

ACTA CHIRURGICA CROATICA

**SLUŽBENI ČASOPIS HRVATSKOGA KIRURŠKOG DRUŠTVA HLZ-A
OFFICIAL JOURNAL OF THE CROATIAN SOCIETY OF SURGERY**

**9. KONGRES HRVATSKOG DRUŠTVA ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU S MEĐUNARODNIM
SUDJELOVANJEM
9th CONGRESS OF CROATIAN ASSOCIATION OF DIGESTIVE SURGERY WITH INTERNATIONAL
PARTICIPATION**

**Program i knjiga sažetaka
Programme and Abstract Book**

IMPRESSUM

Izdavač

Hrvatsko kirurško društvo Hrvatskog liječničkog zbora
Klinika za kirurgiju KBC Zagreb

Glavni i odgovorni urednik

Mate Majerović

Zamjenik glavnog urednika

Božidar Župančić

Tajnik

Goran Augustin

Urednici

G. Kondža (Osijek), M. Ledinsky (Zagreb), A. Muljačić (Zagreb), L. Patrlj (Zagreb), V. Radonić (Split), Z. Stanec (Zagreb), Ž. Sutlić (Zagreb), B. Šebečić (Zagreb), M. Uravić (Rijeka).

Urednički odbor

B. Anić (Zagreb), I. Baća (Bremen), M. Bekavac-Bešlin (Zagreb), L. Bijelić (Washington), B. Biočina (Zagreb), S. Davila (Zagreb), N. Družijanić (Split), R. Karlo (Zadar), Ž. Kaštelan (Zagreb), D. Košuta (Zagreb), T. Luetić (Zagreb), K. Makar (Zagreb), M. Margaritoni (Dubrovnik), P. Miklić (Zagreb), Đ. Miškić (Sl. Brod), Z. Perko (Split), D. Prgomet (Zagreb), F.M. Riegler (Beč), Z. Slobodnjak (Zagreb), M. Stanec (Zagreb), M. Turina (Zürich), J. Vračko (Ljubljana), S. Višnjić (Zagreb).

Urednici ovog broja

Velimir Rahelić, Marko Zelić

Grafičko oblikovanje i tisak

Studio Hrg, Zagreb

Adresa uredništva

Acta Chirurgica Croatica
Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb
Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb

Naklada

300

Službeni časopis

Hrvatskog kirurškog društva
Hrvatskog društva za dječju kirurgiju
Hrvatskog društva za endoskopsku kirurgiju

Sadržaj / *Table of Contents*

- 4 | DOBRODOŠLICA / *WELCOME MESSAGE*
- 6 | ORGANIZACIJA / *ORGANIZATION*
- 7 | TEME / *TOPICS*
- 8 | SATNICA / *TIMETABLE*
- 11 | SAŽECI / *ABSTRACTS*
- 11 | USMENA IZLAGANJA / *ORAL PRESENTATIONS*
- 89 | TEME ZA SPECIJALIZANTE OPĆE KIRURGIJE (IZ PODRUČJA
DIGESTIVNE KIRURGIJE) / *TOPICS FOR GENERAL SURGERY
RESIDENTS (DIGESTIVE SURGERY)*
- 113 | POSTERI / *POSTERS*
- 139 | INDEKS AUTORA / *AUTHORS' INDEX*

DOBRODOŠLICA NA 9. KONGRES HRVATSKOG DRUŠTVA ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM

Cijenjeni kolegice i kolege, dragi prijatelji,

Hrvatsko društvo za digestivnu kirurgiju organizator je 9. kongresa Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem, koji se održava od 01. do 04. lipnja 2011. u Opatiji. Ne moram vas podsjećati na tradiciju okupljanja kolega u Opatiji, koja je na neki način postala simbolom digestivne kirurgije.

Kao i prethodnih godina, nastojali smo biti aktualni izborom kirurških tema koje će predstavljati okosnicu našeg znanstvenog i stručnog rada. Vjerujem da ćemo u tome uspjeti i ovaj put.

Naša je želja i interes da razmjenom znanja i iskustva stvorimo podlogu što uspješnijeg liječenja naših bolesnika i stoga smo vas pozali da se priključite radu kongresa u što većem broju. Organizacijski odbor kao i Upravni organi HDDK uložili će maksimalni trud u organizaciju skupa, koji osim radom mora biti obilježen i kolegijalno-prijateljskim druženjem.

Nismo odustali od tradicije okupljanja naših mladih kolega specijalizanta kirurgije, koji i ovaj put imaju mogućnost prezentacije svojih radova, a u tome smo im pomogli oslobađanjem plaćanja kotizacije.

Srdačan pozdrav i dobrodošli u Opatiju!



Prim. mr. sc. Velimir Rahelić, dr. med.

Predsjednik Organizacijskog odbora Kongresa

WELCOME TO THE 9th CONGRESS OF CROATIAN ASSOCIATION OF DIGESTIVE SURGERY WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Dear colleagues and friends,

Opatija will again gather colleagues who diagnose and treat illnesses in the field of digestive surgery. The 9th Congress of Croatian Association of Digestive Surgery with international participation is held in Grand Hotel Adriatic from June 01 through 04, 2011. The Congress is a venue for scientific discussions through which we will summarize achievements of the past two years and present results and new digestive surgery methods that benefit our patients. Our colleagues from the Scientific and Organizing Committee of the Croatian Association of Digestive Surgery put a lot of effort into choosing pertinent and interesting discussion topics.

Through free topics colleagues will be given an opportunity to present their observations and results outside the given Congress topics.

It is our pleasure to also give our Resident doctors the opportunity to present themselves and their projects best of which will be awarded with an interesting educational experience by a professional jury.

Besides the opportunity to work in a serene environment, Opatija offers a venue for creating lasting friendships. During the Congress there will be plenty of opportunity for relaxation and affirmation of our professional relationships and friendships.

I invite you to join us, while our colleagues from the Organizing Committee and technical organization of the Congress will put forth great effort to fulfill your expectations.

Welcome to Opatija to the 9th Congress of Croatian Association of Digestive Surgery.



Prim. mr. sc. Velimir Rahelić

Organizing Committee President

ORGANIZATORI / ORGANIZERS

HRVATSKO DRUŠTVO ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU HRVATSKOG
LIJEČNIČKOG ZBORA

Croatian Association of Digestive Surgery, Croatian Medical Association

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA, KLINIKA ZA KIRURGIJU

Clinical Hospital Center Rijeka, Surgery Clinic

MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U RIJECI

University of Rijeka, School of Medicine

MJESTO ODRŽAVANJA / CONGRESS VENUE

GRAND HOTEL ADRIATIC, OPATIJA

M. Tita 200, 51 410 Opatija, Hrvatska / *Croatia*

www.hotel-adriatic.hr

ORGANIZACIJSKI ODBOR / ORGANIZING COMMITTEE

Predsjednik / *President:* Velimir Rahelić

Dopredsjednik / *Vice President:* Nenad Petrošić

Tajnici / *Secretaries:* Miodrag Gudelj, Marko Zelić, Harry Grbas

Rizničar / *Treasurer:* Giordano Bačić

Članovi / *Members:* Maja Bolić, Marin Borojević, Ivica Čepić, Damir Grebić, Damir Juranić, Iva Juretić, Koraljka Juretić-Franković, Leon Kunišek, Franjo Lovasić, Miljenko Lukanović, Davor Mendrila, Domagoj Mihaljević, Salem Osman, Davor Pimc, Igor Saftić, Miroslav Strčić, Ivan Traub

ZNANSTVENI ODBOR / SCIENTIFIC COMMITTEE

Predsjednik / *President:* Miljenko Uravić

Članovi / *Members:* Tomislav Anić, Ivo Baća, Željko Bušić, Miroslav Bekavac-Bešlin, Tedi Cicvarić, Zoran Čala, Marko Doko, Nikica Družijanić, Željko Fučkar, Željko Glavić, Nadomir Gusić, Herman Haller, Stipislav Jadrijević, Tomislav Jurišić, Branislav Kocman, Goran Kondža, Dujo Kovačević, Milan Kujundžić, Mario Ledinsky, Mate Majerović, Dragan Marinić-Korolija, Miran Martinac, August Mijić, Leonardo Patrlj, Zdravko Perko, Velimir Rahelić, Žarko Rašić, Dubravko Smuđ, Ranko Stare, Igor Stipančić, Mate Škegro, Davor Štimac, Davorin Velnić, Dražen Vidović, Boris Vucelić, Mario Zovak

ZAČASNI ČLANOVI / HONORARY MEMBERS

Branko Bakula, Arsen Depolo, Slobodan Dešković, Fran Dobrila, Andrej Gudović, Vladimir Jerković, Dragutin Košuta, Damir Kovačić, Pero Martinac, Ante Petričević, Ivo Pirjavec, Antun Škarpa

TAJNIŠTVO / SECRETARIAT

Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za kirurgiju / *Clinical Hospital Center Rijeka, Surgery Clinic*
Krešimirova 42, 51 000 Rijeka, Hrvatska / *Croatia*
Tel. / Phone: 00385 (0)51 658 665, Fax. 00385 (0)51 231 734
e-mail: kirurgija-kongres@kbc-rijeka.hr
www.digestivna-kirurgija.hr

KONGRESNI SERVIS / CONGRESSIONAL SERVICE

Studio Hrg d.o.o.
Hrvatske bratske zajednice 4, 10 000 Zagreb, Hrvatska / *Croatia*
Tel. / Phone: 00385 (0)1 6110 449, 6183 140
Fax: 00385 (0)1 6110 452
e-mail: kongres@studiohrg.hr
www.studiohrg.hr

TEME / TOPICS


1. HEPATOCELULARNI KARCINOM (HCC) - LIJEČENJE / *HEPATOCELLULAR CARCINOMA (HCC) - TREATMENT*
2. AKUTNI I KRONIČNI PANKREATITIS - SUVREMENO LIJEČENJE / *ACUTE & CHRONIC PANCREATITIS - CURRENT TREATMENT*
3. KONTROVERZIJE U DIGESTIVNOJ KIRURGIJI / *CONTROVERSIES IN DIGESTIVE SURGERY*
4. TRANSANALNA ENDOSKOPSKA MIKROKIRURGIJA U PATOLOGIJI ZADNJEG CRIJEVA / *T.E.M. IN PROCTOLOGY*
5. KONSENZUS SIMPOZIJ HRVATSKOG DRUŠTVA ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU - KARCINOM KOLONA I REKTUMA / *CONSENSUS SYMPOSIUM OF CROATIAN ASSOCIATION OF DIGESTIVE SURGERY - COLORECTAL CANCER*
6. KARCINOM ŽELUCA / *GASTRIC CANCER*
7. SLOBODNE TEME / *FREE TOPICS*
8. TEME ZA SPECIJALIZANTE OPĆE KIRURGIJE (IZ PODRUČJA DIGESTIVNE KIRURGIJE) / *TOPICS FOR GENERAL SURGERY RESIDENTS - DIGESTIVE SURGERY*

Satnica / Timetable

SRIJEDA 01. lipnja 2011. / WEDNESDAY, June 01, 2011

Vrijeme/Time	GRAND HOTEL ADRIATIC OPATIJA
17:00 - 20:00	REGISTRACIJA / REGISTRATION
20:00	OTVORENJE KONGRESA I DOMJENAK DOBRODOŠLICE OPENING OF THE CONGRESS AND WELCOME RECEPTION

ČETVRTAK 02. lipnja 2011. / THURSDAY, June 02, 2011

Vrijeme/Time	DVORANA / HALL A	DVORANA / HALL B	Vrijeme/Time
08:30 - 09:00	UVODNO PREDAVANJE PREDsjedNIKA HDDK KEYNOTE OF THE PRESIDENT OF CADS		08:30 - 09:00
09:00 - 11:00	HEPATOCELULARNI KARCINOM (HCC) – LIJEČENJE / HEPATOCELLULAR CARCINOMA – TREATMENT	SLOBODNE TEME - PROKTOLOGIJA FREE TOPICS - PROCTOLOGY	09:00 - 10:30
11:00 - 12:00	Sponzorirana predavanja Sponsored lectures  d.o.o.		10:30 - 12:00
12:00 - 12:30	Pauza za kavu / Coffee break		12:00 - 12:30
12:30 - 14:00	KONTROVERZIJE U DIGESTIVNOJ KIRURGIJI 1. CONTROVERSIES IN DIGESTIVE SURGERY 1 Hitno liječenje opstrukcije debelog crijeva Colon obstruction in emergency Mobilizacija lijenalne fleksure kod anteriorne resekcije rektuma Splenic flexure mobilization for anterior rectal resection	TEME ZA SPECIJALIZANTE 1. TOPISC FOR RESIDENTS 1	12:30 - 14:00
14:00 - 15:00	PAUZA ZA RUČAK / LUNCH BREAK		14:00 - 15:00
15:00 - 16:30	AKUTNI I KRONIČNI PANKREATITIS – SUVREMENO LIJEČENJE / ACUTE & CHRONIC PANCREATITIS – CURRENT TREATMENT	TEME ZA SPECIJALIZANTE 2. TOPISC FOR RESIDENTS 2	15:00 - 17:00
16:30 - 17:00	Pauza za kavu / Coffee break		
17:00 - 19:00	KONTROVERZIJE U DIGESTIVNOJ KIRURGIJI 2. CONTROVERSIES IN DIGESTIVE SURGERY 2. Standradna / kozmetska laparoskopiska kolecistektomija ili „single site“ / NOTES Conventional / cosmetic laparoscopic cholecystectomy vs. single site / NOTES Otvorena ili endoskopska metoda za operacije preponske kile Open vs endoscopic repair of inguinal hernia	Pauza za kavu / Coffee break SLOBODNE TEME - DEBELO CRIJEVO 1 FREE TOPICS - LARGE BOWEL 1	17:00 - 17:30 17:30 - 19:00

PETAK 03. lipnja 2011. / FRIDAY, June 03, 2011

Vrijeme/Time	DVORANA / HALL A	DVORANA / HALL B	Vrijeme/Time
08:30 - 11:00	KONSENZUS SIMPOZIJ HDDK - KARCINOM KOLONA I REKTUMA CONSENSUS SYMPOSIUM OF CROATIAN ASSOCIATION OF DIGESTIVE SURGERY - COLORECTAL CARCINOMA		08:30 - 11:00
11:00 - 11:30	Pauza za kavu / <i>Coffee break</i>		
11:30 - 12:00	POZVANO PREDAVANJE / INVITED LECTURE Ned Abraham (Coffs Harbour, NSW, Australia) Ubrzani oporavak (Fast-track) nakon kolorektalnih operacija / <i>Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Colorectal Program</i>	SLOBODNE TEME - ŽUČNI MJEHUR, ŽUČNI VODOVI, HERNIJE FREE TOPICS - GALLBLADDER, BILE DUCTS, HERNIAS	11:00 - 12:30
12:00 - 12:30	POZVANO PREDAVANJE / INVITED LECTURE Jan De Waele (Belgija / Belgium) Uloga terapije negativnim tlakom u liječenju sindroma abdominalnog kompartmenta / <i>Abdominal compartment syndrome and the role of negative pressure as an option for treatment</i>		
12:30 - 13:30	Sponzorirana predavanja ETHICON Sponsored lectures <small>a Johnson & Johnson company</small>	Pauza za kavu / <i>Coffee break</i>	12:30 - 13:00
13:30 - 14:00		SLOBODNE TEME - GUŠTERAČA FREE TOPICS - PANCREAS	13:00 - 14:00
14:00 - 15:00	PAUZA ZA RUČAK / <i>LUNCH BREAK</i>		14:00 - 15:00
15:00 - 16:30	TRANSANALNA ENDOSKOPSKA KIRURGIJA U PATOLOGIJI ZADNJEG CRIJEVA / T.E.M. - IN PROCTOLOGY		15:00 - 15:30
16:30 - 18:00		SLOBODNE TEME - JETRA FREE TOPICS - LIVER	15:30 - 17:30
18:00			17:30 - 18:00
18:00	VEČERA / <i>DINNER</i>		18:00

SUBOTA 04. lipnja 2011. / SATURDAY, June 04, 2011

Vrijeme/Time	DVORANA / HALL A	DVORANA / HALL B	Vrijeme/Time
08:30 - 10:30	KARCINOM ŽELUCA / GASTRIC CANCER		08:30 - 10:30
10:30 - 11:00	Pauza za kavu / <i>Coffee break</i>		10:30 - 11:00
11:00 - 12:30	SLOBODNE TEME - ŽELUDAC, HIJATALNE KILE FREE TOPICS - STOMACH, HIATAL HERNIA	SLOBODNE TEME - DEBELO CRIJEVO 2 FREE TOPICS - LARGE BOWEL 2	11:00 - 12:30
12:30	ZATVARANJE KONGRESA CLOSING CEREMONY		



SAŽECI / *ABSTRACTS*

Usmena izlaganja
Oral Presentations

16 - HCC

LIVER RESECTION IN THE TREATMENT OF HCC: TECHNICAL AND ONCOLOGICAL ASPECTS OF INTRAHEPATIC VASCULAR CONTROL OF GLISSONEAN PEDICLE

KARAMARKOVIĆ A

Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

smnm@Eunet.rs

Over the past 10 years, there has been considerable progress in the surgical treatment of HCC. The safety of surgical resections has greatly improved because of advances in patient selection, radiological assessment and preoperative care. Liver resection remains the major surgical treatment because more than 95% of patients with HCC are not eligible for liver transplantation.

The detailed knowledge of the segmental anatomy of the liver has led to a rapid evolution in resectional surgery based on the intrahepatic distribution of the portal trinity. The pioneering works of Takasaki and Launois described the fibrous sheath that envelops the entire portal triad and extends into the liver. An alternative method of inlow control of the liver is the intrahepatic vascular control of glissonian pedicle. This technique includes the dissection of the whole sheath of the pedicle directly after division of a substantial amount of the hepatic tissue. In the transfissural or intrahepatic approach, these sheaths can be approached either anteriorly (after division of the main, right or umbilical fissure) or posteriorly from behind the porta hepatis.

The anatomical boundaries of liver fissures are relatively avascular planes that facilitate surgical resection and decrease intraoperative blood loss. The development of intrahepatic approach to the appropriate pedicle, combined with clamping to produce ischaemic demarcation, has been important in demonstrating anatomical boundaries for resection. The use of staplers in this situation allows quick and safe transection of the pedicle "en masse".

At same time the presented intrahepatic approach saves time, reduce intraoperative hemorrhage as well as the risk of the potential injury of contralateral vessels and bile duct, which must be preserved.

HCC usually grows and is confined to one liver segment in the early phase of the disease. Intrahepatic tumor spread originates from tumor invasion of the portal venous branches, giving rise first to satellite metastases within the same liver segment, followed by involvement of the corresponding part of the same sector, and ultimately a complete hemiliver or bilateral spread to whole liver. Indeed, vascular invasion and intrahepatic metastases are the risk factors that most strongly influence postoperative prognosis. In modern liver surgery for HCC, anatomical liver resection is considered to be a better operation than non-anatomical resection.

In primary liver cancer without cirrhosis, the use of the posterior approach fulfills two oncological objectives: initial control and clamping of the vascular pedicle (avoiding the dissemination of neoplastic cells) and a large clear margin (given that early satellite metastases lie in the same liver segment as the main tumor, segment based liver resection should be used to give the best chance of oncological tumor clearance). A third objective of saving functional liver parenchyma is achieved in cirrhotic liver.

19 - HCC

LAPAROSCOPIC ANATOMICAL RESECTION OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN PATIENT WITH CIRRHOSIS

IVANECZ A, Horvat M, Jagrič T, Hlebič G, Potrč S

University Medical Center Maribor, Maribor, Slovenia

arpad.ivanecz@ukc-mb.si

Background: Recent developments in liver surgery include the introduction of laparoscopic liver resection for a variety of liver tumors, including HCC. However, laparoscopic liver surgery is still limited by both the hepatic and laparoscopic experience of the surgical team.

Patients and Methods: We operated a 71 years old male with Child-Pugh grade A alcoholic cirrhosis. The preoperative histology revealed a HCC and the patient was fit for surgery. CT scan showed a solitary tumor, 4cm in diameter, located in left lateral section of the liver. AFP was in normal range. For laparoscopic left lateral sectionectomy, the liver was transected along a line left of the falciform ligament using a harmonic scalpel and bipolar coagulation to thin the anterior and posterior surface of the hepatic parenchyma. Portal pedicles to segment 2, 3 and the left hepatic vein were divided by means of an endoscopic linear stapler. The specimen was extracted using a plastic bag through an additional 5-cm incision.

Results: The operating time was 300 minutes. The estimated blood loss during the procedure was 100 ml; the patient not required perioperative blood transfusions. Preparation for laparoscopic Pringle maneuver involved positioning a nylon tape around the portal triad but resection was done with no liver ischemia. The definitive histology confirmed a HCC in cirrhotic liver, the resection was R0 with >10mm safety margin. The postoperative course was uneventful, five days after surgery the patient was discharged home. Presently, four months after laparoscopic resection he is well with no signs of recurrence.

Conclusion: Laparoscopic resection of HCC in cirrhotic liver is feasible and safe, and seems to offer at least short-term benefits in well selected patients.

94 - HCC

TRANSPLANTACIJA JETRE SA ŽIVOG DONORA U LIJEČENJU HEPATOCELULARNOG KARCINOMA IZVAN MILANSKIH KRITERIJA – PRIKAZ SLUČAJA

JAKUŠ DM, Mikulić D, Jadrijević S, Poljak M, Kocman I, Suknaić S, Novačić K, Kocman B

Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

daniel.jakus@zg.t-com.hr

U radu je prikazana 60 godišnja bolesnica s hepatocelularnim karcinomom u jetri s cirozom uzrokovanom hepatitisom C. Bolesnica također boluje od dijabetes melitusa i koronarne bolesti srca. Kako je tumor veličinom nadilazio milanske kriterije na kojima se temelji nacionalni alokacijski sustav za jetru kadaveričnih davatelja, nije bilo mogućnosti za kadaveričnu transplantaciju te je bolesnici i obitelji predložena transplantacija jetre sa živog donora (LDLT). Nakon učinjene obrade i odobrenja bolničkog etičkog povjerenstva, 62 godišnji suprug bolesnice donirao je desni jetreni režanj te je bolesnici učinjena LDLT. Donor je dobro podnio operaciju i otpušten je kući 20 dana po zahvatu. Poslijeoperacijski tijek primateljice komplicirao se s perioperacijskim i više poslijeoperacijskih NSTEMI infarkta miokarda koji su tretirani dilatacijom i postavljanjem tri

stenta u desnu koronarnu arteriju. Također, tri tjedna nakon operacije došlo je do razvoja stenoze jetrene arterije koja je tretirana angioplastikom i postavljanjem balonskog rastezljivog stenta. Tijek je bio opterećen i višekratnim septičnim epizodama uzrokovanim multirezistentnim mikroorganizmima. Tri mjeseca po transplantaciji bolesnica je otpuštena kući afebrilna, dobrog općeg stanja, mobilizirana, dobre funkcije presatka i urednih jetrenih nalaza. 20 mjeseci nakon transplantacije nema znakova povrata tumorske bolesti. Transplantacija jetre sa živog donora vrijedna je terapijska opcija u odabranih bolesnika koji ne udovoljavaju uvjetima za stavljanje na listu za transplantaciju jetre s kadaveričnog davatelja.

97 - HCC

IMUNOLOŠKI ČIMBENICI U PREDVIĐANJU ISHODA BOLESNIKA S HEPATOCELULARNIM KARCINOMOM LIJEČENIH TRANSPLANTACIJOM JETRE

MIKULIĆ D, Gašparov S, Knotek M, Mrzljak A, Jadrijević S, Poljak M, Kocman I, Škrtić A,
Kocman B

Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

danko.mikulic@zg.t-com.hr

Cilj: Transplantacija jetre je prihvaćeni način liječenja bolesnika s hepatocelularnim karcinomom, međutim, kod dijela bolesnika nakon transplantacije dolazi do brzog povrata bolesti i lošeg ishoda što se pripisuje agresivnoj biologiji tumora. Kako je broj organa za transplantaciju ograničen a postojeći kriteriji za transplantaciju su isključivo morfološki, traga se za biološkim parametrima pomoću kojih bi se odredila prognoza ovih bolesnika. Hepatocelularni karcinom je izrazito ovisan o imunološkom miljeu u oboljeloj jetri te se smatra da bi upravo imunološki čimbenici mogli pomoći u prognostičkoj stratifikaciji ovih bolesnika.

Bolesnici i metode: U ovo retrospektivno istraživanje uključeno je 44 bolesnika s hepatocelularnim karcinomom liječenih transplantacijom jetre. Prikupljeni su klinički i patološki podaci (dob, spol, veličina i broj tumora, diferencijacija tumora, prisutnost angioin vazije, pripadnost milanskim kriterijima, razina alfafetoproteina). Od imuno-

loških čimbenika, imunohistokemijskim metodama utvrđena je razina infiltracije stanica CD3+, CD4+, CD8+ i Foxp3+.

Rezultati: Nađeno je da je prisutnost angioin vazije statistički značajno povezana s vjerojatnošću povrata bolesti. Od imunoloških čimbenika nađeno je da manju vjerojatnost povrata bolesti imaju bolesnici s većom ukupnom razinom infiltracije limfocita mjerenih brojem CD3+ stanica te bolesnici s nižom razinom infiltracije T regulatornih limfocita mjerenih Foxp3+ stanicama.

Zaključak: Dobiveni rezultati ukazuju na prognostički značaj imunoloških čimbenika kod bolesnika s hepatocelularnim karcinomom liječenih transplantacijom jetre te bi se imunološki parametri uz morfološke mogli koristiti u određivanju bolesnika s hepatocelularnim karcinomom pogodnih za liječenje transplantacijom jetre.

101 - HCC

TRANSARTERIJSKA KEMOEMBOLIZACIJA PRIJE TRANSPLANTACIJE JETRE U LIJEČENJU HEPATOCELULARNOG KARCINOMA – ISKUSTVO KB MERKUR

MIKULIĆ D, Mrzljak A, Novačić K, Jadrijević S, Poljak M, Kocman I, Gašparov S, Škrtić A,
Kocman B

Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

danko.mikulic@zg.t-com.hr

Cilj: U ovom retrospektivnom istraživanju analizirani su bolesnici s hepatocelularnim karcinomom (HCC) kojima je u našoj ustanovi prije transplantacije jetre učinjena transarterijska kemoembolizacija (TACE) te ustanoviti uspješnost liječenja TACE-om i utjecaj TACE na preživljenje i povrat bolesti.

Bolesnici i metode: Analizirano je deset bolesnika s hepatocelularnim karcinomom kojima je prije transplantacije jetre učinjen TACE. Analizirani su radiološki nalazi prije i poslije TACE, patohistološki nalazi nakon transplantacije, klinički parametri te ukupno preživljenje i preživljenje bez znakova bolesti.

Rezultati: Sedam bolesnika je pokazalo odgovor na TACE u smislu smanjenja tumora prema nalazu kompjutorizirane tomografije, kod jednog bole-

snika nije došlo do promjene veličine tumora dok je kod dvoje bolesnika došlo do progresije bolesti unatoč terapiji TACE-om. Od TACE do transplantacije prošlo je prosječno 2,5 mjeseci. Bolesnici su nakon transplantacije prosječno praćeni 16 mjeseci (raspon 9-29 mjeseci). Tijekom razdoblja praćenja došlo je do pojave recidiva kod jedne bolesnice. Dvoje bolesnika je umrlo u ranom poslijeoperacijskom tijeku od komplikacija povezanih s transplantacijom. Ostalih sedam bolesnika je živo bez znakova povrata bolesti.

Zaključak: TACE je učinkovita metoda za bolesnike s hepatocelularnim karcinomom koji očekuju transplantaciju jetre kod kojih sprečava napredovanje bolesti tijekom čekanja na listi a kod dijela bolesnika može dovesti i do smanjenja tumora.

103 - HCC

MULTIMODALNO LIJEČNJE HEPATOCELULARNOG KARCINOMA - ISKUSTVA KBC ZAGREB

ŠKEGRO M¹, Deban O¹, Pavlek G¹, Hrštić I², Perkov D³, Šeparović I¹, Gojević A¹, Romić B¹,
Baotić T¹, Petrović I¹

¹ Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

² Interna klinika, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

³ Klinika za radiologiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

ognjan_deban@yahoo.com

Uvod: Hepatocelularni karcinom (HCC) je česti primarni maligni tumor jetre koji se najčešće razvija u kroničnoj bolesti jetre i cirozi. Sa razvojem kirurških i konzervativnih metoda liječenja povećao se broj terapijskih modaliteta koji trebaju biti pravilno indicirani i primjenjeni sa ciljem postizanja što boljeg ishoda liječenja. Cilj ove studije je prezentirati rezultate timskog pristupa liječenju bolesnika sa hepatocelularnim karcinomom u KBC-u Zagreb.

Metode: Podatci su dobiveni uvidom u dokumentaciju bolesnika sa HCC-om liječenih na Klinici za kirurgiju, Internoj klinici te u kojih je provedena kemoembolizacija tumora na Klinici za radiologiju.

Rezultati: U razdoblju od 2006. do 2010. godine u KBC-u Zagreb učinjeno je 18 resekcija jetre u bolesnika sa HCC-om. U 15 bolesnika radilo se o resekciji u cirotičnoj jetri. Perioperativni mortalitet iznosi 5.5% (1/18), 3 pacijenta zahtjevala su

produženi boravak u JIL-u. U 12 godina programa transplantacije jetre u KBC-u Zagreb, HCC je bio indikacija u 12 bolesnika -21% (12/57). Jednogodišnje preživljenje transplantiranih bolesnika sa HCC-om iznosi 66%. Četvero transplantiranih bolesnika su još u praćenju, bez recidiva tumorske bolesti, troje od njih u periodu dužem od 5 godina. U periodu od 2007. do 2010. godine učinjeno je 36 procedura kemoembolizacije HCC-a u 25 bolesnika, bez komplikacija, sa jednogodišnjim preživljenjem od 51% a trogodišnjim od 23%.

Zaključak: Različiti terapijski modaliteti koji danas postoje za liječenje HCC-a donose bolju prognozu bolesnicima. Potreban je timski pristup i suradnja različitih struka kako bi mogućnosti liječenja bile što bolje iskorištene.

116 - HCC

KOLANGIOCELULARNI KARCINOM U NAŠOJ PRAKSI - PRISTUP U DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU

GAVRIĆ I, Muhović S, Kandić Z, Pašović S, Akšamija G, Šabanović J, Kotjelnikov B

Klinika za opću i abdominalnu kirurgiju Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

gavrici@hotmail.com

Uvod: CCC (cholangio cellular carcinoma) vrlo rijedak zloćudni tumor, na koji otpada oko 2% svih zloćudnih novotvorina sa izuzetno velikim mortalitetom. Po novoj podjeli CCC nazivamo sve zloćudne tumore žučnih vodova koji nastaju u intrahepatalnim žučnim vodovima, u perihilarnoj regiji te unutar ekstrahepatalnih žučnih vodova sa izuzetkom periampularne regije i žučnjaka. Klasificiramo ih po Bismuthovoj podjeli.

Materijal i metode: Analizirali smo : sve bolesnike sa bezbolnim ikterusom, u proteklom dvogodišnjem razdoblju , na našoj klinici. Od toga kod 19 bolesnika smo dijagnosticirali CCC te smo ih podvrgli nekim od vidova operativnog liječenja. Starosni medijan je bio oko 55 godina. U spolnoj zastupljenosti nije bilo statističke signifikantnosti. Od dijagnostičkih metoda smo koristili MSCT, ERCP, EUS. PH verifikaciju adenokarcinoma smo dobili kod 15 bolesnika. Folow up iznosi 24 mjeseca sa medijanom preživljenja 42,10 %.

Od operativnih zahvata uradili smo N1 (5,26%) centralnu resekciju jetre, N5 (26,31%) bisegmentektomija (S5 i S4b), N2 (10,52%) lijeve hepatektomije, N4 (21,05%) resekcija hepatokolehdohusa, N4 (21,05%) hepatikojeuno anastomoze bez resekcije, N2 (10,52%) hepatikoduodeno anastomoze i N1 (5,26%) lijeva hepatikojeunostomija.

Zaključak: Ovisno o lokalizaciji tumora primjenjuju se odgovarajući kirurški pristupi. Glavni prognostički faktor preživljenja isključivo ovisi o histološkoj verifikaciji resekcijskih margina i zahvaćenosti okolnih struktura tj. o postizanju R0 resekcije. Svaki palijativni zahvat kod R2, statistički ima signifikantno manji medijan preživljenja.

9 - ACP

ENDOSKOPSKA RETROGRADNA HOLANGIOPANKREATOGRAFIJA (ERCP) U TERAPIJI BILIJARNOG PANKREATITISA

VALJAN V¹, Gornjaković S², Martinović Ž¹, Valjan T¹, Lekić P¹¹ Hrvatska bolnica "Dr. fra Mato Nikolić", Nova Bila, Bosna i Hercegovina² Klinika za gastroenterohepatologiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

bolnica.nbila@tel.net.ba

Najčešći uzrok bilijarnog pankreatitisa jeste prisustvo kamenaca u koledokusu (koledoholitijaza), kada kamenac stoji zaglavljnjen u završnom dijelu glavnog žučnog voda, pred Vaterovom papilom. U takvim slučajevima razvija se slika akutne upale gušterače i ukoliko se ne uradi žurna dekompresija pankreatičnog kanala, upala gušterače se pojačava s neizvjesnim ishodom i uglavnom se komplicira razvojem sekundarnog kolangitisa. U takvim slučajevima ERCP sa sfinkterotomijom i ekstrakcijom kamena i/ili postavljanjem bilijarnog stenta, je terapijska metoda izbora. Pored toga aspiracijom sadržaja iz bilijarnog trakta uzima se materijal za mikrobiološke pretrage.

ERCP sa sfinkterotomijom, kod bilijarnog pankreatitisa sa dokazanim kamenom ili muljem u žučnim putovima, izvedena unutar 72 sata od

početka bolesti smanjuje broj komplikacija. Prema nekim studijama korist rane endoskopske intervencije, u ovakvim slučajevima, ogledava se u gotovo dvostrukom smanjenju morbiditeta i gotovo četverostrukom smanjenju smrtnosti u bolesnika sa teškim nekrotičnim oblikom pankreatitisa. U isto vrijeme klasična kirurgija u prvih 48 sati od početka simptoma, povećava stopu smrtnosti u teškim oblicima bilijarnog pankreatitisa na gotovo 50%. Iako ERCP nosi rizik ozbiljnih komplikacija, većina studija zaključuje da je najbolji prognostički faktor za ERCP prisustvo koledoholitijaze. Naša iskustva, u primjeni ERCP kod bilijarnog pankreatitisa, potvrđuju ove činjenice.

18 - ACP

SPONTANA RUPTURA SLEZENE KAO SIMPTOM UPALNE BOLESTI GUŠTERAČE

ŽIDAK M, Židak D, Horžić M, Čupurdija K, Vergles D, Lacković Ž, Held R

Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

mzidak@kbd.hr

Uvod: Spontana ruptura slezene je rijetka komplikacija do koje može doći u akutnoj ili kroničnoj upali gušterače. Ruptura slezene može biti i prvi klinički znak upale gušterače.

Metode: U ovom radu prikazana su tri slučaja spontane rupture slezene kao komplikacije akutnog (dva slučaja) i kroničnog (jedan slučaj) pankreatitisa, te se razmatra patogeneza rupture slezene, dijagnostika i liječenje u usporedbi sa sličnim slučajevima iz literature.

Zaključak: Spontana ruptura slezene uzrokovana je upalom distalnoga dijela gušterače, češće se javlja kod muškaraca srednje životne dobi i vezana je uz kronični alkoholizam. Ruptura i krvarenje u kroničnoj upali razvija se sporije, dok se u akutnoj upali brzo razvija slika hemoragičkog šoka. MSCT abdomena je brza i sigurna dijagnostička metoda. Stanje se može komplicirati razvojem pankreatične fistule. Preporučeno liječenje je splenektomija sa distalnom pankreatektomijom.

21 - ACP

SPECIFIČNI PRIMJERI RANE INDIKACIJE ZA OPERACIJU KOD NEKROTIČNOGA PANKREATITISA

KONDŽA G, Kovačić B, Križan A, Grubišić M, Rožić I

*Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska**gkondza@gmail.com*

Fulminantni akutni pankreatitis je karakteriziran rapidnim zatajivanjem organa u tijeku prvih dana od početka bolesti i ima veliku vjerojatnost za smrtni ishod usprkos intenzivne terapije. U određenim situacijama progresija bolesti unatoč poduzetim mjerama intenzivne terapije indicira kirurgiju unatoč sterilnoj nekrozi.

Cilj: Prikazati klinički ishod bolesnika sa fulminantnim nekrotičnim pankreatitisom

Metoda: Analiza šest bolesnika sa različitim oblicima komplikacija akutnoga pankreatitisa koji su rano operirani. Prikazuju se klinički nalazi, CT sn-

imci i prati broj i komplikacije operacijskoga liječenja, konstatira se krajnji ishod.

Zaključak: Opći je konsenzus da operaciju kod teškoga pankreatitisa treba odložiti dok bolesnici ne odgovore pozitivno na konzervativno liječenje s ciljem demarkacije pankreatične i peripankreatične nekroze. Ipak postoji grupa bolesnika kod kojih je rani zahvat opravdan i nužan iako je operacijski ishod nepredvidiv.

45 - ACP

KIRURŠKO LIJEČENJE AKUTNIH PANKREATITISA - NAŠA ISKUSTVA

KLAPAN D, Vidaković M, Cerovčec M

Opća županijska bolnica Našice, Našice, Hrvatska

klapandenis@gmail.com

U OŽB Našice u razdoblju od 2001. do 2011. godine operirano je 28 (3,6%) bolesnika s akutnim pankreatitisom. U radu smo analizirali studiju od 782 bolesnika koji su tretirani konzervativnom metodom liječenja i onih bolesnika koji su operirani s istom dijagnozom u periodu od 7-10 dana. Neki bolesnici su operirani i unutar 72 sata koji nisu odgovarali na intenzivnu terapiju. Neki su operirani ranije radi inficirane nekroze dokazane UZV nalazom perkutane punkcije ili rano operirani bolesnici koji su imali kliničke znakove sepse. Svi bolesnici su u početku do opisanog tajminga bili podvrgnuti konzervativnom liječenju. Kod svih bolesnika pratili smo parametre koji su ukazivali na akutni pankreatitis. Rađene su 23 klasične i 5 laparoskopskih operacija po tipu

nekrosektomije, zahvata na bilijarnom sistemu, lavaže i drenaže. Od 28 operiranih bolesnika 5 bolesnika (17%) je umrlo, a 23 bolesnika (82%) je preživjelo. Opisane su i komplikacije nakon preboljenog akutnog pankreatitisa.

U ovom radu smo htjeli prikazati naša iskustva u kirurškom liječenju pankreatitisa standardnim metodama. S našim iskustvom pokazalo se da bolesnici koji su operirani pod kliničkom slikom akutnog pankreatitisa u ranom periodu su bili oni koji su imali inficirane nekroze s septičnim stanjem i s aseptičnim neinficiranim nekrozama uz pogoršanje općeg stanja. Ti bolesnici imali su manju šansu preživljenja nego oni koji su operirani u kasnijem periodu.

53 - ACP

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

TOMAŽIČ A

*Department of Abdominal Surgery, University Medical Center Ljubljana, Ljubljana, Slovenia**ales.tomazic@kclj.si*

In chronic pancreatitis a benign inflammatory process results in progressive structural changes with replacement of functional exocrine and endocrine parenchyma by a fibrotic and inflammatory tissue. The head of the pancreas has become universally appreciated as the nidus of chronic inflammation. The consequences are diabetes mellitus, exocrine insufficiency and severe abdominal pain, often resulting in a significant reduction in the quality of life. Obstruction of pancreatic duct, bile duct and duodenum are complications of severe inflammatory process. Pain is the principal symptom which prompts the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. Currently, the 2 most plausible theories of pain causation in chronic pancreatitis are ductal hypertension and peripancreatic sensory nerve damage.

Medical treatment is the basis of therapy and aims at pain relief and treatment of exocrine and endocrine insufficiency. Long-term medical treatment is associated with diminished analgesic requirements after years of treatment, but at a cost of almost universal endocrine dysfunction and permanent disability. Whereas a lot of these patients undergo repetitive endoscopic procedures, surgical treatment has been shown to eliminate pain and return patients to predisease employment and quality-of-life status.

Operative procedures have historically been classified into three categories: decompression of diseased and obstructed pancreatic ducts, denervation of the pancreas or resection of the proximal, distal or total pancreas. Denervation

strategies have proven to be ineffective or infeasible as first-line treatment, so the choice of operation focused on decompression versus resection. Later, however, a category of hybrid procedures has been shown to be safe and effective. Main hybrid procedures are duodenum preserving pancreatic head resection (DPPHR) and local resection of the pancreatic head with longitudinal pancreaticojejunostomy (LR - LPJ). These techniques combine limited resection with decompression, and achieve the effectiveness of long-term pain relief usually associated with resectional procedures as well as low rates of morbidity and mortality typical of decompression approaches.

Pancreaticoduodenectomy (PD), DPPHR and LR-LPJ all produce long lasting relief of pain in more than 80% of patients because they all address disease in the head of the pancreas. Decompression of distal pancreas and excision of the core of the pancreatic head are essential for successful symptom relief. The extent of pancreaticotomy is less important than the excision of the central portion of the head of the gland. Excavation techniques are safer than techniques which require division of the neck of the pancreas, and they are easier to perform. The early postoperative morbidity and mortality risk is highest with PD and lowest with the LR-LPJ. Late results are identical after all three procedures and early intervention might delay or even halt the disease from progressing.

60 - ACP

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

BRAGA M

San Raffaele University, Milan, Italy

braga.marco@hsr.it

Statements: In mild gallstone-associated acute pancreatitis, laparoscopic cholecystectomy should be performed as soon as the patient has recovered and during the same hospital admission. In severe gallstone-associated acute pancreatitis, laparoscopic cholecystectomy should be delayed until there is sufficient resolution of the inflammatory response and clinical recovery. In case of common bile duct stones, clearance should be obtained by preoperative ERCP or by laparoscopic removal of bile duct stones during cholecystectomy.

Radiological drainage and/or surgery are indicated in patients with infected pancreatic necrosis and clinical signs of sepsis, and in patients with sterile pancreatic necrosis with multiorgan failure who do not improve despite maximal therapy. When pancreatic necrosis requires treatment, a step-up approach should be undertaken whenever possible. It consists of percutaneous drainage, followed, if necessary, by minimally invasive retroperitoneal debridement. Open surgery should be reserved to patients non-responding to minimally invasive treatment. Surgery is not recommended earlier than 14 days from the onset of pancreatitis. The only indication for early surgery is the presence of an abdominal compartment syndrome, which should be managed by prompt laparotomy or fasciotomy; laparoscopy is formally contraindicated in these cases.

Discussion: A number of guidelines have been published on the management of Acute Pancreatitis (AP). However, only the guidelines of European Association for Endoscopic Surgery (2006) address specifically to the laparoscopic management of AP.

AP is a frequent condition presenting with a large spectrum of clinical situations. Assessment of severity is mandatory, and it is usually performed by APACHE II score or CT scan.

In gallstone pancreatitis, laparoscopic cholecystectomy is indicated to prevent disease recurrence. In mild pancreatitis, cholecystectomy

should be considered as soon as the patient has recovered and during the same hospital admission, while in severe pancreatitis cholecystectomy is delayed until there is sufficient resolution of the inflammatory response and clinical recovery.

When common bile duct (CBD) stones are suspected, confirmation with endoscopic ultrasonography or magnetic resonance cholangiography should be obtained whenever possible. Both procedures allow detection of CBD stones with sensitivity and specificity over 90%, preventing the risk of complications due to unnecessary bile duct exploration. If the diagnosis of CBD stones is confirmed, it can be managed both by preoperative ERCP and laparoscopic CBD clearance during cholecystectomy. Two meta-analyses showed no difference when preoperative ERCP was compared to intraoperative removal of CBD stones. The choice of treatment should be determined by local expertise, since laparoscopic CBD exploration requires a significant surgical skill.

Radiological drainage and/or surgery are indicated to treat infected pancreatic necrosis with clinical signs of sepsis, and sterile pancreatic necrosis with multiorgan failure not improving despite maximal therapy. The treatment of necrosis should be delayed after a minimum of 14 days from the onset of pancreatitis. When surgery is indicated, a laparotomic necrosectomy is usually performed, but less invasive approaches are recently gaining surgical attention. The laparoscopic debridement can be done by infracolic or retroperitoneal approach. Transgastric endoscopic pancreatic necrosectomy has also been reported.

Two recent prospective studies (one randomized) suggest that the presence of a well-demarcated necrosis could be treated using a step-up approach whenever possible. The first step should be percutaneous drainage followed, if necessary, by minimal invasive retroperitoneal debridement. Open surgery should be the last step, to be

performed in case of failure of more conservative treatment. This strategy has been associated with a significantly lower morbidity (diabetes, incisional hernias) and lower new-onset multiple organ failure when compared to open surgery as first step.

The only indication to early surgery in acute pancreatitis is the presence of a compartment syndrome which should be managed by surgical decompression (laparostomy or fasciotomy). Laparoscopy is formally contraindicated in these cases.

76 - ACP

INTRAABDOMINALNI TLAK KAO PROGNOСТИČKI FAKTOR MORTALITETA I MORBIDITETA KOD AKUTNOG PANKREATITISA TE INDIKACIJA ZA KIRURŠKI TRETMAN

BREKALO Z, Šoljić M, Mišković J, Letica L, Bakula B

Klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

msoljic@gmail.com

Uvod: Akutni pankreatitis još uvijek predstavlja terapijsku zamku interdisciplinarnog tima stručnjaka s mortalitetom oko 10%. Osnovicu terapije predstavljaju mjere konzervativnog i intenzivnog liječenja. Vrijeme kirurške intervencije još uvijek je često bazirano na individualnoj procjeni operatera, bez jasnih smjernica.

Cilj: Mjerenje intraabdominalnog tlaka (IAT) u svrhu prognoze i praćenja pacijenata s akutnim pankreatitisom te postavljanja indikacije za kiruršku intervenciju.

Metode: Svim pacijentima s kliničkom i laboratorijskom dijagnozom akutnog pankreatitisa liječenim u SKB Mostar u periodu od lipnja 2009. godine do veljače 2011. godine mjereno je intraabdominalno tlak uz pomoć Foleyeva katetera plasiranog u mokraćni mjehur i spojenog za stup vode. Pacijenti su podijeljeni u 3 skupine prema vrijednostima tlaka (<15 mmHg, 15-20 mmHg i >20 mmHg). Povećanim intraabdominalnim tlakom smatrala se vrijednost iznad 15 mmHg dok je znak abdominalnog kompartment sindroma tlak vrijednosti 25 mmHg ili iznad. Apsolutna indikacija za kirurško liječenje bila je razvoj intraabdominalnog kompartment sindroma, dok je relativna indikacija bila povišenje tlaka iznad 20 mmHg uz kliničke znakove akutnog abdomena. Mjerenje je ukupni morbiditet i mortalitet pacijenata

prema vrijednostima intraabdominalnog tlaka te mortalitet nakon kirurške intervencije.

Rezultati: Ukupan broj oboljelih od akutnog pankreatitisa liječenih u SKB Mostar u navedenom periodu bio je 64. Ukupan mortalitet bio je 4,6%. Prvu skupinu (IAT < 15 mmHg), sačinjavalo je 35 pacijenata, dok je drugu skupinu (IAT 15-20 mmHg) činilo 22 pacijenta. Pacijenti obiju skupina liječeni su konzervativno bez smrtnog ishoda. U trećoj skupini (IAT > 20 mmHg) bilo je 7 pacijenata. Svi su tretirani kirurški zbog razvoja kliničke slike akutnog abdomena ili razvoja abdominalnog kompartment sindroma s ukupnim mortalitetom 57,1%.

Zaključak: Unatoč razvoju modernih mjera intenzivnog liječenja smrtnost od akutnog pankreatitisa ostaje velika. Mjerenje intraabdominalnog tlaka praktična je i korisna mjera praćenja razvoja bolesti i pomoć kod postavljanja indikacije za kiruršku intervenciju.

8 - CDS

VRIJEDNOST PRIMJENE PROČIŠĆENE MIKRONIZIRANE FLAVONOIDNE FRAKCIJE KOD DIFERENCIJALNE DIJAGNOZE MANJEG ANALNOG KRVARENJA

BLAĆE I

*Opća bolnica Šibenik, Šibenik, Hrvatska**ivo.blace@si.t-com.hr*

Naša je orijentacijska studija pokazala da simptomatska terapija manjeg analnog krvarenja pročišćenom mikroniziranom flavonoidnom frakcijom ima gotovo apsolutnu točnost u diferencijalnoj dijagnostici uzroka krvarenja. Ako manje analno krvarenje na terapiju mikroniziranom pročišćenom flavonoidnom frakcijom stane, radi se o lakšem obliku hemoroidalne bolesti i kolonoskopiju možemo planirati. U slučaju da se

krvarenje unatoč terapiji ovim lijekom nastavlja, radi se o patološkim promjenama kolona što zahtjeva što skoriju kolonoskopiju. Ova nam studija daje smjernice kod određivanja termina kolonoskopije, ali kod svakog analnog krvarenja kolonoskopija predstavlja nezaobilaznu pretragu.

14 - CDS

VIDEOENDOSKOPSKA INGVINALNA HERNIOPLASTIKA

VIDOVIĆ D, Kondža G, Kovačić B, Križan A, Grubišić M, Boras Z, Krpan D

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

drazen.vidovic@os.t-com.hr

Videoendoskopska hernioplastika je jedan od načina liječenja ingvinalne kile. TAPP i TEP su metode izbora. Vrlo je važan odabir bolesnika i postavljanje indikacije za operaciju a to su: svi bolesnici koji mogu biti u općoj anesteziji, bolesnici sa ingvinalnom bilateralnom i recidivnom kilom- glavna indikacija i bolesnici sa jednostranom ingvinalnom ili femoralnom kilom-opća indikacija.

TEP ili TAPP? Možemo reći da su TEP i TAPP su identične tehnike sa različitim anatomskim pristupom te da nema razlike u intraoperacijskim komplikacijama ako radi iskusan kirurg . Komplikacije ovise o liniji učenja a najčešće su kod zatvaranje peritonealnog defekta (TAPP), ozljede epigastrične vene ili arterije, postoperacijsko krvarenje i postoperacijska neuropatija. Neuropatije mogu biti vrlo neugodne i dugotrajne komplikacije.

Jedna od najčešćih je posljedica ozljede n.cutaneus femoris lateralis ili ramus genitalis n.genito-femoralisa koja se može minimizirati ako: ne

pritiskujemo stijenku abdomena za vrijeme ubadanja takera i ne ubadamo lateralno (najbolje je raditi bez takera, tj, bez fiksacije mrežice), pažljivo prepariranje preperitonealnog prostora, ne postavljati mrežicu pod tenzijom i sve bolesnike poticati na vježbu dan nakon operacije.

U KBC Osijek laparoskopjska hernioplastika je uvedena prije 17 godina, a sada se ukupno godišnje operira oko 500 bolesnika s ingvinalnom kilom. Od toga broja oko 15% bolesnika operiramo laparoskopjskom tehnikom i to uglavnom TEP.

Možemo zaključiti da je videoendoskopska hernioplastika odlična metoda za obostranu, recidivnu i direktnu kilu uz sve ostale prednosti minimalno invazivne kirurgije uz manju bol i brži povratak svakodnevnim aktivnostima. Nedostaci su opća anestezija i linija učenja potrebna za operaciju sa minimumom komplikacija i recidiva.

30 - CDS

KIRURŠKO LIJEČENJE ILEUSA UZROKOVANOG KARCINOMOM LIJEVOG KOLONA PRIMJENOM INTRAOPERATIVNE RETROGRADNE LAVAŽE I PRIMARNE ANASTOMOZE

HRŽENJAK K, Stare R, Škorjanec S, Kokot Z

*Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska**sandraceuto@vodatel.net*

Osvrt: Godinama je standardna terapija ileusa debelog crijeva bila dekompresija crijeva s proksimalnom enterostomijom sa ili bez resekcije tumora tijekom prvog akta (operacija u 2 ili 3 akta). Prilikom opstrukcije desnog kolona danas je primarna resekcija s anastomozom prihvaćena kao metoda izbora. Kod opstrukcije lijevog kolona još se diskutira o raznim operacijskim pristupima.

Metode: U zadnjih godinu dana na našem odjelu operirano je 93 bolesnika radi karcinoma debelog crijeva. 27 bolesnika operirano je radi kliničke slike akutne opstrukcije crijeva, odnosno ileusa uzrokovanog karcinomom. Subtotalna kolektomija s primarnom anastomozom učinjena je kod 3 pacijenta, Hartmannova operacija kod 6, a odteretna enterostomija kod 6 pacijenata. Kod 12 pacijenata učinjena je primarna resekcija s anastomozom uz retrogradnu lavažu (nakon mobilizacije, u dio kolona koji je predviđen za resekciju, retrogradno se uvodi Foley kateter te preko njega instilira izotonična otopina NaCl za ispiranje uz pomoć manualne dekompresije; slijedi resekcija patološkog procesa po onkološkim principima te primarna anastomoza).

Kod primarne anastomoze s lavažom, lijeva hemikolektomija učinjena je kod 4 pacijenta, desna hemikolektomija kod 2 pacijenta, resekcija sigmoidnog kolona kod 3 te resekcija transverzalnog kolona također kod 3 pacijenta.

Rezultati: Kod pacijenata kod kojih je napravljena intraoperativna lavaža, nije bilo niti jedne dehiscence anastomoze, infekcija rane bila je kod 3 bolesnika, rana je ostavljena otvorenom kod 4 bolesnika, MESH radi prevencije kompartmenta kod 2 bolesnika. U toj grupi operiranih postoperativno nismo imali ni jedan letalni ishod. Raspon dana otpusta s odjela varirao je 8 - 12 dana.

Zaključak: Broj komplikacija nakon navedene metode je malen, duljina boravka u bolnici je prihvatljiva te je naša metoda izbora u liječenju akutne opstrukcije uzrokovane karcinomom lijevog kolona tumorska resekcija i primarna anastomoza uz retrogradnu lavažu. Ostali operacijski postupci ostaju za specifične situacije (peritonitis, perforacija, stanje pacijenta, operacijska ekipa).

66 - CDS

CYSTADENOMAS OF THE PANCREAS - 27 YEARS OF EXPERIENCE

MATIĆ S, Milovanović A, Jovanović M, Knežević S, Knežević Dj, Ignjatović I, Grubor N, Čolović R
Clinical Center of Serbia, Clinic for Digestive Surgery, Belgrade, Serbia

slavko.matic@med.bg.ac.rs

Cystadenomas of the pancreas are rare pancreatic cystic tumors. Serous (microcystic) cystadenomas typically have one cyst. Mucinous (macrocytic) cystadenomas commonly have one main and several side cysts. They are frequently found in middle age women, while the tumor is mostly located in the body and the tail of the pancreas. Over a 27 year period (1983-2010) we operated 54 (48 female and 6 male, average 44.7 years) patients for cystadenoma of the pancreas. There were 39 mucinous and 15 serous cystadenomas. Six patients had tumor in the head (5 serous and 1 mucinous), while in 48 tumor involved the body and tail of the pancreas (all but one mucinous). Average tumor diameter was 82 mm (35-170 mm). The leading symptom was epigastric or left subcostal pain in 41 patients (76%). Palpable mass was present in 15 (27.7%), weight loss in 14 (25.9%), nausea and vomiting in 13 (24%), chronic diarrhea in 3 (5.5%), melena in 1, while tumor was accidentally found also in 1 patient. Accurate preoperative diagnosis was established in 32 (59.2%), while the rest of the

diagnoses were pancreatic cysts in 11 (23.4%), tumor in 3 (5.5%), hydatid cyst in 1 and liver cyst in 1 patient. Six patients (11.1%) were submitted to prior surgery elsewhere. Ideal excision was done in 12 patients (22.2%), with splenectomy in 3 (5.5%), distal pancreatectomy with splenectomy in 36 (66.7%), with additional anastomosis between pancreatic duct in 1, excision of liver cyst in 1 and Whipple procedure also in 1. Malignant alteration was found in one patient with mucinous cystadenoma. One patient developed perforation of the small intestine and peritonitis, and despite reoperation died. Pancreatic fistula was noted in 6 patients and ceased spontaneously. Four patients had to be reoperated for left subphrenic abscess. All were followed from 4 months to 26 years with no single case of recurrency. The preoperative diagnosis of cystadenoma of the pancreas can be established with high accuracy. A total excision is mandatory to prevent recurrency. If in doubt regarding the diagnosis, the intraoperative frozen section should be carried out.

OPERATIVE SECTORAL AND SEGMENTAL BILE DUCT INJURIES

MATIĆ S, Jovanović M, Milovanović A, Čolović R

Clinical Center of Serbia, Clinic for Digestive Surgery, Belgrade, Serbia

slavko.matic@med.bg.ac.rs

Introduction: Operative injuries of sectoral and segmental bile ducts, usually related to the right lobe liver bile ducts, continue to be a diagnostic and surgical challenge. Treatment of these injuries is still controversial.

Material and Methods: Over a 33 years period we treated 20 patients with segmental bile duct injuries. In 4 patients the injury was recognized during original surgery, 5 were sent for biliary peritonitis, 7 for external biliary fistula, 3 for cholangitis, and 1 for liver abscess and cholangitis. Primary repair was performed in 4 patients, 3 over a T-tube, and 1 with Roux-en-Y anastomosis. All patients with biliary peritonitis were submitted to open surgery during which lavage and drainage were carried out and later on all developed external biliary fistula. Seven patients sent for external biliary fistula were followed for 4-6 weeks to check out if the fistula would close spontaneously. On all, a total of 12 patients had external biliary fistula. Three patients with ligated duct were submitted to Roux-en-Y repair and abscess drainage. The patient with a ligated duct who developed liver abscess, wound dehiscence and peritonitis was submitted to abscess and abdominal drainage.

Results: All 4 patients with primary repair did well with good long term outcome. Only one patient developed incisional hernia requiring an open surgical repair. Five out of 12 external biliary fistulas closed spontaneously and required no further surgery. The rest 7 patients had to be submitted to Roux-en-Y reconstruction. Two patients submitted to Roux-en-Y reconstruction after a ligature did well with good long term outcome. Third patient developed a stricture of the anastomosis which required reoperation with good long term outcome. The last patient with ligated sectoral duct developed a series of complications for which he had to be submitted to repeated surgery and subsequently died.

Conclusion: Primary repair seems to be the best solution if the injury is recognized at original surgery. Ligature of the injured duct can lead to serious complications even with a fatal outcome, so that should be cautiously indicated. External biliary fistulas should be followed for several weeks as nearly half of them have a chance for spontaneous closure with good long term outcome.

79 - CDS

NONCIRRHOTIC AND NONMALIGNANT EXTRAHEPATIC PORTAL VEIN THROMBOSIS (PVT): SHORT AND LONG TERM RESULTS

FLIS V, Milotić F, Bergauer A, Koblica N

University Clinilal Center Maribor, Maribor, Slovenia

vojko.flis@ukc-mb.si

Background: The natural history of chronic non-cirrhotic and non-malignant PVT is defined poorly. Current therapeutic measures are directed at prevention of variceal bleeding and symptom control.

Objectives: The aim of this study was to describe the short and long term clinical outcome of patients admitted in our surgical unit for acute non-tumorous, non cirrhotic PVT in a ten year period.

Patients and methods: It was an observational cohort study. From January 1997 to December 2006 31 patients with acute non-tumorous, non cirrhotic extrahepatic portal vein thrombosis were included into the study. End-points of the study were death by any cause, death from gastrointestinal bleeding, and gastrointestinal bleeding. Risk of gastrointestinal bleeding was described using Kaplan-Meier plot.

Results: Presented cohort had 12 males and 17 females with a mean age at the admission of 43 years (range 18-57). The duration of follow up was from 24-118 months (mean 84 months). 13 patients (42%) had primary PVT. All patients were initially treated with anticoagulation, antibiotics and total parenteral nutrition as soon as they were diagnosed with PVT, followed by low molecular weight

heparin in therapeutic doses and warfarin. The duration of anticoagulation with warfarin was six months (with maintenance of INR between 2-3) in all patients, except in three patients with anti-thrombin III deficiency where it was continuous. Complete recanalization occurred within 30 days after admission in 18 patients (58%), partial in 9 patients (29%), and none in 4 patients (13%). During the follow up 10 out of 31 patients had at least one episode of gastrointestinal bleeding. Probability to remain in bleeding free interval (censored by index bleeding) was 0.93 (95% CI=0.81-0.99) at 24 months and 0.61 (95% CI=0.44-0.80) at 48 months. In four patients with fundal varices repeated bleeding was poorly controlled by endoscopic sclerotherapy and all 4 patients eventually underwent (after third bleeding) an elective portosystemic shunt construction. To date, there has been no mortality. All shunts are patent (median follow up 48 months, range 24-84).

Conclusion: In a long term follow up of patients with non-tumorous and non-cirrhotic PVT the use of different treatment options in complementary way may reduce the risk of death to extremely low level.

119 - CDS

HITNE OPERACIJE U OPSTRUKCIJI LIJEVOG KOLONA KARCINOMOM: OPERACIJE U DVA AKTA

STIPANČIĆ I

*Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska**igors@kbd.hr*

U opstrukciji kolona karcinomom istodobno treba riješiti opstrukciju i malignu bolest. Dok u liječenju opstrukcije desnog kolona, osim u izuzetno teških bolesnika, u jednom aktu radimo desnu hemikolektomiju s primarnom anastomozom, ne postoji jedinstven stav o načinu kirurškog liječenja kad postoji opstrukcija lijevog kolona. Za to kirurg ima više mogućnosti:

1. Formiranje (loop) kolostome ili ileostome nakon čega u drugom aktu slijedi resekcija (operacije u dva ili čak tri akta)
2. Primarna resekcija s terminalnom kolostomom – Hartmannova operacija
3. Primarna resekcija koja može biti segmentalna resekcija, totalna ili subtotalna kolektomija s primarnom anastomozom
4. Endoskopskim putem postavljanje metalnog samoekspandirajućeg stenta koje može biti trajno palijativno rješenje ili privremeno „premoštenje do operacije“.

Danas većina kirurga radi primarnu resekciju bilo ograničenu - segmentalnu ili čak cijelog dilatiranog kolona oralno od opstrukcije (totalna ili subtotalna kolektomija). Pitanje je da li nakon resekcije odmah uspostavljati kontinuitet primarnom anastomozom (operacija u jednom aktu) ili nakon resekcije načiniti terminalnu kolostomu po Hartmannu ili načiniti anastomozu koju potom

odteretiti protektivnom stomom što zahtjeva još jednu operaciju uspostavljanja crijevnog kontinuiteta.

Hitne primarne resekcije kolona neovisno da li nakon njih slijedi stoma ili anastomoza su praćene visokom smrtnošću. Hartmannova operacija se drži najsigurnijom vrstom resekcije bez rizika od popuštanja anastomoze, a prednost je što je mogu izvesti i manje iskusni kirurzi. Glavni nedostatak je druga operacija uspostave kontinuiteta koja ima svoje rizike a navodi se da u od 40 do 60% bolesnika stoma ostaje trajno. Više nerandomiziranih studija ukazuju da Hartmannova operacija ima podjednak mortalitet kao i resekcija s primarnom anastomozom. Zbog toga neki kirurzi drže da je resekcija s primarnom anastomozom bolja od Hartmannove operacije. Međutim, do sada nije objavljena ni jedna randomizirana kontrolirana studija usporedbe Hartmannove operacije i resekcije s primarnom anastomozom tako da ne postoji jasan stupanj preporuke. Činjenica je da se bolesnicima s boljom prognozom (tzv. lakšim bolesnicima) češće radi operacija u jednom aktu dok kod onih s uznapredovalim tumorom, ili s većim operacijskim rizikom češće izvodimo operaciju u dva akta najčešće Hartmannovu operaciju. U izlaganju se iznosi pregled prednosti i nedostataka operacije u dva akta.

121 - CDS

LIJEČENJE ILEUSA LIJEVOG KOLONA UZROKOVANOG NEOPLAZMOM

DRUŽIJANIĆ N¹, Perko Z¹, Kraljević D¹, Juričić J¹, Krnić D¹, Šimunić M², Šundov Ž²

¹ *Klinika za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Split Medicinskog fakulteta u Splitu, Split, Hrvatska*

² *Klinika za unutarnje bolesti Kliničkog bolničkog centra Split Medicinskog fakulteta u Splitu, Split, Hrvatska*

ndruzija@kbsplit.hr

Učestalost akutne opstrukcije kolona kao prve kliničke manifestacije jest 10-30% u pacijenata sa kolorektalnim karcinomom. Gotovo 70% malignih opstrukcija su na lijevostranom dijelu kolona, a 90% lokalizirano je distalnije od lijenalne felksure. Urgentno kirurško liječenje ima morbiditet od 30-40%, a mortalitet 10-15%. Kirurško liječenje može biti „one“, „two“ i „three stage“ procedure, što najčešće ovisi o dobi, komorbiditetu i stanju bolesnika, stupnju bolesti te iskustvu kirurga.

Operacije u jednom aktu su: „washing out“, resekcija i primarna anastomoza; subtotalna kolektomija s ileorektosigmalnom anastomozom (IRSA), subtotalna kolektomija s cecosigmorektalnom anastomozom (CRSA). Prednosti operacija u jednom aktu su smanjen morbiditet i mortalitet, izbjegavanje privremene stome i višekratnih hospitalizacija, poboljšanje kvalitete života, te značajno smanjeni troškovi liječenja.

Nedostaci „washing out“ procedure su značajna mogućnost kontaminacije, duže trajanje operacije,

disproporcija lumena pri kreiranju anastomoze i veća učestalost dehiscencije, nemogućnost uvida u proksimalne dijelove kolona i mogući previd sinhronih tumora, polipa i nekroze sluznice, te je potrebno iskustvo kirurga. Nedostaci IRSA su: gubitak funkcije valvule Bauchini s posljedičnim poremećajem resorpcije vitamina B12, D i E te željeza i bilijarnih soli, nastanak „backwash“ ileitisa s proljevastim stolicama i mogući nastanak inkontinencije kod starijih bolesnika. Nedostaci CRSA su postojanje dvije staplerske linije i što je potrebno iskustvo kirurga. Svi nedostaci IRSA su izbjegnuti ovim zahvatom. Operacije u jednom aktu kod lijevostrane opstrukcije kolona uzrokovane neoplazmom je metoda izbora bez obzira na dob bolesnika. Lokalizacija opstrukcije u razini rektuma bila bi idealno tretirana postavljanjem „stenta“ sa željom „bridge to surgery“ i operaciji u jednom aktu.

10 - TEM

ENDOSKOPSKA POLIPEKTOMIJA I ENDOSKOPSKA MUKOZNA RESEKCIJA U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI BENIGNIH I MALIGNIH POLIPA DEBELOG CRIJEVA

VALJAN V, Martinović Ž, Valjan T

*Hrvatska bolnica "Dr. fra Mato Nikolić", Nova Bila, Bosna i Hercegovina**bolnica.nbila@tel.net.ba*

U debelom crijevu čak 95% polipa čine adenomi, a 98% malignih bolesti debelog crijeva otpada na adenokarcinome. Veliki klinički značaj adenoma debelog crijeva je u činjenici da većina karcinoma debelog crijeva nastaje iz adenoma. Potvrda toga je tzv. "adenoma-karcinomska sekvenca" koja označava postupan prijelaz, koji traje više godina, od benignih adenoma sa sukcesivnim razvojem različita stupnja displazije do jasno definiranog invazivnog karcinoma.

Rano otkrivanje adenoma, uz endoskopsko odstranjivanje i patohistološku verifikaciju, umanjuje potrebu za radikalnim operativnim zahvatima. Endoskopska polipektomija i endoskopska mukozna resekcija metode su izbora

u dijagnostici i liječenju adenoma svih stupnjeva displazije, adenoma koji sadrže karcinom in situ i intramukozni karcinom (ova dva karcinoma nemaju maligni potencijal). Ovi se postupci mogu izvoditi na bilo kom segmentu debelog crijeva, stope komplikacija su im znatno niže u odnosu na otvorene i laparoscopske operacije, uglavnom se provode ambulantno. Striktnim poštivanjem strogo utvrđenih stavova i indikacija, endoskopskom polipektomijom i endoskopskom mukoznom resekcijom, moguće je postići onkološki prihvatljive rezultate.

11 - TEM

TRANSANALNA ENDOSKOPSKA DRENAŽA APSCESA DOUGLASOVA PROSTORA

VALJAN V, Martinović Ž, Valjan T

Hrvatska bolnica "Dr. fra Mato Nikolić", Nova Bila, Bosna i Hercegovina

bolnica.nbila@tel.net.ba

Apsces Douglasova prostora spada u skupinu intraperitonealnih apscesa i predstavlja nakupljanje gnojne kolekcije u Douglasovu prostoru, koji je zapravo najniža točka peritonealne šupljine. Kod žena se taj prostor nalazi u rektouterinoj, a kod muškaraca u rektovezikalnoj ekskavaciji. Gnojna kolekcija u Douglasovu prostoru ograničena je od slobodne peritonealne šupljine adhezijama, velikim omentumom ili adherentnim crijevnim vijugama.

Ako se Douglasov apsces ne drenira dolazi do spontanog probijanja gnoja u peritonealnu šupljinu sa znacima peritonitisa ili u okolne organe, najčešće rektum, rjeđe vaginu i mokraćni mjehur. U suštini očekivanje spontane sanacije apscesa drenažom

kroz susjedne organe treba smatrati opasnom iluzijom. Liječenje apscesa Douglasova prostora zahtijeva aktivan pristup koji podrazumijeva punkciju i drenažu transvaginalnim ili transrektalnim pristupom. Svaki drugi pristup, a osobito laparotomija opterećeni su povišenim mortalitetom. Transanalno se endoskopom pristupa izbočenom prednjem zidu rektuma, nakon probne punkcije i potvrde prisustva gnojne kolekcije, uradi se incizija tzv. pre cut iglom, ispiranje, drenaža ili široko otvaranje apscesne šupljine. Nakon ovakvog postupka u kratkom roku dolazi do potpune sanacije lokalnog nalaza, što potvrđuje naše iskustvo.

50 - TEM

PELVIC FLOOR DESCENT - IS THIS A PROBLEM IN COLOPROCTOLOGY?

KOŠOROK P

*IATROS, Medical Center, Ljubljana, Slovenia**pavle.kosorok@guest.arnes.si*

Pelvic floor descent is serious problem in many fields of specialities. It is mainly recognized in women and treated by gynecologists (cystocele, enterocele, rectocele and prolapse of uterus). There are some interdisciplinary problems treated also by urologists.

In coloproctology there are many problems connected with pelvic floor descent which are not always recognized and treated properly. Rectal prolapse is one of the problems which is easily recognized. Very often we meet patients with constipation who are treated by laxatives with bad results because it is caused by internal rectal prolapse. We can see patients with constipation, solitary rectal ulcer, rectal bleeding but the problem is not recognized and the patients are on diet and laxatives.

If recognized, the patient can be treated by rectopexy, rectal resection, STARR procedure or internal Delorme mucosectomy.

In our institution we treat the patient in a day surgery practice. We decided to introduce internal Delorme mucosectomy as a method convenient for ambulatory surgery. We selected the procedure because the bowel wall is not disconnected and the abdomen is not opened.

Till now we performed 42 cases. 30 of them are carefully analysed.

Thirty patients (age 40 – 88 yrs, average 68,6 yrs), all of them women with different stage of rectal prolapse, were treated in day surgery unit.

We performed Delorme and internal Delorme procedure for total and internal rectal prolapse (4 total prolapse, 26 internal prolapse). Internal prolapse was confirmed clinically and by defecography.

Careful evaluation has been done, taking in consideration ASA criteria and proposals of day surgery practice.

All operations were done in epidural anesthesia.

Follow up was from 1 - 24 months as we started this type of operations a year ago.

Postoperative stay was from 5 – 9 hours. We carefully followed the patients at home (pain, defecation, pain after defecation, blood on the stool, urinating and other possible complications). Pain was sufficiently treated with Nalgesin (NSAD) and paracetamol. Patients are given two Morphine tbl to use the first and second day, if necessary, but were used very rarely. After first week, pain become tolerable, except after defecation. This become pretty normal (VAS 2 - 3) two weeks after operation.

We had one serious septic complication, what we treated with Hartman's procedure and sigmoid colostomy. Four of our patients had continence problems, mainly those with previous total prolapse. We performed Tiersch sling in one of those patients additionally (age 88). Wexner score in incontinent patients was up to 18, but fell later in six weeks. In two patients we notice tolerable value (less than 10) still after three months. One patient with persistant incontinence problems reported about delivery trauma. Endoanal ultra sound showed laceration of the external anal sphincter. We didn't decide yet about anooplasty.

In fourteen cases we noticed stenosis, which was always short, on the mucosal level only. We treated this with anal dilators (Dilatan – Sapimed) or operatively with incision or dilatation of stenosis under anaesthesia.

Delorme and internal Delorme – intraanal mucosectomy, is safe and effective surgical treatment for complete or internal rectal prolapse. Procedure may be safely performed in day surgery unit, also in patients with reasonable medical comorbidities and in relatively old age. Careful evaluation according to ASA criteria must be done before selecting patients for surgery. Risky cases must be treated in experienced hospital with longer hospital stay.

56 - TEM

PRIMJENA TEM OPREME KOD LAPAROSKOPSKE RESEKCIJE KOLOREKTUMA - PRIKAZ SLUČAJA

ŠANTAK G, Zukanović G, Slišurić F, Šimleša D, Glavić Ž, Begić Lj

Opća županijska bolnica Požega, Požega, Hrvatska

gsantak@hotmail.com

Cilj rada je prikazati mogućnosti primjene TEM opreme kod laparoskopske resekcije kolona i ekstrakcije reseciranog preparata kroz anus.

Na video snimci prikazujemo pacijenta kod kojeg je zbog anatomskih odnosa bilo nemoguće izvesti TEM polipektomiju te je zahvat nastavljen laparoskopskom resekcijom rektosigmoidnog dijela debelog crijeva i završen ekstrakcijom reseciranog crijeva kroz TEM rektoskop.

Nakon zahvata nije bilo komplikacija, a kontrolna kolonoskopija pokazala je urednu kolorektalnu anastomozu.

Stoga zaključujemo da TEM pristup može biti koristan dodatak laparoskopskoj resekciji kolorektuma.

77 - TEM

TRANSANALNA ENDOSKOPSKA MIKROKIRURGIJA U LIJEČENJU TUMORA REKTUMA. PETOGODIŠNJE ISKUSTVO KB MOSTAR

BREKALO Z, Šoljić M, Mišković J, Letica L, Bakula B

*Klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina**msoljic@gmail.com*

Uvod: Transanalna endoskopska mikrokirurgija (TEM) je minimalno invazivna tehnika uklanjanja pažljivo selektiranih tumora rektuma koji bi inače morali biti uklonjeni radikalnim abdominalnim operacijama. Selekcija pacijenta zahtijeva preciznu prijeoperacijsku obradu i odabir resektabilnih tumora ovom metodom.

Cilj: Pokazati rezultate liječenja TEMom u Kliničkoj bolnici Mostar s obzirom na klinički i onkološki aspekt.

Metode: Praćeni su pacijenti operirani TEMom u KB Mostar u petogodišnjem periodu (veljača 2005. - veljača 2010.). Navedenom metodom su operirani pacijenti s adenomima rektuma koji zbog veličine nisu mogli biti uklonjeni endoskopski, s karcinomom in situ te karcinomom stadija T1. U studiju su uključeni samo pacijenti s patohistološki dokazanim čistim resekcijским marginama (R0) i

pacijenti koji su se podvrgavali redovnim rektoskopskim kontrolama. Praćen je poslijeoperacijski morbiditet i mortalitet te recidiv bolesti.

Rezultati: U studiju je uključeno 25 pacijenata. Patohistološki je dokazano 8 adenoma, 8 karcinoma in situ i 9 karcinoma stadija T1. Prosječna duljina hospitalizacije je 2,88 dana (1-5). Jedina zabilježena poslijeoperacijska komplikacija je produljeno krvarenje. Recidiv bolesti je zabilježen kod jednog pacijenta nakon 24 mjeseca, kod kojeg je ranije učinjeno odstranjenje karcinoma stadija T1.

Zaključak: TEM je sigurna i odgovarajuća kirurška metoda uklanjanja benignih i malignih tumora niskog stadija uz adekvatno poslijeoperacijsko praćenje bolesnika.

112 - TEM

TRANSANALNA ENDOSKOPSKA MIKROKIRURGIJA (TEM) NA ZAVODU ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU KBC RIJEKA - KRATAK OSVRT I DILEME

BAČIĆ Đ, Petrošić N, Rahelić V, Gudelj M, Uravić M, Grbas H, Zelić M

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

giordano-bacic@net.hr

Uvod: TEM je kao metoda izuzetno korisna kod liječenja tumora rektuma i distalne sigme, ali u strogo indiciranim slučajevima. Indikaciju za Tem postavljamo nakon uvida u veličinu tumora, njegovu prodornost i bioptički malaz. Usprkos prijeoperacijskom stagingu uočili smo da je kod mnogih bolesnika konačan patohistološki izvid bio drugačiji od inicijalnog što je zahtjevalo da se neki bolesnici podvrgnu adjuvantnoj radiokemoterapiji ili resekcijskom zahvatu. Velika je dilema što činiti s onim bolesnicima koji po TEM-u imaju nesigurnu prognozu, a to su bolesnici s tumorom T2 (G1-G2). Isto tako treba si postaviti pitanje što činiti s bolesnicima kod kojih prijeoperacijski staging govori u prilog tumoru T2 (G1-G2).

Bolesnici i metode: Na Zavodu za digestivnu kirurgiju KBC-a Rijeka je TEM uvedena pred kraj 2007. godine. U tri i pol godine smo operirali 87 bolesnika (51 muškaraca i 36 žena) zbog tumora rektuma. Adenoma sa svim vrstama atipije je bilo 40, a karcinoma od T1s do T3 je bilo 47 u konačnom patohistološkom izvidu. Od ostalih zahvata riješene su: jedna striktura zbog Crohnove bolesti i jedna stenoza anatozme.

Rezultati: Obzidom na kratak period rada uzimajući u obzir i period stjecanja iskustva u tehnici rada koja je zahtjevna, operirali smo samo one bolesnije kod kojih je prijeoperacijski staging ukazivao da se radi o adenomima i/ili karcinomima do T1. Ipak po konačnom P.H. nalazu susreli smo se s 7 bolesnika koji su imali tumor T2 i zahtijevali daljnje liječenje. Imali smo 2 recidiva kod T1 i jedan kod T2. Sve bolesnike još uvijek redovito pratimo.

Zaključak: TEM je dobra metoda (zbog malog broja komplikacija, bezbolnosti i s minimalnim mortalitetom) u liječenju tumora rektuma, a kod strogo određenih indikacija TEM je i metoda izbora kod većih adenoma, karcinoma in situ, ali i karcinoma T1. Najveća je dilema u pristupu liječenja bolesnika s T2 (G1-G2) karcinomima koji zahtijevaju ili neoadjuvantnu ili adjuvantnu onkološku terapiju. Po broju recidiva i konačnom rezultatu liječenja, sve smo skloniji takve bolesnije liječiti ovom metodom. Vrlo je važno o tome raspraviti s bolesnikom, dati mu sve objektivne informacije i dozvoliti mu da sam odabere način liječenja.

4 - CRC

COLORECTAL CANCER IN OUR CASES - SCREENING PROGRAM

BUTUROVIC S, Tag-Eldin A, Alic S, Hadzizukic B, Dzomba M

*General Hospital Konjic, Konjic, Bosnia and Herzegovina**bolnica_konjic@bih.net.ba*

Screening programs for colorectal cancer diseases in Federation region in Bosnia and Hercegovina are very insufficiency. For that patients are admit in surgery department as "urgent" cases, or the disease is diagnosed in the department after clinic and paraclinic investigations in details after nonspecific gastro-intestinal symptoms (obstruction, weakness, loss appetite, non specific abdominal pain with weak intensity, which the patient often tolerate. Early diagnosed of the disease is a grantee of treatment, for this reason it is important to take care of the risk group, for them must organise permanent colonoscopy at least onec evry year. From 21 pateints in the period of two years where has been treated in our surgery department, 8 or 38% were operated as acute abdomen (bowel opstruction-Ileus), other patients 13 (62%) the diagnose was put after gastroenterology

onvestigations. This is the main reason why the percentage of death is high (24%). Patients who has admitted as urgent cases (acute abdomen) were operated in two acts. Firstly has been done laparoscopic diagnostic, then proximal derivasion. After 4-6 weeks deffinitive care will be taken if the situation is surtable. In two inoperable cases was done palliative Hartman's operation. In programmed operations was done radical operations, depends on localization of process, always with proximal loop-ileostomy. In the beginning we didn't make proximal derivation, for that we got dehiscence in three cases with death. Looking at the period of disease with body weakness in our cases all the time we take care as principle very important to do proximal derivation (mostly we did loop-ileosthomy).

29 - CRC

COLORECTAL CARCINOMA: ANATOMIC LOCATION AND OPERATIVE PROCEDURES (2009-2010)

Grandić L¹, BITUNJAC K², Perko Z¹, Banović J¹

¹ Surgery Clinic, Clinical Hospital Center Split, School of Medicine, University of Split, Split, Croatia

² General Hospital Knin, Knin, Croatia

leo.grandic@email.t-com.hr

Introduction: According to statistics, colorectal carcinoma (CRCa) is the most common malignancy of digestive system and among most common malignancies in general. Despite the new surgical and oncological procedures, which have reduced mortality, CRCa is still frequent cause of death.

Aim: The aim of this study was to determine the frequency of CRCa by location in colorectum and frequency of operative procedures, both elective and emergency.

Patients and Methods: Data on patients underwent surgical procedures for the treatment of CRCa from January 2009 to December 2010 have been collected from medical records in Clinical Hospital Centre in Split. Surgical procedures which have been applied were right and left hemicolectomy, transverse and sigmoid colon resection, subtotal colectomy, Dixon, Miles-Quenu and Hartmann's procedure, transanal excision and paliative procedures: formation of intestinal stomas and bypasses.

Results: We analysed 610 procedures on 591 patient of which 141 were operated in emergency. 20% of patients had advanced disease stage. M/F ratio was 1,6 : 1. Average age was 68,5 y (range 32-96 y). The most common CRCa in elective programme was rectal carcinoma (26,4%), and in emergency sigmoid colon carcinoma (36,2%). The most common applied elective surgical procedure was Dixon's resection (33,2%), and in emergency formation of intestinal stoma (28,4%). 34,9% of emergency operated patients presented with an acute ileus were those with CRCa.

Conclusion: Despite available screening methods, CRCa early detection national programme and new operative techniques, many patients have advanced disease stage (local infiltration and recidives, metastases). CRCa still represents major medical problem that requires our attention and acting in reducing mortality.

54 - CRC

KIRURŠKI ZAHVATI ZLOĆUDNIH TUMORA DEBELOG CRIJEVA: OB VIROVITICA 2006. - 2010.

RUŽIĆ T, Feketić S, Tudor T, Čupen D, Stipeč G, Demo D, Hranilović Z

*Opća bolnica Virovitica, Virovitica, Hrvatska**ruzict@yahoo.com*

Uvod: Liječenje zloćudnih tumora kolorektuma je multidisciplinarno. Kirurgija u opće prihvaćenom multimodalnom liječenju zauzima i dalje dominantno mjesto. Cilj kirurškog liječenja je izlječenje, a preduvjet za izlječenje je Ro resekcija. Izbor operacije je određen kliničkim stadijem tumora.

Cilj: Prikaz rezultata kirurškog liječenja bolesnika s rakom debelog crijeva s naglaskom na rane kirurške komplikacije i poslijeoperacijsku smrtnost.

Metode: Retrospektivnom se studijom prikazuju rani rezultati kirurškog liječenja bolesnika s rakom debelog crijeva. Radikalno kirurško liječenje podrazumijeva resekciju dijela debelog crijeva s tumorom u zdravo, blok resekciju tumorom involviranih susjednih struktura i radikalnu limfadenektomiju opsega i vrste, zavisne o kliničkom operacijskom stadiju i lokalizaciji malignoma.

Rezultati: Tijekom petgodišnjeg razdoblja od 2006. do 2010. godine na odjelu za kirurgiju OB Virovitica je operirano 244 bolesnika s rakom kolona i rektuma: radikalno 228, a palijacijski 16 bolesnika. Radikalno je učinjeno je 55 resekcija desnog kolona, 36 resekcija lijevog kolona, 1 subtotalna resekcija kolona, 5 totalnih resekcija kolona, 81 prednjih resekcija rektuma s

kolorektalnom anastomozom, 11 niskih resekcija rektuma s oblikovanjem količnog spremnika i anastomozom spremnika s anusom, 23 operacija tipa Hartmann i 16 amputacija rektuma. Palijacijski je učinjeno 2 resekcije desnog kolona, 10 operacija tipa Hartmann, 2 amputacije rektuma i 2 protuprirodna anusa. Kod 35 bolesnika (14.5 %) s lokalno proširenim ili udaljeno proširenim malignomom debelog crijeva je učinjen radikalno proširen standardni zahvat debelog crijeva s resekcijom zahvaćenih organa ili struktura. Evidentirano je 12 ranih poslijeoperacijskih kirurških komplikacija (4.9 %): 8 dehiscencija crijevnih anastomoza, 2 krvarenja i 1 nekroza protuprirodnog anusa zbog čega su relaparotomirana 5 bolesnika (2 %). U 30 dana nakon operacije je umrlo 9 bolesnika (3.6 %), a uzrok smrti je kod 6 bolesnika opća komplikacija.

Zaključak: Rezultati radikalnog kirurškog liječenja bolesnika sa zloćudnim tumorima debelog crijeva u našoj ustanovi sukladni su prikazanim rezultatima liječenja bolesnika u većim kirurškim centrima. Bolesnici se sa zloćudnim bolestima debelog crijeva mogu uspješno radikalno kirurški liječiti i na tehnološki suvremno opremljenim kirurškim odjelima općih bolnica s dostatno educiranim osobljem.

81 - CRC

SURGICAL TREATMENT OF LIVER COLORECTAL METASTASES

PATRLJ L

Department of Abdominal Surgery, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

lpatrlj@yahoo.com

Indications for liver resections in patients with liver metastases from colorectal cancer have greatly increased during last years. Formerly, respectability of liver metastases from colorectal cancer has been defined according to the number and distribution of liver metastases. However, in recent years, prospective randomized trials clearly demonstrated that even patients with resectable hepatic and extrahepatic metastases may have survival comparable to those with liver metastases only, thus increasing the application of surgery even in these patients. Furthermore, advances in surgical technique enabled secure non-anatomical resections. Therefore, indications for liver surgery of colorectal liver metastases today are defined according to the predictive remaining liver volume. New surgical devices and approaches, including laparoscopic surgery, enabled minimal blood loss

during resection, and even avoiding blood transfusions in many cases. Intraoperative ultrasound enables better intraoperative planning and liver sparing, thus allowing smaller resection margins (1-5 mm) that have been demonstrated in clinical trials to be sufficiently radical. For unresectable cases, radiofrequency ablation (RFA) offers significant palliation. Also, staged resections and portal vein ligation or embolization often may convert unresectable cases to resectable by allowing sufficient hypertrophy of remnant liver parenchyma. Thereby, surgery remains the cornerstone of treatment of colorectal cancer liver metastases.

83 - CRC

KIRURŠKO LIJEČENJE KOLOREKTALNIH KARCINOMA OTKRIVENIH "SCREENING" KOLONOSKOPIJOM

ČULINOVIĆ-ČAIĆ R¹, Kutnjak-Kiš R², Jozinović E¹, Gadže D¹¹Županijska bolnica Čakovec, Čakovec, Hrvatska²Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije, Čakovec, Hrvatska

kir2dok@hotmail.com

"Screening" kolonoskopija u sklopu programa ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma provodi se na području Međimurja od siječnja 2008.

Cilj rada je utvrditi učestalost pozitivnih nalaza "screening" kolonoskopije, analizirati operirane pacijente s obzirom na vrstu učinjene operacije, patohistološki (PH) nalaz i klasifikaciju po Dukesu i usporediti ih s istim podacima pacijenata operiranih zbog kolorektalnog karcinoma prije početka programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva.

Bolesnici su analizirani s obzirom na spol, dob, lokalizaciju tumora, patohistološki nalaz, klasifikaciju po Dukesu i vrstu učinjenog operacijskog zahvata. Podaci su dobijeni analizom protokola screening kolonoskopije, povijesti bolesti pacijenata, operacijskih protokola i patohistoloških nalaza.

Od 01.01.2008. do 31.12.2010. godine je na "screening" kolonoskopiju pozvano 19 generacija od planiranih 25, ukupno 24.965 pacijenata, a odazvalo se njih 6.904 (28%). Među tim bolesnicima je FOB test učinjen kod 6782, s pozitivnim nalazom kod 787 pacijenata (11,6%).

Novootkriveni karcinom je nađen kod 36 bolesnika, od čega je troje operirano tijekom čekanja na termin screening kolonoskopije. Dukes A stadij bolesti je utvrđen kod ukupno 15 (41,7%) bolesnika, od čega je 9 bolesnika imalo intramukozalni karcinom.

Operirano je ukupno 30 bolesnika, od čega 27 u našoj bolnici, 3 u vanjskoj ustanovi, a šestorici bolesnika su preporučene redovite kontrole (Ca unutar adenoma ili polipa odstranjenog u cijelosti). Usporedbom podataka bolesnika operiranih prije početka programa "screeninga" uočava se da je značajno manji broj tih bolesnika operiran u ranoj fazi bolesti, u Dukes A stadiju.

Screening kolonoskopija je vrijedna metoda ranog otkrivanja kolorektalnog karcinoma, pri čemu je značajan broj novootkrivenih u ranoj fazi bolesti (Dukes A). Ovakvi rezultati nesumnjivo pridonose duljem preživljavanju oboljelih od kolorektalnog karcinoma i omogućavaju nam da u praksi sve češće možemo govoriti o izlječenju od kolorektalnog karcinoma.

15 - GAC

USPOREDBA D2 I D1 LIMFADENEKTOMIJE U LIJEČENJU KARCINOMA ŽELUCA

VIDOVIĆ D, Kondža G, Kovačić B, Križan A, Grubišić M, Boras Z, Krpan D

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

drazen.vidovic@os.t-com.hr

Unatoč činjenici da je incidencija karcinoma želuca u padu, ovaj tip karcinoma je još uvijek jedan od vodećih uzroka smrtnosti uzrokovan neoplazmom u svijetu. Zahvaćenost limfnih čvorova je od velike važnosti u razvoju bolesti i predstavljaju važan prognostički čimbenik u daljnjem liječenju. Pitanje opsega uklanjanja limfnih čvorova još uvijek predstavlja dilemu u današnjoj kirurgiji.

Ovo istraživanje je u skupini 100 bolesnika operiranih zbog karcinoma želuca resekcijom želuca ili totalnom gastrektomijom pokazalo značajnu prednost D2 (n=50) standardne limfadenektomije u odnosu na D1 (n=50) ograničenu limfadenektomiju. Petogodišnje preživljenje je, naime, bilo značajno češće nakon kirurškog zahvata s D2 limfadenektomijom (72%) u odnosu na bolesnike operirane D1 limfadenektomijom (32%).

U multicentričnoj analizi dobivenih rezultata za petogodišnje preživljenje ključan je bio broj histološki negativnih limfnih čvorova i histološki tip tumora po Laurenju. Što je više histološki negativnih odstranjenih limfnih čvorova, to je izgled za petogodišnje preživljenje bio veći. Intestinalni tip tumora prema Laurenjuovoj histološkoj klasifikaciji imao je također značajno

veće izgled za preživljenje. Izuzetno je bio značajan ukupan broj odstranjenih limfnih čvorova, kao i broj odstranjenih histološki pozitivnih i negativnih limfnih čvorova. Što je u preparatu bilo više negativnih limfnih čvorova od pozitivnih, preživljenje je bilo dulje.

U našem istraživanju smo dokazali da je preživljenje bilo značajno dulje u bolesnika kojima je odstranjeno više histološki pozitivnih ali i histološki negativnih limfnih čvorova. To opravdava izbor D2 limfadenektomije kao prve metode kod karcinoma želuca i kod manjih tumora s očekivanom manjom proširenošću, odnosno rjeđim zahvaćanjem regionalnih limfnih čvorova. Postoji vjerojatnost da su s tim histološki negativnim odstranjenim limfnim čvorovima ujedno odstranjene i mikrometastaze, nedostupne raspoloživoj patohistološkoj dijagnostici.

U zaključku možemo reći da specijalizirane bolničke ustanove sa iskusnim onkološkim kirurzima koji su educirani u izvođenju limfadenektomije time smanjuju postoperacijsku smrtnost i poboljšavaju, a veći broj izvađenih limfnih čvorova podiže postotak petogodišnjeg preživljenja te ujedno omogućava bolje označavanje proširenosti tj. stupnjevanje tumora.

36 - GAC

ZNAČAJ IZRAŽENOSTI SURVIVINA U KARCINOMU ŽELUCA I METASTATSKIM LIMFNIM ČVOROVIMA

ĆUPURDIJA K, Horžić M, Vergles D, Židak M, Lacković Ž, Feljan H

Zavod za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

kcupurdi@kdb.hr

Uvod: Iako je svjetska incidencija u opadanju, karcinom želuca predstavlja drugi najveći uzrok smrti povezan s karcinomima. Nastaje kroz nekoliko stupnjeva procesa karcinogeneze, a poremećaj fiziološke apoptoze smatra se za ključni korak u njegovu nastanku.

Survivin pripada IAP porodici molekula (od eng. inhibitors of apoptosis) koje uglavnom imaju ulogu u antiapoptotskim mehanizmima. U zrelim, diferenciranim tkivima se ne može detektirati, međutim postoji velika izraženost u fetalnom i tkivu karcinoma.

Nekoliko objavljenih istraživanja o povezanosti survivina i karcinoma želuca donosi oprečne rezultate bilo da se radi o razini izraženosti bilo da se radi o eventualnoj povezanosti s kliničkopatološkim obilježjima tumora. Izraženost survivina u metastatskim limfnim čvorovima do danas nije istraženo.

Cilj: Cilj istraživanja je odrediti razinu izraženosti survivina u tkivu karcinoma želuca, kako u primarnom tumoru, tako i u metastatskim limfnim čvorovima te istražiti povezanost izraženosti s kliničkom slikom oboljelih te patohistološkim obilježjima tumora.

Metode: Studija je obuhvatila 110 pacijenata operiranih u KB Dubrava zbog karcinoma želuca u razdoblju od 1994. do 2004. godine te 20 pacijenata operiranih zbog drugih bolesti, a čiji su se uzorci stjenke želuca mogli iskoristiti kao kontrola. Podaci o kliničkim manifestacijama

tumora dobiveni su iz medicinske dokumentacije, a podaci o preživljenju iz Hrvatskog registra za rak.

Razina survivina određena je utvrđivanjem postotka i intenziteta bojanja stanica koje su imunohistokemijskim obilježavanjem pokazale prisutnost survivina.

Dobiveni rezultati statistički su obrađeni korištenjem metoda deskriptivne statistike, neparametrijskih metoda te metoda za analizu korelacije.

Rezultati: Rezultati istraživanja pokazali su da u tkivu primarnog tumora te u metastatskim limfnim čvorovima pacijenata oboljelih od karcinoma želuca postoji pojačana izraženost survivina te da je razina izraženosti povezana s kliničkom slikom oboljelih te patohistološkim obilježjima tumora.

Zaključak: Povezanost izraženosti survivina s kliničkom slikom i preživljenjem pokazao je vrijednost survivina kao prognostičkog čimbenika. Razlika u izraženosti survivina u primarnom tumoru i metastatskim limfnim čvorovima ukazuje na moguću ulogu survivina u progresiji bolesti. Izraženost ove molekule u konačnici bi mogao poslužiti kao dodatni pokazatelj određivanja prikladne terapije, uspješnosti adjuvantnog liječenja karcinoma želuca odnosno kao dodatni marker praćenja zdravstvenog stanja bolesnika.

38 - GAC

KIRURŠKO LIJEČENJE KARCINOMA ŽELUCA U KB DUBRAVA (2000. - 2011.)

HORŽIĆ M, Feljan H, Židak M, Held R, Lacković Ž, Rako D, Čupurdija K, Vergles D

Zavod za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

mhorzic@kdb.hr

Uvod i cilj: Karcinom želuca predstavlja drugi najveći uzrok smrti povezan s karcinomima u svijetu. U Republici Hrvatskoj incidencija u zadnjih 10-ak godina iznosi oko 1200 slučajeva dok je smrtnost između 900 i 1000. U posljednjih 50 godina incidencija i mortalitet karcinoma želuca se smanjuje, osobito u razvijenim zemljama. Ova pojava objašnjava se više poboljšanjem životnih uvjeta i promjenama navika prehrane nego poboljšanjem samog liječenja bolesti. Incidencija karcinoma proksimalnog dijela želuca i kardije je u porastu u proteklih dva desetljeća, za razliku od karcinoma distalnog želuca čija je incidencija u padu. Kirurško liječenje predstavlja jedini mogući potencijalno kurabilan način liječenja koji podrazumijeva resekciju želuca ili gastrektomiju te limfadenektomiju. Opseg limfadenektomije još uvijek je predmet rasprave. Rani karcinom želuca prema nekim autorima predstavlja zaseban kliničkopatološki entitet sa posebnostima liječenja i praćenja bolesnika.

Cilj istraživanja je usporediti rezultate dobivene retrospektivnom analizom podataka o bolesnicima operiranih zbog karcinoma želuca u KB Dubrava s podacima iz svjetske literature.

Metode: Istraživanje je retrospektivno obuhvatilo pacijente operirane zbog karcinoma želuca u KB

Dubrava u razdoblju od 2000. do 2011. Analizirali smo kliničke i dijagnostičke parametri iz postojeće medicinske dokumentacije, vrste primijenjenog kirurškog zahvata, postoperacijske komplikacije i ukupno preživljenje bolesnika koje je dobiveno iz Registra za rak Republike Hrvatske.

Dobiveni podaci statistički su obrađeni korištenjem metoda deskriptivne statistike, neparametrijskih metoda te metoda za analizu korelacije.

Rezultati: Analizirani podaci dobiveni iz istraživanja prikazuju prosječnu životnu dob bolesnika, stadij bolesti, lokalizaciju tumora, vrste kirurškog zahvata, rani postoperacijski mortalitet, patohistološku dijagnozu tumora te ukupno preživljenje.

Zaključak: Rezultati istraživanja su u skladu sa svjetskom literaturom. U trenutku hospitalizacije bolesnici su velikim dijelom u uznapredovanom stadiju bolesti. Rani karcinom želuca se rijetko otkriva i kirurški liječi. Palijacijsko liječenje još uvijek je značajan dio kirurških zahvata. Tijekom 11-godišnjeg praćenja bolesnika operiranih zbog karcinoma želuca vidljiva je tendencija povećanja broja radikalnih kirurških zahvata te smanjenja broja dana hospitalizacije.

48 - GAC

SURGICAL AND ADJUVANT TREATMENT OF PATIENTS WITH RESECTABLE GASTIC CANCER

GAJZER B, Potrč S, Ivanecz A, Horvat M

*University Clinical Center Maribor, Maribor, Slovenia**borut.gajzer@guest.arnes.si*

Aims: Complete removal of the cancer is a keystone in the treatment of gastric cancer. To lower the high risk of loco-regional recurrence, adjuvant oncologic treatment with radiation of gastric bed with concomitant chemotherapy was established. For patients with non-metastatic gastric cancer adjuvant chemo-radiotherapy is a standard clinical practice in Slovenia. The aim of this study was to investigate the potential benefit of adjuvant therapy in patients with gastric cancer.

Methods: A retrospective study on progressively collected data on patients with gastric cancer was conducted. All patients were surgically treated in single institution from 1997 to 2010. Patients with loco-regional advanced disease who were suitable for adjuvant treatment received additional oncological treatment. The study inclusion criteria were: adenocarcinoma of the stomach UICC stages IB to IV without distant metastasis (M0), radical R0 resection with at least D1 lymphadenectomy and at least 15 lymph nodes removed, without neo-adjuvant treatment, age less than 75 years, survival at least 90 days after surgery. Survival rates were estimated using the Kaplan-Meier method.

Results: Of 813 surgically treated patients with gastric cancer in fourteen years period, 159 patients were included in the study. 82 patients received in

addition to surgery postoperative chemo-radiotherapy and 77 patients were treated with surgery only. Cumulative survival was better in patients who received chemo-radiotherapy after surgery, but it was not statistically significant (Log Rank; $p=0,111$). Three-year survival rates were 51% in the surgery-only and 68% in the surgery plus chemo-radiotherapy group; the five-year survival rates were 48% and 57% respectively. With stratification of patients according to UICC stage there is still no statistically significant difference in survival rates between both groups in patients with stage IB, II and IV (M0). But patients with stage IIIA and IIIB treated additionally with chemo-radiotherapy have significantly better survival rates than patients treated only with surgery (Log Rank; $p=0,004$ and $p=0,042$).

Conclusion: The results of our study demonstrate that standard adjuvant chemo-radiotherapy does not significantly improve survival in patients with radical resection of the gastric cancer. Radical surgery is still the most important part of gastric cancer treatment. However, there is a benefit of adjuvant treatment in subgroups of gastric cancer patients (UICC stage IIIA and IIIB) with significantly better survival rates.

99 - GAC

ENDOSKOPIJA U DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU KARCINOMA ŽELUCA

HAUSER G

Zavod za gastroenterologiju, Interna klinika, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

ghauser@medri.hr

Rak želuca je jedna od vodećih malignih bolesti probavnog trakta. Tradicionalni način liječenja karcinoma želuca obuhvaća kirurško liječenje uz polikemoterapiju.

Endoskopija ima ulogu u dijagnostici i zbrinjavanju komplikacija bolesti (krvarenje) uz palijativne zahvate koji se poduzimaju u svrhu osiguranja prohodnosti probavne cijevi (PEG, stentiranje). Obzirom na jako visoku incidenciju bolesti, u Japanu je uveden probir za karcinom želuca. Zbog toga je učestalot rane dijagnostike ovog raka jako visok i znatno premašuje podatke iz ostatka svijeta. Do sredine 80-ih pacijenti su gastrektomirani što je u zemlji s tako visokom incidencijom raka želuca stvaralo probleme u skrbi za te osobe nakon operacije.

Zbog toga je razvijen endoskopski način za odstranjenje tumora iz želuca. Inicijalno, metoda je služila za uzimanje opsežnijih biopsijskih uzoraka tako da se je nazivala i „strip“ biopsija, a danas je

poznata kao endoskopska mukozna resekcija (EMR).

Ograničenja metode su bila potreba za endoskopom s dva radna kanala te nemogućnost adekvatnog odstranjenja lezija većih od 20 mm. Sredinom 1996. predstavljena je endoskopska submukozna disekcija (ESD). Metoda pruža mogućnost kompletnog odstranjivanja tumora u jednom komadu što omogućava adekvatnu patohistološku analizu uzorka i točnu procjenu invazije krvnih i limfnih žila.

Iako povezana s povećanim rizikom za perforaciju i krvarenje metoda je opće prihvaćena kao način liječenja ranog raka želuca, sada već i ostatku svijeta, jer pruža visoku sigurnost za kompletno izlječenje uz relativno mali rizik komplikacija.

ESD postaje ravnopravna metoda kirurškom pristupu u liječenju ranog raka želuca.

117 - GAC

SYNHCHRONUS GASTRIC CANCER AND MULTIPLE GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR IN THE PATIENT WITH NON HODKGIN LYMPHOMA – A CASE REPORT

BAKOVIC J, Stipancic I, Klicek R, Knezevic M, Miocinovic M, Kolak T, Salamon T, Ajdukovic R, Aralica G

Department of Colorectal Surgery, Clinical Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

josipbakovic.kbd@gmail.com

Background: A gastrointestinal stromal tumor (GIST) is one of the most common mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract (1-3% of all gastrointestinal malignancies). They are typically defined as tumors whose behavior is driven by mutations in the Kit gene or PDGFRA gene. During the last two decades understanding of gastrointestinal stromal tumors have a major progress specially in area of diagnostic modality and treatment. But still today some appearance, like incidence of synchronous GIST and other tumors on same or on the other organs are beyond our scientific knowledge.

Case report: A 72 years old male patient with earlier diagnosis of non Hodgkin s lymphoma, now in reemission, was admitted on haemathology department due to anemia. Esophagogastroscopy revealed a tumor in antrum (3x3cm). Biopsy was taken and pathology analysis finds out adenocarcinoma (intestinal type according to Lauren). Abdominal MSCT was normal, exept antral tumor detected earlier on esophagogastroscopy.

Due to age, comorbidity, location and size of tumor Bilioth II gastric resection was planed, but during stomach mobilization and exploration we found a subserosal tumor (1x1cm) in gastric fundus. Despite a initially negative findig on frozen section, D2 gastrectomy was performed.

In pathologic specimen of stomach two different neoplasm were reveald: an adenocarcinoma and GIST. The adenocarcinoma was T1N1M0, intestinal type according to Lauren classification. The pathological findings disclosed also a multifocal GIST on 5 different location on stomach specimen including initially negative frozen section on gastric fundus. All GISTs were less than 1 cm in diameter and all were composed of spindle and epitheloid cells without atypia. CD117(KIT) positivity, CD34 positivity, low mitotic activity, smooth muscle actin and scatter desmin negativity was observed. Ki67, proliferation marker was less than 2%.

Consequently the patient was eight day discharged and referred to adjuvant oncologic treatment.

Conclusion: The synchronous occurrence of gastric adenocarcinoma and multiple gastric GISTs in patient with metachronous non Hodgkin lymphoma is not reported in literature, according to our knowledge. Until now the literature has only a few reports of synchronous GIST and stomach cancer without clarifcation is this sinchronicity incidental or there is a causativ factor inducing the developement of tumors of different histiotypes in the same organ. Further confirmation is required, until than surgeon and other physicians involved in treatment of simmlar patients should be acquaint with this intersting condition.

6 - FRT

ZNAČAJ TRENINGA ZA LAPAROSKOPSKU HIRURGIJU

CVIJANOVIĆ R, Ivanov D , Korica M , Paroški G

Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija

rcvijanovic@yahoo.com

Početak 1970. godine u Novom Sadu je pri Klinici za abdominalnu hirurgiju počela da se razvija eksperimentalna hirurgija. U početku, rad se odvijao na samostalno načinjenim pomagalicama i modelima za studente. Ubrzo počinje rad na eksperimentalnim životinjama, od kojih je najčešće korišćen pas.

Za početak rada hirurga, bilo u klasičnoj ili laparoskopskoj hirurgiji, važna je vežba i trening. Početak rada je vezan za učenje, posmatranje i asistiranje iskusnim hirurzima. U sklopu obuke posebno mesto zauzima trening na modelu – trenažeru i eksperimentalnoj životinji. Značaj rada i treninga posebno dolazi do izražaja kod laparoskopskih procedura. Neophodno je savladati novu dimenziju rada i koordinaciju pokreta. Od 2000. godine se u Novom Sadu održavaju trenažni kursevi iz laparoskopskih procedura. Kurs je koncipiran sa minimalnim teoretskim delom koji

podrazumeva upoznavanje sa procedurama. Praktični rad počinje sa vežbama na trenažeru (proste vežbe), a potom na životinjskom tkivu. Praktični rad se nastavlja na eksperimentalnoj životinji (svinja). Vežba se kreiranje pneumoperitoneuma, postavljanje toakara a potom laparoskopska tehnika. Postavljeno je 5-7 trenažera na kojima rade po 2-3 učesnika kursa, a potom vežbaju na eksperimentalnoj životinji. Rađene su procedure iz opšte hirurgije, urologije i ginekologije. Poseban kurs je oformljen za laparoskopsko šivenje. Kurs traje tri dana od 09-17 časova.

Kontinuirano i kvalitetno treniranje je esencijalno u savladavanju laparoskopskih procedura, naročito u početku rada hirurga.

13 - FRT

OUR APPROACH TO BLOODLESS LIVER RESECTIONS

DOKLESTIC K¹, Eric D¹, Bracanovic M¹, Petrovic N², Karamarkovic A¹¹ *Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia*² *Clinical Center of Serbia, Institute of Anesthesia, Belgrade, Serbia**krstinadokleastic@gmail.com*

Background: The improvements in liver surgery have focused on minimizing the blood loss because an excessive hemorrhage and need for blood transfusion are associated with the increased postoperative morbidity and mortality. Ultrasonic dissection of the liver parenchyma with CUSA is one of the most widely used techniques today. The liver is well tolerable of the controlled ischemia and inflow vascular occlusion is safe technique facilitating the bloodless transection.

Methodology: A randomized clinical trial was performed in 45 patients undergoing hepatectomy from September 2009 to November 2010 at the Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia. The patients were treated for malignant and benign liver tumors. Liver resection was performed with the ultrasonic dissector (CUSA) under Ischemic preconditioning (mode 5/5 minutes) and Intermittent inflow occlusion (mode 15/5 minutes). Primary end points were resection duration, cumulative pedicle clamping time, intraoperative blood loss and blood transfusion. Secondary end points included the postoperative morbidity and mortality. The degree of postoperative liver injury

was measured by serial serum levels of transaminases, bilirubin and prothrombin time. Morbidity was observed according to Clavien classification system.

Results: Median transection time was 52 minutes (range 20-140 minutes). Median cumulative clamping time was 28 minutes (range 15-60 minutes). Mean blood loss was 150 mL (range 0-450 mL) and 4 (8.9%) patients received red cell transfusion. According to Clavien classification, Grade 1, 2 and 3 complications were observed in 6 (13.3%) patients. There were no Grade 4 and Grade 5 complications and no postoperative mortality in this study.

Conclusions: The CUSA was the efficient device in terms of resection time, blood loss and blood transfusion frequency. Ischemic preconditioning and intermittent inflow occlusion had a protective role against ischemic-reperfusion liver injury. This surgical strategy is an acceptable for safe liver resection.

17 - FRT

RIGHT HEMI-HEPATECTOMIES: INTRAHEPATIC GLISSONEAN PEDICLE APPROACH (VIDEO)

KARAMARKOVIC A, Mihajlovic V, Doklestic K, Petrovic N, Eric D, Kovacevic S, Bracanovic M

Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

smnm@Eunet.rs

The following video represents a compilation of different right hemi-hepatectomies, performed using intrahepatic Glissonean pedicle approach.

The pioneering works of Takassaki and Launois described the fibrous sheath that envelops the entire portal triad and extends into the liver. An alternative method of inflow control of the liver is the intrahepatic vascular control of glissonean pedicle. This technique includes the dissection of the whole sheath of the pedicle directly after division of a substantial amount of the hepatic tissue. In the transfissural or intrahepatic approach, these sheaths can be approached either anteriorly (after division of the main, right or umbilical fissure) or posteriorly from behind the porta hepatis. The use of staplers in this situation allows quick and safe transection of the pedicle “ en

masse”. At same time the presented intrahepatic approach saves time, reduce intraoperative hemorrhage as well as the risk of the potential injury of contralateral vessels and bile duct, which must be preserved.

The mobilization of the right hemiliver with dissection of the vena cava, extrahepatic outflow venous control, intermittent vascular occlusion and surgical technique of anterior and posterior intrahepatic approach to the vascular control of appropriate Glissonean pedicle, as well as technique of liver tissue transection with intent of minimal blood loss, are presented. Also, the use of vascular staplers in liver resection has been demonstrated.

20 - FRT

METODA ASIMETRIČNOG ODIZANJA NATALNE GLUTEALNE BRAZDE U LIJEČENJU PILONIDALNOGA SINUSA

KONDŽA G, Budimir T, Lizatović D

*Klinika za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Osijek, Osijek, Hrvatska**gkondza@gmail.com*

Uvod: Najnovije studije pokazuju da je uzrok pilonidalne bolesti oštećenje epidermisa glutealne brazde što dovodi do migracije debrisa i bakterija u potkožno tkivo koje potpomognuto vlagom, anaerobima i dlakama rezultira stvaranjem pilonidalnog apscesa.

Cilj: Prikazujemo početna iskustva sa novom kirurškom tehnikom a koja se sastoji od asimetričnoga odizanja natalne glutealne brazde

Materijali i metode: Dok je tradicionalna metoda široke ekscizije u središnjoj liniji pokazala brojne nedostatke, tehnika kožnih režnjeva je dala bolje rezultate, ali je tehnički kompliciranija. Zato se danas nameće nova metoda asimetričnog odizanja natalne glutealne brazde (cleft lift). U razdoblju od 16 mjeseci na našoj Klinici, ovom metodom je operirano 20 pacijenata od kojih se u 3 slučaja radilo o recidivu ranije operiranog pilonidalnog sinusa.

Rezultati: Prosjek trajanja bolesti je 2,5 godine. Što se tiče spola, prevaga je 18:2 u korist muškog roda,

prosječna dob je 28 godina. Svi su operirani u općoj anesteziji, te su primili iv. antibiotik intraoperativno, 11 pacijenata je primalo antibiotik postoperativno tijekom 5 dana, 3 pacijenta kroz 10 dana, ostali nisu primali antibiotike. Svima je postavljena redon drenaža koja je odstranjena 2.-4. dan. Hospitalizacija je trajala u prosjeku 5 dana, rana je previjana svaki 2. dan, tuširana od 3. postop. dana. Šavovi su odstranjeni nakon 12 dana. Izostanak iz škole/posla je bio 20 dana. Prosječno vrijeme praćenja pacijenata je 10 mjeseci. Od komplikacija smo imali jednu infekciju rane koja je bila riješena reoperacijom nakon 27 dana.

Zaključak: Cleft lift tehnika se pokazala jednostavnom, brzom, jeftinom i pouzdanom metodom koja jednako uspješno rješava nove i recidivirajuće pilonidalne sinuse.

28 - FRT

LAPAROSKOPSKA KOLECISTEKTOMIJA KROZ JEDNU INCIZIJU – NAŠA ISKUSTVA

RAŠIĆ Ž, Martinac M, Sever M, Lojo N, Rašić D, Barić M, Smiljanić M

Klinika za kirurgiju, Opća bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

zarko.rasic@zg.t-com.hr

Uvod i cilj: Kao posljedica težnje smanjivanju invazivnosti tradicionalne laparoskopske kirurgije razvijena je laparoskopska kolecistektomija kroz jednu inciziju.

U ovom radu su prikazani naša iskustva i rezultati s laparoskopskom kolecistektomijom kroz jednu inciziju, koje smo usporedili s uobičajenom laparoskopskom kolecistektomijom.

Bolesnici i metode: U razdoblju od godine dana učinili smo 68 laparoskopskih kolecistektomija kroz jednu inciziju (A grupa) te smo usporedili naše rezultate s 70 bolesnika kojima je učinjena uobičajena laparoskopska kolecistektomija (B grupa).

U studiji je sudjelovalo 78 žena te 60 muškaraca, srednje dobi oko 44 godine, body mass indeksa manjeg od 35 kg/m².

Pratili smo vrijeme trajanja operacije, potrebu za konverzijom u otvorenu kolecistektomiju, postoperacijske rezultate, količinu potrebne analgezije, vrijeme hospitalizacije i krajnji kozmetički učinak.

Rezultati i zaključak: Srednje vrijeme trajanja operacije je iznosilo 46 +/-3.5 min u A skupini te 43 +/-4 min u B skupini bolesnika. Kod jednog bolesnika iz A skupine tijekom operacije dodan je još jedan troakar. Kod ostalih bolesnika iz A skupine nije bilo potrebe za konverzijom na uobičajenu tehniku laparoskopske kolecistektomije ili na otvorenu kolecistektomiju.

Kod niti jednog operiranog bolesnika (A i B skupine) nisu uočene postoperacijske komplikacije. Srednje vrijeme hospitalizacije bilo je 2 dana u obje grupe bolesnika.

Prema našem dosadašnjem iskustvu možemo zaključiti da laparoskopska kolecistektomija kroz jednu inciziju daje slične rezultate uobičajenoj laparoskopskoj kolecistektomiji ali s boljim kozmetičkim rezultatima.

Ključne riječi: laparoskopska kolecistektomija kroz jednu inciziju, kirurške tehnike

31 - FRT

APSCES JETRE: DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOV

BUŠIĆ Ž, Kolovrat M, Servis D, Lončar B, Šitum A

*Zavod za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska**zbusic@kbd.hr*

Jetreni apscesi i dalje predstavljaju ozbiljan klinički entitet, sa stopom mortaliteta i do 10%. Tradicionalno liječenje apscesa jetre je putem otvorenog kirurškog zahvata, iako se u zadnje vrijeme sve češće koristi perkutana ili laparoskopska drenaža. Usprkos tim načinima liječenja i sve boljim dijagnostičkim metodama, apsces jetre ponekad nije jednostavno niti verificirati ni liječiti. Ovdje prikazujemo dva slučaja kroničnog apscesa jetre liječenih na našem odjelu. U prvom slučaju bolesnik je bio u dva navrata hospitaliziran u drugim ustanovama, pod dijagnozom jetrene ehinokoke. Kod nas je bio primljen radi kliničke slike sepse. Čistična tvorba u jetri je dijagnosticirana kao apsces tek tijekom operacije. Učinjena je resekcija VII

segmenta jetre gdje se apsces nalazio. Drugi bolesnik je primljen radi verificiranog jetrenog apscesa koji se laparoskopski evakuirao. Radi rezidualne tekućine u apscesnoj šupljini predložena je otvorena operacija koju je bolesnik odbio. Bolesnik je mjesec dana kasnije ponovno hospitaliziran radi recidivnog apscesa, kojom prilikom je učinjeno više ultrazvučno vođenih aspiracija gnoja iz apscesne šupljine. Bolesnik je u dobrom općem stanju otpušten kući. Sedam mjeseci kasnije bolesnik je po treći put hospitaliziran radi jetrenog apscesa. Učinjena je segmentektomija VIII segmenta jetre. Ova dva slučaja prikazuju kako kronični jetreni apscesi još uvijek ponekad predstavljaju dijagnostički i terapijski izazov.

37 - FRT

AKUTNA UPALA MECKELOVOG DIVERTIKLA S GASTROINTESTINALNIM STROMALNIM TUMOROM – PRIKAZ SLUČAJA I PREGLED LITERATURE

ĆUPURDIJA K¹, Kolak T¹, Ratković D², Vukelić-Marković M³, Aralica G⁴, Horžić M¹, Židak M¹,
Lacković Ž¹, Bušić Ž¹, Vergles D¹

¹ Klinička bolnica Dubrava, Klinika za kirurgiju, Zavod za abdominalnu kirurgiju, Zagreb, Hrvatska

² Opća bolnica Gospić, Odjel za kirurške bolesti, Gospić, Hrvatska

³ Klinička bolnica Dubrava, Zavod za dijagnostičku i intervencijaku radiologiju, Zagreb, Hrvatska

⁴ Klinička bolnica Dubrava, Zavod za kliničku i eksperimentalnu patologiju, Zagreb, Hrvatska

kcupurdi@kbd.hr

Uvod: Meckelov divertikul je najčešća kongenitalna anomalija tankog crijeva koja se javlja u 0,3 do 3% populacije. Kirurško liječenje potrebno je samo u slučajevima u kojima se javljaju komplikacije. Tumori Meckelovog divertikla su rijetki i javljaju se u 0,5 do 3,2% slučajeva od kojih gastrointestinalni stromalni tumori čine 12%.

Prikaz slučaja: 45-godišnji muškarac pregledan je u hitnoj kirurškoj službi zbog bolova u donjem desnom dijelu trbuha koji su trajali unazad 3 dana. Povremene bolove na istom mjestu imao je unazad nekoliko godina, a dvije godine ranije, radi sličnih tegoba blažeg intenziteta pacijent je bio pregledan u hitnoj službi.

Fizikalnim pregledom utvrđena je bolnost na palpaciju sa znacima lokalnog podražaja peritoneuma u donjem desnom kvadrantu trbuha. Laboratorijski testovi pokazali su povišene vrijednosti C-reaktivnog proteina. Ultrazvučni pregled ukazao je na apscesnu tvorbu te je učinjen MSCT trbuha koju otkriva cističnu tvorbu vezanu uz stijenku ileuma ispunjenu plinom i tekućinom te je postavljena sumnja na upaljeni Meckelov divertikul.

Učinjena je laparoskopija te je verificiran cistični tumor u desnom hemiabdomenu promjera oko 10 cm, smješten na antimezenteričnoj strani ileuma na oko 80 cm oralno od ileocekalne valvule,

priraslicama vezan za omentum, vijuge tankog crijeva i cekum. Tumor je oslobođen od priraslica i mobiliziran, sadržaj djelomično evakuiran punkcijom te je učinjena minilaparotomija, ekstrakcija i ekastraabdominalna resekcija tankog crijeva s tumorom te termino-terminalna anastomoza.

Patohistološka analiza pokazala je da se radi o gastrointestinalnom tumoru (vimentin+, glatko-mišićni aktin+, CD117+, desmin-, CD34-, S100-) Meckelovog divertikla sa 6% Ki67 pozitivnih stanica i s brojem mitozama od 3/50 vidnih polja velikog povećanja. Pacijent je u poslijeoperacijskom liječenju primao antibiotsku terapiju te je bez komplikacija otpušten kući. Dodatna kemoterapija nije provedena. Na zadnjem kontrolnom pregledu, 4 mjeseca nakon dijagnoze pacijent je bez tegoba.

Zaključak: Gastrointestinalni tumori Meckelovog divertikla izuzetno su rijetki te se dijagnosticiraju u sklopu komplikacija Meckelovog divertikla. Prema literaturi, većina opisanih slučajeva pogodna je za kirurško liječenje. Prognostičke čimbenike čine veličina tumora i mitotski indeks. Prikazali smo slučaj akutne kliničke slike gastrointestinalnog stromalnog tumora Meckelovog divertikla kod kojeg smo učinili laparoskopski potpomognutu resekciju.

47 - FRT

LAPAROSKOPSKA TRANSCISTIČNA KOLANGIOGRAFIJA – NAŠA ISKUSTVA U OB VUKOVAR

KAMAL M, Tepeš M, Šuvak I

Opća bolnica Vukovar, Vukovar, Hrvatska

mtepes@gmail.com

Razvojem laparoscopske kirurgije laparoscopska transcistična kolangiografija je zauzela značajno mjesto. Prema nekim autorima navedena metoda se izvodi sa uspjehom i do 99 %. Smatramo da bi kirurzi koji se bave laparoscopskom bilijarnom kirurgijom trebali biti upoznati sa tehnikom

izvođenja laparoscopske transcistične kolangiografije. Cilj ovog rada je pokazati naša iskustva u metodi transcistične kolangiografije te njenim prednostima.

57 - FRT

KOLOREKTALNI KARCINOM NA NAŠEM MATERIJALU - SKRINING PROGRAM

BUTUROVIĆ S, Tag-Eldin A, Alić S, Hadžizukić B, Džomba M

Opšta bolnica, Konjic, Konjic, Bosna i Hercegovina

bolnica_konjic@bih.net.ba

Skrining programi za maligne bolesti kolorektuma na prostorima FBiH su jako insuficijentni. Iz tih razloga se pacijenti uglavnom na hirurški odjel primaju kao 'hitni' slučajevi, ili se bolest dijagnosticira na odjelu nakon detaljne parakliničke i kliničke obrade 'nespecifični' gastrointestinalnih tegoba (zatvor, opšta slabost i malaksalost, gubitak apetita, neodređeni bolovi, slabog intenziteta u trbuhu), koje pacijent obično dugo tolerira). Rana dijagnoza ove bolesti garantuje izlječenje, te je iz tih razloga potrebno organizirati preventivne kolonoskopske preglede kod osoba iznad 50 godina, svake treće godine, a posebno za rizične grupe, jednom godišnje. Hemocult-test, zbog njegove nepouzdanosti, ne može se uzeti kao validna dijagnostička procedura. Od 21 pacijenta, koji su u periodu od dvije godine tretirani na našem hirurškom odjelu, 8 ili 38% je operisano zbog akutnog abdomena (Dg-Ileus). Kod ostalih pacijenta, njih 13 (62%), dijagnoza je postavljena

na odjelu, nakon gastroenterološke obrade. To je jedan od glavnih razloga za visok procenat smrtnog ishoda (24%). Pacijenti koji su porimljeni pod kliničkom slikom akutnog abdomena su operisani u dva vremena. Prvi period dijagnostička laparoskopija te te proksimalna derivacija, te u drugom aktu nakon 4-6 nedelja definitivna operacija, ako to uslovi dozvoljavaju. U dva slučaja radi inoperabilnosti urađena je palijativna, Hartmanova operacija. Kod planiranih operacija, urađena radikalna operacija, zavisno od lokalizacije procesa, uz obaveznu proksimalnu, loop-ileostomiju. U početku nismo radili proksimalnu derivaciju te smo imali tri/3/ dehiscencije sa letalnim ishodom. Imajući u vidu dugo trajanje bolesti sa malignom kaheksijom, na našem materijalu, držali smo se principa da je obavezujuća proksimalna derivacija i najčešće je to bila 'loop ileostomia'.

58 - FRT

LIJEČENJE NEGATIVNIM TLAKOM NA ZAVODU ZA DIGESTIVNU KIRURGIJU KBC-A RIJEKA

ĆEPIĆ I, Zelić M, Bačić Đ, Rahelić V, Uravić M, Perošić N, Gudelj M, Grbas H, Mendrila D

Zavod za digestivnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

ivcepic@inet.hr

Cilj: Prikazati naša iskustva u upotrebi negativnog tlaka kod infekcija rana i otvorenog abdomena.

Metoda: Negativni tlak predstavlja zlatni standard u liječenju „otvorenog abdomena“. Dokazana je manja učestalost nastajanja fistula, bolja kontrola tekućina, nema potrebe za mehaničkom ventilacijom te se smanjuje nastajanje povišenog intra-abdominalnog tlaka. Negativni tlak ubrzava cijeljenje rana te kod nekih bolesnika kod kojih je

došlo do sekundarne infekcije rane nema potrebe za uklanjanjem prolenske mrežice (strano tijelo) kao preduvjet cijeljenja rana.

Zaključak: Jednostavna metoda sa odličnim rezultatima i jednostavnost upotrebe predstavlja zlatni standard u liječenju „otvorenog abdomena“ te skraćuje vrijeme boravka u bolnici bolesnika sa sekundarnim infekcijama rana.

61 - FRT

OPERACIJE ŽELUDCA NA KIRURŠKOM ODJELU OPĆE BOLNICE VINKOVCI U RAZDOBLJU OD 2006. DO 2010. GODINE

ŠVAGELJ M, Kiš J, Stažić M, Čačić T, Kasić M, Petrović-Lukačević M, Čuljak V

Opća bolnica Vinkovci, Vinkovci, Hrvatska

marija.svagelj1@vk.t-com.hr

Ovim radom prikazali smo vrste i broj operativnih zahvata na želudcu u razdoblju od 2006. do 2010. godine, u odnosu na dob, spol i patohistološku dijagnozu.

U navedenom razdoblju učinjeno je 120 op. zahvata na želudcu uz 10 reoperacija u ranom post-operativnom tijeku. Operirano je 78 (65%) muškaraca i 42 (35%) žena u dobi od 22 do 88 godina.

Najviše operativnih zahvata - 71 (59%) je učinjeno zbog zloćudnih novotvorina želudca, a na drugom mjestu su operacije zbog želudčanog vrieda - 29 (24%), zbog drugih bolesti ih je učinjeno znatno manje.

Najveći broj zahvata čine:

- Gastrektomija sa limfadenektomijom, splenektomijom i omentektomijom - 28 (23%);
- Subtotalna gastrektomija sa limfadenektomijom, splenektomijom i omentektomijom - 25 (21%);
- Billroth II resekcija - 31 (26%).

Izbor operativnog zahvata je ovisio o lokalizaciji tumora, kliničkom stupnju i histološkom tipu tumora, nastojeći poštivati principe RO D1 ili RO D2 resekcije.

Patohistološkom analizom ukupno je nađena 71 primarna zloćudna novotvorina želudca - 70 karcinoma i jedan non Hodgkin limfom. 39 (56%) su adenokarcinomi intestinalnog tipa, a 14 (20%) difuznog tipa, dok su ostali tipovi bili zastupljeni u znatno manjem broju.

Analizom operacija na želudcu u promatranom razdoblju možemo zaključiti da je najveći broj operativnih zahvata na želudcu učinjen zbog adenokarcinoma želudca (intestinalnog tipa), a više od polovice zahvata čine gastrektomije i subtotalne gastrektomije sa D1 ili D2 limfadenektomijom.

63 - FRT

CENTRALNA RESEKCIJA PANKREASA KOD NEUROENDOKRINOLOGIJSKOG TUMORA PANKREASA

KOROLIJA-MARINIĆ D, Pavlek G, Škegro M

*Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska**dkdkorolija@gmail.com*

Cilj: Uobičajeni kirurški pristup liječenju tumora tijela gušterače je proširena desna ili lijeva pankreatektomija. Centralna resekcija gušterače predstavlja alternativnu kiruršku tehniku za benigne tumore, te tumore niskog malignog potencijala smještenih lijevo od gastroduodenalne arterije i u blizini konfluensa lijenalne i gornje mezenterične vene.

U slučaju 63-godišnje žene kod koje je postavljena klinička sumnja na tumor pankreasa učinjen je MSCT abdomena kojim je nađena tvorba visokosuspektna za tumor gušterače. Tumor je bio ograničen na tijelo gušterače te je planirana operacija na Zavodu za hepatobilijarnu kirurgiju i transplantaciju abdominalnih organa Klinike za kirurgiju KBC-a Zagreb. Cilj nam je prikazati naša iskustva u liječenju tumora tijela gušterače i usporedba naših rezultata s iskustvima drugih kirurga dostupnih iz literature.

Metode: Pristupom po Orru otvoren je abdomen, te je učinjena centralna resekcija gušterače s pankreatiko-jejunalnom anastomozom u jednome sloju. Tumor je reseciran u cijelosti. Intraoperacijski nisu nađeni znakovi proširenosti maligne bolesti.

Rezultati: Postoperacijski tijek protekao je uredno i bez komplikacija. Pacijentica je 10. postoperativni dan otpuštena na kućnu njegu u dobrom općem stanju. Patohistološki nalaz reseciranog dijela gušterače pokazao je da se radi o neuroendokrinom tumoru.

Zaključak: Kada je to tehnički izvedivo centralna pankreatektomija je sigurna operacija koja šteti tkivo pankreasa. Očuvanje parenhima pankreasa čuva i normalnu funkciju ove važne žlijezde. Naša iskustva odgovaraju onima dostupnim u literaturi.

65 - FRT

OPERACIJA PREPONSKE KILE PO METODI LICHTENSTEIN – NAŠA ISKUSTVA S OBZIROM NA NEKE TEHNIČKE DETALJE OPERACIJE

Lovasić F, GRBAS H, Medić M, Gudelj M, Pirjavec A

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

franjo.lovasic@ri.t-com.hr

Uvod: Prema EHS (European Hernia Society) operacija preponske kile po metodi Lichtenstein danas je (uz laparoskopski pristup gdje se preferira TEP metoda u odnosu na TAPP pristup) “zlatni” standard u operativnom liječenju preponskih kila u odraslih. Laparoskopski pristup u primarne jednostrane ili obostrane preponske kile preporuča se samo ukoliko operaciju izvodi, ili je tijekom izvođenja operacije dostupan kirurg dobro uvježban i vičan laparoskopskom načinu operacije. Prednosti endoskopskih metoda operativnog liječenja preponskih kila su: manja mogućnost nastanka infekcije rane i hematoma, brži oporavak nakon operacije i manja učestalost kronične ingvinalne boli nakon operacije. Neke prednosti otvorenog pristupa po Lichtensteinu su: većina preponskih kila može se učiniti u lokalnoj anesteziji, operacija je jeftinija, tehnički manje zahtjevnja, to je metoda izbora u operaciji velikih, ireponibilnih skrotalnih kila, mogućnost nastanka ozbiljnijih komplikacija ukoliko je izvodi kirurg s manje iskustva je manja. “Learning curve” kod endoskopskog izvođenja preponskih kila je u rasponu od 50 – 100 endoskopskih operacija, a najrizičniji period nastanka rijetkih, ali ozbiljnih komplikacija je u prvih 30 operacija.

U našoj ustanovi operacija preponske kile izvodi se najčešće prednjim otvorenim pristupom u spinalnoj ili lokalnoj anesteziji, nekom od tehnika “bez napetosti” s mrežicom (najčešće po Lichtensteinu). Tehnika po Lichtenstein-u danas je najčešće korištena metoda u operativnom liječenju preponskih kila s niskom stopom recidiva u dugotrajnom periodu praćenja.

Cilj prezentacije: Prikazati naša iskustva s nekim detaljima operativne tehnike koji omogućuju da se operacija preponske kile otvorenim pristupom bez napetosti s mrežicom izvede brzo, sigurno i kvalitetno, sa što manje komplikacija.

Materijal i metode: Uspoređene su dvije skupine bolesnika s unilateralnom preponskom kilom operiranih otvorenim pristupom s mrežicom bez napetosti. U svakoj skupini bilo je 30 bolesnika s podjednakom raspodjelom kila klasificiranih po Nyhus-u kao tip I, II i III. Svi bolesnici operirani su u lokalnoj anesteziji, od istog operatera. Jedna skupina operirana je na način identičan kako je opisano od Amid-a na WebSurg-u: Amid PK: Lichtenstein open tension-free hernioplasty, a druga skupina koristeći naša iskustva u operaciji otvorenim pristupom s mrežicom. Uspoređivano je vrijeme trajanja operacije i rane komplikacije.

Rezultati: Prosječno vrijeme trajanja operacije bilo je 48,5 min. u skupini gdje smo operaciju učinili u potpunosti se pridržavajući preporuka od Amida, dok je u drugoj skupini prosječno trajanje operacije iznosilo 40 min. Od ranih komplikacija u prvoj skupini u dva bolesnika imali smo hematoma koji je konzervativno riješen, a u drugoj skupini nismo imali komplikacija.

Literatura:

1. https://www.herniaweb.org/documents/EHS_Guidelines_orig.pdf
2. http://www.websurg.com/ref/Lichtenstein_open_tension-free_hernioplasty-ot02en190.htm

70 - FRT

VISOKO DIFERENTNI SLUČAJEVI U KIRURGIJI - INDIKACIJE I NAČINI LIJEČENJA

JADRIJEVIĆ S, Poljak M, Kocman B, Jemendžić D, Žgaljardić I, Kučan D, Šef D, Mikulić D, Jakuš DM, Kocman I, Kostopeč P

Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

stipislav.jadrijevic@zg.t-com.hr

Prikaz 5 visoko diferentnih kirurških slučajeva u KB Merkur:

1. penetrirajuća lezija jetre
2. akutni Budd-Chiari sindrom
3. veliki retroperitonealni tumor sa trombozom donje šuplje vene
4. komplikacija laparoscopske kolecistektomije sa okluzijom vene porte
5. akutna insuficijencija jetre nejasne etiologije.

Cilj predavanja je rasprava o indikacijama i načinu liječenja gore navedenih slučajeva.

73 - FRT

TIMSKI PRISTUP I SMJERNICE ZA DIJAGNOSTIKU I LIJEČENJE BOLESNIKA S KOLOREKTALNIM RAKOM U OB PULA

FEDEL I¹, Trivanović D¹, Budisavljević A¹, Cetina-Zgrabljic J¹, Labinac-Peteh L¹, Pleština S²

¹ Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska

² Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

ifedel@obpula.hr

Rak debelog crijeva i rektuma treći je najčešći tip tumora u svijetu. Rezultati liječenja izravno ovise o ranom otkrivanju i pravovremenom liječenju, stoga je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 2007. godine pokrenulo Nacionalni program za probir raka debelog crijeva. Taj program podržan je i od strane zdravstvenih programa Istarske županije. Standardizacija u pružanju zdravstvene zaštite preporučuje izradu smjernica u probiru, dijagnostici, terapiji i nadzoru 10 najčešćih bolesti. Stalni porast incidencije oboljelih od RDC-a, kao i sve složenije liječenje, motivirali su nas da tom zdravstvenom problemu pristupimo sistematski. U Općoj bolnici Pula, u lipnju 2010. oformljen je multidisciplinarni tim s ciljem standardiziranja postupaka u dijagnostici, liječenju i praćenju bolesnika oboljelih od raka debelog crijeva. U

ovom radu izložemo smjernice koje smo izradili s ciljem sveobuhvatnog liječenja oboljelih od RDC. Smjernice sadrže upute za obradu bolesnika sa sumnjom na rak debelog crijeva, predoperativnom pripremom bolesnika, planom liječenja, preporučenom kirurškom liječenju nedisemi-niranog raka kolona i rektuma, pato-histološkog nalaza, smjernicama pri odabiru neoadjuvantnog i/ili adjuvantnog liječenja, liječenja uznapredovale bolesti, kriterije kojima se prati uspješnost odgovora na primijenjenu terapiju, kao i sustavno praćenje po završenom liječenju. Uz prikaz smjernica iznosimo i preliminarne rezultate takvog pristupa s osnovnim ciljem poboljšanja kliničkog rada i osiguravanja dodatne sigurnosti i optimalnog liječenja bolesnika.

74 - FRT

HITNI KIRURŠKI ZAHVATI NA BILIJARNOM SUSTAVU U KBC ZAGREB 2006. – 2010.

PETROVIĆ I, Zedelj J, Škegro M, Romić B, Gojević A, Korolija-Marinić D, Baotić T, Deban O, Živković A

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

jzedelj@gmail.com

Cilj: Rad retrospektivno analizira kirurške zahvate na bilijarnom sustavu učinjene u hitnoj službi KBC-a Zagreb u razdoblju od 5 godina (2006. - 2010.)

Metode: Napravljeno je ukupno 439 kolecistektomija. Uspoređen je broj laparoskopskih i klasičnih kolecistektomija u navedenom periodu, učestalost komplikacija kod obje metode, duljina hospitalizacije, trajanje zahvata te učestalost i razlozi za konverziju iz laparoskopske u klasičnu kolecistektomiju. Također su analizirani hitni zahvati na žučnim putevima te učestalost i komplikacija tih zahvata.

Rezultati: Od ukupno 439 kolecistektomija 142 su bile laparoskopske (32,35%). 2006. laparoskopskih kolecistektomija je bilo 20 % (16 od 80), 2007. 25,29 % (22 od 87), 2008. 28,74 % (25 od 87), 2009. 36,54 % (38 od 104), 2010. 50,62 % (41 od 81). Prosječno trajanje zahvata klasične kolecistektomije je 80,31 min., a laparoskopske 94,5 min. Prosječno trajanje hospitalizacije nakon klasične kolecistektomije je 7,53 dana, a nakon laparoskopske 3,09 dana. Učestalost komplikacija laparoskopskih kolecistektomija je 8,7 %, a to su: hematomi (2 slučaja), lezije žučnih puteva (2 slučaja), deserozacija crijeva (2 slučaja), nepotpuna kolecistektomija (1 slučaj), intraabdominalni apsces (1

slučaj). Učestalost komplikacija klasičnih kolecistektomija je 11,3 %: infekcija rane (21 slučaj), bilijarni leak (6 slučaja), hematomi (5 slučaja), intraabdominalni apsces (2 slučaja). Učestalost konverzije iz laparoskopske u otvorenu kolecistektomiju je 11,27 % (16 slučaja). Razlozi su: težak lokalni nalaz (12 slučaja), respiratorna insuficijencija (KOPB) (1 slučaj), problemi s opremom (1 slučaj), deserozacija crijeva (2 slučaja). Napravljeno je ukupno 43 zahvata na žučnim putevima (choledochotomija, T drainage). U 14 slučaja je indikacija bila akutni kolangitis (32,56 %), a u 29 slučaja akutni kolecistitis sa koledoholitijazom ili sumnjom na koledoholitijazu. Učestalost komplikacija je 13,95 %. (2 infekcije rane, 2 intraabdominalna apscesa, 1 bilijarni leak, 1 hematom).

Zaključak: U navedenom petogodišnjem razdoblju značajno je porastao udio laparoskopskih kolecistektomija u ukupnom broju kolecistektomija. Značajno je kraći boravak pacijenata u bolnici nakon laparoskopske kolecistektomije o odnosu na klasičnu. Također je kod laparoskopskih zahvata nešto niža učestalost komplikacija. Glavne indikacije za hitne zahvate na žučnim putevima su akutni kolecistitis sa koledoholitijazom ili sumnjom na koledoholitijazu te akutni kolangitis.

80 - FRT

NAŠA ISKUSTVA U LIJEČENJU KARCINOIDNIH NEOPLAZMI U OB KARLOVAC

TUFEKOVIĆ D, Bujas T, Delač D, Tutek Z

Opća bolnica Karlovac, Karlovac, Hrvatska

dtufekovicdr@gmail.com

Ključne riječi: karcinoid, karcinoidni sindrom, dijagnoza, tretman

Karcinoidni tumori su neuroendokrine neoplazme, primarno gastrointestinalnog trakta.

Nastaju iz crijevnih APUD stanica. Incidencija u zadnja 2-3 desetljeća se povećava.

Najčešće se javlja u tankom crijevu, zatim rektumu, kolonu, želudcu. Većina lezija je u ranom stadiju asimptomatska te se otkriju prilikom endoskopije. Tretman ovisi veličini tumora, o lokalizaciji, o zahvaćenosti muskularis mukoze te o metastazama.

Kirurški tretman, ako je moguće, jedina je kurativna terapija. Ako je tumor metastazirao (najčešće jetra) i smatra se neizlječivim, indicirana je kemoterapija te simptomatska terapija karcinoidnog sindroma.

Retrospektivna studija, petogodišnje razdoblje 2005. – 2009. uvidom u medicinsku dokumentaciju OB Karlovac, nađeno je 10 pacijenata s karcinoidnim tumorom GI trakta i to 3 u području želuca, 1 crvuljka te 6 tankog crijeva. Dijagnostika postavljena kliničkom slikom (subileus, ileus, krvarenje, karcinoidni sy) endoskopski, MSCT spiralni, imunohistokemijskom metodom. Kod svih pacijenata učinjen kirurški zahvat, resekcija uz kreiranje anastomoza, apendektomija. Kod 1 pacijenta radi metastaske bolesti provedena je kemoterapija te terapija Sandostatinom.

Svi su pacijenti živi, kod 9 pacijenata kontrolnim MSCT te kontrolom razine kromogranina nema recidiva bolesti, a kod 1 pacijenta s metastatskom bolesti bolest je pod kontrolom.

82 - FRT

HIRSCHPRUNG DISEASE AS A CAUSE OF MEGACOLON IN ADULTS

MAXHUNI M, Kavaja F, Hoxha F, Hashani SH, Maxhuni L, Kavaja L

*Clinical Hospital Center Kosova, Prishtine, Republic of Kosova**fkavaja@hotmail.com*

Abstract: Hirschsprung disease in adults is a rare entity. It is usually diagnosed after long standing constipation and frequent abdominal distention with or without bowel obstruction. We report a Hirschsprung disease in a 21 year old female who presented frequently with abdominal distensions and abdominal sub-occlusions. During colonoscopy multiple biopsies were obtained and short segment, lack of myoenteric plexus was seen after histologic examination. One year follow up resulted in a complete resolution of symptoms.

Introduction: Hirschsprung disease is a disorder of the enteric nervous system and is characterized by an absence of ganglion cells in the distal colon. Worldwide frequency range from approximately 1 case per 1500 newborns to 1 case per 7000 newborns. The diagnosis of Hirschsprung disease in the adult age is extremely rare.

Case Presentation: We report a female patient at age of 21 presenting with chronic segmental megacolon in Surgery clinic of Kosovo University Clinical Center. The patient had a history of acute abdominal distention, chronic abdominal pain. Plain abdominal films showed mass of feces and with few air fluid levels. Abdominal decompression was performed with rectal and nasogastric tube. The patient was diagnosed with Hirschsprung disease after multiple biopsies were obtained through colonoscopy (only a short segment of Sigmoid colon presented with the lack of myoenteric plexus). After intravenous hydration patient underwent surgery with resection of offending Sigmoid colon and placement of colostoma. The postoperative time past uneventful and after, the patient was scheduled for reconstructive surgery. Two months later Descendorectal anastomosis was performed using single stitch, two row PDS anastomosis. The patient recovered and is currently without any of previous complaints. One year follow up with

monthly check-ups revealed resolution of previous complaints and no episode of abdominal distention.

Discussion: Megacolon is presented with dilatation of the colon that is not caused by mechanical obstruction. Any measurement of greater than 12 cm for the cecum is the standard that classifies as megacolon, also measurements greater than 6.5 cm in the rectosigmoid region and greater than 8 cm for the ascending colon classifies the same. The most common cause of megacolon worldwide is infection with *Trypanosoma cruzi* (chagas disease). Laboratory studies are important to exclude other etiologies, including electrolyte abnormalities (eg, calcium, magnesium, phosphorus). Thyroid function tests should also be performed to exclude Hypothyroidism. As differential diagnosis pathologies as Parkinson disease the following were also executed: Myotonic dystrophy, Diabetic neuropathy, Spinal cord injury, Scleroderma and SLE. Colonoscopy and CT scan excluded the mechanical obstruction. During Colonoscopy biopsy was obtained and histologic examination showed absence of ganglion cells in sub mucosal and myenteric plexuses in the offending Sigmoid colon. A diagnosis of adult Hirschsprung disease was made. Congenital aganglionosis of the distal bowel defines Hirschsprung disease. Aganglionosis begins with the anus, which is always involved, and continues proximally for a variable distance. Both the myenteric (Auerbach) plexus and the submucosal (Meissner) plexus are absent, resulting in reduced bowel peristalsis and function. Both the myenteric (Auerbach) plexus and the submucosal (Meissner) plexus are absent from the muscular layer of the bowel wall. Hypertrophied nerve trunks are also observed throughout the lamina propria and muscularis propria. Recently, immunohistochemistry is more reliable standard of diagnosing Hirschsprung disease. Complications management of verified aganglionosis is directed toward establishing

normal fluid and electrolyte balance, preventing bowel distension and managing complications, such as sepsis. As a such intravenous hydration, nasogastric decompression, and, as indicated, administration of intravenous antibiotics remain the cornerstones of initial medical management. Surgical treatment also includes creating a diverting colostomy at the time of diagnosis and the definitive repair later. In case of short segment Hirschsprung disease, resection and definitive repair is performed. In Swenson procedure oblique anastomosis is performed between the normal colon and the low rectum. In a procedure of Soave modified by Boley the mucosa and submucosa of the rectum is

removed through pulling of Bovell inside aganglionic muscular cuff. The operation consists also by making anastomosis at the anus. In a study of 259 consecutive patients, Menezes et al reported that 57% of patients presented with intestinal obstruction, 30% with constipation, 11% with enterocolitis, and 2% with intestinal perforation.(4)

Conclusion: Although Hirschsprung's disease is a rare entity in adults it should be considered in patients who have long-standing and refractory constipation. Duhamel Procedure seems to be treatment of choice in the majority of cases where the rectum is involved.

93 - FRT

NAŠA ISKUSTVA U KORIŠTENJU SURGICELA RADI SMANJENJA INTRABDOMINALNIH PRIRASLICA

BAOTIĆ T, Živković A, Škegro M, Romić B, Gojević A, Korolija-Marinić D, Petrović I, Deban O

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

imperator.angel@gmail.com

Cilj: želimo prikazati naša iskustva u korištenju Surgicela i učinak istoga na broj priraslica kod abdominalnih operacija. U tu svrhu usporedili smo pacijente kod kojih smo stavili Surgicel nakon izvedene abdominalne operacije s onima kod kojih nije upotrebljen Surgicel.

Metode: uvid u količinu priraslica tijekom relaparotomije uz uzimanje fotodokumentacije

Rezultati: u razdoblju od 2010. do 2011. godine na našem Zavodu smo počeli postavljati Surgicel kod većih abdominalnih operacija. Ukupno je bilo 262 pacijenta kod kojih je učinjena medijalna laparotomija. Od tog broja kod njih 120 je postavljen Surgicel, a kod 142 nije.

Ukupno je bilo 29 pacijenata koji su ponovno operirani (relaparotomirani).

Od tog broja kod 15 pacijenata kod prve operacije je postavljen Surgicel.

Kod njih je pronađeno oko 70-80 % manje abdominalnih priraslica vodeći se po klasi-fikacijskoj tablici Sveučilišne bolnice u Rotterdamu objavljenoj u PubMed Central Journal.

Zaključak: Iako relativno kratko vremensko razdoblje praćenja pacijenata i ukupnog broja pacijenata kod kojih je postavljen Surgicel, naša je preporuka, a s obzirom na dosadašnja iskustva da je poželjno nakon svake medijane laparotomije postaviti Surgicel intraperitonealno. Međutim smatramo da su potrebna daljnja klinička istraživanja u dužem vremenskome razdoblju radi postavljanja smjernica u sprječavanju razvoja abdominalnih priraslica nakon laparotomijskih operacija.

95 - FRT

10 YEAR OF LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY AT THE DEPARTMENT FOR ABDOMINAL SURGERY – UNIVERSITY MEDICAL CENTRE, MARIBOR

KREBS B, Koželj M, Gajzer B, Potrč S

Department of Abdominal Surgery, University Clinical Centre Maribor, Maribor, Slovenia

bojan.krebs@guest.arnes.si

Introduction: Laparoscopic surgery of benign and malignant changes in colon and rectum has become a standard method in the world and in Slovenia. Numerous studies have shown that this method is equivalent to the conventional technique, but some are even able to show an advantage of laparoscopic methods in selected patients.

Methods: Since 1996 precise data of all patients who were operated on for colorectal abnormality are collected in specially designed protocols. We searched the data for patients who had laparoscopic surgery and we statistically analyzed data.

Results: From 15.10.2001 to 1.3. 2011 we operated on 55 patients because of the changes in the colon and rectum. Most had a malignant disease. There

were 27 men and 28 women. The average age was 65 years, with at least 45 and not more than 83 years. Most of all patients, 41 had a sigma disease. In 8 cases we made a conversion. Three surgeons operated on all laparoscopic operations. The average hospitalization after surgery in patients without complications was 9.5 days.

Conclusion: Although we had started with laparoscopic colorectal surgery nearly 10 years ago, there was not until recently that this operation technique reached the place which deserves. Despite the relatively small number of our operations, the conversions rate and complications are comparable with similar studies around the world.

98 - FRT

WHIPPLEOVA OPERACIJA - NAŠA ISKUSTVA

ROMIĆ B, Baotić T, Šeparović I

*Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska**tbaotic@gmail.com*

Whippleova operacija je klasična kirurška terapija za periampularni karcinom, karcinom duodenuma, distalnog duktusa koledokusa i adenokarcinom glave pankreasa. Duodenopankreatektomiju je prvi put uspješno izveo 1909.g. Kausch, a kasnije popularizirao Whipple 1935.godine. U rukama iskusnog kirurga to je uspješna operacija s perioperacijskim mortalitetom nižim od 5%. Modifikacija sa očuvanjem pilorusa gdje se ne izvodi gastrektomija te ostavlja početna 2 cm pilorusa, smanjuje incidenciju postgastrektomičnih komplikacija kao što su dumping i rubne ulceracija, a postprandijalno otpuštanje gastrina i sekretina je gotovo normalno. Navodi se da je ukupno 5-godišnje preživljavanje za resektabilni periampularni karcinom 15-25%. 5-godišnje preživljavanje kod resektabilnih tumora duodenuma, distalnog koledokusa i ampule je 40-60%, a kod resektabilnih tumora glave pankreasa 5-25%.

Za pacijente sa prijeoperacijskom dijagnozom periampularnog karcinoma, koji su eksplorirani sa intencijom liječenja, postotak resektabilnosti se približava 35-40%. Postotak resektabilnosti je najniži za pacijente sa dijagnozom adenokarcinoma glave pankreasa i iznosi 15-20%, dok se za ampularni

karcinom približava 80%, a za duodenalne i tumore distalnog duktusa koledokusa približava 60%. Ako se eksploracijom nađu jetrene metastaze, implantati na serozi abdominalnih organa, metastaze u limfnim čvorovima izvan područja resekcije ili infiltracija mezenterijske arterije i vene, verificira se neresektabilna bolest. Prema izvještajima iz John Hopkins Hospital za pacijente sa karcinomom glave pankreasa, 5-godišnje preživljavanje je 21% s prosječnim medijanom preživljavanja od 15.5 mjeseci.

Prediktor preživljavanja je udio diploidne tumorske DNA, promjer tumora manji od 3 cm, negativni limfni čvorovi i negativni reseksijski rubovi. Preživljavanje produljuje i postoperacijska kemo-radioterapija.

U desetgodišnjem periodu (2000.-2009.) u Klinici za kirurgiju KBC-a operirana su ukupno 73 pacijenta.

Prikazujemo podatke koji se odnose na perioperacijski mortalitet i morbiditet. Nadalje navodimo zabilježene komplikacije i njihovo tretiranje. 5-godišnje preživljavanje iznosimo iz podataka Hrvatskog registra za rak.

100 - FRT

LIJEČENJE KARCINOMA REKTUMA S JETRENIM METASTAZAMA

JELIĆ T¹, Škegro M², Petrovčić J¹, Silovski T³, Tomić S⁴

¹ Opća bolnica Koprivnica, Koprivnica, Hrvatska

² Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

³ Služba za kliničku onkologiju, Klinika za tumore, Zagreb, Hrvatska

⁴ Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

tomislav.jelic.@kc.t-com.hr

Cilj: pokazati uspješnost kombinacije kirurške i onkološke terapije u liječenju karcinoma rektuma i jetrenih metastaza te uspješna suradnja OB Koprivnica, KBC Zagreb, Klinike za tumore i KBC Split.

Metoda: prikaz slučaja - kod bolesnice u dobi od 40 godina dijagnosticiran je karcinom rektuma sa jetrenim metastazama koje zahvaćaju veliki dio jetrenog parenhima. Vrijednosti CEA bile su iznad 400. Učinjena je niska resekcija rektuma, a mutacijska analiza ukazala je da se radi o "divljem tipu" tumora. Slijedi kemoterapija Erbituxom, a po

smanjenju volumena metastaza pristupilo se resekciji jetre. Zajedničkim pristupom OB Koprivnica, KBC Zagreb, Klinike za tumore i KBC Split pokazali smo da je neophodan zajednički pristup kirurga, onkologa, patologa te ustanova više i niže razine kako bi liječenje tumora bilo što uspješnije. Primjenom novih kemoterapeutika uspjelo se smanjiti volumen jetrenih metastaza i omogućiti resekciju jetre koja prije kemoterapije nije bila moguća. Na takav način produljuje se život i kvaliteta života.

108 - FRT

PERIOPERATIVNA NUTRITIVNA POTPORA BOLESNIKA S MALIGNIM OBOLJENJIMA PROBAVNOG TRAKTA

ZELIĆ M

*Klinika za kirurgiju. Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska**zelicm@medri.hr*

Uvod: Pothranjenost bolesnika je jedan od glavnih čimbenika za nastanak postoperativnih komplikacija. Bolesnici sa malignim bolestima probavnog trakta imaju veći rizik za nastanak pothranjenosti kako zbog neadekvatnog unosa hrane tako zbog kirurškog stresa i povećanja metaboličkih potreba. Stah od postoperativnog ileusa i strah za integritet novo formiranih anastomoza vrlo često dovode do produljenja parenteralne prehrane.

Metode: Retrospektivnom analizom bolesnika u kojih je izvršen neki od kurativnih zahvata radi karcinoma analizirani su čimbenici rizika za nastanak pothranjenosti i komplikacija u perioperativnom periodu. Prospektivno je u 60 bolesnika ispitivan učinak preoperativne oralne ishrane na razinu perioperativnog kirurškog stresa.

Rezultati: Bolesnici sa dobrim nutritivnim statusom imali su značajno manje perioperativnih komplikacija.

U bolesnika koji su dobili preoperativnu oralnu ishranu zamjećena je značajno manja razina perioperativnog stresa koji je procenjen kroz ispitivane laboratorijske parametre.

Zaključak: Preoperativna i rana postoperativna enteralna prehana u bolesnika sa malignim bolestima probavnog trakta vrlo se dobro tolerira kako u radikalno operiranih bolesnika tako i u bolesnika u kojih smo učinili palijativni zahvat. Adekvatnom perioperativnom nutritivnom potporom može se postići značajno smanjenje smanjenje kirurškog stresa a time i perioperativnih komplikacija.

110 - FRT

KIRURŠKO LIJEČENJE CROHNOVE BOLESTI

ANDROMAKO N, Pernat C

Univerzitetni klinički centar Maribor, Maribor, Slovenija

cvetka.pernat@ukc-mb.si

Cilj: analiza operiranih pacijenata zbog Crohnove bolesti (CB).

Pacijenti i metode: U periodu zadnjih 5 godina smo na Odjelu za abdominalnu kirurgiju Univerzitetnog kliničkog centra u Mariboru operirali 44 pacijenata zbog abdominalnih komplikacija CB tankog i debelog crijeva (stenoza, absces, intraabdominalne fistule). Svi pacijenti bili su prethodno podvrgnuti konzervativnoj internističkoj terapiji.

Kirurške komplikacije su bile potvrđene na osnovu kliničke slike, laboratorijskih i slikovnih dijagnostičkih pretraga (ultrazvuk, kompjutor-izirana tomografija, jejunografija, fistulografija, kolo-skopija). Od ukupno 44 operiranih pacijenata 27 je ženskog pola, 17 muškog. Po lokalizaciji bilo je kod 33 pacijenata (75%) CB tankog crijeva, kod 11 (25%) CB debelog crijeva. Prosječna hospitalizacija bila je 14,8 (15) dana. 24 pacijenata (55%) bilo je podvrgnuto prvoj kirurškoj abdominalnoj intervenciji, kod 20 pacijenata (45%) bile su urađene ponovne operacije (od 2 do 4 operacija u periodu praćenja od 17 godina).

Rezultati: Najčešći kirurški zahvat bila je ograničena resekcija prizadetog crijeva sa termino-terminalnom (T-T) anastomozom, koja je bila urađena sa ročnom tehnikom sa resorptivnim šavom, jednoslojno pojedinačno ili tekuće. Najčešća komplikacija po kirurškom zahvatu bila je stenoza anastomoze, koja je bila liječena sa ponovnom resekcijom i T-T anastomozom. Kod manjeg broja pacijenata sa CB debelog crijeva napravljeni su bili radikalniji zahvati: totalna kolektomija, proktokolektomija sa ileo-rekto ili ileo-analnom anastomozom ili sa terminalnom ileostomiom. Zbog krvarenja smo revidirali 1 pacijenta, kod 3 pacijenata bio je prisutan infekt u rani, kod 1 postoperativna upala pluća. Smrtnih slučajeva nije bilo.

Zaključak: Komplikacije CB tankoga i debeloga crijeva zdravimo kirurški po iscrpljenoj internističkoj terapiji. O vrsti operativnog zahvata odlučimo se ukupno sa gastroenterolozima za svakog pojedinačnog pacijenta. Kod operativnog liječenja pokušamo biti konzervativni i minimalno radikalni. Radimo ograničene resekcije prizadetog crijeva sa T-T anastomozom sa resorptivnim šavovima bez uporabe steplera.

111 - FRT

CROHNOVA BOLEST I KIRURŠKO LIJEČENJE: PREOPERATIVNA I POSTOPERATIVNA TERAPIJA

PERNAT C, Andromako N

*Univerzitetni klinički centar Maribor, Maribor, Slovenija**cvetka.pernat@ukc-mb.si*

Cilj: 80% pacijenata sa Crohnovom bolešću (CB) bit će jednom u svom životu operiranih zbog komplikacija CB; 36 – 57% od ovih bit će operiranih više puta. Post-operativno dugotrajno liječenje sa imunosupresorima smanjuje broj reoperacija zbog CB. Cilj naše studije je analiza terapije operiranih pacijenata sa CB prije i poslije operacije.

Pacijenti i metode: U zadnjih 5 godina operirali su 48 pacijenata zbog abdominalnih komplikacija CB tankog i debelog crijeva. Svi pacijenti bili su prethodno podvrgnuti internističkoj terapiji. 28 je ženskog pola, 20 muškog. Po lokalizaciji bilo je 71% CB tankog crijeva, 29% debelog. 27 pacijenata bilo je operiranih prvi put, 21 ponovno. Najčešći kirurški zahvat bila je ograničena resekcija crijeva sa termino-terminalnom anastomozom.

Rezultati: Prije prve operacije 18 pacijenata bilo je liječenih sa standardnom terapijom (kortikosteroidi i aminosalicilati), 7 pacijenata sa imunosupresorima (tiopurin ili methotrexat), 2 pacijenata sa biološkom terapijom. Kod više puta operiranih pacijenata 10 je bilo prije konačne operacije liječenih sa standardnom terapijom, 9 sa imunosupresorima, 2 sa biološkom terapijom. Poslije prve

operacije 6 pacijenata liječenih je sa imunosupresorima, 15 sa biološkom terapijom, 6 sa standardnom terapijom; od ovih 2 mlade pacijentice (28 i 33 godina) žele zatrudnjeti, 1 (31 godina) se liječi od psihoze, 1 (50 godina) ima poslije operacije dijagnostičan malignom pluća a 2 su poslije operacije na standardnoj terapiji a-simptomatski. Kod više puta operiranih pacijenata 3 pacijenti su poslije konačne operacije liječeni sa imunosupresorima, 11 sa biološkom terapijom, 7 sa standardnom terapijom; od ovih 1 (54 godina) je alergičan na imunosupresore, 1 (25 godina) ima dijagnosticiranu i neurološko bolest a 5 (od 41 – 72 godina) su poslije operacije na standardnoj terapiji a-simptomatski. Od ukupno 48 operiranih pacijenata sa komplikacijama CB 13 njih (27%) je poslije operacije liječenih sa standardnom terapijom; kod 6 pacijenata to je opravdano.

Zaključak: Komplikacije CB tankoga i debeloga crijeva zdravimo poslije iscrpljene internističke terapije kirurški. Poznato je, da imunosupresori dani odmah poslije operacije smanjuju rizik od reoperacija. U našoj studiji 14% operiranih pacijenata poslije operacije nema optimalne terapije.

113 - FRT

LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL APPROACH (TAPP) FOR INGUINAL HERNIA REPAIR: SINGLE CENTER FIVE YEARS EXPERIENCE

PERKO Z¹, Rakić M², Pogorelić Z¹, Družijanić N¹, Kraljević D¹, Grandić L¹

¹University Department of Surgery, University Hospital and Medical School, Split, Croatia

²Clinical Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

zperko@kbsplit.hr

Aim: Laparoscopic hernia repair has emerged as an effective alternative method for treating inguinal hernias. It has several significant advantages over the tension-free open repair now in use. In this report we summarize our laparoscopic hernia repair results and recommendations.

Patients and methods: The TAPP procedures for groin hernias performed between January 2003 and January 2008 at a single center were analyzed retrospectively. Individual surgeon performances were compared to determine whether the rates of complications were related to surgeon experience.

Results: A total of 312 TAPP procedures were reviewed, and 284 (91%) of the patients were fol-

lowed retrospectively. There were 266 (85.25%) males and 46 (14.75%) females. The average age range was 57.4 years. The mean length of hospital stay was 2.1 days. The mean operating time was 35 min. Six (1.92%) intraoperative and seven (2.24%) postoperative complications were noted. Two recurrences occurred (0.70%).

Conclusions: Laparoscopic TAPP hernia repair has proven to be an efficient method for the treatment of groin hernias. Most patients can be treated as day-cases. A low recurrence rate (0.70%) with low morbidity makes it an attractive method for routine treatment of groin hernias.

114 - FRT

UPUTE ZA KORIŠTENJE MEDICINSKIH PROIZVODA: ZAKONSKA OBVEZA I E-LABELING

PERKO Z

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Split, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska
zperko@kbsplit.hr

Prema Pravilniku o bitnim zahtjevima, razvrstavanju, sustavu kvalitete, upisu u očevidnik proizvođača i očevidnik medicinskih proizvoda te ocjenjivanju sukladnosti medicinskih proizvoda, proizvođači (a time i nosioci upisa u očevidnik – zastupnici stranog proizvođača) dužni su navesti odgovarajuće podatke za medicinski proizvod. Tako svaki medicinski proizvod mora biti popraćen podacima potrebnima za njegovo korištenje na siguran i ispravan način, kao i podatke u uputama za uporabu medicinskog proizvoda. Između ostaloga, potrebno je navesti i podatke o poznatim svojstvima i tehničkim čimbenicima jednokratnih instrumenata, a koji bi mogli uzrokovati rizik ukoliko se proizvod ponovno upotrijebi. Nadalje, prema Pravilniku o praćenju štetnih događaja vezano uz medicinske proizvode štetnim događajem smatra se i netočnost u označavanju, uputama za uporabu i/ili promotivnim materijalima, a što uključuje propuste i nedostatnosti. Prema Zakonu o medicinskim proizvodima navedeni propusti su kažnjivi za pravne i fizičke osobe. Pravilnicima Agencije za lijekove i medicinske proizvode propisano je da se prilikom upisa medicinskog proizvoda u očevidnik prilažu upute za uporabu, na hrvatskom jeziku. Takvu

uputu Agencija odobrava i takva uputa mora biti dostupna korisnicima. Postoje objektivne teškoće s kojima se susreću nosioci upisa u očevidnik u RH. S tim problemima su upoznati i u Agenciji, radi čega se niti ne inzistira na postojanju uputa za uporabu na hrvatskom jeziku, a koje bi bile otisnute na papiru i uložene – priložene uz medicinski proizvod. Ali, nedostupnošću takvih uputa nosioci upisa se suočavaju s opasnostima neispunjavanja bitnih odredbi Zakona o medicinskim proizvodima i pravilnika s tim povezanim, gubitkom ugovorenih ili neugovorenih poslova, prijavama Agenciji, kažnjavanju pravnih i fizičkih osoba i konačno povlačenjem proizvoda s tržišta. Smjer kojim se i u svijetu ide je korištenje elektroničkih uputa za primjenu, putem e-labelinga. Radi se o dostupnosti takvih uputa u elektroničkom obliku, najčešće putem web-stranica. S tim su suglasni i u Agenciji, kao s rješenjem kojim će se zadovoljiti bitni uvjeti iz pravilnika, a upute će biti dostupne korisnicima. Sve je to u cilju poboljšanja kvalitete usluge, kako nosioca upisa u očevidnik, tako i korisnika, a u cilju poboljšanja načina korištenja, smanjenja broja štetnih događaja, komplikacija i slično.

115 - FRT

USUAL METHODS OF NATURAL ORIFICE TRANSLUMINAL ENDOSCOPIC SURGERY (N.O.T.E.S.) AND SINGLE PORT SURGERY

PERKO Z¹, Rakić M², Družijanić N¹, Kraljević D¹, Stipić R¹, Grandić L¹

¹ University Department of Surgery, University Hospital and Medical School, Split, Croatia

² Clinical Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

zperko@kbsplit.hr

Aim: The aim of this study was to determine the feasibility and technical aspects of single port cholecystectomy (SPC) and transvaginal laparoscopically assisted endoscopic cholecystectomy (TVC).

Methods: During SPC we have used a different single-ports and instrumentations. The steps of the procedures have been the same as conventional laparoscopic cholecystectomies. The first step for TVC was to insert a 5mm trocar via supraumbilical incision. This port provided the view of the gallbladder and allow the use of working instruments during the procedure. The second trocar and laparoscope were introduced through a posterior vaginal colpotomy. The gallbladder was dissected free from the liver bed using standard 5mm laparoscopic instruments via supraumbilical port. The dissected gallbladder was placed in a retrieval bag prior to removal through the vagina.

Results: Between November 2008 and December 2009 we have performed more than 40 SPC and three TVC. Using described methods, the procedures have been feasible in the all patients. There were no intraoperative complications and no conversions to open or standard laparoscopic operations. No postoperative complications were observed. Total operative time ranged between 60 and 75 min. Median length of hospital stay was one day.

Conclusions: The results of our initial experience are encouraging. SPC and TVC are feasible, effective and safe when experienced laparoscopic surgeons use proven methods.

118 - FRT

TOTALNA PERITONEKTOMIJA I HIPERTERMIJSKA INTRAOPERATIVNA PERITONEALNA KEMOTERAPIJA (HIPC) U KB MERKUR

JEMENDŽIĆ D, Kocman B, Jadrijević S, Poljak M, Mikulić D, Kocman I, Kostopeč P

*Klinika za kirurgiju, Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska**djemendzic@gmail.com*

Cilj: Prezentirati rezultate liječenja karcinoze peritoneuma postupcima totalne peritonektomije i hipertermijske intraoperativne peritonealne kemoterapije (HIPC) u KB Merkur.

Metode: Karcinoma peritoneuma predstavlja rast tumora na peritonealnoj površini koja, primjenom samo sistemske parenteralne kemoterapije ili samo citoreduktivne kirurgije, najčešće rezultira fatalnim ishodom. Indikacije za ovakav zahvat su: pseudomiksom peritoneuma; mezoteliom peritoneuma; karcinoma peritoneuma kod karcinoma kolona, rektuma, ovarija i želuca; karcinoma peritoneuma kod karcinoida crvuljka. Lijekovi koji se koriste u HIPC-u su Mitomycin i 5-Florouracil kod pseudomiksoma peritoneuma i karcinoma crvuljka, kolona i rektuma, te Cisplatin, Doxorubicin i Mitomycin kod mezotelioma peritoneuma, karcinoma želuca i ovarija. Prilikom izvođenja postupka pacijenta se najprije postavi u ginekološki položaj, a rez ide od ksifoida do pubisa. Zahvat uključuje peritonektomiju parijetalnog peritoneuma (gornji lijevi i desni kvadrant, donji lijevi i desni kvadrant te u zdjelici), omentektomiju, kolecistektomiju, splenektomiju te subtotalnu kolektomiju. Nakon toga slijedi postavljanje drenova za HIPC, od kojih su 2 «dovodna», a 2 «odvodna», 3 temperaturne sonde koje služe za mjerenje intraabdominalne temperature tijekom postupka HIPC-a te zatvaranje kože abdomena

kako bi se osigurao «zatvoreni» sistem. HIPC-a traje 90 minuta, tokom kojih se u abdominalnu šupljinu ispušta zagrijana otopina kemoterapeutika, a intraabdominalnu temperaturu potrebno je održavati na optimalnih 42°C. Poslije slijedi lavaža abdominalne šupljine, formiranje ileorektalne anastomoze ili ileostome te postavljanje obostrane torakalne drenaže.

Rezultati: Na Klinici za kirurgiju, Kliničke bolnice Merkur, u razdoblju od 2008. do 2011. učinjeno je 18 zahvata totalne peritonektomije i HIPC-a. Od tog broja, 11 pacijenata je bilo ženskog spola, a 7 muškog, dok je raspon godina varirao od 32 do 66 godina. Najčešća indikacija je bila karcinoma kolona (8), slijedi karcinoma jajnika (6), mezoteliom peritoneuma (2), pseudomiksom peritoneuma (1) te karcinom želuca (1). Od 18 operiranih pacijenata, 6 ih je završilo smrtnim ishodom, i to 3 u ranom postoperativnom praćenju, a 3 u kasnom (6 mjeseci i više od operacije).

Zaključak: Karcinoma peritoneuma predstavlja rast tumora na peritonealnoj površini koja, primjenom samo sistemske parenteralne kemoterapije ili samo citoreduktivne kirurgije, najčešće rezultira fatalnim ishodom. Stoga, najbolje rezultate u liječenju karcinoze peritoneuma daje istodobna kombinacija citoreduktivne kirurgije i intraperitonealne kemoterapije.

120 - FRT

LAPAROSKOPSKI TRETMAN HIJATAUSNE HERNIJE

LATIĆ F, Samardžić JL, Miškić Đ

Opća bolnica "Dr. Josip Benčević", Slavonski Brod, Hrvatska

feridlatic@yahoo.com

Video film prikazuje laparoskopsku operaciju hijatusne hernije kod bolesnice stare 62 godine koja je zaprimljena na naš odjel nakon radiološke i endoskopske obrade na Internom odjelu. Kod bolesnice je verificirana veća hijatusna hernija i GERD III stupnja s izraženim simptomima žgaravice, retosternalne boli, disfagije i povremenih aritmija.

Nakon kreiranja pneumoperitoneuma uvedu se 4 troakara i uz prepariranja i mobilizacije fundusa učini se repozicija hijatusne hernije. S nekoliko pojedinačnih šavova suzi se hijatus jednjaka i rekonstruira Hisov kut te kreira prednja semi-

fundoplikacija po Doru. Plasira se nazpgastrična sonda i abdominalni dren, a mjesta uboda troakara zatvore.

Nakon 24 sata učini se Rtg ezofagogram s gastrografinom i izvadi dren. Nismo registrirali poslijeoperacijske komplikacije i bolesnica je otpuštena na kućno liječenje četvrtog poslijeoperacijskog dana.

Laparoskopija može biti izvediva i korisna metoda u tretmanu hijatusne hernije, uz dobru educiranost kirurške ekipe.

122 - FRT

INTRAKORPORALNA ANASTOMOZA KOD LAPAROSKOPSKE RESEKCIJE TANKOG I DEBELOG CRIJEVA

MADŽAR I, Bujas Ž, Šimunović-Smirčić M, Zamarin K

*Opća bolnica Šibenik, Šibenik, Hrvatska**ivica.madzar@si.t-com.hr*

Prikazi slučaja:

1. Bolesnica stara 76 godina operirana radi -Ca colonis coecoascendentis koja ima brojne komorbiditete -FA perm., hypertensio art. Cor ath. Sy anxiodepressivum. Spondylosis vert cervicalis. Sy cervicale et vertebrobassillare. St post fractura multifrag. pars proxim tibiae l. dex

Kod bolesnice je učinjena laparoskopski desna hemikolektomija s ileotransverzo anastomozom koja je intrakorporalno formirana.

PH: ADENOCARCINOMA COLI. Dukes C. Tumor promjera 2,8 cm. Zloćudne tumorske stanice nađu se u jednom od 10 limfnih čvorova u smislu presadnica.

Nakon pola godine k. kolonoskopija pokaže uredne anastomoze.

2. Bolesnik star 41 godinu koji je obrađivan radi dizuričnih smetnji i kojem je u dg obradi na CT nadjena tumorska tvorba mjehura LL promjera 7,5

i AP promjera 5,4 cm. Indicira se laparoskopjska ekploracija i nađe se makroskopski suspektan GIST u srednjem dijelu ileuma. Učini se resekcija tankog crijeva sa 10-15 cm od tm tvorbe te se formira intrakorporalna L-L anastomoza.

PHD: TUMOR GASTROINTESTINALIS STROMALIS (GIST)

Zapažanje umjesto zaključka: U oba primjera učinjena je intrakorporalna LL anizoperistaltična anastomoza. Prednosti su osim potpunog laparoskopskog izvođenja zahvata i mogućnost lakšeg ekstrahiranja preparata. Također je i veći izbor mjesta ekstrahiranja. U oba primjera smo se odlučili na periumbilikalnu ekstrakciju, radi već postojećeg otvora koji smo trebali neznatno proširiti. Devastacija tkiva je manja od ostalih mjesta te iz estetskih razloga.

123 - FRT

NAŠ STAV U LIJEČENJU CARCINOM REKTUMA

KANDIĆ Z¹, Kandić Ad¹, Kandić Al², Radnić D¹, Čatić L³

¹ *Klinika za abdominalnu hirurgiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*

² *Klinika za ginekologiju i akušerstvu, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*

³ *Klinika za plastičnu hirurgiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*

kandic_adis@yahoo.com

Maligna bolest debelog crijeva spada u najčešće neoplazme čovjeka i obuhvata oko 30% svih tumora digestivnog trakta. Pritom karcinom završnog dijela debelog crijeva (rektuma) čini 45-48% svih oboljelih od CRC. Prema „American Society Cancer“ samo rak pluća u muškaraca i rad dojke u žena su češći od CRC. Incidenca kolorektalnog raka se kreće od 15-30/100.000 stanovnika. Rektalni karcinom je rezultat poremećenih genskih faktora u intereakciji sa činocima spoljne sredine. Počeci hirurškog liječenja rektalnog karcinoma datiraju od Fageta, koji je 1739. godine izveo prvu ekstrapertone - alnu eksciziju rektuma, koju usavršava Ernest Milles 1908. Godine, Hartman 1923. resekciju bez anastomoze, a sredinom XX stoljeća Dixon precizira resekcione zahvate, Litre (1770.) kolostomu.

Cilj rada je da se analizom prije i postoperativnog morbiditeta, izbora operativnih procedura te invaliditeta i letaliteta ukaže na potrebu rane dijagnostike i protokolarni, onkološki pristup u liječenju maligne bolesti završnog dijela debelog crijeva (rektuma).

Na materijalu Klinike za abdominalnu hirurgiju, Kliničkog centa Univerzizeta u Sarajevu u četvorogodišnjem periodu (2006.- 2010.) na ukupno 406 bolesnika od CRR bilo je 261 (64,3%) oboljelih od raka završnog dijela debelog crijeva.

Striktna primjena protokola liječenja raka rektuma se u cjelosti sprovodi. Primarni hiruški akt je izveden kod ranih stadija oboljenja. Kod uznapredovalog stradija bolesti sa prodorom mezorektalne fascije kao i nalazom pozitivnih limfoglandula (NMR) najprije je primjenjena RKT,

pa nakon 6-8 sedmica operativni akt. Na ukupno 261 operiranih ispitanika, urađene su 5 (1,9%) transanalnih resekcija do tumora do 2 cm; 104 (39,8 op. po Dixonu (I, II i III a stadijum tumora rectosigme); amputacija 24 (9,2%); lijevih hemikolektomija sa resekcijom rektuma 56 (22,4%) sa intersfinkternim colotransverzo-analnim anastomozama kod 29 (11 %). Operacija po Hartmanu bilo je 44 (16,8 %) i kolostomija 10 (3,8%) u hitnoj službi. Kod tumora niskih lokalizacija primjenjujemo niske kolotransverzorektalne ili ultraniske intersfinkterne coloanalne anastomoze. Totalna mezorektalna ekscizija i limfadenektomija je imperativ. Striktno poštujemo onkološki princip da se u cjelosti odstrani zahvaćeni organ sa limfnovaskularnom arkadom.

Operativni letalitet do 30 dana iznosio je 2,5% (komorbiditet, thromboembolizam).

Zahvaljujući kombinovanom Protokolarnom pristupu hirurške i radiokemoterapije rektalnog raka ekstirpacioni operativni zahvati su izgubili svoju raniju učestalost, dok su resekcioni zahvati sa niskim i ultraniskim anastomozama dobili na značaju.

Timski rad i tijesna suradnja onkološkog tima (hirurga, gastroenterologa, patologa, onkologa, radioterapeuta) uz poštovanje protokola o liječenju onkoloških bolesnika, predstavlja preduslov dobre onkološke hirurgije.

Ključne riječi: rak rektuma, resekcioni i ekstirpacioni zahvati, protokolarni pristup

124 - FRT

NAŠ STAV U HIRURŠKOM LIJEČENJU ANOREKTALNOG PROLAPSA

KANDIĆ Z¹, Kandić Al², Kandić Ad¹, Čatić L³¹ *Klinika za abdominalnu hirurgiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*² *Klinika za ginekologiju i akušerstvu, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*³ *Klinika za plastičnu hirurgiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*

kandic_adis@yahoo.com

Anorektalni prolaps označuje parcijalo ili kompleto cirkumferencijalno ispadanje zadnjeg dijela debelog crijeva kroz analni kanal. Najčešći je u djetinjstvu i u starijih osoba. U žena je češći nego u muškaraca (84 : 16%). U nastanku prolapsa najznačajniju ulogu ima slabost i atonija pelvičnog dna, struktura rektalnog hijatusa i sfinkternog mehanizma na koje je ukazao Janel (1896); Quenu, Duval, Moskowitz (1910.); Pemberton i Stalker (1939); Goligher (1958). Okrivljuju se, takođe, uzrast, sjedeće zanimanje, bolesti, povrede, navike, operativne intervencije, ponaosob porođajna trauma, epiziotomije.

Cilj rada je retrospektivna analiza hirurškog liječenja i prospektivno praćenje bolesnika liječenih od prolapsa. Poseban osvrt je dat uzrocima nastanka prolapsa te značaju adekvatnog hirurškog liječenja kod brojnih oboljenja i povreda anorektuma, ginekološko akušerskih operacija i na kraju, naš hirurški stav u liječenju prolapsa. Kako veliki broj bolesnika zadugo prikriva svoj anorektalni prolaps gubeći nadu u bilo kakvu pomoć, poseban akt je stavljen da se tim pacijentima ukaže na mogućnost liječenja i izlječenja.

U kazuistici Klinike za abdominalnu hirurgiju i privatne zdravstvene ustanove „Alea dr. Kandić“ u dvogodišnjem periodu (2009.- 2010.) izvršena je retrospektivno-prospektivna analiza na ukupno 59 bolesnika operiranih zbog anorektalnog prolapsa.

Dijagnoza je postavljena na osnovu anamnestičkih podataka, kliničkog pregleda, lokalnog nalaza i

drugih metoda funkcionalnog ispitivanja anorektuma. Pritom kod 41 (69,5%) sa analnim prolapsom (prolaps I stepena), koji je bio razlog zapuštenog hemoroidalnog oboljenja uradjena je THD (DG HAL-RAR) sa mukozektomijom i rektoanalnom reparacijom. Prolaps II stepena (adultni) kod 4 (6,8%) pacijenata riješen je supradentatalnom mukopeksijom. Od 8 (13,6%) bolesnika sa prolapsom rektuma III stepena (proksidennacija), kod dva bolesnika zbog gangrene prolapsa u hitnoj službi uradjena je transanalna resekcija. Kod 5 bolesnika primjenjen je kombinovani abdominalni i perinelani zahvat (rektopeksija i perineoplastika, gracilis plastika). Kod jednog bolesnika zbog visokog dobnog uzrasta uradjena je samo perinealni pristup. Poseban se značaj pridaje rekonstruktivnom prilazu sve tri porcije sfinktera. Ohrabruju udaljeni rezultati liječenja, pogotovu kod inkontinentnih bolesnika čija se funkcija u najvećem broju slučajeva vidno popravila u učinila život snošljivim. Komplikacija nismo registrovali. Anorektalni prolaps predstavlja težak medicinski i socijalni problem koji bolesnika uvodi u beznađe ako se ne pristupi njegovom adekvatnom hirurškom liječenju. Mjere prevencije nastanka prolapsa su veoma bitne. Hirurško liječenje uzroka nastanka prolapsa mora biti odgovarajuće. Postoperativna edukacija i fizikalni tretman veoma su značajni.

Ključne riječi: anorektalni prolaps, prevencija, hirurško liječenje

125 - FRT

MINIMALNO INVAZIVNE METODE LIJEČENJA HEMOROIDALNE BOLESTI

KANDIĆ Ad¹, Kandić Z¹, Ćatić L², Kandić Al³

¹ *Klinika za abdominalnu hirurgiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*

² *Klinika za plastičnu hirurgiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*

³ *Klinika za ginekologiju i akušerstvu, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina*

kandic_adis@yahoo.com

- THD - HAL (DOPPLER GUIDE HEMORRHOIDAL ARTERY LIGATION)
- THD - DG HAL, DG HAL-RAR WITH RECTOANAL REPARATION
- THD - DG HAL-RAR WITH MUCOSECTOMY AND RECTOANAL REPARATION

Hemoroidalna bolest zbog svoje učestalosti, poteškoća u liječenju predstavlja ogroman socijalni i medicinski problem. Preko 80% pučanstva boluje od hemoroida, koji u najvećem broju slučajeva zahtjevaju hirurško liječenje. Hirurgija je, u liječenju hemeroida, doskora, atakovala na manifestne kopmlikacije - prošireni hemoroidalni pleksus, koje se sastojalo u njegovom ligiranju ili redukciji. Pritom, uzrok bolesti ostajao je intaktan. Broj recidiva bolesti je, zbog toga, bio izrazito visok.

Najnovije metode liječenja se zasnivaju na rješavanju uzroka bolesti. One podrazumjevaju doplersku identifikaciju krvnog suda i njegovu ligaturu, te suspenziju hemoroida i prolabirane analne mukoze.

Cilj rada je da se iznesu rezultati liječenja hemoroidalne bolesti minimalno invazivnim postupkom poznatim kao DG HAL RAR (doplerska identifikacija i ligature grana hemoroidalne arterije i rektoanalna reparacija), to jest, prednosti toga načina liječenja u odnosu na standardne, ranije metode.

U periodu od 2007. do 2010. godine, u privatnoj zdravstvenoj ustanovi "Alea dr. Kandić" analizirano je 419 bolesnika koji su liječeni minimalno invazivnim postupkom DG HAL RAR. Pritom, kod 29 (6,9%) bolesnika, primjenjen je DG HAL. THD (DG HAL-RAR) urađen je kod 162 (38,7%). Najveći broj oboljelih, 216 (51,6%) pripadao je IV stadijumu bolesti, kod kojih je primjenjen - DG HAL RAR sa reduktivnom mukozektomijom i rektoanalnom reparacijom. Kod 12 (2,9%) zbog posttrombotičkih ulcerativnih promjena hemoroidalne zone uz DG

HAL RAR urađena je rektoanalna reparacija sa V-Y kutanim režnjevima. Hemoroidalnu bolest kod 61 (14,6%) postojale su perianalne fistule. Posttrombotička analna fisura bila je veoma čest pratilac oboljenja sa 287 (68,6%). Hipertrofični analni papillitis je postojao kod 362 (86,4%), te 6 (1,43%) analne pektenoze. Kod 6 (1,4%) uz hemoroidlanu bolest nađena je maligna bolest analnog kanala

Prosječna dužina liječenja iznosila je 1,3 b/o dana. Hirurške kontrole su vršene nakon 2, 5, 10 14, 30 dana, te 2, 4, 6 i 12 mjeseci. Svi bolesnici kod kojih je primjenjen DG HAL RAR pokazali su odlične rezultate, sa zadovoljavajućom ocjenom hiriurga i bolesnika.

Kod 6 bolesnika kod kojih je primjenjen DG HAL nakon 6 mjeseci ponovljen je postupak, a kod tri bolesnika urađen je DG HAL RAR nakon čega su rezultati bili odlični.

Nije registrovana niti jedna postoperativna komplikacija u smislu krvarenja, infekcije, disfunkcije analnog sfinktera. Kod 123 (86,6%) operisanih bolesnika kod kojih je primjenjen DG HAL-RAR, naročito sa mukozektomijom prisutni su bili jaki postoperativni bolovi periodu do 24 h sati, a neznatni do 48 h.

Svi bolesnici kod kojih je primjenjen DG HAL rađeni bez anestezije ili u lokalnoj anesteziji, a svi operirani sa DG HAL RAR u spinalnoj ili opstoj anesteziji.

Minimalno invazivna metoda liječenja DG HAL RAR predstavlja do sada najefektivniju metodu liječenja hemoroidalne bolesti. Siguran efekat liječenja, brz oporavak i vraćanje na posao opravdavaju njenu primjenu. Ona ispunjava sve uslove za „one day“ surgery.

Ključne riječi: hemoroidi, minimalno invazivni postupak, THD (DG HAL-RAR).



Teme za
specijalizante opće kirurgije
(iz područja digestivne kirurgije)

*Topics for
General Surgery Residents
(Digestive Surgery)*

2 - GSR

ZBRINJAVANJE BAZE APENDIKSA U TOKU LAPAROSKOPSKE APENDEKTOMIJE

KOLUH A, Cero I, Šestić H, Karavdić S, Mujić H

Kantonalna Bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina

anhel.koluh@gmail.com

Uvod: U Bosni i Hercegovini se sporadično, tek u nekoliko centara, uvodi laparoskopna apendektomija kao metoda tretmana akutnog apendicitisa. Laparoskopna apendektomija tek u zadnje vrijeme postaje uobičajena metoda u tretmanu akutnog apendicitisa, premda ima dokazane prednosti u odnosu na klasičnu apendektomiju. Laparoskopna apendektomija traži izvjestan stepen znanja laparoskopne hirurgije i skuplju opremu. Prednosti ove metode poput znatno rjeđih infekcija rane, kraćeg boravka u bolnici, bržeg oporavka i povratka svakodnevnim aktivnostima, praćene su najčešće dužim vremenom operativnog zahvata i nešto višim troškovima.

Metode: Intraoperativno različitim metodama smo zbrinjavali bazu apendiksa kao što su endo-loop, stapler te modifikovani način Vycril 2.0 U observacionom periodu analizirali smo pacijenate operisane zbog akutnog apendicitisa te pratili vrijeme operativnog zahvata i dužinu ležanja, komp-

likacije hirurškog zahvata te razloge konverzije kod pacijenata operisanih laparoskopnom metodom.

Rezultati: Vrijeme operativnog zahvata (minute) iznosilo je 96 min. u skupini operiranih klasičnim pris-tupom, a u laparoskopskoj 107 minuta, Prosječna dužina ležanja je bila u skupini operiranih klasičnim pristupom 3.9 dana, a u laparoskopskoj grupi 2.3 dana. Najčešća komplikacija u skupini operiranih klasičnim pristupom je bila infekcija operativne rane i ileus, a u grupi operiranih laparoskopnom metodom ileus .

Zaključak: Kod pacijenata operiranih laparoskopnom metodom rizik infekcije rane je manji, a boravak u bolnici kraći. Sa povećanjem iskustva hirurga, ova vrsta tretmana akutnog apendicitisa postaje metoda izbora.

Ključne riječi: Laparoskopna apendektomija, akutni apendicitis.

23 - GSR

RARE MANIFESTATION OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN IN-VITRO CONCEIVED QUADRUPLET NEONATE WITH PNEUMOPERITONEUM – A CASE REPORT

MIHANOVIC J¹, Juric I², Pogorelic Z², Furlan D², Biocic M²

¹ *General Hospital Zadar, Zadar, Croatia*

² *Clinical Hospital Center Split, Split, Croatia*

mihanovic@gmail.com

Assisted reproductive technologies increase chances for multiple pregnancy and may raise incidence of major congenital defects. Multiple pregnancies are burdened with premature deliveries, lower birth weight, shorter gestation period and associated perinatal morbidity and mortality. Hirschsprung's disease is congenital aganglionosis and might be related to patient's perinatal history. Rare manifestation of Hirschsprung's disease is spontaneous pneumoperitoneum which represents surgical emergency. Delay in recognition and treatment can significantly worsen prognosis. In every neonate with intestinal

perforation, a suspicion of Hirschsprung's disease should be raised, especially if other causes such as necrotizing enterocolitis, intestinal atresia or meconium ileus are excluded.

In-vitro conceived quadruplet premature neonate presented with pneumoperitoneum caused by transverse colon spontaneous perforation and microcolon appearance of distal bowel, treated by resection and temporary colostomy turns to be a rare manifestation of Hirschsprung's disease.

24 - GSR

KIRURŠKO LIJEČENJE KRVARENJA IZ GASTRODUODENALNOG ULKUSA KOD HEMODINAMSKI NESTABILNIH BOLESNIKA

SMILJANIĆ M, Zoričić I, Sever M, Rašić Ž, Lojo N, Romić D, Martinac M

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

smiro_bmf@yahoo.com

Jedna od komplikacija ulkusne bolesti je gastrointestinalno krvarenje, koje je uzrok značajnog mortaliteta.

Sadašnja terapija gastroduodenalnog krvarenja se sastoji od hitne gastroduodenoskopije sa fotokoagulacijom ili sklerozacije krvareće lezije. U slučaju da se navedenim načinom ne uspije zaustaviti krvarenje primjenjuje se šav krvareće ulkusne lezije ili resekcije želuca.

Cilj ove studije bio je analizirati naše rezultate i metode pri kirurškom liječenju gastroduodenalnog krvarenja kao komplikacije ulkusne bolesti u životno ugroženih pacijenata.

Pacijenti i metode: Skupina od 47 životno ugroženih pacijenata sa simptomima obilnog, životno ugrožavajućeg, akutnog gastroduodenalnog krvarenja je kirurški liječena u OB Sveti Duh u Zagrebu unazad 10 godina.

Masivno gastroduodenalno krvarenje je endoskopski potvrđeno te je nakon nedostatne endoskopske terapije kirurški liječeno. S obzirom na teško opće stanje, za bolesnike se pretpostavilo da ne bi preživjeli parcijalnu resekciju želuca, stoga

su u 47 pacijenata učinjeni šavovi krvareće ulkusne lezije, u 20 od njih je u isto vrijeme učinjena i ligatura gastroduodenalne arterije (AGD) ili lijeve gastične arterije (AGS).

Rezultati: Vitalno ugrožavajući bolesnici koji su liječeni kombinacijom ligature arterije i šavovima krvareće ulkusne lezije imali su bolje rezultate u zaustavljanju gastroduodenalnog krvarenja te veće preživljavanje od pacijenata koji su liječeni samo šavovima krvareće ulkusne lezije, bez ligature arterija.

Zaključak: Kombinacija ligature arterija (AGD ili AGS) i šavova krvareće ulkusne lezije pokazale su bolje rezultate u zaustavljanju gastroduodenalnog krvarenja nego sami šavovi krvareće ulkusne lezije.

Ključne riječi: gastroduodenalno krvarenje, ligatura lijeve gastične arterije, ligatura gastroduodenalne arterije

25 - GSR

UČINAK PENTADEKAPEPTIDA BPC 157 I NO SUSTAVA NA INDUCIRANI SINDROM KRATKOG CRIJEVA

SEVER M, Adanić A, Rašić D, Rašić Ž, Martinac M, Smiljanić M, Barić M, Crvenković D

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

zrnka1@hotmail.com

Želučani antiulkusni pentadekapeptid BPC 157, koji je u kliničkim istraživanjima za upalnu bolest crijeva (PL14736, Pliva) uspješno pomaže cijeljenju intestinalnih anastomoza i sindroma kratkog crijeva u štakora te je dokazan antagonizam inhibicije NO sustava pentadekapeptidom BPC 157 na modelu kontuzije mišića. Također je dokazana disfunkcija NO sustava u nastanku upalne bolesti crijeva (Hatoum OA, *Gastroneterology*. 2003Jul; 125(1):58-69.) Stoga smo tijekom 4 tjedna promatrali učinak pentadekapeptida BPC 157 na sindrom kratkog crijeva u interakciji s NO sustavom. Promatran je progresivni gubitak tjelesne mase i ostale tjelesne promjene koje su nastupile u štakora s induciranim sindromom kratkog crijeva (nakon opsežne resekcije tankog crijeva od 4. ilealne arterije kranijalno od ileocekalne valvule do 5 cm ispod pilorusa). BPC 157 (/kg) (10 μ g, ng i pg) je davan intraperitonealno (jedan put na dan, prvi put 30 min nakon operacije, zadnji 24 sata prije žrtvovanja) te L-NAME (5 mg/kg). Unutar prvog postoperativnog tjedna, u vidljivo iscrpljenih

kontrolnih i L NAME životinja, unatoč povećanju visine crijevnih resica za 2x, dubine crijevnih kripti za 2x i debljine mišićnog sloja tankog crijeva za 4x, te povećanju promjera i jejunuma i ileuma dolazi do progresivnog stalnog gubitka tjelesne mase. Suprotno, u BPC 157 + L-NAME tretiranih životinja uočen je, od najranijeg postoperativnog vremena, značajan dodatni porast visine crijevnih resica, dubine crijevnih kripti, debljine oba mišićna sloja tankog crijeva te stalan porast tjelesne mase (s vremenom doseže vrijednosti zdravih, neoperiranih životinja). Osim toga u BPC 157 + L-NAME liječenih životinja nisu uočene promjene promjera jejunuma i ileuma te njihovog međusobnog odnosa, te je uočena povećana čvrstoća anastomoze. Stoga možemo zaključiti da se učinak pentadekapeptida BPC 157 ne može poništiti utjecajem L-NAME, dok sama L-NAME potencira razvoj sindroma kratkog crijeva.

Ključne riječi: NO susutav, sindrom kratkog crijeva

26 - GSR

UČINAK PENTADEKAPEPTIDA BPC 157 I VISOKIH DOZA DIKLOFENAKA NA INDUCIRANI SINDROM KRATKOG CRIJEVA

LOJO N, Rašić Ž, Martinac M, Barić M, Sever M, Rašić D, Stipić Z, Adanić Z

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

nermin.lojo@gmail.com

Već je dokazan pozitivan učinak pentadekapeptida BPC 157 na proces cijeljenja i adaptacije u sindromu kratkog crijeva (Sever et al Dig. Dis Sci 2009) i protektivni učinak na modelu lezija uzrokovanih diklofenakom u štakora (Ilic et al. Jour. of Phy. Phar. 2009).

Cilj: U ovom radu analizirali smo učinak pentadekapeptida BPC 157 na inducirani sindrom kratkog crijeva uz primjenu visokih doza diklofenaka.

Materijali i metode: U radu smo koristili od prije poznati operativni model operacijski inducirano sindroma kratkog crijeva (resecirano više od 70% tankog crijeva). Nakon operacije životinjama je apliciran diklofenak 12,5 mg/kg i.p. te pentadekapeptid BPC 157 u dozama 10 µg/kg i 10ng/kg doses i.p.neposredno nakon operacije. Kontrolne životinje su dobile 0,9% Na Cl i.p.

Životinje su žrtvovane 24 sata nakon operacije zbog značajne hepatotoksičnosti diklofenaka. Neposredno prije žrtvovanja mjerili smo prosječno vrijeme krvarenja u sekundama. Tijekom žrtvovanja uzeli smo uzorke krvi te potom odredili vrijednosti AST, ALT, LDH i bilirubina. Također smo izvršili makroskopska i mikroskopska te funkcionalna mjerenja.

Rezultati. U svih BPC 157 tretiranih životinja uočili smo značajno kraće vrijeme krvarenja u usporedbi s kontrolnim životinjama. Kontrolne životinje su imale zastojnu masnu jetru dok su BPC 157 životinje imale jetru usporedivu sa jetrama normalnih životinja.

Razina bilirubina je značajno povišena u kontrolnoj skupini životinja u usporedbi sa životinjama tretiranim sa pentadekapeptidom BPC 157. Vrijednosti AST, ALT, LDH su bile povišene u obje testirane skupine. Broj lezija u gastrointestinalnom sustavu (želučanih, duodenalnih, lezija tankog crijeva i debelog crijeva) bio je značajno veći u kontrolnoj skupini životinja u usporedbi sa životinjama tretiranim sa BPC 157.

Zaključak: Prema našim rezultatima možemo zaključiti da BPC 157 poboljšava adaptaciju tankog crijeva i jetre čak i u uvjetima toksičnosti uzrokovane visokim dozama diklofenaka.

Ključne riječi: sindrom kratkog crijeva, BPC 157, diklofenak

27 - GSR

UČINAK PENTADEKAPEPTIDA BPC 157 NA CIJELJENJE REKTOVAGINALNIH FISTULA U ŠTAKORA

BARIĆ M, Rašić Ž, Martinac M, Crvenković D, Lojo N, Smiljanić M, Vidas S

Klinička bolnica „Sveti Duh“, Zagreb, Hrvatska

mbaric@kbsd.hr

Poznato je da su rektovaginalne fistule veliki medicinskoterapijski problem s obzirom da u velikom broju slučajeva zahtjevaju formiranje bipolarnog anus pretera ili operacije po Hartmannu te uspostavu kontinuiteta u drugom aktu. Za napomenuti je da za sada ne postoji adekvatna farmakološka terapija rektovaginalne fistule. S obzirom da pentadekapeptid BPC 157 uspješno poboljšava cijeljenje gastrokutanih fistula (Dig Dis Sci (2009) 54:46–56) te kolokutanih fistula (J Pharmacol Sci 108, 7–17 (2008)) za pretpostaviti je da će se isti učinak uočiti i prilikom cijeljenja rektovaginalne fistule

Materijali i metode: Za model rektovaginalne fistule koristili smo ženke Wistar albino štakora mase 200g. Štakoricama u dubokoj anesteziji nakon donje medijane laparotomije uzdužno se incidira stražnja stjenka vagine i prednja stjenka rektuma duljine 5 mm te se produžnim šavom Vycril 4-0 formira jednoslojnom tehnikom rektovaginalna fistula.

Pentadekapeptid BPC157 (Diagen d.o.o., Ljubljana, Slovenija) otopljen u fiziološkoj otopini je svakodnevno apliciran u dozama 10µg/kg intraperitonealno tokom cijelog trajanja pokusa (serije 1, 3, 5, 7, 10, 14 i 21 dan), kontrolne životinje

su dobivale svakodnevno ekvivalentnu količinu 0,9% otopine NaCl. Životinjama su u dubokoj anesteziji prilikom žrtvovanja mjerene sile pritiska tekućine potrebne za propuštanje fistule te su potom po žrtvovanju promatrani i uspoređivani promjeri fistula (mm).

Rezultati: U svih životinja tretiranih pentadekapeptidom BPC 157 uočili smo tijekom cijelog pokusa značajan porast sile tekućine potreban za propuštanje fistule tijekom cijelog pokusa u odnosu na kontrolne životinje. Također je u BPC 157 skupinama, uočeno značajano reduciranje promjera fistula već nakon trećeg poslijeoperacijskog dana koje se proteže cijelim pokusom do potpunog zatvaranja fistula (nakon 14 dana), dok su promjeri fistula u kontrolnih skupina manje tendencije zatvaranju te su iste prisutne i nakon 21. poslijeoperacijskog dana.

Zaključak: S obzirom na dobivene rezultate zaključujemo da bi pentadekapeptid BPC 157 mogao biti adekvatno farmakološko rješenje problema rektovaginalnih fistula.

Ključne riječi: pentadekapeptid BPC 157, rektovaginalna fistula

32 - GSR

SURGICAL TREATMENT OF MORBID OBESITY

GRBAŠ BRATKOVIĆ S¹, Koščak D¹, Štivić Ž¹, Vujčić D¹, Kučić Ž¹, Crvenković D², Košuta D¹

¹ General Hospital Bjelovar, Bjelovar, Croatia

² Clinical Hospital „Sveti Duh“, Zagreb, Croatia

sanela2604@yahoo.com

Severe obesity is a chronic condition that is difficult to treat through diet and exercise. Bariatric surgery is an option for people who are morbidly obese and have a body mass index of 40 kg/m² or more and cannot lose weight by traditional means or who suffer from serious obesity-related health problems and have a body mass indeks of 35 kg/m² or more. Surgical procedures currently used are: restrictive, malabsorptive and mixed. Most of the studies demonstrated excess body weight loss of 50% to 70% or more after the surgical treatment of obesity.

The operation reduces the risk of type 2 diabetes, cardiovascular disorders, hipertension, liver disease and improves quality of life. Risk if morbid obesity is left untreated is far more greater than the risk of surgery. Total utility which is achieved by operation of morbid obesity is far more important than possible damage due to complications and mortality. The best results are achieved when bariatric surgery is followed by healthy eating behavior and regular physical activity.

TRANSANALNA EKSCIZIJA POLIPOIDNIH TUMORA REKTUMA NA ODJELU ZA KIRURŠKE BOLESTI OB VARAŽDIN

PAJTAK A, Stare R

Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

alen@dvasadva.net

Cilj: Prikaz početka prospektivnog praćenja pacijenata u kojih je učinjena transanalna ekscizija polipoidnih tumora rektuma.

Metode: Naše indikacije za transanalnu eksciziju su bili vilozni adenomi, sesilni polipi koji nisu riješeni endoskopski, potreba kompletne ekscizija radi PHD analize te polipi koji se nalaze do 3cm od anokutane granice. Pacijentima je prethodno učinjena gastroenterološka obrada. Operativni zahvat vrši se uz pomoć ultrazvučnog noža. Koriste se Hill-Ferguson analni spekulumi. Pacijenti su preoperativno pripremaju klizmom te dobivaju „single shot“ cefalosporina prve (cefazolin) ili druge (cefuroksim) generacije. O nastavku antibiotske terapije se odlučuje intraoperativno. Nakon završenog kirurškog liječenja pacijenti su dalje praćeni od interniste gastroenterologa.

Rezultati: U radu se daje prikaz deset pacijenata kod kojih je učinjena transanalna ekscizija u 2010. god. U grupi je bilo pet muških pacijenata te pet ženskih pacijenata, starih između 38-81 godinu. Kod sedam pacijenata operacija je indicirana zbog nemogućnosti adekvatnog odstranjenja polipa dijatermijskom omčom tijekom kolonoskopije. U jednog pacijenta nalaz kolonoskopske biopsije upućivao je na otočiće atipije unutar bioptičkog materijala te je planirana kompletna ekscizija. U jedne pacijentice radilo se o polipima na samoj anokutano granici. Jedna pacijentica inzistirala je na transanalnoj eksciziji kao načinu liječenja. Kod 8 pacijenata preoperativno je učinjena biopsija polipa. Kod dva pacijenta nije učinjena prethodna

biopsija polipa. Biopsija nije učinjena kod pacijentice čija tvorba se nalazila na samoj AKG, te kod pacijentice koja je inzistirala na transanalnoj eksciziji kao načinu liječenja. Od 8 pacijenata kojima je prethodno učinjena kolonoskopska biopsija tvorbe, u 7 pacijenata radilo se o tuboviloznim adenomima sa I-III stupnjem displazije, a u jednog pacijenta u bioptičkom PHD nalazu u adenomu su pronađeni otočići atipije. Kod 6 pacijenata potvrđena je preoperativnom biopsijom postavljena patohistološka dijagnoza. Pacijent kod kojeg su u PHD nalazu bioptičkog materijala bili opisivani otočići atipije patohistološki nalaz ekscidirane tvorbe dokazao je da se radio o tuboviloznom adenomu sa displazijom II/III stupnja. Kod jedne pacijentice PHD nalaz po eksciziji upućuje na adenokarcinom koji u pregledanim rezovima zahvaća i laminu propriju. Kod dvije pacijentice kod kojih nije pred eksciziju učinjena biopsija, patohistološki nalaz po eksciziji govori za fibroepitelijalne polipe.

Zaključak: Transanalna ekscizija uz pomoć ultrazvučnog noža pogodna je za rješavanje polipoidnih tumora rektuma do 10-12cm od anokutane granice. Ima prednosti pred TEM-om (transanalna endoskopska mikrokirurgija) jer ne zahtjeva posebnu i skupu opremu, posebnu edukaciju i dugu krivulju učenja. Za sada nemamo iskustva sa transanalnom ekscizijom T1 karcinoma ali planiramo prospektivnu studiju kod tih tumora.

41 - GSR

GASTROINTESTINALNI TUMORI ŽELUDCA - PRIKAZ SLUČAJA

LALOVIĆ N, Dukić Vladičić N, Marić R, Supić A, Šarenac Z, Miletić R, Dostić M, Marić S, Starović V, Kovačević M, Erić D, Avram N, Ćuk M, Batinić Škipina D, Jokanović D, Potpara D, Veljović Đ, Davidović B, Marić H

Klinički bolnički centar Foča, Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

nenad.lalovic@gmail.com

Uvod: Gastrointestinalni tumori (GIST) želuca su najčešći mezenhimalni tumori u gastrointestinalnom (GI) traktu. Histološko porijeklo, klasifikacija, dijagnostički kriterijumi za GIST, kao i njihov biološki potencijal su još uvijek sporni.

Prikaz slučaja: U našem radu prikazaćemo pacijentkinju starosti 60 godina sa profuznim krvarenjem iz želuca uzrokovanim GIST-om.

Diskusija: Smatra se da navedeni tumori vode porijeklo od intersticijalnih, pejsmejker Cajal-ovih ćelija, koje ulaze u sastav autonomnog nervnog sistema digestivne cijevi, koji je zadužen za regulaciju motiliteta gastrointestinalnog trakta. Prema drugoj teoriji smatra se da gistomi nastaju veoma rano od primitivni ćelija GI trakta koje se

moгу diferentovati u Cajalove ćelije, čime se objašnjava lokalizacija navedenih tumora van zida digestivne cijevi. Ova shvatanja potkrepljena su identičnom ekspresijom CD 117 i CD34, kako u Cajalovim ćelijama tako i u GIST. GIST su najčešće lokalizovani u želudcu (60-70%), zatim u tankom crijevu (20-30%), debelom crijevu i rektumu (5-10%), i ezofagusu (<5%). Razvijaju se i izvan digestivne cijevi u mezenterijumu, omentumu ili retroperitoneumu (ekstragastrointestinalni stromalni tumori - EGIST).

Zaključak: Najčešća komplikacija GIST-a su obstrukcija i krvarenje. Glavni vid liječenja predstavlja hirurška resekcija kada je to god moguće.

42 - GSR

OUR RESULTS AFTER 10317 LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES WITH SPECIAL VIEW TO THE COMPLICATIONS

KUNIŠEK L, Grbas H, Rahelić V, Uravić M, Petrošić N, Bačić Đ, Gudelj M, Zelić M, Saftić I,
Lovasić F, Čepić I, Primc D, Mendrila D, Grebić D

Surgery Clinic, Clinical Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia

leon.kunisek@inet.hr

Aim: We perform an analysis of the large series of laparoscopic cholecystectomies and compare our results with those reported in the literature concerning complications.

Material and Methods: From December 1993 to September 2010, 10317 patients with gallstone disease underwent laparoscopic cholecystectomy. Previously operated patients were also included in the study. We analyzed the successfulness of the results, intraoperative and postoperative complications, conversions in open cholecystectomy, mortality and reoperation rate.

Results: We registered 23.28% complications. Intraoperative complications were bleeding in 9.84%, gallbladder perforation in 8.63%, stone loss in 1.37%, common bile duct injury in 0.24% and injury of intraabdominal organs in 0.07% of cases.

Postoperative complications were bleeding in 1.12%, wound infection in 0.59%, bile leakage in 0.5%, incisional umbilical hernias in 0.37%, subhepatal collection in 0.33%, residual gallstones in choledocus in 0.09%, urine retention in 0.08% and biliary peritonitis in 0.01% of patients.

Conversion to open cholecystectomy was necessary in 2.13%. Reoperation was performed in 0.27%. The mortality rate was 0.019%.

Conclusion: Our results on large number of patients are similar to other series in the newer literature but the rate of complications should be decreased. The incidence of complications decreases with growing laparoscopic experience.

44 - GSR

ANATOMSKE VARIJACIJE I ANOMALIJE HEPATO-BILIJARNOG TRAKTA TE SUDSKO-MEDICINSKI ASPEKTI KOD INTRAOPERATIVNIH POVREDA ISTOG

OKIĆ A, Cero I, Šestić H, Mujić H

Kantonalna bolnica Zenica, Zenica, Bosna i Hercegovina

anel_okic@yahoo.com

Cilj: Bolje upoznavanje anatomije te varijacija i anomalija hepato-bilijarnog (HB) sistema u cilju što efikasnije dijagnostike, operativnog tretmana te izbjegavanja eventualnih grešaka u praksi. Ukazivanje na najčešće povrede hepato-bilijarnog trakta tokom operativnih zahvata te sudsko-medicinski aspekti tih povreda u region i svijetu.

Metode: U radu su korištena iskustva i istraživanja kolega i stručnjaka iz regiona kao sa onima iz prestižnih centara širom svijeta. Iskustva i nalazi su upoređeni sa istraživanjima i radovima novijih data. Korištene su originalne fotografije i skice za prikaz hepatobilijarnog sistema, te su statistički predstavljene anomalije i varijacije koje se pojavljuju u praksi i teoriji. Poseban akcenat je na ekstrahepatične žučne vodove i vaskularizaciju trakta, jer najveći broj grešaka i povreda tokom operacija dešava se upravo na ovim elementima. Zbog toga smo procentualno i statistički obradili najčešće greške i povrede HB sistema koje se javljaju u praksi tokom operativnih nalaza. Također smo analizirali sudsko-medicinske aspekte povreda hepato-bilijarnog trakta. Obradili smo olakšavajuće i otežavajuće okolnosti po operatera kod vođenja sudskih procesa u slučaju namjernih i ne namjernih grešaka. Ukazali smo na metode i aktivnosti koje mogu dovesti do sprječavanje istih. Analizirali smo i uporedili, regionalne zakonske

odredbe i kazne te prednosti i mane vezane za namjerne i ne namjerne greške i povrede koje može počinuti operater sa odredbama i kaznama u svijetu.

Rezultati: Signifikantnu korelaciju imaju parametri kao što su nedovoljno poznavanje anatomije, varijacija i anomalija sa učestalim greškama tokom operativnih zahvata, dok na njihovo smanjenje znatno utječu permanentna edukacija, razmjena iskustava te pravilna priprema i obrada pacijenta. Rutina i praksa kao parametar su znatno iza gore navedenih. Mali broj ljekara je upoznato sa sudskim aspektima u zdravstvu.

Zaključak: Došli smo do zaključka da dobrom preoperativnom pripremom, dobrim poznavanjem te konstantnom edukacijom znatno možemo utjecati na smanjenje grešaka i povreda tok operativnih zahvata na hepatobilijarnom sistemu. Razmjena ideja i znanja sa kolegama, praćenje istraživanja i radova te podjela i ličnih iskustava recept su za uspješne i kompletne operativne zahvate.

Također treba imati na umu i rečenicu koju sam čuo od svog Načelnika, a citiraću je: "Hirurg koji ne griješi, ili laže ili ne operiše."

Ključne riječi: Hepatobilijarni trakt, anomalije, varijacije, intraoperativno, sudsko-medicinski

46 - GSR

COMPLICATIONS IN COLORECTAL SURGERY: COMPARATION BETWEEN LAPAROSCOPIC AND OPEN SURGERY: A SINGLE SURGEON EXPERIENCE

KNEŽEVIĆ M, Stipančić I, Baković J, Miočinović M, Kolak T, Kliček R, Runjić I

Department of Abdominal Surgery, Clinical Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

mariknezevic@gmail.com

Background: Colorectal surgery is performed for various benign and malignant diseases by open or laparoscopic approach and burden risks of various complications. Recent data have raised concern that intraoperative complications may be increased in lap. surgery. Here we report our five years results comparing complications in open and laparoscopic colorectal resections done by a single surgeon.

Methods: Patients presenting to the Clinical Hospital Dubrava between 2005. and 2010. were studied about developing intraoperative and postoperative complications after abdominal colorectal procedures.

Results: 137 pts were entered in our computer database (119 malignant and 18 benign conditions). A 68 laparoscopic (68/137, 49.64%) procedures and 69 (69/137, 50.36%) open surgery procedures were performed. Of all laparoscopic procedures 9 were converted to open surgery (9 /68, 13.24%). Majority of conversions (7 pts) were preemptive due to T4 (5 pts) and bulky tumor (2 pts). In 2 pts (2 /68, 2.94%) the reason for conversion was intraoperative complications (1 uncontrolled bleeding and 1 urethral lesion). No intraoperative complications during open surgery were detected.

Postoperative complications were lower in laparoscopically operated pts. Postoperative complications occurred in 15 patients (15/137, 10.95%). Among them 9 (9/69, 13.04%) were submitted to open and 6 (6/68, 8.82%) to laparoscopic surgery. Eight pts had wound infection. Five of them underwent open surgery and 3 laparoscopic surgery. Anastomotic leak occurred in 4 pts, all after low rectal resection. Of these 3 resections were performed laparoscopically and 1 was by open approach. Other complications included postoperative paralytic ileus and small bowel obstruction in 3 pts operated by open technique. Due to complications 10 pts (10/15, 66.7%) were reoperated, (5 pts (5/10, 50%) earlier submitted to open surgery, 5 pts (5/10, 50%) earlier submitted to laparoscopic surgery). Hospital stay for patients with complications was significantly longer (range 8-71 days).

Conclusion: Laparoscopic colorectal surgery in our series showed more intraoperative complications than open surgery. But overall postoperative complications occurred more frequent in open surgery. Although the number of patients is too small for serious conclusions but it seems that shows some trends.

55 - GSR

HAL/RAR - NAŠA ISKUSTVA

ZUKANOVIĆ G, Glavić Ž, Šantak G, Begić Lj, Šimleša D, Stastny T

Opća županijska bolnica Požega, Požega, Hrvatska

zuginjo@hotmail.com

Uvod i cilj rada: Bolesnici s hemoroidalnom bolešću među najčešćima su u svakodnevnoj kirurškoj praksi. Uz različite konzervativne (dijeta, kretanje, higijena analne regije, flebotonici, lokalna terapija – kupke, masti, supozitoriji), primjenjuje se i više vrsta operacijskih metoda liječenja. Cilj ovoga rada je prikazati naše rezultate liječenja ove bolesti HAL-RAR metodom. To je minimalno invazivna kirurška tehnika koja uključuje podvezivanje hemoroidalnih arterija pod kontrolom ultrazvuka (HAL) te transanalnu rektalnu mukopeksiju (RAR).

Metoda: Naših 21 bolesnika operiranih ovom metodom u periodu od svibnja 2010. godine do ožujka 2011. godine pozvali smo na kontrolni pregled i za svakoga popunili pripremljeni upitnik kojim smo utvrdili duljinu liječenja, trajanje oporavka, potrošnju analgetika, zadovoljstvo pacijenta i objektivni klinički rezultat.

Rezultati: Analizom upitnika pokazalo se da je prosječna dob operiranih pacijenata 47,2 godine (29-73) pri čemu je operirano 8 (38%) muških te

13 (62%) ženskih osoba. Njih 14 (66,7%) imalo je 3. stupanj prolapsa, a 7 (33,3%) 4. stupanj. Prijeoperacijsko liječenje u prosjeku je trajalo 10 godina. Pacijenti su u bolnici boravili 3,8 dana prilikom čega su potrošili u prosjeku 2 ampule analgetika, a nakon otpusta iz bolnice potrošnja se svela na prosječno 0,3 tbl protiv bolova. Za radno aktivne bolovanje je trajalo 11,6 dana (8 pacijenata), a do uspostave normalnih životnih aktivnosti pacijentima je trebalo 6 dana. Dobar klinički rezultat verificiran je kod 18 (85,7%) pacijenata, a zadovoljstvo operacijom (smetnje značajno manje ili ih nema) izrazilo je 19 (90,4%) pacijenata.

Zaključak: HAL-RAR metodom postigli smo dobar klinički rezultat uz zadovoljstvo većine pacijenata koji su se brzo vraćali svakodnevnim životnim aktivnostima, a potrošnja analgetika izrazito se smanjila u odnosu na druge operacijske postupke zbrinjavanja hemoroidalne bolesti.

69 - GSR

DIJAGNOSTIČKE DILEME I KIRURŠKO LIJEČENJE KARCINOMA ŽUČNJAKA

PAVLEK G, Škegro M, Tentor D, Gojević A, Romić B, Deban O, Petrović I, Baotić T,
Korolija-Marinić D

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

goranpavlek@gmail.com

Cilj: Ukazati na dijagnostičke poteškoće koje dovode do kasnijeg dijagnosticiranja karcinoma žučnjaka, te kirurške izazove s kojima smo se susretali. Također, želimo prikazati strukturu oboljelih s obzirom na biološke prediktore i usporediti naše rezultate s onima dostupnim u literaturi.

Postupak: Uvidom u povijesti bolesti, pacijenata liječenih na našem Zavodu između 2006 i 2010. godine, te PHD nalaze dobili smo podatke koje smo statistički obradili i usporedili sa podacima sličnih istraživanja

Rezultati: Ukupno je, na našem Zavodu, u pregledanom periodu, kolecistektomirano 1478 pacijenata. Od navedenog broja bilo je 32 (2.16%) pacijenata s karcinomom žučnjaka. S obzirom na spol bilo je 6 muškaraca i 26 žena. Zbog primarne sumnje na karcinom žučnjaka operirano je 9 bolesnika, kod njih 14 karcinom žučnjaka bio je usputni nalaz kod elektivne kolecistektomije zbog kolelitijaze. Sedmero pacijenata je primarno operirano zbog sumnje na tumor nekog drugog sijela (tm. glave gušterače, tm. žučnih vodova). Jedan je pacijent hitno operiran pod sumnjom na

akutni apendicitis koji je intraoperacijski bio pozitivan. Intraoperacijski je postavljena i sumnja na akutni kolecistitis, a naknadni PHD nalaz je otkrio da se radilo o karcinomu žučnjaka. U svih 32 slučajeva PHD nalaz je utvrdio da se radilo o adenokarcinomima.

Zaključak: Iako se radi o relativno rijetkim karcinomima, smatramo da njihova pojavnost zahtjeva veću pozornost sa strane, kako kirurga, tako i dijagnostičkog tima. Kod izvođenja elektivnih kolecistektomija potrebno je posvetiti više pažnje makroskopskom izgledu žučnjaka, te u slučaju izvođenja laparoskopskih kolecistektomija, a kod sumnje na tumorski promjenjen žučnjak, bilo bi poželjno uvijek upotrijebiti Endobag, zbog sprečavanja rasapa primarnog tumora. Obavezno bi trebalo svaki žučnjak poslati na PHD analizu. Naši nalazi, koji su sukladni onima trenutno dostupnima u literaturi, govore da je jednostavna kolecistektomija, kod karcinoma žučnjaka otkrivenih u ranom stadiju, u najvećem broju slučajeva dostatna terapijska mjera, te da su metastaze rijetke.

71 - GSR

PREVENCIJA ABDOMINALNOG KOMPARTMENTA UPORABOM POLIPROPILENSKE MREŽICE KOD DEHISCENCE TRBUŠNE STIJENKE

ŠIMIČEVIĆ D, Stare R, Škorjanec S

Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

dejan.simicevic@gmail.com

Uvod: Abdominalni kompartment sindrom je stanje povišenog intra-abdominalnog tlaka, koje uzrokuje izravno mehaničko oštećenje respiratorne, hemodinamske, renalne, centralne neurološke i splahnhičke funkcije. Kao mogućnosti privremenog zatvaranja trbušne stijenke, danas se koriste metode koje sežu od vlažnih povoja, preko VAC aparata do polipropilenskih mrežica.

Cilj: U ovom radu cilj je bio prikazati prednosti uporabe polipropilenskih mrežica u prevenciji abdominalnog kompartmenta, te naša iskustva u upotrebi istih kod dehiscence trbušne stijenke nastale nakon različitih abdominalnih zahvata.

Metode: U privremenom zatvaranju abdominalne šupljine korištene su polipropilenske mrežice. Praćeno je cijeljenje abdominalne stijenke te metode kasnijeg definitivnog zbrinjavanja prednje trbušne stijenke kod 20 pacijenta sa dehiscencama nastalim nakon hitnih operativnih zahvata.

Rezultati: U 35% pacijenata definitivno zbrinjavanje je učinjeno lokalnim režnjem, kod 45% definitivno zbrinjavanje je postignuto slobodnim kožnim transplantatom nepune debljine kao privremenim biološkim pokrovom, a kod 20% pacijenata je slobodni kožni transplantat nepune debljine ostao kao definitivni pokrov

Zaključak: Upotreba polipropilenskih mrežica u sprečavanju abdominalnog kompartmenta nakon operativnih zahvata, te kao priprema za definitivno zbrinjavanje trbušne stijenke se pokazala kao učinkovita metoda koja omogućuje oporavak tkiva abdominalnih organa, sprječava nastanak velikih postoperativnih kila uz povoljan krajnji kozmetički učinak.

72 - GSR

C-REACTIVE PROTEIN AND LEUKOCYTE COUNT IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

MILOSEVIC B¹, Bozic N¹, Tufeković D¹, Tutek Z¹, Augustin G²

¹Department of Surgery, General Hospital Karlovac, Karlovac, Croatia

²Department of Surgery, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

perotam@gmail.com

Background: Appendicitis is the most common surgical emergency, therefore presents a diagnostic challenge for young and sometimes for elderly surgeons. Although most clinicians diagnose appendicitis by hand on the patient, the diagnosis is still on two pillars, medical history and a laboratory tests.

Methods: In this retrospective analysis we paid attention to the role of laboratorial results in the prediction of acute appendicitis. study was designed to determine the accuracy of leucocyte and C-reactive protein (CRP) measurements in the diagnosis of acute appendicitis and to compare it with the surgeon's clinical diagnosis.

Results: One hundred and two patients older than 15 years underwent appendectomy for suspected

acute appendicitis. All data were collected from medical history of patients. The patients were divided into the two groups and histopathology findings confirmed acute appendicitis in one hundred and eighteen patients. The sensitivity and specificity of leukocyte count in the diagnosis of acute appendicitis were 76,9 per cent and 84,4 per cent. The sensitivity and specificity for CRP were 83,3 per cent and 88,9 per cent. Positive predictive value were 94 per cent for white blood cells and 96,3 per cent for CRP.

Conclusion: Both laboratory markers used for diagnosis have a great effect in making a correct diagnosis.

75 - GSR

INTRAOPERACIJSKO VAĐENJE BIB-A (BIOENTERICS INTRAGASTRIC BALLOON) ZBOG PERFORACIJE ŽELUCA - PRIKAZ SLUČAJA

RINČIĆ M, Grbas H, Mendrila D, Juretić-Franković K

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

marijana.rincic@gmail.com

Postavljanje intragastričnih balona u želudac kao mjera za redukciju tjelesne težine metoda je iz 1985. kada su u SAD-u od FDA bili odobreni, a potom zbog komplikacija i spontanijeh pražnjenja povučeni s tržišta takozvani GEGB (Garren-Edwards gastric bubble). Danas su u primjeni baloni nove generacije, odnosno BioEnterics IntraGastric Balloon-BIB, koji su glatki, bez šavova, od materijala koji mogu dugo ostati u želucu, a s niskim ulcerogenim i opstruktivnim potencijalom, uz oznaku koja se može radiološki evidentirati radi jednostavnijeg praćenja te mogućnosti punjenja tekućinom umjesto zrakom.

Prikaz slučaja: U Kliniku je zaprimljena bolesnica u dobi od 28 godina sa kliničkim i rendgenološkim znakom perforacije želuca. Nošenje intragastričnog balona je bilo 6.5 mjeseci, a uzimanje inhibitora protonske pumpe u samo prva dva tjedna. Operativnim zahvatom verificira se u području fundusa želuca na prednjoj stijenci perforacijski otvor u dužini oko 1,5 cm. IntraGastrično flotirajući balon veličine muške šake se ekstrahira kroz gastrotomijsku inciziju u aboralnom dijelu korpusa, a mjesto perforacije i gastrotomije se prešiju. Učini se lavaža lijevog subfreničnog prostora te se bolesnici postavi NG sonda. Postoperativni tijek prolazi uredno. Otpust iz bolnice je 8. postoperativni dan.

Zaključak: Komplikacije koje bolesnici pri nošenju intragastričnog balona mogu imati tijekom prvih nekoliko dana jesu nelagoda, mučnine i povremeno povraćanje, no uskoro se ovi simptomi gube navikavanjem na osjet punoće želuca. Od ostalih komplikacija moguć je nastanak erozija ili ulceracija u želucu, što se pokušava prevenirati davanjem inhibitora protonske pumpe u dvostrukoj dozi. Opisana su i puknuća balona, a s obzirom da je balon ispunjen metilenskim modrilom i fiziološkom otopinom, promjena boje mokraće i stolice siguran je pokazatelj pucanja. Ukoliko balon migrira u crijevo moguć je njegov slobodan prolazak ili hitna operacija zbog opstrukcije.

Zbog prevencije svih komplikacija preporučeno zadržavanje balona u želucu je šest mjeseci i to uz kontinuirano uzimanje inhibitora protonske pumpe.

S obzirom na niski postotak želučane perforacije zbog nošenja intragastričnog balona (0.19% u studiji od 2515 bolesnika) smatramo da je ovaj slučaj vrijedan za prezentiranje.

84 - GSR

LAPAROSKOPSKA KOLECISTEKTOMIJA – EDUKACIJA KIRURGA NA ANIMALNOM MODELU

HRŽENJAK K¹, Tometić G², Gršić J³, Diklić D⁴

¹ Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska

² Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“ - Klinika za tumore, Zagreb, Hrvatska

³ Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

⁴ Opća bolnica Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska

khrzenjak21@net.hr

Jedna od najčešćih operacija u digestivnoj kirurgiji je laparoskopna kolecistektomija. Prema zaključku NIH-a (National Institutes of Health), od 1992. godine endoskopska kolecistektomija postaje standard liječenja kolelitijaze. Nove generacije specijaliziranih kirurga i mladih specijalista kirurga trebaju savladati tehnike endoskopskog načina operiranja. Pokazalo se da je učenje operiranja na animalnom modelu idealno, jer je isključena bojazan od neželjenog incidenta za vrijeme operiranja, a time i lakše usvajanje novih tehnika operiranja. U radu je prikazano postupno savladavanje laparoskopne kolecistektomije na animalnom modelu. Savladavanje osnovnih tehnika endoskopske kirurgije započinje na animalnim organima u pelvitreneru, a nastavlja se

na mrtvoj životinji. Na animalnom modelu omogućeno je vježbanje operacija u realnim uvjetima, gdje se mogu vježbati sve kritične točke endoskopske kolecistektomije.

Zbog sličnosti anatomskih struktura kod animalnih modela s anatomijom čovjeka vježbanje na animalnom modelu je kompatibilno s radom na čovjeku, a tako se može smanjiti opasnost od nastanka incidenta u fazi učenja metode. Smatramo da bi učenje na animalnom modelu trebalo biti jedan od osnovnih uvjeta za podizanje kvalitete u endoskopskoj edukaciji kirurga.

85 - GSR

LAPAROSCOPIC OMEGA LOOP GASTRIC BYPASS (MINI GASTRIC BYPASS) - CASE REPORT

TOMETIĆ G¹, Grgić T², Hrženjak K³, Radanac S⁴, Rožić I⁵, Diklić D⁶

¹ *Clinical Hospital Center „Sestre milosrdnice“ - University Hospital for Tumors, Zagreb, Croatia*

² *General Hospital Vukovar, Vukovar, Croatia*

³ *General Hospital Varaždin, Varaždin, Croatia*

⁴ *General Hospital „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod, Croatia*

⁵ *Clinical Hospital Center Osijek, Osijek, Croatia*

⁶ *General Hospital Bjelovar, Bjelovar, Croatia*

gtometric@gmail.com

Morbid obesity is currently one of the leading problems worldwide. More than 1 of 5 adults in Croatia is considered obese, with body mass index (BMI) higher than 30kg/m², with no sex differences. Indications for bariatric surgery include BMI >40kg/m² or BMI >35kg/m² associated with comorbidities.

Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass is an effective and quite safe bariatric procedure. It provides an effective EWL (excess weight loss) and BMI decrease, as well as the control and regression of comorbidities in morbidly obese patients.

Laparoscopic omega loop gastric bypass (mini gastric bypass) was shown to be a simpler and safer procedure than laparoscopic Roux-en-y gastric bypass with similar efficacy.

In our case report we represent our first morbidly obese patient that is cured by the omega loop gastric bypass surgical method.

91 - GSR

MALAPSORPCIJSKI ZAHVATI U LIJEČENJU PATOLOŠKE PRETILOSTI

GRŠIĆ J¹, Hrženjak K², Tometić G³, Diklić D⁴

¹ *Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska*

² *Opća bolnica Varaždin, Varaždin, Hrvatska*

³ *Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“ - Klinika za tumore, Zagreb, Hrvatska*

⁴ *Opća bolnica Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska*

lana1505@yahoo.com

Patološka pretilost je ozbiljan zdravstveni problem diljem svijeta povezan sa visokim mortalitetom i komorbiditetima poput dijabetesa melitusa tip 2, hipertenzijom, respiratornim komplikacijama poput apneje (sleep apnea), kardiovaskularnim poremećajima i karcinomima.

Scopinarova operacija (BPD) i Sleeve resekcija s DS-om su metode koje djeluju na gubitak tjelesne težine s dugoročnim malapsorpcijskim i dijelom restriktivnim učinkom.

U radu je definirana patološka pretilost i navedeni su kriteriji koje treba ispunjavati bolesnik pogodan za Scopinarovu operaciju (BPD), te opisana tehnika izvođenja kirurškog zahvata Sleeve resekcije želuca sa DS-om.

Prikazana su novija klinička istraživanja koja potvrđuju učinkovitost BPD na gubitak i

održavanje tjelesne težine i pozitivne učinke na komorbiditete i metaboličke poremećaje vezane uz patološku pretilost (hipertenzija, dijabetes melitus tip 2, hiperkolesterolemija, hipertrigliceridemija, ...) te navedena i uspoređena naša klinička iskustva.

Osim što pokazuju najbolje dugoročne rezultate u pogledu gubitka tjelesne težine, Scopinarova BPD i Sleeve resekcija s DS-om pokazale su izraziti pozitivan učinak na najučestalije metaboličke poremećaje vezane uz patološku pretilost. Najizraženiji je učinak na diabetes mellitus tip 2 i hiperkolesterolemiju.

102 - GSR

HEALING OF LARGE BOWEL ANASTOMOSIS ASSOCIATED WITH CYSTEAMINE INDUCED COLITIS IN RATS; THE EFFECT OF PENTADECAPETIDE BPC 157

KLICEK R¹, Patrlj L¹, Aralica G², Krizanac Š², Seiwerth S³, Sikiric P³

¹*Clinical Hospital Dubrava, Department of Surgery, Zagreb, Croatia*

²*Clinical Hospital Dubrava, Department of Pathology, Zagreb, Croatia*

³*Medical Faculty Departments of Pathology and Pharmacology, University of Zagreb, Zagreb, Croatia*

rklicek@gmail.com

Introduction: The inflammation impairs the anastomotic healing, which increases the rate of complications in abdominal surgery. The pentadecapeptide BPC 157, a small, stable, peptide, has already been proved effective in healing of the ileoileal anastomosis (Surg Today. 2007;37(9):768-77.) , colon-colon anastomosis (Cell injury and protection in the GI tract, 1997; 249-258.), colocolic fistulas (J Pharmacol Sci. 2008 Sep;108(1):7-17.) and the cysteamine induced colitis (J Physiol Paris. 2001 Jan-Dec;95(1-6):261-70.). Therefore we assessed its activity onto the healing of the colon-colon termino-terminal anastomosis complicated by the cysteamine induced colitis.

Materials and methods: Male Wistar Albino rats were used in experiment. Under deep anesthesia the cysteamine was applied through enema at 8 cm proximal to the anus. After the application of cysteamine the median laparotomy was performed, the colon was cut transversally 5 cm proximal to anus and the termino-terminal anastomosis was created. The animals were randomly assigned into control group treated with saline (4mL/kg) and group treated with pentadecapeptide BPC 157 (10 µg/kg). The animals were treated once daily and assessed at the end of each experimental period (3, 5,

7, 14 days) macroscopically, microscopically, biomechanically (the bursting pressure of anastomosis and the one at part of the proximal segment of colon affected with colitis). We performed the functional analysis that included the assessment of the passage of the faecal stream and the presence of the retention and obstruction. The consistence of the stool was noted, the same as the body mass changes.

Results: The animals treated with the BPC 157 have shown the milder body weight loss, the better survival rate, formed feces already at the earliest time period of 3 days and the absence of passage impairment. The anastomosis in controls healed poorly, leaked at the lower bursting pressure, the same as the bowel wall proximal to the anastomosis.

Conclusion: The pentadecapeptide BPC 157 brought to the efficient healing of both the anastomosis and the inflammatory damaged bowel wall that reached the resistance comparable to those of normal bowel in healthy animals, which was not achieved at the controls even at the longest experimental period.



Posteri / *Posters*

39 - ACP

ROLE OF SIRS SCORE ON ADMISSION AND INITIAL CONCENTRATION OF IL-6 IN PREDICTION OF OUTCOME IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

GREGORIC P, Radenkovic D, Ivancevic N, Karadzic B, Pejovic I, Bajec Dj

Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

pajag@eunet.rs

Background: Early recognition of severe form of acute pancreatitis is important because these patients need more aggressive diagnostic and therapeutical approach and can develop systemic complications such as: sepsis, coagulopathy, Acute Lung Injury (ALI), Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), Multiple Organ Dysfunction Syndrome (MODS), Multiple Organ Failure (MOF).

Aims: To determine role of the combination of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) score and serum Interleukin-6 (IL-6) level on admission as predictor of illness severity and outcome of Severe Acute Pancreatitis (SAP).

Methods: We evaluated 234 patients with first onset of SAP appears in last twenty four hours. A total of 77(33%) patients died. SIRS score and serum IL-6 concentration were measured in first hour after admission.

Results: In 105 patients with SIRS score 3 and higher, initial measured IL-6 levels were significantly higher than in the group of remaining 129 patients (72 +/- 67 pg/mL, vs 18 +/- 15 pg/mL). All nonsurvivals were in the first group, with SIRS score 3 and 4 and initial IL-6 concentration 113 +/- 27 pg/mL. The values of C-reactive Protein (CRP) measured after 48h, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) score on admission and Ranson score showed the similar correlation, but serum amylase level did not correlate significantly with Ranson score, IL-6 concentration and APACHE II score.

Conclusion: The combination of SIRS score on admission and IL-6 serum concentration can be early predictor of illness severity and outcome in SAP.

40 - ACP

EVALUATION OF GLASGOW AND APACHE II SCORES AND CRP LEVEL IN SERUM IN PREDICTION OF SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS

KARADZIC B, Radenkovic D, Ivancevic N, Gregoric P, Pejovic I, Bajec Dj

*Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia**borakaradzic@yahoo.com*

The early prediction of the severity of an acute attack of acute pancreatitis (AP) has important implications for management and timely intervention. The aim of this study was to compare the accuracy of Glasgow and Apache II scores and C-reactive protein (CRP) level in prediction of severity of acute pancreatitis.

Methods: Ninety one consecutive patients with acute pancreatitis primarily admitted were retrospectively studied. APACHE II score was recorded on admission, while Glasgow score and CRP levels were determined 48 hours later. Severity of AP was defined according to Atlanta classification system. Two study groups comprising 33 patients with mild AP (MAP) and 58 patients with severe AP (SAP) were compared. The accuracy of Glasgow and APACHE II scores, and CRP level, in prediction of severity of AP, using cut-off values of 8 and 3 points 150 mg/l, respectively (derived from ROC curves), were calculated.

Results: Mean values of Glasgow and Apache II scores and CRP were 4 and 10 points and 331 mg/L, respectively in SAP group, while in MAP group it were 1 and 4 points and 62 mg/L, respectively. The sensitivity and specificity of Glasgow and Apache II scores and C-reactive protein were 79% and 81%, 72.7% and 100%, 90.9% and 85.7%, respectively.

Conclusion: The CRP offers little, if any, advantage over the Glasgow and APACHE II score. CRP level and Glasgow score proved to be powerful a prognostic model as the more complicated APACHE II scoring systems, but with the disadvantage of a 24-hour delay.

43 - ACP

ROLE OF HEMATOCRIT IN THE EARLY PREDICTION OF SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS

PEJOVIC I, Raspopovic M, Radenkovic D, Gregoric P, Karadzic B, Bajec Dj

Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia, Faculty of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbiailija.

ilija.pejovic@gmail.com

Introduction: The early and accurate prediction of the severity of acute pancreatitis (AP) and the assessment of prognosis of the disease are very important and can influence the course of disease and outcome.

Objective: The aim of this study was to determine the relation between hematocrit level on admission and AP severity.

Methods: This retrospective study included 91 patients treated in the Clinic for Emergency Surgery, Clinical Center of Serbia. Patients were divided into two groups: patients with severe (SAP) and patients with mild AP (MAP). Severity of acute pancreatitis (SAP) was defined according to Atlanta classification system. Patients main characteristics curves (age, gender), etiology and result of the treatment were determined, as well as value of hematocrit on admission. Receiver operation characteristics (ROC) analysis deter-

mined cut-off value, sensitivity and specificity of hematocrit level as parameters for prediction of severity of AP.

Results: Group with SAP consisted of 33 (36%) patients and group with mild AP consisted of 58 (64%) patients. Average hematocrit level on admission was: 44% for SAP and 41 % for mild AP patients. For hematocrit cut-off level on admission (44%), sensitivity and specificity for prediction of severity of AP were 63,5 % and 85,7 % respectively.

Conclusion: The assessment of AP severity can be based on hematocrit level on admission that is higher than 44%. Among all the variables available, the value of hematocrit on admission can be a useful and cost-effective marker which provides significant predictive power for clinical decision-making.

67 - ACP

EVALUACIJA INDIKACIJA ZA KIRURŠKI TRETMAN AKUTNOG PANKREATITISA

HAJDAREVIĆ B, Guzin Z, Haznadar M, Alomerović D

*Regionalni medicinski centar "Dr. Safet Mujić", Mostar, Bosna i Hercegovina**hbraco@bih.net.ba*

Cilj: Retrospektivnom analizom pacijenta operiranih u toku akutnog pancreatitisa analizirati postavljene indikacije, vrstu operativnog zahvata i rezultate liječenja tokom posljednje tri godine, usporediti ih sa prethodnim periodom i na osnovu toga procijentirati pravilnost postavljenih indikacija.

Metode: Statistički smo obradili slučajeve akutnog pancreatitisa u periodu od tri godine (2008-2010) i usporedili ih sa drugim trogodišnjim periodom (2003. - 2005.).

Rezultati: U periodu od 2008. do 2010. godine s dijagnozom akutnog pancreatitisa (AP) liječeno je 172 pacijenta, od toga je akutni nekrotizirajući pancreatitis (ANP) verificiran kod 30 pacijenata. Ukupno je operisano 25 bolesnika (14%).

Indikacije za operaciju su bile inficirana nekroza (22) i nejasan uzrok akutnog abdomena (3). Kod operativnog tretmana najčešće je korištene necrectomia, drenaža sa dva ili više drenova, uz kasniju postoperativnu lavažu (23 ili 92%), dok je osim toga urađena i cholecistectomy u 2 slučaja (8%). Smrtnost je bila 6% (10 pacijenata), a u grupi sa ANP 26% (8 pacijenata).

U tom periodu uveden je multidisciplinarni pristup liječenju, obavezna procjena po Ransonovim kriterijima, APACHE II skor te CT klasifikacija po Balthazar-Ransonovoj skali, pored uobičajenih mjera intenzivnog liječenja koristili smo uvijek visoke doze IPP, ranu enteralnu

prehranu, selektivnu digestivnu dekontaminaciju, u antibiotskoj terapiji cefalosporine III generacije i metronidazol, povremeno imipenem, kad nismo imali antibiogram, po procjeni anesteziologa mehaničku ventilaciju, nazogastrična sonda je korištena 2-6 dana. CT pregled je praviljen od 3-10 dana, obično 7 dana od početka bolesti.

U prethodnom periodu (2003.-2005.) broj oboljelih od AP bio je 160, a broj ANP 34, broj operisanih bio je 42 (26%), osim lavaže i drenaže najčešća operacija je bila holecistectomy, a smrtnost 10% (16) dok je u grupi sa ANP smrtnost bila 41% (14 pacijenata).

Diskusija: Uvođenje multidisciplinarnog pristupa liječenju AP, u kome bitnu ulogu imaju anesteziolog i internista, moderna intenzivna njega te objektivizacija procjene i pristupa uz pomoć Ransonovih kriterija, APACHE II skora i Balthazar-Ransonove skale promijenila je naš pristup, tako da je jedina prava indikacija za hirurški tretman ostala inficirana nekroza, pa se broj operisanih u posmatranim periodima smanjio s 26% na 14%, smrtnost je smanjena s 10% na 6%, a u grupi s ANP s 41% na 26%.

Zaključak: Multidisciplinarni pristup i njegova objektivizacija uz pomoć usvojenih kriterija suzilo je indikaciono područje za operativni tretman AP na inficiranu nekrozu, čime su broj operisanih i smrtnost značajno smanjeni.

105 - CDS

A DEFUNCTIONING LOOP ILEOSTOMY IN LOW COLORECTAL ANASTOMOSIS

VEKIC B, Zivic R, Jovanovic Z, Kalezic M, Vranic N

Clinical Hospital Center „Dr Dragisa Misovic“, Belgrade, Serbia

vekicberislav@gmail.com

Introduction: Total mesorectal excision (TME) is the accepted standard for rectal cancer treatment. A defunctioning loop ileostomy helps in avoiding complications of anastomotic failure.

Material and Methods: From 2003 to 2009 in our clinic was operated 424 patients with carcinoma of the rectum. Low rectal resection with sphincter-saving procedure and total mesorectal excision (TME) was performed in 220 patients. We had 124 men and 96 women. The average age of patients was 66.8 years (range 19-87). Colorectal anastomoses was created a simple and double stapling technique.

Results: In 19 patients were diagnosed with anastomotic leakage or failure (19/220=8,6%) 12 patients had neo-adjuvant radio-chemotherapy, 7 had no neo-adjuvant therapy. 6 of these patients

did not have a defunctioning stoma. In 8 patients signs of anastomotic leakage were seen on the barium-enema and rectosigmoidoscopy, that is routinely performed before closing the defunctioning stoma. Eleven patients had clinical signs of anastomotic leakage. Four of them could be treated conservatively with antibiotics and parenteral nutrition. 15 patients needed re-intervention and were treated in intensive care for several days.

Conclusion: Neo-adjuvant radio-chemotherapy and TME resection are two factors in the treatment of rectal cancer that might interfere with anastomotic healing in the case of a sphincter-saving procedure. The construction of a defunctioning stoma helps in limiting the complications of anastomotic leakage.

1 - CRC

INCIDENCA MALIGNOMA KOLONA LIJEČENIH NA KLINICI ZA ABDOMINALNU HIRURGIJU KLINIČKOG CENTRA UNIVERZITETA U SARAJEVU KOMPARIRANO U DVA PETOGODIŠNJA PERIODA (1996. - 2001.) I (2006. - 2010.)

TANOVIĆ H, Maksić S, Pašović S, Kulo A, Bajramagić S, Tanović E

*Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Klinika za abdominalnu hirurgiju, Sarajevo, Bosna i Hercegovina**haristanovic@hotmail.com*

Karcinom kolona spada u najzastupljenije oblike karcinoma digestivnog trakta, sa tendencijom porasta u svijetu. Inačemaligne bolesti zauzimaju visoko drugo mjesto po incidenciji općeg mortaliteta, odmah iza vaskularnih bolesti. U našem radu analizirali smo incidenciju malignoma kolona tokom dva petogodišnja perioda i to 1996. - 2001. i 2006. - 2010. Cilj rada je vidjeti postoji li signifikantno povećanje broja malignih bolesti kolona u dva petogodišnja perioda. Ukupan broj malignoma kolonau prvom petogodišnjem periodu iznosio je 311 slučajeva, a u drugom petogodišnjem periodu iznosio je 458 slučajeva. iz navedenog se vidi da postoji statistički signifikantno izražena razlika incidence malignoma colona, i to u korist povećanja broja oboljelih u dugom petogodišnjem periodu. Svi pacijenti su prezentirani na Onkološkom konziliju, na kojem je odlučeno koja terapija će biti primjenjena i kojim redoslijedom. Razumije se da su pacijenti koji su hitno operirani prezentirani na onkološkom konziliju nakon hirurškog tretmana. Što se tiče samog hiruškoh tretmana primjenjivani su

standardni operativni zahvati za određenu anatomsku lokalizaciju patološkog procesa. Hirurški tretman je određen protokolom liječenja ustanovljenim na svjetskom nivou, što podrazumjeva resekciju do u zdravo i to 5 cm proksimalno i najmanje dva cm distalno. Resekcione margine su kontrolirane patohistološki a i lateralni rubovi su pomno pregledani i prezentirani na konziliju. Limfadenektomija se podrazumjeva i neizostavan je dio operativne tehnike. Bez obzira na operativnu tehniku principi liječenja su definirani, što znači da se može raditi otvorenom mezodom, minimalno invazivnom, laparoskopskom, ali uvijek se mora uraditi isti protokol hiruškog liječenja. Kada poredimo prvi petogodišnji period (1996. - 2001.) sa drugim petogodišnjim periodom (2006. - 2010.), vidimo da postoji statistički signifikantan porast colorektalnog malignoma. Poredeći ove rezultate sa rezultatima autora iz literature vidimo da se oni praktično podudaraju.

Ključna riječ: Karcinom kolona

7 - CRC

UPOREDNA ANALIZA HIRURŠKOG LIJEČENJA KOLOREKTALNOG KARCINOMA KROZ REDOVNI I HITNI OPERATIVNI PROGRAM

ALEKSIĆ Z, Simatović M, Kostić D, Marić Z, Aćimovac P, Čulum J, Kordić O, Krivokuća B,
Trkulja N, Tomić D, Stakić G

Klinički centar Banja Luka, Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

zoran.aleksic@kc-bl.com

Cilj: 1. utvrditi učestalost kolorektalnog karcinoma u našoj hirurgskoj kazuistici; 2. utvrditi broj i vrstu operativnih postupaka primijenjenih u redovnom i hitnom operativnom programu; 3. utvrditi nedostatke operativnih postupaka primijenjenih u hitnom operativnom programu; 4. utvrditi prednosti operativnih postupaka primijenjenih u redovnom operativnom programu; 5. utvrditi prednosti liječenja kolorektalnog karcinoma u redovnom operativnom programu materijali metode: ovaj materijal predstavlja usmjerenu retrospektivnu kliničku studiju o liječenju kolorektalnog karcinoma na materijalu Klinike za opštu i abdominalnu hirurgiju KC Banjaluka. Populaciju naših ispitanika čine bolesnici operisani od kolorektalnog karcinoma u jednogodišnjem periodu i ona iznosi 187. Od toga 157 bolesnika

operisano je u redovnom, a 30 bolesnika u hitnom operativnom programu. Svi bolesnici su ispitani prema sledećim parametrima: starost, pol, operativni program, lokalizacija tumora, karakter tumora, broj dana pripreme za operaciju, akt operacije, vrsta operativnog zahvata, mortalitet, morbiditet, broj dana hospitalizacije, patohistološki nalaz.

Zaključak: analizom našeg istraživanja utvrdili smo da je hirurško liječenje kolorektalnog karcinoma kroz redovni operativni program bolje i uspješnije nego u hitnom operativnom programu i predstavlja determinantu u hirurškom liječenju ove opake bolesti.

106 - CRC

LOCAL RECURRENCES AFTER SINGLE AND DOUBLE STAPLED COLORECTAL ANASTOMOSES

VEKIC B, Zivic R, Jovanovic Z, Kalezic M, Vranic N

*Clinical Hospital Center „Dr Dragisa Misovic“, Belgrade, Serbia**vekicberislav@gmail.com*

Introduction: Total mesorectal excision (TME) is the accepted standard for rectal cancer treatment. This study aims to compare the local recurrences of patients having either single-stapled (SS) or double-stapled (DS) colorectal anastomoses following resection of the rectum for low cancer.

Material and Methods: From 2003 to 2009 in our clinic was operated 424 patients with carcinoma of the rectum. Low rectal resection with sphincter-saving procedure and total mesorectal excision (TME) was performed in 220 patients. We had 124 men and 96 women. The average age of patients was 66.8 years (range 19-87). Colorectal anastomoses was created a single and double stapler technique.

Results: One hundred and sixty-five patients had single stapler (SS) colorectal anastomoses and 55 patients had double stapler (DS) colorectal anastomoses. Double-stapled anastomoses were used more frequently in the distal third of the rectum ($P < 0.001$). Local recurrence was 6,6% (11/165=6,6%) for patients with single stapler anastomosis. In the group of patients with anastomotic with double stapler technique, local recurrence was 7,2% (4/55=7,2%). Local recurrences was not influenced by anastomotic technique.

Conclusion: The double-stapling technique is as safe as the single-stapling technique for constructing an anastomosis after excision of the rectum for cancer, in terms of the risk of local recurrences.

52 - GAC

TOTAL VERSUS SUBTOTAL GASTRECTOMY FOR ADENOCARCINOMA OF THE GASTRIC ANTRUM: SURGICAL MORBIDITY AND MORTALITY

MITROVIĆ F

Clinic for Surgery, University Clinical Center Tuzla, Tuzla, Bosna i Hercegovina

agic_mirha@yahoo.com

Objective: The purpose of this study was to analyze postoperative morbidity and mortality of patients included in a randomized trial comparing total versus subtotal gastrectomy for gastric cancer.

Methods: A total of 62 patients with cancer in distal half of the stomach were randomized to subtotal gastrectomy (32) or total gastrectomy (30), both associated with a second-level lymphadenectomy in a multicenter trial aimed at assessing the oncologic outcome after the two procedures. The end of points considered were the occurrence of a postoperative event, complication or death and length of postoperative stay.

Results: Nonfatal complications and death occurred in 10% and 1% of subtotal gastrectomy and 13% and 2% of total gastrectomy patients. Analysis of postoperative events showed that

splenectomy or resection of adjacent organs was associated with a twofold risk of postoperative complications. Random surgery and extension of surgery influenced the length of stay. The mean length of stay was 12,6 days for subtotal gastrectomy and 16,7 days for total gastrectomy.

Conclusions: Our data show that subtotal and total gastrectomies with second-level lymphadenectomy performed as an elective procedure have a similar postoperative complication rate and surgical outcome. There was no difference in 5-year survival rate (48%). Analysis of survival showed no difference in the two techniques when related to nodal involvement and serosal extension.

Key words: gastric cancer, subtotal and total gastrectomy

3 - FRT

PERICISTEKTOMIJA SA SEGMENTEKTOMIJOM JETRE KAO METODA HIRURŠKOG LIJEČENJA EHINOKOKNE BOLESTI - PRIKAZ SLUČAJA

ŠABANOVIĆ J, Tanović H, Muhović S, Kulo A, Kotjelnikov B

Klinika za abdominalnu hirurgiju, Klinički centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, Bosna i Hercegovina

haristanovic@hotmail.com

Ehinok jetre je parazitarna bolest koja na našim prostorima ima endemski karakter sa približnom incidencom za balkan od 13/100000. Parazit koji izaziva ovu bolest živi u dva domaćina. Glavni domaćin su životinje mesožderi (pas, lisica, vuk itd.), a prelazni su životinje biljojedi (papkari, rogata stoka i dr.). Čovjek je takozvani „slučajni prelazni domaćin”. Bolest se dobija najčešće kontaktom sa oboljelim domaćim životinjama na čijoj dlaci se nalaze jaja parazita koja se prljavim rukama unesu u probavni trakt. Mnogo rjeđe čovjek se zarazi jedenjem zaraženih iznutrica životinja. Kod nas je najčešći oblik ove bolesti *echinococcus granulosus* koji obično daje pojedinačne ciste (unilokularni oblik), dok je drugi oblik bolesti *echinococcus alveolaris* kojeg karakterišu mnogobrojne ciste (multilokularni oblik) kod nas vrlo rijedak. Najčešća lokalizacija ove bolesti kod čovjeka je u jetri i to kao pojedinačna cista koja može biti lokalizovana bilo gdje u jetri a po veličini može dostići prečnik preko 20 cm

dovodeći do masivnijeg propadanja tkiva jetre. Oboljenje karakterizira dugi period inkubacije, nekada i više godina, te kasna pojava simptoma. Komplikacije oboljenja su rijetke, ali mogu biti fatalne za pacijenta. Tretman ehinokokoze jetre se započinje konzervativno altihelminthicima, ali je definitivni tretman obično hirurška intervencija. Dijapazon intervencija je širok, od jednostavnih punkcija do transplantacija jetre. U posljednjih desetak godina pojavilo se više radova, uglavnom američkih autora, o radio-termalnoj ablaciji ciste, ali tu proceduru tek treba praktično dokazati kao metod izbora. U radu je prikazan slučaj pacijentice sa multiseptiranom ehinokoknom cistom lijevog jetrenog režnja (tip iii po gharbi-u, ce2 po who iwge) koja u cijelosti destruirala iii i dijelom i ivb segment jetre, ima komunikaciju sa bilijarnim vodom, a koja je riješena ekstirpacijom ciste i parcijalnom segmentektomijom jetre.

Ključne riječi: *echinococcus hepatis*, segmentektomija jetre

12 - FRT

GIGANTSKI PERIGASTRIČNI NEDIFERENCIRANI SARKOM – PRIKAZ BOLESNIKA

ŠIMLEŠA D, Begić Lj, Šantak G, Glavić Ž

Opća županijska bolnica Požega, Požega, Hrvatska

dsimlesa1@gmail.com

Sarkomi predstavljaju oko 1% malignih tumora kod ljudi i najčešća lokalizacija su donji ekstremiteti, a u području visceralnih organa i retroperitoneuma lokalizirano ih je samo 12%. Primarni nediferencirani sarkom probavnog trakta ili prema ranijoj nomenklaturi maligni fibrozni histiocitom je tek sporadično opisan u literaturi. Ovo je prikaz muškarca staroga 65 godina s tumorom veličine 30x13x12 cm koji je smješten uz želudac i potiskuje okolne organe.

Subjektivne smetnje su bile nespecifične i postupno su počele oko 2 mjeseca prije prijema u bolnicu s gubitkom apetita, mučninom, nagonom na povraćanje te gubitkom na težini i osjećajem nadutosti. Klinički se radilo o palpatornom tumoru gornjeg abdomena smještenom u epigastriju i lijevom hipohondriju čiji je donji rub dopirao ispod umbilikusa. Na CT i UZV opisana je tumorska tvorba veličine preko 20 cm uz veliku

krivinu želuca koja ne infiltrira okolne organe. Osim povišenog CRP (181,3 mg/L) svi laboratorijski nalazi uključujući i tumorske biljege bili su u granicama referentnih vrijednosti. Učinjena je radikalna resekcija tumora s omentumom te parcijalnom resekcijom želuca i kolon transversuma. Poslijeoperacijski tijek je bio bez komplikacija. Histološkim pregledom koji je uključivao bojenje HE te imunohistokemijsko bojenje što je verificirano i na Kliničkom zavodu za patologiju Kliničkog bolničkog centar Zagreb postavljena je dijagnoza nediferenciranog sarkoma visokog gradusa. Imunohistokemijski tumorsko tkivo je pozitivno na vimentin, a negativno na EMA, SMA, DOG1, CD117, CD34 i S100. Nakon operacije učinjen je PET-CT kojim nije nađeno zaostalih tumorskih depozita niti udaljenih metastaza te se kod bolesnika provodi adjuvantna kemoterapija.

22 - FRT

KIRURŠKO LIJEČENJE PERFORIRANIH VENTRIKULARNIH I DUODENALNIH ULKUSA U OB VUKOVAR (2002. – 2010.)

MANOJLOVIC D

*Opća bolnica Vukovar, Vukovar, Hrvatska**draganmdoc@gmail.com*

Uvod: Perforacija ulkusa predstavlja vrlo ozbiljnu komplikaciju ulkusne bolesti koja ugrožava život bolesnika. Samo brza kirurška intervencija sa postavljanjem šavi na mjestu perforacije spašava život bolesnika.

Cilj studije: Statistički prikaz kirurškog zbrinjavanja ventrikularnih i duodenalnih ulkusa u našoj ustanovi, sezonske pojavnosti perforacije ventrikularnih i duodenalnih ulkusa, spolne i dobne zastupljenosti, prosječne duljine hospitalizacija

Metode: Riječ je o retrospektivnoj studiji u periodu 01.01.2002.- 31.12.2010. godine.

Rezultati: U periodu 01.01.2002. - 31.12.2010. godine u našoj ustanovi kirurški su zbrinuta 54 paci-

jenta s perforiranim ventrikularnim i duodenalnim ulkusom (37 ventrikularni i 17 duodenalnih ulkusa).

U svih pacijenata liječenje je bilo uspješno, smrtnog ishoda nije bilo, a od komplikacija kirurškog liječenja imali smo infekcija operacijske rane (3 pacijenta), paralitički ileus (2 pacijenta).

Zaključak: Osim klasičnim, otvorenim pristupom, zahvat se u našoj ustanovi izvodi i laparoskopski (do sad učinjena četiri pacijenta). Cilj nam je i ovu tehniku, kirurškog zbrinjavanja perforiranih ventrikularnih i duodenalnih ulkusa, uvesti u našu ustanovu.

35 - FRT

USPOREDBA INCIDENCIJE KOLOREKTALNOG KARCINOMA PRIJE I ZA VRIJEME „NACIONALNOG PROGRAMA“ U PERIODU 2000. - 2010.

ČAČIĆ T, Kiš J, Švagelj M, Stažić M, Petrović M, Simon S

Opća bolnica Vinkovci, Vinkovci, Hrvatska

tomislav.cacic@vk.t-com.hr

Uvod: Rak debelog crijeva jedna je od najčešćih zloćudnih bolesti među stanovništvom razvijenog svijeta i ujedno jedan od glavnih uzroka smrti sa zabrinjavajućim trendom porasta učestalosti. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi pokrenulo je Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva koji za cilj ima što ranije otkrivanje raka debelog crijeva što bi u petogodišnjem razdoblju rezultiralo smanjivanjem smrtnosti raka debelog crijeva za 15%. Programom su obuhvaćene muškarci i žene u dobi od 50 do 74 godine, svake druge godine. Predmet ovog postera je prikazati broj i distribuciju oboljelih od malignoma kolona prema spolu, dobi, stupnju proširenosti te incidenciju standardiziranu na 100.000 stanovnika. Studija se odnosi na dijagnosticirane i operirane bolesnike na odjelu za kirurgiju OB Vinkovci te usporedba incidencije prije i za vrijeme „Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka debelog crijeva“ u periodu 2000.- 2010.

Metode: Koristili smo operativne te patohistološke protokole za dobivanje podataka o dijagnosticiranim i operiranim bolesnicima oboljelim od malignoma kolona u OB „Vinkovci“. Osim toga, koristili smo i statističke metode za izračun incidencije standardizirane na 100.000 stanovnika te opservirali distribuciju prema spolu i dobi.

Rezultati: Prema promatranju tijekom 11 godina (2000. - 2011.) otkriveno i operirano je 487 bolesnika od malignoma kolona na odjelu kirurgije OB „Vinkovci“. Od navedene brojka 15 bolesnika je bilo u stadiju Dukes A, 219 Dukes B, 201 Dukes C i 53 Dukes D. Operirano je 288 muškaraca i 199 žene. Prije „Nacionalnog programa“ u periodu 2000. - 2007. Otkriveno je i operirano 307 bolesnika, a za vrijeme programa 2008. - 2010. 175 bolesnika, dakle značajan porast novootkrivenih i operiranih. Što je porast apsolutnog broja od 175%. Incidencija standardizirano na 100.000 stanovnika je 2000. bila 20,48; 2009.- 51,88; a 2010.- 48,92. Ostatak analize biti će prikazan na posteru.

Zaključak: Početkom provođenja „Nacionalnog programa za prevenciju i rano otkrivanje raka debelog crijeva“ došlo je do značajnog povećanja broja novootkrivenih oboljelih, nažalost to ne možemo konstatirati za životnu dob te za stupanj proširenosti.

49 - FRT

EXTRACAPSULAR EXTENSION OF NODAL METASTASES FOR PROGNOSIS IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER: OUR CLINICAL EXPERIENCE

MAKSIMOVIC S¹, Jakovljevic B²¹ General Hospital "Sveti Vracevi", Bijeljina, Bosnia and Herzegovina² Clinical Center Banja Luka, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

makss@telrad.net

Background: Extracapsular extension (ECE) of nodal metastases from colorectal cancer is a frequent histological finding, but its significance for prognosis and treatment is unclear. We evaluate the prognostic value of lymph node metastasis with extracapsular extension for local control and metastasis-free survival in colorectal cancer.

Methods: From January 2000 to January 2010 of 197 rectal cancer patients were treated with surgery and postoperative radiochemotherapy. Patients were grouped according to nodal status (node negative, n = 69 (35%); node positive without ECE, n = 96, (48, 7%) node positive with ECE, n = 32 (16, 2%). Well-known prognostic factors such as International Union Against Cancer (UICC) stage, T and N stage, presence of lymphangiosis, and grade were assessed. The end points were analyzed by the Kaplan-Meier method, and prognostic factors were compared in a Cox regression model.

Results: We analyzed the patients with node positive without ECE n = 96, (48, 7%) and patients with node positive with ECE, n = 32 (16, 2%), the actuarial 10-year local control and distant metastasis-free survival rate was 65% and 36%, respectively. Patients with ECE of lymph node metastasis had an impaired 10-year local control rate (31%) compared with node positive without ECE, (p = 0.031). Metastasis-free survival also differed for the two groups, with a rate of 20% for those with extracapsular involvement, 41% for those without ECE, p <0.0001). The impact of ECE on local control was confirmed in the regression model (risk ratio [RR] 1.5, 95% confidence interval [CI] 1.1–2.9, p = 0.034).

Conclusion: Prognosis was significantly worse in patients with node positive with ECE compared to the patients with node positive without ECE. ECE of node metastasis is connected with a substantial decline in local control.

51 - FRT

PRIKAZ SLUČAJA OPERATIVNOG LIJEČENJA EHINOKOKNE CISTE JETRE I SLEZINE U KIBS FOČA

MILETIĆ R, Marić R, Potpara D, Lalović N, Supić A

Druga hirurška klinika, Klinički centar Istočno Sarajevo, Klinike i bolničke službe u Foči, Foča, Bosna i Hercegovina

miletic_rade@yahoo.com

Uvod: Ehinokokoza je zoonoza koju izaziva ehinokokna pantljičara koja u organizam čovjeka dospjeva preko ingestije jajašaca. Čovjek je prelazni domaćin, dok su glavni domaćini kanidi (pas, vuk, kojot). Oboljenje kod čovjeka mogu izazvati *E. granulosus*, *E. multilocularis*, *E. vogeli* i *E. oligarthus*. Najčešće se čovjek zarazi ehinokokusom granulozusom. Od organa, jetra je zahvaćena u oko 65-80%, pluća 10-25% dok su slezina, bubrezi, mišići, mozak i skelet zahvaćeni u manje od 5%.

Cilj rada: Prikaz slučaja liječenja pacijenta sa ehinokoknom cistom jetre i slezine.

Metode i materijal: kao izvor podataka korišćena dostupna medicinska dokumentacija.

Rezultati: Pacijent Z. Ž., muškarac star 38 godina primljen zbog bolova u trbuhu, malaksalosti, brzog zamaranja i glavobolje. Pacijent se obradi

labrotorijski, UZ abdomena, Ct abdomena. Nađena cista u osmom segmentu jetre vel. 40x37x32 mm i cista u slezini veličine 175x180x140 mm. Uradi serološka obrada; echinococcus At-elisa 1:32, cysticercosis At-elisa 1:82, CT endokranijuma nalaz uredan, pregled infektologa, stolica na parazite - nisu izolovani paraziti, niti jajašca parazita.

Zaključak: Pacijent primao abendazol tbl 400 mg 28 dana, a zatim operisan. Operativni i postoperativni tok protekao uredno. Odstranjena cista slezine težila 4,5 kg. Pacijent otpušten osmi postoperativni dan na kućno liječenje uz terapiju abendazolom još 28 dana. Uz multidisciplinarni pristup i adekvatnu preoperativnu pripremu operativno liječenje predstavlja sigurno izliječenje ehinokokne ciste jetre i slezine sa relativno niskim stepenom komplikacija.

59 - FRT

BREAST ABSCESS IN MAN DUE TO SALMONELLA ENTERICA SEROTYPE ENTERITIDIS

BRNČIĆ N¹, Gorup L¹, Strčić M², Abram M³, Mustač E⁴¹ *Infectious Diseases Department, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia*² *Department of Surgery, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia*³ *Department of Microbiology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia*⁴ *Department of Pathology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia**nada.brncic@medri.hr*

Clinical presentation of nontyphoidal Salmonellae can be divided into four syndromes: gastroenteritis, chronic carrier state, bacteraemia with vascular infection and localized disease. Among localized infections breast abscess due to Salmonella species is very rare and when occurring usually caused by Salmonella Typhi, while nontyphoidal Salmonellae are the causative organisms of breast abscess only exceptionally.

A case of breast abscess in a 70-year-old man due to Salmonella enterica serotype Enteritidis (Salmonella Enteritidis) is reported. The patient was admitted to Department of Surgery because of swelling in his left breast of nine months duration. Mammography confirmed in the left retromammary prepectoral space the presence of two irregular, soft tissue density masses with

microcalcifications and calcifications suggesting possible malignancy, or more likely abscess. Left subcutaneous mastectomy was performed, and pathohistological analysis revealed chronic inflammation without signs of malignancy. Culture grew a Salmonella species which was identified as Salmonella Enteritidis. After the diagnosis of breast abscess due to Salmonella was made, the patient history was reviewed which revealed an episode of severe acute gastroenterocolitis due to the same bacteria, ten months earlier.

Although Salmonella Enteritidis is the most frequent strain associated with Salmonella infections in European Union and candidate countries (including Croatia) in immunocompetent patients, to our knowledge it has never been described breast abscess caused by this bacteria.

64 - FRT

METODA ASIMETRIČNOG ODIZANJA NATALNE GLUTEALNE BRAZDE U LIJEČENJU PILONIDALNOG SINUSA

BUDIMIR T, Kondža G

Klinika za kirurgiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

tanjabudimir173@gmail.com

Uvod: studije pokazuju da je uzrok pilonidalne bolesti oštećenje epidermisa glutealne brazde što dovodi do migracije debrisa i bakterija u potkožno tkivo koje potpomognuto vlagom, anaerobima i dlakama rezultira stvaranjem pilonidalnog apscesa.

Materijali i metode: zbog nedostataka tradicionalnih tehnika, danas se nameće nova metoda asimetričnog odizanja natalne glutealne brazde. U razdoblju od 16 mjeseci na našoj klinici, ovom metodom je operirano 20 pacijenata od kojih se u 3 slučaja radilo o recidivu ranije operiranog pilonidalnog sinusa.

Rezultati: prosjek trajanja bolesti je 2,5 godine. Prevaga spola je 18:2 u korist muškog roda, prosječna dob je 28. G. Svi su operirani u općoj anesteziji, te su primali antibiotike kroz 5 dana. Šavi su odstranjeni nakon 12 dana. Prosječno vrijeme praćenja pacijenata je 10 mjeseci. Od komplikacija smo imali jednu infekciju rane koja je bila riješena reoperacijom nakon 27 dana.

Zaključak: cleft lift tehnika se pokazala jednostavnom, brzom, jeftinom i pouzdanom metodom koja jednako uspješno rješava nove i recidivirajuće pilonidalne sinuse.

96 - FRT

PRIMJENA FONDAPARINUKSA (ARIXTRA) U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI - PRIKAZ SLUČAJA

PEŠEK T, Pešek K.

*Opća bolnica Zabok, Zabok, Hrvatska**ksenija.pesek@kr.t-com.hr*

Cilj: prikazati sigurnost primjene fondaparinuksa (Arixtra) preoperativno u abdominalnoj kirurgiji

Uvod: Fondaparinuks (Arixtra) sadrži fondaparinuks natrij i predstavlja sintetički spoj koji inhibira djelovanje faktora Xa. Faktor zgrušavanja Xa ima važnu ulogu u zgrušavanju krvi i njegovom inhibicijom sprječava se nastanak tromba u krvnim žilama. Primjenjuje se kod liječenja akutnog koronarnog sindroma (AKS) u dozi od 2.5 mg subkutano (s.c.) 1x dnevno tijekom cijele hospitalizacije. U kirurgiji i ortopediji primjenjuje se kao prevencija tromboze 6 sati nakon zahvata s.c. u dozi od 2.5 mg 1x dnevno tijekom 5 dana ili cijelog boravka.

Prikaz slučaja: Pacijent star 67 godina je zbog akutnog kalkuloznog holecistitisa premješten iz Koronarne jedinice na kirurgiju. Tri dana prije premještaja, liječen je u Koronarnoj jedinici zbog AKS-NSTEMI (akutni koronarni sindrom-infarkt miokarda bez elevacije st-spojnice). Započeta je terapija Arixtrom, a dijagnoza je potvrđena biokemijskim kardioselektivnim enzimima

(troponin I-TnI, C-reaktivni protein-CRP, kreatin-kinaza-CK), elektrokardiogramom (EKG) i kliničkom slikom. 3. dan boravka razvije se slika akutnog kalkuloznog kolecistitisa. Ultrazvukom abdomena dokaže se flegmona žučnjaka te je potreban hitan operativni zahvat.

Rezultati: Tijekom operativnog zahvata-holecistektomije, nije bilo komplikacija-pojačanog krvarenja, kao niti nakon završenog operativnog zahvata. Cijeli tijek boravka na kirurgiji protekao je uredno, uz nastavak prevencije tromboze Arixtrom s.c. u dozi od 2.5 mg 1x dnevno još 5 dana, kao i nastavka potrebnog liječenja AKS kod pacijenta istom terapijom.

Zaključak: Arixtra-fondaparinuks siguran je u primjeni i preoperativno, ali ipak se treba pridržavati preporuke primjene lijeka. Prednost u primjeni Arixtre je jedinstvena doza i za prevenciju tromboze i za liječenje AKS. Slučaj pacijenta jedinstven je po tijeku bolesti, gdje se 3. dan nakon AKS-NSTEMI i primjene Arixtre, pristupi operativnom zahvatu koji završi bez komplikacija.

107 - FRT

HAEMORRHOIDECTOMY USING FOCUS ULTRACISION

VEKIC B, Zivic R, Jovanovic Z, Kalezic M, Vranic N

Clinical Hospital Center "Dr Dragisa Misovic", Belgrade, Serbia

vekicberislav@gmail.com

Introduction: Haemorrhoidectomy with focus ultracision is a variation of the classic Miligan-Morgan operation during which the following is used electro-coagulation and cutting of the blood vessels.

Material and Methods: Within the period of time from 2008 to 2010, 116 patients were operated on due to haemorrhoidal disease, 47 females and 69 males, mean age 59 years (31 to 75 year of age). 48 patients were operated in the III stadium of the disease, and 68 patients were operated in the IV stadium with secondary anaemia. Spinal anaesthesia was used in 86 patients and general anaesthesia was used in 30 patients. In preoperative period a standard procedures were used: enema, paraffin oil, metronidazol.

Results: Intraoperative complications didn't occur. 103 patients were hospitalized for 24 hours, and 13 patients were hospitalized for 48 hours. In postoperative period there was not bleeding and no need for reintervention. In postoperative period all patients were used analgetic Zodal or Diklofen.

Conclusions: Haemorrhoidectomy with focus ultracision gives satisfactory results in treating haemorrhoidal disease. No bleeding occurs, postoperatively less pain compared with conventional scissors dissection and no need for special technical knowledge is required. In shortness of the time length of the operation and can be performed as one day surgery.

109 - FRT

HOW TO TREAT A HOGE ANORECTAL MELANOMA?

VEKIC B, Zivic R, Jovanovic Z, Kalezic M, Vranic N

*Clinical Hospital Center „ Dr Dragisa Misovic“, Belgrade, Serbia**vekicberislav@gmail.com*

Background: Primary anorectal melanoma is a very rare malignancy which represents 0.1%–4.6% of all anorectal tumors. This disease is sometimes mistaken for such benign conditions as either a haemorrhoid or rectal polyp.

Methods: The authors report on a 52 years old man with rectal bleeding and bowel obstruction symptoms in which a huge anorectal melanoma in the region of the dentate line was detected during the inspection of an “anal polyp”. The tumor appeared as a polypoid intraluminal mass on the pelvis CT scan, 7cm in size, with no perirectal infiltration or lymphadenopathy. CT scans of the thorax and abdomen showed no signs of distant metastases.

Results: After the diagnosis was established, abdominoperineal resection of the rectum was performed, since the tumor was large and obstructive. Only one of 14 removed perirectal

lymph nodes was histologically positive on paraffine sections. Melanoma was classified as stage 3. No adjuvant therapy has been admitted. Three months after initial treatment, the patient is alive and disease free.

Conclusion: Anorectal malignant melanoma is often misdiagnosed, surgical procedure is the first choice for patients with AMM. Abdominal perineal resection versus wide local excision is still being debated. Different surgical modalities have been used in managing the disease with no clear evidence to favor one approach over another, but even when a radical surgery was undergone, the prognosis of patients with anal melanoma remains dismal. Because the optimal treatment of these tumors is still unclear, a multidisciplinary approach including a surgeon, primary care physician, medical oncologist, radiation oncologist, and pathologist offers the patient the best outcome.

34 - GSR

ISOLATED TRAUMATIC INJURY OF THE PANCREAS WITH A CASE REPORTS

DŽODAN A, Ivanecz A

Department of Abdominal Surgery, University Clinical Center Maribor, Maribor, Slovenia

dzodana@yahoo.com

Key words: rupture of the pancreas, blunt abdominal injury, isolated rupture, incidence, diagnosis

Background: Blunt abdominal trauma often leads to damage of various parenchymal organs. In tenth of the cases, the pancreas is affected as well, even more rarely isolated trauma of the pancreas occurs. This particular type of injury, mainly due to the anatomical location and the »protection« of the organs which lie in front of the pancreas, clinically represents late or the diagnosis itself is difficult. In particular, sufficient and effective early detection can prevent a number of posttraumatic complications.

Case outlines:

Case 1: A 25 years the patient under the influence of alcohol fell about 2m deep and struck her head and abdomen. The women suffered an isolated rupture of the pancreas, which was diagnosed by

Ultrasound, CT with contrast. To confirm the diagnosis an emergency exploratory laparotomy was performed and a distal pancreatectomy maintaining the spleen to resolve the injury.

Case 2: A 15 years old patient fell of the bicycle and was hit by the handlebars in upper part of abdomen. He suffered isolated complete rupture of the pancreas. On the basis of abdominal CT and NMR an urgent operation was indicated. At laparotomy complete transection of the pancreas at the level of the neck was seen. The proximal part of the pancreas was closed and Roux-en-Y distal pancreateojejunostomy was performed.

Conclusions: Isolated injury of the pancreas is extremely rare. Equally important are effective and early diagnosis to prevent serious complications and consequences.

62 - GSR

RETROPERITONEALNA FLEGMONA - PRIKAZ SLUČAJA

SINOŽIĆ A, Pikot D, Kurtović D, Fedel I

*Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska**aleksandrasinozic@yahoo.com*

U radu je prikazana bolesnica koja je hospitalizirana na našem odjelu radi kliničke slike akutnog abdomena. U hitnoći se učini laparotomija, evidentira se retroperitonealna flegmona. Postoperativni tijek težak, iziskuje relaparotomiju.

Bolesnica je prije 2 mjeseca hospitalizirana radi apscesa desne dojke.

Pretpostavka je da se radi o metastatskom procesu iz apscesa desne dojke kao uzročniku retroperitonealne flegmone.

78 - GSR

SLABOST STRAŽNJEG TRBUŠNOG ZIDA TRBUŠNE STIJENKE NAJČEŠĆI JE UZROK SINDROMA BOLNE PREPONE U SPORTAŠA

ROHER R, Šebečić B, Starešinić M, Čuljak V, Japjec M, Žgaljardić I

Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

rroher@inet.hr

Cilj: Sindrom bolne prepone karakterizira bol u ingvinalnoj i pubičnoj regiji. Bol je prisutna kod svakodnevnih aktivnosti, intenzivira se za vrijeme sportskih aktivnosti dok se u mirovanju smiruje. Incidencija sindroma kod sportaša se kreće od 0,5% do 6,2%. Prikazujemo petogodišnju retrospektivnu analizu slučajeva sindroma bolne prepone liječenih na našoj Klinici za kirurgiju.

Metode: Tijekom pet godina operirano je 106 pacijenata sa sindromom bolne prepone. Dijagnostika se sastojala od anamneze, kliničke slike, dinamičkog UZV-a ingvinalne regije, RTG-a zdjelice i MR zdjelice kod koštanih promjena na RTG-u. Kod svih pacijenata klinički i ultrazvukom bila je utvrđena slabost stražnje stijenke ingvinalnog kanala, a s obzirom na dodatan nalaz tendinoze dugog aduktornog mišića i osteitisa pubične kosti pacijenti su bili podijeljeni u 3 skupine. Prvu skupinu sačinjavala su 62 pacijenta (58%) samo sa trbušnom slabosti, drugu skupinu 40 pacijenata (38%) sa slabosti trbušnog zida i tendinozom aduktora, a treću preostala 4 pacijenta (4%) gdje je uz navedene poremećaje bio prisutan i osteitis pubis. Prilikom operativnog zahvata kod svih pacijenata učinilo se pojačanje stražnjeg zida duplikaturom trasverzalne fascije (Shouldice technique) uz nerolizu ilioingvinalnog živca i resekciju genitalne grane genitofemoralnog živca. Pacijentima s tendinozom dugog aduktornog

mišića i osteitisa pubične kosti učinila se i tenotomija dugog aduktora. Postoperativno odmah je započeta rehabilitacija po ranije postavljenom protokolu.

Rezultati: Analizom podataka utvrđeni su najbolji rezultati u prvoj skupini u kojoj se 96% pacijenata nakon 4 tjedna vratilo prijašnjoj razini aktivnosti. U drugoj skupini oporavak je bio duži te je nakon 8 tjedana 89% pacijenata obavljalo radnje kao prije operacije, dok je treća skupina pokazala najslabije rezultate. Tri pacijenta vratile su se aktivnostima u periodu od 3-6 mjeseci, a jedan pacijent još uvijek ima tegobe bez povratka sportskim aktivnostima.

Zaključak: Najčešći uzrok sindroma bolne prepone je slabost stražnje stijenke trbušnog zida. Također učestalo je pridružena i tendinoza dugog aduktornog mišića. U tim slučajevima operativno liječenje je metoda izbora koja dovodi do dobrog rezultata i brzog povratka redovnoj aktivnosti. Kod pacijenata s osteitis pubis-om uz operativno rješavanje slabosti trbušnog zida i tendinoze nužna je produžena fizikalna i medikamentozna terapija.

127 - FRT

ENDOSCOPIC SURGERY IN PLASTIC SURGERY

CVJETIČANIN B, Zdilar B, Veir Z, Dujmović A, Duduković M

Department of Plastic, Reconstructive and Breast Surgery, Surgery Clinic, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

duki.md@gmail.com

Surgical wound infection remains a major problem in cardiac surgery and occurs mainly after full sternotomy. We will present a patient with sternal defects after sternal wound infection after sternotomy performed by cardiac surgeons. Reconstruction was performed by combined vacuum-assisted closure treatment with laparoscopic mobilization of an omental flap and mesh skin grafts. In our opinion laparoscopic

assisted omental flap transposition combined with meshed skin graft is safe and reliable method that can be used in sternal defect reconstruction. Endoscope use in omental flap transposition makes this method simple and safe.

Key words: sternal defect, vacuum – assisted closure treatment, endoscopy, omental flap



Indeks autora
Authors' Index

Indeks / Index

A

Abram M	130
Aćimovac P	121
Adanić A	94
Adanić Z	95
Ajdukovic R	52
Akšamija G	19
Aleksić Z	121
Alić S	42, 61
Alomerović D	118
Andromako N	77, 78
Aralica G	52, 59, 111
Augustin G	106
Avram N	99

B

Bačić Đ	41, 62, 100
Bajec Dj	115, 116, 117
Bajramagić S	120
Baković J	52, 102
Bakula B	27, 40
Banović J	43
Baotić T	18, 68, 72, 74, 104
Barić M	57, 94, 95, 96
Batinić Škipina D	99
Begić Lj	39, 103, 125
Bergauer A	33
Biočić M	92
Bitunjac K	43
Blaće I	28
Boras Z	29, 47
Bozić N	106
Bračanovic M	54, 55
Braga M	25
Brekalo Z	27, 40
Brnčić N	130
Budimir T	56, 131
Budisavljević A	67
Bujas T	69
Bujas Ž	84
Bušić Ž	58, 59
Buturović S	42, 61

C

Cero I	91, 101
Cerovčec M	23
Cetina-Zgrabljic J	67

Crvenković D	94, 96, 97
Cvijanović R	53
Cvjetičanin B	138

Č

Čačić T	63, 127
Čolović R	31, 32
Čulinović-Čaić R	46
Čuljak V	63, 137
Čupen D	44

Ć

Ćatić L	85, 86, 87
Ćepić I	62, 100
Ćuk M	99
Ćulum J	121
Ćupurdija K	21, 48, 49, 59

D

Davidović B	99
Deban O	18, 68, 72, 104
Delač D	69
Demo D	44
Diklić D	108, 109, 110
Doklešić K	55, 54
Dostić M	99
Družijanić N	35, 79, 81
Duduković M	138
Dujmović A	138
Dukić Vladičić N	99

DŽ

Džodan A	135
Džomba M	42, 61

E

Erić D	54, 55, 99
--------	------------

F

Fedel I	67, 136
Feketić S	44
Feljan H	48, 49
Flis V	33
Furlan D	92

G

Gadže D	46
Gajzer B	50, 73
Gašparov S	16, 17
Gavrić I	19

Glavić Ž	39, 103, 125
Gojević A	18, 68, 72, 104
Gornjaković S	20
Gorup L	130
Grandić L	43, 79, 81
Grbaš Bratković S	97
Grbas H	41, 62, 65, 100, 107
Grebić D	100
Gregorić P	115, 116, 117
Grgić T	109
Gršić J	108, 110
Grubišić M	22, 29, 47
Grubor N	31
Gudelj M	41, 62, 65, 100
Guzin Z	118

H

Hadžizukić B	42, 61
Hajdarević B	118
Hashani SH	70
Hauser G	51
Haznadar M	118
Held R	21, 49
Hlebić G	14
Horvat M	14, 50
Horžić M	21, 48, 49, 59
Hoxha F	70
Hranilović Z	44
Hrstić I	18
Hrženjak K	30, 108, 109, 110

I

Ignjatović I	31
Ivančević N	115, 116
Ivanecz A	14, 50, 135
Ivanov D	53

J

Jadrijević S	15, 16, 17, 66, 82
Jagrić T	14
Jakovljević B	128
Jakuš DM	15, 66
Japjec M	137
Jelić T	75
Jemendžić D	66, 82
Jokanović D	99
Jovanović M	31, 32
Jovanović Z	119, 122, 133, 134
Jozinović E	46
Juretić-Franković K	107
Jurić I	92
Juričić J	35

K

Kalezić M	119, 122, 133, 134
Kamal M	60
Kandić Ad	85, 86, 87
Kandić Al	85, 86, 87
Kandić Z	19, 85, 86, 87
Karadžić B	115, 116, 117
Karamarković A	13, 54, 55
Karavdić S	91
Kasić M	63
Kavaja F	70
Kavaja L	70
Kiš J	63, 127
Klapan D	23
Kliček R	52, 102, 111
Knežević Dj	31
Knežević M	52, 102
Knežević S	31
Knotek M	16
Koblica N	33
Kocman B	15, 16, 17, 66, 82
Kocman I	15, 16, 17, 66, 82
Kokot Z	30
Kolak T	52, 59, 102
Kolovrat M	58
Koluh A	91
Kondža G	22, 29, 47, 56, 131
Kordić O	121
Korica M	53
Korolija-Marinić D	64, 68, 72, 104
Košćak D	97
Košorok P	38
Kostić D	121
Kostopeč P	66, 82
Košuta D	97
Kotjelnikov B	19, 124
Kovačević M	99
Kovačević S	55
Kovačić B	22, 29, 47
Koželj M	73
Kraljević D	35, 79, 81
Krebs B	73
Krivokuća B	121
Križan A	22, 29, 47
Križanac Š	111
Krnić D	35
Krpan D	29, 47
Kučan D	66
Kučić Ž	97
Kulo A	120, 124
Kunišek L	100
Kurtović D	136
Kutnjak-Kiš R	46

L

Labinac-Peteh L	67
Lacković Ž	21, 48, 49, 59
Lalović N	99, 129
Latić F	83
Lekić P	20
Letica L	27, 40
Lizatović D	56
Lojo N	57, 93, 95, 96
Lončar B	58
Lovasić F	65, 100

M

Madžar I	84
Maksić S	120
Maksimović S	128
Manojlović D	126
Marić H	99
Marić R	99, 129
Marić S	99
Marić Z	120
Martinac M	57, 93, 94, 95, 96
Martinović Ž	20, 36, 37
Matić S	31, 32
Maxhuni L	70
Maxhuni M	70
Medić M	65
Mendrića D	62, 100, 107
Mihajlović V	55
Mihanović J	92
Mikulić D	15, 16, 17, 66, 82
Miletić R	99, 129
Milošević B	106
Milotić F	33
Milovanović A	31, 32
Miočinović M	52, 102
Miškić Đ	83
Mišković J	27, 40
Mitrović F	122
Mrzljak A	16, 17
Muhović S	19, 124
Mujić H	91, 101
Mustać E	130

N

Novčić K	15, 17
----------------	--------

O

Okić A	101
--------------	-----

P

Pajtak A	98
Paroški G	53
Pašović S	19, 120
Patrlj L	45, 111
Pavlek G	18, 64, 104
Pejović I	115, 116, 117
Perko Z	35, 43, 79, 80, 81
Perkov D	18
Pernat C	77, 78
Perošić N	62
Pešek K	132
Pešek T	132
Petrošić N	41, 100
Petrović J	75
Petrović I	18, 68, 72, 104
Petrović-Lukačević M	63
Petrović M	127
Petrović N	54, 55
Pikot D	136
Pirjavec A	65
Pleština S	67
Pogorelić Z	79, 92
Poljak M	15, 16, 17, 66, 82
Potpara D	99, 129
Potrč S	14, 50, 73
Primc D	100

R

Radanac S	109
Radenković D	115, 116, 117
Radnić D	85
Rahelić V	41, 62, 100
Rakić M	79, 81
Rako D	49
Rašić D	57, 94, 95
Rašić Ž	57, 93, 94, 95, 96
Raspopović M	117
Ratković D	59
Rinčić M	107
Roher R	137
Romić B	18, 68, 72, 74, 104
Romić D	93
Rožić I	22, 109
Runjić I	102
Ružić T	44

S

Saftić I	100
Salamon T	52
Samardžić J	83
Seiwerth S	111
Sever M	57, 93, 94, 95

Sikirić P	111
Silovski T	75
Simatović M	121
Simon S	127
Servis D	58
Sinožić A	136
Slišurić F	39
Smiljanić M	57, 93 , 94, 96
Stakić G	121
Stare R	30, 98, 105
Starešinić M	137
Starović V	99
Stastny T	103
Stažić M	63, 127
Stipančić I	34, 52, 102
Stipeč G	44
Stipić R	81
Stipić Z	95
Strčić M	130
Suknaić S	15
Supić A	99, 129

Š

Šabanović J	19, 124
Šantak G	39, 103, 125
Šarenac Z	99
Šebečić B	137
Šef D	66
Šeparović I	18, 74
Šestić H	91, 101
Šimičević D	105
Šimleša D	39, 103, 125
Šimunić M	35
Šimunović-Smirčić M	84
Šitum A	58
Škegro M	18, 64, 68, 72, 75, 104
Škorjanec S	30, 105
Škrčić A	16, 17
Šoljić M	27, 40
Štivić Ž	97
Šundov Ž	35
Šuvak I	60
Švagelj M	63, 127

T

Tag-Eldin A	42, 61
Tanović E	120
Tanović H	120, 124
Tentor D	104
Tepoš M	60
Tomažić A	24
Tometić G	108, 109, 110
Tomić D	121

Tomić S	75
Trivanović D	67
Trkulja N	121
Tudor T	44
Tufeković D	69, 106
Tutek Z	69, 106

U

Uravić M	41, 62, 100
----------------	-------------

V

Valjan T	20, 36, 37
Valjan V	20, 36, 37
Vekić B	119, 122, 133, 134
Veir Z	138
Veljović Đ	99
Vergles D	21, 48, 49, 59
Vidaković M	23
Vidas S	96
Vidović D	29, 47
Vranić N	119, 122, 133, 134
Vujčić D	97
Vukelić-Marković M	59

Z

Zamarin K	84
Zdilar B	138
Zedelj J	68
Zelić M	41, 62, 76, 100
Zoričić I	93
Zukanović G	39, 103

Ž

Žgaljardić I	66, 137
Židak D	21
Židak M	21, 48, 49, 59
Živić R	119, 122, 133, 134
Živković A	68, 72