

(46.4%), -infrapopliteal (13.3%) or -distal (6.3%) bypasses; endarterectomy with angioplasty (18.4%); patch angioplasty (10.8%); venous arterialization (2.5%) or graft interposition (1.9%). The rate of secondary amputation within 30 days after revascularization was 3.7%.

Conclusion: At the moment of patient presentation ICOAL frequently have extensive character. Open surgical procedures with utilization of all spectrum of techniques of revascularization provide acceptable short-term results, especially in patients without critical comorbidities.

Key words: chronic ischemia, infrainguinal arterial occlusions, surgical revascularization

REZULTATELE CLINICE PRECOCE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL ISCHEMIEI ACUTE NON-TRAUMATICE A EXTREMITĂȚILOR INFERIOARE



CULIUC V^{1,2}, SOCHIRCĂ M^{1,2}, BZOVÎ F¹, GROZAVU ANASTASIA^{1,2}, CASIAN D^{1,2}, GUȚU E^{1,2}

¹Catedra de chirurgie generală semiologie nr. 3, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ²Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Ischemia acută (IA) a extremităților inferioare reprezintă o condiție clinică alarmantă, ce poate cauza pierderea membrului implicat sau chiar amenința viața pacientului. Printre principalii factori etiologici ai IA se enumeră: embolia, tromboza arterială sau leziunea vaselor magistrale.

Scopul studiului a constat în evidențierea tipurilor de intervenții chirurgicale practicate pentru IA a extremităților inferioare necorelată cu traumatismul vascular și a rezultatelor clinice imediate ale acestora.

Material și metode: În cadrul unui studiu retrospectiv au fost evaluate datele medicale ale pacienților (n=193) spitalizați în secțiile de chirurgie ale IMSP SCM nr.1 (Chișinău) și supuși tratamentului chirurgical pentru IA a membrelor inferioare. Cazurile de traumă vasculară nu au fost incluse în lotul analizat.

Rezultate: Vârsta medie (±SD) a bolnavilor a constituit 66,4±14,3 (95%CI 65,2–69,4) ani; bărbați – 69%. Patologiile ce au condiționat survenirea IA: trombembolia (59,58%), tromboza arterială pe fondalul leziunilor aterosclerotice (34,19%), tromboza bypass-ului preexistent (3,62%), tromboza pseudo-anevrismului periferic (2,9%). Blocarea fluxului magistral s-a produs la nivelul segmentului aorto-iliac în 16,58% cazuri, iar a axului femuro-tibial – în 83,41%. În 18,13% observații s-a constatat o spitalizare întârziată, fiind documentate deja procese necrobiotice periferice. Au fost efectuate următoarele intervenții chirurgicale: trombectomie / trombemblectomie (74,6%), operații vasculare reconstructive (14,5%), revizia arterei (3,1%) sau amputație primară (7,7%). Rata amputațiilor secundare a constituit 4,49%.

Concluzii: IA a membrelor inferioare rămâne o problemă medicală majoră ce solicită un abord chirurgical variat. Întru păstrarea viabilității extremităților și reducerea ratei de amputații înalte se impun măsuri orientate spre diagnosticarea și spitalizarea precoce a bolnavilor cu IA a membrelor inferioare.

Cuvinte cheie: ischemia acută a extremităților inferioare, revascularizarea chirurgicală, amputația primară, amputația secundară

EARLY CLINICAL RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NON-TRAUMATIC ACUTE ISCHEMIA OF THE LOWER EXTREMITIES

Introduction: Acute ischemia (AI) of lower extremities is an alarming clinical condition, which may cause loss of the affected limb or even patient's death. The main etiological factors of AI are: embolism, arterial thrombosis or major vessel injury.

The aim of study: To evaluate the types of surgery performed for non-traumatic AI of lower limbs and their early clinical outcomes.

Material and methods: In a retrospective study, the medical data of 193 patients hospitalized in Municipal Clinical Hospital no.1 (Chisinau), and undergoing surgical treatment for AI of lower extremities were evaluated. Cases of vascular trauma were excluded.

Results: The mean age (±SD) of the patients was 66.4±14.3 (95%CI 65.2–69.4) years; males – 69%. Disease leading to AI of lower limbs: thromboembolism (59.58%), thrombosis due to atherosclerotic lesions (34.19%), bypass thrombosis (3.62%), thrombosis of peripheral pseudo-/aneurysm (2.9%). Blocking of the flow has occurred at the level of aorto-iliac axis in 16.58% of cases, and femoro-tibial segment – in 83.41%. In 18.13% cases it has been ascertained a delayed hospitalization with peripheral necrotic processes already present. The following surgical interventions have been performed: thrombectomy / thrombemblectomy (74.6%), bypass procedures (14.5%), exploration of artery (3.1%) or primary amputation (7.7%). Rate of secondary amputation constitutes 4.49%.

Conclusions: AI of lower extremities remains a major medical problem requiring a varied interventional approach. In order to maintain the viability of the limb and to reduce the rate of major amputations, measures directed towards early diagnosis and hospitalization of patients with AI of lower extremities are required.

Key words: Acute ischemia of lower limbs, surgical revascularization, primary amputation, secondary amputation

MANAGEMENTUL DISFAGIEI POSTOPERATORII PERSISTENTE LA BOLNAVII CU BRGE



CUMPĂȚĂ S¹, HARBUZ LIDIA², ȘCUREAC A¹, GUȚU E¹

¹Catedra de chirurgie generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ²Secția Radiologie, Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Fundoplicția laparoscopică reprezintă la moment standardul de aur în tratamentul chirurgical anti-reflux la pacienții cu boala de reflux gastro-esofagian (BRGE). Deși disfagia postoperatorie este un fenomen obișnuit și autolimitant în primele săptămâni postoperator, aproximativ 8-35% dintre pacienți suferă de disfagia postoperatorie persistentă (DPP) – cu durată peste 12 săptămâni. Aceasta poate fi rezolvată prin metode endoscopice - dilatare mecanică sau cu balon, iar în cazul eșecului acestora poate fi necesară

operația de revizuire a fundoplicației.

Caz clinic: Pacienta, 54 ani, supusă intervenției chirurgicale programate – crurorafie posterioară cu fundoplicație Nissen-Rossetti laparoscopică, pentru BRGE cu esofagita gr. II (Savarry-Miller) și hernie hiatală axială. Perioada postoperatorie precoce se complică cu disfagie pronunțată la lichide, odinofagie. Examenul radiologic baritat de control constată un pasaj încetinit la nivelul fundoplicației până la 9 minute cu hipotonie și dilatarea esofagului distal. La a 8-a zi p/o se efectuează dilatarea mecanică cu sondă „ghidată pe fir” sub control radiologic – efect pozitiv temporar cu reparația la 2 zile a disfagiei. Astfel la 11-a zi p/o se efectuează endoscopia digestivă cu dilatarea pneumatică cu balon – cu dispariția odinofagiei și persistența unei disfagii ușoare. Examenul radiologic baritat constată la 25-a zi și 4 luni p/o restabilirea pasajului la nivelul fundoplicației în 1min și 22 secunde respectiv. Supravegherea la distanța de 3 ani a relevat dispariția disfagiei preexistente cu controlul complet al refluxului.

Concluzie: Metodele endoscopice de dilatare reprezintă metode eficiente de tratament al DPP, permit de a evita intervențiile de revizuire a fundoplicației, asociindu-se cu rezultate bune și durabile.

Cuvinte cheie: Disfagie postoperatorie; Chirurgie anti-reflux; Dilatare endoscopică

MANAGEMENT OF PERSISTENT POSTOPERATIVE DYSPHAGIA IN PATIENTS WITH GERD

Background: The laparoscopic fundoplication is currently the gold standard anti-reflux operation in patients with gastro-esophageal reflux disease (GERD). Although postoperative dysphagia is a common and self-limiting phenomenon in the early postoperative weeks, approximately 8-35% of patients suffer from persistent postoperative dysphagia (PPD) over 12 weeks. This condition can be solved by endoscopic methods - mechanical or balloon dilatation, or in case of their failure, the revision surgery may be necessary.

Clinical case: The 54-year-old patient, female, undergoing elective surgery - laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication with posterior cruroplasty, for GERD with esophagitis gr. II (Savarry-Miller) and axial hiatal hernia. In the early postoperative period appeared a pronounced dysphagia for fluid and odinophagia. The controlled barium esophagogram revealed a slowed passage through fundoplication for up to 9 minutes with hypotony and dilation of the distal esophagus. On the 8th postoperative day, a guidewire assisted mechanical dilatation was performed under radiological control - a temporary positive effect with recurrence of dysphagia at 2nd day. Thus, on the 11th postoperative day a endoscopic pneumatic balloon dilatation was performed - with disappearance of odinophagia and the persistence of a mild dysphagia. At 25th day and 4 months after surgery, the barium esophagogram examination revealed a total restoration passage through fundoplication level with esophageal clearance in 1 min and 22 sec respectively. 3-year follow-up showed the disappearance of pre-existing PPD with complete control of reflux symptoms.

Conclusion: Endoscopic methods of dilatation are effective methods of treatment for DPP, being able to avoid revision surgery, and are associated with good and durable results.

Keywords: Postoperative dysphagia; Anti-reflux surgery; Endoscopic dilation

DIVERTICUL DUODENAL SIMPTOMATIC: CAZ CLINIC



CURCA V, SOCHIRCA M, VESCU L

Catedra chirurgie generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Diverticolul duodenal (DD) este depistat la 23% din autopsii și la 27% din endoscopiile superioare (ES). DD poate fi intraluminal (congenital) sau extraluminal (pseudodiverticul). Raportul bărbați : femei – 1.0:1.6, vârsta medie 57 ani. Localizarea DD - D2 – 60%, D3 – 30% și D4 – 8%. Deși DD este relativ comun, doar 12% dintre pacienți prezintă simptomatică. Datorită manifestărilor nespecifice, diagnosticul DD deseori este tardiv sau chiar omis. Printre investigațiile de bază se enumeră: ES, ERCP, radiografia bariatată, CT și MRCP. DD sunt, de obicei, tratați conservator, până la apariția complicațiilor posibile. Mai puțin de 1% dintre pacienții cu DD necesită intervenție chirurgicală.

Caz clinic: Pacienta C., femeie de 71 de ani, se internează cu o istorie de 7 ani de durere abdominală surdă în hipocondrul drept, asociată cu plenitudine postprandială și constipație. A fost tratată simptomatic, fără ameliorare. Din anamneză – Boala Crohn, activitate medie. Datele de laborator, USG și ES - normale. Irigoscopia a depistat colită cronică a hemicolonului stâng. La Colonoscopie virtuală - diverticuli a colonului stâng (7). Studiul radiologic baritat a relevat un DD în D4 aproximativ 5 x 5,6 cm. După excluderea altor cauze ale durerii abdominale superioare, pacienta a fost preluată pentru intervenție chirurgicală: laparotomie mediană; mobilizarea duodenului, DD fiind identificat la nivelul D4; efectuarea exciziei cuneiforme a DD cu suturarea ulterioară a duodenului în 2 planuri. Perioada postoperatorie a decurs favorabil.

Concluzii: Tratamentul chirurgical al DD este sigur, dar trebuie rezervat pentru pacienții cu complicații sau simptome necontrolate.

Cuvinte cheie: diverticul duodenal, diagnostic, tratament chirurgical

SYMPTOMATIC DUODENAL DIVERTICULA: CLINICAL CASE

Background: Duodenal diverticula (DD) are found in 23% of autopsies and in 27% of patients undergoing upper endoscopy (UE). DD are intraluminal (congenital) or extraluminal (false diverticula). Ratio women: men – 1.0:1.6, average age is 57. Localization of DD - D2 – 60%, D3 – 30% și D4 – 8%. Although duodenal diverticula are relatively common, only 12% of patients will develop symptoms. Due to non-specific manifestations, the diagnosis is often delayed or missed. Basic investigations are UE, ERCP, barium X-ray, CT and MRCP. DD are usually managed conservatively, until appears one of the possible complications. Less than 1% of patients with DD require surgical interventions.

Case report: Patient C, a 71-year-old woman, has a history of 7 years of blunt abdominal pain in the upper right of abdomen, associated with postprandial fullness and constipation. It was treated symptomatically, without improvement. From history - Crohn's Disease with medium activity. Laboratory data, US and UE are normal. Irrigoscopy has detected chronic colitis of the left colon. On Virtual Colonoscopy - diverticulum of the colon (7). The barium X-ray study revealed a DD in D4 approximately 5x5.6 cm. Having ruled