

36 hours. Among the patients in whom prophylactic ligation was performed to prevent the first episode of hemorrhage, only 4 patients (3.63%) had minor hemorrhages, which were stopped by conservative treatment methods. In 5 patients (4.54%) due to recurrence of bleeding, endoscopic ligation was repeated over 6 months. Other complications or recurrence of bleeding from esophageal varices in the monitored patients were not detected.

**Conclusions.** In the use of elastic band ligation of esophageal varices, no major or systemic complications were recorded, which signifies a high success rate of this method.

**Keywords.** Endoscopic ligation, esophageal varices, portal hypertension.

## ABORDAREA DIAGNOSTICĂ ȘI CURATIVĂ A STRICTURILOR BILIARE PERIAMPULARE BENIGNE



Eleferii Pitel<sup>1</sup>; Alexandru Danci<sup>2</sup>; Vasile Spataru<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centrul Medical de Endoscopie și Ecografie “Sănătate”, Chișinău, Moldova; <sup>2</sup> Spitalul de Stat IMSP, Departamentul Endoscopie, Chișinău, Moldova; <sup>3</sup> Spitalul de Urgență, Departamentul Endoscopie, Chișinău, Moldova

**Scopul lucrării.** Ca regulă, pacienții cu stricturi biliare periampulare benigne (SBPB) se prezintă cu colangită recurentă. Deși apariția stricturilor este polietiologică, se crede că cauza principală a SBPB constă în cicatrizarea în urma pasajului calculilor biliari. Diagnosticul de SBPB nu este aparent și poate necesita excluderea naturii maligne a îngustării. Arsenalul terapeutic include sfincteromia endoscopică (STE), stentarea biliară, precum și dilatarea stricturilor cu balon.

**Materiale și metode.** Experiența noastră cuprinde tratamentul a 79 de pacienți cu SBPB diagnosticați prin manifestări clinice sugestive, teste ale funcției hepatice, rezultate imagistice (ecografia transabdominală și colangiopancreatografie prin rezonanță magnetică – MRCP) și biopsie endoscopică țintită în unele cazuri. Dintre acești pacienți, 67 au fost femei (84,8%) și 12 – bărbați (15,2%), cu vârsta medie de 63,2±7,8 ani (interval 34-78 ani). Istoricul colecistectomiei a avut 57 (72,2%) pacienți, inclusiv 9 (11,4%) cu extragerea calculilor din ductul biliar comun. Din cei 22 de pacienți neoperați, calculii veziculari au fost diagnosticați la 17 (77,3%).

**Rezultate.** Tratamentul definitiv a fost efectuat conform unei proceduri endoscopice standardizate, care include duodenoscopia, canularea papilei duodenale majore (PDM), colangiopancreatografie retrogradă endoscopică (CPGRE) și STE. Utilizarea unui anumit tip de sfincterom depinde de caracteristicile anatomice ale PDM, precum și de lungimea și gradul de îngustare. În toate cazurile, SBPB a fost eliminată și fluxul biliar adecvat s-a restabilit. Complicațiile au fost observate în 8 (10,1%) cazuri.

**Concluzii.** Duodenoscopia și biopsia țintită reprezintă o metodă crucială pentru diagnosticarea SBPB, deoarece aspectul colangioscopic al stricturilor benigne și maligne poate fi similar. STE este o metodă eficientă și relativ sigură pentru tratamentul SBPB cu colangită recurentă și, în cazuri selectivă, poate servi ca alternativă la intervenția chirurgicală deschisă.

**Cuvinte cheie.** Strictura biliară periampulară, MRCP, CPGRE, sfincteromie endoscopică, complicații

## DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACH TO BENIGN PERIAMPULLARY BILIARY STRICTURES

Eleferii Pitel<sup>1</sup>; Alexandru Danci<sup>2</sup>; Vasile Spataru<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sanatate Medical Center of Endoscopy and Ultrasound, Chisinau, Moldova; <sup>2</sup> State Hospital, Department of Endoscopy, Chisinau, Moldova; <sup>3</sup> Emergency Hospital, Department of Endoscopy, Chisinau, Moldova

**Aim of study.** Usually patients with benign periampullary biliary strictures (BPBS) present with recurrent cholangitis. Although strictures' appearance is polyetiologic, it is believed that the leading cause of BDBS is scarring due to gallstone passage. The diagnosis of BPBS is not apparent, and may require to rule out the malignant nature of the condition. The therapeutic arsenal includes endoscopic sphincterotomy (EST), nasobiliary drainage and stenting, as well as balloon dilatation of strictures.

**Materials and methods.** Our experience includes treatment of 79 patients with BPBS diagnosed by suggestion clinical manifestations, liver function tests, imaging findings (transabdominal ultrasound and magnetic resonance cholangiopancreatography – MRCP), and targeted endoscopic biopsy in some cases. Of these patients, 67 were women (84.8%) and 12 – men (15.2%), with the mean age 63.2±7.8 years (range 34-78 years). The history of cholecystectomy had 57 (72.2%) patients, including 9 (11.4%) with previous common bile duct stones clearance. Of the 22 non-operated patients, gallbladder stones were diagnosed in 17 (77.3%).

**Results.** The definitive treatment was performed according to a standardized endoscopic procedure, which includes duodenoscopy, cannulation of the major duodenal papilla (MDP), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and EST. The use of a certain sphincterome type depended on the anatomical features of MDP, as well as the length and degree of narrowing. In all cases, BPBS has been eliminated and adequate bile flow was restored. Complications were noted in 8 (10.1%) cases.

**Conclusions.** Duodenoscopy and targeted biopsy represent a crucial method for diagnosing BPBS, since the cholangioscopic appearance of benign and malignant strictures can be similar. EST is an effective and relatively safe method for treatment BPBS with recurrent cholangitis and, in selective cases, may serve as an alternative to open surgery.

**Keywords.** Periampullary biliary stricture, MRCP, ERCP, endoscopic sphincterotomy, complications

## CANCER SCUAMOS ESOFAGIAN PRECOCE, ASPECTE ENDOSCOPICE ȘI HISTOLOGICE: CAZ CLINIC



V. Istrate<sup>1,2</sup>, E. Mocanu<sup>3</sup>, S. Fedoreț<sup>1</sup>, C. Șerbatiuc-Condur<sup>1</sup>, V. Tîrbu<sup>3</sup>, S. Ungureanu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Catedra de chirurgie nr.4, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, <sup>2</sup> Laboratorul Expert-endoscopie, CM EndoLife, <sup>3</sup> LM SYNEVO, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere.** Cancerul esofagian precoce este definit ca neoplazia limitată la mucoasă sau submucoasă și fără răspândire limfatică sau metastază la distanță. La 31% dintre pacienți cancerul esofagian, conform studiilor publicate, poate fi depistat precoce, inclusiv *in situ*.

**Caz clinic.** Pacient bărbat, vârsta 65 ani, acuză disconfort la deglutiție, episoade de pirozis, eructații. Raport endoscopic descriptiv:

La distanța de 32-36 cm de la incisivi, în segmentul toracic distal al esofagului, se determină o arie bine delimitată, formă neregulată, diferență clară de culoare (roșie-marou neuniformă după intensitate), conturată de mucoasă esofagiană tipică roz-pală. În regim de endoscopie 125x magnificație optică și NBI (GIF XZ1200 Evis X1 Olympus, Japan) – leziune de 35 x 20 mm, plană (0-IIb, Paris 2002), demarcație de culoare, bine delimitată vascular: *vascular pattern* - multiple anse capilare intrepiteliale (IPCL) deformate (dilatate neuniformă, șerpuire, calibrul neregulat și variația figurii), Inoue model IPCL-V2, delimitație foveolară nesemnificativă în regimurile endoscopice folosite. Concluzie endoscopică: Leziune neoplazică intraepitelială plană (0-IIb, Paris 2002), suspiciu pentru cancer precoce, scuamos, esofagian. Forceps biopsie optic ghidată, 3 fragmente din ariile cu schimbări majore. Raport patologic descriptiv: macroscopic - fragmente bioptice dimensiuni 0,2-0,3 cm, culoare roz-pală; microscopic - fragmente din mucoasa esofagiană, acoperită cu epiteliu stratificat scuamos nekeratinizat hiperplaziat, zonal cu modificări citonucleare în toată grosimea epitelului, caracterizate de hiperchromazia nucleelor, pierderea polarității lor, polimorfism moderat și figuri mitotice tipice. Concluzie histologică: Neoplazie scuamoasă intraepitelială grad înalt (Cod ICD-O/WHO 8077/2).

**Concluzii.** Tehnologia endoscopică contemporană oferă capacități avansate de diagnosticare sigură pentru cancerul esofagian precoce facilitând indicații pentru terapie endoscopică endoluminală radicală minim-invasivă organomenajantă.

**Cuvinte cheie:** cancer esofagian, endoscopie avansată, terapie endoluminală

## EARLY ESOPHAGICAL SQUAMOUS CANCER, ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL ASPECTS: CLINICAL CASE

V. Istrate<sup>1,2</sup>, E. Mocanu<sup>3</sup>, S. Fedoreț<sup>1</sup>, C. Șcerbatiuc-Condur<sup>1</sup>, V. Tîrbu<sup>3</sup>, S. Ungureanu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Surgery Department nr.4, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu”; <sup>2</sup> Laboratory of Expert Endoscopy, CM EndoLife, CM Excellence, Chișinău, Republica Moldova

**Introduction.** Early esophageal cancer is defined as neoplasia confined to the mucosa or submucosa and without lymphatic spread or distant metastasis. In 31% of patients, esophageal cancer, according to published studies, can be detected early, including in situ.

**Clinical case.** Male patient, 65 years old, complains of discomfort when swallowing, episodes of heartburn, belching. Descriptive endoscopic report: At a distance of 32-36 cm from the incisors, in the distal thoracic segment of the esophagus, a well-defined area is determined, irregular in shape, clear difference in color (uneven red-brown depending on the intensity), outlined by typical esophageal mucosa pale pink. In endoscopy mode 125x optical magnification and NBI (GIF XZ1200 Evis X1 Olympus, Japan) – 35 x 20 mm lesion, flat (0-IIb, Paris 2002), color demarcation, well delineated vascular: vascular pattern - multiple capillary loops interepithelial cells (IPCL) deformed (uneven dilatation, tortuosity, irregular caliber and figure variation), Inoue model IPCL-V2, insignificant foveolar delineation in the endoscopic regimes used. Endoscopic conclusion: Flat intraepithelial neoplastic lesion (0-IIb, Paris 2002), suspicious for early, squamous, esophageal cancer. Optically guided biopsy forceps, 3 fragments from areas with major changes. Descriptive pathological report: macroscopic - biopsy fragments size 0.2-0.3 cm, pale pink color; microscopically - fragments of the esophageal mucosa, covered with hyperplastic non-keratinized stratified squamous epithelium, zonally with cytonuclear changes throughout the thickness of the epithelium, characterized by hyperchromasia of nuclei, loss of their polarity, moderate polymorphism and typical mitotic figures. Histological conclusion: High-grade squamous intraepithelial neoplasia (ICD-O/WHO code 8077/2).

**Conclusions.** Contemporary endoscopic technology offers advanced capabilities for safe diagnosis of early esophageal cancer facilitating indications for minimally invasive radical endoluminal organ-sparing endoscopic therapy.

**Cuvinte cheie:** esophageal cancer, advanced endoscopy, endolumina therapy

## CPGRE ÎN SARCINĂ: CAZ CLINIC



Corina Șcerbatiuc-Condur<sup>1</sup>, Ala Suman<sup>1</sup>, Vasile Spataru<sup>2</sup>, Igor Mișin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Moldova

**Introducere.** Colangiopancreatografia endoscopică (CPGRE) este intervenție de elecție în abordarea pacienților însărcinate cu date de obstrucție a căilor biliare. Există două posibilități tehnice de efectuare: radiantă și non radiantă. dar și tratamentul în două etape: prima în sarcină, non-radiantă – sfincterectomie și drenare căii biliare principale (CBP) pentru asigurarea fluxului de bilă și a doua etapă – postpartum cu utilizarea radioscopiei și coledocolitextractie.

**Caz clinic.** Pacienta 28 ani, în anamneză: litiază veziculară, sarcină 12-13 săptămâni (sarcina II), internată în mod urgent cu un episod de colică biliară și icter mecanic. La internare: bilirubina totală – 178.6 μmol/l, bilirubina conjugată – 149.6 μmol/l, ALT – 363U/e, AST – 190.0 U/e. Indicii hemogramei fără devieri de la valorile normale, USG: căile biliare dilatate cu aspect sinusoid, până la 7.4 mm; Coledocul – diametrul 12 mm. Pe traiectul coledocului calculi mici flotanti, inclusiv calcul 14.5x7.3 mm. Luând în considerație termenul gestațional mic, pacienta a fost supusă tratamentului în două etape: endoprotezarea nonradiantă a căilor biliare pentru restabilirea fluxului de bilă și, la rezolvarea sarcinii, tratamentul litiazei. Procedura de endoprotezare a căilor biliare ( Mar Flow D-10Fr, L-10cm) – 30 minute. Pacienta în stare satisfăcătoare este externată peste 6 zile de la procedură. La follow-up la termenul de 35 săptămâni pacienta fără date de icter mecanic și fără devieri biochimice. La 12 săptămâni postpartum pacienta a fost supusă tratamentului chirurgical.

**Concluzii.** CPGRE independent de tehnica aleasă este o metodă sigură pentru abordarea pacienților gravide care necesită decompresia de căi biliare. Alternativă este procedura efectuată în două etape, dar este dependentă de factorul uman și abilitățile endoscopistului care efectuează procedura, pentru că plasarea stenturilor în calea biliară fără utilizarea imagisticii este o provocare.

**Cuvinte cheie.** Sarcină, coledocolitiază, colangiopancreatografie

## ERCP IN PREGNANCY: CLINICAL CASE

Corina Șcerbatiuc-Condur<sup>1</sup>, Ala Suman<sup>1</sup>, Vasile Spataru<sup>2</sup>, Igor Mișin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratory of hepato-pancreato-biliary surgery, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu”, <sup>2</sup> Institute