

în această grupă de pacienți a fost de $30,6 \pm 4,4\%$, ($p < 0,001$). Combinația dintre TC spiralată în regim standard și angiografic cu laparoscopia este metoda de elecție în aprecierea rezecabilității în cazurile noastre. La această grupă de pacienți a fost efectuate 146 ($26,1 \pm 2,4$, $p < 0,001$) duodenpancreatectomii în diferite variante tehnice și 26 ($4,5 \pm 2,0$, $p < 0,05$) rezecții corporocaudală de pancreas. Duodenpancreatectomia clasică tip Whipple clasică am efectuat-o la 51 pacienți. Varianta de reconstrucție care a asigurat cele mai bune rezultate postoperatorii, în lotul nostru de studiu, a fost duodenpancreatectomia cu varianta reconstrucția tip Child, pe care am efectuat-o la 76 de bolnavi. Varianta tehnică de duodenpancreatectomie cefalică cu preservarea pilorului a fost posibilă numai după examenul extemporaneu din limfonodulii infrapilorici este obligatorie (19 pacienți). Varianta tehnică care am folosit-o la în anii 2007-2010 bolnavi din lotul de studiu a fost duodenpancreatectomia cefalică prin abord posterior. Pentru tumorile corporocaudale am efectuat rezecții radicale în 26 din 60 de cazuri tratate la noi în clinică. Concluzii: 1. Algoritmul diagnostic al pacientului cu tumori pancreatoduodenale va include consecutiv și obligatoriu analiza clinică, biochimică, determinarea markerilor tumorali; ecografia ca metodă de screening, care concretizează indicațiile pentru CPGRE sau colangiografie prin RMN sau TC în regim standard și angiografic, și laparoscopie diagnostică care împreună măresc rata rezecabilității. 2. Tratatamentul pacienților cu cancer pancreatic necesită tratament chirurgical specializat în volum de duodenpancreatectomie cefalică, varianta de reconstrucție Child cu abord posterior, ca intervenție radicală sau rezecții corporocaudale de pancreas.

ASPECTS OF RADICAL TREATMENT OF PANCREATODUODENAL TUMORS

During the period 2000-2011 there were 560 patients with pancreaticoduodenal tumors hospitalized in the Surgery Clinic No. 2 of the State Medical and Pharmaceutical University „Nicolae Testemitanu”. From this group we selected 420 patients with pancreatic head cancer, 79 cases of major duodenal papilla cancer and 61 cases of corporocaudal pancreatic tumors. The rate of resectability in these patients was $30.6 \pm 4.4\%$ ($p < 0.001$). The combination of spiral CT in standard and angiographic mode with laparoscopy is the method of choice in assessing the resectability in our cases. There were 146 (26.1 ± 2.4 , $p < 0.001$) duodenopancreatectomies in different technical variants and 26 (4.5 ± 2.0 , $p < 0.05$) pancreatic corporocaudal resections performed in this group of patients. We performed classical Whipple duodenopancreatectomia in 51 patients. Duodenopancreatectomia in Child reconstruction variant was the reconstruction variant which provided the best postoperative results in our study group. We have performed it in 76 patients. The technical variant of cephalic duodenopancreatectomy with the preservation of the pylorus was possible only after mandatory extemporaneous examination of infrapyloric lymph nodes (19 patients). The technical variant we practiced in the years 2007-2010 in patients from the study group was cephalic duodenopancreatectomy by posterior approach. We performed radical resections for corporocaudal tumors in 26 of 60 cases, which were treated in our clinic. Conclusions: 1. Diagnostic algorithm in patients with pancreaticoduodenal tumors will include consecutive and mandatory performing of clinical examination, blood biochemistry, tumor markers analysis; ultrasound investigation as a method of screening that clarifies the indications for ERCPG or MRI or CT cholangiography in standard or angiography mode, and diagnostic laparoscopy, which together increase the rate of resectability. 2. The treatment of patients with pancreatic cancer requires specialized surgical treatment in the volume of: cephalic duodenopancreatectomy, reconstructive version Child with posterior approach as radical intervention or corporocaudal pancreatic resections.

O274

PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL CANCERULUI DUODENOPANCREATIC NEREZECABIL

Hotineanu A., Hotineanu V., Bogdan V., Cotoneț A., Pripa V.

USMF «N. Testemitanu», Catedra Chirurgie Nr.2

În clinica de chirurgie nr.2 au fost tratați 560 pacienți cu tumori pancreatoduodenale. Rata rezecabilității în această grupă de pacienți a fost de numai $30,6 \pm 4,4\%$, ($p < 0,001$). Cazurile nerezecabile au necesitat un abord complex ce a necesitat tratamentul icterului mecanic, obstrucției duodenale și sindromului algic. Diagnosticul irezecabilității tumorii se determina prin stabilirea următoarelor obiective: stabilirea cu o probabilitate înaltă a diagnosticului de cancer pancreatoduodenal: determinarea stadializării tumorilor conform clasificării TNM, în baza acestora a stabili rezecabilitatea tumorii și aplicarea tratamentului radical sau paliativ, în caz de irezecabilitate aprecierea cu precizie a diagnosticului histologic. Aceasta se va efectua prin determinarea analiza clinică, biochimică, determinarea markerilor tumorali; ecografia ca metodă de screening, care concretizează indicațiile pentru CPGRE sau colangiografie prin RMN sau TC în regim standard și angiografic, și laparoscopie diagnostică care împreună determină irezecabilitatea tumorii. Tratatamentul cancerului pancreatoduodenal a evaluat în timp în dependența de expertiza echipei chirurgicale și analiza rezultatelor precece și la distanță. la prima etapa am efectuat colecistoenteroanastomoză pe ansa Omega la $15,2 \pm 2,6\%$, colecistoenteroanastomoză și gastrojejunoanastomoză pe ansa Omega la $8,6 \pm 1,1$, la 4 dintre pacienți s-a aplicat CDA, Hepaticojejunoanastomoză pe ansa Roux 117 pacienți. Analizând rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului chirurgical aplicat ne-a impus să utilizăm tehnica chirurgicală, care ar asigura fluxul biliar normal în tractul digestiv, și un pasaj intestinal normal. Aceasta a fost realizată prin secționare supraduodenală de coledoc, hepaticojejunoanastomoză și gastrojejunoanastomoză pe ansa bispiculată la Roux efectuată la $22,5 \pm 2,4$. Asigurarea calității vieții pacientului tratat prin paliative ne-a impus în ultimul timp să implementăm de rând cu lichidarea obstrucției biliare și paliatia durerii folosind splahnicectomia toracoscopică. Concluzie: pentru a stabili cu exactitate irezecabilitatea tumorilor pancreatoduodenale este necesar de aplicat algoritmul de mai sus, intervențiile paliative se reduc hepaticojejunoanastomoză și gastrojejunoanastomoză cu splahnicectomie pe ansa bispiculată Roux.

CHARACTERISTICS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF UNRESECTABLE PANCREATODUODENAL CANCER

There were 560 patients duodenopancreatic tumors treated in the clinic of surgery No.2. The rate of resectability in this group of patients was $30.6 \pm 4.4\%$ only ($p < 0.001$). Unresectable cases required a complex approach with performing of treatment of mechanical jaundice, duodenal obstruction and syndrome of pain. The diagnosis of the nonresectable tumor is determined by setting the following objectives – establishing of the diagnosis of pancreaticoduodenal cancer with a high probability: determination of tumor staging according to TNM classification, establishing in that basis the resectability of the tumor and application of radical or palliative treatment, accurate assessing of histological diagnosis in case of nonresectability. This

will be achieved by performing clinical examination, blood biochemistry, tumor markers analysis; ultrasound investigation as a method of screening that clarifies the indications for ERCPG or MRI or CT cholangiography in standard or angiography mode, and diagnostic laparoscopy, which together help to assess nonresectability of the tumor.

The treatment of pancreaticoduodenal cancer was evaluated over time depending on the surgical team expertise and analysis of early and long-term results. At the first stage we performed the Omega loop cholecystoenterostomy in $15.2 \pm 2.6\%$, the Omega loop cholecystoenterostomy and gastrojejunostomy in $8.6\% \pm 1.1$, in 4 of the patients the CDA was applied, in 117 patients Hepaticojejunostomy on the Roux loop was performed.

Analyzing the unsatisfactory results of surgical treatment applied we concluded that it is necessary to use such surgical technique that would ensure normal flow of bile in the digestive tract and normal intestinal passage. This was accomplished by supraduodenal sectioning of the choledochus duct, hepaticojejunostomy and Roux-en-Y gastrojejunostomy, which was performed in $22.5\% \pm 2.4$. Provision the quality of life to the palliative treated patients forced us lately to implement, along with the liquidation of biliary obstruction, the palliative treatment of pain using thoracoscopic splanchnicectomy.

Conclusion: For accurate establishing the nonresectability of pancreaticoduodenal tumors it is necessary to apply the above algorithm, palliative interventions are hepaticojejunostomy and Roux-en-Y gastrojejunostomy with splanchnicectomy.

O275

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL TUMORILOR HEPATICE

Hotineanu A., Hotineanu V., Bogdan V., Cotoneț A., Pripa V., Stasiuc S

USMF «N.Testemițanu», Catedra Chirurgie Nr.2

La catedra chirurgie nr. 2 pe parcursul ultimilor 10 ani au fost spitalizați 243 pacienți cu tumori hepatice. Algoritmul diagnostic a formațiunilor de volum hepatice include consecutiv și obligatoriu: examenul clinic al pacientului; determinarea valorilor de laborator, inclusiv al markerilor tumorali; ecografia ca metodă de screening; tomografia computerizată în regim standard și angiografic cu aprecierea volumetriei zonei afectate și acelei restante, irigografia pentru a determina prezența unei tumori de colon cu metastazare la nivel de ficat, scintigrafia hepatică în cazurile de ciroză hepatică și în cazurile dificile am efectuat laparoscopia diagnostică în timpul căreia am determinat rezecabilitatea tumorii, am prelevat biopat hepatic pentru a determina calitatea țesutului restant. Tratamentul chirurgical a inclus 145 rezecții majore de ficat, 3 dintre care le-am efectuat după o ligatură de ram portal cu atingerea minimului de țesut hepatic restant în volum de 30%, și o rezecție hepatică majoră peste 4-6 săptămâni, 48 de rezecții hepatice minore și 40 de laparotomii diagnostice ulterior care în 8 cazuri au fost finalizate cu chimioembolizare angiografică. Rezultatele acceptabile au fost atinse în rezecțiile majore anatomice cu asigurarea limitelor oncologice de rezecție.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEPATIC TUMORS

There were 243 patients with hepatic tumors hospitalized in the Department of Surgery No. 2 over the last 10 years. Diagnostic algorithm of hepatic mass lesions includes consecutive and mandatory performing of the patient's clinical examination, laboratory tests, including tumor markers analysis; ultrasound investigation as a method of screening, computed tomography in standard and angiographic mode with the assessment of the dimensions of the affected and remaining areas, irrigoradiography to determine the presence of colon tumors with metastasis at the liver, hepatic scintigraphy in cases of liver cirrhosis, and in difficult cases we performed diagnostic laparoscopy during which we determined the resectability of the tumor, we collected bioptic sample of the liver to determine the quality of the remaining tissue.

The performed surgical treatment included 145 major liver resections, 3 of which we performed after ligation of portal branch taking the minimum of remaining hepatic tissue in amount of 30% and a major liver resection in 4-6 weeks, 48 minor liver resections and 40 diagnostic laparotomies which subsequently were finished with angiographic chemoembolization in 8 cases. Acceptable results were achieved in major anatomic resections providing oncological resection limits.

O276

TUMORILE KLATSKIN ABORDĂRI DE DIAGNOSTIC ȘI CONDUITĂ CHIRURGICALĂ

Hotineanu A., Hotineanu V., Bogdan V., Cotoneț A., Pripa V.

USMF «N.Testemițanu», Catedra Chirurgie Nr.2

Pe parcursul anilor 2000-2011 au fost spitalizați și tratați la catedra de chirurgie nr.2 56 pacienți cu tumori tip Klatskin. Tumori Klatskin au fost de tip I și II în 6 cazuri, de tip III B la 6 pacienți, III A la alți 6 bolnavi celelalte 38 cazuri erau reprezentate de tumori Klatskin de tip IV care au fost diagnosticate irezecabile. Diagnosticul a inclus analiza clinică a pacientului; examenul de laborator; ultrasonografia, CPGRE și RMN în regim colangiografie ultimele sunt metodele diagnostice de elecție a tumorilor tip Klatskin. Din totalul de 56 bolnavi cu tumori tip Klatskin 18 cazuri au fost rezolvate radical: în 6 cazuri rezecție de cale biliară principală cu bihepaticojeunoastomoză pe ansa Roux, în 6 cazuri hemihepatectomie pe stânga și în altele 6 hemihepatectomie pe dreapta cu restabilirea continuității tractului digestiv prin aplicarea anastomozelor biliare cu ansa Roux. Din această grupă de pacienți la ultimii rezecțiile hemihepatectomiile erau asociate cu rezecția de segmentul I. Într-un singur caz a fost necesară rezecție de venă portă. Ca