

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 cointerminat 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.