

La distanța de 32-36 cm de la incisivi, în segmentul toracic distal al esofagului, se determină o arie bine delimitată, formă neregulată, diferență clară de culoare (roșie-marou neuniformă după intensitate), conturată de mucoasă esofagiană tipică roz-pală. În regim de endoscopie 125x magnificație optică și NBI (GIF XZ1200 Evis X1 Olympus, Japan) – leziune de 35 x 20 mm, plană (0-IIb, Paris 2002), demarcație de culoare, bine delimitată vascular: *vascular pattern* - multiple anse capilare interepiteliale (IPCL) deformate (dilatate neuniformă, șerpuire, calibrul neregulat și variația figurii), Inoue model IPCL-V2, delimitație foveolară nesemnificativă în regimurile endoscopice folosite. Concluzie endoscopică: Leziune neoplazică intraepitelială plană (0-IIb, Paris 2002), suspiciune pentru cancer precoce, scuamos, esofagian. Forceps biopsie optic ghidată, 3 fragmente din ariile cu schimbări majore. Raport patologic descriptiv: microscopic - fragmente biopsice dimensiuni 0,2-0,3 cm, culoare roz-pală; microscopic - fragmente din mucoasa esofagiană, acoperită cu epiteliu stratificat scuamos nekeratinizat hiperplaziat, zonal cu modificări citonucleare în toată grosimea epitelului, caracterizate de hiperchromazia nucleelor, pierderea polarității lor, polimorfism moderat și figuri mitotice tipice. Concluzie histologică: Neoplazie scuamoasă intraepitelială grad înalt (Cod ICD-O/WHO 8077/2).

Concluzii. Tehnologia endoscopică contemporană oferă capacități avansate de diagnosticare sigură pentru cancerul esofagian precoce facilitând indicații pentru terapie endoscopică endoluminală radicală minim-invasivă organomenajantă.

Cuvinte cheie: cancer esofagian, endoscopie avansată, terapie endoluminală

EARLY ESOPHAGICAL SQUAMOUS CANCER, ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL ASPECTS: CLINICAL CASE

V. Istrate^{1,2}, E. Mocanu³, S. Fedoreț¹, C. Șcerbatiuc-Condur¹, V. Tîrbu³, S. Ungureanu¹

¹ Surgery Department nr.4, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu”; ² Laboratory of Expert Endoscopy, CM EndoLife, CM Excellence, Chișinău, Republica Moldova

Introduction. Early esophageal cancer is defined as neoplasia confined to the mucosa or submucosa and without lymphatic spread or distant metastasis. In 31% of patients, esophageal cancer, according to published studies, can be detected early, including in situ.

Clinical case. Male patient, 65 years old, complains of discomfort when swallowing, episodes of heartburn, belching. Descriptive endoscopic report: At a distance of 32-36 cm from the incisors, in the distal thoracic segment of the esophagus, a well-defined area is determined, irregular in shape, clear difference in color (uneven red-brown depending on the intensity), outlined by typical esophageal mucosa pale pink. In endoscopy mode 125x optical magnification and NBI (GIF XZ1200 Evis X1 Olympus, Japan) – 35 x 20 mm lesion, flat (0-IIb, Paris 2002), color demarcation, well delineated vascular: vascular pattern - multiple capillary loops interepithelial cells (IPCL) deformed (uneven dilatation, tortuosity, irregular caliber and figure variation), Inoue model IPCL-V2, insignificant foveolar delineation in the endoscopic regimes used. Endoscopic conclusion: Flat intraepithelial neoplastic lesion (0-IIb, Paris 2002), suspicious for early, squamous, esophageal cancer. Optically guided biopsy forceps, 3 fragments from areas with major changes. Descriptive pathological report: macroscopic - biopsy fragments size 0.2-0.3 cm, pale pink color; microscopically - fragments of the esophageal mucosa, covered with hyperplastic non-keratinized stratified squamous epithelium, zonally with cytonuclear changes throughout the thickness of the epithelium, characterized by hyperchromasia of nuclei, loss of their polarity, moderate polymorphism and typical mitotic figures. Histological conclusion: High-grade squamous intraepithelial neoplasia (ICD-O/WHO code 8077/2).

Conclusions. Contemporary endoscopic technology offers advanced capabilities for safe diagnosis of early esophageal cancer facilitating indications for minimally invasive radical endoluminal organ-sparing endoscopic therapy.

Cuvinte cheie: esophageal cancer, advanced endoscopy, endoluminal therapy

CPGRE ÎN SARCINĂ: CAZ CLINIC



Corina Șcerbatiuc-Condur¹, Ala Suman¹, Vasile Spataru², Igor Mișin¹

¹ Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Moldova

Introducere. Colangiopancreatografia endoscopică (CPGRE) este intervenție de elecție în abordarea pacienților însărcinate cu date de obstrucție a căilor biliare. Există două posibilități tehnice de efectuare: radiantă și non radiantă. dar și tratamentul în două etape: prima în sarcină, non-radiantă – sfincterectomie și drenare căii biliare principale (CBP) pentru asigurarea fluxului de bilă și a doua etapă – postpartum cu utilizarea radioscopiei și coledocolitextractie.

Caz clinic. Pacienta 28 ani, în anamneză: litiază veziculară, sarcină 12-13 săptămâni (sarcina II), internată în mod urgent cu un episod de colică biliară și icter mecanic. La internare: bilirubina totală – 178.6 μmol/l, bilirubina conjugată – 149.6 μmol/l, ALT – 363 U/e, AST – 190.0 U/e. Indicii hemogramei fără devieri de la valorile normale, USG: căile biliare dilatate cu aspect sinusoid, până la 7.4 mm; Coledocul – diametrul 12 mm. Pe traiectul coledocului calculi mici flotanti, inclusiv calcul 14.5x7.3 mm. Luând în considerație termenul gestațional mic, pacienta a fost supusă tratamentului în două etape: endoprotezarea nonradiantă a căilor biliare pentru restabilirea fluxului de bilă și, la rezolvarea sarcinii, tratamentul litiazei. Procedura de endoprotezare a căilor biliare (Mar Flow D-10Fr, L-10cm) – 30 minute. Pacienta în stare satisfăcătoare este externată peste 6 zile de la procedură. La follow-up la termenul de 35 săptămâni pacienta fără date de icter mecanic și fără devieri biochimice. La 12 săptămâni postpartum pacienta a fost supusă tratamentului chirurgical.

Concluzii. CPGRE independent de tehnica aleasă este o metodă sigură pentru abordarea pacienților gravide care necesită decompresia de căi biliare. Alternativă este procedura efectuată în două etape, dar este dependentă de factorul uman și abilitățile endoscopistului care efectuează procedura, pentru că plasarea stenturilor în calea biliară fără utilizarea imagisticii este o provocare.

Cuvinte cheie. Sarcină, coledocolitiază, colangiopancreatografie

ERCP IN PREGNANCY: CLINICAL CASE

Corina Șcerbatiuc-Condur¹, Ala Suman¹, Vasile Spataru², Igor Mișin¹

¹ Laboratory of hepato-pancreato-biliary surgery, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu”, ² Institute

of Emergency Medicine

Introduction. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is the preferred intervention for managing pregnant patients with biliary tract obstruction. There are two technical possibilities for performing ERCP: radiopaque and non-radiopaque. The treatment can also be done in two stages: the first stage during pregnancy, using a non-radiopaque approach with sphincterotomy and drainage of the common bile duct (CBD) to ensure bile flow, and the second stage postpartum, utilizing radiography and common bile duct stone extraction.

Case report. A 28-year-old patient with a medical history of gallstones and a 12-13-week pregnancy (second pregnancy) was urgently admitted due to a biliary colic episode and obstructive jaundice. On admission, the total bilirubin was 178.6 $\mu\text{mol/l}$, conjugated bilirubin was 149.6 $\mu\text{mol/l}$, ALT was 363 U/e, and AST was 190.0 U/e. Hematological indices were within normal range, and ultrasonography revealed dilated bile ducts with a sinusoidal appearance, up to 7.4 mm in diameter, and the common bile duct measured 12 mm in diameter. Small floating stones, including a 14.5x7.3 mm stone, were detected along the common bile duct. Considering the early gestational age, the patient underwent a two-stage treatment: non-radiopaque biliary stenting for bile flow restoration, followed by stone treatment after resolving the pregnancy. The biliary stenting procedure (Mar Flow D-10Fr, L-10cm) lasted 0 minutes. The patient was discharged in satisfactory condition 6 days after the procedure. At the 35-week follow-up, there were no signs of obstructive jaundice or biochemical abnormalities. At 12 weeks postpartum, the patient underwent surgical treatment.

Conclusions. Regardless of the chosen technique, ERCP is a safe method for managing pregnant patients requiring biliary decompression. An alternative approach is a two-stage procedure, but its success depends on the expertise and skills of the endoscopist performing the procedure, as placing stents in the bile duct without imaging guidance presents a challenge.

Keywords. Pregnancy, choledocolitis, cholangiopancreatography

HERNILE HIATALE ȘI LEZIUNILE CAMERON



V. Istrate^{1,2}, Corina Șcerbatiuc-Condur¹, S. Fedoret¹, S.Ungureanu¹

¹ Catedra de chirurgie nr.4, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”; ² Laboratorul Expert-endoscopie, CM EndoLife, CM Excellence, Chișinău, Republica Moldova

Scopul lucrării. Leziunile Cameron (LC) sunt alterări eroziv-ulcerative ale mucoasei gastrice, apar la pacienții cu hernii hiatale (HH). Diagnosticarea LC este prerogativa endoscopiei digestive superioare (EDS). Scopul a fost analiza depistării și caracteristicilor endoscopice ale LC.

Materiale și metode. Depistarea LC s-a obținut în cadrul unui protocol de EDS avansată.

Rezultate. Din totalul de 448 HH depistate consecutiv în perioada anilor 2014-2022 au fost constatate 18 LC (6 în HH de tip II și 12 în HH de tip III), 4 LC au fost asociate cu HH reponibile toate sub 3,0 cm (HHSS). Nici într-un caz LC nu au fost asociate cu stigmată eroziv-ulceroasă de reflux. Anemie feriprivă (preendoscopic sau postendoscopic) a fost constatată la 14 pacienți cu LC. Cu stigmată hemoragică: Forrest Ib (Fib) - 2, FIIa – 2 cazuri, FIIb - 2 caz. Fără semne de hemoragie la momentul EDS - 12 cazuri. Hemostază prin injectare Sol. Adrenalină 1:10 000 plus APC (argon-plază coagulare) în cazurile Fib (n=2), FIIb (2) și APC în FIIa (n=2). Efect hemostatic satisfăcător s-a obținut în toate cazurile. Control endoscopic la 2,0 luni - în 5 din 6 cazuri după APC defectele de mucoasă persistă. La 2 luni după herniotomie și fundoplicație toate ulcerurile sunt epitelizate. În 6 din 18 cazuri de LC în perioada anterioară precoce (30 zile preendoscopie) pacienții au avut endoscopie de primă linie: 2 LC au fost depistate, însă descrise greșit sub forma de leziuni Mallory-Weiss, în alte 4 cazuri nedepistate nici HH, nici LC. S-a constatat că examinarea endoscopică la etapa primară a fost efectuată cu examinarea JEG în retiroflexie doar într-un singur caz din 6.

Concluzii: Se constată o rată nesatisfăcătoare de diagnosticări endoscopice în EDS primară. Examinarea JEG necesită respectarea protocolului metodologic corect. LC sunt caracteristice HH tip II și tip III. LC sunt caracteristice și HHSS reponibile. LC provoacă hemoragie și anemie. Hemostaza endoscopică în rezolvă doar hemoragia. Acidosupresia medicamentoasă îndelungată nu a tratat defectele ulceroase gastrice după APC. Tratatamentul definitiv al LC este refacerea chirurgicală a anatomiei în zona JEG.

Cuvinte cheie. Leziuni Cameron, anemie, fundoplicație

HIATAL HERNIAS AND CAMERON'S LESIONS

V. Istrate^{1,2}, Corina Șcerbatiuc-Condur¹, S. Fedoret¹, S.Ungureanu¹

¹ Surgery Department nr.4, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemițanu”; ² Laboratory of Expert Endoscopy, CM EndoLife, CM Excellence, Chișinău, Republica Moldova

Aim of study. Cameron lesions (LC) are erosive-ulcerative alterations of the gastric mucosa, occurring in patients with hiatal hernias (HH). The diagnosis of LC is the prerogative of upper digestive endoscopy (EDS). The aim of the paper was to analyze the detection and endoscopic characteristics of LC.

Materials and methods. LC detection was obtained within an advanced EDS protocol.

Results. From the total of 448 HH detected consecutively in the period of 2014-2022, 18 LC were found (6 in HH type II and 12 in HH type III), 4 LC were associated with repositionable HH all under 3.0 cm (HHSS). In no case were LC associated with erosive-ulcerative reflux stigmata. Iron deficiency anemia (pre-endoscopic or post-endoscopic) was found in 14 patients with LC. With hemorrhagic stigmata: Forrest Ib (Fib) - 2, FIIa – 2 cases, FIIb - 2 cases. No signs of hemorrhage at the time of EDS - 12 cases. Hemostasis by injection Sol. Adrenaline 1:10,000 plus APC (argon plasma coagulation) in cases of Fib (n=2), FIIb (2) and APC in FIIa (n=2). Satisfactory hemostatic effect was obtained in all cases. Endoscopic control at 2 months - in 5 out of 6 cases after APC the mucosal defects persist. 2 months after herniotomy and fundoplication, all ulcers are epithelized. In 6 out of 18 cases of LC in the previous early period (30 days before endoscopy) the patients had first-line endoscopy: 2 LC were detected, but wrongly described as Mallory-Weiss lesions, in other 4 cases neither HH nor LC. It was found that the endoscopic examination at the primary stage was performed with JEG examination in retiroflexion only in one case out of 6.