

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 HERNILOR HIATALE: EXPERIENȚĂ PROPRIE



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

Catedra chirurgie nr.5, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic Militar Central, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Herniile hiatale (HH) simptomatice reprezintă o patologie frecventă, care este supusă tratamentului structurat în etape. HH paraesofagiene și HH asociate BRGE severă necesită tratament chirurgical.

Materiale și metode: În clinica au fost supuși tratamentului chirurgical prin abord laparoscopic 167 pacienți cu HH simptomatice (aa. 2011-2019). Repartiția HH conform SAGES (2013): tip I (n=135); tip II (n=6); tip III (n=23); tip IV, “upside-down” (n=3). Pacienții cu HH asociate cu BRGE au fost selectați pentru cura chirurgicală în baza criteriilor ghidului SAGES (2010): tratamentul medicamentos ineficient (n=78); alternativa tratamentului medicamentos (n=48); manifestări extra-esofagiene (n=38); BRGE agravată (n=3). Intervenția a inclus reducerea herniei, identificarea pilierilor și joncțiunii eso-gastrice, recalibrarea hiatusului esofagian prin crurorafie posterioară și realizarea valvei anti-reflux. În 141 cazuri a fost realizată fundoplicatura Nissen-Rossetti “short-floppy”, la 19 pacienți-procedeul Toupet și la 7 pacienți- procedeul Dor.

Rezultate: Incidente intraoperatorii rezolvate laparoscopic au inclus: leziuni hepatice (n=4), hemoragie din vasele scurte (n=3), capnotorax (n=3). Leziunea esofagiană (n=1) a servit indicație către conversie. Perioada medie a spitalizării a constituit 4 zile. Peste 3 luni după intervenție rezultatul excelent (scorul modificat Visick) a fost realizat la 11% pacienți; bun- 70%; satisfăcător – 16%, nesatisfăcător -3%. 36 pacienți nu au fost evaluați. Disfagie persistentă postoperator la 16 pacienți a necesitat dilatare endoscopică. Recurența semnelor de HH confirmată radiologic a fost constatată în 6 cazuri (3,5%).

Concluzii: Avantajele tehnicii chirurgicale laparoscopice sunt evidente în perioada postoperatorie: reducerea sindromului algic, spitalizarea redusă, recuperarea rapidă și rezultate funcționale satisfăcătoare. Abordul laparoscopic al HH voluminoase reprezintă o intervenție laborioasă, și necesită experiență în posedarea tehnicilor laparoscopice avansate.

Cuvinte cheie: Herniile hiatale, tehnicii chirurgicale laparoscopice

LAPAROSCOPIC HIATAL HERNIA REPAIR: PERSONAL EXPERIENCE

Background: Hiatal hernia (HH) is the common benign medical condition of the stomach and esophagus which needs step-by-step treatment approach. For patients that experience life-limiting symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) despite medical therapy and those diagnosed with paraesophageal hernia, surgical approach should be considered.

Materials and methods: The group of 167 patients underwent laparoscopic hiatal hernia repair for the period 2011-2019. Patients who have a HH associated with GERD were selected for interventional procedures based on SAGES guidelines (2010) criteria: medical management failure (n=78); desire for surgery due to quality of life considerations (n=48); presence of extra-esophageal manifestations (n=38) and complicated GERD (n=3). The procedure included reduction of the hernia sac, identification of both crura and the eso-gastric junction, obtaining at least 4 cm of intra-abdominal esophageal length, hiatal closure and laparoscopic antireflux procedure (LARP). LARP was performed as follows: 141 cases according to Nissen- Rossetti “short-floppy”, 19 according to Toupet, and 7 according to Dor.

Results: The majority of intraoperative incidents (bleeding from liver (n=4) and short gastric vessels (n=3), capnotorax (n=3)) were solved laparoscopically without sequelae. The esophageal lesion (n=1) served as an indication to open antireflux procedure. The average length of hospital stay was 4 days. Follow up data were analyzed, based on modified Visick scale, 3 month after surgery: excellent result was obtained for 11% of the patients, good - 70%, satisfactory- 16%, and unsatisfactory – 3 %. 36 individuals have not been evaluated. We observed the persistent dysphagia postfundoplication in 16 patients, these cases underwent the endoscopic dilation of the eso-gastric junction. The HH recurrence developed in 6 patients (3,5%).

Conclusions: The advantages of laparoscopic HH repair include less postoperative pain, short length of hospital stay, fast return to normal activities and satisfactory functional results. Although technically challenging, laparoscopic repair of giant HH is a viable alternative to “open” surgical approaches.

Key words: Hiatal hernia, laparoscopic repair

PROFESIA DE CHIRURG - DE LA OPORTUNITĂȚI LA RISCURI



GRIGORE TINICA^{1,2}

¹Institutul de Boli Cardiovasculare „Prof. Dr. George I.M. Georgescu”, ²Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Chirurgia, cândva regina specializărilor medicale, este și în prezent râvnită de mulți tineri absolvenți care aleg să urmeze rezidențiatul într-o specialitate chirurgicală. Cu toate acestea, în România și Moldova secolului XXI, profesia de chirurg se află într-o postură deficitară și, de ce nu, amenințată. Cerințele fizice, emoționale, spirituale, intelectuale și riscurile aferente profesiei de chirurg precum și repercusiune asupra vieții personale și familiale sunt incomplet sau chiar deloc discutate în cadrul prelegerilor din anii facultății sau de rezidențiat astfel încât tinerii medici le descoperă atunci când trebuie să le facă față și constată că așteptările lor sunt în contradicție cu realitatea. În occident, parcursul profesional, riscurile și stresul aferente profesiei de chirurg au făcut în ultimii ani obiectul unor cercetări extensive deoarece s-a constatat că se reprezintă un determinant major al afecțiunilor fizice și psihice care interferă cu viața profesională și personală cu impact direct asupra actului medical, atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ. Sacrificiile și efortul impuse de profesie alături de presiunea socială predispon chirurgii la sindromul de burnout, pot antrena disfuncții familiale, o reducere a autonomiei, deprivare de somn, induce un sentiment de izolare și dezechilibre între viața personală și cea profesională. Prezentarea de față își propune analiza oportunităților, cerințelor, satisfacțiilor și riscurilor aferente profesiei de chirurg în general și de chirurg cardiovascular în special din perspectiva autorului, chirurg cu peste 35 ani de experiență și formator de rezidenți și tineri specialiști. Departe de a fi un review exhaustiv, prezentarea se dorește un ghid prin viața de chirurg, potențial util tinerilor medici aflați la început de drum și cărora le-ar putea facilita parcursul.

Cuvinte cheie: profesie, chirurg, carieră, oportunități, riscuri