

**Introducere:** Tratamentul endoluminal al stricturii esofagiene sub control vizual cu balonașul și/sau bujii devine tot mai des o metoda de elecție.

**Material și metode:** Lotul de 30 copii diagnosticați cu strictură esofagiană, vârsta cuprinsă între 2 luni și 17 ani spitalizați în clinica de chirurgie pediatrică. Examenul radiologic bariatat a relevat dilatarea suprastenotică. Endoscopic: constatarea micșorării lumenului esofagian. Din anamneză: la 8 (26,6%) pacienți strictura a fost dictată de starea de esofagolpastie după atrezie de esofag, doi pacienți (6,6%) – aveau achalazie, unul (3,3%) – hernie axială transgastrică complicată cu stenoză. La 19 (63,3%) pacienți stricturile s-au dezvoltat ca rezultat al ingerării de substanțe și obiecte chimic agresive. Procedura de dilatare se efectua sub anestezie generală. Manipulările se monitorizau vizual. S-au folosit 2 tipuri de dilatatoare: balonașe și bujii Savary-Gilliard. Tratamentul endoluminal consta din sesiuni cu întreruperi de 1-3 zile între ședințe.

**Rezultate:** Rezultatul pozitiv: dimensiunile aperturii locului stricturat atingeau mărimea corespunzătoare vârstei copilului. Durata curei de tratament: 1 an – 1an și jumătate. Evoluție favorabilă - 66,6% pacienți. 20% cazuri sunt în tratament. La 3 (10%) procedura de dilatare s-a complicat cu perforații. Doi dintre pacienții cu perforație peste trei luni s-au reîntors la ședințele de dilatare endoluminală. Tratament chirurgical al perforației a suportat un pacient.

**Concluzii:** Dilatarea endoscopică de restabilire endoluminală a lumenului esofagian este o metodă efectivă, puțin agresivă, micșorează invalidizarea.

**Cuvinte cheie:** Stenoza esofagiană; Endoscopie; Dilatare

## ENDOSCOPIC PLASTY IN CHILDREN WITH ESOPHAGEAL STRICTURES

**Background:** The endoluminal treatment of esophageal strictures under the visual control with balloon and / or bouges is becoming more and more a method of choice.

**Methods and materials:** The group of 30 children diagnosed with esophageal stricture, were hospitalized in the pediatric surgery clinic. Endoscopic findings: a decrease in the esophageal lumen. From anamnesis: in 8 (26.6%) patients stricture was determined by esophagoplasty status for esophagus atresia, two patients (6.6%) had achalasia, one (3.3%) - transgastric axillary hernia complicated with stenosis. In 19 (63.3%) patients, strictures developed as a result of the ingestion of chemically aggressive substances and objects. The dilation procedure was performed under general anesthesia. Manipulations were visually controlled. Two types of dilators were used: Savary-Gilliard bouges and balloons. Endoluminal treatment consists of sessions with interruption of 1-3 days between procedures.

**Results:** The positive result: the size of the aperture of the trimmed place was corresponding to the child's age. Duration of treatment: one year - one and a half. Favorable development was in 66.6% of patients. 20% of cases are still under the treatment. At 3 (10%) the expansion procedure was complicated by perforations. Two patients with perforation over three months returned to the endoluminal dilation session. Surgical treatment of perforation underwent one patient.

**Conclusion:** The endoscopic dilatation for the purpose of restoring of the esophageal lumen is an effective, less aggressive method that decreases disability.

**Keywords:** Esophageal stenosis; Endoscopy; Dilation

## CAZ RAR DE HEMORAGIE DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ RECIDIVANTĂ. PROBLEME DE MANAGEMENT MEDICO-CHIRURGICAL



ROJNOVEANU GH<sup>1</sup>, IGNATENCO S<sup>1</sup>, GAGAUZ I<sup>1</sup>, GURGHIS R<sup>1</sup>, DOLGHII A<sup>2</sup>, BARAT S<sup>2</sup>, NAFORNIȚA IU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Catedra de Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, Univeristatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

<sup>2</sup>Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere:** Hemoragia digestivă superioară (HDS) rămâne încă cauză de morbiditate și mortalitate în chirurgia de urgență. Formațiunile duodenale complicate cu hemoragie, deși cazuistice creează probleme de management medico-chirurgical.

**Material și metode:** B/61ani, internat cu HDS postoperatorie recidivantă, după 2 operații urgente succesive pentru HDS de „cauză ulceroasă” (RG Billrot I și rezecție Balfour), transferat în IMSPIMU în stare critică, după 23zile de la prima intervenție. La spitalizare: dehiscenta bontului duodenal și a gastrojejunostomiei, eventrație.

**Rezultate:** TC cu angiografie atestă infiltrația țesutului adipos în regiunea gastrojejunostomiei, la nivelul D2-D3 pereți îngroșați, extravazare lipsind și formațiune de volum a rinichiului drept. La angiografia selectivă se determină extravazare în bazinul ar. pancreato-duodenale și se efectuează embolizare endovasculară cu Coil și microsferă Hydropearl, cu succes temporar. Diagnosticul exact, de fapt, s-a stabilit dificil abia la al 5-lea examen endoscopic retrograd rin ansa jejunală, care constată o tumoră duodenală 3,5-4cm cu suprafața vilooasă și cheag fixat. Rerelaparotomie după indicații vitale (hemoragii prelungite): înlăturarea formațiunii parietale antipapilare duodenale, colecistectomie cu drenarea CBP transpapilar și duodenoplastie atipică. După 22 zile se reinternează cu recidivă de hemoragie. După compensare în reanimare este reoperat: duodenopancreatectomie Wipple cu drenarea Wirsung-ului tip Volker și nefrectomie dreaptă. Histopatologic: carcinom nediferențiat duodenal cu concreștere exterioară și carcinom nefrocelular, țesutul pancreatic cu inflamație indurativă cronică. Durata de tratament de la debutul bolii până la externarea definitivă a constituit 150 zile.

**Concluzii:** Diagnosticul topic al HDS trebuie stabilit obligator până la intervenția chirurgicală pentru a evita operațiile neargumentate, care creează mari impedimente de management ulterior. Duodenopancreatectomia cefalică rămâne a fi singura soluție sigură de tratament a tumorilor duodenale complicate cu hemoragie.

**Cuvinte cheie:** hemoragie digestivă superioară, embolizare, duodenopancreatectomie cefalică

## RARE CASE OF RECURRENT SUPERIOR DIGESTIVE HAEMORRHAGE. MEDICAL-SURGICAL MANAGEMENT PROBLEMS

**Introduction:** Superior digestive haemorrhage (SDH) still remains a cause of morbidity and mortality in emergency surgery. Duodenal

formations complicated with hemorrhage, although are casuistic, create medical-surgical management problems.

**Material and methods:** 61 years old man, hospitalized with recurrent postoperative SDH, after 2 surgical interventions in emergency for SDH from ulcer (GR Billroth I and resection Balfour). He was transferred to IEM in critical condition, after 23 days from first surgery. At hospitalization: duodenal leakage and dehiscence of gastrojejunal anastomosis, eventration.

**Results:** CT with angiography revealed: infiltration of adipose tissue in the gastrojejunostomy region, thickened walls of D2-D3, absence of extravasation and tumor of the right kidney. At selective angiography was detected extravasation from pancreato-duodenal artery and endovascular embolization was performed with Coil and Hydropearl, with a temporary result. The exact diagnosis was established only after 5th endoscopic examination through jejunal loop. It revealed a 3,5-4 cm duodenal tumor with a villous surface and fixed clot. A relaparotomy was performed because of vital indications (prolonged bleeding): removing of the duodenal tumor, colecistectomy with transpapilar drainage of main duct and atypically duodenoplasty. He was hospitalized again after 22 days with an recurrent bleeding. Another surgical intervention was performed after stabilization of the patient in the intensive care department: Wipple procedure with Voelker drainage of the Wirsung duct and right nephrectomy. Histological results: undifferentiated duodenal carcinoma with external growth, nephrocellular carcinoma and chronic pancreatic inflammation. The duration of the treatment from the onset to the discharge: 150 days.

**Conclusions:** The topical diagnosis of the SDH must be established preoperatory, to avoid unjustifiably interventions. Cephalic duodenopancreatectomy remain the only safe treatment solution in case of duodenal tumors complicated with bleeding.

**Keywords:** superior digestive haemorrhage, embolization, cephalic duodenopancreatectomy

## TACTICA CHIRURGICALĂ ÎN DOUĂ ETAPE PENTRU COLECISTITĂ LITIAZICĂ AGRAVATĂ CU ICTER ȘI COLANGITĂ ACUTĂ OBSTRUCTIVĂ



SAMOHVALOV S<sup>1,2</sup>, DANCI A<sup>1</sup>, ANGHELICI GH<sup>2</sup>, SECANIA TATIANA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IMSP Spitalul Cancelariei de Stat, Secția endoscopie și chirurgie miniinvasivă, <sup>2</sup>Laboratorul Hepatochirurgie, Clinica nr. 2 Chirurgie ”Constantin Țibîrnă”, Catedra nr.2 Chirurgie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere:** Tratamentul chirurgical a litiazei biliare pe fondalul icterului obstructiv și colangitei acute este riscant din cauza multiplelor complicații și letalitatea înaltă postoperatorie.

**Materiale și metode:** Studiu a inclus 637 pacienți cu colecistită litiazică complicată cu icter și colangită obstructivă. Grup I -340 de pacienți tratați pe parcursul anilor 2011-2018, cărora la prima etapă a fost efectuată sfinceterotomie endoscopică și colecistectomia laparoscopică ulterioară. Grupul II– 297 cazuri pacienți din diferite clinici chirurgicale, cărora a fost efectuată colecistectomia cu sau fără drenarea cailor biliare principale și postoperator s-a depistat obstrucție canalului biliar comun cauzată de coledocolitiază s-au stricturi. La acest grup intervenție endoscopică pentru eradicarea obstrucției distale ale coledocului a fost efectuată ca etapa II.

**Rezultatele:** Evaluarea comparativă a rezultatelor tratamentului în ambele grupuri sa bazat pe prezența complicațiilor - hemoragiile din zona papilotomiei în primul grup în 2,1% (n = 7), în comparație cu 4,3% (n = 13), în al doilea grup. Frecvența pancreatitei acute după papilotomia endoscopică în ambele grupuri s-a dovedit a fi aproape identică și a constituit 4,48% (n = 15) și 4,7 % (n = 14), respectiv. Mortalitatea postoperatorie în lotul 2 a constituit 2,3% (4 cazuri), din cauza prezenței insuficienței hepatice progresante vs 0,88% (2 cazuri) în primul grup.

**Concluzii:** În prezența litiazei biliare complicate este preferabilă efectuarea tratamentului prin două etape, decompresie endoscopică a căilor biliare cu colecistectomia laparoscopică ulterioară. Tactica tratamentului chirurgical în două etape în Grup I a permis diminuarea evidentă traumei chirurgicale, reducerea numărului letalității și complicațiilor operatorii.

**Cuvinte cheie:** sfinceterotomie endoscopică, colecistită litiazică, colangita obstructivă

## DOUBLE-STAGE SURGICAL TACTICS FOR GALLSTONE DISEASE COMPLICATED WITH JAUNDICE AND ACUTE OBSTRUCTIVE CHOLANGITIS

**Introduction:** Surgical treatment of gallstone disease associated with jaundice and acute obstructive cholangitis is considered high risk because of multiple complications and high postoperative lethality.

**Materials and methods:** The study included 637 patients with gallstone disease complicated with jaundice and obstructive cholangitis. Group I - 340 patients treated during 2011-2018, whom in the first stage were subjected to endoscopic sphincterotomy with later laparoscopic cholecystectomy. Group II - 297 patients from different surgical departments, that supported cholecystectomy with or without draining of main biliary ducts, but during postoperative period was observed the obstruction of the common biliary duct, caused by choledocholithiasis or constrictions. In this group, the endoscopic intervention for the irradiation of the distal obstruction of the common bile duct was performed as stage II.

**Results:** The comparative evaluation of treatment outcomes in both groups was based on the presence of complications - haemorrhages from the papillotomy zone in first group - 2.1% (n = 7), in comparison with 4.3% (n = 13) in the second group. The frequency of acute pancreatitis after endoscopic papillotomy in both groups proved to be almost identical and constituted 4.48% (n = 15) and 4.7% (n = 14), respectively. Postoperative mortality in group 2 was 2.3% (4 cases) due to the presence of progressive hepatic failure vs 0.88% (2 cases) in the first group.

**Conclusions:** In the presence of complicated gallstone disease it is preferable to perform two-stage treatment, endoscopic decompression of the bile ducts with later laparoscopic cholecystectomy. The tactics of two-stage surgical treatment in Group I allowed an evident diminution of surgical trauma, reduced lethality number, and operative complications.

**Keywords:** endoscopic sphincterotomy, gallstone disease, obstructive cholangitis