

perforație de esofag. Rapiditatea semnelor clinice în mediastinita acută prin perforație de esofag a depins de caracterul, septicitatea corpului străin, a conținutului esofagului, dimensiunile și localizarea perforației, a stării mediastinului.

Rezultate: Strategia medicală a fost conservatoare în 16 cazuri prin montarea sondei de alimentație nazo-gastrică, antibioterapie, reechilibrarea hidroelectrolitică, metabolică, antiinflamatoare, antihipoxante, cât și mediastinotomie. La doi pacienți cu perforație de esofag complicată cu mediastinită acută s-a intervenit chirurgical cu suturarea perforației de esofag. La etapele de tratament tranzitul esofagian de control, cu masă baritată nu a evidențiat stricturi la nivelul fostei perforații de esofag.

Concluzii: Suspiciunea unei perforații esofagiene impune spitalizare de urgență, investigații complexe a esofagului și mediastinului. Diagnosticul cât mai precoce, permite de a iniția o terapie medicamentoasă sau chirurgicală de la caz la caz sub strictă supraveghere a medicului specialist.

Cuvinte cheie: mediastinita acută, tratament, copii

MEDICAL TREATMENT IN ACUTE MEDIASTITIS THOUGH ESOFAG PERFORATION IN CHILDREN

Introduction: Accidental perforation of the esophagus is the most common cause of acute mediastinitis in children and constitutes 14% of all trauma to the esophagus.

Material and methods: From January 2010 to December 2018 in Natalia Gheorghiu NCPS of Pediatric Surgery 18 children aged 8 months to 18 years were diagnosed with acute mediastinitis and treated through esophagus perforation. We highlighted the ingestion of bases as the causal factor of the esophagus perforation in 10 patients, in 8 - metallic foreign bodies (batteries). The diagnosis was based on dyspnoea, tachycardia, profuse sweating, subclavicular, suprasternal subcutaneous emphysema. Thoracic radiography indicated the enlarged shadow of the upper mediastinum, pneumomediastinitis, which also confirmed a clinical mediastinal syndrome. EFGS confirmed the diagnosis of esophagus perforation. The rapidity of clinical signs in acute mediastinal perforation of the esophagus depended on the character, the septicity of the foreign body, the contents of the esophagus, the size and location of the perforation, the mediastinum condition.

Results: The medical strategy was conservative in 16 cases by installing the naso-gastric feeder, antibiotherapy, hydroelectrolytic rebalancing, metabolic, anti-inflammatory, anti-hypoxants, and mediastinotomy. Two patients with acute esophageal perforation complicated with acute mediastinitis were treated surgically with suture of the esophagus perforation. At the treatment stages, the esophageal control with barred mass did not reveal strictures at the level of the former esophagus perforation.

Conclusion: Suspicion of an esophageal perforation requires emergency hospitalization, complex investigations of the esophagus and mediastinum. Early diagnosis allows to initiate drug or surgical therapy on a case-by-case basis under close supervision of a specialist.

Key words: acute mediastinitis, treatment, children

LEZIUNILE IATROGENE ALE CĂILOR BILIARE ÎN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ

GURGHÎȘ R, GAGAUZ I, GAFTON V, ROJNOVEANU GH

Catedra de Chirurgie 1 „Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Medicina Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Deși au incidență mică, cifra absolută a leziunilor iatrogene ale căilor biliare (LICB) crește datorită sporirii numărului colecistectomiilor, acestea pot fi atât de complexe, încât rezolvarea chirurgicală devine o provocare.

Material și metode: Studiu efectuat în IMU, Chișinău, pe 1956 de colecistectomii laparoscopice (lot I) în 5ani, cu rata conversiei 1,99%(n=39) și 8 cazuri de LICB transferate (lot II): icter postcolecistectomic(4), colecție subhepatică(3) și peritonită biliară(1).

Rezultate: Lot I – rata LICB 0,36%(n=7): 4 – cu colecistită acută, 3 – colecistită sclero-atrofică, diagnosticată intraoperator – 5, la apariția biliuragiei – 2. LICB au fost confirmate prin colangiografie intraoperatorie(4) și CPGRE(2). LICB(Strasberg) au fost: tipA(1), tipC(1), tipD(3), tipE₁(1) și E₂(1). LICB tipE s-au rezolvat prin hepatojejunostomie(HJS) a la Roux pe dren Volker(2), tipD și tipC – plastia CBP pe dren Kehr(4), tipA – ligaturarea ductului și papilosfincterotomie(1). O complicație specifică (strictură postischemică a HJS), rezolvată prin drenare transparietohepatică și remontarea HJS peste 10 săptămâni. Lot II – 8 LICB: 6 confirmate prin CPGRE și 1-a prin RMN – tipE₁(2), tipE₂(2), tipE₃(1) și tipD(2), rezolvate prin HJS(5) și plastia CBP pe dren Kehr(2); 1-a tipE₃ – prin colangiografie intraoperatorie, rezolvată în urgența prin drenarea ducturilor hepatice separat și HJS ulterioara. Complicații specifice (strictura HJS) – 2, rezolvate prin enterotomie și stentare cu stent metalic autoexpandabil, într-un caz după revizia repetată a HJS, tentativa stentării transparietohepatice eșuând din cauza imposibilității plasării ghidului transanastomotic.

Concluzii: Managementul LICB este strict dependent de momentul diagnosticului, tipul leziunii și competențele chirurgicale. Rezolvarea chirurgicală definitivă a LICB diagnosticate postoperator trebuie efectuată doar în centre specializate, primar fiind rezolvate complicațiile septice.

Cuvinte cheie: leziuni iatrogene ale căilor biliare, management diagnostic-curativ

IATROGENIC LESIONS OF THE BILE DUCTS IN LAPAROSCOPIC COLECISTECTOMY

Introduction: Although there is a low incidence of iatrogenic lesions of biliary ducts (ILBD) increases, due to increased cholecystectomies, they can be so complex that surgical resolution becomes a challenge.

Materials and methods: A study performed in PMSI Institute of Emergency Medicine, Chișinău on 1956 of laparoscopic cholecystectomies (I group) in 5 years with a conversion rate of 1.99% (n = 39) and 8 cases of ILBD transferred (II group): postcolecistectomic jaundice (4), subhepatic collection (3) and biliary peritonitis (1).

Results: I group - ILBD rate 0.36% (n = 7): 4 - with acute cholecystitis, 3 - scleroatrophic cholecystitis, diagnosed intraoperatively - 5, at the appearance of biliarrhagia – 2. ILBD were confirmed by intraoperative colangiography (4) ERCP (2). ILBD (Strasberg) were: typeA (1), typeC (1), typeD (3), type E₁(1) and E₂(1). ILBD typeE have been solved by hepatojejunostomy (HJS) a la Roux on the Volker

drain (2), type D and type C – by plasty of main bile duct on Kehr drain (4), type A - by ligation of the duct and papillosfincterotomy (1). A specific complication (postischemic stricture of HJS), solved by transparietohepatic drainage and reapplication of HJS after 10 weeks. II group - 8 ILBD: 6 confirmed by ERCP and 1 by MRI – type E₁(2), type E₂(2), type E₃(1) and type D(2), solved by HJS (5), and by plasty of main bile duct on Kehr drain (2); 1 Type E₃ - by intraoperative colangiography, solved in emergency by draining the hepatic ducts separately and subsequent HJS. Specific complications (stricture of HJS) - 2, resolved by enterotomy and stenting with self-expanding metallic stent, in a case after repeated revision of HJS, the attempt of transpariethepatic stenting failed due to the impossibility of placing the transanastomotic guide.

Conclusions: ILBD management is strictly dependent on the time of diagnosis, type of lesion and surgical skills. The definitive surgical resolution of ILBD diagnosed postoperatively should be performed only in specialized centers, solving primary the septic complications.

Key words: iatrogenic lesions of the bile ducts, diagnostic-curative management

REZEȚIA ȘI RECONSTRUCȚIA VENOASĂ ÎN CADRUL PANCREATODUODENECTOMIEI

GUȚU E, GUZUN V, CASIAN D, IACUB V

Catedra Chirurgie Generală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”; Spitalul Clinic Municipal Nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Pancreatoduodenectomia (PDE) este singura metodă potențial curativă pentru cancerul periampular. Totodată, la momentul stabilirii diagnosticului adenocarcinomul pancreasului în circa 50% de observații concrește în confluența venei mezenterice superioare (VMS) și venei porte (VP). Rezeția venoasă (RV) este indicată în cazul, când capul și/sau procesul uncinat nu pot fi disecate de la confluența VMS-VP fără rămânerea țesutului tumoral.

Material și metode: În perioada 2010-2018 au fost efectuate 68 PDE consecutive. Bărbați – 35, femei – 33, vârsta medie – 60,3 ani. RV a fost efectuată la 16 (23,5%) pacienți. Conform clasificării Tseng, RV1 (rezeție tangențială cu patch) s-a practicat în 2 (12,5%) cazuri; RV2 (rezeție segmentară cu ligaturarea venei lienale (VL) și anastomoză primară – în 6 (37,5%); RV3 (rezeție segmentară cu ligaturarea VL și interpoziția grefei) – în 3 (18,7%); RV4 (rezeție segmentară cu păstrarea VL și anastomoză primară) – în 4 (25%); RV5 (rezeție segmentară cu păstrarea VL și interpoziția grefei) – în 1 (6,3%) caz.

Rezultate: Durata operației a constituit 302±6 min (în lotul fără RV) vs 364±12 min (cu RV), p<0,0001. Pierderea sangvină intraoperatorie: 570±39 ml (fără RV) vs 1093±73 ml (cu RV), p<0,0001. Decesul în perioada postoperatorie precoce a survenit la 2 (3%) bolnavi. Pacienții după PDE cu RV au avut o supraviețuire similară cu cea după PDE fără RV.

Concluzii: Invazia izolată a tumorii în VMS-VP nu trebuie să fie o contraindicație pentru PDE în cazul cancerului pancreatic localizat. RV pot fi efectuate pe parcursul PDE cu rezultate bune, inclusiv supraviețuirea medie similară în comparație cu pacienții fără rezeție venoasă.

Cuvinte cheie: cancer pancreatic, pancreatoduodenectomia, rezeția venoasă

VENOUS RESECTION AND RECONSTRUCTION WITHIN PANCREATODUODENECTOMY

Introduction: Pancreatoduodenectomy (PDE) is the only potentially curative method for periampular carcinoma. However, at the time of diagnosis, pancreatic adenocarcinoma in about 50% of cases invades into the confluence of the superior mesenteric vein (SMV) and portal vein (PV). Venous resection (VR) is indicated when the head and/or uncinat process can not be dissected from the SMV-PV confluence without leaving the tumor tissue.

Material and methods: Sixty eight consecutive PDEs were performed during 2010-2018. Men – 35, women – 33, average age – 60.3 years. VR was performed in 16 (23.5%) patients. According to the Tseng classification, VR1 (tangential resection with) was performed in 2 (12.5%) cases; VR2 (segmental resection with splenic vein (SV) ligation with primary anastomosis – in 6 (37.5%), VR3 (segmental resection with SV ligation, with interposition of graft) – in 3 (18.7%); VR4 (segmental resection with SV preservation, with primary anastomosis) – in 4 (25%); VR5 (segmental resection with SV preservation, with graft interposition) – in 1 (6.3%).

Results: The length of surgery was 302±6 min (in the group without VR) vs 364±12 min (with VR), p<0.0001. Intraoperative blood loss: 570±39 ml (without VR) vs 1093±73 ml (with VR), p<0.0001. Death in the early postoperative period occurred in 2 (3%) patients. Patients after PDE with VR had similar survival as after PDE without VR.

Conclusions: The isolated tumor invasion in SMV-PV should not be a contraindication for PDE in localized pancreatic cancer. VR can be performed during PDE with good results, including similar mean survival compared to patients without venous resection.

Key words: pancreatic cancer, pancreatoduodenectomy, venous resection

DILATAREA ENDOSCOPICĂ ÎN TRATAMENTUL ȘI PROFILAXIA STRICTURILOR ESOFAGIENE LA NOU NĂSCUȚI OPERAȚI PENTRU ATREZIE DE ESOFAG

GUZGAN MARIANA¹, RAȘCOV V¹, RAȘCOV VALENTINA¹, GARBI I¹, PISARENCO A¹, DONICĂ L²

¹Endoscopie, Clinica Chirurgie, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova, ²S. C. Donica & Donica, Mangalia, România.

Introducere: Restabilirea tranzitului esofagian după plastia chirurgicală esofagiană este subiect recunoscut.

Material și metode: Studiul a cuprins 16 copii cu vârsta: două zile de la naștere și șase ani, spitalizați și operați de atrezie de esofag în clinica chirurgie pediatrică IMȘC în perioada 2012-2018. Dilatatoarele folosite: balonașe și bujii Savary-Gilliard.