

8 cases (14.8%), sternotomy was necessary. There was no mortality, and morbidity was 5.5% (3 cases). The length of stay in the hospital was 4.3 days. We compared our recent data with a previous report on retrosternal and thoracic goiter treated in First Surgery Clinic of Iasi during 1950 to 1979 and published in the journal “Chirurgia” in 1981.

Conclusions: Retrosternal goiter is a particular form of thyroid surgical pathology presented with reduced incidence. Diagnosis and treatment of retrosternal goiter involve a multidisciplinary team. The endocrinologist has an important role in diagnosis and postoperative follow-up. Surgery is the treatment of choice for substernal goiters, but there are still some controversies on surgical approach, and complication rate. The cervical approach can be safely performed in almost all cases but when required, sternotomy should be performed without hesitation.

CONDUITA TRAUMATIZAȚILOR CU PLĂGI ABDOMINALE: EXPERIENȚA CLINICII

ȚINTARI S, ROJNOVEANU G, GHIDIRIM G, GURGHIS R, GAGAUZ I

Catedra Chirurgie nr.1 „N.Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Abordarea nonoperatorie a traumatizațiilor cu traumatism închis este un standard pe larg acceptat. Aceiași tactică pentru traumatismul penetrant este privită cu reticență. Prin consens tăcut, laparotomia exploratorie este standard de abordare, laparoscopia sau, și mai rar, abordarea nonoperatorie sunt mai degrabă o excepție de la linia generală. În prezentul raport prezentăm experiența noastră de conduită diferențiată a acestui tip de traumatism.

Scopul: Analiza experienței Clinicii în conduita și tratamentul pacienților cu traumatism abdominal penetrant.

Material și metode: Este examinată conduita diagnostic-curativă a 541 pacienți cu traumatism abdominal deschis, spitalizați pe durata anilor 2006-2011 în IMU. Pe parcursul perioadei de referință tactica de abordare a fost: laparotomie exploratorie (2006-2007), laparoscopie diagnostică (2008-2009) și „conservatism selectiv” sau abordare nonoperatorie (ECD), practică în perioada 2010-2011. A fost evaluată incidența intervențiilor nonterapeutice, complicațiilor specifice metodei de abordare, duratei de spitalizare.

Rezultate: Sumar au fost efectuate: 207 laparotomii, dintre care 67 (32,4%) nonterapeutice; 133 laparoscopii, 84 (63,1%) fiind pozitive. Rata laparotomiilor terapeutice pentru fiecare protocol în parte: laparotomie – 50,5%, laparoscopie – 69,1%, ECD – 94,4%. Durata spitalizării: laparotomie exploratorie – 9,68±0,75 zile, pentru pacienții la care a fost evitată laparotomia: prin laparoscopie – 4,89±0,56 zile, abordare nonoperatorie – 2,74±0,22 zile.

Concluzii: Laparotomia nu este necesară la toți pacienții cu plăgi penetrante. Aplicarea laparotomiei exploratorii obligatorii generează o rată inacceptabil de mare de intervenții inutile. Se impune necesitatea triajului pentru laparotomie. Pacienții la care sunt evitate intervențiile nonterapeutice au durata spitalizării semnificativ mai scurtă.

MANAGEMENT OF PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA: OUR EXPERIENCE

Introduction: Non-operative approach is a widely accepted standard for blunt abdominal trauma while for penetrating trauma it is viewed with reticence. Exploratory laparotomy is the standard of care for penetrating abdominal wound, laparoscopy or, even less and non-operative approach are rather an exception to the general line. In this report we present our experience of management in this kind of trauma.

The aim: To review the experience of Department of Surgery no.1 in managing and treating of penetrating abdominal trauma.

Material and methods: We reviewed and analyzed the management of 541 consecutive patients with potentially penetrating abdominal wounds, over 6-years (2006-2011). During this period following approaches were used: exploratory laparotomy (2006-2007), diagnostic laparoscopy (2008-2009) and selective non-operative approach (2010-2011). Hospital stays and rate of unnecessary laparotomies were analyzed.

Results: During the study period, 207 laparotomies were performed, rate of unnecessary laparotomies – 32.4% (n=67); and 133 laparoscopies with 84 (63.1%) positive procedures. Rates of therapeutic interventions for exploratory laparotomy group – 50.5%, laparoscopy – 69.1%, and selective non-operative approach – 94.4%. The mean hospital stay was 9.68±0.75 days for patients undergoing mandatory laparotomy, but when exploratory laparotomy was avoided by laparoscopy it decreased to 4.89±0.56 days, and – 2.74±0.22 days for successfully managed by non-operative approach.

Conclusions: Mandatory exploration for all penetrating abdominal trauma is not necessary. Due to high nontherapeutic laparotomies and negative laparoscopies rates, a more selective approach is needed, based on repetitive physical examination. Compared with patients who underwent nontherapeutic laparotomy, patients managed without surgery had significantly shorter hospital stay period.

LAPAROTOMIE VS TORACOTOMIE ÎN TRAUMATISMELE TORACOABDOMINALE CU INSTABILITATE HEMODINAMICĂ

ȚINTARI S, ROJNOVEANU G, GURGHIS R, GAGAUZ I

Catedra Chirurgie nr.1 „N.Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Pacienții cu traumatism asociat toracoabdominal care sunt hemodinamic instabili sunt o provocare majoră, frecvent se impune necesitatea soluției chirurgicale: laparotomia și/sau toracotomia. În acest scenariu orice ezitare se penalizează cu mortalitate, astfel consecutivitatea intervențiilor chirurgicale poate fi vitală.

Scopul: Argumentarea tacticii chirurgicale la pacienții cu traumatism toracoabdominal și hemodinamic instabil.

Material și metode: S-a realizat un studiu retrospectiv la baza Institutului de Medicină Urgentă (Chișinău) care a inclus traumatizați cu plăgi toracoabdominale și leziuni de diafragm fără implicarea cordului, hemodinamic instabili. Au fost identificate 35 fișe de observație timp de 12 ani.

Rezultate: Din cei 35 pacienți unul a decedat la scurt timp de la adresare fără a se reuși intervenția chirurgicală. În rest, 34 traumatizați au suportat laparotomie, iar 8 dintre aceștia – și toracotomie. Consecutivitatea intervențiilor a fost, în primul rând: laparotomia – 5, toracotomia – 3. Durata medie a perioadei preoperatorii intraspitalicești – $29,6 \pm 2,8$ minute. Au fost constatate: leziuni de organe cavitare și/sau parenchimotoase – 16, organe parenchimotoase – 17, izolat diafragma – 2 pacienți. Hemoragie >1 litru au avut 26 (74,3%) pacienți. Sursa majoră de hemoragie localizată intratoracic a fost la 4 traumatizați, în rest fiind intraabdominală. Mortalitatea generală – 8 (22,8%).

Concluzii: Sursa majoră de hemoragie la această categorie de traumatizați, mai frecvent, are localizare abdominală; majoritatea covârșitoare având leziuni intraabdominale majore. La pacienții cu traumatism toracoabdominal hemodinamic instabili de primă intenție este aplicarea drenului toracic și în lipsa exteriorizării unei hemoragii majore se va interveni prin laparotomie exploratorie.

LAPAROTOMY VS THORACOTOMY IN PENETRATING THORACOABDOMINAL TRAUMA WITH HEMODYNAMIC INSTABILITY

Introduction: Patients with penetrating thoracoabdominal trauma and hemodynamic instability are a major challenge for trauma teams, usually require surgical approach and impose dilemma between laparotomy or/and thoracotomy. When the time is very tight, consecutiveness of operations can be critical for patient survival.

The aim of study: Argumentation of surgical management of penetrating thoracoabdominal trauma with hemodynamic instability.

Material and methods: Eligibility criteria were: penetrating thoracoabdominal trauma, hemodynamic instability, trauma of diaphragm but without trauma of heart. A total of 35 patients presented to Chisinau Emergency Hospital during a 12-years period were retrospectively evaluated. Either laparotomy, thoracotomy or both of them were performed. Outcomes of the management were analyzed.

Results: Among 35 patients: 1 died before any surgical procedure, but 34 underwent laparotomy and 8 of them – thoracotomy. Consecutiveness of surgical procedures was, firstly: laparotomy – 5, thoracotomy – 3. The average preoperative time – 29.6 ± 2.8 minutes. They had injury of: hollow viscera – 16, parenchymal – 17, only diaphragm – 2. A total of 26 (74.3%) patients had bleeding >1 L. The main source of bleeding was localized in thorax just in 4 patients. The overall mortality was 8 (22.8%) cases.

Conclusions: The main cause of bleeding is usually within abdomen, majority of patients having severe intraabdominal injuries. Therefore, in trauma units where immediate thoracotomies are not part of the daily routine, for patients with penetrating thoracoabdominal trauma and hemodynamic instability first line procedure is tube thoracostomy and if there are no signs of major bleeding – perform laparotomy.

DUODENOPANCREATECTOMIA ÎN URGENȚĂ CU ETIOLOGIE NON-TRAUMATICĂ

TROFIN A-M, RUSU D, ZABARA M, VORNICU A, DANILA N, CRUMPEI F, URSULESCU-LUPAȘCU C, LUPAȘCU C

Spitalul Universitar “Sf.Spiridon”, Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr.T.Popa”, Iași, România

Introducere: Duodenopancreatectomia cefalică este una dintre cele mai complexe proceduri chirurgicale, asociată cu o rată a morbidității și a mortalității semnificativ crescute. Duodenopancreatectomia în urgență reprezintă 1-2% din totalitatea indicațiilor și este rezervată pacienților cu traumatisme pancreaticoduodenale, sîngerări sau perforații la acest nivel.

Material și metode: Vom raporta 6 cazuri avînd diferite patologii, dar cu aceeași indicație terapeutică: duodenopancreatectomia cefalică în urgență. În două cazuri s-a optat pentru un abord posterior cu disecția inițială a mezopancreasului.

Rezultate: Evoluția postoperatorie a fost favorabilă în 4 cazuri, iar doi pacienți au decedat secundar insuficienței multiple de organ.

Concluzii: Duodenopancreatectomia cefalică este o intervenție chirurgicală vitală în cazul pacienților care nu beneficiază de proceduri intervenționale minim invazive sau în cazul în care intervențiile chirurgicale minimale pot fi riscante.

EMERGENCY PANCREATODUODENECTOMY IN NON-TRAUMA PATIENTS

Introduction: Pancreaticoduodenectomy (PD) is one of the most complex surgical procedures, associated with substantial operative morbidity and mortality rates. Emergent pancreaticoduodenectomy (EPD) represents 1-2% of pancreatoduodenectomy indications and is an uncommon surgical procedure performed to treat patients with acute pancreaticoduodenal trauma, bleeding or perforation.

Material and methods: We report 6 surgical interventions with different non-traumatic pathologies, but the same surgical choice of treatment: emergent pancreaticoduodenectomy. The posterior approach, with initial mesopancreatic dissection was chosen in two cases.

Results: We registered two postoperative deaths caused by multiple organ dysfunction syndrome and in the other patients the early postoperative outcomes were uneventful.

Conclusion: Emergency pancreaticoduodenectomy is a life-saving procedure whenever local situation cannot be handled by less invasive interventional measures, as well as when limited surgery seems unsafe.