire mai înaltă în regiunea de Centru a republicii, cu prevalare în localitățile urbane. Diagnosticul pancreatitei acute trebuie definitivat în primele 48 de ore de la debutul bolii, pentru preîn-

tâmpinarea formelor severe. Ecografia abdominală constituie metoda imagistică de primă intenție în diagnosticul pancreatitei acute. Însă valoarea ei este limitată adesea de ileusul dinamic, prin gazele acumulate intestinal. Tomografia computerizată, cu administrare de substanță contrastantă nonionică pe cale intravenoasă, este metoda modernă de elecție în diagnosticarea, planificarea deciziilor și tacticii chirurgicale în această patologie.

## MANAGEMENTUL TOMOGRAFIEI COMPUTERIZATE ÎN DIAGNOSTICUL FORMAȚIUNILOR HEPATICE

**Irina CUȚITARI,**

Centrul Medical EXCELLENCE, Chișinău

### Summary

*Computed tomography (CT) is now widely available and represents an important and rapid method for the diagnostics of tumor disease of the liver; characterization of focal liver lesions, planning of interventional therapy measures and postintervention control. By the use of different contrast medium phases good characterization of space-occupying lesions can be achieved. For the diagnostics of hepatocellular carcinoma (HCC) a triphasic or quadriphasic examination protocol should always be implemented. The introduction of 64 slice CT increased the sensitivity of imaging of hypervascularized and hypovascularized liver lesions. It has become possible to avoid additional native imaging which reduces the x-ray exposition of patients. The study was simultaneously conducted in Private Medical Center "Excellence". CT scanning of the liver was performed with Aquilion-64 slicer CT scanner (Toshiba) at 120 kVp and 250-300 mAs. All patients were given I/V nonionic contrast media (Omnipaque 350 mg l/ml) of 1.5-2 ml/Kg with overall dose ranging from 80-100 ml according to departmental protocol. Patient preparation also included administration of 500-1000 ml of water/oral contrast prior to the examination.*

### Introducere

Tomografia computerizată (TC) spiralată a organelor abdominale este o metodă destul de eficientă în depistarea afecțiunilor hepatice și reprezintă o tehnologie de o mare importanță în diagnosticul clinic. Cancerul hepatic primar este una dintre cele mai frecvente afecțiuni maligne în lume, cu aproximativ 1 milion de cazuri raportate în fiecare an. În Europa de Vest incidența este de 3 cazuri la 100.000 de locuitori. În China carcinomul hepatic a devenit a II-a cauză de deces prin cancer. Cancerul hepatic este neobișnuit în Europa. Incidența standardizată pe grupe de vârstă este de 7 cazuri la 100.000 de bărbați

și 2 la 100.000 de femei, justificând aproape 2% din toate cancerurile. În România, în 1996 incidența a fost de 7,2 la 100.000 de locuitori, iar mortalitatea – de 9 la 100.000 de locuitori. În România incidența estimată pentru anul 2000 a fost de 8,74 cazuri la 100.000 populație, iar mortalitatea – de 9,21 la 100.000 de locuitori.

În R. Moldova indicii răspândirii bolilor hepatice pot fi comparați cu indicii similari din România și Rusia. Aproximativ 3.000 de persoane mor anual în țara noastră din cauza complicațiilor provocate de afecțiunile hepatice. Potrivit OMS, Republica Moldova se situează pe locul întâi în lume după nivelul de mortalitate prin hepatite. În structura cauzelor principale de deces, în Republica Moldova bolile hepatice se află pe locul III (după patologii cardiovasculare și cancer). Elaborarea metodelor contemporane de diagnosticare timpurie prin tomografia computerizată poate condiționa o reducere a prevalenței și a mortalității prin afecțiunile hepatice.

TC este metoda de elecție pentru aprecierea maladiilor ficatului. În contrast cu TC spiralată permite detectarea în plan axial a formațiunilor hepatice sub 5 mm, cu realizarea ulterioară de reconstrucții multiplanare în celelalte planuri (sagital și coronal), precum și reconstrucții 3D.

### Material și metode

Studiul s-a desfășurat în Centrul medical EXCELLENCE. Explorarea TC a ficatului a fost realizată cu instalație TC Aquilion-64, (producator Toshiba Medical Systems, Japonia) și a presupus efectuarea de secțiuni în plan axial cu respectarea următorilor parametri: colimare 64\*0,5 mm pe secțiunea scanată, timpul rotației tubului – 0,4-0,5 s, câmp minim posibil, 120 mA, 250-300 KV. Reconstrucția imaginilor se realizează cu programe soft speciale (MIP, VRT etc.), pe o consolă separată, stația de lucru Vitrea-2, în care imaginile secționale native și postcontrast se trimit prin rețea informațională în sistemul DICOM.

Protocolul de studiu a cuprins un lot de 345 de pacienți cu afecțiuni hepatice, examinați prin tomografie computerizată spiralată în fazele nativă, arterială, porto-venoasă și parenchimatosa (faza de echilibru) [1]. Pentru diferențierea formațiunilor hepatice și identificarea arborelui vascular, a fost necesară administrarea intravenoasă a substanței de contrast.

Administrarea substanței de contrast (Omnipaque 350) a fost efectuată cu ajutorul injectomatului MEDRAD Stellant, cu viteza de 3-5 ml/sec în cantitate de 80-100 ml. Prezența afecțiunilor hepatice a fost confirmată prin diagnosticul histologic (intra- și post-operatoriu, patomorfologic). Distribuția pacienților pe sexe a fost: 221 (64,1%) bărbați și 124 (35,9%)