

Chirurgia

SINCE 1897

Indexed in:

Medline / PubMed / Index Medicus
Clarivate Analytics - Emerging Sources Citation Index (ESCI) - Web of Science

**The Xth National Congress of The Romanian Association
for Endoscopic Surgery**

**The XIth National Symposium of Bariatric and Metabolic
Surgery**

**SCIENTIFIC PROGRAM
& ABSTRACTS**

CHIRURGIA

Vol. 114 • Supplement 3 • 2019

**THE XTH NATIONAL CONGRESS OF THE ROMANIAN ASSOCIATION
FOR ENDOSCOPIC SURGERY**

**THE XITH NATIONAL SYMPOSIUM OF BARIATRIC AND METABOLIC
SURGERY**

Bucharest • 21 - 23 November • 2019

***SCIENTIFIC PROGRAM
& ABSTRACTS***

EDITURA CELSIUS

THE XTH NATIONAL CONGRESS OF THE ROMANIAN ASSOCIATION FOR ENDOSCOPIC SURGERY

THE XITH NATIONAL SYMPOSIUM OF BARIATRIC AND METABOLIC SURGERY

Bucharest • 21 - 23 November • 2019

CHIRURGIA

Volume 114, Supplement 3, 2019

EDITOR IN CHIEF:

Silviu Constantinoiu (Bucharest)

ASSOCIATE EDITORS:

Eugen Brătucu (Bucharest)
Eugen Târcoveanu (Iași)
Cătălin Vasilescu (Bucharest)

SECRETARY EDITOR:

Traian Pătrașcu (Bucharest)

ASSOCIATE SECRETARY EDITORS:

Vasile Sârbu (Constanța)
Adrian Maghiar (Oradea)
Dan Mircea Venter (Bucharest)

ASSISTANT EDITOR:

Ioan Nicolae Mateș (Bucharest)

EDITORIAL MEMBERS:

Patriciu Achimaș-Cadariu (Cluj-Napoca)
Mustapha Adham (Lyon, France)
Ferdinand Bauer (Munich, Germany)
Mircea Beuran (Bucharest)
Alexandru Blidaru (Bucharest)
Iulian Brezean (Bucharest)
Traean Burcoș (Bucharest)
Carlo Castoro (Padova, Italy)
J. Calvin Coffey (Limerick, Ireland)
Cătălin Copăescu (Bucharest)
Ioan Cordoș (Bucharest)
Damyán Damyanov (Sofia, Bulgaria)
Horia Doran (Bucharest)
Eric Fréchette (Québec, Canada)
Istvan Gabor (Budapest, Hungary)
Ion Georgescu (Craiova)
Gheorghe Ghidirim (Chișinău, Moldova)
Lazar György (Szeged, Hungary)
Arnulf Hölscher (Frankfurt um Main, Germany)
Vladimir Hotineanu (Chișinău, Moldova)
Cornel Iancu (Cluj-Napoca)
Aleksandar Karamarković (Belgrade, Serbia)
Zoran Krivokapić (Belgrad, Serbia)
Bernard Launois (Rennes, France)
Woong-Kwang Lee (Seoul, Korea)

René Adam (Paris, France)
Sorin Barbu (Cluj-Napoca)
Hans-Günther Beger (Ulm, Germany)
Henri Bismuth (Paris, France)
Karim Boudjema (Rennes, France)
Cristoph Broelsch (Essen, Germany)
George A. Calin (Houston, TX, USA)
Constantin Ciuce (Cluj-Napoca)
Nicolae Mircea Constantinescu (Bucharest)
Constantin Copotoiu (Tg Mureș)
Florin Coroș (Tg Mureș)
Mihai Radu Diaconescu (Iași)
Ciprian Duță (Timișoara)
Karl-Hermann Fuchs (Frankfurt, Germany)
Petrișor Geavlete (Bucharest)
Ștefan Georgescu (Iași)
Valentin Grigorean (Bucharest)
Naoki Hiki (Japan)
Teodor Horvat (Bucharest)
Michel Huguier (Paris, France)
Alexandru Irimie (Cluj-Napoca)
Hitoshi Katai (Tokyo, Japan)
Ioan Lascăr (Bucharest)
Fulger Lazăr (Timișoara)
Adrian Lobonțiu (San Jose, CA, USA)

Nicola Di Lorenzo (Rome, Italy)
Makuuchi (Tokyo, Japan)
Maruyama (Tokyo, Japan)
Milicević (Belgrad, Serbia)
Adrian Miron (Bucharest)
Călin Molnar (Tg Mureș)
Ionuț Negoii (Bucharest)
Radu Palade (Bucharest)
Andy Petroianu (Belo Horizonte, Brazil)
Irinel Popescu (Bucharest)
Riccardo Rosati (Milano, Italy)
Dan Sabău (Sibiu)
Ioanel Sinescu (Bucharest)
Victor Eugen Strâmbu (Bucharest)
Marcel Tanțău (Cluj-Napoca)
Sergiu Ungureanu (Chișinău, Moldova)
Dănuț Vasile (Bucharest)
Piotr Yablonskii (Sankt-Petersburg, Rusia)

Rossen Madjov (Varna, Bulgaria) Masatoshi
Jacques Marécaux (Strasbourg, France) Keiichi
Ronald Merrell (Richmond, VA, USA) Miroslav
Zoran Milosević (Novi Sad, Serbia)
Dan Mischianu (Bucharest)
Ștefan Neagu (Bucharest)
Attila Olah (Gyor, Hungary)
Gheorghe Peltecu (Bucharest)
Florian Popa (Bucharest)
Gheorghe Rojnoveanu (Chișinău, Moldova)
Franco Roviello (Siena, Italy)
Viorel Scripcariu (Iași)
Dan Nicolae Straja (Bucharest)
Yaman Tokat (Istanbul, Turkey)
Octavian Unc (Constanța)
Selman Uranues (Graz, Austria)
Nikola Vladov (Sofia, Bulgaria)
Giovanni Zaninotto (London, UK)

ENGLISH LANGUAGE EDITORS:

Mihnea I Ionescu (Birmingham, UK)
Alexandra Bolocan (Bucharest)

BIostatistical CONSULTANT:

Raluca Purnichescu-Purtan (Bucharest)

OFFICIAL JOURNAL OF THE

ROMANIAN SOCIETY OF SURGERY

**ROMANIAN ASSOCIATION OF ENDOSCOPIC SURGERY AND OTHER INTERVENTIONAL
TECHNIQUES (ARCE)**

ROMANIAN SOCIETY OF THORACIC SURGERY - 1994

ROMANIAN SOCIETY OF EMERGENCY AND TRAUMATOLOGY SURGERY

Indexing:

Chirurgia journal is indexed, by MEDLINE / PubMed / Index Medicus, EBSCO, Scopus, SCImago,
Emerging Sources Citation Index (ESCI) from 2018

Chirurgia journal, was indexed by the Web of Science (Journal Citation Index Expanded and Journal Citation
Report), a Thomson Reuters Database, starting from 2008 until 2013 (volume 108, issue 6, November - December)

CME Credits: 10 (Romanian College of Physicians)

CrossRef: <http://dx.doi.org/10.21614/chirurgia>

LUNI, 18 NOIEMBRIE 2019 / MONDAY, 18 NOVEMBER 2019

Surgical Training Institute - Sala 1 / Surgical Training Institute - Hall 1

- 08:45 - 18:00** **Curs: Noțiuni fundamentale de chirurgie laparoscopică**
Course: Getting Started on Laparoscopic Surgery - Fundamental Techniques
- 08:45 - 09:00** **Primirea și înscrierea participanților**
Welcome and Registration
- 09:00 - 09:20** **Cuvânt introductiv**
Welcome and Overview
C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 09:20 - 09:40** **Prezentarea noutăților tehnologice ale echipamentului și instrumentarului specific tehnicilor de bază în chirurgia laparoscopică generală și ginecologică**
Introducing Technological Innovations of the Specific Equipment and Instruments for Basic and Gynecological Techniques
N. Covaci (Bucharest, Romania)
- 09:40 - 10:10** **Pregătirea instrumentarului și a echipamentului necesar unei intervenții chirurgicale laparoscopice**
How to Prepare the Necessary Equipment and Instruments for Laparoscopic Surgery
Elena Cătănescu (Bucharest, Romania)
- 10:10 - 10:40** **Exploatarea optimă a lanțului imagistic**
Optimal Exploitation of the Imaging Chain
F. Turcu (Bucharest, Romania)
- 10:40 - 11:00** **Prezentarea modelului experimental pentru instruirea în chirurgia laparoscopică**
The Experimental Model for Improving the Laparoscopic Skills
F. Turcu (Bucharest, Romania)
- 11:00 - 11:15** **Pauză de cafea**
Coffee Break

- 11:15 - 13:15** **Hands-on training - activitatea practică în laborator pe manechine**
Hands-on Training in Laparoscopic Surgery. Laboratory Practice on Simulator and Phantoms
 Trainers: Loredana Bărbulescu, Elena Cătănescu, I. Hutopilă (Bucharest, Romania)
- 13:15 - 13:45** ***Pauză de prânz***
Lunch Break
- 13:45 - 15:45** **Hands-on training - activitatea practică în laborator pe manechine**
Hands-on Training in Laparoscopic Surgery. Laboratory Practice on Simulator and Phantoms
 Trainers: Loredana Bărbulescu, Elena Cătănescu, Ionuț Hutopilă (Bucharest, Romania)
- 15:45 - 16:00** ***Pauză de cafea***
Coffee Break
- 16:00 - 16:30** **Instituirea pneumoperitoneului, introducerea trocarelor, crearea câmpului operator, expunerea zonei de disecție**
A.B.C. of Laparoscopic Surgery: Pneumoperitoneum, Trocars Insertion, Field Exposure
 C. Blăjuț (Bucharest, Romania)
- 16:30 - 16:45** **Tehnici de disecție și hemostază**
A.B.C. of Laparoscopic Surgery: Techniques of Dissection and Haemosthesis
 M. Lițescu (Bucharest, Romania)
- 16:45 - 17:15** **Ergonomia în operațiile laparoscopice**
Ergonomy and the OR Setup for Minimally Invasive Surgery
 V. Tomulescu (Bucharest, Romania)
- 17:15 - 18:00** **Discuții cu colectivul de experți. Strategii chirurgicale**
Panel Discussion - Surgical Strategies

MARȚI, 19 NOIEMBRIE 2019 / TUESDAY, 19 NOVEMBER 2019

Surgical Training Institute - Sala 1 / Surgical Training Institute - Hall 1

- 09:00 - 17:00** **Curs: Noțiuni fundamentale de chirurgie laparoscopică**
Course: Getting Started on Laparoscopic Surgery - Fundamental Techniques
- 09:00 - 09:20** **Strategii de evitare a leziunilor iatrogene de cale biliară principală**
Strategies for Avoiding Iatrogenic Lesions of the Main Biliary Tract
 F. Turcu (Bucharest, Romania)

- 09:20 - 10:30** **Excizia chistului de ovar / anexectomie pe cale laparoscopică**
Demonstrație operatorie - transmisiune directă Ponderas Academic Hospital
Laparoscopic Ovarian Cyst Excision / Anexectomy
Live Surgery from the OR - Ponderas Academic Hospital
Chirurg / Surgeon: C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- Moderatori / Chairpersons:**
V. Tomulescu (Bucharest, Romania)
F. Turcu (Bucharest, Romania)
D. Ulmeanu (Bucharest, Romania)
- 10:30 - 10:45** **Sigilarea vasculară avansată în chirurgia laparoscopică**
Advanced Vascular Sealing in Laparoscopic Surgery
Ana Maria Golumbeanu (Bucharest, Romania)
- 10:45 - 11:00** ***Pauză de cafea***
Coffee Break
- 11:00 - 13:00** **Hands-on training - activitatea practică în laborator pe manechine**
Hands-on Training in Laparoscopic Surgery. Laboratory Practice on Simulator and Phantoms
Trainers: Bogdana Bănescu (Bucharest, Romania), G. Filip (Bucharest, Romania),
Simona Filip (Bucharest, Romania)
- 13:00 - 13:30** ***Pauză de prânz***
Lunch Break
- 13:30 - 15:30** **Hands-on training - activitatea practică în laborator pe manechine**
Hands-on Training in Laparoscopic Surgery. Laboratory Practice on Simulator and Phantoms
Trainers: Bogdana Bănescu (Bucharest, Romania), G. Filip (Bucharest, Romania),
Simona Filip (Bucharest, Romania)
- 15:30 - 15:40** ***Pauză de cafea***
Coffee Break
- 15:40 - 16:00** **Apendicectomia laparoscopică - indicații, tehnică**
Technical Aspects for Laparoscopic Appendectomy
B. Smeu (Bucharest, Romania)
- 16:00 - 16:20** **Laparoscopia exploratorie, lavajul și drenajul cavității peritoneale**
Diagnostic Laparoscopy, Peritoneal Lavage and Drainage
I. Hutopilă (Bucharest, Romania)
- 16:20 - 16:40** **Chistectomia ovariană și anexectomia - indicații, tehnică**
Laparoscopic Ovarian Cystectomy and Anexectomy
Bogdana Bănescu (Bucharest, Romania)

16:40 - 17:00 **Discuții cu colectivul de experți. Strategii chirurgicale**
Panel Discussion - Surgical Strategies (All Faculty)

MIERCURI, 20 NOIEMBRIE 2019 / WEDNESDAY, 20 NOVEMBER 2019

Surgical Training Institute - Sala 1 / Surgical Training Institute - Hall 1

09:00 - 15:00 **Curs: Noțiuni fundamentale de chirurgie laparoscopică**
Course: Getting Started on Laparoscopic Surgery - Fundamental Techniques

09:00 - 09:20 **Fire resorbabile și neresorbabile în chirurgia laparoscopică**
Resorbable and Non-Resorbable Threads in Laparoscopic Surgery
A. Grigore (Bucharest, Romania)

09:20 - 09:45 **Utilizarea în condiții de siguranță a dispozitivelor de electrochirurgie**
The Safe Usage of Electrosurgical Devices
B. Smeu (Bucharest, Romania)

09:45 - 10:10 **Laboratorul experimental - exerciții de efectuat**
Anatomy of the Pig and Exercises to Be Completed
D. Ulmeanu (Bucharest, Romania)

10:10 - 10:30 ***Pauză de cafea***
Coffee Break

10:30 - 13:30 **Hands-on training - activitatea practică în laborator pe țesuturi funcționale**
Hands-on Training in Laparoscopic Surgery. Laboratory Practice on Live Tissue
Trainers:
D. Andrei (Bucharest, Romania), O. Arnăutu (Bucharest, Romania),
Daniela Godoroja (Bucharest, Romania), B. Smeu (Bucharest, Romania)

13:30 - 14:00 ***Pauză de cafea***
Lunch Break

14:00 - 14:30 **Accidente și complicații în chirurgia laparoscopică**
Accidents, Incidents and Complications in Laparoscopic Surgery
V. Tomulescu (Bucharest, Romania)

14:30 - 15:00 **Discuții cu colectivul de experți. Strategii chirurgicale. Ceremonia de încheiere**
Panel Discussion - Surgical Strategies (All Faculty). Closing Ceremony

MIERCURI, 20 NOIEMBRIE 2019 / WEDNESDAY, 20 NOVEMBER 2019

Surgical Training Institute - Sala 2 / Surgical Training Institute - Hall 2

- 08:00 - 17:00** **Curs: Noțiuni de bază în ecografia intraoperatorie**
Course: Basic Surgical Ultrasound
- 08:00 - 08:15** **Înregistrare participanți**
Registering of the participants
- 08:15 - 08:30** **Cuvânt introductiv**
Welcome and Overview
C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 08:30 - 09:00** **Introducere. Conceptul de ultrasonografie pentru chirurgie**
Introduction. US for Surgeons Concept
C. Tiu (Câmpina, Romania)
- 09:00 - 10:30** **Training Hands-on pe țesut funcțional**
Hands-on Training on Live Tissue
- 10:30 - 11:00** ***Pauză de cafea***
Coffee Break
- 11:00 - 11:15** **Principii fizice**
US Physics
A. Melzer (Dundee, UK)
- 11:15 - 12:15** **Ficat**
Liver
F. Botea (Bucharest, Romania)
- 12:15 - 12:30** **Porturi și anatomie**
Ports and Anatomy
V. Bințișan (Cluj-Napoca, Romania)
- 12:30 - 12:45** **Duct biliar**
Biliary Duct
C. Tiu (Câmpina, Romania)
- 12:45 - 13:00** **Pancreas**
Pancreas
G. Filip (Bucharest, Romania)

- 13:00 - 13:30** ***Pauză de prânz***
Lunch Break
- 13:30 - 15:00** **Training Hands-on pe țesut funcțional**
Hands-on Training on Live Tissue
- 15:00 - 15:15** ***Pauză de cafea***
Coffee Break
- 15:15 - 15:30** **Rinichi**
Kidney
B. Socea (Bucharest, Romania)
- 15:30 - 15:45** **Ecografie intraoperatorie în chirurgia endocrină**
Intraoperative Ultrasound in Endocrine Surgery
Eugenia Yiannokopoulou (Athens, Greece)
- 15:45 - 16:00** **Boli maligne abdominale**
Abdominal Malignancies
A. Carâp (Bucharest, Romania)
- 16:00 - 16:15** **Spațiul retroperitoneal**
Retroperitoneal Space
V. Șurlin (Craiova, Romania)
- 16:15 - 16:30** **Ghidajul ultrasonografic în procedurile hepatice**
US Guiding in Liver Procedures
R. Elisei (Cluj-Napoca / Bistrița Năsăud, Romania)
- 16:30 - 17:00** **Discuții cu experții. Ceremonie închidere**
Panel Discussion (All Faculty). Closing Ceremony

JOI, 21 NOIEMBRIE 2019 / THURSDAY, 21 NOVEMBER 2019

Sala de Conferințe 1 / Conference Hall 1

- 08:30 - 10:30** **Sesiune I - Chirurgie minim invazivă a tractului gastrointestinal superior**
Session I - MIS for upper GI
- Moderatori / Co-chairpersons:**
T. Pătrașcu (Bucharest, Romania)
M. Bjelović (Belgrade, Serbia)
F. Lazăr (Timișoara, Romania)

- 08:30 - 08:45** **Actualități în chirurgia bolii de reflux în 2019**
Evidence-Based Appraisal on Antireflux Surgery 2019
M. Bjelović, Belgrade, Serbia
- 08:45 - 08:55** **Gastrectomie polară superioară laparoscopică cu limfadenectomie D1**
Laparoscopic Proximal Gastrectomy with D1 Lymphadenectomy
B. V. Marțian, J. E. Mihăilă, Cristina Lazăr, Mădălina Cristina Ilie (Bucharest, Romania)
- 08:55 - 09:05** **Gastrectomie parțială longitudinală laparoscopică pentru polip hiperplastic hemoragic cu evidențierea unui cancer gastric precoce**
Laparoscopic Longitudinal Partial Gastrectomy for Bleeding Hyperplastic Polyp to Reveal Early Gastric Cancer
A. Miron, Elena Adelina Toma, O. Enciu (Bucharest, Romania)
- 09:05 - 09:15** **Gastrectomie distală asistată laparoscopic pentru GIST gastric pediatric. Considerații de tehnică chirurgicală și management terapeutic**
Laparoscopic-Assisted Distal Gastrectomy with Gastroduodenostomy for Gastric Wild-Type-GIST. Focus on Surgical Technique and Optimal Management
Andreea Cordoș, Georgiana Nagy, Liliana Rogojan, A. Jakob, C. Ciuce, V. Bințișan (Cluj-Napoca, Romania)
- 09:15 - 09:25** **Diverticul esofagian epifrenic voluminos - abord laparoscopic transhiatal - prezentare de caz**
Giant Epiphrenic Esophageal Diverticulum - Transhiatal Laparoscopic Approach - Case Report
Mihaela Mișcă, I. Brezean, S. Aldoescu (Bucharest, Romania)
- 09:25 - 09:35** **Fezabilitatea tratamentului laparoscopic pentru hernia parahiatală asociată cu hernia hiatală de tip I**
Feasibility of Laparoscopic Treatment for Primary Parahiatal Hernia Associated with a Type I Hiatal Hernia
V. Șurlin (1), S. D. Preda (1), Dana Maria Albușescu (1), Ș. Pătrașcu (1), A. Gogănașu (1), B. Ungureanu (1), Georgiana Graure (1), C. Copăescu (2) (1) Craiova, Romania, (2) Bucharest, Romania
- 09:35 - 09:45** **Hernia hiatală voluminoasă - procedeu clasic sau laparoscopic, cu sau fără plasă, cu sau fără funduplicatură?**
Large Hiatal Hernia - Classic Or Laparoscopic, With Or Without Mesh, With Or Without Fundoplication?
D. Predescu, M. Boeriu, P. Hoară, A. Moraru, S. Constantinoiu (Bucharest, Romania)
- 09:45 - 09:55** **Utilizarea protezelor resorbabile în cura laparoscopică a herniilor hiatale paraesofagiene**
The Use of Resorbable Mesh for Para-Esophageal Hiatal Hernias Repair
V. C. Diaconu, S. Velici, T. Mateescu, Diana Stănescu (Bucharest, Romania)
- 09:55 - 10:05** **Managementul herniei hiatale cu plasă resorbabilă - prezentare de caz**
Hiatal Hernia Management Using Absorbable Mesh - Case Presentation
P. Hoară, F. Chiru, Rodica Bîrlă, A. Alkadour, Mădălina Mitrea, Magdalena Nica, S. Constantinoiu (Bucharest, Romania)
- 10:05 - 10:30** **Discuții / Discussions**

- 10:30 - 11:00** *Pauză de cafea și vizitare expoziție*
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
- 11:00 - 13:00** **Sesiune III - Chirurgie colorectală I**
Sesiune în colaborare cu SRCP
Session III - Colorectal Surgery I
Joint Session with RSCP
Moderatori / Co-chairpersons:
V. Tomulescu (Bucharest, Romania)
N. Runkel (Villingen-Schwenningen, Germany)
R. Madjov (Varna, Bulgaria)
- 11:00 - 11:15** **Diverticulită complicată: Lavaj, procedura Hartmann sau chiar anastomoză primară?**
Complicated Diverticulitis: Lavage, Hartmann's Procedure or Even Primary Anastomosis?
S. A. Antoniou, Limassol, Cyprus
- 11:15 - 11:30** **Tratamentul chirurgical minim invaziv pentru colita ulcerativă**
Minimally Invasive Surgical Treatment for Ulcerative Colitis
G. Lázár, Szeged, Hungary
- 11:30 - 11:45** **Abcesele intra-abdominale - rolul chirurgiei minim invazive**
Intra-Abdominal Abscesses - The Role of Minimally Invasive Surgery
R. Madjov, Varna, Bulgaria
- 11:45 - 11:55** **Rezultate pe termen mediu și lung după rezecții colorectale prin abord clasic și laparoscopic efectuate pentru cancer**
Medium and Long-term Results After Laparoscopic Versus Open Colorectal Resections for Cancer
V. Bințișan, Irina Borz, Andreea Cordoș, Adriana Bințișan, R. Chira, Georgiana Nagy, Larisa Ciule, A. Ungureanu, C. Ciuce (Cluj-Napoca, Romania)
- 11:55 - 12:05** **Hemicolectomia dreaptă cu anastomoză ileo-colică intracorporeală - pro și contra**
Right Hemicolectomy with Intracorporeal Ileo-Colic Anastomosis - Pros and Cons
V. Făgărășan, Andreea Cordoș, Georgiana Amarinei, B. A. Pop, Cristina Petrișor, C. Ciuce, V. Bințișan (Cluj-Napoca, Romania)
- 12:05 - 12:15** **Utilizarea intraoperatorie a ICG în chirurgia colorectală - experiența noastră**
Intraoperative Use of ICG in Colorectal Surgery - Our Experience
Simona Filip, V. Tomulescu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 12:15 - 12:25** **Rezecții rectale intersfincteriene laparoscopice cu anastomoză endo-anală pentru cancerle jos situate**
Laparoscopic Intersphincterian Rectal Resection with Low Endoanal Anastomosis for Lower Rectal Cancers
F. Zaharie, D. Vălean, R. Taulean, I. Balint, Andrada Văduva, M. Dib, C. Popa, Nadim Al Hajjar (Cluj-Napoca, Romania)

- 12:25 - 12:35** **Siguranța și eficacitatea TME robotic versus laparoscopic la pacienții cu cancer rectal. Analiza inițială**
The Safety and Effectiveness of Robotic Versus Laparoscopic TME in Patients with Rectal Cancer. Initial Analysis
Loredana Bărbulescu, V. Tomulescu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 12:35 - 12:50** **Diagnostic molecular și terapii țintite în cancerul de colon**
Molecular Diagnosis and Targeted Therapies in Colon Cancer
Andreea Cătana, Cluj-Napoca, Romania
- 12:50 - 13:00** **Discuții / Discussions**
- 13:00 - 13:30** **Conferință plenară „Sergiu Duca”**
"Sergiu Duca" Plenary Conference
Moderator / Chairperson:
V. Tomulescu (Bucharest, Romania)
- Errors and Near Misses in Laparoscopic Surgery*
N. Francis, Yeovil, UK
- 13:30 - 14:00** ***Pauză de prânz și vizitare expoziție***
Lunch Break & Exhibition Area Visiting
- 14:00 - 14:30** **Workshop FUSE (Zona Expozițională)**
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 14:30 - 16:30** **Sesiune V - Chirurgie colorectală II**
Sesiune în colaborare cu Societatea Română de Gastroenterologie
Session V - Colorectal Surgery II
Joint Session with The Romanian Society of Gastroenterology
- Moderatori / Co-chairpersons:**
C. Duță (Timișoara, Romania)
G. Constantinescu (Bucharest, Romania)
G. Lázár (Szeged, Hungary)
- 14:30 - 14:45** **Chirurgie laparoscopică rectală - trecut, prezent și viitor**
Laparoscopic Rectal Surgery - Past, Present and Future
N. Francis, Yeovil, UK
- 14:45 - 15:00** **Rolul endoscopiei în urgențele patologiei colorectale**
The Role of Endoscopy for Colorectal Emergencies
G. Constantinescu, I. Nedelcu, Bucharest, Romania

- 15:00 - 15:15** **Program pilot de depistare a cancerului colorectal - experiență inițială cu 3000 de pacienți în Ponderas Academic Hospital**
Colorectal Cancer Screening Pilot Program - 3000 Patients Initial Experience in Ponderas Academic Hospital
 A. Săftoiu, Alina Constantin, V. Tomulescu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 15:15 - 15:30** **Cum se poate îmbunătăți calitatea chirurgiei colorectale - LapCo-Polonia**
How to Improve the Quality of Colorectal Surgery - LapCo-Poland
 P. Myśliwiec, Białystok, Poland
- 15:30 - 15:45** **Trainingul în chirurgia laparoscopică a colonului - de la LAPCO Marea Britanie spre Europa de Est**
LAP - Colectomy Training Pathway - from LAPCO Great Britain to Eastern Europe
 V. Tomulescu (1), V. Bințișan (2)
 (1) Bucharest, Romania, (2) Cluj-Napoca, Romania
- 15:45 - 16:00** **Compararea rezultatelor histopatologice în rezecția cancerului rectal - chirurgie robotică versus laparoscopică**
Comparing Pathologic Outcomes for Robotic Versus Laparoscopic Surgery in Rectal Cancer Resection
 C. Duță, C. Lazăr, D. Al-Jobory, I. Popovici, L. Urian, V. Braicu, F. Lazăr (Timișoara, Romania)
- 16:00 - 16:15** **Chirurgia clasică versus laparoscopică în cancerul colorectal. Experiența unui centru terțiar: Clinica Chirurgie nr. 3, Cluj-Napoca**
Classic Versus Laparoscopic Approach in Colorectal Cancer. Experience of a Tertiary Center: Surgery No. 3 Clinic, Cluj-Napoca
 Florin Zaharie, D. Vălean, D. Munteanu, C. Puia, F. Graur, C. Popa, E. Mois, G. Molnar, Raluca Bodea, N. Al Hajjar (Cluj-Napoca, Romania)
- 16:15 - 16:25** **Chirurgia minim invazivă transanală - lecția experienței inițiale**
Transanal Minimally Invasive Surgery - Lessons Learned from Our Initial Experience
 V. Calu, M. Oun, C. Pîrîianu, A. Miron (Bucharest, Romania)
- 16:30 - 17:00** ***Pauză de cafea și vizitare expoziție***
Workshop FUSE (Zona Expozițională)
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 17:00 - 18:00** **Sesiune VII - Face to Face:**
Actualități în chirurgia herniei hiatale
Session VII - Face to Face:
Hot Topics in Hiatal Hernia Surgery
Moderator / Chairperson:
 C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 17:00 - 17:10** **Tratamentul unei hernii hiatale trebuie făcut fără ranforsarea cu proteze textile**
Treatment of a Hiatal Hernia Should Be Done Without Mesh Reinforcement
 M. Bjelović, Belgrade, Serbia

- 17:10 - 17:20** **Este nevoie de o ranforsare cu proteză textilă de rutină în timpul reparației herniei hiatale**
A Mesh Reinforcement During Repair of Hiatal Hernias Is Needed
 S. A. Antoniou, Limassol, Cyprus
- 17:20 - 18:00** **Votare și discuții / Voting and Discussions**
- 16:25 - 16:30** **Discuții / Discussions**
- 18:00 - 18:30** **Conferință plenară „Corneliu Dragomirescu”**
"Corneliu Dragomirescu" Plenary Conference
Moderator / Chairperson:
 C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- Technology for Prevention of Surgeon Fatigue and Its Consequences During Prolonged Laparoscopic Surgery*
 A. Cuschieri, Dundee, UK
- 18:30** **Deschidere Oficială Congres ARCE 2019**
2019 ARCE Congress Official Opening Ceremony

JOI, 21 NOIEMBRIE 2019 / THURSDAY, 21 NOVEMBER 2019

Sala de Conferințe 2 / Conference Hall 2

- 08:30 - 10:30** **Sesiune II - Operații pas cu pas.**
Argumente pentru Diploma UEMS-EAES în Chirurgie Minim Invazivă
Session II - Step By Step Procedures.
Arguments for UEMS-EAES Minimally Invasive Surgery Diploma
Moderatori / Co-chairpersons:
 V. Tomulescu (Bucharest, Romania)
 A. Miron (Bucharest, Romania)
 P. Myśliwiec (Białystok, Poland)
- 08:30 - 08:45** **Colecistectomie laparoscopică**
Laparoscopic Cholecystectomy
 D. Ulmeanu, Bucharest, Romania
- 08:45 - 09:00** **Apendicectomie laparoscopică**
Laparoscopic Appendectomy
 R. C. Popescu, Constanța, Romania
- 09:00 - 09:15** **Explorarea laparoscopică abdominală în traumă**
Laparoscopic Abdominal Exploration in Trauma
 A. E. Nicolau, Bucharest, Romania

- 09:15 - 09:30** **Procedeu Nissen prin abord laparoscopic**
Laparoscopic Nissen Procedure for Hiatal Hernia
D. Cristian, Bucharest, Romania
- 09:30 - 09:45** **Splenectomia laparoscopică**
Laparoscopic Splenectomy
Ș. Tudor, C. Vasilescu (Bucharest, Romania)
- 09:45 - 10:00** **Esocardiomiectomie laparoscopică pentru acalazia cardiei**
Laparoscopic Esocardiomyotomy for Achalasia
P. Hoară, S. Constantinoiu (Bucharest, Romania)
- 10:00 - 10:30** **Discuții / Discussions**
- 10:30 - 11:00** ***Pauză de cafea și vizitare expoziție***
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
- 11:00 - 13:00** **Sesiune IV - Fundamental Use of Surgical Energy.
Ce trebuie să știe chirurghii despre electrochirurgie?**
*Session IV - Fundamental Use of Surgical Energy.
What Surgeons Need to Know About Electrosurgery*
Moderatori / Co-chairpersons:
P. R. Fuchshuber (San Francisco, USA)
C. Copăescu (Bucharest, Romania)
Experți / Experts:
M. Lițescu (Bucharest, Romania)
A. Miron (Bucharest, Romania)
S. Pantea (Timișoara, Romania)
F. Turcu (Bucharest, Romania)
D. Ulmeanu (Bucharest, Romania)
E. Nicolau (Bucharest, Romania)
M. Bjelović (Belgrade, Serbia)
- 11:00 - 11:15** **Introducere în FUSE**
Introduction to FUSE
P. R. Fuchshuber, San Francisco, USA
- 11:15 - 11:40** **Principii fundamentale ale electrochirurgiei**
Fundamental Principles of Radiofrequency Electrosurgery
B. Smeu, Bucharest, Romania
- 11:40 - 12:00** **Dispozitive monopolare**
Monopolar Devices
M. Lițescu, Bucharest, Romania
- 12:00 - 12:15** **Dispozitive bipolare**
Bipolar Devices
G. Filip, Bucharest, Romania

12:15 - 12:35 **Dispozitivele implantabile și electrochirurgia**

Implantable Devices and Electrosurgery

F. Turcu, Bucharest, Romania

12:35 - 13:00 **Prezentări de caz**

Case Studies

Discuții interactive și concluzii bazate pe prezentările de caz

Interactive discussions and take home messages based on several case presentations

13:30 - 14:00 **Pauză de prânz și vizitare expoziție**

Lunch Break & Exhibition Area Visiting

14:00 - 14:30 **Workshop FUSE (Zona Expozițională)**

FUSE Workshop (Exhibition Area)

14:30 - 16:30 **Sesiunea VI - Chirurgie minim invazivă endocrină**

Session VI - Endocrine MIS

Moderatori / Co-chairpersons:

E. Târcoveanu (Iași, Romania)

R. C. Popescu (Constanța, Romania)

A. Neimark (Saint Petersburg, Russia)

14:30 - 14:45 **Cum să evităm evenimente nedorite în adrenalectomia laparoscopică - experiența noastră**

How to Avoid Undesired Events in Laparoscopic Adrenalectomy - Own Experience

P. Myśliwiec, Białystok, Poland

14:45 - 15:00 **Rolul chirurgiei minim invazive în tratamentul tumorilor pancreatice neuroendocrine**

The Role of Minimally Invasive Surgery in the Treatment of Neuroendocrine Pancreatic Tumors

Eugenia Yiannakopoulou, Athens, Greece

15:00 - 15:15 **Un sfert de secol de experiență în paratiroidectomia minim invazivă video asistată din hiperparatiroidismul renal terțiar**

A Quarter of a Century of Experience in Minimally Invasive Video-Assisted Parathyroidectomy for Tertiary Renal Hyperparathyroidism

M. Glod, I. Costea, V. M. Burduloi, A. Chicoș (Iași, Romania)

15:15 - 15:30 **Rezultatele adrenalectomiei laparoscopice**

The Outcomes of Laparoscopic Adrenalectomy

A. Isaic, S. Domilescu, A. Hapaianu, L. Brâncoveanu, C. Vâlceanu, C. Duță (Timișoara, Romania)

15:30 - 15:40 **Adrenalectomie parțială robotică**

Robotic Partial Adrenalectomy

O. Arnăutu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)

- 15:40 - 15:50** **Adrenalectomie stângă pe cale laparoscopică pentru sindrom Cushing cu două incidentalome adrenale stângi**
Left Laparoscopic Adrenalectomy for Cushing Syndrome with Two Left Adrenal Incidentalomas
 Adrian Miron, Elena Adelina Toma, O. Enciu (Bucharest, Romania)
- 15:50 - 16:00** **Fistulă pancreatică și pneumonie bazală stângă secundare unei suprarenalectomiei stângi laparoscopice**
Pancreatic Fistula Left Basal Pneumonia After Laparoscopic Left Adrenalectomy
 A. Miron, E. A. Toma, O. Enciu (Bucharest, Romania)
- 16:00 - 16:15** **Abordare retroperitoneoscopică pentru tumori recurente sau noi după rezecția completă a feocromocitoamelor și paragangliomelor**
Retroperitoneoscopic Approach for Recurrent or New Tumors After Complete Resection of Pheochromocytomas and Paragangliomas
 V. Tomulescu, Loredana Bărbulescu, B. Smeu, Daniela Godoroja, C. Badiu, Nona Bejinariu (Bucharest, Romania)
- 16:15 - 16:30** **Discuții / Discussions**
- 16:30 - 17:00** **Pauză de cafea și vizitare expoziție
 Workshop FUSE (Zona Expozițională)**
*Coffee Break & Exhibition Area Visiting
 FUSE Workshop (Exhibition Area)*
- 17:00 - 18:00** **Sesiune VIII - Chirurgie minim invazivă toracică**
Session VIII - Thoracic MIS
Moderatori / Co-chairpersons:
 C. Paleru (Bucharest, Romania)
 V. Popa (Bucharest, Romania)
 D. Ulmeanu (Bucharest, Romania)
- 17:00 - 17:10** **Chirurgia Toracică Video Asistată (CTVA) - o cale de abord modernă pentru rezecția cancerului bronhopulmonar**
Video-Assisted Thoracoscopic Surgery (VATS) - A Modern Approach for Lung Cancer Resection
 A. I. Burlacu, B. C. Tănase, T. Horvat (Bucharest, Romania)
- 17:10 - 17:20** **Abordul chirurgical minim invaziv al sternului înfundat (procedeu Nuss) - 10 ani de experiență**
Minimally Invasive Repair for Pectus Excavatum (Nuss Procedure) - 10-Year Experience
 C. Grozavu, A. Istrate, D. Pantile (Bucharest, Romania)
- 17:20 - 17:30** **Rezecții anatomice sublobare prin tehnica VATS uniportal**
Sublobar Anatomical Resection, VATS Uniportal
 F. Dobrițoiu, Rodica Oncică, Daniela Godoroja (Bucharest, Romania)
- 17:30 - 17:40** **Patologii benigne ale diafragmului - abord laparoscopic și toracosopic**
Double Laparoscopic and Thoracoscopic Approach for Benign Pathology of the Diaphragm
 B. C. Tănase, A. I. Burlacu, T. Horvat (Bucharest, Romania)

17:40 - 17:50 **Tendințe actuale în alegerea vârstei pacienților și a procedurii chirurgicale cel mai sigur în corectarea deformării peretelui toracic anterior tip pectus excavatum**
Actual Trends in Choosing the Optimal Age of Patients and the Safest Surgical Procedure in the Treatment of Pectus Excavatum Anterior Chest Wall Deformities
V. Popa, T. Abduraim, Camelia Călin, R. Mirică, Clarisa Bârlog, Daniela Chițoi, M. Zamfir (Bucharest, Romania)

17:50 - 18:00 **Discuții / Discussions**

VINERI, 22 NOIEMBRIE 2019 / FRIDAY, 22 NOVEMBER 2019

Sala de Conferințe 1 / Conference Hall 1

08:30 - 10:30 **Sesiune IX - Chirurgie minim invazivă hepatobiliopancreatică - Sesiune în colaborare cu ARCHBPTH**

Session IX - Minimally Invasive HPB Surgery - Joint Session with ARCHBPTH

Moderatori / Co-chairpersons:

V. Șurlin (Craiova, Romania)

C. Puia (Cluj-Napoca, Romania)

08:30 - 08:45 **Chirurgia minimal invazivă hepato-pancreatică**

Minimally Invasive Approach in Liver and Pancreatic Surgery

I. Moșteanu, Oana Stănciulea, V. Brașoveanu, Doina Hrehoreț, Simona Dima, M. Eftimie, I. Popescu (Bucharest, Romania)

08:45 - 09:00 **Puncția biopsie cu FNA a unei formațiuni tumorale pancreatice după rezecție gastrică cu Gastrojejun-anastomoză pe ansa Roux-En-Y - abordare transjejunală asistat laparoscopic**

Endoscopic Ultrasound Fine Needle Aspiration of a Pancreatic Mass After Roux-En-Y Gastric Resection - A Laparoscopic Assisted Trans-Jejunal Approach

A. Săftoiu, Alina Constantin, Elena Cătănescu, Bogdana Bănescu, Nona Bejinariu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)

09:00 - 09:10 **Chistul coledocian - probleme în tratamentul laparoscopic al acestuia**

Choledochal Cyst - Challenges in Laparoscopic Approach

R. Mehic, M. Bolocan, G. Teleanu, M. Avram, M. Beuran (Bucharest, Romania)

09:10 - 09:20 **Fistulele biliare după colecistectomia laparoscopică. Probleme de diagnostic și management**

Bile Leak After Laparoscopic Cholecystectomy. Problems of Diagnostic and Management

D. Brebu, Iuliana Mihail, Sasa Cuzmanov, Karina Botoca, Estera Homorogan, F. Lazăr (Timișoara, Romania)

09:20 - 09:30 **Duodenectomie totală laparoscopică cu conservarea pancreasului pentru polipoza familială adenomatoasă**

Laparoscopic Pancreas-Preserving Total Duodenectomy for Familial Adenomatous Polyposis

C. Copăescu, Alina Constantin, B. Smeu, A. Săftoiu (Bucharest, Romania)

- 09:30 - 09:40** **Chirurgia minim-invazivă în patologia pancreatică benignă: splenopancreatectomie distală laparoscopică pentru tumoră chistică pancreatică**
The Minimally Invasive Approach in Benign Pancreatic Pathology: Laparoscopic Spleno-Pancreatectomy for Large Pancreatic Cystic Tumor
 Ș. Pătrașcu, A. Gogănașu, Giorgiana Graure, S. D. Preda, A. Nicolaescu, I. Georgescu, V. Șurlin (Craiova, Romania)
- 09:40 - 09:50** **Are laparoscopia un rol în tratamentul bolii hidatice hepatice recidivate?**
Is There a Role for Laparoscopy in the Treatment of Recurrent Liver Hydatidosis?
 A. Nicolaescu, V. Șurlin, Ș. Pătrașcu, S. Ramboiu, A. Pătru, E. Georgescu, I. Georgescu (Craiova, Romania)
- 09:50 - 10:05** **Litotripsie electrohidraulică ghidată Spyglass© pentru litiiza intra-hepatică sau coledociană. O experiență de doi ani într-un centru terțiar**
Spyglass© Guided Electrohydraulic Lithotripsy for Intrahepatic and Difficult Common Bile Duct Stones. A Two-Year Experience in a Single Surgical Tertiary Center
 P. Antypas, Analisa Capello, C. Boru, F. Fiocca (Rome, Italy)
- 10:05 - 10:30** **Discuții / Discussions**
- 10:30 - 11:00** **Pauză de cafea și vizitare expoziție**
Workshop FUSE (Zona Expozițională)
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 11:00 - 13:00** **Sesiune XI - Chirurgia minim invazivă a peretelui abdominal**
Sesiune în colaborare cu Clubul Român de Hernie
Session XI - MIS for Abdominal Wall Repair
Joint Session with The Romanian Hernia Club
Moderatori / Co-chairpersons:
 F. Turcu (Bucharest, Romania)
 D. Ulmeanu (Bucharest, Romania)
- 11:00 - 11:15** **Repararea herniei inghinale prin procedura TEP sub anestezie spinală**
Laparoscopic Total Extraperitoneal (TEP) Inguinal Hernia Repair and Spinal Anaesthesia
 Marina Kalogridaki, Athens, Greece
- 11:15 - 11:25** **Abordul laparoscopic în tratamentul chirurgical al herniilor inghino-femorale**
Laparoscopic Approach in the Surgical Treatment of Inguinal and Femoral Hernias
 B. A. Pop, M. Valea, I. Cordoș, Andreea Cordoș, C. Mihețiu, D. Georgian, M. Roșian, V. Făgărășan, C. Ciuce, V. Bințișan (Cluj-Napoca, Romania)
- 11:25 - 11:35** **Procedeu retromuscular laparoscopic pentru hernie Spiegel**
Laparoscopic Sublay Procedure for Spiegel Hernia
 B. V. Marțian, Cristina Lazăr (Bucharest, Romania)
- 11:35 - 11:45** **Există avantaje ale chirurgiei robotice în procedeul TAR față de abordarea laparoscopică?**
Robotic TAR Advantages to the Laparoscopic Approach?
 I. Hutopilă, C. Copăescu (Bucharest, Romania)

- 11:45 - 11:55** **Caz rar de hernie abdominală (M5/L3) la un pacient cu mai multe operații: tratament laparoscopic**
Strange Case of Abdominal Border Hernias (M5/L3) in a Multiple Operated Patient: Laparoscopic Treatment
 A. Iossa, C. Boru (Rome, Italy)
- 11:55 - 12:05** **Hernia inghinală bilaterală recurentă: re-TAPP laparoscopic**
Recurrent Bilateral Inguinal Hernia: Laparoscopic re-TAPP
 A. Iossa, C. Boru (Rome, Italy)
- 12:05 - 12:15** **Trebuie să știm mai multe despre proteze?**
Do We Need to Know More About Meshes?
 V. Calu, Bucharest, Romania
- 12:15 - 12:25** **Calitatea vieții și funcționalitatea după protezarea textilă în hernia ventrală**
Quality of Life and Functionality After Ventral Hernia Mesh Repair
 C. Tartă, C. Duță, B. Ilinca, M. Plic, S. Vascu, E. Mușet, F. Lazăr (Timișoara, Romania)
- 12:25 - 12:35** **Evaluarea modificărilor histopatologice determinate de proteze textile autologe din plasma îmbogățită cu proteine față de cele sintetice absorbabile în protezarea textilă a herniilor hiatale pe cale laparoscopică, pe un model animal**
Evaluation of the Histopathological Modifications Induced by the Autologous Protein-Rich Plasma Versus Absorbable, Synthetic Mesh As Reinforcement of the Hiatal Hernia Repair in a Laparoscopic Animal Model
 C. Boru (1), C. Copăescu (2), N. Manolescu (2), D. Ulmeanu (2), N. Copca (2), V. Constantinică (2), G. Silecchia (1)
 (1) Rome, Italy, (2) Bucharest, Romania
- 12:35 - 12:45** **Eventrațiile abdominale recidivate complicate. Indicațiile utilizării protezelor textile resorbabile**
Complicated Recurrent Incisional Abdominal Hernias - Indications for Resorbable Meshes
 V. C. Diaconu, Diana Stănescu, S. Velici, T. Mateescu (Bucharest, Romania)
- 12:45 - 13:00** **Discuții / Discussions**
- 13:00 - 13:30** **Sesiune plenară - Tratatamentul anticoagulant în prevenirea trombozei profunde în chirurgia minim invazivă - atitudine imperativă!**
Plenary Session - DVT Prevention in MIS - A Must!
Moderatori / Co-chairpersons:
 Doina Dimulescu (Bucharest, Romania)
 Daniela Godoroja (Bucharest, Romania)
 T. Rogula (Kraków, Poland)
Experti / Experts:
 Alina Constantin (Bucharest, Romania)
 Roxana Bădescu (Bucharest, Romania)
 F. Iordache (Bucharest, Romania)
 B. V. Marțian (Bucharest, Romania)
- 13:30 - 14:00** **Pauză de prânz și vizitare expoziție**
Lunch Break & Exhibition Area Visiting

- 14:00 - 14:30** **Workshop FUSE (Zona Expozițională)**
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 14:30 - 16:30** **Sesiune XIII - iSMIT @ RAES - Progrese în educația chirurgicală**
Session XIII - iSMIT @ RAES - Advances in Surgical Education
- Moderatori / Co-chairpersons:**
A. Melzer (Dundee, UK)
S. A. Antoniou (Limassol, Cyprus)
C. Tiu (Câmpina, Romania)
- 14:30 - 14:50** **Inteligența artificială în sala de operații a viitorului**
Artificial and Machine Intelligence in the OR of the Future
A. Melzer, Dundee, UK
- 14:50 - 15:10** **Noi tehnologii în instruirea chirurgicală minim invazivă**
New Technologies In Minimally Invasive Surgery Training
F. M. Sanchez-Margallo (1), C. Tiu (2)
(1) Cáceres, Spain, (2) Câmpina, Romania
- 15:10 - 15:30** **Tele-Mentoring în chirurgia minim invazivă**
Tele-Mentoring in Minimally Invasive Surgery
S. A. Antoniou, Limassol, Cyprus
- 15:30 - 15:50** **Statusul de dezvoltare a EASIER Knowledge Alliance**
Development Status of the EASIER Knowledge Alliance
C. Tiu, Câmpina, Romania
- 15:50 - 16:05** **Ecografia pentru chirurghi. De la puncții percutanate ale colecțiilor abdominale la biopsii Tru-cut laparoscopice ghidate ecografic**
Ultrasound for Surgeons. From Percutaneous Sampling of Abdominal Collections to Laparoscopic Ultrasound-Guided Tru-cut Biopsies
V. Bințișan, A. Cordoș, V. Făgărășan, P. Mircea, C. Ciuce, R. Chira (Cluj-Napoca, Romania)
- 16:05 - 16:20** **Ecografia, al șaselea deget al chirurgului; asumarea programului de formare în ecografie de către EAES și ARCE**
Ultrasound, the Sixth Surgeon's Finger; the Assumption of the Ultrasound Training Program by EAES and ARCE
C. Tiu, Câmpina, Romania
- 16:20 - 16:30** **e-Poster comentat: Pelvi-trainer versatil printat 3D pentru program de training în chirurgie laparoscopică pelvină**
Commented e-Poster: Versatile 3D-Printed Pelvi-Trainer for Laparoscopic Pelvic Surgery Training Program
R. C. Elisei (1), F. Graur (2), C. Popa (2), E. Mois (2), Luminița Furcea (2), N. Al Hajjar (2)
(1) Cluj-Napoca / Bistrița, Romania, (2) Cluj-Napoca, Romania

- 16:30 - 17:00** *Pauză de cafea și vizitare expoziție*
Workshop FUSE (Zona Expozițională)
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 17:00 - 19:00** **Sesiune XV - Chirurgie minim invazivă pentru afecțiunile maligne ale tractului gastrointestinal superior**
Session XV - MIS Upper GI Malignancies
Moderatori / Co-chairpersons:
D. Predescu (Bucharest, Romania)
K. Otsuka (Tokyo, Japan)
V. Bințișan (Cluj-Napoca, Romania)
- 17:00 - 17:15** **Esofagectomia minim invazivă și disecția radicală a ganglionilor limfatici fără afectarea nervului laringian recurent**
Minimally Invasive Esophagectomy and Radical Lymph Node Dissection Without Recurrent Laryngeal Nerve Paralysis
K. Otsuka, Tokyo, Japan
- 17:15 - 17:30** **Esofagectomia minim-invazivă în cancerul esofagian - management terapeutic, considerații tehnice**
Minimally-Invasive Esophagectomy in Esophageal Cancer - Therapeutic Treatment, Technical Considerations
D. Predescu, F. Achim, M. Boeriu, A. Moraru, S. Constantinoiu (Bucharest, Romania)
- 17:30 - 17:45** **Reconstrucția cu grefon gastric tubulizat retrosternal și anastomoza esogastrică în chirurgia cancerului de esofag în institutul nostru**
Retrosternal Gastric Tube Reconstruction and Esophago-Gastric Tube Anastomosis in Esophagus Cancer Surgery in Our Institute
R. Kato, Tokyo, Japan
- 17:45 - 17:55** **Rolul stadializării laparoscopice pentru optimizarea tratamentului multidisciplinar la pacienții cu cancer gastric**
The Value of Staging Laparoscopy for Optimal Multidisciplinary Treatment in Patients with Gastric Cancer
V. Bințișan, Andreea Cordoș, E. Cata, R. Chira, Adriana Bințișan, Simona Cocu, Larisa Ciule, A. Ungureanu, C. Ciuce (Cluj-Napoca, Romania)
- 17:55 - 18:05** **Gastrectomie subtotală laparoscopică cu limfadenectomie D2**
Laparoscopic Subtotal Gastrectomy and D2 Lymphadenectomy
B. V. Marțian, J. E. Mihăilă, Cristina Lazăr, C. I. Nedelcu (Bucharest, Romania)
- 18:05 - 18:15** **Esofagectomie prin abord hibrid laparoscopic și toracotomie pentru sarcom esofagian intratoracic**
Hybrid Esophagectomy by Laparoscopy and Thoracotomy for Intrathoracic Esophageal Sarcoma
V. Bințișan, M. Ciorbă, Simona Cocu, Andreea Cordoș, Z. Fekete, C. Ciuce (Cluj-Napoca, Romania)

- 18:15 - 18:25** **Rezecții laparoscopice limitate pentru tumori stromale gastrointestinale (GIST) cu localizare gastrică**
Limited Laparoscopic Resection for Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST) of the Stomach
 A. Popențiu (Sibiu, Romania)
- 18:25 - 18:35** **Leziune iatrogenă esofagiană în timpul tratamentului chirurgical laparoscopic al unei hernii hiatale voluminoase - prezentare de caz**
Esophageal Iatrogenic Injury During the Laparoscopic Treatment of a Large Hiatal Hernia - Case Presentation
 V. C. Diaconu, S. Velici, Diana Stănescu, T. Mateescu (Bucharest, Romania)
- 18:35 - 18:45** **Gastrostomia endoscopică percutană în nutriția pacienților oncologici - 5 ani de experiență**
Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and the Nutrition of Oncological Patients - 5 Years of Experience
 L. Simion, M. Alecu, M. Vintilă, Elena Chitoran, V. Rotaru, Elena Mihaela Vrabie (Bucharest, Romania)
- 18:45 - 19:00** **Discuții / Discussions**

VINERI, 22 NOIEMBRIE 2019 / FRIDAY, 22 NOVEMBER 2019

Sala de Conferințe 1 / Conference Hall 1

- 08:30 - 10:30** **Sesiune X - Operații pas cu pas. Argumente pentru Diploma UEMS - EAES în Chirurgie Minim Invazivă**
Session X - Step by Step Procedures. Arguments for UEMS - EAES Minimally Invasive Surgery Diploma
Moderatori / Co-chairpersons:
 C. Copăescu (Bucharest, Romania)
 S. A. Antoniou (Limassol, Cyprus)
 F. Zaharie (Cluj-Napoca, Romania)
- 08:30 - 08:45** **Adrenalectomie laparoscopică stângă**
Laparoscopic Left Adrenalectomy
 A. Miron (Bucharest, Romania)
- 08:45 - 09:00** **Adrenalectomie laparoscopică dreaptă**
Laparoscopic Right Adrenalectomy
 S. Păun, Bucharest, Romania
- 09:00 - 09:15** **Hernioplastia inghinală laparoscopică și TAPP**
Laparoscopic TAPP Inguinal Hernia Repair
 V. Bințișan, Cluj-Napoca, Romania
- 09:15 - 09:30** **Hemicolectomia dreaptă pe cale laparoscopică**
Laparoscopic Right Colectomy
 B. V. Marțian, Bucharest, Romania

- 09:30 - 09:45** **Sigmoidectomie laparoscopică**
Laparoscopic Sigmoidectomy
F. Zaharie, Cluj-Napoca, Romania
- 09:45 - 10:00** **Histerectomie laparoscopică**
Laparoscopic Hysterectomy
Bogdana Bănescu, Bucharest, Romania
- 10:00 - 10:15** **Anastomoza entero-enterală laparoscopică (reintegrarea ileostomiei laparoscopice)**
Laparoscopic Entero-Entero Anastomosis (Laparoscopic Ileostomy Reversal)
B. Smeu, Bucharest, Romania
- 10:15 - 10:30** **Discuții / Discussions**
- 10:30 - 11:00** ***Pauză de cafea și vizitare expoziție***
Workshop FUSE (Zona Expozițională)
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 11:00 - 13:00** **Sesiune XII - Chirurgie robotică**
Sesiune în colaborare cu Clubul Român de Chirurgie Robotică
Session XII - Robotic Surgery
Joint Session with The Romanian Robotic Surgery Club
Moderatori / Co-chairpersons:
N. Crișan (Cluj-Napoca, Romania)
C. Duță (Timișoara, Romania)
A. Melzer (Dundee, UK)
- 11:00 - 11:15** **Chirurgie non-invazivă prin intermediul Image Guided Robotic Focused Ultrasound**
Non-Invasive Surgery Through Image Guided Robotic Focused Ultrasound
A. Melzer, Dundee, UK
- 11:15 - 11:30** **Chirurgia robotică în afecțiunile oncologice ginecologice**
Robotic Assisted GYN-ONC
N. Plevris, Athens, Greece
- 11:30 - 11:40** **Care sunt avantajele chirurgiei robotice în endometrioză?**
What Are the Advantages of Robotic Surgery in Endometriosis?
C. Coroleuca, Elvira Brătilă (Bucharest, Romania)
- 11:40 - 11:50** **Chirurgie adrenală asistată robotic: progrese recente**
Robotic Assisted Adrenal Surgery: Recent Advances
Eugenia Yiannakopoulou, Athens, Greece
- 11:50 - 12:00** **Rezolvarea robotică a cazurilor de hernie hiatală - de la cazuri ușoare la cele dificile**
Robotic Hiatal Hernia Repair - From Easy to More Challenging Cases
S. Hirides, Athens, Greece

- 12:00 - 12:10** **Abordul robotic - extinderea indicației de nefrectomie parțială?**
Robotic Approach - Extending the Indications for Partial Nephrectomy?
N. Crișan, Iulia Andraș, I. Coman (Cluj-Napoca, Romania)
- 12:10 - 12:20** **Experiența inițială în chirurgia robotică pentru cancerul esofagian**
Initial Experience of Robotic Surgery for Esophageal Cancer
C. Duță, D. Brebu, G. Verdeș, V. Braicu, D. Al-Jobory, I. Barbu, F. Lazăr (Timișoara, Romania)
- 12:20 - 12:30** **Cistectomie radicală robotică cu nevezica tip Studer**
Robotic Radical Cystectomy with Intracorporeal Studer Neobladder
M. Onaca, Bucharest, Romania
- 12:30 - 12:45** **Chirurgia bariatrică robotică. De ce o fac?**
Robotic Bariatric Surgery. Why Do I Do it?
T. Rogula, Kraków, Poland
- 12:45 - 12:55** **Pancreatectomie minim invazivă (Lap/Robotică) cu prezervarea splinei**
MIS (Lap/Robotic) Spleen Preserving Pancreatectomy
Irina Bălescu, V. Tomulescu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 12:55 - 13:00** **Discuții / Discussions**
- 13:30 - 14:00** **Pauză de prânz și vizitare expoziție**
Lunch Break & Exhibition Area Visiting
- 14:00 - 14:30** **Workshop FUSE (Zona Expozițională)**
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 14:30 - 16:30** **Sesiune XIV - Urologie**
Session XIV - Urology
Moderatori / Co-chairpersons:
M. Onaca (Bucharest, Romania)
P. E. F. Stijns (Utrecht, The Netherlands)
V. Jinga (Bucharest, Romania)
- 14:30 - 14:45** **Abordul laparoscopic - care sunt limitele? Derivația urinară intracorporeală**
Laparoscopic Approach - Which Are the Final Frontiers? Intracorporeal Urinary Diversion
N. Crișan, Iulia Andraș, I. Coman (Cluj-Napoca, Romania)
- 14:45 - 15:00** **Abordul laparoscopic - care sunt limitele? Nefrectomia radicală cu trombectomie**
Laparoscopic Approach - Which Are the Final Frontiers? Radical Nephrectomy with IVC Thrombectomy
Iulia Andraș, N. Crișan, I. Coman (Cluj-Napoca, Romania)
- 15:00 - 15:15** **Chirurgia de o zi în urologie - Ce este în prezent realizabil?**
One Day Surgery in Urology - What Is Currently Achievable?
A. Ploumidis, Athens, Greece

- 15:15 - 15:30** **Repararea robotică a leziunilor iatrogene ale vezicii urinare - Aspecte tehnice noi**
Robotic Repairing of Iatrogenic Bladder Lesions - New Technique Aspects
M. Onaca, L. Adou, G. Niță, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 15:30 - 15:45** **Nefrectomie parțială laparoscopică - care sunt limitele?**
Laparoscopic Partial Nephrectomy - Which Are the Limits?
D. Ș. Diaconescu, G. Roșoga, F. Vărzescu, B. Braticevici, V. Jinga (Bucharest, Romania)
- 15:45 - 16:00** **Rezecția adenomului de prostată prin chirurgie robotică - tehnică și avantaje**
Robotic Prostatic Adenectomy - Technique and Advantages
G. Niță, G. Tie, M. Onaca (Bucharest, Romania)
- 16:00 - 16:15** **Prostatectomia radicală laparoscopică 2D HD versus 3D HD - există diferențe semnificative?**
2D HD Versus 3D HD in Laparoscopic Radical Prostatectomy - Any Significant Differences?
C. Iatagan, C. Belinski, A. Augurenci, C. Neiculescu (Bucharest, Romania)
- 16:15 - 16:30** **Rolul TAP în anestezia în chirurgia endoscopică**
The Role of Transversus Abdominal Plane Block (TAP) in Endoscopic Surgery
M. Kalogridaki, Athens, Greece
- 16:30 - 17:00** ***Pauză de cafea și vizitare expoziție***
Workshop FUSE (Zona Expozițională)
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
FUSE Workshop (Exhibition Area)
- 17:00 - 19:00** **Sesiune XVI - Chirurgie minim invazivă pentru endometrioză profundă.**
Masă rotundă multidisciplinară
Session XVI - MIS for Deep Endometriosis.
Multidisciplinary Round Table
Moderatori / Co-chairpersons:
G. C. M. Graziosi (Utrecht, The Netherlands)
N. Suciu (Bucharest, Romania)
V. Simedrea (Timișoara, Romania)
- 17:00 - 17:13** **Tratamentul chirurgical în endometrioza infiltrativă profundă: actualități**
Surgical Treatment in Deep Infiltrating Endometriosis: An Update
G. C. M. Graziosi, Utrecht, The Netherlands
- 17:13 - 17:26** **Valoarea ecografiei endoscopice flexibile transrectale în evaluarea leziunilor de endometrioză profundă**
Value of Flexible Transrectal Endoscopic Ultrasound (EUS) for Deep Endometriosis
Alina Constantin, V. Tomulescu, C. Copăescu, A. Săftoiu (Bucharest, Romania)
- 17:26 - 17:39** **Profilul ginecologului dedicat chirurgiei endometriozei în România**
The Profile of Endometriosis Gynecologist Surgeon in Romania
V. Simedrea, Timișoara, Romania

- 17:39 - 17:51** **Alcoolizarea intralaparoscopică a endometriomului, alternativă la chistectomie la pacientele cu rezervă ovariană scăzută**
Intralaparoscopic Alcoholization of the Endometrioma, an Alternative for Cystectomy in Patients with Low Ovarian Reserve
 I. Ion, Bucharest, Romania
- 17:51 - 18:05** **Complicații după rezecție laparoscopică intestinală pentru endometrioză profundă**
Complications After Laparoscopic Bowel Resection for Deeply Infiltrating Endometriosis
 A. Dobrescu, L. Stoica, A. Isaic, G. Facraci, Patricia Pantilie, V. Simedrea (Timișoara, Romania)
- 18:05 - 18:18** **Rolul chirurgiei minimal invazive urologice în tratamentul multidisciplinar al endometriozei**
The Minimally Invasive Role of the Urologist in the Multidisciplinary Treatment of Endometriosis
 P. E. F. Stijns, Utrecht, The Netherlands
- 18:18 - 18:31** **Fertilitatea și endometrioza cu infiltrare profundă**
Fertility and Deep Infiltrating Endometriosis
 N. Suciu, Ramona Dragomir, Oana Toader (Bucharest, Romania)
- 18:31 - 18:45** **Tratamentul chirurgical al endometriozei afectând nervii pelvini**
Surgical Treatment of Nerve Endometriosis
 V. Simedrea, R. Petrică (Timișoara, Romania)
- 18:45 - 19:00** **Criterii clinice pentru centralizarea endometriozei în Norvegia**
Clinical Criteria for the Centralization of Endometriosis in Norway
 A. Botea, Skien, Norway

SÂMBĂȚĂ, 23 NOIEMBRIE 2019 / SATURDAY, 23 NOVEMBER 2019

Sala de Conferințe 1 / Conference Hall 1

Simpozionul Național de Chirurgie Bariatrică și Metabolică este un eveniment endorsat IFSO.

The National Symposium of Bariatric and Metabolic Surgery is an event endorsed by IFSO.

08:30 - 08:40 **Mesaj de Bun Venit Președinte Simpozion**

Presidential Welcome Address

08:40 - 10:00 **Sesiune XVII - Operații pas cu pas.
 Argumente pentru Diploma UEMS-EAES în Chirurgie Minim Invazivă**

Session XVII - Step by Step Procedures.

Arguments for UEMS - EAES Minimally Invasive Surgery Diploma

Moderatori / Co-chairpersons:

C. Duță (Timișoara, Romania)

A. Iossa (Rome, Italy)

C. Copăescu (Bucharest, Romania)

- 08:40 - 08:55** **Cum efectuăm o gastrectomie longitudinală sigură - De la experiență la standardizare**
How to Perform Safe Sleeve Gastrectomy - From Experience to Standardization
 A. Neimark, Saint Petersburg, Russia
- 08:55 - 09:05** **Standardizarea gastrectomiei longitudinale laparoscopice și efectul asupra rezultatelor**
Standardization of Laparoscopic Sleeve Gastrectomy and the Effect on Outcomes
 C. Lazăr, A. Dobrescu, G. Noditi, R. Zoller, A. Sodolescu, C. Duță (Timișoara, Romania)
- 09:05 - 09:20** **OAGB laparoscopic - o vedetă în devenire în chirurgia bariatrică**
Laparoscopic OAGB - A Rising Star in Bariatric Surgery
 N. Runkel, Villingen-Schwenningen, Germany
- 09:20 - 09:35** **Gastric bypass pe ansă în Y prin abord laparoscopic**
Laparoscopic RYGBP
 T. Rogula, Kraków, Poland
- 09:35 - 09:45** **SADI Laparoscopic**
Laparoscopic SADI
 B. Smeu, Bucharest, Romania
- 09:45 - 10:00** **Chirurgia bariatrică robotică - Își merită timpul și banii?**
Robotic Bariatric Surgery - Is It Worth the Time and Money?
 M. Bhandari, Indore, India
- 10:00 - 10:30** **Pauză de cafea și vizitare expoziție**
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
- 10:30 - 12:30** **Sesiune XVIII - Echipă multidisciplinară**
Session XVIII - Multidisciplinary Team Approach
Moderatori / Co-chairpersons:
 T. Rogula (Kraków, Poland)
 M. Bhandari (Indore, India)
- 10:30 - 10:45** **Ghidurile EAES 2019 pentru chirurgia bariatrică**
2019 EAES Guidelines on Bariatric Surgery
 S. A. Antoniou, Limassol, Cyprus
- 10:45 - 11:00** **Explorare endoscopică de rutină - pre- și intraoperator într-un centru cu volum operator mare: 1900 de cazuri**
Routine Intra Operative, Pre-Bariatric Surgery Endoscopy at a High-Volume Center: A Report on 1900 Cases
 M. Fobi, Indore, India
- 11:00 - 11:10** **Apneea de somn - predictor al evoluției ponderale postoperatorii**
Sleep Apnea - Weight Loss Predictor
 Laura Mihalache, Lidia Iuliana Arhire (Iași, Romania)

- 11:10 - 11:20** **Intervențiile bariatrice și controlul OSA**
Bariatric Intervention and OSA Control
 A. Vlădău, V. C. Diaconu, S. Velici (Bucharest, Romania)
- 11:20 - 11:30** **Cine sunt candidații pentru chirurgie bariatrică cu boli cardiovasculare severe?**
Who Are the Candidates for Bariatric Surgery with Severe Cardiovascular Disease?
 A. Neimark, Saint Petersburg, Russia
- 11:30 - 11:40** **„Mă simt beat după o singură băutură”. Evaluarea fiziopatologică prospectivă a metabolizării alcoolului după gastrectomie longitudinală**
”I Feel Drunk After One Drink”. Prospective Pathophysiological Evaluation Of Alcohol Metabolism After Sleeve Gastrectomy
 A. Iossa (1), Maria Chiara Ciccioriccio (1), C. Boru (1), Liliana Di Giacomo (2), Chiara Zerbinati (1), G. Silecchia (1)
 (1) Rome, Italy, (2) Latina, Italy
- 11:40 - 11:50** **BRGE și chirurgia herniei hiatale la pacienții cu obezitate severă**
GERD and Hiatal Hernia Surgery in Patients with Severe Obesity
 C. Boru, Rome, Italy
- 11:50 - 12:00** **Plicatura endoscopică - Experiența inițială într-un centru bariatric**
Endoscopic Plication - Initial Experience in a Bariatric Center
 Simona Filip, F. Turcu, G. Filip, A. Săftoiu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 12:00 - 12:15** **Echilibrul între cantitate și calitate în chirurgia bariatrică - experiența unui centru cu volum crescut**
How I Balance Quality and Quantity in Bariatric Surgery - Insights from a High Volume Bariatric Surgery Centre
 M. Bhandari, Indore, India
- 12:15 - 12:30** **Discuții / Discussions**
- 12:30 - 12:40** **Conferință prezidențială: Esofagul Barrett după micșorarea de stomac - un risc semnificativ?**
Presidential lecture: Barrett Esophagus and Sleeve - A Significant Risk?
 Conferențiar / Speaker:
 C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 12:40 - 13:30** **Pauză de prânz și vizitare expoziție**
Lunch Break & Exhibition Area Visiting
- 13:30 - 14:30** **Sesiune XIX (I) - Tendințe actuale și provocări în chirurgia metabolică Banded Procedures - Webinar Live IFSO EC**
Session XIX (I) - Actual Trends and Challenges in Metabolic Surgery Banded Procedures - IFSO EC Live Webinar
Moderatori / Co-chairpersons:
 N. Runkel (Villingen-Schwenningen, Germany)
 M. Fobi (Indore, India)
 C. Copăescu (Bucharest, Romania)

- 13:30 - 13:50** **Bandarea rezervorului gastric în operațiile bariatrice modifică alegerea alimentelor și comportamentul alimentar**
Banding the Pouch in Bariatric Operation Alters Food Choice and Eating Habit
M. Fobi, Indore, India
- 13:50 - 14:10** **Gastrectomie longitudinală cu bandare - 6 ani de experiență**
Banded Sleeve - 6 Years Results
M. Bhandari, Indore, India
- 14:30 - 15:30** **Sesiune XIX (II) - Migrarea gastrică intratoracică**
Session XIX (II) - Intrathoracic Gastric Migration
Moderatori / Co-chairpersons:
N. Runkel (Villingen-Schwenningen, Germany)
M. Fobi (Indore, India)
C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 14:30 - 14:45** **Migrarea gastrică intratoracică după chirurgia bariatrică: o provocare subraportată**
Intrathoracic Gastric Migration After Bariatric Surgery: An Underreported Challenge
N. Runkel, Villingen-Schwenningen, Germany
- 14:45 - 14:55** **Migrează timpuriu joncțiunea esogastrică după gastrectomia longitudinală?**
Early Migration of the GEJ After LSG?
I. Hutopilă, B. Smeu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 14:55 - 15:05** **Bypass gastric și cruroplastică posterioară întărită ca procedură de salvare pentru BRGE severă consecutivă migrației intratoracice a gastrectomiei longitudinale inițiale**
Gastric Bypass and Posterior, Reinforced Cruroplasty as a Rescue Procedure for Severe GERD Due to the Intrathoracic Migration of the Initial Sleeve Gastrectomy
C. Boru, Alessandra Micalizzi, G. Silecchia (Rome, Italy)
- 15:05 - 15:15** **Ligamentopexia Narbona Arnau - o soluție pentru prevenirea migrării iterative?**
Narbona Arnau Ligamentopexy - A Solution to Prevent the Iterative Migration?
C. Copăescu, Bucharest, Romania
- 15:15 - 15:30** **Discuții / Discussions**
- 15:30 - 16:00** **Pauză de cafea și vizitare expoziție**
Coffee Break & Exhibition Area Visiting
- 16:00 - 18:00** **Sesiune XX - Chirurgie bariatrică - Cazuri complexe & complicate. Festival video**
Session XX - Bariatric surgery - Complex & Complicated cases. Video Festival
Moderatori / Co-chairpersons:
B. Smeu (Bucharest, Romania)
A. Neimark (Saint Petersburg, Russia)
C. Boru (Rome, Italy)

- 16:00 - 16:10** **Managementul stenozei postoperatorii după gastrectomie longitudinală laparoscopică**
Management of the Postoperative Stenosis After LSG
F. Turcu, Bucharest, Romania
- 16:10 - 16:20** **Abordare endoscopică pentru complicații chirurgicale bariatrice**
Endoscopic Approach for Bariatric Surgery Complications
P. Antypas, Rome, Italy
- 16:20 - 16:30** **Jejunostomie Roux pe ansă în Y à la Roux - Technici și rezultate**
Roux en Y Feeding Jejunostomy - Techniques and Outcomes
B. Smeu, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 16:30 - 16:40** **SADI robotic - procedură revizională în cazul unui pacient cu scădere ponderală insuficientă după gastrectomia longitudinală**
Robotic Assisted Single-Anastomosis Duodeno-Ileostomy - New Revision Procedure in a Patient With Insufficient Weight Loss After Sleeve Gastrectomy
G. Verdeș, G. Noditi, R. Hajjar, A. Dobrescu, C. Lazăr, F. Lazăr, C. Duță (Timișoara, Romania)
- 16:40 - 16:50** **Transformarea gastrectomiei longitudinale în gastric by-pass**
Conversion of Sleeve-OAGB-RYGBP
C. Boru, Rome, Italy
- 16:50 - 17:00** **Gastrectomie longitudinală iterativă - Follow up pe termen mediu**
Redo Gastric Sleeve After Gastric Sleeve - Medium Term Follow Up
Simona Filip, C. Copăescu (Bucharest, Romania)
- 17:00 - 17:10** **Bypass-ul gastric după procedurile bariatrice eșuate. Prezentarea unui caz de gastrectomie longitudinală complicată la un pacient cu mai multe operații**
Gastric Bypass Is Redemption After Failed Bariatric Procedures. Video Report on a Complicated Sleeve Gastrectomy in a Multiple Operated Patient
C. Boru, V. Constantinică, G. Silecchia (Rome, Italy)
- 17:10 - 17:20** **Gastrectomie longitudinală cu bandare - studiu de etapă**
Banded Gastric Sleeve - Stage Study
V. C. Diaconu, S. Velici, Diana Stănescu, T. Mateescu (Bucharest, Romania)
- 17:20 - 17:30** **Probleme de funcționare a unui stapler în timpul gastrectomiei longitudinale laparoscopice: o complicație de temut, însă rezolvabilă**
Stapler Malfunction During Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Dreaded But Manageable Complication
R. C. Popescu, Cristina Dan, A. Doșa, R. D. Boșneagu, A. C. Ghioldiș, Nicoleta Leopa, Cornelia Minodora Olteanu, F. Ciobanu (Constanța, Romania)
- 17:30 - 18:00** **Discuții / Discussions**

SÂMBĂȚĂ, 23 NOIEMBRIE 2019 / SATURDAY, 23 NOVEMBER 2019

Sala de Conferințe 2 / Conference Hall 2

08:30 - 10:00 **Masterclass în chirurgie robotică (I)**

Masterclass in Robotic Surgery (I)

Moderatori / Co-chairpersons:

N. Crișan (Cluj-Napoca, Romania)

V. Tomulescu (Bucharest, Romania)

Elvira Brătilă (Bucharest, Romania)

Este sacrocolpoplexia asistată robotic standard pentru prolaps pelvin?

Is Robot-Assisted Sacrocolpopexy the Gold Standard for Pelvic Organ Prolapse?

A. Ploumidis Athens, Greece

Diversie urinară intracorporeală asistată robotic după cistectomie radicală

Robot-Assisted Intracorporeal Urinary Diversion Following Radical Cystectomy

P. E. F. Stijns, Utrecht, The Netherlands

Tehnici asistate robotic de reimplantare ureterală - tips & tricks

Robotic Ureteral Reimplantation Techniques - Tips & Tricks

A. Ploumidis, Athens, Greece

Transplantul renal robotic - pas cu pas

Robotic Living Donor Nephrectomy and Renal Transplantation - Step by Step N.

Crișan, Iulia Andraș, I. Coman, Cluj-Napoca, Romania

10:00 - 10:30

Pauză de cafea și vizitare expoziție

Coffee Break & Exhibition Area Visiting

10:30 - 12:30

Masterclass în chirurgie robotică (II)

Masterclass in Robotic Surgery (II)

Moderatori / Co-chairpersons:

N. Crișan (Cluj-Napoca, Romania)

V. Tomulescu (Bucharest, Romania)

Elvira Brătilă (Bucharest, Romania)

Histerectomia robotică dificilă - Tips & Tricks

Difficult Robotic Hysterectomy - Tips & Tricks A.

A. Botea, Skien, Norway

Chirurgie oncologică ginecologică asistată robotic

Robotic Approach in Gynecologic Malignancies

C. Duță, Timișoara, Romania

Avantajele chirurgiei robotice în tratamentul polifibromatozei uterine

The Advantages of Robotic Surgery in the Treatment of Uterine Polyfibromatosis

Elvira Brătilă, Bucharest, Romania

ZONA E-POSTERE / E-POSTERS AREA

16:30 - 17:00 Sesiune evaluare e-Postere I

e-Posters Evaluation Session I

Comitet de evaluare / Evaluation Committee:

F. Turcu (Bucharest, Romania)

F. Iordache (Bucharest, Romania)

Rezecția laparoscopică a tumorilor gastrice stromale: short series report

Laparoscopic Resection of Gastrointestinal Stromal Tumors: Short Series Report

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin (Bucharest, Romania)

Conversia colecistectomiei laparoscopice la clasică - scorul intraoperator predictiv CCL, studiu retrospectiv

Conversion of Laparoscopic to Open; A Retrospective Study, Using an Intraoperative Scoring and Predictive System CCL

A. Blidișel, Alexandra Manea, S. Akorabrunji, Bianca Stancov, B. Pascalau, D. Iliescu, O. Crețu (Timișoara, Romania)

Când ar trebui să adoptăm o atitudine conservatoare în sângerările după gastrectomia longitudinală laparoscopică?

When Should We Follow a Conservative Approach in Bleeding After Sleeve Gastrectomy?

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin (Bucharest, Romania)

Matriță printată 3D de ficat tumoral pentru proceduri experimentale asistate robotic

3D Printed Tumor Liver Mold for Experimental Liver Robotic Assisted Procedures

R. C. Elisei (1), F. Graur (2), N. Al Hajjar (2), C. Popa (2), E. Mois (2), C. Vaida (2), Doina Pislă (2)

(1) Cluj-Napoca / Bistrița, Romania, (2) Cluj-Napoca, Romania

Rezultate postoperatorii după gastrectomia longitudinală laparoscopică

Postoperative Outcomes After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy

I. F. Mocian, M. Coroș (Târgu Mureș, Romania)

Dificultățile de diagnostic la un pacient cu GLL și hematom voluminos la nivelul șortului adipos abdominal

Diagnostic Difficulties in a Patient with a LSG and a Large Parietal Hematoma

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin (Bucharest, Romania)

SCUB în avangarda dezvoltării chirurgiei laparoscopice de urgență

SCUB in the Frontline of the Development of Laparoscopic Emergency Surgery

A. E. Nicolau, Bucharest, Romania

Suprarenalectomia laparoscopică cu lateralizare în cazul unui pacient cu adenoame bilaterale suprarenaliene

Laparoscopic Suprarenalectomy with Lateralization in a Patient with Bilateral Suprarenal Adenomas

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin (Bucharest, Romania)

10:30 - 11:00 Sesiune evaluare e-Postere II

e-Posters Evaluation Session II

Comitet de evaluare / Evaluation Committee:

V. Șurlin (Craiova, Romania)

D. Ulmeanu (Bucharest, Romania)

Tratamentul laparoscopic al ulcerului duodenal perforat

Laparoscopic Treatment of Perforated Duodenal Ulcer

A. Cofîrleț (1), Laura Gavril (2), E. Popa (1)

(1) Bacău, Romania, (2) Iași, Romania

Drenajul transgastic al unui abces după gastrectomia longitudinală laparoscopică: prezentare de caz

Transgastric Drainage of a Postoperative Abscess After Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: A Case Report

L. Alecu, D. Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin (Bucharest, Romania)

Utilizarea scorului Edmonton pentru ameliorarea evoluției după gastric sleeve pentru obezitate morbidă

The Use of the Edmonton Score Improves Patients Outcome After Gastric Sleeve for Morbid Obesity

R. R. Scurtu, Raluca Apostu, R. Drasovean, A. Duma, T. David, S. Ionescu (Cluj-Napoca, Romania)

Evaluarea intraoperatorie prin manometrie a joncțiunii esogastrice în cadrul miotomiei Heller și a fundoplicaturii Nissen

Intraoperative Evaluation of the EGJ with Manometry During Laparoscopic Heller Myotomy and Nissen Fundoplication

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin (Bucharest, Romania)

Tehnica eTEP (Extended-View Totally Extraperitoneal Technique) pentru abordul herniilor inghinale - experiență proprie

Our Experience with the Extended-View Totally Extraperitoneal Technique (eTEP) for Inguinal Hernia Repair

Alina Prodan, M. Matei, Bianca Cancea, T. Radu, Draga-Maria Mandi (Bucharest, Romania)

Tratamentul laparoscopic al litiazei coledociene: indicații și limite

The Laparoscopic Management of Choledocholithiasis: Indications and Limits

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin (Bucharest, Romania)

Pelvi-trainer versatil printat 3D pentru program de training în chirurgie laparoscopică pelvină

Versatile 3D-Printed Pelvi-Trainer for Laparoscopic Pelvic Surgery Training Program

R. C. Elisei (1), F. Graur (2), C. Popa (2), E. Mois (2), Luminița Furcea (2), N. Al Hajjar (2)

(1) Cluj-Napoca / Bistrița, Romania, (2) Cluj-Napoca, Romania

Suprarenalectomia dreaptă laparoscopică pentru o tumoră de glandă suprarenală combinată cu alcoolizarea unui nodul hepatic la un pacient cirotic

Laparoscopic Right Adrenalectomy for a Large Adrenal Tumor Combined with Alcoholization of a Hepatic Nodule in a Cirrhotic Patient

Mirela Patricia Sîrbu Boeți, R. Grigorie, B. Tivadar, E. Stănescu, M. Toma, M. Grumezea, A. Vrânceanu, V. Herlea, I. Lupescu, L. Iliescu, Gabriel Constantinescu, C. Vasilescu (Bucharest, Romania)

THE XTH NATIONAL CONGRESS OF THE ROMANIAN ASSOCIATION FOR ENDOSCOPIC SURGERY

THE XITH NATIONAL SYMPOSIUM OF BARIATRIC AND METABOLIC SURGERY

Bucharest • 21 - 23 November • 2019

CONFERENCES (C)

C - 01

CHIRURGIA CLASICĂ VERSUS LAPAROSCOPICĂ ÎN CANCERUL COLORECTAL. EXPERIENȚA UNUI CENTRU TERȚIAR: CLINICA CHIRURGIE NR. 3, CLUJ-NAPOCA

F. Zaharie, D. Vălean, D. Munteanu, C. Puia, F. Graur, C. Popa, E. Mois, G. Molnar, Raluca Bodea, N. Al Hajjar

Cluj-Napoca, România

Introducere: Cancerul colorectal este unul dintre cele mai frecvente cancere și cu tendință în creștere la nivel global. Majoritatea studiilor recente au demonstrat non-inferioritatea și chiar o ușoară superioritate în abordul laparoscopic prin prisma rezultatelor obținute și a supraviețuirii la distanță.

Metoda: Au fost selectate retrospectiv 2186 de cazuri din baza de date completată prospectiv a Clinicii Chirurgie 3 pentru perioada ian 2013 - dec 2018 (6 ani). Din acestea s-au exclus 76 cazuri laparoscopie/laparotomie exploratorie, 154 cazuri colostomii, 51 derivații interne; în final au fost analizate 1905 cazuri de cancer colorectal.

Rezultate: Din 1905 cazuri s-au efectuat rezecții laparoscopice la un număr de 310 (16.27%) și clasice la un număr de 1595 cazuri (83.73%). Au fost analizați între cele două loturi următorii parametri: pregătire preoperatorie, durata operației, pierderi sânge, complicații postoperatorii (fistulă, abces, hemoragie,ocluzie, complicații generale), supurații plagă, zile spitalizare, necesar antibiotic, mobilizare postoperatorie, mortalitate.

Concluzie: Abordul laparoscopic prezintă avantaje privind recuperarea postoperatorie, pierderi sânge, zile spitalizare, necesar antialgice/antibiotic, lipsa supurațiilor de plagă. Dezavantajele sunt curba de învățare, aparatul specific și dificultatea păstrării principiilor oncologice.

CLASSIC VERSUS LAPAROSCOPIC APPROACH IN COLORECTAL CANCER. EXPERIENCE OF A TERTIARY CENTER: SURGERY NO. 3 CLINIC, CLUJ-NAPOCA

Introduction: Colorectal cancer remains one of the most frequently diagnosed malignant pathologies with a continuously increasing rate worldwide. Most of the recent studies have shown the non-inferiority and slight superiority in the laparoscopic approach through obtained results.

Materials and Methods: 2186 cases were selected retrospectively from a prospectively completed database of the Surgical no 3 Clinic in Cluj-Napoca over the course of 6 years (January 2013 – December 2018). Out of these cases, 76 cases were excluded for exploratory laparoscopy/laparotomy, 154 which underwent only colostomy, and 51 which underwent internal derivation. At the end of the study, 1905 cases were eligible.

Results: out of 1905 cases, 310 underwent a laparoscopic approach (16.27%) and 1595 cases underwent a classic approach (83.73%). Between the two approaches, a series of parameters were analysed: preoperative care, duration of the surgery, intraoperative blood loss, postoperative complications (fistula, abscess, hemorrhage, occlusion, general complications), antibiotic necessity, postoperative mobilization, mortality, prevalence of surgical site infection.

Conclusions: the laparoscopic approach proves many advantages regarding postoperative care, blood loss, hospitalization care, necessity of antibiotics and painkillers, and surgical site infection, cosmetic advantages. Disadvantages are the learning curve, specific instruments requirements, difficulty of maintaining the oncology principles.

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICĂ ÎN TRAUMATISMELE ABDOMINALEA.E. Nicolau*Spitalul Clinic de Urgență București, România*

Primele laparoscopii diagnostice (LD) în abdomenul acut s-au efectuat în clinica noastră în perioada 1961 - 1966, iar prima LD "modernă" într-o contuzie abdominală (CA), am efectuat-o în 1994. LD la pacientul stabil hemodinamic cu traumatism abdominal este o modalitate diagnostică care poate preciza diagnosticul lezional în cazuri echivoce, poate indica laparotomia, laparoscopia terapeutică (LT), sau observația, cu reducerea laparotomiilor ne-necesare și a costurilor. În cazuri selectate de CA, se efectuează după ecografie și /sau CT, pricipalele indicații fiind suspiciunea de leziuni diafragmatice, intestinale și mezenterice, iar în plăgile abdominale și toraco-abdominale înjunghiate sau împușcate tangențial, pentru identificarea penetrației. Prezentăm imagini video cu LD, LT și cazuri care au impus conversia. Pneumoperitoneu "Închis" (Veress) "deschis". Trocarele le poziționez pe linia mediană: trocar scop ombilical, trocare de lucru la jumătatea distanței ombilico-xifoidiene, respectiv pubiene. Când suspționăm leziune diafragmatică recomand presiunea inițială de 80mmHg. Explorare inițială: diafragm, revărsat peritoneal, lavaj. Se începe explorarea splinei, ficatului, stomac, transvers, epiploon, care se împing cranial. Urmează colon stâng și Douglas. Se identifică unghiul Treitz și se derulează jejunul. De la stânga pacientului explorăm colonul drept și ileonul. În caz de perforație intestinală prezentăm o enterorafie laparoscopică pentru PA împușcată, dar și o enterorafie și o enterectomie asistate laparoscopic în CA: mărirea miniinciziei ombilicale la 5-6cm și exteriorizarea intestinului. Prezentăm și o frenorafie laparoscopică într-o plagă toraco-abdominală și 3 cazuri de conversie. LD rămâne o opțiune viabilă în cazuri atent selectate, în condițiile unei echipe cu experiență în chirurgia de urgență și laparoscopie avansată, într-un spital cu dotarea optimă.

DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN ABDOMINAL TRAUMA

The first diagnostic laparoscopies (DL) in the acute abdomen were performed in our clinic between 1961-1966 and the first "modern" DL in a blunt abdominal trauma (BAT) I performed it in 1994. DL in the stable hemodynamic patient with abdominal trauma is a diagnostic tool that can identify the lesions in equivocal cases, may indicate laparotomy, therapeutic laparoscopy (TL), or observation, with the reduction of unnecessary laparotomies and costs. In selected cases of BAT, it is performed after ultrasound and / or CT, the main indications being the suspicion of diaphragmatic, intestinal and mesenteric lesions and in the abdominal and thoraco-abdominal stabbed wounds to identify penetration. We present images with DL, TL and cases that required conversion. Pneumoperitoneum "closed" (Veress) or "open". The positions of trocars on the midline: trocar scop umbilical, work trocars at the middle of umbilical-xifoid and ombilical-pubic distance. When we suspect diaphragmatic lesion, I recommend the initial pressure of 80mmHg. Initial exploration: diaphragm, peritoneal discharge, irrigation-aspiration. The exploration of the spleen, liver, stomach, transverse, epiploon, which is pushed cranially. Follow left colon and Douglas. The Treitz angle is identified and the jejunum is running. From the patient's left we explored right colon and ileum. In case of intestinal perforation, we present a laparoscopic enteroraphy in a shot wound, a laparoscopically assisted enteroraphy and enterectomy in BAT: increasing umbilical miniincision to 5-6cm and exteriorization of the intestine. We present a laparoscopic phrenorrhaphy in a toraco-abdominal stab wound, and 3 conversion. LD remains a viable option in carefully selected cases, under the conditions of a team with experience in emergency surgery and advanced laparoscopy, in a hospital with optimal equipment.

PROCEDEUL LAPAROSCOPIC NISSEN PENTRU ABORDUL HERNIEI HIATALED. Cristian, F. Grama*Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic Colțea, București, România
Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, România*

Obiective: Deși procedeul laparoscopic Nissen este acceptat în tratamentul herniei hiatale, literatura de specialitate prezintă discrepanțe privind realizarea tehnicii în rândul chirurgilor, prin urmare, această lucrare subliniază necesitatea unei abord standardizat.
Material si metode: Video analiza sistematică a intervențiilor chirurgicale ar putea reprezenta un instrument util pentru înțelegerea reperelor anatomice în vederea standardizării procedurii laparoscopice Nissen. Prezentăm etapele principale ale tehnicii ca urmare a experienței noastre în chirurgia laparoscopică a herniei hiatale.

Rezultate: Discutăm și ilustrăm video principalele etape ale procedurii, incluzând poziționarea pacientului și plasarea trocarelor, disecția hiatusului diafragmatic, reducerea stomacului herniat, mobilizarea fundusului gastric cu diviziunea vaselor gastrice scurte, mobilizarea esofagului mediastinal, realizarea pasajului retroesofagian, reparația crurală, controlul endoscopic al poziției liniei Z și crearea fundoplicaturii floppy Nissen.

Concluzii: O abordare standardizată pentru procedeul laparoscopic Nissen este imperativă în training și controlul calității actului chirurgical, atât în scopuri clinice, cât și în scopuri de cercetare, pentru a face această procedură una reproductibilă cu rezultate funcționale bune.

LAPAROSCOPIC NISSEN PROCEDURE FOR HIATAL HERNIA

Objectives: Although the Laparoscopic Nissen Procedure is an accepted procedure for the treatment of hiatal hernia, the present literature shows discrepancies when performing the technique among surgeons, therefore this presentation points out the need for a standardized approach.

Material and Methods: Systematic video review could represent a helpful tool for understanding the anatomical landmarks in order to improve the standardization of the Laparoscopic Nissen Procedure. We depict the main steps of the technique as a result of our experience in laparoscopic hiatal hernia surgery.

Results: We discuss and video-illustrate the main steps of the procedure including patient position and trocars placement, dissection of the diaphragmatic hiatus, reduction of the herniated stomach, fundic mobilisation with division of the short gastric vessels, mobilisation of the mediastinal esophagus, retroesophageal passage, crural repair, endoscopic control of the Z line position and creation of the floppy Nissen valve.

Conclusions: A standardized approach for Laparoscopic Nissen Procedure is imperative in training and quality control for both clinical and research purposes in order to make this procedure a reproducible one with good clinical and functional outcomes.

C - 04

ESOCARDIOMIOTOMIE LAPAROSCOPICĂ PENTRU ACALAZIA CARDIEI

P. Hoară, S. Constantinoiu

Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", Spitalul Clinic Sf. Maria, București, România

Acalazia este cea mai studiată tulburare de motilitate esofagiană. Tratamentul este paliativ, iar scopul este scăderea presiunii sfincterului esofagian inferior (SEI). Esoardiomiectomia laparoscopică Heller este tratamentul standard în acalazie, cu rezultate bune pe termen lung și cea mai mică rată de reflux postterapeutic. Tendința este de a crește lungimea miotomie gastrice până la 2 - 2,5 cm. Utilizarea endoscopiei intraoperatorii poate fi de mare ajutor în verificarea integrității mucoasei, măsurarea lungimii miotomiei gastrice și secționarea completă a fibrelor SEI. Asocierea unei fundoplicaturi parțiale este standard astăzi, chirurgul putând alege între valva anterioară Dor sau posterioară Toupet, fiecare metodă având avantaje și dezavantaje. Secționarea gastricelor scurte este uneri necesară. Fiind o afecțiune relativ rară, tratamentul ar trebui rezervat pentru centre de specialitate, cu rulaj mai mare de pacienți.

LAPAROSCOPIC ESOCARDIOMIOTOMY FOR ACHALASIA

Achalasia is the most studied esophageal motility disorder. The treatment is palliative and the goal is to low down the pressure in the (LES) lower esophageal sphincter. Laparoscopic Heller miotomy is the standard treatment in achalasia, with good long-term results and the lowest incidence of posttherapeutic reflux. The trend is toward increasing the length of gastric miotomy to 2 – 2,5 cm. The use of intraoperative endoscopy can be of great help, assessing the integrity of the mucosa, the length of the gastric miotomy and the complete division of LES fibers. Adding a partial fundoplication is now standard, the surgeon choosing from anterior Dor or posterior Toupet option, each one with pros and contras. The division of short gastric vessels is sometimes needed. Being a rare disease, the treatment should be reserved for specialized high-volume centers.

ETAPE ÎN DEZVOLTAREA PROIECTULUI EASIER: STRATEGIA DE VALIDARE

C.Tiu⁷, I. Oropesa², Krisztina Juhos³, C. Guzman-Garcia², P. Sanchez-Gonzales^{2,4}, C. Chmarra⁵, M.D. Gutierrez⁶, L.F. Sanchez-Peralta⁷, C. Mettouris⁸, G.A. Papadopoulos⁸

¹*MEDIS Foundation, Campina, Romania*

²*Biomedical Engineering and Telemedicine Centre, ETSI Telecomunicación, Center for Biomedical Technology, Universidad Politécnica de Madrid, Madrid, Spain*

³*Department of Surgical Research and Techniques, Semmelweis University, Budapest, Hungary,*

⁴*Centro de Investigación Biomédica en Red en Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina, Zaragoza, Spain*

⁵*Department of Biomechanical Engineering, Faculty of Mechanical, Maritime and Materials Engineering (3mE), Delft University of Technology, Delft, The Netherland*

⁶*Everis Consultancy Ltd., Valencia, Spain*

⁷*Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres, Spain*

⁸*University of Cyprus, Cyprus*

Obiectivul: Proiectul EASIER - având un parteneriat mare de instituții de cercetare europene - își propune să creeze o platformă de referință dedicată instruirii procedurilor minim invazive, bazate pe achizițiile de învățare cu suport tehnologic avansat (TEL). Obiectivul este de a defini o platformă ITC personalizată bazată pe un sistem de management al învățării (LMS), capabil să ofere soluții în proiectarea cursurilor sau a structurilor de programe de instruire, încurajând medicii să dobândească cele mai bune abilități tehnice și non-tehnice.

Material și metode: Inițial a fost dezvoltat un proces de elicitare a cunoștințelor pentru a identifica nevoile pedagogice. Etapele preliminare au implicat echipa în definirea Utilizatorului și a Nevoilor Pedagogice, ajungând în acest fel la un Model Pedagogic. Au fost dezvoltate conținuturi didactice pentru trei studii de caz: colecistectomie laparoscopică, puncție lombară și artroscopie diagnostică a genunchiului. Aceste trei studii de cazuri sunt utilizate ca bază a tuturor studiilor de validare.

Rezultate: Planul de validare a proiectului cuprinde trei etape principale: validarea lansării beta, evaluarea comparativă cu alte instrumente educaționale de ultimă generație și validarea lansării finale (încercări pilot). Obiectivul final va fi compararea răspunsurilor de la experți și rezidenți pentru a detecta diferențele.

Concluzii: Dezvoltată pe Moodle, platforma EASIER își va întâmpina în curând utilizatorii finali. Feedbackul subiecților implicați în diferitele faze ale procesului de validare este considerat de cea mai mare importanță în raport cu forma finală a platformei de instruire oferită de EASIER.

DEVELOPMENT STATUS OF THE EASIER KNOWLEDGE ALLIANCE: VALIDATION STRATEGY

The Aim: The EASIER project - having a large partnership of European research institutions - aims to create a reference platform dedicated to training minimally invasive procedures, based on the learning acquisitions in the field of the Technology Enhanced Learning (TEL). The objective is to define a customized ICT Platform based on a Learning Management System (LMS), able to offer solutions in designing courses or training programs structures, encouraging physicians to acquire the best technical and non-technical skills abilities.

Material and Methods: Initially a knowledge elicitation process was developed in order to identify the pedagogical needs. The preliminary stages involved the team in defining the User and Pedagogical Needs, in this way reaching a Pedagogical Model. Didactic contents for three case studies were developed: Laparoscopic cholecystectomy, Lumbar puncture and Diagnostic Knee arthroscopy. These three cases studies are used as the basis of all validation trials

Results: The validation plan of the project comprises three main stages: validation of the beta release, benchmarking against other state of the art educational tools and validation of the final release (pilot trials). The final objective will be to compare answers from experts and residents to detect differences.

Conclusions: Developed on Moodle, the EASIER platform will soon welcome its final users. The feedback of the subjects involved in the different phases of the validation process is considered of the utmost importance in relation with the final form of the training platform offered by EASIER.

C - 06

ECOGRAFIA PENTRU CHIRURGI. DE LA PUNȚII PERCUTANATE ALE COLECȚIILOR ABDOMINALE LA BIOPSII TRU-CUT LAPAROSCOPICE GHIDATE ECOGRAFIC

V. Bintișan¹, A. Cordoș¹, V. Făgărășan¹, P. Mircea², C. Ciuce¹, R. Chira²

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Clinica I Chirurgie, Cluj-Napoca, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Clinica Medicală I, Cluj-Napoca, România

Chirurgia beneficiază de dezvoltarea tehnologică iar astăzi, în era radiologiei intervenționale, aportul ecografiei în diagnosticul și tratamentul patologiei abdominale este un alt exemplu de succes. În această lucrare state-of-the-art vom prezenta experiența noastră în ceea ce privește folosirea ecografiei dintr-o perspectivă chirurgicală. Vor fi astfel evaluate multiplele sale aplicații, de la puncția diagnostică a colecțiilor lichidiene intraperitoneale la drenajul abceselor abdominale și finalizând cu biopsiile Tru-cut efectuate laparoscopic sub ghidaj ecografic pentru masele retroperitoneale sau abcesele hepatice din segmentele superioare. Vor fi de asemenea discutate riscurile și limitele utilizării ecografiei în aceste scopuri. În concluzie, folosirea beneficiilor oferite de către ecografie are drept efect creșterea calității serviciilor chirurgicale și, implicit, rezultate superioare pentru pacienții noștri.

ULTRASOUND FOR SURGEONS. FROM PERCUTANEOUS SAMPLING OF ABDOMINAL COLLECTIONS TO LAPAROSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED TRU-CUT BIOPSIES

Surgery benefits from the wonders of technology and, in the era of interventional radiology, ultrasound guided diagnosis or treatment of abdominal diseases is yet another example. In this state-of-the-art presentation we will review our experience with the use of ultrasound from a surgical perspective. Its multiple applications will be reviewed, from percutaneous sampling of free intraperitoneal collections for diagnosis, to diagnostic and therapeutic drainage of abdominal collections or abscesses and finalizing ultimately with laparoscopic ultrasound guided Tru-cut biopsies of retroperitoneal masses or drainage of upper, subdiaphragmatic liver abscesses. We discuss also the risks and limitations of the technique. In conclusion, knowledge and use of the benefits of ultrasound will improve the quality of surgical care we provide to our patients leading ultimately to better results.

C - 07

ECOGRAFIA, AL ȘASELEA DEGET AL CHIRURGULUI; ASUMAREA PROGRAMULUI DE FORMARE ÎN ECOGRAFIE DE CĂTRE EAES ȘI ARCE

C. Tiu¹, A. Melzer², S. Antoniou³, Eugenia Yannopoulos⁴, A. Kaidar⁵, V. Bintișan⁶, G. Filip⁷, V. Surlin⁸, B. Socea⁹, Al. Carap⁹

¹Fundatia Medis, Campina, Romania; ²ICCAS, Leipzig, Germany; ³European University of Cyprus, Nicosia, Cyprus

⁴Athena, Grecia; ⁵Tel Aviv, Israel; ⁶UMF Cluj, Romania; ⁷Ponderas, Romania; ⁸UMF Craiova; ⁹UMF Bucuresti

Progreselor tehnologice au făcut ca ecografia să devină tot mai atractivă în practica chirurgicală de rutină. Odată inițiat în utilizarea metodei, chirurgul este capabil să își stabilească singur elemente definitorii pentru diagnostic și pentru indicația chirurgicală. Urmărirea postoperatorie duce la o rapidă identificare și evaluare a posibilelor complicații precoce. Toate aceste elemente conduc la scurtarea timpilor de decizie, la o abordare în condiții de siguranță crescută a pacientului și, totodată, la semnificative economii de mijloace materiale și umane. Domenii strict corelate cu practica chirurgicală sunt, de asemenea, puncțiile ghidate imagistic și ecografia intraoperatorie. Studii largi arată că urmărirea ecografică intraoperatorie în colecistectomia laparoscopică, spre exemplu, duce la scurtarea timpului operator și, totodată, la reducerea ratei conversiilor. Pornind de la astfel de considerente, European Association for Endoscopic Surgery a decis să își asume un program propriu de formare ecografică a chirurgilor. Inițiativa a fost preluată și de către Asociația Română de Chirurgie Endoscopică. Inițial organizat sub forma unui modul unic, dedicat abdomenului, cursul s-a dezvoltat transversal, fiind adăugate module de traumă, puncții ghidate și intraoperator. Succesul acestui proiect a determinat asumarea pentru viitor a unei platforme ample găzduite de pagina web a EAES în care să se regăsească evenimentele trecute, programul de perspectivă o bibliotecă cu imagini și cazuri încărcate de către echipa de curs și de către susținători, precum și o variantă online a modulelor existente. Echipa angajată în acest demers contează pe emulația chirurgilor în dezvoltarea pe mai departe a acestui program. Nu ezitați să ne contactați!

ULTRASOUND, THE SURGEON'S SIXTH FINGER; THE ASSUMPTION OF THE ULTRASOUND TRAINING PROGRAM BY EAES AND ARCE

Ultrasound has become increasingly attractive in routine surgical practice. The surgeon is able to establish the defining elements for diagnosis and surgical indication alone. At the same time, post-operative follow-up leads to a rapid identification and evaluation of possible post-operative complications. All these elements lead to the shortening of the decision time, to an approach in the conditions of increased patient safety and at the same time to significant savings of material and human resources. Areas strictly related to the surgical practice are also the imaged guided points and the intraoperative ultrasound. Extensive studies show that intraoperative ultrasound follow-up in laparoscopic cholecystectomy, for example, leads to shortened operative time and at the same time to reduce the rate of conversions. Based on such considerations, the European Association for Endoscopic Surgery decided to take on its own surgeon's ultrasound training program. The project started three years ago in the form of a training course organized during the congresses. The initiative was also taken by the Romanian Association of Endoscopic Surgery. Initially organized in the form of a unique module, dedicated to the abdomen, the course was developed cross-sectionally by adding trauma modules, guided points and intraoperative. The success of this project determined for the future to assume a large platform hosted by the EAES web page in which to find the past events, the perspective program, a library with images and cases uploaded by the course team and by the supporters, as well as an online version of the existing modules. The team engaged in this approach relies on the enthusiasm and emulation of the surgeons in the further development of this program. Do not hesitate to contact us.

C - 08

ESOFAGECTOMIA MINIM-INVAZIVĂ ÎN CANCERUL ESOFAGIAN - MANAGEMENT TERAPEUTIC, CONSIDERAȚII TEHNICE

D. Predescu, F. Achim, M. Boeriu, A. Moraru, S. Constantinoiu

București, România

Esofagectomia minim invazivă (MIE) devine în ultimele două decade, prin numeroasele sale avantaje și variante, metoda de elecție în tratamentul chirurgical al cancerului esofagian. Dincolo de complexitatea tehnică, noile tehnologii cum ar fi îmbunătățirea sensibilă a lanțului optic, apariția imaginii 3D, instrumentar de lucru, disecție, hemostază inclusiv pentru sutură mecanică mult perfecționată, au permis abordarea mult mai curajoasă a acestei patologii. În intervalul 2014 - 2018 am introdus în Centrul de Excelență în chirurgia esofagiană "Sf. Maria" efectuarea în mod curent a unui abord minim-invaziv în detrimentul unei chirurgii deschise. Variantele operatorii au fost fie total minim-invazive (toraco-laparoscopic) fie tehnici hibrid, cu abord pe două sau pe trei câmpuri, cu anastomoză cervicală respectiv intratoracică, adaptate la caz. Reconstrucția esofagiană a făcut necesară mobilizarea gastrică, fie în varianta cu tot rezervorul gastric fie prin tubulizarea mării curburi gastrice, după rezecția micii curburi gastrice în bloc cu piesa de esofagectomie. Ascensionarea s-a realizat prin patul mediastinal al esofagului. Avantajele evidente cum ar fi o estimare mai bună a planurilor anatomice, accesul la spații restrânse și, prin urmare, o disecție mai precisă, cu traume mai mici ale țesuturilor s-au regăsit în rezultatele obținute: rate reduse ale complicațiilor pulmonare, parietale, internare redusă în ATI și, în general, în clinică, simplificarea îngrijirilor postoperatorii (transfuzii de sânge, tratamentul antialgic postoperator), cu o recuperare rapidă postoperatorie. Rata mortalității a fost comparabilă cu abordul clasic, iar rezultatele oncologice pe termen scurt sunt, de asemenea, similare. De remarcat că odată cu introducerea tehnicii 3D, limfadenectomia mediastinală a câștigat în calitate și cantitate, de la un indice ganglionar mediu de 16 ajungând la unul de 28/camp toracic. Pe acest fond ne putem aștepta la o îmbunătățire a rezultatelor postoperatorii la distanță. Numeroasele variante tehnice, diferențele de școală chirurgicală, dificultatea unei încadrări stadiale riguroase a pacienților și un număr relativ scăzut al cazurilor cu indicație chirurgicală explică numărul relativ redus al studiilor și metaanalizelor care să permită tragerea unor concluzii pertinente statistic. Cu toate acestea, experiențele clinice publicate până în prezent susțin fezabilitatea abordului minim invaziv, avantajele procedurii din perspectiva evoluției din perioada imediat postoperatorie precum și echivalența rezultatelor oncologice cu tehnica clasică, ceea ce constituie un pas important în impunerea tehnicilor minim invazive ca standard în tratamentul cancerului esofagian.

MINIMALLY-INVASIVE ESOPHAGECTOMY IN ESOPHAGEAL CANCER - THERAPEUTIC TREATMENT, TECHNICAL CONSIDERATIONS

Minimal-invasive esophagectomy (MIE) has become the method of choice in the surgical treatment of esophageal cancer in the last two decades, with its numerous advantages and variants. Beyond the technical complexity, new technologies such as significant improvement of the optical chain, 3D imaging, instrumentation, dissection, hemostasis, including highly sophisticated mechanical

sutures, have allowed a far more courageous approach to this pathology. Between 2014 and 2018, we introduced a "minimally invasive" approach in our Center of Excellence in Esophageal Surgery "Sf. Maria" at the expense of an open surgery. Surgical approaches were either totally minimally invasive (toraco-laparoscopic) or hybrid techniques, with two or three field approaches, with cervical or intrathoracic anastomosis, adapted to each particular case. For esophageal reconstruction was mandatory gastric mobilization, with the entire gastric reservoir either with tubulating the large gastric curvature, after resecting the small gastric curvature in block with the esophagectomy. Ascension was achieved through the mediastinal path of the esophagus. The obvious advantages, such as a better view of anatomical plans, access to restricted spaces and therefore a more precise dissection with lower tissue trauma were found in the results: reduced rates of pulmonary and parietal complications, reduced admission in ATI and, generally, in the clinic, simplification of postoperative care (blood transfusions, postoperative antialgic treatment) with a rapid postoperative recovery. The mortality rate was comparable to the classic approach, and short-term oncology results are also similar. Noteworthy that with the introduction of 3D technique, mediastinal lymphadenectomy gained in quality and quantity, from an average 16-ganglion index reaching a 28/thoracic field. On this background we can expect an improvement in postoperative outcomes. Numerous surgical technical options, differences between surgical schools, the difficulty of rigorous staging of patients, and a relatively low number of cases with surgical indication can explain the relatively small number of studies and meta-analyses that allow for statistically relevant conclusions. However, the clinical experience published so far supports the feasibility of the minimally invasive approach, the advantages of the procedure from the perspective of the post-operative period and the equivalence of the oncological results with the classical technique, which is an important step in imposing minimally invasive techniques as a standard in the treatment of cancer esophageal.

C - 09

ABORDUL LAPAROSCOPIC - CARE SUNT LIMITELE? DERIVAȚIA URINARĂ INTRACORPOREALĂ

N. Crisan^{1,2}, Iulia Andras^{1,2}, E. Cata^{1,2}, M. Gavrilita², I. Coman¹

¹Disciplina Urologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

²Sectia Urologie, Spitalul Clinic Municipal, Cluj-Napoca, România

Cistectomia radicală reprezintă tratamentul gold-standard pentru tumorile vezicale invazive-muscular sau non-invazive muscular high-risk. Această intervenție chirurgicală prezintă o complexitate înaltă și este grevată de o rată semnificativă de complicații. Introducerea abordurilor minim-invazive (laparoscopic și robotic) a permis reducerea morbidității acestei proceduri, asigurând pierderi sangvine reduse și o recuperare post-operatorie rapidă. Provocarea cistectomiei radicale prin abord minim-invaziv o reprezintă realizarea derivației urinare. Inițial, derivația urinară a fost realizată extracorporeal, pentru reducerea timpului operator. Însă, realizarea unei derivații urinare intracorporeale permite păstrarea vascularizației ureterale, respectiv realizarea anastomozelor digestive și uretro-neovezicale în manieră tension-free. De asemenea, s-a observat că realizarea intra-corporeală a derivației urinare asigură reducerea pierderilor sangvine și de fluide intraoperator, reducerea dezechilibrelor hidro-electrolitice, manipulare redusă a intestinului, precum și ileus post-operator redus. Experiența noastră inițială constă în 9 cistectomii radicale robotice (6 cu derivație extracorporeală, 3 intracorporeală) și 32 cistectomii radicale laparoscopice 3D (21 cu derivație extracorporeală, 11 intracorporeală). Timpul operator mediu a fost de 6 ore (conduct ileal), respectiv 7 ore (neovezică). Nu am înregistrat complicații semnificative post-operator (Clavien >3). Timpul mediu de spitalizare a fost de 7 zile (5-14). Cateterul ureteral a fost suprimat la 3 săptămâni post-operator, iar sonda uretro-neovezicală a fost suprimată la o lună post-operator, după realizarea cistografiei de control. Deși este o procedură de complexitate înaltă, cistectomia radicală cu derivație urinară intracorporeală realizată prin abord minim-invaziv este fezabilă în centre cu experiență, asigurând o morbiditate redusă și recuperare post-operatorie rapidă.

LAPAROSCOPIC APPROACH - WHICH ARE THE FINAL FRONTIERS? INTRACORPOREAL URINARY DIVERSION

Radical cystectomy is the gold standard treatment for muscle-invasive or high risk non-muscle invasive bladder tumors. The procedure is extremely complex and presents a high rate of complications. The implementation of minimally invasive approaches (laparoscopic and robotic) led to reduced morbidity, lower blood loss and a faster post-operative recovery. The challenge of minimally invasive radical cystectomy is the urinary diversion. Initially, urinary diversion was performed extracorporeally, aiming to reduce the operative time. On the other hand, performing an intracorporeal urinary diversion offers both the advantages of preservation of the ureteral vascularisation and tension-free digestive and uretro-neovesical anastomoses. Also, studies showed that this approach ensures lower blood and fluid loss, reduced electrolytes imbalances, less bowel manipulation and postoperative ileus. Our initial experience consists of 9 robotic radical cystectomies (6 with extracorporeal and 3 with intracorporeal urinary diversion) and 32 3D laparoscopic radical cystectomies (21 with extracorporeal and 11 with intracorporeal diversion). The mean operative time was

6 hours for ileal conduit and 7 hours when neo-bladder was performed. No significant post-operative complications (Clavien >3) were encountered. The mean hospital stay was 7 days (5-14). Ureteral catheters were removed at 3 weeks post-operatively and the urethro-neobladder catheter at 1 month postoperatively, after cystography. Despite being an extremely complex procedure, minimally invasive radical cystectomy with intracorporeal urinary diversion is feasible in experienced centers, with low morbidity and fast post-operative recovery.

C - 10

PROSTATECTOMIA RADICALĂ LAPAROSCOPICĂ 2D HD VERSUS 3D HD - EXISTĂ DIFERENȚE SEMNIFICATIVE?

Cristina Iatagan¹, B. Petruț², A. Rădulescu³, A. Aungurenci³, C. Neicuțescu³, C. Belinski³

¹Ponderas Academic Hospital, Departamentul de Urologie, București, România

²Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuță", Departamentul de Urologie, Cluj-Napoca, România

³Spitalul „Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Hospital, Departamentul de Urologie, București, România

Obiectiv: Prostatectomia radicală reprezintă gold standard-ul tratamentului chirurgical pentru cancerul de prostată. Scopul acestei lucrări este de a compara rezultatele postoperatorii ale primelor prostatectomii laparoscopice 3D practicate în cadrul Spitalului „Prof. Dr. Dimitrie Gerota”.

Material și metode: Între 1.12.2018 și 30.05.2019, 10 pacienți au fost supuși prostatectomiei laparoscopice folosind un sistem optic 3D. Vârsta medie a fost de 65.2 ani. Am evaluat rezultatele operatorii și oncologice, evoluția postoperatorie. Toți pacienții au fost evaluați la 30 de zile postoperator privind continența și calitatea vieții. Am comparat datele cu cele ale ultimelor 10 prostatectomii laparoscopice 2D efectuate anterior.

Rezultate: Timpul operator mediu a fost de 186 minute față de 218 minute, nefiind necesară administrarea transfuziilor sanguine și fără complicații majore intra- sau postoperator. Durata medie a drenajului a fost de 1,5 zile postoperator, comparativ cu 2,5. Durata medie a cateterizării uretro-vezicale a fost de 10 zile - comparativ cu 14, cu o durată medie a spitalizării de 5 zile - comparativ cu 7. Procentajul marginilor de rezecție pozitive a fost similar de 10%. Ratele de continență precoce au fost similare (80% vs 70%).

Concluzii: Prostatectomia laparoscopică 3D reprezintă o alternativă sigură încă de la primele cazuri - când echipa chirurgicală are suficientă experiență laparoscopică, cu o morbiditate scăzută și rezultate operatorii bune. Pare să ofere o durată de spitalizare postoperatorie mai scurtă cu o recuperare și reintegrare socială mai rapidă; din punctul de vedere al chirurgului acestea se datorează îmbunătățirii aduse în realizarea anastomozei uretrovezicale și a unei chirurgii mai rapide.

2D HD VERSUS 3D HD IN LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY - ANY SIGNIFICANT DIFFERENCES?

Objectives: Radical prostatectomy is the gold standard surgical treatment for organ-confined prostate cancer. The goal of this study is to evaluate postoperative results following the first laparoscopic 3D-prostatectomies performed in „Prof. Dr. Dimitrie Gerota” Hospital.

Material and Methods: Between 1.12.2018 and 30.05.2019 a number of 10 patients underwent laparoscopic prostatectomy using 3D optical system. The average age was 65.2 years. We evaluated perioperative outcomes, including complications, days before catheter removal, postoperative hospitalization, oncologic outcomes and short term outcomes at 30 days postoperative, taking into account continence and quality of life after surgery. We compared this data with those from the last 10 2D-laparoscopic prostatectomies performed by the same team.

Results: The medium operative time was 186 minutes, compared with 218 minutes, no blood transfusions administered. No significant intra or postoperative complications reported. The medium duration of drainage was 1,5 days (compared to 2.5). The medium duration of catheterization was 10 days (compared with 14) with a medium hospital stay of 5 days (compared to 7). The rate of positive surgical margins was 10%. The early continence was also similar (80% vs 70%).

Conclusions: 3D-Laparoscopic prostatectomy represents a safe alternative from the first cases -when the surgical team has sufficient laparoscopic experience-, with the same low morbidity and good operative results. It seems to have shorter postoperative hospital stay with quicker recovery and social reintegration; from the surgeons point-of-view due to augmentation in urethrovesical anastomosis and to a faster surgery.

TRANSPLANTUL RENAL ROBOTIC - PAS CU PASN. Crisan^{1,2}, Iulia Andras^{1,2}, E. Cata¹, I. Coman^{1,2}¹*Disciplina Urologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj Napoca, România*²*Departamentul de Urologie, Spitalul Sfântul Constantin, Brașov, România*

Insuficiența renală cronică este o patologie cu un impact puternic asupra supraviețuirii și calității vieții pacientului. De asemenea, prezintă un impact economic crescut asupra sistemului de sănătate. Alternativa optimă de tratament pe termen lung pentru pacientul cu boală cronică renală avansată este transplantul renal. Rata de rejeț, respectiv calitatea grefei sunt direct influențate de durata perioadei de dializă, respectiv statusul biologic al donatorului. Transplantul renal de la donator viu oferă posibilitatea utilizării unei grefe de înaltă calitate și efectuarea procedurii înainte de inițierea dializei. Această procedură presupune nefrectomia totală pentru donator, respectiv transplantul organului prelevat la primitor. În ciuda timpului operator ușor crescut, nefrectomia radicală robotică prezintă pierderi sanguine și complicații operatorii mult reduse comparativ cu abordul clasic, ceea ce este semnificativ având în vedere faptul că intervenția chirurgicală se realizează la un pacient sănătos. În cazul transplantului renal, nu au fost observate diferențe semnificative între abordul minim invaziv și clasic din perspectiva supraviețuirii pacientului și a grefei renale. De asemenea, rezultate funcționale (rata filtrării glomerulare) sunt similare indiferent de tipul de abord. Chirurgia robotică oferă avantajele chirurgiei minim-invazive: perioadă de spitalizare redusă, recuperare cu reinserție în activitățile zilnice mai rapidă, necesar redus de terapie analgică, pierderi sanguine minime și necesar de transfuzie redus, respectiv incizie mai mică cu rezultate cosmetice maxime.

ROBOTIC LIVING DONOR NEPHRECTOMY AND RENAL TRANSPLANTATION - STEP BY STEP

Chronic kidney disease is a disease with a strong impact on patient's survival and quality of life. Also, it presents a high economic burden for the healthcare system. The optimal long-term treatment alternative for the patient with end-stage chronic kidney disease is renal transplantation. Graft loss rate and graft quality are dependent on the preoperative dialysis duration and donor's health status. Living donor renal transplantation offers the possibility of having a high-quality renal graft and of performing the transplant before starting the dialysis. This procedure consists of total nephrectomy for the donor and renal transplantation to the recipient. Despite the slightly longer operative time, robotic nephrectomy presents lower blood loss rate and operative complications in comparison with the open approach, which is important knowing that the surgery is performed in a healthy patient. For the renal transplantation, no significant differences were observed between open and minimally invasive approaches regarding patient and graft survival. Also, the functional results (glomerular filtration rate) are similar for all types of approach. Robotic surgery offers the advantage of minimal-invasiveness: shorter hospital stay, faster recovery with return to daily activities, reduced analgesic therapy use, minimal blood loss, reduced transfusion rate and smaller incision with better cosmetic results.

AVANTAJELE CHIRURGIEI ROBOTICE ÎN TRATAMENTUL POLIFIBROMATOZEI UTERINE

Elvira Brătilă, C.B. Coroleucă

Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sârbu" București, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila"

Obiectiv: Principalele tehnici chirurgicale folosite în miomectomie sunt chirurgia deschisă, chirurgia laparoscopică și, recent, chirurgia robotică. Tratamentul chirurgical optim al fibroamelor uterine este încă un subiect de dezbateri din cauza limitărilor tehnicilor minim invazive și a dezavantajelor laparotomiei. Scopul acestei prezentări este de a prezenta avantajele chirurgiei robotice în tratamentul fibroamelor uterine.

Material și metodă: Analiza articolelor publicate în literatura de specialitate pentru a observa beneficiile chirurgiei robotice în cadrul intervențiilor de miomectomie. Vom prezenta o serie de cazuri care au beneficiat de intervenție chirurgicală robotică.

Rezultate: Miomectomia asistată robotic este o variantă fezabilă de tratament pentru pacientele cu multipli noduli fibromatoși situați intramiometrial. Navigarea ecografică intraoperatorie permite identificarea nodulilor fibromatoși cu localizare profundă.

Concluzii: Rolul chirurgiei robotice în cadrul miomectomiei este de a asigura o intervenție cu o eficacitate comparabilă cu abordul abdominal ce păstrează beneficiile chirurgiei minim invazive.

Cuvinte cheie: chirurgie robotică, chirurgie minim invazivă, fibrom uterin, miomectomie

THE ADVANTAGES OF ROBOTIC SURGERY IN THE TREATMENT OF UTERINE POLYFIBROMATOSIS

Objective: The main surgical techniques used in myomectomy are open surgery, laparoscopic surgery and, recently, robotic surgery. Optimal surgical treatment of uterine fibroids is still a matter of debate because of the limitations of minimally invasive techniques and the disadvantages of laparotomy. The purpose of this presentation is to present the advantages of robotic surgery in the treatment of uterine fibroids.

Material and method: Analysis of articles published in the specialty literature to observe the benefits of robotic surgery in myomectomy interventions. We will present a number of cases that have benefited from robotic surgery.

Results: Robotic assisted myomectomy is a feasible treatment option for patients with multiple intramyometrical fibromatous nodules. Intraoperative ultrasound navigation allows the identification of fibromatous nodules with deep localization.

Conclusions: The role of robotic surgery in myomectomy is to ensure an intervention with an efficacy comparable to the abdominal approach that retains the benefits of minimally invasive surgery.

Keywords: robotic surgery, minimally invasive surgery, uterine fibroids, myomectomy

ORAL PRESENTATIONS (OP)

OP - 01

HERNIA HIATALĂ VOLUMINOASĂ - PROCEDEU CLASIC SAU LAPAROSCOPIC, CU SAU FĂRĂ PLASĂ, CU SAU FĂRĂ FUNDOPLICATURĂ?

D. Predescu, M. Boeriu, P. Hoară, A. Moraru, S. Constantinoiu

București, România

Herniile hiatale voluminoase, de tip III și IV, reprezintă între 5% și 10% din totalul herniilor hiatale. Tratamentul chirurgical al herniilor paraesofagiene voluminoase a reprezentat mult timp o provocare pentru chirurghi. În ultimii 40 de ani, tehnica chirurgicală a fost modificată de la abordarea clasică la cea laparoscopică, dar principiile rămân aceleași - reducerea și fixarea stomacului în abdomen pentru a evita recidiva herniei, apariția disfagiei și a refluxului gastroesofagian. Uneori este necesar și tratamentul non-chirurgical al bolii.

Metodă: Între 1998 și 2018, în clinica noastră s-au operat 452 pacienți cu HH, dintre care 49 cu un defect diafragmatic foarte mare ($\varphi > 5$ cm). Evaluarea preoperatorie a constat în endoscopie, tranzit baritat, pH-metrie pe 24 ore, manometrie și, în cazul HH voluminoase, examen CT. În cazul a 18 pacienți (perioada precoce) am folosit o tehnică clasică, iar pentru 31 o abordare laparoscopică, cu pacientul în poziție Trendelenburg inversat și folosind tehnica standard cu cinci trocare. De obicei, etapele obligatorii includ reducerea stomacului și, dacă este necesar, a esofagului în abdomen, îndepărtarea sacului de hernie și o formă de gastropexie. A fost efectuată o fundoplicatură antireflux Nissen la 42 de pacienți, deoarece simptomele esofagitei de reflux erau prezente înainte de intervenție. Hiatusul diafragmatic a fost larg deschis și, în câteva cazuri, sutura acestuia cu fire de Mersilene 00 a fost dificilă (esofagul calibrat cu o sondă de 40 Fr). În pofida faptului că utilizarea plasei devine din ce în ce mai des întâlnită în cura chirurgicală a herniilor hiatale voluminoase pentru a reduce rata de recidivă, noi am folosit această metodă doar la 3 cazuri deoarece tipul de plasă și tehnica montării acesteia sunt încă controversate. Traumatismul splenic intraoperator impune splenectomie (2 cazuri).

Rezultate: Au existat două recidive ale herniilor hiatale în perioada de monitorizare postoperatorie. Un pacient a dezvoltat ocluzie intestinală. Unul dintre pacienți, care nu a beneficiat de fundoplicatură Nissen (hernie de tipul IV) a dezvoltat o esofagită de reflux, tratată cu inhibitori ai pompei de protoni. În această perioadă nu s-a înregistrat disfagie decât pasageră la 6 cazuri, tratată conservator. Nu au existat decese în această serie de pacienți.

Concluzii: Tratamentul laparoscopic al herniilor hiatale voluminoase paraesofagiene fără utilizarea unei plase este fezabil. Deoarece pot apărea recidive după tratamentul laparoscopic reușit, utilizarea plasei în cura chirurgicală laparoscopică a herniilor hiatale voluminoase poate reprezenta o opțiune.

LARGE HIATAL HERNIA - CLASSIC OR LAPAROSCOPIC, WITH OR WITHOUT MESH, WITH OR WITHOUT FUNDOPLICATION?

Background: Large hiatal hernias, type III and IV, represents between 5% and 10% of all hiatal hernias. The surgical treatment of large paraesophageal hernias has been a significant challenge for surgeons for a long time. In the last 40 years, the surgical technique has been modified from classic to laparoscopic approach, but the principles remain the same - reduction and fixation of the stomach into the abdomen in order to avoid recurrence of the hernia, appearance of dysphagia and gastroesophageal reflux. Non-surgical treatment for the disease is sometimes needed.

Methods: Between 1998 and 2018, we performed surgical treatment in 452 patients with HH, 49 with a very large diaphragmatic defect. Preoperative assessment consisted of endoscopy, barium meal, 24-h pH testing, manometry and, for large HH, CT scan. In 18 patients (early period) we used a classic technique, in 31 laparoscopic approach. Patients in the reverse Trendelenburg's, standard five-cannula technique was used for the surgical approach. Usually, reduction of the stomach and, if necessary, of the esophagus into the abdomen, remove of the hernia sac and a gastropexy are mandatory. An antireflux procedure - Nissen fundoplication - was performed in 42 patients because symptoms of reflux esophagitis were manifest before surgery. The crura of the diaphragm were widely open and in very few cases the direct suture seemed to be difficult with Mersilene 00 (esophagus calibrated with a 40-Fr bougie). Despite the use of mesh is becoming more popular for large hiatal hernia repair to reduce the recurrence rate, we did use in 3 cases it because the indication for mesh use, the type of mesh and the placement technique are still controversial. Intraop splenic trauma impose splenectomy (2 cases).

Results: There was no recurrence or abdominal symptoms during the follow-up period in all cases. There were two recurrences of the hernia during the follow-up period. One of the patients had an intestinal obstruction. One of patients who had not a Nissen fundoplication (type IV hernia) developed reflux esophagitis, which was treated by proton pump inhibitors. In 6 cases we related transient dysphagia managing by conservative treatment. There were no deaths in this series.

Conclusions: Laparoscopic treatment of large paraesophageal hernias without mesh use is feasible. Because recurrences may occur after successful laparoscopic treatment, the use of mesh in the repair of large hiatal hernias is maybe an option.

OP - 02

REZULTATE PE TERMEN MEDIU ȘI LUNG DUPĂ REZEȚII COLORECTALE PRIN ABORD CLASIC ȘI LAPAROSCOPIC EFECTUATE PENTRU CANCER

V. Bintintan¹, Irina Borz¹, Andreea Cordoș¹, Adriana Bințințan², R. Chira¹, Georgiana Nagy¹, Larisa Ciule², A. Ungureanu³, C. Ciuce¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

²Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca, România

³Centrul Amethyst, Cluj-Napoca, România

După cerceterile anterioare care au demonstrat avantaje ale abordului laparoscopic față de cel clasic în ceea ce privește evoluția post-operatorie imediată după rezețiile colorectale, în lucrarea de față am analizat evoluția pe termen mediu și lung, cu un focus pe aspectele oncologice, pe o cohortă consecutivă de pacienți operați de către aceeași echipă chirurgicală între martie 2013 și martie 2018. Datele au fost culese prin interviuri telefonice și cu prilejul controalelor regulate postoperatorii. Din 108 pacienți cu patologie malignă, operați de către echipă noastră chirurgicală, am obținut date complete la 65 pacienți, 63% fiind operați clasic și 27% laparoscopic. După o urmărire medie de 3.2 ani (limite 1-6 ani), rata de supraviețuire dintre cele două loturi este similară în grupul OPEN vs grupul LAP (p=0.6). Nu s-au înregistrat recidive locale. Un pacient din grupul LAP a dezvoltat recidivă într-un grup ganglionar limfatic considerat drept metastază sistemică. Recidive sistemice au fost înregistrate la 16% în grupul LAP vs 14.28% în grupul OPEN. Un pacient din lotul LAP a dezvoltat eventrație (4.15%) vs 19.5% în grupul OPEN. La mai mult de 2 ani de la operație în grupul OPEN se resimte durere cu intensitate mai mare (p=0.07), iar capacitatea de efort este mai redusă (p=0.04).

În concluzie, abordul laparoscopic oferă rezultate cel puțin similare în ceea ce privește evoluția oncologică și este asociat cu o calitate a vieții superioară față de cel clasic pe termen lung, chiar și dincolo de limită de 2 ani de la intervenția chirurgicală.

MEDIUM AND LONG-TERM RESULTS AFTER LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN COLORECTAL RESECTIONS FOR CANCER

Following our previous research which demonstrated advantages of the laparoscopic approach on the short term outcome after colorectal surgery, in the present work we will analyze the medium and long-term results, with a special focus on the oncological

outcome, on a cohort of consecutive patients operated between March 2013 and March 2018. The data was collected by phone interviews and during the regular follow-up visits. From 108 patients with cancer operated by our surgical team we collected full data from 65 cases, 63% operated on with a classic and 27% with a laparoscopic approach respectively. After a median follow-up of 3.2 years (range 1-6 years), the mean survival rate is similar between the OPEN and LAP groups. There were no local recurrences. One patient from the LAP group developed a recurrence in the retrodudenal lymph-nodes considered as systemic metastasis. Systemic recurrences were recorded in 16% of the LAP group vs. 14.28% in the OPEN group. At more than 2 years after the operation, patients from the OPEN group report higher intensity for the operation-related pain ($p=0.07$) and reduced effort capacity ($p=0.04$).

In conclusion, the laparoscopic approach for colorectal resections offers medium and long term oncological results at least similar with the open approach but is associated with a better quality of life even beyond the 2 years limit after the operation.

OP - 03

HEMICOLECTOMIA DREAPTĂ CU ANASTOMOZĂ ILEO-COLICĂ INTRACORPOREALĂ - PRO ȘI CONTRA

V. Făgărășan, Andreea Cordoș, Giorgiana Amarinei, B.A. Pop, Cristina Petrișor, C. Ciuce, V. Bințișan

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Hemicolectomia dreaptă laparoscopică este considerată intervenția chirurgicală de elecție în tumorile maligne și în anumite patologii benigne ale colonului drept, având rezultate favorabile pe termen scurt și similare pe termen lung comparativ cu abordul deschis. Sunt descrise două tehnici de realizare a anastomozei ileo-colice. Modalitatea extracorporeală de realizare a anastomozei implică mobilizarea extensivă a colonului și extragerea piesei printr-o laparotomie la nivelul etajului abdominal mijlociu sau superior. Această abordare este limitată de mobilitatea colonului, însă are avantajul de a fi mai facilă din punct de vedere tehnic. Realizarea anastomozei intracorporeale nu necesită o mobilizare amplă a colonului. Extragerea piesei printr-o laparotomie tip Pfannenstiel este asociată cu reducerea intensității durerii postoperatorii, scăderea incidenței evenștrățiilor postoperatorii și a infecțiilor de plagă. Cu toate acestea, anastomoza intracorporeală este mai solicitantă din punct de vedere tehnic și necesită o curbă de învățare prelungită. Scopul acestei prezentări este de a evidenția etapele operatorii ale hemicolectomiei drepte cu anastomoză ileo-colică intracorporeală, precum și avantajele și dezavantajele acestei tehnici.

RIGHT HEMICOLECTOMY WITH INTRACORPOREAL ILEO-COLIC ANASTOMOSIS - PROS AND CONS

Laparoscopic right hemicolectomy is considered the preferred method of treatment for non-disseminated right colon cancers and certain benign lesions, with improved short-term and similar long-term outcomes when compared to an open approach. Two main techniques of ileo-colic anastomosis have been described. Extracorporeal ileo-colic anastomosis requires extensive mobilization of the colon and extraction through a laparotomy in the mid/upper abdomen. Although it is less technically demanding, this approach is limited by the mobility of the colon. Intracorporeal ileo-colic anastomosis requires less mobilization of the colon and traction of the mesentery, therefore reducing surgical trauma. In addition, the lower abdominal extraction site through a Pfannenstiel incision has been associated with less pain, a lower rate of surgical site infections and lower incidence of incisional hernia formation. However, this technique is more technically demanding and requires a greater learning curve. The aim of this presentation is to describe the operative steps of right hemicolectomy with intracorporeal ileo-colic anastomosis and review the advantages and disadvantages of this technique.

OP - 04

EVALUAREA SIGURANȚEI ȘI EFICACITĂȚII EXCIZIEI COMPLETE DE MEZORECT PRIN ABORD ROBOTIC VERSUS ABORD LAPAROSCOPIC. ANALIZA INIȚIALĂ

Loredana Bărbulescu, V. Tomulescu, C. Copăescu

Ponderas Academic Hospital, București, România

Scopul studiului: Evaluarea siguranței și eficacității exciziei complete de mezorect prin abord robotic versus laparoscopic și analizarea rezultatelor inițiale.

Material și metodă: Expunerea rezultatelor privind analiza comparativă intraoperatorie și postoperatorie a celor două tipuri de abord.

Rezultatele inițiale postoperatorii și oncologice au fost evaluate pentru a evidenția eficacitatea ambelor tehnici în TME. În centrul nostru au fost efectuate 44 de rezecții rectale robotice și 64 de rezecții rectale laparoscopice din ianuarie 2018 până în prezent.

Rezultate: TME prin abord robotic a fost asociat cu o durată mai lungă a intervenției chirurgicale, cu reluarea precoce a tranzitului intestinal, cu risc mai mic de conversie și cu o durată de spitalizare mai scurtă. S-a observat o echivalență statistică între RTME și LTME pentru variabilele non-oncologice precum pierderea de sânge intraoperatorie, morbiditatea și riscul de reintervenție. Variabilele oncologice precum numărul de limfonoduli recoltați și marginea de rezecție circumferențială pozitivă au fost de asemenea comparabile în ambele grupuri. Lungimea marginilor de rezecție distală a fost similară în ambele grupuri.

Concluzii: RTME la pacienții cu cancer rectal a fost asociată cu o rată mai mică de conversie și cu o incidență mai mică a retenției urinare postoperatorii. Timpul operator în RTME a fost semnificativ mai lung decât în LTME. Rezultatele oncologice și funcționale inițiale ale RTME par a fi echivalente cu LTME.

THE SAFETY AND EFFECTIVENESS OF ROBOTIC VERSUS LAPAROSCOPIC TME IN PATIENTS WITH RECTAL CANCER. INITIAL ANALYSIS

Aim: To assess the safety and effectiveness of robotic total mesorectal excision versus laparoscopic total mesorectal excision and to analyze the primary outcomes.

Methods: The operative, post-operative and oncological outcomes were evaluated to assess the effectiveness of both techniques of TME. In our center were performed 44 robotic rectal resections and 64 laparoscopic resections since January 2018.

Results: The RTME was associated with longer operation time, early bowel movements, lower risk of conversion and shorter hospitalization. The statistical equivalence was seen between RTME and LTME for non-oncological variables like blood loss, morbidity and reintervention risk. The oncological variables such as number of harvested nodes and positive circumferential resection margin risk were also comparable in both groups. The length of distal resection margins was similar in both groups.

Conclusion: RTME in patients with rectal cancer was associated with a lower rate of conversion and less incidence of urinary retention. The operative time in RTME was significantly longer than in LTME. The initial oncological and function outcomes of RTME seem to be equivalent with LTME.

OP - 05

CHIRURGIA MINIM INVAZIVĂ TRANSANALĂ - LEȚIA EXPERIENȚEI INIȚIALE

V. Calu, M. Oun, C. Pîrîianu, A. Miron

Universitatea de Medicină și Farmacie „Dr. Carol Davila”, Clinica de Chirurgie Elias, București, România

Chirurgia minim invazivă transanală (TAMIS) este o tehnică ce câștigă o răspândire din ce în ce mai largă datorită progresului tehnologic. Există o creștere a incidenței cancerului colorectal, în special la populația tânără, cancerul rectal mediu fiind una dintre situațiile dificile, unde, după tratament neoadjuvant, chirurgul trebuie să realizeze o rezecție oncologic corectă la un pacient cu un pelvis dificil cu intenția de a prezerva sfincterul. TaTME este o tehnică promițătoare, care permite atingerea acestui obiectiv, dar curba de învățare începe cu TAMIS. Prezentăm experiența noastră inițială cu TAMIS, insistând asupra problemelor cu care ne-am confruntat. Tipul de port anal, poziția trocarelor, insuflația au fost fiecare pași cu particularități pe care le-am învățat. Efectuarea exciziei întregului perete rectal ne-a obligat la închiderea breșei, care a fost uneori dificilă. Cazurile operate au fost polipi de rect mediu declarați nerezecabili pe cale endoscopică și un caz de neoplasm de rect mediu cu răspuns complet după tratament neoadjuvant. Nu am înregistrat complicații în seria noastră.

Concluzia este că abordarea cancerului de rect pe cale transanală necesită TAMIS ca prim pas obligatoriu, pentru a putea depăși dificultățile tehnice asociate acestui abord particular.

TRANSANAL MINIMALLY INVASIVE SURGERY - LESSONS LEARNED FROM OUR INITIAL EXPERIENCE

Transanal minimal invasive experience (TAMIS) is a technique gaining wider acceptance due to technological improvements. There is an increasing incidence of colorectal cancer, especially in younger population, the middle rectal cancer being one of the most challenging situations, where, after neoadjuvant treatment, the surgeon has to do a correct oncological resection in a difficult pelvis with the intention to preserve the sphincter. TaTME is a very promising technique, that allows the achievement of this purpose, but with a learning curve that starts with TAMIS. We present our initial experience with TAMIS, with a focus on the problems we had to

tackle. The type of anal port, the placement of trocars, the insufflation were all steps with tips and tricks we had to learn. We did “full thickness” resections and the gap closure was sometimes difficult. The cases we operated were middle rectal polyps deemed as unresectable by endoscopy and one middle rectal cancer with complete response after neoadjuvant treatment. Our series of patients was successful and without complications.

The conclusion is that approaching rectal cancer by transanal minimal invasive approach requires TAMIS as an initial and mandatory step, in order to overcome the technical difficulties associated with this particular type of approach.

OP - 06

FISTULELE BILIARE DUPĂ COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ. PROBLEME DE DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT

D. Brebu, Sașa Cuzmanov, Iuliana Mihail, Karina Botoca, Estera Homorogan, F. Lazăr

¹*Clinica II Chirurgie, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu” Timișoara*

²*Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara*

Prezentăm o serie de trei cazuri tratate în clinica noastră pentru fistule biliare după colecistectomie laparoscopică (CL). Standardizarea la ora actuală a tehnicii pentru CL în clinica noastră presupune atingerea a șase puncte diferite și a fost instrumentală în scăderea numărului de cazuri cu fistule biliare după CL. Managementul fistulelor biliare depinde de numeroși factori și necesită un management pluridisciplinar. Cazul 1 este o femeie cu reintervenție la 60 de ore după CP pentru biliragie pe tubul de drenaj subhepatic, cauza fiind reprezentată de un canal biliar accesoriu. Cazul 2 este o femeie cu fistula biliară diagnosticată la 10 zile de la CL, la care reintervenția a evidențiat biliragie pe bontul cistic, iar colangiografia a stabilit prezența unui calcul coledocian restant. Cazul 3 este un bărbat cu o fistulă biliară postoperatorie cu debit de 500 ml în prima zi postoperator, cu management conservator de succes. Am concluzionat că diagnosticul fistulei biliare post CL necesită reevaluare postoperatorie paraclinică de rutină, monitorizarea tubului de drenaj, evaluarea imagistică în caz de suspiciune de fistulă biliară și punem accent pe necesitatea înregistrării intervențiilor chirurgicale și urmărirea ulterioară a acestora. Managementul depinde de semnele clinice și rezultatul evaluărilor paraclinice și concluzionăm că re-laparoscopia ar trebui să fie de primă intenție în situațiile cu diagnostic incert.

BILE LEAK FOLLOWING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY. PROBLEMS OF DIAGNOSTIC AND MANAGEMENT

We present a case series of three patients treated in our clinic for bile leaks after laparoscopic cholecystectomy (LC). Current standardization of the technique for LC in our clinic requires six checklist items and has been instrumental in the decline of postoperative bile leak numbers. The management of bile leaks depends on numerous factors and requires a multidisciplinary management. Case 1 is a female with reintervention 60 hours after LC for a bile leak exteriorized on drainage tube, caused by an accessory biliary duct. Case 2 is a female with a bile leak 10 days after LC, where reintervention showed bile leak from cystic stump and transcystic cholangiography showed choledocholithiasis post LC. Case 3 is a male with a postoperative bile leak with an output of 500 ml on postop day 1, with successful conservative management. We conclude that diagnosing postoperative bile leaks requires routine postoperative clinical evaluation, monitoring the drainage tube, imagistic evaluation if leak is suspected and we emphasize the necessity to record and watch the movie of each surgery. The management of bile leaks depends on the clinical signs and paraclinical evaluation and we conclude that re-laparoscopy should always be the first intention in case of diagnostic uncertainty.

OP - 07

ABORDUL LAPAROSCOPIC ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL HERNILOR INGHINO-FEMURALE

B.A. Pop, M. Valea, I. Cordoș, Andreea Cordoș, C. Mihețiu, D. Georgian, M. Roșian, V. Făgărășan, C. Ciuce, V. Bințișan

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Obiectivul studiului: Abordul laparoscopic s-a impus ca și metodă de tratament a patologiei herniare inghino-femorale și trebuie să facă parte din arsenalul terapeutic al unei echipe chirurgicale ce activează într-un centru terțiar. Studiul actual urmărește confirmarea eficacității acestui tratament, precum și a rezultatelor postoperatorii în practica curentă.

Material și metode: Am efectuat un studiu retrospectiv folosind ca și criterii de includere: pacienții cu diagnostic de hernie inghinală și femurală unilaterală sau bilaterală, internați în perioada 01.01.2012 - 01.07.2019, tineri, activi din punct de vedere fizic, fără comorbidități cardiopulmonare care tolerează cel puțin 90 de minute de poziție Trendelenburg. Criteriile de excludere au fost reprezentate de: herniile încarcerate, prezența comorbidităților cardiopulmonare care contraindică pneumoperitoneul și poziția Trendelenburg.

Rezultate: S-au identificat 99 de pacienți cu hernii inghino-femorale dintre care 50 au fost tratați laparoscopic. Timpul operator mediu a fost de 52 de minute pentru herniile unilaterale respectiv 90 de minute pentru cele bilaterale. Ca și complicații intraoperatorii, am identificat un caz de breșă tangențială a arterei testiculare și un caz de sângerare de la nivelul arterei epigastrice interne rezolvate prin sutura laparoscopică. Breșele peritoneale nu au fost considerate complicații, ci incidente intraoperatorii, fiind suturate. Spitalizarea medie postoperatorie a fost de 1,4 zile. Complicațiile postoperatorii au fost reprezentate de seroame, acestea fiind tratate prin puncții eco-ghidate. La o perioadă de urmărire postoperatorie medie de 60 de luni rata de recidivă este nulă.

Concluzie: Abordul laparoscopic are indicații bine stabilite în tratamentul herniilor inghinale și femurale și oferă rezultate foarte bune pe termen scurt și lung.

LAPAROSCOPIC APPROACH IN THE SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL AND FEMURAL HERNIAS

Purpose: The laparoscopic approach imposed itself as a treatment option for inghino-femoral hernias and has to be a part of the therapeutic weaponry of a surgical team activating in a tertiary center. This study aims at the confirmation of the efficiency of this treatment and the postoperative result in current practice.

Method: We have conducted a retrospective study using the following inclusion criteria: patients with unilateral or bilateral inguinal and femoral hernia submitted during 01.01.2012-01.07.2019, young, physically active, without cardiopulmonary pathology, who can tolerate at least 90 minute of Trendelenburg position. The exclusion criteria were represented by incarcerated hernias and the presence of cardiopulmonary comorbidities which represent a contraindication for pneumoperitoneum and Trendelenburg position.

Results: There were 99 patients identified with inguino-femoral hernia of which 50 were treated by laparoscopy. Mean operator time was of 52 minutes for unilateral and 90 minutes for bilateral hernias. As intraoperative complications we identified one case of accidental breach of the testicular artery and one case of internal epigastric artery bleeding, both solved by laparoscopic suture. Peritoneal defects were classified as incidents not complications, being solved by suturing. The mean postoperative hospitalisation period was of 1,4 days. Seromas represented postoperative complications and were solved by ultrasound-guided aspiration. With a mean follow-up period of 60 months the recurrence rate was null. **Conclusion:** The laparoscopic approach has well established indications for inguinal and femoral hernias and provides very good short and long-term results.

OP - 08

EVALUAREA MODIFICĂRILOR HISTOPATOLOGICE DETERMINATE DE PROTEZE TEXTILE AUTOLOGE DIN PLASMA ÎMBOGĂȚITĂ CU PROTEINE FAȚĂ DE CELE SINTETICE ABSORBABILE ÎN PROTEZAREA TEXTILĂ A HERNIILOR HIATALE PE CALE LAPAROSCOPICĂ, PE UN MODEL ANIMAL

EVALUATION OF THE HISTOPATHOLOGICAL MODIFICATIONS INDUCED BY THE AUTOLOGOUS PROTEIN-RICH PLASMA VERSUS ABSORBABLE, SYNTHETIC MESH AS REINFORCEMENT OF THE HIATAL HERNIA REPAIR IN A LAPAROSCOPIC ANIMAL MODEL

C. Boru¹, C. Copăescu², N. Manolescu³, D. Ulmeanu⁴, N. Copca⁵, V. Constantinică⁵, G. Silecchia¹

¹Sapienza University of Rome, Roma, Italia

²Ponderas Academic Hospital, București, România

³Universitatea Spiru Haret, Facultatea de Medicină Veterinară, București, România

⁴Regina Maria Băneasa Hospital, București, România

⁵Spitalul „Sfânta Maria”, București, România

Introduction: Posterior cruroplasty's reinforcement during hiatal hernias HH laparoscopic repair is used in case of large hiatal defects. Use of autologous platelet-rich plasma PRP concentrate, with simple and cheap preparation, might be an important adjuvant therapy.

Aims: finding new solutions for the symptomatic HH's treatment, confronting biosynthetic, absorbable mesh vs. the application of autologous PRP concentrate in a porcine model.

Materials and methods: Prospective, randomized study on 15 pigs, with two groups: mesh vs. PRP. Blood withdrawal was made prior to surgery in PRP group for concentrate's preparation. Laparoscopic procedure: creation of hiatal defect, reinforcement of posterior cruroplasty with absorbable mesh (group A) or PRP (group B). Second procedure consisted in macroscopic examination and specimen retrieval for absorption's evaluation of the prosthesis and of PRP. A semiquantitative histological score for various histopathological features was developed.

Results: Twelve animals survived the procedure and further follow-up for 7 months. No local complications were recorded, with increased local adherences in group A. Histology showed modifications in both groups for proliferative (predominantly mononuclear cells), vascular, inflammatory and dystrophic components, with compensatory hypertrophy due to fibrosis between the muscular fibers and also adipose tissue metaplasia. Inflammation's score was slightly increased in mesh group; the scores for neovascularization were between mild and moderate in both groups, that is expected in tissue repairing and wound healing; there were no statistically significant differences between histological scores for the two groups, regarding inflammation, neovascularization and fibrosis.

Conclusions: Autologous PRP could find a clinical application in the surgical treatment of the hiatal defects.

OP - 09

ROLUL STADIALIZĂRII LAPAROSCOPICE PENTRU OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI MULTIDISCIPLINAR LA PACIENȚII CU CANCER GASTRIC

V. Bintișan¹, Andreea Cordoș¹, E. Cata¹, R. Chira¹, Adriana Bintișan¹, Simona Cocu², Larisa Ciule², A. Ungureanu³, C. Ciuce¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

²Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca, România

³Centrul Amethyst, Cluj-Napoca, România

Introducere: În ciuda progreselor făcute de metodele convenționale de stadializare în cancerul gastric, acuratețea rezultatelor lor este încă suboptimală. Laparoscopia are potențialul de a vizualiza și caracteriza morfologic tumora, cavitatea peritoneală și limfoganglionii loco-regionali și astfel de a selecta mai bine pacienții pentru strategia optimă de tratament.

Material și metodă: Pacienții cu cancer gastric evaluați inițial prin computer tomografie și ecografie endoscopică au fost incluși într-un studiu prospectiv care a utilizat laparoscopia și ecografia intraoperatorie laparoscopică ca procedură distinctă de stadializare preoperatorie. Datele perioperatorii au fost înregistrate într-o bază de date prospectivă și folosite pentru a decide în echipa multidisciplinară strategia terapeutică optimă pentru fiecare pacient.

Rezultate: Între cei 20 pacienți M0 pe examinarea computer tomografică analizați, 15% au prezentat carcinomatoză peritoneală extinsă. În alte 15% din cazuri laparoscopia a avut ca efect creșterea nivelului de stadializare și inițierea chimioterapiei neoadjuvantă. În trei cazuri biopsia percutanată cu ac Tru-cut ghidată laparoscopic a permis stabilirea diagnosticului definitiv și inițierea tratamentului adecvat. În total, laparoscopia a adus informații relevante în 65% din cazuri și a schimbat planul de tratament la 30% dintre pacienți.

Concluzii: În era chimioterapiei neoadjuvante pentru cancerul gastric, laparoscopia este un instrument util de stadializare care are potențialul de a depăși limitele metodelor tradiționale și de a oferi informații relevante ce pot schimba planul de tratament la un procent de până la 30% dintre pacienți.

THE VALUE OF STAGING LAPAROSCOPY FOR OPTIMAL MULTIDISCIPLINARY TREATMENT IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER

Introduction: Despite improvements in the conventional preoperative tools used for staging of gastric cancer, their accuracy still needs to be improved. Laparoscopy has the potential to visualize and characterize the tumor, the peritoneal cavity and the lymph nodes and thus to better select patients for the optimal treatment strategy.

Material and Method: Patients with gastric cancer staged initially with contrast enhanced and endoscopic ultrasound were included in a prospective study that used laparoscopy and laparoscopic ultrasound as a distinct preoperative staging procedure. The perioperative data was recorded in a prospective data base and was used to decide within the multidisciplinary team the optimal treatment protocol for each patient.

Results: Among the 20 CT-scan M0 patients analyzed, peritoneal carcinomatosis was detected in 15% of the cases. In other 15% of patients laparoscopy upstaged the tumor and directed the patient towards neoadjuvant chemotherapy. Laparoscopic guided percutaneous core biopsies settled the definitive diagnosis in 3 further cases. In total, laparoscopic staging brought important information in 65% of cases and changed the treatment plan in 30% of the patients.

Conclusions: In the era of neoadjuvant chemotherapy, laparoscopy has the potential to overcome some of the limitations of the conventional staging methods and offers additional informations which finally change the treatment plan in as much as a third of patients with gastric cancer.

OP - 10

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICĂ PERCUTANĂ ÎN NUTRIȚIA PACIENȚILOR ONCOLOGICI - 5 ANI DE EXPERIENȚĂ

L. Simion¹, M. Alecu¹, M. Vintilă², Elena Chitoran³, V. Rotaru³, Elena Mihaela Vrabie²

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Institutul Oncologic, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, România

³Institutul Oncologic, București, România

Afecțiunea oncologică, poate mai mult decât alte boli, impune un suport nutrițional adecvat, pacientul trebuind să facă față atât nevoilor curente, complicațiilor bolii neoplazice cât și cerințelor diverselor tratamente oncologice agresive. Adeseori, în stadiile avansate, dar uneori și pentru a facilita anumite tratamente oncologice atunci când alimentația orală nu mai este posibilă sau devine insuficientă, în condițiile unui tub digestiv funcțional, este necesară suplimentarea cu nutriție enterală. Încă de la introducerea gastrostomiei endoscopice percutane (PEG), aceasta s-a dovedit a fi varianta optimă de nutriție enterală, fiind preferată ori de câte ori este posibil față de procedeele clasice de gastrostomie sau jejunostomie. Pentru cazurile la care pasajul endoscopic oral nu mai este posibil avem la dispoziție un dispozitiv PEG-like, cu balonaș, care poate fi montat printr-o mini-laparotomie. Evaluăm experiența dobândită în 5 ani de utilizare a dispozitivelor PEG și PEG-like, incidentele, accidentele, complicațiile și îngrijirea pe termen lung a pacienților în cauză. Nutriția eficientă, deși nu este parte a tratamentului complex oncologic, reprezintă o componentă esențială în tratamentul cancerului, iar pentru cazurile cu boală avansată la care accentul trece de pe terapiile cu șanse curative către medicina paliativă asigură o calitate cât mai bună a vieții pacientului pentru intervalul de timp rămas.

PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY AND THE NUTRITION OF ONCOLOGICAL PATIENTS - 5 YEARS OF EXPERIENCE

Oncological conditions, maybe even more than other affections, entail an adequate nutritional support, so that the patient may cope with both current necessities, neoplastic complications and the requirements of any aggressive oncological treatments. Often in advanced stages, and sometimes to facilitate certain oncological treatments when oral nourishment is inadequate or no longer possible at all, while given a functional digestive system, accompanying enteral nutrition is necessary. Since the introduction of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG), it has proven itself to be the optimal method of enteral nutrition, being chosen as often as possible as a substitute to classical gastrostomy or jejunostomy. In the case of no longer achievable oral endoscopic passage, a PEG-like device with fixating inflatable balloon can be installed via a minimal laparotomy. We are hereby referring to our 5 years of experience with PEG and PEG-like devices in discussing the incidents, accidents, complications and long-term care of patients who use them. Effective nutrition, although not an actual part of the modern complex oncological treatments, is still essential in treating cancer, and for advanced-stage cases where focus switches from curative to palliative therapies, assures an improved quality of life for the patient's remaining time.

OP - 11

CARE SUNT AVANTAJELE CHIRURGIEI ROBOTICE ÎN ENDOMETRIOZĂ?

C.B. Coroleucă, Elvira Brătilă

Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie “Prof. Dr. Panait Sârbu” București, Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”

Obiectiv: Scopul acestui articol este de a prezenta statutul actual al chirurgiei robotice în tratamentul endometriozei și de a prezenta experiența noastră în acest domeniu.

Material și metodă: Analiza articolelor publicate în literatura de specialitate pentru a observa beneficiile chirurgiei robotice în tratamentul pacienților diagnosticate cu endometrioză. Compararea datelor din literatură cu principalele indicații chirurgicale întâlnite în lotul de paciente selectat de către noi care au beneficiat de intervenție chirurgicală robotică pentru endometrioză.

Rezultate: Avantajele tehnice aduse de chirurgia robotică sunt puse în evidență în stadiile avansate de endometrioză. În literatură există puține studii retrospective și serii de cazuri care au studiat avantajele chirurgiei robotice în endometrioză.

Concluzii: Rolul chirurgiei robotice în tratamentul pacientelor cu endometrioză în formă incipientă este neclar. Beneficiile oferite de chirurgia robotică sunt observate în cazul pacientelor cu stadii avansate de endometrioză sau endometrioză profund infiltrativă. Studii randomizate suplimentare sunt necesare pentru a compara chirurgia robotică cu laparoscopia convențională în tratamentul pacientelor cu endometrioză.

Cuvinte cheie: chirurgie robotică, chirurgie minim invazivă, endometrioză

WHAT ARE THE BENEFITS OF ROBOTIC SURGERY IN ENDOMETRIOSIS?

Objective: The purpose of this article is to present the current status of robotic surgery in the treatment of endometriosis and to present our experience in this field.

Material and method: Analysis of articles published in the specialty literature to observe the benefits of robotic surgery in the treatment of patients diagnosed with endometriosis. Comparison of the data from the literature with the main surgical indications found in the group of patients selected by us who have benefited from robotic surgery for endometriosis.

Results: The technical advantages of robotic surgery are highlighted in the advanced stages of endometriosis. In the literature there are few retrospective studies and case series that have studied the benefits of robotic surgery in endometriosis.

Conclusions: The role of robotic surgery in the treatment of patients with early endometriosis is unclear. The benefits of robotic surgery are observed in patients with advanced stages of endometriosis or deep infiltrative endometriosis. Further randomized studies are needed to compare robotic surgery with conventional laparoscopy in the treatment of patients with endometriosis.

Keywords: robotic surgery, minimally invasive surgery, endometriosis

OP - 12

ABORDUL ROBOTIC - EXTINDEREA INDICAȚIEI DE NEFRECTOMIE PARȚIALĂ?

Iulia Andras^{1,2}, N. Crișan^{1,2}, I. Coman¹

¹Disciplina Urologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

²Sectia Urologie, Spitalul Clinic Municipal, Cluj-Napoca, România

Nefrectomia parțială s-a dezvoltat ca o metodă de preservare a funcției renale și în prezent este considerată standard pentru tumorile renale în stadiul T1. Conform ghidurilor Asociației Europene de Urologie, preservarea parenchimului renal sănătos este mai importantă decât tipul de abord. Prin urmare, mulți chirurghi au ales abordul clasic pentru cazurile complexe, având în vedere faptul că la începutul curbei de învățare se considera că abordul minim-invaziv prelungeste timpul operator și crește rata de complicații. Articole recente au demonstrat că pentru tumorile renale în stadiul T2 nefrectomia parțială robotică asociază un timp de spitalizare redus, precum și o rată de complicații redusă în comparație cu abordul clasic. De asemenea, în cazurile complexe (scor PADUA peste 10), studiile au arătat că, dacă abordul robotic ar fi preferat în detrimentul abordului clasic, rata de complicații s-ar reduce cu 12-25%. Evoluția tehnică a chirurgiei robotice, precum și experiența acumulată până în prezent permit extinderea indicației de nefrectomie parțială. În centre de volum crescut, nefrectomia parțială robotică poate fi considerată standard în cazuri selecționate de tumori renale complexe sau în stadiul T2.

ROBOTIC APPROACH - EXTENDING THE INDICATIONS FOR PARTIAL NEPHRECTOMY?

Partial nephrectomy was developed as a means of renal function preservation and is currently the standard approach for almost all cT1 renal masses. According to the guidelines of the European Association of Urology, the preservation of the healthy renal parenchyma is superior to the type of approach. As such, many surgeons chose the open approach in highly complex cases as in the beginning of the learning curve the minimally-invasive approach was considered to prolong the ischemia time and increase the complications rate. Recent reports have shown that for cT2 renal tumors the robotic partial nephrectomy leads to significantly shorter hospitalization time, as well as lower rate of 30-day, 90-day and high grade complications in comparison with the open approach. Furthermore, in highly complex renal masses (PADUA >10), studies showed that if the robotic approach was preferred as opposed to the open one, the complications risk would be reduced by 12-25%. The technical improvements in the robotic approach and increasing experience may act as factors to broaden the indication for partial nephrectomy. In high-volume centers, the robotic partial nephrectomy can be considered the standard also in selected cases of cT2 or complex tumors.

OP - 13

COMPLICAȚII DUPĂ REZEȚII INTESTINALE LAPAROSCOPICE PENTRU ENDOMETRIOZĂ PROFUNDĂ

A. Dobrescu^{1,2,3}, L. Stoica³, A. Isaic^{2,3}, G. Facraci³, P. Pantilie³, V. Simedrea¹

¹Endo Institutul Premier, Timișoara, România

²Departamentul de Chirurgie, Universitate de Medicină și Farmacie "Victor Babes" Timișoara, România

³Clinica II Chirurgie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Pius Brinzeu Timișoara, România

Background: Endometrioza este una dintre cele mai frecvent întâlnite afecțiuni ginecologice, caracterizată prin prezența țesutului endometrial în afara cavității uterine. Interesarea intestinală a nodurilor endometrioziice a fost estimată între 5.3 și 12% la femeile cu endometrioza. Implicarea colorectală reprezintă 70-90%. Tratatamentul endometriozei colorectale este provocator și dificil. Obiectivul prezentului studiu este de a evalua complicațiile tratamentului chirurgical pentru endometrioza profundă, cu implicare colorectală.

Metode: Între octombrie 2017 și septembrie 2019, au fost evaluate printr-un studiu prospectiv, pacientele care au suferit o intervenție chirurgicală prin abord laparoscopic, pentru endometrioza profundă la Institutul pentru endometrioza Premier Timișoara. Procedurile chirurgicale utilizate prin abord laparoscopic au fost: rezeție intestinală, excizie discoid și rectal shaving.

Rezultate: Un total de 224 de cazuri au fost operate, conform clasificării rAFS, 177 de cazuri (79.1%) au fost încadrate în stadiile III, respectiv IV de endometrioza. Procedurile chirurgicale efectuate prin abord laparoscopic au fost: rectal shaving 81(36.16%), rezeții discoide ale rectului 31(13.83%), rezeții discoide ale colonului sigmoid 16(7.14%), rezeții segmentare colorectale 96(42.85%). Complicațiile postoperatorii au fost: 1 caz abces pelvin (0.44%), 3 sângerări postoperatorii (1.33%), un hematom infectat (0.44%), 2 fistule recto-vaginale (0.89%)

Concluzii: S-a înregistrat o rată mai mare a complicațiilor în urma rezețiilor colorectale, comparativ cu chirurgia conservatorie. În contextul general al chirurgiei colorectale se observă o tendință a folosirii tehnicilor conservatorii. Rezețiile colorectale ar putea fi rezervate cazurilor cu leziuni avansate și a cazurilor cu multipli noduli endometrioziici.

Cuvinte cheie: endometrioza profundă, chirurgie colorectală, laparoscopic, intestine, complicații

COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC BOWEL RESECTION FOR DEEPLY INFILTRATING ENDOMETRIOSIS

Background: Endometriosis is one of the most frequently encountered benign gynecological diseases, characterized by the presence of ectopic endometrium outside the uterine cavity. Intestinal involvement by deep endometriotic nodules has been estimated to occur in 5.3–12% of women with endometriosis. Colorectal disease represents between 70-90% of these cases. Treatment of colorectal endometriosis is difficult and challenging. The objective of the present study was to evaluate the complication of surgical treatment for deeply infiltrating endometriosis (DIE) with colorectal involvement.

Methods: Between October 2017 and September 2019, all women who underwent laparoscopic surgical treatment for deeply infiltrating pelvic endometriosis with colorectal involvement at the ENDOINSTITUTE Premiere Hospital, Timisoara were prospectively studied. The procedures performed to treat DIE of the colorectum were: laparoscopic bowel resection, disc excision and rectal shaving.

Results: A total of 224 cases were operated, in rAFS classification the predominance of lesions in stage III, and IV was 177(79.1%). The surgical procedures performed were: Rectal shaving 81(36.16%), discoid resection of rectum 31(13.83%), discoid resection of sigmoid 16 (7.14%), segmental resection of rectum 96(42.85%). Postoperative complications registered were: pelvic abscess 1(0.44%), postoperative bleeding 3(1.33%), infected hematoma 1(0.44%), recto-vaginal fistula 2(0.89%)

Conclusions: We had registered relatively higher complication rates after bowel resection compared with rectal shaving. In an overall context of colorectal surgery, there is a general tendency towards more conservative surgical techniques. Segmental resection may ultimately be reserved for advanced lesions or for several cases of multiple nodules.

Key words: deeply infiltrating endometriosis, colorectal surgery, bowel, laparoscopic, complications

OP - 14

STANDARDIZAREA GASTRECTOMIEI LONGITUDINALE PE CALE LAPAROSCOPICĂ ȘI EFECTELE POSTOPERATORII

A. Dobrescu, C. Lazar, G. Noditi, R. Zoller, A. Sodolescu, C. Duta

Timișoara, România

Gastrectomia longitudinală laparoscopică (GLL) a devenit tot mai acceptată ca și gold standard în chirurgia obezității. Complicațiile

apărute în urma GLL sunt datorate limitării tehnice: neidentificarea punctelor anatomice importante, folosirea staplerelor de grosimi greșite, tracțiunea țesuturilor, torsionarea stomacului în jurul propriei axe și neidentificarea parametrilor de siguranță în cele mai vulnerabile zone, precum antrul și joncțiunea gastroesofagiană (GE). Nu există contraindicații absolute în chirurgia bariatrică. Standardizarea GLL necesită scheletizarea stomacului la nivelul mării curburi și întreruperea vaselor gastrice scurte folosind LigaSure™ / Harmonic®. Disecția se începe la 2-4 cm de pilor și se continuă până la 2 cm de joctiunea GE. Piesa de rezecție se extrage din cavitatea abdominală prin incizia de la nivelul trocarului din flancul stâng. Se verifică linia de staplare a stomacului pentru posibile efracții și sângerări. Se lasă un drenaj dealungul transei gastrice. Închiderea aponevrozei la nivelul trocarelor din ambele flancuri. În prima zi postoperator toți pacienții sunt supuși unui examen cu tranzit baritat pentru a verifica transa gastrică. Dacă pacientul este stabil hemodinamic și fără dureri acesta se externează, nu înainte de a se realiza un instructaj igienodietetic de către un dietetician bariatric. Controalele se fac la 1,3,6,12 luni postoperator, urmate de controale anual. Între 2015-2019 am avut 270 de cazuri cu un IMC mediu de 41(+4,2)kg/m². La controlul de 1 an IMC-ul a fost de 28(+2,8) kg/m². Standardizarea GLL îmbunătățește evoluția postoperatorie și scade rata complicațiilor.

STANDARDIZATION OF LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY AND THE EFFECT ON OUTCOMES

Laparoscopic sleeve gastrectomy(LSG) has been increasingly accepted as a definitive weight loss surgery. Complications arising out of LSG are results of technical failures: misidentification of vital surgical landmarks, use of improper staple heights, inadvertent traction, unguided imbrications of the staple line, spiral coiling of the stomach and failure in identification of safe diameter at most vulnerable areas like antrum and gastro-esophageal(GE) junction. There are no absolute contraindications to bariatric surgery. The standardized LSG requires dissection of greater curvature of the stomach free from the omentum and the short gastric blood vessels using LigaSure™ / Harmonic®. The dissection is started 2-4 cm from the pylorus and proceeds to 2 cm from GE junction. The transected stomach, completely freed and removed from the peritoneum through the left flank port incision. The staple line along the remaining tabularized stomach is tested for leaks. The staple line is concurrently evaluated for bleeding. A drain is left in the left upper quadrant along the sleeve gastrectomy staple line. We close the fascia of the left and right flank port site. On post-operative day #1 all patients undergo ultravist swallow study to evaluate for leak or stricture. If the patient is medically stable with adequate pain control, is discharged after dietary instruction by a bariatric dietician. Subsequent follow-up occurs at one month, 3,6,12 months post-surgery and then yearly thereafter. Between 2015-2019 we had 270 cases with a mean BMI=41(+4,2) kg/m². After one-year follow-up the mean BMI=28(+2,8) kg/m². Standardization of LSG improved the outcomes and minimized the complication rates.

OP - 15

INTERVENȚIILE BARIATRICE ȘI CONTROLUL OSA

Andreea Vlădău, V.C. Diaconu, S. Velici

Spitalul Provita, București, România

Intervenția chirurgicală bariatrică are indicație inclusiv pentru SASO sever la pacientul obez. Frecvența asociere obezitate-SASO și/sau SOH impune diagnosticarea și controlul acestora în pregătirea preoperatorie a pacientului bariatric. Prezentăm rezultatele dintr-o clinică de chirurgie bariatrică din România cu adresabilitate mare. Putem vorbi de o “fereastră operatorie”: sub confortul terapiei PAP, pacientul obez “reușește” în timp să câștige în greutate contrar așteptărilor. Scăderea eficientă în greutate după intervenția bariatrică scade incidența SASO. Impactul pozitiv al terapiei PAP este de multe ori imediat în scăderea ponderală la pacientul compliant. Controlul eficient sau normalizarea parametrilor endocrino-metabolici postchirurgie bariatrică la pacientul obez diabetic sau tiroidian, scade riscul CV și permite control eficient al SASO persistent după scădere ponderală. SOH, evaluat prin gazometrie, bicarbonat plasmatic, oximetrie nocturnă, tratat simptomatic preoperator, este “curabil” după intervenția bariatrică de reducere a obezității. Terapia PAP reduce riscurile perioperatorii și maximizează beneficiul imediat și pe termen lung ale intervenției bariatrice la pacientul cu overlap obezitate - SASO și/sau SOH, reducând semnificativ consecințele individuale și costurile medicale cumulate ale acestor patologii inter-relaționate.

BARIATRIC INTERVENTION AND OSA CONTROL

Surgical bariatric surgery has indication including for severe OSA in obese patient. Frequency of association obesity - OSA and/or

OHS requires their diagnostic and control in preoperative preparation of bariatric patient. We present the results of bariatric surgery clinic from Romania with high addressability. We can talk about an "operating window": under the comfort of PAP therapy, the obese patient "manages" in time to gain weight contrary to expectations. Effective weight loss after bariatric surgery lowers OSA incidence. Positive impact of PAP therapy is often immediate on weight-loss in compliant patient. Efficient control or normalization of post-bariatric surgery metabolic parameters in the diabetic or thyroid obese patient reduces CV risk and allows effective control of residual OSA after weight loss. OHS, assessed by gasometry, plasma bicarbonate, nocturne oximetry, symptomatically treated preoperative, is "curable" after bariatric surgery. PAP therapy reduces perioperative risks and maximizes immediate and long-term benefit of bariatric surgery in overlap obesity–OSA and/or OHS patients, significantly reducing the cumulative individual consequences and health care costs of these inter-related pathologies.

OP - 16

BRGE ȘI CHIRURGIA HERNIEI HIATALE LA PACIENȚII CU OBEZITATE SEVERĂ

GERD AND HIATAL HERNIA SURGERY IN PATIENTS WITH SEVERE OBESITY

C. Boru

Sapienza University of Rome, Roma, Italia

As bariatric surgery is reaching its climax worldwide, revisional surgery seems to be the hottest topic in this field. Some of the most important causes are enlarged hiatal defect, unrecognised or mistreated during primary surgery or acquired afterwards or as a recurrence, and GERD disease, de novo or recurrent. A summary of the literature of causes and treatment, together with personal experience, including 5 years results after posterior cruroplasty concomitant with sleeve gastrectomy, are presented in order to avoid or reduce these causes of reintervention after bariatric surgery.

VIDEO PRESENTATIONS (VP)

VP - 01

GASTRECTOMIE POLARĂ SUPERIOARĂ LAPAROSCOPICĂ CU LIMFADENECTOMIE D1

B.V. Martian, J.E. Mihăilă, Cristina Lazăr, Mădălina Cristina Ilie

Spitalul Clinic Sanador, București, România

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 45 ani, internat pentru disfagie, scaune melenice și anemie moderată. Endoscopia digestivă superioară identifică o tumoră gastrică subcardială pe mica curbură, relativ voluminoasă, cu mucoasă gastrică normală, dar cu ulceratie centrală. Biopsia confirmă suspiciunea clinică de tumoră stromală, GIST cu indice de malignitate scazut (2-3 mitoze/50 HPF). CT toraco-abdomino-pelvin confirmă tumora gastrică, fără adenopatie sau determinări secundare. Stadiul preoperator a fost I B (cT3 NO MO G1). Analiza cazului în Tumor Board stabilește indicația chirurgicală de primă intenție. Am practicat o Gastrectomie polară superioară laparoscopică cu limfadenectomie D1. Evoluția postoperatorie precoce a fost simplă. Pacientul este în program de monitorizare postoperatorie, fără indicație de terapie adjuvantă în prezent. Prezentăm un rezumat video al intervenției chirurgicale.

LAPAROSCOPIC PROXIMAL GASTRECTOMY WITH D1 LYMPHADENECTOMY

We present the case of a man aged 45, who was admitted for clinical signs of upper GI haemorrhage, a mild anaemia and dysphagia. The upper digestive endoscopy found a bulky, large lesser curvature subcardial tumor, with a bleeding central ulceration, and a macroscopic GIST appearance. The pathology workup confirmed a GIST with a low mitotic rate (2-3 /50 HPF) and the chest and abdomen CT scan confirmed the subcardial tumor with no lymph nodes involved. The clinical stage was I B (cT3 NO MO G1). The Tumor Board concluded surgery to begin with, so we performed a Laparoscopic proximal gastrectomy with D1 lymphadenectomy. The postoperative outcome was uneventful. The patient is currently under clinical follow-up with no indication for adjuvant therapy. We present the surgical procedure video resume.

VP - 02

GASTRECTOMIE PARȚIALĂ LONGITUDINALĂ LAPAROSCOPICĂ PENTRU POLIP HIPERPLASTIC HEMORAGIC CU EVIDENȚIEREA UNUI CANCER GASTRIC PRECOCE

A. Miron, Elena Adelina Toma, O. Enciu

Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, România

În cazuri rare de hemoragie din polipi gastrici hiperplastici hemostaza endoscopică nu poate fi obținută și se impune gastrectomie parțială. Este cazul unei paciente de 74 de ani care a avut trei episoade de hemoragie digestivă pe parcursul a 14 luni de la nivelul unui polip gastric de cca 2 cm localizat în fornix. După primul episod de hemoragie s-au prelevat biospii care au demonstrat că polipul este benign - polip hiperplastic. Când pacienta a fost reinternată pentru al treilea episod de hemoragie, s-a decis gastrectomie parțială. CT preoperator a diagnosticat polip de 12/15 mm localizat în fornix, fără semne de malignitate sau limfonoduli perigastrici. Pacienta a suferit gastrectomie longitudinală parțială cu evoluție rapid favorabilă și externare în ziua 3 postoperator. Examenul histopatologic a demonstrat rezecție completă de adenocarcinom moderat diferențiat T1a. Endoscopia digestivă superioară și CT la 6 săptămâni nu au diagnosticat semne de evoluție oncologică, iar comisia multidisciplinară a instituției a decis supravegherea oncologică minuțioasă a pacientei.

LAPAROSCOPIC LONGITUDINAL PARTIAL GASTRECTOMY FOR BLEEDING HYPERPLASTIC POLYP TO REVEAL EARLY GASTRIC CANCER

In rare instances when endoscopic hemostasis cannot be achieved for bleeding from hyperplastic gastric polyps, partial or wedge gastrectomy may be mandatory. It is the case of a 74-year-old female that had three episodes of bleeding from a 2 cm polyp in the gastric fundus over 14 months. During the first episode of bleeding, biopsy samples were taken from the polyp and it was proven to be benign – a hyperplastic polyp. But when the patient returned the third time to the emergency room for upper digestive bleeding, partial gastrectomy was decided. Preoperative CT scan demonstrated a 12/15 mm polyp located in the gastric fundus with no suspicion of malignancy or perigastric lymphnodes. The patient underwent laparoscopic longitudinal partial gastrectomy and recovered very well being discharged three days after the intervention. The pathology report demonstrated complete resection of T1a gastric adenocarcinoma with moderate differentiation. Upper endoscopy and CT scan 6 weeks after surgery did not reveal any signs of malignancy and the institution's tumor board decided close oncologic surveillance.

VP - 03

GASTRECTOMIE DISTALĂ ASISTATĂ LAPAROSCOPIC PENTRU GIST GASTRIC PEDIATRIC. CONSIDERAȚII DE TEHNICĂ CHIRURGICALĂ ȘI MANAGEMENT TERAPEUTIC

Andreea Cordoș, Georgiana Nagy, Liliana Rogojan, A. Jakob, C. Ciuce, V. Bințișan

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

Obiectivul studiului: Rezecția locală prin abord laparoscopic este tratamentul de elecție al tumorilor stromale gastrointestinale (GIST) gastrice localizate la nivelul fundusului sau curburii mari. Dar în cazul GIST-urilor antrale de tip pediatric, de mari dimensiuni, se impune efectuarea unei rezecții gastrice distale cu limfadenectomie loco-regională. Prezentăm un caz de gastrectomie distală asistată laparoscopic cu anastomoză gastroduodenală urmată de limfadenectomie locoregională efectuată pentru GIST gastric antral de tip pediatric, insistând asupra elementelor de tehnică chirurgicală.

Material și metodă: O pacientă în vârstă de 49 de ani a fost diagnosticată endoscopic cu două GIST-uri gastrice antrale cu dimensiuni de 5 cm, respectiv 2 cm. Am efectuat gastrectomie distală asistată laparoscopic cu anastomoză gastroduodenală, asociind o minilaparotomie pentru efectuarea anastomozei.

Rezultate: Evoluția postoperatorie a fost favorabilă. Examenul histopatologic a relevat prezența unui GIST gastric foarte rar raportat în literatură în rândul populației adulte - GIST gastric de tip pediatric, ce prezintă un risc de diseminare limfatică de până la 30-50%. Astfel, am reintervenit chirurgical prin abord clasic și am efectuat o limfadenectomie loco-regională, cu prezervarea vascularizației duodenale. Doisprezece limfoganglioni au fost examinați histopatologic, fără a se identifica celule tumorale. Reevaluarea imagistică la 5 ani postoperator, nu a evidențiat apariția de recidivă locală sau sistemică.

Concluzii: Rezecția gastrică distală prin abord laparoscopic a GIST-urilor antrale multifocale este fezabilă, însă anstomoza gastroduodenală impune efectuarea unei minilaparotomii. În cazul GIST-urilor de tip pediatric cu predispoziție semnificativă de diseminare limfatică, asocierea limfadenectomiei regionale este necesară pentru stadializare și stabilirea indicației tratamentului adjuvant.

LAPAROSCOPIC-ASSISTED DISTAL GASTRECTOMY WITH GASTRODUODENOSTOMY FOR GASTRIC WILD-TYPE-GIST. FOCUS ON SURGICAL TECHNIQUE AND OPTIMAL MANAGEMENT

Aim: Laparoscopic wedge resection of gastrointestinal stromal tumours (GISTs) localized in the fundus or greater curvature of the stomach has become a standard of treatment. However, when tumours are larger, located in the antrum and are wild-type, distal gastric resection with loco-regional lymphadenectomy becomes necessary. We report a case of laparoscopically assisted distal gastrectomy with gastroduodenal anastomosis followed by locoregional lymphadenectomy for a wild-type antral GIST, focusing on surgical technique and optimal management.

Methods: A 49-years old women was endoscopically diagnosed with two GIST tumours of 2 and 5 cm situated on the posterior wall of the gastric antrum. A laparoscopically assisted distal gastrectomy was performed, the gastroduodenal anastomosis being performed through a right subcostal minilaparotomy.

Results: The postoperative course was uneventful. The final pathological report revealed a very rare subtype of gastric GIST in adults – the wild-type GIST. Few cases with this subtype were reported in the literature in the adult population, with a risk of lymph node metastases reaching 30-50%. Therefore, we performed a loco-regional lymphadenectomy by open approach, preserving the vascularity of the duodenum. The 12 lymph nodes examined by the pathologist were free of metastases. Five-year follow-up showed no recurrence.

Conclusion: Laparoscopic distal gastric resection is feasible and safe also for GISTs located in the antrum. Gastroduodenal anastomosis is very demanding and a minilaparotomy is often necessary. In the rare cases of wild-type stromal tumours with predisposition to lymph node metastases, a loco-regional lymphadenectomy is necessary for accurate staging and indication for adjuvant treatment.

VP - 04

DIVERTICUL ESOFAGIAN EPIFRENIC VOLUMINOS - ABORD LAPAROSCOPIC TRANSHIATAL - PREZENTARE DE CAZ

Mihaela Mișcă, I. Brezean, S. Aldoescu

Spitalul Clinic „Dr. Ioan Cantacuzino”, București, România

Diverticuli esofagieni epifrenici sunt entități clinice rare, cu o incidență de 1:500000/an și o prevalență de 0,06-4%, fiind localizați la nivelul esofagului inferior, mai frecvent pe perete lateral drept și asociind tulburări de motilitate esofagiană. Simptomatologie este nespecifică, însă disfagia este principalul simptom de prezentare. Tratamentul chirurgical convențional presupune un abord agresiv deschis transtoracic, dezavantajos prin riscurile și complicațiile asociate. Actual, chirurgia minim invazivă este acceptată ca o metodă de abord sigură pentru rezolvarea acestei patologii. Prezentăm cazul unui pacient de 74 de ani care s-a prezentat pentru disfagie, regurgitații alimentare și dureri retrosternale, fiind diagnosticată imagistic (endoscopic, tranzit baritat EGD) cu diverticul esofagian inferior de mari dimensiuni -5 cm. Se optează pentru un abord minim invaziv laparoscopic transhiatal, intraoperator decelându-se un diverticul esofagian inferior de perete lateral drept, voluminos și o hernie hiatală de alunecare. Se practică rezecția prin staplare a diverticulului sub control endoscopic și fundoplicatura Dor. Evoluție postoperatorie a decurs fără complicații. Diverticuli esofagieni inferior reprezintă o patologie rară, de graniță toraco-abdominală, ce se pretează unui abord minim invaziv toracoscopic sau laparoscopic transhiatal. Considerăm că abordul laparoscopic transhiatal se poate realiza în cazuri selecționate și cu un impact minim asupra recuperării postoperatorii a pacienților.

GIANT EPIPHRENIC ESOPHAGEAL DIVERTICULUM - TRANSHITAL LAPAROSCOPIC APPROACH - CASE REPORT

Epihrenic esophageal diverticula are rare clinical entities, with an incidence of 1:500000/year and a prevalence of 0,06-4%. They are usually localised on the right lateral border of the inferior esophagus and are associated with motility disorders. The symptoms are non-specific, however dysphagia is the most common reason for medical investigation. The conventional surgical treatment is an aggressive open transthoracic approach, plagued by risks and postoperative complications. Recently, minimally invasive surgery has been accepted as a safe approach. We present the case of a 74 year-old male patient referred to our hospital for dysphagia, regurgitation and heart-burn, having been diagnosed imagistically (endoscopy and barium swallow) with a lower esophageal diverticulum, of around 5 cm. A minimally invasive laparoscopic transhiatal approach was preferred. Intraoperative we found a large diverticula of the right lateral wall of the lower esophagus and a sliding hiatal hernia. We performed a stapled resection of the

diverticulum, under endoscopic vision, and a Dor fundoplication. The postoperative course was uneventful. Epiphrenic esophageal diverticula are a rare pathological finding, borderline between the thorax and abdomen, suitable for minimally invasive thoracoscopic or laparoscopic transhiatal approach. We believe that the laparoscopic transhiatal approach can be performed in selected cases with minimal impact on postoperative recovery.

PV - 05

FEZABILITATEA TRATAMENTULUI LAPAROSCOPIC PENTRU HERNIA PARAHIALĂ ASOCIATĂ CU HERNIA HIATALĂ DE TIP I

FEASIBILITY OF LAPAROSCOPIC TREATMENT FOR PRIMARY PARAHIALAL HERNIA ASSOCIATED WITH A TYPE I HIATAL HERNIA

V. Șurlin¹, S.D. Preda¹, Dana Maria Albușescu², Ș. Pătrașcu¹, A. Gogănașu¹, B. Ungureanu³, Giorgiana Graure¹, C. Copăescu⁴

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica I Chirurgie, Craiova, România

²Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica de Radiologie, Craiova, România

³Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica de Gastroenterologie, Craiova, România

⁴Ponderas Academic Hospital, București, România

Parahiatal hernia is a rare disease that occurs when an abdominal organ protrudes through an opening adjacent to an anatomically intact esophageal hiatus. The herniated organ is usually the stomach, although cases of omental and colonic herniation exist. The reported incidence is 0.2-0.35% in patients undergoing surgery for hiatal hernia. They can be classified as primary/congenital or secondary/acquired. We report the case of a 60-year-old woman which accused epigastric pain, starting 2 years prior, pseudo-angina, heartburn and bloating. Based on imagistic findings the patient was diagnosed with a parahiatal hernia and an associated type I hiatal hernia. Patient underwent surgery and a 7 cm diameter defect in the diaphragm lateral to the left crus was discovered, through which 40-50% of the stomach had herniated. The hiatal orifice was slightly enlarged but anatomically intact, with an associated small sliding hiatal hernia. We performed closure of the defect, hiatoplasty and a Floppy-Nissen Fundoplication. Postoperative outcome was uneventful, with the patient discharged on the 5th postoperative day.

PV - 06

UTILIZAREA PROTEZELOR RESORBABILE ÎN CURA LAPAROSCOPICĂ A HERNIILOR HIATALE PARAESOFAGIENE

V.C. Diaconu, S. Velici, T. Mateescu, Diana Stănescu

Spitalul Provita, București, România

Herniile hiatale paraesofagiene reprezintă 10% din totalul herniilor hiatale diagnosticate. Rezolvarea chirurgicală impune gesturi mai complexe și artificii tehnice suplimentare pentru scăderea ratei de recidivă. În literatură rata de recidivă este de aprox. 34%, procent ce scade semnificativ până la 9% în cazul asocierii recalibrării hiatusului cu proceduri de relaxare diafragmatică și cu protezarea defectului. Până recent, protezarea defectului hiatal reprezenta una dintre sursele de complicații la distanță (migrarea intraesofagiană), această problemă fiind acum depășită de utilizarea protezelor resorbabile. Prezentăm statistica europeană și cazuri din experiența noastră.

THE USE OF RESORBABLE MESH FOR PARA-ESOPHAGEAL HIATAL HERNIAS REPAIR

Paraesophageal hiatal hernia incidence it is about 10% from all hiatal hernias. The surgical approach requires more intricate surgical skills and additional technical solutions aiming to reduce the recurrence rate. In literature the recurrence rate is about 34%, which can be reduced to 9% if the recalibration of the hiatus is top up with mesh reinforcement and diafragmatic relaxation procedures. Until recently, one of the most serious long term complications of the mesh reinforcement was due to intraesophageal mesh migration. This problem is about to be exceeded by using the resorbable meshes. We present the literature statistics and also our experience.

PV - 07

MANAGEMENTUL HERNIEI HIATALE CU PLASĂ RESORBABILĂ - PREZENTARE DE CAZ

P. Hoară, F. Chiru, Rodica Bîrlă, A. Alkadour, Mădălina Mitrea, Magdalena Nica, S. Constantinoiu
Spitalul Clinic „Sf. Maria”, Secția de Chirurgie Generală și Esofagiană, București, România

Introducere: Herniile hiatale voluminoase reprezintă o provocare terapeutică, mai ales din cauza riscului crescut de recidivă. Utilizarea unei plase reprezintă o opțiune de luat în considerare, sub rezervă complicațiilor posibile pe termen lung.

Prezentare de caz: Pacientă B.G, în vârstă de 65 ani, cu APP de neoplasm de col uterin, radiotratat și operat în 2004, ce s-a internat în serviciul nostru cu diagnosticul imagistic (endoscopic și prin tranzit baritat) de hernie hiatală paraesofagiană voluminoasă, asociată cu o ansă colonică migrată intratoracic. S-a decis intervenția chirurgicală pe cale laparoscopică și, după reducerea jumătății proximale a stomacului migrată intratoracic, s-a constatat un hiatus de dimensiuni mari. Sutura pilierilor s-a realizat în moderată tensiune, motiv pentru care s-a decis consolidarea suturii prin aplicarea unei plase. Având în vedere riscul de eroziuni esofagiene asociat cu plăsele de polipropilenă, s-a decis utilizarea unei plase resorbabile de Vicryl, fixată cu glue și urmată de fundoplicatura Nissen pe 360 grade.

Management și rezultate: Postoperator, evoluția a fost favorabilă, cu recuperare rapidă și reluarea tranzitului intestinal ziua 2 post-operator, iar externarea în ziua 3 post-operator.

Concluzii: În unele cazuri selecționate de hernie hiatală voluminoasă se poate recurge la consolidarea suturii pilierilor prin utilizarea unei plase, materialul resorbabil fiind o opțiune pentru evitarea complicațiilor pe termen lung legate de prezența unui corp străin juxta esofagian.

HIATAL HERNIA MANAGEMENT USING ABSORBABLE MESH - CASE PRESENTATION

Introduction: The treatment of giant hiatal hernia represents a challenge, especially because the recurrence risk. The use of mesh reinforcement is an option one can take into account but with the risk of long term complications

Case presentation: Patient B.G, 65 years old female, with history of uterine cancer, with radiotherapy and surgery in 2004, was admitted in our unit for giant paraesophageal hiatal hernia (endoscopy and barium swallow), associated with intrathoracic migration of a portion of transverse colon. We have opted for laparoscopic surgical treatment and, after reduction of the proximal half of the stomach in the abdomen, a big hiatal hiatus was encountered. The crural repair was done with some tension so we decided to reinforce the suture with a mesh. Taking into consideration the long term risk of esophageal erosion associated with polypropylene mesh, we used an absorbable Vicryl mesh, fixed with glue, followed by a Nissen fundoplication.

Results: The postoperative course was uneventful, with liquid diet started first postoperative day (POD), bowel movement in 2nd POD and discharge in 3rd POD.

Conclusions: In some selected cases of giant hiatal hernia, the use of mesh reinforcement of crural repair is advisable. Absorbable material can be an option in order to avoid long term complications related to a foreign body placed near the esophagus.

PV - 08

REZEȚII RECTALE INTERSFINCTERIENE LAPAROSCOPICE CU ANASTOMOZĂ ENDO-ANALĂ PENTRU CANCERELE JOS SITUATE

F. Zaharie, D. Vălean, R. Taulean, I. Balint, Andrada Văduva, M. Dib, C. Popa, Nadim Al Hajjar
Cluj-Napoca, România

Introducere: Rezeția intersfincteriană a rectului inferior este o alternativă viabilă în cancerle rectale situate la 4-7 cm de orificiul anal.

Metode: Vă prezentăm 19 cazuri din experiență personală cu tumori localizate la 4-7 centimetri de orificiul anal. Dintre acestea, 13 au urmat radiochimioterapie preoperativă. În 12 cazuri, abordul a fost laparoscopic, 7 dintre cazuri având piesa de rezeție extrasă transanal. S-a folosit un dispozitiv LoneStar pentru timpul perineal în toate cazurile. În 6 dintre cazuri s-a practicat o anastomoză manuală cu fire separate. Celelalte 13 cazuri au beneficiat de o anastomoză mecanică transanală cu un stapler circular de 29-31 mm. S-a practicat excizia totală de mezorect în toate cazurile, ligatura la origine a arterei mezenterice inferioare, cu mobilizarea completa a flexurii splenice și ileostomie de protecție. Toți pacienții au efectuat o rectoscopie înaintea repunerii în tranzit, aceasta practicându-se la 16 dintre cazuri pe o perioadă de 3-12 săptămâni cu excepția a 3 cazuri care au dezvoltat o fistulă colo-anală care s-a închis sub tratament conservativ pe o perioadă de 3-9 luni.

Rezultate: Nu a existat incontinență anală postoperatorie. Unul din cazuri a manifestat o stenoză anală relativă, la care s-a practicat dilatare endoscopică. S-a raportat un singur caz de recidivă a tumorii, la care s-a practicat rezecție abdomino-perineală.

Concluzie: Datele din literatură susțin o rată de 3-4/1 pentru rezecții rectale foarte joase vs amputații de rect. Limita marginii de rezecție distal de tumoră este acceptată la 0.5 cm. Rezultatele funcționale foarte bune, luând în considerare principiile oncologice pot fi considerate argumente solide pentru a alege acest tip de intervenție ca alternativă a amputației de rect.

LAPAROSCOPIC INTERSPHINCTERIAN RECTAL RESECTION WITH LOW ENDOANAL ANASTOMOSIS FOR LOWER RECTAL CANCERS

Introduction: Intersphincterian low rectal resection is a valid alternative to lower rectal cancers located at about 4-7 cm from the anus.

Methods: We present 19 cases from our personal experience for tumors localized 4-7 cm from the anus. 13 of them required preoperative radiochemotherapy. In 12 cases, abdominal surgery was performed laparoscopic, 7 having the surgical specimen extracted transanal. Lone Star device was used for the perineal procedure in all cases. 6 cases required a manually, separate wires anastomosis; the others 13 cases benefited from mechanical anastomosis performed endoanal with 29-31 mm circular stapler. We performed complete mesorectum excision in all cases, ligation at the origin of inferior mesenteric artery, complete mobilization of left splenic flexure and lateral protective ileostomy. All patients underwent inspection rectoscopy before transit reintegration, and 16 cases were reintegrated over a period of 3-12 weeks, except for 3 cases which developed a colo-anal fistula, that closed under conservative treatment over a period of 3-9 months.

Results: There were no postoperative anal incontinence. In one case, a relative anal stenosis occurred, which required endoscopic dilation. There was 1 case of tumor recurrence and required abdominoperineal resection.

Conclusion: Literature data sustain a 3-4/1 ratio for very low rectal resection versus rectum amputation. The limit resection under the tumor is accepted as 0.5 cm. Very good functional results by considering oncological principles, is a sustainable argument for choosing this kind of procedure as an alternative of rectum amputation.

PV - 09

ADRENALECTOMIE STÂNGĂ PE CALE LAPAROSCOPICĂ PENTRU SINDROM CUSHING CU DOUĂ INCIDENTALOAME ADRENALE STÂNGI

A. Miron, Elena Adelina Toma, O. Enciu

Spitalul Universitar de Urgență Elias, București, România

Sindromul Cushing apare independent de secreția de ACTH, de obicei prin tumori benigne ale cortexului suprarenalian care secretă cortizol. Este cazul unei paciente de 43 de ani diagnosticată cu Sindrom Cushing - valori crescute de cortizol urinar cu valori normale de ACTH. CT abdominal a demonstrat două formațiuni nodulare suprarenaliene stângi cu caracteristici similare de 30/32/26 cm, respectiv 15/13/18 mm. Pacienta suferit suprarenalectomie laparoscopică stângă standard prin abord lateral transperitoneal cu externare în ziua 2 postoperator. Este un caz foarte particular de Sindrom Cushing și două incidentaloame suprarenaliene stângi.

LEFT LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY FOR CUSHING SYNDROME WITH TWO LEFT ADRENAL INCIDENTALOMAS

Cushing Syndrome is developed independently of ACTH secretion, usually by nonmalignant tumors of the adrenal cortex that secrete cortisol. This is the case of a 43-year-old woman diagnosed with Cushing Syndrome - high levels of urinary cortisol with normal ACTH levels. Abdominal CT scan demonstrated two left adrenal nodules - 30/32/26 mm and 15/13/18 mm in size with similar radiologic characteristics. The patient underwent standard lateral transperitoneal laparoscopic left adrenalectomy with discharge in the second postoperative day. This is a very peculiar case of Cushing Syndrome and double adrenal incidentaloma.

PV - 10

CHIRURGIA TORACICĂ VIDEO ASISTATĂ (CTVA) - O CALE DE ABORD MODERNĂ PENTRU REZECTIA CANCERULUI BRONHOPULMONAR

A.I. Burlacu, B.C. Tănase, T. Horvat

Institutul Oncologic „Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu”, București, România

Chirurgia toracică video asistată (CTVA) reprezintă o cale modernă de abord pentru tratamentul leziunilor pulmonare benigne sau maligne. În lucrarea noastră video ne propunem să prezentăm beneficiile abordului minim-invaziv în tratamentul cancerului bronhopulmonar, atât beneficiile intraoperatorii, precum și influența CTVA asupra calității actului operator, prezentând, de asemenea, experiența noastră în ceea ce privește acest tip de abord. Printre beneficiile CTVA se numără: nivel redus al durerii toracice postoperatorii, durata scăzută a spitalizării, reintegrare socio-economică rapidă, recuperare rapidă postoperatorie cu posibilitatea inițierii imediate a tratamentului adjuvant. În lucrarea de față prezentăm, de asemenea, aspectele oncologice ale CTVA în comparație cu abordul prin toracotomie - limfadenectomia sau biopsierea ganglionară, însămânțarea pleurală sau la nivelul porturilor, posibilitatea identificării altor noduli pulmonari intraoperator. În cele din urmă, considerăm CTVA o metodă ce implică morbiditate scăzută și rezultate oncologice cel puțin asemănătoare cu cele obținute prin chirurgia clasică.

VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY (VATS) - A MODERN APPROACH FOR LUNG CANCER RESECTION

Video assisted thoracic surgery (VATS) is a modern treatment approach for benign or malignant pulmonary lesions. In our video we would like to present intraoperative benefits of VATS, the quality of the oncological VATS resection and an audit of our VATS experience. The benefits of VATS refer to: reduced thoracic pain after surgery, reduced length of hospitalization, rapid social and economic reintegration, quick recovery after surgery and a possibility of rapid onset of the adjuvant chemotherapy. In this paper we discuss also about the oncological aspect of VATS compared with open surgery – lymph node dissection or sampling, trocar port or pleural seeding problem, possibility of the detection of other intrapulmonary nodules. Overall, we sustain that video assisted thoracic surgery involve lower morbidity and at least same oncological results as open surgery.

PV - 11

ABORDUL CHIRURGICAL MINIM INVAZIV AL STERNULUI ÎNFUNDAT (PROCEDEU NUSS) - 10 ANI DE EXPERIENȚĂ

C. Grozavu, A. Istrate, D. Pantile

Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila”, București, România

Introducere: Sternul înfundat este cea mai frecventă malformație congenitală a peretelui toracic anterior. Malformația se accentuează odată cu creșterea în vârstă și devine maximă în adolescență, când simptomatologia clinică se acutizează și afectarea psihică devine importantă. De-a lungul timpului s-au imaginat nenumărate tratamente, fie conservatoare, fie chirurgicale de corecție. Procedeu minim-invaziv de corecție a sternului înfundat (procedeu Nuss), dezvoltat după 1987, este în prezent cel mai folosit pe plan mondial în multiple variante.

Material și metodă: Tratănd prin această metodă 130 de pacienți în ultimii 10 ani, Secția de Chirurgie Toracică a Spitalului Universitar de Urgență Militar Central are cea mai mare experiență la nivel național. Vom prezenta câteva date istorice cu privire la metodele de reparare a sternului înfundat și ne vom concentra pe gradul de satisfacție a pacienților și pe rezultatele estetice, precum și pe îmbunătățirea funcției ventilatorii.

Rezultate: Vom prezenta beneficiile estetice ale procedurii Nuss, precum și îmbunătățirea parametrilor ventilatori. Gradul de satisfacție a pacienților va fi analizat folosind chestionarul Nuss în doi pași. Vom discuta observațiile noastre și vom compara rezultatele noastre cu cele din alte centre mondiale.

Concluzii: Acest procedeu poate fi utilizat la o gamă mai largă de pacienți decât în recomandările inițiale și are o serie de avantaje: procedeu chirurgical minim invaziv cu durată scăzută, rezultate estetice și funcționale bune și de durată, pierderi sangvine minime și o reintegrare socio-profesională rapidă.

MINIMALLY INVASIVE REPAIR FOR PECTUS EXCAVATUM (NUSS PROCEDURE) - 10-YEAR EXPERIENCE

Introduction: Pectus excavatum is the most frequent anterior thoracic wall congenital malformation. This malformation becomes

more evident among teenagers, when the clinical symptoms become more acute and psychological effects are really important. Over time many treatment techniques have been proposed, conservative or surgical. The minimally invasive repair of pectus excavatum, "Nuss technique", developed after 1987, is the most used technique worldwide.

Material and Method: With the largest number of patients treated using this procedure (130 patients over the last 10 years) our Thoracic Surgery Department is the biggest in Romania. We will present some historical data related to surgical repair of pectus excavatum and we will concentrate on studying the patients' satisfaction degree regarding the esthetic results, as well as the improvement of respiratory function parameters.

Results: Nuss procedure's esthetical benefits will be presented, as well as improvements of lung functional parameters. Patients' degree of satisfaction is presented according to the 2-step Nuss questionnaire. We will discuss our observations compared with other authors, and we will also compare our postoperative results and complications with other centers.

Conclusions: This procedure can be performed on a wider range of patients than initially recommended and has a series of advantages: minimally invasive surgical procedure with reduced operative time, good, lasting results, minimal blood loss and fast socio-professional reinstatement.

PV - 12

PATOLOGII BENIGNE ALE DIAFRAGMULUI - ABORD LAPAROSCOPIC ȘI TORACOSCOPIC

B.C. Tănase, A.I. Burlacu, T. Horvat

Institutul Oncologic „Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu”, București, România

La pacienții adulți, herniile diafragmatice pot fi doar rezultatul unor traumatisme. În lucrarea de față prezentăm cazul unui pacient de 37 ani, diagnosticat întâmplător cu o hernie diafragmatică stângă voluminoasă cu un conținut divers - colon, epiploon, splină, coada pancreasului - având ca efect secundar compresia lobului inferior al plămânului stâng. Am considerat cazul ca având indicație chirurgicală absolută în contextul unei hernii voluminoase. Am utilizat un abord dublu - laparoscopic și toracoscopic. Pe parcursul intervenției am redus cu succes conținutul herniar în cavitatea abdominală realizând închiderea defectului diafragmatic prin sutură per primam - defect de dimensiuni relativ mici - aproximativ 4 cm. Specific acestui caz este absența antecedentelor traumatice cunoscute. În cea de-a doua parte a lucrării video prezentăm un caz de relaxare diafragmatică tratată prin abord toracoscopic. Dorim astfel să subliniem importanța abordului minim-invaziv în patologia benignă a diafragmului.

DOUBLE LAPAROSCOPIC AND THORACOSCOPIC APPROACH FOR BENIGN PATHOLOGY OF THE DIAPHRAGM

In adult patients' diaphragmatic hernia can only be the result of a traumatic lesion. We present the case of a 37 years old patient which was incidentally diagnosed with a large left diaphragmatic hernia with the protrusion in the left chest cavity of the colon, omentum, spleen and pancreatic tail and consequent LLL atelectasis. We considered that the case has an absolute surgical indication due to the huge size of the hernia. We perform a double approach – laparoscopic and thoracoscopic. We succeed reducing the hernial content in the abdominal cavity and performed primary closure of the diaphragm which was relatively small – 4 cm. Peculiar to this case is the absence of traumatic antecedents. In the second part of our video we present a case of a diaphragmatic relaxation treated by thoracoscopy only. We would like to highlight the importance of the minimally invasive approach in those two benign diseases of the diaphragm.

PV - 13

CHISTUL COLEDOCIAN - PROBLEME ÎN TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL ACESTUIA

R. Mehic, M. Bolocan, G. Teleanu, M. Avram, M. Beuran

Spitalul Clinic de Urgență, București, România

Introducere: Chistul Coledocoan(CC) este o patologie rară 1/100.000 loc, definită ca dilatații anormale a căilor biliare extra- și/sau intrahepatice cu origine adesea congenitală, din care doar 25% se diagnostichează la vârstă adultă. Raritatea și poziția leziunilor fac din abordul laparoscopic o provocare.

Prezentare de caz: Pacientă de 28 ani, admisă pentru dispepsie, dureri în hipocondrul drept, febră, subicter, semne de iritație, Leucocite normale, Bilirubină de 4,2mg. Ecografic coledoc de 5 mm, imagine chistică de 24 mm ce amprentează calea biliară,

conținut hiperecogen, mici calcificări parietale, dilatație ușoară a căilor intrahepatice, RMN perete necaptant. Abordul laparoscopic constată formațiune chistică de 3 cm, la 1,5 cm proximal de cistic, perete inflamă, conținut purulent, comunicare de 0,3 mm cu canalul hepatic, efect compresiv pe calea biliară, ram arterial care traversează distal calea biliara (spre segmentul) comprimând-o. Se practică excizia formațiunii cistice, sutura comunicării cu calea biliară cu mici patch de vecinătate, secționarea ramului arterial compresiv (fără efect ischemic pe ficat). Drenajul biliar extern transcistic nereușit datorită diametrului mic al cisticului. Colectectomie.

Discuții: la femei tinere cu modificări de CBP trebuie să ne gândim și la CC, ecografia și RMN fiind de elecție în diagnostic. Laparoscopia este utilă în descrierea corectă a leziunilor, extinderea și poziția acestora. Este de preferat excizia completă a chistului pentru a evita reapariția simptomatologie sau malignizarea.

Concluzii: Tehnica laparoscopică este fezabilă în tratamentul CC de tip ÎI (Chistectomie, sutură), I, IVB (chistectomie, bilio-enteroanastomoză). Cu o bună experiență chirurgicală, laparoscopia este mai avantajoasă că rezultate, complicațiile fiind comparabile.

CHOLEDOCHAL CYST - CHALLENGES IN LAPAROSCOPIC APPROACH

Introduction: Choledochal Cyst(CC) is a rare disease 1/100.000, defined as abnormal dilatations of extra- and/or intrahepatic bile ducts, with often congenital cause, about 25% being detected in adult life. The rarity and the position of the lesions makes from laparoscopy a real challenge.

Case-report: a 28 age female, was admitted for dyspepsia, right hypochondrium pain, fever, jaundice, tenderness, normal WBC, 4,2 mg% bilirubin. Ultrasonography shows 5 mm choledocus, 24 mm cystic imagine compressing the common bile duct, with hiperecogenic aspect, fine parietal calcifications, dilatation of proximal hepatic duct, RM noncapturing wall. Laparoscopic approach found cystic lesion of 3 cm, 1,5 cm proximal from cistic duct, with inflamed wall, purulent content, 0,3 mm orifice between it and hepatic wall, compressing the common bile duct, an arterial branch crossing the bile duct (to 8 segment). We practice the excision of the cyst, suture of the bile duct orifice with a final patch, section of the arterial branch (without ischemic effect on the liver). Cholecystectomy.

Discussions: in young female with modifications of CBD, we must think also at CC. Ultrasonography and RM are elective for the diagnosis. Laparoscopy is helpful for the correct description of the lesions, the extension and position of its. It is preferably the complete excision of the cyst to avoid the recurrence of the symptoms and the risk of malignancy.

Conclusions: laparoscopic technique is feasible in CC type II treatment (excision, suture), I, IVB (excision, bilio-enterostomy). With good experience, laparoscopy have better results, with comparable complications as open.

PV - 14

CHIRURGIA MINIM-INVAZIVĂ ÎN PATOLOGIA PANCREATICĂ BENIGNĂ: SPLENOPANCREATECTOMIE DISTALĂ LAPAROSCOPICĂ PENTRU TUMORĂ CHISTICĂ PANCREATICĂ

S. Pătrașcu, A. Gogăna, Giorgiana Graure, S.D. Preda, A. Nicolaescu, I. Georgescu, V. Șurlin

Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova, România

Spre deosebire de chisturile pancreatice de mici dimensiuni, tumorile chistice mari, cu diametru mai mare de 5 cm, constituie cazuri rare, cu o incidență de sub 1%, ce necesită supraveghere atentă și tratament chirurgical. Prezentăm în continuare cazul unei paciente de 68 de ani cu multiple comorbidități (obezitate morbidă, intervenții chirurgicale în sfera abdominală în antecedente, hipertensiune arterială etc.) internată în clinica de chirurgie pentru formațiune tumorală chistică simptomatică localizată la nivelul cozii pancreasului. Investigațiile imagistice (ecografie, rezonanță magnetică) relevă o tumoră chistică multiloculară cu diametrul de 8 cm, în contact intim cu glanda suprarenală stângă. Indicația operatorie a fost de spleno-pancreatectomie corporeo-caudală. Intervenția chirurgicală a decurs fără incidente, cu pierderi sangvine minime.

THE MINIMALLY INVASIVE APPROACH IN BENIGN PANCREATIC PATHOLOGY: LAPAROSCOPIC SPLENO-PANCREATECTOMY FOR LARGE PANCREATIC CYSTIC TUMOR

Unlike the common pancreatic cysts, large pancreatic cystic tumors (5 cm or more in size) are rare findings, of less than 1% of all pancreatic tumors, and require careful surveillance and surgical treatment. This is the case of a 68-years-old female with multiple co-morbidities (morbid obesity, previous abdominal surgery, arterial hypertension etc) admitted in our surgical department for a

symptomatic pancreatic cystic tumor located on the tail of the pancreas. The previous imaging tests (ultrasonography, MRI) revealed a multilocular pancreatic cystic tumor of 8cm in diameter, in close contact with the left suprarenal gland. Decision was made to perform a laparoscopic spleno-pancreatectomy. The surgical procedure was uneventful, with minimal blood loss. Pancreas was stapled and the remnant was wrapped with omentum. The surgical procedure was uneventful, with minimal blood loss. Pancreas was stapled and the remnant was wrapped with omentum.

PV - 15

ARE LAPAROSCOPIA UN ROL ÎN TRATAMENTUL BOLII HIDATICE HEPATICE RECIDIVATE?

IS THERE A ROLE FOR LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF RECURRENT LIVER HYDATIDOSIS?

A. Nicolaescu¹, V. Șurlin¹, Ș. Pătrașcu¹, S. Ramboiu¹, A. Pătru², E. Georgescu¹, I. Georgescu¹

¹Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica I Chirurgie, Craiova, România

²Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica ATI, Craiova, România

Surgical reinterventions in patients with complicated hepatic hydatid cysts usually occur as a result of diagnostic or technical failures during the initial procedure. According to recent studies, the most common complication after liver hydatid cyst surgery is local sepsis at the residual cavity and long-term biliary leak. We report the case of a 21-year-old male with a history of liver hydatid disease four years before the current episode, admitted in our Surgical Department for intense upper right quadrant pain. Abdominal ultrasonography, CT and MRI scans revealed three cysts in the gastrosplenic ligament, in liver segments VII-VIII, and II-III respectively, sized between 4-8 cm. The intraoperative aspect during laparoscopy was strongly suggestive for liver hydatid disease. Laparoscopic fenestration with tunneling for the hepatic cyst in segment VIII, partial cystectomy in the left liver lobe and ideal cystectomy in the gastrosplenic ligament were performed. Postoperatively, the patient displayed a constant biliary drainage output of 500-600 ml from the cavity remnant in the segment VIII. Conservative therapy for external biliary fistula and concomitant treatment with Albendazole for 3 months were initiated. Evolution was slowly favorable with decreased biliary drainage to 200 ml two months after surgery and complete symptom resolution five months after hospital discharge.

PV - 16

PROCEDEU RETROMUSCULAR LAPAROSCOPIC PENTRU HERNIE SPIEGEL

B.V. Martian, Cristina Lazăr

Spitalul Clinic Sanador, București, România

Prezentăm un video editat reprezentând cazul unui bărbat în vârstă de 71 de ani, cu poliartrită reumatoidă, dependent de kinetoterapie, cu durere abdominală paramediană dreaptă subombilicală, la care examenul clinic identifică un defect parietal cu aceeași localizare, cu un sac herniar parțial reductibil, care pare a se localiza în grosimea peretelui muscular. Ultrasonografic se confirmă defectul parietal și sacul cu evoluție intermusculară. Filmul arată abordul transperitoneal, cu decolarea peritoneului, reducerea herniei, montarea protezei parietale adaptate spațiului, fără fixare și închiderea peritoneului cu fir autofixant.

LAPAROSCOPIC SUBLAY PROCEDURE FOR SPIEGEL HERNIA

We present an edited video concerning the case of a 71-year-old male, with rheumatoid arthritis and daily need for kinetotherapy, with acute lower right quadrant pain. The physical exam reveals a pararectal subombilical abdominal wall defect, with a partially reducible hernia sac seeming to be localised between the lateral muscular layers of the abdomen. The ultrasonography confirms the physical findings. The video demonstrates a laparoscopic trans peritoneal approach with incision of the peritoneum, creation of a retro muscular space, hernia reduction, placement of an adequate mesh without fixation and peritoneal closure with an 2/0 barbed suture.

PV - 17

EVENTRAȚIILE ABDOMINALE RECIDIVATE COMPLICATE. INDICAȚIILE UTILIZĂRII PROTEZELOR TEXTILE RESORBABILE

V.C. Diaconu, Diana Stănescu, S. Velici, T. Mateescu

Spitalul Provita, București, România

Eventrațiile abdominale recidivate complicate reprezintă o provocare pentru orice chirurg. În unele situații este nevoie de un tratament chirurgical seriat pentru rezolvarea problemelor de ordin septic și a rezolvării aloplastice a defectului parietal. În cazul eventrațiilor complicate septic folosirea protezelor resorbabile ne permite rezolvarea defectului parietal în același timp operator, cu riscuri septice postoperatorii imediate și la distanță mult mai mici. În cazul utilizării protezelor resorbabile, problema unei proteze însămânțate septic la o anumită perioadă postoperatorie este anulată prin resorbția completă a materialului aloplastic la 18 luni de la procedură. Prezentăm date din literatură, cât și experiența noastră în cazul utilizării protezelor resorbabile în aceste situații.

COMPLICATED RECURRENT INCISIONAL ABDOMINAL HERNIAS - INDICATIONS FOR RESORBABLE MESHES

Complicated recurrent incisional abdominal hernias are a challenge for any surgeon. There are situations that requires multi stage surgical approach for the septic complications and mesh reinforcement of the abdominal wall. Using the resorbable meshes for cases with septic complicated incisional recurrent hernias we can solve in the same surgery both the septic problem and the abdominal wall mesh reinforcement with reduced postoperative (short and long term) septical risks. The issue of postoperative mesh infection is addressed by the total resorbtion of the mesh 18 months after surgery. We present the literature statistics and also our experience with the use of resorbable meshes.

PV - 18

GASTRECTOMIE SUBTOTALĂ LAPAROSCOPICĂ CU LIMFADENECTOMIE D2

B.V. Martian, J.E. Mihăilă, Cristina Lazăr, C.I. Nedelcu

Spitalul Clinic Sanador, București, România

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 36 de ani, investigată pentru anemie feriprivă moderată, la care s-a identificat endoscopic o tumoră gastrică de mici dimensiuni, hemoragică. Biopsia a confirmat un adenocarcinom gastric convențional G2. CT toraco-abdomino-pelvin confirmă tumora gastrică, aparent fără invazia muscularei, fără adenopatie locoregională, fără determinări secundare (cT2 N0 M0). Analiza cazului în Tumor Board a stabilit indicația pentru tratament chirurgical inițial. S-a practicat o gastrectomie subtotală cu limfadenectomie D2 laparoscopică. Evoluția postoperatorie precoce a fost simplă. Pacienta se află în cursul tratamentului adjuvant. Prezentăm un rezumat video al intervenției chirurgicale cu accent pe limfadenctomie și variantă anatomică de distribuție a trunchiului celiac.

LAPAROSCOPIC SUBTOTAL GASTRECTOMY AND D2 LYMPHADENECTOMY

We present the case of a young woman, aged 36, who accessed the medical system for a mild anaemia. The upper digestive endoscopy identified a rather small gastric tumor with a central ulceration. The pathology report revealed a G2 adenocarcinoma. The chest, abdominal and pelvic CT scan confirmed the gastric tumor, apparently confined to mucosa and submucosa, with no regional node involvement or distant metastases (cT2 N0 M0). The Tumor Board resolution recommended a surgery first approach. We performed a Laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy. The postoperative outcome was uneventful to date. The patient is currently on adjuvant chemotherapy. We present the surgical procedure video resume demonstrating mainly the lymphadenectomy and a celiac trunk anatomic variant.

PV - 19

ESOFAGECTOMIE PRIN ABORD HIBRID LAPAROSCOPIC ȘI TORACOTOMIE PENTRU SARCOM ESOFAGIAN INTRATORACIC

V. Bintișan¹, M. Ciorbă², Simona Cocu³, Andreea Cordoș¹, Z. Fekete⁴, C. Ciuce¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

²Spitalul de Pneumoftiziologie Leon Daniello, Cluj-Napoca, România

³Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca, România

⁴Institutul Oncologic, Cluj-Napoca, România

Incidența abordului minim-invaziv pentru esofagectomie a crescut dramatic în ultima decadă, în unele țări ajungând până la 80% din cazuri. Cu toate acestea, tehnica este complexă, iar gradul de dificultate al operației este foarte ridicat. În această comunicare prezentăm cazul unui pacient cu sarcom esofageal tratat prin radioterapie neoadjuvantă și referat pentru tratament chirurgical. Timpul abdominal al esofagectomiei a fost efectuat prin abord laparoscopic, iar timpul toracic prin toracotomie, datorită stadiului T ridicat al tumorii. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă. În concluzie, selecția adecvată a pacienților și tehnicile chirurgicale precum și o abordare graduală reprezintă premise importante pentru introducerea cu succes în practică clinică a procedurilor chirurgicale minim-invazive complexe și cu grad ridicat de risc.

HYBRID ESOPHAGECTOMY BY LAPAROSCOPY AND THORACOTOMY FOR INTRATHORACIC ESOPHAGEAL SARCOMA

Minimally invasive esophagectomy is gaining momentum in the last years, with some countries reaching an incidence up to 80% of all esophageal resections. However, it remains a complex and difficult operation. We present here the case of a patient with esophageal sarcoma treated with neoadjuvant radiotherapy and referred for surgical resection. Due to the special pathology that did not require abdominal lymphadenectomy, this patient was considered ideal to start implementation of minimally-invasive techniques for esophageal resection in our department. The abdominal phase was performed through a laparoscopic approach and the thoracic part done through a thoracotomy due to the high T stage of the tumor. The postoperative course was uneventful. In conclusion, adequate selection of patients and of the operative technique and a step-wise approach is the right way to successfully implement complex minimally-invasive procedures into the clinical practice.

PV - 20

LEZIUNE IATROGENĂ ESOFAGIANĂ ÎN TIMPUL TRATAMENTULUI CHIRURGICAL LAPAROSCOPIC AL UNEI HERNII HIATALE VOLUMINOASE - PREZENTARE DE CAZ

V.C. Diaconu, S. Velici, Diana Stănescu, T. Mateescu

Spitalul Provita, București, România

Prezentăm cazul unei paciente de 72 de ani, diagnosticată cu hernie hiatală voluminoasă, reflux gastric esofagian, 3 episoade de aspirație eso-bronșică în antecedente. În cursul curei laparoscopice a herniei hiatale, în urma introducerii sondei de calibrare, se constată crearea unei căi false la nivelul esofagului inferior prin care se exteriorizează mediastinal sonda de calibrare. Prezentăm rezolvarea acestei complicații, cât și rezolvarea herniei hiatale pe cale laparoscopică cu imagini intraoperatorii, cât și endoscopice.

ESOPHAGEAL IATROGENIC INJURY DURING THE LAPAROSCOPIC TREATMENT OF A LARGE HIATAL HERNIA - CASE PRESENTATION

We present the case of a 72 years old female, diagnosed with a large hiatal hernia, GERD and three episodes of eso-bronchoaspiration. During the laparoscopic procedure, while manoeuvring the Fauchet calibration tube a lateral injury of the inferior esophagus was produced, which let the tube to be seen in the mediastinum. We present the repair of this complication and also the hiatal hernia laparoscopic repair, with videos both from endoscopic and laparoscopic approach.

PV - 21

BYPASS GASTRIC ȘI CRUROPLASTIE POSTERIOARĂ ÎNTĂRITĂ CA PROCEDURĂ DE SALVARE PENTRU BRGE SEVERĂ CONSECUTIVĂ MIGRAȚIEI INTRATORACICE A GASTRECTOMIEI LONGITUDINALE ÎNȚIALE

GASTRIC BYPASS AND POSTERIOR, REINFORCED CRUROPLASTY AS A RESCUE PROCEDURE FOR SEVERE GERD DUE TO THE INTRATHORACIC MIGRATION OF THE INITIAL SLEEVE GASTRECTOMY

C. Boru, Alessandra Micalizzi, G. Silecchia

Sapienza University of Rome, Department of Medical-Surgical Sciences and Biotechnologies, Division of General Surgery and Bariatric Centre of Excellence - IFSO-EC, Roma, Italia

Introduction: The exponential increased number of bariatric surgery operations has led to a parallel increase in revision procedures. Among main reasons for the sleeve gastrectomy (SG) revision is onset of GERD determined by the intrathoracic migration of the tubulated stomach.

Materials and methods: We present the case of a 47-year-old obese patient suffering from hypothyroidism, who underwent at BMI 39 kg/m² a SG in 2013. About 12 months after the operation the patient reached BMI of 23 kg/m². In 2015 patient underwent re-sleeve gastrectomy for weight regain and the presence of gastric neofundus. In 2018 the patient presented weight regain of 32 kg with BMI of 32 kg/m² and evidence of slipping hiatal hernia with GERD resistant to medical therapy and enlargement of the hiatal defect.

Results: We present the video of the conversion of the migrated SG into standard gastric bypass (BPG), with reduction of intrathoracic migration of the remaining stomach and posterior cruroplastic reinforced with synthetic, bioabsorbable mesh. After 12 months the patient achieved a marked improvement in reflux symptoms with discontinuation of PPI therapy, weight loss (BMI 26) and without migration recurrence.

Conclusions: Conversion to BPG with reinforced posterior cruroplasty is currently the best treatment method for post-SG reflux disease in the presence of an important hiatal defect.

PV - 22

TRATAMENTUL STENOZEI POSTOPERATORII DUPĂ GASTRECTOMIA LONGITUDINALĂ

F. Turcu

Ponderas-AH Bucharest, Romania

Introducere: Consecutiv utilizării extinse a gastrectomiei longitudinale (GL) ca procedeu de chirurgie metabolică, o complicație rară precum stenoza simptomatică (SS) e tot mai des întâlnită.

Scopul studiului este de a stabili care este incidența și tratamentul optim pentru SS după GL.

Metode: Au fost analizate toate cazurile cu SS după GL tratate în Ponderas Academic Hospital în perioada 2011 - 2019. Datele au fost extrase retrospectiv dintr-o bază de date menținută prospectiv. Laparoscopia sau/si endoscopia au fost utilizate pentru a trata stenozele organice sau funcționale. Au fost analizate complicațiile și eficiența tratamentelor aplicate.

Rezultate: Dintr-un total de 4911 GL un număr de 58 (1,2%) pacienți au prezentat SS. Se adaugă la analiză 6 cazuri trimise din alte spitale. Chirurgia a fost prima opțiune terapeutică în 5 cazuri, rata de succes a fost de 60%. În 59 cazuri adresate endoscopiei au fost practicate 113 dilatații endoscopice (1.9 ± 1.4 per pacient). S-au înregistrat 2 perforații gastrice (una rezolvată conservator), fără alte complicații sau decese. Rata de urmărire la distanță a fost de 92%. În ansamblu, rata de succes a procedurilor endoscopice a fost de 81%.

Concluzii: Incidența SS după LSG este redusă. Dilatarea pneumatică este un procedeu sigur și eficient și trebuie să fie prima opțiune terapeutică.

MANAGEMENT OF THE POSTOPERATIVE STENOSIS AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY

Background: Owing to the increased use laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) as a metabolic procedure, a rarely associated complication, the Symptomatic Stenosis (SS), will be more often encounter. The objective of this study is to establish a safe and effective management of SS after LSG.

Methods: We have analyzed all the patients with SS after LSG treated in Ponderas Academic Hospital from 2011 to 2019. The

information was retrospectively extracted from a prospectively maintained database. Laparoscopy and/or endoscopy were used to treat the organic or functional SS. The procedure's outcomes (effectiveness and complications) were analyzed.

Results: Out of the 4911 patients with LSG 58 (1.2%) patients were identified with SS after LSG. The incidence is depending to the LSG technique. Other 6 patients referred to our center have been added. Surgery was the first choice in 5 cases with 60% success rate. For the 59 patients referred to endoscopy there have been 113 pneumatic dilation with an average of 1.9 ± 1.4 per patient. We have encounter 2 perforation (one treated conservatively) but any hemorrhage or death. Follow-up rate was 92%. Over all, the success rate of endoscopic dilatations was 81%.

Conclusion: The incidence of SS is low. Endoscopic pneumatic dilation is a safe and effective procedure and should be the front-line choice in the management of SS after LSG.

PV - 23

ANASTOMOZA DUODENO-ILEALĂ ASISTATĂ ROBOTIC - O PROCEDURĂ REVIZIONALĂ NOUĂ LA UN PACIENT CU SCĂDERE PONDERALĂ INSUFICIENTĂ DUPĂ GASTRECTOMIA LONGITUDINALĂ

G.I. Verdes, G. Noditi, R. Hajjar, A. Dobrescu, C. Lazăr, F. Lazăr, C. Duță

Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu", Clinica 2 Chirurgie, Timișoara, Romania

În cazul pacienților cu scădere ponderală insuficientă după gastrectomia longitudinală exista multe proceduri revizionale. Diversia duodenală este de regulă luată în calcul la pacienții ce au nevoie de o scădere ponderală importantă, cu toate că această operație este considerată dificilă din punct de vedere tehnic și este însoțită de complicații postoperatorii grave. By-passul duodeno-ileal cu o singură anastomoză însoțit de gastrectomia longitudinală este considerat a fi o simplificare a diversiei duodenale, dar este mai facilă tehnic și mai rapidă. Datorită eficienței sale ca operație principală, am presupus că ar avea succes și ca procedură revizională. Pe de altă parte, dezvoltarea platformelor de chirurgie robotică cum este da Vinci (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA) introdus în practica chirurgicală, a câștigat popularitate în mai multe domenii chirurgicale, inclusiv chirurgia bariatrică. Astfel, prezentăm cazul unei paciente cu scădere ponderală insuficientă după gastrectomia longitudinală laparoscopică care a suferit o procedură revizională malabsorptivă, respectiv anastomoza duodeno-ileală asistată robotic.

ROBOTIC ASSISTED SINGLE-ANASTOMOSIS DUODENO-ILEAL -NEW REVISION PROCEDURE IN A PATIENT WITH INSUFFICIENT WEIGHT LOSS AFTER SLEEVE GASTRECTOMY

After sleeve gastrectomy, many surgical options are available in patients with insufficient weight loss. Duodenal switch is typically considered the operation that results in higher weight loss, although it is, perhaps unjustly, considered technically difficult and may be accompanied by severe side effects. Single-anastomosis duodenoileal bypass with sleeve gastrectomy is a simplification of the duodenal switch that may behave as a standard biliopancreatic diversion but is easier and quicker to perform. Given its effectiveness as a primary surgery we hypothesized that it would be successful as a second-step operation. On the other hand, the development of robotic surgical platforms such as the da Vinci Surgical System (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA), introduced in the surgical practice, has gained popularity in different specialties, including bariatric surgery. Herein, we report a case of a patient with inadequate weight loss after laparoscopic sleeve gastrectomy who underwent the malabsorptive part of SADI-S, with our insights into this procedure by robotic approach.

PV - 24

BYPASS-UL GASTRIC DUPĂ PROCEDURILE BARIATRICE EȘUATE. PREZENTAREA UNUI CAZ DE GASTRECTOMIE LONGITUDINALĂ COMPLICATĂ LA UN PACIENT CU MAI MULTE OPERAȚII

GASTRIC BYPASS IS REDEMPTION AFTER FAILED BARIATRIC PROCEDURES. VIDEO REPORT ON A COMPLICATED SLEEVE GASTRECTOMY IN A MULTIPLE OPERATED PATIENT

C. Boru¹, V. Constantinică², G. Silecchia²

¹Sapienza University of Rome, Roma, Italia

²Sapienza University of Rome, Department of Medical-Surgical Sciences and Biotechnologies, Division of General Surgery and Bariatric Centre of Excellence - IFSO-EC, Roma, Italia

Introduction: Laparoscopic sleeve gastrectomy is the most performed bariatric procedure, but complications might interfere with patient's long-term evolution based on patient's compliance and tolerance, surgical attitude and unpredictable evolution.

Materials: We present the case of a female obese patient, with impaired type II diabetes mellitus and other comorbidities, with multiple, sequential bariatric minimally-invasive interventions: sleeve gastrectomy in 2012 complicated by postoperative acute gastric dilation and later by mediogastric stenosis, with endoscopic gastric dilations; reoperated for viscerolysis and cholecystectomy; initially converted to functional one anastomosis gastric bypass (200 cm limb), with a non-adjustable gastric ring positioned instead of stapled division. The last operation was complicated 12 months after by persistent biliary gastro-esophageal reflux, chronic abdominal pain, and gas bloat syndrome. In 2018 the patient underwent conversion to laparoscopic R-en-Y gastric bypass, with gastro-enteral anastomosis resection, band removal and viscerolysis.

Results: Conversion to R-en-Y was complicated by biliary leakage post-viscerolysis, treated with laparoscopic approach in the 9th po day. After multiple surgical and endoscopic interventions, the patient presents short-term favorable outcomes, with no reflux or abdominal pain, with further weight loss and diabetes improvement.

Conclusion: bariatric surgery has unpredictable evolution in some cases, and conversion to R-en-Y seems to be the best solution.

PV - 25

GASTRECTOMIE LONGITUDINALĂ CU BANDARE - STUDIU DE ETAPĂ

V.C. Diaconu, S. Velici, Diana Stănescu, T. Mateescu

Spitalul Provita, București, România

Banded gastric sleeve este o procedură nouă care presupune montarea unui band siliconic în jurul stomacului rezecat, per-primam sau la distanță, pentru a scădea șansele de regain ponderal, pentru a crea o restricție suplimentară sau pentru menținerea restricției alimentare un timp mai îndelungat. Pacienții selectați pentru această procedură sunt cu un BMI>50, la care obținerea greutății optime necesită un interval de timp mai îndelungat (>1 an), mulți dintre ei pierzând restricția în acest interval. Prezentăm atât statistica din literatură, cât și experiența noastră pe 50 de cazuri operate în ultimele 24 de luni, cât și imagini intra-operatorii legate de tehnica chirurgicală.

BANDED GASTRIC SLEEVE - STAGE STUDY

Banded gastric sleeve is a relative new procedure consisting in placing a silicon band around the gastric tube after the gastric sleeve was completed. This procedure can be done in the same surgery with the gastric sleeve procedure or as a revisional surgery, in order to decrease the risk of ponderal regain, to create an extra restriction or to maintain the restriction for a longer period. The included patients for this procedure are the one with BMI > 50 kg/m², to which achieving the normal weight requires a longer period of time (over 1 year post-operative), many of them losing the restriction in the meantime. We present both the literature statistics and our experience with 50 cases which underwent surgery in the past 2 years, and we also exemplify the technique with intraoperative videos.

PROBLEME DE FUNCȚIONARE A UNUI STAPLER ÎN TIMPUL GASTRECTOMIEI LONGITUDINALE LAPAROSCOPICE: O COMPLICAȚIE DE TEMUT, ÎNSĂ REZOLVABILĂ

R.C. Popescu¹, Cristina Dan¹, A. Doșa¹, R.D. Boșneagu¹, A.C. Ghioldiș¹, Nicoleta Leopa², Cornelia Minodora Olteanu², F. Ciobanu²

¹Universitatea „Ovidius”, Spitalul Clinic Județean „Sf. Apostol Andrei”, Constanța, România

²Spitalul Clinic Județean „Sf. Apostol Andrei”, Constanța, România

Numărul gastrectomiilor longitudinale este în continuă creștere la nivel mondial ca și prim-procedură de elecție în chirurgia bariatrică. În numeroase publicații de specialitate s-a demonstrat eficacitatea acestei proceduri în ceea ce privește siguranța, eficacitatea și reducerea comorbidităților asociate. Cei mai importanți factori ce au dus la acceptarea sleeveului gastric ca și procedură unică de chirurgie bariatrică sunt eficacitatea, siguranța și simplitatea reproducerii tehnice, în comparație cu alte proceduri precum: by-pass Roux-en-Y, sau duodenal-switch. Gastrectomia longitudinală nu este lipsită de complicații precum: fistula, hemoragia sau stenoza. Atunci când se efectuează sleeveul gastric, chirurgul depinde de buna funcționare a staplerelor pentru crearea unui mic tub gastric, acestea având în anumite situații probleme tehnice ce rezultă în defecte de agrafare, de unde și obligativitatea chirurgului de a stăpâni tehnicile avansate de chirurgie laparoscopică respectiv sutura în poziții greu accesibile. Prezentăm soluția noastră de rezolvare a unui “misfiring”, într-un caz particular, la ultima linie de agrafaj și urmărirea pacientului în perioada postoperatorie.

Cuvinte cheie: Gastrectomia longitudinală laparoscopică, Sleeve Gastric, Stapler, Probleme tehnice, “Misfiring”, Sutura, Laparoscopie

STAPLER MALFUNCTION DURING LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY: A DREADED BUT MANAGEABLE COMPLICATION

The number of laparoscopic sleeve gastrectomies (LSGs) performed annually as a primary bariatric procedure is increasing all over the world. According to many published studies, LSG has proved to be well tolerated and effective, with a significant reduction of obesity-related co-morbidities. The key factors for the worldwide acceptance of LSG as a standalone bariatric procedure are not only its safety profile and efficacy but also its simplicity compared with other bariatric procedures such as laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass and duodenal switch. However, LSG is not devoid of complications, such as leakage, bleeding, and stenosis. In LSG, the surgeon depends on staplers for creation of a small gastric tube, but these staplers sometimes have mechanical problems and malfunction. We present our way of solving, in one particular case, a misfiring of the last stapling line and our follow-up of the patient.

Keywords: Sleeve gastrectomy; Stapler; Malfunction; Misfiring; Suturing; Laparoscopy.

POSTERS (P)

P - 01

REZEȚIA LAPAROSCOPICĂ A TUMORILOR GASTRICE STROMALE: SHORT SERIES REPORT

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin

București, România

Scop: Tumorile stromale gastrointestinale (GIST) sunt tumori rare ale tractului gastrointestinal. Rezeția rămâne tratamentul principal pentru boala nemetastatică. Utilizarea tehnicilor minime invazive pentru această rezeție a fost dezbătută pe scară largă. Scopul lucrării a fost de a observa eficacitatea chirurgiei laparoscopice pentru a obține o rezeție oncologică adecvată pentru tumorile gastrice tip GIST de mici dimensiuni.

Material și metodă: Prezentăm o serie de 4 tumori gastrice care au fost rezecate laparoscopic, sub ghidaj endoscopic intraoperator simultan, pentru a asigura o identificare adecvată a tumorilor datorită mărimii relativ mici pe o perioadă de 2 ani.

Rezultate: Dimensiunea tumorilor a variat de la 2 la 4 cm. Toate tumorile au fost rezecate cu margini R0. Două dintre formațiuni au fost situate la nivelul micii curburi gastrice și două pe fața anterioară a stomacului. Nu au existat fistule gastrice postoperatorii. Durata

medie de spitalizare a fost de 4 zile. Durata medie a intervenției chirurgicale a fost de 120 de minute. În toate cazurile, stomacul a fost închis cu o sutură în dublu strat laparoscopică. La un an, după evaluarea endoscopică și CT au fost identificate recidive. **Concluzie:** Rezeția laparoscopică a tumorilor gastrice tip GIST este fezabilă, iar rezultatul oncologic este favorabil. Datorită localizării frecvent la nivelul submucoasei și a dimensiunilor relativ mici, identificarea endoscopică intraoperatorie a tumorilor este extrem de importantă pentru a asigura o rezeție R0 corespunzătoare.

LAPAROSCOPIC RESECTION OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS: SHORT SERIES REPORT

Aim: Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are rare tumors of the gastrointestinal(GI) tract. Surgical resection remains the mainstay treatment for the non-metastatic disease. The use of minimally invasive techniques has been widely debated. The aim of the paper was to observe the efficacy of laparoscopic surgery to achieve a proper oncologic resection for small gastric GISTs.

Material and method: We present a case series of 4 gastric GISTs which were resected laparoscopically with simultaneously endoscopic guidance to ensure proper identification of the tumors due to the relatively small size during a 2 year period.

Results: The size of the tumors ranged from 2 to 4 cm. All of the tumors were resected with R0 margins. Two of the tumors were located on the small curvature of the stomach and two on the anterior surface. There were no postoperative gastric fistulas. The average hospital stay was 4 days. Average surgery time was 120min. In all of the cases, the stomach was closed with a double layer laparoscopic suture. One year postop. after endoscopic and CT evaluation the patients were disease free.

Conclusion: Laparoscopic resection of a gastric GIST is feasible and the oncological outcome is good. Due to the submucosal location and small size, intraoperative endoscopic identification of the tumors is extremely important to ensure a proper R0 resection.

P - 02

CONVERSIA COLECISTECTOMIEI LAPAROSCOPICE LA CLASICĂ - SCORUL INTRAOPERATOR PREDICTIV CCL, STUDIU RETROSPECTIV

A. Blidișel, Alexandra Manea, S. Akorabrunji, Bianca Stancov, B. Pascalau, D. Ilescu, O. Crețu

Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Timișoara, România

Obiectivul studiului: Colecistectomia laparoscopică este, în ziua de azi, gold-standard-ul în tratamentul litiazei veziculare, atât în cazurile de urgență cât și în cazurile electiv. Studiul este bazat pe cazuistica Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara și utilizează un sistem de clasificare pentru a anticipa conversia intervenției laparoscopice în cea clasică.

Material și metodă: În acest studiu dorim să investigăm factorii de risc și modalitatea de gândire a chirurgului care duc la conversie. S-a utilizat un sistem de gradație format din: procesul aderentia intraoperator, dimensiunea și starea colecistului, prezența unui calcul cu dimensiuni mai mari de 1 cm la nivelul infundibulului sau cisticului, peritonite periveziculare sau generale, complicațiile preexistente. Scorul CCL gradează severitatea și totodată posibilitatea efectuării unei intervenții laparoscopice, bazându-se pe următoarele nivele: CCL <3= ușor, CCL 4-5= moderat, CCL 6-8= dificil, CCL 9-10=foarte dificil.

Rezultate: Un studiu retrospectiv bazat pe cazuistica Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara formată din 313 cazuri selectate din perioada 1 ianuarie 2018 - 30 iunie 2019. Din cele 313 colecistectomii laparoscopice retrogradă, anterogradă, bipolare, 30 au fost convertite realizate deliberat sau de necesitate din diverse motive. Pe baza scorului CCL dorim să găsim motivele conversiei unei colecistectomii laparoscopice. Condițiile care au impus conversia au fost reprezentate de modificări anatomo-patologice ale regiunii colecisto-coledociene caracteristice stadiului afecțiunii, leziunile iatrogene sau a leziunilor coexistente, dar care nu ar fi putut fi rezolvate pe cale laparoscopică. S-a urmărit și evoluția chirurgilor, a experienței acestora. Conversia s-a realizat printr-o incizie subcostală dreaptă cel mai frecvent, leziunile fiind cantonate subhepatic.

Concluzie: Scorurile CCL oferă o clasificare simplă a colecistectomiei laparoscopice și sunt predictive necesității de a se transforma în colecistectomie deschisă. Adaptarea chirurgului la diagnostic și la tehnica de abord conform realității din câmpul operator pot duce la un confort al pacientului, chirurgului, scurtarea operației și implicit la o standardizare a tehnicii conform diagnosticului și experienței chirurgului.

CONVERSION OF LAPAROSCOPIC TO OPEN; A RETROSPECTIVE STUDY, USING AN INTRAOPERATIVE SCORING AND PREDICTIVE SYSTEM CCL

Introduction: Today, laparoscopic colecystectomy is the Gold standard approach in treatment of cholecystitis due to cholelithiasis,

not only in elective cases, but also in emergency cases. This study was based on cases registered in the department of General Surgery, at the Municipal hospital of emergency in Timisoara. The study is based on an intraoperative scoring system that determines the severity and the need for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy.

Methods: In this study, we would like to investigate the risk factors, together with the surgeons way of thinking, that culminate into conversion of laparoscopic to open cholecystectomy. We used a grading system based on the following kwy elements: intraoperative adhesions, the gallbladder's size and appearance, the presence of a stone that is bigger than 1cm in diameter, impacted in Hartmann's pouch or the cystic duct, pericholecistic peritonitis or generalised peritonitis as well as other preexisting complications. The CCL score for severity and eventual possibility of conversion is classified as follows: CCL< 2=easy, CCL 4-5=moderate, CCL 6-8=difficult, CCL 9-10=very difficult.

Results: Retrospective study, based on clinical cases in the department of General Surgery at the Municipal Hospital of Emergency in Timisoara, which comprises of 313 cases registered in the department between the 1st of January 2018 and the 30th of June 2019, out of which 30 cases were converted due to various reasons and circumstances. The conditions that led to the conversion were as follows: anatomopathological modifications of the gallbladder and the CBP, iatrogenic lesions and other coexisting lesions which couldn't be resolved through laparoscopy. The conversions was made using a right subcostal incision and we were able to successfully perform the procedure without the need of other laparotomies.

Conclusions: The CCL scoring system offers a simple classification of laparoscopic cholecystectomy and it predicts the need of conversion to open cholecystectomy. The surgeons experience and the technical approach, together with the intraoperative circumstantial findings, can determine an auxiliary experience for the patient, the surgeon and duration of the surgery.

P - 03

CÂND AR TREBUI SĂ ADOPTĂM O ATITUDINE CONSERVATOARE ÎN SÂNGERĂRILE DUPĂ GASTRECTOMIA LONGITUDINALĂ LAPAROSCOPICĂ?

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin

București, România

Gastrectomia longitudinală laparoscopică (GLL) este o procedură relativ simplă, dar complicațiile pot deveni rapid amenințătoare de viață. Scopul acestui studiu a fost de a investiga pe baza experienței noastre când este posibilă urmarea unui protocol conservator în sângerarea postoperatorie după GLL.

Material și metodă: Studiul este retrospectiv, am identificat un număr de 150 de cazuri cu GLL dintre care 18 au prezentat sângerări postoperatorii (01.01. 2015- 01.01.2019).

Rezultate: În 10 cazuri s-a practicat o abordare conservatoare ce a constat în monitorizare (ecografie, CT, valori Hb) fără a fi necesară intervenția chirurgicală.

Concluzii: Recomandările sunt după cum urmează: Prima recomandare evidentă este stoparea administrării de anticoagulante. Drenajul perigastric trebuie să fie permeabil tot timpul, dacă valorile Hb scad, iar pe dren nu se exteriorizează conținut sangvinolent trebuie luate în considerare alte surse de sângerare sau trebuie repermeabilizat tubul de dren. Dezvoltarea unui hematom la nivelul sursei de sângerare o poate întreține activă prin fibrinoliză locală, în aceste cazuri poate fi utilizat un drenaj ghidat imagistic ecografic sau CT cu monitorizare ulterioară a valorilor Hb. Prezența unor colecții de dimensiuni reduse la nivel perigastric ce nu au ecou clinic nu necesită drenaj. Reintervenția trebuie luată în considerare dacă: există semne de hipovolemie (tahicardie, hipotensiune arterială, transpirații profuze), valori Hb sub 7g. Starea clinică a pacientului trebuie să joace întotdeauna un rol important în cadrul deciziilor terapeutice.

WHEN SHOULD WE FOLLOW A CONSERVATIVE APPROACH IN BLEEDING AFTER SLEEVE GASTRECTOMY?

Laparoscopic sleeve gastrectomy is a relative simple procedure, but the complications can quickly become life-threatening. The aim of this study was to investigate based on our experience when is best to follow a conservative protocol in postoperative bleeding after sleeve gastrectomy.

Material and method: the study is retrospective, we identified a number of 150 cases of sleeve gastrectomy, of which 18 has postoperative bleeding (01.01. 2015- 01.01.2019).

Results: A conservative approach with close observation (ultrasound, CT, Hb levels) was practiced in 10 cases and no surgical intervention was required.

Conclusions: The recommendations are as follows: The first and obvious recommendation is to stop anticoagulants. The perigastric drainage should always be permeable, if Hb levels go down and nothing is coming through the drain consider other sources of bleed

or try to reopen the blocked drain. A blood clot developed around the bleeder may maintain the active bleed due local fibrinolysis, in these cases one should take into consideration a guided drainage (ultrasound/CT) and monitor Hb levels afterwards. The presence of a small perigastric collection without clinical manifestation should be left as such. Take into consideration reintervention if: signs of hypovolemia are present (tachycardia, hypotension, profuse sweating), Hb below 7g. The patient clinical state should always play an important role in the decision making.

P - 04

MATRIȚĂ PRINTATĂ 3D DE FICAT TUMORAL PENTRU PROCEDURI EXPERIMENTALE ASISTATE ROBOTIC

R.C. Elisei¹, F. Graur², N. Al Hajjar², C. Popa², E. Mois², C. Vaida³, Doina Pislă³

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca / Bistrița, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”,

Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie „Prof. Dr. Octavian Fodor”, Cluj-Napoca, România

³Universitatea Tehnică, Cluj-Napoca, România

Peste 10 ani 10% din ceea ce va fi produs va fi printat 3D. Această tehnologie nu mai este de mult una nouă și se află într-o continuă dezvoltare chiar și în domeniul medical. Pentru prima dată în domeniul medical tehnologia 3D-printing a fost utilizată în ortopedie și chirurgia maxilo-facială. Astăzi această tehnologie este folosită pe scară largă în multe domenii medicale cu diferite scopuri: instrumente chirurgicale speciale, implanturi medicale, modele de training preoperator, etc. La fel ca și printingul 3D și chirurgia hepatică este într-o continuă dezvoltare și asta creează nevoia de modele experimentale de ficat pentru training și testarea noilor proceduri și tehnologii din chirurgia hepatică. Dacă vorbim despre cum ar trebui să arate un model experimental de ficat acesta trebuie să aibă consistență, elasticitate, un feedback ecografic specific, să fie ușor de reprodus și ieftin. Cu o simplă rețetă am dezvoltat un model experimental de ficat din gelatină utilizând o matriță de ficat tumoral printată 3D. Pentru crearea matriței printată 3D am urmat 5 pași: segmentarea ficatului tumoral, crearea modelului virtual 3D al ficatului, crearea negativului ficatului 3D și cele 2 piese ale matriței cu conexiuni între ele și cu un orificiu la polul superior pentru a putea turna soluția de gelatină și ultimul pas, printarea 3D a matriței. După 1 oră ficatul din gelatină este solidificat și poate fi scos din matriță și putem utiliza matrița pentru crearea unui alt ficat din gelatină. Putem, de asemenea, utiliza silicon sau alte substanțe pentru a crea modele de ficat. Putem utiliza, de asemenea, măslin sau roșii cherry pentru a mima tumori în interiorul ficatului din gelatină. Putem utiliza matrița de ficat printată 3D de un număr mare de ori fără niciun alt cost. Vom utiliza acest model de ficat pentru procedee experimentale de radio-chimioterapie intrahepatică asistată robotic.

3D PRINTED TUMOR LIVER MOLD FOR EXPERIMENTAL LIVER ROBOTIC ASSISTED PROCEDURES

Ten years from now 10% of everything that will be produced will be 3d-printed. This technology, is not new anymore but with an exponential developing, even in the medical field. For the first time in medical field 3d-printing technology was uses in orthopedics and maxilo-facial surgery. Today this technology is used in many other medical fields for different purposes: surgical special instruments, medical implants, preoperative training models, etc.. like 3d-printing, liver surgery is in continuous developing and there is need for diferent experimental models for training and testing new procedures and technologies for liver surgery. If we are speaking about how an experimental liver model should look like it has to have consistency, elasticity, specific ultrasound feedback, easy to reproduced and cheap. With a simple recipe we developed a gelatin base liver experimental model, using a 3d-printed mold of a human tumor liver ct-scan. For creating the 3d-printed mold we followed 5 steps: segmentation of the tumor liver, creating the 3d virtual liver model, creating the negative image of the liver and the 2 pieces of the mold, with connections between them and a hole on the top to pour the gelatin solution and the 3d-printing the mold. After 1 hour the gelatin liver is solidified and can be removed from the mold and we can create another gelatin liver. We can also use silicone or another solution to create liver model. We can use olives or cherry tomato to mimic liver tumors inside the gelatin liver model. We can use this 3d-printed mold several times without any other costs. We will use this experimental liver model for robotic assisted liver radio-chemotherapy.

P - 05

REZULTATE POSTOPERATORII DUPĂ GASTRECTOMIA LONGITUDINALĂ LAPAROSCOPICĂ

I.F. Mocian, M. Coroș

Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie, Târgu Mureș, România

Obiectiv: Gastrectomia longitudinală laparoscopică (GLL) se efectuează pentru tratamentul obezității morbide. Scopul acestui studiu este de a oferi rezultatele GLL în termeni de pierdere în greutate și soluționarea comorbidităților, dintr-un singur centru din România.

Material și metode: Aceasta este o analiză retrospectivă cu culegere de date prospective (chestionar), dintr-un singur centru, între ianuarie 2014 și decembrie 2016. Rezultatele, în termeni de pierdere în greutate în kg și indice de masă corporală (IMC), soluționarea comorbidităților și reîngrășarea, sunt studiate.

Rezultate: Un total de 42 de pacienți obezi, care au efectuat GLL, au completat chestionarul. 25 (59.5%) au fost femei. Vârsta medie a fost de 46.7 de ani (între 23 și 64). Am obținut o scădere semnificativ statistică în greutate (de la 135 ± 22.1 kg la 91.8 ± 14.4 kg, $p < 0.0001$) și în IMC (de la 46.7 ± 6.9 kg/m² la 31.9 ± 5.6 kg/m², $p < 0.0001$). Soluționarea hipertensiunii arteriale, a bolii de reflux gastroesofagian (BRGE) și a artropatiei asociate obezității, a fost de 18/28 (64.2%), 19/28 (67.8%) respectiv 19/29 (65.5%). Reîngrășarea a fost observată la 36 de pacienți din 42 (85.7%). Greutatea medie recâștigată a fost de 7.8 ± 4.9 kg (între 1 și 23).

Concluzii: GLL este o procedură sigură și eficientă, cu rezultate bune în pierderea greutății însoțite de soluționarea comorbidităților, deși o tendință la reîngrășare este remarcată.

POSTOPERATIVE OUTCOMES AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY

Objective: Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) is being performed for the treatment of morbid obesity. The aim of this study is to give the results of LSG in term of weight loss and comorbidities resolution, from a single center in Romania.

Material and methods: This is a retrospective review of a prospectively collected data (questionnaire), from a single center, between January 2014 and December 2016. Outcomes, in term of weight loss in kg and body mass index (BMI), resolution of comorbidities and weight regain, are studied.

Results: A total of 42 obese patients, who underwent LSG, completed the questionnaire. 25 patients (59.5%) were women. The mean age was 46.7 years old (range 23 – 64). We obtained a statistically significant decrease in weight loss (from 135 ± 22.1 kg to 91.8 ± 14.4 kg, $p < 0.0001$) and BMI (from 46.7 ± 6.9 kg/m² to 31.9 ± 5.6 kg/m², $p < 0.0001$). The high blood pressure, gastro-esophageal reflux disease (GERD) and obesity-related arthropathy resolution rates were 18/28 (64.2%), 19/28 (67.8%) and 19/29 (65.5%) respectively. Weight regain was observed in 36 out of 42 (85.7%) patients. The mean weight regained was 7.8 ± 4.9 kg (range 1 – 23). **Conclusions:** LSG is a safe and effective procedure with good weight loss results, accompanied by resolution of comorbidities, although a tendency for weight regain is noted.

P - 06

DIFICULTĂȚILE DE DIAGNOSTIC LA UN PACIENT CU GLL ȘI HEMATOM VOLUMINOS LA NIVELUL ȘORȚULUI ADIPOS ABDOMINAL

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin

București, România

Gastrectomia longitudinală laparoscopică (GLS) câștigă tot mai mult teren, iar odată cu această creștere în volum este anunțată și o creștere a numărului de complicații. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 55 ani căruia i s-a efectuat o GLS cu un IMC de 45kg/mp ce a prezentat începând cu ziua 2 postoperator o reducere constantă a valorilor hemoglobinei. Au fost administrate 3 unități de sânge, ecografia abdominală nu a identificat colecții intraperitoneale. Endoscopia digestivă superioară de asemenea nu a pus în evidență surse de sângerare. În ziua 4, datorită reducerii considerabile a valorilor hemoglobinei (7g) în pofida administrării de produse sangvine s-a decis reintervenția chirurgicală - la explorare nu au fost identificate colecții/sângerare activă la nivel intraperitoneal, însă a fost pus în evidență hematom la nivelul șorțului abdominal care ulterior a cuprins întreg șorțul adipos - fiind locul de colecție a unui volum de sânge impresionant substanțial. S-a stopat administrarea de anticoagulant cu evoluția ulterioară favorabilă sub monitorizare activă.

Concluzie: Bolnavul obez frecvent asociază prezența unui șorț abdominal cu o capacitate considerabilă de a stoca volum sangvin, așadar trebuia luat în considerare întotdeauna drept sursă de sângerare, deși intervenția chirurgicală a presupus disecție și rezecție

la nivelul unei alte zone anatomice. Această complicație reprezintă o particularitate a persoanelor obeze care nu este întâlnită la pacienții normoponderali sau când apare este ușor decelabilă.

DIAGNOSTIC DIFFICULTIES IN A PATIENT WITH A LSG AND A LARGE PARIETAL HEMATOMA

Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) is gaining ground and with this increase in volume, an increase in the number of complications is announced. We present the case of a 55-year-old patient who had an LSG and a BMI of 45kg / m² that presented a steady reduction in hemoglobin values starting with day 2 postop. Three blood units were administered, abdominal ultrasound did not identify intraperitoneal collections. Upper digestive endoscopy also did not highlight other sources of bleeding. On day 4, due to the a significant reduction of hemoglobin values (7g) despite the administration of blood products, surgical reintervention was decided - no collections or active bleeding were identified intraperitoneally but there was a considerable hematoma in the abdominal adipose apron which in the next days enveloped the whole apron. Anticoagulation had been stopped with a subsequent favorable progression under active monitoring.

Conclusion: The obese patient frequently associates the presence of a large adipose apron with a considerable capacity to store a large blood volume, so it should always be considered as the source of a bleed although the surgery involved supramesocolic dissection. This complication is a feature specific to obese individuals that are not common in normal patients, or when it occurs it is easily identified.

P - 07

SCUB ÎN AVANGARDA DEZVOLTĂRII CHIRURGIEI LAPAROSCOPICE DE URGENȚĂ

A.E. Nicolau

Spitalul Clinic de Urgență, București, România

Utilizarea laparoscopiei în urgențele chirurgicale abdominale traumatiche și non-traumatiche este unanim acceptată datorită avantajelor binecunoscute ale chirurgiei minim-invazive. O selecție judicioasă a cazurilor, o echipă operatorie experimentată în chirurgia de urgență și laparoscopie avansată și o dotare optimă cu personal medical, dar și tehnico-materială a spitalului, sunt obligatorii. În perioada 1961-1966 în SCUB s-au efectuat primele laparoscopii diagnostic în abdomenul acut chirurgical, respectiv în icterul obstructiv de către dr. Gh.Popovici, respectiv Conf. Dr. C.Petrescu, rezultatele au fost publicate. În etapă modernă, prima colecistectomie laparoscopică a fost efectuată în 6 dec. 1993 de către A.E.N., deschizând introducerea tehnicii în SCUB. În 1994 s-au efectuat primele apendicectomii laparoscopice, urgențe ginecologice, explorare în contuzie abdominală traumatică, urmate de ulcer perforat (1995), ocluzie intestinală (1997), etc. În literatură de specialitate, din cele 42 de articole de laparoscopie în urgență publicate în "Chirurgia" (1994 - 2019), 16 (32,10%) au aparținut colectivului SCUB, 11 lui AEN. În 2004 a apărut monografia originală "Chirurgie laparoscopică de urgență". Se adaugă capitole de specialitate în diferite volume de patologie chirurgicală. În 2008, la Congresul ARCE, s-a organizat primul workshop cu participare internațională "Laparoscopia în abdomenul acut". Din 2013, anual, s-au organizat workshopuri de traumă (DSTC™) și urgente abdominale nontraumatice cu participare internațională, de către SCUB și Catedra de Anatomie UMF Carol Davila. În 2018, s-au efectuat 1699 operații laparoscopice reprezentând 31,27% din totalul operațiilor, dintre care, 493 (29,01%) în urgență. Restrângerile bugetare afectează o dotare optimă pentru laparoscopie. Trebuie continuată pregătirea și perfecționarea rezidenților, dar și a specialiștilor în chirurgia laparoscopică de urgență, în cadrul terapiei minim invazive.

SCUB IN THE FRONTLINE OF THE DEVELOPMENT OF LAPAROSCOPIC EMERGENCY SURGERY

The use of laparoscopy in traumatic and non-traumatic abdominal surgeries is unanimously accepted due to the well-known advantages of minimally invasive surgery. A judicious selection of cases, an experienced team in emergency surgery and in advanced laparoscopy, an optimal endowment with medical staff and technical-material of the hospital, are mandatory. During 1961-1966 in SCUB the first diagnostic laparoscopy was performed in acute surgical abdomen, respectively in obstructive jaundice by Dr. Gh.Popovici, respectively conf.dr.P. Petrescu, the results were published. In the modern stage, the first laparoscopic cholecystectomy was performed in 6dec. 1993 by AEN, opening the introduction of the technique into SCUB. In 1994, the first laparoscopic appendectomy, gynecological emergencies, exploration in abdominal traumatic contusion, followed by perforated ulcer (1995), intestinal occlusion (1997), etc. were performed. In the specialized literature, of the 42 laparoscopy articles in emergency published

in "Chirurgia" (1995-2019), 16 defended the SCUB team, 11 to AEN. In 2004 the original monograph "Laparoscopic Emergency Surgery" appeared. Additional chapters are added to different volumes of surgical pathology. In 2008, at the RAES Congress, the first workshop with international participation "Laparoscopy in the acute abdomen" was organized. From 2013, annual abdominal trauma (DSTC™) and non-traumatic abdominal emergencies, with international participation were organized by SCUB and the Department of Anatomy of "UMF Carol Davila". In 2018, 1699 laparoscopic operations were performed representing 31.27% of all operations, of which 493 (29.01%) in emergency. Budgetary restraints affect optimal laparoscopy. The training and improvement of residents and specialists in laparoscopic emergency surgery should be continued, as part of the minimally invasive therapy.

P - 08

SUPRARENALECTOMIA LAPAROSCOPICĂ CU LATERALIZARE ÎN CAZUL UNUI PACIENT CU ADENOAME BILATERALE SUPRARENALIENE

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin

București, România

Formațiunile tumorale supraenale prezente bilateral identificate accidental pun reale probleme de diagnostic clinic medicului, în special datorită faptului că statusul funcțional este dificil de apreciat pe baza investigațiilor imagistice CT sau RMN. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 32 de ani diagnosticat cu sindrom Cushing ACTH independent care prezenta, de asemenea, formațiuni tumorale la nivelul ambelor glande suprarenale. S-a efectuat dozarea supraseductivă simultană a hormonilor corticoizi din ambele vene suprarenale, iar raportul de lateralizare al dozajului a indicat către glanda suprarenală stângă cu status hiperfuncțional. S-a practicat suprarenalectomie stângă prin abord laparoscopic. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, la un an valorile hormonului cortizol s-au normalizat, fiind îmbunătățit, de asemenea, aspectul oragnismului tipic Cushingoid. În concluzie, valorile hormonului cortizol obținut din eşantioanele venoase suprarenale ar trebui să fie un instrument de diagnostic standard pentru a se diferenția statusul funcțional al glandelor când sunt prezente mase suprarenale bilaterale în cazul pacienților cu sindrom Cushing ACTH independent.

LAPAROSCOPIC SUPRARENALECTOMY WITH LATERALIZATION IN A PATIENT WITH BILATERAL SUPRARENAL ADENOMAS

Bilateral adrenal masses incidentally identified (incidentalomas) pose real diagnostic problems to the clinician, in particular, do the fact that their functionality is poorly appreciated on the basis of CT or MRI imaging. We present the case of a 32-year-old patient diagnosed with Cushing's ACTH-independent syndrome and bilaterally confirmed suprarenal masses. As part of the preoperative investigation, adrenal venous sampling was done to confirm the lateralization ratio which directed the diagnosis towards a left hyperfunctional suprarenal gland. Surgery was undertaken and a laparoscopic left suprarenalectomy was done. Postoperative evolution was good, at 1 year her cortisol level was normal and her cushingoid body appearance improved. To sum up, the blood hormone values obtained from bilateral adrenal venous samples should be a standard diagnostic tool to differentiate when bilateral adrenal masses are present in the case of patients with Cushing syndrome.

P - 09

TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL ULCERULUI DUODENAL PERFORAT

A. Cotîrlet¹, Laura Gavril², E. Popa³

¹Universitatea „Vasile Alecsandri”, Bacău, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

³Spitalul Municipal de Urgență, Bacău, România

Introducere: Tratamentul medical și chirurgical al bolii ulceroase a cunoscut modificări esențiale pe parcursul ultimilor decenii, ulcerul perforat reprezentând cea mai frecventă indicație de intervenție chirurgicală în urgență în patologia ulceroasă complicată.

Material și metodă: În perioada 2014 - 2018 s-a tentat sutura laparoscopică a ulcerului duodenal perforat la 63 de pacienți, din care 45 bărbați și 18 femei cu vârste cuprinse între 22 și 46 de ani. Indicațiile pentru realizarea suturii pe cale laparoscopică au fost: pacienți tineri, fără comorbidități asociate cu perforație recentă.

Rezultate: În 58 de cazuri a fost realizată sutura pe cale laparoscopică a perforației urmată de epiploonoplastie (procedeu Graham modificat), 5 cazuri necesitând conversie la tehnica deschisă. Lavajul cavității peritoneale a fost realizat în bune condiții, intervenția chirurgicală finalizându-se cu drenajul atât a spațiului subhepatic, cât și a fundului de sac Douglas. Durata medie operatorie a fost de 57 de minute (37- 84), iar durata de spitalizare a fost cuprinsă în intervalul 3- 16 zile. La 8 pacienți am înregistrat complicații postoperatorii constând în 2 abcese subhepatice și 6 supurații parietale și doar 23 de pacienți au beneficiat de endoscopie la 45 de zile postoperator ce nu a evidențiat modificări patologice notabile.

Concluzii: Sutura laparoscopică a ulcerului duodenal perforat este fezabilă și sigură asociată terapiei complexe antiulceroase beneficiind de toate avantajele binecunoscute ale abordului laparoscopic și poate fi recomandată ca intervenție de elecție la pacienții fără comorbidități asociate.

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCER

Objectives: The medical and surgical treatment of the ulcer disease recorded essential modifications over the last decades, perforated ulcer being the most frequent indication for emergency surgery from the complications of the peptic ulcer disease.

Material and method: Between 2014-2018 a laparoscopic approach was attempted in 63 patients with perforated duodenal ulcer. There were 45 men and 18 women, with ages that varied between 22 to 46 years. The indication of laparoscopic suture was: young patients without major associated diseases, recent perforations, the absence of a certain ulcer history.

Results: In 58 cases a laparoscopic suture of the perforation, followed by omentoplasty was completed successfully. 5 cases required conversion to open surgery. Lavage of the peritoneal cavity was performed in good conditions and the operation ended with the insertion of drainage tubes in the subhepatic space and Douglas pouch. The mean operative time was 57 minutes (37-84). The mean postoperative hospital stay was 4,5 days (3-16). We recorded 2 major postoperative complication (subhepatic abscesses), 6 parietal supurations and only 23 patients had a postoperative endoscopic checkup at 45 days, where no pathologic modifications were identified.

Conclusions: The laparoscopic suture of the perforated duodenal ulcer is feasible and safe associated with complex antiulcer therapy benefiting from all the well-known advantages of the laparoscopic approach and may be recommended as an intervention in elective patients without associated comorbidities.

P - 10

DRENAJUL TRANSGASTRIC AL UNUI ABCES DUPĂ GASTRECTOMIA LONGITUDINALĂ LAPAROSCOPICĂ: PREZENTARE DE CAZ

L. Alecu, D. Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin

București, România

Fistula postoperatorie după gastrectomia longitudinală laparoscopică (GLL) reprezintă o complicație severă și adună 1% din totalul deceselor cauzate de complicații. Când este întâlnită, managementul este complex. Prezentăm cazul unui bărbat de 44 de ani cu IMC de 44 kg / mp. În cazul acestui pacient s-a practicat o GLL - evoluția postoperatorie a fost favorabilă, iar pacientul a fost externat în ziua a 6-a postoperator, fiind reinternat în ziua a 8 cu febră și tahicardie. Tomografia computerizată a identificat abces perigastric care a fost drenat sub ghidaj tomografic. Ulterior, endoscopia digestivă superioară a confirmat prezența unei fistule de transă situată la nivelul fornixului gastric. S-a observat, de asemenea, un drenaj activ al colecției perigastrice prin fistulă în stomac motiv pentru care nu a fost luată decizia montării unui stent. Evoluția a fost favorabilă prin monitorizare activă cu ajutorul ultrasonografiei a dimensiunii colecției. Pacientul a fost externat la 10 zile. Tratamentul invaziv al fistulelor gastrice după GLL nu este întotdeauna o opțiune. În cazul acestui pacient închiderea forțată a fistulei însemna ca abcesul perigastric să rămână nedrenat, ceea ce ar fi putut conduce la o nouă reintervenție. Această prezentare de caz a urmărit să demonstreze că un drenaj transgastric al unei colecții perigastrice este posibil, cu o monitorizare activă a pacientului pentru a evita o reintervenție după GLL.

TRANSGASTRIC DRAINAGE OF A POSTOPERATIVE ABSCESS AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY: A CASE REPORT

Postoperative fistula after laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) is a fearsome complication and accounts for 1% of all deaths due to complications. When encountered the management is complex. We present the case of a 44 years male with obesity and a BMI

of 44kg/mp. A sleeve gastrectomy was done - the postoperative evolution was uneventful and the patient was discharged on day 6, and presented to the hospital on day 8 with fever, and tachycardia. A CT identified a perigastric abscess which was drained under CT guidance. Afterwards, a superior endoscopy confirmed the presence of a fistula located at the level of the gastric fornix. It was observed that there was active drainage of the perigastric collection through the fistula into the stomach so the decision to not mount a stent was taken. The evolution was favorable with active monitoring through ultrasonography of the size of the collection. The patient was discharged 10 days after. Invasive management of gastric fistulas is not always an option, in this case, the forced closure of the fistula meant the perigastric collection would remain and a reoperation could have been necessary. This case – report aimed to demonstrate that a transgastric drainage of a perigastric collection is possible with adequate monitoring and observation of the patient as to avoid a reintervention after LSG.

P - 11

UTILIZAREA SCORULUI EDMONTON PENTRU AMELIORAREA EVOLUȚIEI DUPĂ GASTRIC SLEEVE PENTRU OBEZITATE MORBIDĂ

R.R. Scurtu¹, Raluca Apostu¹, R. Drasovean¹, A. Duma¹, T. David¹, S. Ionescu²

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România

²Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca, România

Obiectiv: Sistemul Edmonton de stadializare a obezității pare a fi corelat cu riscurile de apariție a complicațiilor după chirurgia bariatrică. Utilizarea acestui scor ar putea permite o mai bună selecție a pacienților în vederea ameliorării evoluției postoperatorii.

Material și metode: A fost realizat un studiu de tip caz control prin compararea a două grupe de câte 75 de pacienți, la care s-a practicat gastric sleeve pentru obezitate morbidă. Cele două grupe au fost similare din punct de vedere demografic, al indicelui de masă corporală și al scorului ASA. Pentru prima grupă de pacienți, scorul Edmonton a fost calculat retrospectiv (grupă R), iar pentru a doua, acest scor a fost realizat preoperator (grupa P), unii pacienți cu scor Edmonton de 3 și 4 (5 pacienți) fiind îndrumați pentru corectarea dezechilibrelor organice și ulterior reevaluați în vederea operației. Au fost urmărite complicațiile postoperatorii conform clasificării Clavien-Dindo.

Rezultate: În grupa R 4 pacienți (5.3%) au prezentat complicații. Trei pacienți au prezentat complicații de tip 1 și 2, respectiv cel de al patrulea a prezentat o hemoragie (tip3) pe transă de rezecție care a impus reintervenție de hemostază. În grupa P 3 pacienți au prezentat complicații, două de tip 1 și una de tip 2. Testul exact Fisher relevă un p de 0.081 pentru numărul complicațiilor și de 0.069 pentru severitatea lor între grupele de pacienți studiate.

Concluzie: Diferențele statistice, deși nesemnificative pentru numărul și amploarea complicațiilor, arată o tendință de control mai bună a acestora în cazul asocierii preoperatorii a scorului Edmonton.

THE USE OF THE EDMONTON SCORE IMPROVES PATIENTS OUTCOME AFTER GASTRIC SLEEVE FOR MORBID OBESITY

Aim: The Edmonton obesity staging system seems to be correlated with the risk of complications after bariatric surgery. The use of this score could allow a better selection of patients in order to improve postoperative outcomes.

Material and methods: A case-control study was conducted by comparing two groups of 75 patients each, in whom gastric sleeve was performed for morbid obesity. The two groups had similar demographic characteristics, body mass index and ASA score. For the first group of patients the Edmonton score was calculated retrospectively (R group) while for the second one the score was assessed preoperatively (P group). Some patients with an Edmonton score of 3 and 4 (5 patients) underwent preoperative control of their organic imbalances and then re-evaluated for surgery. Postoperative complications were assessed according to Clavien-Dindo classification.

Results: In the R group 4 patients (5.3%) presented complications. In three patients type 1 and 2 complications were identified, while the fourth one presented a bleeding (type 3) on the resection plane, requiring surgery for haemostasis. In the P group three patients presented complications, two type 1 and one type 2. The exact Fisher test revealed a p value of 0.081 for the number of complications and a value of 0.069 for the severity of complications between the studied groups.

Conclusion: Statistical differences, although insignificant for the number and the extent of complications, indicate a tendency for a better outcome when the Edmonton score is preoperatively associated.

P - 12

EVALUAREA INTRAOPERATORIE PRIN MANOMETRIE A JONȚIUNII ESOGASTRICE ÎN CADRUL MIOTOMIEI HELLER ȘI A FUNDOPLICATURII NISSEN

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin

București, România

Scop: Chiar dacă miotomia Heller este o intervenție dovedită în timp, rezecția incompletă a fibrelor musculare poate conduce la un eșec terapeutic. Manometria intraoperatorie poate fi utilizată pentru a evalua caracteristicile de presiune ale joncțiunii esogastrice (JEG) nou reconstituite cu monitorizare activă în timpul procedurilor laparoscopice Nissen și Heller. Scopul studiului a fost de a evalua prin experiența proprie utilitatea manometriei în tratamentul acalaziei.

Material și metodă: Măsurătorile manometrice au fost efectuate înaintea intervenției, după rezecția fibrelor musculare în cadrul tratamentului acalaziei și după fundoplicatura Nissen. S-au analizat presiunea, lungimea și relația lungime-presiune a JEG. Studiul este retrospectiv pe o perioadă de 3 ani.

Rezultate: Am identificat 7 cazuri cu acalazie în care s-a practicat o miotomie Heller cu fundoplicatura Nissen. Presiunea de la nivelul JEG a fost monitorizată prin manometrie în toate cele 7 cazuri. Procedura Nissen a condus la o creștere a presiunii și a lungimii undelor de presiune la nivelul JEG. Simultan, miotomia Heller a redus presiunea și lungimea undelor de presiune la nivelul JEG. Manometria intraoperatorie a identificat 2 din 7 pacienți cu zone persistente de înaltă presiune după miotomie, care au fost corectate prin extinderea miotomiei.

Concluzie: Manometria intraoperatorie identifică modificările presionale în timp real în timpul intervențiilor chirurgicale asupra JEG și poate fi folosită pentru îmbunătățirea rezultatelor fundoplicaturii Nissen și a miotomiei Heller.

INTRAOPERATIVE EVALUATION OF THE EGJ WITH MANOMETRY DURING LAPAROSCOPIC HELLER MYOTOMY AND NISSEN FUNDOPLICATION

Even if Heller myotomy is a time-proven intervention, incomplete resection of the muscle fibers can lead to a therapeutical failure. Intraoperative manometry can be used to evaluate the pressure characteristics of the newly reconstructed esogastric-jejunum (EGJ) with active monitoring during the laparoscopic Nissen and Heller procedures. The purpose of the study was to review the use of manometry in the surgical treatment of achalasia.

Material and method: Manometry measurements were noted before surgery, after the resection of the muscle fibers in achalasia, and after the Nissen fundoplication. Pressure, length, and the pressure-length relation of the tracings were analyzed. The study is retrospective over a period of 3 years.

Results: We identified 7 cases with achalasia in which a Heller myotomy with Nissen fundoplication was practiced. The active pressure from the EGJ was observed in all 7 cases. The Nissen technique produced an increase in pressure and length of the EGJ. Simultaneously the Heller myotomy decreased the pressure and length of the EGJ. Intraoperative manometry identified 2 of the 7 patients with persistent areas of high pressure after myotomy that were corrected by extending the myotomy.

Conclusion: Intraoperative manometry identifies changes in real time during surgery of the EGJ and can be used to improve the results of the Nissen fundoplication and Heller myotomy.

P - 13

TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL LITIAZEI COLEDOCIENE: INDICAȚII ȘI LIMITE

L. Alecu, Daniela Mihăilă, I. Slavu, V. Braga, A. Tulin

București, România

Scop: Până la 20% din pacienții cu litiază veziculară asociază litiază de cale biliară principală ce rămâne asimptomatică în 50% din cazuri. Scopul studiului a fost de a evalua utilitatea coledocoscopiei în extragerea litiazei coledociene revindui cazuistica proprie.

Material și metodă: Studiu retrospectiv (ianuarie 2003 - decembrie 2018). Lot de 2309 de pacienți care au fost supuși unei colecistectomii laparoscopice.

Rezultate: Coledocoscopia laparoscopică: efectuată la 32 pacienți. Dintre cei 32 de pacienți cu clearance coledocian complet, nu a fost diagnosticată litiază de cale biliară principală reziduală la 1 an postop. Abordul transcistic: Abordul ideal în opinia noastră. Cea mai scurtă durată de spitalizare (medie 3 zile) asemănător colecistectomiei laparoscopice. A fost fezabilă doar în cazul a 7 pacienți.

Toți pacienții au avut montat drenaj transcistic extras la 10 zile. Media timpului operator a fost de 105 min. Abordul transcoledocian: dificil din punct de vedere tehnic. Sutura primară de coledoc a fost practică la 5 pacienți. Închiderea coledocului cu drenaj transcistic s-a practicat la 9 pacienți. Un total de 14 pacienți au avut drenaj biliar prin tub tip T. Timp mai lung operator (medie 170 min). Conversia la chirurgie deschisă a fost realizată în 4 cazuri. Cauză: disecție dificilă în porta hepatis.

Concluzii: Explorarea coledociană pentru litiaza coledociană documentată preoperator sau descoperită în timpul colecistectomiei laparoscopice este sigură și fezabilă. Procedura este dificilă din punct de vedere tehnic, necesită cunoștințe avansate de laparoscopie. Selecția pacienților este foarte importantă. Abordul transcistic, atunci când este posibil, este optim.

THE LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS: INDICATIONS AND LIMITS

Aim: Up to 20% of the patients with gallstones have bile duct stones which are asymptomatic in 50% of the cases. The aim of the study was to evaluate the role of choledochoscopy with regards to extracting main bile duct stones.

Material and method: Retrospective study (January 2003 - December 2018). The group comprised 2 309 which had a laparoscopic cholecystectomy.

Results: Laparoscopic choledochoscopy was practiced in 32 cases. Of the 32 patients with complete clearance, none had residual bile duct stones at 1-year postop. Transcystic approach: The ideal approach in our opinion. Shortest hospital stay (mean 3 days) comparable to laparoscopic cholecystectomy. It was feasible in only 7 patients. All of the patients had a transcystic drain which was removed after 10 days. Mean OR time was 105 min. Transcholedocal approach: Technically demanding. Primary ductal closure was practiced in 5 patients. Ductal closure with transcystic drain in 9 patients. A total of 14 patients had a T-tube. Longer OR time (mean 170 min). Conversion to open surgery was realized in 4 cases. Cause: difficult dissection in the porta hepatis.

Conclusion: Laparoscopic choledochoscopy for common bile duct stones identified previously or discovered during laparoscopic cholecystectomy is safe and feasible. The technique is technically demanding, requires advanced laparoscopic skills. Patient selection is very important. The transcystic approach for when possible is optimal.

P - 14

PELVI-TRAINER VERSATIL PRINTAT 3D PENTRU PROGRAM DE TRAINING ÎN CHIRURGIE LAPAROSCOPICĂ PELVINĂ

R.C. Elisei¹, F. Graur², C. Popa², E. Mois², Luminița Furcea², N. Al Hajjar²

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca / Bistrița, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”,

Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie „Prof. Dr. Octavian Fodor”, Cluj-Napoca, România

Chirurgia laparoscopică a rectului, urologică, ginecologică (chirurgia laparoscopică pelvină) este o chirurgie avansată care necesită abilități avansate, dificil de obținut. Programele de training în Europa de est sunt mult în urma celor din Europa de vest. Majoritatea rezidenților nu își pot permite costul unor asemenea programe de training în chirurgie laparoscopică avansată din vestul Europei. O soluție în acest sens ar fi să îmbunătățim și să optimizăm programul de training deja existent, deoarece în UE ne dorim chirurghi cu pregătire și abilități avansate. Pentru a putea oferi rezidenților posibilitatea de a abține abilități avansate în chirurgia laparoscopică pelvină am proiectat în concept nou de pelvi-trainer versatil printat 3D. Cele mai importante abilități în chirurgia laparoscopică generală și pelvină sunt coordonarea perfectă, mișcărilor precise, abilitatea de a tăia și sutura după un traseu prestabilit. Este cu atât mai dificil de a câștiga aceste abilități în spațial îngust al pelvisului. Am proiectat acest pelvi-trainer versatile pentru a oferi posibilitatea de a acumula aceste abilități menționate mai sus dar în spațial îngust al pelvisului, dar și multe altele, chiar și a opera pe rect ex-vivo de model suin. Acest pelvi-trainer, după proiectare a fost printat 3D cu tehnologia FDM deoarece în acest fel devine ușor de produs, ieftin și ușor de utilizat. Cu o pregătire temeinică, un student sau un tânăr rezident pot obține abilități avansate în chirurgia laparoscopică pelvină asemenea unui rezident experimentat sau specialist. Pentru a demonstra această ipoteză avem nevoie de un studiu care să compare timpii obținuți de student, rezidenți tineri, rezidenți experimentați și specialiști. Acest proiect de program de training ar putea să ne ajute la standardizarea pregătirii în chirurgie laparoscopică avansată în toată țara, pentru a avea cât mai mulți chirurghi cu abilități în chirurgie laparoscopică avansată în toată țara. Iar astfel poate în viitor vom putea implementa acest program să fie preluat și implementat și în alte țări.

VERSATILE 3D-PRINTED PELVI-TRAINER FOR LAPAROSCOPIC PELVIC SURGERY TRAINING PROGRAM

Rectal, urological and gynecological laparoscopic surgery (pelvic laparoscopic surgery) is an advanced surgery and require advanced skills, not easy to acquire. The training programs in Eastern Europe are far behind from those in Western Europe. Most of the residents in Eastern Europe cannot afford the costs of the most training programs for advanced laparoscopic skills from Western Europe. One solution is to improve and optimize the training programs that we already have, because in the EU we want equal and high skilled surgeons. In order to offer the residents the possibility to achieve advanced laparoscopic skills we designed a new concept of a versatile 3d-printed pelvi-trainer. The most important skills in general and pelvic laparoscopy are perfect coordination, precise movements, ability to cut and suture after a predefined route. But there is more difficult to achieve this skills in pelvis tight space. We designed the pelvi-trainer versatile in order to be able to offer the possibility to achieve the skills named above inside the pelvic space and many others, even to operate on real ex-vivo animal rectum (suine model). The designed pelvi-trainer was 3d-printed with FDM technology because like this is easy to be produced, cheap and easy to be used. With a proper training a medical student and a young resident are able to achieve the same advanced skills like an experimented resident or specialist. To demonstrate this assumption we need a study to compare the times of performing at least 4 exercises in this new concept pelvi-trainer by medical students, young and experimented residents and specialist surgeons. This training program project should help to achieve a standardization of advanced laparoscopic skills all over the country, to have more skilled surgeons in advanced laparoscopy all over the country. And maybe in the future to be implemented in other countries if possible.

P - 15

SUPRARENALECTOMIA DREAPTĂ LAPAROSCOPICĂ PENTRU O TUMORĂ DE GLANDĂ SUPRARENALĂ COMBINATĂ CU ALCOOLIZAREA UNUI NODUL HEPATIC LA UN PACIENT CIROTIC

Mirela Patricia Sîrbu Boeti, R. Grigorie, B. Tivadar, E. Stănescu, M. Toma, M. Grumezea, A. Vrânceanu, V. Herlea, I. Lupescu, L. Iliescu, G. Constantinescu, C. Vasilescu

București, România

Pacienții cirofici sunt pacienți dificil de operat. Managementul acestor pacienți este complex, iar decizia operatorie luată de o echipă multidisciplinară nu absolvă chirurgul de o mare responsabilitate, în special atunci când se confruntă cu ciroză decompensată. Mai mult, unii dintre acești pacienți prezintă comorbidități care cresc riscul operator. Coexistența tumorii hepatice cu tumora suprarenală este dificil de diagnosticat și tratat. Prezentul e-poster demonstrează schema noastră de management, abordarea laparoscopică și modalitatea de a trata ambele tumori și, de asemenea, rezultatele postoperatorii obținute la un pacient cirotic decelat cu tumoră hepatică și de glandă suprarenală dreaptă.

LAPAROSCOPIC RIGHT ADRENALECTOMY FOR A LARGE ADRENAL TUMOR COMBINED WITH ALCOHOLIZATION OF A HEPATIC NODULE IN A CIRRHOTIC PATIENT

Cirrhotic patients are difficult patients to operate on. The management of these patients is complex and decision to operate taken by a multidisciplinary team does not absolve the surgeon of a great responsibility especially when dealing with decompensated cirrhosis. Moreover, some of these patients have comorbidities that rise the operative risk. The coexistence of hepatic tumor with adrenal tumor is challenging to diagnose and treat. The present e-poster demonstrates our management scheme, the laparoscopic approach and modality to deal with both tumors and also the postoperative results obtained in a cirrhotic patient who was discovered with hepatic and right adrenal tumor.
