

Scopul lucrării. Aproape 50% dintre pacienții cu obezitate morbidă (OM) prezintă semne ale refluxului gastro-esofagian (RGE) patologic. Asocierea frecventă a OM cu BRGE impune necesitatea rezolvării concomitente a ambelor suferințe. Rezolvarea chirurgicală a OM prin operații bariatrice, de obicei, nu rezolvă refluxul patologic. Din contra, la mai mult de jumătate (51%) dintre pacienți operați RGE persistă, iar la 20% simptomele se agravează.

Materiale și metode. În studiu prospectiv au fost incluși 77 pacienți cu OM care au suportat intervenții chirurgicale bariatrice: 38 - bypass gastric (BpG) și 39 - gastric sleeve (GS).

Rezultate. RGE a fost apreciat pre- și postoperator prin examen radiologic, endoscopic și pH-monitoring 24h. Endoscopia digestivă superioară (EDS) a pus în evidență esofagită peptică de reflux doar la 1/3 pacienți, marea majoritate prezentându-se prin boala de reflux nonerozivă (BRNE). La pacienții cu OM care au suportat GS simptomele de reflux au persistat în toate cazurile, iar la 20% s-au accentuat. Pacienții care au suportat BpG au demonstrat dispariția simptomelor RGE în 70% din cazuri. Toți pacienții care au prezentat RGE postoperator au necesitat corecție medicamentoasă. La 5 pacienți după GS, s-a asociat electrostimularea sfincterului esofagian inferior (SEI). Esofagomanometria efectuată postoperator a confirmat mărirea tonusului SEI, cu diminuarea apariției refluxului în perioada postoperatorie. La 5 pacienți cu GS concomitent s-a efectuat Cura herniei hiatale, procedeul antireflux.

Concluzii. Asocierea BRGE cu OM este frecventă iar GS nu ameliorează refluxul deseori agravându-l. Rata succesului jugulării refluxului este mai înaltă la asocierea tratamentului medicamentos cu metode alternative (electrostimularea SEI).

Cuvinte cheie. Obezitate, reflux gastro-esofagian, operații bariatrice.

THE COMPLEX TREATMENT OF MORBID OBESITY ASSOCIATED WITH GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

¹S.Ungureanu, ¹N.Șipitco, ²S. Cuceinic, ²V.Gonța, ²A.Garaba, ²Gh. Strișcă

¹Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Department of Surgery No. 4, ²Department of Endocrinology of the Republican Clinical Hospital, Chișinău, Republic of Moldova

Aim of study. Almost 50% of patients with morbid obesity (OM) show signs of pathological gastroesophageal reflux (GER). The frequent association of OM with GERD requires the simultaneous resolution of both ailments. Surgical resolution of OM by bariatric surgery usually does not resolve pathological reflux. On the contrary, in more than half (51%) of the operated patients GERD persists, and in 20% the symptoms worsen.

Materials and methods. 77 patients with OM who underwent bariatric surgery were included in the prospective study: 38 - gastric bypass (BpG) and 39 - gastric sleeve (GS).

Results. GER was assessed pre- and postoperatively by radiological, endoscopic examination and 24h pH-monitoring. Upper digestive endoscopy (EDS) revealed peptic reflux esophagitis in only 1/3 of patients, the vast majority presenting with non-erosive reflux disease (NERD). In patients with OM who underwent GS, reflux symptoms persisted in all cases, and in 20% they worsened. Patients who underwent BpG demonstrated disappearance of GERD symptoms in 70% of cases. All patients who experienced postoperative GER required drug correction. In 5 patients after GS, electrostimulation of the lower esophageal sphincter (LES) was associated. Postoperative esophagomanometry confirmed the increase in LES tone, with a decrease in the occurrence of reflux in the postoperative period. In 5 patients with GS, hiatal hernia treatment, the antireflux procedure, was simultaneously performed.

Conclusions. The association of GERD with OM is frequent and GS does not improve the reflux often worsening it. The success rate of reflux jugulation is higher when combining drug treatment with alternative methods (SEI electrostimulation).

Keywords. Obesity, gastro-oesophageal reflux, bariatric operations.

GASTRECTOMII CU REPUNEREA ÎN TRANZIT A DUODENULUI LA PACIENȚII CU TUMORI GASTRICE



M. Cernat¹, V. Godoroja¹, V. Catrinici¹, V.Șchiopu², Lorena Mednicov¹, Mihaela Gherasim¹, Alina Matiuța², N.Ghidirim², A. Zatăc¹, L. Antoci¹

¹Institutul Oncologic din Moldova, Chișinău, Moldova; ²Catedra oncologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N.Testemitanu", Chișinău, Moldova

Scopul lucrării. Cancerul gastric rămâne o problemă actuală în tratamentul maladiilor oncologice, ocupând locul 7-8 în ultimii 5 ani în incidența celor mai frecvente maladii oncologice din Republica Moldova. Gastrectomia radicală: distală (GD), proximală (GP) sau totală (GT) cu limfodisecție D1, D1+, D2 cu sau fără tratament chimioterapic neoadjuvant, în dependență de stadiul maladiei, este unica metodă de tratament radical a acestei patologii. Studiind ghidul japonez pentru tratamentul cancerului gastric (ediția 6-a, 2021), unde sunt elucidate metodele de reconstrucție după gastrectomie, am decis să implementăm în clinica metode de reconstrucție cu repunere în tranzit a duodenului. Scopul studiului este implementarea reconstrucției "double tract" și "interpoziția jejunală" după tratament chirurgical radical în tumorile gastrice pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților.

Materiale și metode. Studiul a fost efectuat pe parcursul anilor 2022-2023. Lotul de cercetare 37 pacienți.

Rezultate. Gastrectomie cu reconstrucție "double tract" distală -9; proximală -11; totală -14, gastrectomie totală cu "interpoziție jejunală" - 3. Dehiscente a duodeno-jejunoanastomozelor nu au fost. Complicații postoperatorii (conform clasificării Clavien-Dindo): tip I - 12 cazuri, tip II - 7, IIIb - 1, tip IVa - 1, tip V - 2.

Concluzii. 1. Păstrarea pasajului duodenal. 2. Micșorează incidența esofagitei de reflux. 3. Micșorează riscul de stricturi anastomotice. 4. Absența bontului duodenal care elimină riscul de dehiscentă postoperatorie. 5. Permite investigarea endoscopică la necesitate a tubului digestiv superior în perioada postoperatorie imediată în caz de hemoragie/dehiscentă a anastomozelor. 6. Oferă posibilitatea unei papilosfincterotomii în caz de pancreatită acută postoperatorie sau coledocolitiază. 7. Previne deficitul de vitamina B12. 8. Micșorează numărul anemiilor agastrale. Incomodități: 1. Se adaugă o anastomoză. 2. Crește durata operației cu 15-20 minute.

Cuvinte cheie. Gastrectomie, reconstrucție, double tract, interpoziție

GASTRECTOMIES WITH REPOSITIONING OF THE DUODENUM IN TRANSIT IN PATIENTS WITH GASTRIC TUMORS

M. Cernat¹, V. Godoroja¹, V. Catrinici¹, V.Șchiopu², Lorena Mednicov¹, Mihaela Gherasim¹, Alina Matiuța², N.Ghidirim², A. Zatăc¹, L. Antoci¹

¹ Oncological Institute from Moldova, Chisinau, Moldova; ² Oncology Department, State University of Medicine and Pharmacy "N.Testemițanu", Chișinău, Moldova

Aim of study. Gastric cancer remains a current problem in the treatment of oncological diseases, occupying the 7-8th place in the last 5 years in the incidence of the most frequent oncological diseases in the Republic of Moldova. Radical gastrectomy: distal (DG), proximal (PG) or total (TG) with D1, D1+, D2 lymphodissection with or without neoadjuvant chemotherapy, is the only method of radical treatment of this pathology. Studying the Japanese guide for the treatment of gastric cancer (6th edition, 2021) we decided to implement in our clinic the method of reconstruction with restoration of the duodenum in transit. The aim of the study is to implement the "double tract" and "jejunal interposition" method of reconstruction after radical surgery in gastric tumors to improve the quality of life of patients.

Materials and methods. The study was conducted during 2022-2023. The research group – 37 patients.

Results. Operations with "double tract" reconstruction: distal gastrectomy - 9; proximal gastrectomy – 11; total gastrectomy – 14; total gastrectomy with "jejunal interposition" - 3. There were no dehiscences of the duodeno-jejunoanastomoses. Postoperative complications (according to the Clavien-Dindo classification): type I - 12 cases, type II - 7, IIIb - 1, type IVa - 1, type V - 2.

Conclusions. 1. Preservation of the duodenal passage. 2. Reduces the incidence of reflux esophagitis. 3. Reduces the risk of anastomotic strictures. 4. The absence of the duodenal stump eliminates the risk of postoperative dehiscence. 5. It allows the endoscopic investigation of the upper digestive tube when necessary in the immediate postoperative period in case of hemorrhage/dehiscence of the anastomoses. 6. It offers the possibility of a papillosphincterotomy in case of acute post-operative pancreatitis or choledocholithiasis. 7. Prevents vitamin B12 deficiency. 8. Reduces the number of agastral anemias. Inconveniences: 1. An anastomosis is added. 2. Increase the duration of the operation by 15-20 minutes. procedure.

Keywords. Gastrectomy, reconstruction, double tract, interposition

OPȚIUNI CHIRURGICALE ÎN TRATAMENTUL ACALAZIEI: SERIE DE CAZURI



R.Targon¹, V. Racovița¹, A. Dodon¹, Gh. Bunic³, Ina Moldovan¹, A. Leșco², V. Șova¹

¹ Secție Chirurgie Generală, Spitalul Clinic Militar Central, Chișinău, Moldova, ² Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie "Raisa Pacalo", Chișinău, Moldova, ³ IMSP Institutul de Medicina Urgentă, Chișinău, Moldova

Scopul lucrării. Acalazia cardiei (AC) este o afecțiune de etiologie neuro-musculară rară, caracterizată de afectarea motilității esofagiene și acompaniată de disfuncția sfincterului esofagian inferior. Actualmente există metodele concurente de tratament chirurgical al AC, deși utilizarea acestora pe etape nu este standardizată. Scopul studiului este analiza seriei de cazuri clinice ale AC și raportarea rezultatelor tratamentului chirurgical acesteia.

Materiale și metode. În clinică au fost supuși tratamentului chirurgical 7 pacienți cu AC (aa. 2016-2022). La internare toți pacienții au prezentat acuze la disfagie moderată și dureri retrosternale postprandiale. Radioscopia cu suspensie baritată a conchis dilatarea excesivă a esofagului distal (≥ 4 cm la 5 pacienți, ≥ 6 cm la 2 pacienți), diminuarea motilității acestuia și îngustarea porțiunii distale „cioc de pasăre” la nivelul IGA. La examenul endoscopic s-a constatat dilatarea lumenului esofagian cu reținere salivei în lipsa obstacolelor rigide la nivelul joncțiunii gastro-esofagiene (JGE). Tehnica chirurgicală utilizată: esofagocardiomiectomia extramucoasă laparoscopică (EEL) Heller, acompaniată de procedeu antireflux (n=5) și dilatarea pneumatică cu balon în 2 cazuri (3 ședințe succesive cu balon-dilatator 3.0 și 4,0 cm, presiunea 15 psi, durata 30-45 sec).

Rezultate. Durata medie a intervenției 70±50 min (interval 55-120 min). Mediana spitalizării 5 zile (interval 4- 7zile). Radioscopia cu substanță radioopacă a 5-a zi postoperator a confirmat și restabilirea tranzitului prin JGE. Un pacient cu semne de acalazie recurentă peste 3 ani după EEL a fost supus dilatării pneumatice cu ameliorarea semnelor de disfagie.

Concluzii. EEL reprezintă o soluție efektivă în tratamentul AC. Dilatarea pneumatică ar putea fi o opțiune alternativă în tratamentul acestei maladii.

Cuvinte cheie. Acalazia, cardiomiectomie, dilatarea pneumatică

SURGICAL OPTIONS FOR TREATING ACHALASIA: CASE SERIES REPORT

R.Targon¹, V. Racovița¹, A. Dodon¹, Gh. Bunic³, Ina Moldovan¹, A. Leșco², V. Șova¹

¹ Department of General Surgery, Central Clinical Military Hospital, Chisinau, Moldova, ² Center of Excellence in Medicine and Pharmacy "Raisa Pacalo", Chisinau, Moldova, ³ IMSP Institute for Emergency Medicine, Chisinau, Moldova

Aim of study. Achalasia Cardia (AC) is an esophageal motility disorder characterised by absence of peristalsis and insufficient lower esophageal sphincter relaxation. Currently there are competing methods of surgical therapy of AC, although their tailored use is not standardized. The aim of the study is to analyse clinical case series analysis of AC and to report the outcome of its surgical therapy

Materials and methods. During the period from 2016 to 2022 we treated 7 patients with AC. All patients presented moderate dysphagia and food intake intolerance due to retrosternal pain. A barium esophagram demonstrated a dilated esophagus (≥ 4 cm in 5 cases, ≥ 6 cm in 2 cases), diminished peristalsis and a "rat tail" sign consistent with achalasia. An endoscopy revealed distal esophageal dilation and retained saliva in absence of any obstacles and rigidity of the tissues. The surgical treatment options included: laparoscopic Heller myotomy plus Dor fundoplication (n=5) and pneumatic dilation in 2 cases (3 successive procedures using 3.0 și 4,0 cm balloon dilators, 15 psi air held for 30-45 sec).

Results. The mean operating time was 70±50 min (range 55-120 min). The average length of hospital stay was 5 days (range 4-7 days). Postoperative barium swallow demonstrated the improvement of contrast passage through gastroesophageal junction. We observed one case of AC recurrency 3 years after laparoscopic Heller procedure, the patient underwent the balloon dilation procedure with good relief of dysphagia.