

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

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

Materiale și metode: S-au analizat datele endoscopice corelate cu tabloul clinic și radiologic a 25 cazuri de fundoplicație eșuată/complicată după procedeul 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 fundoplicație: (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 fundoplicație eșuată/complicată: (1) strangulare fundoplicativă (n=2, 8%); (2) malformația fundoplicației (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 fundoplicației eșuate și complicate.

Cuvinte cheie: BRGE, fundoplicație eșuată, fundoplicație 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-plazmă 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 fundoplicație chirurgicală în etapă II. Tratament endolumenal al EB postfundoplicație