

ROLUL ENDOSCOPIEI DIGESTIVE SUPERIOARE ÎN DIAGNOSTICUL FUNDOPLICAȚIEI EȘUATE ȘI/ SAU COMPLICATE



GHIDIRIM GH¹, MIȘIN I^{1,2}, UNGUREANU S³, ISTRATE V^{3,4}

¹Catedra Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi”, ²Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, ³Catedra chirurgie nr.4 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ^{3,4}Laboratorul de endoscopie digestivă avansată (LEDA) CM „Excellence”, Chișinău.

Introducere: Fundoplicatura în boala de reflux gastro-esofagian (BRGE) este procedeu chirurgical electiv, cu rată de succes pe termen lung de circa 90%. În 10% apar simptome persistente sau recurente de reflux și disfagie, caracteristice fundoplicaturii eșuate. Simptomele progresive și apariția simptomelor *de novo* caracterizează fundoplicatura complicată. Acestea-s consecințele montajului fundoplicativ strâmt, slăbit, disrupt, poziționat incorect sau migrat supradiafragmal.

Scopul studiului a fost de a analiza cazurile cu fundoplicatură eșuată/complicată în viziune endoscopică.

Materiale și metode: S-au analizat datele endoscopice corelate cu tabloul clinic și radiologic a 25 cazuri de fundoplicatură eșuată/complicată după procedeele Nissen (n=6), Dor (n=6) și Hill-Lortat-Jacob (n=13). Concluzia endoscopică s-a expus în baza examinării complexe a joncțiunii esofago-gastrice (JEG) refăcute în proendoscopie și retroflexie din stomac. Turn endoscopie OLYMPUS EXERA III, endoscop GIF HQ190.

Rezultate: S-au constatat următoarele semne endoscopice anormale după fundoplicatură: (1) esofagită, (2) ostium gastroesofagian beant, (3) rezistență la pasajul endoscopului, (4) disrupția montajului chirurgical, (5) montaj chirurgical malformat, (6) topografie incorectă a JEG refăcute, (7) gastrostază.

Singular sau în combinație, acestea au definit următoarele tipuri de fundoplicatură eșuată/complicată: (1) strangulare fundoplicativă (n=2, 8%); (2) malformația fundoplicaturii (n=7, 28%); (3) disrupție hiatală cu derapaj intratoracic al montajului chirurgical (n=7, 28%); (4) disrupția montajului chirurgical și hernie recurentă (n=4, 16%); (5) disrupție hiatală și hernie paraesofagiană (n=3, 12%); (6) gastrostază (n=2, 8%). Corelație endoscopică și radiologică s-a constatat în 20 (80%) și clinică în 19 (76%) cazuri.

Concluzii: Rolul endoscopiei este fundamental pentru diagnosticarea fundoplicaturii eșuate și complicate.

Cuvinte cheie: BRGE, fundoplicatură eșuată, fundoplicatură complicată.

THE ROLE OF SUPERIOR DIGESTIVE ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF FAILED AND/OR COMPLICATED FUNDOPLICATION

Introduction: Fundoplication, as a surgical intervention in the gastro-esophageal reflux disease (GERD) is actually confirmed as an elective procedure, with a long-term success rate of approximately 90%. In the 10%, persistent symptoms, or reflux recurrence and/or post-surgery dysphagia appear which are characteristic to failed fundoplication. Progressive symptoms or the appearance of *de novo* symptoms and clinical states describe a complicated fundoplication. These defects are due to a fundoplication fit that is too tight, too weak, disrupted, ill-positioned, or that migrated in the thorax.

The goal of this study was to analyze the cases with failed/complicated gastric fundoplication with endoscopic vision.

Methods and materials: We correlated the endoscopic data with the clinical and radiological data of 25 cases of failed/complicated fundoplication: after Nissen (n=6), Dor (n=6), and Hill-Lortat-Jacob (n=13) methods. The endoscopic conclusion was formed based on the detailed examination of the restored GEJ during proendoscopy and retroflexion. We used the OLYMPUS EXERA III, GIF HQ 190.

Results: The following abnormal endoscopic signs, after fundoplication, were detected: (1) esophagitis, (2) open gastro-esophageal junction (GEJ), (3) resistance during the passage of the endoscope, (4) disruption the fundoplication, (5) malformed fundoplication, (6) incorrect topography of the restored GEJ, (7) gastrostasis. The signs have established the following types of failed/complicated fundoplication:

(1) tight fundoplication (n=2, 8%); (2) fundoplication malformation (n=7, 28%); (3) hiatal disruption and thoracic slippage of the entire surgical mounting (n=7, 28%); (4) surgical mounting disruption and recurrent hernia (n=4, 16%); (5) hiatal disruption and paraesophageal hernia (n=3, 12%); (6) gastrostasis (n=2, 8%).

The diagnostic coincidence with the radiological exam was found in 20 (80%), and clinical correlation in 19 (76%).

Conclusion: Role of endoscopy was found to be fundamental in the diagnosis of failed and complicated fundoplication.

Key words: GERD, failed/complicated fundoplication.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC AL ESOFAGULUI BARRETT



GHIDIRIM GH¹, MIȘIN I^{1,2}, ISTRATE V^{3,4}

¹Catedra Chirurgie Nr.1 “Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, ²IMSP Institutul de Medicină Urgentă, ³Catedra chirurgie Nr.4, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ⁴Laboratorul de endoscopie digestivă avansată (LEDA) CM „Excellence”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Esofagul Barrett (EB) este condiție premalignă, displazia este factorul predictiv pentru dezvoltarea adenocarcinomului (AC).

Scopul: Revizuirea dovezilor privind tratamentul endoscopic al EB și AC precoce.

Material și metode: Metaplazia columnară în esofag a fost definită ca esofag columnar metaplaziat (ECM). EB a fost definit la prezența metaplaziei intestinale. Examinarea endoscopică - GIF HQ190(Olympus). Tratamentul endoscopic - GIF 1TH190, electrochirurgie Vio200D, coagulare argon-plază APC 2(ERBE). S-au studiat 102 cazuri ECM, inclusiv 35 displazie minoră (DM), 17 displazie avansată (DA), 3 AC precoce (T1m). Tactica de tratament - în funcție de prezența și tipul metaplaziei, gradul displaziei și neoplaziei. AC și DA au fost tratate prin REM/DES (n=18/n=2). DM(n=35): 5 cazuri - supraveghere endoscopică, 7 cazuri - REM, 23 cazuri - ablație APC. Herniile hiatale (n=19) au fost tratate prin fundoplicatură chirurgicală în etapă II. Tratament endolumenal al EB postfundoplicatură

- 6 cazuri.

Rezultate: Supraveghere endoscopică/histologică 1-5 ani: reversibilitatea ECM nu s-a determinat, progresie DM (n=6) din ECM fără displazie, DA (n=7) din DM, AC T1m (n=2) din DA. La toți 6 pacienți, după fundoplicație (EB netratat preoperatoriu), diagnosticarea s-a apreciat ca dificilă, regresia EB nu s-a constatat, tratamentul endoscopic într-o sedință a fost incomplet (EB restant – 1 caz după REM, 5 cazuri după AAP – tratament reablație). Supraveghere endoscopică 1-5 ani - recidive absente.

Concluzii: ECM tip gastric fără displazie necesită supraveghere endoscopică, EB fără displazie - AAP. DM poate fi tratată prin AAP. DA și AC precoce necesită DES/REM cu confirmarea histologică a R0 criteriilor pentru neoplazie. Tratamentul endolumenal trebuie să anticipeze fundoplicația chirurgicală.

Cuvinte cheie: esofag Barrett, ablație argon-plazmă, mucozectomie.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF BARRETT ESOPHAGUS

Introduction: Barrett's esophagus (BE) is a premalignant condition; the presence of dysplasia is the predictive factor for the development of esophageal adenocarcinoma (AC). Aim: To review the available evidence of the endoscopic treatment of BE.

Material and methods: Columnar metaplasia above the gastro-esophageal junction was defined as a columnar lined esophagus (CLE). BE is defined as the presence of intestinal metaplasia. Endoscopic examination - GIF HQ190(Olympus). Endoscopic treatment - GIF 1TH190, electro-surgery - Vio200D, argon-plasma ablation - APC 2 (ERBE). A total of 102 cases were examined CLE: 35 low-grade dysplasia (LGD), 17 high grade dysplasia (HGD), 3 early AC (T1m). The treatment tactic – based on the appearance and the type of the metaplasia, the grade of dysplasia and neoplasia. AC and HGD were treated with EMR/ESD(n=18/n=2). LGD(n=35): 8 cases - 5 endoscopic surveillance, 7 cases - EMR, 23 cases – argon plasma coagulation (APC). Hiatal hernias (HH) (n=19) were treated through surgical fundoplication in stage II. Endolumenal treatment of post fundoplication BE - 6 cases.

Results: Endoscopic surveillance 1-5 years: no reversibility of CLE was found, progression LGD (n=6) of CLE without dysplasia, HGD (n=7) of LGD, AC T1m (n=2) of HGD. For all 6 patients, after fundoplication (pre-surgery untreated BE), the diagnosis turned to be difficult, the regression of BE was absent, the endoscopic treatment was incomplete. Residual BE – 1 case after EMR, 5 cases after APC – reablation. Endoscopic surveillance 1-5 years – absent relapses.

Conclusions: Gastric CLE without dysplasia necessitates endoscopic surveillance, BE without dysplasia - APC. LGD can be treated through APC. HGD, early AC necessitates ESD/EMR with histologic confirmation of R0 criteria for neoplasia. Endolumenal treatment needs to anticipate surgical fundoplication.

Key words: Barrett's esophagus, argon-plasma ablation, mucosectomy

COMPLETAREA CHIRURGIEI HEPATOBILIOPANCREATICE LA SPITALUL SF. IOAN – ÎNCEPUTUL UNEI EXPERIENȚE ÎN CHIRURGIA HEPATICA



GINGHINA O, IOSIFESCU R, ZAMFIR M, STOICA ANDRADA, IONESCU M, SPÂNU A, MARDARE MARA, VRABIE R, MIRICĂ R, BÎRLOG CLARISA, CALIN CAMELIA, IORDACHE N

Spitalul Clinic Sf. Ioan, București, Romania

Introducere: În cadrul Spitalului Clinic de Urgență Sf. Ioan, departamentul dedicat Chirurgiei Oncologice a fost fondat în anul 2013. De la bun început, a existat un interes deosebit pentru chirurgia hepatică.

Material și metode: În intervalul Octombrie 2013 și Aprilie 2019, au fost efectuate în clinica noastră 111 hepatectomii pentru tumori hepatice primare și secundare. Indicația principală a fost inițial reprezentată de metastazele din cancerul colorectal; ulterior, proporția tumorilor hepatice primare a crescut, în special în ultimii doi ani.

Rezultate: În clinica noastră, chirurgia hepatică a debutat prin tratarea unor cazuri complexe de cancer colorectal; rezecții hepatice atipice și minore au fost asociate cu intervenții pe tractul digestiv; ulterior au urmat rezecții majore, asociate cu scăderea timpului operator și a duratei de spitalizare, odată ce curba de învățare a fost atinsă.

Concluzii: Atât în cazurile de tumori hepatice primare cu patologie asociată precum și în cazurile de tumori avansate (stadiul IV), alegerea indicației și a momentului operator, au permis includerea acestei chirurgii în arsenalul chirurgiei oncologice printr-un efort constant al echipei complexe multidisciplinare formată din: oncolog, anestezist, anatomo-patolog și chirurg.

Cuvinte cheie: rezecție hepatică, chirurgie oncologică

HEPATIC SURGERY AT SF. IOAN HOSPITAL BUCHAREST - COMPLETING AN SURGICAL ONCOLOGY DEPARTMENT

Introduction: Within the St John Emergency Clinical Hospital, a dedicated department for Surgical Oncology was founded in 2013. From the beginning, in this department there has always been an interest in liver surgery.

Material and methods: Between October 2013 and April 2019, 111 hepatectomies were performed in our clinic for primary and secondary liver tumors. The main indication was initially represented by the metastases from colorectal cancer; subsequent the proportion of primary liver tumors increased, especially over the last two years.

Results: Hepatic surgery started in our clinic by treating complex cases of colorectal cancer; minor and atypical liver resections were associated with interventions on the digestive tract. Subsequent, major resections found their natural place, associated with an important decrease of the operating time and periods of hospitalization, once the learning curve was completed.

Conclusions: Both in cases of primary hepatic tumors with associated pathology and as well as stage IV advanced tumors, the choice of the indication and the operative moment allowed the integration of this surgery into the surgical oncology arsenal through the constant effort of a complex multi-disciplinary oncological - anesthetic-pathology-surgical team.

Key words: liver resection, surgical oncology