

CHIRURGIA TORACELUI SI ESOFAGULUI

K182

TRATAMENTUL CHIRURGICAL MINIINVAZIV AL MIASTENIEI GRAVIS

Maxim I., Gladun N., Gavriluc M., Balica I., Iusco T., Rusu S., Toma A., Conțu O., Jardan D., Pugacescu T.

IMSP SCR, Sectia Chirurgie Toracica, RM, Chisinau

Introducere. Miastenia gravis (MG) este o patologie autoimună în care dereglările neuromusculare sunt induse de anticorpii circulanți contra receptorilor acetilcolinici (nAChR) localizați la nivelul postsinaptic al joncțiunii neuromusculare. Abordarea terapeutică a MG presupune un tratament gradual care cuprinde inhibitori de colinesteraza pentru simptomele minore și avansează la medicație imunomodulatoare sau plasmafereza pentru situațiile de o gravitate crescută. Timectomia are un rol important în tratamentul complex al MG. Scopul lucrării. Analiza rezultatelor postoperatorii ale tratamentului chirurgical videoasistat al miasteniei gravis. Materiale și metode. În grupul de studiu au fost incluși 63 pacienți cu MG fără timom observați postoperator mai mult de 12 luni. Repartizarea după sex a fost - 11 bărbați (17,7 %) și 52 femei (82,5 %), cu vârsta între 18 și 62 ani. Durata medie a afecțiunii a fost de 21,2 luni, variind mult în cadrul grupului dar fără diferență semnificativă legată de sex. Conform clasificării clinice MGFA pacienții au fost repartizați în următoarele stadii : I- 4 (6,3 %), IIa - 12 (19,04 %), IIb - 17 (26,98 %), III - 13 (20,63 %), IIIb - 12 (19,04 %), IV - 5 (7,94%). Diagnosticul de MG a fost bazat pe examenul clinic neurologic, răspunsul pozitiv la testul cu prozerina sau tensilon, rezultatele tipice electromiografice și în unele cazuri prin demonstrarea prezenței anticorpilor contra aAChR. Rezultate. Ameliorarea generală a stării pacienților (RCS + AS) a fost demonstrată la 95,23 % pacienți. Ameliorarea stării a fost înregistrată la 42 (66,67 %) pacienți. La 2 pacienți (3,17 %) conform criteriilor noastre (micșorarea scorului QMG ≥ 4 puncte) starea nu s-a modificat după timectomie și la un pacient (1,59 %) a fost constatată agravarea simptomelor MG în perioada postintervenție. Concluzii. 1. Timectomia toracoscopică este o tehnică avansată de chirurgie miniminvasivă și este rezervată centrelor cu experiență atât în chirurgia toracoscopică cât și în abilitatea de a trata bolnavul miastenic. 2. Factorii de prognostic favorabil depistați în urma analizei multivariate sunt debutul la o vârstă mai tânără a afecțiunii și intervenția chirurgicală precoce față de momentul de debut al afecțiunii.

MINIMALLY-INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF MYASTHENIA GRAVIS

Introduction. Myasthenia gravis (MG) is an autoimmune pathology in which neuromuscular disorders are caused by circulating antibodies against acetylcholine receptor (nAChR) located at the postsynaptic level of the neuromuscular junction. Management of MG involves a gradual treatment including cholinesterase inhibitors for minor symptoms and advances to immunomodulating medications or plasmapheresis for high gravity situations. Thymectomy has an important role in the complex treatment of MG. Goal of the study. Analysis of postoperative results of minimally-invasive surgical treatment of myasthenia gravis. Materials and methods. In the study group were included 63 patients with MG without thymoma observed more than 12 months postoperatively. Distribution by sex was - 11 men (17.7%) and 52 women (82.5%), aged between 18 and 62 years. The average duration of disease was 21.2 months, ranging a lot in the group but with no significant differences related to sex. According to clinical classification MGFA patients were divided into the following stages: I-4 (6.3%), IIa - 12 (19.04%), IIb - 17 (26.98%), III - 13 (20.63%), IIIb - 12 (19.04%), IV - 5 (7.94%). The diagnosis of MG was based on neurological clinical examination, positive response to prozerin or tensilon test, typical electromyographic results and in some cases by demonstrating the presence of antibodies against aAChR. Results. General improvement in the patient's condition (RCS + AS) has been demonstrated in 95.23% patients. State improvement was recorded in 42 (66.67%) patients. In 2 patients (3.17%) according to our criteria (QMG score decrease ≥ 4 points) status has not changed after thymectomy and in one patient (1.59%) was observed during postoperative period worsening of MG symptoms. Conclusions. 1. Thoracoscopic thymectomy is an advanced technique of minimally-invasive surgery and is reserved to centers with experience in both thoracoscopic surgery and the ability to treat myasthenic patients. 2. Favorable prognostic factors found in multivariate analysis are the onset of disease at a younger age and early surgical treatment from time of onset.

K183

TENDINȚE DE EVOLUȚIE ÎN RECONSTRUCȚIA ESOFAGULUI

Gladun N., Balica I., Iusco T., Maxim I., Toma A., Rusu S.

*Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova
 Secția chirurgie toracică, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova*

Introducere. Există diferite metode de substituție a esofagului rezecat în dependență de caracterul și localizarea procesului patologic de calea de acces, de înlăturarea segmentară sau extirparea totală a organului, de materialul de substituție folosit și metoda de ascensionare a grefei. Scopul: Relevarea tendințelor de reconstrucție a esofagului, în clinica de Chirurgie FEC MF. Materiale și metode. În fișa noastră de observație (1977-2011) deținem 240 cazuri de intervenții reconstructive pe esofag. În timp ce registru de patologii indicate în rezecții de esofag, material de substituție utilizat și căile de ascensionare ale transplantului rămân în ansamblu aceleași, în structura lor se observă diferite preferințe. Dacă în primele decade de lucru 90% din volumul total de intervenții dețineau operațiile pentru stenozele postcaustice, în ultimul cincinal (2007-2011) 56% din intervenții au constituit proce-

sele neoplazice. Grefa gastrică servește drept material de substituție preferabil 40% (în trecut 17%), colonul deținea 48% acum 30%, jejunul rămâne la nivelul precedent - 30%. Cu referire la căile de ascensionare a grefei folosim mai frecvent calea prin mediastinul posterior - 40%, retrosternală - 25%, intrapleură - 35%. Concluzii. Toate metodele de substituție a esofagului cu consemnarea avantajelor și dezavantajelor în fiecare caz individual au dreptul la existență. În clinica Chirurgie FEC MF s-a stabilit următoarea tactică de reconstrucție esofagiană: 1) în stenozele postesofagita peptică și esofag Barrett - rezecția esofagului afectat cu substituția lui cu segment jejunal a la Roux prin laparotomie și toracotomie; 2) în cancerul esofagului mediu toracic - extirparea esofagului cu substituția lui cu grefă gastrică din curbura mare prin trei căi de acces - toracotomie, laparotomie, cervicotomie; 3) în stenozele postcaustice extinse și în cancerul treimii superioare a esofagului utilizăm extirparea esofagului cu substituția lui cu colon prin trei căi de acces.

EVOLUTIONARY TRENDS IN ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION

Introduction. There are different methods of substitution of resected esophagus, it depends on the type and localization of pathological process, surgical approach, segmental resection or total extraction of esophagus, depends on the material of substitution used and the method of graft preparation. **Purpose.** The development of reconstructive surgery of esophagus in the department of surgery, CME Faculty. **Materials and methods.** In our statement of observation (1977-2011) we have 240 cases of reconstructive interventions in the esophagus. While the indications for esophageal resection, replacement material used and methods of graft preparation remain the same, different preferences can be observed in their structure. If the first decade of work 90% of the total volume of interventions were operations for postcaustic stenosis, in the last five-year 2007-2011, 56% of interventions were the neoplastic processes. Gastric graft is preferable substitute material 40% (in the past 17%), colon had 48% now 30%, jejunum remains at the previous level of 30%. With reference to the way of ascension graft, frequently used path through the posterior mediastinum 40%, retrosternal -25%, intrapleural - 35%. **Conclusions.** All methods of replacement of the esophagus to record the advantages and disadvantages in each individual case have the right to existence. In the department of surgery CEM was established following tactics of esophageal reconstruction: • In stenosis after peptic esophagitis and Barrett esophagus - resection of esophagus and substitution with jejunal segment Roux by laparotomy and thoracotomy; • In medium thoracic esophageal cancer used esophageal extirpation and its substitution with gastric graft by thoracotomy, laparotomy and cervicotomy; • In extended postcaustic stenosis and cancer of the upper third of esophagus used esophageal extirpation by three pathways.

K184

TRAHEOSTOMIA ȘI CHIRURGIA TRAHEII CERVICALE

Gladun N., Balica I., Iusco T., Maxim I., Toma A., Rusu S.

*Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova
Secția chirurgie toracică, Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Moldova*

Introducere. Succesele terapiei intensive și reanimării în traumatismele grave, care necesită ventilație mecanică prelungită a cauzat creșterea numărului de pacienți cu stenoze posttraheostomice, care necesită corecție chirurgicală. Scopul. Atenționarea societății medicale (anesteziolegi, reanimatologi, chirurghi) la conduita optimă a acestor pacienți pentru evitarea complicațiilor mutilante ce impun intervenții laborioase pe segmentul cervical al traheii. **Material și metode.** În clinică (1980-2011) s-au operat 50 pacienți cu stenoze ale traheii cervicale: posttraheostomie - 34, postdecubit de manșon - 6, posttraumatice - 8, fistulă esofagotraheală - 2, bărbați - 36, femei - 14. Vârsta pacienților între 13-50 ani, media fiind 28,4. Peste 1/3 (36%) din numărul de operații revin pe ultimii 5 ani. S-au efectuat diferite intervenții: rezecții traheale „în pană” - 9 cazuri, rezecții-anastomoză circulare - 20 cazuri, rezecție anastomoză circulară a traheii cervicale și 1/3 superioare a traheii toracice prin cervico- sternotomie - 4 cazuri, rezecție laringo-traheală fenestrată cu osteoplastie anterioară - 6 cazuri, excizia fistulei traheo-esofagiene - 2, rezecția laringo-traheală - 1 caz. În 4 cazuri n-am reușit refacerea definitivă a lumenului traheal și s-a aplicat fistula traheală, condusă ulterior prin tub traheostomic „T”- stent. Am avut un singur deces. **Discuții și concluzii:** În complexul terapiei intensive cu ventilație prelungită trebuie să fie incluse și metodele de profilaxie a complicațiilor posibile cauzate de traheostomie. -Traheostomia se efectuează cu indicații rezervate, în mod programat, pe tub de intubație, aplicată prin tehnica inferioară cu incizie orizontală sau în lambou (procedeu Björk), de către chirurghi experimentați. -Importanță deosebită o are managementul tubului și manșonului traheostomic, controlul endoscopic al traheii și a bronhiilor.

TRACHEOSTOMY AND SURGERY OF THE CERVICAL TRACHEA

Introduction. Success of intensive therapy and reanimation in serious injuries requiring prolonged mechanical ventilation caused an increasing number of patients with stenosis after tracheostomy requiring surgical correction. **Purpose.** The warning medical society (anesthesiology, Reanimatology, surgeons) at optimal care of these patients to avoid complications that require laborious interventions at cervical segment of trachea. **Material and methods.** In our clinic 50 patients were operated with stenosis of the cervical trachea: after tracheostomy - 34, the sleeve decubitus position -6, posttraumatic -8, tracheo-esophageal fistula -2, men - 36, women - 14. Patients aged between 13-50 years, averaging 28.4. Over one third of the operations (36%) upon the last five years. Different interventions were performed: tracheal wedge resections - 9 cases, circular resection anastomosis -20 cases, circular resection anastomosis of cervical trachea and of 1/3 superior of thoracic trachea by cervico- sternotomy - 4 cases, fenestrated tracheal resection with larynx Previous osteoplasty - 6 cases, tracheo-esophageal fistula excision - 2, laryngo-tracheal resection - 1 case. In four cases we could not restore permanent tracheal lumen and tracheal fistula was applied, subsequently led by tracheostomic tube “T” stent. We had one case of death. **Discussion and conclusions.** In the complex intensive therapy with prolonged ventilation must be included methods of prevention of possible complications caused by tracheostomy. •Tracheostomy is performed by experienced surgeons with indications reserved, on intubation tube, by technique with low horizontal incision or flap. •Particularly important is the management of tracheostomy tube and sleeve, endoscopic control of the trachea and bronchi.