

Introducere: Pancreatita acută (PA) severă este o complicație post- colangiopancreatografie retrogradă endoscopică (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography - ERCP) și a manevrelor endoscopice la nivelul sfincterului Oddi – sfincterotomiei endoscopice (STE), incidența acesteia situându-se, după cele mai multe studii, în jurul valorii de 5%.

Material și metode: S-au studiat retrospectiv fișele a 380 pacienți ce au suportat ERCP cu STE în departamentul de chirurgie al IMSP IMU, în perioada anilor 2016 - 2017. Investigația s-a efectuat pentru suspjecție de obstacol a căii biliare principale. S-a manifestat PA post-ERCP cu STE la 69 pacienți (18%).

Rezultate: A predominat sexul feminin cu raportul femei/bărbați 6,(6)/1; Grupa de vârstă cu manifestarea de PA post-ERCP și STE a fost 41 – 50 ani, neînsemnat celelate grupe de vârstă. Cauzele ce au contribuit la dezvoltării PA post-STE sau determinat: defecțiuni tehnice în ERCP (27,5%); incizie extinsă pe papilla duodenală mare (≥ 1 cm) și atipice (33,3%); anatomie modificată (39,2%). PA post-ERCP și STE a decurs diferit după evoluție și anume: PA ușoară în 78% (54 pacienți) cazuri și PA severă 22% (15 pacienți) cazuri, dintre acestea necrotico-purulente cu complicații 6% (4 pacienți) cazuri. Letalitatea constituind 3% (2 pacienți) cazuri. În scopul profilaxiei PA post-ERCP și STE, pacienții sunt pregătiți de medical anesteziolog (ATI), la necesitate post-procedură pacienții sunt supravegheați și monitorizați în secția ATI. Post-ERCP și STE sunt analgizați, sunt la diet 0 pentru următoarele 12 – 24h, și se aplică sonda nazo-gastrală, iar volumul infuzat nu mai mic de 1,5 – 2l cu soluții cristalode cu spasmolitice, H2 –blocatori, inhibitorii pompei de protoni, analgetice.

Concluzii: ERCP cu STE este o investigație endoscopică invazivă cu riscuri majore dar și eficientă cu indicații absolute în patologia căilor biliare extrahepatice și a papilei duodenale mari.

Cuvinte cheie: Pancreatita acută; Post-ERCP; Post-sfincterotomie endoscopică

ACUTE PANCREATITIS POST- ERCP AND ENDOSCOPIC SFINCTEROTOMY

Background: Severe acute pancreatitis (PA) is a complication that develops in patients after endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) and other endoscopic maneuvers at the sphincter of Oddi (for example, sphincterotomy), the incidence of which is, according to many studies, around 5%.

Methods and materials: Retrospective studies of 380 patients who underwent ERCP with sphincterotomy in the IMSP IEM Surgery Department between 2016 and 2017 were retrospectively studied. Investigations were conducted for suspected obstruction of the main biliary tract. In 69 patients (18%) who underwent ERCP with sphincterotomy PA developed.

Results: The female to male ratio is 6, (6) / 1; The age group with the post-ERCP and sphincterotomy PA was 41-50 years, the incidence of other age groups were not significant. Causes that contributed to post-STE or post-STE development: technical failures in ERCP (27.5%); incision enlarged on large duodenal papilla (≥ 1 cm) and atypical (33.3%); modified anatomy (39.2%). PA post-ERCP and sphincterotomy manifested differently, namely: mild PA in 78% (54 patients) cases and severe PA 22% (15 patients) cases, of which necrotic-purulent with complications 6% (4 patients) cases. Lethality was 3% (2 patients) cases. For post-ERCP and sphincterotomy prophylaxis patients are consult by a medical anesthesiologist (ATI), post-procedure requiring patients are monitored in the Intensive Care Department. Patients after the procedure require good analgesic treatment, are at diet 0 for the next 12 - 24h, and the naso-gastric tube is applied, and the infused volume is not less than 1.5-2l with crystalline solutions with spasmolytic, H2 blockers, IPP, analgesics.

Conclusion: ERCP with sphincterotomy is an invasive endoscopic investigation with major risks but effective results in patients with absolute indications who represent pathology of extrahepatic bile ducts and large duodenal papillae.

Keywords: Acute pancreatitis; Post-ERCP; Endoscopic post-sphincterotomy

SCORUL KARAMAN – UN INSTRUMENT NOU DE APRECIERE A APENDICITEI ACUTE LA GRAVIDE.

ALA SUMAN¹, MIȘIN I¹, SUMAN S²



¹Catedra de Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, ²Catedra Anatomie Topografică și Chirurgie Operatorie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Modificările fiziologice normale în sarcină sunt similare celor în dezvoltarea apendicitei acute (AA), făcând diagnosticul extrem de dificil, cea ce face importantă analiza testelor de laborator și datelor clinice. Din datele literaturii anglo-saxone se remarcă semnificația scorului Karaman în diagnosticul AA la gravide, datorită informativității înalte.

Material și metode: Retrospectiv sa examinat baza de date a 22 cazuri de gravide cu AA, confirmat prin examenul histopatologic, au fost operate în departamentul chirurgie IMSP IMU, în perioada 2013-2018.

Rezultate: Vârsta medie a gravidelor – 26,4 ± 0,9 ani (95% CI: 24,40-28,23), termenul de gestație în mediu a constituit 15,8±1,3 săptămâni (95% CI:13,10-18,45). A predominat numărul gravidelor în al doilea trimestru (n=11), în trimestru I (n=10) și trimestru III (n=1). Timpul de la debut în mediu a constituit 12,3±2,1 ore (95% CI 8,043-16,59). Intervențiile chirurgicale au fost efectuate sub anestezie generală, în loc tipic prin acces McBurney. Morfopatologic avem confirmate: apendicita acută: flegmonoasă 90% (n=20) pacienți, catarală în 5% (n=1) și gangrenoasă în 5% (n=1). Pentru evaluarea scorului Karaman sunt necesari șase parametri (anorexie, migrarea durerii în fosa iliacă dreaptă, prezența semnelor peritoneale specific, dureri în fosa iliacă dreaptă, leucocitoză, devierea formulei leucocitare spre stînga), sistem de punctare de la +12 la -6. Conform scorului Karaman punctajul mediu a constituit 9,1±0,5, ce favorizează diagnosticul apendicitei acute și necesitatea intervenției chirurgicale de urgență.

Concluzie: Scorul Karaman este un sistem de punctaj nou, practic, rentabil și fezabil, dezvoltat pe baza acuzelor, simptomelor clinice, și datelor de laborator, ușor de utilizat și informative.

Cuvinte cheie: Scorul Karaman, apendicita, gravide, examen morfopatologic.

THE KARAMAN SCORE – A NEW DIAGNOSTIC SCORE FOR ACUTE APPENDICITIS

Introduction: Normal physiological changes in pregnancy are similar to those in the development of acute appendicitis (AA), making the diagnosis extremely difficult, which makes important the analysis of laboratory tests and clinical data. From the anglo-saxon literature, the significance of the Karaman score in AA diagnosis in pregnant, is thanks to high information.

Methods: Retrospectively, the the database was examined 22 pregnancies cases with AA, confirmed by morpho pathological examination, were operated in the IMSP IMU Surgery Department during 2013-2018.

Results: Average age of pregnant - 26.4 ± 0.9 years (95% CI: 24.40-28.23), the mean gestation term was $15.8 \pm 1, 3$ weeks (95% CI: 13.10-18.45). It increased the number of pregnancies in the second trimester ($n = 11$), in the first trimester $n = 10$, and the third trimester $n=1$. The time from onset to the media was 12.3 ± 2.1 hours (95% CI 8.043-16.59). Surgery interviews was performed using general anesthesia, in typical place McBurney's. Morpho pathological we have confirmed: 90% ($n=20$) phlegmonous appendicitis, bluetongue - 5% ($n=1$) and 5% gangrene ($n=1$). For the evaluation Karaman Score, 6 parameters are needed (anorexia, migraine pain in the right iliac fossa, presence of specific peritoneal signs, pain in the right iliac fossa, leukocytosis, leukocyte lesion to the left), scoring system from +12 to -6, cutoff point 9.1 ± 0.5 , confirming the presence of acute appendicitis and the need for emergency surgery.

Conclusion: The Karaman score is a new, practically cost effective and feasible score system developed based on accusations, clinical symptoms, and laboratory data, easy to use and informative.

Key words: Karaman score, appendicitis, pregnant, morphopathological examination.

TACTICĂ LA PACIENȚII CU COLANGITĂ ACUTĂ ȘI ICTER MECANIC



SUMAN ALA¹, GHIDIRIM GH¹, BERLIBA S¹, ZAGADAILOV DIANA³, SPĂTARU V³, SUMAN LIDIA²

¹Catedra Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, ²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ³Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Colangita acută severă și icterul mecanic decurge concomitent cu afectarea și organelor zonei hepato-bilio-pancreato-duodenale și a schimbărilor la nivelul papilei duodenale mari. Scopul: Importanța tratamentului minim-invasiv în diagnosticul și tratamentul colangitei acute și icterului mecanic.

Material și metode: Analiza retrospectivă efectuată a 470 pacienți, în IMSP IMU, în perioada 2016-2017. Selecția pacienților s-a efectuat în baza diagnosticului clinico-imagistic de icter obstructiv și anamneză.

Rezultate: A predominat sexul masculin în raport de 1:1,3 (femei:bărbați), după vârstă a predominat grupa de vârstă 61 – 70 ani - 136 pacienți (29%), urmată de 71 – 80 ani - 106 pacienți (22,5%) și de 41 – 50 ani - 106 pacienți (22,5%), peste 80 ani - 24 pacienți (5%). Adresarea tardivă, în mare majoritate peste 72 ore - 348 pacienți (74%). Pacienții cu colangită acută și icter mecanic au necesitat o atitudine promptă, în primile 24 – 48 ore efectuarea decompresiei biliare prin: (1) colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu sfincterotomie endoscopică (ERCP cu STE) la 380 pacienți (81%), cu amplasarea drenajului biliar intern – 48 pacienți (12,6%); (2) drenare transparietohepatică (TPH) la 19 pacienți (4%); (3) iar la 71 pacienți (15%) a fost imposibil tratamentul minim-invasiv. Cauzele ce au provocat icterul mecanic și colangitei au fost următoarele: coledocolitiaza - 133 pacienți (35%), diverticuli parapapilari - 65 pacienți (17%), Tumora Klatskin - 10 pacienți (3%), stenoza papilei duodenale mari 152 pacienți (40%), neo cap de pancreas - 19 pacienți (5%).

Concluzii: Examenul endoscopic ne permite determinarea cauzei și rezolvarea ei unimomental, indiferent de gradul severității colangitei acute și nivelul de obstrucție al căilor biliare. Necesitatea în specialiști și tehnică endoscopică este considerabilă, pentru a acoperi problema dată.

Cuvinte cheie: Colangita acută; Icter mecanic; Tratament minim invaziv

TACTICS TO PATIENTS WITH ACUTE COLANGITIS AND MECHANICAL JAUNDICE

Background: Severe acute cholangitis and mechanical jaundice develops concomitant with other impairments of the hepato-bilio-pancreato-duodenal region and changes in the large duodenal papillary. Purpose: The importance of minimally invasive treatment in the diagnosis and treatment of acute cholangitis and mechanical jaundice.

Methods and materials: The retrospective analysis of 470 patients in the IMSP IMU during 2016-2017. Patient selection was performed according to the clinical-imaging diagnosis of obstructive jaundice and anamnesis.

Results: Male predominates in relation to 1: 1.3 (women: men), age group 61-70 years predominated - 136 patients (29%), followed by 71-80 years - 106 patients (22, 5%) and 41-50 years - 106 patients (22,5%), over 80 years - 24 patients (5%). The late referral, mostly over 72 hours - 348 patients (74%). Patients with acute cholangitis and mechanical jaundice required a prompt attitude in the first 24 to 48 hours and biliary decompression was performed: (1) endoscopic retrograde cholangiopancreatography with endoscopic sphincterotomy (ERCP with sphincterotomy) in 380 patients (81%) and internal biliary drainage insertion - 48 patients (12,6%); (2) trans-parieto-hepatic drainage in 19 patients (4%); (3) and in 71 patients (15%), minim-invasive treatment was impossible. Causes of jaundice and cholangitis were: cholecystitis - 133 patients (35%), parapapillary diverticulitis - 65 patients (17%), Klatskin Tumor - 10 patients (3%), high duodenal duct stenosis 152 patients (40%), neo pancreas head - 19 patients (5%).

Conclusion: The endoscopic examination allows us to determine the cause and solve it unimodal regardless to the severity of the acute cholangitis and the level of obstruction of the bile ducts. The need for specialists and endoscopic technicians is considerable in order to cover the problem.

Keywords: Acute cholangitis; Mechanical jaundice; Minim-invasive treatment

CURA CHIRURGICALĂ LAPAROSCOPICĂ A HERNIILOR HIATALE: EXPERIENȚĂ PROPRIE



TARGON R, GUȚU E, BOUR A, DIMA A, POTLOG F, VRABIE A, RACOVITĂ V, MOLDOVAN I