

Introducere: Cauzele galactoreei sunt considerate dereglările hormonale, creșterea nivelului de prolactină, efecte secundare ale administrării unor medicamente. Nu am întâlnit descrise cazuri de galactoree agresivă după reducția mamară (RM).

Material și metode: În Clinica SANCOS a fost operată pacienta R, 48 ani, cu diagnosticul: “Macromastie bilaterală. Asimetrie mamară”. Cu 8 ani în urmă pacienta a urmat un tratament hormonal din cauza galactoreei. La data de 24.10.18 s-a efectuat reducția mamară. Masa glandulară redusă a fost de 220 g din dreapta și 250 g din stînga. Transpoziția complexului mamelono-areolar s-a efectuat pe lambou superior-lateral.

Rezultate: În perioada postoperatorie s-a dezvoltat o lactoree agresivă, cu formare, peste 15 zile de la operație, de colecții masive de lactifore în ambii sîni, după care s-a asociat cu febră. Prolactina depășea limitele normei de 10 ori. S-a luat decizia de a deschide și a drena colecțiile. La data de 16.11.18 s-au deschis și drenat 3 colecții din care s-au evacuat 180 ml de lapte. Pacienta a fost consultată de endocrinolog. S-a indicat tratament hormonal, după care prolactina a scăzut și s-au stopat eliminările lactifore. Plăgile s-au vindecat după aplicarea suturilor secundare. Rezultatul estetic al operației a fost satisfăcător. Tratamentul hormonal a fost continuat cu supravegherea endocrinologului.

Concluzie: Mamoplastia poate provoca o galactoree agresivă la pacientele cu prolactina mărită.

Cuvinte cheie: galactoree postoperatorie, reducere mamară, prolactina.

POSTOPERATIVE LACTORRHEA AFTER REDUCTION OF MAMMARY GLAND

Introduction: The causes of galactorrhea are considered the hormonal disruption, elevation of prolactin levels, side effects of some medicine administration. We have not encountered cases describing aggressive galactorrhea after mammary gland reduction.

Material and methods: Patient R, 48 years old, who has been diagnosed with “Bilateral macromastia. Mammary gland asymmetry”, had surgery, in SANCOS Clinic. 8 years earlier the patient followed a hormonal treatment because of galactorrhea. On 24.10.18 the breast reduction was performed. The reduced glandular mass was 220 g on the right and 250 g on the left. The transposition of nipple-areolar complex was realized on upper-lateral flap.

Results: In the postoperative period, an aggressive lactorrhea developed, with formation of massive lactiferous collections in both breasts, after 15 days of surgery, after which fever associated. The prolactin exceeded the normal limit by 10 times. It was decided to open and drain the collections. On 16.11.18 three collections were opened and drained, from which 180 ml of milk was discharged. The patient was consulted by the endocrinologist. Hormonal treatment was indicated, after which prolactin decreased and the lactiferous eliminations stopped. The plagues were healed after secondary sutures. The esthetic result of the surgery was satisfactory. The hormonal treatment continued, under the endocrinologist’s supervision.

Conclusion: Mammoplasty may provoke an aggressive galactorrhea in patients with increased prolactin.

Keywords: postoperative galactorrhea, mammary gland reduction, prolactin.

COMPLICAȚIILE POSTOPERATORII LA BOLNAVII MATURI CU MALFORMAȚII CARDIACE CONGENITALE ȘI HIPERVOLEMIE PULMONARĂ

CORCEA V¹, REPIN O¹, MANIUC L¹, CHEPTANARU E¹, GUZGAN IU¹, SCIUCA N¹, NAMESNIC G¹, GHICAVÎI N¹, CIUBOTARU A¹

¹Departamentul de chirurgie cardiovasculară și toracică, IMSP Spitalul Clinic Republican ”Timofei Moșneaga”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Incidența în creștere a malformațiilor cardiace congenitale (MCC) și a complicațiilor dezvoltate la maturitate, care înrăutățesc calitatea vieții și prognosticul acestor pacienți prezintă o problemă socio-medicală importantă. Astfel, studiul particularităților tratamentului chirurgical la bolnavii cu MCC și hipervolemie pulmonară (HP) este actual.

Material și metode: În lucrare sunt prezentate rezultatele studiului unui lot de 461 pacienți cu vârste cuprinse între 19 și 69 ani, dintre care 310 (67,2 %) au fost femei și 151 (32,8%) au fost bărbați, cu MCC și HP, operați în perioada 1988-2017. Cel mai reprezentativ lot este alcătuit de bolnavii cu defect septal atrial - 369 (80,0%), urmat de defect septal ventricular - 52 (11,3%).

Rezultate: Complicațiile pulmonare sunt specifice bolnavilor cu HP. Pneumoniile postoperatorii au fost prezente în 36% și pleureziile - în 23,1% cazuri. Postoperator clasa funcțională (CF) II NYHA s-a înregistrat la 306 (66,4%) pacienți și CF I NYHA - la 120 (26%). 4(8,7%) au rămas în CF IV NYHA, restul fiind în CF III NYHA. Mortalitatea a alcătuit 1,08% (5 pacienți).

Concluzii: Tratamentul curativ a VCC este exclusiv chirurgical, de preferință până la apariția hipertensiunii pulmonare severe sau ireversibile. Rezultatele operatorii nu depind de vârsta bolnavului ci de dereglările hemodinamice și gradul hipertensiunii pulmonare preoperatorii. Modernizarea tehnicilor chirurgicale și a metodelor de protecție miocardică au dus la scăderea complicațiilor și a mortalității post operatorii.

Cuvinte-cheie: malformații cardiace congenitale, hipervolemie pulmonară, tratament chirurgical, complicații

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ADULT PATIENTS WITH CONGENITAL HEART MALFORMATIONS AND PULMONARY HYPERVOLEMIA

Introduction: The increasing incidence of congenital heart malformations (CHM) and complications developed at maturity that aggravate the quality of life and the prognosis of these patients present an important socio-medical problem. Thus, the study of the particularities of surgical treatment in patients with MCC and pulmonary hypervolemia (PH) is a mast.

Material and methods: The paper presents the results of a study of a group of 461 patients aged between 19 and 69 years of which 310 (67.2%) were women and 151 (32.8%) were men, with CHM and HP, operated between 1988 and 2017. The most representative group is made up of patients with atrial septal defect - 369 (80.0%), followed by ventricular septal defect - 52 (11.3%).

Results: Pulmonary complications are specific to patients with HP. Postoperative pneumonias were present in 36% and pleural effusion - in 23.1% cases. Postoperative functional class (FC) II NYHA was recorded in 306 (66.4%) patients and FC I NYHA - at 120

(26%). 4 (8.7%) remained in FC IV NYHA, the rest being in FC III NIHA. Mortality accounted for 1.08% (5 patients).

Conclusions: The curative treatment of CHM is exclusively surgical, preferably until severe or irreversible pulmonary hypertension. Operator results do not depend on the age of the patient but on hemodynamic disturbances and the degree of preoperative pulmonary hypertension. The modernization of surgical techniques and methods of myocardial protection have led to the decrease of postoperative complications and mortality.

Key words: congenital heart malformations, pulmonary hypervolemia, surgical treatment, complications

MANAGEMENTUL STENOZELOR CAILOR AERIENE MARI

CORDOS I¹, STOICA R¹, BOBOCEA A¹, DUMITRESCU M¹, AFETELOR A¹

¹Institutul National de Pneumologie "Marius Nasta", București, România

Managementul stenozelor traheale rămâne o provocare terapeutică, necesitând un abord multidisciplinar. Orice leziune simptomatică ce limitează activitatea curentă a unui pacient trebuie abordată chirurgical, cel mai eficient tratament fiind rezecția traheală cu anastomoză.

Cauza principală a stenozelor benigne este lezarea traheală post-intubație. Tumorile primitive traheale sunt rare, iar abordul chirurgical este de elecție. În cancerul tiroidian cu invazie traheală se practică rezecția "în bloc" cu anastomoză termino-terminală.

Opțiunile de tratament non-chirurgical (dilatețiile repetate, tratamentul laser, stentarea prelungită) sunt indicate doar la pacienți atent selecționați și sunt folosite în principal doar pentru stabilizarea stenozei până la tratamentul chirurgical.

Evaluarea preoperatorie a pacienților cu stenoză traheală include fibrobronhoscopia pentru a determina gradul de afectare a căilor aeriene și examenul CT toracic pentru decelarea metastazelor la distanță, în cazul neoplaziilor.

Abordul chirurgical se face prin: cervicotomie simplă, cervicotomie cu sternotomie parțială superioară sau toracotomie. Pacienții sunt inițial intubați cu o sondă endotraheală de calibrul mic, până când traheea este expusă în plagă și disecată circumferențial, cu păstrarea nervilor laringei recurenți. În timpul rezecției și anastomozei pacientul este ventilat prin plagă cu ajutorul unei sonde de intubație poziționată în traheea distală. În cazul unei leziuni la nivelul treimeii medii sau inferioare a traheei, se folosește ventilația în jet cu frecvență înaltă.

Este foarte important ca anastomoza să nu fie realizată în tensiune deoarece dehiscentele pot fi fatale. Manevrelor de relaxare traheala precum disecția anterioară a traheei și flexia cervicală permit o rezecție de până la 8 cartilajii traheale (4 cm) fără complicații.

Cuvinte cheie: stenozele traheale; managementul

HOW TO DEAL WITH LARGE AIRWAYS STENOSIS

The management of tracheal stenosis remains a challenge, requiring a multidisciplinary team. Any lesion that produces symptoms that limit patient activity should be considered for surgery. The most effective treatment is the tracheal resection with reconstruction.

The main cause of benign stenosis is postintubation tracheal injury. Primary tracheal tumors are rare, but surgery gives the best local control. In tracheal involvement by thyroid cancer we perform 'en-bloc' resection with primary end-to-end anastomosis.

Non-operative treatments (dilation, laser treatment, prolonged stenting) are indicated in selected patients and are mainly used to stabilize the stenosis before surgery. Preoperative assessment included bronchoscopy and CT-scan to evaluate the extent of the airway involvement and distant metastases if present.

We use as surgical approach: cervical collar incision, cervical incision with partial sternal split or thoracotomy. The patients are intubated initially with a small caliber endotracheal tube until the trachea is exposed and circumferentially dissected, sparing the inferior laryngeal nerves. During resection and anastomosis the patients are kept ventilated by means of a distal intubation tube. In cases with lesions of the middle and lower third of the trachea we use high frequency jet ventilation.

It is very important to have a tension-free anastomosis as anastomotic leakage can be fatal in most cases. Releasing maneuvers such as anterior dissection of the trachea and cervical flexion allows a total length of eight tracheal cartilages (4 cm in length) to be resected with no complications.

Keywords: tracheal stenosis; management

BALON ENDOGASTRIC – SUPTOR ÎN TRATAMENTUL OBEZITĂȚII

COTONEȚ A, CONȚU GH, UNGUREANU S, HOTINEANU A, COTONEȚ I, CONȚU O

Catedra Chirurgie nr. 4, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Problema obezității morbide rămâne a fi actuală, iar soluțiile propuse, în mare majoritate, sunt soluții invazive. Balonul endogastric (BEG), în acest sens, reprezintă una din metodele mai puțin agresive, fiind reversibilă și având rezultate remarcabile.

Materiale și metode: În lucrare sunt prezentate rezultatele aplicării balonului endogastric la 52 pacienți. Din motive estetice, BEG a fost instalat la 45 (86,5%) pacienți, iar în 7 (13,4%) cazuri, BEG a fost inserat cu scop de pregătire pentru alte intervenții bariatrice. Repartiția după sexe a fost: bărbați - 5 (9,6%); femei - 47 (90,3%). Cea mai prezentă categorie de vârstă a fost cuprinsă în limitele 35 - 45 ani, iar maximele - 15 ani și 67 ani.

Rezultate: Media scăderii ponderale obținută este de 17 kg, maxim - 65 kg, iar minim - 2,0 kg. Cel mai bun rezultat a fost obținut la pacienții care au avut o motivație bună, consultau paralel medicul nutriționist și realizau program pentru efort fizic.

Concluzii: De rând cu alte metode bariatrice, BEG rămâne a fi actual, iar în unele situații reprezintă metodă de elecție în tratamentul obezității morbide.

Cuvinte cheie: balon endogastric, obezitate.