

Rezultate: Vîrsta bolnavilor a variat de la 19 ani pînă la 83 ani. În 19,64% cazuri din lotul I întreruperea extraluminală a fost anticipată de trombectomie parțială. La bolnavii operați în perioada postintervențională precoce au fost documentate imagistic 5 cazuri de embolizare la nivelul barierei create artificial, însă nici un caz de trombembolism pulmonar simptomatic nou-dezvoltat. În lotul II au fost înregistrate 4 cazuri de trombembolism pulmonar simptomatic, inclusiv două cazuri fatale – toate dezvoltate pe parcursul spitalizării.

Concluzii: În cazuri selecte de TVP flotantă tratamentul chirurgical deschis (întrerupere venoasă extraluminală) ar putea rămîne o alternativă eficientă de prevenire a trombembolismului pulmonar simptomatic. Totuși, criteriile utilizării actuale a intervențiilor respective rămîn a fi precizate.

MANAGEMENT OF FREE-FLOATING DEEP VEIN THROMBOSIS: SURGICAL VS. CONSERVATIVE APPROACH

Introduction: Deep vein thrombosis (DVT) of the lower extremities remains consistently one of frequently diagnosed pathology. Thromboreductive minimally invasive techniques such as catheter-directed thrombolysis and percutaneous thrombectomy have gained increasing popularity in the modern treatment of DVT. However, in conditions of limited access to endovascular treatment, optimal management of DVT, especially of free-floating form, awakens controversy.

The aim of study: Comparing the results of surgical vs. conservative treatment for free-floating DVT.

Material and methods: We compared clinical outcomes and ultrasound investigations data recorded during assessment of two groups of patients with free-floating DVT: group I (surgically treated; n=56) vs. group II (conservatively treated; n=23). The diagnosis was confirmed in all cases by Doppler-duplex ultrasound. In group I anticoagulation was associated with extra-luminal interruption of the deep vein proximal to free-floating part: venous plication (in some cases associated with thrombectomy of free-floating part) or venous ligation. In group II anticoagulants were prescribed.

Results: Age of patients ranged from 19 years up to 83 years. In 19.64% of cases from group I extra-luminal deep vein interruption was anticipated by partial thrombectomy. In operated patients five cases of embolization at the level of the artificially created intraluminal barrier were documented by imaging conducted in early postoperative period, but no new cases of symptomatic pulmonary embolism occurred. In group II there were 4 cases of symptomatic pulmonary embolism, including two fatal cases – all developed during hospitalization.

Conclusions: In particular cases of free-floating DVT extra-luminal venous interruption could remain an effective alternative to prevent symptomatic pulmonary embolism. However, criteria for actual using of respective interventions remain to be specified.

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL AL CANCERULUI DE PANCREAS

HOTINEANU A, HOTINEANU V, CAZAC A, SÎRGIHI V, IVANCOV G, BURGOCI S

Catedra de Chirurgie nr.2, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Cancerul pancreatic (CP), deși reprezintă doar 2% din totalul tumorilor maligne, constituie a 5-a cauză de mortalitate prin cancer și a 3-a cauză de letalitate dintre neoplazmele digestive.

Scop: Analiza rezultatelor retrospective a tratamentului chirurgical al CP.

Material și metode: Studiul prezintă o analiză retrospectivă a unui lot de 814 pacienți cu CP și a regiunii periampulare, spitalizați în perioada 2000-2014 în SCR, Catedra de Chirurgie nr.2. Au fost analizate o serie de aspecte clinice: localizarea și diametrul tumoral, stadiul, prezența adenopatiilor metastatice, morbiditatea postoperatorie și supraviețuirea la distanță. Pacienții au fost supuși următoarelor intervenții chirurgicale: rezecție cefalopancreatică – 239 (29,3%), dintre care la 169 (70,7%) bolnavi s-a efectuat operația Child, 51 (21,3%) cazuri – operația Whipple, operația Traverso-Longmire realizată la 19 (7,9%) pacienți. Rezecție pancreatică corporocaudală s-a efectuat în 53 (6,5%) cazuri, anastomoză biliodigestivă (by-pass biliodigestiv) – în 273 (33,5%), splansectomie toracoscopică – în 29 (3,5%), drenare CBP ca unică metodă de tratament – în 35 (4,3%), by-pass biliodigestiv extern – în 198 (24,3%), laparotomie cu prelevarea biopsiei – în 16 (1,9%).

Rezultate: Mortalitatea postoperatorie a fost sub 5%. Supraviețuirea maximală pentru cazurile de carcinoid pancreatic a fost de 8 ani, pentru CP supraviețuirea medie pe grup – de 26 luni, supraviețuire maximală – de 4 ani.

Concluzii: Tratamentul CP poate avea viză curativă, când are ca obiectiv creșterea supraviețuirii sau poate fi doar paliativ când se au în vedere combaterea unor simptome și creșterea calității vieții. Tratamentul CP este multimodal (chirurgical și radiochimioterapie), strategia terapeutică fiind stabilită în funcție de localizarea și extensia locoregională a tumorii.

DIAGNOSTIC ISSUES AND SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CANCER

Introduction: Pancreatic cancer represents 2% of total number of malignant tumors and is 5th cause of mortality by cancer and 3rd cause of lethality by digestive neoplasms.

Aim of study was to analyze retrospective results of surgical treatment of pancreatic cancer.

Material and methods: This study represents the analyses of patients' group (n=814) with pancreatic and periampullar tumors which were admitted in second department of surgery, during 2000-2014 year. We have analyzed a lot of clinical aspects: localization, size, stage, presence of metastatic lymphadenopathy, postoperative morbidity and survival. The patients have been undergone surgical procedure: cephalopancreatic resection – 239 (29.3%), Child procedure – 169 (70.7%), Whipple procedure – 51 (21.3%), Traverso-Longmire procedure – 19 (7.9%). Pancreatic corporo-caudal resection was performed in 53 (6.5%) cases, bilio-digestive anastomosis – in 273 (33.5%), thoracoscopic splansectomy – in 29 (3.5%), drainage of main biliary duct – in 35 (4.3%), external biliodigestive by-pass – in 198 (24.3%), laparotomy with biopsy – in 16 (1.9%).

Results: Postoperative mortality was less than 5%. Maximal survival for pancreatic carcinoid was 8 years, average survival for pancreatic cancer was 26 months, and maximal survival was 4 years.

Conclusion: The treatment of pancreatic cancer is multimodal (surgical and radio-, chemotherapy). Therapeutic strategy depends on localization and locoregional tumor extension.