

aprilie 2019. Raportul B:F – 4:1, vârsta medie 59±11,5 ani (extreme 22-79ani). Operabilitatea bazându-se pe teste funcționale, date imagistice și morfologice.

**Rezultate:** Mortalitatea perioperatorie a constituit 2,94% și postoperatorie 11,76%. Media de spitalizare a fost de 12,4±0,9 zile și rata de supraviețuire la 1 an a fost de 89,7%.

**Concluzii:** Evaluarea testelor funcționale și corecția parametrilor vitali permit modificarea indicațiilor și criteriilor de operabilitate a pacienților cu cancer pulmonar avansat. Rezultatele postoperatorii fiind comparabile cu mediile internaționale.

**Cuvinte cheie:** cancer pulmonar, rezecții pulmonare

## EXTENSION OF INDICATIONS FOR PULMONARY RESECTIONS IN PULMONARY CANCER PATIENTS

**Introduction:** The implementation of new technologies and increased possibilities of intensive care allowed the reevaluation of indications for anatomical lung resections in patients diagnosed with advanced lung cancer, in association with various concomitant pathologies, previously considered inoperable

**Aim:** Review of indications and risks for lung resections at the same time evaluating vital signs and planning pre- and post-operative conduct to develop new operability criteria in lung cancer patients previously considered inoperable.

**Materials and methods:** The cases included 68 lung cancer patients operated in the Thoracic Surgery Department of Emergency Medicine Institute, during July 2016 - April 2019. Ratio B: F - 4: 1, mean age 59 ± 11.5 years (extreme 22-79 years). Operability based on functional tests, imaging and morphology data.

**Results:** Perioperative mortality was 2.94% and postoperative 11.76%. The average hospitalization period was 12.4 ± 0.9 days and the survival rate at 1 year was 89.7%.

**Conclusions:** The evaluation of functional tests and the correction of vital parameters allow modification of surgical guidelines and criteria for patients with advanced lung cancer. Postoperative results are comparable to international averages.

**Key words:** lung cancer, lung resections

## TRAUMATISMELE DIAFRAGMEI – EXPERIENȚA CLINICII



**MIRONOVA ELENA<sup>1</sup>, GURGHIS R<sup>2</sup>, GAGAUZ I<sup>1</sup>, GAFTON V<sup>1</sup>, MAXIM I<sup>1</sup>, VOZIAN M<sup>2</sup>, NAFORNIȚĂ I<sup>1</sup>, OPREA A<sup>1</sup>, ROJNOVEANU GH<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Departament Chirurgie, Institutul de Medicină Urgentă, <sup>2</sup>Catedra de Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova**

**Introducere:** Leziunea diafragmei(LD) reprezintă o problemă de management diagnostic-curativ atât în traumatismele penetrante cât și închise.

**Material și metode:** Studiul retrospectiv-prospectiv, 2012 – mai 2019, pe 48 pacienți cu LD. Vârsta medie 35±12,65ani, raportul B:F//2:1. Plăgi penetrante – 38(79,2%) cazuri, contuzii abdominale – 10(20,8%). S-a efectuat: radiografia toracelui – 39(81,2%) cazuri, ecografia abdominală(Focused abdominal Sonography for Trauma) – 33(68,8%), pasaj gastro-duodenal – 2(4,2%), Tomografia Computerizată – 13(27,1%), laparoscopie – 13(27,1%) și toracoscopie – 3(6,3%).

**Rezultate:** Instabilitate hemodinamică constatându-se în 13(27,1%) cazuri, durere toraco-abdominală – 39(81,3%), insuficiență respiratorie – 34(70,8%). LD s-a diagnosticat: până la 12h – 37(77%), 12-72h – 7(14,6%), 3-10 zile – 3(6,3%) și un pacient la a 49-a zi. LD s-a constatat în 25(52,1%) cazuri intraoperator, preoperator fiind diagnosticată: imagistic – 9(18,8%), laparoscopic – 11(23%) și toracoscopic – 3(6,3%), LD izolată apreciindu-se în 14(29,2%), cu lezarea organelor parenchimatose – 14(29,2%) [splina(7), ficat(11), rinichi(2)], cavitare – 13(27,1%) [stomac(4), jejun(4), colon(6)] și combinate – 3(6,3%), în 5(10,4%) cazuri asociindu-se leziune pulmonară. LD pe stânga s-a determinat în 33(68,8%) cazuri, pe dreapta – 15(31,2%), diametrul variind de la 0,5cm la 20cm, în 2(4,2%) cazuri constatându-se plăgi multiple. În 40(83,3%) situații LD s-a rezolvat prin laparotomie, prin toracotomie – 2(4,2%), toraco-laparotomie – 3(6,3%), prin toracoscopie – 3(6,3%). LD s-a rezolvat prin sutură simplă – 44(91,6%) și duplicatură – 4(8,4%), în 30(62,5%) cazuri asociindu-se cu alte intervenții. Mortalitate postoperatorie – 2(4,2%).

**Concluzii:** La politraumatizații cu leziuni severe ruptura diafragmei este cel mai frecvent constatată intraoperator, laparotomia fiind dictată de hemoperitoneu. În plagile toracice inferioare cu hemodinamică stabilă laparoscopia și toracoscopia pot stabili cu certitudine diagnosticul, ultima, în lipsa leziunilor intraabdominale, poate rezolva definitiv defectul.

**Cuvinte cheie:** politraumatism, leziune diafragm, plagă toraco-abdominală

## DIAPHRAGMATIC LESIONS - CLINIC EXPERIENCE

**Introduction:** Diaphragmatic lesion (DL) is a diagnostic and curative management problem in both penetrating and closed traumas.

**Methods and materials:** Retrospective-prospective study, 2012–May 2019 on 48 patients with DL. Average age 35±12.65years, M:F ratio 2:1. Penetrating wounds–38(79.2%) cases, abdominal contusion–10(20.8%). There were performed: chest radiography–39(81.2%), Focused Abdominal Sonography for Trauma– 33(68.8%), barium passage–2(4.2%), Computed Tomography–13(27.1%), laparoscopy–13(27.1%) and thoracoscopy–3(6.3%).

**Results:** Hemodynamic instability–13(27.1%) cases, thoraco-abdominal pain–39 (81.3%), respiratory insufficiency–34(70.8%). DL was diagnosed: <12h–37(77%), 12-72h – 7(14.6%), 3-10 days – 3(6.3%), and in one patient on the 49th day after the trauma. DL was found intraoperatively in 25(52.1%) cases, preoperative were diagnosed: imaging–9(18.8%), laparoscopic–11(23%) and thoracoscopic–3(6.3%). Isolated DL was established in 14(29.2%) cases, accompanied injury of a parenchymatous organ–14(29.2%) [spleen(7), liver(11), kidney(2)], hollow organ–13(27,1%) [(stomach(4), jejun(4), colon(6))] and combined–3(6,3%), in 5(10,4%) cases pulmonary lesions were detected too. DL on the left side was determined in 33(68.8%) cases, on the right side–15(31.2%), the diameter ranging from 0.5cm to 20cm, in 2(4.2%) cases multiple lesions were determined. In 40(83.3%) cases DL were treated by laparotomy, thoracotomy–2(4.2%), thoracolaparotomy–3(6.3%), thoracoscopy–3(6.3%). DL was sutured by simple suture–44(91.6%) and duplication–4(8.4%), in 30(62.5%) cases associated with other interventions. Postoperative mortality–2(4.2%).

**Conclusion:** In severe polytrauma the diaphragm rupture is most commonly observed intraoperatively lesion, the laparotomy being established by hemoperitoneum. In patients with inferior thoracic wounds and hemodynamic stability, laparoscopy and thoracoscopy can definitely establish the diagnosis, and in the absence of intraabdominal lesions, can definitely resolve the defect.

**Keywords:** Polytrauma, diaphragmatic lesion, thoracoabdominal wound

## MANAGEMENTUL ENDOSCOPIC ÎN URGENȚĂ AL HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE



DANA ELENA MITRICĂ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe ”Sf.Spiridon”

Hemoragia digestivă superioară reprezintă una din principalele cauze de adresabilitate a pacienților în serviciile de urgență la nivel global cu o incidență anuală în Europa de până la 150 de cazuri la 100.000 de locuitori. Asociază un necesar ridicat de asistență intraspitalicească iar explorarea endoscopică digestivă superioară este indicată în majoritatea circumstanțelor. Endoscopia digestivă superioară realizată în urgență facilitează diagnosticul etiologic al hemoragiilor digestive superioare și face posibilă realizarea unui gest hemostatic interventional. Atât în ceea ce privește hemoragia digestivă variceală cât și în cauzele de hemoragie digestivă superioară non-variceală, managementul endoscopic s-a dovedit indispensabil unui control optim al sângerării cu impact în ceea ce privește supraviețuirea și rata de resângerare. Prezentarea urmărește o abordare bazată pe cazuri *real life experience* a principalelor scenarii clinice care au impus management endoscopic în urgență al hemoragiilor digestive superioare în cadrul Institutului de Gastroenterologie și Hepatologie din Iași.

**Cuvinte cheie:** Hemoragia digestivă superioară, management endoscopic

## THE ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE IN AN EMERGENCY SETTING

Upper gastrointestinal hemorrhage has become one of the most frequent causes for admission in the emergency departments globally with an annual incidence in Europe of up to 150 cases per 100.000 population. Such conditions frequently require hospital admission and upper digestive tract endoscopy (EGD) is indicated in an emergent setting in the majority of cases. EGD facilitates proper detection of the etiology and furthermore the achievement of local hemostasis. In both variceal and non-variceal causes for the upper gastrointestinal bleeding, achievement of hemostasis through endoscopic management proved to be the optimal therapy resource with a positive impact in what rebleeding rates and overall survival are concerned. Our presentation offers a real life case scenarios approach for the discussion of the main therapeutic endoscopy resources for hemostasis performed in the Institute of Gastroenterology and Hepatology of Iasi, Romania.

**Keywords:** Upper gastrointestinal hemorrhage, endoscopic management

## INCIDENȚA MARGINILOR R1 ÎN DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICĂ EFECTUATĂ PENTRU ADENOCARCINOMUL DUCTAL CEFALO-PANCREATIC



MOIȘ E<sup>1,2</sup>, GRAUR F<sup>1,2</sup>, ZAHARIE F<sup>1,2</sup>, BARTOȘ A<sup>2</sup>, ELISEI R<sup>1,2</sup>, FURCEA LUMINIȚA<sup>1,2</sup>, BODEA R<sup>1,2</sup>, RUSU IOANA<sup>1,3</sup>, ZAHARIE T<sup>3</sup>, PUIA C<sup>1,2</sup>, IANCU C<sup>1,2</sup>, AL HAJJAR N<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” <sup>2</sup>Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie “Prof. O. Fodor”, <sup>3</sup>Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie “Prof. O. Fodor,” Departamentul de Anatomie Patologică, Cluj-Napoca, România

**Introducere:** Gold standardul duodenopancreatectomiei cefalice (DPC) este obținerea unor margini de rezecție tumorală negative (R0). Având în vedere datele din literatură, în care unii autori au demonstrat ca incidența marginilor R1 crește după folosirea unor protocoale histopatologice standardizate de colorare și preparare a piesei de duodenopancreatectomie cefalica (DPC), am considerat necesar efectuarea unui studiu, în acest sens, în Institutul nostru.

**Material și metode:** Au fost studiate 116 cazuri de adenocarcinom ductal pancreatic cefalic la care s-a efectuat DPC cu intenție de radicalitate. Cele 116 cazuri au fost împărțite în două loturi: un lot de 59 de cazuri (retrospectiv) la care marginile de rezecție nu au fost preparate și un lot de 57 de cazuri (prospectiv) la care piesele au fost preparate și colorate conform unui protocol standardizat. Astfel dacă în cazul lotului retrospectiv marginea circumferențială nu a fost detaliată, în cazul lotului prospectiv această margine a fost împărțită în: medială, anterioară, superioară și posterioară.

**Rezultate:** Incidența marginii R1 în lotul retrospectiv a fost de 39%, iar în lotul prospectiv a fost de 68.6% (p-value=0.0016). Marginea de rezecție cea mai des R1 a fost marginea circumferențială (87%) în cazul lotului retrospectiv, iar marginea medială (mezopancreasul) (74.35%) în lotul prospectiv. Marginile R1 au fost multifocale în 13.04% în grupul retrospectiv vs 51.28% în grupul prospectiv (p-value=0.003). Supraviețuirea generală nu a fost influențată de tipul margini de rezecție (R0/R1).

**Concluzii:** Folosirea unor protocoale standardizate de preparare și colorare a pieselor de DPC duce la creșterea incidenței marginilor R1. Mezopancreasul reprezintă locul de elecție pentru apariția marginilor R1 în DPC. Utilizarea unor protocoale standardizate pentru colorarea marginilor de rezecție în DPC crește incidența marginilor R1 multifocale. Supraviețuirea generală este influențată de tipul margini de rezecție (R0/R1).

**Cuvinte cheie:** adenocarcinom ductal pancreatic; margine R1; protocol standardizat

## R1 INCIDENCE IN PANCREATODUODENECTOMY FOR PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA OF THE PANCREATIC HEAD