

Introduction: Hiatal hernia (HH) is the common benign medical condition of the stomach and esophagus which needs step-by-step treatment approach. For patients that experience life-limiting symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) despite medical therapy and those diagnosed with paraesophageal hernia, surgical approach should be considered.

Material and methods: The group of 111 patients underwent laparoscopic hiatal hernia repair for the period 2011-2015. Patients who have a HH associated with GERD were selected for interventional procedures based on SAGES guidelines (2010) criteria: medical management failure (n=58); desire for surgery due to quality of life considerations (n=15); presence of extra-esophageal manifestations (n=18) and complicated GERD (n=3). The procedure included reduction of the hernia sac, identification of both crura and the eso-gastric junction, obtaining at least 4 cm of intra-abdominal esophageal length, hiatal closure and laparoscopic antireflux procedure (LARP). LARP was performed as follows: 84 cases according to Nissen-Rosetti, 19 according to Toupet, and 7 according to Dor.

Results: The majority of intraoperative incidents – bleeding from live (n=4) and short gastric vessels (n=3), capnotorax (n=3), were solved laparoscopically without sequelae. The esophageal lesion (n=1) served as an indication to open antireflux procedure. The average length of hospital stay was 3 days. Follow up data were analyzed based on modified Visick scale 3 month after surgery: excellent result was obtained for 11% of the patients, good – 76%, satisfactory – 7%, and unsatisfactory – 3%. Five individuals have not been evaluated. We observed the persistent dysphagia post-fundoplication in 8 patient, these cases underwent the endoscopic dilation of the eso-gastric junction. The HH recurrence developed in 3 patients (3%).

Conclusions: The advantages of laparoscopic HH repair include less postoperative pain, short length of hospital stay, fast return to normal activities and satisfactory functional results. Although technically challenging, laparoscopic repair of giant HH is a viable alternative to "open" surgical approaches.

BISECTIONECTOMIE CENTRALĂ – O ALTERNATIVĂ FEZABILĂ PENTRU TUMORILE HEPATICE CENTRALE

BRASOVEANU V, BACALBASA N, ANGHEL C, BARBU I, DUDUS I, PAUTOV M, MOOTHOR M, IONESCU MI, ICHIM F, POPESCU I

Clinica de Chirurgie Generală și Transplant Hepatic, I.C.Fundeni, București, România

Introducere: Bisectionectomia centrală reprezintă rezecția hepatică a segmentelor 4a, 4b, 5 și 8, definite astfel de sistemul Brisbane. Denumită anterior în diferite feluri (mesohepatectomie, hepatectomie centrală, lobectomie centrală) bisectionectomia centrală este operația de elecție pentru tumorile hepatice situate în segmentele centrale, și este de preferat rezecțiilor hepatice extinse (trisectionectomia dreaptă/stângă) pentru că minimizează riscul insuficienței hepatice postoperatorii.

Prezentare de caz: Pacienta în vârstă de 54 de ani cu dureri în hipocondrul drept, scădere ponderală cca. 8 kg / 2 luni. Biomoral: AFP, CA 19.9 și ACE – în limite normale / AgHbs, Ac Anti-HBc, Ac Anti-HCV – negative. EDS/EDI – de aspect normal, prezintă la examenul CT o formațiune tumorală hepatică situată central (segmentele 4a, 4b, 5 și 8) ce înglobează VHM, la distanță de bifurcația venei porte. Se practică o bisectionectomie centrală, cu ligaturarea pedicuilor vasculari glissonieni drept anterior (seg. 5 și 8) și stâng medial (seg. 4a și 4b). Transecțiunea parenchimului hepatic se efectuează folosindu-se "SONOPET". Cu evoluție postoperatorie bună, pacienta se externează la 9 zile postoperator. La 6 luni postoperator probele serice AFP – în limite normale, fără semne imagistice de recidivă. Bisectionectomia centrală poate fi realizată atunci când tumora nu invadează pediculi vasculari aferenți parenchimului restant (secțiunea dreaptă posterioară / secțiunea stângă laterală) și presupune două planuri de secțiune.

Concluzii: Bisectionectomia centrală este operația de elecție pentru tumorile hepatice centrale prin care se prezervă cantitatea maximă de parenchim hepatic, minimalizându-se riscul de IHA postoperatorie. Este posibilă în cazuri atent selecționate și necesită experiență în rezecțiile hepatice majore.

CENTRAL BISECTIONECTOMY – A FEASIBLE ALTERNATIVE FOR CENTRALLY LOCATED LIVER TUMORS

Introduction: By Brisbane terminology central bisectionectomy is the resection of segments 4a, 4b, 5, and 8 of the liver. Formerly called in different ways (mesohepatectomy, central hepatectomy, central lobectomy) central bisectionectomy is the elective surgery for liver tumors located in central segments (4a, 4b, 5 and 8), with better results than extensive liver resections (right / left trisectionectomy) because it minimizes the risk of postoperative liver failure.

Case report: A 54 years old female, presented for right upper quadrant pain, weight loss (8 kg / 2 months); Blood tests: normal AFP; negative Ag Hbs, Ab Anti-HBc, Ab Anti-HCV. UGE/LGE – with a normal aspect; CT scan revealed centrally located liver tumor (segments 4a, 4b, 5, and 8) that includes MHV, away from the portal vein bifurcation. We performed a regulated central bisectionectomy with ligation of vascular pedicles for right anterior section (seg. 5 and 8) and those for left medial section (seg 4a and 4b). With good postoperative course, the patient was discharged in the 9th postoperative day. Six months postoperatively, the patient is good, without tumor relapse signs. Central bisectionectomy can not be performed when the tumor invades the vascular pedicles afferent to remaining parenchyma and requires two planes of transection.

Conclusions: Central bisectionectomy is the best choice surgery for centrally located liver tumors which preserves the maximum amount of liver parenchyma thus minimizing the risk of postoperative liver failure.

VALIDAREA EXTERNĂ RETROSPECTIVĂ A "TESTULUI DE SUCCES ÎN ELIMINAREA REFLUXULUI DUPĂ FLEBECTOMIE" LA PACIENȚII CU MALADIE VARICOASĂ

CASIAN D

Catedra chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Testul de succes în eliminarea refluxului după flebectomie (*phlebectomy reflux elimination success test* – PREST) a fost elaborat recent pentru prognozarea restabilirii competenței venei safene mari după înlăturarea izolată a tributarelor varicoase.

Scopul studiului este validarea externă retrospectivă a PREST la pacienții cu maladie varicoasă.

Material și metode: Datele pacienților operați conform strategiei ASVAL (*ablation selective des varices sous anesthésie locale*) au fost extrase din baza de date menținută prospectiv. Conform CEAP pacienții au fost clasificați ca C2-4, Ep, As/sp, Pr. Scorul PREST a fost calculat retrospectiv în baza clasei C, extensiunii refluxului, diametrului venei safene mari și a rezultatului testului preoperator de eliminare a refluxului. Succesul hemodinamic al intervenției a fost definit ca dispariția sau diminuarea refluxului safenian, iar succesul clinic – ca ameliorarea scorului venos de severitate clinică (VCSS) și a calității vieții.

Rezultate: Datele complete pentru calcularea PREST au fost obținute la 50 pacienți. Eliminarea completă al refluxului safenian a fost atinsă în 26 (52%) cazuri, iar în 18 (36%) – a fost înregistrată reducerea severității refluxului prin durata acestuia și diametrul safenian. Ameliorarea clinică a fost menționată la 48 (96%) pacienți. PREST a demonstrat o valoare predictivă acceptabilă, scorul mediu fiind semnificativ mai mic în cazul insuccesului hemodinamic în comparație cu cazurile de eliminare sau reducere a refluxului.

Concluzii: PREST poate fi utilizat ca un instrument suplimentar în selectarea pacienților cu varice pentru intervenții cu prezervarea venei safene și înlăturarea izolată a tributarelor incompetente. Ameliorarea clinică poate fi înregistrată chiar și în cazurile de succes hemodinamic incomplet al intervenției.

RETROSPECTIVE EXTERNAL VALIDATION OF “PHLEBECTOMY REFLUX ELIMINATION SUCCESS TEST” IN PATIENTS WITH UNCOMPLICATED VARICOSE VEINS

Introduction: Phlebectomy reflux elimination success test (PREST) was recently developed for prediction of restoration of great saphenous vein competence after isolated avulsion of varicose tributaries.

The purpose of study is retrospective external validation of PREST in patients with varicose veins.

Material and methods: Data of patients operated according to the ASVAL (*ablation selective des varices sous anesthésie locale*) strategy, were retrieved from the prospectively maintained database. Patients were classified as C2-4, Ep, As-sp, Pr according to CEAP. PREST score was calculated retrospectively basing on C class, reflux extension, great saphenous vein diameter and results of preoperative reflux elimination test. Haemodynamic success of intervention was defined as complete disappearance or reduction of saphenous reflux and clinical success – as improvement in venous clinical severity score (VCSS) and quality of life.

Results: The complete data for PREST calculation was obtained in 50 patients. Complete elimination of saphenous reflux was achieved in 26 (52%) of the cases and in 18 (36%) the reduction of severity of reflux in terms of duration and saphenous diameter was registered. Clinical improvement was mentioned in 48 (96%) patients. PREST shows the acceptable predictive value, the mean score being significantly lower among cases with no haemodynamic improvement comparing to cases with postoperative reflux elimination or reduction.

Conclusions: The PREST can be used as adjunctive tool in selection of the patients with varicose veins for saphenous sparing surgery by isolated avulsion of refluxing tributaries. Clinical improvement can be registered even in case of incomplete haemodynamic success of the intervention.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL MINIINVAZIV AL SINDROMULUI ALGIC ÎN CANCERUL PANCREATIC – FORMĂ AVANSATĂ ȘI A PANCREATITEI CRONICE RECIDIVANTE

CAZAC A, HOTINEANU V, HOTINEANU A, CAZACU D, CUCU I, PĂDURARU N

Catedra 2 Chirurgie, LCS „Chirurgie Reconstructivă a Tractului Digestiv”, USMF “Nicolae Testemițanu”, SCR Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Sindromul algic refractar la tratamentul antalgic în cancerul pancreatic nerezecabil (CPN), pancreatita cronică (PC) severă, statusul biologic precar al pacientului în cazurile în care o intervenție cu viză patogenică este contraindicată impun intervenții chirurgicale limitate la paliatia durerii.

Scop: Evaluarea splanhnectomiei toracoscopice (SPLT) în tratamentul sindromului de durere în PC recidivantă și CPN.

Material și metode: Studiul include 18 (23,08%) pacienți cu PC, 36 (46,15%) pacienți cu PC recidivantă și 21 (26,92%) pacienți cu CPN, 3 (3,85%) pacienți cu cancer cu localizare nepancreatică nerezecabil, desfășurat în perioada anilor 2008-2014 în Clinica 1 din cadrul Catedrei 2 Chirurgie. Lotul de pacienți cu PC a inclus 47 (87,04%) bărbați și 7 (12,86%) femei, vârsta medie – 52,2 ani (limitele: 28-72 ani). Lotul de pacienți cu CPN – 19 (90,91%) bărbați, 2 (9,09%) femei, vârsta medie – 58 ani (limitele: 45-78 ani).

Rezultate: S-au practicat 62 (79,49%) SPLT pe stînga, 12 (15,38%) SPLT pe dreapta. Patru (5,13%) pacienți au necesitat și SPLT dreaptă la 8 săptămâni după SPLT stîngă datorită răspunsului terapeutic minimal. Efectul analgetic pe termen scurt (<3 luni) este denotat de eficacitate în 54 (100%) cazuri de PC recidivantă și 20 (83,3%) cazuri de CPN. Între 3-6 luni eficacitatea analgeziei s-a menținut la 36 (66,6%) cazuri de PC recidivantă (continuând ulterior după 6 luni) și 16 (67%) cazuri de CPN. Mortalitatea perioperatorie a fost 0. Spitalizarea medie postoperatorie a fost de 3,3 zile (2-5 zile).

Concluzii: SPLT este o procedură paliativă, fezabilă, sigură, ce prezintă avantajele abordului minim invaziv în special în lipsa de complicații, și implică costuri mai mici în controlul durerii din CPN și PC refractară la tratamentul antalgic conservator. Protezarea endoscopică și SPLT reprezintă soluții miniinvazive cu implicații asupra ratei de supraviețuire în cazurile de CPN complicat cu icter mecanic.

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF ALGIC SYNDROME OF ADVANCED PANCREATIC CANCER AND CHRONIC RELAPSING PANCREATITIS