

ALFASIGMA

BALMED

BRAUN  
SHARING EXPERTISE

DIGIMEDICAL

EYECON<sup>®</sup>  
MedicalGenekor  
Committed to Biotechnological InnovationGRALY  
MEDICALSTORZ  
KARL STORZ - ENDOSCOPYPI  
medfarm.roMITI<sup>®</sup>  
Dedicated to health.NOVA TECH med  
Imagina completă în diagnostic medicalOrtoProfil  
Orthopedic Implants

ROMBIOMEDICA

SANADOR  
Sănătatea ca stil de viață!

SIAD

TZMO  
Romania  
Distribuitor al UNICO S.A. și UNICO S.R.L.VAVIAN  
TRADINGMEDICAL  
MARKET

# Chirurgie generală și Endoscopică

20 de ani de presă medicală sub sigla Fin Watch  
**20 DE ANI**



Prof. dr.  
Silviu Constantinoiu

Șef Centru de excelență în chirurgia  
esofagului, Spital Sf. Maria, București,  
președinte SRC



Prof. dr. Irinel Popescu

Șeful Centrului de Chirurgie Generală  
și Tranzplant Hepatic „Dan Setlacec”,  
Institutul Clinic Fundeni



Prof. dr. Mircea Beuran

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



Conf. dr. Alina Tănase

Șef secție Tranzplant Medular din  
Institutul Fundeni, Președinte SRTM



Prof. Univ., Dr.  
Sebastian Ionescu

Șeful Secției de Chirurgie  
Pediatică, Spitalul  
„M.S.Curie” București



Conf. Univ. Dr.  
Radu-Iulian Spătaru

Catedra de Chirurgie  
și Ortopedie Pediatică, Director  
medical Spitalul „M.S.Curie”



Dr. Florin Iordache

MD, Șef de lucrări UMF  
„Carol Davila” București,  
Spitalul Clinic de Urgență București

Revista profesioniștilor din Sănătate

2019 - 2020

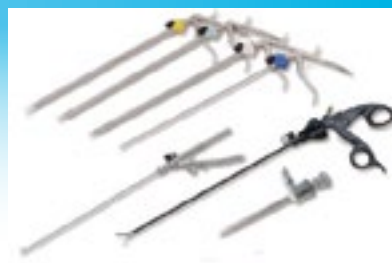
## TURN LAPAROSCOPIC 4K

- Procesor de imagine 4K
- Telescop 4K
- Monitor Medical 4K  
cu claritate optimă
- Sursă lumină LED

**DIGI MEDICAL**  
Partenerul tău  
în proiecte medicale

**Instrumentar laparoscopic**

6 luni garanție



**Panasonic**  
ideas for life

**vimex™**  
endoscopy

**DIGIMEDICAL**

Aparatură medicală și service

Publicație adresată  
cadrelor medicale

Digi Medical Tehnic: Alba Iulia, Tel: 0774.036.877,  
office@digi-medical.ro, www.digi-medical.ro



SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CHIRURGIE



**8-11  
MAI  
2019**

**CRAIOVA,  
ROMÂNIA**

**TEMATICA  
ȘTIINȚIFICĂ:**

Chirurgia de graniță  
toraco-abdominală

Pancreasul chirurgical

Istoricul chirurgiei

Varia



CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE  
**CHIRURGIE**

**ORGANIZATORI:**

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE CHIRURGIE

Academia de Științe Medicale

Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" București

Asociația Română de Chirurgie Hepatobiliopancreatică și  
Transplant Hepatic

Asociația Română de Chirurgie Endoscopică și  
alte Tehnici Intervenționale

Societatea Română de Chirurgie de Urgență și Trauma

Societatea Română de Chirurgie Toracică - 1994

Societatea Română de Chirurgie Pediatrică

Societatea Română de Coloproctologie

Colegiul Medicilor din România

Societatea Studențească de Chirurgie din România

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor  
și Asistenților Medicali din România

**INFORMAȚII ȘI  
ÎNSCRIERI**



0332-40.88.05



contact@cnchirurgie.ro



**OrtoProfil**  
DISPOZITIVE MEDICALE



**Alegerea profesioniștilor  
din domeniul stomaterapiei!**



**Lider în România**

- **Inovație**
- **Calitate**
- **Siguranță**
- **Confort**
- **Ușor de utilizat**
- **Discreție**

**peste 5000 de dispozitive medicale**

**[www.ortoprofil.ro](http://www.ortoprofil.ro)**

- **exoproteze high-tech membre**



- **exoproteze din silicon**

- **exoproteze de sân**



- **staplere chirurgicale**



THUASNE



- **plase chirurgicale**

- **orteze**

**O rază de libertate.**



<b>Dr. Silviu Constantinoiu:</b> Cancerul esofagian – peste 1.000 de cazuri internate în ultimii 10 ani	6
<b>Dr. Mircea Beuran:</b> „Ar trebui un registru național de chirurgie”	10
Evoluția managementului atreziei de esofag <b>Dr. Sebastian Ionescu</b>	12
<b>Dr. Florin Iordache:</b> Prevenția tromboemboliei în chirurgia de urgență	20
Rolul echipei de chirurgie în stabilirea planului de tratament pentru pacientul oncologic	24
<b>Dr. Bogdan Marțian</b> Elemente actuale în tratamentul neoplasmului gastric	26
Colaborarea în cancer dintre medici de diferite specialități este obligatorie, conform legislației în vigoare <b>Dr. Brătucu Eugen</b>	28
<b>Dr. Silviu Constantinoiu:</b> „Noi nu suntem Dumnezei. Dumnezeu ne pune ceva în mână și în cap, ca să facem bine”	30
<b>Dr. Bogdan Marțian</b> Elemente actuale în tratamentul neoplasmului gastric	36
Abordul toracosopic în atrezia de esofag la nou născut <b>Dr. Marcel Oancea,</b> <b>Dr. Lorena Vatra, Dr. Anna Kadar</b>	38



Editor  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, București,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 60, et. 1, cam. 19  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443



## Dorim dublarea numărului de transplanturi în România

În avanpremiera Congresului Societății Române de Transplant Medular, doamna Conferențiar Universitar dr. Alina Tănase, președinta societății, a avut amabilitatea să ne furnizeze câteva lucruri despre eveniment și despre o ramură a chirurgiei care se afirmă tot mai mult în ultimele decenii.



Conf. Univ.  
dr. Alina Tănase

Președinte al Comisiei de Hematologie din Ministerul Sănătății, Președinte al Societății Române de Transplant Medular, Șef secție Transplant Medular din Institutul Fundeni

### Care este tematica Congresului Național de Transplant Medular din acest an?

Congresul SRTM își propune în fiecare an să aducă la cunoștință publicului atât realizările activității de transplant medular din România cât și noutățile legate de această procedură la nivel internațional. Avem sesiuni educaționale, în care discutăm cazuri dificile și împărtășim experiența diferitelor centre din România și din străinătate legate de atitudinea terapeutică; avem invitați de renume, care prezintă studii, standarde dar și cercetări fundamentale legate de ceea ce este nou în domeniu.

### La ce participare ne așteptăm la Congresul de la București?

Congresul se adresează medicilor hematologi, pediatri, oncologi, de medicină de laborator, totii cei ce vin în contact cu un pacient cu transplant medular; rezidenți, medici specialiști, medici primari, cadre universitare; indicațiile de transplant medular se schimbă continuu, apar boli nonhematologice cu indicație standard pentru această procedură. Faptul că beneficiem de experiența unor specialiști de renume, care ne prezintă cele mai noi tendințe și pro-

tocoale, poate să însemne un real câștig, atât științific cât și pentru activitatea clinică de zi cu zi.

### Ce indicații noi apar pentru transplantul de celule stem, pe măsura creșterii controlului științific și tehnologic al acestui procedeu?

Transplantul de celule stem a devenit o procedură standardizată în boli autoimune, neurologice și nu numai; experiența în acest domeniu a crescut și așa remarca interesul tot mai crescut al pacienților români cu scleroză multiplă pentru procedura de autotransplant; din ce în ce mai multi medici neurologi se adresează centrului nostru pentru a discuta opțiunea unui astfel de transplant. Suntem pe cale să demarăm, împreună cu secția de neurologie din Institutul Clinic Fundeni un studiu clinic pentru acești pacienți, sperând ca anul viitor să prezentăm rezultatele.

### Ce așteptări sunt de la „transplantul medular” în România?

Activitatea de transplant medular a crescut mult în România în ultimii ani, fiind țara cu cea mai mare creștere - în raportul activității europene- dar, totuși avem nevoie în continuare de mai multe transplanturi pentru a ne apropia de media UE; și asta înseamnă dublarea de fapt a numărului de transplanturi efectuat în România; sigur, pentru a realiza acest lucru este nevoie de dezvoltarea centrelor existente și deschiderea de centre noi și bineînțeles de personal specializat. Începând de anul trecut, rezidenții de hematologie beneficiază de un stagiul de transplant medular de 6 luni, ceea ce mă aștept să reprezinte un real câștig pentru specialitatea noastră.



# ROMBIOMEDICA

PARTENERIATE PENTRU VIAȚĂ

## SOLUȚII INTEGRATE PENTRU ECHIPAREA BLOCULUI OPERATOR



- ✓ PROIECTAREA ȘI AMENAJAREA CAMERELOR CURATE (CLEANROOM)
- ✓ TEHNOLOGII PENTRU CHIRURGIE MINIM INVAZIVĂ ȘI LAPAROSCOPICĂ
- ✓ PLATFORMĂ DIGITAL LAPAROSCOPICĂ – ROBOT CHIRURGICAL
- ✓ STAPLERE LINEARE, CIRCULARE, HEMOROIDALE, ENDOSCOPICE
- ✓ SUTURĂ CHIRURGICALĂ
- ✓ INSTRUMENTE ȘI CONSUMABILE CHIRURGICALE

# Cancerul esofagian – peste 1.000 de cazuri internate în ultimii 10 ani

**Profesorul Silviu Constantinoiu a acceptat cu amabilitate să ne dezvăluie câte ceva , în avanpremieră, despre Conferința SRC 2019.**

## Cum este organizată conferința SRC din acest an?

Societatea Română de Chirurgie este prima implicată în organizarea acestui eveniment, dar am capacitat și alte societăți științifice medicale, cum ar fi Societatea de Chirurgie Pediatrică, Societatea Română de Chirurgie Toracică 1994, Societatea de Chirurgie de Urgență și Traumă, Asociația de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Societatea de Chirurgie Oncologică, Societatea Română de Coloproctologie, dar și, nu în ultimul rând, Academia de Științe Medicale. Amintesc tot aici Societatea Studenților Chirurgi din România, cu peste 2000 de membri din București și din centrele universitare de medicină din țară. Am dorit ca participarea să fie cât mai largă iar sarcina de moderare a nenumăratelor sesiuni ale conferinței să fie cât mai uniform distribuită.

Contribuțiile financiare ale membrilor SRC ca și ale sponsorilor au susținut aducerea la conferință a unor importanți profesori din străinătate prinși în boardul editorial.

## De ce Craiova?

Am ales în premieră Centrul Universitar Craiova pentru desfășurarea Conferinței Societății de Chirurgie 2019, acest centru nebeneficiind până acum niciodată de organizarea unui eveniment de o asemenea anvergură. UMF Craiova a mai fost desemna-



tă împreună cu UMF Iași să susțină împreună desfășurarea unui congres, dar acesta a avut loc la centrul de conferințe "Casino Sinaia", la vremea aceea Craiova neavând infrastructura necesară unui eveniment de mare amploare. Anul acesta, majoritatea lucrărilor Conferinței Naționale se vor desfășura la Hotel Ramada, care ne oferă și un spațiu expozițional generos în holul mare al hotelului, dar și în aula Facultății de Medicină.

## Ce teme majore sunt incluse în programul conferinței ?

Tematica conferinței de la Craiova este deosebit de interesantă. Prima temă este chirurgia de graniță toraco-abdominală, fiindcă în felul acesta am vrut să capacitez și Societatea de Chirurgie Toracică 1994, înființată

de profesorul Teodor Horvat, pentru că este o patologie oarecum comună, de graniță, patologia diafragmei, a joncțiunii eso-gastrice, cu hernii hiatale, acalazia cardiacă, cancerul esogastric, diverticuli epifrenici, iată o întreagă patologie comună.

Urmează apoi o altă temă interesantă (apropiată nouă celor de la Centrul de Excelență în Chirurgia Esofagului). De când a apărut chirurgia laparoscopică, în multe centre, neapărat universitare, se practică o chirurgie de graniță laparoscopică și a joncțiunii eso-gastrice și mă refer mai ales la chirurgia herniei hiatale și chirurgia acalaziei. Cancerul esofagian și eso-gastric, la care noi avem un drenaj deosebit – peste 1000 de cazuri internate în ultimii 10 ani, necesită o experiență mai mare în abordarea to-

racosopică și abdominală, laparoscopică (deci o chirurgie total miniminvasivă) și nu este apanajul multor centre, le putem număra pe degetele de la o singură mână.

Noi o să prezentăm în conferință, ca o realizare deosebită în clinică, "Esofagectomia în cancerul esofagului toracic realizată integral toroscopic și laparoscopic, adică disecția esofagului toracic, limfadenectomia mediastinală, prepararea stomacului laparoscopic pentru aducerea lui în regiunea cervicală, deci o operație în 3 timpi: toracic, abdominal și cervical, timpi care implică un risc major (toracotomia), realizați prin metode miniminvasive. Vom prezenta deci esofagectomia strict miniminvasivă în cancerul de esofag toracic, cu avantajele unei evoluții excepționale a pacienților: recuperare rapidă și cu minim de zile de spitalizare, suferință mult diminuată a bolnavului.

Altă temă interesantă este "pancreasul chirurgical", la care contăm pe sprijinul Asociației de Chirurgie Hepato-Pancreatice-Biliare, respectiv al președintelui de onoare Prof. Irinel Popescu și al președintelui în exercițiu Prof. Cristian Lupașcu de la UMF Iași. Pancreasul chirurgical include practic bolile care au o sancțiune chirurgicală în patologia pancreasului, de exemplu cancerul de cap de pancreas, cancerul de corp de pancreas, complicațiile date de pancreatita acută, pseudochistul pancreatic, pancreatita cronică. Asociația de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară se va ocupa de această temă, pentru care au solicitat o sală de conferințe pe o zi întreagă, mai ales că printre participanți se vor număra câțiva chirurghi de marcă din străinătate, care vor ridica mult nivelul discuțiilor și al comunicărilor, mă refer la profesorul Michel Adam și profesorul Izbichi din Germania. Sunt anunțate și teleconferințe cu centre chirurgicale din Franța.

O altă sesiune nouă, la sugestia profesorului Vasile Sârbu, la care împreună cu acesta voi fi moderator, este privitoare la istoricul chirurgiei românești. Profesorul Vasile Sârbu,

care a fost președintele Societății de Istoria Medicinii, va veni cu câteva comunicări interesante. Eu voi prezenta istoricul chirurgiei esofagiene și vor fi și alte lucrări ale centrelor universitare și ale altor centre din țară. Va fi și aceasta, sperăm, o sesiune reușită.

Avem și o sesiune numită "Varia", care nu lipsește de la niciun congres. Dorim ca prin comunicările incluse în această temă să dăm dreptul și unor chirurghi, care fac parte din cei 750 de membri plătitori ai SRC și plătesc și taxa de participare, să prezinte din experiența profesională a dumneilor, pe subiecte care nu fac neapărat parte din temele mari ale conferinței.

**In ce reviste de specialitate sunt reflectate generoasele topice ale conferinței SRC 2019?**

Am cinstea să fiu editorul șef al revistei "Chirurgia" a SRC, recent reintrodusă în circuitul "Web of Science" (așteptând, sperăm în curând, un factor de impact și de la "Clarivate Analytics ISI"). De asemenea, sunt și editorul șef al "Journal of Surgical Science",

revista studenților SSCR (sperăm viitori chirurghi ai României) și a tinerilor chirurghi, care apare în limba engleză și are o bună vizibilitate națională și nu numai, având un board editorial român și internațional. Voi da cuvântul la ședința de deschidere membrilor fondatori, doamna dr. Alexandra Bolocan și dr. Dan Nicolae Păduraru, de la Spitalul Universitar de Urgență București, care vor anunța și împlinirea a 5 ani de la lansarea revistei. Noi am ajutat pe studenți și pe medicii tineri să publice și în această revistă, pe lângă revistele Chirurgia și Jurnalul de Chirurgie.ro (revistă online care apare la Iași), mai ales că articolele respective au fost luate în considerare ca număr de lucrări necesare susținerii tezelor de doctorat.

Aș menționa, nu în ultimul rând, și numărul omagial al revistei Medica Academica dedicat centenarului chirurgiei românești precum și ediția anuală a revistei Medical Market pe specialitatea Chirurgie Generală, care se distribuie la toate reuniunile de chirurgie importante din 2019-2020.

CONGRESUL NAȚIONAL  
AL SOCIETĂȚII ROMÂNE  
DE TRANSPLANT MEDULAR

www.srtm2019.medical-congresses.ro

9-11 mai 2019, București

Senatul României, Palatul Parlamentului

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE  
TRANSPLANT MEDULAR  
SRTM

Professional Congress Organizer  
www.medical-congresses.ro

# Heredigene

## Cea mai sigură metodă de analiză a sindroamelor cancerului ereditar

### Verificat cu date incluzând pacienți Români.

Laboratorul Genekor Medical SA, înființat la începutul anilor 2000, deține mulți ani de experiență în domeniul geneticii oncologice și a efectuat mii de teste de-a lungul timpului în ceea ce privește sindroamele cancerului ereditar. Testul performant în cadrul laboratoarelor central-europene pentru patologiile ereditare (HerediGENE) este conceput pentru a oferi informații complete și sigure atât pacienților cât și medicilor în vederea implementării unui tratament individualizat fiecărui pacient. Acest panel este conceput pentru atingerea nivelului maxim de sensibilitate și specificitate. Heredigene este validat și dezvoltat având ca suport ghidurile societăților internaționale de oncologie.

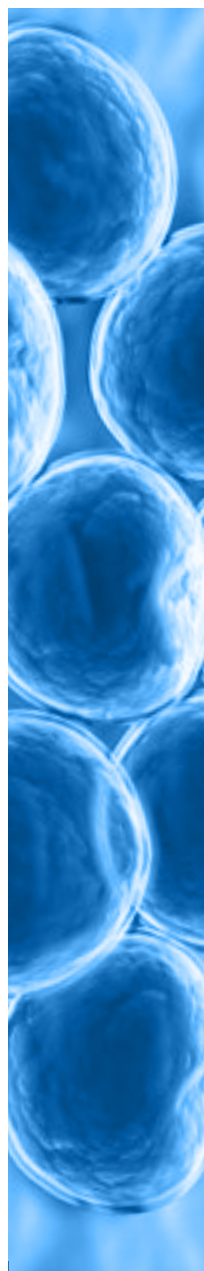
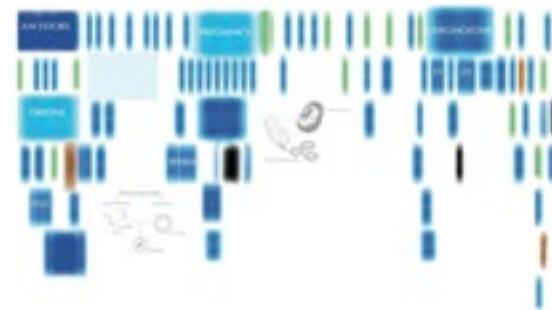
Toate descoperirile sunt clasificate prin utilizarea celor mai sigure și actualizate baze de date, prin algoritmi analizați în silico. Secvențierea de Ultimă Generație (Next Generation Sequencing - NGS) este utilizată pentru analiza în totalitate a acestui panel de 36 de gene implicate în sindroamele cancerelor ereditare. Amplificarea cu probe de înaltă specificitate a regiunii cromozomiale de interes (MLPA) este o tehnică inclusă de asemenea în panelul HerediGENE, această metodă fiind utilizată pentru detecția anumitor anomalii la nivel genic, fiind o metodă de biologie moleculară înalt performantă, practică în laboratoarele de vârf la nivel mondial.

Predispoziția pentru tumorile ereditare este răspunzătoare pentru aproximativ 5-10% din toate cazurile diagnosticate cu cancer. Sindromul ereditar pentru carcinomul mamar și ovarian este cel mai frecvent diagnosticat atunci când există mai multe cazuri de patologie mamară și/sau ovariană într-o singură familie. De asemenea, persoanele eligibile pentru testările ce au ca scop determinarea riscului ereditar sunt persoane care au dezvoltat o afecțiune tumorală la o vârstă fragedă, persoane cu multiple tumori primare, generații consecutive ale unei familii cu patologii dezvoltate, incidență tumorală rară la orice vârstă, persoane afectate de diagnostic tumoral bilateral etc. În trecut, analiza cu o singură genă era utilizată pentru determinarea cazului moștenirii genetice a cancerului în anumite familii. În cadrul unora dintre aceste familii, cauza genetică care stă la bază

nu este cunoscută; totuși, multe dintre aceste cazuri sunt declanșate de modificări (mutații) în genele BRCA1, BRCA2, PTEN, TP53, CDH1 sau STK11 (care sunt asociate sindromului patologic ereditar). Genele suplimentare, precum CHECK2, BRIP1, RAD51 și ATM, sunt asociate carcinomului mamar și/sau familiei de patologii ginecologice în anumite cazuri. Aproximativ 15-20% din femeile diagnosticate cu tumori la nivelul sânelor au un istoric familial semnificativ (două sau mai multe rude de gradul I sau de gradul II cu diagnostic de carcinom mamar). Aplicarea tehnologiei NGS (Secvențiere de Ultimă Generație) a facilitat analiza panelurilor multigene și este adesea utilizată în practica medicală pentru identificarea indivizilor cu afecțiuni tumorale, predispuși la mutații ale genelor.

În ultimii ani, a fost înregistrată o creștere importantă a numărului de examinări ale persoanelor cu risc crescut datorită anomaliilor genetice ereditare, acest fapt reducând la minimum șansele de apariție a bolii.

Un studiu efectuat recent de către GeneKor Medical SA a investigat 1197 de indivizi din Grecia, România și Turcia, cărora le-a fost recomandat laboratorul recunoscut la nivel central-european pentru testări genetice. Analiza genelor implicate în predispoziția ereditară a fost efectuată prin utilizarea prin metode NGS care secvențiază ADN-ul acestor gene, permițând citirea la scară largă. Cele 36 de gene care alcătuiesc panelul Heredigene (APC, BMP1A, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDK4, CDKN2A, EPCAM, MEN1, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH,





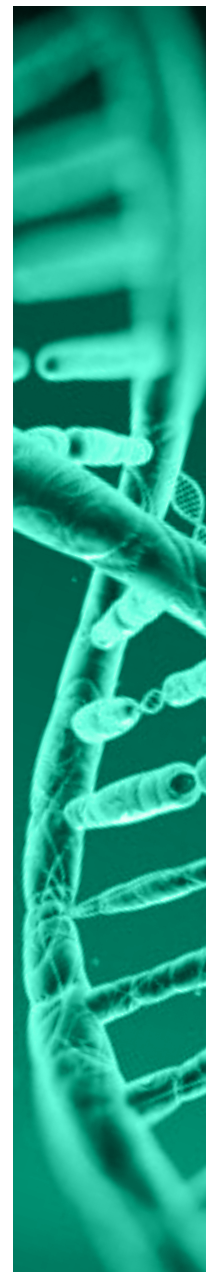


PALB2, PMS2, PTEN, RET, SMAD4, STK11, TP53, VHL, ATM, BRIP1, CHEK2, NBN, RAD51C, RAD51D, BARD1, BLM, CHEK1, ABRAXAS1, MRE11, NF1, RAD50, RAD51B, XRCC2) au fost secvențiate în întregime folosind tehnologia NGS Illumina și, mai mult, prezența rearanjamentelor genomice mari (LGRs) a fost investigată prin analiza de calcul și prin utilizarea tehnicii MLPA, respectiv Amplificarea cu probe de înaltă specificitate



a regiunii cromozomiale de interes, această tehnică fiind utilă în identificarea persoanelor care prezintă suspiciune cu privire la posibile mutații ale genelor BRCA1 și BRCA2, mutații ce nu au fost captate prin secvențiere, având ca rezultat final implementarea unui tratament individualizat.

Studiul efectuat a arătat că o mutație patogenă a fost identificată în rândul a 264 din cei 1197 (22.1%) de indivizi analizați, în timp ce o variantă cu semnificație clinică incertă (VUS) a fost identificată în 34.8% din cazuri. Alte mutații cu semnificație clinică au fost identificate în 29 din cele 36 de gene analizate. În ceea ce privește distribuția mutațiilor în rândul indivizilor descoperiți pozitiv, 43.6% au fost localizate în genele BRCA1/2, respectiv 21.6%, 19.9% și 15% în gene-



le cu risc crescut, mediu sau scăzut. În mod special, 25 din cei 264 de indivizi testați pozitiv erau purtători de mutații cu semnificație clinică în două gene diferite, iar 6.1% dintre ei aveau LGR.

În acest studiu, 631 dintre indivizii erau de naționalitate Greacă (52.7%), 408 de naționalitate Română (34.1%) și 158 de naționalitate Turcă (13.2%). Ceea ce este mai interesant este faptul că în rândul indivizilor români s-a identificat un procent de 27% reprezentând deținători ai unei mutații patogene care îi poziționează în fața riscului crescut de dobândire a cancerului ereditar, comparativ cu indivizii Greci (20.4%) și cei Turci (15.8%). Mai mult de atât, în rândul indivizilor determinați pozitiv din toate țările, genele implicate în patologia colorectală sunt cele mai frecvent modificate, în proporție de 27%, urmate de genele răspunzătoare pentru patologia ale sânelui (24.7%), genele cancerului ovarian (19%) și genele implicate în alte tipuri de cancer (21.3%).

Rezultatele acestui studiu confirmă faptul că utilizarea panelului Heredi-GENE este vitală în diagnosticarea și stabilirea adenocarcinomului ereditar colorectal, precum și a carcinoamelor mamare și/sau ovariene. Prin combinarea acestor informații cu actualizările ghidurilor internaționale, se evidențiază ca fiind singura modalitate pentru individualizarea managementului și tratamentului pacienților expuși riscului de cancer ereditar.

*„Genele tale vorbesc, noi doar traducem!”*

**For questions and references  
please email to [ro@genekor.com](mailto:ro@genekor.com)**



# „Ar trebui un registru național de chirurgie”

Prof. Univ. dr. Mircea Beuran ne-a oferit oportunitatea unei discuții interesante despre abordările care vor avea loc în secțiunea de traumatologie din cadrul Congresului SRC precum și despre reorientarea chirurgiei de urgență și traumă pentru a face față provocărilor actuale dar și pentru a beneficia de digitalizare și de tehnologiile medicale moderne.

**Ce subiecte vor fi dezbătute în sesiunea de Chirurgie de Urgență și Traumă din cadrul Conferinței Naționale de Chirurgie de la Craiova?**

Prof. Univ. dr. Mircea Beuran: Temele pe care le vom aborda în conferință sunt pe două paliere:

**1.** Urgențele care provin din patologia medicală – ne vom referi la bolnavul cirotic și patologia asociată. Ciroza hepatică se definește ca stadiul final al oricărei hepatopatii cronice. Se caracterizează prin fibroză extinsă și prin remanierea arhitectonicii hepatice, asociate cu noduli de regenerare, inflamație și necroze hepatocitare. Ciroza hepatică este o problemă majoră de sănătate publică. În 2010, ciroza hepatică ocupa locul 23 ca și cauză de deces pe plan mondial, în România mortalitatea prin ciroză este de 65/100.000 de locuitori la bărbați și 30/100.000 la femei – statistică în 2012. Patologia diversă pe terenul cirotic constituie o bază de dialog în cadrul conferinței noastre;

**2.** Traumatologie – cu referire la politraume și capacitatea de a diagnostica rapid, introducerea unor algoritmi care la ora actuală încep să se structureze în literatura internațională. Aici vor vorbi inclusiv personalități care vin din Franța și din Italia.

Mai avem o masă rotundă pe tema urgențelor care se pot dezvolta în segmentul de patologie pelvi-abdominal. De obicei discutăm de boli care au locul în segmentul pelvin dar care pot avea extindere, către abdomen și invers. Așa cum sunt organele diferite în zona pelvină, invităm să participe în afară de chirurghi și medici din specialități precum urologie și ginecologie, astfel încât să putem să discutam în convorbirile care vor avea loc

această patologie de graniță și să găsim cele mai bune soluții pe baza experienței câpătată de medici din aceste specialități în atitudinile de urgență.

**Conferințele medicale înțeleg că sunt până la urmă o formă de învățământ. Cum își ating ele scopul de a perfecționa practica medicală a chirurgilor prezenți la aceste evenimente?**



În țările în care sunt preocupări de a lega sănătatea de învățământ și cercetare, toată cunoașterea medicală se contorizează în niște registre naționale. Ar trebui să avem un registru național de chirurgie. În urmă cu 2 ani, când am plecat de la conducerea SRC, am predat la Ministerul Sănătății ”Registru Național de Traumă”, elaborat la Spitalul de Urgență Floreasca împreună cu un lot de specialiști din Politehnică iar forma finală a fost prezentată public. Pe parcursul unui an, între două conferințe sau congres-conferință, toate centrele de traumă din țară adună cazuistica și soluțiile chirurgicale adoptate, urmând ca apoi să le discutăm în aceste conferințe și congrese naționale și internaționale, să căutăm să îndeplinim criteriile cele mai bune și să actualizăm, să upgradăm acest registru național, deci

abia atunci să fie aduse niște corecții în registre. La un eveniment poți să auzi multe opinii dar acestea nu sunt trecute prin sита adevărului decât dacă sunt validate atât prin teorie cât și prin practică. Poți să ai niște rezultate pozitive pe un lot de pacienți mic, în timp ce pe un lot mai mare să observi că în timp se pot dezvolta niște sechele. Degeaba pacientul pleacă acasă aparent bine dacă la realizarea scorului nu s-au luat în calcul niște lucruri pe care noi le-am încadrat în registrul național. La scorul de traumă trebuie avute în vedere ce elementele au dat scorul, care sunt prioritățile, care sunt elementele dominante în spital, dacă s-au îndeplinit criteriile acestea, dacă ai preluat bolnavul cu niște criterii biologice bune, care sunt următorii pași, fără să pierzi timpul biologic al organelor, care este serierea gesturilor medico-chirurgicale, cum se urmărește pacientul în terapie intensivă, cum trebuie să faci niște controale care să-ți dea siguranța evoluției pacientului. Infecțiile trebuie urmărite în paralel, pentru că pacientul accidentat vine

dintr-un mediu septic iar politraumele lui sunt diferite. Trebuie văzut dacă germeii respectiv au răspuns mai bine la o combinație de 1-2-3 antibiotice. După un număr de zile de antibiotice pacientul poate să facă de exemplu culturi pozitive cu fungi. Toate aceste elemente se urmăresc pe un algoritm, pe care îl deschizi, îl ai în față și în el încarci datele pacienților tăi. În final poți să faci o evaluare la 3-6-12-24 luni pe care o prezinți la un congres și abia atunci poți să aduci niște corecții valabile atât în patologia de urgență cât și în patologia traumatică. Vorbim de chirurgie dar interferențele din patologia chirurgicală se leagă cu toate specialitățile de graniță și evaluarea nu e de interes doar pentru chirurgul și anestezistul reanimator. Avem patologie digestivă analizată împreună cu gastroenterologii, avem complicații

care se rezolvă prin punctii sub ecran cu radioterapeuții, avem discuții cu infecționiștii și anatomopatologii. Deci arealul acesta devine un puzzle, în care, la ora aceasta, un sistem electronic de calcul ne poate ajuta să fim mai eficienți, gestul chirurgical să fie mai rapid, costurile să fie bine justificate, timpul de spitalizare să nu fie mare, recuperarea bolnavului să fie cât mai bună, cu sechele cât mai mici. Acest cumul de factori nu pot fi ținuti în minte de un singur om și de aceea registrele electronice ne pot fi de mare ajutor. Se discută de registru de oncologie, de dermatologie, de cardiologie etc etc etc. Atunci când dezbateri cazuistică și rezultate în cadrul reuniunilor medicale, nu este suficient să aducem numai noutatea, pentru că ea nu poate fi implementată imediat în toate unitățile. Te poți însă autocorecta având în față acest program care te face să nu pierzi din vedere toate detaliile viz-a-vis de tipul tău de pacient.

Lumea medicală, prin școală în general, este informată. O reuniune de tip congres sau conferință oferă posibilitatea unei confruntări teoretice, în plătoul acesta, al firmelor care vin cu noutatea tehnologică, pe care se pot face demonstrații. Anual căutăm să aducem în discuție și să asigurăm chirurgul să fie la zi cu toate performanțele care sunt la ora actuală. Explozia tehnologică, cu tot felul de device-uri care apar, de multe ori noi le cunoaștem dar nu le putem aplica pentru că au costuri prohibitive sau nu sunt prevăzute în bugetele spitalelor.

**Ce pași concreți se pot menționa referitor la registrele despre care ați vorbit?**

Ministerul Sănătății a primit bani mai mulți pentru sănătate în bugetele aprobate pentru acest an. Noi, cei din Comisia de Chirurgie a Ministerului Sănătății vrem să reactualizăm programul național de suturi mecanice cu stapler, pentru intervențiile de urgență și cronice pe tubul digestiv, programul național de protezarea peretelui abdominal, hernii și eventrații. Vrem, de asemenea, să aducem o revizie națională a echipamentelor de chirurgie laparoscopică, lucru care nu s-a mai făcut de mult. Acest program național va ajuta mult și spitalele care singure nu dispun de sursa financiară pentru astfel de revizii.

Am oprit programul național de chirurgie robotică, datorită costurilor, dorim să-l repornim. Sunt deja 8-10 roboți care funcționează în marile centre. Sunt chirurghi care s-au pregătit în chirurgia asistată robotică. Dar nu poți face performanță cu doar o operație pe lună sau la 6 luni. Căutăm la aceste reuniuni să actualizăm de ex. scorurile în anumite stări patologice, pentru că se schimbă algoritmi, s-au adus în lume îmbunătățiri tehnologice unor echipamente și atunci în unele cazuri se upgradează sau se cumpără altele noi.

**Participați la reuniuni medicale peste hotare. Cu ce impresii veniți de acolo?**

În afară se desfășoară congrese focusate pe teme țintite, cum a fost și la noi "Congresul de chirurgie colorectală". Am participat recent la un congres de chirurgie endocrinologică, pentru că avem aici la Spitalul de Urgență Floreasca și multă chirurgie a suprarenalei. Apoi, chirurgia oncologică, pentru că la noi se face chirurgie oncologică a aparatului digestiv și a glandelor anexe. Am văzut acolo că mini-invasivitatea a fost introdusă foarte mult, se folosesc substanțe de contrast cu imagini fluorescente, care îți indică în totalitate formațiunea de implant neoplazic, îți arată foarte bine cum sunt vascularizate capetele segmentelor pe care trebuie să le tai și apoi să le anastomozezi, sunt lucruri de siguranță. Pentru noi, văzându-le în timp, nu mai constituie o noutate dar nu putem încă să le aplicăm. Vedem în afară cum o seamă de molecule farmacologice sunt folosite pentru a face niște timpi operatori mai facili, jucând împreună cu anestezistul anumite momente ale homeostaziei care ne ajută în chirurgia laparoscopică.

**Ce lipsuri resimt chirurgii români în dezvoltarea profesională? Ce se poate face pentru o activitate mai bună?**

Încă nu putem fi "online" cu toate aceste noutăți decât teoretic, nu și practic. Avem nevoie de niște ani pentru a recupera progresele științei. Unele lucruri pe care le vedem în afară le putem deja aplica. Căutăm să aducem această mini-invasivitate și această agresivitate asupra unor organe, pentru a recupera mai repede pacientul. O chirurgie clasică, des-

chisă înseamnă o recuperare mai lungă, mai costisitoare, plus că tăietura însăși reprezintă o problemă în timpul vindecării. Mai avem niște probleme cu chirurgia pacienților obezi, la care apar niște probleme de abord, de doze de medicamente, de nursing, la pacienți de 120-140-160 de kg, la care chirurgia minim invazivă ar fi bună dar nu mai poți s-o aplici. Recuperarea acestor bolnavi este mult mai grea.

Dacă acum 20-25 de ani aveam niște probleme mai mici în chirurgia oncologică, acum aceasta a crescut mult ca incidență, coborând frecvent la decada a 2-a și a 3-a de viață. Nu este zi să nu operăm în urgență cancere. Pe de altă parte, datorită cailor putere, al motorizării excesive, traumele din accidente de circulație sunt mult mai severe și recuperarea necesită îngrijiri particulare, care de foarte multe ori se termină cu sechele grele pentru pacient. Discutăm posibilitatea unor cazuri în stări vegetative, care rămân în cadrul chirurgiei, pentru că pacientul s-a internat la secția de chirurgie dar el la un moment dat nu mai are nicio apartenență. Aceste cazuri trebuie preluate de servicii de terapie intensivă – nursing, segment deloc dezvoltat în România.

Problema pentru chirurg nu constă numai în ce-i dă farmacia sau tehnologia. Se face tot mai simțită o mare diversitate de comportament a individului în dezvoltarea sa, a creșterii incidenței unor tipuri de boli, a modalității de agresiune în traumă. Toate acestea modifică atitudinile pe care le aveam în urmă cu câțiva ani. Experiențele acestea noi le discutăm unii cu alții dar în același timp ai avea nevoie să ai contact nemijlocit cu ele în spitalele în care apar. Poate că ar fi bine să se gândească niște centre medicale pe nivele de complexitate a cazurilor: nivel curent, mediu și de vârf. S-ar depresuriza anumite segmente de chirurgie. Ar permite ca anumiți chirurghi să se perfecționeze în anumite operații. La noi chirurgia nu este suficient de specializată și structurată pe nivele de competențe, peste tot este o varia, chirurgii practică toate tehnicile pe care le-au învățat. Acest fapt duce la aglomerarea secțiilor de chirurgie și îngreunează atingerea unor performanțe.

**Cred că este necesar o restructurare a serviciilor de chirurgie pe nivele de competență la nivel județean și în marile centre medical-academice.**

# Evoluția managementului atreziei de esofag

Malformațiile congenitale ale esofagului reprezintă un capitol fundamental al chirurgiei pediatrică, atât prin istoria controversată, cât și prin complexitatea managementului acestora și diversitatea spectrului de anomalii, acesta din urmă fiind dominat de atrezie de esofag (AE). Deși în ultimii ani rata de succes a tratamentului chirurgical în centre specializate s-a îmbunătățit foarte mult, această patologie rămâne o provocare pentru echipa chirurgicală și cea de terapie intensivă neonatală datorită creșterii ratei de supraviețuire a prematurilor și a nou-născuților cu malformații grave asociate, aducând astfel echipa multidisciplinară în fața unor cazuri tot mai dificil de gestionat.



**Conf. Univ. Dr.  
Radu-Iulian Spătaru**

Catedra de Chirurgie și Ortopedie  
Pediatică, Director medical  
Spitalul „M.S.Curie”



**Dr. Monica Ivanov**

Medic specialist Chirurgie  
Pediatică, Spitalul „M.S.Curie”  
(cea de la mijloc)

**Dr. Dan-Alexandru Iozsa**

Medic specialist Chirurgie Pediatică



**Prof. Univ., Dr.  
Sebastian Ionescu**

Șeful Secției de Chirurgie  
Pediatică, Spitalul  
„M.S.Curie” București

O preocupare deosebită pentru chirurgia atreziei de esofag a existat în clinica noastră încă de la înființarea acesteia în 1984. Pionier al chirurgiei pediatrică în România, Prof. Alexandru Pesamosca s-a preocupat de diferitele tipuri de anomalii chirurgicale ale nou-născutului adaptând strategiile de tratament condițiilor acelor vremuri, acumulând astfel o experiență vastă. În acest sens, în lipsa unei secții de terapie intensivă neonatală și având ca scop creșterea ratei de supraviețuire a pacienților cu atrezie de esofag, a promo-

vat un protocol care prevedea păstrarea esofagului nativ în condițiile unei distanțe între capete de până la 1-1,5 cm. În situația unei distanțe mai mari se renunța deliberat la esofag și se scotea pacientul din zona riscului vital prin realizarea de gastrostomie, esofagostomie cervicală și ligatura fistulei eso-traheale urmând ca, ulterior, în condițiile unui status biologic satisfăcător, să se practice substituția esofagului cu colon. Această atitudine, împreună cu prevalența la acea vreme a unui număr mare de stenoze postcaustice nedilatabile a condus la acumularea unei vaste experiențe în esofagoplastiile cu colon (peste 350 de cazuri), ceea ce a reprezentat o bună bază pentru dezvoltarea ulterioară a chirurgiei esofagului în clinica noastră.

## Clasificarea anomaliilor congenitale ale esofagului

De-a lungul timpului, în literatură au fost enunțate mai multe clasificări ale malformațiilor congenitale de esofag. Cea mai cuprinzătoare sistematizare a malformațiilor esofagiene îi aparține lui Kluth (1976)<sup>[1]</sup> care descrie 10 mari tipuri

anomalii anatomice congenitale ale esofagului, adăugând față de precedesorii săi fistulele eso-bronhice, stenozele esofagice congenitale, toate acestea însumând 80 de subtipuri.

Multe alte clasificări s-au concentrat asupra atreziei de esofag având ca reper particularitățile anatomice ale anomaliei, deoarece distanța dintre capetele esofagului și prezența sau poziția fistulei eso-traheale reprezentau principalul criteriu privind prognosticul pacientului. Dintre acestea, clasificarea lui Gross (1953)<sup>[2]</sup> care reprezintă o variantă îmbunătățită a clasificării Vogt (1929)<sup>[3]</sup> este cea mai cunoscută și mai des folosită, în prezent având mai mult un rol descriptiv decât prognostic.

Odată cu îmbunătățirea rezultatelor chirurgicale, creșterea supraviețuirii pacienților prematuri sau cu malformații severe asociate, precum și cu nevoia de a compara rezultatele managementului între diferite centre, a fost necesară redefinirea parametrilor clinici ai nou-născutului cu atrezie de esofag din punct de vedere al factorilor de risc.

Clasificarea Waterston<sup>[4]</sup> publicată în 1962 folosește ca factori de prognostic greutatea la naștere, existența pneumoniei și severitatea malformațiilor congenitale

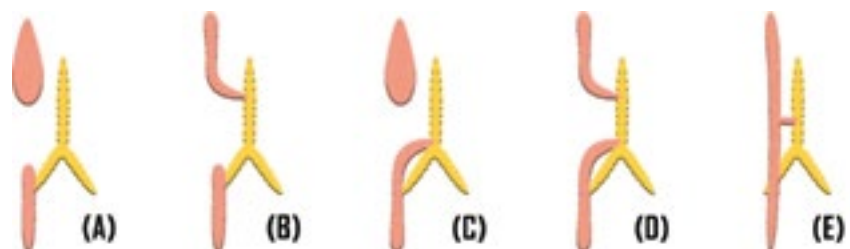


Fig. 1. Clasificarea atreziei de esofag după Gross: tip A - AE fără fistulă eso-traheală, tip B - AE cu fistulă eso-traheală proximală, tip C - AE cu fistulă eso-traheală distală (în peste 85% din cazuri), tip D - AE cu fistulă eso-traheală proximală și distală, tip E - fistulă eso-traheală „în H”

# DIAMOND - Masă de operație pentru cele mai exigente cerințe

Confort maxim, fiabilitate de top pentru practica zilnică



Căștigătoare a premiului Reddot Design și nominalizată la premiile germane de design.



Made in Germany



## Proiectată pentru orice tip de intervenție

DIAMOND îndeplinește cerințele și premisele fiecărei discipline chirurgicale din blocul operator.

## Concept bine gândit

Garantează o manipulare sigură și controlată. Pregătită pentru viitor, datorită tehnologiei de ultimă generație încorporate.

## Flexibilitate, posibilitate de a regândi utilizarea

Caracteristicile pre-lansare asigură un flux de lucru perfect, datorită modului confortabil, intuitiv de operare.

## Capacitate de încărcare și flexibilitate în orice poziție

Designul inovator al mesei îndeplinește cele mai exigente cerințe profesionale.

## Funcționalitate fără restricții

Standardul conceptual superior permite accesul optim către echipament și un nivel ridicat de radiolucentă.

## Accesorii

Gama de opțiuni permite personalizarea mesei, adaptând-o perfect spațiului și nevoilor existente.



asociate, dar odată cu dezvoltarea terapiei respiratorii moderne neonatale și creșterea supraviețuirii, inclusiv a nou-născuților prematuri, această clasificare își pierde din valoarea predictivă<sup>[2]</sup>.

În 2009 clasificarea Okamoto<sup>[5]</sup> revizuieste sistematizarea prognosticului făcută de către Spitz în 1994<sup>[6]</sup> prezentând ca factori de prognostic prematuritatea, greutatea la naștere și severitatea malformației cardiace în special când aceasta este asociată cu insuficiență cardiacă sau instabilitate cardio-vasculară. Această clasificare subliniază importanța tratamentului pluridisciplinar al nou-născuților cu atrezie de esofag, în centre terțiare în care tratamentul medical și cardio-vascular chirurgical este disponibil la standarde înalte.

## Malformații asociate

Atrezie de esofag se asociază în până la 50-70% din cazuri<sup>[7]</sup> cu alte tipuri de malformații ceea ce demonstrează complexitatea tratamentului medical și chirurgical al acestor pacienți, necesitatea unui bilanț preoperator amănunțit și a unei echipe multidisciplinare cu obligația urmăririi pe termen lung și multitudinea de factori predictivi în ceea ce privește calitatea vieții.

Pe de altă parte, procentele diferite de anomalii asociate raportate de diferiți autori sugerează că aceste cifre sunt în strânsă dependență cu acuratețea diagnosticului preoperator și că malformațiile asociate trebuie căutate cu rigurozitate respectând protocoale de evaluare bine stabilite.

Din punct de vedere al malformațiilor extra-digestive asociate, cele mai frecvente sunt prezente anomaliile cardiace, genito-urinare și musculo-scheletale. Asociația VACTERL – regăsită în 1 din 4 cazuri de atrezie de esofag (malformație - vertebrală, anorectală, cardiacă, traheo-esofagiană, renală, a unuia din membre) - este confirmată atunci când se regăsesc cel puțin 3 din cele 7 clase de anomalii. Pe de altă parte, cel mai frecvent diagnosticul de atrezie de esofag se regăsește în anomalii cromozomiale, sindrom CHARGE, Opitz sau Goldenhar<sup>[7]</sup>.

## Diagnostic antepartum

Deși diagnosticul pozitiv de atrezie de esofag se stabilește cu ușurință la naștere, diagnosticul prenatal joacă un rol important în diagnosticul unei malformații digestive superioare indicând astfel spre o evaluare



Fig. 2 – Pacient în vârstă de 3 ani cu asocierile VACTERL – AE cu fistulă eso-traheală distală, tetralogie Fallot, agenezie de membru pelvin drept. (colecție personală)

imagistică mai amănunțită inclusiv a altor malformații asociate (de ex. cardiace), precum și educarea și pregătirea părinților privind managementul imediat după naștere și prognosticul copilului<sup>[8]</sup>.

Chiar și în prezent, diagnosticul antepartum de certitudine este o provocare<sup>[9]</sup> însă acuratețea acestuia crește în centrele cu experiență. Prezența polihidramniosului matern cu stomac fetal mic sau care nu se poate evidenția ecografic reprezintă cele mai frecvent semn care sugerează posibilitatea unei malformații congenitale de esofag. Dacă la acestea se asociază evidențierea pungii esofagiene la nivel cervical sau torace superior, valoarea predictivă pozitivă a evaluării ultrasonografice crește<sup>[10]</sup>.

În ultimii ani, în clinica noastră s-a remarcat o creștere a numărului de cazuri evaluate prenatal ecografic (în cazuri specifice - RMN fetal) cu suspiciunea de malformație congenitală de esofag fapt ce a favorizat luarea timpurie în evidență a pacientului, colaborarea cu clinicile de obstetrică-ginecologie privind anunțarea momentului nașterii și pregătirea echipei de terapie intensivă nou-născuți în primirea pacientului și inițierea managementului preoperator.

Prezumpția de malformație congenitală de esofag nu reprezintă o indicație de naștere prin cezariană. Deși malformația congenitală de esofag nu reprezintă o urgență chirurgicală, prezența fistulei esotraheale sau asocierii cu alte malformații respiratorii sau cardiace poate influența negativ transportul nou-născutului pe distanțe lungi între spitalul în care are loc nașterea și clinica de chirurgie pediatrică. Din acest motiv, deși nu reprezintă o indicație absolută, nașterea este de preferat

să aibă loc într-un centru cu experiență și la distanță cât mai mică de un centru de chirurgie pediatrică cu experiență în tratamentul patologiei complexe neonatale<sup>[11]</sup>.

## Prezentare clinică

tabloul clinic al nou-născutului cu atrezie de esofag însoțită de fistulă eso-traheală distală (tipul comun al bolii) cuprinde hipersalivația, tusea (adesea cu caracter productiv), sufocare și cianoză la fiecare tentativă de alimentare orală. În decursul următoarelor ore de la naștere abdomenul devine destins mai ales în etajul superior (în cazul prezentei fistulei eso-traheale distale), apar tulburări respiratorii, mai accentuate în cazul prematurilor. Ulterior, distensia abdominală se generalizează. Prin contrast, în atrezie esofagiană izolată (neînsoțită de fistulă) sau cu fistulă proximală, abdomenul va fi excavat.

Gestul de a introduce o sonda nazo- sau oro-gastrică la nou-născut este obligatoriu de a fi efectuat de către neonatolog. Eșecul acestui gest ridică o înaltă suspiciune de atrezie esofagiană, moment în care nou-născutul trebuie transferat prompt într-un centru terțiar de chirurgie pediatrică.

Examenul clinic amănunțit pe aparate și sisteme inclusiv a feței (care sugerează anomalii cromozomiale precum sindromul Down sau CHARGE) sau prezența și poziția orificiului anal, permite evaluarea malformațiilor asociate și a factorilor de prognostic.

## Diagnostic imagistic în atrezie de esofag

În ordinea confirmării consolidării diagnosticului se indică efectuarea unei radiografii toraco-abdominale cu evidențierea unui fund de sac esofagian proximal și a sondei nazo-gastrice incolăcite la acest nivel. Dacă pungea esofagiană superioară nu este evidentă radiologic se pot introduce câțiva ml de aer sau chiar 1 ml de substanță de contrast pentru confirmarea diagnosticului. Este foarte important ca, după efectuarea radiografiei, substanța de contrast să fie îndepărtată prompt din esofagul proximal, pentru a scădea riscul de pneumonie/pneumonie de aspirație.

Prezența de aer la nivelul stomacului și aerarea intestinului sugerează prezența unei fistule eso-traheale distale. Lipsa de aerare la nivel abdominal sugerează atrezie de eso-



## Gaze și amestecuri de gaze pentru uz medical

Oferta SIAD Romania de gaze medicinale este în continuă dezvoltare datorită cooperării cu companiile grupului SIAD din divizia Medicală: Medigas, Magaldi Life și SIAD Healthcare. SIAD, datorită experienței și expertizei sale în domeniul sănătății, este un partener de încredere în furnizarea de soluții medicale globale: gazele, sistemele, echipamentele, tehnologiile și serviciile îndeplinesc cerințele celor mai ridicate standarde de calitate.

The SIAD Group  
Technical gases, Engineering,  
Healthcare, LPG and Natural Gas.

[siad.ro](http://siad.ro)

 **SIAD**



Fig. 3 – Nou-născut - radiografie toraco-abdominală. Atrazie de esofag – capăt proximal evidențiat prin acumularea substanței de contrast; fistulă eso-traheală evidențiată indirect prin aerarea stomacului. Atrazie duodenală- absența pneumatizării distal.

fag izolată fără fistulă (tip A în clasificarea Gross). Diagnosticul de certitudine privind lipsa sau prezența unei fistule eso-traheale proximale se pune doar bronhoscopic/eso-fagoscopic.

Deși bronhoscopia preoperatorie în centrul nostru se folosește doar în cazuri selecționate, experiența centrelor dedicate tratamentului cazurilor complexe de malformații traheo-esofagiene arată importanța evaluării preoperatorii pentru detectarea fistulei proximale, fistulelor izolate, fistulelor multiple sau despiciurii laringotraheoesofagiene care se asociază cu atrazia de esofag până la 20-35% din cazuri [12].

## Tratament

În corelație cu un diagnostic prompt al atraziei de esofag, tratamentul preoperator joacă un rol crucial în prevenirea complicațiilor date de aspirația secrețiilor din pungea esofagiană superioară sau refluxul gastric prin fistula eso-traheală, toate acestea agravând statutul respirator al nou-născutului cu evoluție potențial fatală prin sindromul de detresă respiratorie acută din pneumonia de aspirație. Antibioterapia cu spectru larg, tratamentul postural, fizioterapia



Fig. 4 – Imagine bronhoscopică. Fistulă eso-traheală, în cazul unei malformații tip E. (colecție personală)

pulmonară, menținerea echilibrului hidro-electrolitic și nutritiv prin catetere venoase centrale și prevenirea hipoprotrombinemiei nou-născutului prin administrare de vitamina K sunt elemente fundamentale în terapia intensivă a pacientului cu atrazie de esofag în așteptarea intervenției chirurgicale [13, 14].

Adoptarea tuturor acestor măsuri prin protocoale de tratament în secția de terapie intensivă neonatală au dus la o scădere semnificativă a morbi-mortalității, atât în preoperator, cât și în postoperator, unde putem adăuga scăderea complicațiilor asociate esofagostomiei, procedură aleasă acum în mod excepțional în detrimentul aspirației continue. De asemenea, prevenirea sindromului de detresă respiratorie acută neonatală a condus la o reducere însemnată a necesității de intubație endo-traheală și a eventualelor complicații asociate acestui gest, unul cu grad crescut de dificultate în prezența fistulei eso-traheale distale - perforația gastrică sau deteriorarea funcției respiratorii prin hiperinflația abdomenului.

Astfel, tratamentul chirurgical al atraziei de esofag nu reprezintă o urgență chirurgicală, ea reprezintă însă o urgență diagnos-



Fig. 5 – Esofagoplastie cu colon transvers izoperistaltic retrosternal

tica. Intervenția chirurgicală trebuie să se desfășoare la un moment optim din punct de vedere al echilibrului fiziologic al nou-născutului și oferind astfel răgaz echipei multidisciplinare să evalueze cu exigență pacientul elaborând astfel un plan terapeutic cât mai adaptat bilanțului biologic și malformativ al pacientului.

Complexitatea atraziei de esofag și versatilitatea arsenalului tehnicilor chirurgicale propuse, abordate atât deschis, cât și minim-invaziv (toracosopic, laparoscopic) au dus de-a lungul istoriei la constituirea unui subiect intens dezbătut al acestei patologii astfel aflat în continuă perfecționare. Fiecare procedură chirurgicală prezintă avantaje și dezavantaje pe termen scurt, însă fără o separare a beneficiilor acestora pe termen lung devenind astfel foarte dificil de standardizat. Cu toate acestea, în chirurgia actuală a atraziei de esofag scopul principal este acela de a păstra esofagului nativ. În acest sens au fost enunțate numeroase tehnici, precum: bujirajul pungii esofagiene superioare, tracțiunea capetelor esofagiene prin intervenții seriate, miotomii circulare sau spirale ale capătului esofagian superior, transpoziția gastrică sau croirea de lambouri tubularizate de la nivelul pungii esofagiene superioare sau de la nivelul micii sau marii curburi gastrice sau diverse tehnici de substituție esofagiană (cu jejun, ileon sau colon).

În clinica noastră, în ultimii 15 ani, s-au creat premisele aplicării principiilor enunțate de Prem Puri [15], privind creșterea esofagiană spontană, reușindu-se astfel să avem un succes al anastomozii primare de peste 90%. Abordul minim-invaziv al atraziei de esofag a fost rezervat până acum la explorarea și ligatura fistulei esotraheale în cazuri selecționate.

În ceea ce privește tratamentul de substituție esofagiană, atât tradiția clinicii, cât și rezultatele favorabile, ne-au îndreptat către perpetuarea esofagoplastiei cu colon ca primă intenție în reconstrucția esofagului în cazurile în care anastomoza eso-esofagiană nu a fost posibilă. Folosirea spațiului retrosternal pentru trecerea grefonului este atitudinea dominantă, însă în cazurile de atrazie de esofag complexe, cu malformații cardiace asociate sau istoric chirurgical la nivelul mediastinului anterior, au dus la dezvoltarea și perfecționarea tehnicii de trecere prin mediastinul posterior cu rezultate favorabile.

În privința tehnicilor de păstrare a esofagului nativ, au fost obținute rezultate favorabile folosind principiile enunțate de



**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 operații, simularea luând în calcul inclusiv informațiile bio-motorii ale medicului

**București**

Str. Giuseppe Garibaldi nr. 8-10  
sector 2, 020223  
București, România  
Tel.: +40 21 3119161/62  
Fax: +40 21 3119163  
office@eyeconmedical.ro

**Timișoara**

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

**Chișinău**

Piața Dimitrie Cantemir nr.1,  
Oficiul 1427, Chișinău,  
Republica Moldova  
Tel.: +373 22 996010  
Fax: +373 22 996011  
office@eyeconmedical.md

Foker, în intervenția inițială. Am practicat ancorarea în tensiune a capetelor esofagiene la peretele toracic, în așteptarea intervenției chirurgicale ulterioare menite să realizeze anastomoza eso-esofagiană.

## Complicații

Complicațiile adresate în mod direct tratamentului chirurgical al atreziei de esofag sunt dehiscenta anastomozelor sau fistulele anastomotice cu evoluție rapidă către mediastinită acută și infecții pulmonare, stenozele esofagiene anastomotice, recurența fistulei eso-traheale, boala de reflux gastro-esofagian (RGE) sau traheomalacia.

De asemenea, printre complicațiile mai rar întâlnite putem enumera situații care variază în funcție de natura și evoluția fiecărui caz - tulburări de deglutiție sau de supt prin defect de coordonare sau pierderea reflexului de supt, infecții sistemice, complicații asociate nutriției parentrale totale, stomiilor create sau cateterelor venoase centrale, tulburări de evacuare gastrică sau metaplazie gastrică [16,17].

Evoluția în ceea ce privește reușita păstrării esofagului nativ ne-a adus pe termen lung în fața unei creșteri a incidenței bolii de reflux gastro-esofagian postoperator (esofagită de reflux, stenoze esofagiene peptice, hemoragii digestive superioare), crescând altfel numărul pacienților cu reflux gastro-esofagian înalt, incontabil prin mijloace conservatoare și care primesc indicația efectuării unei proceduri antireflux. De asemenea, prevalența herniei hiatale sau ascensionarea în torace a fornixului gastric din mecanismul antireflux sunt complicații tot mai des întâlnite.

În experiența noastră înregistrăm o incidență a BRGE de 14,5% la vârsta de 2 ani. Cu toate că păstrarea esofagului nativ duce în mod frecvent la tulburarea mecanismului sfincterian cardiac cu reflux gastro-esofagian consecutiv, tratamentul conservator în sensul profilaxiei BRGE, creșterea și capacitatea de adaptarea a copilului, fac aceste fenomene să se remită în primii ani de viață.

Această succesiune în evoluția cazurilor oferă noi provocări serviciului de endoscopie al clinicii de chirurgie care se află în fața unei cazuistici bogate, propice dezvoltării tehnicilor terapeutice minim-invasive.

În ceea ce privește calitatea vieții ulterioare a pacienților operați pentru atrezie de esofag există un nivel scăzut al cunoștințelor, atât în literatură, cât și la noi în țară. Acest fapt se datorează dificultății



Fig. 6 – Imagine endoscopică a unei stenoze anastomotice strânse consecutivă RGE înalt rezultat ca urmare a unei anastomozes primare.

obiectivării acestora în cazul copiilor, dar și prin numărul redus de studii în această direcție. Cu toate acestea, sunt cunoscute, pe termen lung dificultăți de deglutiție, tulburări de motilitate digestivă, intoleranțe alimentare, traduse prin disfație, falimentul creșterii, dureri abdominale cronice sau pirozis; infecții respiratorii recurente, scăderea volumului expirator maxim pe secundă (VEMS), astm bronșic sau deformări ale cutiei toracice [18,19].

## Rezultate

Factorii care influențează rezultatele pe termen lung în atrezia de esofag sunt greutatea la naștere, malformațiile congenitale cardiace, distanța mare dintre capetele esofagiene, dependența de ventilație mecanică sau alte anomalii asociate severe [20].

În ultimii 15 ani mortalitatea în atrezia de esofag a scăzut considerabil în clinica noastră, ajungând în prezent la 10-15%; acest procent se datorează coexistenței AE cu malformații asociate - îndeosebi cardiace și prematurității de grad III-IV. Progresele efectuate în sensul terapiei intensive neonatale, concomitent cu creșterea complexității evaluării, perfecționarea protocolelor și tehnicilor chirurgicale, au determinat o reconfigurare a prognosticului pacienților cu atrezie de esofag. Astfel au fost tratate cu succes numeroase cazuri de dismaturi sau pacienți sindromici, în această grupă fiind incluși nou-născuți sub 1.500 g care au avut evoluție postoperatorie favorabilă, atât pe termen scurt, cât și lung.

Categorie aparte sunt reprezentate de:

- fistulele fistulele eso-traheale izolate („în H”) - abordate fie pe cale cervicală, fie toracală;
- cazuri rare precum duplicația esofagiană asociată atreziei de esofag,
- atrezie de esofag cu fistulă eso-traheală distală asociind microgastrie, în cazul căreia

s-a recurs la efectuarea unui procedeu de augmentare gastrică tip Hunt-Lawrence.

Pe de altă parte, supraviețuirea cazurilor complexe de atrezie de esofag a condus la confruntarea pe termen lung cu comorbidităților asociate și complicațiile postoperatorii, acești pacienți necesitând monitorizarea multidisciplinară și tratament pe termen lung.

În încheiere, subliniem faptul că managementul de succes în atrezia de esofag presupune precocitatea diagnosticului, atât cel de formă clinică, cât și rigurozitatea recunoașterii malformațiilor asociate. Ulterior, tebuie urmărit un plan terapeutic adaptat nevoilor și priorităților pacientului în centre ce au acces la resurse medico-chirurgicale de cel mai înalt nivel.

Dorim să subliniem pe această cale, colegilor din secția de terapie intensivă neonatală și imagistică care au dovedit un profesionalism desăvârșit și fără de care rezultatele obținute nu ar fi fost asemănătoare celor obținute de alte centre europene de chirurgie neonatală.



Fig. 7 – Imagine intraoperatorie după finalizarea procedurii de augmentare gastrică Hunt-Lawrence.



Fig. 8 – Imagine intraoperatorie - AE cu FET distală și duplicație chistică de esofag la nivelul pungii esofagiene inferioare, în adiacența fistulei.



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

# Prevenția trombemboliei în chirurgia de urgență

Trombembolismul venos (TEV) este o cauză prevenibilă de morbiditate și mortalitate în chirurgia de urgență. În S.U.A. 2,5% dintre pacienții la care s-a intervenit în urgență au prezentat TEV<sup>[1]</sup>. Riscul de trombembolism venos este considerat mai mare în chirurgia de urgență. De exemplu, TEV este de aproape 2 ori mai frecvent în colectomia de urgență (9%) față de cea electivă (5%) în colita ulcerativă<sup>[2]</sup>. De asemenea, riscul de TV este diferit în raport cu tipul afecțiunii chirurgicale. Astfel, riscul tromboembolic este de 0,2% după apendicectomie față de 4% în colectomie<sup>[3]</sup>. În fapt, conform datelor existente, majoritatea pacienților supuși chirurgiei de urgență au risc crescut de TEV.



Șef de lucrări, Dr. Florin Iordache MD, PhD

Medic chirurg, Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, Șef de Lucrari, UMF Carol Davila, Doctor în științe medicale

## Factorii de risc pentru trombembolismul venos sunt reprezentați de:

- Intervențiile chirurgicale sau ortopedice
- Traumatismele (majore sau ale membrilor inferioare)
- Imobilizarea (>3 zile)
- Accidentul vascular cerebral (în special asociat cu deficit motor)
- Neoplaziile
- Tratamentul antineoplazic (hormono-, chimio-, sau radioterapie)
- Antecedentele de TEV
- Vârsta peste 40 ani
- Sarcina și perioada postpartum
- Tratamentele hormonale
- Contraceptivele orale sau terapia de substituție hormonală pe bază de estrogeni
- Modulatorii selectivi de receptori estrogenici (raloxifen, tamoxifen etc)
- Afecțiunile medicale acute (inclusiv acutizarea unor afecțiuni medicale cronice)
- Insuficiența cardiacă sau respiratorie
- Infarctul miocardic acut
- Bolile inflamatorii intestinale
- Sindromul nefrotic
- Infecții acute severe
- Sepsisul
- Trombofilia ereditară sau dobândită
- Anticorpii antifosfolipidici
- Deficitul de proteina C, S, antitrombină III
- Rezistența la proteina C activată (factor V Leiden)
- Afecțiunile mieloproliferative
- Hemoglobinuria paroxistică nocturnă
- Obezitatea
- Fumatul
- Varicele la membrele inferioare

## • Cateterizarea venoasă centrală

Riscul de trombembolism venos este variabil așa cum se vede și după multitudinea de factori de risc anterior prezentați. De aceea, se recomandă utilizarea unor metode obiective de cuantificare a riscurilor. Cele mai folosite sunt scorurile Caprini, Rogers sau Hopkins<sup>[3]</sup>. Scopul acestora este de a decide necesitatea profilaxiei TEV și a tipului de profilaxie. Scorul Caprini este prezentat în tabelul 1.

Mai simplu, bolnavii pot fi împărțiți în trei grupe de risc (tabel 2).

## Metode de profilaxie a TEV

Alegerea metodei de profilaxie depinde de aprecierea riscului de tromboembolie și a riscului de sângerare. Metodele de profilaxie a TEV sunt de două tipuri: mecanice și farmacologice.

Tabel 1 – Scorul Caprini de evaluare a riscului tromboembolic<sup>[4]</sup>

1 punct	2 puncte	3 puncte	4 puncte
<b>Vârsta 41-60 ani</b> Chirurgie minoră BMI>25kg/m2 Edeme gambiere Varice membre pelvine Graviditate sau postpartum Avorturi în antecedente Contraceptive orale/tratament hormonal Sepsis <1 lună Boală pulmonară<1 lună Funcție pulmonară deficitară Infarct miocardic acut Insuficiență cardiacă congestivă<1 lună Boli inflamatorii intestinale Pacient imobilizat la pat	<b>Vârsta 61-74 ani</b> Artroscopie Chirurgie majoră pe cale deschisă >45in Chirurgie laparoscopică >45min Repaus la pat >72 ore Atele cu imobilizare Acces venos central	<b>Vârsta &gt;75 ani</b> Antecedente de TEV Antecedente familiale de TEV Trombofilii Homocisteină crescută Trombocitopenie indusă de heparină	<b>AVC&lt;1lună</b> Artroplastie electivă de membru pelvin Fracturi pelvine, de șold sau membru pelvin Leziuni ale membrilor<1 lună

Tabel 2 – Stratificarea pacienților din punctul de vedere al riscului de TEV (după Gherasim L. et al.)<sup>[5]</sup>. HGMM (heparină cu greutate moleculară mică); HNF (heparină nefracționată); AVK (antivitamine K)

Nivel de risc	Risc de TEV (%)	Tromboprofilaxie
<b>Risc mic</b> Chirurgie minoră la pacient mobilizabil Pacienți nechirurgicali cu mobilitate păstrată	<10%	Fără tromboprofilaxie specifică Mobilizare precoce și "agresivă"
<b>Risc moderat</b> Chirurgie generală, chirurgie deschisă ginecologică sau urologică Pacienți nechirurgicali imobilizați la pat Risc moderat de TEV+risc mare de sângerare	10-40%	HGMM (doze recomandate), HNF bid sau tid, fonda-parină Tromboprofilaxie mecanică
<b>Risc mare</b> Artroplastie șold sau genunchi, fractură de șold Traumatisme majore, leziunea măduvei spinării Risc moderat de TEV+risc mare de sângerare	40-80%	HGMM (doze recomandate), fondaparină, AVK (INR 2-3) Tromboprofilaxie mecanică

Tabel 3 – Model de profilaxie TEV<sup>[7]</sup>

Clasă de risc	Profilaxie
<b>Risc mic:</b> chirurgie minoră, pacient mobil complet, fără alți factori de risc	Mobilizare precoce și frecventă
<b>Risc moderat:</b> boli benigne, fără alți factori de risc	HGMM de ex. dalteparin 5000 UI subcutan odată pe zi sau enoxaparin 40 mg/odată pe zi, tinzaparin 4500 U subcutan odată pe zi HNF 5000 UI subcutan de două ori pe zi Fondaparinux 2.5 mg subcutan odată pe zi
<b>Risc înalt:</b> cancer, TEV în antecedente, factori de risc multipli	HGMM de ex. dalteparin 5000 UI subcutan odată pe zi sau enoxaparin 40 mg/odată pe zi, tinzaparin 4500 U subcutan odată pe zi HNF 5000 UI subcutan de două ori pe zi Fondaparinux 2.5 mg subcutan odată pe zi Se adăugă compresie mecanică

## Profilaxia mecanică

Această metodă funcționează prin reducerea stazei venoase scăzând riscul de lezare a endoteliului dar și prin stimularea secreției endoteliale a activatorului tisular al plasminogenului care produce liza eventualelor cheaguri. Spre deosebire de profilaxia farmacologică această metodă nu are risc de sângerare.

Metodele de profilaxie mecanică constau în ciorapi cu compresie gradată, compresie pneumatică intermitentă sau dispozitive de compresie secvențială și pompe de picior. În contextul existenței acestor metode, deși mobilizarea precoce a bolnavului are valență profilactică, aceasta nu este considerată adecvată și suficientă.

Ciorapii cu compresie gradată sunt folosiți pentru prevenția TEV și exercită un anumit grad de presiune diferită la nivelul gambei și care scade proximal. Sunt folosiți la pacienții imobilizați în pat dar nu sunt folosiți în ambulatoriu. Presiunea pe care o exercită este de la 8-18 mm Hg de gleznă spre coapsă.

Dintre contraindicațiile ciorapilor cu compresie gradată enumerăm bolile arteriale periferice, prezența bolilor arteriale periferice, neuropatiilor, edemelor periferice prin insuficiență cardiacă, deformări importante ale membrului pelvin. Unii autori au limitat utilizarea ciorapilor cu compresie gradată datorită incidentelor înregistrate în unitățile de terapie intensivă (leziuni de presiune)<sup>[6]</sup>.

Dispozitivele cu compresie pneumatică intermitentă constau dintr-o manșetă care se aplică pe membru și o pompă electrică, dispozitivul cu aer comprimat realizând compresia la nivelul membrului pelvin. Primele

dispozitive aveau o singură cameră, ceea ce nu permitea transmiterea uniformă a presiunii. Dispozitivele moderne prezintă multiple camere, ceea ce face posibilă obținerea unui gradient de presiune mai mare în partea distală și mai redus în partea proximală a membrului. Versiunile moderne și mai scumpe sunt programabile, realizând o presiune calibrată la nivelul membrului.

Pe bază evidenței existente se recomandă utilizarea profilaxiei mecanice cu dispozitive de compresie secvențială la majoritatea pacienților la care profilaxia farmacologică este contraindicată. Pe de altă parte profilaxia mecanică în asociere cu cea farmacologică este mult mai eficientă.

Contraindicațiile dispozitivelor cu compresie pneumatică intermitentă sunt reprezentate de:

- Limfedemul cronic
- Prezența trombozei venoase profunde
- Tromboflebită
- Erizipel, celulită
- Edem pulmonar
- Boală vasculară ischemică periferică
- Neuropatie periferică severă

## Profilaxia farmacologică

Deoarece majoritatea bolnavilor cu urgențe chirurgicale au risc moderat sau înalt de la TEV, se recomandă profilaxia farmacologică, aproape întodeauna. Singura contraindicație absolută o constituie hemoragia activă.

Profilaxia farmacologică se face cu heparină sau heparine cu greutate moleculară joasă, cel mai adesea. În ultimii ani noi antitrombotice cu efect anti-factor Xa (apixaban, dabigatran, rivaroxaban, edoxaban, and betrixaban) și anti factor IIa (dabiga-

tran) – cu administrare orală sau injectabilă au început să fie utilizați în profilaxia TEV. Aceștia sunt o alternativă la anticoagulatele de tip cumarinic. O variantă simplificată de profilaxie se regăsește în tabelul 3 (conform ghidului canadian de profil):

## Inițierea și oprirea profilaxiei

Toți pacienții care necesită chirurgie de urgență vor fi evaluați în raport cu riscul tromboembolic. În anumite situații profilaxia farmacologică nu poate fi aplicată dar cea mecanică poate fi utilizată. Este foarte dificil de stabilit când se poate opri medicația anticoagulantă. Există date care arată că pacienții supuși la intervenții chirurgicale oncologice sau pelvine beneficiază de tratament de lungă durată pentru prevenție. Pe de altă parte, mai mult de 30% dintre pacienții operați în urgență vor avea un episod tromboembolic după externare<sup>[8]</sup>. Aceasta arată că anumite subgrupuri de pacienți beneficiază de o profilaxie prelungită. Ca atare, se recomandă ca pentru pacienții cu intervenții chirurgicale de urgență, profilaxia tromboembolică să fie menținută cel puțin până la externare.

În concluzie, profilaxia tromboembolică este necesară la aproape toți pacienții supuși unor intervenții chirurgicale de urgență. Anumite subgrupuri de pacienți beneficiază de o profilaxie prelungită și după externare. Încadrarea pacienților în grupuri de risc este esențială pentru alegerea metodei profilactice cele mai eficiente.

## Bibliografie

1. McCoy CG, Englum BR, Keenan JE, Vaslef SN, Shapiro ML, Scarborough JE. Impact of specific postoperative complications on the outcomes of emergency general surgery patients. *J Trauma Acute Care Surg* 2015; 78:912–919.
2. Kaplan GG, Lim A, Seow CH, et al. Colectomy is a risk factor for venous thromboembolism in ulcerative colitis. *World J Gastroenterol* 2015; 21:1251–60.
3. Murphy PB, Vogt KN, Lau BD, et al. Venous Thromboembolism Prevention in Emergency General Surgery. *JAMA Surg* 2018; 153:479.
4. Cooray R, Lake C. Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism.; 2018.
5. Gherasim L, Antonescu D, Tulbure D. Ghid de prevenție a tromboembolismului venos Ediția a II-a.; 2009.
6. Hobson DB, Chang TY, Aboagye JK, et al. Prevalence of graduated compression stocking-associated pressure injuries in surgical intensive care units. *J Crit Care* 2017; 40:1–6.
7. CPSI/ICSP. Getting Started Kit.; 2017.
8. Dewane MP, Davis KA, Schuster KM, Maung AA, Becher RD. Venous Thromboembolism-Related Readmission in Emergency General Surgery Patients: A Role for Prophylaxis on Discharge? 2018.



Prof. Whyte  
în 1973: „Tot ceea  
ce urmează să intre  
în contact cu rana a fost  
sterilizat, cu excepția  
aerului care este în  
contact cu totul”

# Alternativa inteligentă de a vă menține instrumentele și câmpul chirurgical sterile și infecțiile în afara sălii de operație

## Ce facem

Inovăm dispozitivele cu aer filtrat prin HEPA. Produsele noastre reduc bacteriile potențial periculoase care transportă particule din aer și asigură local o zonă cu aer curat în jurul câmpului chirurgical și peste instrumentele sterile. Prin urmare, scade riscul de infecții postoperatorii, se salvează mai multe vieți și resurse financiare.

## Infecțiile în câmpul chirurgical

O cauză principală a infecțiilor în câmpul chirurgical (SSI) o reprezintă contaminarea aerului cu particule de piele purtătoare de bacterii, care se așează pe suprafețele sensibile în condiții de asepsie. În mod obișnuit, aproximativ 50-200 de unități de formare a coloniilor pe metru cub de aer (cfu/m<sup>3</sup>) de aer sunt găsite într-o sală de operație ventilată convențional, Toul. Cea mai comună sursă de bacterii este considerată a fi personalul teatrului de operație care lucrează în proximitatea câmpului de operație. Prevenirea și vindecarea SSI pune o povară enormă asupra resurselor medicale și financiare, atât în timpul intervențiilor chirurgicale, cât și în cel postoperator.

## Economisiți Bani și Salvați Vieți

Instalarea sistemelor Toul Meditech are beneficii ample, nu numai în sectorul serviciilor medicale, ci și în sectorul financiar al spitalului.

# Investiția se amortizează într-un timp record!



## Zona de aer steril cu flux laminar vertical focusat

Acum încărcătura bacteriană pe instrumente și campul chirurgical este redusă cu peste 95% comparativ cu sistemele de ventilatie convenționale.

Infecțiile localizate la nivelul plăgilor operatorii (SSI) continuă să fie o problemă majoră de calitate în toate tipurile de intervenții chirurgicale, ceea ce duce la costuri uriașe și suferințe grave pentru pacienți. O cauză a SSI este contaminarea aerului cu particule de piele purtătoare de bacterii provenite de la echipa chirurgicală. Aceste particule se vor sedimenta pe suprafețe sensibile pentru asepsia chirurgicală. Prin crearea unei zone de aer steril, care poate fi

menținută în timpul procedurii chirurgicale, pacientul poate fi protejat împotriva contaminării din aer. Unit-urile cu flux de aer laminar Toul Meditech au început să fie utilizate în Scandinavia începând cu anul 2003, asigurând un flux de aer ultrazolion direct deasupra campului chirurgical și instrumente, acționând ca o barieră pentru reducerea pe cât posibil prezentei particulelor purtătoare de bacterii. Sistemele Toul Meditech sunt gata de utilizare imediat după livrare.

### Distribuitor exclusiv în România:

Str. Alexandru Zagoritz 19, 021997 - București  
www.novatechmed.ro • Email: office@novatechmed.ro



# Rolul echipei de chirurgie în stabilirea planului de tratament pentru pacientul oncologic

**Spitalul OncoFort este primul Centru Privat de Excelență în Tratarea Cancerului din România, spital ce oferă servicii de radioterapie performantă, chimioterapie și chirurgie. Aici sunt diagnosticați și tratați lunar peste 1200 de pacienți.**

Intervențiile chirurgicale realizate în cadrul Spitalului OncoFort sunt orientate cu predilecție către **chirurgia oncologică** laparoscopică sau deschisă. Intervențiile ce se pot efectua sunt din sfera **chirurgiei digestive, generale, genito-mamare, ORL, toracice și urologice.**

**Echipa de chirurgie**, condusă de Prof. Dr. Irinel Popescu, combină tehnologia performantă a Spitalului OncoFort cu o **experiență de peste 6 ani în Gral Medical**, în cele **aproximativ 300 de intervenții chirurgicale oncologice**, cu rezultate ce se încadrează în literatura de specialitate.

## Echipa multidisciplinară a spitalului

**Domnul Prof. Dr. Irinel Popescu**, membru corespondent al Academiei Române, Secția de Științe Medicale, specializat în **chirurgie digestivă**, cu **patologie hepatică, patologie pancreatică sau patologie gastrică**, ne dezvăluie câteva din detaliile **activității echipei de chirurgie oncologică a spitalului OncoFort.**

„În Spitalul OncoFort și centrul de diagnostic Gral, există **echipa multidisciplinară** (tumor board),



care se ocupă de **managementul cancerului** și al diverselor localizări ale acestei maladii. Din această echipă fac parte **oncologi, radiologi, anatomo-patologi și chirurghi**. Rostul unei asemenea echipe este atât asigurarea unui **tratament integrat**, cât și asigurarea unui prognostic cât mai bun pacientului.

Ca să obținem cele mai bune rezultate în tratamentele oncologice – **cancere**, în ziua de astăzi trebuie să

funcționăm într-o astfel de **echipă multidisciplinară**, în care, mai întâi deciziile se iau pe baza discuției în echipă și **planul de tratament** este efectuat de către aceeași echipă. Aș menționa că la aceste **ședințe multidisciplinare de tumor board**, din partea oncologiei participă **Prof. Dr. Thomas Brodowicz**, de la spitalul AKH - Viena, doamna **Prof. Dr. Rodica Anghel** și doamna **Dr. Paula Toma.**



Din punct de vedere al **secției de chirurgie**, care e cumva cea mai nouă dintre secții, deși are deja 6 ani de experiență, gama de **intervenții** pe care le abordăm este complexă și se adresează în primul rând **cancerelor digestive**, dar nu numai acestora. Aș menționa că toate **cancerile, atât cele din sfera digestivă (cancerul hepatic, cancerul pancreatic, cancerul de colon și de rect, cancerul gastric)** cât și cele din sfera genitală (de corp sau de col uterin sau de ovare) sunt abordate în aceeași viziune complexă și de colaborare între chirurghi și colegii oncologi.

În strânsă legătură cu oncologia, sunt **serviciile de radiologie** și cel de **anatomie - patologică**, unde lucrează personal cu vastă experiență pe toată **patologia oncologică**. Probabil că cei mai mulți știu că în ziua de astăzi, **tratamentul cancerului** se abordează în maniera pe care o numim **personalizată**, deci aici și laboratorul joacă un rol, pentru că fiecărui **pacient** i se efectuează **profilul genetic** și în funcție de acesta sunt abordate anumite scheme de chimioterapie, asta fiind în sarcina oncologului.

Pentru **echipa chirurgicală, examenul extemporaneu** poate constitui un element important în stabilirea conduitei operatorii, în funcție de rezultatul primit de la anatomo-patolog. De asemenea, **examenul de certitudine** este reprezentat de **rezultatul histopatologic de la parafină**, care, combinat cu examene de finețe de imunohistochimie, orientează **diagnosticul oncologic și tratamentul ulterior**, ținând practic pe profilul pacientului. Într-un asemenea mediu complex, chirurgul nu este doar un simplu operator, ci **participă activ la discuțiile cu bordul multidisciplinar**.

## Calitatea vieții pacientului, principala noastră preocupare

Scopul nostru este de a-i **asigura pacientului o calitate a vieții cât**

**mai bună**, chiar în condițiile unei afecțiuni de tip cancer, și, cu ajutorul radio sau chimioterapiei, de a **transforma leziunea**, care inițial era **considerată inoperabilă**, într-o **leziune operabilă**. Chiar și în **cazurile operabile**, tratamentul poate începe cu chimioterapia, dar, pentru a îmbunătăți prognosticul bolnavului, pentru a-i oferi o șansă de supraviețuire mai bună, trebuie să se ajungă la momentul chirurgical. În mediul **multidisciplinar, prezența chirurgului încă de la început**, îl face pe oncolog să aibă viziunea **tratamentului pacientului**. Unul din **scopurile majore ale acestui tratament**, este acela de a-i oferi chirurgului șansa unei **intervenții** care de multe ori poate **să ofere ani lungi de supraviețuire** și câteodată chiar **vindecări ale acestor cazuri**, de multe ori **avansate**.

**Numărul de intervenții efectuate crește** de la an la an. Rezultatele în această **echipă multidisciplinară** sunt în concordanță cu cele obținute la nivel internațional. Revenind la actul chirurgical în sine, **gama de intervenții pe care o efectuăm** este aceeași ca și în spitalele publice, dotările sunt aceleași ca și în serviciile cele mai dotate din spitalele publice. Aș mai menționa faptul că și în funcție de dorința pacientului, există și tendința de deplasare a unor anumite tipuri de intervenții către abordul minim invaziv, deci către **chirurgia laparoscopică**.

## Tratament complet, complex și integrat la standarde europene

**Obiectivul** în acest mediu **oncologic** este în primul rând **salvarea vieții bolnavului** și asigurarea unei durate de supraviețuire cât mai lungi, respectând cele mai moderne principii oncologice.

În același timp, interesul **Spitalului OncoFort** este de a folosi **cele mai moderne tehnici în oncologie**, printre care determinarea ganglionului sentinelă în cancerul de sân și în melanom, în această idee de

a face o chirurgie radicală, adusă la zi după protocoalele și ghidurile actuale.

Încercăm să oferim pacienților ceea ce le pot oferi și spitalele europene, pentru noi a fost și rămâne etalon spitalul AKH din Viena, la care ne raportăm și constituie pentru noi repere și standarde la nivelul cărora încercăm să ne ridicăm.”

Este important de reținut că în **spitalul OncoFort**, decizia pentru **tratarea pacientului** se face în **tumor board** și este luată de o **echipă** a tuturor celor implicați în tratarea pacientului respectiv.

Pentru ca dosarul pacientului dumneavoastră să poată fi analizat de către **echipa multidisciplinară** (tumor board) a spitalului OncoFort, trebuie să îl **programați pentru o consultație**.

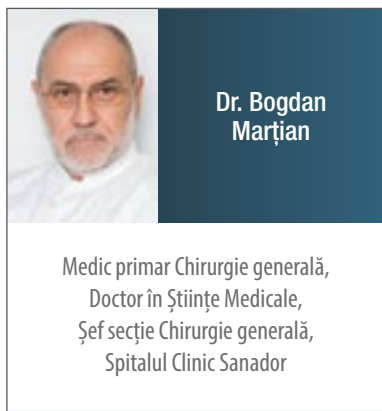
Domnul **Prof. Dr. Irinel Popescu** a introdus **transplantul de ficat** ca metodă terapeutică în România, realizând primul **transplant hepatic uman**, în anul 2000. El este președinte al Asociației Europene de Chirurgie începând cu anul 2018. Asociația Europeană de Chirurgie a fost concepută pentru a oferi experiențe educaționale cuprinzătoare în cele mai importante domenii chirurgicale, cum ar fi chirurgia clinică, experimentală și a științelor conexe, educației chirurgicale și aspectelor socio-economice ale îngrijirii.

**Prof. Dr. Irinel Popescu** abordează cele mai complexe intervenții din sfera **oncologică** în cadrul **Spitalului OncoFort** și oferă **consultații de chirurgie oncologică și hepatologie**. Pentru **detalii suplimentare și programări** puteți suna la **Call center: 021 323 00 00**.



# Elemente actuale în tratamentul neoplasmului gastric

Deși cu incidență în scădere în ultimele decenii, neoplasmul gastric rămâne o problemă majoră de sănătate publică și este plasat al patrulea ca frecvență la bărbați, al șaptelea la femei și al cincilea în general. În 2018 s-au înregistrat global peste 1 milion de cazuri noi și circa 700 000 decese datorate cancerului gastric<sup>(1)</sup>. Nu includem în această discuție neoplasmul de joncțiune eso-gastrică.



Incidența cea mai mare se constată în Asia extremă, pe primele 3 locuri situându-se Coreea de Sud, Mongolia și Japonia cu 39,6, 33,1, respectiv 27,5 la 100 000 locuitori. În Europa, Lituania, plasată pe locul 20 global, înregistrează cea mai mare rată: 13,3 la 100 000<sup>(1)</sup>.

În România, problema majoră legată de cancerul gastric nu este atât frecvența, cât faptul că se depistează în stadii avansate, într-o proporție inadmisibil de mare, cu supraviețuire la 5 ani modestă comparativ cu, spre exemplu, Coreea de Sud, unde cca 50% din cazuri

sunt diagnosticate în stadiul I, iar supraviețuirea globală la 5 ani atinge 75% în 2015<sup>(2)</sup>.

Se pare că programul agresiv de screening endoscopic, cu gastroscopie obligatorie la 6 luni, explică, măcar parțial, rezultatele coreene.

Datele din România nu au consistență statistică<sup>(1)</sup>, dar din datele publicate, constând în experiența uneori impresionantă a unor centre dedicate, rezultă că majoritatea cazurilor sunt depistate în stadii avansate.

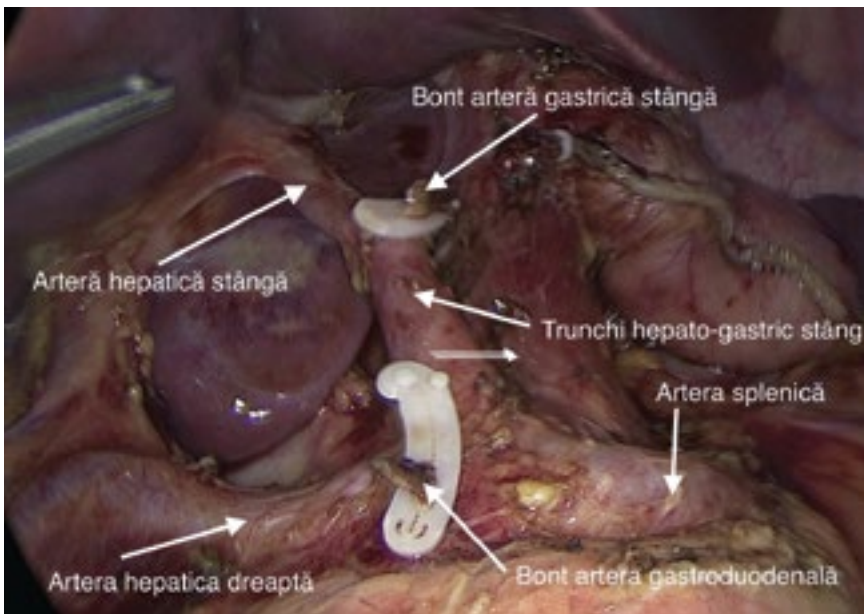
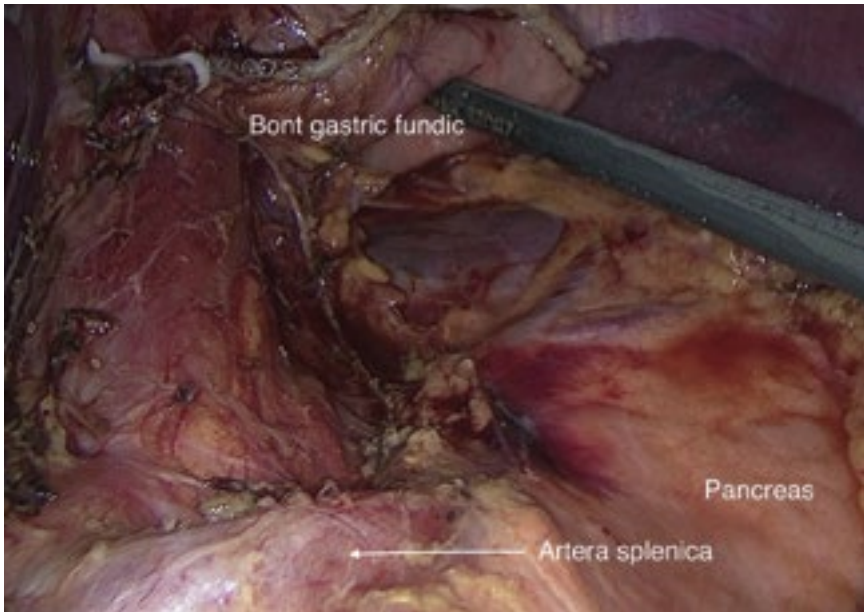
Trebuie precizat că toate ghidurile importante de diagnostic și tratament (Corean, Japonez, ESMO, NCCN) consideră cancerul gastric incipient (early gastric cancer) leziunea care nu depășește submucoasa (T1a, T1b), indiferent de stadiul limfoganglionar (N). Definiția cancerului local avansat este încă discutabilă. Unii autori consideră doar T3 și T4 expresii ale cancerului gastric avansat, ceea ce ar lăsa T2 (invazia musculară) nedefinit. Dacă însă considerăm precizările ghidurilor mai sus menționate, care

recomandă același tip de tratament pentru stadiul T1b sau mai mare, trebuie să acceptăm T2 ca exprimând boala loco-regională.

Tratamentul modern al cancerului gastric (al oricărei neoplazii, de altfel) trebuie stabilit în echipă multidisciplinară (așa numitul Tumor Board). Este frecvent multimodal și, evident, depinde esențialmente de stadializarea preterapeutică, ceea ce obligă la diagnostic corect și complet. Arsenalul diagnostic (identificare, confirmare și stadializare) trebuie să cuprindă: teste hematologice, evaluarea funcției renale și hepatice, endoscopie cu biopsie, CT toraco-abdomino-pelvin cu contrast, ultrasonografia endoscopică, PET-CT și laparoscopia exploratorie +/- citologia lavajului peritoneal, ce pot aduce precizări distinctive între T1-T2 sau prezența metastazelor oculte<sup>(3,4)</sup>.

Odată stadializarea preterapeutică (cTNM) stabilită, intervențiile terapeutice recomandate sunt relativ omogene între ghiduri.

Stadiile „foarte incipiente” („very early gastric cancer”), Tis,



Aspect post limfadenectomie și varianta anatomică vasculară

T1a (neoplazia intraepitelială, sau care nu depășește musculara mucoasei), pot fi tratate prin rezecție endoscopică, acolo unde există experiența necesară, ori prin gastrectomie cu limfadenectomie limitată (D1), fără altă terapie asociată preoperator.

Pentru stadiul T1b se recomandă gastrectomie radicală cu limfadenectomie D1<sup>(4)</sup>, sau D1+ ori D2<sup>(5,6)</sup>, fără terapie adjuvantă. Pentru T2 sau mai mult, dacă tumora este rezecabilă, se recomandă chimioterapie neoadjuvantă (preoperator), urmată de gas-

trectomie radicală cu limfadenectomie D2<sup>(3,4,5,6)</sup>.

În ultimii ani s-a acumulat suficientă evidență care demonstrează rezultate oncologice similare între gastrectomia clasică și laparoscopică, păstrând avantajele laparoscopiei, inclusiv pentru stadiile avansate locale<sup>(7,8)</sup>.

Evoc aici în continuare cazul pacientei D. A., în vârstă de 34 ani, normoponderală, depistată endoscopic cu adenocarcinom de corp gastric, confirmat histopatologic (G2), fără

comorbidități, cu tumoră de mici dimensiuni (3,5/2 cm), situată la limita corporeo-antrală posterior, spre marea curbură, fără modificări la CT toraco-abdomino-pelvin, stadiul clinic I (cT1N0M0).

În cadrul Comisiei Multidisciplinare Sanador (Tumor Board) s-a decis, dat fiind stadiul de neoplasm gastric incipient, gastrectomie radicală inițială.

Am optat pentru abordul minim invaziv și am practicat o gastrectomie subtotală cu limfadenectomie D2, laparoscopică, cu conservarea splinei și gastro-jejunostomie pe ansă Y transmezocolică. De remarcat prezența unei adenopatii a mării curburii neidentificată imagistic preoperator care a schimbat stadiul bolii (pT1N1M0, std IB).

Evoluția postoperatorie a fost simplă, lipsită de evenimente.

#### Bibliografie

1. Bray F. - Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN, CA Cancer J Clin (in press)
2. Sun-Seog Kweon, Chonnam Med J, May 2018
3. Smyth E C - Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines, Annals of Oncology 27 (Supplement 5), 2016
4. NCCN Guidelines, Gastric Cancer, Version 1.2019, March 14, 2019
5. Clinical Practice Guidelines for Gastric Cancer in Korea, J Gastric cancer, 2014
6. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (vers 4), Gastric Cancer, 2017
7. Seungyeob Lee, J Gastric Cancer. 2018 Jun 18 (2)
8. Young Kyu Park, COACT 1001 Trial, Ann Surg 20, 20, 2017

# Colaborarea în cancer dintre medici de diferite specialități este obligatorie, conform legislației în vigoare

Profesorul Brătucu Eugen este chirurg oncolog la Institutul de Oncologie București, redactor șef adjunct la revista Chirurgia (din 1995 și în prezent), este membru al Academiei de Științe Medicale, Coordonator Platforma de Cercetare a Academiei de Științe Medicale din Institutul Oncologic București, Profesor Șef Clinică Chirurgie din 1995, șef catedră de Chirurgie la IMF București până în 2011, a primit Ordinul "Serviciul Credincios" în grad de ofițer – anul 2000, - Medalia "Meritul pentru Învățăământ" Clasa a III-a – anul 2004 și Ordinul "Meritul Sanitar" Grad de Cavaler – anul 2010. A avut amabilitatea să ne acorde un interviu pentru revista Oncologie 2018 – Medical Market.

Stimate domnule profesor, să începem prin a ne prezenta câteva dintre proiectele profesionale pe care le aveți în derulare în Institut.

Avem două mari proiecte.

**Screeningul cancerului de col uterin**, un program național cu fonduri europene, coordonat de Ministerul Sănătății care revine Institutului Oncologic București, în timp ce Institutul Oncologic Ion Chiricuță de la Cluj se ocupă de screeningul cancerului de sân și de screeningul cancerului colorectal.

Noi suntem ajutați în acest program de Biserica Ortodoxă Română, care s-a implicat serios în acest proiect prin Arhiepiscopia București, susținând material această activitate de screening a cancerului de col uterin pe populația sănătoasă de sex feminin din București și județul Ilfov. Sunt trimise caravane în satele din județ, se anunță aceste examene medicale ginecologice speciale, medicii de familie pregătesc populația feminină în intervalul de vârstă 18-45 ani, adică perioada genitală activă. Medicii voluntari din IOB merg și examinează pacientele în ideea depistării precoce a leziunilor precanceroase sau a cancerelor de col uterin în fază incipientă. Această activitate se desfășoară începând din luna ianuarie



2018 pe durata a 3 ani. Bineînțeles că pe lângă expedițiile de diagnosticare în județul Ilfov, pentru populația feminină din București, aceste screeninguri se desfășoară în IOB. Responsabilul de această activitate este doctorul Prunoiu Virgiliu, chirurg oncolog în Secția de Chirurgie Oncologică I din IOB.

Al doilea proiect care ne canalizează interesul, tot cu fonduri europene, se ocupă cu **formarea și perfecționarea de personal în domeniul oncologiei**. Programul vizează medici de familie și medici oncologi, precum și personal sanitar mediu, asistente medicale pe specialitatea oncologică. Și acest proiect se derulează pe 3 ani și suntem tot în primul an de desfășurare a sa. Se desfășoară cursuri de pregătire la nivelul a 3 centre naționale: IOB, Institutul Oncologic din Cluj și Institutul Oncologic Iași. Sunt 8 cursuri care au ca obiect cancerul de sân, cancerul genital, cancerul de recto-colon și diagnosticul precoce în cancer. Sunt pregătiți lectori pentru aceste cursuri, formatori și toată infrastructura necesară. Medicii din teritoriu, specialiști sau medici de familie pot să urmeze unul sau două cursuri, creditate de Colegiul medicilor cu credite de pregătire profesională, iar la absolvirea lor se susține un colocviu de verificare a cunoștințelor dobândite și se acordă o diplomă de absolvire. Scopul acestui proiect este de a ridica nivelul de pregătire oncologică medicală și chirurgicală. Fiecare curs are 20 de ore, câte 4 ore timp de 5 zile și se desfășoară în afara programului obișnuit al medicilor. În cadrul IOB există și o componentă investițională, aprobată în cadrul proiectului, care înseamnă dotarea unui laborator de imunohistochimie de ultimă generație pentru studiul tumorilor și o trusă endoscopică pentru cancerul de rect. Este o dotare de ultimă achiziție la nivel european.

În paralel cu aceste două proiecte mari de care am pomenit, în IOB există cercetare științifică la nivelul tuturor clinicilor universitare care funcționează în IOB și mă refer la Clinica de Chirurgie condusă de profesorul Alexandru Blidaru, care are în palmares realizări importante în chirurgia cancerului de sân, Clinica de Chirurgie în sfera cancerului

de plămâni și mediastin, condusă de profesorul Teodor Horvat precum și Clinica de Radioterapie condusă de doamna profesor Rodica Anghel și Clinica de Oncologie medicală, condusă de doamna conferențiar dr. Dana Lucia Stănculeanu. Toate aceste clinici au activitate de cercetare științifică recunoscută pe plan național și chiar și internațional. Există colaborări între clinici pentru derularea de activități de cercetare științifică în domeniul de graniță. O notă aparte o face Centrul de Cercetare Fundamentală în Domeniul Cancerului, condus de academician prof. dr. Nicolae Manolescu și de prof. dr. Sabin Cincă, în care lucrează în mod dedicat 40 de cercetători științifici, fără atribuții în asistența medicală. Acest centru desfășoară cercetare științifică în domeniul geneticii medicale și micromolecular în diferite tipuri de cancer.

**Cum decurge colaborarea dintre medici de diferite specialități, necesară unui tratament coerent și optim al pacientului oncologic?**

Colaborarea în cancer dintre medici de diferite specialități este obligatorie, conform legislației în vigoare.

Niciun bolnav care se internează și care are diagnostic confirmat de cancer, indiferent de localizarea cancerului, nu începe un tratament până când nu este analizat într-un panel medical format din 3 medici, un oncolog, un radioterapeut și un chirurg oncolog. Acest grup de medici, după ce consultă toată documentația medicală a pacientului, fie solicită date suplimentare prin efectuarea unor explorări adiționale, care poate lipsesc dosarului medical al bolnavului, pentru a determina stadiul bolii, după care, de comun acord, cei 3 medici specialiști stabilesc planul de tratament. Deoarece tratamentul cancerului este unul complex, oncologic, radioterapeutic și chirurgical, secvența procedurală terapeutică o stabilesc ei. Tratamentul poate să înceapă cu o chimioterapie pe care o prescrie oncologul, poate continua cu o cură de radioterapie și apoi să se apeleze la intervenția chirurgicală. Această secvență se stabilește funcție

de starea pacientului și stadiul bolii, de către echipa de medici din panel. Această colaborare este absolut obligatorie și se consemnează în fișa medicală a pacientului, contrasemnată de cei 3 medici. Starea bolnavului, stadiul bolii și secvența terapeutică stabilită. Pe parcursul tratamentului se reevaluează periodic starea pacientului, dacă se obțin rezultate favorabile sau nu. Dacă rezultatele sunt sub limitele așteptărilor, panelul se reîntrunește și poate schimba tratamentul.

Vin mulți bolnavi din provincie unde dotarea tehnică este insuficientă. La IOB avem o dotare tehnică superioară și putem realiza investigații de vârf (care în alte țări sunt uzuale) cum ar fi Rezonanța magnetică nucleară, Computer tomografia, tehnicile de Endoscopie digestivă și pulmonară (cum este bronhoscoopia). Dacă pacientul se prezintă fără aceste explorări care sunt necesare pentru realizarea unui diagnostic exact și o strategie de tratament cât mai eficientă. Spre exemplu, pacientul vine cu cancer de recto-colon stabilit prin investigația prin colonoscopie și în urma biopsiei deci este limpede că are un cancer de rect sau de colon, dovadă fiind biopsia. Dacă nu are RMN sau nu are CT, se vor face acestea la IOB. Făcând aceste explorări se constată că sunt posibile niște determinări metastatice la nivelul altor organe, nedecelabile prin RMN și CT.

**Vă rugăm să ne vorbiți despre un caz medical deosebit din activitatea dumneavoastră**

Un caz pe care îl întâlnești o dată în viață. A venit de la Galați o doamnă tânără, 42 de ani, cu un handicap extraordinar. Avea o tumoră de perete abdominal care a cântărit 25 de kg. O tumoră care o țintuia la pat de câțiva ani. Medicii anesteziști s-au speriat și cu greu i-am convins să facă anestezie în această situație. Intervenția a durat 4 ore, cu risc maxim de sângerare. Totul a decurs favorabil, lucrând o echipă de 4 chirurghi. Pacienta acum este la domiciliu, se deplasează singură. A fost un cancer de părți moi abdominale, deci un sarcom.

Pacienta are aproape 2 ani de la operație și nu prezintă nicio recidivă. Vine periodic la control.

# „Noi nu suntem Dumnezei. Dumnezeu ne pune ceva în mână și în cap, ca să facem bine”

Venit la Iași cu ocazia unui eveniment științific important – Congresul de Coloproctologie, ajuns la cea de a 9-a ediție, profesorul Silviu Constantinoiu a lăsat în sala de operație, odată cu halatul și cu bisturiul, rigoarea cazonă a chirurgului și exigența profesorului, și a îmbrăcat cu eleganță haina omului de societate, deloc scorțos și rigid, ba dimpotrivă, hâtru și empatic.

**Ați reușit să ajungeți student eminent la Medicină în București, venind din satul Vărbilău, județul Prahova.**

Când m-am dus la întâlnirea de 50 de ani de la înființarea liceului din Slănic Prahova, am văzut că am fost pus șef de promoție peste toate generațiile liceului. I-am spus directorului: „Domnule, eu v-am operat pe toți, sper că nu din acest motiv m-ați pus primul acolo”. Mi-am operat într-adevăr toată familia: părinții, soția, fiica... Acum cred că nu este bine să-ți operezi familia.

**Nu aveți încredere decât în dvs.?**

Sigur, trebuie să ai încredere în forțele proprii. Dar de aceea este și greu de condus un colectiv de chirurși, fiindcă chirurgul e un tip orgolios, cei mai mulți au impresia că dacă se învârt prin trupul omului, sunt dumnezei, lucru neadevărat. Dumnezeu ne pune ceva în mână și în cap, ca să facem bine. Uneori faci o operație ca la carte și ești foarte mulțumit, dar apar totuși complicații. Alteori poate nu operezi chiar așa de bine, ești un pic nemulțumit, dar bolnavul merge perfect.

**Mai țineți minte când ați intrat la Medicină, câți candidați erau pe un loc?**

În 1971 am fost cam 1800 de candidați pe vreo 300 de locuri. Am intrat printre primii și n-aveam telefon direct, așa că am trimis acasă o telegramă: „Am intrat cu media 9,11, printre primii”. Atât.

**Prof. Univ. Dr. Silviu Constantinoiu**, directorul Centrului de Excelență în Chirurgia Esofagului din Spitalul Sf. Maria din București, președintele Societății Române de Chirurgie



De ce am dat la medicină? Eu am fost destul de talentat la limba română, la literatură. Jucam și în piese de teatru, iar profesoara de română mi-a spus că ar fi bine să fac ceva legat de treaba asta. Însă soră-mea m-a convins: „Tu ai o memorie bună, e păcat să nu faci medicina. În plus, nici nu avem doctori în familie, ne mai ajută și pe noi cu ocazia asta”. Și din clasa a X-a m-am apucat să învăț Atlasul lui Petricu și Voiculescu.

**Maestrul dvs. a fost profesorul Pavel Simici, dumnealui v-a fost model.**

Profesorului Simici nu-i plăceau deloc pletoșii, cum eram și eu ca toți tinerii pe vremea aceea, era mai conservator, fu de general – profesor agregat. Și mi-a zis:

„Voi aveți impresia că știți carte, hai să-ți aduc Tratatul de nefrologie scris de tata prin 1936. Numai despre istoricul glomerulonefritelor, când nu se cunoștea microscopia electronică, a scris 36 de pagini”.

Tot profesorul Simici mi-a povestit despre colegii săi de la catedra de anatomie a lui Rainer: profesorul Prișcu, George Emil Palade, Nicolae Simionescu, Ernest Juvara, Șeicaru, Hortolomei, numai unul și unul... Apoi a venit la catedra din București profesorul Grigore T. Popa de la Iași, care l-a adus cu el pe asistentul lui preferat, Emil Repciuc, un soi de savant care făcuse vreo trei facultăți: Medicină, Conservatorul (cânta bine la vioară) și Matematică. Era specialist în calculul biomecanicii articulare. De fapt era o tradiție ca profesorii de la Iași să vină la București.



medfarm.ro



1994

## CHIRURGIE

instrumentar de specialitate  
mobilier si accesorii - mese operatie / lampi  
aparatura - electrocautere / aspiratoare / monitoare  
sterilizare - autoclave / pupinele  
laparoscopie / histeroscopie / cistoscopie

- + consultanta la achizitii
- + suport tehnic / instruire personal
- + service autorizat
- + finantare



Medfarm Trading srl, Bucuresti - Str. Zefirului 21, Tel : (021) 320 19 20

[www.medfarm-trading.ro](http://www.medfarm-trading.ro) / [www.instrumentemedicale.ro](http://www.instrumentemedicale.ro) / [www.dotarimedical.ro](http://www.dotarimedical.ro) [facebook.com/medfarm.trading.ro](https://facebook.com/medfarm.trading.ro)

Reprezentant autorizat din 1994 pentru distributie / service : EDAN / ECLERIS / PAX / LED / SOMETECH / CAMI / NEWMED / BIOBASE

**La concursul de Internat tot profesorul Simici v-a convins să participați.**

„Am auzit că știi ceva carte și parcă ai zis că te dai ortoped. Ia zi-mi tu, atunci, care sunt oasele carpului”, mi s-a adresat profesorul Simici la o oră de curs. Întrebarea nu avea nici o legătură cu chirurgia generală, dar i-am răspuns pe loc: „Ținând mâna în poziția anatomică, oasele carpului sunt așezate pe două rânduri: un rând proximal, un rând distal: scafoid, semilunar, piramidal, piziform, trapez, trapezoid, mare, cu cârlig...” „Bine”, zice el. „Dar ce os poate fi interesant în fractura Pouteau Colles (fractură de epifiză distală)?” „Ținând cont de poziția anatomică, poate migra scafoidul anterior sau posterior. Luxație de scafoid”. „Bine, mă. Dar după americani, care-i cea mai frecventă complicație în ulcerul duodenal?” I-am răspuns: „Hemoragia, 80%”. „Bine, să vii la mine să dai Internatul”. Și m-am întâlnit cu dânsul prin anul V, pe 6 septembrie se dădea concursul de Internat. Învățasem, dar nu mă înscrisesem la concurs. „Ce faci, nu te înscrii?” „Domnule profesor, uitați, eu sunt coleg cu băiatul lui Ioan Ursu, președintele Consiliului Național de Știință și Tehnologie, cu băiatul secretarului-șef de la Rectorat, cu băiatul lui Prișcu, șeful IOMC... Nu cred că am vreo șansă...” „Bă, câte locuri sunt?” „12 locuri, domnule profesor!” „Ia să te înscrii: șase inși vor intra cu pile, șase inși ne vor opera și pe noi cândva”.

Internatul era un concurs dur. Marele profesor Pius Brânzeu mărturisea că „toate celelalte concursuri pe care le-am susținut în viață, toate, împreună, nu mi-au cerut un efort atât de mare ca pregătirea Internatului”.

Erau 12 posturi și țin minte și acum: prima teză a fost de anatomie. Când ne-au chemat, în Amfiteatrul de la Colțea, și s-au deschis tezele, prima teză a fost a mea: „Constantinoiu Silviu, nota 8”. Noi eram învățați cu note mai măricele și am crezut că am zbârcit-o. Pe urmă au început să strige notele: „cutare – 2,40”, „cutare: 1,20...” Un punct se dădea din oficiu. De fapt luasem cea mai mare notă la Anatomie. Iar la Patologie, cea mai mare notă a luat-o Irinel Popescu. Și am luat al doilea, ca medie generală, după Irinel Popescu. Pe urmă ne-am gândit la ce spital să mergem fiecare: Irinel a ales „Fundeni”

iar eu „23 August”, dar nu mi-au scos post și am plecat la „Grivița”, unde sunt și acum. Există un destin al fiecăruia.

**Ce deosebește un chirurg bun de unul mediocru?**

Teoretic nu ar trebui să existe chirurghi mediocri. Eu le zic studenților că ar trebui să ia numai note de 8, 9 și 10, dar preferabil doar 9 și 10, iar sub 6 să nu le dau drumul. Ce e aia să faci chirurgie și să știi de 5? Mai bine îi pic și mai învață o dată.



Prof. Pavel Simici

Un chirurg care nu știe teorie, nu știe anatomie, este ca un marinar în largul oceanului care nu are la el nici sextant și nici busolă. Un chirurg care știe anatomie, anatomie topografică, merge până la punctul sensibil, știe unde să se oprească. Asta înseamnă că scurtează mult operația. Un chirurg care are cunoștințe de bază foarte serioase e și mai rapid, și mai eficient, din toate punctele de vedere. În Franța, de exemplu, nu prea poți să te strecoari, nu există chirurghi slabi. Există buni și foarte buni. La noi mai scapă câte unul. În principiu suntem destul de severi la examenul de specialitate și de primariat.

Arghezi spunea de chirurgul Hortolomei că avea acea suprafacultate a intuiției care joacă în teritoriul medicinei rolul inspirației în muzică și poezie.

În general medicii, dar mai ales chirurgii, sunt iubitori de frumos. Operația în sine este un act de creație, ca un fel de operă de artă. Legat de inspirație, să vă dau câteva exemple de medici scriitori celebri: președintele Uniunii Medi-

cilor Scriitori este profesorul Constantin Dimoftache, care a fost asistentul meu la Biofizică. Un om foarte cult. A tradus perfect „Les fleurs du mal”, de Charles Baudelaire. De altfel învățasese pe de rost toate poeziile lui Baudelaire. A avut cea mai bună traducere a „Divinei Comedii”, a „Mahabharatei” și a „Ramayanei”... Și vă dați seama, este profesor de biofizică...

Pe urmă câțiva scriitori celebri de-a noastră care erau medici: Baranga, Augustin Buzura, Vasile Voiculescu... Iar în lume: Cehov, Cronin – care a fost medic la minele din Țara Galilor, sau Somerset Maugham.

În București există orchestra medicilor. Sunt invitat mereu la Ateneu, mai ales de Sf. Ștefan, la concert. Au un dirijor foarte bun, pe Iosif Prunner.

**„Sunt legat și de chirurgia ploieșteană, prin marele chirurg Constantin Andreoiu”**

Trebuie să recunosc că sunt legat și de chirurgia ploieșteană, prin marele chirurg Constantin Andreoiu.

Marii profesori, Juvara și ceilalți, veneau să-l vadă operând la Ploiești. A făcut operații deosebite. El a introdus rezecția cu anastomoză gastro-duodenală, el a făcut prima gastrectomie totală (Făgărășanu se laudă că a făcut-o el, dar nu a publicat-o). Andreoiu este o dovadă că și în provincie existau oameni foarte buni. La deschiderea Congresului de Coloproctologie, am dat exemplul celebrului chirurg Victor Dimitriu, care a operat la Brăila. Era foarte bun specialist într-o boală foarte răspândită pe atunci – limfogranulomatoza rectală benignă sau Nicolas Favre. Cea mai mare statistică din Europa o aveau Traian Nasta și cu Dimitriu. Mai erau Ghiță Popovici la Bacău, Iacomei Răzeșu la Piatra Neamț, Adameșteanu la Târgu Jiu, Nicodim la Sibiu... Era o politică foarte bună de a trimite oameni serioși care să ridice chirurgia spitalelor județene.

Îmi place foarte mult Iașul, cred că este unul dintre cele mai frumoase orașe din țară. Eu și Viorel Scripcariu suntem prieteni foarte buni.

Sunt foarte legat și de școala ieșeană. În primul rând, peste 30 de profesori de la București au venit de la Iași. Nici nu poți să faci o despărțire între cele două





# NORMIX

Rifaximină- $\alpha$  200 mg  
Antibioticul intestinal



**Antibiotic neabsorbabil<sup>1</sup>**

**Acoperă un spectru larg  
(Gram+, Gram-, aerobi și anaerobi)<sup>1</sup>**

**Acțiune modulatorie asupra  
microbiotei intestinale<sup>2,3</sup>**

**Gratuit în ciroza hepatică și HIV-SIDA<sup>4</sup>**

*Adaptat după:* 1. Rezumatul caracteristicilor produsului Normix 200 mg comprimate filmate. 2. Bajaj J.S. et al. Modulation of the metabiome by rifaximin in patients with cirrhosis and minimal HE. PLoS One. 2013; 8(4): e60042. doi:10.1371/journal.pone.0060042. 3. Soldi S. et al. Modulation of the gut microbiota composition by rifaximin in non-constipated irritable bowel syndrome patients: a molecular approach. Clinical and Experimental Gastroenterology 2015; 8:309-325. 4. [www.onas.ro/categorie/lista-medicamentelor.html](http://www.onas.ro/categorie/lista-medicamentelor.html)  
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Normix 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adverse suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com) sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale

școli. Când Grigore T. Popa inventează și descoperă sistemul port-hipofizar, vine la București, la fel ca și Hortolomei, Juvara, Amza Jianu... Poți să mai zici că e o școală numai ieșeană sau numai bucureșteană?

**Care a fost cel mai greu moment din cariera dvs., când v-ați operat fiica?**

Nu, cred că cel mai greu a fost când am pierdut o pacientă, o tânără operată de apendicită, pe care am zis să o protejăm, că era mai fricoasă și am hotărât să-i facem anestezie generală. Și de la un șoc anestezic a făcut șoc cardiac, am resuscitat-o, părea că-și reia bătăile cardiace, dar din păcate a murit. Sigur, familia nu a fost încântată de treaba asta, am avut și niște reclamații. N-a fost o vină chirurgicală, dar una peste alta, indicația de anestezie cam eu o pusesem. A fost un moment care mă mai bântuie și astăzi. Mă gândesc tot timpul că dacă-i făceam anestezie locală sau rahianestezie, trăia și astăzi.

Dar sunt și momente simpatice pe care mi le aduc aminte.

Aveam un coleg la Brăila, Nucu Argeșanu, cu care stătușem și în cameră, și i-am spus: „Nucule, când îți vine un bolnav cu o stenoză că a băut sodă sau altceva, îi pui o gastrostomă, lași să se dilate stomacul vreo șase luni, să se definitiveze leziunile cicatriciale, și mi-l trimiți la reconstrucție de esofag”. Lui îi vine unul cu cancer eso-gastric, îi pune o sondă și-l lasă vreo șapte luni. Când a ajuns săracul la mine – îl chema chiar Brăilă și mai avea un singur dinte – l-am operat, i-am făcut o rezecție eso-gastrică pe cale mixtă abdomino-toracică, operație grea, cu anastomoză eso-gastrică intratoracică. A scăpat și după a șaptea zi era în salon, făceam vizita și nu prea știa ce sunt eu, ce fac pe acolo. Îi zic: „Nea Brăilă, ia, te rog, o bucată de pâine și o bucată de brânză și să vedem cum înghiți.” Înfulca de ziceai că mănâncă aur. „Ei, cum te simți?” Și-atunci, cu respect total, mi-a răspuns solemn: „Foarte bine, domnule inspector!”

Mai țin minte și alte întâmplări hazoase. De exemplu, eram intern la profesorul Simici, când a venit să se opereze un pitic, pe nume Pletea, care avea un abces apendicular. Echipa care l-a operat a ținut neapărat să-i zgâlme pe-acolo să-i scoată apendicele. În plin abces nu prea e în regulă, dacă nu vine singur în plagă, nu

te duci tu după el. Pui un dren și-l lași în pace și-l operezi după câteva luni, pentru că altfel riști o fistulă cecală, ceea ce s-a și întâmplat. În orice caz, rămăsese internat, așteptând să fie reoperat și ca să nu fie uitat, îl întreba pe profesorului Simici, vorbind despre el însuși: „Pe noi când ne reopești, domnu' doctor?”

**Ați pierdut șirul intervențiilor**



Pe vremea când era idolul fetelor din Slănic

**chirurgicale, cam câte operații ați realizat?**

De la o vreme fac numai operații mari, dar dacă le adun pe toate... De exemplu, numai ca intern la profesorul Simici, am făcut cam 500 de apendicite. Cred că am vreo 25.000 de operații făcute de mine ca prim operator. Un oraș întreg. Eu fac chirurgie de când eram intern, din 1976. Sunt 43 de ani de stat în picioare și de trudit. Și din 1979 sunt în învățământ. Ținând cont că sunt două serii pe an, mi-au trecut prin mână 80 de serii.

**Ați fost norocos că profesorul Simici v-a luat sub aripa lui și v-a lăsat să operați. Mulți tineri rezidenți se plâng astăzi că nu-s lăsați efectiv să lucreze.**

Eram în stagiul la Urgență, făceam no-duri binisor, știam carte – nu-i plăcea să te întrebe și să nu știi ceva despre operație sau anatomie. Era un tip care în timpul operațiilor spunea o mulțime de proverbe, în latină, greaca veche, germană, franceză. Era un om foarte cult, un boier al chirurgiei.

Bolnavii vin la un anumit medic, care are o răspundere. Dar tu, ca profesor, ai voie să lași un rezident care este în an mai mare și este bine pregătit să execute operații. Sigur, sub supravegherea ta, tu să răspunzi. Eu am rezidenți pe care-i las să opereze, să deschidă, să facă timpi operatori, pentru că și eu am beneficiat la rândul meu de treaba asta. Profesorul Simici era și redactor la Editura Medicală și când veneau de la Editură, îmi spunea: „Du-te și deschide tu bolnavii”. Uneori terminam și operația. Și atunci, pe cei pe care-I consider bine pregătiți, îi las să opereze. Rezidentul trebuie să fie în plagă, să opereze, asta e rostul rezidențiatului. Dacă numai se uită sau ține o valvă, nu o să învețe nimic niciodată. Și pe noi trebuie să ne opereze mai târziu cineva, vorba lui Simici! Nu poți să îi dai parafă de specialist și el să nu știe să facă nimic...

Știu că fiul profesorului Simici era tot chirurg, dar nu era prea mulțumit de el.

Nu prea-l agrea, pentru că nu citea. Țin minte o fază neplăcută. Întru cu profesorul la o tumoră de unghi duodeno-jejunal, de unghi Treitz. A durat, a trebuit să facem o descrușișare în pensa aorto-mezenterică a duodenului, operație grea, și când am ieșit m-a invitat să bem un ceai la oficiu. Acolo era fiu-su, care lua masa. Când l-a văzut, profesorul Simici i-a șters una cu palma: „Așa, bă, bagă în tine, în loc să vii să asiiți la o operație pe care o vezi o dată în viață!” După aia l-a și dat afară, l-a trimis la Urgențe și după un timp îmi povestește: „Auzi, domnule, mă sună Maître Paul” – așa îi spunea doctorului Paul Blidaru, „și-mi spune că-l lasă mâine pe fiu-meu să facă o vagotomie cu piloroplastie pentru un ulcer duodenal. Și l-am luat pe fiu-meu la întrebări: <A câta pereche de nervi cranieni sunt nervii vagi? Ce efect are vagul pe secreție și pe pilor?> Habar n-avea și i-am dat telefon lui Paul și i-am zis: <Nu-i, da, bă, să opereze, că asta nu știe nimic!>”. Se purta dur cu el, motiv pentru care a și plecat și până la urmă nu a mai făcut chirurgie, a făcut ortopedie.

Dar totuși profesorul Simici era sentimental. O dată, pusese o sondă la o bolnavă cu o fistulă vezico-vaginală. După histerectomia totală, există riscul să se producă o fistula. E o chestie foarte neplăcută, fiindcă adevărata incontinență de urină nu este colapsul genital, așa-zisa ruptură de perineu, ci fistula vezico-vagi-



**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* (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 prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com)

nală. Tot timpul, femeia pierde orice picătură de urină prin vagin. Se produc niște leziuni exematiforme, ea e femeie tânără, te dă în judecată, e un dezastru! Și femeia respectivă avea această problemă și profesorul îi băgase o sondă pe fistulă în bășică, ca să nu mai curgă urina pe lângă. Eu nu am știut și când m-am dus la contravizită, femeia urla că o supără sonda. I-am scos-o și a doua zi operam sus, când am auzit niște răcnete... Blocul operator e la o sută de metri, pe un culoar departe de secție și eram și la etajul 2, și se auzeau urletele de la etajul 1. Vine doamna Vali, asistenta-șefă: „Vă cheamă urgent profesorul!” Când m-am dus, m-a luat: „Bă, am crezut că e ceva de capul tău, că ești cel mai bun student din câți au fost aici! Ești o mortadelă!” . Tocmai îl dăduse afară pe un coleg de-al meu tot intern. Eu am fost coleg de internat cu Sorin Oprescu și cu încă unul. La o vizită, era un bolnav cu lipom pe regiunea scapulară, îi comprima nervul circumflex și avea dureri. Profesorul a întrebat internii: „Ce nerv trece pe aici?” Ceilalți nu au știut, dar eu i-am răspuns: „E nervul circumflex -axilar, care trece prin patruleterul humerobirondotricipital Velpeau”. Celorlalți, care nu știau, le-a făcut observație: „Bă, voi credeți că eu vă fac vizita să-mi prezentați bolnavii așa: Aici e un lipom, aici e un fibrom, aici e un fecalom...” Avea umor proful.

Pe Sorin Oprescu îl dăduse și pe el afară. În fiecare zi Sorin, care era talentat în plagă, dar nu prea avea timp să citească, se tot scuza: „Domnule profesor, la 11.00 am o ședință. Domnule profesor, la 12.00 am o ședință...” Și tot așa, el era cu ședințele pe la UASCR. Și eram cu profesorul la un cancer de rinichi stâng și a intrat Oprescu și nu a apucat să zică nimic, că Simici îl întreabă: „Iar ai ședință? Îți dau drumul dacă-mi spui rapoartele posterioare ale rinichiului stâng?”. „Domn' profesor, m-ați omorât!” „ Bine, mă, tu ești foarte bun, dar de mâine nu mai vii la mine. Și așa a ajuns la Brâncovenesc. Am crezut că o să pățesc la fel. Așa că seara am venit să-mi iau lucrurile și să o întind de acolo. Eram supărat, și profesorul a venit să mă întrebe ce fac. „Păi îmi strâng lucrurile...” „Hai, vin-o la tata, că am glumit...” Era destul de sentimental în felul lui. Și era un chirurg strălucit... De exemplu, când făcea decolarea colo-epiploică pentru cancer gastric – unde se mai pun niște pense, el din vârful foar-

fecii reușea... Sau băga un foarfece de disecție Metzenbaumt, crăcăna un pic, ca o pensă de transfixie, îi băga un fir între vârfulurile foarfecei care tăia brici și străngea exact cât trebuie, nici s-o taie, nici s-o scape. Era efectiv un talent, născut să fie chirurg.



E mare noroc să înveți cu un astfel de maestru. Eu le zic studenților: Una e să înveți tenis cu Dumitru Hărădău și alta e să înveți cu Ilie Năstase.

## „În 1992 cred că eram cel mai tânăr șef de clinică din România, aveam 39 de ani”

În 1989 eram asistent și cred că așa și muream, dacă nu venea revoluția. După asta m-am înscris la doctorat și eram 27 de inși pe un loc. Știam că nu o să iau, că era unul care era ginerele ministrului la vremea aia. Eu și cu profesorul Horvat am luat peste 9.50. Era o comisie serioasă, alcătuită din profesorul Setlacec, profesorul Prișcu, profesorul Agripa, dar i-au dat locul ginerelei ministrului. Dar

la urmă ne-au chemat și pe mine, și pe profesorul Horvat și ne-au zis: „Vi s-a făcut o nedreptate, trebuie să vă lăsați să vă alegeți un conducător de doctorat”. Întâmplător m-am dus la profesorul Prișcu, care era șeful catedrei și prorector. Nu a vrut să mă primească, așa că m-am dus la profesorul Dan Rădulescu, care era șeful Clinicii Chirurgie din Spitalul “Dr.I.Cantacuzino”.

Eram deja doctorand când profesorul Dan Rădulescu m-a întrebat: „Nu te înscrii la primariat?” „Păi nu se echivalează?” „Ba da, dar medicul primar prin concurs este echivalat cu mai multe puncte decât medicul primar făcut prin echivalență doctorală”. Și m-am pregătit pentru concurs. O probă am dat-o cu Prișcu, mi-a picat un ulcer postbulbar și se pare că am vorbit bine, că m-a oprit la sfârșit: „Dragă Constantinoiu, ți-am dat 10 cu felicitări, dar vreau să-ți spun un lucru: Eu am greșit cu dumneata atunci, am crezut că ești de altă calitate, dar să știi că mi-a plăcut foarte mult cum ai prezentat și am să mă lupt să te facem șef de lucrări, că în dumneata văd și un viitor șef de clinică”. Câți profesori ar fi recunoscut că au greșit? Așa a și făcut, m-a făcut șef de lucrări, iar în 1992 cred că eram cel mai tânăr șef de clinică din România, aveam 39 de ani. De atunci au trecut 27 de ani, iar dacă mă mai ținăștia până la 70 de ani, o să împlinesc 30 de ani de șefie, o viață de om. Și am reușit să fac niște lucruri în acest timp: în primul rând am făcut un Centru de excelență în chirurgia esofagului și i-am învățat și pe alții să opereze.

### De ce ați ales chirurgia esofagului?

Era o chirurgie de care fugeau toți, o chirurgie foarte grea, și mi-am dat seama că trebuie să o facă cineva și pe asta. Un triplu abord toraco-abdomino-cervical durează șase, șapte ore, iar în timpul ăsta faci trei colecști și două hernii. Și în fiecare luni, la ușă am cinci, șase cancere de esofag și esogastric. Vin din toată țara și primim și din străinătate.

Interviu a fost realizat de Oana Bugeac, Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa” Iasi | Departamentul de Comunicare si Marketing Universitar, cărea îi mulțumim pentru acceptul de a prelua acest fragment. Interviu integral a apărut în “news.umfiasi.ro/author/oana-bugeac”.



# Vessel Due<sup>®</sup> F

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Vessel Due F 250 ULS capsule moi și Vessel Due F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

# Abordul toracosopic în atrezia de esofag la nou născut – o direcție obligatorie în chirurgia pediatrică

Atrezia de esofag, cu sau fără fistulă eso-traheală, reprezintă cea mai frecvent întâlnită malformație esofagiană, ea apărând la aproximativ 1 din 3000 de nou născuți vii. Boala furnizează o multitudine de situații clinice prin complexitate lezională și prin frecvența asocierilor malformative (cord, pulmon, renale) care alături de morbiditatea operatorie își pun amprenta asupra rezultatelor terapeutice. În decursul timpului, soluția tehnică cea mai eficientă de restabilire a unei continuități digestive funcționale s-a dovedit a fi anastomoza eso-esofagiană-TT, realizată între cele două segmente de esofag.



**Dr. Marcel Oancea**

Medic primar chirurgie pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M.S.Curie"



**Dr. Lorena Vatra**

Medic primar Chirurgie pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "M.S.Curie"



**Dr. Anna Kadar**

Medic specialist chirurgie pediatrică și șef de lucrări la UMF "Carol Davila"

Intervenția efectuată pe cale transtoracică este caracterizată de elemente de dificultate și risc operator major care sunt generate de un câmp operator redus, leziune plasată în profunzimea mediastinului posterior, disecția directă sau în proximitatea unor structuri anatomice cu risc operator (trahee, venă Azygos, venă cavă superioară, canal toracic). Acestea se adaugă impactul asupra hemodinamicii generale și a administrării anesteziei prin com-

primarea pulmonului și a pediculului pulmonar drept. Analiza la mari intervale postoperatorii efectuată pe serii de bolnavi semnificative statistic au relevat frecvența mare a sinostozelor costale post toracotomie și a unor forme de scolioză secundară<sup>(1,2)</sup>.

Prima anastomoză esofagiană pe cale toracosopică a fost efectuată în 1999 de către Rothenberg și Lobe<sup>(3)</sup>, urmată la scurt timp de prezentarea de serii clinice de bolnavi operați toracosopic prin care se validează reproductibilitatea tehnicii și se indică elemente importante de superioritate asupra abordului prin toracotomie: diminuarea traumei operatorii, scăderea gradului de dificultate în administrarea anesteziei și tolerabilitatea nou născutului la pneumotoraxul indus<sup>(4,5)</sup>. Ulterior, prin numeroase analize clinice, s-a ajuns la concluzii larg acceptate privind detaliile generale de tehnică operatorie, strategia în formele particulare (long gap, fistulă largă cu insuficiență respiratorie gravă, adoptarea bronhoscopiei preoperatorii, nou născuți cu greutate foarte mică, utilitatea tracțiunii interne).

Privind tehnica propriuzisă, nu există multe deosebiri de abordare și ale detaliilor operatorii între diferitele centre (Rothenberg 2014).

Formal, din perspectiva realizării obiectivului de refacere a esofagului, abordul toracosopic în atrezia de esofag nu are contraindicații. Operația poate fi efectuată în condiții de dotare tehnică adecvată, de echipă chirurgicală și anestezică cu experiență peste medie în chirurgia miniminvasivă și în îngrijirea nou născutului cu boli chirurgicale.

Bolnavul este plasat în decubit ventral cu partea dreaptă la 30°, poziție care facilitează expunerea planului mediastinal posterior fără să fie necesară retractarea suplimentară a plămânului. Chirurgul și cameramanul se poziționează în fața bolnavului, ecranul în partea opusă. Trocarele se plasează succesiv sub vârful scapulei și între liniile axilare pentru a realiza un unghi optim de abordare a capetelor esofagiene. Se realizează un pneumotorax prin insuflare de bioxid de carbon la o presiune de 6-8 (10) mmHg. Fistula esotraheală se disecă, se liguează sau clipează la nivelul deschiderii în trahee. Disecția și întreruperea fistulei ET se poate face și după secționarea crosiei venei azygos dar se recomandă păstrarea ei ca element de prevenire a recidivei fistulei ET. Abordarea esofagului pe cale toracosopică permite disecția și mobilizarea esofagului inferior până la nivelul hiatusului

# Totul pentru siguranța ta!

Materiale sanitare și dispozitive medicale.

[www.matopat.ro](http://www.matopat.ro)





Fig 1 - Disectia fistulei eso-traheale



Fig 2 - sutura esofagiana

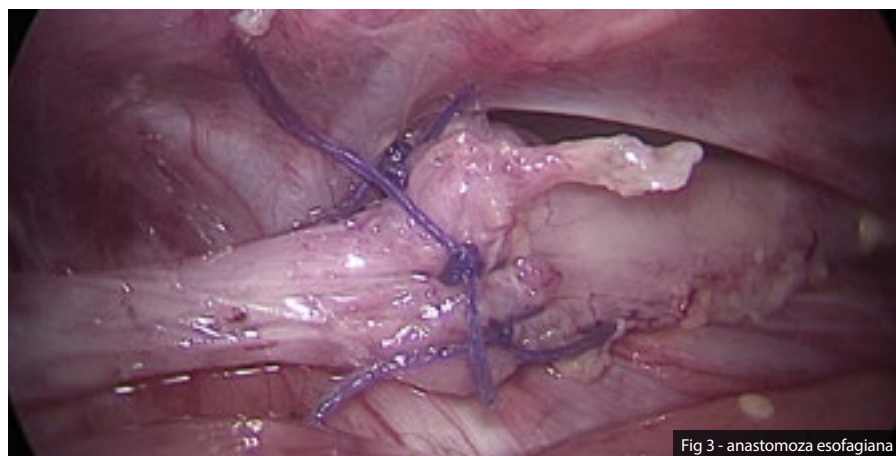


Fig 3 - anastomoza esofagiana

diafragmatic și a celui superior până la nivelul aperturii toracice. Anastomoza esofagului se face cu fire directe, pe sondă nazo-gastrică introdusă la începutul operației sau după realizarea suturii pe transa posterioară.

Există cel puțin două situații clinice în care abordul toracosopic este salutar pentru pacient. Prima privește bolnavii cu insuficiență respiratorie gravă, la care se indică ligatura fistulei pe cale toracosopică, cu sau fără gastrostomie de alimentație, urmată de realizarea anastomozei la interval convenabil. A doua situație clinică se referă la nou născuții cu distanță mare între capetele esofagiene. La acești bolnavi se realizează disecția segmentelor esofagiene și punerea lor în tensiune prin fire de tracțiune. Reintervenția la 5-10 zile poate fi urmată de anastomoză sau doar de o nouă punere în tensiune a firelor.

Avantajele abordului toracosopic raportat la abordul prin toracotomie în atrezia de esofag sunt numeroase și semnificative. Cel mai important din perspectiva gravității este evitarea

scoliozei secundare, care, conform unor statistici, este prezentă la peste 50% dintre pacienții cu toracotomie. Altă categorie de avantaje pe care le ofera toracosopia sunt: observarea în detaliu a câmpului operator prin magnificație, posibilitatea unei disecții limitate la organ și evitarea manevrărilor viscerale intratoracice, pot fi înregistrate ca un progres tehnic semnificativ.

Experiența autorilor acestui articol se limitează la 4 cazuri (4/5 tentative) de atrezie esofagiană cu fistulă esotraheală distală, la care s-a practicat EEA-TT pe cale toracosopică. La doi nou născuți anastomoza toracosopică a fost realizată la un interval de la naștere. La un bolnav nou născut prematur (vârsta gestațională - 34 de săptămâni), cu greutatea de 1500 g, intervenția inițială a fost ligatura fistulei ET pe cale toracosopică și gastrostomie de alimentație, urmată de anastomoză la 4 săptămâni. La un bolnav a fost efectuată imediat după naștere ligatura fistule ET și tracțiune internă pentru o perioadă de 12 zile, urmata de EEA-TT. A fost înregistrată

o singură complicație post operatorie, fistula anastomotică cu debit minim, evidențiată la controlul radiologic, cu evoluție autolimitată.

Atrezia de esofag rămâne o afecțiune gravă, în care chirurgia are rolul de a reface anatomia esofagiană în limitele permise de procesul malformativ. Considerăm că în prezent toracosopia este soluția tehnică optimă de abordare chirurgicală a malformației.

#### Bibliografie


1. Chetcuti, P, Myers, NA, Phelan, PD, Beasley, SW, Dickens, DR (1989) „Chest wall deformity în patients with repaired esophageal atresia.” J Pediatr Surg 24: 244-247
2. Jaureguizar, E, Vazquez, J, Murcia, J, Diez, Pardo (1985) „Morbid musculoskeletal sequelae of thoracotomy for tracheoesophageal fistula.” J Pediatr Surg 20: 511-514
3. Rothenberg SS (2000) Thoracoscopic repair of a tracheo-esophageal în a neonate. Pediatr Endosurg Innovative Tech 4:150-156
4. Bax, KM, van der Zee, DC (2002) „Feasibility of thoracoscopic repair of esophageal atresia with distal fistula.” J Pediatr Surg 37: 192-196
5. Rottenberg, SS (2002) „Thoracoscopic repair of tracheoesophageal fistula în newborns.” J Pediatr Surg 37: 869-872
6. Rottenberg, SS (2014) Thoracoscopic surgery for esophageal atresia Pediatr Surg Int 30:979-985
7. Mazurak M, Patkowski D, The Visionaries, the Virtuosos and the History of Congenital Esophageal Atresia Surgery, The Annals of Thoracic Surgery (2018), doi: 10.1016/j.athoracsur.2018.02.069.



# 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 plasmatice (factori de coagulare și fibrinoliză).

	TEST	DESCRIERE	PROBĂ
<b>Global Hemostasis</b> Citrated: K, KH, RT, FF (07-601)	<i>Kaolin TEG<sup>1</sup></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 Heparinase<sup>2</sup></i>	Elimină efectul heparinei în proba de testare. Utilizat împreună cu Kaolin standard TEG, evaluează prezența heparinei sistemice sau a heparinoidelor.	Sânge integral heparinat
	<i>RapidTEG<sup>3</sup></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 Fibrinogen<sup>4</sup></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.	
<b>PlateletMapping®</b> Mapare plachetara ADP (07-615)	<i>TEG PlateletMapping<sup>5</sup></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.	

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.

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

<sup>2</sup> Idem <sup>1</sup> pentru pacienți heparinizați.

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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).

<sup>5</sup> 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.



The flexible solution



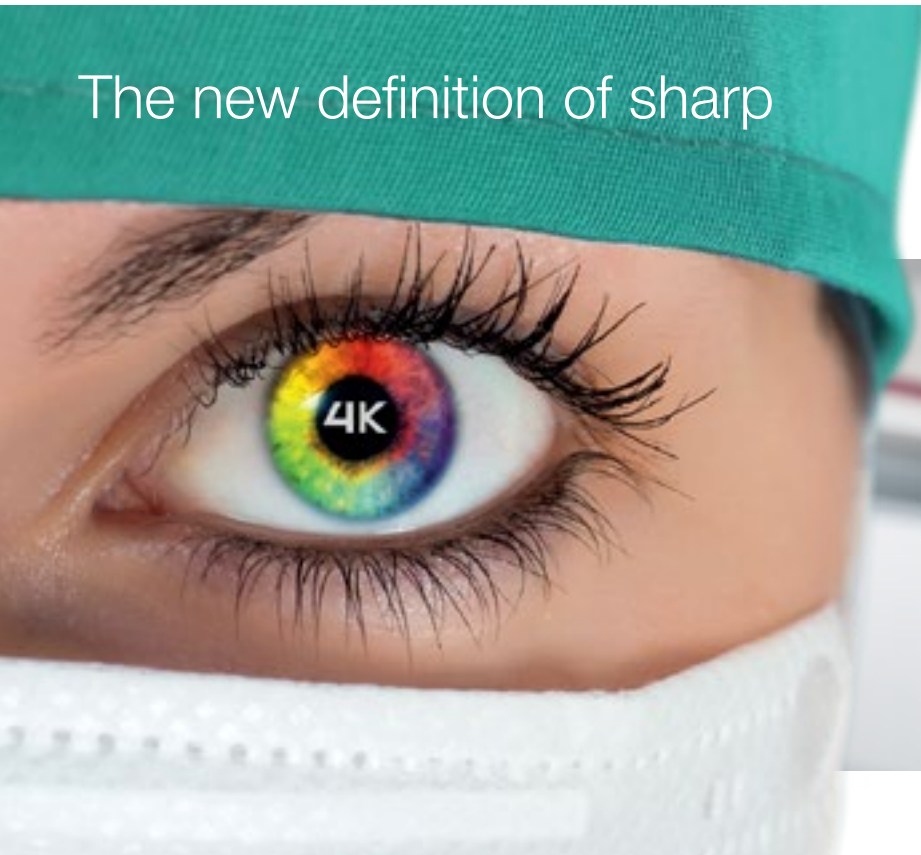
**KeyPort** *flex*

New flexibility for transanal  
and transabdominal surgery

The new definition of sharp



spirit of excellence



## ENDOCAM Logic 4K

The new definition of sharp

The new sharp. The new authentic. The new efficient.

- Original 4K UHD resolution of 3840 x 2160 pixels
- Authentic data collection – no extrapolation
- "Special Imaging Modes" for enhanced tissue differentiation
- Improved ergonomic design of the camera head because it is smaller and more lightweight
- Energy-efficient and optimally tuned system comprising telescopes, camera, and light source

### ENDOCAM Logic 4K

Keep an eye on the future of visualization!





OR1 43 4.0 05/2018/A-RO

ADAPTOR1™ –  
insert and start



OR-to-OR  
communication



Flexible support for  
image sources

3D

IMAGE  
HD 1

4K

# KARL STORZ OR1 FUSION®

The integrated operating room for ergonomic  
and efficient work

**STORZ**  
KARL STORZ – ENDOSKOPE  
THE DIAMOND STANDARD