

Introduction: A long time porcelain gallbladder was considered a relative contraindication to laparoscopic cholecystectomy, because of a high incidence of gallbladder cancer.

Material and methods: From 12000 patients underwent cholecystectomy in First Surgical Clinic of Iasi, 5 (0.04%) patients had porcelain gallbladder. All patients underwent ultrasound examen. Patients with porcelain gallbladder were classified as Type I to II according to preoperative ultrasound findings: three cases with porcelain gallbladder type I and two cases with porcelain gallbladder type II (in one case we found associated gallbladder carcinoma).

Results: We describe a three cases with porcelain gallbladder type I (complete calcification of gallbladder wall) treated by laparoscopic approach. Laparoscopic cholecystectomy was difficult because of adhesions and problems with grasping the thick gallbladder wall, but the postoperative course was uneventful. The histopathologic result of the specimen established the diagnosis of porcelain gallbladder type I and no cancer in the calcified wall of the gallbladder.

Conclusions: We conclude based on cases presented and the literature review, although there is a high conversion rate, that patients with a type I porcelain gallbladder should be considered for laparoscopic cholecystectomy using a preoperative selection based on the ultrasound findings.

LIMFANGIOMUL CHISTIC ABDOMINAL – ABORD LAPAROSCOPIC

TÂRCOVEANU E, DĂNILĂ N, BRADEA C, VLAD N, MOLDOVANU R, BLAJ M, FOTEA V, VASILESCU A

Clinica I Chirurgie, Clinica Universitară „Sf.Spiridon”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa”, Iași, România

Introducere: Limfangioamele chistice (LC) sunt tumori benigne rare de origine limfatică (anomalie vasculară congenitală). Cea mai frecventă localizare este regiunea craniană – față și gât (75% - higromă chistică), regiunea axilară și mediastinul (20%) și 5% - alte locații. LC retroperitoneale reprezintă <1% dintre cazuri.

Material și metode: Noi raportăm o serie din 7 cazuri de LC abdominale operate prin abord laparoscopic din 17 LC operate în ultimii 10 ani în Clinica I Chirurgie, Clinica Universitară „Sf.Spiridon”.

Rezultate: Raportul femeii/bărbați a fost de 6/1, cu vârstă medie de 35,6 ani (20-51 ani). Simptomele principale au fost durerea, distensia abdominală și prezența unei formațiuni abdominale palpabile. Pacienții au fost supuși examenului clinic, ultrasonografic și CT. Diagnosticul de LC a fost suspectat preoperator numai în 3 cazuri. Explorarea laparoscopică a pus în evidență existența tumorilor retroperitoneale numai în 2 cazuri, în mezenter, în omentul mare și mezocolon pe dreapta – câte un caz fiecare. Noi am recurs la excizia laparoscopică a chistului cu evoluție postoperatorie favorabilă. Dimensiunea medie a tumorii a fost de 11,4 cm. Durata medie de spitalizare a fost de 3,4 zile.

Concluzii: Abordul laparoscopic este fezabil (“standardul de aur”), stabilește diagnosticul și permite excizia chirurgicală completă, ceea ce diminuează riscul de recidive.

CYSTIC ABDOMINAL LYMPHANGIOMA – LAPAROSCOPIC APPROACH

Introduction: Cystic lymphangiomas (CL) are rare benign tumors, with lymphatic origin (congenital vascular anomaly). It locates the most frequent cranial region – face and neck (75% - cystic hygroma), mediastinum and axilla (20%) and 5% other locations. CL retroperitoneal represents <1% of cases.

Material and methods: We report a series of 7 cases of abdominal CL operated by laparoscopic approach from 17 CL operated in last 10 years in the First Surgical Clinic, “St.Spiridon” Hospital.

Results: The ratio female/male was 6/1, with a mean age of 35.6 years (20-51 years). The main symptoms were pain, abdominal distension and palpable abdominal mass. Patients were examined clinically, ultrasound and CT. The diagnosis of CL was suspected preoperatively only in 3 cases. Laparoscopic exploration reveals the existence of retroperitoneal tumor in 2 cases, in mesentery, in great omentum and in right mesocolon in 1 case each. We performed laparoscopic excision of the cyst with favorable postoperative course. Mean tumor size was 11.4 cm. Mean hospital stay was 3.4 days.

Conclusions: Laparoscopic approach is feasible (gold standard), certified diagnosis and allows complete surgical excision, which reduces the risk of relapse.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ LA PACIENȚII CIROTICI: CONTRAINDICAȚIE SAU INDICAȚIE DE ELECȚIE?

TÂRCOVEANU E, GEORGESCU ST, BRADEA C, LUPAȘCU C, VLAD N, BLAJ M, CRUMPEI F, VASILESCU A

Clinica I Chirurgie, Clinica Universitară „Sf.Spiridon”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa”, Iași, România

Introducere: Ciroza ficatului crește riscul litiazei biliare și pacienții prezintă un risc mare de hemoragie și infecție.

Material și metode: Într-un studiu retrospectiv noi am evaluat o serie din 152 pacienți cu ciroză a ficatului și litiază biliară operați în Clinica I Chirurgie, Iași, în perioada 2003-2013. Grupul I de pacienți ciroțici a fost comparat cu grupul II (5421) de pacienți cu ficat normal.

Rezultate: Pacienții care asociază ciroza ficatului cu litiaza biliară sunt semnificativ mai în vârstă (media de vârstă în grupul I a fost 57±12 ani vs 49±13 ani, p<0,0001). Bolile asociate au fost comparabile între cele două grupuri. Inflamația veziculei biliare a fost prezentă în 41 cazuri (26,97%) în grupul I și 1233 cazuri (22,74%) – în grupul II. În grupul I noi am efectuat 111 colecistectomii laparoscopice (7 conversii) și 41 colecistectomii deschise. Rata conversiei a fost comparabilă cu grupul de pacienți cu ficat normal. Noi am identificat o diferență statistică între cele două grupuri referitor la efectuarea colecistectomiei

atât prin metoda laparoscopică (47 ± 19 min vs 36 ± 12 min, $p=0,0053$) cât și metoda deschisă (106 ± 13 min vs 99 ± 12 min, $p=0,002$). Media de spitalizare a fost semnificativ mai scurtă la pacienții cu ficat normal ($4,7\pm 3,7$ zile vs $3,1\pm 2$ zile, $p=0,009$). În grupul de pacienți cu ficat cirotic și litiază biliară rata morbidității a fost de 6,3% în cazul metodei laparoscopice și mai înaltă – 21,9% în cazul metodei deschise. Dificultățile colecistectomiei laparoscopice la pacienții cu ficat cirotic au fost prezentate prin hipertrofia lobului drept, iar regenerarea nodurilor poate ascunde infundibulum și pediculul cistic, făcând disecția mai dificilă; lobul stâng tare și fix va obstrucționa câmpul operator și îngreuna trecerea instrumentelor către pediculul cistic, iar hipertensiunea portală și coagulopatiile sunt responsabile de creșterea riscului de hemoragie pe parcursul disecției.

Concluzii: Colecistectomia laparoscopică este indicată la pacienții cu simptomatice de litiază biliară și ficat cirotic stabil, tehnica este sigură și trebuie să constituie o metoda standard.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN CIRRHOTIC PATIENTS: CONTRAINDICATION OR ELECTIVE INDICATION?

Introduction: Liver cirrhosis increases the risk for pigmentary biliary stones and the patients have an increased risk for hemorrhage and infection.

Methods: In a retro-prospective study we evaluated a series of 152 patients with liver cirrhosis and gallbladder stones operated in the First Surgical Clinic Iași, during 2003-2013. Group I of cirrhotic patients we compared the group II (5421) of patients with normal liver.

Results: Patients who associate liver cirrhosis and gallbladder stones are significantly older (mean age of group I was 57 ± 12 years vs 49 ± 13 years, $p<0,0001$). The associate disorders was comparable between the two groups. Gallbladder inflammation was present in 41 cases (26.97%) from group 1 and 1233 cases (22.74%) from group II. In group I we performed 111 laparoscopic cholecystectomy (7 conversions) and 41 open cholecystectomy. The conversion rate was comparable with the group of patients with normal liver. We found a statistically difference between the two groups regarding difficulty in completing the cholecystectomy both in laparoscopic approach (47 ± 19 min vs 36 ± 12 min, $p=0,0053$) and open approach (106 ± 13 min vs 99 ± 12 min, $p=0,002$). The mean hospital stay was significantly shorter in the patients with normal liver (4.7 ± 3.7 days vs 3.1 ± 2 days, $p=0,009$). In the group of patients with liver cirrhosis and gallbladder stones the morbidity rate was 6.3% for laparoscopic approach and higher, 21.9% for open approach. Difficulties of laparoscopic cholecystectomy in patients with liver cirrhosis was right lobe hypertrophy and regeneration nodules can hide the infundibulum and the cystic pedicle making dissection more difficult, a hard and fix left lobe liver lob will obstruct view and interfere the progression of instruments to the cystic pedicle and portal hypertension and coagulation abnormalities are responsible for increased bleeding risk during dissection.

Conclusions: Laparoscopic cholecystectomy is indicated for patients with symptomatic gallbladder stones and stable liver cirrhosis, the method is safe and should be the standard approach.

GUȘA RETROSTERNALE

TÂRCOVEANU E¹, VASILESCU A¹, VLAD N¹, NICULESCU D¹, COTEA E¹, CRUMPEI F¹, DĂNILĂ N¹, MOGOȘ V², BRADEA C¹

¹Clinica 1 Chirurgie, ²Clinica de Endocrinologie, Spitalul „Sf.Spiridon”, UMF ”Gr.T.Popa”, Iași, România

Introducere: Noțiunea de gușă retrosternală sau substernală reprezintă coborîrea a mai mult de 50% de glanda tiroidă în cavitatea toracică.

Material și metode: A fost efectuat un studiu retrospectiv a cazurilor de gușă retrosternală sau substernală din totalul de 2482 pacienți ce au suportat tiroidectomie în Clinica 1 Chirurgie din Iași în perioada 2000-2010. Gușa retrosternală a fost depistată la 54 (2,17%) pacienți. Toți bolnavii au fost îndreptați la operație din Clinica de Endocrinologie.

Rezultate: Vîrsta medie a pacienților la momentul instalării diagnosticului a constituit $55,3\pm 3,58$ ani, majoritatea fiind femei – 83,3%. În manifestările clinice ale gușei retrosternale au dominat fenomenele de compresie. Dereglările funcției glandei tiroide au fost determinate prin teste hormonale efectuate în Clinica de Endocrinologie în 15 (27,7%) cazuri. Diagnoza de gușă retrosternală a fost suspectată în baza examenului clinic și confirmată imagistic: radiografie toracică, ultrasonografie, computer tomografie. Abordul cervical a fost utilizat cu siguranță, sternotomia fiind necesară doar în 8 (14,8%) cazuri. Morbiditatea postoperatorie a constituit 5,5% (3 cazuri) cu mortalitate nulă. Durata medie de spitalizare a fost 4,3 zile. Noi am comparat datele noastre recente cu raportul privind tratamentul gușei retrosternale și toracice în Clinica 1 Chirurgie din Iași în perioada anilor 1950-1979, publicat în revista „Chirurgia” în 1981.

Concluzii: Gușa retrosternală reprezintă o formă specifică de patologie a glandei tiroide cu o incidență scăzută. Diagnosticul și tratamentul gușei retrosternale implică o abordare multidisciplinară. Medicul endocrinolog are un rol important în diagnosticul și supravegherea postoperatorie. Deși intervenția chirurgicală este o metoda curativă de elecție pentru gușa substernală, persistă controverse privind abordul chirurgical și rata complicațiilor. Abordul cervical poate fi utilizat cu siguranță aproape în toate cazurile, sternotomia fiind efectuată fără ezitare în caz de necesitate.

RETROSTERNAL GOITERS

Introduction: The term of retrosternal or substernal goiter means that more than 50% of thyroid gland descends in the thorax.

Material and methods: There is a retrospective study on retrosternal and substernal goiter and its pathological features among 2482 patients who underwent thyroidectomy between 2000 and 2010 in the First Surgery Clinic of Iasi. Retrosternal goiter was diagnosed in 54 (2.17%) patients. All patients were referred to surgery from the Clinic of Endocrinology.

Results: Mean age at diagnosis was 55.3 ± 3.58 years, and most cases were found in women – 83.3%). The clinical picture of retrosternal goiter was dominated by compressive disorders. Thyroid function abnormalities were identified by hormonal assays performed on Endocrinology Clinic Iasi in 15 (27.7%) cases. The diagnosis of retrosternal goiter was suggested by clinical examination and confirmed by imaging: chest X-ray, ultrasound, CT scan. The cervical approach was safely performed. Only in