

CONTRIBUTIONS TO THE KNOWLEDGE OF THE VENOUS CIRCULATION OF THE LOWER LIMBS

Venous circulation to the legs is known to be centripetal to the right heart. In pathological or congenital conditions may occur venous reflux. From equation tissue is excluded leg bone and muscle tissue. Between medullary tissue, producer of biologically active macromolecules, and bone must be relations with all other tissues including skin. In this context we studied experimentally venous circulation on 38 legs amputated. Injection of methylene blue dye solution in tibial and peroneal maleoleol foam highlights: - Venous network of transperiosteal bone and muscle or tendon to the inserts. - Venous circulation relationship to all parts of the leg tissues, muscles, fascia, synovial, nerves, arteries and veins. So from bone marrow cells and biologically active macromolecules go directly into all the surrounding tissues (not followed by complete venous and cardio-aortic circulation).

O264

CONSIDERAȚII CU PRIVIRE LA ULCERELE VENOASE GAMBIERE CU NUMEROASE INTERVENȚII CHIRURGICALE ITERATIVE

Ivan V., Ivan C., Radu Daniela, Icma I., Ivan Felicia

Universitatea de Medicina si Farmacie V. Babes, Timisoara

Ulcerele gambiere venoase recunosc ca fiziopatologie insuficiența venoasă cronică exprimată prin reflux, hipertensiune venoasă și microangiopatie. Ca etiologie sunt incriminate boli congenitale (de valvulare, fistule a-v, agenezie, atrezie) boala venoasă primitivă și secundară și boala postflebitică. Ca terapie chirurgicală țintele sunt: sistemul venos superficial, tratamentul venelor profunde (valvuloplastii, grefe) sistemul venelor perforante și intervenții asociate. La bolnavii cu ulcere venoase recidivate cu numeroase intervenții chirurgicale în antecedente și legat de cercetarea anterioară am optat pentru: - Scleroterapie cu spumă a venelor superficiale și perforante cu reflux. - Grefe parțiale cu piele liberă despicată. - Masaj periosteal, epifizar și a ulcerelor gambiere de 3-4 ori pe zi. Timpul de vindecare se reduce la jumătate. Compresia externă la vindecarea ulcerului întreține starea de bine. Pacientul în plus execută de 3-4 ori pe zi masaj periosteal, tibio-pronier și epifizar.

CONSIDERATIONS ON VENOUS ULCERS OF THE CLAF WITH NUMEROUS ITERATION SURGERY

Venous leg ulcers, admit as Pathophysiology chronic venous insufficiency expressed through reflux, venous hypertension and microangiopathy. As the etiology are incriminated: congenital diseases (AV fistula, agenesis, atresia) primitive and secondary venous disease and post-thrombotic disease. As surgical therapy targets are: superficial venous system, the treatment of deep vein (valvuloplasty, grafts) perforating vein system and associated interventions. In patients with recurrent venous ulcers with a history of numerous surgical and related our previous research we opted for: - Foam sclerotherapy of superficial veins and perforating veins with reflux. - Registry partial free split skin. - Massage periosteal, leg ulcers epifizar, 3-4 times per day. Healing time is reduced by half. External compression to maintain well-healing of the ulcers is necessary. Patient in addition runs periosteal massage 3-4 times a day, tibio-pronier and epifizar.

O265

ISCHEMIA MEZENTERICĂ ACUTĂ: OPTIMIZAREA DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI

Ghidirim Gh., Mishin I., Craciun I.

Introducere: La momentul actual nu există criterii și principii desăvârșite pentru diagnosticarea și tratamentul ischemiei mezenteriale acute bazate pe probe controlate științific, iar rezultatele tratamentului acestor pacienți este nesatisfăcător. Rata mortalității la acest grup de pacienți variază de la 70-90%. Scopul: aprecierea rezultatelor inițiale de diagnostic și tratament al ischemiei mezenteriale acute. Material și Metodă: În perioada ianuarie 2009 mai 2011 au fost 29 cazuri consecutive de ischemie mezenterială acută. Vârsta medie a fost 70.3 ± 2.4 (35-95) ani, pacienții fiind internați la 37.1 ± 8.1 (1-168) ore de la debutul bolii, scorul APACHE fiind de 24.79 ± 1.9 , scorul ASA- 3.32 ± 0.1 , scorul POSSUM- 37.45 ± 1.9 . Diagnoza a fost stabilit prin aprecierea: leucocitelor, lactatului seric, procalcitoninei, 3D-CT-angiografie și laparoscopie. Pacienții au fost tratați conform principiului "second look" (n=21), anastomozei primare (n=2), laparatomii exploratorii (n=6). Ischemie mezenterială venoasă 5 cazuri și arterială 24 cazuri. Rezultate: Media leucocitelor la internare a fost de $17.88 \pm 1.7 \times 10^9/L$, media nesegmentelor- $29.0 \pm 4.2\%$, media lactatului seric $2.56 \pm 0.5 \text{ mmol/L}$, la 8 pacienți testul PCT-Q a fost $\geq 10 \text{ ng/ml}$, media glucozei sangvine la internare $11.3 \pm 1.2 \text{ mmol/L}$, la 21 de pacienți ea fiind mai mare de 6 mmol/L . Mortalitatea postoperatorie a fost 68.9% (n=20). Concluzie: Experiența inițială demonstrează că principiile anastomozei amânate, anastomozei primare pot fi considerate ca opțiuni chirurgicale pentru tratamentul pacienților cu ischemie mezenterială acută. Însă concluziile definitive privind momentul aplicării lor, vor fi formulate după analiza unui lot mai mare de pacienți.

ACUTE MESENTERIAL ISCHEMIA: OPTIMAL DIAGNOSIS AND TREATMENT MODALITY

Introduction: Up to date there are no widely accepted evidence based principles for the diagnosis and treatment of acute mesenterial ischemia and the treatment outcomes are poor. The death rate in this group of patients varies between 70 and 90 %. **Aim:** to appreciate the initial diagnostic and treatment results of acute mesenterial ischemia. **Material and methods:** During January 2009 – May 2011 29 consecutive patients with mesenterial ischemia. The mean age was 70.3 ± 2.4 (35-95) years, the mean time from onset to hospitalization was 37.1 ± 8.1 (1-168) hours, the mean APACHE score was 24.79 ± 1.9 , ASA score – 3.32 ± 0.1 , POSSUM score was – 37.45 ± 1.9 . The diagnosis was established upon WBC, blood lactate level, procalcitonine, 3D-CT angiography and laparoscopy. The patients were treated using the “second look” principle (n=21), resection and primary anastomosis (n=2), diagnostic laparotomy (n=6). Venous and arterial mesenterial ischemia was diagnosed in 5 and 24 patients respectively. **Results:** The mean WBC upon admittance was $17.88 \pm 1.7 \times 10^9/L$, mean nonsegmented WBC was $29.0 \pm 4.2\%$, mean value of blood lactate level was $2.56 \pm 0.5 \text{ mmol/L}$. In 8 patients the PCT-Q test was $\geq 10 \text{ ng/ml}$, mean glucose level was $11.3 \pm 1.2 \text{ mmol/L}$ and in 6 patients it was over 6 mmol/L. The postoperative death rate was 68.9% (n=20). **Conclusions:** The initial experience favors the “second look” principle and resection with primary anastomosis for the treatment of acute mesenterial ischemia. Larger patients’ series are necessary in order to draw definitive conclusions regarding the optimal time for anastomosis.

0266

APENDICOPATIILE ÎN CHIRURGIA DE URGENȚĂ - O PROBLEMĂ MAI MULT DECÎT DISCUTABILĂ**Iaz V., Breahnă V., Cuceinic S., Grecu I.***Catedra Chirurgie FEC MF USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, Moldova*

Dacă pînă în prezent au fost atinse succese notabile în chirurgia apendicitei acute, nu ne dă posibilitatea să constatăm faptul că problema este rezolvată definitiv, au rămas probleme neclare și discutabile: 1) nu este perfectă diagnostică; 2) sunt divergențe în privința tacticii chirurgicale; 3) lipsesc intraoperator criteriile unice a modificărilor macroscopice; 4) sunt divergențe în diagnosticul clinic și rezultatele morfologice. Studiile din literatura franceză au constatat faptul că la 20% din cei operați s-a înălțurat apendicele neafectate. Au fost studiați 235 pacienți cu vîrsta 14-80 ani. Femei-bărbați 1,5:1. Durerea manifestată la 100% bolnavi caracterizată prin (spontană, permanentă, intermitentă, difuză, localizată, violentă, transfixiantă, iradiere topografică). Defens muscular, meteorism, pulsmetria, temperatura corpului s-au manifestat în raport variabil. Simptoamele subiective (diaree, constipație, vomă, s.Koher, grețuri) prezente la toți bolnavii. Prevalența s. obiective (Blumberg, Rowzing, triada Dieulafoy, Bartomie-Mihelson, Coop) a fost notată la bolnavii cu semne evidente de apendicită acută. La 80% - hiperleucocitoză. Polinucleoza a fost marcată variabil: normal, moderată, notabilă, excesivă și majorată enorm. USG abdominală : pneumatoză intestinală, apendice vizualizat, mobil, imobil, îngroșat, lichid în cavitatea abdominală notate variabil. Intraoperator s-a înregistrat lichid seros, serohemoragic, seropurulent, purulent cu variații. S-a constatat faptul că 22% nu au modificări patomorfologice în apendice. Coeficientul identificării diagnosticului clinic cu cel patomorfologic este în raport 4,5:1. Acestea sunt cazurile apendicopatiilor cu manifestări clinice evidente și cu lipsă de substrat patomorfologic, mai bine spus, apendice neafectate.

Concluzii:

1. Apendicopatiile diferă radical de apendicita acută prin faptul că ele se manifestă clinic printr-un complex simptomatologic evident de apendicită acută și cu lipsa totală a substratului patomorfologic.
2. Pentru a clarifica aceste probleme definitiv, va fi necesar un studiu clinic mai profund și identificarea mai sigură a modificărilor patologice morfologice.
3. Extirparea apendicelui alterat în apendicopatie, cauză a fenomenelor dureroase sau a crizelor repetate, se impune ca singura măsură de a vindeca răul prezent și de a evita pericolele viitorului.

APPENDICOPATHIES IN EMERGENCY SURGERY - A SUBSTANTIAN PROBLEM

The fact that until now has been achieved notable success in the surgery of acute appendicitis doesn't give us the possibility to say that the problem is entirely solved; there still are many confusing and contestable problems:

- 1) the diagnosis is not perfect.
- 2) there are many divergences about the surgical tactics.
- 3) there are no unique criteria for macroscopical changes during the operation.
- 4) there are different opinions among surgeons as for clinical diagnosis and morphological characteristics.

The study of French literature have concluded that in the case of 20% of operations unaffected appendix has been removed. 235 patients aged 14-80 years in rapport of 1,5:1 women and men have been examined.

The pain manifested at 100% of patients was characterized as spontaneous, continuous, intermittent, diffuse, localized, violent, topographical radiation. The muscle defense, flatulence, pulsation, high temperature occurred in several cases. Subjective symptoms (diarrhea, constipation, vomiting, Koher's sign and nausea) have been noticed at all the patients. The prevalence of objective symptoms (Blumberg, Rowzing, Dieulafoy triad, Bartomie-Mihelson, Coop) has been noticed at the patients with obvious signs of acute appendicitis. 80% manifested hyperleukocytosis. The mark of polynucleosys was variable: normal, moderate, noticeable, excessive and increased enormously. The ultrasound check of abdomen showed intestinal pneumatosis, visible, mobile, immobile, thickened, fluid appendix in the abdominal cavity has been detected in several cases. Intraoperative serous, sero-hemorrhagic, seropurulent and purulent liquid was noticed 22% of patients had no pathomorphologic changes coefficient was 4,5:1. These are the appendicopathy cases with clinical manifestations and lack of pathomorphological base, better said: normal, unaffected appendix.

Conclusions:

1. Appendicopathies differ radically from acute appendicitis in that they manifest clinically evident symptomatic complex of acute appendicitis and total lack of pathomorphological substrate.
2. To clarify these issues ultimately a deeper clinical study and a more reliable identification of pathomorphological changes would be necessary.
3. The removal of altered appendix in appendicitis, cause of pain phenomena or repeated crisis imposes itself as the only measure to cure the present disease and to avoid future dangers.