

HERNIILE POST-TROCAR DUPĂ COLECISTECTOMII LAPAROSCOPICE

AKPEROV I, MARTYNENKO A, BUTENKO YU, SPELCHUK S, GRIBENCHIKOV G, BUTESKU D

Catedra chirurgie generală, Universitatea din Transnistria, Tiraspol, Republica Moldova

Introducere: Aplicarea în practică a colecistectomiilor laparoscopice (CEL) nu a exclus riscul de apariție a herniilor ventrale postoperatorii. Herniile se dezvoltă în locurile de plasare a trocarelor și poartă denumirea de „hernii post-trocar” – HPT. Acestea alcătuiesc circa 0,3-1,1% din numărul total al herniilor ventrale postoperatorii și demonstrează o tendință spre creștere. Conform datelor literaturii, HPT în 0,9% cazuri se formează lângă ombilic și în 0,1% cazuri au o altă localizare.

Material și metode: Analiza este bazată pe experiența tratamentului a 19 pacienți cu HPT după CEL pe parcursul a 10 ani (2002-2013). În această perioadă în Clinică au fost efectuate 1112 CEL. Rata formării herniilor a constituit 1,7%. Vârsta medie a bolnavilor – 54 ani. Intervalul de la momentul apariției herniei – de la 1 la 3 ani. La 16 (1,4%) bolnavi au avut loc supurații de plagă postoperatorie paraombilicală. Diastaza mușchilor recti de gradul 1-2 a fost diagnosticată la 14 (1,2%) bolnavi. În 18 (1,6%) cazuri hernia s-a localizat paraombilical și într-un caz pe peretele abdominal lateral. HPT se caracterizează printr-o discordanță între dimensiunile porților și a sacului herniar.

Rezultate: La 2 pacienți a fost depistată prezența a 2 defecte a liniei albe abdominale. Absența în 10 (0,8%) cazuri a ligaturilor aponeurotice în regiunea herniei indică lipsa suturării defectului liniei albe după prima operație. În 3 (0,2%) cazuri cu dimensiunile defectului herniar <2 cm a fost efectuată autoplastia aponeurotică după Sapejco. În celelalte cazuri (defectul herniar >3 cm și prezența diastazei mușchilor recti) s-a efectuat hernioplastia cu lambou autodermal. Cazuri de complicații și recidive postoperatorii nu au fost înregistrate.

Concluzii: Profilaxia HPT după CEL necesită suturarea prudentă a defectului aponeurotic în locul plasării trocarelor cu diametrul peste 1 cm. La pacienții de vârstă avansată și la bătrâni regiunea paraombilicală reprezintă o zonă de risc pentru dezvoltarea HPT.

POST-TROCAR HERNIAS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Introduction: The implementation of laparoscopic cholecystectomies (LCE) did not exclude the formation of post-operative hernia. Hernia appears in the place of trocar ports („post-trocar hernia” – PTH). PTH represents 0.3-1.1% of total number of post-operative hernias and tends to increase. According to the literature in 0.9% cases hernias are formed around the umbilicus, and in 0.1% – in other areas.

Material and methods: The analysis is based on the experience of surgical treatment of 19 patients with PTH after LCE within 10 years (2002-2013). During this period were performed 1112 LCE. The rate of hernia was 1.7%. The mean age of the patients was 54 years. The interval from the hernia development was 1-3 years. After surgery 16 patients had infection of paraumbilical wound. The diastasis of rectus abdominis muscles grade 1-2 was diagnosed in 14 (1.2%) patients. Hernia was formed in 18 (1.6%) patients in paraumbilical region and in 1 case on the lateral abdominal wall. The peculiar feature of PTH is the mismatch of hernia ring size with size of the hernia sac.

Results: In 2 patients was noted presence of 2 defects of the white line of the abdomen. The absence of aponeurotic sutures in the area of hernias in 10 (0.8%) patients indicated that white line defect after first operation was not sutured.

In 3 (0.2%) cases of hernia <2 cm autoplasty of aponeurosis by Sapezhko method was performed. In hernial defect >3 cm and the diastasis of the rectus abdominis muscles repair was performed by hernioplasty with autodermal implant. There were no complications or recurrences after surgery.

Conclusions: Prevention of PTH after LCE requires careful suturing of aponeurotic defect in the site of trocar placement with diameter greater than 1 cm. In patients with advanced age and elderly the paraumbilical area represents the risk site for development of PTH.

TUMORILE STROMALE GASTROINTESTINALE – ÎNTRE MODELUL ONCOLOGIC ȘI CHIRURGIA MINIM INVAZIVĂ

ANDRONIC D¹, TÂRCOVEANU E¹, VLAD N¹, TROFIN A-M¹, URSULESCU C², LUPAȘCU C¹

¹Departamentul de Chirurgie; ²Departamentul de Radiologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa”, Iași, România

Introducere: Tumorile stromale gastrointestinale (TSGI) sunt un grup heterogen de tumori al căror pronostic depinde de elemente histologice definite ca factori de risc, fără certitudinea ce caracterizează alte tipuri tumorale.

Material și metode: continuarea unui studiu prospectiv început în ianuarie 2004 asupra pacienților cu TSGI; au fost înregistrate prospectiv datele clinice, imagistice, intraoperatorii, de anatomie patologică, terapia adjuvantă și evoluția postoperatorie a pacienților internați până în decembrie 2012.

Rezultate: Au fost operați un total de 47 pacienți, dintre care 26 (53,31%) cu localizare gastrică, 3 (6,38%) – duodenală, 10 (21,27%) – pe intestin subțire, 3 (6,38%) – pe colon și 2 (4,25%) – pe rect. Intervențiile chirurgicale au fost realizate prin chirurgie deschisă (35 cazuri) sau laparoscopică (12 cazuri). La nici unul dintre pacienți nu au fost decelate metastaze. Conform clasificării Miettinen-Lasota adaptată de NCCN pacienții s-au încadrat în clasele 1 (2 pacienți), 2 (28 pacienți), 3a (12 pacienți), 3b (2 pacienți), 5 (2 pacienți), 6a (1 pacient). Tratament adjuvant cu Imatinib a fost administrat la 18 pacienți. Urmărirea postoperatorie a fost în medie 55 luni (36-106 luni). La 11 pacienți am înregistrat decese după recidivă locală sau metastaze.

Concluzii: Rezeecția TSGI poate fi realizată în condiții de siguranță atât prin chirurgie deschisă, cât și laparoscopică. Rezeecția R0 și tratamentul adjuvant postoperator pe baza claselor de risc pot ameliora semnificativ supraviețuirea.

GIST – BETWEEN ONCOLOGIC PARADIGM AND MINIMAL INVASIVE APPROACH

Introduction: Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are a heterogeneous group of tumors which prognosis depends on histological factors defined as risk factors, without the histological certainty that characterize other neoplasms.

Material and methods: This is the continuation of a prospective study started in January 2004 on GIST patients; we have recorded the clinical, imagistic, intraoperative, pathologic, adjuvant therapy and follow-up data for the patients admitted till end of December 2012.

Results: 47 patients with GIST have been operated, possessing the following localization of tumors: 26 (53.31%) – gastric, 3 (6.38%) – duodenal, 10 (21.27%) on small bowell, 3 (6.38%) – colic, and 2 (4.25%) – rectal. Surgical approach was open (35 cases) and laparoscopic (12 cases). None of the patients had metastases. According to NCCN adapted Miettinen-Lasota risk classification, patients have been stratified as class 1 (2 patients), 2 (28 patients), 3a (12 patients), 3b (2 patients), 5 (2 patients), 6a (1 patient). Imatinib adjuvant therapy has been administered to 18 patients. Median follow-up was 55 months (36-106). 11 patients died after local recurrence or metastases.

Conclusions: GIST resection can be safely performed both in open and minimal invasive manner surgery. R0 resection and adjuvant treatment based on risk stratification are significant factors in improving survival.

ICTERUL MECANIC LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ

ANGHELICI G, COTONEȚ A, PISARENCO S, SAMOHVALOV S

Catedra chirurgie nr.2, LCȘ Hepatochirurgie, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Scopul: Analiza rezultatelor tratamentului icterului mecanic la pacienți cu ciroză hepatică.

Material și metode: Au fost studiate rezultatele tratamentului icterului mecanic la 15 pacienți cu ciroză hepatică. Child A/B/C – 7/5/3. Bărbați – 8, vârsta medie – 58±2 ani. Metode de investigație: clinice, paraclinice, USG, FEGDS, CPGRE, CT, RMN.

Rezultate: Diagnosticul diferențial între icterul mecanic și sindromului colestatic la pacienții cirofici a prezentat unele dificultăți. Sensibilitatea USG căilor biliare a fost 65%. Cea mai eficientă metoda de diagnostic s-a dovedit a fi CPGRE (96%) și RMN-colangiografia. Coledocolitiaza a fost diagnosticată la 7 (46%) pacienți, papilo-oddita stenozantă – la 6 (40%), strictura distală de coledoc – la 2 (13,3%). Colangita s-a stabilit în 12 (80%) cazuri. Papilosfincterotomia endoscopică s-a efectuat în 11 (73%) cazuri, papilosfincterotomie endoscopică cu litextracție – în 7 (46%), colecistectomie laparoscopică după efectuarea papilosfincterotomiei endoscopice cu litextracție – în 2 (13,3%), dilatarea cu balon – în 2 (13,3%) cazuri. Complicații: progresarea insuficienței hepatice – 3 (20%) cazuri, hemoragii post-papilosfincterotomie – 4 (26,6) cazuri. Letalitatea – 2 (13,3%) pacienți.

Concluzii: Gravitatea pacienților a fost determinată de două patologii concurente severe, evaluate pe fondal de colangită. Pacienții cirofici din clasa funcțională Child C sunt cu risc sporit de apariție a complicațiilor și a letalității postoperatorii. Decompresia precoce a căilor biliare în combinație cu tratamentul medicamentos complex ameliorează rezultatele postoperatorii la pacienții cirofici cu icter mecanic.

OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Aim: Analysis of obstructive jaundice treatment outcomes in patients with liver cirrhosis.

Material and methods: Were studied treatment results of mechanical jaundice in 15 patients with liver cirrhosis. Child A/B/C – 7/5/3. Male – 8, the mean age – 58±2 years. Examination methods: clinical, laboratory, ultrasound, endoscopy, ERCP, CT, MRI.

Results: Differential diagnosis between obstructive jaundice and cholestatic syndrome in cirrhotic patients presented some difficulties. Sensitivity of biliary USG was 65%. The most effective diagnostic method has proved ERCP (96%) and MRI-cholangiography. Choledocholithiasis was diagnosed in 7 (46%) patients, stenosis of papila Vater – in 6 (40%), distal bile duct stricture – in 2 (13.3%). Cholangitis was determined in 12 (80%) cases. Endoscopic papillosphincterotomy was performed in 11 (73%), endoscopic papillosphincterotomy with litextraction – in 7 (46%), laparoscopic cholecystectomy after endoscopic papillosphincterotomy and litextraction – in 2 (13.3%), balloon dilatation – in 2 (13.3%) cases. Complications: progression of liver failure – 3 (20%) cases, bleeding post papillosphincterotomy – 4 (26.6). Mortality – 2 (13.3%) patients.

Conclusions: The severity of patients defined by two competing severe pathology on the background of cholangitis. Functional class Child C cirrhotic patients are at risk of postoperative complications and mortality. Early biliary decompression in combination with the complex medical treatment improves postoperative outcomes in cirrhotic patients with jaundice.

REZULTATELE LA DISTANȚĂ ALE SPLENECTOMIEI CU DECONECTARE AZYGO-PORTALĂ ÎN TRATAMENTUL CIROZEI HEPATICE

ANGHELICI G, CRUDU O, PISARENCO S, DANU M

Clinica 2 Chirurgie „Constantin Țibîrnă”, Catedra 2 Chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Operația de splenectomie cu deconectare azygo-portală rămâne în arsenalul tratamentului chirurgical al cirozei hepatice.

Scopul lucrării este analiza rezultatelor la distanță ale splenectomiei cu deconectare azygo-portală în tratamentul complicațiilor hipertensiunii portale la bolnavii cirofici.