

UNELE PARTICULARITĂȚI ALE ACTULUI CHIRURGICAL ÎN GANGRENA FOURNIER

IGNATENCO S

Catedra Chirurgie 1 „Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Erorile comise în actul chirurgical în gangrena Fournier sunt cauzate de elucidarea slabă a particularităților intervenției chirurgicale în literatura de specialitate și lipsa de experiență a chirurgilor.

Material și metode: Studiul cuprinde analiza a peste 300 de surse literare și experiența noastră în tratamentul a 137 pacienți cu gangrena Fournier

Rezultate obținute: Pacientul se amplasează pe masa de operație, în poziție ginecologică, cu bazinul ridicat pe un suport moale. Preoperator se cateterizează vezica urinară, inclusiv la acei cu epicistostomă. Cateterul va servi reper de protecție a uretrei în timpul debridării agresive. În fosa ischioarectală, incizia trebuie efectuată, paralel cu rectul, la mijlocul distanței dintre orificiul anal și tuberculul ischiadic. Dacă incizia v-a fi aproape de tuberculul ischiadic se pot leza nervul pudent și vasele pudente interne. Dacă incizia se va face lângă rect se pot leza mușchii sfincterului anal extern și levator ani, și ca rezultat infecția din fosa ischioarectală poate fi translocată mecanic în spațiul pelvian subperitoneal. Implicarea în proces a unuia sau ambelor hemiscroturi, fără septului scrotal, incizia se face separat pe traiectul testicolului și cordonului spermatic. La femei - pe traiectul labiei mari. Scrotoctomia este indicată în necroza ambelor hemiscroturi și septului scrotal. Incizia pe peretele antero-lateral al abdomenului se face paralel și mai sus cu 6-7 cm de ligamentul Pupart, pe cutia toracică - paralel liniilor axilare. Debridarea chirurgicală agresivă se va efectua după principiul exciziei, înlăturând toate țesuturile necrozate și edemațiate. Greșala, care o comit unii chirurghi constă în aceea, că ei nu înlătură țesuturile edemațiate, care sunt înalt contaminate cu microorganisme și din această cauză procesul se răspândește mai departe. Pentru protejarea rectului și vaginului de iatrogenie, debridarea țesuturilor necrotice din jurul lor se face sub controlul tactil cu degetul introdus în rect sau vagin. Cordonul spermatic, testiculul și epididimusul foarte rar sunt afectate de infecție, datorită particularităților de vascularizare a lor. Atunci când ele sunt implicate în procesul necrotic trebuie temporar de renunțat de la orchectomie pe o perioadă de 24 ore și numai după examinarea repetată și confirmarea necrozei de recurs la ea. Dacă testiculele sunt găsite necrotizate, ar trebui de suspectat un proces purulent retroperitoneal, care poate să ducă la tromboza arterei testiculare. Canalul inghinal după excizia țesuturilor necrotice se lasă deschis. Lambourile de piele după debridare trebuiesc întoarse și suturate de derma pielei intacte Primul (a 2-a zi) și următoarele pansamente trebuie efectuate zilnic în sala de operație sub anestezie generală.

Concluzii: Respectarea acestor particularități v-a permite evitarea erorilor care se comit în actul chirurgical.

Cuvinte cheie: gangrene Fournier, act chirurgical, particularități

SOME PARTICULARITIES OF THE SURGICAL ACT IN GANGRENE FOURNIER

Introduction: The errors which appear in the surgical act in Fournier gangrene are caused by poor experience dates described in literature and lack of experience of surgeons.

Material and Methods: The study includes the analysis of over 300 literary sources and our experience in the treatment of 137 Fournier Gangrene patients.

Results: The patient is placed on the operative table in a gynecological position with the basin raised on a soft support. The mandatory bladder catheterization, including those with epicistostoma. The catheter during aggressive debridement serve as a protection of the urethra. Ischioarectal fossa incision must be made parallel to the rectum, midway between the anus and tubercle ischiadic. If the incision have to be close to the tuber ischiadic, can be damage pudent nerves and vessels. If the incision is performed near the rectum may be damage the external anal sphincter and levator ani muscles and as a result the infection throw the ischioarectal fossa can be mechanically translocated into the subperitoneal pelvic space. Involvement in the process of one or both hemiscrots, without the scrotum septum, the incision is separated on the testicular and spermatic cord tract. In women - on the big labiums. Scrotoctomy is indicated in the necrosis of both hemiscrots and the scrotum septum. Incision on the abdomen's anterior-lateral wall is performed parallel and up to 6-7 cm above the Pupart ligament, on the chest - parallel to the axillary lines. Aggressive surgical debridement is performed according to the excision principle, removing all necrosis and edema tissues. The mistake that some surgeons commit is that they do not remove the edematous tissues that are highly contaminated with microorganisms and that is why the process spreads further. While protecting the rectum and vagina from iatrogenesis, the debridement of the necrotic tissues around them is done under the tactile control with the finger introduced into the rectum or vagina. The sperm testicle and epididymus are very rarely affected by the infection due to their vascularity particularities. Attempts when they are involved in the necrotic process must be temporarily renounced from orchectomy for a period of 24 hours and only after repeated examination and confirmation of necrosis to recourse to it. If the testicles are found necrotic, a retroperitoneal purulent process should be suspected, which can lead to testicular artery thrombosis. The inguinal canal after excision of necrotic tissues is left open. The skin flaps after debridement should be turned and sutured to the skin intact. Thirst and next band aid should be performed daily in the operating room under general anesthesia.

Conclusions: Respecting these particularities allows you to avoid errors in the surgical procedure.

Key words: Fournier gangrene, surgical act, particularities.

ABCES HEPATIC PRIN CONTINUITATE SECUNDAR INGERĂRII UNUI CORP STRĂIN (CAZ CLINIC)

ILIADIA¹, HOTINEANU V¹, FERDOHLEB A¹, FOCSA A¹

¹Catedra de chirurgie nr. 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Abcesul hepatic cauzat de perforație a tractului gastrointestinal prin ingestie a unui corp străin are o incidență rară.

Prezentare de caz: Pacienta R. 53 ani a fost internată în stare generală gravă. Istoricul bolii: maladia a debutat aproximativ cu 6