

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 uncinate 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.