

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 ulcerele 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.

Conclusions. An unsatisfactory rate of endoscopy diagnoses in primary EDS is found. The JEG review requires adherence to the correct methodological protocol. LC are characteristic of HH type II and type III. LC are characteristic and HHSS are replaceable. LC causes hemorrhage and anemia. Endoscopic hemostasis resolves only the hemorrhage. Prolonged drug acid suppression did not treat gastric ulcer defects after APC. The definitive treatment of LC is the surgical reconstruction of the anatomy in the JEG area.

Keywords. Cameron lesions, anemia, fundaplication

EVALUAREA COAGULĂRII ÎN BOALA HEPATICĂ AVANSATĂ: TROMBOELASTOGRAFIA VS. PROBELE DE COAGULARE STANDARD



Rareș Crăciun^{1,2}

¹ Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie ”Prof. Dr. O. Fodor” Cluj-Napoca, România, ² Universitatea de Medicină și Farmacie ”Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Datele publicate în ultimul deceniu sugerează că evaluarea hemostazei la pacienții cu boală hepatică avansată (BHA) utilizând probele de coagulare standard (timp de protrombină, INR, numărul trombocitelor) nu reflectă fidel statusul coagulării. Deși istoric se presupunea că pacienții cu ciroză hepatică sunt ”anticoagulați spontan”, fapt sugerat de frecvența evenimentelor hemoragice și alterarea coagulogramei standard, s-a constatat de asemenea și o incidență crescută a evenimentelor trombotice, atât în teritoriul splanhnic (tromboza sistemului venos portal), cât și în circulația sistemică. Pornind de la aceste premise, s-a dovedit faptul că pacienții cu BHA au un profil hemostatic reechilibrat, care compensează diminuarea cantitativă a factorilor procoagulanți sintetizați în ficat cu modificări secundare în cascada coagulării.

Dezavantajul major al probelor de coagulare standard este reprezentat de evaluarea exclusivă a deficitului de factori procoagulanți, ilustrând astfel doar una dintre fațetele coagulării la pacienții cu BHA. Metodele viscoelastice de evaluare a coagulării, precum tromboelastografia (TEG) sau tromboelastometria rotațională (ROTEM), permit evaluarea globală a procesului de coagulare, evaluând toate etapele coagulării (de la formarea trombului la fibrinoliză) și analizând atât elementele pro- cât și anticoagulante. Astfel, utilizând TEG, se poate efectua o apreciere adecvată a riscului hemoragic sau protrombotic, evitând administrarea excesivă de preparate sanguine precum plasma proaspătă congelată, crioprecipitat sau masă trombocitară, care au potențialul de a agrava hipertensiunea portală.

REBALANCED HEMOSTASIS IN ADVANCED LIVER DISEASE: THROMBOELASTOGRAPHY VS. STANDARD COAGULATION TESTS

Rareș Crăciun^{1,2}

¹ ”Prof. Dr. O. Fodor” Regional Institute of Gastroenterology and Hepatology, Cluj-Napoca, Romania; ² ”Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

Increasing evidence suggests that standard coagulation tests - SCTs (prothrombin time, INR, platelet count) fail to adequately assess hemostasis in patients with advanced liver disease (ALD). According to the prior paradigm, cirrhotic patients were considered ”spontaneously anticoagulated”, an assumption based on the relative frequency of bleeding events and the alteration of SCTs. However, these patients also have a higher incidence of thrombotic events in the splanchnic venous system and systemic circulation. Based on these grounds, research has shown that ALD patients have a rebalanced hemostatic profile, as secondary alterations in the coagulation system compensate for the decrease in liver-derived procoagulant factors.

The major caveat in using SCTs in cirrhosis derives from their failure to assess hemostasis beyond the deficit in procoagulant factors. Viscoelastic tests, such as thromboelastography (TEG) or rotational thromboelastometry (ROTEM), can provide a global assessment of hemostasis, evaluating the entire coagulation process (from clot formation to fibrinolysis) as well as the balance of pro- and anticoagulant factors. Therefore, a TEG-based coagulation assessment can limit unnecessary blood product use (such as fresh frozen plasma, cryoprecipitate, or platelets), thus preserving a scarce resource and limiting the detrimental effects of transfusions.

TRATAMENTUL HEMORAGIEI DIGESTIVE SUPERIOARE LA PACIENTII OPERATI



Dr Cristina Pojoga^{1,2}

¹ Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie prof dr O Fodor Cluj Napoca, ² UBB-Med Universitatea Babeș-Bolyai Cluj Napoca

Hemoragia digestivă superioară este o complicație severă în cazul pacienților operați, crescând mult morbiditatea și mortalitatea acestora. Hemoragiile digestive superioare se clasifică în timpurii și tardive, în funcție de momentul postoperator în care survin.

Tratamentul hemoragiilor digestive la acești pacienți poate fi tratament conservator, endoscopic sau chirurgical.

Având în vedere faptul că pacientul operat este un pacient fragil, la care riscul operator este ridicat, este de preferat ca în aceste situații să se încerce evitarea reintervenției chirurgicale. Momentul efectuării endoscopiei digestive superioare este de asemenea deosebit de important: pacientul trebuie stabilizat anterior procedurii, având în vedere faptul că și endoscopia este o procedură invazivă.

Tratamentul endoscopic la pacientul operat prezintă anumite caracteristici, deoarece este importantă protejerea anastomozelor (în cazul în care este vorba despre o intervenție chirurgicală efectuată la nivelul tubului digestiv superior), tehnica endoscopică trebuind să fie adaptată în concordanță cu acest lucru. Ca urmare, este importantă utilizarea unui endoscop cât mai flexibil, insuflare minimă și tehnici hemostatice care să nu pună în pericol integritatea anastomozelor.

Tehnicile hemostatice sunt cele utilizate în general în cazul hemoragiilor digestive superioare, cu reamintirea faptului că injectarea de adrenalina nu poate fi utilizată ca metoda unică. Există tehnici mai noi, cum ar fi montarea de OVESCO sau aplicarea de Hemospray