

# THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY

numărul 5, vol. 189, mai 2005  
[www.americanjournalofsurgery.com](http://www.americanjournalofsurgery.com)



## Presidential Address

- 505 The Long Green Line**  
 Peston L. Carter

## Historical Talk

- 509 Dr. Kenneth A. J. Mackenzie: Truly He Shone**  
 James C. Donald

## Scientific Papers

- 512 Clinical Utility and Cost-effectiveness of Routine Preoperative Computed Tomography Scanning in Patients With Colon Cancer**  
 David C. Mauchley, Dana C. Lynge, Lorrie A. Langdale et al

- 518 The Effect of Combat Rations on Bowel Habits in a Combat Environment**  
 Scott R. Steele, Philip S. Mullenix, Matthew J. Martin, and Ronald J. Place
- 522 Examining the Learning Curve of Laparoscopic Funduplications at an Urban Community Hospital**  
 Hamish Hwang, Laurence J. Turner, and N. Peter Blair
- 527 Epidemiology, Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Choledochal Cysts in Adults in an Urban Environment**  
 Kevin Wiseman, Andrzej K. Buczowski, Stephen W. Chung et al
- 532 Treatment of Nonadhesive Bowel Obstruction Following Gastric Bypass**  
 David Marc Lauter
- 536 Common Channel Length Predicts Outcomes of Biliopancreatic Diversion Alone and With the Duodenal Switch Surgery**  
 Donald B. McConnell, Robert W. O'Rourke, Clifford Deveney

Cu toate că bypassul gastric și procedurile de banding, clasic sau laparoscopic sunt cele mai frecvente proceduri bariatrice folosite în SUA, mulți pacienți aleg chirurgia de malabsorbție. În acest studiu autorii au evaluat trei grupuri de pacienți în funcție de lungimea ileonului terminal la nivelul căruia se efectuează derivația biliopancreatică. La 5 pacienți s-a efectuat derivație biliopancreatică simplă, iar la 119 pacienți derivație

biliopancreatică cu închiderea bontului duodenal. Concluzia a fost că lungimea ileonului terminal nu trebuie să depășească 100 cm pentru ca derivația biliopancreatică să contribuie cu succes la pierderea în greutate a pacienților.

**541 Factors Related to the Failure of Radiographic Recognition of Occult Posttraumatic Pneumothoraces**

Chad G. Ball, Andrew W. Kirkpatrick, Kevin B. Laupland et al

**547 The Effect of Obesity on Biopedance Cardiac Index**

Carlos V. R. Brown, Mattheq J. Martin, William C. Shoemaker et al

**552 Hepatitis C Infection Increases the Risk of New-Onset Diabetes After Transplantation in Liver Allograft Recipients**

Jordana L. Soule, Ali J. Olyaei, Tobin A. Boslaugh et al

**558 Use of a Minimally Invasive Donor Nephrectomy Program to Select Technique for Live Donor Nephrectomy**

Anastasio Salazar, Ronald Pelletier, Serdar Yilmaz et al

**564 Supporting the Global war on Terror: A Tale of Two Campaigns Featuring the 250th Forward Surgical Team (Airborne)**

Robert M. Rush, Jr., Neil R. Stockmaster, Harry K. Stinger et al

**571 A Population-Based Assessment of Major Trauma in a Large Canadian Region**

Kevin B. Laupland, John B. Kortbeek, Christi Findlay, and S. Morad Hameed

**577 The Impact of an Interventional Vascular Speciality Team on Institutional Endovascular Aneurysm Repair Outcomes**

Philip S. Mullenix, Benjamin W. Starnes, Joseph a. Ronsivalle, Charles A. Andersen

**581 Adrenal Lesions Assessed in the Era of Laparoscopic Adrenalectomy: A Modern Day Series**

J. Chaves-Rodrigues, Janice L. Pasioka

**587 Detecting and Defining hypothyroidism After Hemithyroidectomy**

Hannah G. Piper, Samuel P. Bugins, Graeme E. Wilkins et al

**592 Can Cytology Accurately Predict Bening Follicular Nodules ?**

Jenni Smith, Rona E. Cheifetz, Nathan Schneidereit et al

**596 Selective Unilateral Parathyroid Exploration: An effective Treatment for Primary Hyperparathyroidism**

Christopher R. Baliski, James K. Steward, Donald W. Anderson et al

În cazul adenoamelor paratiroidiene mediastinale solitare localizate, autorii recomandă abordul cervical în cazul adenoamelor situate în mediastinul superior și abordul toracoscopic pentru adenoamele paratiroidiene situate în mediastinul mijlociu.

**601 One-Gland Exploration for Mediastinal Parathyroid Adenomas: Cervical and Thoracoscopic Approaches**

Rockson C. Liu, Mark E. Hill, John A. Ryan, Jr.

- 606 The Association of Cytokeratin-Only-Positive Sentinel Lymph Nodes and Subsequent Metastases in Breast Cancer**  
Philip S. Mullenix, Tommy A. Brown, Michael O. Meyers et al
- 610 Risk Counseling and Management in Patient With Lobular Carcinoma In Situ**  
Jennifer R. Garreau, Joanne Nelson, Regan Look et al
- 616 Geographic Variation in Sentinel Node Adaptation by Practicing Surgeons in Oregon**  
Jennifer R. Garreau, Joanne Nelson, David Cook et al
- 621 Breast Fine-Needle Aspirates With Scant Cellularity Are Clinically Useful**  
John T. Vetto, Rodney F. Pommier, Richard L. Shih et al
- 627 Combination Glutathione and Anthocyanins as an Alternative for Skin Care During External-Beam Radiation**  
T. Miko Enomoto, Thomas Johnson, Noel Peterson et al
- 632 Outcomes Following Resection of Invasive and Noninvasive Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms of the Pancreas**  
Keita Wada, Richard A. Koayrek, L. William Traverso

Neoplasmul mucinos papilar intraductal (IPMN) a fost clasificat în 1996, iar incidența lui este în continuă creștere. 18-25% dintre leziuni sunt descoperite incidental. Se crede că IPMN este un adenom în secvența cancerului. Deși în acest studiu nu a fost observat există totuși o diferență de vârstă 5-6 ani între boala non-invazivă și cea invazivă. La Virginia Mason Medical Center autorii au efectuat un studiu pe 100 de cazuri de IPMN care au fost rezecate. S-a efectuat o comparație a supraviețuirii între 3 grupuri: IPMN non-invaziv (n=75), IPMN invaziv (n=25), adenocarcinom ductal invaziv (n=24). Pentru IPMN invaziv s-a stabilit mai târziu stadializarea TNM. Supraviețuirea la 5 ani a fost semnificativ mai bună pentru grupul IPMN non-invaziv (100%) decât grupul IPMN invaziv (46%). Recidiva tumorală a fost rară în cazul IPMN non-invaziv (1,3% IPMN benigne). Recidiva în grupul IPMN invaziv a fost de 46%. În subgrupul cu stadiul I de boală recidiva malignității a fost de 25%. Curba supraviețuirii pe stadii nu a fost diferită între IPMN invaziv și adenocarcinomul ductal. În acest studiu ca factori predictivi s-au folosit: mărimea tumorii, afectarea ductului principal versus afectarea ramificațiilor acestuia, nivelul CA 19-9, nivelul ACE în sucul pancreatic. Mulți autori folosesc aceste criterii și recomandă, o parte observație nonoperatorie, iar alții rezecție conservatoare (rezecție pancreatică prezervatoare de organ). Rata de supraviețuire la 2 și 5 ani este de 100% pentru leziunile non invazive și de 46% pentru cele invazive similar cu rezultatele obținute la Johns Hopkins Hospital sau în studiile multicentrice din Franța. Massachusetts General Hospital, Memorial Sloan-Kettering și japonezii raportează o supraviețuire la 5 ani în cazul IPMN invaziv de 60%.

Autorii concluzionează că toți pacienții cu IPMN trebuie să beneficieze de rezecție pancreatică din trei motive: primul că nu se poate ști decât după rezecție prezența invaziei; al doilea că IPMN descoperit chiar dacă este benign va evolua spre IPMN invaziv; și al treilea motiv este că tratamentul optim pentru IPMN invaziv este rezecția pancreatică.

**638 Letter to the Editor**

Dr. A. Vasilescu