

drain (2), type D and type C – by plasty of main bile duct on Kehr drain (4), type A - by ligation of the duct and papillosfincterotomy (1). A specific complication (postischemic stricture of HJS), solved by transparietohepatic drainage and reapplication of HJS after 10 weeks. II group - 8 ILBD: 6 confirmed by ERCP and 1 by MRI – type E₁(2), type E₂(2), type E₃(1) and type D(2), solved by HJS (5), and by plasty of main bile duct on Kehr drain (2); 1 Type E₃ - by intraoperative colangiography, solved in emergency by draining the hepatic ducts separately and subsequent HJS. Specific complications (stricture of HJS) - 2, resolved by enterotomy and stenting with self-expanding metallic stent, in a case after repeated revision of HJS, the attempt of transpariethepatic stenting failed due to the impossibility of placing the transanastomotic guide.

Conclusions: ILBD management is strictly dependent on the time of diagnosis, type of lesion and surgical skills. The definitive surgical resolution of ILBD diagnosed postoperatively should be performed only in specialized centers, solving primary the septic complications.

Key words: iatrogenic lesions of the bile ducts, diagnostic-curative management

REZECTIA ȘI RECONSTRUCȚIA VENOASĂ ÎN CADRUL PANCREATODUODENECTOMIEI

GUȚU E, GUZUN V, CASIAN D, IACUB V

Catedra Chirurgie Generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; Spitalul Clinic Municipal Nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Pancreatoduodenectomia (PDE) este singura metodă potențial curativă pentru cancerul periampular. Totodată, la momentul stabilirii diagnosticului adenocarcinomul pancreasului în circa 50% de observații concrește în confluența venei mezenterice superioare (VMS) și venei porte (VP). Rezecția venoasă (RV) este indicată în cazul, când capul și/sau procesul uncinat nu pot fi disecate de la confluența VMS-VP fără rămânerea țesutului tumoral.

Material și metode: În perioada 2010-2018 au fost efectuate 68 PDE consecutive. Bărbați – 35, femei – 33, vârsta medie – 60,3 ani. RV a fost efectuată la 16 (23,5%) pacienți. Conform clasificării Tseng, RV1 (rezecție tangențială cu patch) s-a practicat în 2 (12,5%) cazuri; RV2 (rezecție segmentară cu ligaturarea venei lienale (VL) și anastomoză primară – în 6 (37,5%); RV3 (rezecție segmentară cu ligaturarea VL și interpoziția grefei) – în 3 (18,7%); RV4 (rezecție segmentară cu păstrarea VL și anastomoză primară) – în 4 (25%); RV5 (rezecție segmentară cu păstrarea VL și interpoziția grefei) – în 1 (6,3%) caz.

Rezultate: Durata operației a constituit 302±6 min (în lotul fără RV) vs 364±12 min (cu RV), p<0,0001. Pierderea sangvină intraoperatorie: 570±39 ml (fără RV) vs 1093±73 ml (cu RV), p<0,0001. Decesul în perioada postoperatorie precoce a survenit la 2 (3%) bolnavi. Pacienții după PDE cu RV au avut o supraviețuire similară cu cea după PDE fără RV.

Concluzii: Invazia izolată a tumorii în VMS-VP nu trebuie să fie o contraindicație pentru PDE în cazul cancerului pancreatic localizat. RV pot fi efectuate pe parcursul PDE cu rezultate bune, inclusiv supraviețuirea medie similară în comparație cu pacienții fără rezecție venoasă.

Cuvinte cheie: cancer pancreatic, pancreatoduodenectomia, rezecția venoasă

VENOUS RESECTION AND RECONSTRUCTION WITHIN PANCREATODUODENECTOMY

Introduction: Pancreatoduodenectomy (PDE) is the only potentially curative method for periampular carcinoma. However, at the time of diagnosis, pancreatic adenocarcinoma in about 50% of cases invades into the confluence of the superior mesenteric vein (SMV) and portal vein (PV). Venous resection (VR) is indicated when the head and/or uncinate process can not be dissected from the SMV-PV confluence without leaving the tumor tissue.

Material and methods: Sixty eight consecutive PDEs were performed during 2010-2018. Men – 35, women – 33, average age – 60.3 years. VR was performed in 16 (23.5%) patients. According to the Tseng classification, VR1 (tangential resection with) was performed in 2 (12.5%) cases; VR2 (segmental resection with splenic vein (SV) ligation with primary anastomosis – in 6 (37.5%), VR3 (segmental resection with SV ligation, with interposition of graft) – in 3 (18.7%); VR4 (segmental resection with SV preservation, with primary anastomosis) – in 4 (25%); VR5 (segmental resection with SV preservation, with graft interposition) – in 1 (6.3%).

Results: The length of surgery was 302±6 min (in the group without VR) vs 364±12 min (with VR), p<0.0001. Intraoperative blood loss: 570±39 ml (without VR) vs 1093±73 ml (with VR), p<0.0001. Death in the early postoperative period occurred in 2 (3%) patients. Patients after PDE with VR had similar survival as after PDE without VR.

Conclusions: The isolated tumor invasion in SMV-PV should not be a contraindication for PDE in localized pancreatic cancer. VR can be performed during PDE with good results, including similar mean survival compared to patients without venous resection.

Key words: pancreatic cancer, pancreatoduodenectomy, venous resection

DILATAREA ENDOSCOPICĂ ÎN TRATAMENTUL ȘI PROFILAXIA STRICTURILOR ESOFAGIENE LA NOU NĂSCUȚI OPERAȚI PENTRU ATREZIE DE ESOFAG

GUZGAN MARIANA¹, RAȘCOV V¹, RAȘCOV VALENTINA¹, GARBI I¹, PISARENCO A¹, DONICĂ L²

¹Endoscopie, Clinica Chirurgie, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova, ²S. C. Donica & Donica, Mangalia, România.

Introducere: Restabilirea tranzitului esofagian după plastia chirurgicală esofagiană este subiect recunoscut.

Material și metode: Studiul a cuprins 16 copii cu vârsta: două zile de la naștere și șase ani, spitalizați și operați de atrezie de esofag în clinica chirurgie pediatrică IMȘC în perioada 2012-2018. Dilatatoarele folosite: balonașe și bujii Savary-Gilliard.

Rezultate: În perioada preoperatorie endoscopic a fost constatată discontinuitatea esofagului cu, sau fără, prezența fistulei esofaringo-traheală. Postoperator s-a remarcat: restrângerea segmentelor individuale ale esofagului și imposibilitatea consecutivă a depășirii stricturii cu endoscopul corespunzător dimensiunilor esofagului; bride mucosale; fire restante; corpi străini. Localizarea și extensia stricturii de la gingii, datorită tehnologiei operațiilor a fost unică la toți pacienții. Stricturile au avut următoarele dimensiuni de apertură: până la 9 mm – 3 copii, 6-7 mm – 8, 4-5 mm – 4 și 2 mm – un copil. La o sesiune pacienții au suportat 3-5 dilatări. Dinamică pozitivă s-a înregistrat la toți copiii.

Concluzii: Endoscopia evaluează diferențiat rezultatele plastiei chirurgicale esofagiene, determină tratamentul endoluminal al stricturii anastomozei. Pacienții cu atrezie de esofag operați, necesită dispanserizare în primul an de viață, pentru depistarea posibilităților complicații – stenoza anastomozei, incompetență joncțională, refluxul gastro-esofagian. Strictura anastomozei trebuie dilatăată sub control vizual, urmată de dilatări de susținere, după necesitate.

Cuvinte cheie: atrezia esofagului, stenoza anastomozei, endoscopie, dilatare.

ENDOSCOPIC DILATION IN THE TREATMENT AND PROFILAXY OF ESOPAGIEN STRICTURES IN NEWBORNS OPERATED FOR ESOPHAGUS ATREZIA

Introduction: Restoring esophageal transit after esophageal surgery is a recognized issue.

Material and Methods: Study includes 16 children aged from two days to six years, operated for esophagus atresia during 2012-2018 years. Used dilators: balloons and Savary-Gillard bougies.

Results: Endoscopy revealed discontinuity of the esophagus, the presence or not of esophageal fistula. It was noted: the restriction of the individual segments of the esophagus and the consequent impossibility to overpass stricture with the corresponding endoscope; mucous membranes; residual threads; foreign bodies. The location and extension of stricture from the gums due to the operation technology was unique in all patients. The stricture had the following aperture dimensions: up to 9 mm - 3 children, 6-7 mm - 8, 4-5 mm - 4 and 2 mm - one. At one session the patients underwent 3-5 dilations. Positive dynamics was recorded in all children.

Conclusions: Endoscopy evaluates the results of surgical esophageal plasty, makes available the endoluminal treatment of anastomosis strictures. Patients with operated esophagus atresia require first-year dispanserization for detection of possible complications - anastomosis stenosis, junctional incompetence, gastro-esophageal reflux. Anastomotic strictures should be dilated under visual control, followed by maintaining dilations.

Key words: esophagus, anastomotic stenosis, endoscopy, dilation.

DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL ABCESULUI ILIOPSOAS

GUZUN V, SÎRBU M, GUȚU E

Catedra chirurgie generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Abcesul iliopsoas este o afecțiune relativ neobișnuită, care poate prezenta caracteristici clinice și imagistice nesigure. Afecțiunile necrotico-purulente în circa 45% cazuri sunt primare ca rezultat al răspândirii hematogene a infecției, iar în 55% - secundare traumatismelor, tumorilor sau inflamațiilor cu localizare urogenitală sau gastrointestinală; spectrul microbian cauzativ fiind predominant de *Staphylococcus aureus*.

Material și metode: Pe parcursul a 5 ani în Clinica chirurgie au fost tratați 6 pacienți cu abcese ale mușchiului iliopsoas; toate – cu localizare în partea dreaptă. Raportul femei:bărbați a fost de 1:1; vârsta a variat între 46 și 76 ani. La internare pacienții prezentau acuze la durere în regiunea iliacă și lombară dreaptă, febră până la 39°C pe o durată de la 7 până la 31 zile. Leucocitoza a fost în limitele 13,7-16,9x10⁹/l. Examinarea ultrasonoră la internare, efectuată la toți pacienții, a avut un aport semnificativ la stabilirea diagnosticului suspect de abces al mușchiului iliopsoas. Diagnosticul cert a fost stabilit în baza tomografiei computerizate. Toți pacienții au fost supuși intervenției chirurgicale numai după confirmarea imagistică a diagnosticului.

Rezultate: Cauzele dezvoltării abcesului: apendicita distructivă retrocecală (2 cazuri), plastron apendicular (1), traumatism (1), abcesul tuboovarian (1), iar într-un caz sursa nu a fost identificată. Pacienții au fost operați prin accesul lumbotomic extraperitoneal cu asanarea și drenarea abcesului. Antibioticoterapia a fost combinată, incluzând cefalosporine și metronidazol (în mediu – 17 zile). La toți pacienții a fost constatată o evoluție postoperatorie favorabilă. Durata spitalizării a variat de la 9 până la 35 zile.

Concluzii: Ultrasonografia reprezintă o metodă utilă pentru evidențierea inițială a colecțiilor purulente, însă pentru concretizarea localizării și etiologiei probabile necesită a fi examinați prin tomografie computerizată. Accesul lumbotomic extraperitoneal este sigur și suficient pentru drenarea adecvată a focarului purulent. Diagnosticul și tratamentul chirurgical precoce al abcesului pot contribui la reducerea morbidității și mortalității.

Cuvinte cheie: abcesul iliopsoas, ultrasonografia, tomografia computerizată, tratament chirurgical

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE ILIOPSOAS ABSCESS

Introduction: Iliopsoas abscess is a relatively uncommon condition that can present with vague clinical and paraclinical features. Necrotic - purulent disorders in about 45% of cases are primary, as a result of haematogenous expansion of the infection, and in 55% secondary to trauma, tumors or inflammations with urogenital or gastrointestinal location; the causal microbial spectrum being predominated by *Staphylococcus aureus*.

Material and method: During the last 5 years in the Department of Septic Surgery, 6 patients with abscesses of the iliopsoas muscle were treated; all – right side located. Women to men ratio was 1:1; the age varied between 46 and 76 years. On admission, patients had the complains of the pain in the right iliac fossa and lumbar region, fever up to 39°C for a period of 7 to 31 days. Leukocytosis was in the range of 13.7-16.9x10⁹/l. The ultrasound examination at admission, performed in all patients, brought a significant contribution to the diagnosis of suspected iliopsoas abscess. Final diagnosis was established based on computed tomography. All patients underwent