

a atinge principalul scop în tratamentul CG, prelungirea supraviețuirii generale a acestor pacienți, s-a adoptat o abordare chirurgicală agresivă pentru obținerea eventualii rezecabilități oncologice.

**Material și metode:** Am analizat 386 pacienți internați în clinica chirurgie 2 pe parcursul anilor 2000-2019 cu diagnosticul de CG. Dintre care 316 (81,9%) au fost supuși tratamentului potențial curativ (rezeccție chirurgicală), ații 94 (18,1%) au beneficiat doar de tratament paliativ.

**Rezultate:** Complicațiile CG (hemoragii profuze, perforații cu peritonită) au fost motivul de intervenții chirurgicale pe indicații vitale în 29 cazuri. Spectrul de intervenții chirurgicale programate: disecție submucoasă a CG în stadiul Tis, T1, gastrectomii totale sau subtotale asociate cu limfadenectomie D1, D2, D3, gastrectomii asociate cu metastazectomie hepatică, pancreatctomie distală și/ sau splenectomie, rezeccții pluriviscerale în CG cu invazie în organe vecine. Morbiditatea postoperatorie 16%, mortalitatea 2%. Supraviețuirea generală la 5 ani în toate stadiile 37%. Supraviețuirea generală la pacienți în stadiul II și III după limfadenectomie D1, D2 și D3 este 38%, 44% și 45% corespunzător. Pacienți operați în stadiul IV local avansat au o supraviețuire similară de 28-30% în toate modalitățile de limfadenectomie. La fel rezeccția R0 oferă o supraviețuire generală la 5 ani și supraviețuire fără recidivă mai lungă în stadiul II, III (41%) vs R1(34%) și nu prezintă diferență în stadiul IV local avansat (28%).

**Concluzii:** Odată cu progresia tratamentului adjuvant s-a schimbat și atitudinea chirurgicală față de cancerul gastric CG. Studiile clinice și evoluțiile tehnice moderne au facilitat puternic utilizarea unei abordări multimodale în tratamentul CG. Abordarea chirurgicală este diversă de la intervenții endoscopice miniinvasive până la gastrectomii totale cu limfdisecții extinse și rezeccții pluriviscerale. Gastrectomiile asociate cu limfadenectomie D2 a devenit operație standard în orice stadiu al CG.

**Cuvinte cheie:** Cancer gastric, gastrectomie, limfadenectomie.

## EVOLUTION IN THE SURGICAL MANAGEMENT OF GASTRIC CANCER IN SURGERY CLINIC 2

**Introduction:** Gastric cancer (GC) over the years remains a surgical challenge not only in the Republic of Moldova, but also in the world. Surgical treatment throughout evolution remains a major method, evolving from the unique treatment option to a multidisciplinary approach. Over the years, Surgery Clinic 2 has also changed surgical tactics, from simple gastric resection to total gastrectomies or subtotal gastrectomies associated with extensive lymphodissection, metastasctomy, or multivisceral resections. In order to achieve the main goal in the treatment of GC, to prolong the overall survival of these patients, an aggressive surgical approach was adopted to obtain eventual oncological resection.

**Material and methods:** We analyzed 386 patients admitted to Surgery 2 clinic during the years 2000-2019 with the diagnosis of GC. Out of which 316 (81.9%) were subjected to the potential curative treatment (surgical resection), 94 (18.1%) benefited only from palliative treatment.

**Results:** Complications of gastric cancer (profuse haemorrhage, perforation with peritonitis) have been the cause of vital signs surgery in 29 cases. The spectrum of surgery: submucosal dissection of GC in stage Tis, T1, total or subtotal gastrectomy associated with lymphadenectomy D1, D2, D3, gastrectomy associated with hepatic metastasctomy, distal pancreatctomy and/or splenectomy, plurivisceral resections in gastric cancer with invasion in adjacent organs. Postoperative morbidity 16%, 2% mortality. Overall survival at 5 years at all stages 37%. Overall survival in Stage II and III patients after D1, D2 and D3 lymphadenectomy is 38%, 44% and 45%. Patients operated in the locally advanced stage IV have similar survival rates of 28-30% in all lymphadenectomy modalities. Similarly, R0 resection provides overall 5-year survival and recurrence free survival in Stage II, III (41%) versus R1 (34%) and no difference in locally advanced stage IV (28%).

**Conclusions:** With the progression of adjuvant treatment, surgical attitude for GC has also changed. Clinical studies and modern technical developments have greatly facilitated the use of a multimodal approach to the treatment of gastric cancer. The surgical approach is varied from minimally invasive endoscopic interventions to total gastrectomies with extensive lymphadenectomy and plurivisceral resections. Gastrectomy associated with D2 lymphadenectomy has become standard surgery in any stage of GC.

**Key words:** Gastric cancer, gastrectomy, lymphadenectomy.

## PROGRAMUL DE TRANSPLANT HEPATIC ÎN REPUBLICA MOLDOVA



HOTINEANU V, HOTINEANU A, BURGOCI S, IVANCOV G, SÎRGHI V, CAZACU D, TARAN N, PELTEC A

Catedra de Chirurgie nr 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere:** Din momentul primului transplant hepatic în Republica Moldova în 2013, am efectuat 60 de transplanturi hepatice, printre care 40 de transplanturi au fost realizate cu ficat integru de la donator aflat în moarte cerebrală și 20 vde transplante hepatice de la donator viu. Deficitul critic de organe cadaverice disponibile ne-au impus să debutăm cu transplant hepatic cu hemificat drept de la donator viu.

**Material și metode:** Indicațiile pentru intervenție chirurgicală în majoritatea cazurilor au fost ciroza hepatică de etiologie virală în faza terminală, 12 cazuri de carcinom hepatocelular, câte un caz de ciroză biliară primară, hepatită toxică medicamentoasă, sindromul Budd-Chiari.

**Rezultate:** Doua cazuri de retransplant hepatic cauzat de tromboza arterei hepatice și tromboză de greafă vasculară. În perioada postoperatorie precoce au decedat 7 primitori. Cauzele decesului au fost: hemoragie intracerebrală în perioada postoperatorie precoce – 1, rețet acut al grefei – 2, tromboză de arteră hepatică – 1, disfuncție primară a grefei – 2, pneumonie postoperatorie – 1. În perioada postoperatorie tardivă au decedat pacienți. Din complicațiile survenite în perioada postoperatorie precoce putem remarca rețet acut al grefei, tromboză de arteră hepatică, hemoragie postoperatorie, peritonită biliară, disfuncție primară a grefei, convulsii, peritonită cauzată de ulcer acut duodenal perforat. Complicațiile în perioada postoperatorie tardivă: peritonită biliară după extragerea drenului din coledoc, tromboză de anastomoză a venei cava, rețet cronic a grefei.

**Concluzie:** Experiența acumulată și utilizarea tehnologiilor moderne ne-au permis să reducem rata mortalității postoperatorii, la fel ca și rata complicațiilor survenite.

**Cuvinte cheie:** Transplant hepatic, ciroză hepatică, carcinoma hepatocelular.

**LIVER TRANSPLANT PROGRAM IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA**

**Introducere:** Since the first liver transplant in the Republic of Moldova in 2013, we performed 60 liver transplants, including 40 transplants with integral liver from the brain death donor and 20 live donor liver transplants. The critical shortage of available cadaveric organs has forced us to begin with liver transplantation from the living donor.

**Material and Methods:** Indications for surgical intervention in most cases were hepatic cirrhosis in the terminal stage of disease, 12 cases of hepatocellular carcinoma, one case of primary biliary cirrhosis, drug toxic hepatitis, Budd-Chiari syndrome.

**Results:** Two cases of hepatic retransplantation caused by hepatic artery thrombosis and vascular graft thrombosis. In the early postoperative period, seven recipients died. The causes of death were: intracerebral hemorrhage in the early postoperative period - 1, acute graft rejection - 2, hepatic artery thrombosis - 1, primary graft dysfunction - 2, postoperative pneumonia - 1. Patients died in the postoperative period. From complications occurring in the early postoperative period, we can notice acute graft rejection, hepatic artery thrombosis, postoperative haemorrhage, biliary peritonitis, primary graft dysfunction, seizures, peritonitis caused by perforated acute duodenal ulcer. Complications in the post-operative period: biliary peritonitis after T-Tube drain extraction, thrombosis of the cava vein, chronic graft rejection.

**Conclusion:** The accumulated experience and the use of modern technologies have allowed us to reduce the rate of postoperative mortality, as well as the rate of complications.

**Key words:** Liver transplantation, liver cirrhosis, hepatocellular carcinoma.

**TRANSPLANTUL HEPATIC DE LA DONATOR VIU ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

HOTINEANU V, HOTINEANU A, BURGOCI S, IVANCOV G, SÎRGHI V, CAZACU D, TARAN N, PELTEC A

Catedra de Chirurgie nr 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

**Introducere:** În structura mortalității prin bolile aparatului digestiv, Republica Moldova (RM) ocupă primul loc în Europa și unul dintre primele în lume. TH (transplantul hepatic) de la donator viu reprezintă o opțiune importantă de tratament pentru recipienții cu boală hepatică terminală. Primul TH, realizat în RM, începe în 2013, acesta fiind de la donator viu.

**Material și metode:** În perioada 2013- 2019, s-au realizat 20 transplanturi hepatice de la donator viu. Principala indicație au reprezentat-o cirozele de etiologie virală: VHD (60%), VHB (20%), VHC (20%). Studiul a inclus 40 pacienți: 20 donatori, vîrsta medie 34,81±11,59 ani și 20 recipienți, vîrsta medie 44,57± 9,91ani. Toți pacienții – evaluați clinic, biochimic, instrumental conform protocolului instituțional. Steatoza hepatică (25-30%) confirmată prin puncție biopsie hepatică la 20% donatori. Scorul MELD a variat între 14-19 puncte. Tratamentul de imunosupresie: standard, conform protocolului.

**Rezultate:** Supravețuirea postoperatorie imediată estimată la 90% (9). Supravețuirea pacientului și a grefei la 1 an – 70%. Morbiditatea postoperatorie – 4, complicată cu rejet acut – 2. Complicații precoce: a) tromboză de arteră hepatică, cu retransplant – 1; tromboză de grefă vasculară sintetică – a 1 caz, b) rejet acut – 2 tratat prin pulsterapie; c) complicații medicale: pulmonare – 4, neurologice – 2; d) complicații biliare – fistulă tranșă secțiune hepatică – 2, peritonită biliară – 1. Complicații tardive: a) biliare prin stenoză anastomotică - 2, b) recidiva afecțiunilor primare post-transplant: VHB – 1, VHC – 1, CHC - 1 caz.

**Concluzii:** Transplantul hepatic de la donator viu prioritizează recipienții din lista de așteptare, identifică și micșorează factorii de risc preoperator, oferind o grefă optimă.

**Cuvinte cheie:** transplant hepatic, ciroză hepatică, carcinom hepatocelular.

**LIVER TRANSPLANTATION FROM LIVING DONOR IN REPUBLIC OF MOLDOVA**

**Introduction:** In the structure of mortality from digestive diseases, Republic of Moldova ranks first in Europe and one of the first in the world. LT (liver transplant) from a living donor represents an important treatment option for recipients with terminal liver disease. First LT in Republic of Moldova was conducted in 2013, from a living donor.

**Material and Methods:** Between 2013 – 2019, 20 liver transplants from living donors were performed. The main indication was represented by cirrhosis of viral etiology: VHD (60%), VHB (20%), VHC (20%). The study included 40 patients: 20 donors, average age 34.81 ± 11.59 years and 20 recipients, average age 44.57 ± 9,91ani. All patients - assessed clinically, biochemically, instrumentally according to institutional protocol. Hepatic steatosis (25-30%) confirmed by liver biopsy to 20% donors. MELD score ranged from 14 to 19 points. Immunosuppression treatment: standard, according to protocol.

**Results:** Estimated immediate postoperative survival of 90%. Patient and graft survival after 1 year – 70%. Postoperative morbidity – 2, complicated with acute rejection – 2. Early complications: a) hepatic artery thrombosis, with repetitive transplant -1, vascular graft thrombosis; b) acute rejection - 2; c) medical complications: pulmonary - 4, neurological – 2, e) biliary complications - liver fistula installment section - 2, biliary peritonitis - 1. Late complications: a) biliary through stenosis anastomotic - 1, b) relapse of primary disease post-transplantation: HBV - 1, HCV – 1, CHC case.

**Conclusions:** Liver transplantation from living donor prioritizes recipients from the waiting list, identifies and reduces preoperative risk factors, providing optimal graft.

**Key words:** Liver transplantation, liver cirrhosis, hepatocellular carcinoma.

**TRATAMENT MULTIMODAL AL CARCINOMULUI HEPATIC**

HOTINEANU V, HOTINEANU A, BURGOCI S, IVANCOV G, CAZACU D, SÎRGHI V

Catedra de Chirurgie nr 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova