

Concluzii: Intervenția chirurgicală pe stomac cu excluderea duodenului din tranzit, de asemenea și by pass-ul gastric tip Roux-en-Y poate fi cauza a unei staze funcționale în ansa proximală, ceea ce crește riscul apariției litiazei biliare.

Cuvinte cheie: litiaza biliară, obezitate morbidă, rezecție gastrică.

BILIARY LITHIASIS CONSECUTIVE EXCLUSION OF THE DUODENUM OUT OF TRANSIT

Introduction: Major drew attention to the appearance of biliary lithiasis following the surgery operation on the stomach. At the same time, some authors believe that biliary lithiasis prophylaxis following the Roux-en-Y gastric bypass should be performed by routine cholecystectomy.

Material and methods: Our experience concerning the biliary lithiasis following surgery operations on the stomach in gastro-duodenal ulcers is based on the analysis of a group of 2565 patients treated for biliary lithiasis in the last 10 years (2009-2019). 18 (0.7%) presented biliopathy as a consequence of the operated stomach by Billroth II procedure. The average age was 58.2±7.8 years. Another group of 356 patients were operated by gastric by-pass type Roux-en-Y for morbid obesity, where 27(7.6%) subsequently operated for biliary lithiasis. Average age 40.3±5.6 years. The body mass at the time of surgery was 132.2±20.5 kg. Body Mass Index 44±7.3.

Results: The period between gastric surgery and the appearance of the gallstones in the 1st group is the following: from 1-3 years-8 (44.44%), 3-5 years - 3 (16.67%), 5-10 years-2 (11,11%), more than 10 years - 5 (27.78%). In the 2nd group the pause between gastric intervention and gallstones disease was as follows: 1-3 years-14 (51.85%), 3-5 years-8 (29.63%), 5-10 years-5 (18.52%).

Conclusions: Surgery on the stomach with the exclusion of the duodenum out of the transit as well as the Roux-en-Y gastric bypass may be the cause of a functional staph in the proximal ansa, which increases the risk of biliary lithiasis.

Key words: biliary lithiasis, morbid obesity, gastric resection.

TORSIUNEA ANEXELOR UTERINE LA COPII ȘI ADOLESCENTE



MIȘINA A¹, GUDUMAC E², HAREA P¹, BERNIC J²

¹Secția Ginecologie Chirurgicală, IMSP Institutul Mamei și Copilului, ²Catedra chirurgie, ortopedie și anestiziologie pediatrică, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Moldova

Introducere: Torsiunea anexelor uterine (TAU) este o patologie destul de rar întâlnită și poate potențial influența la necesitatea efectuării ovariectomiei (OE). Scopul studiului – studierea rezultatelor precoce și la distanță a intervențiilor organmenajante (IOM) în TAU la pacientele pediatrice.

Material și metode: A fost analizată baza de date a 267 paciente în vârstă ≤19 ani cu chisturi și tumori ovariene, operate în secția ginecologie chirurgicală din ianuarie 2000 până februarie 2019.

Rezultate: TAU s-au depistat în 36(13.5%) cazuri, vârsta medie a pacientelor a constituit 15.3±0.4 ani (95% CI:14.52-16.15). În 27(75%) cazuri au fost efectuate operații clasice (laparotomii) și în 9(25%) au fost utilizate tehnologiile laparoscopice. TAU s-au constatat mai frecvent din stânga decât din dreapta - 20(55.6%) vs 16(44.4%). În TAU din ambele părți mai des (p<0.0001) se întâlnește torsiunea mediană decât cea laterală - 31(86.1%) vs 5(13.9%). Ischemia ovarului de gr. III și IV s-a întâlnit statistic veridic mai frecvent (p<0.05), decât de gr. I și II - 23(63.9%) vs 13(36.1%). Gradul mediu de TAU a fost de 465±28.1° (95% CI:407.9-522.1) inclusiv 180° - 5(13.9%), 360° - 11(30%), 540° - 14(38.9%) și 720° - 6(16.7%). În cazul ischemiei de gr. II indicii medii al intensității rotației - 382.5±22.5° (95% CI:329.3-435.7), în gr. III - 460±31.6°(95% CI:387.1-532.9) și în gr. IV - 617.1±24.7° (95% CI:563.8-670.5) (p=0.0001, ANOVA). În cadrul intervențiilor chirurgicale în cazul TAU se practica tactica de IOM și etapele operației constau în: (1) stabilirea intensității rotației și gradului de ischemie; (2) efectuarea detorsiei pe etape (dozată); (3) după restabilirea culorii (ischemie de gr. I-III) se efectua chist(-tumor)ectomie cu reconstrucția ovarului. Timpul restabilirii culorii ovarului după TAU a constituit în mediu 28.7±1.4 min. (95% CI:25.77-31.76). Complicații legate de detorsie nu s-au constatat. IOM au fost efectuate mai frecvent decât OE, pe toată perioada de studii și frecvența lor a fost de 22(61.1%) vs 14(38.9%). Un factor important ce influențează efectuarea IOM este gradul de TAU, așadar în grupul cu efectuarea detorsiei și chist(-tumor)ectomiei statistic veridic mai des (p<0.0001) se depista un grad de rotație mai mic decât în grupul unde s-a efectuat OE - 368.2±27.7° (95% CI:310.5-4.25.8) vs 617.1±24.7° (95% CI:563.8-670.7). Implementarea metodei de detorsie în TAU a permis statistic veridic (p=0.0054) de mărit numărul IOM de la 35.2% (aa. 2000-2008) până la 84.2% (aa. 2009-2019). La examenul patomorfologic a fost stabilit că în majoritatea cazurilor (n=22, 61.1%) pricina TAU au fost tumorile benigne și în 14(38.%) – chisturile ovariene. Supravegherea după aceste paciente a fost în mediu de 83.4±9.3 luni (95% CI:64.16-102.7), nici într-un caz nu s-a fixat recidivarea TAU. La USG cu dopplerografie în toate cazurile s-au depistat dimensiuni și flux sanguin normal ale ovarului operat, cât și foliculogeneză normală.

Concluzii: În cazul TAU mai frecvent se întâlnesc torsiuni mediane: anexele stângi – după acele ceasului, cele drepte – contra ace. Detorsia cu chist(-tumor)ectomie trebuie considerată metoda de elecție, nu este însoțită de complicații și maximal păstrează funcția ovarului. Un risc potențial în efectuarea OE în cazul TAU trebuie considerat gradul de torsiune ≥540°.

Cuvinte-cheie: ovare, torsiune, detorsie

UTERINE ADNEXAL TORSION IN PEDIATRIC AND ADOLESCENT PATIENTS

Introduction: Uterine adnexal torsion (UAT) is a rather rare pathology and may potentially influence the need for oophorectomy (OE).

The aim of the study - studying early and distant outcomes of organ-preservation interventions (OPI) in UATs in pediatric patients.

Material and methods: The database of 267 patients aged ≤19 years with ovarian cysts and tumors was analyzed, operated in the department of surgical gynecology from January 2000 to February 2019.

Results: UAT was detected in 36(13.5%) cases, average of patients was 15.3±0.4 years (95% CI: 14.52-16.15). In 27(75%) of the cases classical operations (laparotomies) were performed, and in 9(25%) laparoscopic technologies were used. UAT was more frequently found in the left side, rather than in the right side - 20(55.6%) vs 16(44.4%). On both sides UAT, the median torsion was

31(86.1%) vs 5(13.9%) more often ($p < 0.0001$). Ischemia of the ovary of grade III and IV is met statistically more frequently ($p < 0.05$), rather than grade I and II - 23(63.9%) vs 13(36.1%). The average grade of UAT was $465 \pm 28.1^\circ$ (95% CI:407.9-522.1), including $180^\circ - 5(13.9\%)$, $360^\circ - 11(30\%)$, $540^\circ - 14(38.9\%)$ și $720^\circ - 6(16.7\%)$. In the case of grade II ischemia, the mean rotational intensity indices was $382.5 \pm 22.5^\circ$ (95% CI:329.3-435.7), in grade III - $460 \pm 31.6^\circ$ (95% CI:387.1-532.9) and grade IV - $617.1 \pm 24.7^\circ$ (95% CI:563.8-670.5) ($p = 0.0001$, ANOVA). In the case of UAT surgery, OPI tactics are practiced and the stages of surgery consist of: (1) determining the intensity of rotation and degree of ischemia; (2) performing dosed detorsion; (3) after restoration of the color (I-III grade ischemia) cyst (-tumor)ectomy was performed with ovarian reconstruction. The period to restore the ovary after UAT was 28.7 ± 1.4 min. (95% CI:25.77-31.76). Turn-over complications were not found. OPI were performed more frequently than OE throughout the study period, and their frequency was 22(61.1%) vs 14(38.9%). An important factor influencing the OPI is the degree of UAT, thus in the detorsion and cyst (-tumor)ectomy group statistical more often ($p < 0.0001$) there is a lower degree of rotation than in the group where OE was performed - $368.2 \pm 27.7^\circ$ (95% CI:310.5-425.8) vs $617.1 \pm 24.7^\circ$ (95% CI:563.8-670.7). The implementation of the detorsion method in the UAT has made it statistically true ($p = 0.0054$) to increase the number of OPI from 35.2% (2000-2008) to 84.2% (2009-2019). At the patomorphologic examination it was established that in most cases ($n = 22$, 61.1%) the UAT was benign tumors and in 14(38%) ovarian cysts. Follow-up of these patients was in average of 83.4 ± 9.3 months (95% CI:64.16-102.7), and nevermore were no recurrence of UAT. At USG with dopplerography, normal and normalized blood flow and normal folliculogenesis were detected in all cases.

Conclusions: In case of UAT, median torsions are found more frequently: clockwise rotation of the left adnexa, counterclockwise rotation of the right adnexa. Detorsion with cyst (-tumor)ectomy should be considered the method of choice, is not accompanied by complications and maximally preserves the function of the ovary. A potential risk of OE in the case of UAT should be considered as the torsion rate $\geq 540^\circ$.

Key words: ovaries, torsion, detorsion

HIPERTENIUNE PORTALĂ STÂNGĂ POSTTRAUMATICĂ MANIFESTATĂ PRIN VARICE FUNDICE HEMORAGICE



MIȘIN I^{1,2}, GHIDIRIM GH^{1,2}, ZASTAVNIȚCHI GH³, VOZIAN M^{1,2}

¹Catedra de chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi” și Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ²IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova, ³Spitalul Clinic Județean de Urgență, Constanța, Romania

Introducere: Varicele gastrice izolate (VGI) hemoragice sunt o complicație potențial letală cauzată de tromboza izolată a venei splenice. Autorii prezintă un caz de VGI hemoragice rezolvat prin fundectomie și splenectomie.

Material și metode: Un pacient, 50 de ani, a fost spitalizat cu hemoragie digestivă superioară. Din anamneză – traumatism abdominal bont rezolvat nonoperator. Examenul clinic: puls – 98 bătăi/min, tensiunea arterială - 100/60 mmHg. Splina de dimensiuni normale. Hemoglobina - 66 g/L, eritrocite - 2.4×10^{12} /L, Ht - 22%; leucocite - 9.3×10^9 /L, trombocite 250×10^9 /L. Biochimia sângelui normală cu excepția unei hipoproteinemii minore. Examenul endoscopic: VGI cu hemoragie, clasificate F3 Lg-f (The Japan Society for Portal Hypertension) sau IGV type 1 (clasificarea Sarin), acoperite cu un cheag. Deoarece ligaturarea endoscopică cu mini-loop a fost considerată ineficientă a fost decisă rezolvarea chirurgicală. Intraoperator au fost depistate varice subseroase fundice gigante și vena gastrică scurtă cu un diametru de 1.5 cm; nu au fost semne de ciroză sau patologie pancreatică. S-a efectuat devascularizarea pe curbura mare, splenectomie și fundectomie cu stapler liniar Proximate® 60 (Ethicon).

Rezultate: Perioada postoperatorie a fost fără complicații și pacientul a fost externat la a 11-a zi postoperator. Monitorizarea timp de 4 luni nu a înregistrat semne de recidivă.

Concluzii: Hipertensiune portală stângă cu varice fundice hemoragice este o situație rară, însă cu potențial letal înalt, care trebuie luată în considerație la pacienții cu hemoragie digestivă superioară și probe hepatice normale. Tratamentul de elecție este considerată rezecția fundică cu splenectomie.

Cuvinte cheie: Varice fundice izolate; Hemoragie; Fundectomie; Splenectomie

POSTTRAUMATIC LEFT-SIDED PORTAL HYPERTENSION MANIFESTED WITH BLEEDING FUNDAL VARICES

Background: Hemorrhagic isolated gastric varices (IGV) are a life-threatening complication induced by isolated splenic vein thrombosis. We describe herein a case with bleeding IGV successfully managed by stapling fundectomy with splenectomy.

Methods and materials: A 50-year-old male patient referred to our department for upper gastrointestinal bleeding. No past medical history except for a blunt abdominal managed non-operatively. Physical exam was unrevealing; heart rate – 98 beats/minute, blood pressure - 100/60 mmHg. No splenomegaly. Hemoglobin - 66 g/L, red blood cells - 2.4×10^{12} /L, Ht of 22%; white blood cell count - 9.3×10^9 /L and platelet count was 250×10^9 /L. Biochemical test was normal except for a minor hypoproteinemia. An upper endoscopy revealed bleeding IGV, considered as Lg-f F3 (The Japan Society for Portal Hypertension) or IGV type 1 (Sarin classification), covered with a clot. Since endoscopic mini-loop hemostasis was unfeasible, surgical management was decided. During surgery huge subserosal fundal varices and a 1.5 cm in diameter short gastric vein were observed and no liver cirrhosis or pancreatic pathology. Devascularisation on the greater gastric curvature, splenectomy and stapling fundectomy using a Proximate® linear stapler 60 have been performed.

Results: The postoperative period was uneventful and the patient discharged 11 days after surgery. During a 4 month follow-up the patient is free of disease recurrence.

Conclusion: The sinister portal hypertension with hemorrhagic fundal varices is a rare, but life-threatening condition, which should be suspected in all the patients with upper gastrointestinal bleeding and normal liver tests. The treatment of choice is considered to be the fundal resection and splenectomy.

Keywords: Isolated fundal varices, Hemorrhage; Fundectomy; Splenectomy