



*Academia de Stiinte
a Moldovei*



*Academy of Sciences
of Moldova*



Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

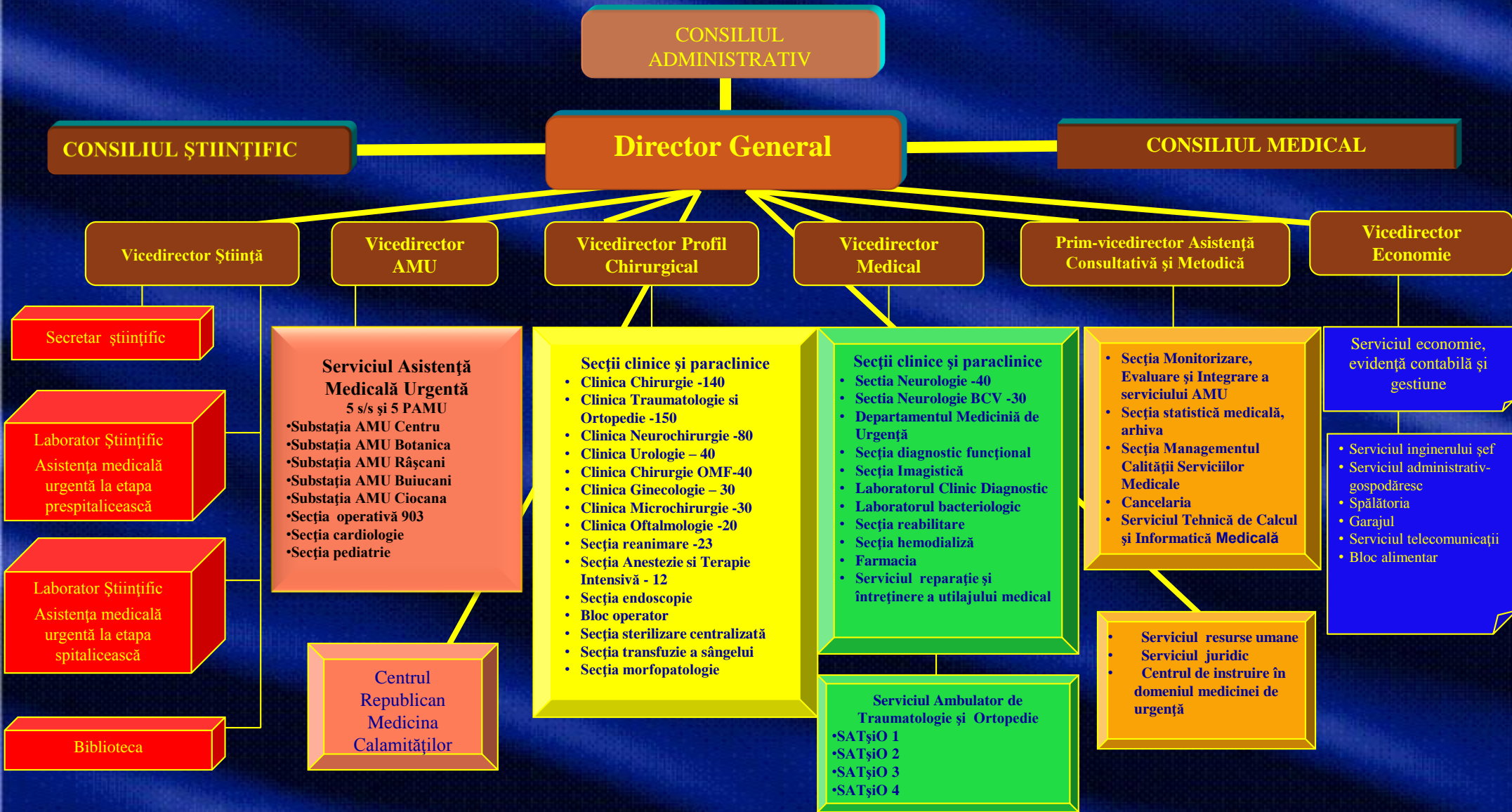
Proiectul Instituțional:

“Optimizarea managementului urgențelor traumatologice: Strategii organizatorice, elaborarea metodelor noi de diagnostic și tratament ”
(08.16.09. 008 A.) **aa. 2008-2012**

Etapa a III-a : “Elaborarea metodelor noi organizatorice, de diagnostic și tratament în urgențele traumatologice. Argumentarea implementării Suportului Vital Bazal Și Avansat În Traume la etapa de DMU și spitalicească”.

Director general, Dr. hab. în med., **Gh.Ciobanu**

ORGANIGRAMA CNȘPMU



Statutul de funcțiuni a CNȘPMU întrunește 3096 unități, inclusiv 744 medici Cadrele Colectivului Științific



Director - Dr. hab. în med., **Gh.Ciobanu**

Vicedirector știință

Dr. hab. în med., **I.Mișin**

Secretar științific,

Dr. în med., **E.Borovic**

Laboratorul „Asistența medicală urgentă la etapa spitalicească”

1. cerc. științ. coord.– Dr. în med., Conf., **V. Pascaru**
2. cerc. științ. sup.- Dr. hab. în med. **V. Kusturov**
3. cerc. științ. sup.– Dr. în med., Conf., **L. Crivceanschii**
4. cerc. științ. - **R. Gurghiș**
5. cerc. științ.- **Gh. Zastavnițchi**
6. cerc. științ.- **P. Croitoru**
7. cerc. științ.- **M. Vozian**

1. Dr.hab., Acad. **V. uAnestiadi**
2. Dr. în med. **I. Onfrei**
3. Dr. în med. **A. Calistru**
4. Dr. în med. **M. Darciuc**
5. Dr. în med. **A. Glavan**
6. Dr. în med. **A. Dolgii**
7. Dr. în med. **R. Postolachi**
8. Dr. în med. **V. Gânga**
9. Dr. în med. **Iu. Bazeliuc**
10. Dr. în med. **I. Tîple**
11. Dr. în med. **M. Șincari**
12. Dr. în med. **M. Pîsla**
13. Dr. în med. **V. Burunsus**
14. Dr. în med. **E. Bernaz**
15. Dr. în econ. **V. Hurmuzache**
16. Dr. în med. **A.Axenti**

Doctor habilitat în medicină

4

Doctor în medicină

18





1. **Ședința N 9 a Consiliului Științific al Centrului Național Științifico-Practic De Medicină Urgentă din 14. 04.2010**
 - **ORDINEA DE ZI : RAPORTUL DE AUTOEVALUARE PE PROFILUL „URGENȚELE MEDICO-CHIRURGICALE” aa.2005-2009, Raportor Directorul general CNȘPMU, Gh.Ciobanu**
2. **Ședința N 10 a Consiliului Științific al Centrului Național Științifico-Practic De Medicină Urgentă din 19. 04.2010**
 - **Ordinea de zi: Aviz la teza de doctor habilitat în medicină a competitorului N.Șavga cu tema “ Displazii lombo-sacrale ale coloanei vertebrale la copii. Aspect clinico-paraclinic și management ortopedo-chirurgical”**





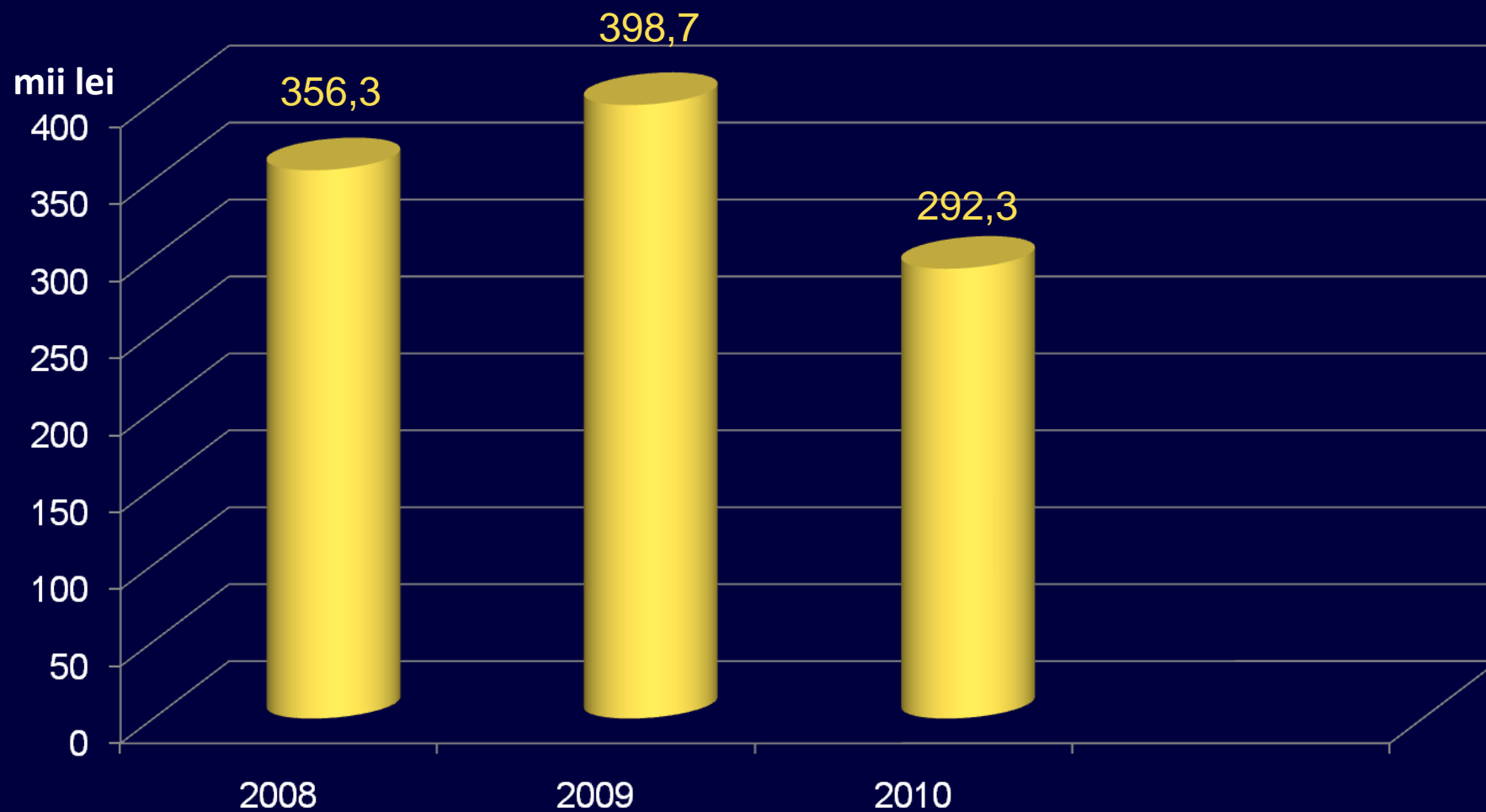
3. Ședința comună N 11 a Consiliului Științific al Centrului Național Științifico-Practic De Medicină Urgentă, Comitetului De Bioetică și Comisiei Specializate De Evaluare a CNAA din “21” septembrie 2010

- **Avizul Comisiei Specializate, cu privire la Evaluarea Centrului Național Științifico-Practic De Medicină Urgentă aa.2005-2009. (Președintele Comisiei - Tîbîrnă Gheorghe, Academician AȘ RM , Dr.hab. în med., prof.univ, Simion Toma, Academician AȘ RM , Dr.hab. în biologie,CNAA.)**
- **Adoptarea Protocoalelor clinice instituționale. (Liviu Vovc, Vicedirector CNȘPMU)**

4. Ședința N 12 a Consiliului Științific al Centrului Național Științifico- Practic De Medicină Urgentă din 29/12/2010

ORDINEA DE ZI : Raportul activității științifice a CNȘPMU în a.2010

- **“Optimizarea managementului urgențelor traumatologice: Strategii organizatorice, elaborarea metodelor noi de diagnostic și tratament ” (08.16.09. 008 A.) aa. 2008-2012. Etapa a III-a : “Elaborarea metodelor noi organizatorice, de diagnostic și tratament în urgențele traumatologice. Argumentarea implementării Suportului Vital Bazal Și Avansat În Traume la etapa de DMU și spitalicească”.**

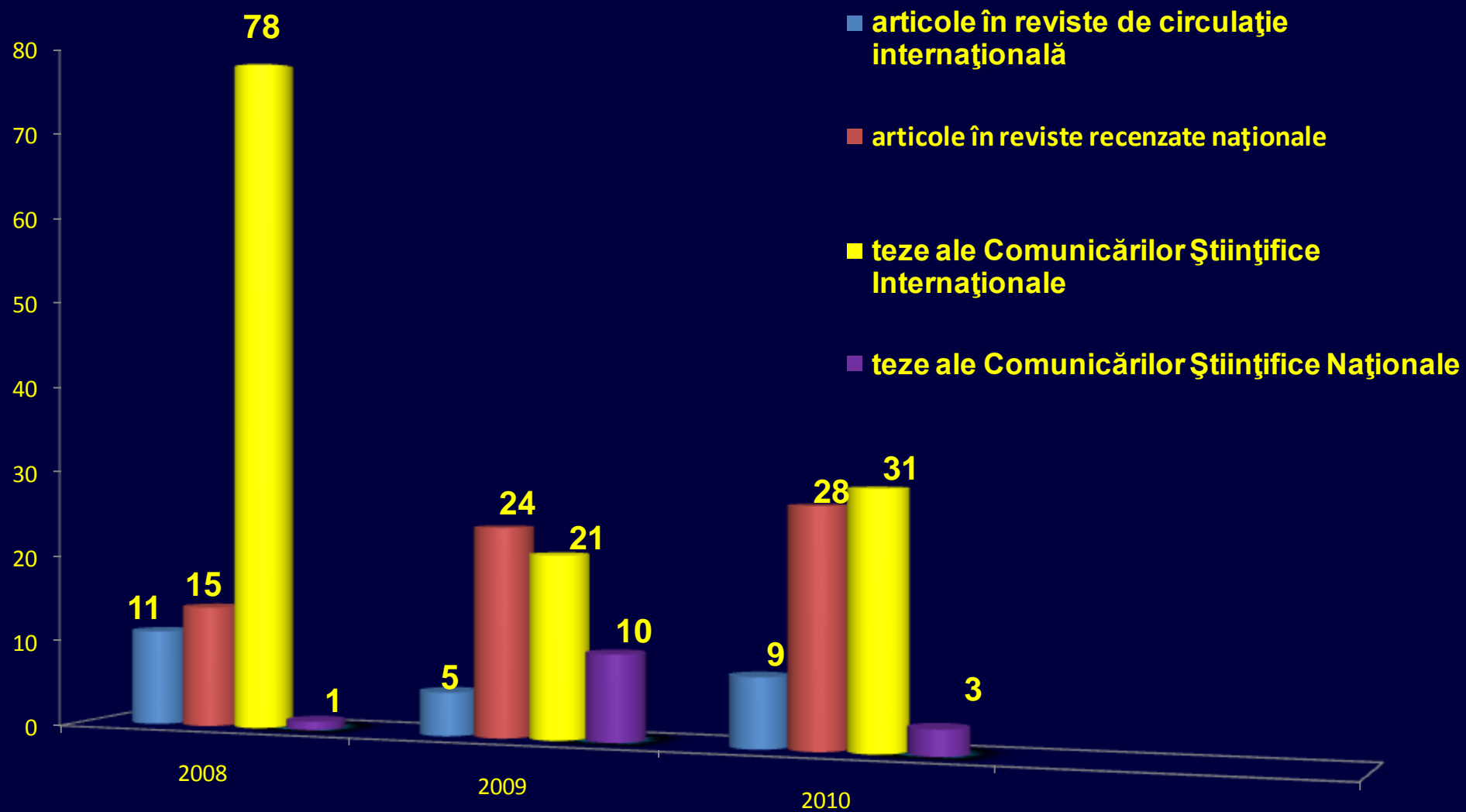




• Ghiduri Naționale și practice	2
• Protocoale clinice instituționale	28
• Articole în Reviste de Circulație Internațională	9
• (cu impact factor)	5
• Articole în Reviste Naționale Recenzate	28
• Teze la Congrese Naționale și Internaționale	34
Total	101



Activitatea Editorială (2010)



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CENTRUL NAȚIONAL ȘTIINȚIFICO-PRACTIC MEDICINĂ DE URGENȚĂ
CENTRUL REPUBLICAN MEDICINA CALAMITĂȚILOR

GHID NAȚIONAL PRIVIND TRIAJUL MEDICAL ÎN INCIDENTE SOLDATE CU VICTIME MULTIPLE ȘI DEZASTRE



Chișinău 2010

Ghid Național privind triajul medical în incidente soldate cu victime multiple și dezastre

Ciobanu Gh.,
Pîsla M.,
și coautori

Prof. univ., Dr. hab. în med.
Dr. în med.







Au fost elaborate 28 protocoale clinice instituționale:

Accidentul vascular cerebral ischemic.

Șocul anafilactic.

Adenomul de prostată.

Insuficiența renală cronică la adult.

Pielonefrita cronică la adult.

Pielonefrita acută la adult.

Traumatismul renal.

Urolitiaza la adult.

Osteoartroza deformantă la adulți.

Osteoporoza la adult.

Insuficiența renală acută.

Insuficiența renală cronică terminală sub dializă.

Hipertensiunea portală la adult.

Colita ulceroasă la copil.

Arsurile termice la copii.

Arsurile electrice la copii.

Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de alcool.

Encefalopatia hepatică la adult.

Tulburări mentale și de comportament legate de consumul de opiacee.

Cataracta senilă.

Ciroza hepatică compensată la adult.

Pancreatita cronică la adult.

Boala Crohn.

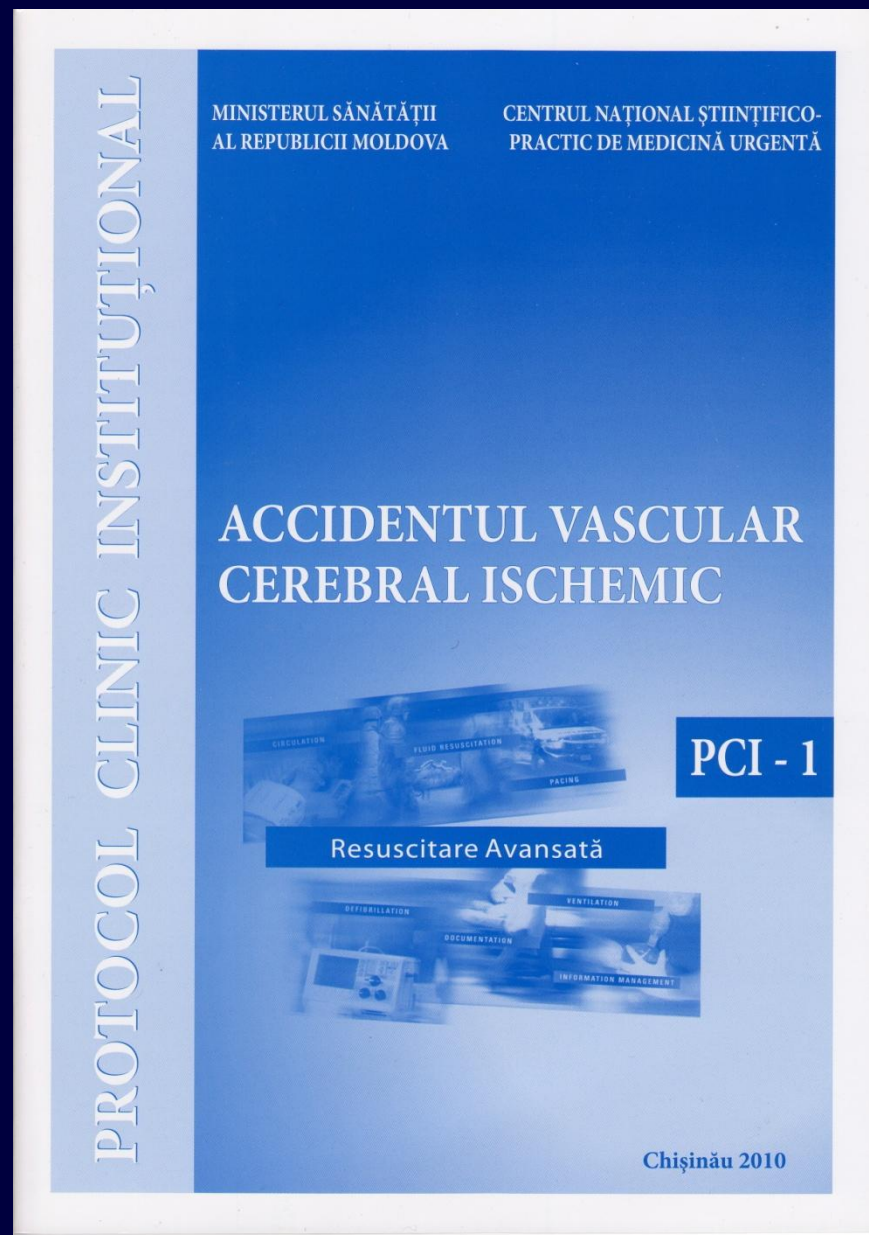
Fracturile cotului la copil.

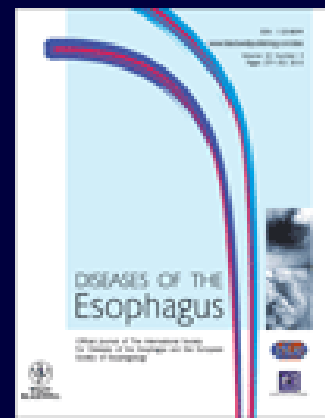
Hipertensiunea arterială.

Tumorile maligne ale plămânului.

Moartea subită cardiacă.

Cancerul gastric.





**Impact Factor:
1.493 (2008)**
**Journal Citation Reports®,
Thomson Reuters**

ISSN 1120-8694

JOB NAME: No Job Name PAGE: 1 SESS: 18 OUTPUT: Mon Jul 7 09:32:20 2010 SEM: ADM57796
2/2510/blackwell/journal/doi/10.1111/j.1365-3113.1090

DISEASES OF THE ESOPHAGUS

Case report

Implantation of self-expanding metal stent in the treatment of severe bleeding from esophageal ulcer after endoscopic band ligation

I. Mishin, G. Ghidirim, A. Dolghi, G. Bunic, G. Zastavniy

First Department of Surgery "N. Aescușii", Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Medical University "N. Testemițanu", National Center of Emergency Medicine, Chișinău, Moldova

SUMMARY Endoscopic variceal ligation is superior to sclerotherapy because of its lower rebleeding and complication rates. However, ligation may be associated with life-threatening bleeding from postbanding esophageal ulcer. We report a case of a 48-year-old male with massive hemorrhage from esophageal ulcer on 8th POD after second band ligation of bleeding esophageal varices caused by portal liver cirrhosis (Child-Pugh class C). A removable polyurethane membrane-covered self-expanding metal stent (SX-ELLA stent Danis, 135 mm × 25 mm, ELLA-CX, Hraček-Kralovic, Czech Republic) was inserted in ICU for preventing fatal hemorrhage. Complete hemostasis was achieved and stent was removed after 8 days without requiring any complications. To the best of our knowledge, this is the first report in English literature regarding life-threatening hemorrhage from postbanding esophageal ulcer successfully treated by self-expanding metal stent in a patient with portal hypertension.

INTRODUCTION

Endoscopic band ligation (EBL) has a significantly lower rate of complications compared with sclerotherapy.¹ The risk of esophageal ulcer bleeding following variceal ligation is very low.² To this day, only a few reports have been published in the literature on fatal bleeding as a result of ulceration following variceal ligation.³⁻⁵ Optimal treatment policy in this critical situation is not established.

Recently, a novel successful treatment modality for esophageal variceal bleeding using self-expanding metal stent (SEMS) was published.⁶⁻⁸ The present report describes a case of successful hemostasis using SX-ELLA stent Danis, 135 mm × 25 mm (ELLA-CX, Hraček-Kralovic, Czech Republic) in a patient with bleeding esophageal ulcer after EBL. To the best of our knowledge, this is the first report regarding successful hemostasis using SEMS for bleeding post-EBL esophageal ulcer published in the English literature.

CASE REPORT

A 48-year-old Caucasian male patient was admitted to our unit with 1 h history of hematemesis and melena. The patient was diagnosed with portal liver cirrhosis (Child-Pugh C) and portal hypertension which was detected 3 years previously. During this period, he experienced two episodes of esophageal variceal hemorrhage and three EBL sessions. Initial upper gastrointestinal endoscopy revealed tumor-shaped, blue esophageal varices occupying more than one-third of the esophageal lumen located in the middle and lower parts of the esophagus associated with large in number and circumferential red color signs (F3 Li + m Cb RCs ++).⁹ Endoscopic variceal ligation was performed by EBL with eight bands using an MBL-10.F Ligation device (Wilson Cook Medical, Winston-Salem, NC, USA). The standardized treatment protocol in the post-EBL period included compression and acetate in the doses of 40 mg/24 h and 4 g/24 h, respectively.^{10,11}

Eight days after EBL, the patient was admitted to our unit with massive rebleeding. On admission, the vital signs were as follows: blood pressure 160/90 mmHg, heart rate 102 beats/min. Admission

Address correspondence to: I. Mishin, MD, PhD, e-mail: mishin@yandex.ru, 200, Moldovei, Chișinău, Moldova.
© 2010 Copyright Authors
Journal compilation © 2010, Wiley Periodicals, Inc. and the International Society for Diseases of the Esophagus

JOB NAME: No Job Name PAGE: 2 SESS: 18 OUTPUT: Mon Jul 7 09:32:20 2010 SEM: ADM57796
2/2510/blackwell/journal/doi/10.1111/j.1365-3113.1090

DISEASES OF THE ESOPHAGUS

12 Diseases of the Esophagus

Thoracic X-ray, self-expanding metal stent in situ.

Fig. 1 Thoracic X-ray, self-expanding metal stent in situ.

Fig. 2 Self-expanding metal stent extraction under X-ray control using the PEX-Ella extractor.

Fig. 3 Ulceration on the esophageal mucosa at the level of proximal self-expanding metal stent fixation.

DISCUSSION

Hemorrhage from postbanding ulcers is relatively uncommon¹² and only sporadic reports were published in the English literature regarding the fatal

laboratory data included: hemocrit – 27%, hemoglobin – 8.8 mg/dL, platelets 153 × 10⁹/L, total protein – 6.6 g/dL, prothrombin – 58% (normal: 80–100%), total bilirubin 3.1 mmol/L (normal: 18–25 mmol/L). Emergent endoscopy revealed post-EBL esophageal ulcer located in the middle one-third of the esophagus, complicated with oozing hemorrhage and seven ulcers without bleeding stigmata. A self-expanding removable polyurethane membrane-covered self-expanding metal stent (SX-ELLA stent Danis, 135 mm × 25 mm, ELLA-CX) was applied immediately using a unique delivery system and definitive hemostasis was obtained. The correct stent placement was confirmed by endoscopic and radiological examination immediately after the application of the stent (Fig. 1). The patient was resuscitated with two units of packed red blood cells and three units of fresh frozen plasma. Repeated endoscopic examinations after 8 h confirmed a definitive hemostasis and no signs of stent displacement. Oral fluid intake was started 24 h after stent deployment. The stent was removed under X-ray control without technical difficulties or any complications after 8 days using the PEX-Ella extractor (Ella CX) (Fig. 2). After stent removal, no other bleeding episodes were recorded in this patient. As in other case described in the literature of SEMS hemostasis, alterations on the esophageal mucosa at the level of proximal stent-end fixation were recorded in our patient (Fig. 3).¹³ The patient was discharged within 10 days after stent removal with no signs of rebleeding.

DISCUSSION

Hemorrhage from postbanding ulcers is relatively uncommon¹² and only sporadic reports were published in the English literature regarding the fatal

Journal compilation © 2010, Wiley Periodicals, Inc. and the International Society for Diseases of the Esophagus

JOB NAME: No Job Name PAGE: 3 SESS: 18 OUTPUT: Mon Jul 7 09:32:20 2010 SEM: 79513C1ED
2/2510/blackwell/journal/doi/10.1111/j.1365-3113.1090

Endoscopy for banding postligation esophageal ulcer

and the compromised immune patient's status.^{14,15} However, severe bleeding from post-EBL esophageal ulcers were described in Child-Pugh A and B patients.¹⁶

The methods of prophylaxis for post-EBL ulcer bleeding are controversial. There are several studies demonstrating the efficacy of proton-pump inhibitors in reducing the postbanding ulcer size but not their number.^{17,18} In both studies, all the hemorrhage complications occurred in the placebo groups.^{17,18}

Clinically, a postbanding esophageal ulcer is always manifested with hematemesis, hypotension, and melena or hematochezia. Astropy spindles demonstrated absence of varicose thrombosis in the ulcer base in cases of early spontaneous slippage of the rubber bands.^{19,20} The treatment policy for bleeding postbanding esophageal ulcer is controversial, with several options being described such as sclerotherapy, human thrombin injection, or balloon tamponade with a Minnesota or Sengstaken-Blakemore tube.^{21,22} All the said methods have significant complications such as perforation of the esophageal wall and central embolism in case of N-butyl-2-cyanoacrylate sclerotherapy²³ or esophageal necrosis and rupture or aspiration pneumonia in case of balloon tamponade.²⁴

Recently, a novel successful treatment modality for esophageal variceal bleeding using SEMS was published.²⁵ A PubMed search using the parameters 'esophageal and gastric varices', 'ligation', 'rubber', 'occlusion', 'necrosis', 'ulcer', 'stent' revealed no published data regarding the endoscopic hemostasis using self-expanding metal stents in patients with esophageal ulcer after EBL. To the best of our knowledge, this is the first report in English literature regarding life-threatening hemorrhage from postbanding esophageal ulcer successfully treated by self-expanding metal stent in a patient with portal hypertension.

As with the balloon tamponade, the hemostasis is obtained because of SEMS compression of the bleeding esophageal varices.²⁶ However, the SEMS has some significant advantages compared with balloon tamponade: (i) standardized and optimized expansion power and pressure to the esophageal wall, thus the potential risk of injury is minimal; (ii) stent insertion is a standard procedure; (iii) the stent cannot be removed or disintegrated by the patient; and (iv) the stent's lumen guarantees the physiologic saliva drainage and even makes oral fluid and food intake possible.²⁷ There are some potential stent disadvantages: (i) standard stents are usually placed under radiographic guidance; (ii) non-optimal configuration of the stent may cause distal migration; (iii) risk of necrosis and infarction; (iv) acute bronchial obstruction; and (v) stent removal-related complications.²⁷ The said disadvantages being reduced to minimum with the Danis stent.

© 2010 Copyright the Authors
Journal compilation © 2010, Wiley Periodicals, Inc. and the International Society for Diseases of the Esophagus

In conclusion, there is no consensus regarding the best treatment option for bleeding esophageal ulcer after EBL. The treatment method depends on the local expertise. In our case, self-expanding metal stent placement proved to be an efficient and safe method to control post-EBL esophageal ulcer hemorrhage. This case highlights the life-saving use of stent stent in preventing fatal exsanguination. However, final conclusions will be reached after gaining experience with this procedure in a larger number of patients.

References

- 1 Pohl J, M. Brunt B, Saml Z. A. Chronology of biological changes after band ligation of esophageal varices. *Hepatology* 2005; 41: 541-7.
- 2 Sengstaken W, Mackenzie G, Sato S, Kates O, Soudanis N. Variceal banding and portal hypertension has been better managed in the 12 months. *Endoscopy* 2005; 37: 136-41.
- 3 Sakai P, Maiti S, Maiti J, Maiti J, Maiti S. Endoscopic band ligation of esophageal varices: complications in Child-Pugh C patients. *Endoscopy* 1994; 26: 511-12.
- 4 Van Hattengh G, Van M, Heisterkamp M, Houtman A. Endoscopic sclerotherapy of esophageal varices: a review. *Endoscopy* 1991; 23: 17-21.
- 5 Toyoda H, Fukuda Y, Kanam Y et al. Fatal bleeding from a isolated ulcer at the esophageal ulcer after successful endoscopic sclerotherapy. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33: 130-2.
- 6 Mishin I, Dolghi A. Early spontaneous slippage of rubber bands with life threatening re-bleeding of esophageal variceal ligation. *Endoscopy* 2005; 37: 774-5.
- 7 Hattengh G, Boud G, Campo M et al. The use of self-expanding metal stent to treat esophageal variceal banding. *Endoscopy* 2006; 38: 895-801.
- 8 Adams J, Hattengh G, Weyand W, Hattengh R. Results of a new method to stop acute bleeding from esophageal variceal ligation: a self-expanding stent. *Stey* 2008; 22: 245-50.
- 9 Masai W, Coon T, Ye D, Wines M, O'Byrne J. A removable covered self-expanding metal stent for the management of Sengstaken-Blakemore tube-related esophageal perforation. *Endoscopy* 2005; 37: 774-5.
- 10 Doherty A, Adair M, Gerkin C, Cahay A. Acute localized ulceration following esophageal stent implantation for variceal banding. *Endoscopy* 2005; 37: 774-5.
- 11 Hattengh G, Weyand W, Hattengh R. A self-expanding metal stent for complicated variceal ligation: a single center. *Gastrointest Endosc* 2005; 70: 78-8.
- 12 Hattengh G. General rules for successful endoscopic ligation of esophageal varices (P9). *European Society for Gastrointestinal Endoscopy World J Surg* 1995; 19: 423-2. *Abstracts* 1995; 19: 423-2.
- 13 de Pelsmacker J, Boud G, Sengstaken-Blakemore B et al. Variceal ligation: a meta-analysis of the efficacy of ligation for prophylaxis of variceal bleeding. *Endoscopy* 2005; 37: 41-5.
- 14 Liu C, Li X, Li X, Cheng J et al. Endoscopic variceal ligation: the medical records compared with ligation ulcer after the first session of variceal ligation. *Endoscopy* 2005; 37: 41-5.
- 15 Yang W, Yu H, Liu H, Li X et al. Effect of acetaminophen on esophageal variceal sclerotherapy-induced ulcer: analysis of the factors determining ulcer healing. *J Gastroenterol Hepatol* 1998; 13: 225-31.
- 16 Shoenen Y, Houtman M, Schreier M et al. Endoscopic reduction of size of postbanding ulcers after variceal band ligation: a randomized, controlled trial. *Endoscopy* 2005; 37: 41-5.
- 17 Bess R, Cho C, Lee J B et al. The effect of proton pump inhibitor on healing of non-epigastric esophageal ulcers. *Stem Cell Gastroenterol* 2008; 9: 232-40.

Mishin I., Ghidirim Gh., Dolghii A., Bunic Gh., Zastavniy Gh. Implantation of self-expanding metal stent in the treatment of severe bleeding from esophageal ulcer after endoscopic band ligation. Dis. Esophagus, 2010, (in press.)





Articole în Reviste de Peste Hotare Recenzate (2010)



The Author's Connection Only

Case Report

European Surgery
Official Journal of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy

Riv. Surg. 2010; 42(4): 1-9
DOI: 10.1007/s11535-010-0543-0
© Springer-Verlag 2010

Laparoscopic management of associated abdominal complications of ventriculoperitoneal shunt: case report

G. Ghidirim, L. Mishin, G. Zastavitsky, V. Spataru, M. Brinza
First Department of Surgery "N. Ananiev" and Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Emergency Municipal Hospital, Medical University "N. Testemitanu", Chişinău, Moldova

Received October 23, 2009; accepted after revision July 12, 2010

Laparoskopische Therapie einer Bauchabszessbildung durch einen ventriculoperitonealen Shunt: ein Fallbericht

Zusammenfassung: Grundfrage: In 5-47% de Felle kommt es nach ventriculoperitonealen Shunt zu abdominalen Komplikationen. Eine solche Komplikation ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung. Die laparoskopische Therapie ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung. Die laparoskopische Therapie ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung. Die laparoskopische Therapie ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung.

Method: Fallbericht.
Rezultate: Wir berichten über die erfolgreiche laparoskopische Therapie einer Bauchabszessbildung durch einen ventriculoperitonealen Shunt bei einem 39-jährigen Mann, der eine solche Perforation mit Migration des abgedichteten Katheters in die Bauchhöhle 9 Jahre nach Hydrozephalus-Therapie erlebte.

Schlüsselergebnisse: Laparoskopisch kann die abdominale Ventriculopertonealabszessbildung erfolgreich therapiert werden.

Schlüsselergebnisse: Ventriculoperitoneal shunt, Perforation, Laparoskopie.

Summary: Background: Abdominal complications after ventriculoperitoneal (VP) shunt placement are reported in 5-47% of cases. Abdominal ventriculoperitoneal shunt (AVP) shunt is the most common complication of VP shunt, the majority being reported in children. Abdominal perforation and intra-abdominal catheter migration are rare in adult patients. Ventriculoperitoneal shunt obstruction

Conclusion: We believe that the laparoscopic management of associated abdominal complications of ventriculoperitoneal shunt is a safe and useful treatment modality for combined ventriculoperitoneal shunt and abdominal complications.

Keywords: Ventriculoperitoneal shunt, cerebrospinal fluid, peritoneal abscess, laparoscopic management.

© Springer-Verlag 4/2010 Eur Surg 1

The Author's Connection Only

Case Report

European Surgery
Official Journal of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy

Riv. Surg. 2010; 42(4): 1-9
DOI: 10.1007/s11535-010-0543-0
© Springer-Verlag 2010

Laparoscopic management of associated abdominal complications of ventriculoperitoneal shunt: case report

G. Ghidirim, L. Mishin, G. Zastavitsky, V. Spataru, M. Brinza
First Department of Surgery "N. Ananiev" and Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Emergency Municipal Hospital, Medical University "N. Testemitanu", Chişinău, Moldova

Received October 23, 2009; accepted after revision July 12, 2010

Laparoskopische Therapie einer Bauchabszessbildung durch einen ventriculoperitonealen Shunt: ein Fallbericht

Zusammenfassung: Grundfrage: In 5-47% de Felle kommt es nach ventriculoperitonealen Shunt zu abdominalen Komplikationen. Eine solche Komplikation ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung. Die laparoskopische Therapie ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung. Die laparoskopische Therapie ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung.

Method: Fallbericht.
Rezultate: Wir berichten über die erfolgreiche laparoskopische Therapie einer Bauchabszessbildung durch einen ventriculoperitonealen Shunt bei einem 39-jährigen Mann, der eine solche Perforation mit Migration des abgedichteten Katheters in die Bauchhöhle 9 Jahre nach Hydrozephalus-Therapie erlebte.

Schlüsselergebnisse: Laparoskopisch kann die abdominale Ventriculopertonealabszessbildung erfolgreich therapiert werden.

Schlüsselergebnisse: Ventriculoperitoneal shunt, Perforation, Laparoskopie.

Summary: Background: Abdominal complications after ventriculoperitoneal (VP) shunt placement are reported in 5-47% of cases. Abdominal ventriculoperitoneal shunt (AVP) shunt is the most common complication of VP shunt, the majority being reported in children. Abdominal perforation and intra-abdominal catheter migration are rare in adult patients. Ventriculoperitoneal shunt obstruction

Conclusion: We believe that the laparoscopic management of associated abdominal complications of ventriculoperitoneal shunt is a safe and useful treatment modality for combined ventriculoperitoneal shunt and abdominal complications.

Keywords: Ventriculoperitoneal shunt, cerebrospinal fluid, peritoneal abscess, laparoscopic management.

© Springer-Verlag 4/2010 Eur Surg 1

The Author's Connection Only

Case Report

European Surgery
Official Journal of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy

Riv. Surg. 2010; 42(4): 1-9
DOI: 10.1007/s11535-010-0543-0
© Springer-Verlag 2010

Laparoscopic management of associated abdominal complications of ventriculoperitoneal shunt: case report

G. Ghidirim, L. Mishin, G. Zastavitsky, V. Spataru, M. Brinza
First Department of Surgery "N. Ananiev" and Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Emergency Municipal Hospital, Medical University "N. Testemitanu", Chişinău, Moldova

Received October 23, 2009; accepted after revision July 12, 2010

Laparoskopische Therapie einer Bauchabszessbildung durch einen ventriculoperitonealen Shunt: ein Fallbericht

Zusammenfassung: Grundfrage: In 5-47% de Felle kommt es nach ventriculoperitonealen Shunt zu abdominalen Komplikationen. Eine solche Komplikation ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung. Die laparoskopische Therapie ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung. Die laparoskopische Therapie ist die abdominale ventriculopertoneale Abszessbildung.

Method: Fallbericht.
Rezultate: Wir berichten über die erfolgreiche laparoskopische Therapie einer Bauchabszessbildung durch einen ventriculoperitonealen Shunt bei einem 39-jährigen Mann, der eine solche Perforation mit Migration des abgedichteten Katheters in die Bauchhöhle 9 Jahre nach Hydrozephalus-Therapie erlebte.

Schlüsselergebnisse: Laparoskopisch kann die abdominale Ventriculopertonealabszessbildung erfolgreich therapiert werden.

Schlüsselergebnisse: Ventriculoperitoneal shunt, Perforation, Laparoskopie.

Summary: Background: Abdominal complications after ventriculoperitoneal (VP) shunt placement are reported in 5-47% of cases. Abdominal ventriculoperitoneal shunt (AVP) shunt is the most common complication of VP shunt, the majority being reported in children. Abdominal perforation and intra-abdominal catheter migration are rare in adult patients. Ventriculoperitoneal shunt obstruction

Conclusion: We believe that the laparoscopic management of associated abdominal complications of ventriculoperitoneal shunt is a safe and useful treatment modality for combined ventriculoperitoneal shunt and abdominal complications.

Keywords: Ventriculoperitoneal shunt, cerebrospinal fluid, peritoneal abscess, laparoscopic management.

© Springer-Verlag 4/2010 Eur Surg 1

Impact Factor:
0.629 (2009)
Journal Citation Reports®,
Thomson Reuters

ISSN 1682-631

Ghidirim Gh., Mishin I., Zastavitsky Gh., Spataru V., Brinza M.
Laparoscopic management of associated abdominal complications of ventriculoperitoneal shunt..
European Surgery. 2010, vol.42, no.4, p. 184-186.





Volume 19
Number 3
September 2010
www.jgd.ro

JOURNAL OF GASTROINTESTINAL AND LIVER DISEASES

An International Journal of Gastroenterology and Hepatology



INDEXED IN:
EMBASE / EXCERPTA MEDICA
INDEX MEDICUS / MEDLINE / PUBMED
SCIENCE CITATION INDEX EXPANDED
JOURNAL CITATION REPORTS / SCIENCE

Impact Factor: 1.265 (2008)
Journal Citation Reports®,
Thomson Reuters

(ISSN 1841-8724)

CASE REPORT

Acute Spontaneous Chylous Peritonitis: Report of a Case

Igor Mișin, Gheorghe Ghidirim, Maria Vazian

First Department of Surgery „N. Anestiadi” & Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, Medical University „N. Telesnitschi”, Kishinev; National Center of Emergency Medicine, Moldova

Abstract

Acute abdominal pain with peritonitis due to sudden extravasation of lymph into the peritoneal cavity is a rare condition that is often mistaken for other causes of acute abdomen. The diagnosis of spontaneous chylous peritonitis is rarely suspected; prospectively usually misdiagnosed with diverse common surgical emergencies. We report the case of an 81-year-old female who presented with typical symptoms of acute abdomen, permitting an acute mesenteric ischemia. The diagnosis of chylous peritonitis was established during laparoscopy and treatment consisted of low fat diet and octreotide.

Key words

Acute abdominal pain – chylous peritonitis.

Introduction

Chylous ascites is characterized by lymphatic fluid leaking into the abdominal cavity and has a prevalence of 120,000 hospital admissions [1]. Sudden outpouring of chyle into the peritoneal cavity may produce acute chylous peritonitis. Acute chylous peritonitis is defined as an acute abdomen with all signs of acute peritoneal irritation resulting from free chyle in the peritoneal cavity, without any underlying disease [2]. Very few cases of acute chylous peritonitis have been described in the literature [2-5].

Though the incidence of chylous ascites has increased recently, the treatment remains unsatisfactory in some cases because of prolonged duration of disease. Treatment of chylous peritonitis involves surgical exploration, paracentesis, a medium chain triglyceride (MCT) based diet, total parenteral nutrition (TPN) and, recently, somatostatin.

Received 05.11.2009 Accepted 20.11.2009

Correspondence: Igor Mișin, MD, PhD
at: Mișin I, Ghidirim G, Vazian M, 2001, Kishinev, Republic of Moldova
E-mail: misin_igord@ yahoo.com

We discuss here the clinical features and management of acute chylous peritonitis.

Case presentation

An 81-year-old female presented with acute abdominal pain and nausea for 26 hours before admission. The symptoms of abdominal distention and pain were continuous and aggravated by movement. The patient did not have any history of trauma or similar pain, had had cholecystectomy 26 years before and cardiac arrhythmia in her past medical history. On examination, temperature was 36.8°C, pulse rate 60-100/min and blood pressure 140/90 mmHg. Systemic examination was unremarkable. The abdomen was slightly distended, and there was tenderness over the periumbilical area and the right and left flanks. Bowel sounds were audible. Blood analysis gave the following values: total leukocyte count, 10.6 x 10⁹/L; Hb, 141 g/L; platelet count, 23.0 x 10⁹/L; neutrophils, 83%; lymphocytes, 6%; urea, 4.4 mmol/L; creatinine, 82 μmol/L; glucose, 6 mmol/L; AST, 32 U/L and ALT, 23 U/L.

Acute mesenteric ischemia was suspected and diagnostic laparoscopy was performed. Laparoscopy revealed free milky fluid in the pelvis and between intestinal loops with an approximate amount of 150 ml and no obvious signs for any underlying pathology were found. Three drainage tubes were inserted in the peritoneal cavity. The laboratory tests of the chylous fluid from the peritoneal cavity showed triglycerides concentration of 5.4 mmol/L, staining with Sudan Red stain was positive for fat globules (Fig. 1).

We started a fasting diet for the patient. TPN and octreotide at a dose of 100 μg 3 times daily for five days. Amount of the fluid drained was: day 1 - 500 mL, day 2 - 300 mL, day 3-100 mL, day 4 - 0 mL. Drainage tubes were removed on day 4. The patient started a low-fat diet, and was recovering well after a 6-month follow-up.

We started a fasting diet for the patient. TPN and octreotide at a dose of 100 μg 3 times daily for five days. Amount of the fluid drained was: day 1 - 500 mL, day 2 - 300 mL, day 3-100 mL, day 4 - 0 mL. Drainage tubes were removed on day 4. The patient started a low-fat diet, and was recovering well after a 6-month follow-up.

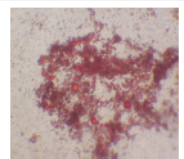


Fig. 1. Sudan Red staining positive for fat globules in the peritoneal fluid.

months, no malignancy or any recurrence of chylous ascites has been evidenced.

Discussion

The first case of acute chylous peritonitis was described by Rannet [3] in 1910, since then more than 100 cases have been reported in the literature, and thus very little information is available regarding its etiology, diagnosis and treatment. The review published by Thompson et al [4] reported 56 cases in the English literature up to 1981; a Medline search in the world literature (using PubMed), considering only adult cases of peritonitis due to acute chylous extravasation evidenced 15 more cases reported, bringing the total to 71 [5].

Acute accumulation of chyle in the peritoneal cavity is a rare event and is to be distinguished from chylous ascites, which is characteristically chronic. It is frequently idiopathic, and diagnosis is usually made at laparoscopy, whereas signs of acute peritonitis suggest it. The clinical presentation in acute abdomen, "acute chylous peritonitis" [6]. In the latter situation, the pain is severe, and a physical examination may demonstrate well-localized tenderness or rigidity. It is usually misdiagnosed as appendicitis, cholecystitis, perforated viscus or acute mesenteric ischemia, similarly to the case we present here. In these instances, the diagnosis is almost always established at celiotomy. Free chyle in the peritoneal cavity does not cause pain ("nonirritating fluid"), but pain may result from the stretching of the retroperitoneum and the mesenteric vessels or from infection [7]. In the present case, acute abdominal tenderness and guarding was noticeable from the onset of symptoms, and the pain did not regress with common analgesics.

Kizilek and Davis [8] classify patients with chylous peritonitis into obstructive, traumatic, idiopathic types and those associated with mesenteric cysts. In the obstructive type, an increased pressure within the thoracic duct or the liver results in lymph stasis, edema and consequent rupture of small lymphatic vessels, leading to chylous effusion. Congenital causes are more common in infants, while inflammatory and neoplastic causes are more common in

adults [9]. Some authors suspect that chyle extravasation can occur after heavy fatty meals with consequent overload of the lymphatic channels [10]. In the present case no malignancies were evidenced, or any trauma reported, and the patient suggested fatty meals. An underlying etiology, investigated either postoperatively or postmortem, still accounts for the majority of the cases.

The diagnosis of chylous ascites is confirmed by analyzing the ascitic fluid, which is only possible if such a diagnosis is suspected prospectively. The chief characteristics of chylous effusions on standing, lacking an odor, silicious chemical properties, specific gravity greater than 1.012, bacteriologic properties, 3% total protein, staining of fat globules with Sudan red stain, fat content of 0.4% - 4%, and total solids > 4% [11]. The triglyceride level is an important diagnostic tool, and concentration in the chylous ascites is typically two to eight times that of plasma [12], exceeding 200 mg/dL (2.28 mmol/L) [13]. True chylous ascites must be distinguished from "chyliform" and "pseudo-chylous" effusions, in which the turbid appearance is due to cellular degeneration from bacterial peritonitis or neoplasm. However, the triglyceride concentration is low in these effusions. Other diagnostic tests such as computed tomography, lymphangiography and lymphoscintigraphy have the highest yield of diagnostic information [13,14], but they are usually reserved for non-emergency situations as in chylous ascites. Fox et al [15] report laparoscopy as perhaps the best and most definitive method to diagnose lymphangiectasia, where otherwise subclinical chylous ascites, dilated lymphatics, or formation of collaterals may be missed.

The optimal management of true chylous peritonitis depends upon the underlying etiology. In patients with symptoms of an acute abdominal process, immediate exploratory laparoscopy should be performed. Laparoscopy usually allows a definitive diagnosis and provides an opportunity to address the underlying cause. The source of chylous extravasation can be corrected by ligation of the leaking lymphatics or removal of the offending lesion, the cause of many congenital and all traumatic cases. The goals of non-surgical therapy for chylous ascites include maintaining or improving nutrition, and decreasing the rate of chyle formation. Dietary intervention involves a diet that is rich in protein, and low in fat and medium-chain triglycerides to decrease lymph flow in the major lymphatic tracts and to facilitate the closure of chylous fistulas [16]. Total parenteral nutrition can be used to achieve complete bowel rest and might allow resolution of the chylous ascites. Fasting, together with TPN, can decrease the lymph flow in thoracic duct dramatically from 220 mL/kg/h to 1 mL/kg/h [17]. Initial experience with continuous intravenous lipid dose somatostatin for the closure of postoperative lympholeakage was reported in 1990 by Ulibarri et al [18]. Also use of somatostatin analogs, octreotide (Sandostatin, Novartis Pharma AG), at a dose from 100 μg to 200 μg 3 times daily was reported [18]. The exact mechanism of somatostatin on drying lymphatic fistulas are not completely understood. It has

been previously shown to decrease the intestinal absorption of fat, lower triglyceride concentration in the thoracic duct and attenuate lymph flow in the major lymphatic channels [18]. In addition, it also decreases gastric, pancreatic and intestinal secretions, inhibits motor activity of the intestine, and slows the process of intestinal absorption and decreases splanchnic blood flow, which may further contribute to decreased lymph production. It has also been speculated that somatostatin improves chylous ascites by inhibiting lymph fluid secretion through specific receptors found in the normal intestinal wall of lymphatic vessels [20]. In patients with a large amount of ascites, a total paracentesis to relieve discomfort and dyspnea can be performed and repeated as needed. However, one should note the risk of infection and fat emboli. If the patient has poor surgical candidates and refractory to non-surgical treatment, peritoneovenous shunting may be an option, although these shunts carry a high rate of complications [21].

Conclusion

A rare case of acute chylous peritonitis that mimicked acute mesenteric ischemia has been described, but the cause could not be identified. This case highlights the role of laparoscopy in the early diagnosis of acute abdomen, regardless of the suspected etiology [22] and in the initial management of this condition, as well as the role of somatostatin analogs, octreotide in the treatment of chylous peritonitis.

References

1. Poon CW, Poon HO, Kadhani SD. Evaluation and management of chylous ascites. *Ann Intern Med* 1992; 16: 358-364.
2. Pang SC, Hsu SH, Chen CW, Chen TW. Spontaneous chylous peritonitis mimicking acute appendicitis: a case report and review of literature. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 154-156.
3. Rannet A. Chylous ascites from a leaking lymphatic duct. *Brit Med J* 1910; 39: 695-698.
4. Thompson PA, Wilson NH, Aldrete JJ. Acute chylous peritonitis. *J Clin Gastroenterol* 1981; 3(4): 1151-155.
5. Vitarello N, Oishi M, Bonomo M, Perrino G, Taglietti L, Giovannetti M. Acute abdomen from chylous peritonitis: a magical

6. been previously shown to decrease the intestinal absorption of fat, lower triglyceride concentration in the thoracic duct and attenuate lymph flow in the major lymphatic channels [18]. In addition, it also decreases gastric, pancreatic and intestinal secretions, inhibits motor activity of the intestine, and slows the process of intestinal absorption and decreases splanchnic blood flow, which may further contribute to decreased lymph production. It has also been speculated that somatostatin improves chylous ascites by inhibiting lymph fluid secretion through specific receptors found in the normal intestinal wall of lymphatic vessels [20]. In patients with a large amount of ascites, a total paracentesis to relieve discomfort and dyspnea can be performed and repeated as needed. However, one should note the risk of infection and fat emboli. If the patient has poor surgical candidates and refractory to non-surgical treatment, peritoneovenous shunting may be an option, although these shunts carry a high rate of complications [21].
7. Colloff JH, Richman JW, Jones JW. Chylous ascites. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 219-220.
8. Poon CW, Poon HO, Kadhani SD. Evaluation and management of chylous ascites. *Ann Intern Med* 1992; 16: 358-364.
9. Shapiro AM, Bain VO, Sigal DL, Kristiansen MN. Reoperation of chylous ascites after liver transplantation using somatostatin analog and total parenteral nutrition. *Transplantation* 1996; 61: 1410-1411.
10. Vano D, Hakkyanitis S. Successful management of postoperative chylous ascites with a parenteral lipids diet. *J Hepatol* 1995; 22: 305.
11. Agosta F, Clark LJ, Mazzarolo C, et al. Peritoneal lipoproteinase approach. *World J Hepatol* 2006; 1: 9.
12. Kizilek B, Petruschka JJ, Kizilek MA, Kizilek PE. Thoracic duct-catheter fistula in a patient with cirrhosis of liver: successful treatment with a transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 793-796.
13. Galdames J. Chylous effusions secondary to peritonitis: case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 130-135.
14. Kizilek B, Petruschka JJ, Kizilek MA, Kizilek PE. Thoracic duct-catheter fistula in a patient with cirrhosis of liver: successful treatment with a transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 793-796.
15. Brown ML, Wilson NH, Ransel H, Aldrete JJ, Aldrete DA. Etiology and treatment of chylous ascites. *Br J Surg* 1992; 79: 1145-1150.
16. Wilkoff BJ, Antonson CW. Acute chylous peritonitis. *Ann Surg* 1979; 179: 230-232.
17. Hildebrand JF, Whittemore MS, Wilbur AC. Chylous ascites: CT and ultrasonographic abdomen imaging 1995; 20: 130-140.
18. Wood KC. Interpretation of ascitic fluid case. *Postgrad Med J* 1982; 7: 171-173, 176-178.
19. Colloff A, Chopra S. Chylous ascites. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1050-1050.
20. Lissner JH, Richman JW, Jones JW. Chylous ascites. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 219-220.
21. Poon CW, Poon HO, Kadhani SD. Evaluation and management of chylous ascites. *Ann Intern Med* 1992; 16: 358-364.
22. Haskin SA, Robert HH, Babayan VV, Vetterli TH. Treatment of chylous ascites with medium-chain triglycerides. *N Engl J Med* 1984; 270: 756-761.

Mishin I., Ghidirim Gh., Vazian M.

Acute spontaneous chylous peritonitis.

Journal of Gastrointestinal and Liver Disease. 2010, vol.19, no.3, p.





ISSN: 1525-5050
I F: 2.610(2010)

ARTICLE IN PRESS
Epilepsy & Behavior xxx (2010) xxx–xxx
YEBEH-0403; No. of pages: 2; 4C
Contents lists available at ScienceDirect
Epilepsy & Behavior
Journal homepage: www.elsevier.com/locate/yebeh

Brief Communication
Nonepileptic seizures under levetiracetam therapy
Andrei Ignatenco^a, Shahar Arzy^b, Joseph Ghika^c, Didier Genoud^d, Peter W. Kaplan^d, Stanislav Groppa^a, Margitta Seeck^{b,*}

^a Department of Neurology and Neurosurgery, University "Nicolae Testemițanu," Chișinău, Republic of Moldova
^b IBC and Epilepsy Unit, Department of Neurology, University Hospital of Geneva, Switzerland
^c Centre Hospitalier de Centre de Vevey, Vevey, Switzerland
^d Department of Neurology, Bayview Medical Center, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD, USA
^e Clinique Romande de Neurologie, STVHCare, Stes, Switzerland

ARTICLE INFO
Article history:
Received 10 August 2010
Revised 1 September 2010
Accepted 3 September 2010
Available online xxx

ABSTRACT
We describe two patients with epilepsy who presented with nonepileptic seizures (NES) when started on levetiracetam (LEV), which disappeared or significantly decreased when LEV was discontinued. NES are traditionally attributed to psychic trauma often after physical or sexual abuse, whereas the psychiatric side effects of levetiracetam largely encompass depression, hallucinations, and psychosis. We conclude that NES are a rare side effect of LEV treatment and part of the spectrum of behavioral changes observed with LEV treatment.

Keywords:
Levetiracetam
Nonepileptic seizures
Psychogenic seizures
Side effects
Anxiety
Depression
Tumor

1. Introduction
Levetiracetam (LEV) has become a frequently used drug for patients with difficult-to-treat epilepsy. LEV generally has a favorable side effect profile; however, the most frequently reported side effects are behavioral changes, which can range from hostile behavior to psychosis [1,2]. We describe two patients who developed nonepileptic seizures (NES) while on LEV therapy; the NES stopped or decreased significantly after discontinuation of the drug.

2. Case 1
A 36-year-old, right-handed secretary with an 11-year history of refractory epilepsy after prolonged status epilepticus was treated with valproate, lamotrigine, oxcarbazepine, vigabatrin, topiramate, and primidone at various times and in various combinations without eradication of seizures. She also had mild depression. Video-EEG monitoring revealed bitemporal lobe epilepsy with left predominance. LEV was added to her AED regimen starting at 500 mg twice daily, and was progressively increased to 2000 mg daily. She continued on phenobarbital and lamotrigine. On a few occasions, she developed brief episodes of agitation, nervousness, and irritability, attempted suicide, and was followed by a psychiatrist. Two months later, she developed trembling of all four limbs, contractions of the platysma bilaterally, and hyperventilation. These events could last up to 20 minutes without loss of consciousness. Video-EEG monitoring revealed no significant EEG changes during these events, supporting a diagnosis of NES. LEV was suspected to be contributing and was progressively withdrawn. NES regressed, leaving her with her typical complex partial seizures.

3. Case 2
A 48-year-old public servant with a left frontal oligoastrocytoma originally presented with a tonic-clonic seizure. He was known to have a personality disorder and received no pharmaceutical treatment. The tumor was resected, and seizures were treated with topiramate and clonazepam. To avoid drug interactions in view of possible chemotherapy, LEV therapy was initiated, and when a dosage of 2 g/day was reached, topiramate and clonazepam were progressively stopped. Following the introduction of LEV, a new type of seizure occurred. The patient began having a feeling of profound tiredness, eye closure with resistance to passive eye opening, and inability to move but without impairment of consciousness. These episodes lasted as long as 30–90 minutes. Video-EEG monitoring did

© 2010 Elsevier Inc. All rights reserved.

Please cite this article as: Ignatenco A, et al, Nonepileptic seizures under levetiracetam therapy, Epilepsy Behav (2010), doi:10.1016/j.yebeh.2010.09.002

Ignatenco A, Arzy S, Ghika J, Genoud D, Kaplan PW, Groppa S, Seeck M.
Nonepileptic seizures under levetiracetam therapy.
Epilepsy Behav. 2010 Oct 7.

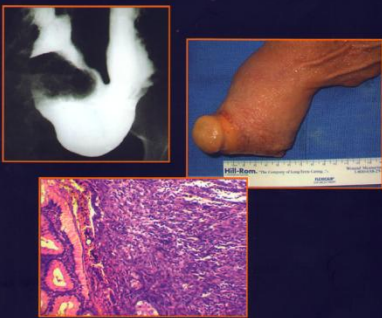




Vol. 105, Nr. 1, Ianuarie - Februarie 2010
 ISSN: 1221-9118
 www.revistachirurgia.ro ISSN (online): 1842-368X

CHIRURGIA

Fondată în 1897



Imagini pentru chirurgii

Chirurgia (2010) 105, Nr. 1, Ianuarie - Februarie Copyright © Celisius

Polip inflamator fibroid gastric (tumoare Vanek) cu hemoragie

E. Gușu, Gh. Ghidirim, I. Mișin, Iraida Iakovleva, M. Vozia

Centrul chirurgic "N. Anestiadi" al Laborantului chirurgic hepatopancreatobiliar, UMF "N. Timonier"*

Rezumat

Polipul inflamator fibroid (PFI) sau tumoarea Vanek a tractului gastro-intestinal reprezintă o entitate relativ rară. PFI este o entitate entem deasă a hemoragiei digestive superioare. Raportăm cazul unei paciente de 30 de ani cu PFI gastric complicat cu hemoragie gastro-intestinală și semne de obstrucție intestinală în focul de inflamație endoscopică, etiologie și tratament cu tumoare gastro-intestinală tumorală (GIST). Examenul endoscopic progresiv a relevat o leziune ovală polipoidă submucosă (~7 cm în diametru) localizată în antrum cu aspect sigmoidal mucos. Biopsiile endoscopice repetate nu au arătat schimbări neoplazice. Examenul histologic a demonstrat o tumoare în regiunea periplazmă a stomacului. Diagnosticul preliminar propunează un GIST. A fost efectuată gastroscopia distală și înlocuită cu tomografia helicoidală în secvențe. Suprasolicitarea diagnostică histologică finală a fost PFI. Evoluția prognostică a fost bună, complicată și nu s-a depistat sârmă de rezolvă la 4 ani post-operativ. S-au prezentat de asemenea cazurile și metodele de abordare etiologică, diagnostică și strategia de tratament a PFI. Acest caz reînnoiește o prematură recidivă a PFI. După hemoragie este o complicație rară a PFI, aceasta trebuie inclusă în evaluările pentru diagnosticul diferențial al hemoragiilor gastro-intestinale de etiologie rară.

Cuvinte cheie:

Polip inflamator fibroid, tumoare Vanek, hemoragie digestivă superioară, obstrucție intestinală

Correspondență: Sp. M. Dr. Măneșcu 52, nr. 40, 2001, Chișinău, Republica Moldova. Tel. + (0)322 12-4461, fax + (0)322 12-4041. Email: molob, ggușu@ua

Abstract

Inflammatory fibroid polyp (IFP) or Vanek tumor of the gastrointestinal tract represents a relatively unusual entity. IFP is an extremely rare cause of upper gastrointestinal bleeding. We report herein a case of a 30-year-old woman who had a gastric IFP complicated by gastrointestinal bleeding and obstructive symptoms. The lesion was mistaken on endoscopic, radiologic examination and in the operating room for a gastrointestinal stromal tumor (GIST). Progressive microscopic examination revealed a protruding oval-shaped submucosal lesion (~7 cm in size) of the gastric antrum, with sigmoidal mucosal surface. Multiple endoscopic biopsies were negative for neoplastic changes. Biopsy final study disclosed a large tumor in the periplasmic area of the stomach. Presumptive preoperative diagnosis was GIST. Subtotal distal gastrectomy was performed. Histopathologic diagnosis was IFP. Postoperative course was unremarkable and no recurrence was observed during 4 years follow-up. With reference to case report, the etiologic, diagnostic and treatment strategy of IFP will be discussed. This case highlights an unusual presentation of IFP. Although bleeding may represent a rare complication, IFP should be considered in the differential diagnosis of upper gastrointestinal hemoragies of uncertain etiology.

Key words:

Inflammatory fibroid polyp, Vanek tumor, upper gastrointestinal hemorrhage, intestinal obstruction

116

Introducere

Polipul inflamator fibroid (PFI) sau tumoarea Vanek este o leziune polipoidă a tractului gastro-intestinal care o leziune polipoidă sau lobulată. Tumoarea Vanek este o leziune localizată, care își are originea în submucosa tubului digestiv, localizată mai frecvent în stomac (1). Pe lângă aceasta, nu fără cauzele cauzate de PFI localizate în esofag (2), duoden (3,4), intestin subțire și colon (5).

Polipul inflamator fibroid este o cauză rară de hemoragie digestivă superioară, deseori observată fiind publicată în literatură engleză (6,7). Anterior prezintă un caz de PFI gastric complicat de hemoragie, acordând la examenul endoscopic, histologic și imunohistochimic (8).

Prezentarea cazului

O pacientă în vârstă de 30 de ani s-a prezentat cu dureri abdominale și o formațiune de volum elastic polipoid în regiunea epigastriului. Este istoricul pacienței senza dispepsie, anorexie, astenie, greutate scăzută și scădere ponderală. Durațiile anterioare de spitalizare au fost melancolie. Examenul de laborator nu arăta modificări semnificative. Radiografia gastrică în poziția în decubit anterior a demonstrat o formațiune de volum pe curbură mică (Fig. 1). Endoscopia a relevat o formațiune polipoidă cu bază largă, alveolară centrală cu dimensiuni de 6 cm localizată în periplazmă gastrică, care obstruiea lumenul distal. Biopsiile endoscopice nu au arătat modificări neoplazice. Pacienta a fost programată pentru intervenție chirurgicală cu diagnosticul preliminar de GIST. Hemostaza a fost depășită o formațiune lobulată în antrum în regiunea periplazmă, confirmând datele preoperatorii. A fost efectuată gastroscopia distală și înlocuită cu tomografia helicoidală în secvențe. Suprasolicitarea diagnostică histologică finală a fost PFI.

carbură mică a stomacului, periplazmă a fost depășită o formațiune tumorală circumscrisă cu dimensiuni 7,6 cm, cu suprafață neregulată, lobulată, de culoare gălbuie pe secțiune (Fig. 2). Examenul histologic a arătat prezența de fibroblaste și infiltrație cu celule inflamatorii, imagine caracteristică pentru PFI (Fig. 3). Controlul histologic și imunohistochimic la nivelul de 4 ani nu a arătat semne de recidivă sau metastaze la 4 ani postoperatorii.

Discuții

Polipul inflamator fibroid este o leziune polipoidă a tractului gastro-intestinal, localizată în prezent de către Vanek în 1949 drept "granulom submucos gastric cu controlul" (8). În literatură au fost utilizate și termenii "granulom eosinofil", "hemangioendoteliom", "hemangioepiteliom" și "fibrom polipoid" (9,10). Actual se consideră că în diagnosticul diferențial este important să deosebim această formațiune de gastroenterita eosinofilă, tumori gastro-intestinale stromale, pseudo-tumori inflamatorii, hemangioendoteliom și hemangioepiteliom (11). În 1953 Hirsch și Ransley prezintă granulom eosinofilic gastric cu propria termenii de "polip inflamator



Figura 1. Examen radiologic: formațiune masivă în periplazmă gastrică.



Figura 2. Piesa rezectată (A) tumoarea gastrică cu suprafață lobulată, (B) polipoid pe secțiune.

117



Figura 3. PFI cu celule inflamatorii, antral alveolar în secțiune și celule inflamatorii (H & E, x40).

fibroid", termen acceptat în literatură cotidiană (12), pe când alți autori cauzăd termenul de tumoare Vanek mai potrivește pentru această leziune (13).

Polipul inflamator fibroid se întâlnește mai frecvent la bărbați, sau în proporție constantă 1:6 (13,14). Leziunea poate fi întâlnită la orice vârstă, fiind cu predilecție în decembrie de sex și rasă (13,14).

Tumoarea Vanek poate fi localizată în orice nivel al tractului gastro-intestinal, cel mai frecvent fiind afectat stomacul, intestinal subțire și esofagul și colonul (15). În caz de localizare gastrică în 77,6% cazuri polipul a fost localizat în antrum, în 9,8% în regiunea sigmoidală, 1,6% în plajă și cec și 0,7% în cec și sigmoid distal (13).

Originea tumorii Vanek până în prezent rămâne obscură (14). Au fost propuse diverse teorii în privința etiologiei tumorale gastro-intestinale și expuse asupra a unui număr (chimic, mecanic și biologic) și stimuli formarea polipilor (16). Desigur că pe lângă acestea un rol poate avea și reacția la corp străin, care neuroendocrină, histaminică și altele sunt cele mai cunoscute (11,13). Sărmă și anacardii (17) intrau în studiu imunohistochimic în infirmă etiologiei această tumoare a acestei leziuni. La colorarea imunohistochimică s-a demonstrat prezența vimentină antigenic un component major de fibroblaste, indicând faptul că este de natură a unei mase inflamatorii (17). Una dintre cauzăd că PFI se poate produce cauzăd care include fenomene inflamatorii, disparență simptomatice inflamatorii (fără și amănunțit) după opești fiind la fel în focusele prezente originii inflamatorii hemoragice a tumoarei Vanek (18). Recent, unii autori (16,19,20,21) au demonstrat că Helicobacter pylori se poate avea un rol în patofiziologia tumorii Vanek. În plus, au fost observate schimbări morfologice evidente după eradicarea Helicobacter pylori la unele cazuri (22,23).

În polipul inflamator fibroid de diagnostic, nu suferim prezenta de diagnosticul de tumoare Vanek este posibilă doar după examenul histologic (5,11).

Tumoarea Vanek deseori sunt asimptomatice (23). Simptomatologia PFI este determinată de dimensiunile și localizarea acestora. Manifestările clinice deseori ale tumorii Vanek includ dureri abdominale, hemoragie gastro-intestinală, obstrucție intestinală (2,24). Durațiile anterioare de PFI gastric și distal manifestare prin hemoragie gastro-intestinală au fost publicate în literatura mondială (4,25,26,27). Nu întotdeauna însă un caz de tumoare Vanek prezintă complicații de hemoragie digestivă superioară.

Tumoarea Vanek pot fi confundate cu diverse patologii de la tractul gastro-intestinal (9). Este dificilă distingea tumoarea PFI prin procedurile endoscopice, deoarece este o leziune netă cu o dimensiune de aspect macroscopic (19). Conform Matsushita și coautorii (1), tumoarea Vanek se poate confundea cu adenomul hiperplazic, acroepiteliomul de mucoasă rectosigmoidală, cu localizare în antrum și regiunea periplazmă. Suprafața centrală a leziunii a mai arde de delimitare eritematoasă, alburie sau dop alb pe polip.

Nu suferim prezenta albură anacardii (1), ca biopsie microscopică confirmă PFI.

Imaginea endoscopică a acestor tumori se prezintă ca leziuni rotunde, hipocromice cu margini neregulate, localizate în antrum (4), plajă (28). Totuși, imaginea endoscopică a acestor leziuni localizate în stomac și a celor cu alte localizări pot să diferă semnificativ, probabil din cauza diferențelor în structura periplazmă gastrică gastro-intestinală (4).

Demonstră diagnosticul exact propunează al sursei leziunii este net, oportunități chirurgicale în caz de managementul tumorii mici antrale. În toate cazurile este necesară rezecția completă pentru stabilirea diagnosticului și tratament adecvat.

Au fost publicate câteva lucrări despre modul curativ al rezecției endoscopice a PFI (14,7,29). Tada și coautorii (29) consideră că leziunile până la 2 cm, localizate submucos pot fi tratate endoscopic. În polipul antral, opinii, semnificația curativă a tratamentului endoscopic în pacienții cu tumori Vanek este până în prezent discutabilă. Așeză, rezecția, rezecția și anacardii (30) au demonstrat posibilitatea rezecției locale a PFI după tratament endoscopic și sugerează că aceste metode pot fi rezecție de procedură curativă a pacienților în etape și stadii timpurii.

Intervenția de diagnostică și metode de tratament de la o tumoare Vanek, trebuie după rezecție chirurgicală nu a fost raportate (18).

În concluzie, tumoarea Vanek gastrică sunt rare, simptomatice, cu diverse manifestări clinice și dificil de diagnosticat pre- și intraoperatoriu. Diagnosticul final trebuie stabilit după examenul histologic definitiv. Tumoarea Vanek trebuie incluse în protocoalele de diagnostic diferențial a leziunilor submucosale gastrice în prezenta de dureri a sursei chirurgicale. Patofiziologia acestei este considerată încă necunoscută complet a tumorii.

Bibliografie

- Matsushita M, Hara K, Okamoto K, Takahashi H. Endoscopic features of gastric inflammatory fibroid polyps. Am J

Revista indexată în Science Citation Index Expanded, Journal Citation Reports / Science, Medicine / PubMed / Index Medicus

Editura CELSIUS

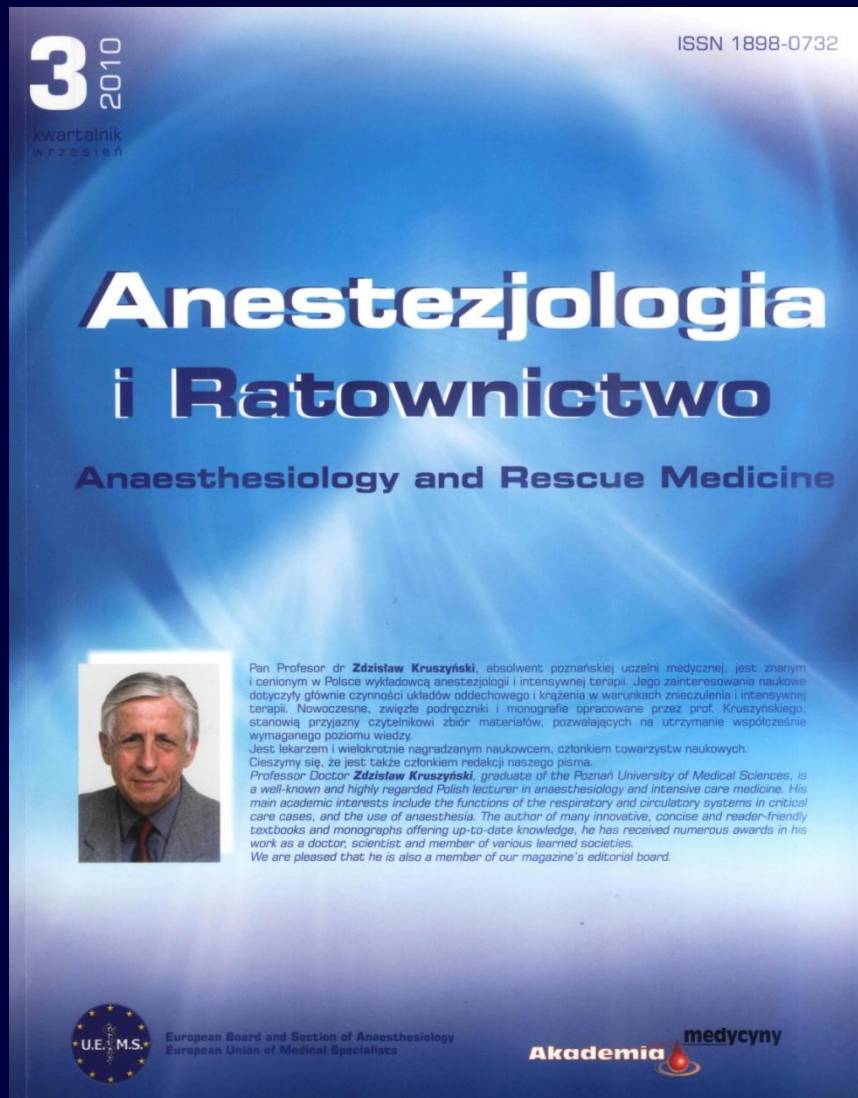
Impact Factor: 0.333 (2008)
 Journal Citation Reports®,
 Thomson Reuters

ISSN 1221-9118

Gușu E., Ghidirim Gh., Mișin I, Iraida Iakovleva, Vozia M.
Polip inflamator fibroid gastric (tumoare Vanek) cu hemoragie.
Chirurgia (Bucur.), 2010, vol. 105, no.1, p.137-140.



Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova



Groppa S., Belîi A., Ciobanu Gh., Leoonte B.,
Vâlcu E.

Evaluation of methoxyflurane (Pentrox)
Efficaciti for acute traumatic pain relief:
A pilot study.

Anestezjologia I Ratownictwo ,2010, no.3,
p.288-293.

(ISSN 1898 – 0732)





JURNALUL DE CHIRURGIE
 JURNALUL OFICIAL AL CENTRULUI DE CERCETARE ÎN CHIRURGIE GENERALĂ CLASICĂ ȘI LAPAROSCOPICĂ
 CLINICĂ I CHIRURGIE ÎN TÂNĂȘESCU - BĂLȚUREANU (IASI)

Vol.3, Nr.1, ianuarie - martie 2007
 www.jurnaluldechirurgie.ro
 ISSN: 1584 - 9341

(ISSN 1584 – 9341)

Ghidirim Gh., Mișin I, Ignatenco S., Elina Șor, Natalia Țugui.
Fistulă stercorală a scrotului: complicație rară în hernia inghinală strangulată.
Jurnalul de Chirurgie (Iasi), 2010, vol.6, no.1, p.70-73.

Cazuri clinice Jurnalul de Chirurgie, Iasi, 2010, Vol. 6, Nr. 1 [ISSN 1584 – 9341]

FISTULA STERCORALĂ A SCROTULUI: COMPLICAȚIE RARĂ ÎN HERNIA INGHINALĂ STRANGULATĂ

Gh. Ghidirim, I. Mișin, S. Ignatenco, Elina Șor, Natalia Țugui
 Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestadi”
 Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Bilărară
 Universitatea de Științe Medicale și Farmaceutice „Nicolae Testemițanu”
 Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova

SCROTAL FAECAL FISTULA: A RARE COMPLICATION OF INCARCERATED INGUINAL HERNIA (Abstract: Scrotal faecal fistula is a rare complication of incarcerated inguinal hernia. We report a case of a 54-year-old male, who presented fistula following prolonged incarceration of a left inguinal hernia (the presence of a caecum and vermiform appendix in a hernia sac). The patient presented himself to the emergency department with the diagnosis of a Fournier's gangrene. On second postoperative day after debridement of the scrotal fasciitis a subcutaneous fistula in the scrotum was diagnosed as result of a strangulated inguinal hernia. The patient was treated by right laparotomy with an anastomosis and routine hernia repair was performed. Postoperative period was unremarkable. The aetiology and management of this rare complication is discussed.

KEY WORDS: FAECAL FISTULA, INCARCERATED INGUINAL HERNIA, SCROTAL FISTULA

Correspondent: Conf. Dr. Igor Mișin, Str. Mincovei 52, ap.60, 2001, Chișinău, Republica Moldova, tel: (+37322) 83-24-65, fax: (+37322) 32-20-08, e-mail: mișin_igor@mail.ru

INTRODUCERE
 Hernia inghinală este o patologie frecventă chirurgicală, iar cea mai gravă dintre complicații este strangularea [1]. Canalile de adapție a fistulei stercorale sunt rare [2-11]. În literatură cercetate sunt descrise 12 cazuri, în majoritate la copii [2-8.11] și două cazuri de fistulă stercorală ca rezultat al herniei inghinale strangulate la adulți [9,10]. Prezentăm un caz de fistulă stercorală la pacient cu hernie strangulată stângă.

CAZ CLINIC
 În Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova s-a adresat un pacient în vârstă de 54 ani după două zile de la debutul bolii, prezentând durere violentă în hemiscrotul stâng, febră 37,9°C.
 Din anamneză reiese că în ultimele două zile în regiunea scrotului stâng a apărut o tumefacție progresivă, ireductibilă, cu asocieră hiperemiei tegumentelor.
 La examenul obiectiv, abdominal simetric, este supla la palpare, dar sensibili în regiunea suprapubică. Tensiuni intestinale este păstrat. În regiunea inghino-scrotală stângă se găsește o tumefacție 9/5 cm, dureroasă la palpare, cu hiperemie locală.
 Examenele biologice au arătat o leucocitoză până la 16900/mm³ cu deviere spre stînga a formulei leucocitare, VSH 38 mm/h. Explorările imagistice (radiografia abdominală simplă, ultrasonografia) nu au detectat aspecte patologice.
 Clinic, diagnosticul a fost de flegmon Fournier.

* received date: 15.09.2009
 accepted date: 22.11.2009

70

Cazuri clinice Jurnalul de Chirurgie, Iasi, 2010, Vol. 6, Nr. 1 [ISSN 1584 – 9341]

5-a intervenție chirurgicală prin-o incizie de 10 cm în regiunea inghinală stângă, constatandu-se aprox. 400 ml lichid transparent cafea. Testiculul nu are modificări ischemice.
 La două zile postoperator pacienții prezintă durere și fistulă stercorală la nivelul plăgii (Fig. 1).

Fig. 1. Plaga postoperatorie deschisă a 2-a zi: se observă necroză testiculară cu eliminări fecale din plagă

Se practică laparotomie și se constată că cecul cu apendicele angajat în hemiscrotul stâng, cu distensie moderată a lumenului. La examenul cecului s-a constatat edem pronunțat cu îngroșarea porțiunii peretelui strangulat, cu o zonă de necroză de 4-2 cm cu periferie de 0,5 cm (Fig. 2A, 2B). S-a practicat hemicolectomie dreaptă cu lio-transversoaanastomoză latero-laterală, lavajul și drenajul cavității peritoneale și cura hernială cu suturi monoclamant.

Fig. 2. Aspect macroscopic al părții operate:
 A. Anestezic: se vizualizează o zonă de necroză de 4 cm cu periferie de 0,5 cm.
 B. Postoperator: se observă specificul țesut modificat inflamatoriu

71

Cazuri clinice Jurnalul de Chirurgie, Iasi, 2010, Vol. 6, Nr. 1 [ISSN 1584 – 9341]

Plaga scrotală a fost debridată cu excizia penurilor neviabile, ulterior practicându-se sutura secundară.
 Examenul histopatologic arată țesut necrotic cu necroză, edem masiv, inflamatie cronică preponderent în tunica scrotală.
 Evoluția postoperatorie a decurs fără complicații. Pacientul a fost extermat a 22-a zi postoperator.

DISCUȚII
 Apariția fistulei stercorale în cadrul herniei strangulate este o situație destul de rară [2-11].
 Toate cazurile descrise până în prezent au fost depistate la pacienți din țările în curs de dezvoltare: India – 8 cazuri [2,4-6,10,11], Nigeria – 3 cazuri [7,8], Pakistan – 1 caz [9], cu adresabilitate tardivă între a 2-a și 5.11] și a 13-a [2] zi de la debutul bolii, datorită lipsei de educație a populației și posibilităților limitate de acordare a asistenței medicale [8-11].
 În caz de strangulare poate apare riscul de ischemie a testiculului cu dezvoltarea gangrenelor datorită compresiunii vasculare a cordului spermatic [4,5,11,12], fapt ce conduce la autoamputarea [4,5]. Conform Sowande O. et al [11], decompresiune spontană prin formarea fistulei stercorale duce la micșorarea presiunii în vasele testiculului.
 Apariția fistulei stercorale este secundară modificărilor ischemice ale peretelui intestinal cu extensia necrozei la pernițele adiacente [7,9,13]. După Nwabolu [13], deosebit această hernie strangulată rămâne nedignificată în timp din cauza poziției laterale (hernie Richter). Hernia de tip Richter constituie 5 – 15 % din toate strangulatele [14]. Alți cauză a apariției fistulei stercorale sunt manevra de taxis [6,9]. De aceea toți pacienții cu disparență fenomenelor strangulării după taxis trebuie spitalizați și supravegheați timp de 48 ore [7,9,13]. Defectul herniar poate fi rezolvat prin suturarea înaltului intestin [2,5,6,8,9,11] și hernioplastie de tip Shouldice [10].
 Prezența în sacul herniar a apendicelui vermicular (hernia Amyand) a fost descrisă pentru prima dată în 1735. Frecvența ei constituie 1% din toate herniile și în 0,13% se asociază cu apendicita scrotală [15]. Prezența cecului cu apendicelul vermicular în hernia inghinală pe stînga este descrisă pentru prima dată de către Carey în 1967 [16]. În literatură sunt descrise numai 7 cazuri de hernie inghinală stângă cu prezența cecului și apendicelui vermicular în sacul herniar [16-22].

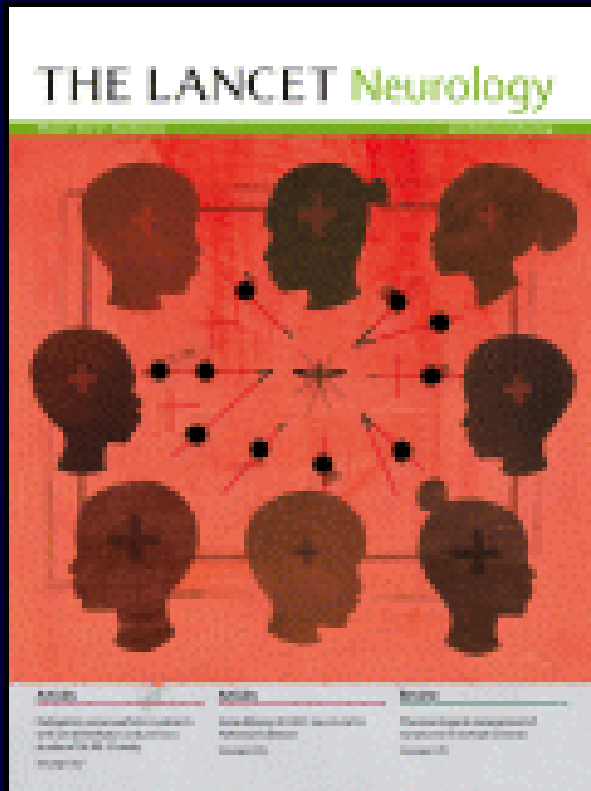
CONCLUZIE
 Diagnosticul și tratamentul precoce al herniilor inghinale duce la prevenirea complicațiilor evolutive rare cum este fistula stercorală.

BIBLIOGRAFIE

1. Teo P. Inguinal hernia. In: Little J, Irving DM, editors. *Neonatal Surgery*, 3rd ed. London: Butterworth, 1990; p. 367-375.
2. Rao P, Mitra S, Pathak I. Faecal fistula developing in inguinal hernia. *Indian J Pediatr*. 1980; 47: 255-257.
3. Fakim M, Qande A, Darwidi H. Scrotal faecal fistula. *J Indian Med Assoc*. 1979; 73: 192-194.
4. Gupta D, Rohang M. Inguinal hernia in children: an Indian experience. *Pediatr Surg Int*. 1993; 8: 466-468.
5. Fournier J. Gangrène scrotale. *Pediatr Surg Int*. 1998; 13: 440-441.
6. Fouat L, Wangpakar V, Kumar T, Anil Kumar, Babary G, Meibhai I. Spontaneous scrotal faecal fistula in an infant. *Pediatr Surg Int*. 2000; 16: 443-444.

72





ISSN: 1474-442

IF:18.26(2009)

Articles

B vitamins in patients with recent transient ischaemic attack or stroke in the VITamins TO Prevent Stroke (VITATOPS) trial: a randomised, double-blind, parallel, placebo-controlled trial

The VITATOPS Trial Study Group*

Summary
Background Epidemiological studies suggest that raised plasma concentrations of total homocysteine might be a risk factor for major vascular events. Whether lowering total homocysteine with B vitamins prevents major vascular events in patients with previous stroke or transient ischaemic attack is unknown. We aimed to assess whether the addition of once-daily supplements of B vitamins to usual medical care would lower total homocysteine and reduce the combined incidence of non-fatal stroke, non-fatal myocardial infarction, and death attributable to vascular causes in patients with recent stroke or transient ischaemic attack of the brain or eye.

Methods In this randomised, double-blind, parallel, placebo-controlled trial, we assigned patients with recent stroke or transient ischaemic attack (within the past 7 months) from 123 medical centres in 20 countries to receive one tablet daily of placebo or B vitamins (2 mg folic acid, 25 mg vitamin B6, and 0.5 mg vitamin B12). Patients were randomly allocated by means of a central 24-h telephone service or an interactive website, and allocation was by use of random permuted blocks stratified by hospital. Participants, clinicians, carers, and investigators who assessed outcomes were masked to the assigned intervention. The primary endpoint was the composite of stroke, myocardial infarction, or vascular death. All patients randomly allocated to a group were included in the analysis of the primary endpoint. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, NCT00097669, and Current Controlled Trials, ISRCTN74743444.

Findings Between Nov 19, 1998, and Dec 31, 2008, 8164 patients were randomly assigned to receive B vitamins (n=4089) or placebo (n=4075). Patients were followed up for a median duration of 3.4 years (IQR 2.0–5.5). 616 (15%) patients assigned to B vitamins and 678 (17%) assigned to placebo reached the primary endpoint (risk ratio [RR] 0.91, 95% CI 0.82 to 1.00, p=0.05; absolute risk reduction 1.56%, –0.41 to 3.16). There were no unexpected serious adverse reactions and no significant differences in common adverse effects between the treatment groups.

Interpretation Daily administration of folic acid, vitamin B6, and vitamin B12 to patients with recent stroke or transient ischaemic attack was safe but did not seem to be more effective than placebo in reducing the incidence of major vascular events. These results do not support the use of B vitamins to prevent recurrent stroke. The results of ongoing trials and an individual patient data meta-analysis will add statistical power and precision to present estimates of the effect of B vitamins.

Funding Australia National Health and Medical Research Council, UK Medical Research Council, Singapore Biomedical Research Council, Singapore National Medical Research Council, Australia National Heart Foundation, Royal Perth Hospital Medical Research Foundation, and Health Department of Western Australia.

Introduction
After an ischaemic stroke or transient ischaemic attack of the brain or eye, patients remain at increased risk of future stroke, myocardial infarction, or vascular death (major vascular events) despite use of medical and surgical therapies.¹ Cross-sectional and observational epidemiological studies suggest that raised plasma concentrations of total homocysteine are a common causal risk factor for major vascular events.² Furthermore, randomised trials show that total homocysteine can be lowered by supplementary treatment with B vitamins: 0.5–5.0 mg folic acid daily lowers total homocysteine by 25% (95% CI 23–28%) and 0.02–1.00 mg vitamin B12 (mean 0.50 mg) daily lowers total homocysteine by 7% (3–10%).³ However, whether lowering total homocysteine prevents major vascular events in patients with stroke and transient ischaemic attack is unknown. There have been no placebo-controlled trials of B vitamins in patients with stroke or transient ischaemic attack. The only previous randomised trial of treatment with B vitamins in patients with a history of stroke—the Vitamins Intervention for Stroke Prevention (VISP) trial⁴—compared high-dose B vitamins (25 mg pyridoxine, 0.4 mg cobalamin, and 2.5 mg folic acid) with low-dose B vitamins (200 µg pyridoxine, 6 µg cobalamin, and 20 µg folic acid) and was stopped because of fatigue after 3680 patients had been followed up for a mean of 20 months. There was no difference in the primary outcome of cerebral infarction between the groups (risk ratio [RR] 1.0, 95% CI 0.8–1.3), despite a mean reduction of total homocysteine of 2 µmol/L among patients assigned to high-dose B vitamins compared with

www.thelancet.com/neurology Vol 9 September 2010 855

VITATOPS Trial Study Group.

B vitamins in patients with recent transient ischaemic attack or stroke in the VITamins TO Prevent Stroke (VITATOPS) trial: a randomised, double-blind, parallel, placebo-controlled trial. **Lancet Neurol. 2010 Sep;9(9):855-65.**





ISSN 1941-6628

Mishin I, Ghidirim G, Voizian M.
Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula.
J Gastrointest Cancer. 2010 Jun 29. [Epub ahead of print]

EDITOR'S PROOF

Journal of Gastrointestinal Cancer
Volume 1, No. 1, 2010
ISSN 1941-6628

BRIEF COMMUNICATION

Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula

Igor Mishin - Ghidirim Ghidirim - Voizian Masha

© Type of Manuscript: Brief Communication

Abstract
A 60-year-old male was admitted to our department complaining the presence of a 3-cm tumor in the incision scar and a skin fistula with mucinous discharge. The patient's past medical history was remarkable except that 1 year before he underwent appendectomy via his right iliac fossa. The tumor was operated in a local hospital. The pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma, and according to initial data, the final pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma. The wound was closed, but on the 12th

Introduction
A primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix (AMC) has been known according to approximately 25% of all appendiceal adenocarcinomas [1]. Preoperative diagnosis was difficult and usually based on computed tomography (CT) scan findings. Furthermore, a very rare, difficult to identify an accurate histopathologic diagnosis needed to increase surgical care. In our knowledge, only the case of mucinous cystadenocarcinoma and pseudomyxoma Peritonei (PMP) described from the appendiceal cancer after appendectomy was reported in the literature [2].

Keywords
Mucinous cystadenocarcinoma of the appendix, cutaneous fistula, implantation metastasis, 1 year after appendectomy. As far as we know, only few such cases have been reported in the medical literature [2-5].

Case Report
This report is a 60-year-old male who presented the tumor after 1 year after appendectomy. The tumor was closed, but on the 12th

References
1. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
2. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
3. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
4. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
5. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].

EDITOR'S PROOF

Journal of Gastrointestinal Cancer
Volume 1, No. 1, 2010
ISSN 1941-6628

BRIEF COMMUNICATION

Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula

Igor Mishin - Ghidirim Ghidirim - Voizian Masha

© Type of Manuscript: Brief Communication

Abstract
A 60-year-old male was admitted to our department complaining the presence of a 3-cm tumor in the incision scar and a skin fistula with mucinous discharge. The patient's past medical history was remarkable except that 1 year before he underwent appendectomy via his right iliac fossa. The tumor was operated in a local hospital. The pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma, and according to initial data, the final pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma. The wound was closed, but on the 12th

Introduction
A primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix (AMC) has been known according to approximately 25% of all appendiceal adenocarcinomas [1]. Preoperative diagnosis was difficult and usually based on computed tomography (CT) scan findings. Furthermore, a very rare, difficult to identify an accurate histopathologic diagnosis needed to increase surgical care. In our knowledge, only the case of mucinous cystadenocarcinoma and pseudomyxoma Peritonei (PMP) described from the appendiceal cancer after appendectomy was reported in the literature [2].

Keywords
Mucinous cystadenocarcinoma of the appendix, cutaneous fistula, implantation metastasis, 1 year after appendectomy. As far as we know, only few such cases have been reported in the medical literature [2-5].

Case Report
This report is a 60-year-old male who presented the tumor after 1 year after appendectomy. The tumor was closed, but on the 12th

References
1. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
2. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
3. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
4. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
5. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].

EDITOR'S PROOF

Journal of Gastrointestinal Cancer
Volume 1, No. 1, 2010
ISSN 1941-6628

BRIEF COMMUNICATION

Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula

Igor Mishin - Ghidirim Ghidirim - Voizian Masha

© Type of Manuscript: Brief Communication

Abstract
A 60-year-old male was admitted to our department complaining the presence of a 3-cm tumor in the incision scar and a skin fistula with mucinous discharge. The patient's past medical history was remarkable except that 1 year before he underwent appendectomy via his right iliac fossa. The tumor was operated in a local hospital. The pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma, and according to initial data, the final pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma. The wound was closed, but on the 12th

Introduction
A primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix (AMC) has been known according to approximately 25% of all appendiceal adenocarcinomas [1]. Preoperative diagnosis was difficult and usually based on computed tomography (CT) scan findings. Furthermore, a very rare, difficult to identify an accurate histopathologic diagnosis needed to increase surgical care. In our knowledge, only the case of mucinous cystadenocarcinoma and pseudomyxoma Peritonei (PMP) described from the appendiceal cancer after appendectomy was reported in the literature [2].

Keywords
Mucinous cystadenocarcinoma of the appendix, cutaneous fistula, implantation metastasis, 1 year after appendectomy. As far as we know, only few such cases have been reported in the medical literature [2-5].

Case Report
This report is a 60-year-old male who presented the tumor after 1 year after appendectomy. The tumor was closed, but on the 12th

References
1. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
2. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
3. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
4. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
5. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].

EDITOR'S PROOF

Journal of Gastrointestinal Cancer
Volume 1, No. 1, 2010
ISSN 1941-6628

BRIEF COMMUNICATION

Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula

Igor Mishin - Ghidirim Ghidirim - Voizian Masha

© Type of Manuscript: Brief Communication

Abstract
A 60-year-old male was admitted to our department complaining the presence of a 3-cm tumor in the incision scar and a skin fistula with mucinous discharge. The patient's past medical history was remarkable except that 1 year before he underwent appendectomy via his right iliac fossa. The tumor was operated in a local hospital. The pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma, and according to initial data, the final pathologic report confirmed the diagnosis of mucinous cystadenocarcinoma. The wound was closed, but on the 12th

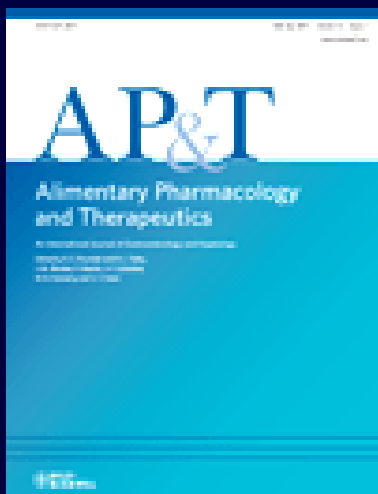
Introduction
A primary mucinous cystadenocarcinoma of the appendix (AMC) has been known according to approximately 25% of all appendiceal adenocarcinomas [1]. Preoperative diagnosis was difficult and usually based on computed tomography (CT) scan findings. Furthermore, a very rare, difficult to identify an accurate histopathologic diagnosis needed to increase surgical care. In our knowledge, only the case of mucinous cystadenocarcinoma and pseudomyxoma Peritonei (PMP) described from the appendiceal cancer after appendectomy was reported in the literature [2].

Keywords
Mucinous cystadenocarcinoma of the appendix, cutaneous fistula, implantation metastasis, 1 year after appendectomy. As far as we know, only few such cases have been reported in the medical literature [2-5].

Case Report
This report is a 60-year-old male who presented the tumor after 1 year after appendectomy. The tumor was closed, but on the 12th

References
1. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
2. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
3. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
4. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].
5. Mishin I, Ghidirim G, Voizian M. Appendiceal Mucinous Cystadenocarcinoma with Implantation Metastasis to the Incision Scar and Cutaneous Fistula. *J Gastrointest Cancer.* 2010 Jun 29. [Epub ahead of print].





2009 Impact Factor: 4.357
ISSN 0269-2813



2009 Impact Factor: 2.272
ISSN 0953-7104

AP&T Alimentary Pharmacology and Therapeutics

Predictive factors of bleeding related to post-banding ulcer following endoscopic variceal ligation in cirrhotic patients: a case-control study

G. Vanbiervliet^{*†}, S. Giudicelli-Bornard^{*†}, T. Piche^{*†‡}, F. Berthier^{‡,§}, E. Gelsi^{*†}, J. Filippi^{*†}, R. Anty^{*†‡}, K. Arab^{*†}, P. M. Huet^{*†}, X. Hebuterne^{*†} & A. Tran^{*†‡}

Platelets, February 2010; 21(1): 70–71

informa
healthcare

CASE REPORT

Recurrent hypersplenism caused by giant accessory spleen due to portal hypertension after splenectomy

BURHAN OZDİL¹, HIKMET AKKİZ¹, MACİT SANDIKCI¹, CAN KECE², & ARİF COSAR³

¹Cukurova University, Faculty of Medicine, Department of Gastroenterology, 01330 Adana, Turkey, ²Research Hospital, Department of Gastroenterologic Surgery, 61100 Trabzon, Turkey, and ³Research Hospital, Department of Gastroenterology, 61100 Trabzon, Turkey





2009 Impact Factor: 2.272



ISSN: 1865-7257
Springer Tokyo

Choi et al. *BMC Cancer* 2010, **10**:239
<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/239>



CASE REPORT

Open Access

Primary liposarcoma of the ascending colon: a rare case of mixed type presenting as hemoperitoneum combined with other type of retroperitoneal liposarcoma

Yoon Young Choi*¹, Yong Jin Kim*^{†1} and So Young Jin*²

Clin J Gastroenterol (2010) 3:13–17
DOI 10.1007/s12328-009-0118-4

CASE REPORT

Asymptomatic extra-adrenal paraganglioma masquerading as retroperitoneal sarcoma

Shuichiro Uchiyama · Naoki Ikenaga · Yukihiro Haruyama ·
Koki Nagaike · Masayuki Hotokezaka · Masahiro Kai ·
Hiroyuki Tanaka · Kazuo Chijiwa





Gynecologic and
Obstetric Investigation

Case Report

Gynecol Obstet Invest 2010;70:186–191
DOI: [10.1159/000316268](https://doi.org/10.1159/000316268)

Received: January 13, 2009
Accepted after revision: December 22, 2009
Published online: June 16, 2010

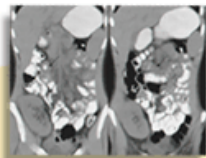
Primary Retroperitoneal Mucinous Cystadenocarcinoma: A Case Report and Review of the Literature

I. Dierickx^{a,e} G. Jacomen^b V. Schelfhout^b P. Moerman^d P. Corveleyn^a
T. Spiessens^c F. Amant^e P. Berteloot^{a,e}

Departments of ^aObstetrics and Gynecology, ^bPathology and ^cSurgery, Sint Maarten Ziekenhuis Campus Rooienberg, Duffel, and Departments of ^dPathology and ^eObstetrics and Gynecology, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium

Karger AG, Basel
ISSN: 0378-7346

Case Reports in Gastroenterology



The first
gastroenterology journal

dedicated exclusively
to case reports

Free online access!

Case Reports in
Gastroenterology

Case Rep Gastroenterol 2010;4:6–11
DOI: [10.1159/000260053](https://doi.org/10.1159/000260053)

Published online: February 3, 2010

© 2010 S. Karger AG, Basel
ISSN 1662-0631
www.karger.com/crg

6

Endoscopic Resection of a Large Colonic Lipoma: Case Report and Review of Literature

Girolamo Geraci Franco Pisello Enrico Arnone
Antonio Sciuto Giuseppe Modica Carmelo Sciumè

Section of General and Thoracic Surgery, Division of Surgical Endoscopy,
University of Palermo School of Medicine, Palermo, Italy





Annales de dermatologie et de vénéréologie (2010) 137, 198–202



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Cystadénocarcinome appendiculaire fistulisé à la peau

Appendicular cystadenocarcinoma with cutaneous fistula

I. Hadj-Taieb^a, A. Masmoudi^{a,*}, L. Ayadi^b,
T.J. Meziou^a, A. Khabir^b, A. Charfeddine^c,
S. Boujelbène^d, M.I. Beyrouti^d, N. Tahri^c,
T. Boudawara^b, H. Turki^a, A. Zahaf^a

^a Service de dermatologie, hôpital Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

^b Laboratoire d'anatomie pathologique, hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

^c Service de gastroentérologie, hôpital Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

^d Service de chirurgie générale, hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Disponibile sur Internet le 12 janvier 2010

ISSN: 0151-9638

© Elsevier Masson





World Journal of Gastrointestinal Oncology

Large ulcerated cecal lipoma mimicking malignancy

Xuchen Zhang, Jie Ouyang, Yong-Doo Kim



CASE REPORT

Large ulcerated cecal lipoma mimicking malignancy

Xuchen Zhang, Jie Ouyang, Yong-Doo Kim

Indian J Gastroenterol
DOI 10.1007/s12664-010-0043-y

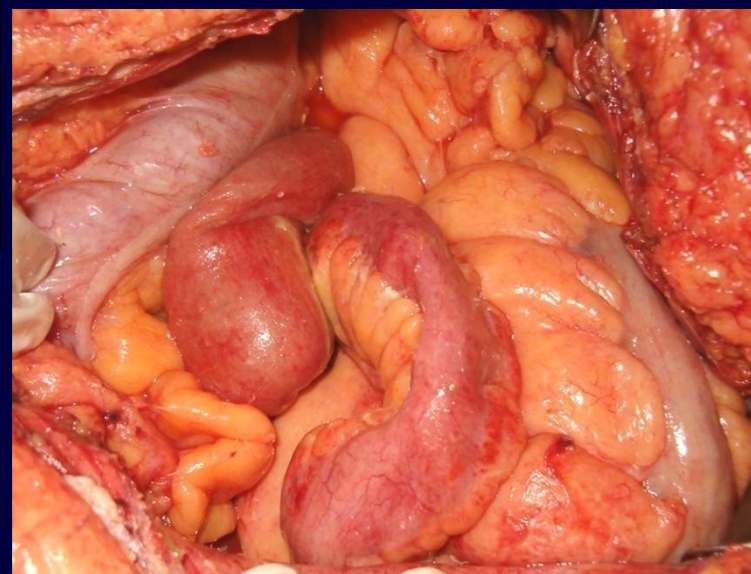
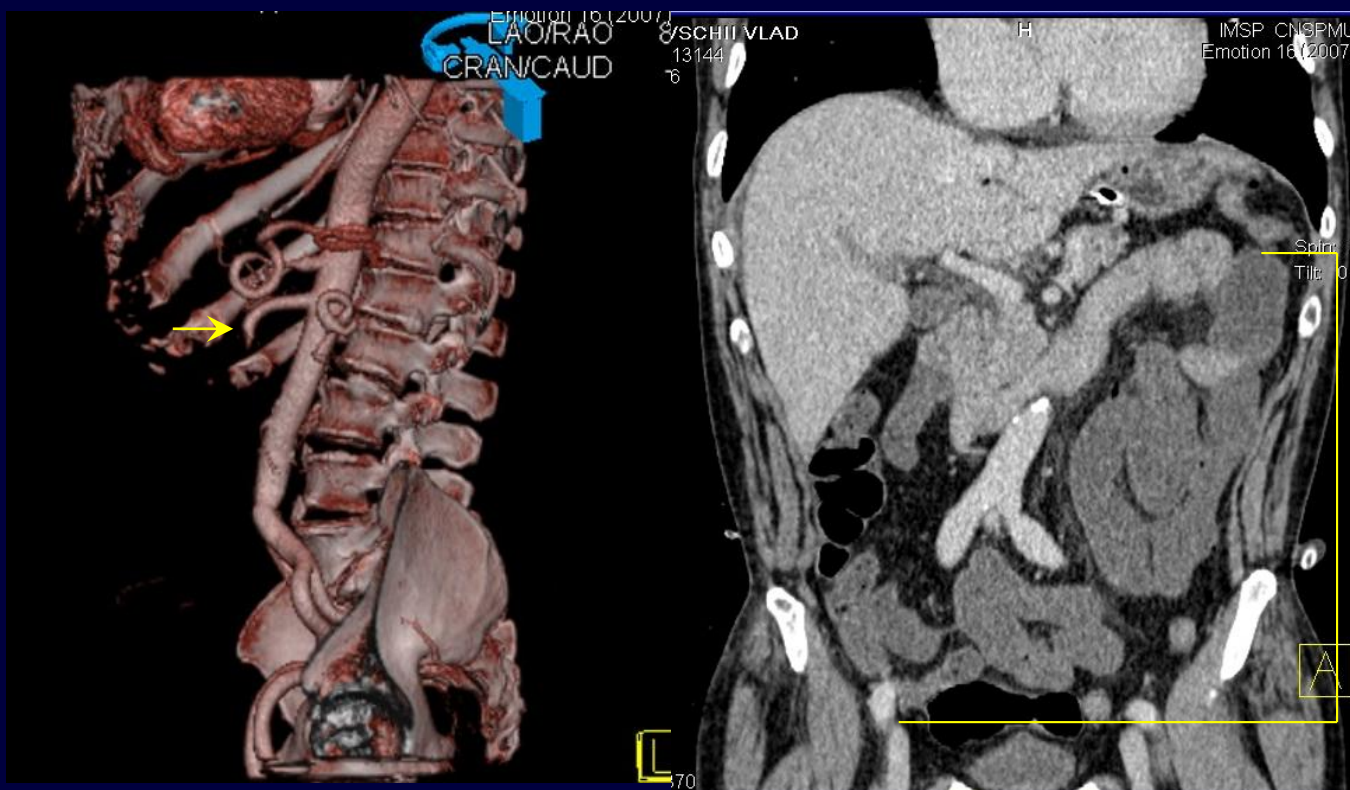
ORIGINAL ARTICLE

Bleeding due to slippage of elastic band during variceal ligation: successful use of Ankaferd blood stopper

Ersan Ozaslan • Tugrul Purnak • Ayla Yildiz •
Ibrahim C. Haznedaroglu



Implementarea Rezultatelor Lucrărilor Științifice (2010)



- A fost stabilită semnificația diagnostică a 3D TC și D-dimerilor în diagnosticul ischemiei mezenteriale acute.
- A fost elaborat principiul “damage control” în tratamentul ischemiei mezenteriale acute.

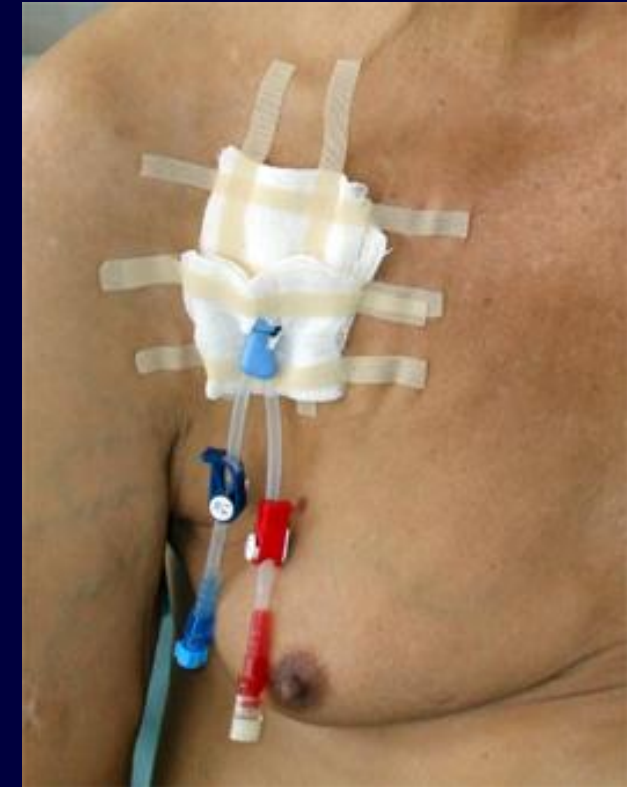




Fresenius 4008S (Germany)



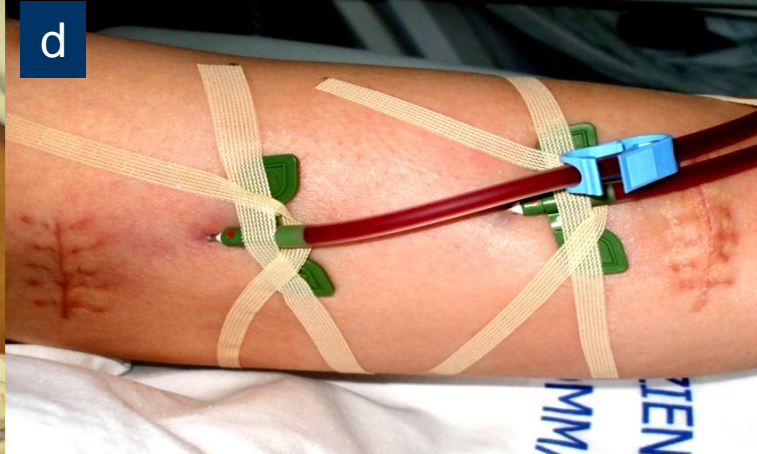
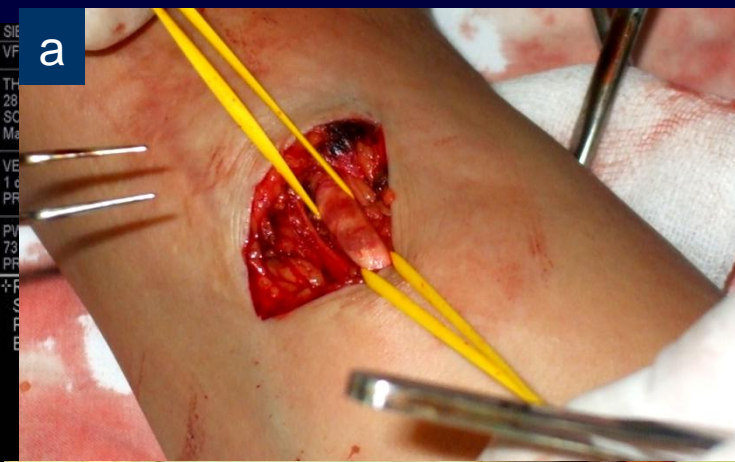
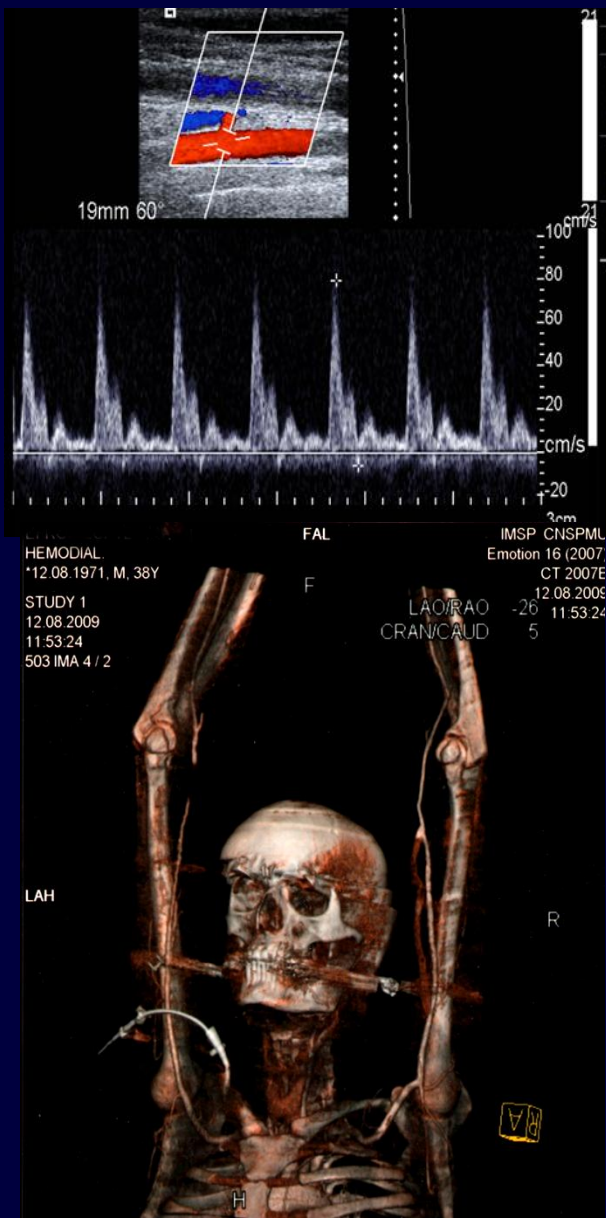
ADM 08/ABM (Germany)



Ash-Split® Cateter

A fost demonstrată eficiență hemofiltrăției veno-venoase continue în insuficiența renală asociată cu insuficiență poliviscerală de diferită etiologie.

Implementarea Rezultatelor Lucrărilor Științifice (2010)



A fost demonstrat că accesul vascular prin grefe sintetice de PTFE (polytetrafluoretilen) reprezintă alternativă în caz de epuizare a accesului vascular prin fistule native.





Implementarea principiului “damage control” în tratamentul politraumatizaților cu fracturi multihle.





Teze de doctor în medicină pregătite pe baza CNȘPMU (2010)

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616.314-089.87-00

ZĂNOAGĂ OLEG

HEMORAGHIILE POSTEXTRACȚIONALE DENTA

14.00.21 – STOMATOLOGIE

Autoreferatul tezei de doctor în medicină

CHIȘINĂU, 2010

O.Zănoagă
Conducător științific:
dr. hab. în med. prof.
univ. V. Topalo

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616.718.16-

CROITOR PETRU

TRATAMENTUL CHIRURGICAL
AL FRACTURILOR ACETABULARE

14.00.22 - ORTOPEDIE ȘI TRAUMATOLOGIE

Autoreferatul tezei de doctor în medicină

CHIȘINĂU, 2010

P. Croitor
Conducător științific:
dr. hab. în med. prof.
univ. F. Gornea

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616.33/34-616-056.52-089

BALAN SERGIU

TRATAMENTUL OBEZITĂȚII SEVERE PRIN INTERVEN
CHIRURGICALE ASUPRA TRACTULUI GASTRO-
INTESTINAL

14.00.27 – chirurgie

Autoreferatul tezei de doctor în medicină

CHIȘINĂU, 2010

S.Balan
Conducător științific:
Academician AȘ RM
dr. hab. în med. prof.
univ. Gh.Ghidirim

N.Erhan
Conducător științific:
dr. hab. în med. prof.
univ. F.Gornea

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 617.3+617.583-001.5-08

ERHAN NICOLAE

CHIRURGIA ARTROSCOPICĂ
ÎN TRATAMENTUL FRACTURILOR INTRAARTICULARE
ALE GENUNCHIULUI

14.00.22 - ORTOPEDIE ȘI TRAUMATOLOGIE

Autoreferatul tezei de doctor în medicină

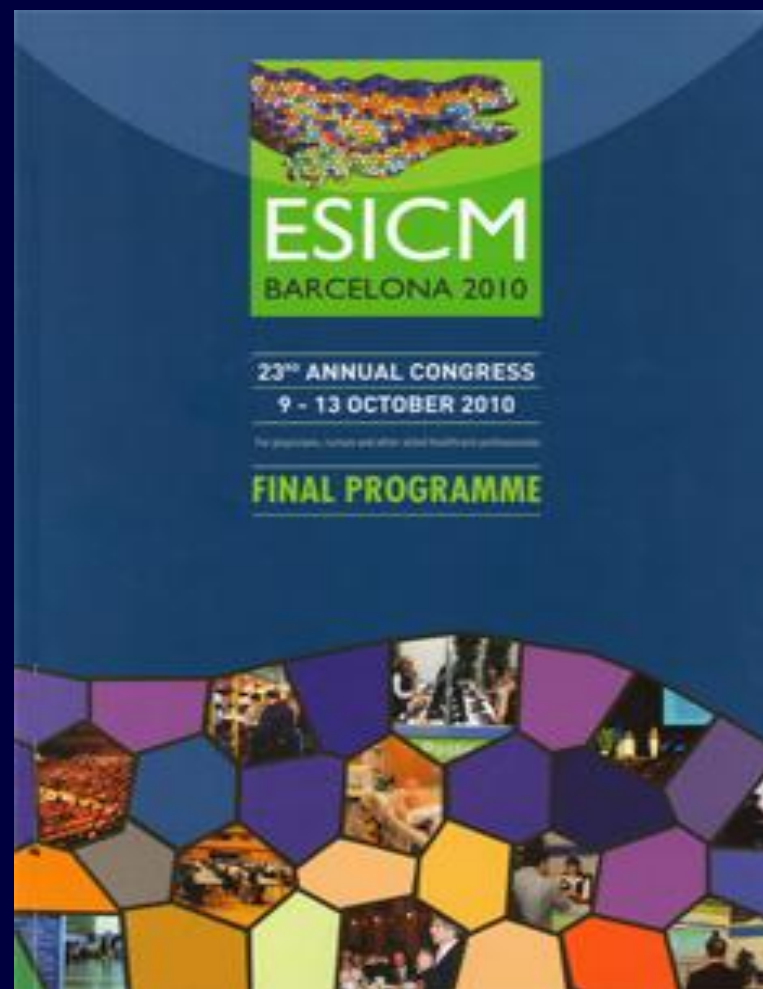
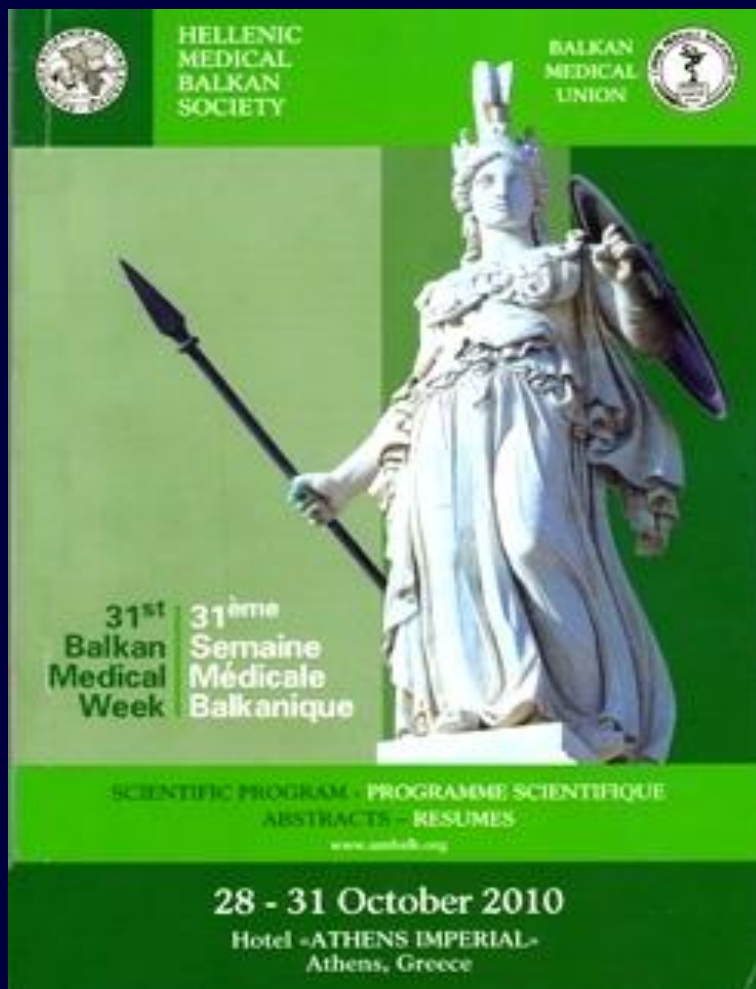
CHIȘINĂU, 2010



Participări la Foruri Științifice Internaționale (2010)



**31st BALKAN MEDICAL WEEK
Athens-GREECE
28-31 October 2010**



- Moderator sesiunei
- 2 prezentări științifice orale





Vol. 105, Supliment 1, 2010
www.revistachirurgia.ro

ISSN: 1221-9118
ISSN (online): 1842-368X

CHIRURGIA

Fondată în 1897

CONGRESUL NAȚIONAL DE CHIRURGIE

EDIȚIA A XXV-A

Cluj-Napoca - 3 - 6 mai - 2010

REZUMATE

ABSTRACTS

Editura CELSIUS

*Revistă indexată în Science Citation Index Expanded,
Journal Citation Reports / Science, Medicine / PubMed / Index Medicus*



XXV-lea Congres National de Chirurgie (Cluj-Napoca, România)

24 prezentări științifice:
4 – prezentări științifice orale
20-postere

Impact Factor: 0.333 (2008)
Journal Citation Reports®,
Thomson Reuters

ISSN 1221-9118





A XII Coferență Națională Medicină de Urgență 22-24 aprilie 2010 Piatra Neamț, România



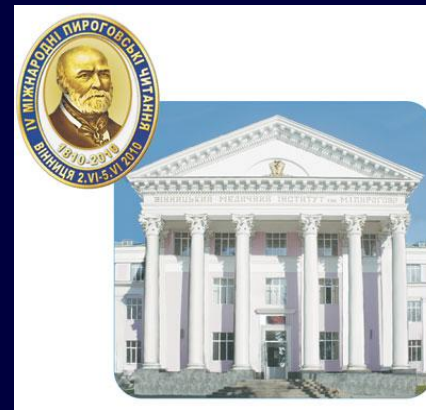
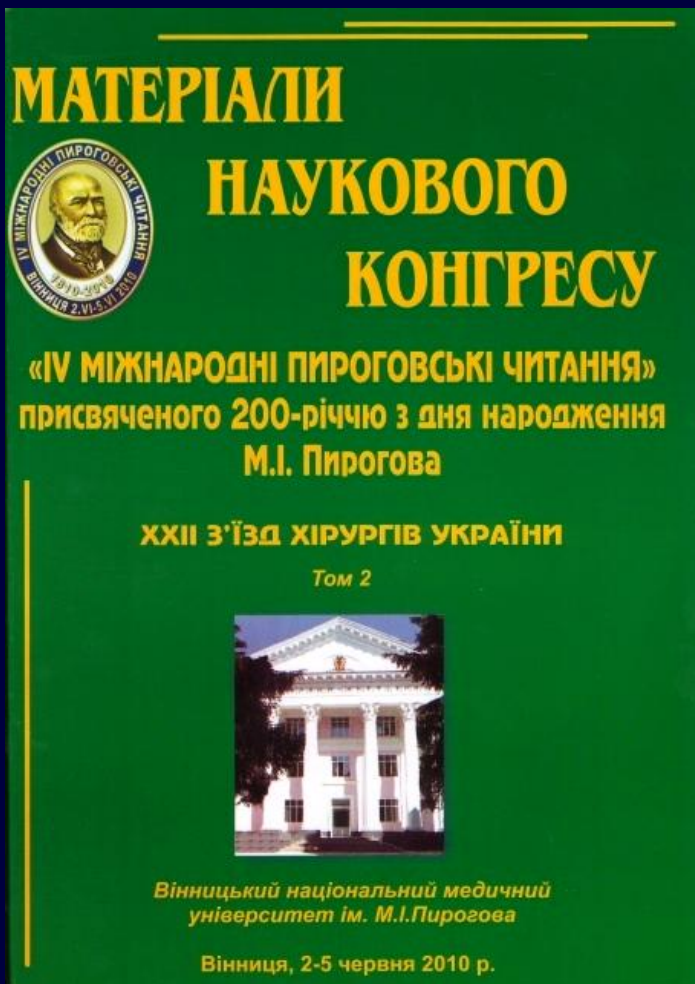
4 prezentări științifice orale

Международный конгресс по андрологии / Пятый конгресс Профессиональной ассоциации андрологов России 16–23 мая 2010, Сусс, Тунис



1 prezentare științifică





**XXII з'їзд хірургів України.
«ІV Міжнародні Пироговські Читання»
присвяченого 200-річчю з дня народження М.І.Пирогова.
Вінниця, 2010**

10 prezentări științifice orale





РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН
Проблемная комиссия
“Эндоскопическая хирургия” РАМН



**XIV МОСКОВСКИЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
ПО ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

21-23 АПРЕЛЯ 2010



**XIV Московский международный конгресс
по эндоскопической хирургии.
Москва, Россия
21-23 апреля, 2010**

2 prezentări științifice orale





În scopul dezvoltării sistemului de protecție și utilizare eficientă a obiectelor de proprietate intelectuală în cadrul IMSP CNȘPMU a fost creat Serviciul pentru Proprietatea Intelectuală (ord.№265 din 29.09.2010).

Au fost elaborate:

- Regulamentul privind protecția proprietății intelectuale a IMSP CNȘPMU
- Regulamentul privind procedura de depunere și examinare a cererii de brevet de invenție a IMSP CNȘPMU
- Regulamentul privind activitatea inovațională a IMSP CNȘPMU



Grație donației AGEPI a fost creată o secțiune specială "Protecția proprietății intelectuale", ce constă dintr-o colecție de cărți și ediții periodice necesare pentru efectuarea cercetării și studierea surselor informaționale pentru examinarea cererii de brevet



Золотая медаль

Kusturov V., Gornea F., Kusturova A.

Метод лечения неправильно срастающихся вертикально нестабильных переломов таза

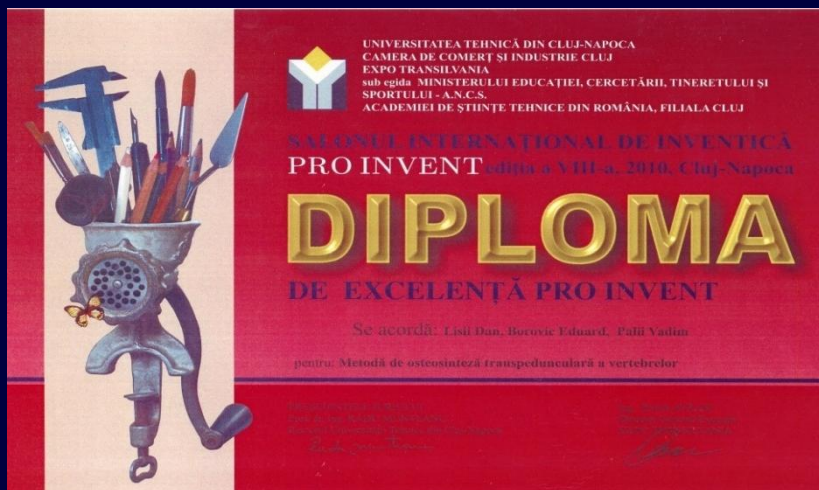
VI Международной Салон Изобретений и Новых Технологий «Новое время».
Украина, Севастополь, 23-25 вересня, 2010.



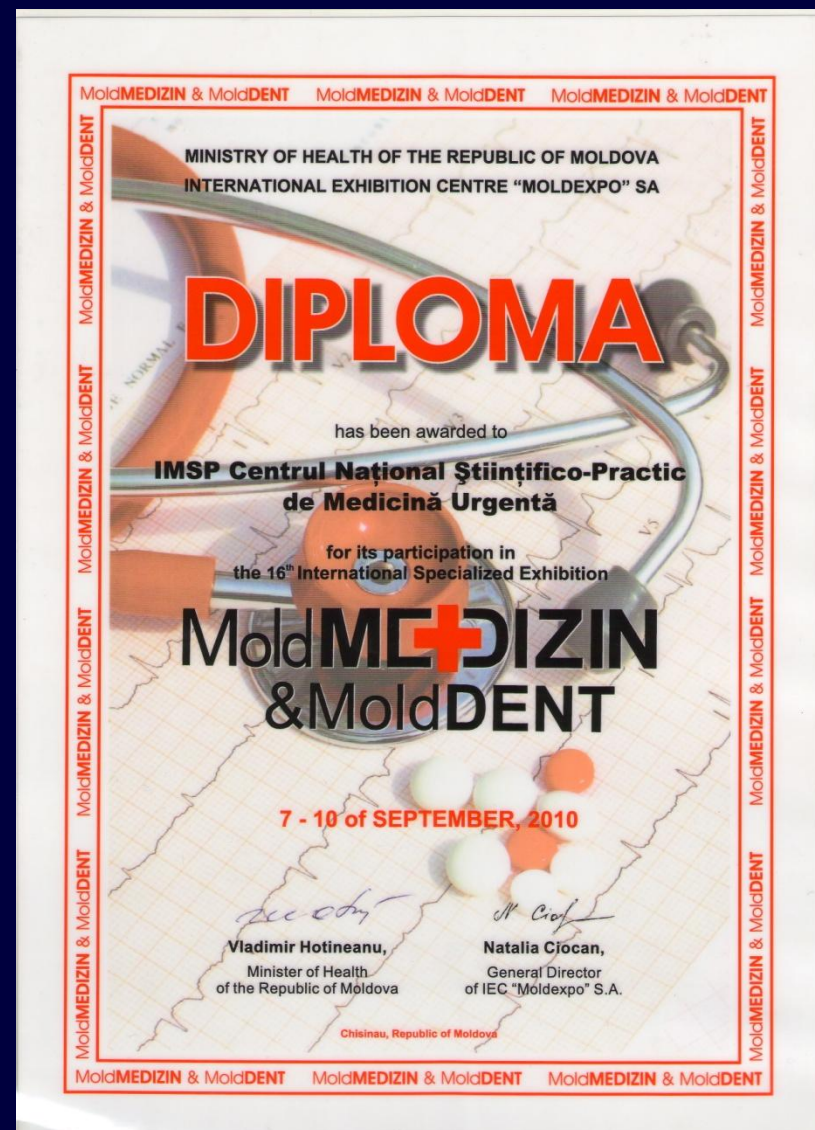
Participări la Expziții Internaționale (2010)



European exhibition of creativity and innovation EUROinvent 2010, Iași, Borovic Eduard



Salonul Internațional de Inventică PRO INVENT ediția a VIII-a, 2010, Cluj-Napoca, Borovic Eduard





REPUBLICA MOLDOVA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
IMSP CENTRUL NAȚIONAL ȘTIINȚIFICO-PRACTIC
DE MEDICINĂ URGENTĂ
FILIALA DIN REPUBLICA MOLDOVA
A UNIUNII MEDICALE BALCANICE

Advancing Resuscitation. Today.

29 Noiembrie 2010

**Conferința anuală
„ACTUALITĂȚI ÎN URGENȚELE
MEDICO-CHIRURGICALE”**

Chișinău, 2010

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Asociația Traumatologilor Ortopezilor din Republica Moldova

A XII – a CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ A ORTOPEZILOR
TRAUMATOLOGI DIN R.MOLDOVA
„ACTUALITĂȚI ÎN MICROCHIRURGIA RECONSTRUCTIVĂ”

PROGRAM ȘTIINȚIFIC

CHIȘINĂU, 2010





In Memoriam:
Profesor Boris Pârgari

**Particularitățile anesteziei
la pacientul cu afecțiuni neurologice.
Anestezia loco-regională. Terapia durerii.**

Ediția V



Chișinău,
2-4 septembrie 2010



European
Society of
Anaesthesiology



Nicolae Testemitanu
State Medical and Pharmaceutical University



**3rd International Medical Congress
for Students and Young Doctors**

MedEspera



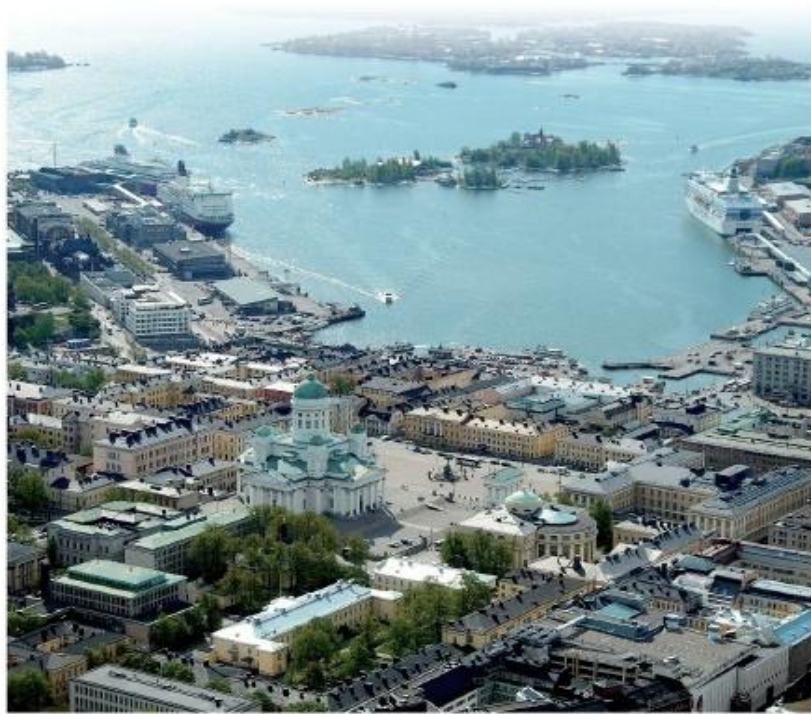
Abstract Book

May 19-21, 2010, Chisinau, Republic of Moldova

**Al 3-lea Congres Internațional
al Studenților și Medicilor
Tineri.**



Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova



DECLARAȚIA DE LA HELSINKI
CU PRIVIRE LA SIGURANȚA
PACIENTULUI ÎN ANESTEZIOLOGIE



Kwok, Alvin, M.D
Surgeon, Junior Scientist
Harvard School of Public
Health, Boston,





WEILL CORNELL MEDICAL COLLEGE

And its Office of Continuing Medical Education

Under the auspices of The Methodist Hospital

In collaboration with The Medical University of Vienna

Hereby certifies that

Gheorghe ZASTAVNITCHI, MD

attended the

SALZBURG WEILL CORNELL SEMINAR

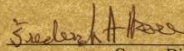
IN


TRAUMA AND EMERGENCY SURGERY

JANUARY 17 – JANUARY 22, 2010

and successfully completed the requirements therein.



 Frederick A. Moore, MD
Course Director, The Methodist Hospital

 Wolfgang K. Aulitzky, MD
Medical Director of the AAF



American Board of Postgraduate Medical Education

OPEN MEDICAL INSTITUTE
Medical Education without Borders

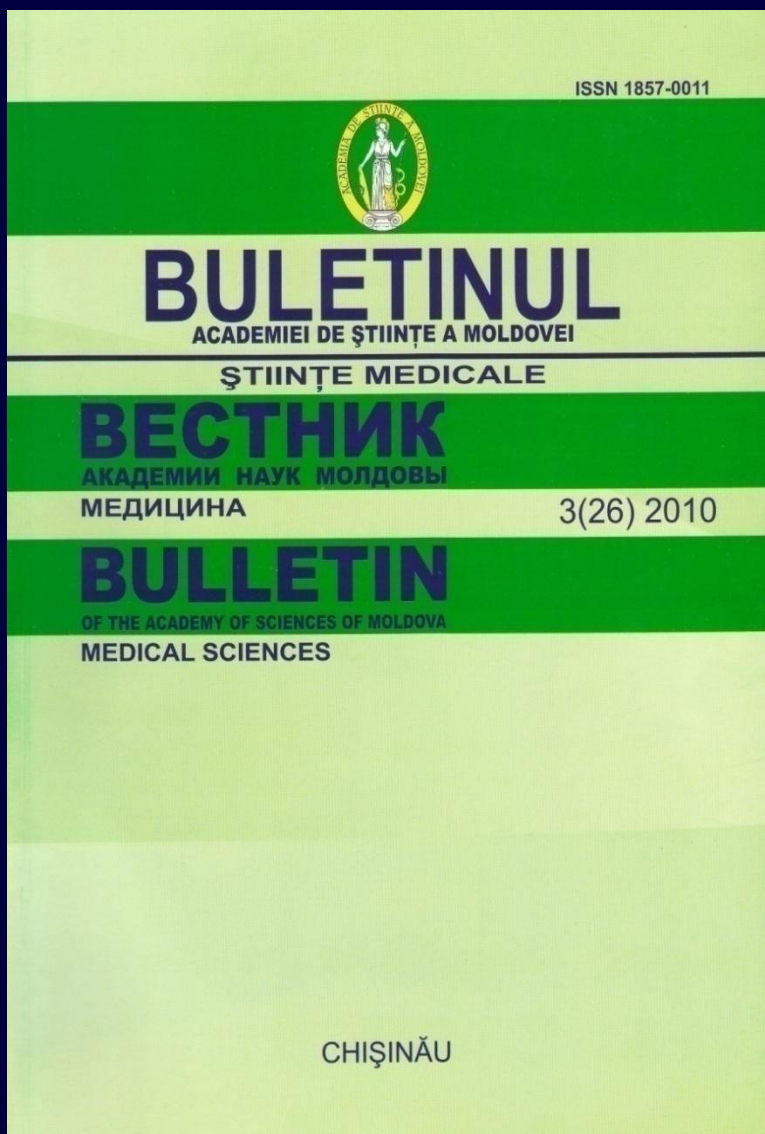
Trauma & Emergency Surgery

Salzburg, Austria

17-22 ianuarie 2010

Participant – cerc.șt., **Gheorghe Zastavnițchi**





Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă a finanțat editarea numărului 3 al revistei “Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (Științe Medicale)” unde au fost publicate articole științifice ale colaboratorilor instituției.





Activitatea curativ profilactică a CNȘPMU, aa.2004-2010

Indicii principali de activitate a asistenței medicale de urgență, CNȘPMU aa. 2004 -2010.

Indici incidenței	Anii						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Incidența solicitărilor la 1000 populație	252,6	282,9	285,1	304,1	341,5	378,7	380,3
Incidența solicitărilor în populația adultă	264,9	273,5	274,3	288,2	292,6	304,8	309,7
Incidența solicitărilor la 1000 copii	206,0	290,3	309,9	334,0	412,7	504,7	489,7
Incidența solicitărilor în populația asigurată	****	326,1	320,5	314,1	349,7	356,3	360,5
Incidența solicitărilor în populația neasigurată	****	189,3	206,3	236,0	232,3	289,5	304,9

- Analiza indicatorilor principali de activitate a serviciului asistență medicală urgentă ne atestă o creștere a incidenței solicitărilor în toate categoriile de vârstă
- Incidența solicitărilor în populația asigurată a crescut de la 326,1 solicitări în 2005 la 360,5 în 2010

Activitatea curativ profilactică a CNȘPMU, aa.2004-2010

Indicii activității clinicii CNȘPMU aa.2006-2010

Indicatorii	2006	2007	2008	2009	2010
Bolnavi internați	24039	24557	24140	24075	24125
Bolnavi externați	23362	23680	24248	23237	23874
Bolnavi asigurați	18836	19545	20616	20958	21398
Utilizarea patului	342,46	362,36	362,98	345.85	346,2
Durata medie de tratament	8,26	8,6	8,7	8.62	8,66
Bolnavi operați	9608	9595	10244	11865	11960
Activitatea chirurgicală	40,03	39,07	43,6	44.12	45,87
Intervenții chirurgicale	11553	10343	11375	12963	13017
Activitatea chirurgicală raportată la numărul de intervenții chirurgicale	41,9	42,1	48,4	49,2	52,8
Letalitatea spitalicească	2,9	3,11	3,37	3.14	3,07

(2010)



CONSILIUL NAȚIONAL PENTRU ACREDITARE
ȘI ATESTARE

CERTIFICAT
DE ACREDITARE A ORGANIZAȚIEI
DIN SFERA ȘTIINȚEI ȘI INOVĂRII

Seria P Nr. 038

Se confirmă că organizația din sfera științei și inovării

***Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgentă***

este acreditată de stat conform *Codului cu privire
la știință și inovare al Republicii Moldova* pentru
profilurile:

◆ ***Medicină de urgență.***

*

în baza Hotărârii Comisiei de acreditare a
CNAA nr. AC-05/1-1 din 13 octombrie 2010, publicată
în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr.214-220
(3747-3753) din 5 noiembrie 2010, art.768.

Președinte,

Valeriu Canțer,
academician



Chișinău. Eliberat la 25 noiembrie 2010, nr. 61.





- **IMSP CNȘPMU dispune de un puternic potențial științific , valorificarea căruia necesită urgentarea organizării și deschiderii laboratoarelor științifice conform organigramei CNȘPMU;**
- **Majorarea finanțării CNȘPMU în scopul valorificării potențialului științific și fortificării bazei tehnico-materiale a sferei științei și atragerii cadrelor științifice;**
- **Pregătirea cadrelor științifice în domeniul urgențelor medico-chirurgicale.**



- **Au fost procurate un set de chirurgie endoscopică, o masă ortopedică, 12 microscopae OLYMPUS, 3 reanimobile dotate cu tehnologii performante**
- **A fost dat în exploatare Cabinetul Radiologic Nr2 cu aparat Duo Diagnost Digital și Duo Diagnost – PCR Eleva S**
- **A fost dat în exploatare după reparație Laboratorul Clinic Diagnostic și fortificată capacitatea tehnologică**
- **A fost procurată literatură medicală și științifică în sumă de 100 mii lei**



- Au fost determinate și argumentate criteriile de eșec al tratamentului nonoperator la pacienții politraumatizați cu traumatism abdominal închis și leziuni de organe parenchimotoase
- Au fost determinate și argumentate avantajele și rezultatele la distanță de utilizare a principiului „Damage Control” la politraumatizații în stare critică
- Au fost elaborate și implementate protocoalele Suportului Vital Avansat Traumatic la pacienții politraumatizați la etapele de prespital și clinică
- A fost argumentată experimental aplicarea anastomozei în condițiile colonului ocluziv și protecția cu adezive
- Au fost continuate studiile în domeniul homeostaziei la pacienții politraumatizați și argumentate algoritmele de profilaxie și tratament al acestora





- **A fost apreciată valoarea utilizării testului D-dimerilor și lactatului în diagnosticul ischemiei mezenteriale**
- **A fost argumentată utilizarea topică a presiunii negative în tratamentul sepsisului abdominal posttraumatic**
- **A fost efectuat studiul epidemiologic al urgențelor medico-chirurgicale în populația zonelor de Nord, Centru și Sud ale republicii în dependență de medii de proveniență, categorii de vârstă, anotimp și structura nosologică**
- **Au fost calculați indicii incidenței urgențelor medico-chirurgicale în populația rurală și urbană și media pe republică**
- **Studiul a constituit argumentarea științifică a elaborării Programului național de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2011-2015**





Programul național de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2011-2015

- A fost elaborat Programul național de dezvoltare a asistenței medicale de urgență pentru anii 2011-2015 și discutat la Colegiul MS din 14 decembrie 2010.
- **Scopul Programului** este garantarea calității și asigurarea siguranței asistenței medicale de urgență acordată populației cât și diminuarea impactului urgențelor medico-chirurgicale în structura morbidității, invalidității și mortalității populației.
- Programul stabilește obiectivele pe termen mediu ce necesită a fi realizate în vederea implementării politicii de stat în domeniul asistenței medicale de urgență pentru anii 2011-2015 inclusiv.
- Intensificarea și implementarea cercetărilor științifice în domeniul urgențelor medico-chirurgicale în scopul reducerii impactului asupra morbidității și mortalității prin urgențe medico-chirurgicale





- Cercetările vor constitui o aprofundare a investigațiilor fundamentale în perioada critică a pacienților politraumatizați în scopul stabilizării și diminuării mortalității în primele 72 ore
- Elaborarea și utilizarea metodelor de diagnostic a dinamicii evolutive a procesului inflamator
- Perfecționarea în continuare a tacticii Damage Control în tratamentul bolnavilor politraumatizați critici
- Efectuată analiza comparativă a dinamicii stării morfofuncționale a oaselor și articulațiilor lezate cu argumentarea extinderii și aprecierea efectivității metodelor de osteosinteză miniinvazivă precoce în fracturile oaselor tubulare lungi și ale bazinului.
- Se vor stabili indicațiile și termenii optimi de realizare a unei intervenții chirurgicale pentru leziunile viscerale în dependență de starea bolnavului și gravitatea leziunii.
- Se va argumenta implementarea tacticii de tratament non-operator în practica chirurgicală și a osteosintezei precoce în tratamentul complex, cu micșorarea termenilor de reabilitare și îmbunătățirea rezultatelor de tratament.

