



MEDICAL MARKET

Chirurgie generală

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022



Prof. Univ.
Dr. Traian Pătrașcu

Medic chirurg,
Spitalul Cantacuzino



Prof. dr.
Silviu Constantinoiu

Președintele SRC, Șef Centru de
Exelență în Chirurgia Esofagului,
Sp. „Sf. Maria”, București



Prof. dr. Mircea Beuran

Șef Secție III, Chirurgie de Urgență și
Traumă, Spitalul de Urgență București



Prof. dr. Eugen Brățucu

Șef secție Institutul
Oncologic București



Prof. dr. Valeriu Surlin

Șef secție Chirurgie 1,
Sp. clinic jud. de urgențe Craiova



Conf. Univ. Dr.
Horia Doran

Medic chirurg,
Spitalul Cantacuzino



Șef lucrări dr.
Iordache Florin

Spitalul clinic de urgențe
Floreasca



Dr. Marcel Oancea

Chirurgie pediatrică,
spitalul „MS Curie” București

LapSim

INSTRUIRE VIRTUALĂ
CU REZULTATE DOVEDITE

LapSim este singurul sistem haptic de instruire care demonstrează transferul abilităților tehnice de la realitatea virtuală în sala de operație.

Valorile de competență standardizate și personalizabile, oferă atât feedback de performanță instantaneu, cât și o evaluare detaliată a cursanților.

Modulele complete, personalizabile, permit mii de scenarii, complicații și provocări, oferind posibilitatea de a exersa abilitățile chirurgicale fără a compromite siguranța pacientului.

Prin recrearea digitală a procedurilor și a mediului chirurgical, LapSim oferă o instruire eficientă.

Modulele software LapSim

- Abilități de bază
- Sutură și anastomoză
- Colecistectomie
- Apendicectomie
- Hernie inghinală
- Ginecologie
- Histerectomie
- Nefrectomie
- Chirurgie bariatrică
- VATS

Programul LapSim utilizează tehnologii 3D avansate, inclusiv filme live interactive, pentru a oferi studenților un mediu virtual de lucru realist. Interfața este menținută cât se poate de simplă iar sesiunile de practică sau de examinare pot varia atât prin complexitatea grafică, cât și prin nivelul de dificultate.

Sistemul LapSim include:

- Platformă haptică
- Calculator personalizat cu monitor de 27"
- Ecran lateral tactil de 10"
- Instrumentar cu feedback haptic
- Pedală pentru exerciții de tăiere și coagulare
- Cameră video

MEDICAL
SIMULATOR
PROJECTS



LapSim®
surgicalscience

office@medicalsimulator.ro

+4073 151 0882

+4021 348 5272

www.medicalsimulator.ro

Revista profesioniștilor din sistemul sanitar!

Două decenii de la apariția primului anuar al spitalelor



ABONAMENT ANUAL LA REVISTA MEDICAL MARKET

Rugăm cei interesați să trimită o solicitare pe adresa: redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021.321.61.23 Vă mulțumim!



Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 01, et. 1, cam. 4
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443



Peste 900 de participanți, din țară și din străinătate! Prof. Univ. dr. Traian Pătrașcu	4
„Modernizarea spitalelor vechi trebuie să rămână un obiectiv prioritar” Interviu cu Prof. Univ. dr. Silviu Constantinoiu	6
„Succesul chirurgului de urgență înseamnă supraviețuirea pacientului” Interviu cu Prof. Univ.dr. Mircea Beuran	12
Excizia locală în tumorile de rect Dr. Florin Iordache	16
Amintiri de peste o jumătate de secol de medicină Prof. Univ. dr. Silviu Constantinoiu	20
Proctologia – noi instrumente în arsenalul terapeutic actual Prof. Univ. Dr. Valeriu Surlin, Ș. L. dr. Ștefan Pătrașcu	24
Acalazia - de la diagnostic la tratament Dr. Petre Hoară, Dr. Mădălina Mitrea, Dr. Silviu Constantinoiu	28
Aspecte actuale și controverse privind dilatația congenitală de căi biliare la copil Dr. Marcel Oancea, Dr. Lorena Vatra, Dr. Anna Kadar	32
Chirurgia de urgență în patologia malignă colo-rectală Conf. Univ. Dr. Horia Doran, Prof. Univ. Dr.Traian Pătrașcu	33
Sindromul eșecului în chirurgie E. Brătucu, Cl. Daha, M. Marincea, Sânziana Ionescu, V. Prunoiu	36
Abordul chirurgical al carcinomatozei peritoneale - HIPEC - PIPAC - de la consens, la practica clinică MD. PhD. Adriana Bădulescu	42



CHIRURGIE GENERALĂ

RETRACTOARE ABDOMINALE

CHIRURGIE GENERALĂ

INSTRUMENTAR CHIRURGIE

Instrumentele pentru chirurgia generală de ultimă generație din ziua de azi, au în componență o gamă variată de materiale și metale pentru a asigura cele mai bune performanțe.

Calitate pe care vă puteți baza!



nopa[®] instrumenta



Telefon: (004) 0265 265 110

Email: office@timberstar-medical.ro

Webshop: www.t-med.ro

Showroom: Str. Republicii, nr.29, Târgu Mureș

Peste 900 de participanți, din țară și din străinătate!

Profesorul universitar dr. Traian Pătrașcu este Șeful Clinicii de Chirurgie „Prof. I. Juvara” a Spitalului Clinic „Dr. I. Cantacuzino”, București. După ce a ocupat funcția de președinte al Societății Naționale de Colo-Proctologie (2014 – 2018) și al Asociației Române de Chirurgie Endoscopică ARCE (2011-2013), chirurgul Traian Pătrașcu este în prezent, începând din 2020, președintele Societății Române de Chirurgie. Dr. Traian Pătrașcu are oficial 35 de ani în activitatea clinică de chirurgie generală (din 1986), dacă nu luăm în calcul anii de secundariat (rezidențiat). După obținerea titlului de medic primar chirurg (1992) și de doctor în științe medicale (1992) și apoi absolvirea examenelor de Competență în Chirurgie laparoscopică (2002), este numit în 2004 Șef secție chirurgie generală I a Spitalului Clinic „Dr. I. Cantacuzino”, București, iar apoi șef de Clinică. În ultimul deceniu, pe lângă activitatea clinică din spital, a coordonat numeroase studii doctorale, cursuri și lucrări practice pentru studenți și post-universitare, a condus comisii doctorale și de acordare de posturi universitare, titluri profesionale și atestate de studii complementare. Profesorul dr. Traian Pătrașcu este autor și coautor la peste 100 de publicații indexate Medline, este citat în numeroase reviste de specialitate indexate ISI, are numeroase cursuri și capitole de curs pentru uzul studenților, este autor și coautor de tratate de chirurgie și monografii.

În calitate de domniei sale de Președinte al Conferinței Naționale de Chirurgie din acest an, i-am solicitat câteva date preliminare referitoare la acest eveniment.

Conferința Națională de Chirurgie din acest an se desfășoară online datorită condițiilor epidemiologice, în perioada 9-12 iunie. În momentul de față avem înscriși peste 900 de participanți, din țară și din străinătate, medici, studenți, rezidenți, lucru care ne bucură foarte mult. Se anunță o participare numeroasă mai ales din partea celor tineri, ceea ce este de bun augur.

Cele două teme majore ale conferinței sunt Chirurgia tumorilor gastrice, maligne și benigne și Chirurgia defectelor peretelui abdominal - o patologie foarte frecventă. La lucrări participă un număr foarte mare de invitați, din țară și din străinătate, din SUA, Uniunea Europeană, Elveția, Serbia și Republica Moldova care au o notorietate deosebită în domeniu, ceea ce este extrem de important pentru a împărtăși noutățile lor în materie de defecte de perete abdominal.

Dacă ne referim la Chirurgia tumorilor gastrice, în special cele maligne, am dorit să abordăm această temă în cadrul conferinței pentru că este una din neoplaziile în care avem rezultate mai slabe decât în cazul altor malignități. Și la această temă participă un număr foarte mare de specialiști, atât din țară cât și din străinătate. În cadrul conferinței, vom face actualizarea protocoalelor de diagnostic și tratament al cancerului de sto-

mac, dar și al tumorilor benigne. Sunt foarte multe lucrări și în zona aceasta. Dacă mă întrebați de ulcer, acesta nu se mai tratează chirurgical așa cum se făcea pe vremuri, întrucât s-a descoperit agentul etiologic, infecția cu bacteria *Helicobacter Pylori*, pentru care există azi tratament medical. Chirurgia nu mai intervine în astfel de cazuri decât atunci când se produc complicații, precum hemoragia sau perforația, care amenință viața pacientului.

Cel mai important aspect legat de tumorile gastrice este realizarea unui diagnostic precoce. Pentru că, după cum se cunoaște cancerul gastric este o boală care nu doare decât atunci când tumora depășește limitele stomacului. Esențial pentru modificarea acestei situații ar fi să facem un screening prin investigare endoscopică, așa cum se face în Japonia după o anumită vârstă, după 40 de ani, o endoscopie gastrică la un an sau măcar la 2 ani. Numai în acest fel se pot depista cancere de stomac în stadiu incipient, când tratamentul are șanse mult mai mari să vindece boala. Noi ne aflăm acum în faza în care tratamentul, de cele mai multe ori, este aplicat unui pacient în stadiul



3-4 al bolii și mult mai rar, întâmplător, în stadiul 1-2, în cazul fericit când se descoperă o anomalitate la nivelul mucoasei stomacului și se prelevează o probă care confirmă existența unui cancer gastric. În stadiul avansat, tumora depășește stomacul și generează metastaze, cel mai frecvent în ficat, dar poate să invadeze oricare din structurile învecinate: regiunea ce-

liacă, colonul, pancreasul, moment în care chirurgia nu mai poate face mare lucru.

În ceea ce privește Chirurgia defectelor peretelui abdominal sunt două categorii de defecte: hernii și eventrații. În ultimii ani s-au făcut progrese foarte mari în tratamentul chirurgical al acestor defecte parietale. Întrucât această categorie de patologie este foarte frecventă în practica curentă am considerat util ca toți chirurgii să cunoască procedee terapeutice moderne. Din ce în ce mai mult se practică intervenții pe cale laparoscopică, prin proceduri chirurgicale foarte bine puse la punct, care reduc suferința pentru pacient și au avantajul unor recidive mult mai rare. Se folosește de cele mai multe ori material alloplastic care să obtureze aceste defecte parietale.



25
de ani



ROMBIOMEDICA
— PARTENERIAT PENTRU VIAȚĂ —

SOLUȚII PERFORMANTE PENTRU MEDICI ȘI PACIENȚI



ECHIPAMENTE
MEDICALE



CONSUMABILE
BLOC OPERATOR



CONSUMABILE
ATI



TRATAMENTUL
PLĂGILOR



ÎNGRIJIRE
PACIENȚI



ROBOTUL
CHIRURGICAL
SENHANCE



SERVICE

CONTACTAȚI-NE

✉ contact@rombiomedica.com
☎ 021 230 23 90
📍 Strada Nikolai Gogol 1A, București

URMĂRIȚI-NE

📘 facebook.com/rombiomedica
🌐 rombiomedica.com

VIZITAȚI-NE MAGAZINELE

📍 Șoseaua Ștefan cel Mare 5, București
📍 Strada Moților 43, Cluj
📍 Strada Gavril Muzicescu 6, Iași

„Modernizarea spitalelor vechi trebuie să rămână un obiectiv prioritar”

Profesorul universitar dr. Silviu Constantinoiu, președintele Societății Române de Chirurgie, membru al Academiei de Științe Medicale, președinte al Comisiei de Chirurgie Generală de la Ministerul Sănătății și șeful Centrului de Excelență în Chirurgia Esofagului de la Spitalul Sf. Maria, a avut amabilitatea de a realiza pentru revista Medical market – Chirurgie generală următorul expozeu al evoluției chirurgiei românești din ultimele decenii, din punctul de vedere al pregătirii medicilor, al specializării acestora, al dezvoltării învățământului medical, al îmbunătățirii și modernizării bazei tehnice chirurgicale, cu mențiuni privind evoluția spectaculoasă a altor discipline care sprijină unele proceduri complexe de diagnosticare și tratament chirurgical.

Domnule profesor, vă rog să ne vorbiți despre progresele și modernizările care s-au întâmplat după 1990 și până în prezent în ceea ce privește pregătirea profesională a medicilor. Iar aici, începutul îl reprezintă pregătirea rezidenților în chirurgie.



După 1990, examenul de rezidențiat în chirurgie generală s-a desfășurat împreună cu celelalte specialități chirurgicale, iar separat, examenele de rezidențiat pentru specialitățile medicale și de laborator, precum și cele pentru stomatologie.

Pregătirea chirurgicală a rezidenților de chirurgie generală se desfășoară mai nou pe o perioadă de 6 ani; pare mult dar și curricula este bogată. În acești 6 ani, primii 3 ani sunt consacrați stagiului de chirurgie generală, după care rezidenții au diverse stagii, cum ar fi: chirurgie laparoscopică, chirurgie de urgență, chirurgie oncologică, chirurgie vasculară, chirurgie toracică, neurochirurgie, urologie, ortopedie, chirurgie plastică și reparatorie. Aceste stagii de pregătire pe specialități diferite sunt utile pentru că un chirurg de chirurgie generală, care, ca și în occident, face o chirurgie viscerală digestivă, dar, trebuie să aibă o viziune de ansamblu asupra celorlalte ramuri desprinse din chirurgie generală, lucru care îl va ajuta în carieră să aibă un orizont mai larg. Sau, cum se spune, ”să cunoască bine copacul dar să vadă și pădurea în ansamblu”. De altfel, în practică, într-un spital vin diverși pacienți la orice oră cu diverse urgențe, și nu ar fi posibil să avem acolo câte un chirurg specialist din fiecare subspecialitate chirurgicală. De

aceea, chirurgul de chirurgie generală este obligat să aibă noțiuni din toate acestea.

Departamentul de Chirurgie Generală din cadrul UMF Carol Davila (pentru că, mai nou, pregătirea în rezidențiat aparține direct de universitățile de medicină), a elaborat un tratat pentru rezidenții din anul I, iar după primul an de rezidențiat, obligatoriu, în chirurgie generală, au de susținut un examen. Toate clinicile de chirurgie din București ținem asemenea cursuri pe baza cărora am elaborat acest tratat. Trebuie să ținem cont că la un curs se prezintă subiectul cu cea mai mare importanță, cursul este interactiv, cu întrebări-răspunsuri. Mai nou, în curricula de pregătire a rezidenților s-au introdus și anumite manevre medicale și paraclinice foarte utile, care nu aparțin propriu-zis chirurgului de chirurgie generală. De exemplu, se face un stagiul și mai târziu se poate obține o competență în ecografie diagnostică și în endoscopie diagnostică digestivă superioară și inferioară. Medicii chirurghi, care au cunoștințe serioase de anatomie și a rapoartelor organelor interne ale corpului uman, au avantajul că

ei pot să rezolve și eventuale complicații care se pot întâmpla mai ales la endoscopia digestivă, de exemplu, o hemoragie sau o perforație. Gastroenterologul endoscopist dacă observă că apare o astfel de complicație este nevoit să apeleze la chirurgul de gardă care poate fi ocupat cu alte urgențe.

În calitate pe care o dețin de președinte al Comisiei de Chirurgie Generală de la Ministerul Sănătății, am căutat să schimb tematica pentru examenul de medic specialist, fiindcă era oarecum desuetă. Am preluat ideea de la fostul președinte al acestei comisii, profesorul Mircea Beuran și am realizat o nouă tematică. Unele din tehnicile chirurgicale cerute la examenul de medic specialist și primar erau depășite și le-am eliminat. În schimb, am introdus tehnici noi, cum ar fi cele de chirurgie laparoscopică și, de asemenea, am actualizat în mod esențial și bibliografia, pentru că era învechită.

De asemenea, modalitatea de examinare pentru examenele de medic specialist și de medic primar se va schimba. Până acum, fiecare candidat avea 20 de minute alocate pentru examinarea bolnavului,



Aesculap® Einstein Vision® 3.0.
Laparoscopie 3D Full HD Nativ. Privește și simte diferența!

apoi alte 20 de minute pentru a-și elabora prezentarea și încă 20 de minute pentru a o susține. La cazurile simple (cum ar fi o apendicită), timpul era prea mare și candidatul lungea cât putea prezentarea ca să se încadreze în timp. Pe de altă parte, la un caz complicat, cum ar fi un cancer de esofag, esogastric, de ficat, de pancreas, candidatul era nevoit să comprime în mod nejustificat prezentarea.

Pentru examenul de primariat, aș prelua ideea pe care a avut-o regretatul profesor Nicolae Angelescu, și anume, ca înainte de examenul de primariat, medicii specialiști care lucrează în cabinetele ambulatorii să fie obligați să facă un stagiul de câteva luni într-o clinică cu un nivel ridicat de tehnici operatorii, timp în care să participe la vizite, la actul operator, ca ajutor și chiar ca operator principal și, la sfârșitul acestui stagiul șeful de clinică să dea un aviz favorabil, că respectivul candidat poate să participe la concursul de primariat. Altminteri, se înscriu la primariat chirurghi care au avut în ambulatoriu intervenții chirurgicale simple, precum un chist sebaceu, un panarițiu etc, în timp ce în calitatea de medic primar ar trebui să știe să execute rezecții gastrice, hepatectomii, pancreatectomii, colecistectomii etc. Consider că acest stagiul este indispensabil pentru un chirurg ca să candideze la examenul de medic primar, unde acolo există o tematică și o curriculum foarte complexă iar codurile operatorii sunt la nivel de medic primar. Trebuie menționat că în modalitatea actuală de susținere a primariatului, examenul nici nu mai poate fi numit concurs pentru că nu sunt mai mulți candidați decât numărul de locuri. Actualmente, candidatul la examenul de medic primar trebuie doar să obțină o notă minimă de trecere, care este nota 8.

Progrese importante în pregătirea medicilor de chirurgie generală s-au mai realizat și datorită congreselor naționale și internaționale la care noi am putut să participăm. Înainte de 90, participarea la congresele internaționale era extrem de limitată și foarte restrictivă. Acum, putem să invităm medici străini la congresele și conferințele naționale, o bună parte dintre dâșii sunt în board-ul revistei "Chirurgia", revistă fanion a Societății Române de Chirurgie și acest lucru a contribuit la creșterea nivelului științific și al indecșărilor și citărilor în bazele de date internaționale.

Pe lângă facultățile de medicină cu tradiție din la București, Iași, Cluj, Timișoara, Târgu Mureș și Craiova, s-au înființat și

centre universitare de profil medical, inclusiv chirurgie, prima, după 90 la Constanța – Universitatea "Ovidius", unde profesorul Vasile Sârbu a avut un mare merit ca decan al Facultății de Medicină. Apoi, au mai apărut facultăți de medicină la Sibiu - în cadrul Universității "Lucian Blaga", la Brașov - în cadrul Universității Transilvania, la Arad, la Oradea, la Galați - în cadrul Universității "Dunărea de Jos" și de asemenea, au apărut și facultăți de medicină private, din care două s-au menținut, și anume cea de la Universitatea "Titu Maiorescu" din București și de la Universitatea "Vasile Goldiș" din Arad.

Un progres în specializarea și diversificarea din chirurgia românească este marcat și de apariția și dezvoltarea unor societăți medicale conexe Societății Române de Chirurgie, care este societatea mamă. Prima care a făcut acest lucru a fost ARCE (Asociația Română de Chirurgie Endoscopică), apoi Asociația de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, Societatea de Chirurgie de Urgență și Traumă, Societatea de Coloproctologie, Societatea de Chirurgie Bariatrică, Grupul Pancreas de la Cluj, Societatea de Senologie și altele. Toate aceste societăți au conducere și trezorerie proprie și colaborează foarte bine cu SRC, fiind invitate la congresele și conferințele naționale pe care le organizăm și în care au sesiuni separate.

Aș mai menționa progresele care s-au făcut mai ales în neurochirurgie și în ORL, printre care menționez sistemul de neuro-navigație și tehnicile de chimioterapie intraoperatorie la cald în chirurgia generală (HIPEC).

În 2004, când se aniversau 300 de ani de la înființarea Spitalului Colțea, l-am invitat pe profesorul P.H. Sugarbaker, directorul Institutului Național de Oncologie din Washington, care a ținut o conferință foarte importantă despre chirurgia carcinomatozelor peritoneale. Această tehnică prezentată la Colțea a fost incorporată apoi și pe lista tehnicilor operatorii ale unor clinici din București și din țară.

Aș menționa, de asemenea, dezvoltarea unor secții de chirurgie hepatică majoră și chiar transplant hepatic, la care profesorul Irinel Popescu, după stagii făcute în Franța, în Germania de Est și în SUA, a reușit să implementeze programul de transplant hepatic în România și, mai mult decât atât, să dezvolte o școală prin care și alți chirurghi au mandat să efectueze asemenea chirurgie dificilă, asistați fiind de anesteziști care au făcut și ei stagii de pregătire în vest. Pe lângă

centrul de la Fundeni, care este cel mai important, au mai fost deschise centre de transplant hepatic și în clinica de chirurgie de la Spitalul Sf. Maria, de asemenea la Spitalul Sf. Spiridon din Iași, prin profesorul Cristian Lupașcu și de asemenea în Republica Moldova, la Spitalul Republican "Nicolae Testemițanu" din Chișinău, prin profesorii Vladimir Hotineanu și fiul său Adrian (care este și el profesor), care au realizat o gamă importantă de operații de transplant hepatic și rezecții hepatice majore.

În Spitalul Sfânta Maria, există un centru de chirurgie esofagiană, în care abordăm practic toată chirurgia esofagului și a joncțiunii esogastrice, cu o adresabilitate extraordinară: toate centrele din București și din țară, centre universitare și județene și chiar și bolnavi din străinătate. Aceste operații, care sunt dificile, operații de hernii hiatale, de acalazia cardiei, diverticuli esofagiene cervicali sau toracici, cancere esofagiene și esogastrice, am reușit să le rezolvăm în ultima vreme prin chirurgie toraco-laparoscopică integrală în proporție de 75%.

Aceste operații nu se pot face fără o dotare de excepție. Noi avem 3 truse laparoscopice, din care una este trusă 3D HD care ne ajută foarte mult. Nu dispunem de robot chirurgical DaVinci, cu care se lucrează doar în câteva clinici din București și din țară. Robotul are un preț de achiziție ridicat, o întreținere scumpă dar este util mai ales în operații în spații înguste, cum este chirurgia radicală a prostatei, chirurgia rectului inferior, chirurgia cardiacă pentru bypass-urile coronariene în chirurgia toracoscopică.

Pe baza experienței pe care am căpătat-o și am dezvoltat-o în Clinica de Excelență în Chirurgia Esofagului din Spitalul Sfânta Maria, am reușit să publicăm un tratat de Patologie și Chirurgie Esofagiană în 2017 la Editura Academiei, tratat reeditat în 2019 în limba engleză, "Surgery of the Esophagus", versiune adăugită și îmbunătățită, apărută tot în Editura Academiei.

Vă rugăm să ne vorbiți despre cum arată azi dotarea secțiilor de chirurgie generală

S-au realizat multe lucruri bune la acest capitol, blocul operator actual din spitalele cu un anumit nivel arată într-un format cu totul nou. De exemplu, acea faianță din blocurile operatorii a dispărut, pentru că nu permitea igienizarea pereților și a par-



DANSON

Office: str Aurel Vlaicu 39, Ap. 3, Sector 2, cod 020092

+40212 124 909

office@danson.ro

AMNOTEC

Endoscopic Urology
Laparoscopy
Arthroscopy
Endoscopic Gynaecology



Sistem Endoscopie Ginecologie

Sistem Endoscopie Urologie

Sistem Laparoscopie

Sistem Artroscopie

Săli de Operații

Sistem Endoscopie ORL

doselilor. Acum se aplică pe pereți și pe podea materiale speciale, de tip linoleum anti bacterian, care permit o igienă strictă. Au apărut sterilizatoare performante, toate tubulaturile cad către masa de operație din plafon, către anestezist și către chirurg și astfel, nu împieteză asupra mobilității echipei operatorii și anestezice; există multiple prize, nu se mai folosesc prelungitoare care se pot încălzi, pentru că sunt aparate cu care lucrăm în electrochirurgie, în laparoscopie și care au un consum ridicat, cu risc de incendiu în sala de operație; sunt monitorizați permanent parametri vitali ai bolnavului, care sunt afișați pe ecrane mari, într-un mod cât se poate de vizibil. Într-un bloc operator modern parcă te afli într-o cabină NASA, vezi tot felul de truse de chirurgie laparoscopică, uneori truse de chirurgie robotică, aparate de anestezie, monitoare, aspiratoare etc.

Mai nou introduse în ultimii 30 de ani, sunt tehnicile alloplastice pentru defectele parietale, materiale de tip plase sau meșe din materiale compozite care sunt ușor de sterilizat și bine suportate de pacient, nerejectabile, care se montează atât clasic cât și prin chirurgie laparoscopică.

Au apărut aparatele de sutură mecanică, așa-zisele staplere (a fost și un program de staplere susținut de Ministerul Sănătății). Aceste staplere însă, chiar dacă nu sunt ieftine, scurtează actul operator și amplexarea hemoragiei intraoperatorii. Într-o operație, practic, o mare parte din timp îl ocupă hemostaza. Din acest punct de vedere, tehnicile pe cadavru sau pe mulaj sunt bune (doar cu o singură observație, anume că nici cadavrul, nici mulajul nu sângerează).

De asemenea, clinicile și secțiile cu activitate în domeniu, au beneficiat de un program de dotare a blocurilor operatorii cu truse de chirurgie laparoscopice, program elaborat prin Ministerul Sănătății, cu concursul ARCE (presedinte, prof. dr. asoc. Cătălin Copăescu).

Ce rol joacă în chirurgia de azi performanțele din imagistică?

Progresele medicinei și chirurgiei n-ar fi existat fără un diagnostic cât mai precis preoperator. Din acest punct de vedere, imagistica, o disciplină care a pătruns până la urmă și la noi cu pași repezi, ne ajută foarte mult. Avem azi aceste mijloace moderne de investigație, chiar și cele mai sofisticate, cum ar fi: RMN cu reconstrucție 3D,

tomografiile computerizate, eco-endoscoopiile etc. Toate acestea ajută foarte mult mai ales în oncologie, la o stadializare preoperatorie în sistemul TNM (tumoră – nodul limfatic -metastază). Vă dau un exemplu de utilizare a imagisticii în cancerul de esofag. Putem la ora asta să punem un diagnostic preoperator destul de precis. Tumora se stadializează prin tranzit baritat, endoscopie digestivă, computer tomograf, RMN, biopsii. Pentru nodulul metastatic mediastinal, înainte aveam puține relații, pentru că în diagnosticarea nodulilor mediastinali din jurul tumorii nici CT-ul și nici RMN-ul nu sunt cele mai bune soluții. Cea mai fiabilă în acest scop este echo-endoscopia esofagiană și aspirația cu ac fin (aceasta este de preferat - noi avem în spital acest sistem de recoltare și diagnosticare). Pe un canal de lucru al endoscopului se introduce un ac fin care punționează esofagul și pătrunde în ganglionul învecinat vizibil ecoendoscopic, făcând o mică punție aspirativă prin care putem afla dacă acest ganglion este invadat metastatic sau nu (fine needle aspiration). Metastazele pot fi decelate prin CT și RMN dacă au o anumită dimensiune și mult mai bine prin examenul PET-CT (pozitron emission tomography).

Contribuția anatomiei patologice la diagnostic și la decizia terapeutică

Anatomia patologică și microscopia sunt de asemenea foarte importante pentru stabilirea unui diagnostic definitiv și mai ales pentru un tratament personalizat în cancer. Se pune accent foarte mult la ora asta pe examene extemporanee intraoperatorii dar există un deficit important de anatomicopatologii foarte bine specializați. Se numără ganglionii, invadați sau nu, se fac markeri histopatologici, piesele se trimit apoi la teste de imunohistochimie, se fac teste genetice, analize mutaționale. Noi, de exemplu, cei de la Clinica Sfânta Maria, colaborând cu doamna profesor Carmen Ardeleanu și doamna biolog Maria Dobre (de la Institutul de Cercetare și Dezvoltare "Victor Babeș" din București), am fost primii care am realizat analiza mutațională în GIST-uri (Gastrointestinal Stromal Tumor) și pe baza acestor analize putem să prescriem un tratament cât mai personalizat pentru că nu toți bolnavii răspund la aceleași tratamente, la celebrul "Imatinib (Glivec)", sau la cele de a doua, a treia sau a patra generație din această categorie. Au apărut foarte multe

tratamente, precum anticorpii monoclonali, care sunt prescriși în funcție de examenele histopatologice și imunohistochimice.

Care este contribuția specialiștilor în anestezie și terapie intensivă la dezvoltarea chirurgiei?

Activitatea chirurgilor a evoluat de-a lungul secolelor și mai ales în ultimele decenii în strânsă legătură cu tehnicile de anestezie. Anestezistii cu care colaborăm azi sunt foarte bine pregătiți și execută tehnici de intubație selectivă traheobronșică, instalează multiple catetere centrale pentru aport volemic masiv, măsoară presiunea de capilar pulmonar blocat, tensiunea arterială sângerândă etc. În cazuri de hemoragie importantă, preocuparea este să aibă o cale de admisie de sânge și de volume plasmatice importante.

S-a schimbat medicina românească în ultimii 30 de ani?

Nouă, celor care locuim aici, ni se pare că nu s-a schimbat mai nimic în România. În realitate, discutând cu un bun prieten de-al meu din Grecia, un chirurg care a terminat facultatea de medicină în România și a fost primul grec care și-a susținut doctoratul în chirurgie (și care m-a vizitat recent), a apreciat ca esențiale schimbările de la noi, atât în ceea ce privește urbanistica orașelor dar și privitor la serviciile de sănătate. Din păcate, noi am pierdut o bună parte din cadrele valoroase medicale, medici și asistente, din cauza salariilor total descumbrante pe care le-a oferit statul român și a condițiilor de lucru. Acum, când retribuția a devenit ceva mai onorabilă, exodul creierelor din medicină s-a cam stopat și chiar asistăm la un fenomen de reîntoarcere în țară a unor medici specialiști. Totuși, mai sunt multe de făcut. Factorul politic este fundamental, pentru că ne întrebăm unde sunt acele spitale interdepartamentale promise la Iași, Cluj și Craiova? Dar, și modernizarea spitalelor vechi trebuie să rămână un obiectiv prioritar, pentru că nu trebuie să aruncăm la gunoi tot ce funcționează foarte bine doar pentru că e vechi.

Dacă avem un mare talent în a demola ce e vechi, hai să încercăm să consolidăm ce ne-a rămas și să punem în valoare, cum foarte bine reușesc străinii, locurile care au însemnat ceva pentru medicina românească.

FLARE – FAMED/Polonia



- Este prima masa de operatie bariatrica cu baza si coloana complet confectionate din fibra de carbon, adaptabila pentru toate tipurile de proceduri chirurgicale;
- Cel mai bun parametru de translucenta din lume de 0,25 mm Al;
- Design-ul modular al mesei permite atasarea in locul sectiunilor cap si picioare a unei extensii confectionata din fibra de carbon pentru a oferi o imagine clara la 360° pentru orice zona a corpului pacientului.

Quasar® eLite - Brandon Medical/ Marea Britanie



- Tehnologie HD-LED;
- Cel mai mare fascicul de lumina;
- Confortul HALO - reduce solicitarea ochilor de la contrastele mari ale intensitatii luminii;
- Controlul temperaturii de culoare de la 3.100°K la 5000°K in 5 trepte;
- Ajustarea intensitatii de lumina in 6 trepte.

DISTRIBUITOR EXCLUSIV:



„Succesul chirurgului de urgență înseamnă supraviețuirea pacientului”



În dialog cu
chirurgul Mircea
Beuran despre
specificul
profesiei de
chirurgie de
urgență

Profesorul universitar dr. Mircea Beuran este Vice-Președinte Executiv al Academiei de Medicină din România, Șeful Clinicii de Chirurgie din Spitalul Clinic de Urgență Floreasca și a mai deținut funcțiile de Președinte al Senatului Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Președinte al Societății Române de Chirurgie, președintele Societății Române de Chirurgie de Urgență și Traumatologie. Nu mai puțin important, Dr. Mircea Beuran este un chirurg de prestigiu, apreciat de colegi și de pacienți, cu multe vieți salvate la activ, din mâinile căruia mulți bolnavi aduși la spital în stare critică și-au redobândit sănătatea.

Domnule profesor dr. Mircea Beuran, vă rugăm să definiți mai clar obiectul muncii chirurgului de urgență.

Chirurgia de urgență este disciplina chemată să rezolve două sau trei ipostaze în care sănătatea poate fi pierdută definitiv. Este vorba în primul rând de situații de traumatism, în care avem cazuri de la monoleziune până la politraumă. A doua situație o constituie bolile cronice, care pot să aibă un episod de acutizare și a treia situație o pot constitui urgențele care apar uneori postoperator, datorită comorbidităților pacientului sau anumitor condiții de lucru, în care, chiar și cu tehnicile operatorii actuale, mult mai performante, materialul biologic nu răspunde întotdeauna cerințelor și succesele așteptate. În urgență, vorbim deci și de boli cronice care vin cu forme acute, și aici

inclusiv bolile oncologice care pot înregistra complicații, cu hemoragii, cu ocluzii, cu peritonite prin perforații. Lucrurile acestea necesită recunoașterea pacientului în stare critică și pe care trebuie să îl reechilibrezi, cu toate comorbiditățile acestuia. Deja, starea de urgență a unui bolnav este cu totul altceva decât o stare de boală cronică și în aceste condiții nu îți poți permite să pierzi timpul.

Atunci care sunt cerințele pentru a fi un bun chirurg în urgențe?

Chirurgia de urgență și traumatologia leagă două noțiuni vizavi de evenimentul medical, atât în palierul viscerelor cât și în cel osteo-articular. În chirurgia de urgență nu faci altceva decât înveți recunoașterea patologiei bolnavului în stare critică după semne clinice și investigații radiologice și de alte tipuri care se pretează la a fi folosite în

timpul cel mai scurt, în așa fel încât să poți să reechilibrezi homeostazia organismului cât mai repede. În traumatologie, există o școală germană, în care medicul traumatolog rezolvă în special leziunile osteo-articulare și unele elemente viscerale, de exemplu o splină ruptă care trebuie scoasă, un control de cavitate abdominală, dar medicul își face și partea de ortopedie. La noi, noțiunea de chirurgie de urgență înseamnă un medic chirurg care rezolvă patologia viscerală dar totodată este membru într-o echipă mixtă, alături de terapeutul intensiv, ortoped, chirurgul vascular, în așa fel încât poate să rezolve cazuri foarte complexe și dacă se poate într-o singură ședință. În ultimii ani, în schimb, dacă ne uităm la dovezile medicale vizavi de starea biologică a pacientului, mai putem judeca lucrurile și în felul următor. În situația unei patologii de urgență, de traumatologie sau a unor boli cronice acutizate, un chirurg de urgență trebuie să știe să facă un ”damage control” adică să pună în evidență leziunile cele mai grave, să sigileze sau să închidă leziunile vasculare, leziunile viscerale, în așa fel încât să nu piardă foarte mult timp, bolnavul să nu piardă foarte mult sânge. Chirurgul de urgență trebuie să poată ca după prima intervenție pentru depășirea momentului critic, în următoarele 24-48 de ore să reechilibreze bolnavul în terapie intensivă, pentru ca apoi să realizeze actul chirurgical definitiv. Lucrul acesta înseamnă să aibă o experiență chirurgicală foarte bună, să aibă o echipă performantă cu care lucrează pentru a obține un succes terapeutic în această situație.

Dintotdeauna, așa cum a fost școala de la Floreasca, și credem că și la fel sunt și celelalte spitale cu profil de urgență, chirurgii se pregătesc în așa fel încât spectrul activității lor să nu fie ”monocolor”. Chirurgia de urgență trebuie să îmbine această experiență, care presupune însușirea a foarte multor tehnici, a multor detalii de patologie a bolnavului, cu anatomia și fiziologia organelor din cavitatea toracică, abdominală și din retroperitoneu, iar timpii de lucru pe masa de operații să fie cât se poate de scurți și eficient utilizați, astfel încât mai ales pierderile de sânge și de substanțe biologice să

Trumpf Medical

ziehm imaging

allen



Your partner in the operating room



► MESE DE OPERAȚIE

Sisteme și Accesorii pentru
toate Specialitățile Chirurgicale



fie minimalizate și stopate. Cu cât păstrezi acest echilibru biologic al organismului, cu atât el se poate recupera rapid prin terapie intensivă și apoi să recuperezi definitiv pacientul respectiv. Chirurgul de chirurgie de urgență trebuie să dispună și de cunoștințe vaste, să aibă o îndemănare bună, să fie un chirurg lucrativ, pentru a-și ține o mână antrenată, eficientă și să aibă o orientare în plagă foarte rapidă, pentru a nu pierde potența biologică a organismului bolnavului.

Ce strategie alegeți în calitatea de chirurg de urgență în fața unui bolnav critic?

S-a realizat că o stare biologică precară, critică, datorită șocului prin care trece bolnavul, șoc traumatic, șoc hemoragic, șoc neurologic, dacă se prelungeste printr-o chirurgie de durată, de câteva ore, rezultatele nu vor fi cele mai favorabile. De aceea, în urma experienței din ani de practică chirurgicală dar și din conferințe, simpozioane și consultări cu toată lumea medicală de specialitate chirurgicală, s-a văzut că este mult mai eficient pentru bolnav întâi să-l scoți din starea de șoc multiplu, să nu piardă sânge, să nu se contamineze cu conținut de intestin, în așa fel încât după o perioadă de reanimare, bolnavul să ajungă la o stare biologică bună. Pentru ca astfel, în timpul 2 să poți să finalizezi intervenția chirurgicală pe un teren biologic și energetic al organismului echilibrat, care poate să conducă la un succes chirurgical.

Prin ce se manifestă experiența chirurgului în situații de urgență? Care sunt secretele reușitei sale?

Chirurgul de urgență trebuie să fie cu state vechi în chirurgie pentru că de foarte multe ori trebuie să "citești" bolnavul doar văzându-l, prin această inspecție vizuală. Îl vezi palid, îl vezi dezechilibrat, nu răspunde la niște comenzi, trebuie să știi să faci niște gesturi minimale dar care să fie patologice, să mă duc direct la semnul care îmi dă certitudinea chiar înaintea aparatului de imagistică sau a altui tip de investigație. Un pacient palid îți arată că are o hemoragie, un abdomen care este mărit în volum și printr-o percuție vezi că este ocupat de lichid sau dacă este hipersonor – o perforație, înseamnă că are gaz abdominal. Un murmur vezicular care la plămâni nu-l ascuți și are matitate, asta arată că bolnavul are o problemă pulmonară, are un volum de

sânge care s-a strâns în cavitatea pleurală, respectiv, o respirație greoaie. O culoare vânt-violacee a feței și a treimii superioare a toracelui arată o leziune de venă cavă superioară. O poziție vicioasă a piciorului sau a mâinii, lucrurile acestea sunt relevante pentru un chirurg cu experiență și îl ajută să știe imediat despre leziunea de care suferă bolnavul. În primul, primul rând bolnavul nu trebuie lăsat să piardă mult sânge sau dacă a pierdut sânge trebuie să oprești această sângerare. Pentru că dacă pierderea de sânge ar continua se vor produce modificări importante în echilibrul acesta dintre fluiditate și coagulabilitatea sângelui care este transportorul de oxigen. La un moment dat, dacă bolnavul nu este încălzit, poate să ducă la o stare ireversibilă în recuperarea sa.

Nu aș lăsa în ultimul rând o atitudine salvatoare modernă și progresistă a unor categorii de bolnavi traumatizați și anume cei cu leziuni traumatiche viscerale (splină, ficat, rinichi) cu scoruri de traumă între 1-3 și status hemodinamic stabil, atitudinea de management nonoperator în leziuni viscerale posttraumatice. Am implementat lucrul acesta la Clinica de Chirurgie a Spitalului Floreasca, ca o premieră națională și totodată formarea unor echipe multidisciplinare care diagnostichează, tratează și supraveghează acești bolnavi.

Lucrurile acestea le poate determina și un laborator de hematologie, sau un serviciu de radiologie dar toate acestea trebuie făcute într-un timp foarte scurt. Aici bătaia pentru viață se măsoară în secunde și minute. Chirurgul de urgență trebuie să folosească acești timpi, nu mai mult de o "oră de aur" în care succesul înseamnă supraviețuirea pacientului.

Sub ce auspicii s-a desfășurat activitatea de chirurgie de urgență sub pandemie?

Dacă ne gândim la perioada aceasta de 1,5-2 ani care a trecut de la ultima noastră discuție, întreaga chirurgie sau putem spune întregul palier de patologie medicală și chirurgicală a suferit o mutație prin intrarea în această pandemie, în care ne-am structurat îngrijirile medicale pe acest Covid-19. Lucrul acesta a făcut ca serviciile de chirurgie, rând pe rând, să fie asaltate și ocupate cu pacienți cu infecție Covid, când spitalele aveau nevoie de locuri de cazare și îngrijire de Covid. În paralel, s-a făcut o selecție pentru cazurile pe care le aminteam,

de traumatologie sau cazuri medicale în formă acută, cazuri oncologice care aveau nevoie de o intervenție urgentă pentru a opri evoluția bolii, cât și evenimentele chirurgicale postoperatorii.

Din punctul de vedere al situației actuale, aceste servicii de chirurgie au trecut prin diferite ipostaze de lucru. Au fost zile în care se făceau gărzi, se primeau bolnavi dar echipele chirurgicale trebuiau să plece acasă 2-3 zile vizavi de contactul cu mediul acesta în care spitalul trebuia să fie sub controlul epidemiologic. Alteori, datorită faptului că spitalele erau aglomerate cu pacienți cu Covid, pacienții pentru intervenții chirurgicale erau programați și reprogramați astfel încât, așa cum știm, s-a ajuns la situații de mari urgențe care au trebuit să fie rezolvate. Toate lucrurile acestea nu au făcut decât să arate cel puțin două lucruri. Un lucru important, că toată lumea medicală, de la cel mai de jos punct de îngrijire medicală până la cei care aduc performanță în secțiile de chirurgie, a rămas fidelă luptei cu boala, nu s-a retras nimeni, au rămas toți într-o luptă continuă și au făcut de foarte multe ori eforturi peste puteri, în regim de solicitare maximă și oboseală peste limite și și-au arătat devotamentul față de pacient.

În același timp, s-au constatat și o seamă de deficiențe de organizare, lucruri pe care nu le putem pune numai pe seama sistemului sanitar românesc pentru că am văzut în foarte multe țări deficiențe similare legate de organizare, dotare, de lipsă de materiale, de personal medical. Din punct de vedere al materialelor, a fost dată o prioritate în special pentru îngrijirile care se făceau în perioada aceasta de pandemie și pe alocuri anumite dotări au rămas în urmă vizavi de necesarul din chirurgie, materiale de toate tipurile, nu doar mă refer la chirurgie de urgență. S-au înregistrat sacrificii din partea celor mai mulți din personalul sanitar, chiar și cu prețul propriei îmbolnăviri peste care unii au trecut iar alții nu, plătind cu viața în lupta împotriva acestui Covid-19 care nu se lasă dus așa de ușor, cum vedem și acum.

De aceea, ne așteptăm ca populația să înțeleagă faptul că pentru a ieși cu bine din pandemie, cum ne spun infecționiștii și epidemiologii, trebuie să avem un procent de 60-70% din populație care a făcut boala sau s-au vaccinat pentru a avea anticorpi și astfel această pandemie să se reducă din intensitate și să putem să intrăm într-o viață normală din punct de vedere, medical, profesional și social.

SUPERCLOT®

ABSORBABLE POLYSACCHARIDE HEMOSTAT



SuperClot este ultima generație de hemostatic pudră, creat din particule polisacaride obținute din amidon din plante purificate. Acționează prin deshidratarea sângelui: absorpția apei din sânge, crează direct pe rană concentrație crescută de trombocite și proteine de coagulare, care accelerează procesul cascada de coagulare. Se transformă într-un gel ce aderă la suprafața unde a fost aplicată pudra formând și o barieră mecanică ce oprește sângerarea difuză. Este absorbit de organism în 48-72 de ore în funcție de metabolism și nu încetinește procesul de vindecare.

 **STARCH MEDICAL**
Hemostatic Solutions

2150 Ringwood Ave.
San Jose CA 95131 USA
Tel: 408-428-9818
Fax: 408-383-9189
www.starchmedical.com

Cool, bright light when
and where you need it.

LightMat® | VersaLight™



BOSS
INSTRUMENTS LTD



 **MAC's MEDICAL Group**

MAC's MEDICAL SURGICAL S.R.L., Bulevardul Eroilor de la Tisa,
nr. 45, Timișoara, ROMÂNIA, Tel. +40356464136, +40727399598,
Fax. +40356176346, www.macsmmedical.eu

Excizia locală în tumorile de rect

Rezecția rectului cu TME reprezintă soluția chirurgicală radicală de tratament a cancerului rectal în combinație cu chimio- și radioterapia. Această intervenție este o operație complexă cu mortalitate (1-6%) și morbiditate ridicate. Între 30-40% dintre pacienți pot prezenta ulterior acuze genito-urinare datorită lezării plexurilor nervoase în cursul intervenției. Pe de altă parte, în funcție de stadializare dar și de factorii caracteristici bolnavului o astfel de intervenție are un raport risc-beneficiu mare. Din acest motiv se poate recurge la intervenții limitate de tip exereză locală.



Dr. Florin Iordache

Șef de Lucrări UMF
„Carol Davila” București

Excizia locală reprezintă o alternativă mai puțin invazivă dar cu risc oncologic mai mare. În primul rând, indiferent de tipul de excizie locală limfadenectomia nu face parte din intervenție ceea ce nu permite stadializarea și poate avea impact asupra supraviețuirii la distanță. Pe de altă parte, limitele exciziei sunt foarte apropiate de tumoră ceea ce face ca marginile de rezecție să fie insuficiente pentru asigurarea radicalității. Ca atare excizia locală se adresează în mare la două categorii diferite de bolnavi. Prima categorie este cea a bolnavilor care au risc major operator datorită comorbidităților. A doua categorie este cea a bolnavilor cu leziuni la limită sau cancer rectal incipient (early cancer) care doresc prezervarea aparatului sfincterian. Asocierea terapiei

neoadjuvante și adjuvante poate contribui la obținerea unor rezultate mai bune la cei din ultima categorie dar acest lucru nu este foarte clar demonstrat^[1].

Esențial în alegerea uneia sau altele dintre metodele de excizie locală la bolnavii fără morbidități importante o reprezintă stadializarea cât mai corectă. Aceasta se bazează pe utilizarea examinării digitale și a examenelor imagistice. Tactul rectal și proctoscopia sunt obligatorii la bolnavii cu tumori rectale și permit o primă evaluare apreciind: mobilitatea tumorii, invazia locală și poziția acesteia. În până la 83% din cazuri examenul digital rectal permite aprecierea invaziei ceea ce exclude varianta exciziei locale^[2]. Examenul RMN pelvin este astăzi standardul de diagnostic pentru stadializarea cancerului rectal din punctul de vedere al tumorii și ganglionilor. De asemenea, ultrasonografia transrectală (ERUS) este de ajutor deși este limitată ca profunzime față de examenul RMN. În tabelul 1 este prezentată acuratețea diagnostică a diferitelor metode de apreciere a invazivității tumorale (extensia tumorală în profunzime) respectiv

aprecierea posibilei invazii ganglionare la nivelul mezorectului. Din punctul de vedere al exciziei locale cu scop curativ diferitele ghiduri și asociații de profil au indicații relativ similare (vezi tabelul 2).

Excizia locală presupune excizia completă a peretelui rectal în profunzime ce conține tumora cu margini de securitate de cel puțin 3 mm. Variantele actuale ale exciziei locale includ:

- Excizia locală transanală (Parks)
- Excizia locală prin abord posterior:
 - ▶ • Transacrat (Kraske)
 - ▶ • Cu secționarea sfincterului anal (York-Mason)
 - ▶ • TEM (Transanal Microscopic Surgery)
 - ▶ • TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery)

Procedurile tip TEM și TAMIS permit abordarea transanală mult mai ușor precum și un acces mai înalt până la 12-15 cm de la nivelul orificiului anal. TEM și TAMIS nu sunt potrivite pentru tumori situate la 4 cm de orificiul anal. În tabelul 3 sunt prezentate comparativ distanța de lucru optim pentru diferitele proceduri locale. Indiferent

Criteriu de evaluare	Ecografie transrectală	RMN	CT	Examinarea digitală
T	85-95%	75-85%	65-75%	62%
N	70-75%	60-65%	55-65%	-

Tabel 1 – Acuratețea diagnostică a diferitelor metode examinare a pacienților cu cancer rectal în vederea stadializării



Contractubex®

Compoziție calitativă și cantitativă: 100 g Contractubex® gel conține: heparină sodică 5000 U.I., extract lichid de ceapă 10 g, alantoină 1 g. **Indicații terapeutice:** cicatrice hipertrofice, cheloide, care limitează mișcările sau cicatrice deformatoare post-operatorii, amputații, arsuri, accidente; contracturi cum ar fi contractura Dupuytren și contracturile traumatice ale tendonilor, stricțiunile cicatriciale. Contractubex® este folosit pentru tratamentul acestor tipuri de cicatrice după ce leziunile s-au epitelizat complet. **Doze și mod de administrare:** se aplică de câteva ori pe zi pe piele sau pe zona țesutului cicatricial și se masează ușor până la absorbția completă a gelului. Dacă cicatricile sunt dure și vechi, se lasă să acționeze gelul peste noapte sub un bandaj. În funcție de dimensiunea și grosimea cicatricei și de contractură, tratamentul va fi necesar câteva săptămâni sau câteva luni. La tratamentul cicatricilor recente, se vor evita factorii fizici iritanți, cum ar fi frigul paternic, radiațiile UV sau masajul prea energic. **Copii și adolescenții:** la copii cu vârstă mai mare de 1 an gelul poate fi aplicat o dată sau de două ori pe zi, pe țesutul cicatricial, în conformitate cu studiile efectuate. **Siguranța și eficacitatea Contractubex®** la copii cu vârstă mai mică de 1 an nu a fost stabilită. Nu sunt disponibile date. **Contraindicații:** hipersensibilitate la substanțele active: extract de ceapă, heparină sodică sau alantoină, la metil 4-hidroxi-benzoat (parabeni) acid sorbic sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Contractubex® conține p-hidroxibenzoat de metil, care poate produce reacții alergice întârziate. Contractubex® conține acid sorbic ce poate cauza reacții locale la nivelul pielii, de ex. dermatită de contact. Contractubex® este, în general, bine tolerat, chiar și folosit pe termen lung. Pruritul, care a fost întâlnit mai puțin frecvent în timpul tratamentului cu Contractubex® este o manifestare datorată modificării țesutului cicatricial și nu necesită, de obicei, întreruperea tratamentului.



Contractubex®

• Cu triplu efect:

- ✓ Antiinflamator și antiproliferativ
- ✓ Reduce eritemul și pruritul
- ✓ Îmbunătățește elasticitatea țesutului cicatrizat

Vedra Internațional SA
- Reprezentant autorizat
Merz Pharmaceuticals în România
Str. Dr. Ion Ghiulamila, nr. 19,
Sector 5, București
Tel: (+4)031 424 30 33,
www.contractubex.info.ro



de tipul de abord ca principii ale exciziei locale enumerăm:

- Obținerea unor margini laterale libere de tumoră
- Excizia în bloc (se evită fragmentarea piesei)
- Excizia completă în profunzime a peretelui rectal

În tabelul 4 sunt sintetizate principalele avantaje și dezavantaje ale procedurilor de excizie locală. Toate aceste proceduri au complicații specifice dar acestea sunt mult mai reduse decât cele ale procedurilor majore de

tip TME. Mai trebuie spus că datele existente arată că în cancerul rectal rata recidivelor este mai mare decât în cazul operațiilor radicale de aceea indicațiile trebuie foarte atent respectate. În cazul în care rezultatul histopatologic arată variante invazive sau stadializare avansată se va recomanda de urgență o intervenție zisă de salvare care va include rezecție zona de cicatrice. În cazul acestor intervenții supraviețuirea la distanță este mai redusă decât în situația unei rezecții cu TME de la început, între 53-79%^[3]. Din acest motiv

se recomandă o urmărire mai agresivă pentru depistarea eficientă a eventualelor recidive.

Bibliografie

1. Kim E, Hwang JM, Garcia-Aguilar J. Local excision for rectal carcinoma. Clin Colorectal Cancer. 2008;7(6):376–85.
2. Nicholls RJ, Mason AY, Morson BC, Dixon AK, Fry IK. The clinical staging of rectal cancer. Br J Surg. 1982 Jul 1;69(7):404–9.
3. Young DO, Kumar AS. Local Excision of Rectal Cancer. Surg Clin North Am. 2017;97(3):573–85.

ASCSR	NCCN	ESMO	ACGBI, FNCLC, AFC	JSCCR
T1 Tumori sub 3 cm interesând sub 1/3 din circumferință Bine/moderat diferențiat Fără adenopatie Absența invaziei limfo-vasculare / perineurale	Tumori mobile, până la 8 cm de orificiul anal Sub 30% din circumferință Sub 3 cm Margini negative (>3 mm)	Polipi maligni (Haggit 1-3, T1, sm1, NO) Rezecție RO	T1 Bine/moderat diferențiat Tumori < 3 cm interesând sub 1/3 din circumferință	Tis și T1cu invazivitate redusă Sub reflexia peritoneală T < 2 cm Se evaluează histologia prin cromoendoscopie și ERUS

Tabel 2 – Indicațiile exciziei locale sau variantelor de tip TEM sau TAMIS după diferitele asociații de profil

Distanța de lucru		
Excizie transanală	TEM	TAMIS
<8 cm	4-18 cm	6-13 cm

Tabel 3 – Accesul optim pentru excizia locală a tumorilor rectale în funcție de procedeu

Dezavantaje		
TAE	TEM	TAMIS
Vizibilitate mai redusă Acces numai la nivelul rectului inferior Rată mai mare a recidivelor Fragmentarea piesei este frecventă (23,8%1)	Echipament scump Training mai lung Necesitatea poziționării în raport de topografia tumorii Incontinență fecală reversibilă	Echipament Procedură recentă Costuri mai reduse Training scurt

Tabel 4 – Dezavantajele diferitelor metode de excizie locală transanală în tumorile de rect



PRIMUL AJUTOR PENTRU LEZIUNI ȘI ARSURI

THERESIENÖL MED - SER REPARATOR CU EXTRACTE DIN PLANTE CU PROPRIETĂȚI SPECIFICE:

- Ajută la reducerea durerii și a riscului de infecție
- Calmează senzația de mâncărime de diferite tipuri
- Stimulează vindecarea rănilor
- Accelerează regenerarea pielii
- Hidratează țesuturile pe care se aplică
- Stimulează refacerea leziunilor ce evoluează lent spre vindecare
- Accelerează procesul de resorbție a hematoamelor

INDICAȚII

- ✓ Arsuri
- ✓ Leziuni traumatice ale pielii
- ✓ Contuzii
- ✓ Post intervenții chirurgicale
- ✓ Hematoame

MOD DE UTILIZARE:

Se recomandă tratarea zonei afectate de 2 ori pe zi.
Produsul se poate aplica direct pe răni sau pe un pansament.

Amintiri de peste o jumătate de secol de medicină

Profesorul Constantinoiu îmi spunea odată că moștenește memoria mamei și îndemânarea tatălui. Este bine că a aplicat aceste prețioase facultăți în domeniul chirurgical. Și a făcut-o selectiv, alegând să opereze un organ atât de fin cum este esofagul, pentru care și-a dedicat cariera de chirurg. Și poate că, nu mai puțin important, memoria perfectă îi servește nu doar pentru a stoca informații medicale cât pentru 5 limbi străine dar și pentru a păstra amintiri despre iluștri chirurghi români sau străini, care i-au fost mentori, profesori sau colaboratori și despre care povestește cu plăcere. Redăm aici câteva savuroase pasaje.

Rezidențiatul în chirurgie sau secundariatul, cum i se spunea înainte de 1990, a fost înființat în secolul XIX de vestitul chirurg Joseph Conrad von Langhenbeck din Germania. Acesta a avut doi elevi eminenți: Emil Theodor Kocher, care a operat la Berna și fost primul chirurg care a primit premiul Nobel pentru medicină, pentru studiile sale privind chirurgia tiroidei și Theodor Bilroth, vienez, care a devenit creatorul școlii moderne de chirurgie gastrică, având elevi printre alții pe Hoffmeister și Pfinsterer (profesorul Dan Gavrilu, marele nostru chirurg pe esofag a fost secundar la Viena la profesorul Pfinsterer).

Personal, am condus o echipă desemnată să elaboreze subiectele de rezidențiat în specialități chirurgicale, echipă care a fost „sechestrată” 4 zile într-un centru securizat pentru a elabora subiectele, după care acestea au luat drumul către centrul unde se ținea rezidențiatul pe țară, pe grupe de specialități, echipa noastră raspunzând de cele chirurgicale.

Este importantă această mențiune pentru că ulterior rezidențiatul s-a dat „în bloc”, cu concurenți din toate specialitățile, în toate centrele universitare din țară.



Odinioară, într-un spital internul făcea cam toată treaba medicală, secundarul era un mare boss, specialistul sau primarul aproape că nu-l vedeai pe secție; fiecare avea culoarea diferită a bonetei, iar respectul pentru medic era uriaș. Primariatul se dădea în amfiteatru, la Colțea de obicei. Candidații erau numai chirurghi cu experiență: de exemplu, pe un post de medic primar au candidat odată profeso-

rul Juvara, profesorul Mandache, doctorul Gerota și doctorul Gilorțeanu, deci oameni care au ajuns toți profesori dar, pentru medic primar, era scos un singur post la acest concurs.

Exista o istorioară despre profesorul Burghel, care în timpul unei operații, dorind să vadă dacă ajutorul său l-ar putea sprijini într-o situație dramatică, a pensat pediculul renal, a secționat, după care l-a pus să se uite brusc în lombă și a dat drumul la pensă. Evident, a sărit un jet de sânge până în lampa de operație și profesorul i-a spus: „prinde-i artera renală”. Atunci a putut verifica dacă ajutorul de chirurg știe să prindă artera între două degete, să aspire, să pună o pensă, să lege vasul și astfel profesorul Burghel a putut vedea dacă ajutorul său este în stare să rezolve o situație dramatică.

Chirurgia laparoscopică nu are o istorie veche. În 1987, francezul Philippe Mouret, ginecolog, a făcut prima colecistectomie laparoscopică. Imediat, aceste tehnici operatorii au demarat puternic și au pătruns relativ repede și în chirurgia românească după 90. Au fost câteva centre la Spitalul „Sf. Ioan”, la Institutul Fundeni, la Cluj (la profesorul Sergiu Duca), unde s-au ținut și cursuri de competență.

Profesorul Angelescu, care era pe vremea aceea Președintele Societății Române de Chirurgie, prin relații personale create cu ocazia unui stagiu în Franța pe probleme de transplant renal, a reușit să faciliteze unui număr de 150 de chirurghi români primirea de burse Robert Schuman pentru un stagiu la Institutul European de Telechirurgie de la Strasbourg, condus de profesorul Jacques Marescaux. Cei care am fost acolo am avut multe de învățat de la acest profesor, precum și de la profesorii Joël Leroy și Didier Mutter.

Odinioară, descoperirile științifice pătrundeau rapid în România și vă dau un singur exemplu. În anii 1895-1896, Wilhelm Conrad Roentgen descoperea razele X, care îi poartă numele. Șase luni mai târziu, la spitalul Colțea din București, profesorul Constantin Dimitrescu Severeanu înființează primul centru radiologic din Europa (e drept, empiric), avându-l asistent pe doctorul Dimitrie Gerota, viitorul mare profesor, care este considerat primul chirurg radiolog din lume. Mai târziu, fiul profesorului Severeanu a ajuns profesor de radiologie. Deci am avut radiologie la 6 luni de la descoperirea teoretică a fenomenului de radiație Roentgen. Alt exemplu: după ce Bell descoperă principiul telefonului, la 4 ani apare în București prima centrală telefonică din Europa, cu 6 abonați. Spun aceste lucruri ca să vedem cât de greu au pătruns la noi în aceste ultimele decenii tehnici medicale moderne precum: computer tomografia, rezonanța magnetică nucleară, neuronavigația, etc.

Principiul examinării PET-CT este o idee a profesorului Ioan Chiricuță, de la Institutul Oncologic din Cluj, care-i poartă numele. Prin anii 60, el a observat că celula canceroasă, având un metabolism foarte accentuat, este foarte avidă de glucoză (a avut o idee care nu s-a materializat decât mai târziu). De fapt, ce este PET-CT? Se injectează intravenos glucoză marcată (5 - deoxifluoroglucoză), după care bolnavul este expus la un fel de contor Geiger-Muller și se vede prin fenomenul de scintilație dacă are o tumoră într-un anumit loc: gastric, pancreatic, calotă craniană sau oase ale bazinului și care nu poate fi decât o metastază. Au fost desigur și alte descoperiri ale unor medici români, dintre care cele mai cunoscute sunt descoperirea de

către profesorul Paulescu a pancreinei, care era extract de pancreas și producea hipoglicemie și care a stat la baza tratamentului diabetului cu insulină (cosiderată cea mai mare descoperire medicală a secolului XX, care a salvat sute de milioane de bolnavi). Alte noțiuni anatomice, cum ar fi teaca rectului, a fost descrisă prima dată de profesorul Thoma Ionescu în tratatul lui Poirier (și pe care a numit-o "la gaigne fibreuse") și pe care abia 4 ani mai târziu chirurgul imperial german von Waldeyer a denumit-o în latina "fascia recti". Dimitrie Gerota a descris prima dată "fascia renalis". Profesorul Irinel Popescu, ca membru vechi al unei asociații elitiste de chirurgie numită ESA (European Surgery Association), cu doar 200 de membri din Europa, SUA, Canada, Japonia și Noua Zeelandă, a vorbit în fața acestei selecte adunări de profesioniști de mare prestigiu despre activitatea marelui nostru anatomist și chirurg Dimitrie Gerota. Dimitrie Gerota a lucrat la Paris împreună cu Toma Ionescu în laboratorul lui Poirier și împreună cu chirurgii și anatomistii germani von Haan, von Bandeleben și mai ales von Waldeyer (cel cu "fascia recti") și a descris în premieră mondială injectarea vaselor limfatice cu albastru de Prusia, care a rămas și azi cea mai bună tehnică de explorare a sistemului limfatic pe cadavru. De asemenea, Dimitrie Gerota a descris această fascie renalis, utilizată azi de toți chirurgii urologi din lume. Datorită prezentării pe care a făcut-o profesorul Irinel Popescu, cei din audiență abia atunci au înțeles că doctorul Gerota este român și nu german, cum s-a crezut, pentru că-și publicase lucrările în reviste germane de specialitate. Din păcate, nu am știut și nici nu știm să ne facem reclamă (atunci când este cazul măcar).

Odinioară, operând înainte de revoluție o pacientă cu un limfom gastric, care și-a trimis lamele histopatologice la Institutul Oncologic Gustave Roussy din Paris, am fost impresionat de rezultatul histopatologic care cuprindea 5 pagini. La ora asta și noi am evoluat foarte mult, cercetări s-au făcut și la Institutul de Cercetare și Dezvoltare "Victor Babeș" din București și altele din țară. În acest fel, suntem ajutați foarte mult de medicii anatomopatologi și geneticieni în a prescrie un tratament cât mai personalizat în cancer.

Societatea Română de Chirurgie are aproape 125 de ani vechime. Profesorul P.H.Sugarbaker, directorul Institutului Național de Oncologie din Washington, fiind în vizită la București, a rămas foarte impresionat când a auzit că împlinim 300 de ani de la înființarea la București a spitalului Colțea de către spătarul Mihail Cantacuzino și că profesorul Constantin Dimitrescu-Severeanu împreună cu Thoma Ionescu au fondat Societatea Română de Chirurgie în 1898 și revista "Chirurgia" în 1897, la care primul editor șef a fost profesorul Severeanu și secretar de redacție chirurgul Thoma Ionescu.

Unul din cei mai importanți reprezentanți ai României în chirurgia laparoscopică și robotică a fost regretatul dr. Adrian Lobonțiu, absolvent de medicină Tg. Mureș, care a lucrat 12 ani la Paris și 8 ani în SUA, la Silicon Valley, unde s-a specializat în chirurgie robotică, fiind și director medical la "Endo Gastric Solutions". S-a mutat la Washington D.C., iar după un episod de Covid peste care a reușit să treacă cu bine, a decedat, după puțin timp, în urma unui infarct miocardic acut. Era un medic foarte respectat, un chirurg itinerant, care mergea în toate centrele importante ale lumii să facă demonstrații. A operat și la noi, o premieră mondială în tehnicile endoscopice ESO-FIX (în boala de reflux gastroesofagian) pe bolnavi investigați la Spitalul Clinic "Sf. Maria" și la Spitalul Clinic de Urgență Floreasca.

Francezii au spitale vechi, de peste o sută de ani, precum Pitié-Salpêtrière, Bicêtre, Henri-Mondor, Villejuif, sunt ele cumva demolate? Sunt consolidate și adaptate cerințelor noi, cu circuite moderne. La noi, spre exemplu Spitalul Colțea, inițial cu 12 paturi pentru bărbați și 12 paturi pentru femei (primul spital din Țările Române înființat la 1706 de spătarul Mihail Cantacuzino), arată azi foarte bine cum este renovat. E drept că sunt unele saloane cam largi, dar acolo pot fi sedii ale unor societăți savante, cum este Academia de Științe Medicale sau un muzeu al medicinei. Din nefericire, Spitalul Brâncovenesc, care era o capodoperă arhitectonică (spital înființat prin contribuția personală a soției banului Grigore Brâncoveanu, Safta Brâncoveanu) și avea un trecut istoric și medical deosebit, a fost demolat de regimul trecut pentru a face loc bulevardului Victoria Socialismului.

DERMOBACTER®

Digluconat de clorhexidina 0,2% • Clorura de benzalconiu 0,5%

Antisepsia pentru toate situațiile.

CHIRURGIE - TRAUMATOLOGIE • OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE • DERMATOLOGIE

APLICARE:
NEDILUAT pe piele
DILUAT 1/10
pe mucoase.³



FĂRĂ ALCOOL

DERMOBACTER®

REALIZAREA ANTISEPSIEI ȘI TRATAMENTUL ADJUVANT
AL AFECȚIUNILOR CUTANEO-MUCOASE DE ETIOLOGIE BACTERIANĂ
PRIMARĂ SAU CARE SE POT SUPRAINFECTA.

1 aplicare o data sau de doua ori pe zi, timp de 7 până la 10 zile
urmata de clătire (pentru o îndepărtare
eficientă a materiilor contaminante).³



LABORATOIRE
INNOTECH
INTERNATIONAL

REPREZENTANȚA PENTRU ROMÂNIA:
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1, București
Tel: 00 21 230 20 44; Fax: 00 21 230 20 47;
E-mail: innotech.romania@innothera.com

- **Spectru larg bactericid**
chiar și în prezența materiilor organice^{1, 2}
- Activitate **fungică** (Candida albicans)³
- Activitate **virucidă** (virusuri încapsulate)^{4, 5}
- **Acțiune rapidă și de lungă durată**^{3, 6}
- Nu cauzează **fotosensibilizare**
- Nu **pătează**, nu **ustură**, **pH** similar pielii
- Potrivit utilizării la **gravidă** din **primul trimestru de sarcină** și la **femeia care alăptează**³
- Poate fi utilizat la **nou-născuți**^{#3}

* Nu aplicați pe săni • # Atenție, pentru copii născuți prematur consultați RCP-ul.

1. Salvatico S., et al. Bactericidal activity of 3 cutaneous/mucosal antiseptic solutions in the presence of interfering substances: Improvement of the NF EN 13727 European Standard? Med Mal Infect. 2015 Mar;45(3):89-94. 2. Salvatico S, Feuillolay C, Jabbour V, Gouhier-Kodas K, Roques C. Representativeness of NF EN 1040/13727 assay conditions for in vitro bactericidal activity of a chlorhexidine digluconate and benzalkonium chloride preparation. Article en cours de publication. 3. Rezumatul caracteristicilor produsului Dermobacter®, Noiembrie 2018. 4. Rapport d'essai N°13-616. Etude 12 -1487/3 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476-A1 (Janv 2007), virus H1N1. 2013. Données internes. Laboratoire Innotech International. 5. Rapport d'essai N°14-684. Etude 14 -1625 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476 (Sept 2013), virus VZV. 2014. Données internes. Laboratoire Innotech International. 6. Macias J.H., et al. (2013) Chlorhexidine is a better antiseptic than povidone iodine and sodium hypochlorite because of its substantive effect; American journal of infection control. 2013; 41 (7) : 634-637

Denumirea comercială a medicamentului Dermobacter 5 mg/2 mg/ml soluție cutanată. **Compoziția calitativă și cantitativă** Fiecare ml soluție cutanată conține clorura de benzalconiu 5 mg sub formă de clorura de benzalconiu soluție 50% 9,85 mg și digluconat de clorhexidină 2 mg sub formă de digluconat de clorhexidină soluție 20% 10,65 mg. **Forma farmaceutică** Soluție cutanată limpede, incoloră, puțin vâscoasă, care spumează la agitare. **Date clinice. Indicații terapeutice** Realizarea antisepsiei și tratamentul adjuvant al afecțiunilor cutaneo-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta. Agenții antiseptici conținută nu sunt sterilizanți; aceștia reduc numai temporar numărul micro-organismelor. **Doze și mod de administrare** Numai pentru administrare cutaneo-mucoasă. Soluția se administrează nediluată sau diluată, o dată sau de două ori pe zi, timp de 7-10 zile. Soluția nediluată se administrează cutanat. Soluția diluată 1:10 se administrează la nivelul mucoaselor și trebuie preparată cu foarte puțin timp înainte de a o folosi și nu trebuie păstrată. Administrarea trebuie întotdeauna urmată de o clătire atentă. **Contraindicații** Hipersensibilitatea la oricare dintre componentele medicamentului sau la substanțe inrudite. Nu se administrează la nivel ocular sau auricular; nu trebuie să pătrundă în canalul auditiv, mai ales dacă timpanul este perforat și nici nu trebuie să fie pus în contact cu țesutul nervos sau cu meningele. **Acest medicament nu trebuie folosit pentru a dezinfecta echipamentul medical sau chirurgical. Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Deși absorbția cutanată este foarte redusă, substanțele active pot trece în circulația sistemică atunci când medicamentul se aplică pe o suprafață mai mare, sub pansament ocluziv, la nivelul leziunilor cutanate (în special în caz de arsuri) sau pe pielea nou-născuților prematuri sau a sugariilor (din cauza raportului suprafață/greutate și a efectului ocluziv al scutețelor). Contaminarea microbiană poate avea loc imediat după ce un medicament antiseptic a fost desigilat prima dată. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiuni** Administrarea concomitentă sau succesivă a antisepticelor anionice trebuie evitată. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** În timpul sarcinii, poate fi administrat doar dacă este absolut necesar. Se recomandă aplicarea pe suprafețe cât mai mici, fără plăgi, fără pansamente ocluzive și pe o perioadă cât mai scurtă de timp. Medicamentul nu trebuie aplicat pe săni în perioada de alăptare. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Nu influențează capacitatea de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** senzație de uscăciune a pielii și a mucoaselor, care poate fi atenuată de o clătire atentă; ușoare iritații ale pielii la începutul aplicării; posibil eczemă de contact. **Raportarea reacțiilor adverse suspectate** Profesiștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul ANMDM http://www.anm.ro. **Supradozaj:** nu s-au raportat cazuri. **Proprietăți farmaceutice. Lista excipienților:** cocoalchidimetilbetaină (Amony 265BA), poloxamer 188, hidroxietilceluloză 10000 mPa.s., acid citric monohidrat, citrat de sodiu, apă purificată. **Incompatibilități** Medicamentul este incompatibil cu compușii anionici. Perioada de valabilitate 2 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** A se păstra la temperaturi sub 25°C, în ambalajul original. Condiții de păstrare a soluției diluate: soluția diluată trebuie preparată imediat înainte de utilizare și nu trebuie păstrată dacă nu s-a efectuat administrarea. **Natura și conținutul ambalajului:** cutie cu un flacon din PVC de culoare brună care conține 125 ml sau 300 ml soluție cutanată. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerințe speciale. DAPP Laboratoire Innotech International, 22 Avenue Aristide Briand, 94110, Arcueil, Franța. APP nr. 7150/2014/01-02. Data revizuirii textului: Noiembrie, 2018.

Phlebodia®

Comprimate filmate 600 mg DIOSMINĂ

Diosmină

Înregistrată în Farmacopeea Europeană

Oferă
picioarelor tale
libertatea pe care o merită



O dată pe zi⁽¹⁾ doza optimă⁽²⁾

Ameliorare efectivă a simptomelor venoase⁽³⁾

Nivel superior de satisfacție ca urmare a tratamentului⁽⁴⁾

Acționați
din timp

PHLEBODIA® 600 mg, comprimate filmate este indicat pentru:

- ameliorarea simptomelor asociate insuficienței venolimfatice: picioare grele, durere, sindromul picioarelor neliniștite;
- tratamentul semnelor funcționale asociate crizei hemoroidale;
- tratamentul de susținere în cazul tulburărilor funcționale de fragilitate capilară.

Pentru informații medicale complete referitoare la acest produs, vă rugăm consultați:
<https://www.innothera.fr/en/smcp>

1. Reference safety information of Diovenor®/Phlebodia®/Flebodia® 600 mg, film-coated tablet. / 2. J. J. Thebault. Etude de l'effet de différentes doses de diosmine sur la compliance veineuse et la résistance capillaire. 1979, Rapport de Pharmacologie Clinique. Internal study report.3. Cazaubon M., Bailly C., Ducros E., Lancrenon S. - Acceptability, efficacy and safety of two pharmaceutical forms of diosmin 600 mg in patients with chronic venous disease: a randomized comparative multicenter study. Angiologie, 2011, vol. 63, n°2:69-75. / 4. Sto ko I. M., Talibov O. B., Iashkin M. N., Kudykin M. N., Belentsov S.M., Katel' nitskaia O.V., Suchkov I.A., Tolstikhin V., Kletskin A.E., Sevostianova K.S.. Multicenter observational study of Phlebodia 600 in treatment of patients with CEAP classes CO-C3 chronic venous diseases. Angiol Sosud Khir. 2018;24(2):107-114.

Denumirea comercială a medicamentului Phlebodia 600 mg comprimate filmate. **Compoziția calitativă și cantitativă** Fiecare comprimat filmat conține diosmină 600 mg **Forma farmaceutică** Comprimate filmate rotunde, de culoare roz, cu diametrul 13 mm. **Date clinice. Indicații terapeutice** Este indicat la adulți ca tratament adjuvant pe termen scurt al simptomelor de insuficiență venoasă cronică (IVC). **Doze și mod de administrare** Doze **Adulți (≥ 18 ani):** Doza recomandată este de 1 comprimat filmat pe zi, dimineața înainte de micul dejun. **Copii și adolescenți** Nu sunt disponibile date. **Mod de administrare:** orală. **Contraindicații** Hipersensibilitate la substanța activă, alte flavonoide sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Conține roșu coșenilă A (E124) care poate provoca reacții alergice. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Nu s-au efectuat studii farmacocinetice sau farmacodinamice privind interacțiunile dintre diosmină și alte medicamente sau dintre diosmină și alimente. După punerea pe piață nu s-au raportat interacțiuni ale diosminei cu alte medicamente. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** **Sarcina:** studiile la animale nu au evidențiat efecte nocive directe sau indirecte asupra sarcinii sau dezvoltării embrionare/fetale. Experiența clinică disponibilă la gravide este prea limitată pentru a exclude riscul și prin urmare, administrarea de diosmină nu este recomandată în timpul sarcinii. **Alăptarea:** Nu se cunoaște dacă diosmina se excretă în laptele matern la om, acest medicament nu trebuie administrat în timpul alăptării. **Fertilitatea:** studiile privind toxicitatea asupra funcției de reproducere nu au evidențiat efecte asupra fertilității la șobolani. Nu sunt disponibile date clinice despre influența diosminei asupra fertilității. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** diosmina nu are nicio influență sau are influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** greață, diaree, dispepsie (frecvente). Raportarea reacțiilor adverse suspectate Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul ANMDM <http://www.anm.ro>. **Supradoză:** nu s-au raportat cazuri. **Proprietăți farmaceutice. Lista excipienților:** nucleu - celuloză microcristalină, talc, dioxid de siliciu coloidal anhidru, acid stearic micronizat; **film - Sepifilm™ 002** (hipromeloză, celuloză microcristalină, macrogol 8 stearat tip I), Sepisperse™ AP5523 Pink (propilenglicol, hipromeloză, dioxid de titan (E171), roșu coșenilă A - lac de aluminiu (E124), oxid negru de fer (E172), oxid roșu de fer (E172)), Opaglos 6000 (ceară Carnauba, ceară albă de albină, shellac), etanol anhidru. **Incompatibilități:** nu este cazul. **Perioada de valabilitate** 3 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** Acest medicament nu necesită condiții speciale de păstrare. **Natura și conținutul ambalajului:** cutie cu 2 blistere din PCV/Al a câte 15 comprimate filmate. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor:** fără cerințe speciale. DAPP Laboratoires Innothera, 22 avenue Aristide Briand, 94110 Arcueil, Franța. APP nr. 10155/2017/01. Data revizuirii textului: Iulie 2018.

Acest medicament se eliberează fără prescripție medicală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați RCP complet al medicamentului. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

LABORATOIRE
INNOTECH
INTERNATIONAL

SFATURI UTILE
PENTRU
GESTIONAREA BOLII

DISPONIBILE PE
www.iwhw.online



Proctologia – noi instrumente în arsenalul terapeutic actual

Proctologia este acea ramură chirurgicală care studiază patologia ano-rectală. Aceasta patologie este frecvent întâlnită, probabil cu o incidență în populația generală mult superioară celei raportate oficial. Spectrul bolilor ano-rectale variază mult din punct de vedere al etiologiei și gravității, de la patologii benigne (de exemplu fisuri anale, hemoroizi) până la boli grave, ce pot pune viața în pericol, precum neoplasmul de rect sau cel anal. Deși mijloacele de diagnostic au atins standarde foarte înalte în proctologie, tehnologia caută să genereze noi progrese în acest domeniu pentru a putea oferi tandemului medic-pacient toate informațiile necesare despre tipul bolii, localizare, organele și structurile anatomice afectate, etc. În același timp, o evoluție în același sens o au și mijloacele de tratament minim invaziv care pot fi propuse pacienților. Acestea au rolul de a minimiza trauma chirurgicală asupra pacientului, de a scurta perioada de recuperare, durerile postoperatorii, consumul de analgezice, de a grăbi reinserția socială și profesională, precum și de a crește, per ansamblu, calitatea vieții pacientului.



Prof. Univ.
Dr. Valeriu Surlin

Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic
Județean de Urgență Craiova,
U.M.F. Craiova



Șef lucrări
dr. Ștefan Pătrașcu

Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic
Județean de Urgență Craiova,
U.M.F. Craiova

Metode diagnostice

Video proctoscopia și anoscopia rigidă

Videoanuscopia este explorarea cea mai simplă și utilă pentru diagnosticul afecțiunilor canalului anal și ale porțiunii inferioare a rectului. Este cunoscut că, pentru a examina această zonă cu ajutorul colonoscopului sau a unui alt endoscop flexibil, examinatorul trebuie să întoarcă capătul distal al endoscopului la 180° și să examineze astfel în retroversie. Examinarea anusoscopică directă este net superioară atât pentru diagnostic cât și pentru tratament. Folosirea unui cap de cameră digitală permite magnificarea leziunii, existența unei plăci de captură video și stocarea acestora pe medii de stocare digitală și de prelucrare a imaginilor prin soft-uri adecvate pe suporturi optimizate. Astfel, prin stocarea imaginilor de la examinări repetate se poate aprecia evoluția tratamentului, vindecării, sau se pot documenta eventuale recidive. Introducerea imaginilor în baze de date permite realizarea unor acumulări de informații, experiență, pe baza cărora se pot face modificări ale algoritmilor de tratament sau se pot crea unele noi.

Rolul proctoscopiei rigide este esențial în stabilirea distanței de la nivelul tumorii (mar-

gina inferioară, centrul acesteia) până la nivelul marginii anale pentru tumorile maligne. Aceasta este importantă pentru stabilirea indicației de radioterapie neoadjuvantă (distanța până la marginea anală sub 12 cm), pentru stabilirea indicației de chirurgie conservatoare a sfincterului anal, pentru localizarea exactă a leziunilor.

Ecografie endorectală (ERUS) și endoanală (EAUS), inclusiv cu elastografie și examinări cu substanță de contrast

Ultrasonografia (ecografia) endorectală (ERUS) furnizează imagini de înaltă rezoluție a peretelui rectal, vizualizarea clară a celor cinci straturi care reproduc straturile anatomice. Diferențierea detaliată a straturilor peretelui rectal este posibilă cu transductori de frecvență înaltă care pot face diferența între stratul intern circular și cel extern longitudinal al muscularis propria. În stadializarea tumorilor situate până la 15 cm de marginea anală, ERUS detaliază invazia izo sau hipocogenă a tumorii care rupe aspectul normal al anatomiei ecografice. Pentru orientare, structurile anatomice anterioare rectului (veziculele seminale, prostata, vezica urinară, vaginul și uterul) trebuie corect identificate. În cazul scannerelor radiale, acestea se plasează de obicei la orele 12 pe imaginea de ecografie. Ganglionii limfatici din jur sunt identificați ca structuri ovale sau rotunde hipocogene în comparație cu țesutul perirectal. Se folosesc sondele rigide sau ecoendoscoapele flexibile care permit scanare radială sau lineară cu frecvențe între 5-15 MHz. Pentru tumorile proximale sau pentru evaluarea ganglionilor limfatici se pot folosi sonde asemănătoare celor pentru prostată. Acestea se ajustează pentru profunzimea penetrației și rezoluția dorită. Cele mai utilizate sunt sondele rectale care sunt cele mai ieftine. Ecoendoscoapele flexibile sunt uneori de dorit deoarece permit poziționarea mai bună față de

tumoră și pot fi ghidate prin zonele de stenoză. Ambele tipuri de sonde, flexibile sau rigide, pot examina ganglionii iliaci până la 20-25 cm distanță de tumoră. Invazia până la acest nivel este considerată deja ca fiind metastatică (M1).

Evaluarea canalului anal poate fi efectuată cu diferite mijloace imagistice, ca de exemplu ecografia, RMN, CT, PET-CT. Din punct de vedere clinic EAUS are cea mai mare rezoluție, atât spațială cât și temporală, cu vizualizarea structurilor submilimetrice și scanare în timp real. EAUS se efectuează cu sonde de 5-12 MHz electronice și mecanice, cu transductor radial, liniar, sau curb. În mâinile unui examinator priceput devine o unealtă indispensabilă pentru evaluarea atât a bolilor benigne cât și neoplazice. Toate tehnicile de ecografie - color Doppler, cu contrast, elastografia, pot fi utilizate bazat pe software-urile încorporate. Transductorul de 360 de grade poate genera imagini 3D pentru a facilita mai buna vizualizare a anatomiei și a leziunilor în volum, în spațiu. O altă opțiune este folosirea unui endotransductor liniar de 5 cm sau mai lung. Scanarea se face prin rotația transductorului în sensul acelor de ceas cu 360 grade, pentru examinarea circumferențială. Rotația transductorului va crea planuri de scanare care vor trece din sagital, în planul median, prin câmpuri oblice, progresivi către coronal. Pentru intervențiile ghidate (biopsie, puncție, drenaj prin cateter) este necesar un transductor liniar. Mai mult decât atât, în cazul unei fistule anale, introducerea în traiectul fistulos a unei substanțe de contrast (Sonovue) sau a apei oxigenate crește vizibilitatea traiectului.

Ecografia transperineală (TPUS) convexă și liniară, elastografia și examinările cu substanță de contrast

Ecografia transperineală (TPUS) este folosită la examinarea rectului și regiunii perianale. Tehnica este ușoară, iar echipamentul folosit

SISTEM DE COMPARTIMENTARE CU PEREȚI DE CAMERĂ CURATĂ – LINDO® (SHD)



- Sistemul de compartimentare cu pereți modulari de cameră curată, împreună cu instalația de flux de aer laminar, sunt ideale pentru controlul contaminării bacteriene în blocul operator, asigurând folosirea optimă și flexibilă a spațiilor critice din spital
- Include podele, pereți și tavane pentru cameră curată, uși glisante sau batante, ventilație medicală cu flux de aer laminar
- Sistemul LINDO® permite o integrare etanșă și fără suduri a tuturor echipamentelor, atât a celor montate pe plafon (pendante, sisteme de iluminat, plenumuri de aer laminar, brațe suspendate, C-arm-uri, lămpi scialitice),

cât și a celor montate pe pereți (grile de admisie a aerului, ceasuri, negatoscoape, ecrane cu plasmă, trape pentru instrumentar, ghene pentru evacuarea materialului murdar, dulapuri).

- Această integrare totală cuprinde, de asemenea, sistemele auxiliare (de curent electric, transmisie date, gaze medicale) precum și sistemul modern de control al parametrilor sălii de operație, al aparatelor medicale electrice și de vizualizare a imaginilor.
- Compartimentarea permite intervenții ulterioare rapide asupra instalațiilor în caz de avarie sau service, în unele situații aceste

intervenții realizându-se fără a perturba activitatea din blocul operator

- Ușile LINDO® etanșe și ermetice sunt integrate coplanar în sistemul de compartimentare.
- Ușile pot fi batante sau glisante, cu unul sau două canaturi, cu deschidere automată sau manuală. Aceleași tipuri de uși pot fi, de asemenea, instalate în pereții convenționali pentru a crea o estetică omogenă a blocului operator.
- Încă din stadiul de proiectare, beneficiarul are posibilitatea să facă un tur virtual al viitoarei săli de operație, simularea luând în calcul inclusiv informațiile bio-motorii ale medicului

București

Str. Giuseppe Garibaldi
nr. 8-10 sector 2, 020223
București, România
Tel.: +40 314 250226/27
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Timișoara

Str. Coriolan Brediceanu
nr. 31B, Timișoara, 300012
Județul Timiș, România
Tel.: +40 720 393269
Fax: +40 256 110233
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Iași

Aleea Al. O. Teodoreanu nr. 55A,
Bloc 1, Demisol, Iași, 700155
Județul Iași, România
Tel: +40 725 119393
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

poate fi cel uzual (sonda convexă abdominală și sonda liniară de mare frecvență). Procedura necesită o bună cunoaștere a anatomiei și topografiei planșeului pelvin, canalului anal, rectului distal, sistemului sfincterian și a structurilor perirectale și perianale. Regiunea perineală este definită ca regiunea dintre anus și organele genitale externe (inserția scrotului sau comisura posterioară a labiilor mari), însă examenul TPUS poate include musculatura planșeului pelvin, regiunea anală și structurile adiacente organelor genitale. Tehnica presupune utilizarea sondei convenționale de 3-5 MHz, folosită în mod curent pentru examinarea abdomenului (profundzimea examinării este de 8-12 cm), iar apoi a sondeilor liniare de înaltă frecvență (7-15 sau 4-9 MHz). Orificiul anal trebuie umplut cu gel pentru a evita artefactele cauzate de aerul din canalul anal. EPA trebuie combinată cu examinarea digitală anterioară pentru a detecta regiunile sensibile. În cazul prezenței unei fistule perianale, sonda de ecografie trebuie plasată într-un unghi în direcția traiectului fistulos. În cazul absceselor superficiale combinația dintre palpate și ecografie este de asemenea utilă.

Mijloace terapeutice actuale

Boala hemoroidală

Tratamentul bolii hemoroidale dispune de o multitudine de opțiuni terapeutice, variind de la tratamentul conservator, până la intervenții chirurgicale propriu-zise. În momentul de față, o largă răspândire au cunoscut-o tehnicile minim invazive de tratament, efectuate de obicei fără spitalizare, ca de exemplu ligatura cu benzi elastice, injectarea de substanțe sclerozante sau, mai puțin, fotocoagularea pachetelor hemoroidale.

Pe de altă parte, metoda RAFAELO este puțin cunoscută la nivel național, însă la nivel internațional experiența este în creștere, fiind o tehnică de achiziție recentă. În țări ca Franța, sub egida Societății Franceze de Coloproctologie se realizează primul studiu multicentric asupra eficienței și rezultatelor RAFAELO.

Se cunosc deocamdată rezultatele unui studiu pe o serie de 2000 de pacienți tratați cu această metodă, acestea fiind încurajatoare. Succesul anticipat al metodei provine din absența complicațiilor la distanță și a recidivei bolii hemoroidale, cu o rată extrem de mică a complicațiilor locale (hematoame de margine anală, leziuni minore sfincteriene, sângerări locale). De asemenea, durerea locală a fost raportată cu o incidență mult mai mică decât în cazul procedeelelor ambulatorii standard, de tipul ligaturilor elastice sau a intervențiilor chirurgicale.

Coagularea cu Radiofrecvență (RF) este o metodă eficientă și minimal invazivă, cu un efect predominant local, având o foarte mică influență asupra țesuturilor din jur. Este bazat pe un aparat special care generează unde radio care se transmit printr-un ac special la nivelul țesuturilor (sondă). La acest nivel undele radio eliberează căldură locală. Este folosit în mai multe domenii, cum ar fi tratamentul varicelor de la membrele inferioare, a steluțelor vasculare de pe tegument, în dermatologie precum și în tratamentul tumorilor hepatice, pancreatice etc.

Tratamentul ambulator al fisurilor anale cronice, al papilelor hipertrofice, condilomelor acuminate, marșurilor hemoroidale

La nivel național și internațional există o experiență bogată de tratament a acestor afecțiuni. Marea lor majoritate sunt tratate chirurgical, cu anestezie locală, loco-regională sau generală, excizie, cu hemostază, cu sau fără sutură (tehnicile fără sutură oferă cele mai bune rezultate postoperatorii).

La nivelul fisurilor anale s-a progresat mai mult, evitându-se sfincterotomia chirurgicală, furnizoare a 12-20% din cazurile de incontinență anală. S-a înlocuit cu "sfincterotomia medicală" cu creme pe bază de blocați de canale de calciu, nitroglicerină, gliceriltrinitrat, care au rolul de a relaxa sfincterul intern, sau injecții cu toxină botulinică, ce are rolul de a paraliza sfincterul intern. În cazul fisurilor cronice este necesară fulgurarea marginilor fisurii, pentru distrucția țesutului cicatricial care se formează în timp. Aceasta este făcută de regulă cu electrocauterul. Cu cât acesta este mai performant, cu atât leziunile structurilor învecinate sunt mai mici și durerea postoperatorie mai mică, vindecarea mai rapidă și implicit și recuperarea.

Tratamentul fistulelor perianale

Din multitudinea de procedee nu s-a individualizat niciunul care să corespundă tuturor cerințelor: să fie minim invaziv, să se poată efectua ambulator, să nu necesite decât anestezie locală, să nu fie dureros, să nu lase o rană deschisă, să permită recuperarea rapidă cu minim de îngrijiri postoperatorii, să nu afecteze sfincterul anal chiar dacă fistula are traiect transsfincterian, să nu recidiveze.

Fiecare din procedeele cunoscute are avantaje și dezavantaje, riscul de recidivă nu este pentru niciunul din procedee 0%. Considerăm că aceasta se datorează în primul rând unei imagistici insuficiente a traiectului primar și a traiectelor secundare în fistulele complexe. Examinarea RMN oferă avantaje dar este mai greu accesibilă și dificil de interpretat de multe ori de către medicul chirurg în sala de operație.

Tratamentul fistulelor se face, ideal, după

ce fistula primară și traiectele secundare au fost puse în evidență prin metode imagistice moderne, folosind atât IRM cât și ecografia transperineală. Ecograful transperineal este un adjuvant disponibil în sala de operație, care poate face astfel ghidaj în timp real. Cel mai simplu, poate fi aplicat un drenaj de seton și după ce traiectul este coborât se poate recurge și la una din metodele de tratament chirurgical.

Abscesele perianale pot fi drenaje sub ghidaj imagistic combinat RMN + ecografie transperineală, apoi supravegheate în evoluție. Dacă apare o fistulă perineală în timp, aceasta va fi abordată după ideea de mai sus. Astfel de metode sunt folosite de echipe chirurgicale din stăinătate dar, în general, studiile de specialitate pe loturi mari de pacienți lipsesc, rezumându-se la comunicări orale sau sub formă de postere științifice în cadrul unor conferințe sau congrese.

Concluzii

Progresele rapide înregistrate în ultimii ani în proctologie și arsenalul din ce în ce mai complex de mijloace diagnostice și terapeutice aflate la îndemâna clinicianului au făcut ca această arie patologică să înregistreze o dezvoltare neașteptată, încetând să mai reprezinte apanajul unei singure specialități. Potențialul tehnico-științific actual va crea premisele unor dezvoltări continue în colo-proctologie, aducând probabil în prim plan noi achiziții tehnice care vor trebui însă integrate în algoritmul clinic specific.

Bibliografie

1. Lopez-Ceron M, Sanabria E, Pellise M. Colonic polyps: Is it useful to characterize them with advanced endoscopy? *World J Gastroenterol*. 2014; 20(26): 8449-8457.
2. Utsumi T, Iwatate M, Sano W, Hironori S et al. Polyp Detection, Characterization, and Management Using Narrow-Band Imaging with/without Magnification. *Clin Endosc* 2015; 48(6): 491-497.
3. Gono K, Obi T, Yamaguchi M, et al. Appearance of enhanced tissue features in narrow-band endoscopic imaging. *J Biomed Opt* 2004; 9: 568-577.
4. Horwhat JD, Maydonovitch CL, Ramos F et al. A randomized comparison of methylene blue-directed biopsy versus conventional four-quadrant biopsy for the detection of intestinal metaplasia and dysplasia in patients with long-segment Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 546-54.
5. Kodashima S, Fujishiro M. Novel image-enhanced endoscopy with i-scan technology. *World J Gastroenterol*. 2010; 16: 1043-9.
6. Neumann H, Fujishiro M, Wilcox M et al. Present and future perspectives of virtual chromoendoscopy with i-scan and optical enhancement technology. *Digestive Endoscopy* 2014; 26 (Suppl. 1): 43-51.

BIOTECHNICS IMPLANT SRL - **Adresa:** Str. C.F. Robescu, Nr. 12,
Sector 3, București, **Email:** office@biotechnics.ro,
Telefon: 0726.573.905

Distribuit de

BIOTECHNICS

Adeziv
chirurgical
IFABOND®



Adeziv chirurgical pentru uz intern, cu aplicații în chirurgia generală. Adezivul este recomandat în intervenții chirurgicale laparoscopice sau deschise precum hernia laparoscopică, sleeve gastric, by-pass gastric, disecția axilară, etc.

Ifabond®

Tehnologie inovativă
de fixare și hemostază

 **Péters**
SURGICAL

Acalazia

- de la diagnostic la tratament

Acalazia este cea mai cunoscută tulburare de motilitate a esofagului, deși etiologia este încă neelucidată și intens studiată. Se caracterizează prin absența relaxării sfincțerului esofagian inferior odată cu deglutiția, însoțită de lipsa undelor peristaltice ale corpului esofagian. ^[1]

Dr. Petre Hoară,

Dr. Mădălina Mitrea,

Dr. Silviu Constantinoiu

Incidența anuală a acalaziei este estimată între 1,07-2,2 cazuri/100,000 persoane, prevalența fiind între 10-15,7/100,000 persoane,^[2] fără pre-dilecție pentru un anumit grup de risc, vârstă sau gen.^[3]

O anamneză minuțioasă poate ridica suspiciunea de acalazie, pacientul acuzând cel mai adesea disfagie progresivă (90%) și regurgitații (75%). Alte simptome, relativ frecvent relatate de către pacienți, sunt scăderea ponderală (60%), durerile retrosternale (50%) și pirozismul (40%).^[4] La marea majoritate a pacienților simptomatologia se instalează insidios. Datorită unor simptome comune cu boala de reflux gastro-esofagian, nu de puține ori pacienții sunt tratați inițial cu inhibitori de pompa de protoni, o medicație care nu ajută în acalazie.

Pe baza elementelor clinice, la ora actuală se folosește scorul Eckardt ^[5], care are la bază 4 cele mai întâlnite simptome: disfagia, regurgitațiile, durerile retrosternale și scăderea ponderală. Acest scor este util atât pentru diagnostic, cât și pentru monitorizarea răspunsului la tratament.

Având în vedere că disfagia, scăderea ponderală sunt simptome de alarmă, pacienții trebuie întotdeauna investigați suplimentar. Acalazia beneficiază de o paletă largă de investigații pentru diagnostic: examinarea radiologică (radiografia toracică simplă și cu substanță de contrast), explorarea endoscopică (endoscopia digestivă superioară, rareori ecoendoscopia), manometrie esofagiană (convențională, sau de înaltă rezoluție) și impedanța intraluminală combinată cu manometria - EndoFLIP (endolumi-

nal functional lumen imaging probe), o tehnică nouă, utilă atât pentru diagnostic, cât și pentru ghidarea tratamentului ^[6]. Uneori, dacă diagnosticul nu este evident sau se suspicionează o patologie mai severă, poate fi utilă o tomografie computerizată de torace.

Tranzitul baritat, în dinamică, evidențiază de obicei un esofag cu grade diferite de dilatație, cu stază și evacuarea lentă a substanței de contrast, cu îngustare la nivel distal, simetrică, cu aspect de "cioc de pasăre" (Fig 1). Recomandarea este de măsurare a înălțimii coloanei de bariu la 1 și 5 minute de la ingestie.



Fig 1 – Tranzit baritat – esofag dilatat, cu stază și îngustare distală (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Spitalul Clinic "Sf. Maria", București)

Endoscopia digestivă superioară este folosită, în special, pentru excluderea altor patologii cu simptomatologie asemănătoare (permite excluderea unei tumori de esofag/joncțiune eso-gastrică). Uneori se găsește lichid de stază în esofag, combinat cu leziuni de esofagită, altele aspectul este cvasinormal, de aceea medicul endoscopist ar trebui să recomande și un tranzit baritat, investigație complementară, foarte importantă.

Investigația gold standard în diagnosticul acalaziei este manometria esofagiană,

care decelează relaxarea incompletă a sfincțerului esofagian inferior și lipsa undelor peristaltice la nivelul corpului esofagian. ^[1] (Fig 2)

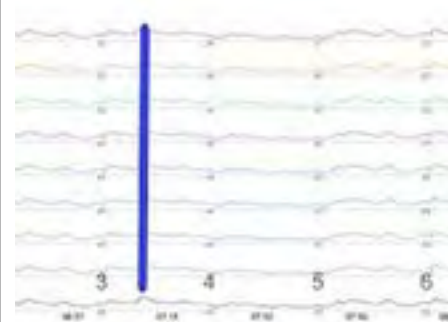


Fig 2 – Manometrie esofagiană – absența undelor peristaltice (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Spitalul Clinic "Sf. Maria", București)

Manometria esofagiană clasifică acalazia în 3 subtipuri, cu un răspuns relativ diferit la tratament: tipul I sau acalazia clasică - contractilitate esofagiană minimă; tipul II - cu perioade intermitente de presurizare panesofagiană și tipul III - contracții spastice cu amplitudine mare la nivelul esofagului distal. ^[7]

Având în vedere că nu se cunoaște etiologia, tratamentul în acalazie este paliativ, dar oferă pacienților perspectiva unei vieți normale.

Tratamentul presupune scăderea presiunii de la nivelul SEI. Acest lucru se poate obține temporar, prin medicamente (blocați de canal de Ca), injecție locală, endoscopică, de toxină botulinică, în cazul pacienților cu comorbidități severe, ce nu pot suporta o intervenție mai invazivă, sau ca pregătire pentru un tratament definitiv. Prima opțiune, cea mai puțin invazivă, dar nu lipsită de riscuri, este dilatația endoscopică cu balon (Fig 3), care se poate face în regim de spitalizare de zi,



Corectează disbioza prin modularea microbiotei intestinale!

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. NORMIX 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Administrare orală.
Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului disponibil în broșură sau pe site-ul www.alfasigma.ro. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety@alfasigma.ro sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale DAPP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L.
Str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

cu anestezie generală intravenoasă sau cu intubație. Riscul este de perforație esofagiană (cca 5%), iar eficiența este variabilă, mergând de la 50% până la peste 90%, după una sau mai multe ședințe.



Fig 3 – Dilatație endoscopică cu balon în acalazie (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Sp. Cl. "Sf. Maria", București)

Prin desființarea sfincterului esofagian inferior, care este una din barierele antireflux, dilatațiile pot duce la apariția bolii de reflux gastro-esofagian, dar care răspunde de obicei la tratamentele medicale. În cazul pacienților tineri, până în 40 ani, și mai ales de sex masculin, recomandarea este de tratament mai agresiv, cu eficiență crescută în timp.^[8] Acest tratament presupune secționarea chirurgicală a fibrelor musculare ale SEI (miotomie), fie pe cale laparoscopică/robotică, fie pe cale endoscopică (miotomia endoscopică per-orală POEM – o metodă mai nouă, care și-a dovedit deja eficiența)^[9]

Singura metodă care, după rezolvarea obstacolului reprezentat de SEI, crează totuși o nouă barieră antireflux, este miotomia pe cale laparoscopică, urmată de o hemifunduplicatură (anterioară sau pos-



Fig 4 – Miotomie laparoscopică – aspect intraoperator (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Sp. Cl. "Sf. Maria", București)

terioară) (Fig 4,5). Incidența refluxului postoperator este cea mai mică. Dezavantajele față de miotomia pe cale endoscopică sunt cele 4 sau 5 incizii de 5-10 mm la nivelul peretelui abdominal anterior. Miotomia endoscopică perorală este superioară în caz de acalazie de tip III, în care este nevoie de o incizie prelungită pe esofagul toracic sau în caz de recidivă după miotomia chirurgicală, dacă dilatațiile nu sunt eficiente.



Fig 5 – Hemifunduplicatură anterioară Dor – aspect intraoperator (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Sp. Cl. "Sf. Maria", București)

Fiind o afecțiune relativ rar întâlnită, diagnosticul și tratamentul acalaziei este bine să se facă în centre specializate.

La Spitalul Clinic "Sf. Maria" din București, în Centrul de Excelență în Chirurgia Esofagului din cadrul UMF "Carol Davila", condus de Profesor dr Silviu Constantinoiu, există o experiență de zeci de ani și sute de cazuri de acalazie tratate atât endoscopic cât și chirurgical, laparoscopic și este funcțional și un laborator complet de investigații în patologia esofagiană, benignă sau malignă.

Bibliografie:

- 1.S Constantinoiu, A Constantin, F Achim, M Boeriu – Acalazia cardiei în *Tratat de patologie și chirurgie esofagiană* / Silviu Constantinoiu (coord.), Ioan Cordoș, Constantin Ciuce, Viorel Scripcariu – București, Ed Academiei Române, 2017, pag 382 – 395.
- 2.RAB Oude Nijhuis, G Zaninotto, S Roman, GE Boeckstaens, P Fockens, MW Langendam, AA Plumb, AJPM Smout, EM Targarona, AS Trukhmanov, BLAM Weusten and Albert J Bredenoord – *United European Gastroenterology Journal* 2020, Vol. 8(1) 13–34; DOI:

10.1177/2050640620903213 journals.sagepub.com/home/ueg

- 3.Mouen A. Khashab, Marcelo F.Vela, Nirav Thosani, Deepak Agrawal, James L. Buxbaum, Syed M. Abbas Fehmi, Douglas S. Fishman, Suryakanth R. Gurudu, Laith H. Jamil, Terry L. Jue, Bijun Sai Kannadath, Joanna K. Law, Jeffrey K. Lee, Mariam Naveed, Bashar J. Qumseya, Mandeep S. Sawhney, Julie Yang, Sachin Wani, ASGE guideline on the management of achalasia, *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 91, Issue 2, 2020, Pages 213-227. e6, ISSN 0016-5107, <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.04.231>.
- 4.Vela MF, Richter JE, Wachsberger D, et al. Complexities of managing achalasia at a tertiary referral center: use of pneumatic dilatation, Heller myotomy, and botulinum toxin injection. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 1029-36.
- 5.Eckardt VF, Aignherr C, Bernhard G. Predictors of outcome in patients with achalasia treated by pneumatic dilation. *Gastroenterology*. 1992; 103(6): 1732-1738. doi: 10.1016/0016-5085(92)91428-7
- 6.Teitelbaum EN, Soper NJ, Pandolfino JE, et al. Esophagogastric junction distensibility measurements during Heller myotomy and POEM for achalasia predict postoperative symptomatic outcomes. *Surg Endosc*. 2015; 29(3): 522-528. doi: 10.1007/s00464-014-3733-1
- 7.Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T, et al. Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology* 2008; 135:1526-33
- 8.L Pripisi, P Hoara, A Constantin, D Predescu, Rodica Birla, Cristina Gindea, A Caragui, S Constantinoiu - The value of intraoperative endoscopy and manometry in the surgical treatment of achalasia - *Chirurgia* (Bucharest, Romania: 1990) - 01 Jul 2018, 113(4): 469-477; DOI: 10.21614/chirurgia.113.4.469
- 9.Tantau M, Crisan D. Peroral endoscopic myotomy: Time to change our opinion regarding the treatment of achalasia?. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7(3):237-246. doi:10.4253/wjge.v7.i3.237



ZirComBi

Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale
la pacienții cu **sindrom de intestin iritabil**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536* (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg*).

*100% valoare nutritivă de referință.



Zir-FOS®

Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei
intestinale **post-antibioterapie sistemică**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536* (5 miliarde per plic), fructo-oligozaharid Actilight și complex de vitamine B* (B1=1,1 mg; B2=1,4 mg; B6=1,4 mg; B12=2,5 μg).

*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și Zirfos® sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectele și informațiile de pe ambalaje. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la aceste produse la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro

Alfasigma România S.R.L.
Str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA 

Aspecte actuale și controversate privind dilatația congenitală de căi biliare la copil

Descrisă inițial ca o afecțiune extrem de rară, dilatația chistică a coledocului s-a dovedit în timp, odată cu multiplicarea cazurilor diagnosticate și tratate, o maladie complexă, în care leziunea este asociată cu variate forme de afectare hepato-pancreatică și care poate avea o evoluție ulterioară complicată.

Dr. Marcel Oancea,
Dr. Lorena Vatra, Dr. Anna Kadar

Spitalul Clinic de Urgență
pentru Copii "M.S. Curie" București

Chiar dacă în abordările generale privind chistul congenital de coledoc nu se observă opinii diametral opuse privind standardul de diagnosticare și necesitatea tratamentului chirurgical, consensul lipsește în privința definirii bolii, în acceptarea explicațiilor privind mecanismele patogenice, în aprecierea eficienței diferitelor soluții chirurgicale și a riscului de malignizare tardivă.

Clasic, denumirea de chist congenital de coledoc includea un întreg spectru malformativ al căilor biliare și al confluenței bilio-pancreatice. Acumularea cunoștințelor asupra malformației a arătat că sunt o multitudine de forme clinice, particularizate prin tipul anatomic al malformației, prin soluțiile terapeutice necesare și prin evoluția pe termen lung.

Varietatea modelelor de dilatație congenitală a CB a fost sintetizată în anii 70-80 în clasificarea Todani-Watanabe. Autorii studiului au definit-o ca "malformație biliară" și acest termen generic a fost preluat în practică pentru a defini "dilatația congenitală de căi biliare", contrar observației că și atrezia de căi biliare este o malformație biliară.

Fără să fie inclusă în mod curent în clasificările după care se raportează seriile clinice, trebuie acceptat că forma frustă de dilatație congenitală de cale biliară, așa cum a fost ea definită de Lilly în 1985, este o entitate clinică posibil încadrabilă tipului I de dilatație.

Fără să existe încă un consens în acest sens, stenoza coledocului terminal, canalul comun biliopancreatic lung și refluxul sucului pancreatic în CBP sunt mecanismele patogenice descrise ca posibile cauze care duc la apariția malformației. Trebuie arătat că aceste mecanisme de producere a dilatației nu pot explica apariția dilatațiilor din tipul II, III și IV.

Statistic, afecțiunea apare mai frecvent la

asiaticii din Extremul Orient, dar se constată o creștere a numărului de cazuri diagnosticate la nou născuții din emisfera vestică datorită folosirii pe cale largă a examinării ecografice în timpul sarcinii și a ecografiei de evaluare generală a copiilor nou născuți. Se apreciază că cca 15% dintre malformațiile de cale biliară sunt evidențiable ecografic începând cu săptămâna 18-20 de sarcină. Imaginea trebuie diferențiată de duplicația duodenală, stenoza duodenală, chiste hepatice dar mai ales de forma chistică de atrezie biliară. Diagnosticarea perinatală a malformației a fost factorul determinant pentru scăderea vârstei la care se recomandă corectarea malformației. Se consideră indicată intervenția radicală la vârsta de 3-6 luni, chiar dacă există opinii pentru temporizarea intervenției în cazurile care au o evoluție necomplicată.

Pentru tipurile de malformație I, II și IV operația de elecție este rezecția CB cu derivație HJ sau HD. Promovată de Todani, privită ca fiziologică, anastomoza HD apare mai riscantă sub aspectul complicațiilor septice. Majoritatea raportărilor din literatură se referă la AHJ ca soluție optimă de reconstrucție biliară. Nu există raportări de anastomoză chisto-digestivă ca soluție tehnică. Aceasta este ferm contraindicată și poate fi folosită doar ca o modalitate de drenaj temporar în situațiile de urgență.

Abordul laparoscopic al dilatației congenitale de cale biliară este s-a impus ca modalitate tehnică de realizare a rezecției de cale biliară și reconstrucție biliară. Singura limitare tehnică în abordul laparoscopic la sugarii foarte mici este dată de dimensiunea spațiului intra-abdominal care nu permite folosirea suturii mecanice pentru anastomoza JJ. De regulă, anastomoza în piciorul ansei se realizează extra-abdominal, prin portul ombilical.

Frecvența complicațiilor anastomotice apărute după intervențiile pentru dilatația congenitală de CB este una redusă, la sub 5% dintre cazuri. Specifică pentru tipul IV de dilatație este persistența dilatației pe CBIH cu "sludge" sau litiază intra-hepatică.

Transformarea malignă a CB restante

este cea mai importantă complicație evolutivă posibilă pentru aproximativ 10% dintre cazuri. Studiile publicate sugerează că riscul apariției malignității se reduce la cazurile operate precoce și recomandă ca strategie post-operatorie o supraveghere și evaluare clinică-paraclinică "agresivă" pentru perioade îndelungate de timp.

Experiența autorilor este limitată la 26 de cazuri cu dilatație congenitală a CBE, operate în perioada 2004-2019, la copiii cu vârste cuprinse între 6 săptămâni și 18 ani. Două cazuri au fost diagnosticate ca fiind forma frustă de dilatație biliară.

În momentul diagnosticului au fost înregistrate două cazuri cu pancreatită acută, 5 cazuri cu angiocolită acută și 8 cazuri cu litiază biliară asociată dilatației. La două dintre cazuri, litiaza a apărut ca o complicație tardivă după o derivație chisto și hepático jejunală anterior efectuate.

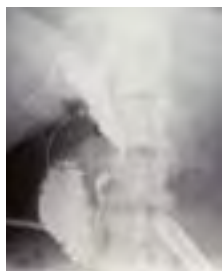
Rezecția căii biliare dilatate și derivația hepático jejunală pe ansă exclusă "a la Roux" a fost efectuată la 25 de bolnavi. La unul dintre cazuri a fost păstrată derivația pe ansă în omega efectuată într-o operație anterioară. Seria include trei cazuri de rederivație la un interval de 6 luni până la 9 ani de la primă intervenție.

A fost înregistrat un caz de fistulă anastomotică postoperatorie corectat printr-o reinervenție în Z3 postoperator. Nu au fost înregistrate episoade de angiocolită postoperatorie.

S-a intervenit pe cale laparoscopică în 10 cazuri și au fost necesare 4 conversii în laparotomie pentru finalizarea operației.

Bibliografie

1. Turowski C, Knisely AS, Davenport M. Role of pressure and pancreatic reflux in the aetiology of choledochal malformation. *British Journal of Surgery* 2011;98: 1319-1326.
2. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cyst: classification, operative procedure, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *American Journal of Surgery* 1977;134: 263-269.
3. Lilly JR, Stellan GP, Karrer FM. Forme fruste choledochal cyst. *Journal of Pediatric Surgery* 1985; 20:449-451.
4. Ando H, Ito T, Nagaya M, et al. Pancreaticobiliary maljunction without choledochal cysts in infants and children: clinical features and surgical therapy. *Journal of Pediatric Surgery* 1995; 30: 1658-1662.
5. Miyano T, Yamataka A, Kato Y, et al. Hepaticocenterostomy after excision of choledochal cyst in children: a 30-year experience with 180 cases. *Journal of Pediatric Surgery* 1996; 31: 1417-1421.
6. Santore MT, Behar BJ, Blinman TA, et al. Hepaticoduodenostomy vs hepaticojejunostomy for reconstruction after resection of choledochal cyst. *Journal of Pediatric Surgery* 2011; 46: 209-213.
7. Liem NT, Pham HD, Dung le A, et al. Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques A* 2012; 22:599-603.
8. Todani T, Watanabe Y, Toki A, et al. Hilar duct carcinoma developed after cyst excision followed by hepaticoduodenostomy. In Koyanagi Y, Aoki T (eds.), *Pancreaticobiliary Maljunction*. Igaku Toshi Shuppan, Tokyo, 2002.



Chirurgia de urgență în patologia malignă colo-rectală

În urmă cu aproape un secol, Henri Hartmann a descris tehnica chirurgicală care avea să-i poarte numele, care constă dintr-o colectomie stângă joasă, mai mult sau mai puțin întinsă, cu închiderea bontului rectal și colostomie terminală. La început, tehnica a fost aplicată pentru tratamentul neoplasmului rectal superior, la bolnavii cu tare asociate severe sau cu leziuni extinse loco-regional, care făceau inoportună efectuarea unei rezecții urmată de anastomoză primară.



Conf. Univ. Dr.
Horia Doran

Medic chirurg,
Spitalul Cantacuzino



Prof. Univ. Dr.
Traian Pătrașcu

Medic chirurg,
Spitalul Cantacuzino

Ulterior, indicațiile s-au extins, iar astăzi ar putea fi sintetizate astfel: complicațiile diverticulitei (perforația, ocluzia, fistula); cancerul colic complicat, prin ocluzie sau perforație; colita ischemică; volvulusul sigmoidian cu necroză secundară și perforațiile iatrogene, survenite la colonoscopie.

Majoritatea autorilor consideră că perforația colonului, determinată de boala diverticulară sau de tumori maligne, are un potențial septic și șocogen suficient de ridicat pentru a contra-indica de principiu efectuarea unei anastomoză primare, în favoarea unei intervenții mai sigure. Se apreciază că obiectivul esențial este rezolvarea urgenței chirurgicale și salvarea vieții pacientului, urmând ca rezolvarea definitivă să se obțină în al doilea timp operator.

Există însă și studii care pun la îndoială oportunitatea acestei secvențe

terapeutice, pledând pentru restabilirea primară a tranzitului, cu sau fără derivație de protecție. Pentru pacienții cu patologie benignă sau cu neoplasme până în stadiul T3, se optează pentru rezecție și anastomoză primară, asociind eventual lavajul anterograd intra-operator al colonului și ileostomie temporară.

O altă alternativă este stentarea endoscopică, rezolvarea ocluziei, rezecție cu anastomoză primară ("bridging"), metodă care a determinat reducerea incidenței colostomiilor de necesitate, precum și rata morbidității post-operatorii.

Reîncadrarea colonului în tranzit după operația Hartmann se efectuează după un anumit interval de timp de la intervenția primară. În experiența noastră, acesta a variat între 20 de zile și 8 luni, dar apreciem că valoarea optimă este de 4-5 luni. Se obține astfel atât echilibrarea biologică completă a pacientului, cât mai ales o ameliorare a condițiilor tehnice locale, îndeosebi diminuarea procesului inflamator și organizarea aderențelor. De altfel, datele din literatură converg spre un interval minim de 6 săptămâni între intervenția primară și reîncadrare.

Tactica operatorie cuprinde ca prim timp laparotomia exploratorie, care permite aprecierea unei eventuale recidive neoplazice ("second look"). După aderențioliză, de regulă destul de laborioasă și sângerândă și după mobilizarea segmentelor digestive se poate aprecia corect posibilitatea teh-

nică de reconversie. "Cheia" tehnică a restabilirii continuității digestive este reprezentată cu siguranță de identificarea și mobilizarea bontului rectal. Acesta poate fi scurt, defuncționalizat, înglobat într-un proces aderențial organizat fibros, pe scurt greu de evidențiat. De aceea, se pot dovedi utile: un protocol operator anterior amănunțit, care să precizeze datele anatomice ale bontului -lungime, eventuala fixare pe suprafața sacului; evidențierea sa imagistică pre-operatorie, prin clismă baritată sau colonoscopie și, ca artificiu tehnic, introducerea unui tutore, care să faciliteze identificarea.

În mod firesc, problema esențială a intervenției rămâne creșterea siguranței anastomozei. Au fost descrise mai multe metode, îndeosebi "degajarea" în amonte de anastomoză printr-o ileostomie sau colostomie temporară. Experiența clinicii noastre cuprinde însă rezultatele favorabile ale protezării cu tub trecut transanastomotoc, exteriorizat transanal, tehnică prezentată pe larg, atât în literatura medicală europeană, cât și în cea românească. Mecanismul principal este scăderea presiunii intra-lumenale, prin evacuarea gazelor, evitând astfel una dintre cauzele fistulelor anastomotice. Metoda are aceeași eficiență ca ileo sau colostomiile, fiind mult mai ușor suportată de pacienți. Nu în ultimul rând, are o durată scurtă, de 5-6 zile, adică până la reluarea tranzitului și nu mai necesită o nouă intervenție, de desființare a ileostomiei sau colostomiei.

System green

Real-time fluorescence imaging with the
ENDOCAM Logic 4K camera platform

RICHARD
WOLF 

spirit of excellence

Guides
your way

Scan with RIWO AR

In greenICG mode, the conventional white light endoscopic image is simultaneously combined with the ICG/NIR image information in real time at the touch of a button. This allows the tissue to be differentiated with a high level of detail and contrast with the usual outstanding image quality.



The new wireless way to treat haemorrhoids



HAL-RAR with TRIOLOGY

Comfort and convenience for the patient.
Comfort and convenience for the surgeon.

The new generation TRIOLOGY combines all the proven advantages of the HAL-RAR procedures with the flexibility of wireless technology.

For patients, HAL-RAR offers a safe and gentle alternative to conventional treatment methods that provides effective relief from all the symptoms of haemorrhoids, even in the more advanced stages. Artery ligation and mucopexy of prolapsing mucosa can be carried out in one procedure under local anaesthetic, depending on the individual patient and the prevailing healthcare system.

For surgeons, TRIOLOGY gives you the benefit of Doppler-ultrasound technology with no strings attached. Literally. With a Bluetooth connection between the unit and speaker, you can hear the system's signals for precise, customised detection of haemorrhoidal arteries while enjoying absolute freedom to manoeuvre the unit and attached probe as required. In addition, the absence of a cable - which acts as an antenna for surrounding electromagnetic radiation - means the equipment is less sensitive to interference and the arteries can be heard more clearly than ever before.

Sindromul eșecului în chirurgie

Chirurgia este una dintre multiplele ramuri medicale, fiind o metodă terapeutică, de cele mai multe ori radical-curativă. Ea se folosește de mijloace tehnice din ce în ce mai sofisticate în scopul realizării scopurilor propuse, cu cât mai puține efecte nedorite pentru pacient. Chirurgia este profund dependentă de progres și a fost marcată pozitiv de fiecare etapă de dezvoltare a medicinei. Iată principalele revoluții moderne care au marcat considerabil progresele chirurgiei. Le enumerăm pe scurt.

E. Brătucu, Cl. Daha, M. Marinceș, Sânziana Ionescu, V. Prunoiu

- Anestezia generală - W. Morton 1846. Astăzi a devenit posibilă îndeplinirea dezideratelor patrilaterului anestezic: analgezie, hipnoză, relaxare musculară și menținerea homeostaziei. Principala limitare a chirurgiei era durerea de care era însoțită. Aceasta condiționa timpul scurt în care trebuia să se desfășoare actul operator. Anestezia generală a permis un salt uriaș în amploarea actului chirurgical.
- Antibioticele - Este meritul lui Domagk care descoperă sulfonamidele în 1935 și al lui Fleming care în 1928 descoperă penicilina, introdusă în practică de către H. Florey și E. Boris Chain în 1942. Din acel moment chirurgia a avut la îndemână o puternică armă de combatere a uneia din cele mai agresive complicații postoperatorii - infecția. Acest arsenal -antibioticul - a generat un marcant surplus de încredere în lumea chirurgicală. Din acest moment totul s-a accelerat în termeni de progres, totul a devenit posibil.
- Imagistica de performanță - începuturile imagisticii revin radiologiei, meritele aparținând lui W. Conrad Roentgen. (1895). Relativ recent a apărut radiologia digitală și radiologia EOS, aceasta din urmă oferind imagini de ansamblu ale corpului, din față, profil și, mai ales, tridimensionale. Despre computere tomograf și rezonanță magnetică nucleară nu mai este nevoie a le sublinia performanțele și valoarea. Există actualmente o serie întreagă de programe care generează reconstrucții și substrații. Se obțin imagini de mare acuratețe ale organelor, informații asupra structurilor și vascularizației

acestora. A devenit astfel posibilă reconstrucția 3D pentru fiecare zonă de interes. Mai modestă, ecografia face și ea pași pe drumul ameliorării sensibilității, dar nu este încă o investigație de ultimă etapă exploratorie. În fine, a apărut scannerul, care oferă imagini color 3D, pe baza unei tehnologii care utilizează un accelerator de particule de mare putere prin tehnica Medpixon. Metoda aparține lui Phill și Anthony Butler, tată și fiu din Noua Zeelandă.

Folosind mijloacele enumerate până acum - anestezie, antibiotice, imagistică - limitele chirurgiei s-au largit. A devenit astfel posibilă tratarea unor situații patologice de mare risc. În susținerea pacientului de mare risc a intervenit și terapia intensivă.

- Terapia intensivă - susținerea și suportul bolnavului chirurgical este astfel asigurată printr-o serie de mijloace tehnice indispensabile pentru a corecta disfuncțiile de organ preexistente sau apărute intra și postoperator. A enumera aici toate resursele în tratamentul pacientului critic este imposibil.
- Endoscopia - nu există segmente sau organe cavitare care să nu poată fi abordate endoscopic, prin obținerea de imagini în timp real: toracoscopie, laparoscopie, mediastinoscopie, bronhoscopie, endoscopie digestivă etc. Tehnologia endoscopică a avansat rapid, iar astăzi oferă șansa unor procedee terapeutice de mare succes în domeniul patologiei digestive, urinare, bronhopulmonare etc.
- Laparoscopia - în fapt este tot o metoda de endoscopie dar utilizată doar de către chirurghi. Este o tehnică în dezvoltare rapidă: chirurgie digestivă, chirurgie bariatrică, a toracelui și mediastinului.
- Transplantul de organe - după pri-

mele tentative de transplant renal, în anii 1960 a urmat celebrul transplant de cord în 1967. Abia din 1980 transplantul a câștigat teren, astăzi fiind una dintre cele mai mari realizări în domeniul medical. Pentru a avea doar o idee despre ce este azi transplantul de organe, aproximativ 600.000 de transplantate sunt realizate anual în USA.

Am enumerat până acum doar o parte dintr-o serie întreagă de achiziții moderne care au dus medicina și chirurgia până la locul pe care se află astăzi. Indiferent de progresele remarcabile din chirurgie, responsabilitatea rămâne în totalitate în sarcina chirurgului care efectuează actul operator. De mai mulți ani, în practica medicală au apărut două elemente noi care reglementează actul terapeutic. Este vorba de asigurarea de malpraxis și de consimțământul informat. Aceste reglementări par suficiente și acoperitoare pentru gesturile terapeutice ale chirurgului. Dar nu este chiar așa. Aceste certificate de garanție pentru chirurg sunt valabile, dar și interpretabile. Până unde pot merge cu absolvirea chirurgului de un eventual eșec terapeutic? Dar ce este eșecul în chirurgie? Este cuantificabil? Nemulțumirea pacientului este egală cu eșecul terapeutic? Iată o serie de întrebări care așteaptă răspuns. Eșecul este definit de DEX ca înfrângere, insucces nereusită. Insuccesul în medicină nu poate apărea decât ca urmare a unui act terapeutic Evident că pentru pacient, cea mai nedorită opțiune de tratament este cea chirurgicală. Nici nu este de mirare. În ziua de azi există o ofertă nelimitată de alternative terapeutice pentru care nu se cere calificare medicală: plante medicinale, bioenergie, terapie magnetică, lumină polarizată etc. Pacientul este îndemnat a apela la aceste expediente în speranța

VAid - Vinno Artificial Intelligence Detection

VAim - Vinno Artificial Intelligence Measurements

DESIGN INOVATIV

FLUX DE LUCRU INTUITIV

TRANSDUCTORI CU
TEHNOLOGIE MONOCRISTAL
fara pini externi, cu plaja de frecvente 1-23 MHz

CONECTIVITATE: WI-FI · LAN · DICOM · BLUETOOTH · USB (stocare si printare)

MODURI DE LUCRU:

- B - 2D
- Color Doppler
- M
- M Anatomic
- Doppler Pulsat
- Doppler Continuu
- Doppler Tesut
- 3D/4D
- CBI-CEUS
- VGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

platforma software pentru "second opinion", training, service de la distanta

unei vindecări miraculoase, evitând astfel chirurgia. Evocarea unui tratament chirurgical atrage în mod cert o reacție de teamă. Chirurgia presupune un act agresiv care declanșează la pacient reacția naturală a instinctului de conservare. Actul operator se realizează printr-un contact fizic direct între pacient și medicul curant. Este un act radical și de cele mai multe ori curativ. Dar, sigur că rezultatul poate fi acompaniat de o gamă întreagă de riscuri și complicații. Pacientul este obligat să-și dea consimțământul la ceea ce urmează să se întâmple cu el. El trebuie să accepte agresiunea care se va adresa propriei sale anatomii. Cu toate progresele realizate de către chirurgie, riscurile sunt prezente și foarte puțin schimbate: ocluzii, sepsis, hemoragii, fistule, eviscerații, trombembolii etc. Medicul curant va aduce la cunoștința pacientului toată această listă de complicații, greu de ac-

ceptat, dar care va trebui consimțită prin semnătură – consimțământul informat.

Cândva, un celebru chirurg, Rene Leriche spunea: „fiecare chirurg are în suflet un loc plin de amărăciune unde trebuie să caute o explicație pentru eșecurile sale”. El a prevăzut faptul că chirurgia va fi din ce în ce mai dependentă de dezvoltarea tehnologică și că vor apărea subspecialități. Dar, totdeauna va rămâne, de neînlocuit, contactul reconfortant între pacient și chirurgul său: „omul este făcut din simțăminte și carne, dar are nevoie de înțelegere și asistență în momentele sale dificile”. Leriche a subliniat faptul că „era condotierilor în chirurgie a trecut. Azi, cei care fac chirurgie trebuie să fie complet informați asupra pacientului și asupra bolii sale”. Aceste percepțe avansate de către R.Leriche se regăsesc azi în reglementările privind etica actului medical și codurile de deontologie. Chi-

rurgia trebuie să evite riscul de a-și pierde sufletul, caracterul umanitar. Toate aceste aspecte le găsim discutate de nume mari din chirurgie, personalități care și-au așternut în scris gândurile despre această nobilă profesie. Enumeram doar câteva nume care și-au adăugat la notorietate și calitatea de memorialiști: James Harpole (nume real James Johnston Abraham), Robert Soupault, Dan Setlacec, Ion Juvara, Tiberiu Ghițescu. Aceștia, în monografiile dedicate chirurgiei s-au pronunțat cu fermitate asupra valorii umane a chirurgiei. Puterea considerabilă a chirurgului, se poate spune chiar colosală, nu trebuie să influențeze cu orice preț decizia terapeutică. Orgoliul profesional se va plăti de către pacient.

Și atunci, care este sindromul eșecului în chirurgie? Lipsa rezultatului terapeutic scontat, așteptat de către chirurg și sperat de către bolnav constituie coordonatele acestui sindrom de insatisfacție a celor doi parteneri, medic și pacient. Bolnavul are tendința să îndrepte vinovăția asupra medicului curant. Pe de altă parte, chirurgul suferă pentru nereușită, eșec pe care de cele mai multe ori nici nu îl înțelege.

Majoritatea complicațiilor generatoare de eșec nu pot fi reținute în sarcina chirurgului.

Pentru că în principiu există două feluri de erori: de fapt și de normă. În prima variantă, medicul curant se achită conștiincios de obligațiile sale, depune toate diligențele de diagnostic și tratament, deci se poate spune că a avut un comportament profesional adecvat, corect. Evoluția complicată, în această variantă, este datorată unor insuficiențe ale medicinei din momentul dat. Cu toate eforturile chirurgului, aplicând protocoale terapeutice corecte, se ajunge totuși la un rezultat cu defect. Rezultă că eroarea de fapt care a determinat eșecul nu ține de calitatea actului medical oferit de către medic și deci nu este imputabilă acestuia. În cealaltă variantă - eroare de normă - se întrunesc condițiile vinovăției. Medicul curant nu respectă protocoalele unanim acceptate, în vigoare, care reglementează comportamentul profesional în situația dată. Deci, se încalcă o serie de norme profesionale, iar aceasta este o greșeală, imputabilă medicului curant. Acesta își îndeplinește datoria cu defect, neprofesionist, creind



un prejudiciu de care este responsabil. Eroarea de normă poate fi comisivă (face ceea ce nu trebuie făcut) sau omisivă (nu face ceea ce trebuie făcut). De aici rezulta culpa, vinovăția, comisivă sau omisivă. Pacientul este obligat, pentru a avea acces la actul medical, să semneze consimțământul informat, alături de medicul curant. Odată semnat, acest consimțământ este acoperitor pentru riscurile inerente, justificate, ale actului medical pe care pacientul îl accepta conștient la ce urmează a se supune. Este informat. Dar acest consimțământ nu absolvă de greșile medicale, adică de erorile comisive sau omisive, care se constituie în greșeli. La modul sintetic, cam așa stau lucrurile în cazul eșecului în chirurgie.

Conform lui Graham Greene „eșecul este o formă de a muri”, dar și șansa de a încerca din nou. Se zice de către unii că frica de eșec este motorul progresului. Posibil. În 2008 a fost publicată o lucrare privind „Răspunderea profesională medicală”, prin strădania Colegiului Medicilor din România, sub coordonarea doamnei profesor Beatrice Ioan, președinta Comisiei Superioare de Disciplină, la acel moment. Materialul prezentat este amplu și abordează problemele esențiale ale răspunderii medicale. Autorii afirmă pe drept cuvânt că „un medic timorat, îngrozit de răspunderea profesională va aborda cele mai puțin riscante procedee, dar care adesea sunt și cele mai puțin utile. Obsesia răspunderii determină eludarea cazurilor grele și degradarea relației medic - pacient”.

Vom încerca să exemplificăm unele situații întâlnite în practica autorilor acestui material.

Pacientă, 72 ani, cu neoplasm de rect documentat anatomo-patologic, situat la 4 cm de orificiul anal, se prezintă la medic și solicită o operație cu păstrarea evacuării pe cale naturală, adică cu păstrarea canalului anal. A refuzat anusul contranaturii. Medicul curant aprobă alegerea pacientului și îi propune rezecția de rect ultrajoasă cu anastomoză colo-anală. Se obține consimțământul informat. Are loc intervenția chirurgicală dorită de pacientă. Postoperator evoluția se complică considerabil: stenoza anastomoză și fistulă colo-vaginală masivă. Au loc două reintervenții executate de către același chirurg, în speranța de a închide fistula și a sancționa stenoza. Nu se obține nici

un rezultat. Pacienta părăsește țara și se adresează unui reputat serviciu de chirurgie din Europa. Din nou se reintervine în dorința de a păstra calea de evacuare anatomică pentru materiile fecale. Rezultat dezastruos. Fistulă colo-vaginală masivă, drastic invalidantă. Reîntoarsă în țară, se efectuează colostomie definitivă cu rezecția canalului anal și a anastomozei colo-anale. Medicul operator roman este reclamat pentru prejudicii materiale și morale. Urmează ancheta disciplinară. La discuția cu pacienta, aceasta reproșează medicului curant că nu i s-a făcut de la început amputație de rect. I s-a obiectat faptul că dânsa a solicitat imperios păstrarea anusului și a semnat consimțământul informat în acest sens. Pacienta a obiectat că există protocoalele Ministerului Sănătății destinate cancerului de rect, iar acolo se prevede că neoplasmul de rect aflate la 4 cm de orificiul anal trebuie supuse amputației de rect. Medicul curant trebuia să respecte protocolul, chiar dacă pacienta a solicitat o altă procedură. Chirurgul trebuia să fie inflexibil și să rămână în litera reglementării. În această situație se poate susține că chirurgul a respectat normele impuse de reglementările în vigoare? S-au încălcat aceste norme? Evident că da. Chirurgul ar fi trebuit să refuze cererea pacientei, fiind condiționat de respectarea regulamentelor profesionale, norme pe care pacienta, la acea dată a operației, nu le cunoștea. Deci, este vorba de o eroare comisivă, medicul făcând ce nu trebuia să facă.

Tânăr de 25 de ani, adus de urgență la un spital județean cu insuficiență respiratorie acută, în colaps, stare instalată în urma unui accident de muncă - s-a surpat un mal de pământ, determinând traumatism prin compresie toracică. Rapid, s-a documentat hemopneumotorace stâng. A fost stabilizat parțial în terapie intensivă. S-a solicitat chirurgului de gardă, chirurg general, pentru a instala un drenaj pleural prin pleurostomie. Chirurgul de gardă a obiectat că nu are competență în efectuarea pleurostomiei, ceea ce era un neadevăr. Atunci, s-a solicitat transfer la București, dar pacientul a decedat între timp, la poarta spitalului, în salvarea de București. Cum poate fi încadrat acest refuz de implicare ce a condus la decesul unui tânăr? Evident că este o eroare prin omisiune, adică năndeplinirea unei obligații profesionale.

Dar, nu întotdeauna se întâmplă așa. Nu rareori apar situații contradictorii care iau naștere în urma unor vicii de comunicare între pacient / familie și medic. Comportamentul medicului este esențial, de maximă importanță. Se poate spune că este chiar hotărâtor. Familia pacientului se afla în cea mai nedorită situație din viață - boala. Este amenințată însăși existența unui membru al familiei. Riscul de a pierde o persoană dragă modifică și exacerbează dramatic trăirile și comportamentul celor aflați în suferință. Pe acest psihic profund perturbat, în funcție de gravitatea bolii, survine și un mod de comportament impropriu al medicului. Starea conflictuală este rapid constituită și aproape garantată. Comunicarea insuficientă, eliptică, confuză, în termeni aroganți, cu superioritate este capabilă să genereze sentimente de revoltă și resentimente la aparținători. Acestea vor produce efecte și se vor exprima dacă apar complicații și evoluția pacientului este nefavorabilă.

Exemplele pot continua la nesfârșit. Aproximativ 14-17% dintre reclamațiile adresate către Colegiul Medicilor au o susținere reală și corespund adevărului. Sunt înregistrate ca și erori medicale și pun un semn de întrebare asupra comportamentului profesional al medicului respectiv. O atenție crescută din partea profesionistului, compasiunea pentru suferința aproapelui, mândria profesională și respectul de sine sunt singurele soluții viabile pentru a efectua un act medical de calitate și a oferi satisfacții pacientilor. Altfel, în absența acestor criterii de comportament, profesia medicală își pierde valoarea, prestigiul și noblețea care trebuie să o definească.

Bibliografie

- Henry Marsh - Să nu faci rău, ed. LITERA, 2016
- James Harpole - Behind the surgeon's mask, ed. F.A. Stokes Comp., 1940
- James Harpole - La legion blanche, ed. Gerard & Cie, Collection Marabout, 1958
- V. Astărăstoae, Beatrice Ioan, Gh. Borcean, L. Fătu - Răspunderea disciplinară medicală, broșură CMR, 2012
- T. Ghițescu - Chirurgul, Ed. Științifică și Pedagogică, 1979
- R. Soupault - Pleins pouvoirs sur la vie, Ed. Fayard, 1969
- D. Setlacec Chirurgul și lumea sa, Ed. Albatros, 2004
- I. Juvara - Așa a fost. Amintirile unui chirurg, Ed. Du Style, 1996
- Raluca Mihaela Simion - Malpraxisul medical: oportunitate sau realitate, ed. Humanitas, 2010

O noua generatie in diagnosticul viscoelastic al HEMOSTAZEI



1 Principiul de masurare

- Thrombelastografie (miscare elastica)
- In timpul masurarii cupa de proba este rotita cu ajutorul unui element elastic iar pinul este stationar
- Unghiul de rotatie este masurat prin intermediul unui sistem de detectie capacitiv
- Corelatie excelenta stabilita prin intermediul tehnologiei Cupa - Pin

2 Tehnologie tip „varf activ“

- Varful de pipeta contine un burete impregnat cu reactivii necesari liofilizati care se dizolva la transferarea probei de sange, astfel fiind eliminata manipularea acestora
- Gama de menu de testare cuprinzatoare
- Stocarea reactivilor la temperatura camerei
- Pipetare electronica simpla, monovolum (volum unic 340µL)

3 Analizorul ClotPro®

- 6 canale independente pentru a maximiza flexibilitatea și accesibilitatea la alegere între următoarele teste:
 - EX-test** [prezentare rapida a procesului de coagulare]
 - FIB-test** [nivelul functional al fibrinogenului]
 - IN-test** [evaluarea heparinei, sensibila la F-VIII]
 - HI-test** [IN-test cu inhibarea heparinei]
 - AP-test** [inhibarea fibrinolizei cu aprotinina]
 - RRW-test** (sensibilitate ridicata pentru anticoagulanti orali directi (DOAC) - de exemplu: rivaroxaban, edoxaban etc.)
 - ECA-test** [Sensibilitate ridicata pentru antagonistii directi ai trombinei - de exemplu: dabigatran, argatroban]
 - TPA-test** [evaluarea coagularii cu activarea fibrinolizei]
 - NA-test** [non activated test]
- Incalzire rapida, directa, in infrarosu, a pozitiei de testare
- Analizor usor cu design compact
- Sistem usor de utilizat

4 Interfata utilizator

- ! Display mare, touch-screen, full HD
- ! Afisaj pe un singur ecran care prezinta rezultatul obtinut, parametrii si curba grafica
- ! Cititor coduri de bare, gestionare utilizatori
- ! Pipetare ghidata electronic
- ! Optiuni de transmitere rezultate
 - conectivitate LIS / HIS
 - vizualizare la distanta (remote)
 - transmitere rezultate prin e-mail


BALMED
 office@balmed.ro www.balmed.ro

Adresa: B-dul Burebista nr. 1, Bl. D15, Sc. 4, Et. 5,
 Ap. 125, Sector 3, 031106, București
 Tel / Fax: +40 213 275 269
 Mobil: +40 722 677 660; +40 724 204 606

TROMBELASTOGRAFIE - TEG 6s



Trombelastograful computerizat **TEG® 6s** este destinat analizării elasticității cheagului de sânge prin măsurarea proprietăților mecanice de la de inițierea formării până la lizarea acestuia fiind sensibil la toate interacțiunile dintre componentele celulare și plasmatic (factori de coagulare și fibrinoliză).

	TEST	DESCRIERE	PROBĂ
Global Hemostasis			
Citrated: K, KH, RT, FF (07-601)	<i>Kaolin TEG¹</i>	Analiză cu activarea căii intrinseci. Această trasare generată de trombină identifică caracteristicile hemostatice subiacente și riscul de sângerare sau tromboză.	Sânge integral citrat
	<i>Kaolin TEG with Heparinase²</i>	Elimină efectul heparinei în proba de testare. Utilizat împreună cu Kaolin standard TEG, evaluează prezența heparinei sistemice sau a heparinoidelor.	
	<i>RapidTEG³</i>	Analiză cu activarea atât a căii intrinseci cât și a celei extrinseci care accelerează procesul de coagulare în vederea obținerii cât mai rapide a proprietăților și caracteristicilor de coagulare.	
	<i>TEG Functional Fibrinogen⁴</i>	Un test activat pe cale extrinsecă care utilizează un inhibitor puternic de GPIIb/IIIa plachetar pentru a restricționa funcția plachetară în vederea izolării contribuției fibrinei în coagulare. Utilizat împreună cu Kaolin TEG se poate evalua contribuția relativă a trombocitelor și a fibrinei la tăria globală a cheagurilor.	
PlateletMapping®			
Mapare plachetara ADP (07-615)	<i>TEG PlateletMapping⁵</i>	Include o urmărire specifică a receptorului de trombină și a receptorului trombocitar (ADP/AA). Identifică nivelul inhibării și agregării plachetare, utilizând Kaolin TEG (care reprezintă potențialul hemostatic de bază al pacientului) ca și control.	Sânge integral heparinat

Departamentele pentru care utilizarea TEG® 6s aduce un plus calității actului medical și o scădere a costurilor asociate sunt: Urgențe, ATI, Chirurgie cardio-vasculară, Ortopedie, Neurologie, Oncologie, Transplant, Obstetrică-Ginecologie, Transfuzii, Neonatologie și Pediatrie.

¹ Test cantitativ in-vitro care se folosește la monitorizarea pacienților ce prezintă tulburări ale coagulării.

² Idem ¹ pentru pacienți heparinizați.

³ Se folosește când este necesară determinarea rapidă (5 – 10minute) a tăriei cheagului de sânge (intervenții chirurgicale, tratamente cu anticoagulante heparinice, diferențierea între coagulopatie și sângerare mecanică).

⁴ Se folosește pentru a determina și identifica coagulopatiile asociate fibrinogenului (nivelul de fibrinogen, eliminarea ambiguităților asociate tăriei maxime a cheagului, anormalitate genetică legată de fibrinogen, diagnosticare CID).

⁵ Se folosește când este necesară monitorizarea strictă a nivelului de inhibare al funcției plachetare de către anticoagulante față de hemostaza de bază a pacientului, pentru identificarea potențialilor factori generatori ai sângerărilor, pentru ierarhizarea factorilor de risc în evenimentele trombotice, pentru determinarea eficacității terapiei antiplachetare precum și a rezistenței trombocitelor la terapie.

Abordul chirurgical al carcinomatozei peritoneale - HIPEC - PIPAC - de la consens, la practica clinică

Carcinomatoza peritoneală reprezintă stadiul evolutiv al bolii neoplazice maligne la nivelul peritoneului, secundar de cele mai multe ori unei tumori maligne cu punct de plecare în afara seroasei peritoneale și foarte rar, având ca origine primară chiar seroasa peritoneală.



MD. PhD. Adriana
Bădulescu

Fachärztin für Allgemein – und
Viszeralchirurgie, Oberärztin, St.
Lukas Klinik, Dortmund

Asociat clinic fie tabloului de ascită „malignă”, fie celui de ocluzie intestinală, acestui stadiu de evoluție a bolii maligne îi este atribuit ca și rezervă terapeutică de cele mai multe ori cu vântul de ordine „disperarea”.

Eforturile umane și de resurse materiale au condus însă, în ultimii 20 de ani la cristalizarea rolului și locului chirurgiei citoreducționale asociate cu administrarea intraperitoneală în condiții de hipertermie, a agenților chimioterapici (HIPEC).

Rezultatele pozitive în planul supraviețuirii generale au fost demonstrate însă numai în cazul respectării cu strictețe a criteriilor de selecție a pacienților supuși acestui concept terapeutic.

Pentru a evita o confuzie întâlnită frecvent în practica clinică, se impune diferențierea noțiunii de chirurgie oncologică citoreducțională, respectiv, îndepărtarea chirurgicală a tuturor leziunilor tumorale macroscopice, de noțiunea de „debulking” tumoral, termen asociat cu al 2-lea, sau chiar și al 3-lea „efort” chirurgical, efectuat în cazul diagnosticării volumului tumoral mare la nivelul cavității peritoneale.

Prin consens terapeutic, rezultatul intervenției chirurgicale citoreducționale este cuantificat cu ajutorul scorului de rezecție chirurgicală completă – completeness of cytoreduction score – „CCS”, a cărui valoare poate fi cuprinsă între 0 – atunci când rezecția leziunilor tumorale este completă macroscopic, 1 – atunci când leziunile tumorale reziduale au un diametru maxim mai mic sau egal cu 2,5mm, 2 – atunci când rezecția tumorală este macroscopic incompletă, respectiv, diametrul cel mai mare al leziunii tumorale restante, în oricare din cadranele cavității abdominale este mai mare de 2,5mm sau chiar 3 – atunci când diametrul maxim al leziunii restante depășește 25mm.

Evaluarea bolii tumorale reziduale după un efort chirurgical maxim reprezintă un indicator prognostic cantitativ, obligatoriu a fi cunoscut înaintea inițierii administrării intraperitoneale a oricărui agent chimioterapic, deoarece în cazul unui CCS mai mare de 0 – 1, administrarea chimioterapiei intraperitoneale se asociază nu numai cu un preț de cost ridicat, ci mai ales, cu un risc crescut de morbiditate și mortalitate.

Dacă ne gândim la criteriile lui Ranson, care estimează riscul complicațiilor locale asociate unei pancreatite acute sau la scorul Child – Pugh, ce evaluează severitatea unei ciroze hepatice, corelată cu 1 până la 2 ani de supraviețuire, indicatorii prognostici cantitativi și-au dovedit utilitatea pentru foarte multe entități patologice.

Astfel, și în cazul evaluării carcinomatozei peritoneale s-au impus de-a lungul anilor diverși indicatori reproductibili, ce pot preconiza supraviețuirea și evalua morbiditatea și riscul mortalității.

Dintre numeroșii indici folosiți în timp, precum stadializarea Gilly (Lyon,1994), scorul „P” folosit de societatea japoneză pentru studiul cancerului gastric, indexul de cancer peritoneal simplificat (SPCI) – al societății olandeze, se impune de departe evaluarea preoperatorie bazată pe tomografia computerizată sau pe tomografia cu emisie de pozitroni, care culminează cu evaluarea intra - operatorie. Aceste evaluări au fost standardizate de Sugarbaker prin definirea indexului de cancer peritoneal (PCI).

Data fiind sensibilitatea de numai 60 -90% a unei tomografii computerizate în identificarea nodulilor de carcinomatoză peritoneală, sau de până la 73% în cazul unei explorări abdominale prin rezonanță magnetică nucleară, extensia carcinomatozei peritoneale este stabilită cu acuratețe numai în momentul unei laparotomii / respectiv – scopii exploratorii.

Tehnica operatorie de stadializare, standardizată tot de chirurgul canadian Sugarbaker, presupune o explorare a cavității abdominale în urma lizării oricarei aderențe dezvoltate intraabdominal, prin împărțirea cavității în 13 cadrane – cele 9 cadrane anatomice, la care se adaugă, dată fiind suprafața extinsă a seroasei peritoneale, alte patru regiuni, supra – și infra-mezenterial, drept, și stâng.

La nivelul fiecăreia din cele 13 regiuni se apreciază diametrul maxim al leziunilor tumorale peritoneale, cu ajutorul scorului lezional – LS – lesion score – care poate avea o valoare de 0 – atunci când nu există leziune tumorală peritoneală vizibilă, 1 – atunci când diametrul tumoral maxim este mai mic de 0,5cm, 2 – atunci când diametrul lezional maxim este cuprins între 0,5 – 5cm și 3 – atunci când diametrul lezional maxim este mai mare de 5cm. Însumarea scorului lezional pentru toate regiunile abdomino – pelvine poate varia între 0 – 39.

Acest indicator prognostic cantitativ, de cuantificare a carcinomatozei peritoneale a demonstrat că o valoare mai mare de 20 reprezintă o contraindicație relativă pentru intervenția chirurgicală citoreducțională, respectiv, asocierea unei supraviețuirii mediane similare cazurilor în care nu se intervine chirurgical.

În cazurile evolutive, de altfel, nu rar diagnosticate în momentul în care PCI este mai mare de 20, intervenția chirurgicală citoreducțională poate avea scop paleativ, pentru ameliorarea sau prevenirea apariției iminente a simptomatologiei. Una din excepțiile acestei reguli este reprezentată de pseudomixomul peritoneal și mezoteliomul minim agresiv, cazuri în care, dată fiind absența invaziei locale a bolii neoplazice peritoneale, un scor PCI de 39 poate fi convertit la 0 printr-o intervenție citoreducțională. O altă excepție o reprezintă valoarea redusă a PCI, în prezența leziunilor tumorale dezvoltate în regiuni anatomice cruciale, ce fac imposibilă o rezecție oncologică completă, situație superpozabilă celei în care pacientul prezintă deja determinări secundare pulmonare sau osoase.

Putem spune că, odată determinat PCI și estimată posibilitatea obținerii acurateții rezecției chirurgicale (CCS), pacientul poate fi supus criteriilor de selecție în vederea stabilirii indicației abordului terapeutic complex multimodal al bolii neoplazice maligne peritoneale.

Criteriile de selecție au fost definite de grupul internațional de lucru pentru neoplazia malignă a peritoneului (PSOGI):

1. Carcinomatoza peritoneală și limitată, fără metastaze extraabdominale (PCI<20)
Invazia retroperitoneului reprezintă o contraindicație relativă
2. Absența invaziei intestinului subțire, sau în cazul acesteia, posibilitatea menținerii

unui rest minim de 150 cm de intestin subțire indemn.

3. Factori adiționali individualizați – vârsta, comorbidități – cuantificați printr-un Status ECOG 0-2.

În urma selecției pacientului, acesta va fi supus intervenției chirurgicale citoreducționale, intervenție laborioasă, ce poate varia de la o simplă rezecție oncologică de organ, cu peritoneul adiacent, până la o rezecție multiviscerală - ce poate cuprinde rezecția parțială a diafragmului, alături de peritonectomia cupolelor diafragmatice dreapta și stânga, o colecistectomie, o rezecție parțială gastrică, o hepatectomie parțială, splenectomie, pancreatectomie parțială, rezecție parțială a vezicii urinare, histerectomie, anexectomie – rezecții ce sunt impuse de originea tumorii neoplazice primare.

În urma obținerii unui CCS de 0-1, are indicație asocierea intraperitoneală a chimioterapiei hipertermice, intervenția chirurgicală oferind astfel o suprafață maximă de administrare a agentului chimioterapic, în scopul sterilizării eventualelor celule tumorale reziduale și al evitării „sechestrării” chimioterapicului într-o zonă de cloazonări peritoneale.

Argumentele care stau la baza administrării intraperitoneale a agentului chimioterapic sunt:

1. Obținerea unei concentrații la nivel intraperitoneal de 10x mai mare decât cea obținută prin administrarea intravenoasă a acestuia;
2. Clearance-ul intravenos de 4x mai redus
3. Efectul sistemic toxic egal sau chiar mai mic celui obținut în cazul administrării intravenoase.

Cu alte cuvinte, chimioterapia intraperitoneală permite administrarea unei cantități mari de agent chimioterapic într-o concentrație mai mare la nivelul țesutului tumoral, ce nu ajunge ușor în circulația sistemică, dat fiind clearance-ul plasmatic redus și care, în cazul administrării intravenoase nu ar fi ținut anumite leziuni tumorale (sub 1mm), dată fiind circulația sanguină redusă la nivelul acestora.

Studiile clinice au determinat faptul că asocierea hipertermiei în momentul administrării intraperitoneale a agentului chimioterapic augmentează efectul acestuia.

Argumentele în favoarea asocierii hipertermiei sunt:

1. Efectul citotoxic direct mărit - creșterea temperaturii peste 39° mărește permeabilitatea membranelor și capacitatea de transport la nivel intracelular
2. Penetrabilitatea mai înaltă a agentului chimioterapic
3. Efectul sinergic pentru anumiți agenți chimioterapici.

O temperatură cuprinsă între 39° - 43° împiedică repararea ADN -ului tumoral, stimulează denaturarea proteică, crește apoptoza și

inhibă angiogeneza în mediul celulei tumorale.

În scopul administrării unei chimioterapii hipertermice cu un maxim de eficiență, temperatura trebuie să atingă 40° - 45° la nivelul cateterului ce aduce chimioterapicul la nivelul cavității peritoneale, pentru a obține o valoare de 42° la nivelul cateterului ce preia agentul chimioterapic de la nivel peritoneal.

Studiile literaturii medicale au demonstrat o indicație certă pentru administrarea chimioterapiei hipertermice intraperitoneale în cazul:

1. Pseudomixomului peritoneal
2. Carcinomatozei peritoneale cu punct de plecare cancerul colo – rectal
3. Carcinomatozei peritoneale cu punct de plecare cancerul gastric
4. Mezoteliomului peritoneal
5. Carcinomatozei peritoneale cu punct de plecare cancerul ovarian
6. Sarcomatozei peritoneale.

Administrarea intraperitoneală a chimioterapiei se face fie prin:

- tehnica abdomenului „inchis” – respectiv, lavajul cavității abdominale timp de 1h, cu închiderea temporară a cavității abdominale – tehnică ce permite creșterea presiunii intraperitoneale și, implicit facilitarea penetrabilității agentului chimioterapic, dar care este grevată de marele dezavantaj al încălzirii excesive a lichidului intraperitoneal, asociată cu exacerbarea ileusului postoperator și a incidenței crescute a fistulelor entero – enterice sau entero – cutanate;
- tehnica abdomenului „deschis” – tehnica Coliseum – ce permite omogenizarea optimă a temperaturii soluției de lavaj abdominal de către chirurg, și implicit, difuziunea omogenă a acesteia.

Agenții chimioterapici folosiți intraperitoneal diferă de la instituție la instituție, însă, de rutină, s-au impus două regimuri:

1. Regimul „Helm”, ce asociază Cisplatin 50mg/m², Doxorubicin 15mg/m² în 2000ml NaCl i.p. timp de 60’, cu Ifosamid 1200mg/m² la 100mg NaCl (i.v.), 3x20mg/m² Mesna
2. Regimul „FOLFOX” i.p. ce asociază Oxaliplatin 460mg/m² în 2000 ml sol. de glucoză 5%, timp de 30’, la 41,5°C, cu 5-FU 400mg/m², Leucovorin 20mg/m² la 100ml NaCl (i.v.).

În prezent, putem spune că studiul multicentric PROPHYLOCHIP, ce compară efectuarea sistematică a unei intervenții de tip second – look, urmată de administrarea HIPEC, cu atitudinea de supraveghere standard a pacientului diagnosticat cu cancer colo – rectal care prezintă risc pentru dezvoltarea carcinomatozei peritoneale, întărește necesitatea monitorizării dezvoltării carcinomatozei peritoneale pentru localizarea colo – rectală a bolii neoplazice maligne, relevând clar faptul că o strategie pro – activă, ce in-

clude intervenția second – look asociată cu HIPEC nu îmbunătățește și supraviețuirea generală pentru această localizare.

De asemenea, în cazul pacienților cu cancer colo – rectal diagnosticați în stadiul local avansat, primul studiu randomizat efectuat în 15 ani, PRODIGE 7, a demonstrat faptul că asocierea chimioterapiei intraperitoneale hipertermice nu reprezintă pentru stadiul evolutiv local avansat nici un beneficiu terapeutic, respectiv, mortalitatea prin asocierea HIPEC este mai mare la 60 zile postoperator comparativ cu brațul netratat chimioterapic intraperitoneal.

Grupul internațional de lucru pentru carcinomatoza peritoneală (PSOGI) a cernut și indicația chirurgiei citoreducționale urmată de HIPEC în cazul localizării primare gastrice și anume, beneficii clare numai în cazurile asociate cu CCS egal cu 0.

Pentru localizarea ovariană a bolii neoplazice maligne sunt în curs de finalizare mai multe studii randomizate desfășurate în Olanda, Franța și Italia.

Având însă în vedere faptul că în cazul unui diagnostic de carcinomatoza peritoneală, un indice CCS cuprins între 0-1 nu poate fi obținut în circa 75% din cazuri, eforturile terapeutice depuse pentru ameliorarea în special a simptomatologiei induse de ascita malignă au condus la definirea rolului și momentului unei tehnici chirurgicale laparoscopice, prin intermediul căreia se eliberează la nivelul cavității peritoneale timp de 30’, la o presiune intraabdominală de 12mmHg, la interval de câte 6 săptămâni, la o temperatură de 37° agenți chimioterapici (Oxaliplatin 92mg/m² pentru localizări colo – rectale și doxorubicin 2,1, Cisplatin 10mg/m² pentru celelalte localizări ale bolii neoplazice maligne) sub forma aerosolilor presurizați – așa numita tehnică PIPAC – pressurized intraperitoneal aerosol chemotherapy.

Această tehnică necesită o narcoză de 30’, folosirea a două trocare, de 5 și respectiv 10mm și a unui pneumoperitoneu de 12 – 20mmHg CO₂. Contraindicațiile acestei tehnici sunt reprezentate de determinările secundare hepatice și prezența tulburărilor de pasaj (ileus) și obligă la întreruperea cu 3 săptămâni înainte de efectuare, a administrării eventualei terapii cu agenți monoclonali.

În încheiere, ținând cont de toate eforturile depuse în ani, printr-o vastă colaborare multi - centrică și multi – instituțională în scopul standardizării tratamentului bolii maligne - primare sau secundare – peritoneale, dar având pe retină o întreagă pleiadă de complicații asociate tehnicilor descrise mai sus, aș dori să parafrazez cuvintele inegalabilului Einstein: „vă rog, nu încetați a întreba!, vă rog, nu uitați istoria!, vă rog, nu periclitați pacientul!, vă rog, nu promiteți pacienților rezultate ce nu pot fi obținute!”

OLYMPUS

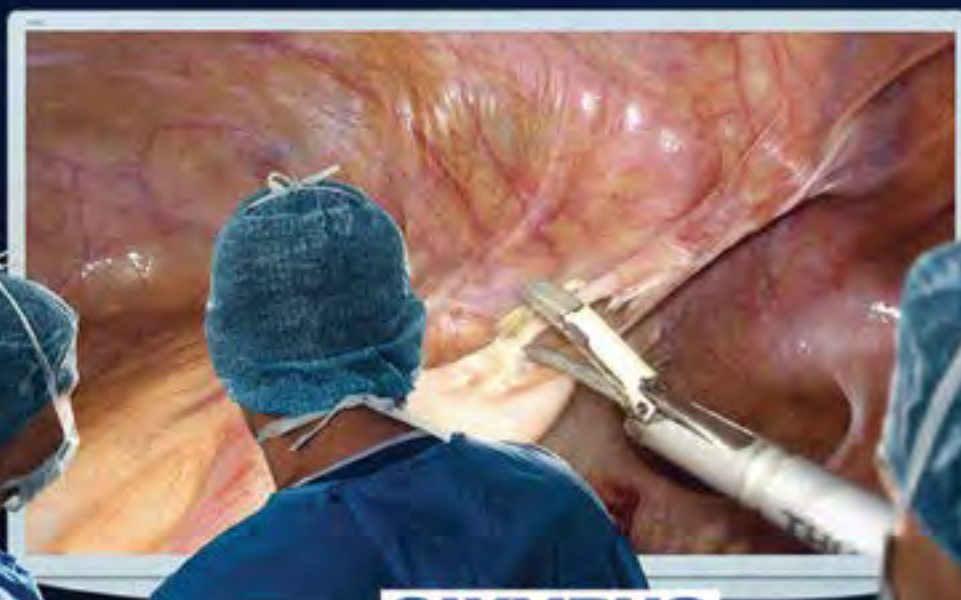
VISERA 4K UHD

de 4 ori rezoluție full HD ce permite operatorului vizualizarea structurilor fine ale tesutului

BIG SCREEN SURGERY

Get Closer with Full 4K

4K



OLYMPUS

 **temco**
TEHNO ELECTRO MEDICAL COMPANY
APARATURĂ MEDICALĂ, REPREZENTANȚĂ ȘI SERVICE

021353 **BUCUREȘTI**, Str. Călușei nr. 69A,
Tel: +40-(0)21 252 4650; Fax: +40-(0)21 252 4667
400489 **CLUJ-NAPOCA**, Str. Republicii nr. 65-67;
Tel.: +40 - (0)264 - 599 331; Fax: +40 - (0)264 - 596 270

www.temco.ro, e-mail: office@temco.ro



LAP 53 4.1 05/2021/A-E-RO



RoBi[®] Instruments

Rotating bipolar forceps and scissors
in sizes 3.5 mm and 5 mm



KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany
KARL STORZ Endoscopia Romania srl, Str. Prof. Dr. Anton Colorian, nr. 74, Sector 4, Bucuresti/Romania
www.karlstorz.com

