

THE ALTERNATIVE OF MINIMALLY INVASIVE SCROTAL VARICOCELE

Purpose of the study: Eradication of scrotal varicocele by laparoscopic approach with the analysis of long-term results.

Material and methods: The material presents 32 cases of scrotal varicocele on the left, which was resolved by laparoscopy in the period 2014-2015. Surgical treatment of the left-side varicocele was made from the laparoscopic approach, using three trocars, under general anesthesia. Laparoscopically we found testicular vein in 3 anatomic variants, the only varicose vein - 21 cases; vein with two forks - 8 cases; vein with three forks - 3 cases. We isolated and dissected veins for 1 cm, applied clips proximal and distal and transected veins in all the cases. In the case of over-extension of the testicular vein, a part of it was taken for histological examination.

Results: The operation lasted 7-12 minutes. The duration of hospitalization of the operated patients was 1-2 days. There were no early postoperative complications. Long-term results in 1-3 months showed the disappearance of left-sided supra testicular "tangle of worms", and normalization of spermogram.

Conclusions: Laparoscopic surgical technique has indications in the treatment of varicocele, pushing aside the classic method. Laparoscopic access allows resolution of varicocele in a short time, with length of hospital stay of 1-2 days, without postoperative complications and obtaining good long-term results.

OPERCULECTOMIE MINIMINVAZIVĂ A CHISTULUI HIDATIC HEPATIC LOCALIZAT POSTERIOR

STRAJESCU G, BUJOR P, STRAJESCU D

Catedra chirurgie nr.2, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Scopul lucrării: Elucidarea particularităților de dezvoltare a chisturilor hidatice hepatice, selectarea metodelor de tratament chirurgical miniminvasiv a chisturilor cu localizare în segmentele posterioare.

Material și metode: Materialul examinat a constituit 67 de cazuri de localizare hepatică în SVII-SVIII a chisturilor hidatice. Materialul a fost realizat pe perioada anilor 2002-2014. Lotul de 52 de bolnavi a fost supus tratamentului chirurgical laparoscopic. Toate chisturile hidatice au fost uniloculare, de diferite dimensiuni – 6-13 cm în diametru. Perichistectomia hepatică a fost efectuată numai în 24 cazuri – chistul fiind situat cortical cu 2/3 de perichist în afara ficatului. În restul 43 cazuri a fost îndeplinită operculectomia hepatică deschisă. Metoda de drenaj în asemenea cazuri este anevoioasă, motiv din care am fost impuși să plasăm tubul de dren în poziție nedeclivă, astfel acumulându-se conținut hemobiliar în cavitatea reziduală. În cazuistica noastră totdeauna a fost găsită o porțiune de lamă hepatică subțire paraperichistică cu instalarea unui tub de dren în poziție declivă. Astfel am obținut uscarea cavității reziduale hepatice cu lichidarea ei.

Rezultate: Perichistectomiile hepatice (24) s-au încununat întotdeauna cu succes, durata perioadei postoperatorii fiind scurtă de 5-7 zile. În cazul operculectomiilor deschise 1 caz s-a soldat cu supurația cavității reziduale din cauza unei fistule biliare deschise care nu a fost suturată. Acest caz a fost rezolvat prin sanarea și tratamentul cavității cu antibiotice (instilație locală) și papilofinctorotomie endoscopică. În două cazuri în momentul chistofrenolizei a fost perforată diafragma, provocând pneumotorax. Cazurile au fost rezolvate prin drenajul cavității pleurale drepte cu suturarea diafragmei pe cale laparoscopică.

Concluzii: Tehnica laparoscopică în chisturile hidatice hepatice din segmentele posterioare are dreptul la viață. Apariția complicațiilor atât intraoperatorii, cât și postoperatorii își au rezolvarea și conduita tot pe cale laparoscopică.

MINIMALLY INVASIVE OPERCULECTOMY OF THE POSTERIOR HYDATID CYST OF THE LIVER

Purpose of the study: Elucidation of the peculiarities of hepatic hydatid cysts development and selection of minimally invasive methods of surgical treatment in cysts, localized in the posterior segments.

Material and methods: The studied material included 67 cases of hydatid liver cysts located in the SVII-SVIII. The material was carried out in the period 2002-2014. 52 patients underwent a laparoscopic surgical treatment. All hydatid cysts were unilocular, 6-13 cm in diameter. Liver pericystectomy was performed in 24 cases – when 2/3 of perichyst was outside the liver. We performed open hepatic operculectomy in the rest 43 cases. Drainage procedure in such cases is difficult, because of need to place the tube in non sloping position for accumulation of hemobiliar content in the residual cavity. In all our study we found a thin portion of hepatic tissue surrounding the pericyst placing a drainage tube in sloping position. Thus we obtained drying of liver residual cavity with its subsequent liquidation.

Results: Liver pericystectomy (24 cases) was always successful, with a short period of hospitalisation 5-7 days. In case of open hepatic operculectomy (43), 1 case was complicated with suppuration of the residual cavity due to open biliary fistula which had not been not sutured. This case was solved by topic treatment of the residual cavity (local instillation) and endoscopic sphincterotomy. At two cases required the cysto-phrenic dissection, ended with diaphragm perforation and pneumothorax. These cases were solved by the drainage of the right pleural cavity with laparoscopic suturing of the diaphragm.

Conclusions: In cases of hepatic hydatid cysts in posterior segments the laparoscopic technique can be performed. The intraoperative and postoperative complications can be solved also by laparoscopy.

MANAGEMENTUL LEZIUNILOR VASCULARE PENETRANTE

TALVING P

Universitatea din Tartu, Facultatea de Medicină, Departamentul de Chirurgie, Tartu, Estonia

Introducere: Managementul leziunilor vasculare (LV) a suportat schimbări semnificative pe parcursul ultimilor decenii. Resuscitarea hipotensivă, utilizarea turnichetelor în leziunile extremităților, înlocuirea angiografiei prin cateter cu CT-angiografie

(CTA) și „damage control” sunt doar câteva componente ale evoluției recente. Traumatismele penetrante reprezintă peste 36-50% din totalul LV traumatice.

Diagnosticul: Recunoașterea LV periferice se bazează pe examenul clinic cu stratificarea manifestărilor în „semne majore”, „semne minore” sau „semne absente”. În prezența semnelor majore repararea vasculară este necesară în aproape 100% cazuri. Aproximativ 1-8% dintre bolnavii cu semne minore pot avea LV ce necesită intervenție, fapt ce dictează necesitatea examenului imagistic. Recent investigația de elecție s-a schimbat de la angiografie prin cateter spre CTA și sonografie duplex. În absența semnelor LV investigațiile ulterioare nu sunt indicate.

Managementul chirurgical: Recoltarea grefei venoase la nivelul extremităților inferioare întotdeauna necesită condiții sterile. După realizarea controlului proximal și distal, vasul lezat este debridat în limita țesuturilor sănătoase. Cu ajutorul cateterului Fogarty se curăță vasele aferente și eferente și se aplică heparinizarea locală. Leziunile arteriale se repară prin sutura primară sau prin interpoziția unui grefon autolog sau din PTFE. Leziunile venoase se ligaturează conform tuturor scenariilor de „damage control”, deși în condiții controlate și cazuri selectate poate fi aplicată sutura laterală a venei. Venele: mezenterica superioară, portă, cava supra-renală și venele jugulare interne bilaterale se ligaturează numai în situații cu pericol pentru viață, manevra fiind însoțită de o morbiditate semnificativă. Pentru „damage control” utilizăm șunturi cu diametru maximal aplicabil leziunilor arteriale. Majoritatea absolută a șunturilor va rămâne patentă timp de 24 ore. Venele majore sau de importanță vitală la fel pot fi șuntate.

Evaluarea rezultatelor: Mortalitatea generală în LV civile constituie circa 29%, iar rata amputațiilor alcătuiește 8%.

Perspective: Au fost bine stabilite opțiunile de tratament endovascular în leziunile trunchiului arterial. În aceleași timp patența leziunilor tratate endovascular la nivelul extremităților rămâne până în prezent nedefinită.

MANAGEMENT OF PENETRATING VASCULAR INJURIES

Introduction: The management of vascular injuries (VI) has experienced significant changes in recent decades. Hypotensive resuscitation, utilization of tourniquets in extremity injuries, shift from catheter-based angiography to CT-angiography (CTA) and damage control are a few components of the recent evolution. Penetrating trauma results in more than 36-50% of all traumatic VI.

Making the diagnosis: The diagnosis of peripheral VI is based on clinical examination stratifying injuries into “hard signs”, “soft signs” or “no signs”. When hard signs are present close to 100% require vascular repair. About 1-8% of patients with soft signs of VI harbor a lesion requiring repair and thus imaging are advocated. Recently the investigation of choice has shifted from catheter based angiography to CTA or Duplex ultrasound. With no sign of VI, no further evaluation is indicated.

Operative management: Always include the lower extremities for conduit harvest in the sterile field. After obtaining proximal and distal vascular control, the injured vessel is debrided to the healthy tissue. A Fogarty catheter sweep clears the vascular inflow-outflow and regional heparinization is provided. The arterial injury is repaired primarily or utilizing autologous or PTFE interposition graft. Venous injuries are ligated in all damage control scenarios; however, in controlled settings in selected patients lateral venous repair can be performed. The superior mesenteric, portal, supra-renal cava, and bilateral internal jugular veins are ligated only in life-threatening settings with a significant morbidity. In damage control, we utilize the largest diameter shunt applicable for arterial injuries. The vast majority of shunts stay patent for 24 hours. Large and vital veins can likewise be shunted.

Outcome measures: Overall mortality in VI in civilian setting is about 29% and overall amputation rate is at 8%.

Future perspectives: Endovascular treatment options for truncal arterial injuries have been established. However, the patency of lesions managed by endovascular interventions in extremity injuries remains undefined.

CHIRURGIA GENERALĂ DE URGENȚĂ: E TIMPUL PENTRU O SPECIALITATE CHIRURGICALĂ NOUĂ?

TALVING P

Universitatea din Tartu, Facultatea de Medicină, Departamentul de Chirurgie, Tartu, Estonia

Introducere: În ultimele decenii societățile chirurgicale din Europa și America de Nord au aprobat separarea specialității de chirurgie programată de la cea de urgență. La baza acestor tendințe au stat: rezultatele nesatisfăcătoare ale spitalizărilor urgente, coordonarea inadecvată a serviciului, lipsa literaturii și a training-urilor specializate, alocarea limitată a resurselor și complexitatea înaltă caracteristică chirurgiei de urgență.

Realizări: Asociația Americană de Chirurgie a Traumei (AAST) a stabilit curriculum pentru o specialitate nouă – Chirurgia Stărilor Acute (Acute Care Surgery – ACS) care include trei elemente practice de bază: chirurgia de urgență, trauma și terapia stărilor critice. Astfel de compoziție educațională asigură o bază vastă de experiență necesară pentru tratamentul pacienților chirurgicali critici. Societatea Europeană de Traumă și Chirurgie de Urgență (ESTES), la fel este în proces de definire a curriculum-ului pentru specialitatea – Chirurgia Generală Urgentă (EGS), deși fără includerea compartimentului de terapie a stărilor critice, din motivul altor standarde de pregătire a chirurgilor în Europa. Asociația Japoneză de Medicină Urgentă (JAAM) a realizat 3 conferințe anuale comune cu AAST și a lansat o revistă oficială proprie – Journal of Acute Medicine and Surgery.

Evaluarea rezultatelor: O multitudine de literatură demonstrează beneficiile majore în urma creării acestei specialități chirurgicale noi. S-a înregistrat ameliorarea rezultatelor tratamentului efectuat de către specialiștii ACS/EGS pentru cea mai răspândită patologia chirurgicală urgentă – apendicita. La fel, s-au ameliorat rezultatele operațiilor efectuate de echipe specializate în chirurgia de urgență la pacienții cu afecțiuni biliare și colorectale acute.

Perspective: Specialitatea Chirurgia Generală Urgentă pare să aibă o perspectivă de extindere continuă pe viitor, întrucât chirurgii cu o pregătire specială vor demonstra rezultate superioare. Programele educaționale în ACS/EGS vor include elementele esențiale ale ortopediei, neurochirurgiei, reanimatologiei, chirurgiei vasculare, chirurgiei generale de urgență,