

general symptoms, skin being secondary affected. The disease, although rare, is very serious: 30% of patients die if the infection is not treated properly (Fournier gangrene is associated with a significantly higher mortality – about 75% of cases).

Clinical case: Patient C, female, 34 years old, with history of disseminated sclerosis for about four years, is admitted after 72 hours of onset into Department of surgery, County Hospital of Briceni, with diagnosis of Fournier's gangrene and necrotizing fasciitis of the abdominal wall and lumbar region. General condition – severe: sepsis, toxic shock, acute renal failure. The patient underwent emergency surgery with general anaesthesia – debridement, enlarged necrosectomy in perineal region, abdominal wall (about 85%) and lumbar region. Subsequently, the patient is re-operated daily under general anaesthesia with several necrosectomy. Then, the patient is operated on – plasty of lumbar and abdominal wall defect with own tissues. The intervention was followed by healing and subsequent discharge of patient.

AMPUTAȚIE INTERSCAPULOTORACICĂ PENTRU O TUMORĂ MALIGNĂ RECIDIVANTĂ HEMORAGICĂ (CAZ CLINIC)

REVCU S, BESCHIERU E, BERLIBA S, STRELȚOV L, BALAN S, POPA V, GAITUR A

Catedra Chirurgie 1 „N.Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Spitalul „Sf.Arhanghel Mihail”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Amputația interscapulotoracică este o procedură chirurgicală majoră care este rezervată pentru îndepărtarea tumorilor mari, multifocale sau recurente care afectează umărul și extremitatea superioară.

Caz clinic: Pacienta T, 30 ani a fost internată în mod urgent în secția de reanimare cu o tumoră malignă recidivantă în distrucție cu hemoragie activă la nivelul centurii scapulare. Hemoleucograma la internare: Hb – 27g/l, Er – $1,39 \times 10^{12}/l$, L – $17,1 \times 10^6/l$, Tr – $380 \times 10^6/l$. Ultrasonografia abdominală a determinat o hepatomegalie cu o formațiune de volum în S5 (Mt). Examenul radiologic relevă o formațiune de volum la nivelul articulației scapulo-humerale stângi cu invazia în țesuturile moi. După un tratament conservator de corecție și reechilibrare a homeostazei pacienta a fost operată: amputație interscapulotoracică pe stânga. Perioada postoperatorie a decurs favorabil. Pe parcursul tratamentului au fost transfuzate 12 doze de concentrat eritrocitar și 4 doze de plasmă proaspăt congelată. Hemoleucograma la externare: Hb – 88g/l, Er – $3,18 \times 10^{12}/l$, L – $11,5 \times 10^6/l$, Tr – $220 \times 10^6/l$. Pacienta s-a aflat în staționar 13 zile/pat și a fost externată în stare satisfăcătoare. Histologia: Limfosarcom.

Concluzii: Amputația interscapulotoracică este o procedură sigură de tratament pentru tumorile avansate, recidivante și cele hemoragice ale centurii scapulare și ale extremității superioare. Pentru minimalizarea pierderilor sangvine este necesar de efectuat controlul vascular prin ligaturarea arterei subclavia. Variantele histologice ale tumorilor centurii scapulare sunt diferite forme de sarcoame, melanoame, limfoame, carcinoame neuro-endocrine.

INTERSCAPULOTORACIC AMPUTATION FOR RECURRENT MALIGNANT HEMORRHAGIC TUMOR (CASE REPORT)

Introduction: Interscapulotoracic amputation is a major surgical procedure to remove large, multifocal or recurrent tumors which affect shoulder and upper extremity.

Clinical case: Patient T, female, 30 years old was hospitalized emergency in the intensive care unit with recurrent malignant tumor with destruction and active bleeding at the level of scapular girdle. The blood test at admission: Hb – 27g/l, RBC – $1,39 \times 10^{12}/l$, WBC – $17,1 \times 10^6/l$, PLT – $380 \times 10^6/l$. Abdominal ultrasound revealed hepatomegaly with a mass in the S5 (Mt). Radiological examination revealed a mass in the region of left scapular-humeral joint with deep invasion of the soft tissues. After a conservative treatment for homeostasis correction and re-equilibration the patient was operated: left interscapulotoracic amputation. The postoperative period was uneventful. Twelve doses of RBC concentrate and 4 doses of fresh frozen plasma were transfused during the treatment. The blood test at the discharge: Hb – 88g/l, RBC – $3,18 \times 10^{12}/l$, WBC – $11.5 \times 10^6/l$, PLT – $220 \times 10^6/l$. The patient hospital stay was 13 days and she was discharged in satisfactory condition. Histopathology: lymphosarcoma.

Conclusions: Interscapulotoracic amputation is a safe treatment procedure for advanced, recurrent and bleeding tumors of the shoulder girdle and upper extremity. To minimize blood loss is required to perform vascular control through the subclavian artery ligation. Histological variants of the shoulder girdle tumour are different forms of sarcomas, melanomas, lymphomas, neuro-endocrine carcinomas.

OPȚIUNI DIAGNOSTICE ȘI DE TRATAMENT ÎN ICTERUL MECANIC

REVCU S, MUSTEA V, BALAN S, STRELȚOV L, REVCU D, PASCAL R

Clinica chirurgie “Sf.Arhanghel Mihail”, Catedra Chirurgie nr.1, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Sindromul icterului mecanic caracterizează un șir de entități nozologice și necesită de regulă tratament chirurgical.

Material și metode: Studiul retrospectiv 2010-2014 ce a cuprins 104 pacienți ce prezentau icter mecanic la internare. Bărbați – 41 (39,5%); de sex feminin – 63 (60,5%); majoritatea cu vîrstă peste 60 ani (68%). Icterul obstructiv a fost confirmat clinic, USG, examene biochimice (100%), ERCP (21%), RMN-CT – 18%. Indicația operatorie a constituit-o icterul mecanic în sine (21 cazuri) și afecțiunea chirurgicală pe care o caracteriza (46 cazuri).

Rezultate: Au fost operați 67 (64,4%) pacienți, neoperați – 37 (35,6%). Operații miniinvazive – colecistectomie laparoscopică – 12 cazuri, în asociere cu papilosfincterotomie endoscopică (PSTE) preoperatorie – 3 cazuri. PSTE singulară – 8 cazuri. Operații paliative de drenaj biliar – 14 cazuri, cu intenții de radicalitate – 27 cazuri, duodenopancreatectomii pe întreg lot – 7 cazuri, mortalitate postoperatorie – 4 (3,8%) cazuri.

Concluzii: (1) Icterul mecanic este o componentă diagnostică a unui șir de entități chirurgicale, prezintă indicații pentru tratament chirurgical în urgență temporizată dacă demersul diagnostic nu progresa. (2) Tratamentul icterului benign este bine codificat, deși include modalități tehnico-tactice variate. Tratamentul chirurgical tradițional este un procedeu de referință, însă tratamentul miniinvasiv tinde să-l înlocuiască pe măsură ce procedeu se extinde inexorabil. (3) Rezolvarea icterului obstructiv tumoral și pseudotumoral rămâne în continuare un capitol dificil al chirurgiei moderne.

DIAGNOSTIC PROCEDURES AND TREATMENT OPTIONS FOR MECHANICAL JAUNDICE

Introduction: Jaundice is a syndrome characterized by a number of nosological entities which need as a rule a surgical treatment.

Material and methods: The retrospective study within 2010-2014 comprised 104 patients with mechanical jaundice symptoms at hospitalization: 41 (39.5%) men, 63 (60.5%) women, the majority aged over 60 (68%). Obstructive jaundice was clinically confirmed by USG examination, biochemical analysis (100%), ERCP (21%), MRI-CT (18%). The mechanical jaundice itself (21 cases) as well as the surgical disease (46 cases) which characterizes it was an indication for surgical operation.

Results: Sixty seven (64.4%) patients have been operated; in 37 (35.6%) cases the patients were not operated. Minimally invasive operations – laparoscopic cholecystectomy – 12 cases, associated with presurgical endoscopic papilla sphincterotomy (PSTE) – 3 cases; singular endoscopic papilla sphincterotomy – 8 cases. Palliative biliary drainage operations – 14 cases, with intention to total extraction – 27 cases, duodenopancreatectomy out of all the observed patients – 7 cases, post-operative mortality – 4 (3.8%) cases.

Conclusions: (1) The mechanical jaundice is a diagnostic component of a number of surgical entities which has indications for urgent surgical treatment postponed if the diagnostic approach shows no progress. (2) The treatment of benign jaundice is well codified, although includes various technical and tactical methods. Traditional surgical treatment is a reference method, but mini-invasive treatment tends to replace it as the it extends inexorably. (3) Treatment of obstructive and pseudotumour jaundice is still a difficult chapter of modern surgery.

TRATAMENTUL ACALAZIEI CARDIEI PRIN INJECTAREA TOXINEI BOTULINICE

SCUREAC A², BZOVÎ F¹, GUȚU E¹, MOSCALICIUC S²

¹Catedra chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, ²Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Acalazia cardiei este o disfuncție primară de motilitate a esofagului de etiologie necunoscută. Opțiunile terapeutice în acalazia cardiei vizează scăderea presiunii sfincterului esofagian inferior (SEI), îmbunătățirea evacuării din esofag, și cel mai important, ameliorarea simptomatologiei. Tratamentul include modalități farmacologice, endoscopice, dilatarea pneumatică și metode chirurgicale. Toxina botulinică (TXB) reprezintă o neurotoxină puternică, care duce la paralizia SEI, oferind astfel răspuns simptomatic pozitiv la pacienții cu acalazia cardiei.

Scop: Analiza managementului acalaziei cardiei cu TXB.

Material și metode: Au fost examinați și tratați cu toxină botulinică patru pacienți cu acalazia recent stabilită. Au fost injectate 100 unități de toxină imediat deasupra joncțiunii squamocolumnare în 4 puncte. TXB a fost diluată cu soluție fiziologică și injectată în echivalent a 25 de unități pe injecție.

Rezultate: În perioada precoce, timp de 24-36 ore după injecție, s-a constatat diminuarea scorului simptomatic la toți pacienții tratați. În 3 cazuri nu s-a remarcat recidiva simptomelor pe parcursul perioadei de supraveghere 4-13 luni. Un pacient a necesitat repetarea injecției de TXB după 6 luni de perioadă asimptomatică. Nu au fost înregistrate complicații majore.

Concluzie: TXB reprezintă o modalitate de tratament sigură și eficientă, care poate fi efectuată în condiții de ambulator la pacienții cu manifestări clinice ale acalaziei cardiei.

TREATMENT OF ESOPHAGEAL ACHALASIA WITH BOTULINUM TOXIN INJECTIONS

Introduction: Achalasia is an uncommon primary esophageal motor disorder with an unknown etiology. Therapeutic options for achalasia are aimed at decreasing the lower esophageal sphincter (LES) pressure, improving the esophageal emptying, and most importantly, relieving the symptoms. Treatment includes pharmacologic and endoscopic measures, pneumatic dilatation and surgical modalities. Botulinum toxin (BTX) is a potent neurotoxin that leads to paralysis of LES, thus providing positive symptomatic response in patients with achalasia.

Aim: To analyze the management of esophageal achalasia with BTX.

Material and methods: Four adults with newly diagnosed achalasia were examined and treated with BTX injections. Were placed 100 units of the toxin using an endoscopic injector just above the squamocolumnar junction in 4 points. BTX was diluted in preservative-free saline and injected in equivalent of 25 botox units per injection.

Results: There were significant improvements in the symptom scores of all treated patients in early terms, 24-36 hours after injection. In 3 cases there was not noted the relapse of symptoms within time of observation (from 4 to 13 month). One patient required repeated injection of BTX after 6 months of symptom free period. No major complications were encountered.

Conclusions: BTX injection, which can be performed in an outpatient setting, is a safe and effective treatment modality in patients with symptomatic achalasia.

TRATAMENTUL LEZIUNII DIEULAFUY PRIN LIGATURARE ENDOSCOPICĂ

SCUREAC A², BZOVÎ F¹, GUȚU E¹, MOSCALICIUC S²

¹Catedra chirurgie generală, USMF „Nicolae Testemițanu”, ²Spitalul Clinic Municipal nr.1, Chișinău, Republica Moldova