

TRACHEOBRONCHIAL INJURIES IN BLUNT THORACIC TRAUMA

MAXIM I³, GLADUN N², GURGHİȘ R¹, MIRONOVA E¹, ROJNOVEANU G¹

¹Surgery nr.1 „Nicolae Anestiadi”, ²Surgery nr.4, SUMPh „Nicolae Testemițanu”, ³Thoracic Surgery Department, Institute of Medical Emergency Clinical Department of Surgery, Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. The majority of severe thoracic trauma (80%) result from polytrauma. It is associated with a high risk of morbidity and mortality (15-30%). Despite the rare incidence of tracheobronchial injury (1,5-3%), the lethality is high due to development of early complications (acute cardiorespiratory failure) and late complications (lung sepsis) that depend directly on the time of diagnosis.

Purpose. Appreciation of determinant preoperative factors, necessary to establish on time an accurate diagnosis and surgical treatment.

Material and methods. Three polytraumatized patients (Cr,Th,Loco) with predominant thoracic injury, mean age – 23,67±2,73 years, M:F ratio 2:1, hospitalized between 2011-2015. ISS=38p(3), RTS= 6,171(1) and 7,841(2), TRISS – 20,3%(1), 6,2%(2). In 100% of cases investigations include: chest x-ray, FAST and FBS, TC – one case. The time period injury-intervention: up to 12h(2), 5 days(1) – AVIASAN transfer.

Results. Chest x-ray revealed: multiple bilateral rib fractures(2), unilateral(1), bilateral hemopneumothorax(2), bilateral pneumothorax(1) and pneumomediastinum(2) with suspicion of bronchial lesion in one case. Bilateral thoracocentesis was performed in all patients, anterior mediastinal drainage – in one. TC revealed rib fractures, lung contusion and persistent pneumothorax. The continuous airflow through drainages required diagnostic bronchoscopy(100%) that confirmed the bronchial lesion (RMB – 2, LMB – 1). Thoracotomy with the plasty of injured bronchus was performed in all patients, right upper lobectomy in 1. Postoperative evolution – favorable, hospitalization period – 17,67±2,72 days. All patients developed pneumonia, confirmed by imagistic examinations.

Conclusions. Acute hemodynamic and respiratory instability, the presence of the continuous airflow through drainages and imagistic examinations lead to suspicion of tracheobronchial injury, which required a confirmation by fibrobronchoscopy, that guarantees the right diagnosis and surgical treatment on time.

Key-words: closed thoracic trauma, bronchial lesion, diagnosis, management.

CAZ CLINIC: TUMORĂ GASTROINTESTINALĂ STROMALĂ (GIST) A DUODENULUI MEDNICOV L¹, GHIDIRIM N², GODOROJA V¹, GHERASIM M², CERNAT M¹

¹Secția Gastrologie și ²Laboratorul de chirurgie gastrică și toracică, Institutul Oncologic, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Morbiditatea GIST reprezintă 0,65-1,45 la 100000 populație; tumorile GIST se întâlnesc cel mai frecvent în stomac (50%), urmate de intestinul subțire (25%), colon (10%), oment/mezou (7%) și esofag (5%). Mazur și Clark pentru prima dată au folosit termenul “tumoră gastrointestinală stromală” în 1983.

Prezentarea cazului. Pacienta T., 53 de ani; debutul bolii s-a manifestat prin hemoragie gastrointestinală activă care s-a rezolvat prin tratament conservativ în spitalul de circumscripție. Peste o lună se prezintă în stare extrem de gravă (29.08.2014), la IMSP IO cu hemoragie TDS activă și sindrom anemic sever. FEGDS: Neoplasm al papilei Vater, forma protruzivă (Histologie: leiomiom). CT abdomen: Tumoare solidă masivă în cavitatea abdominală din dreapta, ce reiese din duoden. Formațiuni secundare (Nr. 5) în parenchimul hepatic. S-a intervenit chirurgical (01.09.2014), din considerente vitale (hemoragia continua) prin rezecția duodenului și jejunului cu aplicarea gastrojejunoanastomozei posterioare. Histologie postoperator: tumoră gastrointestinală stromală a duodenului, din celule fusiforme. A făcut un postoperator obișnuit. Pacienta ulterior a urmat tratament cu Imatinib mesilat (Glivec®) 400mg/zi timp de 6 luni după care se constată avansarea procesului din contul creșterii metastazelor hepatice. A fost mărită doza de Glivec® până la 800mg/zi pe fondul căreia a avut loc stabilizarea procesului care se menține până în prezent.

Concluzii. Principala și unica metodă de tratament radical este excizia tumorii cu capsula integră. Pozitivitatea markerului c-KIT(CD117) confirmă diagnosticul de GIST. În cazul rezecțiilor R1/R2, prezenței metastazelor sau

deteriorării capsulei este indicat tratamentul cu imatinib mesilat, în cazul respectiv demonstrând o supraviețuire și calitate a vieții satisfăcătoare.

Cuvinte cheie: tumoră GIST, duoden, caz clinic

CLINICAL CASE: GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST) OF DUODENUM

MEDNICOV L¹, GHIDIRIM N², GODOROJA V¹, GHERASIM M², CERNAT M¹

¹Gastrology unit and ²Laboratory of gastric and thoracic surgery, Oncological Institute, Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. GIST morbidity represents 0,65-1,45 to 100000 population; GIST tumors are encountered more frequently in the stomach (50%), followed by the small intestine (25%), colon (10%), omentum/mesentery (7%) and esophagus (5%). Mazur and Clark first used the term "gastrointestinal stromal tumor" in 1983.

Case presentation. Female patient T., 53 y/o; the disease started with active gastrointestinal hemorrhage that resolved through conservative treatment in the local hospital. After 1 month, she presented in critical state (29.08.2014) at IMSP IO with active upper GI bleeding, severe anemic syndrome. Endoscopy: protrusive neoplasm of the ampulla of Vater (Histology–leiomyoma). Abdominal CT: Massive solid tumour in right side of the abdomen originating from the duodenum. Secondary foci (Nr. 5) in liver parenchyma. Surgery was performed (01.09.2014) by vital considerations (persistent hemorrhage) – resection of the duodenum and jejunum with posterior gastro-jejunoanastomosis. Postoperative histology: GIST of the duodenum, spindle cell type. The postoperative course was uneventful. The patient was further treated with Imatinib mesylate (Glivec®) 400mg/daily. After 6 months the liver metastases progressed. The dose of Glivec® was increased to 800mg/daily and by the last follow-up stabilization of the disease was obtained.

Conclusions. The main and single method of radical treatment consists of tumor excision with intact capsule. The positivity of c-KIT (CD117) confirms the diagnosis of GIST. In case of R1/R2 resections, presence of metastases or loss of capsule integrity, treatment with Imatinib mesylate is indicated, in our case proving a satisfactory survival and quality of life.

Keywords: GIST tumor, duodenum, clinical case

DIAGNOSTICUL ȘI CORECȚIA CHIRURGICALĂ AL ANOMALIILOR OBSTRUCTIVE A VAGINULUI



MIȘINA A

Secția Ginecologie Chirurgicală, Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Anomaliile obstructive a vaginului (AOV) sunt o tulburare congenitală și în majoritatea cazurilor sunt diagnosticate în diferite perioade după menarhă. Diagnosticul tardiv și corecția chirurgicală al AOV este asociat cu un risc înalt al endometriozei pelviene și sterilității.

Scop. De a examina structura AOV complicate cu hematocolpos, precum și particularitățile diagnosticului și corecției chirurgicale.

Material și metode. Acesta a fost un studiu descriptive efectuat la 49 cazuri de AOV în perioada 1990 până 2015.

Rezultate. Vârsta medie a pacientelor a fost de 15.8±0.4 ani (95% CI:15.07-16.48) și manifestările clinice principale au fost: dureri ciclice în abdomen și vagin, amenoree primară, dismenoree și formațiune chistică palpabilă. În algoritmul diagnostic al AOV au fost folosite: ultrasonografia transabdominală și transrectală, tomografia computerizată (TC) și imagistica cu rezonanță magnetic (IRM). Structura AOV complicate cu hematocolpos a fost următoarea: I gr. – hymen imperforat (n=29, 59.2%); II gr.- sindromul Herlyn-Werner-Wunderlich sau OHVIRA – asymmetric obstructed hemivagina with ipsilateral renal agenesis (n=13, 26.5%); II gr. – sept vaginal transversal complet (n=7, 14.3%). Conform clasificării Bian M.L.-Wang J. (2014) în grupul II au fost instalate: tip I (n=5) și tip II (n=8). În grupul III s-au setat caracteristicile specific a septurilor transversal vaginale complete: cele mai des întâlnite sunt cele joase (p=0.0291) și subțiri (p<0.05). Corecția chirurgicală al AOV constă în deschiderea hematocolposului prin incizie orizontală a membrane obstructive (grupul I) și rezecția subtotal a septului vaginal obstructiv (grupul II și III). În caz de hematocolpos s-a evacuat de la