

ALFA WASSERMANN

S.C. **ELMED** S.R.L.
soluții de calitate pentru sănătate

TIMBERSTAR
Medical division

CATENA +

JURMED
Jurnal de sănătate

CHIRURGIE GENERALĂ

2015

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

STADA
M & D

HARTMANN

Amethyst
SUPPORT, CONSILIERE PERSONALĂ, RADIOTERAPIE.



Prof. Dr. Mircea
Beuran:
“Cancerul esofagian și
cel gastric reprezintă
adevărate provocări
pentru oncologia
digestivă”

4

MEDINST
Diagnostic Imaging
Centrul de Diagnostic Imagine pentru
Sistemul Digestiv și Sistemul Circulator

NEOMED
aparatură medicală

DTL MEDICAL
Diagnostic, Treatment, Life

Boala Fallot

16

Medfarm Trading
partenerul tău

**RADIOTERAPIE
IMRT-VMAT**

Amethyst
RADIOTERAPIE



LUPTĂM ÎMPOTRIVA CANCERULUI

- Servicii de radioterapie externă curativă și paliativă, brahiterapie, chimioterapie, consiliere psihologică, terapia durerii și nutriție
- Tratament ambulatoriu
- Intrare în tratament imediată, fără listă de așteptare
- Echipa medicală multidisciplinară, aplicând protocoale internaționale și studiind cazurile în Comisia Oncologică
- Tehnologia IMRT-VMAT oferă avantajul unui timp de iradiere redus sub 5 min. și efecte secundare minime
- Contractare CNAS, acoperind costul ședințelor de radioterapie
- Servicii de creditare financiară

Drumul Odăi, Nr. 42, Otopeni, Ilfov
Telefon: 021.9368 • 0737.877.889
E-mail: office@amethyst-radiotherapy.ro



Amethyst

SUPPORT. CONSILIERE PERSONALĂ. RADIOTERAPIE.

CHIRURGIE GENERALĂ

Prof. Dr. Mircea Beuran:
“Cancerul esofagian și cel gastric reprezintă adevărate provocări pentru oncologia digestivă” 4

Prof. Dr. Cătălin Copăescu:
“România este beneficiara unei experiențe importante în cea ce privește tratarea pacienților cu obezitate și boli metabolice în Europa de Est” 6

Cura chirurgicală a hemoroizilor cu stapler 8

Utilizarea terapiei cu presiune negativă în tratamentul unui traumatism complex cu fractură deschisă de tibie 10

Evaluarea depunerilor de fier hepatice prin secvența de rezonanță magnetică SWI 2D GRE 12

Boala Fallot..... 16

Eventrațiile: cura laparoscopică cu proteză textilă..... 20

Evoluția și complicațiile pseudochistului de pancreas 26

Abordul cancerului de rect mijlociu pe cale combinată laparoscopică și transcoccigiană 30

Cancer gastric ereditar difuz (HDGC)-mutații CDH1 32

Evenimente medicale 33



Publicație editată de
Tour Media Print SRL



Tel: 0744.528.029
jurnaldesanatare@yahoo.com

Prof. Dr. Mircea Beuran,

Președinte al Societății Române de Chirurgie:

“Cancerul esofagian și cel gastric reprezintă adevărate provocări pentru oncologia digestivă”

În perioada 14-17 octombrie 2015, specialitatea de Chirurgie va îmbrăca haine de sărbătoare, deoarece orașul București va fi gazda Conferinței Naționale de Chirurgie, manifestare cu înalt caracter științific. Cu această ocazie, vor fi aduse în discuție atât subiecte de actualitate cât și subiecte importante, ca rezultat al practicii zilnice și învățării permanente. Experții și liderii din țările europene și nu numai își vor împărtăși experiența și vor oferi cunoștințe de vârf despre chirurgia actuală. Cu această ocazie deosebită am avut onoarea de a discuta pe marginea acestor subiecte cu **domnul Prof. Dr. Mircea Beuran**, în calitate de **Președinte al Societății Române de Chirurgie și al Conferinței Naționale de Chirurgie**.



În perioada 14-17 octombrie 2015, la Palatul Parlamentului din București, prezidați Conferința Națională de Chirurgie. Ce ne puteți spune despre tema evenimentului? Cât de importantă este această manifestare științifică pentru comunitatea chirurgicală din România?

Așa cum ați menționat, în perioada 14-17 octombrie anul curent, la Palatul Parlamentului din București, se va desfășura Conferința Națională de Chirurgie. Această manifestare științifică a chirurgilor din țară, însă și cu participare internațională, abordează o temă multidisciplinară “Patologia Chirurgicală Eso-Gastro-Duodenală”. Tema

interesează comunitatea chirurgicală prin actualizarea și prezentarea noutăților din specialitățile conexe actului medical. Alături de chirurghi, vor fi gastroenterologi, oncologi, imagiști, radiologi intervenționiști, morfofopatologi, geneticieni, radio și chimioterapeuți, nutriționiști, anesteziști, farmaciști, clinicieni, ce formează o echipă complexă, cu caracter interdisciplinar. Importanța evenimentului este dată de compararea directă a rezultatelor obținute de chirurghi, în confruntarea cu această patologie benignă sau malignă. De asemenea, schimbul de experiență, inventarierea nevoilor de dotare în raport cu creșterea competențelor medicilor din spi-

talele din țară, re poziționarea centrelor de competență și nu în ultimul rând, aprecierea raportului de creștere a metodelor miniminvasive prin chirurgie laparoscopică sau prin suport robotic, sunt vectori care vor înlesni, cu certitudine, succesul evenimentului.

În România, care este nivelul noilor descoperiri în ceea ce privește diagnosticarea eficientă și terapia mai puțin invazivă a cancerului gastric?

Dezvoltarea tehnologică medicală a preluat din aria de activitate a chirurgului, o seamă de gesturi terapeutice în favoarea endoscopiei digestive superioare, atât diag-

nostice, cât și terapeutice. Acest lucru nu a separat cele două specialități chirurgie - endoscopie, ci le-a înfrățit, existând o atentă conlucrare între aceste două specialități, în favoarea bolnavului. Este un simplu exemplu, pentru că, de fapt, această multi și interdisciplinaritate are același țel. În același timp, realizăm că avem și întârzieri vis-a-vis de aplicarea unor tehnici consacrate, dar nu avem specialiști care să le abordeze, cum ar fi echipa medicală care ar efectua TIPS-ul în hemoragiile digestive superioare din ciroză.

Statistic vorbind, unde ne aflăm în ceea ce privește incidența cancerului gastric?

Dacă ne referim la cancerul gastric, el este într-o dinamică ascendentă, ocupând locul 2 între cauzele de deces la nivel mondial. Cancerul esofagian și cel gastric reprezintă adevărate provocări pentru oncologia digestivă, iar prognosticul rezervat pentru cele două localizări, reclamă o mobilizare intensivă de resurse pentru optimizarea diagnosticului, implementarea unor strategii coerente de screening și supraveghere și eficientizarea tratamentelor.

Ce rol joacă medicul de familie în prevenție?

Dacă lucrurile prezentate mai sus ar fi implementate în strategia de depistare precoce a acestor cancere, medicul de familie ar fi primul care ar trebui să sesizeze bolnavul și sistemul medical. Prevenția în toate maladiile umane o constituie educația sanitară continuă de la naștere și pe toată perioada vieții. Aici sunt foarte mulți factori care sunt în adormire. Poate că acum, când se vorbește de niște ordine mai aspre din partea Ministerului Sănătății vis-a-vis de vaccinări sau controlul sănătății fiecăruia, să facem un prim pas înainte.

Care a fost cel mai dificil caz cu care v-ați confruntat de-a lungul carierei și care v-a impresionat în mod deosebit?

Este greu să faci o eșalonare a cazurilor grave. Prin specificul spitalului de urgență, procentul cazurilor grave este mare. Luptăm cu severitatea politraumatismelor, a complicațiilor bolilor oncologice, a comorbidităților bolnavilor, a decadelor de vârstă, a neajunsurilor... Preluăm foarte



Tema evenimentului, “Patologia Chirurgicală Eso-Gastro-Duodenală”, interesează comunitatea chirurgicală prin actualizarea și prezentarea noutăților din specialitățile conexe actului medical.

multe cazuri de transfer medical și de chirurgie care au nevoie de un ajutor multidisciplinar. Pe toți acești bolnavi îi îngrijim cu aceeași abnegație, pentru fiecare luptăm să-i repositionăm în familie și societate.

Cum a evoluat chirurgia laparoscopică față de acum 3-4 ani? Este preocupat medicul român să se specializeze în chirurgia laparoscopică?

Chirurgia laparoscopică face pași mari și ocupă un loc din ce în ce mai definit în indicația operatorie. A crescut numărul chirurgilor care execută tehnici laparoscopice, în primul rând, prin faptul că în perioada rezidențiatului au un stagiul de chirurgie laparoscopică, cu manevre și tehnici de bază și a crescut și numărul chirurgilor care doresc să facă o chirurgie laparoscopică avansată. Aș îndrăzni să afirm că multe dintre tehnicile clasice de chirurgie, se abordează în varianta laparoscopică, cu rezultate foarte bune. Doresc să menționez toate clinicile din centrele universitare.

În 2007 ați inițiat un program național de dezvoltare a chirurgiei laparoscopice în România. Ce efecte a avut?

Este adevărat că în 2007 am inițiat și dezvoltat un program național de chirurgie laparoscopică, primul program de acest tip din multe țări ale Europei. Acest program a atras medici chirurghi să abordeze de la tehnici de bază, până la cele avansate din toată țara. A fost suportul moral și fizic pentru generația tânără de a avea tehnologie la zi. Astăzi, o parte din aceste echipamente, s-au uzat, iar în acest sens sunt în dialog cu Ministerul Sănătății pentru a reechipa centrele chirurgicale din țară cu aceste tehnologii actualizate. Aș menționa că în serviciile de chirurgie, aplicația cu laparoscopul este între 10% și 40%. Gândind că în urmă cu

20-25 de ani, chirurgia laparoscopică era o necunoscută în țară, acum ea ocupă un loc important prin inteligența, manualitatea și perspicacitatea chirurgilor.

Care sunt proiectele pe care Societatea Română de Chirurgie le desfășoară sau le pregătește pentru perioada următoare?

Proiectele Societății Române de Chirurgie se leagă de păstrarea și cunoașterea activității chirurgicale de-a lungul timpului, reactualizarea valorilor umane și științifice din marea comunitate a chirurgilor României, iar pentru a ține pasul cu lumea actuală chirurgicală - participarea la toate confruntările științifice naționale și internaționale. De asemenea, evidențiem stabilirea unor relații internaționale în domeniul învățământului chirurgical, iar aici pot să vă spun că am organizat în ultimii 2 ani, împreună cu catedra de anatomie, workshopuri internaționale cu participarea unor distinși chirurghi din Anglia, Austria, Franța, Germania, Spania, Slovacia și Japonia, la care au luat parte peste 2.000 de participanți, de la studenți, la profesori universitari. Nu în ultimul rând ca interes, o preocupare permanentă și cu multă atenție o acordă Societatea Română de Chirurgie revistei “Chirurgia”. Suntem în al 117-lea an de la apariția ei, avem un colectiv redacțional multinațional, iar în această revistă publică chirurghi și specialități chirurgicale din peste 15 țări. Vizibilitatea și numărul cititorilor a crescut la dublu față de anii precedenți. Societatea Română de Chirurgie își dorește ca revista să-și recapețe locul pierdut. În încheiere, fac o invitație generală tuturor celor interesați, dar și responsabili în sistemul sanitar, la dialog și participare la Conferința Națională de Chirurgie 2015.

Prof. Dr. Cătălin Copăescu:

“România este beneficiara unei experiențe importante în ceea ce privește tratarea pacienților cu obezitate și boli metabolice în Europa de Est”

Stimate domnule Prof. Dr. Cătălin Copăescu, ce ne puteți spune despre noutățile de anul acesta aduse de 23rd International Congress of the EAES?

Congresul Asociației Europene de Chirurgie Endoscopică (European Association of Endoscopic Surgery) este un congres care reunește chirurghi din Europa și nu numai, care sunt orientați către tehnici minim invazive, video asistate. De fapt, este foarte multă tehnologie inclusă în preocupările acestor chirurghi. Este pentru prima dată când forul reprezentativ al acestor chirurghi - cel mai puternic for al chirurgiei moderne astăzi în Europa - ia decizia ca această asociație să își organizeze Congresul departe de Centrul și vestul Europei, respectiv în Est - în România. Este meritul întregii comunități de medici chirurghi din România care au reușit să demonstreze că merită ca această Asociație să își organizeze evenimentul principal al anului în București. Va fi un eveniment regional, care nu vizează doar România, ci și țările din jur. Tema este “Breaking the frontiers of the Endoscopic Surgery” ceea ce înseamnă că în domeniul chirurgiei endoscopice s-au făcut progrese care au spart barierele de până acum, dar vizează și extinderea către Est a acestei Asociații, respectiv spargerea barierelor tradiționale către care era acceptată înalta tehnologie și performanță medicală. România este gazda acestui eveniment și vor fi prezentate cu ocazia acestui Congres numeroase tehnici moderne care folosesc chirurgie laparoscopică și endoscopică, cu ajutorul tehnicilor robotice, dar și al tehnicilor trans-orificiale (chirurgia prin ca-

Interviu realizat cu **Prof. Dr. Cătălin Copăescu**, Președinte 23rd International Congress of the European Association of Endoscopic Surgery, 2015.



vitata bucală, prin conductul vaginal sau trans-anală). Noutățile, din punct de vedere tehnic, sunt aduse de modificări ale unor proceduri care au făcut dovada timpului și care aduc beneficii incontestabile pentru pacienți.

În ce măsură a-ți reușit să dezvolți proiecte comune cu Societățile Medicale Europene de Chirurgie Endoscopică? Ne puteți enumera câteva dintre ele?

Asociația Română de Chirurgie Endoscopică, a fost creată în urmă cu aproape 15 ani, pe modelul de organizare inspirat de modelul Asociației Europene de Chirurgie Endoscopică și de-a lungul timpu-

lui s-au desfășurat evenimente comune, în special cursuri de instruire cu un număr limitat de participanți, aproximativ 18-20 chirurghi care au avut și au în continuare girul EAES. Membrii ai Asociației noastre sunt parte a forurilor de conducere a EAES în diferite Comitete (de Educație, de Cercetare), iar azi suntem în poziția în care Președintele Congresului este un român. Ne așteptăm să desfășurăm în continuare proiecte de colaborare pentru identificarea metodelor adecvate pentru pacienții noștri. Sperăm că așa cum am fost primiți pe ușa din față să rămânem în același plan de performanță.

Ce experiență are România în chirurgia obezității?

România este beneficiara unei experiențe importante în ceea ce privește tratarea pacienților cu obezitate și boli metabolice în Europa de Est, deținând singurul Centru de Excelență din această zonă acreditat de forurile europene și americane în sensul desfășurării adecvate a procedurilor diagnostic, terapeutice și de urmărire a acestor pacienți. Acumulând o astfel de experiență și putând oferi nu doar pacienților siguranța unui act medical complet, ci și colegilor chirurghi elementele necesare unei instruirii adecvate pentru a-și trata pacienții în cele mai bune condiții, România a devenit centru de instruire pentru medici din țările din jur și Asia Centrală. În ceea ce privește anumite proceduri – cum este gastric sleeve – este liderul mondial în această experiență.

Care este nivelul noilor descoperiri în ceea ce privește intervențiile în chirurgia obezității la noi în țară?

Progresele sunt în sensul eficientizării anumitor proceduri, a implicării unei tehnologii fără precedent, asistată computerizat cu camere de înaltă rezoluție și cu vedere 3D în câmpul operator (deci implicit cu o acuratețe suplimentară în identificarea structurilor pe care le tratăm), și nu în ultimul rând prin progresele medicale și mă refer aici la echipa anestezico-chirurgicală și întreaga echipă care se ocupă de îngrijirea pacientului înainte, în timpul și după intervenția chirurgicală. Practic astăzi intervențiile sunt mai sigure și mai eficiente, făcând ca indicația operatorie să nu se limiteze numai la pacienții care se află imobilizați datorită excesului ponderal.

Este astăzi gastric sleeve-ul cea mai solicitată intervenție?

În ultima decadă intervențiile chirurgicale efectuate pentru pacienții metabolici au beneficiat de avansul tehnologic fără precedent și de o experiență concentrată în Centrele de Excelență în chirurgia metabolică care face ca astăzi să fie folosită preferențial tehnica de reducere a stomacului – gastric sleeve, care se realizează în condiții cu mult superioare față de ce se întâmpla acum 10 ani sau pe cale deschisă. Pe cale laparoscopică vorbim de o rată de apariție a unor complicații – de altfel in-

rente oricărei terapii medicale – de 100 de ori mai redusă față de acum 10 ani.

Credeți că dezvoltarea tehnologiei va conduce în viitor la dispariția chirurgiei clasice?

Deja asistăm la o utilizare a chirurgiei minim invazive într-o dimensiune majoritară pentru tehnicile diagnostice și mai ales terapeutice. În spitalul unde lucrez 98% dintre cazurile chirurgicale sunt pe cale minim invazivă, video asistată. Tehnologia s-a schimbat enorm în ultimii 50 ani. Gândindu-ne la comparația dintre telefoanele pe care le foloseam atunci și smartphone-urile curente, este aplicabil și în medicină, mai ales în chirurgie unde este necesară o acuratețe maximă a disecției și tratării țesuturilor. Este o direcție pe care o așteptăm și în practica medicală. Pe scurt, chirurgia clasică, așa cum o știam noi, cu pense, ligaturi și bisturiu își va găsi tot mai puțin locul în peisajul actual. Sigur, va rămâne și chirurgia deschisă destinată cazurilor care se prezintă foarte târziu la medic, care prezintă tumori extinse, dar chiar și aici tehnologia va fi utilizată pentru sutura mecanică, în controlul hemostazei.

Cum ne situăm din punct de vedere al dotării spitalelor românești cu echipamente laparoscopice?

Există o dotare destul de extinsă în România, au existat mai multe programe prin care Ministerul Sănătății s-a implicat și a dotat multe spitale. Practic nu cred să existe nici un județ care să nu aibă cel puțin o instituție medicală care să nu aibă asemenea dotări.

Credeți că am avea nevoie de un program de sănătate care să per-



Este meritul întregii comunități de medici chirurghi din România care au reușit să demonstreze că merită ca această Asociație să își organizeze evenimentul principal al anului în București.

mită persoanelor obeze accesul la tratament chirurgical?

Având în vedere eficiența acestor intervenții, cu siguranță da, este nevoie de un astfel de program. Toate țările au astfel de programe, iar acestea pot avea în vedere existența și susținerea unor centre pentru astfel de pacienți și realizarea unor intervenții chirurgicale în condiții ireproșabile și urmării unui program pentru acești pacienți. Toate aceste elemente costă, deci este nevoie de o susținere pentru care sperăm să se găsească voința politică necesară găsirii acestor resurse.

Cât de gravă este obezitatea din perspectiva procentului în care afectează populația și a bolilor asociate?

Din păcate România nu face excepție în ceea ce privește procentul pacienților cu exces metabolic, ba, dimpotrivă, în Europa aflându-se într-o poziție de vârf a primilor 5 țări cu populație cu probleme metabolice. Vorbim de câteva milioane de pacienți cu obezitate, respectiv 800.000 – 900.000 de pacienți cu diabet zaharat care au nevoie de intervenții chirurgicale.

De ce ați considerat necesară înființarea Spitalului Ponderas?

De peste 10 ani sunt implicat în tratarea pacienților cu suferințe metabolice și am identificat în această perioadă nevoia unui centru dedicat care să le poată oferi o condiție sigură din punct de vedere al diagnosticului, tratamentului și controlului problemei metabolice. Acestea impun implicarea unei echipe multidisciplinare care trebuie organizată cu o voință managerială și cu o investiție care să poată facilita derularea unui astfel de program.

Cura chirurgicală a hemoroizilor cu stapler

Dr. Ileana ANDREESCU,
Senior Medical Marketing Manager

Dr. Bogdan BARTA,
medic specialist chirurgie generală,
Spitalul Euroclinic
www.reginamaria.ro

Surse de informații:
Ethicon Endo-Surgery, www.ees.com
American Society of Colon&Rectal
Surgeons, www.fascrs.org

Unul din motivele pentru care pacienții care suferă de hemoroizi evită operația este teama de durere asociată frecvent cu acest tip de intervenție. Într-adevăr, pacienții la care s-a practicat o intervenție chirurgicală clasică pentru hemoroizi, resimt frecvent o durere extrem de mare după operație, care necesită tratament analgetic și au o perioadă lungă, de câteva săptămâni, de vindecare.

Alternativ, intervențiile minim invazive fac ca durerea postoperatorie să fie neglijabilă, iar vindecarea rapidă, pacientul putând să-și reia activitățile normale după câteva zile.

Ce sunt hemoroizii?

Hemoroizii sunt dilatații varicoase ale plexului venos ano-rectal. Hemoroizii interni evoluează în timp, ajungând să ocupe întreaga circumferință a canalului anal.

Aceste dilatații venoase sunt menținute în poziția lor normală, la 3-4 centimetri în interiorul canalului anal, de către o serie de ligamente și țesuturi fibroelastice. Pe măsura înaintării în vârstă, începând cu cea de-a treia decadă de viață, acest mijloc de susținere poate degenera, ceea ce va face ca hemoroizii interni să "alunece" și în final să iasă în afara canalului anal (să prolabeze).

Acest stadiu se numește prolaps hemoroidal și reprezintă un grad avansat al hemoroizilor interni, care se complică frecvent cu sângerări, dureri și tromboze.

Cura chirurgicală a hemoroizilor cu stapler - procedura pentru prolaps și hemoroizi (PPH - Procedure for Prolapse and Hemorrhoids, procedeu LONGO): durere minimă și recuperare rapidă

PPH - procedura pentru prolaps și hemoroizi



PPH este cea mai bună metodă de tratare a hemoroizilor interni prolabați, în coroană (circumferențiali). Tehnica a fost descrisă în 1996 de către chirurgul sicilian Dr. Antoine Longo, și este în prezent "gold standard" al chirurgiei proctologice în Europa de Vest și SUA.

Spre deosebire de tehnica clasică de rezecție hemoroidală unde se fac rezecții seriate, în procedura PPH se folosește un instrument special, un stapler (capsator) circular cu ajutorul căruia, printr-o singură manevră, excesul de mucoasă "căzută" în afara anusului este tras în interiorul dispozitivului și excizat. Totodată, restul de țesut hemoroidal este suturat cap la cap folosindu-se agrafe de titan care se vor elimina spontan pe măsură ce țesutul se vindecă.

În același timp, se secționează și vasele de sânge care alimentează hemoroizii, ceea ce va face ca porțiunea hemoroidală restantă să se micșoreze în câteva săptămâni și să revină la dimensiunile normale.



hemoroizi
aspect
inițial



hemoroizi
aspect tehnică
operatorie



hemoroizi
aspect final

Aspect inițial: pierderea mijloacelor de fixare face ca hemoroizii interni să "alunece" (să prolabeze) în afara anusului.

Aspect de tehnică operatorie: medicul chirurg introduce în canalul anal un dispozitiv special care împinge hemoroizii și țesutul de susținere înăuntru. Se îndepărtează porțiunea proximală a hemoroizilor.

Aspect final: se fixează dilatațiile hemoroidale restante în zona anatomică normală.

Fluxul de sânge către dilatațiile venoase a fost redus, astfel încât hemoroizii încep să se micșoreze. Durere minimă postoperatorie. Recuperare rapidă. Particularitatea tehnicii PPH derivă din lipsa rezecției hemoroidale și deci a plăgii operatorii.

Ca urmare, procedura PPH are beneficiile majore:

- Durere postoperatorie neglijabilă (nu există plagă operatorie)
- Vindecare mai rapidă, cu reluarea activității normale în câteva zile
- Perioada de spitalizare redusă, de o zi
- Fără repercusiuni legate de tranzitul intestinal (continență normală a materiilor fecale)

Importator oficial în România: SC TIMBERSTAR SRL



www.timberstar-medical.ro
e-mail: office@timberstar-medical.ro
Tel: 0265-265.110

Ackermann®

FINESTRIP® TECHNOLOGY



WOCK® feet you.
Professional Footwear



Technical features:



CLOG 
MAXIMUM PERFORMANCE.

nopa® instruments



Utilizarea terapiei cu presiune negativă în tratamentul unui traumatism complex cu fractură deschisă de tibia



Foto 1 - Internare-plagă contaminată și necroză osoasă la 7 zile de la accident



Foto 2 - ziuă 0 de NPWT-radio-grafie după debridare, îndepărtare țesut osos necrotic, stabilizare tibie cu fixatorul extern



Foto 3 - ziuă 0 aplicare terapie cu presiune negativă - 125 mmHg

Istoric pacient

Pacient de 29 ani cu traumatism complex și fractură deschisă de pilon tibial (Gustillo Anderson IIIB), ca urmare a unui accident de muncă. Plaga rezultată prezenta necroză osoasă și era contaminată. Pacientului i s-a administrat tratament cu antibiotice timp de 7 zile de la internarea în clinică. Țesuturile contaminate și țesutul necrotic au fost îndepărtate, împreună cu materialul de osteosinteză primar.

Scopul tratamentului

Terapia cu presiune negativă a fost aplicată pentru a elimina infecția și a stimula formarea țesutului de granulație, permițând ulterior grefă de piele și grefă osoasă autologă.

Tratamentul plăgii

Tibia a fost stabilizată cu ajutorul fixatorului extern. În urma debridării a fost aplicată pentru 3 zile terapie cu presiune negativă -125 mmHg, mod continuu.

După 3 zile se observă deja țesut de granulație de bună calitate în zona internă a defectului și re-epitelizare la marginile acestuia.

Terapia cu presiunea negativă a fost aplicată în continuare schimbând pansamentele la fiecare 3 - 5 zile, în funcție de volumul secrețiilor.

În ziua 14 se observă o evoluție bună cu dezvoltarea continuă a țesutului de granulație de bună calitate. După 4 săptămâni țesutul de granulație acoperă defectul și re-epitelizarea marginilor este foarte

bună. După 6 săptămâni întregul defect a fost acoperit cu țesut de granulație și infecția a fost eradicată.

Închiderea plăgii s-a făcut folosind grefă de piele și a fost introdus un distanțier pentru a proteja segmentele osoase timp de 3-4 luni. Ulterior a fost realizată grefa osoasă autologă.

Concluzii

Terapia cu presiune negativă a asigurat un bun drenaj a acestui traumatism complex, prevenind contaminarea și accelerând formarea țesutului de granulație de foarte bună calitate, care să permită grefa cutanată și ulterior grefa osoasă autologă. În plus tratamentul a fost bine tolerat de pacient.



Foto 4 - ziuă 3-granulație foarte bună în interiorul defectului și re-epitelizare la marginile plăgii



Foto 5 - ziuă 42-defectul intern a fost acoperit complet cu țesut de granulație și nu există infecție



Foto 6 - ziuă 42-aplicare grefă de piele



Vivano® — Sistem profesional de terapie cu presiune negativă

Pansamentul Vivano® Med Foam

Țesut de granulație de calitate



Pansamentul Vivano® Med White Foam

Completează aria de aplicare a pansamentelor



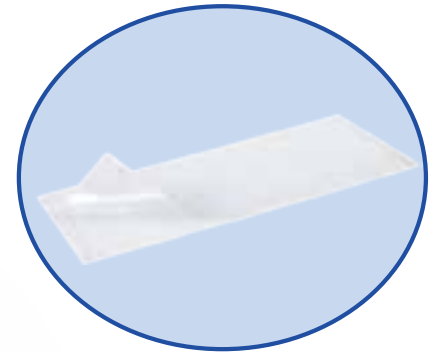
Vivano® Tec Port

Măsoară cu exactitate presiunea din plagă



Pansamentul Vivano® Med Silicone Layer

Protejează structurile sensibile



Vivano® Tec — canistra pentru exsudat

Transparența permite inspecția exsudatului



Evaluarea depunerilor de fier hepatic prin secvența de rezonanță magnetică SWI 2D GRE

Acumularea de fier în ficat este un factor de risc important pentru ciroză și crește riscul de carcinom hepatocelular (CHC). Detectarea depozitelor hepatice de Fe prin biopsie prezintă dezavantajul că metoda este invazivă și are, prin urmare, o reproductibilitate scăzută pentru evaluările periodice. Evaluarea imagistică neinvazivă prin măsurătorile T2* ponderate și mai recent, prin SWI 2D GRE poate monitoriza implicarea acumulărilor de Fe în dezvoltarea carcinomului hepatocelular pornind de la stadiul de nodul displazic premalign.

Aplicațiile IRM în patologia hepatică:

- depistează și caracterizează leziunile focale solide intrahepatice: leziuni primare (hiperplazia focală nodulară, adenom, hepatocarcinom, colangiocarcinom intrahepatic etc.) și leziuni secundare (metastaze cu diferite puncte de plecare);
- este utilă în evaluarea ficatului cirotic (aprecieri morfologice asupra ficatului);
- diferențiază nodulii regenerativi hepatici de nodulii displazici;
- caracterizează, în patologia hepatică difuză, steatoza hepatică, hemosideroza și hemocromatoza;
- diferențiază leziunile chistice hepatice: chiste simple, abcese, hamartoame biliare, determinări secundare chistice;
- caracterizează leziuni hepatice vasculare:

sunturi arterio-venoase, sindrom Budd

SWI 2D GRE este o tehnică imagistică recentă care folosește diferențele de susceptibilitate magnetică dintre țesuturi și care oferă un contrast net superior față de imaginile PD, T1, T2, T2*W GRE. SWI (Susceptibility Weighted Imaging) depistează depozitele de fier din țesuturi, microcalcificările și microhemoragiile intraprenchimotoase. Se compune din patru seturi de imagini: de fază, de magnitudine, SWI (prin compunerea imaginilor de magnitudine și de fază) și MIP. T2* W GRE a fost considerată cea mai sensibilă tehnică pentru vizualizarea nodulilor hepatici care conțin Fe. Susceptibility-weighted imaging -SWI este mai sensibilă în detectarea leziunilor focale bogate în Fe prin adăugarea informațiilor din „imaginile de fază” la contrastul oferit de T2* W GRE.

Dacă pentru investigațiile neuroimagistice SWI presupune o achiziție 3D GRE cu TE lung, pentru investigațiile abdominale versiunea SWI este 2D GRE, cu scurtarea timpului de ecou (pentru evitarea artefactelor de mișcare date de respirație și de mișcările peristaltice) și achiziție în apnee și cu folosirea imaginilor de fază pentru evaluarea cantitativă a depunerilor de Fe și SWI pentru detectarea acestora.

Utilizarea SWI în investigațiile abdominale este recentă și este folosită pentru evaluarea nodulilor hepatici, pentru detectarea și evaluarea cantitativă a depozitelor de Fe din ficat,

pentru detectarea hemoragiei intratumorale (CHC) și a vascularizației venoase (leziuni hepatice hipervascularizate).

Acumularea de Fe în ficat este un factor de risc important pentru ciroză și crește riscul de hepatocarcinom.

Ciroza hepatică reprezintă distrucția țesutului normal prin fibroză și înlocuirea acestuia de noduli benigni de regenerare și de noduli displazici premaligni care în 80-90% dintre cazuri se pot transforma în carcinom hepatocelular. Chiar în absența unei boli sistemice precum hemocromatoza, Fe se poate acumula în nodulii de regenerare sau în nodulii displazici în ficatul cirotic. Chiar dacă un număr mic de noduli cu acumulare de Fe sunt displazici, 25% dintre aceștia din urmă prezintă depozite de Fe. Nodulii displazici cu conținut ridicat de Fe sunt considerați leziuni premaligne, în timp ce nodulii de regenerare care prezintă acumulări de Fe sunt markeri pentru ciroze virale sau alcoolice.

În hepatite, depozitele de fier apar, de obicei, în celulele reticuloendoteliale din cauza migrării feritinei din hepatocitele distruse. În stadiul de studiu există supoziția că acumularea hepatică de fier este implicată în progresia fibrozelor hepatice și în rezistența la terapia cu interferon.

Carcinomul hepatocelular (CHC) este al 5-lea cel mai frecvent cancer ca incidență și apare la pacienții cu boli hepatice cronice. Cei

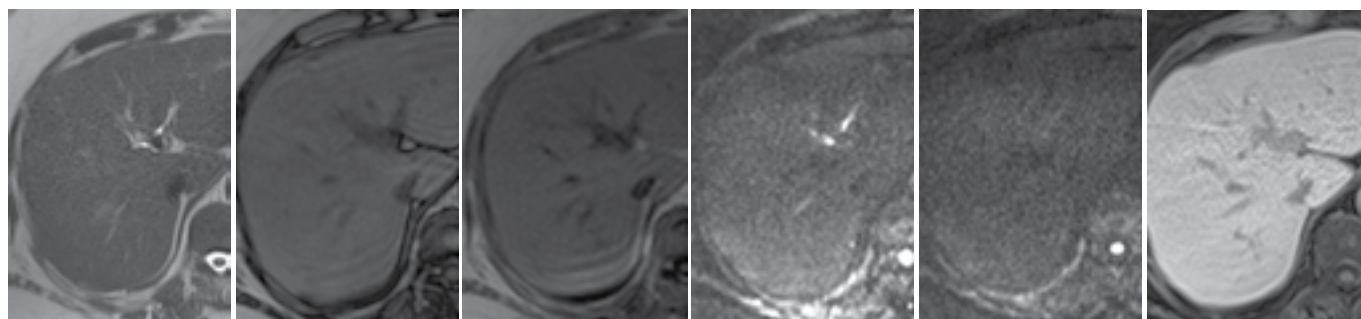


Fig 1a. T2_axial

Fig 1b. T1_f12d_in_opp

Fig.1c. T1 in-opp phase

Fig. 1d. DWI_b50

Fig. 1e. DWI_b 400p2

Fig. 1f. T1 postcontrast

Fig 1. Secvențe IRM convenționale pe care nu se evidențiază anomalii de semnal



MEDINST

diagnostic imagistic

centrul de diagnostic româno-german
rezonanță magnetică + tomografie computerizată

Clinica **MEDINST** Diagnostic Româno-German, înființată în 1996,
a fost primul centru privat de imagistică medicală deschis la București.

Fondatorul clinicii, Dr. Mircea Medrea,
are peste 30 de ani de experiență în pro-
pria clinică din Baden-Württemberg, în
Germania și în spitale din mai multe țări.

MEDINST oferă toată gama de investigații
imagistice actuale și, în plus, se remarcă prin
hiperspecializările sale în patologia siste-
mului nervos central, în patologia sânuului și
în cea musculo-scheletală.

CT • IRM Examinări speciale:

neuroimagistice

- tractografie cerebrală și
de cordon medular cervical (DTI);
- difuzie (DWI);
- spectroscopie (MRS);
- perfuzie (PWI IRM și CT);
- SWI;
- Whole-Spine;
- angiografie (MRA și CTA);
- rs-fMRI (resting state fMRI);
- măsurători volumetrice.

oncologice:

- Whole-body—scanarea întregului
corp, utilă la pacienții oncologici
în depistarea diseminării tumorilor
secundare (PET-like);
- difuzie (DWI);
- perfuzie (PWI).

angiografie:

- posibilitatea executării de angiografii periferice
și totale IRM (Whole-body)

IRM de sân

colangiopancreatografie IRM

uroRMN

măsurători rotuliene CT



Șoseaua Berceni 10-12
București, sector 4

www.medinst.ro

Telefon: +40.21.334 71 94

+40.31.425 36 53

e-mail: receptie@medinst

mai frecvenți factori de risc sunt hepatitele cronice virale B și C, ciroza hepatică, consumul de alcool și expunerea la afla-toxine. Printre alți factori se numără: hemocromatoza, boala Wilson, ciroza biliară primitivă, deficitul de α_1 -anti tripsină, obezitatea, hormonii estrogeni, diabetul zaharat, fumatul și hepatosteatiza non-alcoolică.

Dezvoltarea tehnicilor imagistice prin rezonanță magnetică conduce la îmbunătățirea acurateții diagnosticării CHC. Caracteristicile morfologice ale CHC, detectabile prin IRM și confirmate histopatologic sunt: capsula fibroasă și tiparul mozaicat al captării de contrast MR. Dintre leziunile mai mari de 2 cm, 60-80% prezintă capsulă fibroasă. Tiparul mozaicat este prezent în 63% dintre cazurile de CHC și reprezintă arii de creștere tumorală combinate cu arii de necroză și cu arii de țesut hepatic de regenerare. Prezența invaziei vasculare este un factor important de prognostic CHC.

SWI este folosit pentru evaluarea nodurilor în ficatul cirotic, pentru detectarea cu acuratețe a microhemaragiilor intratumorale și a vascularizației venoase în CHC. Există și leziuni benigne care prezintă necroză și hemoragie intratumorală și pentru a face diferențierea malign vs benign metoda indicată este examinarea IRM cu administrare de contrast. DCE (Dynamic Contrast Enhanced) implică achiziția de imagini secvențiale în timpul trecerii substanței de contrast prin țesuturile de interes. Intensitatea captării agentului de contrast este corelată cu densitatea vasculară din țesut, în timp ce rata și wash-out-ul substanței de contrast este corelată cu factori angiogenici precum densitatea capilară și factorul de creștere vasculară endotelială. Oferind informații despre perfuzia tumorală și despre permeabilitatea capilară, DCE are capacitatea de a caracteriza noninvaziv vascularizația țesutului tumoral, inclusiv răspunsul la terapia antiangiogenică.

Însă, pentru pacienții cu insuficiență renală, administrarea substanței de contrast este un factor de risc. SWI poate diferenția leziunile hepatice hipervascularizate în absența administrării substanței de contrast. SWI oferă informații mult mai detaliate decât IRM convențional despre marginile tumorii, vascularizație, hemoragiile intratumorale și invazia vasculară, tiparul mozaicat al CHC și pseudocapsulă.

SWI este mai sensibilă la modificările substanțelor paramagnetice induse de un proces

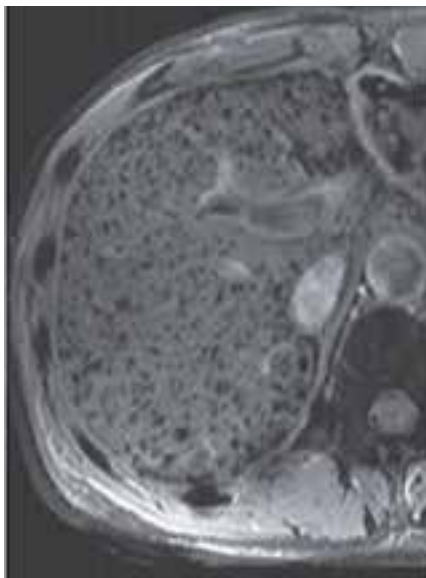


Fig 2. Secvența SWI evidențiază multipli noduli în asemnal cu conținut crescut de Fe

patologic (precum prezența conținutului de fier, a hemoragiei, a calcificărilor sau a modificărilor de nivel de oxigenare) față de restul tehnicilor IRM convenționale, inclusiv față de măsurătorile T_2^* ponderate, deoarece utilizează informații de fază pentru a crește efectele de susceptibilitate de la nivelul imaginilor.

Capsulele tumorale în carcinomul hepatocelular au un strat fibros interior și un strat exterior bogat în conținut de apă, ce conține vase mici și căi biliare. Prezența acestora crează apariția unui inel unic hipointens pe măsurătorile T_1 ponderate și un inel dublu cu un strat intern hipointens, cu strat extern hiperintens pe măsurătorile T_2 ponderate, sau un inel unic hipointens pe măsurătorile T_2 ponderate în cazul capsulelor subțiri din cauza prezenței reduse a vaselor și a căilor biliare din stratul extern. Pseudocapsula este responsabilă și pentru inelul periferic hiperintens vizibil frecvent pe imaginile IRM cu substanță de contrast. Depistarea pseudocapsulei CHC este importantă nu doar pentru caracterizarea tumorilor hepatice, dar și pentru tratamentul clinic. Pseudocapsulele au o microvascularizație bogată, iar sângele de la nivelul acestor vase au o concentrație scăzută a oxigenului, având ca rezultat o diferență de fază între vase și parenchimul învecinat. Prin urmare, SWI (care atenuează diferențele de fază cu contrast crescut al imaginilor) îmbunătățește vizualizarea clară a pseudocapsulei comparativ cu măsurătorile convenționale T_1 și T_2 ponderate.

Invazia vasculară: la examenul histopatologic, CHC poate fi observat la nivelul venelor suprahepatice și/sau venei porte. Pe imaginile T_2^* ponderate și SWI, invazia vasculară a fost caracterizată printr-un defect de umplere al lumenelor hiperintense ale venelor suprahepatice și/sau venei porte. SWI poate evidenția trombi venoși secundari invaziei tumorale.

Protocol IRM cu administrare de contrast iv. (Gadolinium):

- localizer în 3 planuri
- T_1W 3D dual echo GRE axial
- T_2W 3D FSE axial – cu timp de ecou (TE) mediu, cu rezoluție înaltă
- T_2W 2D ssFSE axial – cu TE lung,
- DWI Echo Planar axial cu 3 b-values (b50, b400, b800)
- Dyn fat-sat T_1W 3D GRE axial, cu substanță de contrast
- T_1W 3D GRE fat-sat, coronal, cu rezoluție înaltă
- opțional: SWI 2D axial

Examinarea dinamică folosind drept substanță de contrast Gadolinium include trei sau mai multe faze; consecutiv injectării substanței de contrast se disting: faza arterială (20-35s), venoasă (60-90s), interstițială (120-150s) și tardivă (5 minute).

Protocol cu administrare de contrast iv. specifică hepatocitară (Primovist):

- localizer în 3 planuri
- T_1W 3D dual echo GRE, axial
- DWI Echo Planar Imaging 3 b-values, axial
- Dyn fat-sat T_1W 3D GRE, axial, cu injectare de Primovist
- T_2w 3D FSE axial, TE mediu, rezoluție înaltă,
- T_1W 3D GRE axial, fat-sat cu rezoluție înaltă,
- T_1W 3D GRE fat-sat ce-MRC, coronal, cu rezoluție înaltă.

Pentru protocolul dinamic se fac achiziții în faza arterială (20-35s), venoasă (60-90s), interstițială (120-150s) și tardivă (5 minute), similar examinării cu Gadolinium și o achiziție suplimentară la 20 de minute, specifică hepatocitară.

**Medinst Diagnostic
Româno-German
funcționează din anul
1997 în cadrul Institutului
Național de Neurologie
și Boli Neurovasculare
București.**

GEOMED[®]
MEDIZIN-TECHNIK

**Instrumentar chirurgical
de calitate superioară**

10 ani
garanție



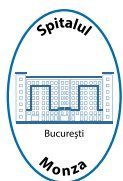
THE WORLD OF SURGICAL INSTRUMENTS

Importator exclusiv

INTRAMED[®]

Braşov, str. Rahovei, nr.30,
tel. & fax: 0268 322907 • 0744 893123 • 0722 573689
www.intramed.ro • e-mail: office@intramed.ro

Boala Fallot



Spitalul Monza
Standarde de Excelență

www.spitalulmonza.ro

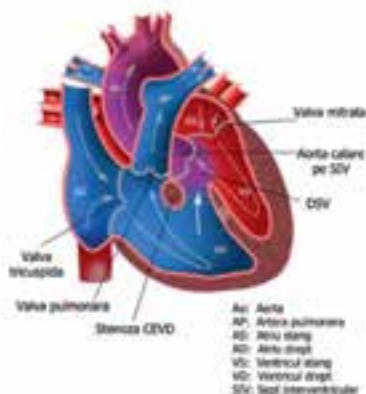
Tetralogia Fallot (TF), are la bază o deplasare anterioară a septului infundibular, care determină hipoplazia căii de ieșire din ventriculul drept (CEVD), în grade diferite, mergând de la ușoară/moderată, până la severă, sau atrezie totală. Se poate asocia cu alte anomalii cardiace:

1. Defect septal ventricular (DSV)
2. Defect septal atrial (DSA)
3. Canal arterial permeabil (CAP)
4. Absența valvei pulmonare
5. Canal atrioventricular comun complet
6. Anomalii de origine și traiect ale arterelor coronare

Fiziopatologie: presiunea în ventriculul drept (VD), prin DSV-ul mare, este egală cu cea din ventriculul stâng (cu alte cuvinte este sistemică). În funcție de gradul stenozei CEVD se descriu:

Fallot roz (tegumente normal colorate, la care CEVD este ușor/moderat îngustată, care poate evolua asemănător cu un DSV, cu încărcare variabilă a circulației pulmonare și simptomatologie de insuficiență cardiacă congestivă (ICC)

Fallot cianotic (albastru), cu stenoză semnificativă a CEVD și sunt drept-stâng important, care se manifestă cu hipoxemie (desaturare) severă (Sat. O₂=70–80%)



Simptomatologie. Complicații: ca urmare se descriu o serie de simptome și complicații în diferite etape de creștere ale copilului, în funcție de severitatea și gradul de stenozare a CEVD, de permeabilitatea canalului arterial (CAP), sau de apariția în timp a unor colaterale aorto-pulmonare (CA) compensatorii:

La nou născut și copilul mic, simptomatologia apare precoce o dată cu închiderea spontană a CAP:

1. Hipoxie, la repaus, accentuată la efort
2. Cianoză accentuată, a buzelor și extremităților
3. Insuficiență respiratorie acută severă
4. Insuficiență ventriculară dreaptă (IVD)

La copilul mai mare, simptomele sunt asemănătoare; se adaugă în plus așa numitele “crize hipoxice”, care reprezintă un indicator de severitate și de agravare a bolii:

1. Crize hipoxice (de albastrea) evoluează cu:
 - agitație, iritabilitate; ■ hiperpnee; ■ cianoză exprimată; ■ sincope; ■ decompensare severă
2. Hipoxie, la repaus, accentuată la efort
3. Insuficiență VD
4. Hipocratism digital
5. Policitemie (cu creșterea hematocritului) compensatorie importantă, care poate predispuce la complicații trombotice



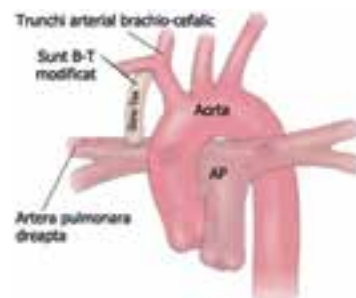
Momentul operator. Indicația chirurgicală:

1. Urgență: la nou născut (cu atât mai mult la prematur) și copilul mic, care dezvoltă precoce IVD și IR (imediat după stabilizarea rapidă a pacientului în terapie intensivă)
2. Electiv (în regim cronic), la copilul mai mare, se practică corecția totală începând cu vârsta de 5–6 luni; apariția crizelor hipoxice vor urgenta indicația și decizia chirurgicală,

Tehnici chirurgicale: se urmărește îndepărtarea stenozei din CEVD și îmbunătățirea

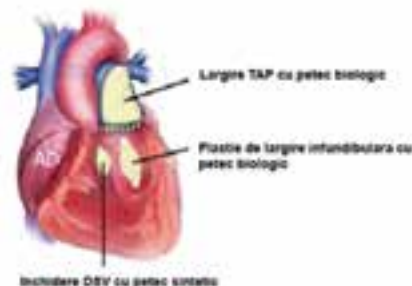
oxigenării sângelui.

La nou născut și copilul mic (până în 3 luni) se indică o intervenție paliativă temporară și anume un șunt sistemic-pulmonar tip Blalock-Taussig (B-T) modificat, în vederea pregătirii corecției totale ulterioare:



La copilul mai mare peste 5–6 luni se practică corecția chirurgicală:

1. Rezecția modelantă musculară infundibulară (se îndepărtează o parte din musculatura îngroșată a VD), fig. B
2. Închidere DSV cu petec sintetic, fig. C
3. Lărgirea CEVD se realizează prin mai multe tehnici în funcție de aspectul anatomic:
 - Infundibuloplastie de lărgire prelungită transanular (cu sacrificarea inelului și a valvei pulmonare -VP), și pe trunchiul arterial pulmonar (TAP) cu petec biologic, fig. D;
 - Infundibuloplastie de lărgire, ± comisurotomie VP, ± plastie de lărgire a TAP (cu păstrarea VP funcționale);
 - În unele cazuri (copil peste 4–5 ani), se poate opta pentru un conduct valvulat de tip xenogrefă, sau homogrefă (de preferat), montat între VD și bifurcația AP corecția leziunilor cardiace asociate (dacă acestea sunt prezente).



Vessel Due® F

Antitromboticul* potrivit pentru ...

PROFILAXIA ȘI TRATAMENTUL CRONIC al BOLILOR VENOASE ȘI ARTERIALE PERIFERICE

* Codul ATC (Anatomico Terapeutic Chemic) al sulodexidului este: B01A B11 (clasa antitromboticelor)

Tratamentul cu Sulodexid este un tratament de lungă durată, fiind destinat unor afecțiuni cronice și de prevenție a complicațiilor diabetului [...]

Inițierea tratamentului. Deoarece se adresează unei patologii vaste (patologie vasculară cu risc de tromboză), medicii care inițiază tratamentul sunt toți specialiștii care diagnostichează și tratează boli vasculare cu risc de tromboză.

Continuarea tratamentului se face de către medicul de familie. Medicul specialist emite prima rețetă, alături de scrisoarea medicală, eliberată în condițiile legii, necesară medicului de familie pentru a continua tratamentul cu Sulodexid.²

2. Monitorul oficial al României Nr. 386 bis / 10.VI.2010.
Protocolul terapeutic sulodexidum (B01A1).



Microcirculația în echilibru

Sulodexid este un glicozaminoglican înalt purificat conținând o combinație de heparan sulfat cu afinitate pentru antitrombina III și dermatan sulfat cu afinitate pentru co-factorul II al heparinei. Această **activitate antitrombotică și antitrombinică** este de interes farmacologic major și face din sulodexid un medicament potrivit pentru **profilaxia și tratamentul bolilor arteriale și venoase periferice** [...]

Între sulodexid și alte medicamente utilizate în **tratamentul de lungă durată al bolii vasculare periferice** nu există interacțiuni.

Este **bine tolerat**, iar reacțiile adverse descrise după administrarea orală sunt legate în special de intoleranța gastrointestinală tranzitorie [...]

Sulodexid poate fi ales ca tratament în **afecțiunile vasculare și complicațiile acestora**, precum și în **prevenirea bolii venoase tromboembolice**, fiind în mod particular indicat la pacienții vârstnici, datorită tolerabilității bune și ușurinței în utilizare.¹

1. J. Laserra-Chujeda. Use of sulodexid in patients with peripheral vascular disease. *Journal of Blood Medicine* 2010; 1:105-115.



D.S.
Tratament acut: 1 fiolă Lm/L x 15-20 de zile
Tratament cronic: 1-2 capsule x 2 ori/zi p.o.

Denumirea comercială: Vessel Due® F 250 ULS capsule și Vessel Due® F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă. **Denumirea comună internațională (DCI):** sulodexid. **Forma farmaceutică.** Capsulă moale. O capsulă moale conține sulodexid 250 ULS (unități lipasemice sulodexid). **Soluție injectabilă.** 2 ml soluție injectabilă conțin sulodexid 600 ULS. **Indicații terapeutice.** Tratamentul afecțiunilor vasculare cu risc de tromboză. **Doze și mod de administrare.** Capsule moi: doza recomandată este de 1-2 capsule moi Vessel Due F de 2 ori pe zi (500-1000 ULS pe zi). Capsulele moi se administrează oral, între mesele principale. **Soluție injectabilă:** doza recomandată este de 600 ULS (o fiolă soluție injectabilă Vessel Due F) pe zi, administrată intramuscular sau intravenos. În general, se recomandă inițierea tratamentului cu soluția injectabilă Vessel Due F și, după 15 - 20 zile de tratament, să se continue cu capsule moi Vessel Due F. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la: sulodexid, heparină sau produse de tip heparinic sau la oricare dintre excipienți. Diletează și boli hemoragice. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare.** Când un tratament anticoagulant este în desfășurare, se recomandă monitorizarea parametrilor coagulării. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea.** Ca măsură de precauție, este de preferat să se evite administrarea sulodexid în timpul sarcinii și alăptării. **Incompatibilități.** Capsule moi. Nu este cazul. **Soluție injectabilă.** Deoarece sulodexid este un acid polizaharidic, dacă se administrează în asocieră cu substanțe bazice poate interacționa prin formarea de complexe. Incompatibilitățile cele mai cunoscute pentru astfel de asocieri sunt: vitamina K, vitamine din complexul B, hidrocortizon, hialuronidază, gluconat de calciu, săruri cuaternare de amoniu, dloramfenicol, tetraciclina, streptomycină. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** Alfa Wassermann S.p.A., Italia. **Data reînnoirii autorizației:** Vessel Due® F 250 ULS capsule Ianuarie 2015; Vessel Due® F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă Noiembrie 2004. **Data revizuirii textului:** Vessel Due® F 250 ULS capsule Ianuarie 2015; Vessel Due® F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă Mai 2014. **Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații complete consultați rezumatul caracteristicilor produsului.**



ALFA WASSERMANN S.p.A.
Str. Cluseni Urziceni nr. 15, parter și et. 1, Sector 3, București
Tel.: +40 31.806.35.26; +40 31.806.35.27 Fax: +40 31.806.35.28
e-mail: office@alfawassermann.ro

Dotari bloc operator





BenQ Dr. Max 7000S

**Troliu medicamente
MX34EMG**



PHIMED



BAILIDA

Str. Horea Nr. 1, Oradea
410080 Bihor, Romania
Tel./Fax: 0259/476817, 0259/476818
E-mail: info@neomed.ro

NEOMED
aparatură medicală

Eventrațiile: cura laparoscopică cu proteză textilă



Conf. Univ. Dr.
Dan ULMEANU
Medic Primar
Chirurgie Generală,
Medic Primar
Chirurgie Toracică,
Șef Secție Chirurgie
Generală și Toracică
Spitalul Regina
Maria Băneasa
www.reginamaria.ro

Tratamentul modern al eventrațiilor: cura laparoscopică cu proteză textilă

Recomandarea actuală pentru cura defectelor parietale abdominale este cura alloplastică laparoscopică care presupune utilizarea unei proteze textile montată cât mai profund.

Comparativ cu intervenția clasică, abordul laparoscopic oferă certe avantaje:

- **Peretele abdominal neafectat de eventrație rămâne integru;** în operația clasică, deschisă, se produce un traumatism parietal chirurgical suplimentar pentru implantarea protezei textile. În laparoscopie, proteza se poate implanta în poziția cea mai bună, având dimensiunea corectă. Riscul de contaminare septică a protezei este minim pe această cale.
- **Confort postoperator superior,** durere de mai mică intensitate
- **Recuperare mai rapidă,** pacientul putând reveni la stilul de viață anterior intervenției într-un timp mult mai scurt
- **Durată de spitalizare mai mică**
- **Rezultate estetice sunt superioare,** cicatricile postoperatorii având dimensiuni reduse

Peretele abdominal poate fi privit ca o structură stratificată, formată dinspre exterior spre interior din piele, țesut gras, structură fibroasă de rezistență și mușchi. Peretele abdominal este tapetat dinspre interior cu o foiță subțire, transparentă, numită peritoneu. În general, mușchii

Eventrațiile sunt defecte ale peretelui abdominal survenite în urma unui traumatism sau în urma unei intervenții chirurgicale.

sunt acoperiți de țesut fibros, întreg ansamblul asigurând rezistența peretelui abdominal.

Apariția unui defect de perete conduce la necesitatea reparării lui. Principiile care guvernează repararea defectelor de perete abdominal sunt aceleași ca pentru oricare altă reparație:

- Trebuie înțeles pe deplin și corect mecanismul de funcționare al sistemului care s-a defectat
- Trebuie identificată defecțiunea
- Trebuie găsită soluția reparatorie.
- Odată reparația efectuată, sunt câteva întrebări la care trebuie răspuns:
- După reparație, sistemul va funcționa ca și înainte?
- Ce șanse sunt ca defectul să se repara?
- Cum putem preveni apariția defecțiunii după efectuarea reparației?

Reparația defectului parietal fără tensiune cere folosirea unei proteze textile



Pentru a înțelege mai ușor principiile care guvernează reparațiile de perete abdominal putem face apel la un exemplu simplu, întâlnit frecvent. Să presupunem că un gospodar are de reparat un sac:

- **Cea mai simplă reparație este o cusătură simplă.** Aceasta reparație va apropia în tensiune marginile defectului; atunci când sacul va fi umplut, este posibil ca această reparație să se sfâșie. Este și motivul pentru care nici un gospodar nu va repara în acest fel defectul.

Ar recurge la un adaos – petecul. Cum ar aplica petecul gospodarul nostru?

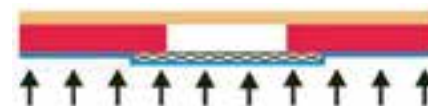
- **O soluție ar fi aplicarea petecului pe exteriorul sacului**

- **O altă soluție ar fi aplicarea petecului pe interiorul sacului.** Evident că nici un gospodar nu ar pune un petec pe deasupra rupturii pentru că, la umplerea sacului, se dovedește mult mai rezistentă reparația cu petecul pe interior.

Făcând comparație cu defectele de perete abdominal, constatăm că sutura simplă a defectului este o soluție care predispoze rapid la recidivă. **Reparația defectului parietal fără tensiune cere folosirea unei proteze.**

Ulterior, se stabilește care este poziția optimă a protezei și care este dimensiunea corectă a acesteia.

Proteza textilă trebuie montată profund, pe fața internă a peretelui abdominal



Putem compara plasarea plasei cât mai profund în structura peretelui abdominal cu felul în care oamenii își construiesc casele. O locuință temporară, gândită să reziste o perioadă scurtă de timp, va avea pereți subțiri, ușor de înlăturat, dispuși pe un cadru puțin rezistent, capabil să le susțină greutatea pentru o perioadă limitată de timp. În schimb, zidurile solide garantează protecție și rezistență pe întreaga durată a vieții. Proteza textilă montată cât mai superficial, deasupra planului de rezistență fascial (fibros, aponevrotic), în ideea că poate fi îndepărtată (explantată) cu ușurință în caz de nevoie (suputații), sugerează o construcție provizorie. Plasa



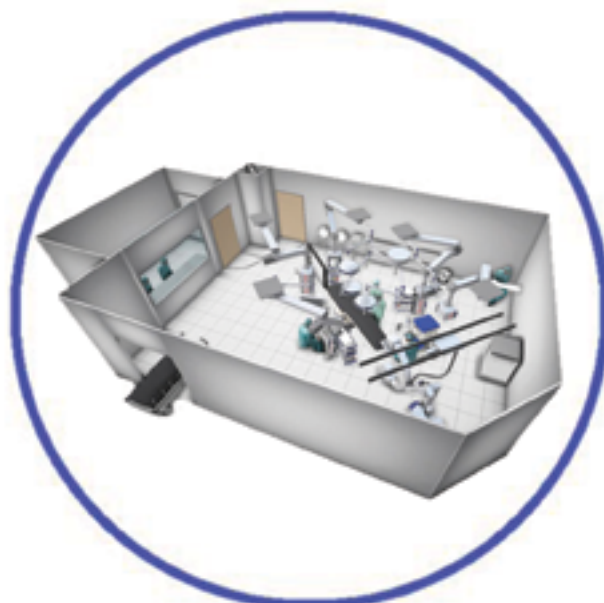
ADION

CENTRUL COMERCIAL MEDICAL

PESTE 3000 PRODUSE INTR-UN SINGUR LOC



LAMPA OPERATIE



SALA OPERATIE



MASA OPERATIE



ELECTROCAUTER



INSTRUMENTAR CHIRURGIE

**Vizitati cel mai mare show-room
de aparatura medicala din tara.**

**Veti gasi aparatura pentru diagnostic, tratament, sterilizare,
sali de operatie si ATI, mobilier pentru clinici si cabinete,
echipamente pentru ambulante si interventii rapide, instrumentar
si consumabile medicale.**

**Livrare prompta, preturi accesibile, consultanta de specialitate,
garantie si service post-garantie.**

ADION, partenerul dumneavoastra ideal.

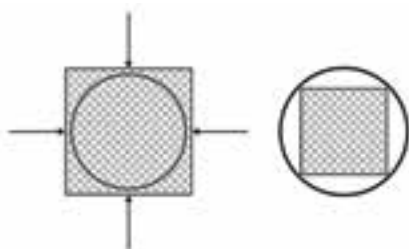
**B-dul Tudor Vladimirescu Nr.29, Sect.5 Bucuresti
www.adion.ro Tel./Fax.: 021.411.59.48 ; 021.411.59.49**

montată profund duce cu gândul la o construcție definitivă.

Dacă vom așeza proteza profund, pe fața internă a peretelui abdominal, efectul de fixare și de menținere al protezei, exercitat de forțele de presiune intraabdominală este maxim.

Protezele uzuale din țesături (ex. Poli-propilena), nu trebuie să vină în contact cu organele intraabdominale, în special intestine. Plasa este montată cât mai profund în grosimea peretelui abdominal, dar în fața foiței peritoneale. Există plase special concepute pentru a permite contactul cu organele intrabdominale – ele se pot monta intraabdominal.

Cum se calculează dimensiunea protezei



Dimensiunea protezei trebuie calculată ținând cont ca protezele textile odată implantate în corp își micșorează dimensiunile în timp. În funcție de materialul protezei, dimensiunile pot scădea cu 15 până la 50 %. Putem înțelege mai ușor ce înseamnă o reducere în dimensiuni cu aceste valori dacă ne gândim că lucrurile din jurul nostru ar putea suferi același fenomen în timp, ca de exemplu atunci când ferestrele caselor s-ar micșora devenind practic inutile pentru iluminat și ventilare.

Daca ne imaginăm o proteză pătrată, constatăm că reducerile în dimensiune pot fi cu adevărat importante.

Mecanismul micșorării protezelor textile este realizarea de punți fibroase în ochiurile acestora; punțile fibroase se scurtează în timp și atrag după sine micșorarea protezei în ansamblu. Pe de altă parte, realizarea punților fibroase este un efect pozitiv, reprezentând efortul organismului de a repara defectul folosind proteza textilă ca pe o matrice.

Prin urmare, dacă este lipsit de sens să găsim o metodă de a împiedica producerea de țesut fibros, înseamnă că trebuie să



dimensionăm proteza în așa fel încât după realizarea punților fibroase și reducerea estimată a dimensiunilor, proteza să aibă încă dimensiunea adecvată corecției. Cu cât plasa are ochiurile mai largi, cu atât micșorarea este mai redusă.

Practica a demonstrat că o proteză textilă trebuie să depășească defectul parietal cu 5 cm în toate dimensiunile defectului. Chiar dacă se identifică un defect parietal voluminos care trebuie corectat, trebuie ținut cont că pot exista multe alte defecte parietale mici, nedetectabile clinic, de-a lungul cicatricei operatorii. Așadar, dimensiunea protezei trebuie să fie stabilită în raport cu lungimea cicatricei postoperatorii, pe care trebuie să o depășească atât cranial cât și caudal.

De ce operația deschisă pentru repararea eventrațiilor nu este soluția optimă?

Intervențiile chirurgicale clasice se realizează prin secționarea peretelui abdominal în toată grosimea lui. Secțiunea interesează toate straturile, de la piele la peritoneu. La finalul intervenției chirurgicale deschise, chirurgul refacă peretele abdominal prin suturi cu fire adecvate.

Zonele astfel secționate și refăcute rămân ca zone slabe, soliditatea inițială a

peretelui fiind afectată de intervenția chirurgicală, chiar dacă reparația s-a efectuat corect, utilizând material de sutură de cea mai bună calitate. Supuse constant presiunii interne abdominale, în special în cazul persoanelor care fac eforturi fizice, zonele slabe pot deveni în timp sediul eventrațiilor – rupturi parțiale parietale care interesează dinspre profunzime spre suprafața planurile de rezistență ale peretelui abdominal, pielea rămânând intactă. În acest fel, conținutul abdominal are tendința să ajungă sub piele, traversând breșa parietală astfel creată. Conținutul abdominal va părăsi cavitatea abdominală prin această breșă, fiind în continuare învelit de peritoneu, care se comportă ca un sac conținător (sac de eventrație).

După un traumatism abdominal violent se poate produce un efect asemănător, pielea rămânând intactă, structurile de rezistență ale peretelui sunt degradate prin traumatism, se produc rupturi ale mușchilor și fasciilor, rezultând o eventrație posttraumatică. În practică, cele mai frecvente eventrații rămân cele care urmează unor intervenții deschise, cel mai adesea după incizii oblice. În literatură, termenul de eventrație postoperatorie poate fi înlocuit de cel de hernie incizională.

- 1. Integrator de tehnologii medicale**
- 2. Distribuitor de dispozitive medicale și produse farmaceutice**
- 3. Consultanță în configurarea și implementarea de proiecte de investiții în domeniul medical, inclusiv cele cu finanțare din fonduri europene**

ONCOLOGIE
IMAGISTICĂ
UROLOGIE
MEDICINĂ DENTARĂ
CHIRURGIE
SERVICII OPERAȚIONALE
SISTEME NEUTRALIZARE DESEURI MEDICALE
CU RISC BIOLOGIC
PRODUSE FARMACEUTICE
CONSULTANȚĂ TEHNICĂ

AMNOTEC - Endoscopia este pasiunea noastră

HD 3-Shaft Endoscopes
High quality standards



Portofoliul nostru endoscopic conține peste 2.500 de produse diferite, care au fost dezvoltate în strânsă cooperare cu chirugi și alți membri ai echipei sălii de operație - pentru cea mai înaltă siguranță pentru pacient cât și beneficiul utilizatorilor.

Toate produsele endoscopice sunt produse în Germania.

Alt element important referitor la gama noastră de servicii este dezvoltarea și producția de tehnologii "state of the art", cum ar fi sisteme de vizualizare HD, surse de lumina LED și endoscoape cu 3 teci.

DEWIMED produce instrumente de calitate extraordinară cu facilități de producție proprii în Germania și Mexic. Toate facilitățile de producție sunt stabilite într-un mod de a satisface nu numai normele și standardele în vigoare, dar mai presus de toate cerințele de zi cu zi ale clienților noștri.

Experți calificați din Germania pregătesc produsele speciale care urmează să fie fabricate "Made in Germany". Subcontractanții s-au angajat să producă la standardele de calitate DEWIMED și controlul final de calitate înainte de distribuirea a către utilizatori are loc în Germania.

Peste 22.000 de articole acoperă întregul spectru de la chirurgia generală la disciplinele de specialitate la livrarea și managementul produselor sterile. Utilizarea tehnicii de sablare cu bile de sticlă face ca instrumentele noastre chirurgicale să fie furnizate cu o suprafață non-reflectorizantă specială.

Echipament medical de urologie și gastroenterologie

Scopul nostru este de a oferi produse de înaltă calitate la nivel mondial pentru sectorul medical. Suntem specializați în Urologie și Gastroenterologie. Datorită cooperării de 25 de ani cu medici de renume, produsele noastre îndeplinesc cerințele pentru a fi de succes în domeniul medical în peste 80 de țări.



CLINDAMYCIN

300 mg/2 ml fosfat de clindamicina, im/iv
cutie cu 10 fiole in AMBALAJ TERMOFORMAT

ANTIBIOTIC RECOMANDAT PENTRU TRATAMENTUL INFECȚIILOR

de către cele mai recente GHIDURI DE ANTIBIOTERAPIE (Stanford 2013 și Angelescu 2012)

în următoarele situații:

- Pulmonar: pneumonie de aspirație, abces pulmonar, infecție pulmonară cu anaerobi, empiem subacut/cronic.
- Ginecologie: BIP, endometrită, amniotită, avort septic (în asociere cu un antibiotic cu spectru asupra germenilor gram-negativi, de exemplu gentamicina)
- Ortopedie: osteomielită acută hematogenă la copil
- Piele și țesut celular subcutanat: gangrenă gazoasă, mușcătură de om, ulcer plantar diabetic, fasciită necrozantă.

Doze si mod de administrare

Dozele de fosfat de clindamicina recomandate (administrare intramusculara sau intravenoasa):

Severitatea infecției	Adulti (g/zi)	Copii*(mg/kg si zi)	Nr de prize
severa	1.2-1.8	20	2-4
foarte severa	2.4-2.7	25 - 40	2-4

Doza zilnica maxima este de 4,8 g clindamicina (fosfat).

AVANTAJE:

- Alternativă în caz de ALERGIE sau intoleranță la betalactamine: angină acută, abces amigdalian, infecții ale spațiului submandibular, pneumonie, actinomicoză, peritonită secundară, etc.
- Recomandat în SINDROMUL DE ȘOC SEPTIC (*Clostridium sordellii*, *Streptococcus grup A* sau *Staphylococcus aureus* producători de toxine) datorită mai multor calități specifice:
 - Inhibă puternic producerea de toxină de către bacterii
 - Oprește progresia septicemiei spre Insuficiența Multiplă de Organe și Sisteme
 - Efect postantibiotic.
- De primă intenție în tratamentul toxoplasmozei cerebrale la pacienții cu HIV: 2,4 grame/zi intravenos în 4 prize. (Neurological complications of HIV infection, P. Portegies, P. Cinque, A. Chaudhuri, J. Begovac, I. Overall, T. Weber, M. Bojar, P. Martinez - Martin, P. G. E. Kennedy, pg. 373-381, European Handbook of Neurological Management 2011)
- Penetrabilitate osoasă foarte bună: raportul concentrație osoasă/concentrație serică = 67% (Systemic Antibiotic Therapy for Chronic Osteomyelitis in Adults, Brad Spellberg and Benjamin A. Lipsky, Division of General Internal Medicine, Los Angeles Biomedical Research Institute at Harbor-UCLA, Torrance and David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, California; VA Puget Sound Health Care System and University of Washington, Seattle, 2013, pg. 393-407)



STADA
M & D

CLINDAMYCIN

300 mg/2 ml fosfat de clindamicina, im/iv



**ANTIBIOTIC RECOMANDAT PENTRU
TRATAMENTUL INFECȚIILOR
de către cele mai recente
GHIDURI DE ANTIBIOTERAPIE**

(Sanford 2013 și Angelescu 2012)

Evoluția și complicațiile pseudochistului de pancreas

Introducere

Pseudochistele pancreatice complică atât pancreatita acută după organizarea necrozei, cât și pancreatita cronică, iar în unele situații și pancreatitele post traumatice. Atitudinea chirurgului este de obicei de expectativă și monitorizare până la maturarea "peretelui" pseudochistului (moment optim operator), exceptând apariția complicațiilor ce necesită intervenție chirurgicală de urgență.

Material și metoda

S-au luat în studiu un număr de 117 pacienți diagnosticați cu pseudochist pancreatic în perioada 2002-2006. Diagnosticul s-a bazat pe date anamnestice, clinico-biologice și imagistice (ecografie abdominală, CT). 63% au fost pseudochiste 848g67i ne-complicate, iar restul de 37% au prezentat complicații evolutive. Din antecedentele pacienților, factorul etiologic cel mai frecvent a fost pancreatita acută.

Rezultate

Chirurgia miniinvasivă a fost aplicată în 18% cazuri (punție aspirativă ghidată CT), iar tratamentul chirurgical invaziv în 82% cazuri (moment operator dictat de gradul de maturare al peretelui pseudochistic sau de complicațiile evolutive). Factorii corelați cu evoluție nefavorabilă și risc crescut al complicațiilor au fost: creșterea în dimensiune a pseudochistului, litiaza colecisticoledociană, hiperamilazemie prelungită. Complicațiile (37%) cele mai frecvente au fost: peritonită chimico-enzimatică prin ruptură pseudochistului (61%), sindroame de compresiune (27%) și infecția pseudochistului în cadrul unor pancreatite acute reactivă (12%).

Concluzii

Formarea pseudochistului pancreatic cuprinde mai multe etape: difuzarea enzimatică peripancreatică, necroză pancreatică, lichefierea, încapsularea, maturarea. Urmărirea clinico-biologică și imagistica

oferă informații prețioase despre stadiul evolutiv al pseudochistului pancreatic, și poate semnală iminența/prezența complicațiilor evolutive ce reclamă tratament chirurgical de urgență.

INTRODUCERE

Pseudochistul de pancreas este o complicație evolutivă a unei pancreatite acute sau în cadrul unei pancreatite cronice acutizate, mai rar consecința a unui traumatism abdominal. Apare într-un interval de aproximativ 6 săptămâni de la debutul necrozei pancreatice.

D'Egidio și Shein au elaborat următoarea clasificare a pseudochistului de pancreas:

Tipul I - acut postnecrotic - apare după un episod de pancreatită acută și comunică rar cu canalul Wirsung (care morfologic este normal). Localizarea sa este de obicei extrapancreatică; peretele poate fi maturat sau nu.

Tipul II - post necrotic - apare după o pancreatită cronică recurentă și comunică frecvent cu canalul Wirsung (care prezintă leziuni însă nu este stenoizant). Localizarea este extrapancreatică.

Tipul III - de retenție - apare la pacienții cu pancreatită cronică și comunică în mod constant cu canalul Wirsung (care este stenoizat, cu stricturi). Localizarea este intrapancreatică, iar peretele este maturat.

Cavitățile postnecrotice endopancreatice se constituie în cursul unei pancreatite acute sau după mai multe atacuri. Ele vor avea un conținut lichidian format de suc pancreatic scurs prin efracția sistemului canalar Wirsung, țesut glandular necrozat în curs de delimitare sau deja sechestrat, produși de necroză grasoasă, sânge, limfă. Acumularea de lichid pancreatic și produși de auodigestie contribuie la creșterea în volum a acestor spații. Formarea, întreținerea și evoluția colecției lichidiene depinde de capacitatea funcțională a segmentului din amonte leziunii și a aparatului sfincterian Oddian, cât și de capacitatea de drenaj

a sistemului canalar în avalul leziunii și de mărimea soluției de continuitate canalară.

Pseudochistul de pancreas nu are un perete propriu, dezvoltarea "peretelui" fiind rezultatul unui proces inflamator chimic, enzimatic, mecanic și uneori microbial. Pancreasul furnizează sechestrare, sfaceluri și produși de liză tisulară iar sistemul canalar pancreatic poate constitui calea retrogradă de însămânțare microbială.

Aspectul lichidului variază în funcție de cantitatea de sânge sau țesut pancreatic lizat. Mărimea pseudochistului este de asemenea variabilă (sub 5 cm până la 35 cm), putând realiza raporturi cu diferite viscere. Localizarea cea mai frecventă este cea corporeală și istmică urmată de cefalică și mai rar caudală.

Pseudochisturile de pancreas mici evoluează de obicei asimptomatic, acuzele semnalate de bolnav în unele cazuri putând fi: senzație de presiune epigastrică sau durere epigastrică (cu iradiere posterioară sau în hipocondrul stâng), sindrom dispeptic sau durere iradiată în umărul stâng (semnul Kehr). Frecvent acuzele pot fi ameliorate în poziția șezând cu membrele inferioare mult flectate.

Pseudochistele voluminoase generează manifestări clinice evidente și de intensitate crescută în funcție de localizarea lor topografică și expansiunea masei pseudotumorale. Localizarea cefalică a unui pseudochist poate determina compresiune asupra căilor biliare principale cu subicter/icter; compresiunea asupra tubului digestiv poate genera un sindrom dispeptic, insuficiență evacuatorie gastrică, plenitudine postprandială, grețuri, vărsături, meteorism.

La examenul obiectiv se poate percuta o matitate cuprinsă între timpanismul gastric și hipersonoritatea colonului transvers, matitate care poate continua la dreapta cu cea a ficatului în cazurile pseudochisturilor voluminoase. Palpatoric uneori se poate decela formațiune tumorală bine delimitată, sub tensiune, fermă, sensibilă la palpare.

Medfarm Trading

partenerul tau

CONSULTANȚĂ
DOTĂRI LA CHEIE
PROFESIONALISM
ÎNCREDERE
FIDELITATE
PARTENERIAT



MEDFARM TRADING s.r.l.
București, Str. Zefirului 21
Tel/Fax: (021) 320 19 20 • (021) 320 78 77
www.medfarm-trading.ro
contact@medfarm-trading.ro
sales@medfarm-trading.ro
companie certificată ISO 9001:2008



CHIRURGIE - ATI

• www.chirurgie.info.ro • www.instrumentemedicale.ro • www.medfarmshop.ro

APARATURA CHIRURGIE / ATI



- Radiocautere / Bisturie electrice
- Electrocautere / Aspiratoare de fum
- Termocautere cu radiofrecvență pentru fibroame uterine / tumori de sân
- Aspiratoare chirurgicale mobile
- Aspiratoare chirurgicale portabile
- Pompe / seringi infuzie
- Monitoare de pacient
- Stații de monitorizare pacienți

LAPAROSCOPIE / ENDOSCOPIE RIGIDA



- Sisteme de endoscopie rigida pentru chirurgie ORL / Urologie
- Neurochirurgie
- Laparoscopie / Ginecologie
- Camere video laparoscopie
- Surse de lumina / sisteme insuflare
- Recordere (inregistratoare) digitale high definition
- Instrumentar specific
- Laparoscopie
- Histeroscopie / Cistoscopie
- Endoscopie

INSTRUMENTAR CHIRURGIE

- Gama completa de instrumentar chirurgie truse, cutii, casolete, seturi instrumentar histeroscopie endoscoape rigide pentru histeroscopie

APARATURA PENTRU STERILIZARE

- Sterilizatoare cu abur
- Sterilizatoare cu aer uscat
- Distilatoare, sigilatoare lampi bactericide



MOBILIER MEDICAL

- Mese de operatie mecanice si electrice,
- Lampi de operatie cu halogen/LED
- Stative perfuzie, targi transport
- Masute instrumentar
- Mese aparate
- Patuti ATI, patuti spital, noptiere

ENDOSCOPIE FLEXIBILA

- Gama completa de colonoscoape
- Gastroscopie
- Laringoscoape
- Bronhoscoape
- Sisteme video digitale standard si high definition
- Surse de lumina
- Halogen / LED
- Xenon
- Instrumentar specific endoscopie flexibila



FINANȚARE PENTRU ACHIZIȚII: AVANS ZERO 6-12 RATE FĂRĂ DOBÂNDĂ, FĂRĂ GARANȚIE
(pentru valori până la 50.000 lei). **GARANȚIE PE ECHIPAMENTUL CUMPĂRAT** (pentru valori 50.000 – 120.000 lei)

Oferim contract de service dispozitive medicale, necesar în obținerea contractului de colaborare între cabinetul dvs. și Casa Națională de Asigurări de Sănătate conform prevederilor Ordinului MS nr.1211/2006 modificat și completat de Ordinul MS nr.1170/2013

SHOW ROOM

Aparatură Medicală
Instrumentar / Mobilier medical
Consumabile / Produse pacienți
București, Str. Traian nr. 3
(021) 320 78 76



Evoluția pseudochistului de pancreas poate fi staționară (luni, ani de zile) în cazul în care acesta are dimensiuni reduse însă necesită urmărire ecografică și tratament igienico-dietetic și medicamentos.

În primele săptămâni de la constituire pseudochistul se maturizează prin îngroșarea falsului perete, fenomen așteptat de chirurg pentru aplicarea manevrelor chirurgicale. Dacă după 5-6 săptămâni de expectativă pseudochistul crește în volum generând fenomene de compresie, infecție sau crește presiunea intracavitară, starea generală a bolnavului se poate agrava odată cu creșterea riscului complicațiilor. Complicațiile cele mai frecvente constau în: recidiva pancreatitei acute, peritonită chimico-enzimatică prin ruptură pseudochistului, hemoragii intrachistice, compresii mecanice și infecția pseudochistului.

OBIECTIVE

Analiza factorilor ce influențează evoluția și complicațiile pseudochistului de pancreas.

MATERIAL ȘI METODĂ

S-au luat în studiu un număr de 117 pacienți diagnosticați cu pseudochist pancreatic în perioada 2002-2006. Diagnosticul s-a bazat pe date anamnestice, clinico-biologice și imagistice (ecografie abdominală, CT). Cele mai frecvente manifestări clinice au fost: durerea epigastrică cu iradiere în hipocondrul drept, posteroară sau în umărul stâng, sindrom dispeptic, sindrom ocluziv, palparea unei tumori abdominale (fig. 1). Din antecedentele pacienților, factorul etiologic cel mai frecvent a fost pancreatita acută (fig. 2).

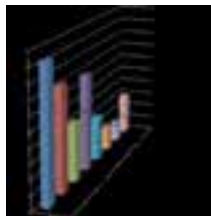


Fig. 1. Manifestări clinice

Imagistică coroborată (ecografie+CT) a fost factorul decisiv în elaborarea diagnosticului.

Sursa:

<http://www.scribub.com/medicina/EVOLUTIA-SI-COMPLICATIILE-PSEU54868.php>



Fig. 2. Etiologie.

Mărimea pseudochistului a variat între 2-5cm (cel mai frecvent situate cefalic) mergând până la 15-20 cm în cazul pseudochistelor situate corporeocaudal cu expansiune retroperitoneală. În 5% cazuri am descoperit chiste comunicante cefalico-corporeocaudale.

Localizarea cea mai frecventă a fost corporeală (67%), urmată de cea cefalică (31%) și caudală (2%)(fig.3). 63% au fost pseudochiste necomPLICATE, iar restul de 37% au prezentat complicații evolutive (fig. 4).



Fig. 3. Localizarea pseudochistului.

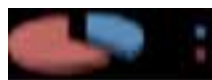


Fig. 4. Pseudochiste complicate/necomPLICATE.

REZULTATE

Chirurgia miniinvazivă a fost aplicată în 18% cazuri (punție aspirativă ghidată CT), iar tratamentul chirurgical invaziv în 82% cazuri (moment operator dictat de simptomatologie sau de complicațiile evolutive). Evoluția nefavorabilă și riscul crescut al complicațiilor au fost determinate de creșterea rapidă în dimensiune a pseudochistului, litiaza colecistocoleciană asociată, hiperamilazemie prelungită determinată de accese pancreatice subințrânde.

Complicațiile evolutive (37%) cele mai frecvente au fost: peritonita chimico-enzimatică prin ruptura pseudochistului(61%), sindroame de compresie (27%) și infecția pseudochistului în cadrul unor pancreatite acute reactivitate (12%) (fig. 5).



Fig.5. Complicații evolutive.

CONCLUZII

Formarea pseudochistului pancreatic cuprinde mai multe etape: difuzarea enzimatică peripancreatică, necroza pancrea-

tică, lichefierea, încapsularea, maturarea. Deși pseudochistul de pancreas poate fi o supapa hidraulică de expansiune pentru unele din mecanismele patogenice ale pancreatitei acute, nu este și o garanție contra reactivării acesteia.

Este necesară o evaluare diagnostică cât mai exactă în vederea adoptării unei atitudini terapeutice optime. Evoluția favorabilă cu dispariția pseudochistului de pancreas este asociată cu dimensiunea mică, localizarea cefalică și evoluția favorabilă a bolii inițiale. Factorii asociați cu apariția complicațiilor au fost creșterea rapidă în dimensiune a pseudochistului sau persistența acestuia mai mult de 6 săptămâni, litiază biliară veziculară și coledociană, microtraumatismele abdominale, tratamentul insuficient și ineficace al bolii de fond, regimul igienico-dietetic deficitar.

Urmărirea clinico-biologică și imagistică oferă informații prețioase despre stadiul evolutiv al pseudochistului pancreatic, mărimea și raportul sau cu pancreasul și viscerele învecinate, putând semnaliza iminența/prezența complicațiilor evolutive ce reclamă tratament chirurgical de urgență.

BIBLIOGRAFIE

1. Angelescu, N., Tratat de patologie chirurgicală - Vol II., Ed. Medicală București 2003.
2. Diaconescu, M.R., Vexler, R., Costea, I., Simon, I., Iacomi, S., Colectii lichidiene pancreatice si extrapancreatice succedând pancreatitei acute, Chirurgia, 1996, 45:239.
3. D'Egidio, A., Schein, M., Pancreatic pseudocysts - a proposed classification and its management implication, Brit. J. Surg., 1992, 78:981.
4. Gherasim L., Medicina Interna - Bolile digestive, hepatice si pancreatice, Editura Medicală, Bucuresti, 1999,pag.1013-1035.
5. Giovannini, M., Ultrasound-guided endoscopic surgery, Best Practice & Research in Clinical Gastroenterology, 2004, 18:183.
6. Paun R., Medicina Interna - Bolile aparatului digestiv, Editura Medicală, Bucuresti, 1984,pag.817-820.
7. Proca, E., Tratat de patologie chirurgicală - Patologia chirurgicală a abdomenului,, vol.VI, Ed. Medicală, Bucuresti, 1986.



**PHYSIO
CONTROL**



**EDAN
INSTRUMENTS**



Produse

- Defibrilatoare
- Monitoare de funcții vitale
- Aparată de anestezie
- Pulsoximetre
- Rampe de oxigen
- Aparată de Respirație Artificială
- Injectomate



CHISON

**EDAN
INSTRUMENTS**



TENTECH

Instrumentar



MSU
the westfield

Servicii

- Consultanță și asistență tehnică
- Documentație tehnică de autorizare a aparaturii radiologice
- Proiectarea și dotarea unităților și cabinetelor medicale
- Service, montare/demontare, modernizare aparatură medicală

KLIMEX



COMEN



SK
shenmedical



Str. Victoriei 59/1-2, Baia Mare
Tel/Fax: 0262-276733/0262-276745
Mobil: 0722-223432
office@elmedbm.ro www.elmedbm.ro

Abordul cancerului de rect mijlociu pe cale combinată laparoscopică și transcoccigiană



Dr. Rubin MUNTEANU
Medic primar
chirurgie generală,
cu competență
în chirurgia
laparoscopică
Spitalul Euroclinic
Regina Maria
București

Obiectivele unei intervenții chirurgicale în cazul unei tumori de rect mijlociu sunt:

- extirparea formațiunii tumorale în condiții de securitate oncologică
- prezervarea aparatului sfincterian (sphincter saving surgery)
- prezervarea potenței pacienților de sex masculin prin realizarea unei disecții fără lezarea plexului nervos hipogastric (nerve sparing surgery)

Abordul laparoscopic are certe avantaje față de abordul clasic. În primul rând chirurgul beneficiază de o vedere mult mai bună a câmpului operator, structurile tisulare sunt mai ușor de pus în evidență (în mod particular plexurile nervoase) astfel încât disecția se poate realiza cu mai mare acuratețe. În al doilea rând traumatismul tisular este mult redus, atât cel parietal dar mai ales cel al organelor interne și în special al rectului. Principiul vechi și bun al lui Turnbull (non touch the tumour) este mai ușor de respectat.

În consecință, prin abord laparoscopic se poate realiza tot timpul de disecție, în condiții de securitate oncologică, cu o vizibilitate mai bună a câmpului operator decât în chirurgia clasică și cu identificarea și prezervarea mai facilă a plexurilor nervoase.

Totuși abordul laparoscopic are o limitare importantă. Ea este legată de timpul de secțiune al rectului subtumoral. Sunt de fapt două dificultăți majore:

În managementul cancerului rectal orientarea actuală este din ce în ce mai mult către procedurile care permit salvarea sfincterului anal. Acest aspect este dictat de dorința firească a pacienților dar este susținut de achizițiile importante din ultima perioadă, atât din domeniul terapiei complexe oncologice, în special radioterapia, dar și din cel al tehnicii și tehnologiei chirurgicale. Dacă pentru tumorile de rect superior utilizarea suturilor mecanice a simplificat foarte mult procedura și a făcut posibilă conservarea sfincterului și în situații altădată imposibile, pentru tumorile de rect mijlociu situația este diferită. Spațiul de lucru este extrem de redus, în special în cazul bărbaților, a căror pelvis este îngust și adânc dar și obezitatea poate constitui un factor suplimentar de dificultate.

- prima este legată de nivelul la care trebuie efectuată această secțiune și mă refer aici la aprecierea cu maximă acuratețe a distanței față de limita inferioară a tumorii. Indiferent la câți centimetri considerăm că trebuie secționat rectul subtumoral măsurarea acestei distanțe (uzual de 2cm) se face cu un grad de aproximație foarte mare. Viziunea laparoscopică permite o apreciere grosieră a limitei inferioare a tumorii, chiar dacă se efectuează concomitent un tușeu rectal. Absența simțului tactil direct în această situație nu poate fi compensată de palparea instrumentală.

- A doua dificultate este dată de aspectul tehnic al secțiunii propriu-zise a rectului. Staplarea acestuia se realizează cu mari dificultăți din cauza diametrului îngust al pelvisului la acel nivel (vezi fig. nr 1). Practic nu este loc pentru introducerea aparatului de sutură mecanică la nivelul dorit. În consecință suntem nevoiți să apelăm la ceea ce denumim artificii tehnice dar pe care ar trebui să le denumim mai degrabă manevre imperfecte dacă nu chiar greșite pur și sim-

plu (tracțiunea cranială excesivă a rectului, staplarea oblică și seriata a segmentului subtumoral, etc).

Este evident că o secțiune efectuată la un nivel necorespunzător va fi urmată de un procent mare de recidive locale. Este la fel de evident că staplarea pe cale laparoscopică în cazul tumorilor de rect mijlociu este mult mai dificilă decât pentru tumorile de rect superior și că de fapt această dificultate se traduce de fapt în procente mai mari de secțiuni necorespunzătoare oncologic și în final în recidive mai multe.

Pentru a evita acest neajuns major am preluat și adaptat o tehnică de abord combinat, laparoscopic și transcoccigian, utilizată inițial doar în cazul amputațiilor de rect. Tehnica presupune trei timpi: în primul timp laparoscopic se realizează disecția, în al doilea timp transcoccigian cu pacientul plasat în decubit ventral se realizează exereza segmentului rectocolic și anastomoza iaral treilea timp, tot laparoscopic, se efectuează ileostomia de protecție și inspecția finală.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Timpu I laparoscopic

Pacientul este plasat pe masa de operație în poziție ginecologică modificată. Trocarul optic este plasat supraumbilical iar trocarele de lucru ale operatorului se introduc în fosa iliacă dreaptă (diametru 10 mm) și în hipcondrul stâng (5mm). De regulă este necesar și un trocar suplimentar de 5 mm plasat suprapubian. Tehnica disecției este cea cunoscută și nu considerăm necesar să o prezentăm în detaliu. Menționăm doar necesitatea identificării și conservării nervilor hipogastrii, disecția cu maximă acuratețe în planul fasciei mezorectului și progresia disecției până la nivelul planșeului pelvin cu punerea în evidență cu maximă claritate a fibrelor sale musculare. Foarte importantă este și mobilizarea foarte bună a segmentului colic supraiacent tumorii, inclusiv coborârea unghiului său splenic. Tot la timpul laparoscopic va fi secționat și mezocolonul la nivelul viitoarei secțiunii colice.

Bilanțul la finalul acestui timp trebuie să cuprindă: • certitudinea cu privire la faptul că tumora poate fi rezecată ceea ce implică că disecția a putut fi efectuată și în segmentul subtumoral; • nivelul aproximativ la care trebuie efectuată secțiunea subtumoral; • mobilizarea completă a segmentului supratumoral și certitudinea că ansa colică va ajunge fără tensiune la nivelul viitoarei anastomoze; • hemostaza este perfect realizată

Timpu transcoccigian

După extragerea trocarelor pacientul se plasează în decubit ventral, cu membrele inferioare ușor coborâte față de planul toaco-abdominal și coapsele puțin desfăcute (vezi fig. nr 2). Fesele sunt depărtate și fixate cu leucoplast de masa de operație. Incizia este verticală, de la 2 cm de linia muco-cutanată anală până la 2 cm deasupra coccisului. Se secționează rafeul ano-coccigian și după rezecția coccisului se pătrunde în cavitatea abdomino-pelvină. Viziunea este diferită

față de ceea ce suntem obișnuiți în cazul abordului abdominal dar și în cel perineal. Imediat ce se pătrunde în cavitatea abdominală se observă mezorectul privit dinspre sacru. Se încarcă pe laț rectul complet disecat din timpul laparoscopic și se exteriorizează prin plagă. Se reperează nivelul secțiunii mezocolonului și se pun 2 fire de reper după care se secționează și colonul. Acest lucru permite manevrarea cu mare ușurință a segmentului rectocolic care trebuie rezecat. Palparea tumorii și mai ales aprecierea distanței la care trebuie efectuată secțiunea distală nu întâmpină nicio dificultate. Chirurgul principal poate efectua cu mare ușurință un tușeu rectal combinat cu palparea tumorală, astfel încât să poată lua el însuși decizia cu privire la nivelul de secțiune (vezi fig. nr. 3). În fine, tracțiunea segmentului recto-colic nu trebuie să fie niciodată excesivă și secțiunea se face la vedere, totul fiind exteriorizat prin plaga coccigiană. Anastomoza este încântător de facil de efectuat, partenerii anastomotici fiind exteriorizați și la vedere. Modalitatea de sutură manuală cu fire separate a fost varianta cea mai des utilizată dar am recurs și la surjet în două situații. Senzația noastră a fost că această anastomoză foarte joasă, colo-supraanală, este la fel de ușor de efectuat pe cale transcoccigiană ca și o anastomoză jejuno-jejunală prin laparotomie mediană. Refacerea rafeului și sutura tegumentară încheie acest timp.

Timpu II laparoscopic

Pacientul seplasează din nou în decubit dorsal. Se reinsuflă cavitatea peritoneală și se efectuează inspecția anastomozei, poziția și gradul de tensiune al partenerului său cranial. La nivelul trocarului din fosa iliacă dreaptă se exteriorizează segmental distal al ileonului și se practică o ileostomie cu scopul de a proteja anastomoza. Plasarea unui tub de dren în pelvis, exsufarea și sutura tegumatară încheie operația.

Experiența noastră cu acest tip de intervenție chirurgicală a debutat în 2011 și până în prezent am efectuat un număr de 11 astfel de proceduri (2 femei și 9 bărbați).

Ca și incidente intraoperatorii menționăm o conversie de necesitate pentru hemoragie splenică urmată de splenectomie. Complicațiile postoperatorii au fost reprezentate de 2 fistule exteriorizate în a 5-a zi. Cazurile acestea aparțin începutului experienței și nu beneficiaseră de ileostomie. Ulterior am recurs la protecția unei ileostomii în toate cazurile. Cu toate că rezolvarea fistulelor menționate a fost realizată prin metode conservatoare totuși îngrijirea lor a fost greu de efectuat din cauza exteriorizării lor prin plaga transcoccigiană. Ulterior am înregistrat și două cazuri de recidivă locală și putem concludiona că în aceste situații ideea conservării sfincterului pare să fi fost greșită.

În opinia noastră această tehnică este extrem de promițătoare și prezintă două mari avantaje: securitate oncologică sporită și facilități tehnice deosebite în realizarea anastomozei pe cale manuală. Din punctul de vedere al traumatismului parietal sunt conservate toate avantajele laparoscopiei, plaga perineală fiind extrem de bine tolerată de pacienți. În același timp dorim să menționăm explicit că este o tehnică nouă și că numărul cazurilor este mult prea mic pentru a trage concluzii. Recidivele înregistrate sunt evident un eșec pe care însă nu putem să-l punem pe seama metodei ci mai degrabă a lipsei noastre de experiență.

BIBLIOGRAFIE

1. Mastery of Surgery, editor Josef E. Fischer, fifth edition, Lippincott Williams&Wilkins, 2007
2. Chassin's Operative Strategy in Colon and Rectal Surgery, editor Carol Scott-Conner, Springer, 2006
3. Video Atlas of Advanced Minimally Invasive Surgery, editor Costantine T. Franzides, Saunders, 2013

Cancer gastric ereditar difuz (HDGC)- mutații CDH1



Informații generale și recomandări pentru efectuarea testului genetic

Cancerul gastric este al patrulea cancer ca frecvență și reprezintă a doua cauză de mortalitate prin cancer la nivel mondial, cu aproximativ 700000 decese anual.

Până la 90% din cazurile de cancer gastric sunt sporadice, un rol cauzal important avându-l anumiți factori de mediu, cum ar fi dieta și infecția cu *Helicobacter pylori*. Tumorile gastrice sporadice se dezvoltă printr-un proces ce implică mai multe etape, în care gastrita cronică conduce la atrofie, apoi la metaplazie intestinală și în cele din urmă la displazie; tumorile sunt de obicei exofitice, adesea ulcerante și localizate în porțiunea distală a stomacului.

Restul de 10% dintre pacienții cu tumori gastrice prezintă forme familiale, iar 3% din acestea se transmit autozomal dominant cu penetrantă crescută. Cancerul gastric ereditar tinde să aibă un model difuz de creștere, cu celule slab diferențiate ce infiltrază mucoasa peretelui gastric și determină îngroșarea acestuia (linita plastică), fără să formeze o masă distinctă și fără să prezinte leziuni histologice precursore. Deoarece celulele conțin mucină și nucleul este situat excentric, acestea sunt adesea denumite celule în „inel cu pecete”. Cancerul gastric a fost asociat cu câteva sindroame moștenite de predispoziție la cancer cum ar fi cancerul ereditar colorectal nonpolipozic (NHPCC/sindromul Lynch), polipoza adenomatoasă familială, sindromul Peutz-Jeghers și cancerul gastric

ereditar difuz (HDGC)^{1,6}.

Cancerul gastric difuz ereditar este un sindrom moștenit autozomal dominant care determină o susceptibilitate crescută față de cancerul gastric difuz, 30-50% din pacienți prezentând mutații inactivatoare în genă ce codifică **caderina E, CDH1**. Studiile efectuate până în prezent au estimat că riscul cumulativ până la vârsta de 80 ani al cancerului gastric difuz la persoanele purtătoare de mutații CDH1 este de aproximativ 67% pentru bărbați și 83% pentru femei. În plus, femeile au un risc de 20-40% de a dezvolta cancer mamar lobular. Vârsta medie de apariție a cancerului gastric difuz ereditar este de 38 ani, cu un interval între 14-69 ani. Majoritatea tipurilor de cancer apar înainte de vârsta de 40 ani. Vârsta de debut este de asemenea variabilă între familii și în cadrul aceleiași familii.

Incidența cancerului gastric arată diferențe semnificative la nivel internațional. Frecvența este mai mare în Japonia (80 cazuri la 100000) și Asia de Est, dar și în Europa de Est și părți din America Latină. Deși incidența cancerului gastric este mai mare în Japonia și China, cele mai multe mutații în gena CDH1 au fost găsite în populațiile europene.

Mutații în gena CDH1 au fost, de asemenea, asociate cu tumori extragastrice – cancer lobular mamar și posibil colorectal. Trebuie remarcat, totuși, că două treimi din familiile HDGC raportate până în prezent nu au mutații CDH1 ale liniei germinale. Această constatare reflectă în parte limitările inerente asociate cu tehnicile actuale de detectare, dar, de asemenea, sugerează și existența altor gene care pot determina HDGC^{1,4}.

Gena caderinei E, numită CDH1 (Caderin 1), a fost clonată în 1995 de către Berx et al, este situată pe cromozomul 16q22.1 și are în compoziție 16 exoni. Până în prezent aproximativ 100 mutații au fost raportate în familiile cu CGDE. Cele mai frecvente tipuri de mutații sunt *insertiile și delețiile mici*, reprezentând circa 35% (1003C>T,

1901C>T și 1137G>A), *mutațiile nonsens* (16%) și *delețiile exonice* (5%). În plus față de aceste mutații majore, alte două variante, -160 C>A și 163+37235G>A, au fost asociate cu un risc crescut de HDGC, deși aceste anomalii genetice sunt rareori implicate într-o agregare familială. Nu există o anumită zonă predispusă la mutații, acestea fiind distribuite pe toată lungimea genei și, de asemenea, nu există corelații între fenotip și tipul de mutații CDH1.

Gena codifică un precursor al caderinei E, un polipeptid de 135KDa. Aceasta este rapid prelucrat pentru a constitui forma matură de 120KDa, ce joacă un rol fundamental în menținerea arhitecturii normale a țesutului epitelial. Caderina E este un membru al familiei caderinelor, glicoproteine transmembranare. De fapt, această proteină este un homodimer transmembranar ce mediază interacțiunea celulă-celulă dependentă de calciu, fiind esențială pentru stabilirea și menținerea polarității celulelor epiteliale. Activitatea proteinei în aderența celulelor depinde de asocierea sa cu actina citoscheletului prin intermediul unor proteine numite catenine (α -, β - și γ -)^{2,4,5}.

Multe carcinoame umane (piele, cap și gât, san, plămâni, tiroidă, gastric, de colon și ovariene) prezintă o expresie redusă a caderinei E în raport cu celulele normale. Efectul de cauzalitate dintre pierderea expresiei caderinei E și tumorigeneza a fost demonstrată utilizând linii celulare de carcinom și modele transgenice. Studiile susțin un rol important al complexului caderina E/catenină atât în suprimarea invaziei și metastazării cât și în inhibarea proliferării. Pierderea expresiei caderinei E poate fi observată în cele mai multe cancere gastrice difuze și în tumorile mamare lobulare, dar expresia este de obicei normală în cancerle gastrice sporadice, intestinale și cancerul ductal de sân.

Simptomele bolii sunt nespecifice în fazele timpurii, iar atunci când sunt prezente, tind să fie ignorate atât de către persoanele afectate cât și de către medici. În momen-

ORGANIZATOR
Asociația de Științe Medicale din România
Societatea Română de Geriatrie
Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" Iași
Căminul de Geriatrie, Serviciul "Gr. Geriatric" Iași
Căminul Plăcintă-Neamț
Asociația Dezvoltării Turismului - Plăcintă-Neamț

2015

A XXXVII-A REUNIUNE A CHIRURGILOR DIN MOLDOVA "IACOMI - RĂZEȘU"

HOTEL CENTRAL PLAZA 4*, PIATRA NEAMȚ
7 - 10 Iunie 2015

INFORMAȚII ȘI ÎNSCRIBEREA
www.chirurgimoldova.ro

SPECIALITĂȚILE NON-CHIRURGICALE
Taxă de participare - 200 lei

SRATI 2015

13-17 MAI
Conferință internațională de Anestezie, Știință, Farmacie

AL 41-LEA CONGRES AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ
AL 9-LEA CONGRES ROMÂNNO-FRANCEZ DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ
AL 7-LEA SIMPOZIU ROMÂNNO-ISRAELIAN DE ACTUALITĂȚI ÎN ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ
AL 14-LEA CONGRES AL ASISTENȚILOR DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ
AL 3-LEA SIMPOZIU "ROMÂNIA DODOLOATĂ" AL SOCIETĂȚILOR DE ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ DIN ROMÂNIA ȘI MOLDOVA

Organizatori
Parteneri

Manifestări însoțite de expoziția medicală specializată
atimedica, ediția a 14-a

www.sraticongres.ro

Management Eventim
RACOM EXHIBITIONS srl
Str. "MILITARI" nr. 142, SECTOR 4, BUCUREȘTI
Tel: +40 21 21 21 21 | www.racom.ro

23rd International congress of the European Association for Endoscopic Surgery (E.A.E.S.)

Palace of Parliament Convention Center
Bucharest, Romania 3 - 6 June 2015

ZILELE ANESTEZIEI CLUJENE EDITIA A IV-A, CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ

SEDAREA ȘI ANESTEZIA
TOTALĂ INTRAVENOASĂ

SPEAKERI
STRAINI
INVITAȚI:

Prof. Dr. Georges Pécresse (Franța)
președintele EAES
Fabio Azzeri (Franța)
Căminul Englezilor (Italia)
Paolo Ramazzotti (Italia)
raport în sesiunea 2 (26-27)
Prof. Dr. Argem Pascual (Spania)
Asociatul 2 (26)

VOR FI
ABORDATE
TEME DE
MARE INTERES:

- Sedarea i.v. și TO în terapie intensivă
- Sedarea în gastroenterologie
- Sedarea în geriatrie
- TIVA în neurochirurgie
- TIVA în chirurgia oncologică
- Noștii în spălarea la caldă TO
- Noștii în monitorizarea BIS a profundeții anesteziei și altele

<http://www.ati.ro>

TAXE		
prezentare la congres	deplasare în țară	deplasare în străinătate
250 lei	300 lei	400 lei
100 lei	100 lei	100 lei
50 lei	50 lei	100 lei
100 lei	100 lei	100 lei
100 lei	100 lei	150 lei

25 - 27 Iunie 2015

LOCAȚIE: Cluj-Napoca

tul în care apar simptomele, pacienții sunt într-un stadiu avansat al bolii. Acestea includ dureri abdominale, greață, vărsături, disfație, plenitudine postprandială, pierderea apetitului și pierderea în greutate. Târziu în cursul evoluției cancerului gastric se poate observa o masă palpabilă. Apariția metastazelor determină hepatomegalie, icter, ascită, noduli cutanați și fracturi.

În cazul cancerului gastric difuz detectat precoce, adică înainte de a invada perețele stomacului, rata de supraviețuire la cinci ani poate fi mai mare de 90%. Dacă însă diagnosticul se face într-un stadiu avansat, supraviețuirea la cinci ani scade la mai puțin de 20%⁴.

Testarea genetică a adulților asimptomatici cu risc pentru HDGC se efectuează doar la persoanele care au o rudă apropiată cu o mutație CDH1 cauzatoare de boală și implică, de obicei, interviuri pre-test, în care sunt solicitate motivele testării, sunt discutate cunoștințele individuale ale pacientului despre această formă de boală și posibilul impact al rezultatelor testelor pozitive sau negative⁴.

Un studiu efectuat de Brooks-Wilson et al pe 42 familii cu HGGC a stabilit câteva criterii care trebuie luate în considerare atunci când este propusă testarea genetică. Aceste criterii revizuite înlocuiesc criteriile stabilite anterior de Consorțiul Internațional pentru cancerul gastric (IGCLC) și sunt aplicabile în America de Nord, nordul Europei și în alte regiuni cu incidență scăzută a tumorilor gastrice, dar nu sunt valabile în regiunile cu incidență ridicată, cum ar fi Japonia și Coreea. Cele șase criterii sunt:

1. Două sau mai multe cazuri de cancer gastric într-o familie, cu cel puțin un cancer gastric difuz diagnosticat înainte de vârsta de 50 ani.

2. Trei sau mai multe cazuri de cancer gastric într-o familie, diagnosticate la orice vârstă, cu cel puțin un caz documentat de cancer gastric difuz.

3. O persoană diagnosticată cu cancer gastric difuz înainte de 45 ani.

4. O persoană diagnosticată atât cu cancer gastric difuz cât și cu cancer mamar lobular.

5. Un membru al familiei diagnosticat cu cancer gastric difuz și un altul cu cancer mamar lobular.

6. Un membru al familiei diagnosticat cu cancer gastric difuz și un altul cu cancer de colon cu celule în „inel cu pece-te”⁴.

Testele genetice efectuate la persoanele mai tinere de 18 ani au fost întotdeauna o problemă controversată. Deoarece au existat studii cu persoane diagnosticate cu CGDE sub vârsta de 18 ani s-a propus testarea minorilor de la aceeași vârstă cu cea mai mică vârstă de debut a cancerului gastric menționată în literatură. Această regulă încearcă să maximizeze beneficiile pentru copiii, reducând la minimum riscurile. În general, o cerere din partea părinților pentru testarea copiilor asimptomatici cu risc crescut necesită consiliere atât pentru părinți cât și pentru copii⁴.

Diagnosticul prenatal la gravidele cu risc crescut pentru o mutație CDH1 este posibil prin analiza ADN-ului extras din celule fetale obținute prin amniocenteză, de obicei efectuată la aproximativ 15-18 săptămâni de gestație, sau biopsia vilozităților coriale, la aproximativ 10-12 săptămâni de gestație. Mutții cauzatoare de boală trebuie să fie identificate înainte de testarea prenatală la un membru afectat al familiei⁴.

Specimen recoltat – sânge venos³.

Recipient de recoltare – vacutainer ce conține EDTA ca anticoagulant³.

Cantitate recoltată – 5 mL sânge³.

Cauze de respingere a probei – folosirea heparinei ca anticoagulant; probe coagulate sau hemolizate³.

Stabilitate probă – 7 zile la 2-8°C³.

Metoda – secvențierea tuturor exonilor genei CDH1³.

Raportarea și interpretarea rezultatelor

Vor fi comunicate mutațiile depistate în gena CDH1 și genotipul respectiv³.

HDGC este transmis autozomal dominant. Fiecare copil al unei persoane afectate de cancer gastric difuz are un risc de 50% de a moșteni mutația CDH1.

La majoritatea persoanelor cu o mutație CDH1 predispozantă la cancer gastric difuz aceasta este moștenită de la unul dintre părinți. Este posibil ca părintele de la care fost moștenită mutația să nu fi făcut boala datorită penetrantei incomplete. Nu au fost raportate mutații *de novo*.

Riscul fraților persoanei afectate depinde de statusul genetic al părinților. Dacă un

părinte este afectat sau este purtătorul unei mutații CDH1 riscul ca aceasta să fi transmisă copiilor este de 50%⁴.

Datorită penetranței crescute a mutațiilor CDH1 cauzatoare de boală, persoanele asimptomatice purtătoare ale acestor mutații vor fi incluse obligatoriu într-un program de prevenție primară sau de monitorizare endoscopică periodică. Deoarece urmărirea prin endoscopie nu este eficace în detectarea precoce a HDGC, gastrectomia totală profilactică se impune ca fiind mijlocul preventiv cel mai bun. În mai multe cazuri de persoane asimptomatice purtătoare de mutații CDH1 la care s-a practicat gastrectomie totală profilactică stomacul rezecat a prezentat la examenul histopatologic focare mici de cancer gastric difuz care nu au fost depistate la endoscopie; în aceste situații gastrectomia a fost curativă și nu profilactică.

Intervenția chirurgicală este recomandată purtătorilor de mutații CDH1 la o vârstă cu 5 ani mai mică decât cea a persoanei celei mai tinere afectate de cancer gastric în familie. Persoanele care nu sunt de acord cu gastrectomia profilactică trebuie monitorizate prin cromoscopie de două ori pe an, iar persoanele de sex feminin trebuie supravegheate periodic prin RMN al glandei mamare⁶.

BIBLIOGRAFIE

1. Aparna Mukherjee, Thomas McGarrity, Kevin Staveley-O'Carroll, Francesca Ruggiero, and Maria J. Baker. Hereditary diffuse gastric cancer: lifesaving potential of prophylactic gastrectomy. In *Commun Oncol*, 6:41-45, 2009.

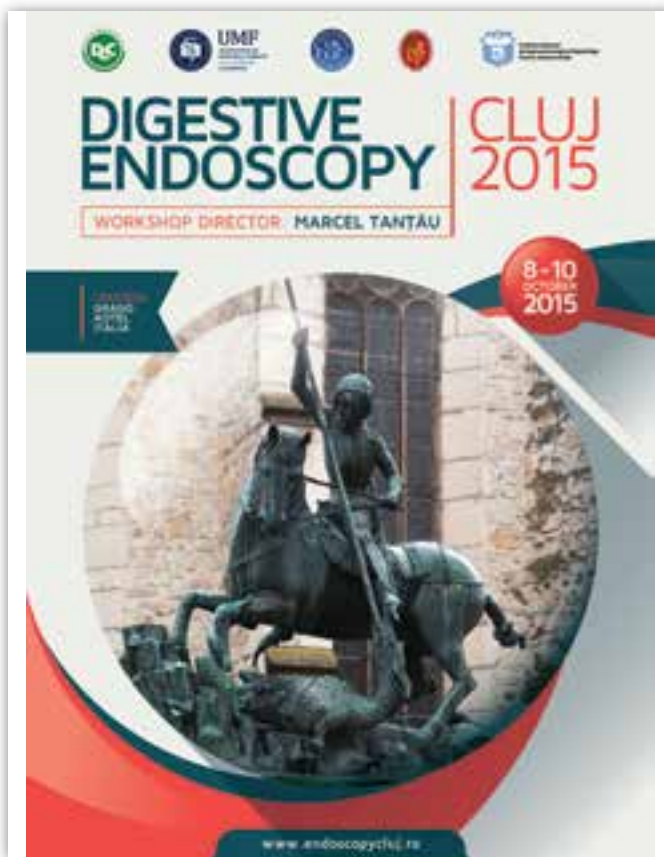
2. F. Graziano, B. Humar2 & P. Guilford. The role of the E-cadherin gene (CDH1) in diffuse gastric cancer susceptibility: from the laboratory to clinical practice. In *Annals of Oncology* 14: 1705-1713, 2003.

3. Laborator Synevo. Referințele specifice tehnologiei de lucru utilizate 2010. Ref Type: Catalog.

4. Pardeep Kaurah, David G Huntsman, Hereditary Diffuse Gastric Cancer, *Gene Reviews*, 2006. www.ncbi.nlm.nih.gov. Reference Type: Internet Communication.

5. Parry Guilford, BostJan Humar, Vanessa Blair. Hereditary diffuse gastric cancer: translation of CDH1 germline mutations into clinical practice. In *Gastric Cancer* 13: 1-10, 2010.

6. Robin M. Cisco, James M. Ford, Jeffrey A. Norton, Hereditary Diffuse Gastric Cancer, Implications of Genetic Testing for Screening and Prophylactic Surgery. In *Cancer* 2008;113(7 suppl):1850-6.



Congresul Național al Societății Române de Chirurgie Cardiovasculară

va avea loc în perioada
15 - 18 octombrie 2015,
la Hotel Sport din Poiana Brașov.

Înscrierile se vor putea realiza începând cu luna iunie, pe site-ul www.srccvcongres.ro.

Evenimentul va fi însoțit de o expoziție
medicală specializată.

*Președinte Congres SRCCV 2015:
Prof. Univ. Dr. Vlad Anton Iliescu*





LAP 68 2.0 03/2015/A-RO

EndoCAMeleon®

Rigid System – Flexible Performance

STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, 78532 Tuttlingen/Germany
KARL STORZ Endoscopia Romania srl, Str. Prof. Dr. Anton Colorian, nr. 74, Sector 4, Bucuresti/Romania
www.karlstorz.com