

INFECTIA CHIRURGICALA

M212

ROLUL PCT ÎN MONITORIZAREA ANTIBIOTERAPIEI LA BOLNAVAL SEPTIC CHIRURGICAL

Sârbu V.1,2, Pundiche Mihaela 1,2, Grasa C.1,2, Cândea Iulia 1,3, Pasăre Raluca 1,2, Vâncă Alina 2, Adam Anca 1, Burdel Cristina 1

1. Facultatea de Medicină Generală, Universitatea Ovidius, Constanța, România
2. Clinica Chirurgie Generală, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Constanța, România
3. Clinica Anestezie Terapie Intensivă, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Constanța, Ro

Scop : Pornind de la necesitatea unei monitorizări riguroase a antibioterapiei și a unei evaluări corecte a pacienților cu sepsis , procalcitonina, ca marker biologic, pare a avea o valoare semnificativă, fiind propusă atât pentru detecția, cât și pentru evaluarea infecției bacteriene și a managementului antibioterapiei. Material si metodă: Am efectuat un studiu prospectiv pe un lot de 73 de pacienți internați în Clinica Chirurgie II a SCJU Constanța în intervalul 2010 – 2011, aceștia fiind incluși în studiu conform criteriilor ACCP/SCCM Consensus Conference din 1992. Am realizat dozări ale PCT, în dinamică, încă de la internarea pacienților, prin metoda imunocromatografică, monitorizând antibioterapia la lotul studiat în funcție de fluctuațiile și cut-off PCT. Rezultate: Nivelul de procalcitonina reflecta gradul raspunsului inflamator sistemic. Dozarile PCT au fost realizate la 17 pacienti fara inflamatie/infectie, la 21 pacienti cu infectii locale, 20 cu infectii sistemice(sepsis), 7 cu sepsis sever si 3 cu soc septic/MSOE. Din lotul studiat au fost exclusi 5 pacienti cu patologii asociate(in prima zi dupa un traumatism major,interventii chirurgicale majore, arsuri, tratament cu medicamente care stimuleaza eliberarea de citokine pro-inflamatorii, cancerul pulmonar cu celule mici, carcinom medular tiroidian), la care nivelul PCT a fost crescut in absenta unui proces inflamator/infectios manifest. Inceperea, monitorizarea si oprirea antibioterapiei s-a realizat in functie de nivelurile PCT. Dozarea procalcitoninei (PCT) a evidentiat valori crescute semnificativ la pacientii cu sepsis sever si soc septic/MSOE. PCT a fost semnificativ mai mică la pacienții cu sepsis comparativ cu cei cu șoc septic, iar diferența între valorile PCT la pacienții cu sepsis și sepsis sever a fost la limita semnificației statistice. Valorile PCT nu au fost însă predictive pentru deces. Concluzii: În concluzie, măsurarea în dinamică a PCT poate fi factor predictiv pentru infecțiile cu potențial letal putând monitoriza și direcționa antibioterapia ca durată și eficiența. Valoarea PCT ca ghid de tratament antibacterian ce poate reduce mortalitatea sau morbiditatea la pacienții septici chirurgicali rămâne să fie pe deplin evaluată de studiile viitoare, putand in sa afirma ca dozarea acestui biomarker ar putea fi introdusa in protocolul de urmarire in dinamica a evolutiei clinice a pacientilor septici. Cuvinte cheie: SIRS, procalcitonina, sepsis sever, antibioterapie, imunomodulare

Scop : Pornind de la necesitatea unei monitorizări riguroase a antibioterapiei și a unei evaluări corecte a pacienților cu sepsis , procalcitonina, ca marker biologic, pare a avea o valoare semnificativă, fiind propusă atât pentru detecția, cât și pentru evaluarea infecției bacteriene și a managementului antibioterapiei. Material si metodă: Am efectuat un studiu prospectiv pe un lot de 73 de pacienți internați în Clinica Chirurgie II a SCJU Constanța în intervalul 2010 – 2011, aceștia fiind incluși în studiu conform criteriilor ACCP/SCCM Consensus Conference din 1992. Am realizat dozări ale PCT, în dinamică, încă de la internarea pacienților, prin metoda imunocromatografică, monitorizând antibioterapia la lotul studiat în funcție de fluctuațiile și cut-off PCT. Rezultate: Nivelul de procalcitonina reflecta gradul raspunsului inflamator sistemic. Dozarile PCT au fost realizate la 17 pacienti fara inflamatie/infectie, la 21 pacienti cu infectii locale, 20 cu infectii sistemice(sepsis), 7 cu sepsis sever si 3 cu soc septic/MSOE. Din lotul studiat au fost exclusi 5 pacienti cu patologii asociate(in prima zi dupa un traumatism major,interventii chirurgicale majore, arsuri, tratament cu medicamente care stimuleaza eliberarea de citokine pro- inflamatorii, cancerul pulmonar cu celule mici, carcinom medular tiroidian), la care nivelul PCT a fost crescut in absenta unui proces inflamator/infectios manifest. Inceperea, monitorizarea si oprirea antibioterapiei s-a realizat in functie de nivelurile PCT. Dozarea procalcitoninei (PCT) a evidentiat valori crescute semnificativ la pacientii cu sepsis sever si soc septic/MSOE. PCT a fost semnificativ mai mică la pacienții cu sepsis comparativ cu cei cu șoc septic, iar diferența între valorile PCT la pacienții cu sepsis și sepsis sever a fost la limita semnificației statistice. Valorile PCT nu au fost însă predictive pentru deces. Concluzii: În concluzie, măsurarea în dinamică a PCT poate fi factor predictiv pentru infecțiile cu potențial letal putând monitoriza și direcționa antibioterapia ca durată și eficiența. Valoarea PCT ca ghid de tratament antibacterian ce poate reduce mortalitatea sau morbiditatea la pacienții septici chirurgicali rămâne să fie pe deplin evaluată de studiile viitoare, putand in sa afirma ca dozarea acestui biomarker ar putea fi introdusa in protocolul de urmarire in dinamica a evolutiei clinice a pacientilor septici. Cuvinte cheie: SIRS, procalcitonina, sepsis sever, antibioterapie, imunomodulare

M213

FLEGMONUL FOURNIER ÎN PRACTICA CHIRURGICALĂ

Hotineanu V., Iliadi A., Bogdan V., Ivancov G., Tcaci V., Davidov Gh., Balan Iu.

Clinica 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu” – șef prof. V.Hotineanu, Chișinău, Republica Moldova

Flegmonul Fournier este definit ca o fasciită necrotizantă a regiunii perineale, organelor genitale cu evoluție fulminantă și rată considerabilă a mortalității postoperatorii de 54% (A. Tuncel). Lucrarea prezintă experiența Clinicii 2 Chirurgie pe o perioadă de 10 ani (2000-2010) asupra unui lot de 34

de pacienți tratați în secția chirurgie septică abdominală a SCR. Vîrsta pacienților 19-66 ani, cu prevalența bărbaților. Diagnosticul s-a bazat pe datele investigațiilor clinice, de laborator și imagistice. Cauzele apariției flegmonului Fournier sunt: afecțiuni anorectale (79,4%), afecțiuni urogenitale (11,8%), afecțiuni ale țesuturilor moi (5,88%), neidentificate (2,9%). La pacienții cu flegmonul Fournier în 64,7% cazuri au fost înregistrate și alte patologii concomitente: diabet zaharat (16 pacienți), alcoolism cronic (4 pacienți), hepatită virală (2), lues (1), leucemie acută (1). Factorul etiologic este unul polimicrobian și depinde de sursa de infecție. Germenii microbieni decelați ca fiind responsabili de producerea flegmonului Fournier sunt E.coli (47,1%), Staphylococcus aureus metilrezistent, Pseudomonas aeruginosa. Tabloul clinic a evoluat în câteva faze consecutive. Perioada prodromală de 2-5 zile s-a caracterizat prin apariția febrei hectice și slăbiciunii generale, fără semne evidente de afectare locală (30 pacienți). La 29 pacienți durerile și edemul organelor genitale s-au intensificat odată cu apariția eritemului local și a crepitațiilor. La tot lotul de pacienți gangrena țesuturilor moi a organelor genitale a fost asociată cu un sindrom de intoxicație severă. Sunt accentuate dificultățile de diagnostic și necesitatea utilizării metodelor imagistice contemporane în evoluția complicațiilor. Tratamentul chirurgical practicat a constat în prelucrarea chirurgicală de etapă a focarului septic (12-24h) și operații reconstructive cu/fără plastia plăgilor postoperatorii și organelor genitale externe. Tratamentul complex practicat local și general inclusiv baroterapia (88,4%) au micșorat letalitatea postoperatorie pînă la 14,7% (5 pacienți).

FOURNIER'S PHLEGMON IN SURGICAL PRACTICE

Fournier's phlegmone is defined as a necrotizing fasciitis of perineum, genitals and perianal region which stands as a fulminant condition with a considerable postop mortality of 54% (A.Tuncel). Our study is based on 10 years (2000-2010) experience of the 2nd Surgical Clinic in which 34 patients treated at RCH were involved. Patients' age is between 19 and 66 years old, with male prevalence. The diagnosis was based on clinical findings, laboratory and imaging results. Fournier's phlegmon's etiology are: anorectal diseases (79,4%), urogenital diseases (11,8%), soft tissue diseases (5,88%), unidentified reasons (2,9%). There have been found simultaneous illnesses in 64,7% of cases as follows: diabetes (16 patients), chronic alcoholism (4 patients), viral hepatitis (2 patients), syphilis (1), acute leukemia (1). The etiologic factor is a multimicrobial one and depends on the source of the infection. The detected microbial germs were: E.coli (47,1%), methyl resistant Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa. The clinic developed in several consecutive stages. The prodromal period of 2-5 days was characterized by appearance of hectic fever and general weakness with no evident signs of local involvement (30 patients). In 29 patients the pain and the local edema got more intense with the appearance of local erythema and crepitation. In all patients the genital soft tissue gangrene was associated with a severe intoxication syndrome. We can emphasize the difficulties in diagnosis and the necessity of using contemporary imaging methods in evaluation of complications. The treatment consisted of staged surgical care (12-24h) of the septic focus and reconstructive surgeries with/without postop wound and genital plasty. The complex local and general treatment including barotherapy (88,4%) decreased the lethality in postsurgical period to 14,7% (5 patients).

M214

FASCIITĂ NECROZANTĂ EXTINSĂ COMPLICATĂ CU ȘOC TOXICO-SEPTIC (CAZ CLINIC)

Hotineanu V., Iliadi A., Revenco S., Bogdan V., Salaur V., Tcaci V., Davidov Gh., Balan Iu.

Clinica 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu” – șef prof. V.Hotineanu, Chișinău, Republica Moldova

Fasciita necrozantă (FN) se caracterizează prin necroza rapidă a fasciei superficiale și țesuturilor adiacente, corespunde gradului III conform clasificării anatomice D.U.Ahrenholz. Forma gravă, tipul II în etiologia și geneza FN aparține streptococilor grupei A, frecvent ce duc la apariția Streptococcal toxic shock syndrome. Autorii prezintă cazul unei paciente 21 ani, fără antecedente chirurgicale tratată în secția chirurgie septică abdominală a S.C.R. Evoluția clinică gravă a fost condiționată de dezvoltarea rapidă a fasciitei necrozante cu termenul de boală de ordinul citorva ore de la debut, endotoxicozei progrediente și dinamica de dezvoltare a șocului toxic-septic, insuficienței multiorganice. Morfologic – supurațiile necrozante pe o arie extinsă au cointerestat peretele anterior abdominal, antero-lateral toraco-abdominal și regiunii lombare cu detașarea circulară a țesuturilor moi și tegumentare. Tratamentul susținut, de urgență, a constat în incizii multiple cu evacuarea puroiului, fasciotomie, debridarea și excizia țesuturilor sfacelate, concomitent cu tratamentul antibacterian (cefalosporine generația IV, vancomicină și carbapeneme) și de echilibrare a funcțiilor vitale și metabolice. Evoluția lent favorabilă cu intervenții chirurgicale repetate după 12-24 ore și în final autodermplastie după 22 zile de la debut subliniază necesitatea diagnosticului precoce și a unei strategii curative corecte.

EXTENDED NECROTIZING FASCIITIS COMPLICATED WITH TOXIC-SEPTIC SHOCK

Necrotizing fasciitis (NF) is characterized by quick necrosis of superficial fascia and adjacent tissues, corresponding to grade III anatomical classification D.U.Ahrenholz. The severe form, type II in etiology and genesis of FN is due to group A streptococcus which frequently lead to Streptococcal toxic shock syndrome. The authors present the case of a 21 years old female patient, with no surgical history which was treated in abdominal surgery department of RCH. The severe development was conditioned by speedy evolution of FN within several hours from the onset, progressive endotoxemia and the dynamics of toxic-septic shock, multiorgan failure. Morphologically – necrotized suppurations on an extended area which implied anterior abdominal, antero-lateral thoraco-abdominal walls and the lumbar region with circular detachment of soft tissues. The emergency treatment was multiple incisions with pus discharge, fasciotomy, debridement and excision of damaged tissues together with antibiotic medication (IV generation cephalosporins, vancomycin, carbapenems) and vital function equilibrium. The slow favorable evolution with repeated surgeries after 12-24 hours and the autoderoplasty on the 22nd day from the onset underline the necessity of early diagnosis and a correct curative strategy.