

viții prin testul McNamer.

Concluzii. Implementarea pe scară largă a metodelor contemporane de diagnostic permit o abordare multimodală, minim invazivă și individuală a pacienților cu metaplazie esofagiană. Diagnosticul contemporan sporește considerabil rata de diagnostic și permite o alegere corectă în strategia de tratament chirurgical. Abordarea minuțioasă, multimodală a metaplaziei mucoasei esofagiene scade semnificativ riscul oncologic al acestor pacienți.

Cuvinte cheie. Metaplazia mucoasei esofagiene, esofag Barrett, adenocarcinoma de esofag, endoscopia avansată NBI, imunohistochimia Barrett

THE EVOLUTION OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT METHODS IN METAPLAZIA OF THE ESOPHAGEAL MUCOSA.

S.Ungureanu¹, Natalia Șipitco², V. Istrate³, **Doina Fosa⁴**, Richarda Romanenco²

¹ SUMPPh “Nicolae Testemițanu”, ² Clinical Republican Hospital “Timofei Moșneaga”, Republic of Moldova

Aim of study. In clinical terms, the concept of metaplasia of the esophageal mucosa in recent years has evolved considerably, thanks to the widespread introduction of advanced diagnostic methods such as: high-resolution endoscopy, specific methods for identifying metaplasia immunohistotyping, as well as methods for detecting esophageal dysmotility. The aim is to improve the diagnostic results of patients with columnar metaplasia of the epithelium of the esophageal mucosa by implementing new diagnostic methods (endoscopic, histopathological and functional).

Materials and methods. The study represents a prospective study on a group of 82 patients with metaplasia of the esophageal mucosa diagnosed and treated in the surgery clinic no. 4 of Republican Clinical Hospital "Timofei Mosneaga" during the years 2016-2023.

Results. All patients included in the study underwent a complex diagnostic algorithm that included NBI advanced digestive endoscopy, standard histopathological detection methods and immunohistochemistry, high-resolution esophageal manometry and diurnal esophageal Ph-metry. The significant difference between the statistical indicators was determined by the Fischer-Student table of values, the Likelihood Ratio test, the Chi Square test, ROC curves, uni- and multivariate analysis, logistic regression methods, and the evaluation of the quality of life by the McNamer test.

Conclusions. The implementation on a large-scale of contemporary diagnostic methods allows a multimodal, minimally invasive and individual treatment of patients with esophageal metaplasia. Contemporary diagnosis considerably increases the diagnosis rate and allows a correct choice in the surgical treatment strategy. The thorough, multimodal approach to esophageal mucosal metaplasia significantly decreases the oncological risk of these patients.

Keywords. Metaplasia of esophageal mucosa, Barrett esophagus, esophageal adenocarcinoma, advanced endoscopy NBI, immunohistochemistry

LIPOMA DUODENALĂ GIGANTĂ: MANIFESTĂRILE CLINICE, METODELE DIAGNOSTICE ȘI MANAGEMENTUL TERAPEUTIC



T. Malcova^{1,2}, E. Șor¹, C. Scerbatiuc-Condur^{2,3}, M. Cernat³, I. Mișin²

¹ Catedra de chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, ² Laboratorul de chirurgie hepato-pancreato-biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ³ IMSP Institutul Oncologic, Chișinău, Republica Moldova

Scopul studiului. De a îmbunătăți cunoștințele despre lipoma duodenală; de a studia metodele utile în diagnosticul și tratamentul lipomei duodenale gigante.

Materiale și metode. Cercetarea literaturii de specialitate în limba engleză în baza de date PubMed, folosind următorii MeSH termeni: „gastrointestinal lipoma”, „duodenum”, „giant lipoma”, „complications”, „endoscopic excision” și „surgical excision”, în perioada aa. 2010– 2022.

Rezultate. Lipoamele gastrointestinale (GI) reprezintă 4% din toate tumorile gastrointestinale benigne, cele mai multe dintre ele sunt observate în colon (64%) sau intestinul subțire (26%), însă localizări rare, ca duoden (4%), stomac (3%) și esofag. (2%), sunt de asemenea descrise. Literatura privind lipoamele duodenale (LD) este reprezentată de cazuri clinice, fiind identificate doar 7 publicații relevante. LD sunt caracterizate prin creșterea lentă, majoritatea sunt asimptomatice, descoperite accidental, cel mai frecvent localizate în D2 (n=6;85.7%), dar pot cauza plângeri specifice sau nespecifice gastrointestinale, inclusiv sațietate precoce, disconfort abdominal, durere și senzație de plenitudine (n=4;57.1%). Complicații severe sunt înregistrate în cazul lipoamelor gigante (>4,0 cm), ca anemie prin ulcerare și sângerare (n=3;42.8%), ocluzie intestinală prin invaginație (n=1;14.3%). Investigațiile clinice necesare pentru diagnosticul LD sunt: esofagogastroduodenoscopia (n=6;85.7%), CT (n=3;42.8%) și ecoendoscopia (n=4;57.1%). Nu există tratament standardizat; recomandările existente sunt controversate. Pentru leziunile mai mari excizia endoscopică poate fi asociată cu risc crescut de hemoragie și perforație; este dificil de efectuat în cazul leziunilor localizate în D2, care este o porțiune îngustă și curbată, excizia chirurgicală fiind mai sigură (n=3;42.8%).

Concluzii. LD gigante sunt extrem de rare. Simptomele sunt nespecifice, iar instrumentele imagistice sunt utile pentru diagnostic. Tratamentul depinde de dimensiunea și poziția leziunii.

Cuvinte cheie. Lipoma gastrointestinală, duoden, lipoma gigantă, complicații, excizie endoscopică, excizie chirurgicală

GIANT DUODENAL LIPOMA: CLINICAL PRESENTATION, DIAGNOSTIC APPROACH, AND THERAPEUTIC MANAGEMENT

T. Malcova^{1,2}, E. Șor¹, C. Scerbatiuc-Condur^{2,3}, M. Cernat³, I. Mișin²

¹ Department of Surgery no. 1 “Nicolae Anestiadi”, ² Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary surgery, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova, ³ Oncology Institute, Chisinau, Republic of Moldova

Aim of study. To enhance the knowledge of duodenal lipoma; to study the diagnosis and treatment of giant duodenal lipoma.

Materials and methods. The English literature search was conducted in PubMed database, using the following MeSH-terms: “gastrointestinal lipoma”, “duodenum”, “giant lipoma”, “complications”, “endoscopic excision”, and “surgical excision”, time period 2010–2022.

Results. Gastrointestinal (GI) lipomas account 4% of all benign GI tumors, most of them are seen in colon (64%) or small intestine (26%), rare localizations, as duodenum (4%), stomach (3%) and oesophagus (2%), are also described. Literature on duodenal lipomas (DLs) is scarce, only 7 relevant publications were identified. They are slow-growing, most of them asymptomatic, incidentally discovered, most frequently localized in D2 (n=6;85.7%), but may cause a set of specific or non-specific upper GI complaints, including early satiety, abdominal discomfort, pain, and fullness (n=4;57.1%). Severe complications are registered in case of giant lipomas (>4,0 cm), as anemia because of ulceration and bleeding (n=3;42.8%), intestinal obstruction due to intussusception (n=1;14.3%). Clinical investigations necessary for diagnosis include esophagogastroduodenoscopy (n=6;85.7%), CT (n=3;42.8%), and endoscopic ultrasound (n=4;57.1%). No standard of care to treat symptomatic lesions is accepted; the existing recommendations are controversial. For the larger lesions endoscopic removal may be associated with high risk of hemorrhage and perforation; it is difficult to be applied in case the lesion is localized in D2 which is narrow and curved, surgical excision being preferred (n=3;42.8%).

Conclusions. Giant DLs are extremely rare. The symptoms are nonspecific and imaging tools are useful for diagnosis. The treatment depends on the size and position of the lesion.

Keywords. Gastrointestinal lipoma, duodenum, giant lipoma, complications, endoscopic excision, surgical excision

STRATEGIA MODERNĂ A RECONSTRUCȚIEI PERETELUI ABDOMINAL ÎN TRATAMENTUL HERNIILOR INCIZIONALE GIGANTE



R.Targon^{1,2}, **A.Dima**², **F.Potlog**, **A.Vrabie**², **Ina Moldovan**¹, **E.Guțu**^{1,2}

¹ Catedra de Chirurgie Generală-Semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”, ² Secție Chirurgie Generală, Spitalul Clinic Militar Central, Chișinău, Moldova

Scopul lucrării. Tratamentul chirurgical al herniei incizionale gigante cu “pierdere dreptului la domiciliu” reprezintă o provocare pentru echipa chirurgicală grație riscurilor și complicațiilor perioperatorii asociate manevrei chirurgicale. Scopul studiului este optimizarea rezultatelor tratamentului chirurgical al herniilor incizionale gigante prin implementarea tehnicii novaționale de reconstrucție peretelui abdominal.

Materiale și metode. În perioada 2019-2023 am utilizat tehnica de separare posterioară a componentelor cu eliberarea mușchiului transvers abdominal (TAR) la 12 pacienți cu hernii incizionale gigante. Repartiția defectelor parietale conform clasificării EHS (2009): M1W3 (n=1), M2W3 (n=2), M3W3 (n=4), M4W3 (n=2), M5W3 (n=1) și L2W3 (n=2). Dimensiunea medie a lățimii defectului parietal a constituit 15,5 cm (interval 12,5-24,5 cm). Tehnica chirurgicală prevede deschiderea tecilor mușchilor dreپți abdominali, disecția retromusculară tip Rives-Stoppa, eliberarea componentului fascial transvers medial de la linia semilunară și crearea unui spațiu preperitoneal avascular extins cranial pînă la tendonul central al diafragmului, inferior în spațiul Retzius și în plan lateral pînă la psoas. Augmentația protetică prevede crearea planului de rezistență prin montarea plasei chirurgicale de mari dimensiuni în poziție preperitoneală.

Rezultate. Durata medie a intervenției 140,8±20.1 min (interval 130-187 min). Mediana spitalizării 10 zile (interval 6-22 zile). Complicații parietale au fost instalate la 4 pacienți. Timpul mediu de urmărire a fost 12 luni fără recurență.

Concluzii. Tehnica de separare posterioară a componentelor completată cu augmentația protetică și restaurarea liniei albe reprezintă o direcție inovatoare de reconstrucție a peretelui abdominal. TAR oferă soluția eficientă în tratamentul eventrațiilor voluminoase și asigură restabilirea structurală și funcțională a peretelui abdominal.

Cuvinte cheie. Hernia incizională, separarea posterioară a componentelor, plasa chirurgicală

A NEW ABDOMINAL WALL RECONSTRUCTION STRATEGY FOR GIANT INCISIONAL HERNIA

R.Targon^{1,2}, **A.Dima**², **F.Potlog**, **A.Vrabie**², **Ina Moldovan**¹, **E.Guțu**^{1,2}

¹ Department of General Surgery and Semiology nr.3, ”Nicolae Testemițanu” SUMPh, ² Department of General Surgery, Central Clinical Military Hospital, Chisinau, Moldova

Aim of study. Giant incisional hernia repair is a complex and challenging issue due to preoperative risks and high complication rate. The aim of the study is to improve the results of giant incisional hernia repair by implementing an innovative technique of abdominal wall reconstruction.

Materials and methods. During the period from 2019 to 2022 we used the posterior component separation technique with transverse abdominis muscle release (TAR) in 12 patients with giant ventral incisional hernias. According to EHS (2009) classification, the hernias were classified as type EHS (2009): M1W3 (n=1), M2W3 (n=2), M3W3 (n=4), M4W3 (n=2), M5W3 (n=1) și L2W3 (n=2). The average width of the defect was 15.5 cm (range 12.5-24.5 cm). The procedure includes a Rives-Stoppa retro-rectus dissection followed by the transversus abdominis release medial to the linea semilunaris and wide plane of pre-peritoneal dissection extended from the subxiphoid area towards the space of Retzius. The prosthetic augmentation of abdominal wall is done by placement of a large surgical mesh in preperitoneal fashion.

Results. The mean operating time was 140.8±20.1 min (range 130-187 min). The average length of hospital stay was 10 days (range 6-22 days). We observed 4 cases of various types of wound complications. Patients were evaluated at a median follow up of 12 months without recurrence.

Conclusions. Posterior component separation technique with transverse abdominis muscle release augmented by surgical mesh represents a novel approach to ventral hernia. TAR is a versatile technique that provides high-level functionality of the abdominal wall and offers a reliable solution for complex incisional hernias.

Keywords. Incisional hernia, posterior component separation, surgical mesh