

**Introducere:** În secolul XXI problema clasificării bolii hemoroidale rămâne ambiguă și actuală.

**Material și metode:** Noi am realizat analiza clasificărilor hemoroizilor.

**Rezultate:** Din 1990 de către OMS a fost aprobată Clasificarea Internațională Statistică a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, Revizia 10 (ICD – 10), care actualmente este standardul la nivel mondial pentru statistică de mortalitate și morbiditate și este acceptată și folosită în peste 100 de țări. Hemoroizii se clasifică după localizare ca interni, externi și mixti (combinați) conform poziției față de linia dentată. După etiologie: congenitali sau dobândiți (primari, secundari). După evoluția bolii: cronici sau acuti. Pe larg se utilizează clasificarea hemoroizilor cronici interni a lui Goligher, care este similară cu cea a lui Braitsev (1953), Thomson (1975), Banov (1981), Vorobiov (2000). Gradul I – eliminări sangvinolente din anus fără prolapsul nodulilor hemoroidali. Gradul II – prolapsul hemoroizilor care se reduc de sine stătător în canalul anal (cu sau fără hemoragie). Gradul III – necesitatea de a reduce manual nodulii la prolapsarea lor (cu sau fără hemoragie). Gradul IV – prolapsul permanent al nodulilor și incapacitatea de ai reduce în canalul anal (cu sau fără hemoragie). La momentul actual în Rusia este adoptată clasificarea elaborată de către colaboratorii Centrului Științific de stat de coloproctologie a Ministerului Sănătății al Federației Ruse. Aceasta prevede: hemoroizi simptomatici, hemoroizi acuti, hemoroizi cu hemoragie persistentă, hemoroizi cronici. Hemoroizii acuti după evoluția clinică sunt repartizați în 3 stadii: (1) Tromboza nodulilor hemoroidali fără inflamație; (2) Tromboza complicată cu inflamația nodulilor hemoroidali; (3) Tromboza complicată cu inflamația țesutului subcutanat și a pielii perianale.

**Concluzii:** La momentul actual există o multitudine de clasificări a bolii hemoroidale. Este important de a selecta cele mai utile clasificări pentru utilizarea în activitatea practică cotidiană.

## CLASSIFICATIONS OF HEMORRHOIDAL DISEASE

**Introduction:** In the XXI century the problem of classification of hemorrhoidal disease remains controversial and actual.

**Material and methods:** Review of classifications of hemorrhoids was performed.

**Results:** In 1990 International Classification of Diseases, Revision 10 (ICD – 10) was approved by the WHO. It is currently the global health information standard for mortality and morbidity statistics and is used in over 100 countries. Hemorrhoids are classified by localization as internal, external and mixed (combined) according to position to dentate line. By etiology – congenital or acquired (primary, secondary). By evolution of the disease: chronic and acute. Widely is used classification of chronic internal hemorrhoids of Goligher, which is similar to that of Braitsev (1953), Thomson (1975), Banov (1981), Vorobiov (2000). Grade I – Blood discharge from anus without prolapse of hemorrhoidal nodules. Grade II – Prolapse of hemorrhoids which are reduced spontaneously in anal canal (with or without bleeding). Grade III – Necessity of manual reduction of hemorrhoidal nodules (with or without bleeding). Grade IV – Permanent prolapse of haemorrhoids which are irreducible (with or without bleeding). Currently in Russia there is adopted classification developed by the employees of State Scientific Center of coloproctology of the Ministry of Health of the Russian Federation. There are symptomatic hemorrhoids, acute hemorrhoids, persistent bleeding hemorrhoids, chronic hemorrhoids. According to clinical evaluation acute hemorrhoids are divided into three stages: (1) Thrombosis without inflammation; (2) Thrombosis complicated with inflammation of hemorrhoidal nodules; (3) Thrombosis complicated with inflammation of the subcutaneous tissue and perianal skin.

**Conclusions.** Currently there are many classifications of hemorrhoidal disease. It is important to select most helpful classifications to be used in daily practice.

## REZULTATELE PRELIMINARE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL HERNIILOR HIATALE PRIN ABORDUL LAPAROSCOPIC – CONSIDERAȚII PARTICULARE

BOUR A, TARGON R, DIMA A, POTLOG F, MOLDOVAN I

Spitalul Clinic Militar Central, Curs Chirurgie al Facultății Stomatologie, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chisinau, Republica Moldova

**Introducere:** Herniile hiatale (HH) simptomatice reprezintă o patologie frecventă care este supusă tratamentului structurat în etape. HH paraesofagiene și HH asociate bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE) severe necesită tratament chirurgical.

**Material și metode:** În Clinică au fost supuși tratamentului chirurgical prin abord laparoscopic 111 pacienți cu HH simptomatice (aa. 2011-2015). Repartiția HH conform SAGES (2013): tip I (n=94); tip II (n=3); tip III (n=13); tip IV, “upside-down” (n=1). Pacienții cu HH asociate cu BRGE au fost selectați pentru cura chirurgicală în baza criteriilor ghidului SAGES (2010): tratamentul medicamentos ineficient (n=58); alternativa tratamentului medicamentos (n=15); manifestări extra-esofagiene (n=18); BRGE agravată (n=3). Intervenția a inclus reducerea herniei, identificarea pilierilor și joncțiunii eso-gastrice, recalibrarea hiatusului esofagian prin crurorafie posterioară și realizarea valvei anti-reflux. În 84 cazuri a fost realizată fundoplicatura Nissen-Rossetti, la 19 pacienți – procedeul Toupet și la 7 pacienți – procedeul Dor.

**Rezultate:** Incidentele intraoperatorii rezolvate laparoscopic au inclus: leziuni hepatice (n=4), hemoragie din vasele scurte (n=3), capnotorax (n=3). Leziunea esofagiană (n=1) a servit indicației către conversie. Mediana spitalizării a constituit 4 zile. Peste 3 luni după intervenție rezultat excelent (scorul modificat Visick) a fost înregistrat la 11% pacienți; bun – 76%; satisfăcător – 7%, nesatisfăcător – 3%. Cinci pacienți nu au fost evaluați. Disfagia persistentă postoperator la 8 pacienți a necesitat dilatare endoscopică. Recurența semnelor de HH confirmată radiologic a fost constatată în 3 cazuri (3%).

**Concluzii:** Avantajele tehnicii chirurgicale laparoscopice sunt evidente în perioada postoperatorie: reducerea sindromului algic, spitalizarea redusă, recuperarea rapidă și rezultatele funcționale satisfăcătoare. Abordul laparoscopic al HH voluminoase reprezintă o intervenție laborioasă și necesită experiență în posedarea tehnicilor laparoscopice avansate.

## THE PRELIMINARY RESULTS OF LAPAROSCOPIC HIATAL HERNIA REPAIR – A PARTICULAR CONSIDERATION

**Introduction:** Hiatal hernia (HH) is the common benign medical condition of the stomach and esophagus which needs step-by-step treatment approach. For patients that experience life-limiting symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) despite medical therapy and those diagnosed with paraesophageal hernia, surgical approach should be considered.

**Material and methods:** The group of 111 patients underwent laparoscopic hiatal hernia repair for the period 2011-2015. Patients who have a HH associated with GERD were selected for interventional procedures based on SAGES guidelines (2010) criteria: medical management failure (n=58); desire for surgery due to quality of life considerations (n=15); presence of extra-esophageal manifestations (n=18) and complicated GERD (n=3). The procedure included reduction of the hernia sac, identification of both crura and the eso-gastric junction, obtaining at least 4 cm of intra-abdominal esophageal length, hiatal closure and laparoscopic antireflux procedure (LARP). LARP was performed as follows: 84 cases according to Nissen-Rosetti, 19 according to Toupet, and 7 according to Dor.

**Results:** The majority of intraoperative incidents – bleeding from live (n=4) and short gastric vessels (n=3), capnotorax (n=3), were solved laparoscopically without sequelae. The esophageal lesion (n=1) served as an indication to open antireflux procedure. The average length of hospital stay was 3 days. Follow up data were analyzed based on modified Visick scale 3 month after surgery: excellent result was obtained for 11% of the patients, good – 76%, satisfactory – 7%, and unsatisfactory – 3%. Five individuals have not been evaluated. We observed the persistent dysphagia post-fundoplication in 8 patient, these cases underwent the endoscopic dilation of the eso-gastric junction. The HH recurrence developed in 3 patients (3%).

**Conclusions:** The advantages of laparoscopic HH repair include less postoperative pain, short length of hospital stay, fast return to normal activities and satisfactory functional results. Although technically challenging, laparoscopic repair of giant HH is a viable alternative to "open" surgical approaches.

## BISECTIONECTOMIE CENTRALĂ – O ALTERNATIVĂ FEZABILĂ PENTRU TUMORILE HEPATICE CENTRALE

BRASOVEANU V, BACALBASA N, ANGHEL C, BARBU I, DUDUS I, PAUTOV M, MOOTHOR M, IONESCU MI, ICHIM F, POPESCU I

Clinica de Chirurgie Generală și Transplant Hepatic, I.C.Fundeni, București, România

**Introducere:** Bisectionectomia centrală reprezintă rezecția hepatică a segmentelor 4a, 4b, 5 și 8, definite astfel de sistemul Brisbane. Denumită anterior în diferite feluri (mesohepatectomie, hepatectomie centrală, lobectomie centrală) bisectionectomia centrală este operația de elecție pentru tumorile hepatice situate în segmentele centrale, și este de preferat rezecțiilor hepatice extinse (trisectionectomia dreaptă/stângă) pentru că minimizează riscul insuficienței hepatice postoperatorii.

**Prezentare de caz:** Pacienta în vârstă de 54 de ani cu dureri în hipocondrul drept, scădere ponderală cca. 8 kg / 2 luni. Biomoral: AFP, CA 19.9 și ACE – în limite normale / AgHbs, Ac Anti-HBc, Ac Anti-HCV – negative. EDS/EDI – de aspect normal, prezintă la examenul CT o formațiune tumorală hepatică situată central (segmentele 4a, 4b, 5 și 8) ce înglobează VHM, la distanță de bifurcația venei porte. Se practică o bisectionectomie centrală, cu ligaturarea pediculiilor vasculari glissonieni drept anterior (seg. 5 și 8) și stâng medial (seg. 4a și 4b). Transecțiunea parenchimului hepatic se efectuează folosindu-se "SONOPET". Cu evoluție postoperatorie bună, pacienta se externează la 9 zile postoperator. La 6 luni postoperator probele serice AFP – în limite normale, fără semne imagistice de recidivă. Bisectionectomia centrală poate fi realizată atunci când tumora nu invadează pediculi vasculari aferenți parenchimului restant (secțiunea dreaptă posterioară / secțiunea stângă laterală) și presupune două planuri de secțiune.

**Concluzii:** Bisectionectomia centrală este operația de elecție pentru tumorile hepatice centrale prin care se prezervă cantitatea maximă de parenchim hepatic, minimalizându-se riscul de IHA postoperatorie. Este posibilă în cazuri atent selecționate și necesită experiență în rezecțiile hepatice majore.

## CENTRAL BISECTIONECTOMY – A FEASIBLE ALTERNATIVE FOR CENTRALLY LOCATED LIVER TUMORS

**Introduction:** By Brisbane terminology central bisectionectomy is the resection of segments 4a, 4b, 5, and 8 of the liver. Formerly called in different ways (mesohepatectomy, central hepatectomy, central lobectomy) central bisectionectomy is the elective surgery for liver tumors located in central segments (4a, 4b, 5 and 8), with better results than extensive liver resections (right / left trisectionectomy) because it minimizes the risk of postoperative liver failure.

**Case report:** A 54 years old female, presented for right upper quadrant pain, weight loss (8 kg / 2 months); Blood tests: normal AFP; negative Ag Hbs, Ab Anti-HBc, Ab Anti-HCV. UGE/LGE – with a normal aspect; CT scan revealed centrally located liver tumor (segments 4a, 4b, 5, and 8) that includes MHV, away from the portal vein bifurcation. We performed a regulated central bisectionectomy with ligation of vascular pedicles for right anterior section (seg. 5 and 8) and those for left medial section (seg 4a and 4b). With good postoperative course, the patient was discharged in the 9th postoperative day. Six months postoperatively, the patient is good, without tumor relapse signs. Central bisectionectomy can not be performed when the tumor invades the vascular pedicles afferent to remaining parenchyma and requires two planes of transection.

**Conclusions:** Central bisectionectomy is the best choice surgery for centrally located liver tumors which preserves the maximum amount of liver parenchyma thus minimizing the risk of postoperative liver failure.

## VALIDAREA EXTERNĂ RETROSPECTIVĂ A "TESTULUI DE SUCCES ÎN ELIMINAREA REFLUXULUI DUPĂ FLEBECTOMIE" LA PACIENȚII CU MALADIE VARICOASĂ

CASIAN D

Catedra chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova