

Introduction: Liver metastasis (LM) is the most common malignant liver lesions, with an incidence of 18-40 times more common than primary malignant liver tumors. Helical CT is a method of choice for the detection of liver metastasis, is at the forefront of method radiology exploring patients with secondary liver pathology.

The purpose of study: identifying opportunities CT in detection of secondary liver lesions, establishment of relations with the hepatic veins, portal vein, liver hilum and diaphragm.

Material and methods: In the period 2014-2015 196 patients with LM (108 female / 88 male, age range 18-88 years, mean age 51.3 years) underwent contrast-enhanced 64-slice CT at the Medical Center “Excellence”. Spiral CT was applied with intravenous introduction of Omnipaque 350, bolus 4.5-5.0 ml/sec using two-phase protocol: arterial phase – 20-25 sec, portal phase – 55-65 sec.

Results: Of the 196 patients with LM were identified 58 (29.6%) of patients with LM from colorectal cancer, 28 (14.3%) – from pancreatic tumors, 20 (10.2%) – from gastric carcinoma, 10 (5.1%) – from esophageal tumors, 8 (4.1%) – from gallbladder tumors, 24 (12.3%) – from breast cancer, 18 (9.3%) – from lung cancer, 27 (13.8%) – from urogenital cancer and 3 (1.53%) – from melanoma. LM had multiple imaging features: hypo- or isointense LM, single or multiple, irregular outline with contrast enhancement in the arterial phase (homogeneous, heterogeneous or peripheral) and hypo-attenuating in portal venous phase; hiperintense LM (solid or calcified). LM presented the classic wash-in/wash-out pattern in 55% of cases, 48% of lesions had hyper-hypointense pattern, 24% – hyper-izointense pattern, 16% – iso-hypointense pattern, 12% – hypo-hypointense pattern.

Conclusion: CT with enhancement contrast is one of the most effective methods of imaging in the diagnostic of LM, demonstrating important accuracy in identifying secondary liver pathology.

SFINCTEROTOMIA ENDOSCOPICĂ FĂRĂ ERCP

DANCI A

Secția Endoscopie și Chirurgie Miniminvazivă, Spitalul Republican CSRA, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: În prezent ERCP este o metodă diagnostică bine cunoscută în cazul coledocolitiazii, stricturilor benigne sau maligne, și altor patologii ale ducturilor pancreatice și biliare. Totodată, 2-9% dintre pacienți vor dezvolta pancreatită, 3-9% – colangită, mai ales în cazurile de eșec a rezolvării endoscopice a obstrucției biliare. Rata mare a complicațiilor legate de ERCP sugerează utilizarea unei abordări mai puțin invazive și renunțarea la ERCP, când este posibil.

Material și metode: Au fost analizați 2130 pacienți care au necesitat ERCP în trei perioade distincte de timp. Grupul A (1992-1997) – 712 pacienți, care au suportat ERCP ca o parte obligatorie a sfincterotomiei endoscopice. Grupul B (1998-2005) – 832 pacienți, la care ERCP a fost efectuată în 317 (38%) de cazuri, doar pe indicații riguroase, cum ar fi calculi invizibili, bloc biliar proximal, anomalii ale căilor biliare. Grupul C (2006-2014) – 586 pacienți, ERCP a fost practică în 112 (19,2%), în cazul când MRCP nu a fost efectuată sau dacă au existat condiții speciale de litextracție sau stentare biliară.

Rezultate: Complicațiile specifice ale ERCP, cum ar fi: colangita, pancreatita și colecistita acută, au survenit la 65 (9,2%) pacienți din grupul A; în 54 (6,5%) – în grupul B; în 26 (4,5%) – în grupul C. ERCP a fost necesară ca a doua etapă de tratament după rezolvarea icterului și a colangitei la 12 (1,7%) pacienți din grupul A, și la 8 (1%) – din grupul C.

Concluzii: Tehnologiile neinvazive, cum este MRCP au majorat semnificativ rata de corectitudine a diagnosticului. În majoritatea cazurilor chirurgicale sfincterotomia endoscopică poate fi efectuată justificat fără ERCP. Refuzul rațional de la ERCP și utilizarea consecutivă a MRCP și ERCP reduce numărul complicațiilor specifice legate de acest procedeu.

ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY WITHOUT ERCP

Introduction: Currently, ERCP is the well known diagnostic procedure for bile duct stones, benign or malignant strictures, and other pathology of pancreatic and biliary ducts. However the 2-9% of patients will develop pancreatitis, 3-9% - cholangitis, especially in cases of failure to eliminate endoscopically the biliary obstruction. The high rate of ERCP-related complications suggests to use less invasive approach and to refuse from ERCP whenever possible.

Material and methods: A total of 2130 of ERCP-required patients were analyzed in three separate periods of time. Group A (1992-1997) – 712 pts who underwent ERCP as a mandatory part of endoscopic sphincterotomy. Group B (1998-2005) – 832 pts, in which ERCP was performed in 317 (38%) cases, only on rigorous indications, such as non-visible stones, proximal biliary obstructions, and biliary tree anomalies. Group C (2006-2014) – 586 pts, ERCP was done in 112 (19.2%), if MRCP was not performed, or if the special conditions for stone removing or biliary stenting are existed.

Results: The specific complications of ERCP such as: cholangitis, acute pancreatitis or cholecystitis, occurred in 65 (9.2%) pts in group A; in 54 (6.5%) – in group B; in 26 (4.5%) – in group C. ERCP was necessary as the second stage of treatment after jaundice and cholangitis improvement in 12 (1.7%) pts of group A, and 8 (1%) pts of group C.

Conclusions: Noninvasive technologies such as MRCP significantly increased the rate of successful diagnostic. In most surgical cases the endoscopic sphincterotomy can be done justifiably without ERCP. Rational refuse from ERCP in many cases, and also consecutive use of MRCP and ERCP decreases rate of specific procedural related complications.

ACHALAZIA: TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC VS DILATAREA PNEUMATICĂ CU BALON

DANCI A, SAMOHVALOV S, ANTON V

Secția Endoscopie și Chirurgie Miniminvazivă, Spitalul Republican CSRA, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Managementul achalaziei este controversat. Se prezintă comparația dintre cele două modalități de tratament.

Materiale și metode: Studiul prezintă rezultatele tratamentului a 17 pacienți cu achalazie în perioada 2002-2014. Dintre acestea 70% au fost bărbați și 30% – femei, în vîrstă de 24-65 ani (în medie – 44 ani). În pofida diferitei durate a bolii – de la 1 la 20 de ani (în medie – 3,5 ani), toți pacienții au prezentat o deteriorare în ultimele 6-12 luni înainte de internare. Pentru diagnostic a fost folosit algoritmul convențional, inclusiv examenul obiectiv, endoscopia, radiografia. Unsprezece pacienți au suportat intervenție laparoscopică – procedeul Heller, iar șase pacienți au fost tratați prin dilatarea pneumatică endoscopică cu balon (DPEB). Un pacient a suportat procedeul Heller, iar după doi ani – DPEB. Recurența bolii a fost diagnosticată la 14 luni după tratament laparoscopic.

Rezultate: Complicații intraoperatorii nu au fost. În perioada postoperatorie precoce s-au înregistrat 2 complicații (hemoragie postoperatorie – după 48 de ore și ruptura peretelui esofagian – în a șasea zi). Un caz de hemoragie esofagiană după DPEB s-a stopat spontan. Starea generală a pacienților după tratament chirurgical a fost apreciată ca bună (9) sau satisfăcătoare (2), nu s-au observat rezultate nesatisfăcătoare. Șase pacienți după DPEB au avut rezultat bun. Durata medie a spitalizării a fost 5 zile după operație și 2 zile – după DPEB. Rezultatele tratamentului au fost verificate la distanța de 3-6 luni și 1-12 ani. Toți pacienții au suportat FEGDS de control la 6-12 luni, iar 2 – examinare radiologică suplimentară, care a confirmat restabilirea permeabilității joncțiunii esofagogastrice.

Concluzii: (1) DPEB reprezintă procedeul de elecție în stadiile I-II ale achalaziei, este inofensivă, cu rezultate bune și poate fi repetată la necesitate. (2) Alegerea dintre tratamentul conservator și chirurgical al achalaziei, se efectuează în funcție de severitatea bolii, preferință fiind acordată ultimei. (3) În achalazia de gradul III și IV este indicat procedeul Heller, ca o metodă de tratament definitiv.

ACHALASIA: LAPAROSCOPIC TREATMENT VS PNEUMATIC BALLOON DILATATION

Introduction: The management of achalasia is controversial. A comparison between two treatment modalities is presented.

Materials and methods: Presented the results of treatment of 17 patients with achalasia in the period from 2002 to 2014. Of these, 70% were men and 30% - women, aged 24 to 65 years (mean age 44 years). In spite of the different duration of the disease – from 1 to 20 years (on average 3.5 years), all patients showed deterioration over the last 6-12 months before admission. To diagnose the disease was used the conventionally algorithm including physical examination, endoscopy, X-ray. Eleven patients were treated by laparoscopic Heller procedure, and six patients underwent endoscopic pneumatic balloon dilatation (EPBD). One patient underwent Heller procedure, and after two years – EPBD. Recurrences of the disease were observed in 14 months after laparoscopic procedure.

Results: No intraoperative complications occurred. In the early postoperative period – 2 complications (postoperative bleeding – after 48 hours, rupture of the wall of esophagus – on the sixth day). One case of esophageal bleeding occurred after EPBD and stopped spontaneously. The general condition of patients after surgery was assessed as a good (9), satisfactory (2), unsatisfactory results were not observed. Six patients after EPBD have good outcome. Mean hospital stay was 5 day after surgery and 2 days – after EPBD. Follow-up results of treatment were assessed on 3-6 months and 1-12 years. All patients underwent control FEGDS at 6-12 month, and in 2 cases – an additional X-ray examination, which confirmed the restoration of esophagogastric junction patency.

Conclusions: (1) EPBD is the procedure of choice in achalasia of the I-II stages is safe, with good outcome and may be repeated if necessary. (2) The choice between conservative and operative treatments of achalasia, depending on severity of disease, preference is given to the latter. (3) In the achalasia of III and IV stages Heller procedure is indicated, as a definitive method of treatment.

CONSIDERAȚII TEHNICE ASUPRA TRATAMENTULUI LAPAROSCOPIC ÎN HERNIILE HIATALE GIGANTE

DANILA N¹, ANDRONIC M¹, GEORGESCU S², TÂRCOVEANU E¹, BLAJ M³, CIUMANGHEL A³, COSTACHE M¹

¹Clinica I Chirurgie; ²Clinica II Chirurgie; ³Clinica ATI, Spital Clinic Universitar de Urgențe “Sf.Spiridon”, Iași, România

Introducere: Hernia hiatală gigantă este definită acea hernie care conține mai mult de o treime din stomac în sacul herniar. Reprezintă în general cam 5-10% din totalul herniilor hiatale, iar distanța dintre pilierii diafragmului este adesea peste 5 cm. Tehnica chirurgicală laparoscopică este metoda terapeutică cea mai bună, însă necesită anumite artificii tehnice.

Scopul studiului este de a implementa anumite gesturi chirurgicale în tratamentul laparoscopic al acestei entități.

Material și metode: Este un studiu retrospectiv pe 5 ani între ianuarie 2010 și decembrie 2014, realizat în Clinica I Chirurgie, Spital Clinic Universitar de Urgențe “Sf.Spiridon”, Iași. În acest studiu au fost incluși un număr de 32 de pacienți, dintre care 8 hernii hiatale gigantice. Criteriile de includere au fost: pacienți cu peste 1/3 din stomac în sacul de hernie, orificiul herniar peste 5 cm și pacienți care nu au mai fost operați pentru patologie esogastroduodenală.

Rezultate: Au existat complicații minore intraoperatorii ce au fost rezolvate (deschiderea pleurei în 4 cazuri cu sutura acesteia și o plagă hepatică la care s-a realizat hemostaza). Postoperator nu au fost complicații locale, controlul cu substanță de contrast făcîndu-se între ziua a 4-a și a 7-a postoperator. A existat un singur caz de pneumonie lobară ce s-a remis sub tratament medical. Particularitățile tehnice au fost cele legate de disecția sacului, închiderea orificiului și efectuarea procedurii antireflux.

Concluzii: Un diagnostic precis și bine documentat alături de folosirea unei tehnici adecvate duce la rezultate foarte bune pe termen lung în herniile hiatale gigante.

TECHNICAL CONSIDERATIONS ABOUT LAPAROSCOPIC TREATMENT OF GIANT HIATAL HERNIA

Introduction: Giant hiatal hernia is defined the hernia that contains more than a third of stomach in hernia sac. Generally represents about 5-10% of hiatal hernias and diaphragmatic distance between pillars is often more than 5 cm. Laparoscopic surgical technique provides the best approach, but it requires some technical fireworks.