

TRANSPLANTUL HEPATIC – EVALUAREA DE DURATĂ A RECIPIENȚILOR

HOTINEANU A¹, HOTINEANU V¹, COJOCARU V², DUMBRAVA V-T³, TARAN N⁴, PELTEC A³

¹Catedra Chirurgie nr.2, ²Catedra Anesteziologie și reanimare nr.2, ³Disciplina de gastroenterologie, Departamentul Medicină Internă, ⁴Laboratorul de gastroenterologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Transplantul hepatic (TH) reprezintă tratamentul cirozei hepatice în stadiul terminal. Complicațiile postoperatorii se atestă oricărui proces chirurgical, fiind precoce în prima lună și tardive după acest interval.

Scopul: Evaluarea recipienților post-transplant (2013-2015).

Material și metode: Studiul include 35 recipienți, vârsta medie 46,74±1,89 ani, 23 (65,71 %) – bărbați, 12 (34,29%) – femei. La 9 (25,71%) – realizat TH de la donator viu, la 24 (68,57%) – TH de la donator în moarte cerebrală, la 2 (5,71%) – TH cu ficat împărțit. La 13 (37,14%) – efectuat TH în RM. Etiologia maladiei: virală (VHB – 4; VHC – 7; VHD – 18); VHD/CHC – 2, fibroză hepatică idiopatică – 1, insuficiență hepatică acută – 2, ciroză biliară primitivă – 1. Tratamentul de imunosupresie: standart, conform protocolului.

Rezultate: Complicații precoce: a). tromboză de arteră hepatică – 1 (2,86%); b). rejet acut – 3 (8,57%), 1 – tratat prin pulsterapie; c). hemoragie intracerebrală – 1 (2,86%); d). complicații medicale: pulmonare – 4 (11,43%), renale – 3 (8,57%), neurologice – 3 (8,57%); e). complicații biliare – fistulă tranșă secțiune hepatică – 2 (5,71%), peritonită biliară – 1 (1,86%). Complicații tardive: a). biliare prin stenoză anastomotică – 4 (11,43%), 2 rezolvate prin stentare; b). rejet cronic – 2 (5,71%); c). complicații medicale – insuficiență renală – 3 (8,57%), hipertensiune arterială – 2 (5,71%), dislipidemii – 2 (5,71%), obezitate – 1 (1,86%); d). recidivă a afecțiunilor primare post-transplant: VHB – 1, VHC – 5, din care 1 cu răspuns susținut. Mortalitatea postoperatorie – 3 (8,57%): hemoragie intracerebrală – 1, rejet acut – 2.

Concluzii: Complicațiile postoperatorii precoce s-au estimat în 61,54%: chirurgicale 23,07%, terapeutice 38,46%; printre complicațiile tardive predomină cele terapeutice 45,71%, supraviețuirea grefei – 91,43%.

LIVER TRANSPLANT – ASSESSMENT OF RECIPIENTS, IN TIME

Introduction: Liver transplantation (LT) is the treatment of end-stage liver cirrhosis. Postoperative complications are as per any surgical process, observed too early if in first month and too late after this period.

Aim: Assessment of post-transplant recipients, across time (2013-2015).

Material and methods: The study included 35 recipients, average age 46.74±1.89, 23 (65.71%) – men, 12 (34.29%) – women. 9 (25.71%) transplanted from living donor, 24 (68.57%) – whole liver, brain-dead donor, 2 (5.71%) – split liver. 13 (37.14%) recipients were transplanted in Republic of Moldova. Disease etiology: viral (HBV – 4, HCV – 7, HDV – 18); HDV/CHC – 2, idiopathic hepatic fibrosis – 1, acute liver failure – 2, primary biliary cirrhosis – 1. Immunosuppression treatment: standart, according to protocol.

Results: Early complications: a). hepatic artery thrombosis – 1 (2.86%); b). acute rejection – 3 (8.57%), of which 1 (2.86%) treated through pulse-therapy; c). intracerebral hemorrhage – 1 (2.86%); d). medical complications: pulmonary – 4 (11.43%), renal – 3 (8.57%), neurological – 3 (8.57%); e). biliary complications – liver fistula installment section – 2 (5.71%), biliary peritonitis – 1 (1.86%). Late complications: a). biliary anastomotic stenosis – 4 (11.43%), of which 2 (5.71%) resolved through stenting; b). chronic rejection – 2 (5.71%); c). medical complications – kidney failure – 3 (8.57%), hypertension – 2 (5.71%), dyslipidemia – 2 (5.71%), obesity – 1 (1.86%); d). primary disease relapse post-transplant: HBV – 1, HCV – 5, of which 1 sustained response. Postoperative mortality – 3 (8.57%): intracerebral hemorrhage – 1, acute rejection – 2.

Conclusions: Early postoperative complications were estimated at 61.54%: 23.07% – surgical, therapeutic – 38.46%; therapeutic complications – 45.71%, prevail among tardive complications, graft survival – 91.43%.

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL TUMORILOR MALIGNNE DE PANCREAS CU INVAZIE VASCULARĂ

HOTINEANU A, HOTINEANU V, IVANCOV G, BURGOCI S, SÎRGI V, CAZACU D

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

Introducere: În Republica Moldova incidența cancerului pancreatic este în creștere cu 4-5% anual. Deși mortalitatea după rezecția pancreatică pentru cancer a scăzut de la 20-30% în anii 60'-70' la sub 5% în prezent, morbiditatea se menține încă destul de ridicată (20-50%).

Scop: Analiza rezultatelor retrospective ale tratamentului chirurgical al tumorilor maligne de pancreas cu invazie vasculară.

Material și metode: Studiul dat reprezintă o analiză a unui lot de 814 de pacienți cu tumori a pancreasului spitalizați în perioada 2000-2014 în SCR, Catedra de Chirurgie nr.2. Rata rezecabilității la acești pacienți a fost (35,8±2,8%, p<0,001). În timpul de față non-rezecabilitatea este determinată de implicarea în procesul tumoral a arterei mezenterice superioare. Astfel, devine o necesitate indispensabilă stabilirea invaziei tumorale vasculare preoperator precum și implicarea AMS în proces prin abordarea acesteia intraoperator. Această variantă tehnică este practică în Clinică la un lot de bolnavi din anul 2007, realizându-se 19 DPC cu rezecție vasculară de venă portă. Dintre acestea, la 8 pacienți s-a practicat reconstrucția vasculară prin anastomoză primară, în 4 cazuri s-au utilizat grefe sintetice, iar la 7 bolnavi s-a realizat rezecție venoasă marginală.

Rezultate: Letalitatea în perioada postoperatorie precoce a constituit 10,5% (2 cazuri). Supraviețuirea – de 29,1 luni după duodenopancreatectomie cefalică cu rezecția venei porte/veneii mezenterice superioare.

Concluzii: Invazia vasculară venoasă a tumorii de pancreas nu reprezintă o contraindicație a rezecabilității, astfel, DPC asociată cu rezecția de VP/VMS, evidențiază o supraviețuire a pacienților, echivalentă cu DPC fără afectarea/rezecția axului venos.

SURGICAL MANAGEMENT OF MALIGNANT PANCREATIC TUMORS WITH VASCULAR INVASION

Introduction: In Republic of Moldova, incidence of pancreatic cancer is with increasing 4-5% per year. The mortality after pancreatic resection for cancer has decreased from 20-30% in the 60-70th to less than 5% in present. Morbidity remains very high 20-50%.

Aim of study was to analyze retrospective results of surgical treatment of malignant pancreatic tumors with vascular invasion.

Material and methods: this study represents the analyze of patients' group (n=814) with pancreatic tumors which were admitted in second department of surgery, clinical republican hospital, during 2000-2014 year. Incidence of resectability was 35.8±2.8%, p<0,001. Nowadays the nonresectability is determined by involvement in tumoral process of the superior mesenteric artery. Is mandatory to stabilize vascular tumoral invasion in preoperative period and involvement of superior mesenteric artery in process by intra-operative exploration. This technical procedure was practiced to a number of patients in our clinic since 2007, 19 cephalic duodenopancreatectomy with portal vein resection were performed. In 8 cases primary vascular anastomosis was applied; 4 cases synthetic grafts were used and in 7 – marginal venous resection was performed.

Results: Mortality in the early postoperative period was 10.5% (2 cases). Survival after cephalic duodenopancreatectomy with portal vein/mesenteric superior vein resection was in 29.1 months.

Conclusion: Venous vascular invasion of pancreatic tumors don't represent a contraindication for resectability. Cephalic duodenopancreatectomy with portal vein/mesenteric superior vein resection has a survival equal with survival after cephalic duodenopancreatectomy without venous involvement or resection.

SINDROMUL STAZEI DUODENALE LA BOLNAVUL CU LITIAZĂ VEZICULARĂ

HOTINEANU V, BUJOR S, MORARU V, BUJOR P

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

Introducere: Diagnosticul etiopatogenetic al litiazei biliare (LB) la bărbați rămîne neelucidat, subiectul fiind reflectat prin publicații sporadice. Aparent simplă, depistarea ultrasonoră a calculilor nu prezintă dificultăți, pe cînd elucidarea mecanismelor LB la bărbați denotă opinii discutabile.

Scopul: A studia incidența stazei duodenale (SD) ca factor de risc al LB la bărbați.

Material și metode: Studiul include analiza cercetărilor a 152 bărbați tratați chirurgical pentru LB. Manifestările radio-imagistice ale SD au fost determinate, utilizînd radiosopia stomacului și duodenului prin contrastare standardă. Semnologia radiologică a fost stabilită prin evaluarea diferențelor obținute în comparație cu duodenul normal, evaluată conform clasificății acad. V.Hotineanu.

Rezultate: Semiotica SD a fost remarcată în 90 observații (59,2%). În toate cazurile flexura duodeno-jejunală (FDJ) s-a poziționat pe stînga de coloana vertebrală, 47 – la nivelul L2, 36 – la limita L2-L3, în 5 – la nivelul L3, și doar la 2 pacienți – la nivelul L3-L4. La persoanele sănătoase (cca 60% cazuri), de regulă, FDJ se situează la nivelul L2. Pe lîngă detectarea poziționării flexurii a fost analizat și unghiul duodeno-jejunal cu lamela Treitz – alt semn patognomic duodenostazei. La 4 bolnavi am depistat unghi ascuțit, în 3 cazuri – FDJ vizualizată ca unghi drept, la 7 – sub forma unui unghi obtuz $\geq 90^\circ$.

Concluzie: Studiul dat denotă o incidență de 59,2% a SD la bolnavul litiazic. Specificarea radiologică a statutului funcțional duodenal constituie o măsură obligatorie în protocolul de diagnostic al bolnavului cu LB.

THE DUODENAL STASIS SYNDROME IN PATIENTS WITH GALLSTONES

Introduction: Etiopathogenetic diagnosis of gallstone disease in men remains unclear, the subject being reflected by sporadic publications. Apparently simple ultrasonic detection of gallstones does not present difficulties, while elucidating mechanisms of gallstones in men denotes questionable opinions.

Aim: To study the incidence of duodenal stasis (DS) as a risk factor of gallstones in men.

Material and methods: The study includes research analysis of 152 men surgically treated for gallstones. Radio-imagistic manifestations of DS were determined by using stomach and duodenum fluoroscopy by standard contrasting. The radiologic semiotics was established by evaluating the produced differences compared to normal duodenum, evaluated according to classification of acad.V.Hotineanu.

Results: We have noted the DS semiotics in 90 (59.2%) observations. In all of cases the duodenal-jejunal flexure all cases (DJF) was positioned on the left side of the backbone, 47 – to L2, L2-L3 – 36, in 5 – L3, and only 2 patients – at L3-L4. In healthy people (approximately 60% of cases), as a rule, DJF is at L2 level. Besides detecting the flexure positioning it was also examined the duodeno-jejunal angle with the lamina Treitz – another pathognomic sign of duodenostasis. We detected acute angle at 4 patients, in 3 cases DJF was viewed as a right angle, in 7 cases as an obtuse angle $\geq 90^\circ$.

Conclusion: This study shows an incidence of 59.2% of DS at the lithiasic patient. The radiological specifying of the functional duodenal status is a mandatory measure at diagnostic protocol of patients with gallstones.

COMPLICAȚIILE REZEȚIILOR HEPATICE LA PACIENȚII CU CANCER HEPATIC PRIMAR ȘI METASTATIC

HOTINEANU V, HOTINEANU A, BURGOȚI S, IVANCOV G, CAZACU D, SIRGHI V

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