

ENDOSCOPIE

INJECTAREA DE TROMBINĂ PENTRU PREVENIREA HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE DIN ULCERE ACUTE POSTLIGATURARE



Șcureac Andrei², Cumpată Serghei¹, Ababii Tudor¹, Guțu Evghenii¹

¹ Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”; ² IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gh. Paladi”, Republica Moldova

Scopul lucrării. Hemoragia digestivă superioară din ulcerele acute postligaturare este o complicație potențial fatală a bandării endoscopice, cu o mortalitate înaltă, pînă la 39%. Incidența acesteia raportată în literatură variază între 2,3-18%, recomandările de conduită fiind neconcludente. Scopul este studierea posibilității utilizării trombinei după ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene pentru profilaxia hemoragiilor din ulcere acute asociate bandării.

Materiale și metode. În lotul de studiu au fost incluși 20 pacienți (dintre care 5 pacienți au fost bandați anterior, la 5 pacienți bandarea efectuată pe fon de hemoragie activă), s-a injectat trombină în volum de 2,5 ml., total 250 unități, în 2-4 puncte paravazal. Injectarea s-a efectuat după aplicarea ultimului inel, pe perimetru varixului hemoragic, sub inel aplicat (hemoragie acută) sau a varixului cel mai mare după diametru și prezența semnelor roșii (profilaxie primară sau secundară).

Rezultate. A fost constatată o singură recidivă de hemoragie în primele 24 de ore (la pacient cu hemoragie variceală activă și șoc la momentul bandării), ce constituie 5%. La 19 pacienți recidivele pe parcurs de 28 zile după bandare nu au fost înregistrate. A fost efectuată endoscopie de control la termen de 28 zile după ligaturare, s-au depistat ulcere acute postligaturare multiple, varicele restante.

Concluzii. Metoda descrisă poate fi aplicată la pacienți care au suportat bandare endoscopică în anamneză. Necesită precizie operatorie și punctul clar vizibil de injectare, deci este rezonabil de efectuat pe fon de hemoragie stopată (cu sonda Blakemore).

Cuvinte cheie. Hemoragie digestivă superioară variceală, ligaturare endoscopică, injectare de trombină, ulcere acute postligaturare.

THROMBIN INJECTION FOR PREVENTION OF GASTROINTESTINAL BLEEDING FROM ACUTE POST-LIGATION ULCERS

Șcureac Andrei², Cumpată S¹, Ababii Tudor¹, Guțu Evghenii¹

¹ Department of General Surgery Nr.3, State Medical University “Nicolae Testemițanu”; ² Municipal Clinic Hospital "Gheorghe Paladi", Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. Upper gastrointestinal bleeding from acute postligature ulcers is a potentially fatal complication of endoscopic banding, with a high mortality rate of up to 39%. Its incidence reported in the literature varies between 2.3-18%, the conduct recommendations being inconclusive.

Materials and methods. In the study group total 20 patients were included (of which 5 patients were banded previously, in 5 patients the bandaging was performed on the background of active bleeding), thrombin was injected in a volume of 2.5 ml., a total of 250 units, in 2- 4 paravasal points. The injection has been performed after applying the last ring, on the perimeter of the hemorrhagic varix, under positioned ligature (acute hemorrhage) or of the largest varix by diameter and the presence of red marks (primary or secondary prophylaxis).

Results. Only one recurrence of hemorrhage was diagnosed in the first 24 hours (in a patient with active variceal hemorrhage and shock at the time of bandaging), which is 5%. In 19 patients, no recurrences were recorded during the 28 days after bandaging. A control endoscopy was performed 28 days after ligation, multiple acute post-ligature ulcers and residual varices were detected.

Conclusions. The described method can be applied to patients who have undergone endoscopic banding in the anamnesis. It requires operative precision and a clearly visible point of injection, so it is reasonably performed on the background of stopped bleeding (with the Blakemore tube).

Keywords. variceal upper digestive bleeding, endoscopic ligation, thrombin injection, acute post-ligature ulcers.

HERNIILE HIATALE REVERSIBILE ȘI MIGRAȚIA PATOLOGICĂ SUPRAHIATALĂ A JONȚIUNII ESOFAGO-GASTRICE



V. Istrate^{1,2}, Corina Șcerbatiuc-Condur¹, S. Fedoreț¹, S.Ungureanu¹, N.Bodrug²

¹ Catedra de chirurgie nr.4, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Republica Moldova; ² Departamentul de Medicină internă, Disciplina de Geriatrie și boli profesionale Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Republica Moldova

Scopul lucrării. În diverse condiții fiziologice și patologice jonctiunea esofago-gastrică (JEG) poate migra suprahiatal. Diapazonul deplasării reversibile a JEG suprahiatal este diferit. Din acest punct de vedere se deosebesc 3 situații anatomico-fiziologice: (1) migrație fiziologică reversibilă a JEG suprahiatal, (2) migrație excesivă (patologică) a JEG suprahiatal și (3) hernii hiatale reversibile. Diferențierea acestor situații nu este bine clarificată. Scopul studiului a fost evaluarea endoscopică a ratei patologiei cauzal-asociate ca criteriu de diferențiere a situațiilor sus-numite, în funcție de diapazonul și tipul migrației JEG suprahiatal.

Materiale și metode. Au fost analizate endoscopic (proendoscopie și în retroflexia endoscopului din stomac) 470 cazuri de migrație a JEG prin orificiul hiatal în mediastinul posterior (suprahiatal). Investigațiile au fost efectuate de un singur endoscopist. S-a folosit complexul endoscopic Olympus Exera III GIF HQ190. Metodologia măsurărilor endoscopice și criteriile de determinare pentru patologia asociată au fost unice pentru toți pacienții. Patologie causal- asociată s-a considerat esofagita de reflux, sechelele cicatriceale posterozive și postulceroase postreflux, esofagul columnar metaplaziat cu metaplazie gastrică și esofagul Barrett. Rata patologiei asociate a fost calculată conform criteriului „absent-prezent” pentru fiecare pacient indiferent de numărul patologieilor asociate și tipul

lor. Diferența ratei patologiei asociate migrației suprahiatale JEG a fost calculată pentru grupurile delimitate cu înălțimea migrației 0.5 cm, 1.0 cm, 1.5 cm, 2.0 cm, 2.5 cm și 3.0 cm.

Rezultate. Migrația reversibilă a JEG suprahiatal sub 0.5 cm a fost cauzal-asociată patologic în 2,94%. Corespunzător înălțimii migrației JEG suprahiatal, rata patologiei asociate a alcătuit: pentru diapazonul 0.5÷0,9 cm – 8.54%, pentru diapazonul 1,0÷1,4 cm – 9,20 %, pentru diapazonul 1,5÷1,9 cm – 10.45%, pentru diapazonul 2.0÷2,4 cm – 93.62%, pentru diapazonul 2.5÷2.9 cm – 84.5%, pentru migrația ≥3.0 cm – 87,5%. Astfel, s-au apreciat două puncte semnificative: migrația sub 0.5 cm a fost asociată cauzal-patologic cu o rată practic nulă (zero) a patologiei de reflux și distanța de migrație de 20 mm a fost apreciată ca punctul cu care face cea mai înaltă diferență de asociere cauzal-patologică a diapazoanelor adiacente.

Concluzii. Astfel, sub aspect endoscopic, (1) migrația reversibilă a JEG suprahiatal până la 0.5 cm poate fi considerată migrație fiziologică. (2) migrație reversibilă excesivă (patologică) a JEG suprahiatal poate fi considerată deplasarea JEG pe un diapason ≥0.5 cm ÷ <2.0cm, (3) hernie hiatală glisantă reversibilă poate fi considerată deplasarea reversibilă a JEG suprahiatal cu 20 mm și mai mult.

REVERSIBLE HIATAL HERNIAS AND THE PATHOLOGICAL MIGRATION OF SUPRAHIATAL ESOGASTRIC JUNCTION

Viorel Istrate¹, Corina Șcerbatiuc-Condur¹, Sergiu Ungureanu¹, Nicolae Bodrug².

¹ Department of Surgery Nr. 4, Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova; ² Department of Internal Medicine, Discipline of geriatrics and occupational diseases, Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Republic of Moldova

Aim of study. In various physiological and pathological conditions, the gastroesophageal junction (GEJ) can migrate suprahiatal. The range of reversible displacement of the suprahiatal GEJ is different. From this point of view, there are 3 anatomical-physiological situations: (1) reversible physiological migration of suprahiatal GEJ, (2) excessive (pathological) migration of suprahiatal GEJ and (3) reversible hiatal hernias. The differentiation of these situations is not well clarified. The objective of the present study was the endoscopic evaluation of the rate of causal-associated pathology as a criterion for differentiating the above situations, depending on the diapason and the type of suprahiatal GEJ migration.

Materials and methods. 470 cases of migration of GEJ through the hiatal orifice into the posterior mediastinum (suprahiatal) were analyzed endoscopically (proendoscopy and retroflexion of the stomach endoscope). The investigations were performed by an endoscopist. The Olympus Exera III GIF HQ190 endoscopic complex was used. The methodology of endoscopic measurements and the determination criteria for the associated pathology were unique for all patients. Causal-associated pathology was considered erosive reflux esophagitis, post-erosive and post-reflux scarring sequelae, esophageal columnar metaplasia with gastric metaplasia and Barretts esophagus. The rate of associated pathology was calculated according to the "absent-present" criterion for each patient regardless of the number of associated pathologies and their type. The difference in the rate of pathology associated with suprahiatal GEJ migration was calculated for the groups delimited with the migration height of 0.5 cm, 1.0 cm, 1.5 cm, 2.0 cm, 2.5 cm and 3.0 cm.

Results. Reversible migration of suprahiatal GEJ below 0.5 cm was pathologically-associated in 2.94%. Corresponding to the height of the suprahiatal GEJ migration, the rate of the associated pathology was: for the 0.5 ÷ 0.9 cm range - 8.54%, for the 1.0 ÷ 1.4 cm range - 9.20%, for the 1.5 ÷ 1.9 cm range - 10.45%, for the 2.0 ÷ 2.4 cm range - 93.62%, for the 2.5 ÷ 2.9 cm range - 84.5%, for the migration ≥3.0 cm - 87.5%. Thus, two significant points were assessed: the migration below 0.5 cm was causally- pathologically associated with an insignificant rate (2.94%) of reflux pathology and the migration distance of 20 mm was assessed as the point with which it makes the highest difference (10.43% and 93,42%) in causal-pathological association of adjacent tuning forks.

Conclusions. Thus, from an endoscopic point of view, (1) reversible migration of suprahiatal GEJ up to 0.5 cm can be considered a physiological migration. (2) excessive (pathological) reversible migration of the suprahiatal EGJ can be considered the displacement of the GEJ on a tuning fork ≥0.5 cm ÷ <2.0cm, (3) reversible sliding hiatal hernia can be considered the reversible displacement of the suprahiatal GEJ by 20 mm and more.

NEOPLASME ALE COLONULUI – TRATAMENT MINIM INVAZIV – ENDOSCOPIC PRIN DIATERMOEXCIZIE



Samohyalov S¹, Danci A¹, Erlih M², Panteleiciuc D²

¹ Secția endoscopie și chirurgie minim invazivă, IMSP Spitalul de Stat, Chișinău, Moldova; ² Secția chirurgie colorectală, IMSP SCM Sfânta Treime, Chișinău, Moldova

Scopul lucrării. Neoplasmalele ale colonului sunt predispuși spre creșterea și apariția următoarelor complicații: hemoragii, ocluzii intestinale, dar nu în ultimul timp și dezvoltarea cancerului colorectal. Polipectomie endoscopică prin diatermoexcizie este indicată cu scop preventiv și rămâne a fi o rezolvare chirurgicală minim invazivă modernă pentru acest contingent de pacienți.

Material și metode. Studiul prospectiv a inclus 302 de pacienți cu neoplasmale benigne și maligne de diferite dimensiuni a colonului, care au fost supuși polipectomiei endoscopice prin diatermoexcizie în perioada anilor 2018-2022, cu vârstă cuprinsă între 19 - 89 ani. Criteriu de includere în studiul a fost prezența neoplasmelor ale colonului, preponderent de dimensiuni 15 – 45 mm.

Rezultate. Din 302 de pacienți înrolați în studiul la 71,9 % de cazuri (217 pts) polipectomie prin diatermoexcizia a fost efectuată în volum deplin. În a doilea grup 28,1 % (85 pts) cu neoplasmale de dimensiuni mari a fost necesară polipectomie suplimentară în perioada 3 - 6 luni. În majoritatea cazurilor n=181 (59,9 %) examenul histopatologic a confirmat adenomul tubular, în n=109 (36,2 %) cazuri - adenomul tubular-vilos, la 12 (3,9 %) pacienți s-a depistat adenocarcinomul. În caz de adenocarcinom colonoscopia de control a fost indicată peste 3 luni și s-a confirmat absența recidivelor de neoplasm. Complicațiile majore ca perforația colonului au survenit la 4 (1,3 %) pacienți, care au fost operați în mod urgent. Hemoragiile intraoperatorii n=7 (2,1 %) au fost stopate endoscopic prin endoclamarea și diatermocoagulare.

Concluzii. Polipectomie endoscopică prin diatermoexcizie este o metodă de elecție pentru neoplasmalele ale colonului cu rata complicațiilor nesemnificativă.

Cuvinte cheie. Polipectomie endoscopică, adenom tubulo-vilos, adenocarcinom