

Scop. Optimizarea tacticii medico-chirurgicale în leziunile organelor intraabdominale în cadrul politraumatismelor.

Material și metode. S-au analizat rezultatele tratamentului a 895 pacienți cu politraumatisme cu componentă abdominală tratați în IMU în 1998-2007. 371(41,5%) s-au prezentat cu hemodinamică instabilă, 524(58,5%) – stabilă, 140(15,6%) – status neurologic sub 11 după Glasgow. Operații de urgență imediată au fost aplicate la 393(43,9%) politraumatizați simultan cu măsurile de resuscitare: laparotomie – 363(92,37%), toracotomie – 16(4,07%), operații simultane pe craniu, locomotor – 23(5,8%). Operațiilor de urgență amânate au fost supuși 350(69,72%) stabili hemodinamic. S-a selectat un lot de politraumatizați cu leziuni de organe parenchimatose pentru tratament non-operator. În operațiile amânate au fost încadrate intervențiile extraabdominale, cu preponderență în fracturile locomotorului și grilajului costal toracic.

Rezultate. Letalitatea generală 19,9%, cea postoperatorie – 21,12%, fiind semnificativ mai mare după operațiile imediate comparativ cu nivelul acesteia după operații de urgență amânate ($p < 0,001$).

Concluzii. Alegerea și succesivitatea intervenției chirurgicale în politraumatisme este determinată de prioritatea severității traumatismului și declanșarea complicațiilor cu pericol vital. Indicațiile absolute de laparotomie, aceasta fiind de primă intenție, admit efectuarea intervențiilor și în alte regiuni anatomice ale organismului în momentul secund. Terapia adecvată antișoc la spitalizare și tactica medico-chirurgicală optimizată în politraumatisme incluzând mijloacele tehnice, modalitățile curative, momentul operator, influențează rezultatele tratamentului și pronosticul.

Cuvinte cheie: politraumatisme, leziuni intraabdominale, management

MEDICAL-SURGICAL TACTICS IN POLYTRAUMA PATIENTS WITH INTRAABDOMINAL INJURIES

ROJNOVEANU G¹, GHIDIRIM G¹, GAGAUZ I², GURGHÎȘ R², VOZIAN M¹, ȚÎNȚARI S¹, GAFTON V³

¹Department of Surgery no.1 „Nicolae Anestiadi” and ²Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, SUMPh „Nicolae Testemițanu”, ³Surgery Unit no.1, IEM, Chisinau, Republic of Moldova

Introduction. Polytrauma treatment includes interdisciplinary issues and variety of new imaging methods, treatment protocols and minimal invasive techniques have an important impact on trauma care service.

Aim. Optimization of medical-surgical tactics in intraabdominal injuries in polytrauma.

Material and methods. Treatment results of 895 polytrauma patients with abdominal injuries treated within IEM during 1998-2007 were analyzed. 371 (41.5%) presented with unstable hemodynamics, 524 (58.5%) – stable, 140 (15.6%) – neurological status below 11 pts according to Glasgow score. Immediate emergency surgery was performed in 393 (43.9%) polytrauma patients simultaneously with resuscitation procedures: laparotomy – 363 (92.37%), thoracotomy – 16 (4.07%), simultaneous operations on skull, locomotors – 23 (5.8%). Delayed emergency surgery was performed in 350 (69.72%) hemodynamically stable patients. A group of patients with parenchymal organ injuries was selected for nonoperative management. Delayed operations were performed mainly for extraabdominal injuries – locomotor and ribcage.

Results. General mortality rate was 19.9%, postoperative – 21.12%, and was significantly higher after immediate surgery compared with delayed emergency operations ($p < 0,001$).

Conclusion. The choice and consecutiveness of surgery in polytrauma is determined by the priority of trauma severity and release of complications with lethal potential. Absolute indications for laparotomy, when it is the first choice, admits performing of operations in other anatomical regions as the second step. Adequate antishock therapy upon admission and optimized medical-surgical tactics in polytrauma including technical equipment, treatment modalities, time of surgery, have a major impact on treatment results and prognosis.

Key words: polytrauma, intraabdominal injuries, management

FISTULELE BILIODIGESTIVE – DILEME DE DIAGNOSTIC ȘI TACTICĂ



ROJNOVEANU G¹, GAGAUZ I², GURGHÎȘ R², GAFTON V³, MIRONOVA E¹, MANICA Ș¹

¹Catedra de chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi” și ²Laboratorul de chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, USMF „Nicolae Testemițanu”, ³Secția Chirurgie nr.1 IMSP IMU, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Fistula bilio-digestivă (FBD) reprezintă o complicație rară (1,5%) a litiazei biliare, diagnosticul preoperator fiind frecvent cazuistică, nu de puține ori este o surpriză intraoperatorie.

Scopul. Aprecierea „măștilor” clinice ale fistulelor bilio-digestive și analiza managementului chirurgical.

Material și metode. Zece pacienți operați în perioada 2011 – mai 2016, vârsta medie 66,50±5,27ani, raportul B:F/3:2. S-a efectuat: USG(90%), Rx-abdominal(80%), FEGDS(40%), TC(40%), pasaj baritat(20%) și irigoscopie(20%).

Rezultate. În 4 cazuri FBD a fost diagnosticată preoperator prin imagistică: aerobilie (USG-2,TC-2) și contrastarea fistulei(2). În celelalte 6 cazuri diagnosticul s-a stabilit intraoperator, în 3 situații fiind o surpriză (ocluzie intestinală – 2, cancer de colon – 1). „Măștile” clinice ce au fost înregistrate la spitalizare: ocluzie intestinală(30%), ulcer perforat(10%), colecistită acută litiazică(20%), colangită, icter(20%), apendicită acută(10%). Din cazurile FBD diagnosticate intraoperator în 2 situații TC evaluată repetat retrospectiv evidențiază semne de ileus biliar. FBD au fost: coledoco-duodenale(2), colecisto-duodenale(6), colecistogastrice(1), duodeno-colonice(1). Numai în 70% cazuri s-a rezolvat FBD, în celelalte fiind tratată doar ocluzia intestinală prin enterotomie cu litextractie din cauza plastronului subhepatic și comorbidităților decompensate. Concomitent s-au practicat: colecistectomii(60%), drenarea căilor biliare(30%), rezecție gastrică distală(20%), duodenoplastie(40%), gastrorafie(10%), hemicolecomie(10%). Mortalitate postoperatorie – 40%, rezultatul fiind prognozabil din cauza tarelor asociate decompensate și vârsta înaintată.

Concluzii. Fistulele bilio-digestive sunt cauza litiazei biliare netratate. Ocluzia intestinală, colecistită acută litiazică și colangita sunt frecvent situațiile clinice ce impun spitalizarea. Diagnosticul preoperator este incert, cu toate că TC poate evidenția aerobilie și bloc intestinal. Deseori FBD este o surpriză intraoperatorie, iar rezolvarea chirurgicală unimomentană este imposibilă din cauza necesității unei operații laborioase pe fonul somatic precar.

Cuvinte cheie: litiază biliară, măști clinice, fistulă biliodigestivă

BILIODIGESTIVE FISTULAS - DIAGNOSTIC DILEMMAS AND TACTICS

ROJNOVEANU G¹, GAGAUZ I¹, GURGHİȘ R¹, GAFTON V², MIRONOVA E¹, MANICA Ș¹

¹Department of Surgery no.1 „Nicolae Anestiadi” and ²Laboratory of Hepato-Pancreato-Biliary Surgery, SUMPh „Nicolae Testemițanu”, ³Surgery Unit no.1, IEM, Chișinău, Republic of Moldova

Introduction. Biliodigestive fistula (BDF) is a rare complication (1,5%) of gallstones, preoperative diagnosis is often casuistry, not infrequently an intraoperative surprise.

Purpose. Findings of clinical „masks” of biliodigestive fistulas and analysis of surgery management.

Material and methods. Ten patients operated between 2011 – May 2016, average age 66.50±5,27 years, M:F ratio 3:2. Investigation performed: USG(90%), abdominal X-ray(80%), EGD(40%), CT(40%), stomach barium X-ray(20%) and irrigoscopy(20%).

Material and methods. In 4 cases BDF was diagnosed preoperatively by imaging: aerobilia (USG-2, TC-2) and contrasting of fistula(2). In other 6 cases the diagnosis was established intraoperatively, in 3 cases was a surprise (bowel obstruction – 2, colon cancer – 1). Clinical „masks” that were recorded at the hospitalization: bowel obstruction(30%), perforated ulcer(10%), acute cholecystitis (20%), cholangitis, jaundice(20%), acute appendicitis(10%). In 2 cases of BDF diagnosed intraoperatively, the retrospective repeated CT assessment revealed signs of biliary ileus. BDF were choledocoduodenal(2), cholecystoduodenal(6), cholecystogastric(1), duodenocolic(1). Only in 70% of cases the BDF was solved, in the other cases was treated only the intestinal obstruction due to subhepatic plastron and decompensated comorbidities. At the same time were performed: cholecystectomies(60%), biliary drainage(30%), distal gastric resection(20%), duodenoplasty(40%), gastrorrhaphy(10%), hemicolecotomy(10%). Postoperative mortality – 40%, due to decompensated comorbidity and advanced age.

Conclusion. Biliodigestive fistulas are a cause of untreated gallstone disease. Intestinal obstruction, acute cholecystitis and lithiasic cholangitis are frequently clinical situations that require hospitalization. Preoperative diagnosis is uncertain, although CT may reveal aerobilia and intestinal obstruction. BDF is often an intraoperative surprise and its surgical treatment is impossible due to need for laborious operations in precarious somatic background.

Key words: gallstone, clinical „masks”, biliodigestive fistula