

Repere istorice publicistice privind chirurgia laparoscopică în România. Lucrările apărute în revista Chirurgia

C. Dragomirescu, C. Copăescu

Clinica de Chirurgie, Spitalul "Sf. Ioan", București

Introducere

Chirurgia miniinvazivă videoendoscopică, în forma cea mai răspândită, a laparoscopiei, a apărut în țara noastră la câțiva ani după efectuarea în Franța a primelor colecistectomii prin această tehnică, inițial datorită unor demonstrații efectuate de experți din alte țări, apoi odată cu achiziționarea echipamentelor specifice o serie de echipe autohtone au asimilat procedurile operatorii cu acces minim și le-au dat o dezvoltare tot mai mare în practica curentă.

Sugestia conducerii revistei de a consemna evoluția chirurgiei laparoscopice în România am considerat-o în același timp onorantă dar și o provocare dificilă.

După o serie de tatonări am optat pentru soluția care mi s-a părut cea mai obiectivă, deși nu exhaustivă, și anume cercetarea lucrărilor apărute pe tema laparoscopiei în revista Chirurgia.

În mod evident există și multe alte posibile surse de informare, cum ar fi revistele medicale ale centrelor universitare din țară, volumele congreselor și ale conferințelor naționale de chirurgie, manifestări științifice regionale sau județene, ședințele filialelor Societății Române de Chirurgie precum și manifestările Asociației Române pentru Chirurgie Endoscopică sau ale altor Societăți la care chirurgii laparoscopiști au fost prezenți.

În fața acestui volum enorm de muncă am ales prelucrarea

datelor din principala revistă națională de profil, și anume Chirurgia, deși sunt convins că explorarea tuturor surselor menționate ar putea oferi date interesante dar și uneori greu de verificat sau marcate de subiectivism local.

Metoda de lucru

Am parcurs revista Chirurgia dintr-un interval de 20 de ani, începând cu nr. 1 din 1990 și terminând cu nr. 6 din 2009.

Articolele dedicate procedurilor laparoscopice dar și cele cu alte teme în conținutul cărora se făcea referire la laparoscopie au fost fișate și grupate tematic, adăugând în această prelucrare și alte câteva lucrări adresate tehnicilor miniinvazive, în afara laparoscopiei propriu zise.

Revista a avut în anii 1990 - 1993 doar două apariții pe an, în 1994 și 1995 câte patru apariții, apoi din 1996 în mod constant câte șase numere în fiecare an.

Primele două articole dedicate chirurgiei laparoscopice au apărut în 1994 și au fost consacrate colecistectomiei laparoscopice (S. Duca, E. Târcoveanu).

Ulterior, ca o dovadă puternică a interesului lumii chirurgicale românești pentru noile tehnici, numărul lucrărilor publicate a crescut rapid, 9 în 1995, 10 în 1996, 13 în 1997, pentru ca în ultimii ani să apară anual peste 20 astfel de articole iar în 2009 numărul lor a fost de 32.

În total au fost prelucrate informații culese din 278 de lucrări publicate în Chirurgia.

Formarea pentru chirurgia laparoscopică. Robotică. NOTES

Dezvoltarea rapidă a chirurgiei laparoscopice a condus în mod firesc la preocupările pentru activități formative și pentru un sistem de acreditare în domeniul nou al tehnicilor videoendos-

Correspondență: Prof. dr. Corneliu Dragomirescu
Clinica de Chirurgie, Spitalul "Sf. Ioan",
București, România
Șos. Vitan Bârzești, nr. 14, sector 4
E-mail: dragomirescu_04@yahoo.fr

copice, a căror percepție de către chirurg este total diferită față de chirurgia clasică.

Astfel, încă din 1995 E. Târcoveanu (1) consacră un amplu articol pregătirii pentru chirurgia laparoscopică dar și problemelor legate de competență și responsabilitate, iar în 1997 S. Duca (2) discută despre trainingul și competența în chirurgia laparoscopică.

Din ambele lucrări reiese necesitatea parcurgerii unor etape succesive înșiruite logic și anume: etapa teoretică inițial, apoi practica la pelvitainer sau la simulator, exercițiile în laboratorul de chirurgie experimentală și abia după acestea urmează etapa clinică propriu zisă, cu trecerea din postura de ajutor la cea de operator asistat de un expert și abia după certificarea competenței la dobândirea statutului de operator independent.

Activitățile de instruire trebuie să asigure celor în formare întâi un nivel de bază al abilităților practice, după consolidarea cărora se poate trece la tehnici avansate.

De asemeni este necesară instruirea simultană în chirurgia clasică și în cea laparoscopică, și nu asimilarea laparoscopiei după o formare clasică solidă – ceea ce ar lungi prea mult durata formării chirurgicale complete. (S. Duca)(2).

Racordarea la tehnicile informatizate de instruire și evaluare este reflectată în două lucrări: 2004 V. Tomulescu și I. Popescu (3) prezintă utilizarea simulatorului de realitate virtuală pentru evaluarea abilităților în chirurgia laparoscopică iar în 2009 R. Dănilă (4) și colab. reiau această temă a testării pe simulator a performanței chirurgilor de transplant – procedură validă de obiectivare a abilităților dobândite în procesul de instruire.

Importanța pregătirii temeinice și a acreditării riguroase, corelate cu evoluția dinamică a laparoscopiei au fost discutate și de I. Popescu (5) în 2007 într-un editorial pe tema prezentului și viitorului chirurgiei generale.

În ultimii ani s-a dezvoltat tot mai mult în diverse centre de pregătire laparoscopică antrenamentul experimental pe model animal, abordare eficientă, deși dificil de organizat.

Putem cita astfel lucrarea din 2005 a unui colectiv din Timișoara privind prelevarea asistată laparoscopic a unei anse jejunale pentru reconstrucție esofagiană (6) și apoi din același centru, în 2007 un studiu experimental privind repararea leziunii parcelare duodenale cu patch jejunal pe cale laparoscopică. (7)

V. Bințișan și colab. publică în 2009 două cercetări experimentale, pe 9 porci, prima privind mediastinoscopia cu pneumocameră pentru disecția esofagului toracic proximal (8) și a doua despre tehnica esofagectomiei combinate laparoscopic și mediastinoscopic (9), studiul realizând și o comparație cu 4 operații asistate robotic și 8 operații deschise, tot în laboratorul experimental.

Preocuparea tot mai intensă pentru instruirea în laboratorul experimental și pentru testarea unor tehnici noi în acest cadru a făcut ca tot în acest an să mai apară trei lucrări de profil.

Astfel colectivul din Timișoara comunică un model experimental de colecistectomie transgastriacă pe 10 porci, ca un prim efort de asimilare a tehnicilor NOTES (10), iar C. Copăescu și C. Dragomirescu redau standardizarea antrenamentului pe model suin pentru chirurgia laparoscopică antireflux (11).

În acest context evolutiv era firesc să se pună la punct și tehnica anesteziei pentru chirurgie experimentală la porci – publicată tot în 2009 de un colectiv din Spitalul Fundeni. (12)

Voi încadra în acest capitol preocupările pentru chirurgia robotică și pentru cea transorificială. (NOTES)

Primul articol vizând aplicațiile chirurgiei robotice a fost publicat în 2002 de L. Panait și colab., discutând avantajele și limitele acesteia prin prisma experienței unui spital din Virginia (13) iar în 2008 C. Vasilescu și I. Popescu (14) comentează problemele începutului, dar și posibilitățile actuale și perspectivele într-un editorial consacrat chirurgiei robotice.

Diferitele ipostaze ale telemedicinii au fost pe larg comentate într-un referat general al lui R.C. Merrell din 2006 – abordând și telechirurgia robotică (15).

Tot într-un editorial din 2008, V. Tomulescu și I. Popescu discută prezentul și perspectivele chirurgiei endoscopice transorificiale transluminale, într-o viziune în același timp optimistă și prudentă. (16)

Colectivului de la Spitalul Fundeni îi datorăm și publicarea experienței prioritare (și cea mai amplă din țară) privind chirurgia robotică; V. Tomulescu și colab. redau rezultatele primului an de activitate în domeniu: 153 de operații (129 laparoscopice și 24 toracoscopice) efectuate între ianuarie 2008 și ianuarie 2009.

Înafara acestei lucrări de sinteză au mai apărut relatări ale unor operații laparoscopice asistate robotic, care vor fi menționate la subcapitolele dedicate unor anumite tipuri de intervenții.

Aspecte generale și sinteze

Înainte de prezentarea pe grupe tematice a articolelor din revistă, sunt de menționat un număr de lucrări de sinteză și apoi unele consacrate aspectelor strict tehnice.

Experiența primelor 100 laparoscopii chirurgicale a fost comunicată în 1995 de colectivul Clinicii Chirurgicale din Spitalul "Sf. Ioan". (18)

Între mai și octombrie 1994, un grup de șase chirurghi au tentat 92 de colecistectomii laparoscopice, din acestea 79 au fost finalizate ca atare iar 13 au fost convertite (9 colecistite acute sau scleroatofice, 3 incidente hemoragice și o secțiune a căii biliare principale).

S-au înregistrat 6 cazuri de morbiditate postoperatorie (2 tromboflebite profunde, 2 pneumonii, o supurație a plăgii ombilicale de trocar și o supurație pe incizia Kocher după conversie), un deces la 19 zile prin tulburări de ritm cardiac și o reintervenție pentru litiază restantă a căii biliare principale.

În același interval de timp au mai fost efectuate laparoscopic 4 cure de hernie inghinală, 2 laparoscopii de diagnostic, o adezioliză și o dezoperulare de chist hepatic neparazitar.

Tratamentul laparoscopic al formațiunilor chistice intra-abdominale este discutat de E. Târcoveanu și colab. în 1999: în perioada 1993 – 1998, dintr-un total de 1800 operații laparoscopice 26 (1,4%) au fost practicate pentru tumori chistice abdominale benigne: 19 aparținând ovarelor, 4 chiste seroase hepatice, și câte un caz de chist renal, limfangiom chistic al marelui epiploon și chist seros peritoneal. (19)

Ch. Meyer și colab. prezintă în 2000 (20) experiența impresionantă a 5000 intervențiilor laparoscopice, din care 2633 colecistectomii, 491 abordări ale căii biliare principale pentru litiază, 300 operații pe colon și rect (leziuni benigne 75% și maligne 25%), 347 cure pentru reflux gastroesofagian, 60 intervenții bariatrice, 30 esocardiomiotomii, 41 splenectomii, 608 cure pentru hernii inghinale și 886 explorări pentru urgențe abdominale netraumatice.

În 2001 colectivul din Spitalul Clinic “Sf. Ioan” revine cu o analiză a reintervențiilor laparoscopice (21).

Dintr-un total de 3901 operații laparoscopice efectuate la 3714 pacienți, 34 au fost reintervenții (29 relaparoscopii și 5 după operații deschise) cu diferite motivații: coleperitoneu, hemoperitoneu, peritonită, abcese intraperitoneale și sindroame aderențiale care au necesitat visceroliză.

Concluziile lucrării arată că laparoscopia poate fi apreciată ca o modalitate firească de reexplorare a pacienților chirurgicali, cu conștiința respectării unor reguli stricte și a îndeplinirii unor standarde de lucru bine definite.

În 2002 T. Burcoș și colab. (22) publică rezultatele unui studiu asupra intervențiilor laparoscopice pe abdomen cicatricial – 452 pacienți dintr-un total de 3900 operații laparoscopice efectuate în perioada 1995 – 2001. Aceste intervenții au abordat același organ ca la prima operație de 3 ori, organele învecinate de 19 ori și la distanță de zona operată inițial la 430 cazuri.

Conversia a fost necesară la 54 cazuri (12%), datorită disecției riscante la 52 și sângerării la 2.

Mortalitatea a fost nulă iar morbiditatea a însumat 7 cazuri: o pneumonie, o tromboflebită profundă și cinci seroame la plăgile de trocar.

Rezultatele bune relatate pledează pentru tentativa prudentă de a aborda laparoscopic și abdomenul cicatricial.

Tema laparoscopiei în reintervențiile chirurgicale este tratată în 2003 de L. Alecu și colab. (23), care prezintă 20 reintervenții laparoscopice (2,33%) dintr-un total de 856 laparoscopii efectuate între 1996 și 2002, și anume 5 relaparoscopii (fără conversii) și 15 după operații deschise (două conversii) – acestea fiind 10 adeziolize, 3 explorări și două extirpări de formațiuni chistice.

Nu s-au înregistrat cazuri de morbiditate sau mortalitate postoperatorie.

A.E. Nicolau publică în 2007 (24) un articol interesant asupra evoluției terapiei chirurgicale, cu un studiu comparativ al perioadelor 1993 – 1995 și 2003 – 2005, din care reiese că proporția laparoscopiilor a crescut de la 2,1% în prima perioadă la 19% în cea de a doua.

Majoritatea intervențiilor au fost colecistectomii (79,8%) iar restul apendicectomii, hernii, evențrații, explorări pentru traumatisme și câteva operații oncologice.

În 2007, N. Angelescu (25) reflectează într-un editorial asupra viitorului chirurgiei generale și ramurilor sale, prevăzând dezvoltarea și amplificarea chirurgiei laparoscopice, fără a elimina necesitatea cunoașterii temeinice și a chirurgiei clasice.

Unul din aspectele preocupante apărute odată cu asimilarea rapidă a laparoscopiei îl constituie stabilirea cu foarte mare ușurință a indicației operatorii (mai ales pentru colecistectomie) omițând rigurozitatea atât de necesară a

anamnezei și examenului clinic, ceea ce poate duce la omiterea unor leziuni maligne abdominale.

Atari situații sunt prezentate de R. Iorgulescu și colab. (26) în 2005, și anume 15 pacienți cu vârsta medie 56,3 ani colecistectomizați (numai 4 în urgență, pentru colecistită acută), la care în primele 12 luni au devenit manifeste clinic 7 cancere de colon și rect, 4 de pancreas, 2 gastrice și câte unul de suprarenală și de corp uterin.

Situații la fel de tulburătoare au fost relatate în același an de P. Păun și colab. (27) patru cancere colice devenite manifeste clinic la intervale între 1 și 16 luni după colecistectomie, dintr-un total de 1327 astfel de operații (0,3%).

Elemente de tehnică chirurgicală

În contextul răspândirii rapide a chirurgiei laparoscopice în țara noastră apariția unor articole dedicate elementelor tehnice de bază a constituit neîndoiește un fapt util.

Primul astfel de articol a fost publicat în 1996 de către E. Târcoveanu și colab. (28) și în care sunt discutate în amănunt tehnicile de disecție, dificultățile, incidentele și accidentele posibile, fiind prezentate totodată și 29 de cazuri care au necesitat adezioliză: 20 în timpul colecistectomiei, 6 “la rece” pentru abdomen cronic dureros și 3 în urgență, pentru subocluzie.

Articolul respectiv a apărut în formă identică și în 1997 când au mai apărut și alte două lucrări cu coloratură tehnică.

A. Cotârleț (29) discută dificultățile chirurgiei laparoscopice după experiența a 100 operații în 1996, aducând în prim plan obezitatea, aderențele și variantele anatomice, iar Șt. Voiculescu descrie tehnicile și tehnologiile de disecție în chirurgia laparoscopică. (30)

În 1998 D. Corbu și colab. prezintă particularitățile tehnice ale colecistectomiei laparoscopice în mâna chirurgului stângaci. (31).

Ulterior mai regăsim în 2000 două articole cu subiect tehnic: N. Jitea și colab. (32) prezintă avantajele și limitele bisturului cu ultrasunete iar L. Alecu (33) și colab. subliniază valoarea ecografiei intraoperatorii pentru o serie de intervenții laparoscopice.

Urmează câteva articole de promovare a utilizării aparatelor de sutură mecanică.

N. Angelescu și colab. (34) și L. Alecu și colab. (35) au câte un articol în anul 2000 consacrat utilizării aparatelor de sutură mecanică în chirurgia generală clasică și laparoscopică, iar în 2001 L. Alecu și colab. (36) particularizează folosirea acestor instrumente în chirurgia colorectală aducând și o experiență clinică de 47 pacienți operați deschiși și 17 laparoscopic.

Interesant și util pentru practică este articolul publicat în 2001 de R. Munteanu (37) intitulat “Decalogul cameramanului” (sau despre ce trebuie să facă un chirurg pentru ca alt chirurg să vadă ce operează).

Pe aceeași linie a utilității practice se înscrie lucrarea lui R. Munteanu și colab. (38) despre abordul laparoscopic asistat manual, soluție intermediară între laparoscopie și conversie la deschiși, descriind în amănunt tehnica cu avantajele și limitele ei și exemplificând aplicarea acesteia la 5 pacienți (două

suprarenalectomii, două nefrectomii și o tumoră de colon stâng).

Laparoscopia exploratorie

Oportunitățile de diagnostic oferite de laparoscopia exploratorie s-ar putea să fie insuficient fructificate, dar fiind numărul relativ redus de lucrări dedicate acestei teme, deși primele preocupări în domeniu au apărut la noi în țară în urmă cu mai bine de 40 de ani.

Astfel A.E. Nicolau și colab. publică în 2002 (39) un articol referitor la împlinirea a 40 de ani de la primele laparoscopii diagnostice în abdomenul acut chirurgical, aducând informații interesante, pe care le regăsim și în 2003 într-un editorial al Prof. N. Angelescu consacrat chirurgiei miniinvazive. (40)

Cei doi autori menționează un articol al lui V.Dimitriu referitor la prima laparoscopie de diagnostic publicat în Medicina Internă în 1959, ca și în faptul că în 1961 C. Petrescu comunică la Societatea de Chirurgie laparoscopia de diagnostic în abdomenul acut chirurgical, sub anestezie locală cu xilină, iar în 1964 G.Popovici susține o teză de doctorat despre valoarea laparoscopiei diagnostice în sindroamele acute abdominale (134 cazuri).

C. Petrescu, în 1965, finalizează o teză consacrată colecistocolangiografiei laparoscopice cu dublu contrast (31 cazuri).

Într-un articol din 2002 referitor la diagnosticul herniilor diafragmatice, L. Alecu (41) amintește că I. Turai și C. Petrescu au folosit prima dată toracosopia ca metodă de diagnostic pentru leziuni minime ale diafragmului în traumatismele toracice închise; totodată autorul punctează valențele terapeutice utile uneori pentru herniile diafragmatice.

Lăsând deoparte aceste repere istorice remarcabile și revenind în zilele noastre regăsim explorarea laparoscopică de diagnostic începând din 1996, când Mihaela Leșe într-un articol despre diagnosticul paraclinic al hemoperitoneului, citează din literatură valoarea laparoscopiei exploratorii (42).

Ulterior în 2001 A.E.Nicolau și colab. (43) comunică rezultatele unui studiu preliminar pe 37 cazuri asupra laparoscopiei diagnostice și terapeutice în traumatismele abdominale, pledând pentru această explorare. În același an I. Kiss și colab. (44) comentând conduita de diagnostic în traumatismele abdominale, punctează avantajele și limitele explorării laparoscopice subliniind faptul că astfel se poate reduce semnificativ numărul laparotomiilor "albe".

Aportul laparoscopiei în diagnosticul și tratamentul leziunilor diafragmatice este prezentat pe marginea a câte unui caz clinic de către L. Alecu și colab. în 2002 (45), înafara lucrării menționate anterior și de către A.E. Nicolau și colab. în 2009 (46).

Contribuția diagnostică și terapeutică a laparoscopiei este subliniată de A.E. Nicolau în 2006, relatând un caz de perforație intestinală în cadrul unei fracturi complexe de bazin (47).

Dificultățile de diagnostic în abdomenul acut al diabeticului pot beneficia de explorare laparoscopică, așa cum menționează colectivul de la Spitalul Clinic I. Cantacuzino în

trei lucrări: E. Păcescu și colab. în 1999 (48), H. Doran și colab. în 2001 și 2003 (49, 50) autorii subliniind avantajele și limitele metodei.

Explorarea laparoscopică pentru cancerile digestive o regăsim citată numai în două lucrări consacrate neoplasmului gastric.

Astfel în 2007 Rodica Bărlă și colab. (51) arată că aceasta previne laparotomia inutilă la 20% din pacienții cu leziuni avansate și permite efectuarea unor biopsii al căror rezultat poate contribui la stabilirea unui protocol terapeutic oncologic.

De asemeni în 2008 A. Necula și colab. (52) într-o analiză a 468 cancere gastrice studiate între 1998 și 2003, raportează trei laparoscopii diagnostice efectuate în perioada finală a studiului.

Am reținut în acest capitol și problema ulcerului duodenal perforat, pentru care explorarea laparoscopică certifică diagnosticul, oferind frecvent și posibilitatea tratamentului prin sutura leziunii – cea mai mare experiență aparținând colectivului de la Spitalul Clinic de Urgență Floreasca.

Astfel în 1999 A.E. Nicolau și colab. (53) publică un studiu preliminar, revenind apoi în 2002 la rubrica Tehnici chirurgicale (54) și în 2008 la Tehnici operatorii – atitudine personală (55).

Tot în 2008 aceiași autori (56) raportează analiza comparativă a 174 cazuri de ulcer perforat tratate deschis și 85 tratate laparoscopic, concluzionând că acest din urmă abord este de elecție la pacienți tineri fără riscuri de teren pentru ca ulterior să se aplice tratament medical antiulceros.

Între timp, în 2004 a mai fost publicată de către N.A. Veliyev și colab. (57) o lucrare despre tratamentul diferențiat al ulcerului perforat, pe baza unui material clinic care cuprinde 170 rezecții gastrice, 46 suturi prin abord deschis și 48 suturi laparoscopice, cu rezultate bune.

Chirurgia laparoscopică a căilor biliare extrahepatice

Abordul laparoscopic al colecistului și al căii biliare principale a fost privit cu foarte mult interes de lumea chirurgicală românească încă din primii ani de contact cu acest domeniu.

Dovadă stau numărul mare de lucrări despre chirurgia laparoscopică a căilor biliare extrahepatice, ca și faptul că primele publicații s-au referit la colecistectomia laparoscopică.

Astfel, în 1994 S. Duca și colab. (58) publică "Colecistectomie laparoscopică" iar E. Târcoveanu și colab. (59) dezbate "Colecistectomie clasică sau laparoscopică în tratamentul litiazei biliare simptomatice", subliniind avantajele metodei miniinvazive.

În 1995, C. Dragomirescu și colab. (60) publică un articol (singurul pe tema respectivă din perioada cercetată) care redă rezultatele unui studiu comparativ al costurilor spitalizării pentru colecistectomia laparoscopică cu colecistectomia clasică.

Studiul a fost efectuat în 1994, foarte curând după începuturile laparoscopiei în clinică, asupra a două loturi de câte 50 pacienți operați clasic și respectiv laparoscopic. Evaluarea costurilor la nivelul din octombrie 1994, a spitalizării incluzând și ziua operației și a consumului de

medicație intra și postoperator, pledează categoric și în mod obiectiv în favoarea laparoscopiei.

În contextul răspândirii rapide a colecistectomiei laparoscopice s-a produs și reactualizarea unei dezbateri care persistă de zeci de ani, asupra necesității de a face sistematic colangiografie intraoperatorie în cursul colecistectomiei.

E. Capelluto și colab. (61) redau în 2000 rezultatele unei analize pe 1050 pacienți colecistectomizați laparoscopic într-o perioadă de 8 ani, la care au tentat sistematic colangiografia intraoperatorie și au reușit la 840. Concluziile autorilor recomandă această investigație ca mijlocul cel mai sigur de diagnostic al litiazei căii biliare principale și de detectare precoce a leziunilor iatrogene ale acesteia – deci ar trebui efectuată la toți pacienții.

În 2000 N.Jitea și colab. (62) publică analiza a 3100 colecistectomii laparoscopice la care au efectuat colangiografie intraoperatorie la 112 cazuri (3,6%) și cu conversie la 111 (3,58%) către metoda deschisă (din întreg lotul).

Pentru prevenirea leziunilor de cale biliară principală autorii recomandă o bună disecție și identificare a structurilor anatomice, iar pentru tratamentul complicațiilor după colecistectomie pledează pentru relaparoscopie și pentru colangiopancreatografie endoscopică retrogradă - după caz.

Preocupările pentru formarea corectă a operatorilor și pentru standardizarea tehnicii s-au menținut constante.

În 2002 F. Turcu (63) comentează pragul de învățare pentru colecistectomia laparoscopică și în final recomandă participarea la două cursuri intensive cu antrenament practic pe porci vii și efectuarea primelor 30 de intervenții cu un ajutor experimentat.

Pe aceeași linie conceptuală au mai apărut câteva articole.

Astfel, la rubrica "Tehnici operatorii, atitudine personală sunt descrise în 2005 colecistectomia laparoscopică (C. Dragomirescu) (64) iar în 2008 varianta anterogradă a intervenției (F. Turcu) (65).

În 2005 D. Ionescu și colab. (66) expun un posibil protocol de abordare perioperatorie a colecistectomiei laparoscopice (în baza experienței pe 1300 pacienți), atât pentru cei care necesită spitalizare cât și pentru "one day surgery".

Internarea de o zi pentru colecistectomia laparoscopică este prezentată din nou în 2007 de către I.C. Puia și colab. (67), comparând 40 astfel de cazuri cu alte 40 spitalizate; autorii consideră metoda ca sigură și eficientă în condițiile unei bune selecții a pacienților și a unei bune organizări.

Problema colangiografiei intraoperatorii este reluată în 2006 de G. Ledniczky și colab. (68), care la 1002 colecistectomii au reușit finalizarea laparoscopică în proporție de 94% iar colangiografia a fost tentată la 272 de pacienți, cu reușită la 234 (86%). Autorii apreciază că investigația radiologică intraoperatorie și colangiografia endoscopică retrogradă sunt echivalente ca valoare pentru diagnosticul litiazei de cale biliară principală, iar la cei cu litiază restantă aceasta ca manevră terapeutică, a reușit întotdeauna.

În același an M. Safioleas și colab. (69) aduc argumente pentru colecistectomia laparoscopică, demonstrând prin cercetarea nivelelor serice ale CPK și CK – MB că traumatismul tisular este mai redus decât în varianta deschisă a intervenției.

Particularitățile actului chirurgical și anestezic sunt comentate în 2006 de C.Păun și colab. (70) pe baza a 194 colecistectomii laparoscopice cu 7 conversii deliberate din, care 5 pentru disecție dificilă și 2 după descoperirea unei peritonite biliare.

În fine, în 2009 V. Prunoiu și colab. (71) reevaluează indicațiile colecistectomiei laparoscopice, arătând că în prezent indicația operatorie se stabilește cu mai multă ușurință decât în epoca chirurgiei clasice. Pentru litiaza veziculară asimptomatică indicația de colecistectomie rămâne încă o dilemă, dar ar trebui acceptată în anumite situații: pretransplant, femeii care doresc sarcini, diabetici, copii, și eventual la cei cu calculi voluminoși.

Situații particulare

Așa cum se întâmplă nu arareori, operatorul se poate confrunta în chirurgia biliară laparoscopică cu situații particulare, a căror cunoaștere facilitează adoptarea unei atitudini adecvate.

Colecistectomia laparoscopică în cursul sarcinii este discutată de M.Grigoriu și colab. (72) în 2003 pe marginea a două cazuri (luna a 2-a și luna a 6-a de sarcină) rezolvate în condiții bune; sunt amintite și precauțiunile necesare.

Tumorile veziculei biliare sunt rareori diagnosticate preoperator iar pentru cele maligne evoluția este de obicei nefastă.

D. Vasile și colab. (73) relatează în 2004 că la 493 pacienți colecistectomizați laparoscopic au descoperit patru cazuri cu cancer de colecist în stadiul III, fără manifestări clinice semnificative preoperator și cu evoluție ulterioară nefastă.

În 2008, S. Ciurea și colab. (74) comunică un caz de polip adenomatos al veziculei biliare cu malignitate focală, cu evoluție bună după colecistectomie, pe care o consideră adecvată în stadiile IA și IB, pentru cele mai avansate fiind necesară o chirurgie extinsă după criteriile oncologice.

Pentru tumorile benigne ale veziculei biliare simpla colecistectomie este suficientă, așa cum discută R.Palade și colab. (75) în 2006, referitor la leiomiomul vezicular (pe marginea unui caz).

Am mai întâlnit câteva situații de excepție: I.C. Puia și colab. (76) relatează în 2005, patru colecistectomii pentru veziculă de porțelan, dintr-un total de 12000 de astfel de operații laparoscopice, două finalizate ca atare și două convertite (o bănuială de malignitate și o fistulă între colecist și calea biliară principală), iar în 2006 M. Safioleas și colab. (77) citează din literatură colecistectomia laparoscopică, într-o retrospectivă a cinci cazuri de colecistită emfizematoasă operate deschis.

Anestezia pentru colecistectomia laparoscopică

Deși anesteziștii noștri s-au alăturat de la bun început și cu profesionalism chirurgilor în efortul de a asimila tehnicile laparoscopice, în revista Chirurgia, articole dedicate anesteziei pentru aceste intervenții au apărut relativ târziu; dar în revista Societății Române de Anestezie și Terapie Intensivă apăruseră deja, și continuă să apară lucrări privind anestezia pentru operații laparoscopice.

În perioada cercetată au apărut patru articole pe această temă.

Primul, a apărut în 2007 sub semnătura Vesna Malenkovic și colab. (78) realizează o comparație între anestezia cu sevofluran – fentanyl și cea neuroleptică, pentru colecistectomie, la pacienți cu obezitate ușoară și recomandă în final cea de a doua variantă anestezică.

A.E. Nicolau și colab. (79) publică în 2008 un studiu prospectiv randomizat dublu – orb despre analgezia multimodală în colecistectomia laparoscopică electivă și pledează pentru folosirea ropivacainei în anestezie locală parietală și intraperitoneală, în combinație cu paracetamol intravenos, în perioada perioperatorie.

Problema grețurilor și vărsăturilor postoperatorii este analizată de Arleziana Florescu în 2009 (80), comentând prevenirea și combaterea acestora după colecistectomia laparoscopică în corelație cu articolul publicat în același număr al revistei de către D.Ionescu și colab. (81)

În această din urmă lucrare se face un studiu comparativ între două tehnici anestezice pentru colecistectomie laparoscopică, urmărind incidența sindromului emetic postoperator și satisfacția pacienților.

Autorii apreciază că față de anestezia totală intravenoasă cu controlul injectării drogurilor prin pompă de infuzie computerizată este mai rar urmată de grețuri și vărsături decât anestezia inhalatorie.

Situații dificile în colecistectomia laparoscopică

Dintre situațiile dificile care pot fi întâlnite în cursul colecistectomiei laparoscopice, cel mai frecvent este amintită colecistita acută.

Cei care au publicat în 1994 primele articole privind colecistectomia laparoscopică revin în 1995 cu câte o nouă lucrare.

E. Târcoveanu și colab. (82) discută problemele ridicate de extirparea laparoscopică a colecistului cu inflamație acută, iar S. Duca și colab. (83) analizează un lot de 2546 colecistectomii, comentând limitele și riscurile intervenției, inclusiv pentru colecistita acută.

În 1996, E. Brătucu și colab. (84) prezintă colecistostomia ca procedeu de indicație particulară în chirurgia biliară, citând din bibliografie posibilitatea ca aceasta să fie efectuată laparoscopic.

Dificultățile cu care ne putem confrunta în colecistectomia laparoscopică sunt comentate de R.Palade și colab. (85) în 1997, pe primul plan fiind colecistita acută, urmată de aderențe, obezitate și de variantele anatomice.

Pentru colecistita acută se mai fac referiri directe în lucrări publicate de N.Jitea și colab. (86) în 1998 precum și de D.Cresienzo și colab. (87) în 2000 – aceștia din urmă discutând și discordanțele anatomo-clinice.

Colecistectomia laparoscopică dificilă este abordată și în 2001 de către F.Lazăr și colab. (88) și de către V. Răzeșu (89).

Primii autori analizează 2505 colecistectomii laparoscopice efectuate între 1994 și 2000, dintre care 35,4% au fost apreciate ca dificile, cel mai frecvent fiind vorba de colecistite

acute – acestea reprezentând și cea mai frecventă cauză de conversie.

V. Răzeșu abordează probleme tactice și tehnice în colecistectomiile laparoscopice dificile și apreciază că în anumite situații unele intervenții istorice ar putea fi reactualizate – cum ar fi variante ale colecistendezei pentru colecistul scleroatropic și mucoclaiei Pribram la ciroctici.

La întrebarea dacă ecografia preoperatorie poate fi un factor de predicție al dificultăților tehnice intraoperatorii în colecistectomia laparoscopică, N. Jitea și colab. (90) răspund afirmativ în 2002 și apreciază ca parametri semnificativi volumul colecistului, mărirea calculilor și localizarea infundibulară a acestora.

Sindromul Fitz-Hugh-Curtis, este discutat în 2002 de R. Palade și colab. (91), care apreciază ca foarte necesară liza aderențelor respective (uneori laborioasă !) pentru o bună mobilizare a ficatului și colecistului. Aceiași autori dezbat în 2003 (92) colecistectomia laparoscopică la bolnavul ciroctic pe marginea a 18 pacienți, din care la 16 diagnosticul de ciroză a fost stabilit intraoperator, cu o conversie determinată de sângerare din patul hepatic; deși subliniază dificultățile și riscurile, în final pledează pentru intervenția laparoscopică în atari situații.

Chirurgia gastrică în antecedentele pacientului a fost considerată inițial ca limitativă pentru colecistectomia laparoscopică, dar acumularea de experiență a permis și abordarea unor atari cazuri.

R. Palade și colab. (93) publică în 2003 cinci cazuri cu o conversie și apreciază că periviscerita, principala dificultate, nu este o contraindicație absolută ci doar relativă.

Aceiași concluzie o trag în 2004 E.Târcoveanu și colab. (94) în urma studierii a 37 colecistectomii (dintr-un total de 3145) la pacienți cu chirurgie gastrică în antecedente. Din cei 37 au fost finalizați laparoscopic 26, la ceilalți 11 fiind necesară conversie deliberată; în postoperator s-a înregistrat o fistulă biliară, închisă spontan.

Incidente, accidente și complicații

Deși în toate lucrările oneste despre chirurgia biliară laparoscopică sunt amintite incidentele, accidentele și complicațiile întâlnite, articole dedicate acestor probleme au apărut începând abia din anul 2000 – primul fiind publicat de S. Vasilescu și colab. (95)

Autorii analizează un total de 2498 operații laparoscopice efectuate între 1995 și 1999, din care 1957 colecistectomii, cu 44 conversii (1,76%) și 4 reintervenții (0,10%) (cifre raportate la întreg lotul) – și enumeră situațiile neplăcute care pot să apară.

În 2004 C. Dragomirescu și colab. (96) analizează leziunile viscerelor cavitare în cursul intervențiilor laparoscopice, raportând pentru 6800 operații la 6308 pacienți într-o perioadă de 9 ani, 11 astfel de cazuri, din care 6 au fost recunoscute intraoperator (fiind rezolvate 4 laparoscopic și 2 clasic) iar 5 s-au manifestat postoperator: o fistulă vezicală tratată conservator și 4 peritonite, cu reintervenție deschisă la 3 cazuri și laparoscopic la unul.

Am întâlnit și complicații bizare, de o raritate extremă.

În 2002 I. Mateș și colab. (97), în cadrul unei lucrări consacrate ileusului biliar, citează din literatură un astfel de caz, provocat de migrarea în intestin a unui calcul uitat în peritoneu la colecistectomia laparoscopică; iar M. Beuran și colab. (98) relatează în 2008 o cauză rară de hemobilie: anevrism de arteră cistică cu fistulă arterio-biliară după colecistectomie laparoscopică, rezolvat pe cale angiografică.

Riscul tromboembolic în chirurgia laparoscopică a făcut obiectul a două lucrări.

În 1999 N. Angelescu și colab. (99) relatează 11 tromboze venoase profunde după 1757 operații laparoscopice, pledând pentru recunoașterea factorilor favorizanți, profilaxia prin anticoagulante, compresia membrilor pelvine în timpul operației și mobilizare precoce postoperator.

R. Palade și colab. (100) discută în 2004 importanța prevenirii și diagnosticul precoce al bolii tromboembolice în chirurgia laparoscopică.

Autorii au întâlnit 4 tromboze venoase profunde la 100 operații laparoscopice și menționează ca factori de risc obezitatea, vârsta peste 40 de ani și unele comorbidități.

Leziunile biliare în timpul colecistectomiei laparoscopice

Deși prevenirea leziunilor iatrogene ale căilor biliare în cursul colecistectomiei laparoscopice a constituit de la bun început o preocupare permanentă, cu toată standardizarea tehnicii și stabilirea unor reguli și criterii de conduită intraoperatorie, aceste incidente și accidente se mențin constante și se produc cu o frecvență de până la 1% din cazuri.

Primele articole dedicate acestei probleme au apărut relativ târziu.

E. Târcoveanu și colab. (101) analizează în 1999 leziunile biliare în cursul colecistectomiei laparoscopice.

Este vorba de 15 cazuri: 13 provenind din lotul de 2025 colecistectomii laparoscopice din Clinică și 2 din alte servicii.

Autorii apreciază că 80% din leziunile biliare ar putea fi evitate, factori de risc fiind lipsa de experiență a chirurgului, instrumentarul inadecvat sau improvizat; întârzierea deciziei de conversie deliberată; leziunile recunoscute intraoperator ar trebui reparate imediat dacă echipa are experiența necesară iar pentru cele recunoscute tardiv, reparare "la rece" în centre specializate.

În același an F. Ghelase și colab. (102) comunică un caz de peritonită biliară la 6 zile după colecistectomie laparoscopică, prin lezarea unui canalicular biliar accesoriu, rezolvată prin reintervenție inițial laparoscopică, apoi conversie.

S. Duca și colab. (103) discută în 2000 rezultatele a 8002 colecistectomii laparoscopice efectuate în 7 ani, din care 6,96% pentru colecistopatii nelitiazice și raportează: 161 conversii (2,02%) și 6 decese (0,07%); s-au produs 16 leziuni ale căilor biliare (0,2%) din care 13 identificate intraoperator și rezolvate prin conversie plus o coledocorafie laparoscopică pentru o leziune tangențială. Majoritatea accidentelor și complicațiilor au survenit la pacienți operați pentru colecistită acută și au fost în parte legate de limitele chirurgiei laparoscopice: imposibilitatea de a efectua colecistectomia antero-

gradă (!) și peritonizarea patului veziculei biliare. O bună parte din complicații au putut fi rezolvate miniinvasiv.

N. Angelescu și colab. (104) aduc în discuție în 2003 leziunile iatrogene ale căilor biliare extrahepatice în chirurgia clasică și laparoscopică pe marginea a 24 cazuri (13 din clinică și 11 din alte spitale), comentând cauzele acestora, manifestările clinice și modalitățile de rezolvare.

Din cele 24 cazuri, la 18 accidentul s-a produs în cursul unor intervenții biliare iar repararea leziunilor a fost făcută cel mai des prin anastomoze bilio-digestive.

Una din manifestările clinice ale leziunilor amintite, și anume peritonita biliară postoperatorie, este discutată ca dificultăți de diagnostic și tratament în 2006 de către D. Cârțu și colab. (105), care la 1102 colecistectomii laparoscopice au întâlnit 3 astfel de situații (0,27%).

În același an A. Săftoiu și colab. (106) menționează frecvența mai mare a fistulelor biliare externe după colecistectomia laparoscopică față de cea deschisă și subliniază utilitatea pentru unele cazuri a tratamentului individualizat prin colangiografie endoscopică retrogradă cu sfincterotomie și/sau plasare de proteze.

Tot în 2006 Tr. Pătrașcu și Tr. Burcoș (107) adună experiența a două clinici între 1996 și 2005 pe 10759 colecistectomii laparoscopice, cu o frecvență a leziunilor de căi biliare extrahepatice de 18 cazuri, arătând că acestea se produc de obicei datorită nerespectării regulilor tactice și tehnice – de altfel binecunoscute. Pentru cazurile care nu pot fi rezolvate prin stentare endoscopică autorii recomandă reintervenție cu hepaticojejunoanastomoză.

În 2009 D. Vintilă și colab. (108) subliniază lipsa percepției tactile ca factor major de risc pentru leziuni biliare în colecistectomia laparoscopică.

A. Cakmak și colab. (109) subliniază în 2009 rolul colecistectomiei parțiale ca metodă eficientă și sigură (pe marginea a 18 cazuri operate deschis) în situații dificile care creează riscuri majore în colecistectomia laparoscopică și impun ca prudență conversia deliberată, în timp util: inflamația și fibroza intensă, hipertensiunea portală, sindromul Mirizzi.

Referiri sumare la leziunile iatrogene ale căilor biliare mai regăsim și în alte lucrări dedicate colecistectomiei laparoscopice – menționate la alte subcapitole tematice.

Conversii și reintervenții

Dificultățile cu care ne confruntăm uneori în chirurgia laparoscopică fac inerente situațiile în care suntem obligați să convertim sau, pentru complicații bănuite sau confirmate, să reintervenim.

S. Duca (110), analizează în 1997 valoarea și limitele chirurgiei laparoscopice și își pune întrebarea dacă opțiunea pentru conversie este un eșec – fie ea de necesitate sau opțională, deliberată. Dificultățile tehnice imposibile de rezolvat laparoscopic datorită inflamației, aderențelor, anomaliilor anatomice, în corelație cu experiența chirurgului, legitimează conversia ca o soluție înțeleaptă, trecând peste orgoliul chirurgului, considerat de autor drept "câlcâiul lui Achile" în chirurgia laparoscopică.

C. Dragomirescu și colab. publică în 1998 (111) o lucrare de sinteză asupra conversiilor și reintervențiilor în colecistectomia laparoscopică.

Din 1845 colecistectomii efectuate între mai 1994 și martie 1997, 738 (40%) au fost laparoscopice iar dintre acestea 41 (5,5%) au fost convertite (28 deliberat și 13 de necesitate); s-a reintervenit la 11 pacienți (1,49%), precoce la 6 și tardiv la 5, pentru motive care sunt discutate amănunțit.

În 2000 Mihaela Lese și colab. (112) aduc în discuție reintervențiile în chirurgia clasică și laparoscopică a căilor biliare pe baza experienței acumulate în perioada 1998 – 1999: 555 colecistectomii din care 396 laparoscopice, cu 2 reintervenții (1,19%) după operații deschise și 3 după laparoscopie (0,75%), din care 2 deschis și o relaparoscopie.

Problema conversiei este readusă în discuție în 2002 de N. Angelescu și colab. (113) pe baza a 3961 intervenții laparoscopice efectuate de 7 chirurghi cu diferite grade de experiență și cu o proporție a conversiilor de 6,2%, cel mai des deliberate; autorii consideră conversia, pe bună dreptate, un gest de maturitate chirurgicală.

În 2003 S. Duca și colab. (114) analizează 9542 de colecistectomii laparoscopice și posibilitățile de tratament miniinvaziv al complicațiilor intervenției; au fost înregistrate 54 biliragii, 15 hemoragii, 10 abcese subhepatice și 11 litiaze reziduale de cale biliară principală, iar ca rezolvări sunt relatate 22 sfincterotomii endoscopice, 15 reintervenții laparoscopice, la restul cazurilor reintervenindu-se deschis.

E. Târcoveanu și colab. (115) prezintă în 2005 experiența conversiilor la 6985 colecistectomii; 299 deliberate și 62 de necesitate, în total 5,5% dar cu o scădere de la 17,5% în perioada inițială la 3,2% în cea finală a studiului. Sunt discutate motivele conversiei și posibilia factori de predicție, cum ar fi litiaza de cale biliară principală, colecistita acută, peretele vezicular cu grosime de peste 6 mm.

Abordul căii biliare principale pentru litiază

Frecvența cu care este întâlnită litiaza căii biliare principale, ca și manifestările clinice uneori severe ale acesteia, au stârnit interesul chirurgilor laparoscopiști și al endoscopiștilor.

Prima lucrare despre abordul miniinvaziv al litiazei de cale biliară principală a fost publicată în 1997 de F. Turcu (116) care pe lângă 28 rezolvări prin coledocotomie clasică și 27 endoscopice, relatează și 3 cazuri finalizate integral laparoscopic.

Un articol mai amplu apare în 1998 sub redacția lui Ch. Meyer și colab. (117) tratând indicațiile reziduale ale chirurgiei deschise pentru litiaza căii biliare principale.

Deși abordul deschis rămâne tehnica de referință, acesta trebuie rezervat în prezent cazurilor cu contraindicații sau eșecuri ale chirurgiei laparoscopice sau ale sfincterotomiei endoscopice și se va aplica doar în anumite forme complicate ale afecțiunii.

Sub aspect tehnic al abordării coledocului mai este de semnalat anastomoza coledocoduodenală Stuart – Hoer relatată de S. Duca și colab. în 1999 (118).

Tehnica rendez-vous în abordul laparoscopic al litiazei colecistocoledociene a făcut obiectul a 3 articole publicate de

F. Turcu în 2000 (119), 2002 (120) și de M. Grigoriu și colab. în 2003, (121) autorii pledând pentru utilitatea acestei metode în condițiile de dotare și de expertiză adecvate.

Într-o lucrare cu caracter de referat general din 2003, Adriana Deacu (122) discută tratamentul miniinvaziv al litiazei de cale biliară principală, comentând posibilitățile oferite de laparoscopie și endoscopie.

Aceeași temă este tratată în 2004 de S. Duca și colab. (123) care relatează din experiența colectivului 71 rezolvări secvențiale endoscopic – laparoscopic 91 integral laparoscopic și 11 endoscopic postoperator pentru litiază restantă.

F. Turcu revine în 2005 (124) cu tratamentul miniinvaziv în litiaza de cale biliară principală complicată cu pancreatită acută, pledând pentru abordul endoscopic în urgență, de rutină la astfel de pacienți care prezintă icter și angiocolită, urmând apoi colecistectomia laparoscopică după liniștirea pancreatitei acute.

În 2005 V. Hotineanu și colab. (125) aduc în discuție strategia chirurgicală în rezolvarea icterului obstructiv benign, citând și posibilitățile oferite de laparoscopie.

Îndată după apariția dotărilor necesare pentru ecografie și coledocoscopia intraoperatorie au apărut și lucrări adresate utilității acestora în tratamentul litiazei de cale biliară principală.

În 2001, la rubrica de tehnici, L. Alecu și colab. (126) prezintă ecografie intraoperatorie, disecție cu foarfeca cu ultrasunete și coledocoscopia transcistică într-un caz de icter mecanic litiazic rezolvat pe cale laparoscopică.

Același colectiv revine în 2003 (127) la rubrica de tehnici cu prezentarea coledocoscopiei laparoscopice și tot în acest an cu diagnosticul ecografic intraoperator al litiazei de cale biliară principală, având experiența a 116 astfel de explorări (vizualizare foarte bună la 83,6% și bună la 16,4%).(Adriana Deacu) (128)

Coledocoscopia este prezentată ca metodă modernă de diagnostic și tratament în afecțiunile căii biliare principale într-un editorial semnat de N. Angelescu (129) în 2003, iar în același an M. Grigoriu și colab. (130) discută tehnica, indicațiile și aportul metodei respective în diagnosticul și tratamentul patologiei de cale biliară principală.

Patologie pancreatică abordată laparoscopic

Lucrări despre abordul laparoscopic direct al patologiei pancreatice au apărut relativ târziu; inițial întâlnim în revistă numai citare din literatură.

În 1996 M.R. Diaconescu, (131) într-un studiu despre colecțiile lichidiene pancreatice și extrapancreatice succedând pancreatitei acute și cronice amintește abordul laparoscopic în anumite situații.

V.C. Dimitriu (132) și F. Ghelase și colab. (133), în lucrări din 1997 citează colecistectomia laparoscopică după remiterea episodului acut de pancreatită precum și unele posibilități de drenaj miniinvaziv.

În 1999 N. Iordache (134) discută abordul miniinvaziv în pancreatita acută de cauză biliară, fără necroză pancreatică demonstrată și pledează pentru colangiopancreatografie

retrogradă și colecistectomie laparoscopică în atari situații, pe baza unui studiu clinic comparativ retrospectiv și prospectiv pe materialul clinic din perioada 1990 - 1997.

Prima relatare a unei experiențe personale în abordul laparoscopic al pancreasului apare în 2004, când F. Pop și colab. (135), într-un articol despre diagnosticul și tratamentul pseudochistului pancreatic, prezintă un total de 105 pacienți la care s-au efectuat trei drenaje interne laparoscopice și unul asistat laparoscopic, revenind în același an (136) cu 3 cazuri la care au procedat la pseudochistojejunostomie laparoscopică.

Într-un referat general despre managementul chirurgical al pancreatitei acute, din 2006, M. Munteanu și colab. (137) amintesc despre posibile abordări laparoscopice și retroperitoneoscopice ca și despre colecistectomia laparoscopică după liniștirea episodului acut.

G. Botoi și colab. (138) raportează în 2009, într-o lucrare despre lavajul peritoneal precoce și prelungit prin abord laparoscopic în pancreatita acută severă, un total de 35 pacienți din care 19 tratați convențional (mortalitate 36,8% și spitalizare medie 35,8 zile) și 16 laparoscopic (cu mortalitate 12,5% și spitalizare medie de 25,8 zile).

Lăsând de o parte pancreatita acută sunt de menționat și două lucrări în care sunt citate din literatură pancreatectomii distale laparoscopice.

M. Ionescu și colab. (139) fac astfel de referiri într-un articol din 2003, iar N.O. Zărnescu și colab. (140) într-o lucrare despre fistula pancreatică urmând pancreatectomiei distale, menționează rolul diagnostic și terapeutic uneori, al laparoscopiei pentru tumori pancreatice.

Pentru insulinoamele pancreatice apar citări ale rezolvării laparoscopice în 2003 - T. Pătrașcu și colab. (141) și în 2009 M. Stamatakos și colab. (142)

În 2009 apare și prima relatare a unei experiențe personale D. Andronesi și colab. (143) prezintă o serie clinică de 30 pacienți cu insulinom pancreatic din care doi au fost operați robotic: o pancreatectomie corporeocaudală și o enucleere, menționând totodată și indicațiile diferitelor tehnici.

Chirurgia hepatică

Patologia cu indicație operatorie a ficatului a fost abordată laparoscopic în câteva centre chirurgicale, activitatea acestora fiind reflectată într-o serie de lucrări care tratează despre chistul hidatic, abcesele și tumorile hepatice.

Un prim articol apare în 1997, când D. Sabău și colab. (144) raportează zece operații laparoscopice sau asistate laparoscopic pentru chist hidatic hepatic.

Ulterior în 2004 F.D. Ungureanu și colab. (145) descriu pe marginea unui caz clinic drenajul transomfatic extraperitoneal al cavității restante posthidatice, pe cale laparoscopică.

Rolul ecografiei intraoperatorii în diagnosticul și tratamentul bolii hidatice hepatice este subliniat în 2006 de F. Botea și colab. (146) într-un studiu pe 43 pacienți, citând și utilizarea în laparoscopie.

În 2007 Luminița Furcea (147) publică o serie de 33 operații laparoscopice pentru chist hidatic hepatic: 2 chistectomii ideale și 33 proceduri Lagrot, cu o spitalizare medie de 5,6 zile.

Într-o abordare a managementului fistulelor biliare în chirurgia chistului hidatic hepatic T. Pătrașcu și colab. (148), în 2007, citează din literatură valoarea laparoscopiei pentru diagnostic iar uneori și pentru tratament.

În același an D. Sabău și colab. (149) relatează experiența a 76 pacienți operați pentru chist hidatic hepatic, dintre care 24 clasic și 52 laparoscopic, cu o singură conversie la un chist de dimensiuni mari.

M. Marincea și colab. (150) discută în 2009 drenajul extern al cavității posthidatice hepatice, citând din bibliografie și posibilitățile oferite de laparoscopie.

Abcesele hepatice au făcut obiectul a două lucrări.

În 2005 F.D. Ungureanu și colab. (151) comentează opțiunile clasice și laparoscopice în chirurgia abceselor hepatice și prezintă 14 cazuri, dintre care 2 operate laparoscopic.

Într-un articol din 2008 consacrat abceselor hepatice E. Târcoveanu și colab. (152) relatează 71 de cazuri dintre care 8,5% tratate laparoscopic.

Tumorile hepatice au fost abordate laparoscopic în câteva centre cu tradiție în acest domeniu.

I. Popescu și colab. (153) analizează în 2003 indicațiile, tehnica și rezultatele rezecțiilor hepatice pe 445 de cazuri, din care 12 rezolvate laparoscopic, iar în același an (154) publică 36 intervenții laparoscopice adresate ficatului din care 3 rezecții pentru tumori benigne, 2 pentru tumori maligne, iar restul rezolvări de chiste hidatice sau neopazitate.

Într-un articol din 2004 despre tratamentul chirurgical al carcinomului hepatocelular, C. Burcoveanu și colab. (155) citează laparoscopia ca fiind utilă pentru diagnostic și pentru puncție - biopsie.

Tratamentul multimodal al carcinomului hepatocelular este discutat de I. Popescu și colab. (156) în 2005 pe o experiență clinică de 123 pacienți în 5 ani, prezentând o rezecție și două distrucții cu radiofrecvență prin laparoscopie și amintind din literatură toracosopia cu frenotomie minimă pentru abordarea segmentelor IV, VII și VIII.

În 2007 I. Popescu și colab. (157) relatează rezultatele unui studiu pe 38 pacienți privind manevra Pringle în chirurgia laparoscopică a ficatului, concluzionând că aceasta nu este necesară în rezecțiile limitate dar ar putea fi utilă în cele majore - fără a exista un consens.

Același colectiv relatează în 2008 (158) indicațiile, tehnica și rezultatele bisegmentectomiei II - III pe cale laparoscopică: în perioada 1998 - 2007 au efectuat 84 rezecții hepatice laparoscopice, 20 fiind adresate lobului stâng, 12 dintre acestea fiind bisegmentectomii II - III (din care 4 asistate manual) pentru 5 leziuni benigne și 7 maligne.

În 2008 S. Vasile și colab. (159) comunică pasul următor pentru bisegmentectomia II - III, și anume 3 operații robotice fără conversii și fără complicații care să impună reintervenție.

F. Graur și colab. (160) relatează în 2009 un caz cu lobectomie stângă pe cale laparoscopică pentru hepatocarcinom dezvoltat pe ficat cirotic.

Terapia prin radiofrecvență și microunde a tumorilor hepatice a făcut și ea obiectul câtorva lucrări.

Matsumoto și colab. (161) publică în 2004 un număr de 19 cazuri de cancer hepatic inoperabile la care s-a folosit

distrugerea prin radiofrecvență, odată laparoscopic iar ceilalți deschiși.

În 2005 I. Popescu și colab. (162) prezintă un lot de pacienți tratați prin microunde și radiofrecvență, 54 prin laparotomie, 14 percutan și 2 laparoscopic, iar în 2006 F.Graur și colab. (163) într-o lucrare despre ablația prin radiofrecvență a tumorilor hepatice, citează și abordul laparoscopic.

Abordul miniinvaziv al joncțiunii esogastrice

Patologia benignă a joncțiunii esogastrice a fost abordată miniinvaziv curând după lansarea chirurgiei laparoscopice în țara noastră iar primele lucrări pe această temă au provenit din Clinica de Chirurgie a Spitalului "Sf. Ioan".

Astfel în prima parte a anului 1996, C.Dragomirescu și colab. (164) prezintă pe marginea a 6 cazuri operate în 1995 – 1996, cura laparoscopică a herniei gastrice transhiatale prin fundoplicatură Nissen, cu rezultate bune.

În 1999 F. Turcu și colab. (165) comunică experiența primilor 3 ani în abordul laparoscopic al patologiei benigne a joncțiunii esogastrice.

Sunt comparate 79 fundoplicaturi laparoscopice (splenectomii zero) cu 73 clasice (splenectomii 10), cu morbiditate postoperatorie 5% după laparoscopie și 12% după operații clasice și cu o rată a conversiilor de 2,5%.

În ambele loturi nu au existat reintervenții precoce sau decese iar spitalizarea postoperatorie a fost mult redusă după operațiile laparoscopice.

Tardiv s-au înregistrat un caz cu disfagie, rezolvat prin dilatații endoscopice și o hernie paraesofagiană rezolvată prin reintervenție deschisă.

Tot în 1999 C.Meyer și colab. (166) raportează o experiență amplă: 224 fundoplicaturi laparoscopice pentru tratamentul bolii de reflux gastroesofagian, prin tehnica Nissen – Rosetti cel mai des (169 cazuri), dar și Nissen (30 cazuri) și mai rar Toupet la cei cu tulburări de motilitate esofagiană (13 cazuri).

Rata conversiilor a fost de 5%, morbiditatea postoperatorie de 1,4% iar mortalitatea nulă.

Tardiv s-au înregistrat recidivă clinică la 14% și disfagie la 2%.

C. Barrat și colab. (167) comentează în 2000 incidența modului de formare chirurgicală și a experienței asupra rezultatelor curei laparoscopice a refluxului gastroesofagian pe baza analizei a 150 de pacienți operați de 6 chirurghi din același serviciu și în final apreciază că pentru parcurgerea curbei de învățare este necesară efectuarea a cel puțin 50 de operații.

În același an R.Nemeș și colab. (168) într-un studiu clinic referitor la tratamentul chirurgical în herniile hiatale de alunecare, citează din literatură fundoplicatura laparoscopică Nissen ca fiind procedeul cel mai agreat.

Revenind la lucrările dedicate laparoscopiei, regăsim trei astfel de articole în 2003.

R. Munteanu și colab. (169) prezintă rezolvarea a 23 hernii hiatale voluminoase, discutând elementele tactice și tehnice specifice.

I. Costan și colab. (170) publică considerații în legătură cu 20 operații laparoscopice antireflux, cu o conversie în contextul obezității și trei incidente hemoragice rezolvate laparoscopic, și apoi un referat general (171) privind tratamentul miniinvaziv endoscopic și chirurgical al bolii de reflux gastroesofagian, inclusiv tehnicile laparoscopice.

În 2005 D. Cristian și colab. (172) discută despre curba de învățare și consecințele ei în intervențiile laparoscopice antireflux, apreciind că sunt necesare minimum 20 de operații, iar F.D. Ungureanu și colab. (173) aduc în discuție elemente de strategie operatorie în chirurgia laparoscopică a herniilor hiatale și a refluxului gastroesofagian, pe o experiență de 68 de cazuri.

I.C. Puia și colab. (174) prezintă în 2008 rezultate pe termen lung după efectuarea laparoscopică a montajelor antireflux (98 pacienți cu rezultate bune); în același an Rodica Bârlă și colab. (175) într-un articol dedicat cancerului de joncțiune esogastrică menționează efectul profilactic al curei laparoscopice antireflux, pe baza unor date din literatură.

În fine, în 2009 A.E. Nicolau și colab. (176) prezintă fundoplicatura endoscopică endoluminală în tratamentul bolii de reflux gastroesofagian dar enumeră și tehnicile laparoscopice, dintre care fundoplicatura Nissen este standardul de aur.

Esofagomiotomia laparoscopică în achalazia cardiei a făcut obiectul a numai două lucrări: în 1996 E. Târcoveanu și colab. (177) discută tehnica pe marginea a două cazuri, iar în 2005 R. Palade redă atitudinea personală ca tehnică operatorie (178).

Leziunile maligne esogastrice au fost rareori abordate laparoscopic în revistă: L.Alec și colab. (179) relatează în 2002 un caz de tumoare gastrică stromală rezolvată laparoscopic iar D.Sabău și colab. (180) prezintă în 2009 un procedeu propriu de endoprotezare esofagiană pe cale laparogastroscopică pentru cancerule inoperabile ale joncțiunii esogastrice (cu rezultate bune pe 60 de cazuri).

Chirurgia bariatrică

Chirurgia obezității morbide, dezvoltată oarecum încă dinainte de apariția laparoscopiei, a beneficiat de o veritabilă relansare amplă odată cu intrarea în practica curentă a procedurilor videoendoscopice prin abord miniinvaziv.

La noi în țară tratamentul chirurgical prin aceste tehnici a pătruns curând după anul 2000, iar prima lucrare pe această temă a apărut în 2003 sub semnătura N. Iordache și colab. (181) și a prezentat rezultatele obținute după un an de la introducerea procedurii de gastric banding laparoscopic – foarte popular la vremea aceea.

Autorii relatează experiența a 21 pacienți cu vârsta medie de 39 ani (20 – 53), cu un indice de masă corporală mediu de 48,9 (34,5 – 66) și cu un exces mediu de masă corporală de 66,89 Kg (22,75 – 104). Toate operațiile au fost finalizate laparoscopic, nu s-au înregistrat complicații majore și nici decese iar la 13 pacienți controlați după 6 luni indicele avea valoare medie de 46,57.

Tehnica operatorie a fost descrisă în amănunt de

C. Copăescu în 2007 (182) la rubrica Tehnici operatorii – atitudine personală: gastric banding pe cale laparoscopică.

Aceiași autori au publicat și alte tehnici folosite pentru tratamentul obezității morbide: derivația minigastrică, C. Copăescu, 2004 (183) efectuată la 7 pacienți, cu rezultate bune, iar în 2005 N.Iordache (184) publică un caz de diversie biliopancreatică cu duodenal switch, cu evoluție favorabilă.

În 2007 un colectiv de patru autori din Debrecen (185) prezintă un referat general despre tratamentul chirurgical al obezității morbide, trecând în revistă toate procedurile existente.

Treptat s-a impus ca o tehnică din ce în ce mai agreată gastrectomia longitudinală (sleeve gastrectomy) prezentată de C. Copăescu în 2009 (186) la rubrica tehnici operatorii – atitudine personală, iar în același an un colectiv din Târgu Mureș (187) raportează 11 astfel de cazuri, fără conversii, și fără morbiditate sau mortalitate postoperatorie, cu spitalizare de 48 ore după intervenție și cu o pierdere de 68% din excesul ponderal după o urmărire între 5 și 10 luni.

În prezent experiența acumulată pe plan național este amplă și ar justifica o prezentare colectivă sintetică.

Apandicectomia laparoscopică

Deși este considerată pe bună dreptate ca una din tehnicile de bază, apandicectomia laparoscopică se pare că nu se bucură de popularitatea pe care ar merita-o, probabil în contextul costului și duratei acestei intervenții.

Prima lucrare pe această temă a fost publicată în 1996 de colectivul de la Spitalul Colțea (188) ca un studiu comparativ între apandicectomia deschisă și cea clasică, la obezi – pe 32 pacienți.

Autorii punctează avantajele abordului laparoscopic, recunoscând însă aspectul preocupant al costului și duratei operației.

Tot colectivul de la Spit.Colțea evaluează în 1998 (189) locul laparoscopiei în diagnosticul și tratamentul sindromului dureros de fosă iliacă dreaptă, pe care îl consideră ca o indicație fermă a acestei tehnici. Pe un lot de 87 pacienți (61 femei și 26 bărbați) cu vârste între 17 și 96 ani explorați laparoscopic, s-au efectuat 55 apandicectomii, 35 ovariectomii, 9 anexectomii, 2 adeziolize, 2 biopsii ganglionare, extirparea unui bont apendicular restant, iar la alt caz a unui ciucure epiploic.

Autorii subliniază valoarea diagnostică a laparoscopiei, cu stabilirea gesturilor terapeutice adecvate și evitarea apandicectomiilor inutile.

Aceleași idei sunt subliniate de Prof.N.Angelescu în anul 2000 (190) într-o lucrare în care discută apandicectomia inutilă, dar și de M. Marinaș și colab. în 2005, (191) pe marginea a 45 apandicectomii laparoscopice într-un interval de 5 ani.

Există și două lucrări de sinteză.

Astfel C. Barrat și colab. (192) analizează în 2000 experiența pe 784 pacienți (328 bărbați și 420 femei) internați cu suspiciunea de apandicită acută și operați în primele 24 ore.

Autorii subliniază indicația particulară la obezi și la femeile tinere, evitând apandicectomia inutilă la 15% din cazuri, și de asemenea faptul că laparoscopia duce la

diminuarea morbidității, mai ales a celei parietale. În acest context ponderea apandicectomiilor laparoscopice a crescut de la 20% în 1991 la 95% în 1998.

În 2005, R. Munteanu și colab. (193) analizează apandicectomia laparoscopică efectuate între 1996 și 2006: 28 conversii (2,8%), 10 reintervenții (1,004%) pentru abcese reziduale în peritoneu și un singur deces prin tromboembolism pulmonar, concluziile lucrării aduc argumente puternice pentru avantajele subliniate în lucrările citate mai sus.

Într-un articol din 2007 consacrat complicațiilor septice ale apendicitei acute și problemelor de diagnostic și tratament, F. Ghelase și colab. (194) relatează experiența a 1437 apandicectomii, din care 30 laparoscopice și restul clasice, cu morbiditate postoperatorie de 4,08% și cu mortalitate de 1,96%, pe întreg lotul studiat.

Morbiditatea relatată pe tot lotul cumulează 102 complicații septice parietale și 26 intraperitoneale; nu se face o analiză aparte în detaliu a cazurilor laparoscopice.

Este de așteptat ca în viitor explorarea și apandicectomia pe cale laparoscopică să câștige tot mai mult teren, în primul rând datorită avantajelor de diagnostic.

Intestinul subțire

Lucrările sau citările despre abordul laparoscopic al intestinului subțire au apărut târziu în revistă și sunt puține ca număr.

Mihaela Leșe discută în 2002 (195) dificultățile de diagnostic în ileusul biliar și în acest context citează din literatură un caz din 2001 cu rezolvare laparoscopică.

În 2003 A.E. Nicolau și colab. (196) comunică tehnica jejunostomiei laparoscopice la pacienții malnutriți, prezentând indicațiile și variante de tehnică.

Diverticulul Meckel face obiectul a două articole apărute în 2004: E. Târcoveanu și colab. (197) prezintă 34 de cazuri dintre care unul rezolvat laparoscopic cu stapler Endo-GIA., iar S. Duca și colab. (198) raportează două cazuri rezolvate laparoscopic, folosind stapler vascular.

Abordul laparoscopic al ocluziei intestinului subțire mai este privit încă cu unele reticențe dar în 2006 Alina Iorgulescu și colab. (199) publică experiența a 99 astfel de cazuri într-o perioadă de 7 ani, din care 88 operate deschis și 11 laparoscopic, aducând argumente pentru aplicabilitatea metodei la pacienți selecționați riguros și recomandând accesul inițial în peritoneu prin tehnica Hasson.

Stamatakos și colab. (200) în 2009, într-un articol consacrat sindromului de arteră mezenterică superioară cu comprimarea duodenului III pe aortă (sindrom Wilkie), citează din literatură o rezolvare laparoscopică a unui astfel de caz, prin secționarea ligamentului Treitz apoi mobilizarea duodenului și trecerea sa la dreapta arterei mezenterice superioare.

Abordul laparoscopic al colonului și rectului

În intervalul de timp analizat au apărut în revistă opt articole tratând rezolvarea laparoscopică a leziunilor maligne colice și/sau rectale, din care patru aparțin colectivului chirurgical

din Spitalul Fundeni.

La rubrica Tehnici chirurgicale C. Vasilescu și colab. publică în 1995 (201) amputația de rect pe cale laparoscopică, iar în 1996 (202) rezecția anterioară de rect pe cale laparoscopică.

Excizia totală a mezorectului prin abord laparoscopic este prezentată de C. Copăescu în 2008 (203) la rubrica Tehnici operatorii – atitudine personală, segment în care V. Tomulescu și colab. (204) descriu în 2009 hemicolectomia dreaptă laparoscopică.

Prima lucrare de sinteză asupra chirurgiei laparoscopice în tratamentul laparoscopic al afecțiunilor rectale a apărut în 1999 sub semnătura C. Vasilescu și colab. (205).

T. Burcoș și colab., în 2007 (206) citează chirurgia laparoscopică a colonului și rectului într-o lucrare despre semnificația ganglionului santinelă în cancerul colorectal.

Revista a beneficiat apoi și de colaborarea a doi experți din Franța.

În 2000 G. Champault (207) prezintă pe baza unei experiențe ample ce este posibil și ce este rezonabil în celiochirurgia colică, iar în 2003 Ch.Meyer și colab. (208) comentează chirurgia colorectală laparoscopică pe baza unei experiențe proprii de 653 cazuri, arătând indicațiile, avantajele și limitele metodei.

Laparoscopia pentru tratamentul unor afecțiuni non maligne colorectale a fost discutată mai rar în revistă.

M. Angelescu și colab. (209) prezintă experiența pe parcursul a 3 ani cu 16 pacienți cărora li s-a efectuat operația Orr – Loygue pe cale laparoscopică pentru tratamentul prolapsului și al ulcerului rectal solitar, recomandând tehnica pentru cazuri riguros selecționate, la care executarea corectă a procedurii conduce la rezultate bune.

Rezolvarea laparoscopică a bolii diverticulare colonice complicate o regăsim în două lucrări: A.Miron și colab. (210) relatează în 2002, 5 cazuri cu sigmoidectomie laparoscopică menționând și alte posibile abordări în funcție de tipul peritonitei, iar M.Beuran și colab. (211) publică în 2009 experiența a 41 astfel de pacienți, din care 3 au beneficiat de sigmoidectomie laparoscopică.

În 2008, în cadrul unui referat general despre procto-colectomia totală restaurativă, T. Dumitrașcu (212) menționează că intervenția poate fi uneori efectuată asistat sau integral laparoscopic.

Intervenții laparoscopice asupra splinei

Chirurgia laparoscopică a splinei apare pentru prima dată în revistă în 2001, când C. Vasilescu și colab. (212) relatează experiența primelor 40 astfel de splenectomii și recomandă abordul posterolateral.

Aceeași autori prezintă în 2003 (214) tehnica splenectomiei subtotale pentru microsferocitoză ereditară, relatând 120 splenectomii totale laparoscopice, iar subtotale 5 pe cale deschisă și 2 laparoscopice.

C. Vasilescu revine în 2005 (215) la rubrica “atitudine personală” cu tehnica splenectomiei laparoscopice, iar apoi în 2009 (216) discută tromboza portală după splenectomie

deschisă sau laparoscopică, apreciind că această complicație este subestimată.

Au mai apărut și alte lucrări consacrate abordului laparoscopic al splinei.

L. Alecu și colab. (217) relatează în 2002 două cazuri cu chiste seroase splenice rezolvate astfel, prin rezecția domului chistic.

În același an L. Almaș și colab (218), într-o lucrare despre torsiunea de splină, citează din literatură tratamentul laparoscopic conservator prin devolvulare.

Un caz aparte este comunicat în 2007 de A.Dema și colab. (219) – splenectomie laparoscopică pentru un angiom cu celule litorale.

Chistul hidatic splenic apare în 2008, când M.R. Diaconescu și colab. (220) raportează un caz rezolvat laparoscopic cu asistare manuală.

O altă situație particulară este prezentată în 2009 de către T. Karsidag și colab. (221) care într-un articol consacrat rupturii anevrismului de arteră splenică citează din literatură și rezolvări laparoscopice.

O lucrare de sinteză despre chistele splenice neparazitare a apărut în același an, S.Tudor și colab. (222) publicând 25 de cazuri, dintre care 11 operate deschis și 14 laparoscopic: 4 splenectomii totale dintre care una robotică, 2 splenectomii subtotale și 8 splenectomii parțiale, dintre care una robotică. Întrucât au existat două recidive chistice și un abces post-operator, autorii recomandă chistectomia completă prin splenectomie parțială.

Aparatul genital feminin

Chirurgia laparoscopică a aparatului genital feminin a fost relativ puțin reflectată în revistă, deși procedurile respective se regăsesc în practica curentă a numeroase departamente chirurgicale.

În 1995 au apărut două lucrări (223, 224) consacrate tratamentului cancerului mamar, în care este prezentată și argumentată opțiunea laparoscopică pentru ovariectomie la femeile la care aceasta este indicată.

Ovariectomia laparoscopică este prezentată din nou în 2007 de către R. Palade (225) la rubrica Tehnici operatorii – atitudine personală, cu referire tot la tratamentul cancerului de sân.

E. Târcoveanu (226) publică o lucrare consacrată fibroamelor și tecoamelor ovariene, în care relatează din experiența clinicii 4 ovariectomii și 3 anexectomii laparoscopice cu rezultate bune.

În același an H.Roman și colab. (227) prezintă 3 cazuri de histerectomie laparoscopică pentru uter fibromatos de dimensiuni mari, recomandând fragmentarea uterului după tratarea arterelor uterine pentru a-i reduce volumul, urmând ca piesele rezultate să fie extrase pe cale vaginală.

În 2007 C. Copăescu și colab. (228) publică 251 histerectomii laparoscopice (dintr-un total de 1491 histerectomii), din care 82% pentru fibroame, 13% pentru prolaps uterin iar restul cu alte indicații; au fost 18 conversii (7,1%), două reintervenții după laparoscopie și trei după abord deschis și s-a înregistrat un singur deces.

În legătură cu abordarea leziunilor maligne uterine, C. Vasilescu publică în 2008 (229) histerectomie totală radicală cu limfadenectomie pelvină pentru cancer de endometru, efectuată integral laparoscopic (un caz) iar în 2009, (230) 19 histerectomii radicale pe cale robotică cu limfadenectomie pelvină (12 cancere de col și 7 de endometru).

Abordul laparoscopic pentru endometrioză pelvină a fost prezentat de H. Roman în două articole apărute în 2007 (231) privind forma profundă cu atingere rectală și în 2008 (232) pentru endometrioză dureroasă.

Privitor la tratamentul laparoscopic al sarcinii extrauterine se regăsește în 2008 un articol al lui D. Mureșan (233) relatând 238 de cazuri cu sarcină extrauterină, la care în perioada 2000 - 2006 proporția acestui tip de abord a crescut de la 23,5 la 58,6% în condițiile în care și diagnosticul formelor necomplcate a crescut de la 55,8 la 74%.

Spațiul retroperitoneal și patologia urologică

În perioada analizată au apărut în revistă trei lucrări privitoare la simpatectomia lombară laparoscopică.

În 1997 N. Angelescu și colab. (234) publică simpatectomia lombară stângă iar R. Iorgulescu și colab. (235) simpatectomia lombară dreaptă pe cale laparoscopică, ultimul subiect fiind reluat și de N. Iordache și colab. (236) în 2000, la rubrica "Tehnici chirurgicale".

Prima lucrare despre abordul patologiei urinare apare în 1996, când P. Geavlete și colab. (237) raportează experiența inițială pe 14 cazuri operate laparoscopic: două chiste renale cu volum peste 500 ml și 12 biopsii ganglionare pentru neoplasme ale aparatului urinar inferior, din care 8 abordate laparoscopic transperitoneal și 4 properitoneal.

În același an C. Copăescu și colab. (238) descriu în rubrica "Tehnici chirurgicale" cura laparoscopică a varicocelului; în aceeași rubrică N. Iordache și colab. (239) relatează în 2001 tehnica operației Burch pe cale laparoscopică.

Prima lucrare de sinteză asupra abordului laparoscopic al spațiului retroperitoneal este publicată de S. Duca și colab. (240) în 1998, pe baza unei experiențe de 107 cazuri: 45 cure de varicocel, 24 ureterolitotomii, 23 chiste seroase renale, 8 nefrectomii, 4 suprarenalectomii, 2 ptoze renale și o ureterocistostomie.

Privitor la patologia benignă mai este de menționat pielo-plastia Hynes – Andersen publicată în 2007 de R. Munteanu și colab. (241) pe baza a două cazuri operate, iar în 2008 M. Stamatakos și colab. (242) citează din literatură abordul laparoscopic transperitoneal și retroperitoneal pentru boala hidatică a aparatului urinar.

Începând cu 2005 au apărut și abordări laparoscopice pentru patologie malignă: M. Lucan și colab. (243) comunică 7 cazuri de cistectomie radicală cu derivație urinară enterală.

Aceiași autori (244) comentează în 2007 dificultățile tehnice ale nefrectomiei radicale retroperitoneoscopice, în urma unui studiu prospectiv pe 116 pacienți din care 29 cu tumori hilare sau de față posterioară renală și 87, mai facile tehnic, la distanță de hilul renal.

În același an L. Ghervan și colab. (245) publică, bazați pe

experiența a 12 pacienți, crioablația asistată retroperitoneoscopic pentru tumori renale mici (diametrul mediu 3,89 cm).

În 2008 C. Burghilea și colab. (246) relatează 71 nefroureterectomii retroperitoneoscopice (65 carcinoame de pelvis renal și 6 carcinoame ureterale), cu extragerea piesei pe cale ilioinghinală la 68 pacienți, reluând în același an (247) un comentariu asupra nefroureterectomiei laparoscopice retroperitoneale în tratamentul actual al carcinomului urotelial de căi urinare superioare.

Chirurgia miniinvazivă a sistemului endocrin și alte teme mai rar întâlnite

Intervențiile miniinvazive pentru patologia endocrină cu indicație chirurgicală au fost puțin prezente în revistă.

Lăsând deoparte timusul, discutat la capitolul de chirurgie toracică, au mai fost publicate câteva articole despre abordul miniinvaziv al suprarenalelor și al glandelor endocrine cervicale.

În 2001 A. Popovici și colab. (248) menționează din literatură laparoscopia ca alternativă pentru exereza tumorilor suprarenale în anumite condiții, într-un articol care redă experiența colectivului în materie de suprarenalectomii.

Abia în 2007 sunt relatate experiențe personale: I. Popescu și colab. (249) comunică o suprarenalectomie laparoscopică asistată manual pentru tumoră benignă cu diametrul de 20 cm, iar C. Copăescu (250) în cadrul rubricii "Tehnici operatorii – atitudine personală" descrie tehnica suprarenalectomiei laparoscopice.

C. Poiană și colab. (251) discută în 2009 despre feocromocitom amintind din literatură abordul laparoscopic și relatând o tentativă personală finalizată după conversia de necesitate datorită disecției dificile.

Mai sunt relatate suprarenalectomii în lucrările despre chirurgia urologică și a spațiului retroperitoneal, dar nu există o sinteză a experienței semnificative acumulate deja în câteva centre chirurgicale.

În ceea ce privește glandele endocrine cervicale, am întâlnit în 2004 un referat general al lui R.C. Merrel (252) despre paratiroidectomia miniinvazivă și în 2009 un articol al lui E. Târcoveanu (253) despre tratamentul chirurgical al hiperparatiroidismului, în care citează din literatură abordul miniinvaziv.

Singura experiență personală publicată până în prezent, de către M.R. Diaconescu și colab. (254) prezintă o paratiroidectomie și exereza unui nodul tiroidian în cadrul unui articol publicat în 2004, despre abordul miniinvaziv al glandelor endocrine cervicale

Alte situații rare

Dezvoltarea tot mai mare a dializei renale a condus și la asimilarea unor tehnici miniinvazive de instalare a cateterelelor specifice.

În 2002 E. Târcoveanu și colab. (255) prezintă la rubrica "Tehnici chirurgicale" montarea laparoscopică a cateterelelor de dializă peritoneală, iar R. Munteanu (256) publică în aceeași rubrică tot în 2002 tehnica re poziționării în tratamentul

obstrucției și migrării cateterului.

Ulterior în 2008 S. Pantea și colab. (257) prezintă la rubrica de tehnici plasarea cateterului Tenckhoff pentru dializa peritoneală prin abord laparoscopic și același an redau într-un articol de sinteză (258) experiența pe 56 pacienți cărora li s-a efectuat acest procedeu.

Pentru chirurgia vasculară periferică a varicelor J. Avram și colab. (259) prezintă în 2003, la rubrica de tehnici, ligatura endoscopică subfascială a venelor perforante insuficiente, pe baza experienței a 26 pacienți la care ulcerile de gambă au fost în totalitate vindecate după trei luni.

În 2007 D. Casian și colab. (260) relatează cinci astfel de pacienți, la care chirurgia endoscopică subfascială a venelor perforante a beneficiat de o evoluție fără complicații și cu vindecarea bună a ulcerelor varicoase.

În chirurgia pediatrică impactul laparoscopiei pe plan național este încă redus iar singurele lucrări publicate în domeniu aparțin Clinicii Chirurgicale de la Spitalul Marie Curie.

Astfel în 2008 S. Ionescu și colab. (261) discută rolul chirurgiei minim invazive în diagnosticul și tratamentul tumorilor la copil, relatând totodată 68 cazuri din Clinică: 56 biopsii tumorale și 12 explorări laparoscopice, soldate cu 3 decizii de inoperabilitate și 9 conversii pentru rezecția tumorilor.

În 2009, Isabela Drăghici și colab. dezbate (262) necesitatea trainingului laparoscopic ca suport pentru certitudinea unui viitor în chirurgia pediatrică, arătând etapele care ar trebui parcurse pentru instruirea celor interesați.

Chirurgia toracică

Fără a avea aceeași rapidă răspândire ca și chirurgia laparoscopică, toracosopia a pătruns progresiv în practică, fiind promovată atât de chirurghi generaliști cât și de chirurșii toracici.

Primele articole în domeniu tratează abordarea sistemului nervos vegetativ în traectul toracic. Astfel în 1997 C. Copăescu și colab. (263) relatează tehnica operatorie a simpatectomiei toracice pe cale torascopice efectuată unui bărbat de vârstă medie pentru tulburări circulatorii ischemice ale membrului superior drept.

Ulterior în 2007, V. Tomulescu și colab. (264) raportează la 10 cazuri cu afecțiuni ischemice ale membrului superior, 12 simpatectomii toracice înalte, cu rezultate mulțumitoare în controlul durerii și limitarea leziunilor care necesită amputație.

Același colectiv publică în 2005 (265) tehnica splahnnectomiei toracice ca metodă de paliativă a durerii din cancerul pancreatic nerezecabil, pe marginea a 39 cazuri la care într-un interval de 3 ani s-au efectuat 50 splahnnectomii care au dus afirmativ la reducerea durerii cu 92%.

Colectivul de la Spitalul Fundeni s-a menținut ca vârf de lance în domeniu, astfel Tomulescu și colab. publică în 2000 (266) rezultatele preliminare ale timentomiei torascopice la 10 pacienți (9 femei și 1 bărbat) cu miastenienie.

În 2005 același colectiv revine cu timentomia torascopice pentru miastenienie, comunicând pentru perioada 1999 – 2004 experiența a 151 timentomii torascopice, reprezen-

tând 89,34% din totalul timentomiilor, cu mortalitate nulă și morbiditate poetoperatorie de 6,62%.

La scurt timp apar și lucrări ale anesteziștilor implicați în timentomia.

În 2007 Dana Tomescu și colab. (268) publică o lucrare despre consecințele hemodinamice ale capnotoraxului cu presiuni pozitive în timentomia torascopice, iar Sanda Copotiu și colab. (269) dezbate managementul optim al miasteniei gravis în Clinica ATI din Târgu-Mureș, comentând 103 pacienți timentomizați, din care 51 pe cale torascopice stângă.

Cele mai recente articole în domeniul torascopiei au apărut în 2006: Mădălina Grigoriu și colab. (270) comunică tratamentul chirurgical într-o singură ședință operatorie a maladiei hidatice hepatopulmonare (3 cazuri din care 1 rezolvat laparoscopic și 2 prin chirurgie toracică videoasistată), ulterior aceiași autori revenind (271) cu un caz la care s-a efectuat tratament chirurgical miniinvaziv combinat, torascopic, într-un caz de hidatidoză pulmonară bilaterală.

Experiența chirurșilor toracici este de bună seamă mai amplă, dar probabil se regăsește în manifestările și publicațiile specifice.

Defectele parietale abdominale

Chirurgia laparoscopică pentru defecte parietale abdominale a beneficiat în intervalul de timp cercetat de șapte articole, dintre care patru aparțin Clinicii de Chirurgie din Spitalul Colțea.

Astfel N. Angelescu și colab. (272) publică în 1995 rezultate preliminare după cura laparoscopică transperitoneală a primelor 50 hernii inghinale, în 1996 (273) comunică rezultatele unui studiu comparativ între două loturi de câte 50 de pacienți operați laparoscopic și respectiv clasic (Bassini sau Fruchaud), iar în 1998 (274) compară două astfel de loturi a câte 80 de pacienți, subliniind că deși operația laparoscopică este mai costisitoare, este mai avantajoasă pentru confortul și recuperarea pacienților.

Recent, în 2008, N. Jitea și colab. (275) analizează 21 de pacienți cu hernie ombilicală la care s-a efectuat cura laparoscopică a defectului parietal prin montarea unei plase de prolen, cu rezultate bune.

În 2001, G. Champault și colab. (276) comentează într-un referat general impactul formației chirurgicale asupra rezultatelor curei laparoscopice a herniilor inghinale, procedeu ce oferă rezultate bune printr-o execuție corectă la pacienți bine selecționați.

Tot în 2001 D. Sabău (277) prezintă la rubrica "Tehnici chirurgicale" un procedeu personal de cură a herniei inghinale, asistat laparoscopic, iar în 2003 V. Surlin și colab. (278) comentează 1306 pacienți cu hernii inghinale operați între 1991 și 2002, fie laparoscopic fie cu procedeu Lichtenstein, arătând că pentru a asigura o reparare fără tensiune, folosirea protezelor se impune la cel puțin 85% din herniile primare iar la cele recidivate pentru absolut toți pacienții.

În perioada de timp studiată nu au apărut în revistă lucrări despre cura laparoscopică a eventrațiilor postoperatorii deși în

câteva centre există o experiență semnificativă.

Încheiere

Lucrările apărute în revista *Chirurgia* denotă aderența precoce și progresiv amplificată a chirurgilor din România la tehnicile moderne ale chirurgiei miniinvazive videoendoscopice, introduse pe larg în practica curentă și diversificate tot mai mult ca tipuri de proceduri, astfel încât o proporție semnificativă dintre pacienți beneficiază de avantajele metodei.

Revista *Chirurgia* a fost și rămâne promotorul principal al realizărilor și performanțelor obținute în acest domeniu, dar nu sunt de neglijat și alte modalități de valorificare a experienței specifice, în alte publicații și la diferitele manifestări, științifice, așa cum am menționat în introducere.

Ca atare, consider că revista a adus un aport substanțial la formarea și la evoluția ascendentă a chirurgilor care au adoptat tehnicile laparoscopice, fiind o sursă permanentă de informații la zi, utile pentru practica curentă.

Apariția unui registru național al intervențiilor laparoscopice ar fi benefică, oglindind în mod real o activitate căreia s-ar putea să nu percepem în prezent imaginea de ansamblu.

Parcurgerea materialelor publicate în revistă a fost interesantă și sper că oferă reperele principale ale apariției și dezvoltării tehnicilor chirurgicale cu acces minim în România; poate că o astfel de cercetare ar trebui continuată și amplificată.

Mulțumiri

Mulțumim celor care ne-au fost de ajutor în acest efort: Biblioteca Centrală a U.M.F. "Carol Davila", Centrul de Documentare Medicală, D-lui Prof. Dr. N. Angelescu și colegilor din Clinică.

Bibliografie

1. Târcoveanu E. Pregătirea în chirurgia laparoscopică. Problema competenței și a responsabilității. *Chirurgia* (Bucur). 1995; 44(2):17-27.
2. Duca S. Trainingul și competența în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia* (Bucur). 1997;92(2):81-86.
3. Tomulescu V, Popescu I. Utilizarea Sim Basic Skills în evaluarea abilităților în chirurgia laparoscopică. Rezultate preliminare. *Chirurgia* (Bucur). 2004;99(6):523-27.
4. Dănilă R, Gerdes B, Ulrike H, Dominguez-Fernandez E, Hasson I. Utilizarea simulatorului de realitate virtuală în evaluarea obiectivă a nivelului de pregătire în chirurgia laparoscopică la chirurgii de transplant. *Chirurgia* (Bucur). 2009;104(2):181-85.
5. Popescu I. Chirurgia generală – prezent și viitor. *Chirurgia* (Bucur). 2007;102(3):253-54.
6. Stoica AL, Iliescu V, Butușină M, Hoinoiu B, Oniță M, Ionac ME, et al. Reconstrucția esofagului cervical utilizând prelevarea asistată laparoscopic de ansă jejunală și transferul microchirurgical. *Chirurgia* (Bucur). 2005;100(1):79-83.
7. Cărăbineanu A, Bordoș D, Nicola T, Lazăr F, Ionac M, Sima L, et al. Repararea leziunii parcelare duodenale cu patch jejunal pe cale laparoscopică. Studiu experimental. *Chirurgia* (Bucur). 2007;102(5):571-76.
8. Bințișan V, Gutt CN, Mehrabi A, Yazdi SF, Kashti A, Funariu G, et al. Mediastinoscopia cu pneumocamera pentru disecția esofagului toracic proximal. *Chirurgia* (Bucur). 2009;104(1):67-72.
9. Bințișan VV, Mehrabi A, Fonouru H, Golriz M, Koninger J, Kashfi A, et al. Evaluarea tehnicii de esofagectomie combinată laparoscopic și mediastinoscopic. *Chirurgia* (Bucur). 2009; 104(2):187-94.
10. Străin M, Chișevescu D, Blaj S, Hoinoiu B, Barac S, Jiga L, et al. Prima colecistectomie NOTES din România: model experimental. *Chirurgia* (Bucur). 2009;104(2):173-79.
11. Copăescu C, Dragomirescu C. Modelul suin pentru antrenament în chirurgia laparoscopică antireflux. *Chirurgia* (Bucur). 2009; 104(3):309-15.
12. Droc G, Grigorescu B, Grigoriu M, Tomulescu V, Tulbure D. Anestezia pentru chirurgia experimentală la porci. *Chirurgia* (Bucur). 2009;104(3):259-71.
13. Panait L, Doarn CR, Merrell RC. Applications of Robotics in Surgery. *Chirurgia* (Bucur). 2002;97(6):549-55.
14. Vasilescu C, Popescu I. Chirurgia robotică – problemele începutului; posibilități și perspective. *Chirurgia* (Bucur). 2008;103(1):9-11.
15. Merrel RC. Telemedicine in surgery. *Chirurgia* (Bucur). 2006; 101(1):83-86.
16. Tomulescu V, Popescu I. Chirurgia endoscopică transorificală transluminală: prezent și perspective. *Chirurgia* (Bucur). 2008; 103(2):135-38.
17. Tomulescu V, Stănciulea O, Bălescu I, Vasile S, Tudor Șt, Gheorghe C, et al. Experiența primului an de chirurgie robotică - 153 de cazuri într-un departament de chirurgie generală: indicații, tehnică și rezultate. *Chirurgia* (Bucur). 2009; 104(2):141-50.
18. Dragomirescu C, Iordache N, Turcu F, Pento V, Litescu M, Copăescu C, et al. Experiența primelor 100 laparoscopii chirurgicale. *Chirurgia* (Bucur). 1995;44(1):1-7.
19. Târcoveanu E, Bradea C, Niculescu D, Georgescu St, Crumpei F, Florea N, et al. Tratatamentul laparoscopic al chisturilor intraabdominale. *Chirurgia* (Bucur). 1999;94(1):17-25.
20. Meyer Ch, Rohr S, Thiry Ch, Simen B, Buffler A, Kanor MA. Dix ans de chirurgie laparoscopique, reflexions a propos de 5000 cas. *Chirurgia* (Bucur). 2000;95(6):487-92.
21. Dragomirescu C, Copăescu C, Munteanu R, Drăghici L. Reintervenții laparoscopice. *Chirurgia* (Bucur). 2001;96(5): 469-77.
22. Burcoș Tr, Bărbulescu M, Bordea A, Jitea N, Voiculescu St, Mihai D. Intervenții chirurgicale laparoscopice pe abdomen cicatricial. *Chirurgia* (Bucur). 2002;97(6):593-96.
23. Alecu L, Pașcu A, Costan I, Deacu Adriana, Marin A, Corodeanu Gh, Gulinescu L. Abordul laparoscopic în re-intervențiile chirurgicale. *Chirurgia* (Bucur). 2003;98(1):81-87.
24. Nicolau AE, Argăseală I, Merlan V, Micu B, Enache O, Veste V, et al. Evoluția terapiei chirurgicale în ultima decadă. Studiu comparativ al intervențiilor 1993 – 1995 versus 2003 – 2005. *Chirurgia* (Bucur). 2007;102(1):51-56.
25. Angelescu N. Reflecții privind viitorul chirurgiei generale și al ramurilor sale. *Chirurgia* (Bucur). 2007;102(5):501-502.
26. Iorgulescu R, Ilie R, Iorgulescu A, Borca V, Dragomirescu C. Patologie malignă abdominală omisă la colecistectomia laparoscopică. *Chirurgia* (Bucur). 2005;100(2):121-25.
27. Păun I, Florescu M, Coaja F, Mogoș D, Păun M, Teodorescu M, et al. Mirajul primei leziuni (litiiza veziculară) și colecistectomia laparoscopică pot întârzi diagnosticul de cancer colic. *Chirurgia* (Bucur). 2005;100(4):373-76.
28. Târcoveanu E, Bradea C, Stratan I, Crumpei F. Adezioliza laparoscopică. *Chirurgia* (Bucur). 1996;45(5):271-79.

29. Cotârlet A. Dificultăți în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(2):93-97.
30. Voiculescu Șt. Tehnici și tehnologii de disecție în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(6):379-82.
31. Corbu D, Pento V, Iordache N, Dragomirescu C. Colectectomia laparoscopică în mâna chirurgului stângaci. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(1):49-50.
32. Jitea N, Cristian D, Angelescu N. Bisturiul cu ultrasunete în chirurgia laparoscopică: avantaje și limite. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(3):305-07.
33. Alecu L, Lungu C, Pascu A, Costan I, Corodeanu Gh, Deacu A, et al. Ecografia intraoperatorie în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(6):557-64.
34. Angelescu M, Jitea N, Angelescu N. Utilizarea aparatelor de sutură mecanică în chirurgia generală. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(5):367-75.
35. Alecu L, Pascu A, Deacu A, Corodeanu Gh, Marin A, Costan I. Sutura mecanică în chirurgia generală clasică și laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(4):381-86.
36. Alecu L, Pascu A, Costan I, Deacu A, Marin A, Corodeanu G, et al. Sutura mecanică în chirurgia colorectală. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(2):221-25.
37. Munteanu R. Decalogul cameramanului (sau despre ce trebuie să facă un chirurg pentru ca alt chirurg să vadă ce operează). *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(6):621-27.
38. Munteanu R, Copăescu C, Lițescu M, Timișescu L, Iosifescu R, Dragomirescu C. Abordul laparoscopic asistat manual. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(1):75-80.
39. Nicolau AE, Ionescu G, Ciurel M. 40 de ani de la primele laparoscopii diagnostice în abdomenul acut chirurgical în România. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(1):9-10.
40. Angelescu N, Popa E. Intervenții operatorii miniinvazive – o nouă eră chirurgicală. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(5):385-89.
41. Alecu L. Diagnosticul herniilor diafragmatice. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(2):101-13.
42. Lese M. Diagnosticul paraclinic al hemoperitoneului. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(3):151-54.
43. Nicolau AE, Ionescu G, Mehic R, Spătaru A. Laparoscopia diagnostică și terapeutică în traumatismele abdominale. Studiu preliminar pe 37 cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(6):563-70.
44. Kiss L, Nica C. Observații privind conduita de diagnostic în traumatismele abdominale. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(6):577-91.
45. Alecu L, Vițalariu Adriana, Corodeanu Gh, Gulinescu L. Hernie diafragmatică stângă posttraumatică. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(1):73-81.
46. Nicolau AE, Gheju I, Micu B, Kitkani A, Iftimie I, Dinescu G, et al. Hernie diafragmatică posttraumatică abordată laparoscopic. Prezentare de caz. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(3):341-45.
47. Nicolau AE, Țuțuianu R, Veste V, Merlan V, Negru M, Florescu R, et al. Perforație intestinală prin fractură complexă de bazin diagnosticată laparoscopic. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(4):23-28.
48. Păcescu E, Bugă C, Pătrașcu Tr, Brezeanu I, Doran H. Dificultăți de diagnostic în abdomenul acut peritonitic la bolnavul diabetic. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(6):485-90.
49. Doran H, Pătrașcu Tr, Păcescu E, Marin I, Radu C. Abdomenul acut și bolnavul diabetic – dificultăți ale diagnosticului și deciziei terapeutice. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(1):81-84.
50. Doran H, Pătrașcu Tr, Radu C. Abdomenul acut al diabeticului - confruntări de diagnostice. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(2):119-25.
51. Bârlă R, Iosif C, Gândea C, Hoară P, Constantinoiu S. Diagnosticul clinico-paraclinic al adenocarcinomului de joncțiune esogastrică. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(5):511-20.
52. Necula A, Vlad L, Iancu C, Munteanu D, Puia C, Bălă O, et al. Morbiditate și mortalitate în chirurgia cancerului gastric - analiza a 468 cazuri de adenocarcinom gastric. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(5):529-37.
53. Nicolau AE, Ionescu G, Mehic R, Marțian B, Costea F, Jianu St, et al. Sutura laparoscopică a ulcerului duodenal perforat. Studiu preliminar. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(3):211-16.
54. Nicolau AE, Ionescu G, Iordache F, Mehic R, Spătaru A. Sutura laparoscopică sau sutura deschisă în ulcerul duodenal recent perforat la tineri. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;93(3):305-11.
55. Nicolau AE. Sutura laparoscopică a ulcerului duodenal perforat. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(4):455-59.
56. Nicolau AE, Merlan V, Veste V, Micu B, Beuran M. Sutura laparoscopică a ulcerului duodenal perforat la pacienții fără factori de risc prezenți. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(6):629-33.
57. Veliyev NA, Merrell RC. Differentiated approach to surgical treatment of patients with perforative duodenal ulcer. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(2):119-23.
58. Duca S, Bălă O, Iancu C, Radu M. Colectectomie laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1994;43(3):16-27.
59. Târcoveanu E, Georgescu St, Drodea C, Niculescu D, Zugun Fl, Stratan I. Colectectomie clasică sau laparoscopică în tratamentul litiazei biliare simptomatice? *Chirurgia (Bucur)*. 1994;43(3):28-35.
60. Dragomirescu C, Iordache N, Turcu F, Lițescu M, Pento V, Iorgulescu R, et al. Studiu comparativ al costurilor spitalizării pentru colectectomie laparoscopică cu colectectomia clasică. *Chirurgia (Bucur)*. 1995;44(2):9-16.
61. Capelluto E, Barrat C, Catheline JM, Champault G. Faut-il faire une cholangiographie peropératoire lors des cholecystectomies laparoscopiques? *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(2):119-26.
62. Jitea N, Burcoș T, Voiculescu S, Criștian D, Dimitriu C, Bărbulescu M, et al. Analiza a 3100 colectectomii laparoscopice. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(6):553-58.
63. Turcu F. Există un prag de învățare pentru colectectomia laparoscopică? *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(4):335-40.
64. Dragomirescu C. Colectectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(1):53-56.
65. Turcu F. Colectectomia anterogradă laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(5):569-72.
66. Ionescu D, Vlad L, Iancu C, Puia C, Al-Hajjar N, Munteanu D, et al. Posibil protocol de abordare perioperatorie a colectectomiei laparoscopice. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(3):237-40.
67. Puia IC, Mocan T, Mocan L, Hard R, Ionescu D, Mitre C, et al. Internarea de o zi în colectectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(6):669-72.
68. Ledniczky G, Fiore N, Bogнар G, Ondrejka P, Grosfeld JL. Evaluarea colangiografiei perioperatorii în 1000 colectectomii laparoscopice. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(3):267-72.
69. Safioleas M, Stamatakis MK, Mouyopoulos GJ, Mauti C, Ianescu R, Skandalakis P, et al. Modificările nivelelor serice ale CPK și CK-MB după colectectomia deschisă și laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(4):401-5.
70. Păun C, Nicolcescu P, Georgescu I, Purcaru F. 194 de colectectomii laparoscopice. Particularități ale actului chirurgical și anestezic. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(5):491-95.
71. Prunoiu V, Cirimbei C, Dăha C, Marinceș M, Straja D, Brătucu E. Reevaluarea indicațiilor colectectomiei laparoscopice. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(4):377-79.
72. Grigoriu M, Palade R, Vasile D, Grigoriu C. Colectectomia laparoscopică în cursul sarcinii. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(5):453-57.

73. Vasile D, Palade R, Tomescu M, Roman H, Ilco AI, Sajn Maria, et al. Carcinomul inaparent al veziculei biliare. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(2):163-69.
74. Ciurea S, Matei E, Petrișor P, Luca L, Boroș M, Herlea V, et al. Polip adenomatos al vezicii biliare cu malignitate focală. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(3):355-58.
75. Palade R, Grigoriu M, Voiculescu D. Leiomiomul de veziculă biliară. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(4):415-18.
76. Puia IC, Vlad L, Iancu C, Al-Hajjar N, Pop F, Bălă O, et al. Colectectomie laparoscopică pentru veziculă de porțelan. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(2):187-89.
77. Safioleas M, Stamatakis MK, Mouzopoulos GJ, Tziortzis G, Chagiconstantinu K, Revenas K. Colectistita emfizematoasă. Retrospectivă a 5 cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(1):61-64.
78. Malenkovic V, Baricevic I, Jones DR, Nedic O, Dordevic M. Comparatie între anestezia cu sevofluran-fentanyl și neuroleptică în colectectomia laparoscopică, la pacienți cu obezitate ușoară. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(6):673-679.
79. Nicolau AE, Merlan V, Grecu I, Nicolau M, Micu B. Analgezia multimodală în colectectomia laparoscopică electivă. Studiu prospectiv randomizat dublu-orb. *Chirurgia (Bucur)*. 2008; 103(5):547-51.
80. Florescu A. Greața și vărsăturile: "mica mare problemă" post-operatorie a pacientului chirurgical. *Chirurgia (Bucur)*. 2009; 104(2):127-29.
81. Ionescu D, Mărgărit S, Vlad L, Iancu C, Alexe A, Deac D, et al. TIVA-TCI versus anestezia inhalatorie pentru colectectomia laparoscopică. Incidența sindromului emetic postoperator și satisfacția pacienților. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(2):167-72.
82. Târcoveanu E, Georgescu S, Bradea C, Stratan I. Colectectomia laparoscopică în colectistita acută. *Chirurgia (Bucur)*. 1995;44(4):29-38.
83. Duca S, Bălă O, Iancu C, Puia C, Radu H, Acalovschi L. Colectectomia laparoscopică: riscuri și limite. Analiza unui lot de 2546 de pacienți operați în Clinica Chirurgie III Cluj. *Chirurgia (Bucur)*. 1995;44(4):39-54.
84. Brătucu E, Ulmeanu D, Mavru M. Colectostomia: procedeu de indicație particulară în chirurgia biliară. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(1):31-35.
85. Palade R, Vasile D, Grigoriu M, Roman H, Caplan I. Colectectomia laparoscopică dificilă. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(2):87-92.
86. Jitea N, Burcoș T, Voiculescu S, Cristian D, Vlad M, Angelescu N. Colectectomia laparoscopică în colectistita acută. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(5):285-90.
87. Cresienzo D, Perrot L, Barrat C, Catheline JM, Champault G. Traitement laparoscopique des cholecystites aigues. Incidence des discordances anatomo-cliniques (271 cas). *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(1):11-16.
88. Lazăr F, Duță C, Bordoș D. Colectectomia laparoscopică dificilă. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(3):269-75.
89. Răzeșu V. Colectectomiile laparoscopice dificile – probleme tactice și tehnice. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(6):559-62.
90. Jitea N, Burcoș T, Voiculescu S, Cristian D, Dragomir S, Angelescu N. Ecografia preoperatorie ca factor de predicție al dificultăților tehnice intraoperatorii în colectectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(3):239-42.
91. Palade R, Vasile D, Grigoriu M, Voiculescu D. Sindromul Fitz-Hugh-Curtis în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(6):557-61.
92. Palade R, Vasile D, Voiculescu D. Colectectomia laparoscopică la bolnavul cirotic. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(3):203-7.
93. Palade R, Vasile D, Voiculescu D, Grigoriu M. Colectectomia laparoscopică la bolnavul rezecat gastric pentru ulcer duodenal. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(1):49-52.
94. Târcoveanu E, Niculescu D, Georgescu St, Bradea C, Epure O. Litiiza veziculară după chirurgia gastrică. Posibilitățile și limitele laparoscopiei. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(1):35-41.
95. Voiculescu S, Jitea N, Burcoș T, Cristian D, Angelescu N. Incidente accidente și complicații în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(5):397-99.
96. Dragomirescu C, Iorgulescu A, Copăescu C, Munteanu R. Leziuni ale viscerelor cavitare în cursul intervențiilor laparoscopice. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(1):27-33.
97. Mateș I, Dinu D, Bărlă R, Cherciu B, Constantinoiu S. Ocluzia intestinului mezenterial prin calcul biliar (ileus biliar); experiența clinică și revizuirea literaturii. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(3):263-75.
98. Beuran M, Chiotoroiu AL, Avram M, Vartic M, Constantinescu G, Dorobăț B, et al. Managementul pseudoanevrismului de arteră cistică cu fistulă arterio-biliară după colectectomie laparoscopică: cauză rară de hemobilie. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(6):689-94.
99. Angelescu N, Jitea N, Popa E, Bordea A, Șerban D, Angelescu E, et al. Riscul tromboembolic în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(1):13-16.
100. Palade R, Năstăsescu T, Voiculescu D. Importanța prevenirii și a diagnosticului precoce al bolii tromboembolice în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(1):43-48.
101. Târcoveanu E, Pleșa C, Georgescu Șt, Niculescu D, Vintilă D, Bradea C, et al. Leziunile biliare din cursul colectectomiei laparoscopice. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(3):199-210.
102. Ghelase F, Radu C, Doran H, Eshani M. Peritonita biliară de "a 6-a zi" prin canaliculul biliar accesoriu după colectectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(5):391-94.
103. Duca S, Bălă O, Nadim Al-Hajjar, Puia IC, Iancu C, et al. Colectectomia laparoscopică: accidente și complicații. Analiza a 8002 colectectomii laparoscopice operate în Clinica Chirurgie III Cluj-Napoca. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(6):523-30.
104. Angelescu N, Bordea A, Popa E, Jitea N, Burcoș T, Mircea N. Leziuni iatrogene ale căilor biliare extrahepatice în chirurgia clasică și laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(1):9-16.
105. Cârțu D, Georgescu I, Nemeș R, Surliu V, Mărgăritescu D, Chiuțu L, et al. Peritonitele biliare postoperatorii – dificultăți de diagnostic și tratament. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(2):169-73.
106. Săftoiu A, Gheonea DJ, Surlin V, Ciurea ME, Georgescu A, Andrei E, et al. Rolul tratamentului individualizat prin colangiografie endoscopică retrogradă cu sfinterotomie și/sau plasare de proteze în fistulele biliare externe. *Chirurgia (Bucur)*. 2006; 101(3):281-288
107. Pătrașcu Tr, Burcoș Tr, Daran H, Cristian D, Brezeanu I, Voiculescu Șt, et al. Leziunile căilor biliare extrahepatice în colectectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(4): 385-90.
108. Vintilă D, Neacșu CN, Popa P, Târcoveanu E, Georgescu StO. Absența percepției haptice în colectectomia laparoscopică – factor de risc pentru leziuni biliare. *Chirurgia (Bucur)*. 2009; 104(1):31-36.
109. Cakmak A, Geuc V, Orozakunov E, Kepenekci I, Cetinkaya OA, Hazinedaroglu MS. Colectectomia parțială este o metodă eficace și sigură. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(6):701-4.
110. Duca S. Chirurgia laparoscopică: valoare și limite. Este conversiunea un eșec? *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(3):139-44.
111. Dragomirescu C, Lițescu M, Iordache N, Turcu F, Pento V, Iorgulescu R, et al. Conversii și reintervenții în colectectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(5):279-84.

112. Leșe Mihaela, Naghi Ildiko, Pop C. Reintervenții în chirurgia clasică și laparoscopică a căilor biliare. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(5):429-35.
113. Angelescu N, Bordea A, Popa E, Dragomir S, Stănilescu S, Jitea N, et al. Conversia în chirurgia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(2):115-21.
114. Duca S, Al-Hajjar N, Bălă O, Iancu C, Munteanu D, Graur F, et al. Tratamentul miniinvaziv al complicațiilor colecistectomiei laparoscopice. Analiza retrospectivă a unui lot de 9542 colecistectomii laparoscopice efectuate în Clinica III Chirurgie Cluj. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(5)405-10.
115. Tărcoveanu E, Niculescu D, Georgescu Șt, Epure O, Bradea C. Conversia în colecistectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(5):437-44.
116. Turcu Fl. Abordul miniinvaziv al litiazei de cale biliară principală. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(3):145-53.
117. Meyer Ch, Angelescu M, Rohr S, Thiry L, Bourtoul G. Indicații reziduale ale chirurgiei deschise în litiaza căii biliare principale. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(6):363-68.
118. Duca S, Bălă O, Iancu C, Osian G, Tanțău M. Anastomoza coledocoduodenală Stuart-Hoer pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(4):279-82.
119. Turcu Fl. Tehnica "Rendez-vous" în abordul laparoscopic al litiazei coledococoleociene. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(5):463-67.
120. Turcu F. Tratamentul combinat laparoscopic și endoscopic al litiazei coledococoleociene. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(5):497-504.
121. Grigoriu M, Palade R, Vasile D, Voiculescu D, Năstăsescu T. Procedeu "rendez-vous". Tratamentul miniinvaziv al litiazei biliare. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(3):273-79.
122. Deacu A. Tratamentul miniinvaziv al litiazei de cale biliară principală. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(5):411-16.
123. Duca S, Iancu C, Bălă O, Graur F, Al-Hajjar N, Indoitu G, et al. Tratamentul miniinvaziv al litiazei căii biliare principale. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(2):109-17.
124. Turcu F. Tratamentul miniinvaziv în litiaza veziculară complicată cu pancreatită acută. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(1):35-40.
125. Hotineanu V, Ferdohleb A, Hotineanu A. Strategia chirurgicală în rezolvarea icterului obstructiv benign. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(3):241-50.
126. Alecu L, Corodeanu Gh, Costan I, Lungu C, Staicu A. Ecografie intraoperatorie, disecție cu foarfeca cu ultrasunete și coledoscopia transcistică într-un caz de icter mecanic litiazic rezolvat pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(1):85-90.
127. Alecu L, Marin A, Corodeanu Gh, Gulinescu L. Coledoscopia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(2):175-82.
128. Deacu A, Alecu L, Costan I, Marin A, Corodeanu Gh, Pașcu A. Diagnosticul intraoperator al litiazei de cale biliară principală prin ecografie laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(6):547-52.
129. Angelescu N. Coledoscopia – metodă modernă de diagnostic și tratament în afecțiunile căilor biliare. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(2):101-102.
130. Grigoriu M, Palade R, Vasile D, Voiculescu D, Roman H. Tehnica, indicațiile și aportul coledoscopiei în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor căilor biliare. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(2):167-73.
131. Diaconescu MR, Vexler L, Costea I, Simon I, Jacomi S. Colecții lichidiene pancreatice și extrapancreatice succedând pancreatitei acute și cronice. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(5):239-43.
132. Dimitriu VC. Date actuale în tratamentul pancreatitei acute. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(5):293-98.
133. Ghelase F, Purcaru Fl, Bondari A, Georgescu I, Nemeș R, Mercuț D, et al. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(5):299-308.
134. Iordache N. Abordul miniinvaziv în pancreatita acută de cauză biliară. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(2):119-27.
135. Pop F, Găvan T, Maxim C, Sorescu S, Vlad L. Pseudochistul pancreatic – diagnostic, evoluție, tratament chirurgical. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(2):131-37.
136. Pop F, Găvan T, Maxim C, Mirică A, Ionescu D, Mărgărit S, et al. Pseudochisto-jejunosomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(3):167-71.
137. Munteanu M, Părscoveanu M, Munteanu AG, Munteanu MC, Săftoiu A, Gugilă I. Managementul chirurgical al pancreatitei acute. 100 de ani de evoluție. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(3):229-35.
138. Bătoi G, Andercou A. Lavajul peritoneal precoce și prelungit prin abord laparoscopic în pancreatita acută severă. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(1):49-53.
139. Ionescu M, Bărbuță S, Stroescu C, Ciurea S, Popescu I. Pancreatectomia distală cu conservarea splinei. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(1):69-74.
140. Zărnescu NO, Timofte D, Barbu S. Fistula pancreatică după pancreatectomia distală: analiza factorilor de risc. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(4):395-99.
141. Pătrașcu Tr, Doran H, Belușică L, Prunaiche M, Goanță A, Vereanu I. Hipoglicemiile organice de cauză pancreatică. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(6):509-14.
142. Stamatakis M, Safioleas C, Tsaknaki S, Safioleas P, Iannescu R, Safioleas M. Insulinomul – o tumoare pancreatică neuroendocrină rară. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(6):669-73.
143. Andronesi D, Andronesi A, Tonea A, Andrei S, Herlea V, Lupescu I, et al. Insulinomul pancreatic - analiza unei serii clinice de 30 de cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(6):675-85.
144. Sabău D, Drăghicescu M, Iugulescu M, Avgherino S, Matei C, Stadnicov O, et al. Chistul hidatic hepatic în chirurgia miniinvazivă. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(1):59-66.
145. Ungureanu FD, Ungurianu L, Cucu S, Gadea A, Mihelis M, Mircea G, et al. Drenajul transomfalic extraperitoneal al cavității restante posthidatice pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(3):159-63.
146. Botea F, Sârbu V, Dima S, Iusuf T, Unc O, Toldișan D, et al. Rolul ecografiei intraoperatorii în diagnosticul și tratamentul bolii hidatice hepatice. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(6):593-98.
147. Furcea L, Pop F, Iancu C, Bălă O, Radu H, Graur F, et al. Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic hepatic – experiența Clinicii Chirurgie III Cluj-Napoca. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(1):31-36.
148. Pătrașcu Tr, Doran H, Brezean I, Marin I, Catrina E, Vălcu M, et al. Managementul fistulelor biliare în chirurgia chistului hidatic hepatic. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(5):531-36.
149. Sabău D, Coman A, Bratu D, Smarandache G, Dumitra Anca, Sabău Al. Chirurgia laparoscopică a chistului hidatic hepatic – performanțe și limite. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(5):543-48.
150. Marinceș M, Brătucu E, Bădărău A, Straja D, Boru CE, Ștefan I, et al. Drenajul extern al cavității posthidatice hepatice. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(2):151-57.
151. Ungureanu FD, Ungurianu L, Ioachimescu M, Debrețin M, Hodrea R, Pricop M, et al. Opțiuni terapeutice clasice și laparoscopice în chirurgia abceselor hepatice. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(2):149-58.
152. Tărcoveanu E, Vlad N, Moldovanu R, Georgescu Șt, Bradea

- C, Lupașcu C, et al. Abcesele hepatice piogene. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(4):417-27.
153. Popescu I, Tulbure D, Ionescu M, Ciurea S, Brașoveanu V, Pietrăreanu D, et al. Rezecțiile hepatice: indicații, tehnici, rezultate. Analiza unei experiențe clinice de 445 de cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(1):17-35.
 154. Popescu I, Tomulescu V, Hrehoreț D, Rosa A. Chirurgia laparoscopică a ficatului – analiza unei experiențe de 36 cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(4):307-17.
 155. Burcoveanu C, Dragomir Cr, Diaconu C, Scripcariu V, Timofte D, Stratan I. Tratamentul chirurgical al carcinomului hepato-celular – indicații, limite, exigențe actuale. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(2):125-29.
 156. Popescu I, Ionescu M, Ciurea S, Brașoveanu V, Sârbu-Boeți P, Hrehoreț D, et al. Tratamentul multimodal al carcinomului hepato-celular. Analiza unei experiențe clinice de 123 de cazuri în 5 ani. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(4):321-31.
 157. Popescu I, Vasile S, Sgarbură O. Este utilă manevra Pringle în chirurgia hepatică prin abord laparoscopic? Analiza unei serii de 38 cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(5):521-25.
 158. Popescu I, Vasile Ș, Sgarbură O, Hrehoreț D, Tomulescu V. Bisegmentectomia II – III laparoscopică: indicații, tehnica, rezultate. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(1):17-22.
 159. Vasile S, Sgarbură O, Tomulescu V, Popescu I. Bisegmentectomia II – III robotică: pasul următor. *Chirurgia (Bucur)*. 2008; 103(4):401-9.
 160. Graur F, Coțe A, Szasz A, Tudorică G, Căținean A, Chira R, et al. Lobectomie stângă pe cale laparoscopică pentru hepatocarcinom dezvoltat pe ficat non-cirotic – prezentare de caz. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(5):611-16.
 161. Matsuno N, Nakamura Y, Iwamoto H, Kama K, Akashi I, Konno S, et al. Radiofrequency ablation of unresectable hepatic malignancies. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(4):205-10.
 162. Popescu I, Sârbu-Boeți P, Tomulescu V, Ciurea S, Boroș M, Hrehoreț D, et al. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(2):111-20.
 163. Graur F, Vlad L, Furcea L, Miclăuș D, Osian G. Ablatia cu radiofrecvență a tumorilor hepatice: tehnică și rezultate preliminare. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(2):159-67.
 164. Dragomirescu C, Iordache N, Copăescu C, Turcu F, Pento V, Lițescu M, et al. Cura laparoscopică a herniei gastrice transhiatale. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(2):67-69.
 165. Turcu F, Copăescu C, Dragomirescu C. Abordul laparoscopic al patologiei benigne a joncțiunii esogastrice – experiența primilor 3 ani. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(4):283-90.
 166. Meyer C, Angelescu M, Firtian O, Rohr S, Thiry LC. Rezultatele fundoplicaturii pe cale laparoscopică în tratamentul refluxului gastroesofagian. Apropos de 224 cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(1):7-12.
 167. Barrat C, Cueto Rozon R, Catheline JM, Rizk N, Champault G. Incidence de l'expérience sur la technique et les resultats du traitement laparoscopique du reflux gastroesophagien. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(4):325-34.
 168. Nemeș R, Gelase F, Georgescu I, Frujină V, Vâlcea V, Martin L. Evaluare critică asupra tratamentului chirurgical în herniile hiatale de alunecare. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(4):347-52.
 169. Munteanu R, Copăescu C, Iosifescu R, Timișescu L, Dragomirescu C. Abordul laparoscopic în herniile hiatale voluminoase – considerații particulare. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(3):209-18.
 170. Costan I, Alecu L, Deacu A, Pașcu A, Corodeanu G, Marin A, et al. Considerații în legătură cu 20 operații antireflux efectuate pe cale laparoscopică pentru hernia hiatală. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(4):329-36.
 171. Costan I. Tratamentul miniinvaziv transendoscopic și chirurgical al bolii de reflux gastro-esofagian. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(5):391-403.
 172. Cristian D, Sgarbură O, Jitea N, Burcoș T. Curba de învățare și consecințele ei în intervențiile laparoscopice antireflux. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(1):47-52.
 173. Ungureanu FD, Ungurianu L, Alexandru CS, Ioachimescu M, Pricop M, Drăgoescu D, et al. Elemente de strategie operatorie în chirurgia laparoscopică a herniilor hiatale și a refluxului gastroesofagian. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(3):229-36.
 174. Puia IC, Vlad L, Iancu C, Munteanu D, Bălă O, Pop F, et al. Montaje antireflux efectuate pe cale laparoscopică – rezultate pe termen lung. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(2):171-74.
 175. Bărlă R, Iosif C, Gânda C, Hoară P, Constantinou G. Tratamentul adenocarcinomului de joncțiune esogastrică. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(2):143-53.
 176. Nicolau AE, Lobonțiu A, Constantinescu G. Fundoplicatura endoluminală cu Esophyx X2TM în terapia bolii de reflux gastroesofagian. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(4):381-87.
 177. Târcoveanu E, Georgescu Șt, Bradea C, Vintilă D, Bălan G. Esofagiomiotomia laparoscopică în achalazia cardiei. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(2):71-76.
 178. Palade R. Operația Heller-Dor laparoscopică pentru achalazia cardiei. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(4):365-68.
 179. Alecu L, Costan I, Vitalariu A, Obrocea F, Păcuraru E, Gulinescu L. Tumoră stromală gastrică rezolvată pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(3):297-304.
 180. Sabău D, Dumitra A, Sabău A, Smarandache G, Ursache E, Grosu F, et al. Endoprotezarea esofagiană laparo-gastroscopică prin foraj transtumoral în neoplasmale esofagiene și esogastrice depășite. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(5):545-52.
 181. Iordache N, Vizeteu R, Iorgulescu A, Zmeu B, Iordache M. Tratamentul obezității morbide prin gastric banding laparoscopic. Rezultate la un an de la debut. *Chirurgia (Bucur)*. 2003; 98(2):135-42.
 182. Copăescu C. Gastric Banding pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(4):447-53.
 183. Copăescu C, Munteanu R, Prală N, Turcu FM, Dragomirescu C. Derivația minigastrică pe cale laparoscopică pentru tratamentul obezității morbide. Experiența inițială. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(6):529-39.
 184. Iordache N, Iorgulescu A, Iordache M, Coculescu A. Diversia bilio-pancreatică cu duodenal switch (D.S.) în superobezitate morbidă. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(4):357-63.
 185. Tanyi M, Kanyari Z, Iuhasz B, Damjanovich L. Tratamentul chirurgical al obezității morbide. *Chirurgia (Bucur)*. 2007; 102(2):131-41.
 186. Copăescu C. Gastrectomia longitudinală în tratamentul obezității morbide. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(1):79-85.
 187. Moldovan B, Copotioiu C, Bud V, Nemeș I, Serac G, Cif A, et al. Gastrectomia longitudinală laparoscopică – experiența inițială a Clinicii Chirurgie I Târgu-Mureș. Rezultate precoce și tardive (follow-up între 5 – 10 luni). *Chirurgia (Bucur)*. 2009; 104(5):569-74.
 188. Jitea N, Angelescu N, Burcoș T, Cristian D, Voiculescu S, Mircea N. Apendicectomia laparoscopică la obezi. Studiu comparativ cu apendicectomia deschisă. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(4):203-6.
 189. Burcoș Tr, Dimitriu C, Criastian D, Voiculescu S, Jitea N, Angelescu N. Locul laparoscopiei în evaluarea tratamentului sindromului dureros de fosă iliacă dreaptă. *Chirurgia (Bucur)*.

- 1998;93(3):155-58.
190. Angelescu N. Apendicectomia inutilă. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(3):265-68.
 191. Marincea M, Cirimbei C, Daha C, Mavru M, Tobă M, Georgescu C, et al. Locul laparoscopiei în sindromul dureros de fosă iliacă dreaptă. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(4):339-44.
 192. Barrat C, Carmantrant R, Catheline J, Champault G. Faut-il operer les appendicites par laparoscopie? *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(3):233-43.
 193. Munteanu R, Copăescu C, Lițescu M, Turcu F, Iosifescu R, Timișescu L, et al. Apendicectomia laparoscopică, considerații pe baza a 1000 de cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(6):541-49.
 194. Ghelase F, Georgescu I, Ghelase MȘt, Băleanu V, Cioară Fl, Georgescu E, et al. Complicațiile septice perioperatorii în apendicita acută. Probleme de diagnostic și tratament. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(1):43-49.
 195. Leșe M, Naghi I, Pop C, Pop M, Pricop D. Dificultăți de diagnostic în ileusul biliar. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(6):583-86.
 196. Nicolau AE, Beuran M, Veste V, Grecu I, Vasilescu C, Grințescu I. Jejunostomia laparoscopică la pacienții malnutriți: indicații și variantă tehnică. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(3):275-81.
 197. Tărcoveanu E, Niculescu D, Georgescu Șt, Neașu CN, Dimofte G, Moldovanu R, et al. Diverticulul Meckel în era chirurgiei laparoscopice. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(4):227-32.
 198. Duca S, Al-Hajjar N, Graur Fl, Bălă O, Indoitu Gr. Laparoscopia în tratamentul diverticulul Meckel. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(4):233-36.
 199. Iorgulescu A, Iorgulescu R, Iordache M, Ilie R, Dragomirescu C. Abordul laparoscopic al ocluziei intestinului subțire. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(3):313-18.
 200. Stamatakos M, Kontzoglou K, Stefanaki Ch, Tsaknaki S, Iannescu R, Manta A, et al. Sindromul Wilkie. Ce înseamnă? *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(1):11-15.
 201. Vasilescu C, Tomulescu V, Tonea A, Pietrăreanu D, Tulbure D, Droc G, et al. Amputație de rect pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1995;44(3):55-58.
 202. Vasilescu C, Tomulescu V, Călin I, Nuraltay E. Rezecție anterioară de rect pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(1):43-48.
 203. Copăescu C. Excizia totală a mezorectului prin abord laparoscopic. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(1):87-94.
 204. Tomulescu V, Stănciulea O, Kosa A. Hemicolectomia dreaptă laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(4):463-69.
 205. Vasilescu C, Tomulescu V, Călin I, Oproiu A, Popescu I. Chirurgia laparoscopică în tratamentul afecțiunilor colorectale. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(2):111-18.
 206. Burcoș T, Popa E, Stănilescu S, Criastian D, Jitea N, Bărbulescu M, et al. Ganglionul santinelă în cancerul colorectal folosind colorant intravital – utilitate, limite. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(3):281-88.
 207. Champault G. La coelio-chirurgie colique, "le possible et le raisonnable". *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(5):393-96.
 208. Meyer Ch, Dragomir S, Kanor MA, Reche F, Rohr S. Chirurgia colo-rectală pe cale laparoscopică. Reflecții apropos de o experiență personală de 613 cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(5):417-24.
 209. Angelescu M, Meyer C, Rohr S, Thiry L. Operația Orr-Loygue în tratamentul chirurgical al prolapsului și al ulcerului solitar rectal. *Chirurgia (Bucur)*. 1999;94(2):97-102.
 210. Miron A, Ardelean M, Bogdan M, Giulea C. Atitudinea chirurgicală în boala diverticulară colonică. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(1):37-42.
 211. Beuran M, Iordache F, Chiotoroiu AL, Teleanu G, Vartic M, Turculeț C, et al. Boala diverticulară complicată – experiența noastră. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(1):25-29.
 212. Dumitrașcu T, Ionescu M. Proctocolectomia totală restaurativă. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(4):377-84.
 213. Vasilescu C, Tomulescu V, Ciurea S, Popescu I. Splenectomia laparoscopică – experiența primelor 40 de cazuri. O pledoarie pentru abordul posterolateral. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(2):231-36.
 214. Vasilescu C, Stănciulea O, Coliță A, Stoia R, Moicean A, Arion C. Splenectomia subtotală laparoscopică în tratamentul microsferocitozei ereditare. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(6):571-76.
 215. Vasilescu C. Splenectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(6):595-98.
 216. Vasilescu C. Tromboza portală după laparoscopie – o complicație subestimată. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(6):663-68.
 217. Alecu L, Deacu A, Costan I, Vitalariu A, Gulinescu L. Chiste seroase splenice rezolvate pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(4):407-11.
 218. Almaș L, Zuga D, Moga C, Mitroi C. Torsiunea de splină. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(5):485-87.
 219. Dema A, Tăban S, Cornianu M, Lazăr E, Herman D, Cepoiu R, et al. O tumoră splenică neobișnuită. Angiomul cu celule litorale. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(6):739-43.
 220. Diaconescu MR, Glod M, Costea I, Ciolpan C, Georgescu Șt. Splenectomie laparoscopică asistată manual pentru chist hidatic splenic. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(1):103-106.
 221. Karsidag T, Soybir G, Tuzun S, Makine C. Ruptura anevrismului arterei splenice. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(4):487-490.
 222. Turdor S, Tiron A, Bobocea A, Popa M, Sgarbură O, Vasilescu C. Chistele splenice neparazitare – soluții terapeutice. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(4):425-29.
 223. Florea I, Dragomirescu C, Aldea C, Mihai C, Lișcu B, Lițescu M. Strategia terapeutică în cancerul mamar. *Chirurgia (Bucur)*. 1995;44(4):7-16.
 224. Angelescu N, Florea I, Jitea N, Burcoș T, Iosif A, Mihai C. Opțiuni terapeutice în cancerul mamar. *Chirurgia (Bucur)*. 1995;44(4):17-20.
 225. Palade R. Ovariectomia laparoscopică în cancerul de sân. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(5):585-88.
 226. Tărcoveanu E, Niculescu D, Bradea C, Dimofte G, Vasilescu A, Ferariu D, et al. Fibroamele și tecoamele ovariene în experiența Clinicii I Chirurgie Iași. Incidență și conduită. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(3):325-30.
 227. Roman H, Zanati J, Marpean L. Histerectomia laparoscopică în cazul uterului voluminos. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(5):505-508.
 228. Copăescu C, Munteanu R, Iosifescu R, Ginghină O, Dragomirescu C. Histerectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(2):161-67.
 229. Vasilescu C, Stănciulea O, Popa M, Anghel R, Herlea V, Florescu A. Histerectomia totală radicală cu limfadenectomie pelvină efectuată integral pe cale laparoscopică pentru cancer de endometru. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(1):99-102.
 230. Vasilescu C, Sgarbură O, Tudor Șt, Popa M, Turcanu A, Florescu A, et al. Histerectomia radicală cu limfadenectomie pelvină pe cale robotică: primele cazuri. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(4):393-97.
 231. Roman H, Pușcașiu L, Konteich K, Gromez A, Resch B, Maroutean-Pasquier N, et al. Chirurgia laparoscopică a endometriozei profunde cu atingere rectală. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(4):421-28.
 232. Roman H, Pușcașiu L. Tratamentul endometriozei dureroase. Recomandări pentru practica clinică. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;

- 103(3):265-74.
233. Mureșan D, Stamatian F, Ona D, Cruciat Gh, Caracostea G, Rotar I, et al. Tendințe actuale în tratamentul sarcinii extrauterine. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(1):73-78.
 234. Angelescu N, Jitea N, Cristian D, Dimitriu C, Voiculescu Șt, Mircea N. Simpatectomia lombară stângă pe cale retroperitoneoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(2):97-100.
 235. Iorgulescu R, Turcu F, Iordache N, Copăescu C. Simpatectomia lombară dreaptă – laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(2):101-104.
 236. Iordache N, Iorgulescu R, Copăescu C, Lițescu M, Turcu F, Vizeteu R. Simpatectomia lombară dreaptă pe cale laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;94(3):303-304.
 237. Geavlete P, Dragomirescu C, Lițescu M, Turcu F, Mirciulescu V. Date preliminare asupra experienței noastre laparoscopice în patologia urinară. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(6):321-30.
 238. Copăescu C, Lițescu M, Ghiga D. Cura laparoscopică a varicocelului – notă de tehnică. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(3):125-27.
 239. Iordache N, Vizeteu R. Operația Burch pe cale laparoscopică – Tehnica operatorie. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(4):405-408.
 240. Duca S, Coman I, Bălă O, Iancu C, Munteanu D, Radu H, et al. Abordul laparoscopic al spațiului retroperitoneal. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(4):217-27.
 241. Munteanu R, Cauni V, Iosifescu R, Ginghină O, Timișescu L, Copăescu C, et al. Pieloplastie Hynes-Andersen pe cale mini-laparoscopică transperitoneală. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(1):89-93.
 242. Stamatakos M, Zervas A, Sargeti C, Tsaknaki S, Iannescu R, Safioleas P, et al. Boala hidatică a tractului urinar – actualități. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(6):621-27.
 243. Lucan M, Iacob G, Lucan V, Măgureanu O, Elec F, Burghilea C, et al. Cistectomia radicală laparoscopică cu derivație urinară enterală. Alternativă la operația clasică? *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(1):41-46.
 244. Lucan M, Lucan V, Ghervan L, Elec F, Burghilea C, Iacob G, et al. Dificultăți tehnice ale nefrectomiei radicale retroperitoneoscopice. Este importantă localizarea tumorii? *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(2):185-90.
 245. Ghervan L, Lucan V, Elec F, Suci M, Bologa F, Iacob Gh, et al. Crioblația asistată retroperitoneoscopic a tumorilor renale mici. Primele cazuri tratate în România. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(5):557-62.
 246. Burghilea C, Lucan M, Ghervan L, Lucan CV, Bologa F, Elec F, et al. Avantajele extragerii ilio-inghinale a rinichiului în nefroureteroscopia retroperitoneoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(1):61-66.
 247. Burghilea C, Ghervan L, Bărbos A, Lucan VC, Elec F, Moga S, et al. Locul nefroureterectomiei laparoscopice retroperitoneale în tratamentul actual al carcinomului urotelial de căi urinare superioare. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(4):435-43.
 248. Popovici A, Tonea A, Grigoriu M, Nica A. Experiența noastră în legătură cu o serie de afecțiuni chirurgicale ale glandelor suprarenale. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(4):341-54.
 249. Popescu I, Tomulescu V, Hrehoreț D, Popescu A, Herlea V. Laparoscopic hand-assisted adrenalectomy for a 20 cm benign tumor. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(1):75-78.
 250. Copăescu C. Suprarenalectomia laparoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(2):205-208.
 251. Poiană C, Chiriță C, Carșote M, Bulata R, Iosif C, Petrescu R, et al. Feocromocitomul – de la endocrinolog la chirurg. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(6):753-56.
 252. Merrell RC. Minimally invasive parathyroidectomy. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(6):499-502.
 253. Tărcoveanu E, Niculescu D, Moldovanu R, Cotea E, Vasilescu A, Dănilă N, et al. Tratamentul chirurgical al hiperparatiroidismului. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(5):531-44.
 254. Diaconescu MR, Glod M, Costea I, Viziteu B, Grigoriu M, Covic A. Abordul miniinvaziv al glandelor endocrine cervicale. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(6):557-62.
 255. Tărcoveanu E, Bradea C, Florea L, Covic A, Diaconiță M, Țăranu T, et al. Montarea laparoscopică a cateterelor de dializă peritoneală. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(3):293-96.
 256. Munteanu R. Tehnica re poziționării în tratamentul obstrucției și migrării cateterului de dializă peritoneală. *Chirurgia (Bucur)*. 2002;97(4):401-405.
 257. Pantea S, Pantea C, Lazăr F, Bordoș D, Păpurică M, Bălașa-Guragata C, et al. Plasarea cateterului Tenckhoff pentru dializa peritoneală prin abord laparoscopic – aspecte de tehnică operatorie. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(5):591-93.
 258. Pantea S, Luchian G, Pantea C, Lazăr F, Bordoș D, Păpurică M, et al. Plasarea cateterului Tenckhoff pentru dializă peritoneală prin abord laparoscopic – experiența noastră. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(6):669-72.
 259. Avram J, Cădariu F, Avram IO, Merce AP, Floroni E, Manciu S, et al. Ligatura endoscopică subfascială a venelor perforante insuficiente. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(6):577-81.
 260. Casian D, Gutu E, Moroz S. Experiența inițială în chirurgia subfascială endoscopică a venelor perforante la pacienți cu insuficiență venoasă cronică severă. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(4):415-19.
 261. Ionescu S, Andrei B, Filip S, Nicoară DC. Rolul chirurgiei minim-invazive în diagnosticul și tratamentul tumorilor la copil. *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(4):503-508.
 262. Drăghici I, Drăghici L, Popescu M, Copăescu C, Mitoiu D, Dragomirescu C. Trainingul laparoscopic – certitudinea unui viitor în chirurgia pediatrică. *Chirurgia (Bucur)*. 2009;104(3):255-58.
 263. Copăescu C, Popa V, Dabelea D, Munteanu R, Godoroja Daniela. Simpatectomia toracică pe cale toracoscopică. Tehnica operatorie. *Chirurgia (Bucur)*. 1997;92(2):105-108.
 264. Tomulescu V, Stănescu C, Koșa A, Sgarbură O, Bălă Ș. Simpatectomia toracoscopică înaltă pentru afecțiuni vasculare ale membrelor superioare: rezultate preliminare. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(4):411-13.
 265. Tomulescu V, Grigoriu M, Stănescu C, Kosa A, Merluscă G, Vasilescu C, et al. Splahnicectomia toracoscopică – metodă de paliativă a durerii în cancerul pancreatic nerezecabil. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(6):535-40.
 266. Tomulescu V, Ion V, Ciurea S, Tulbure D, Rodan A, Tomescu D, et al. Timectomia pe cale toracoscopică – rezultate preliminare. *Chirurgia (Bucur)*. 2000;95(2):215-20.
 267. Tomulescu V, Ion V, Kosa A, Popescu I. Timectomia toracoscopică în tratamentul miasteniei gravis. *Chirurgia (Bucur)*. 2005;100(3):215-22.
 268. Tomescu D, Grigorescu B, Nițulescu R, Tomulescu V, Popescu I, Tulbure D. Consecințele hemodinamice ale aplicării capnotoraxului cu presiuni pozitive în timectomia toracoscopică. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(3):263-70.
 269. Copotioiu S-M, Copotioiu C, Bud V, Molnar C, Azamfirei L, Ghițescu I, et al. În căutarea managementului optim al miasteniei gravis la Clinica ATI din Târgu-Mureș. *Chirurgia (Bucur)*. 2007;102(4):401-405.
 270. Grigoriu M, Stănescu C, Merlușca G, Popescu I. Tratamentul chirurgical într-o singură ședință operatorie al maladiei hidatice hepato-pulmonare. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;

- 101(1):73-79.
271. Grigoroiu M, Stănescu C, Merlușca G, Popescu I. Tratament chirurgical mini-invaziv combinat într-un caz de hidatidoză pulmonară bilaterală. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(2):195-99.
272. Angelescu N, Burcoș T, Jitea N, Voiculescu S, Mircea N, Cristian D, et al. Rezultate preliminare după cura laparoscopică pe cale transperitoneală a primelor 50 hernii inghinale. *Chirurgia (Bucur)*. 1995;44(3):1-6.
273. Angelescu N, Jitea N, Burcoș T, Cristian D, Voiculescu S, Dimitriu C. Studiu comparativ privind cura laparoscopică și clasică a herniilor inghinale. *Chirurgia (Bucur)*. 1996;45(5):267-70.
274. Angelescu N, Jitea N, Burcoș T, Cristian D, Dimitriu V, Voiculescu Șt, et al. Operație clasică sau laparoscopică în herniile inghinale. *Chirurgia (Bucur)*. 1998;93(4):213-16.
275. Jitea N, Cristian D, Burcăș T, Bâtcă V, Voiculescu S, Angelescu N. Hernia ombilicală la adult: plasa de prolene montată laparoscopic este un procedeu eficace? *Chirurgia (Bucur)*. 2008;103(2):175-79.
276. Champault G, Voreux J-P, Occelli G, Barrat C, Catheline J-M. Impact de la formation chirurgicale sur les resultats des cures de hernies de l'aine operees par laparoscopie. *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(1):9-14.
277. Sabău D. Cura herniei inghinale asistată laparoscopic. (procedeu personal). *Chirurgia (Bucur)*. 2001;96(3):307-11.
278. Surlin V, Bordea A, Barrat C, Polliand C, Matthyssens L, Champault G. Place des protheses dans les cures de hernies inguinales. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(6):515-20.