

survin la pacienții cu tare asociate, imunocompromiși cu prevalență în diabet zaharat. 2. Succesul este dictat de stabilirea diagnosticului precoce, în concordanță cu actul chirurgical primar adecvat. Reintervențiile seriate constituie a doua parte a măsurilor obligatorii împreună cu terapia intensivă pre-, intra- și postoperatorie. 3. Antibioticoterapia contemporană completează tratamentul chirurgical.

## ACCENTS IN THE TREATMENT OF NECROTIC GANGRENOUS INFECTIONS EXPANSIVE

Necrotic infection - expansive gangrenosum is a severe problem to be difficult and surgical treatment of high mortality. The study concerns a total of 12 patients with soft tissue damage, treated in the last five years 2006 -2010. Distribution by sex: male 7 / 5 women, with corresponding average age: 53 years male / female 60 years. Were diagnosed: necrotizing -3, -4 flegmoane, gas gangrene - 2; pantisulită - 1; abscess - 2. Structure comorbidities: diabetes mellitus - 7, liver cirrhosis - 3; drug addiction -1; nephropathies - 4, -2 pneumonia, heart disease - 4; Anemia - 6; Obesity - 2. The primary intervention consisted of wide debridement, necrectomii until viable tissue in all patients. Subsequent debridement were performed on average 6.8 times. Registered pathogens: Staphylococcus aureus, Staphylococcus Hemoliticus, group A streptococci, Pseudomonas Caps, Eșeriha coli. Antibiotic therapy aimed at both aerobic and anaerobic flora representing a combination of 2-3 preparations (cyprinol, Metrogil, Fortum, ceftriaxone, clindamycin, Avelox and TIENAM). Healing complete by late secondary suture was performed in 8 patients. Skin defects with subsequent plasty in 2 patients. Postoperative syndrome in the MODS section installed ATI occurred in 6 patients, with duration of stay in the intensive care ward on average 4.3 days. 2 deaths were recorded caziri (16, 7%), being the direct cause septic MODS. Conclusions: 1. Infecțiile necrotic - occur in patients with severe gangrenous much associated with the prevalence of diabetes immunocompromised. 2. Success is dictated by early diagnosis, according to primary surgical act appropriately. Serial reinterventions is the second part of the mandatory measures with intensive therapy in pre-, intra-and postoperative. 3. Antibiotic therapy complements contemporary surgery.

## M220

### PROBLEMELE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN FLEGMOANELE RETROPERITONEALE NON-PANCREATOGENE

**Lepadatu C., Gladun N., Ungureanu S., Vascan A., Chiriac Ș., Maloman E.**

*Catedra de Chirurgie, FEC MF, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu", Chișinău, Moldova*

Supurațiile ale spațiului retroperitoneal sunt o problemă medico-chirurgicală neobișnuită cu un tablou clinic vag, care prezintă o provocare în aprecierea diagnosticului. Debutul insidios și evoluție ocultă ale acestei patologii sunt urmate de un diagnostic întârziat și drenaj neadecvat, astfel pentru flegmon retroperitoneal sunt caracteristice morbiditatea și mortalitatea considerabile. Anterior au fost publicate studii privind detaliile anatomice ale spațiilor extraperitoneale, dar mai puțină atenție a fost acordată metodelor de diagnostic și tehnicilor chirurgicale de drenaj. Prezentăm o trecere în revistă a 15 de cazuri de inflamații supurative retroperitoneale nonpancreatogene care s-au manifestat ca entitate clinică principală. În aspect etiologic pacienții s-au repartizat în 5 grupe: psoite purulente - 4, abcesele retroperitoneale apendiculare - 4, perinefritele purulente - 3, colecții retroperitoneale în urma osteolizei - 3 (ostemielita hematogenă, postraumatică, tuberculoză osoasă), hematom postraumatic retroperitoneal infectat - 1 caz. Trei pacienți (16,7 %) au decedat în perioada postoperatorie precoce. Complicații au survenit la 40 % pacienți. Letalitatea și rata înaltă de complicații au fost asociate cu perioada îndelungată de la debut până la diagnostic pozitiv (> 5 zile) și cu hemocultura pozitivă. Există o corelație între tipuri de complicații și sursa de infecție retroperitoneală. Computer tomografia este metoda cea mai informativă în diagnosticul supurațiilor abdominale extraperitoneale. În cazuri selecte drenajul ecoghidat poate fi folosit ca un gest chirurgical inițial. Descriem tehnica operatorie în dependență de topografia procesului purulent retroperitoneal. Este propus un plan de diagnostic și tratament pentru fiecare grup etiologic.

## PROBLEMS IN DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THE RETROPERITONEAL NON-PANCREATOGENIC PHLEGMONS

Retroperitoneal space inflammation is an unusual surgical problem with vague clinical presentation, which presents a diagnostic challenge. An insidious onset and occult evolution of illness marked by diagnostic delay, inadequate drainage, and considerable morbidity and mortality is common. Papers regarding anatomic detailing of the extraperitoneal spaces have been published, but less attention has been focused on diagnostic and drainage techniques. We report an analysis of 15 cases of retroperitoneal suppurations which acted as main clinical manifestation. According to etiology of inflammation patients were distributed into 5 groups: psoas abscesses - 4 cases, retroperitoneal appendical abscesses - 4 cases, purulent perinephritis - 3, retroperitoneal collections caused by osteolysis - 3 patients (hematogenic, postraumatic or tuberculous) and one case of infected postraumatic hematoma. Three patients (16,7 %) died in the early postoperative period. Rate of complications was 40 %. High lethality and postoperative morbidity were associated with positive blood cultures and delayed diagnosis (> 5 days). There is a correlation between the type of complications and etiology of the retroperitoneal phlegmon. Computed tomography is the most informative diagnostic method for the extraperitoneal purulent collections. Echo-guided drainage in selected cases appears to be a useful initial approach. The operative technique dependent on the retroperitoneal purulent collection topography is described. A diagnostic and treatment plan is proposed for each etiologic group.