



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 24.06.2016

Prezidium: Acad. Gh.Ghidirim, Prof. E.Guțu

Raport nr.1: Leziunile traheobronșice în traumatismul toracic (cazuri clinice și comentarii). Dr. Igor Maxim, dr. în științe medicale, SCR

Rezumat. Caz clinic nr.1. Femeie de 22 ani, care în urma unui accident rutier suportă un traumatism toracic – spitalizată în spital raional, într-o stare extrem de gravă. Diagnosticul la internare – "Traumatism asociat: traumatism craniocerebral închis. Contuzie cerebrală. Traumatism toracic închis. Fracturi costale multiple bilateral. Hemopneumotorax bilateral. Fractura 1/3 medii a humerusului stâng cu deplasare. Fractura 1/3 medii a claviculei drepte". După spitalizare s-a realizat drenajul pleural tip Bulau bilateral cu imobilizarea membrului superior stâng prin pansament gipsat. În dinamică starea a evoluat cu agravare, instabilitate hemodinamică, insuficiență respiratorie cu necesitatea în respirație mecanică. Solicitat prin intermediul serviciului "AviaSan" consultul chirurgului toracic – la a 4-a zi de spitalizare. Luată decizia de transfer a pacientei la SCR, secția chirurgie toracică. În a 5-a zi s-a efectuat bronhoscopia cu identificarea leziunii bronhiei principale drepte. S-a intervenit chirurgical prin toracotomie posterolaterală dreaptă cu plastia bronhiei principale drepte; verificarea intraoperatorie a ermetismului bronhiei cu re-expansionarea plămânului. Peste 7 zile s-a realizat osteosinteza deschisă a claviculei drepte. Pe parcursul celei de-a doua săptămâni postoperatorii pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare.

Caz clinic nr.2. Bărbat 35 ani, după accident rutier este internat cu diagnosticul – "Traumatism asociat: traumatism craniocerebral închis. Comoție cerebrală. Traumatism toracic închis. Fractura coastelor multiple pe stânga. Hemopneumotorax stâng, pneumotorax drept. Pneumomediastinum. Fractura humerusului stâng și a sternului". La spitalizare s-a realizat drenajul pleural tip Bulau, bilateral. Solicitat prin intermediul serviciului "Avia-San" consultul chirurgului toracic. La evaluare starea pacientului a fost apreciată ca critică, hemodinamic instabilă, pe ambele drenuri pleurale – flux continuu de aer. Radiologic – suspectată ruptura bronhiei principale stângi. Pacientul a fost operat după indicații vitale practicându-se toracotomie posterolaterală stângă cu plastia bronhiei principale stângi. La a 3-a zi postoperator, după stabilizarea hemodinamicii pacientul a fost transferat la SCR, secția chirurgie toracică. Peste 7 zile s-a realizat osteosinteza deschisă a humerusului stâng. La a 12-a zi postoperator pacientul a fost externat în stare satisfăcătoare.

Caz clinic nr.3. Bărbat, vârsta – 20 ani, după accident rutier este transportat spre Institutul de Medicină Urgentă. Efectuate măsurile de resuscitare, apoi toracocenteza bilaterală și drenarea mediastinului. Solicitat prin intermediul serviciului

"AviaSan" consultul chirurgului toracic. Diagnosticul stabilit: "Traumatism asociat: Traumatism craniocerebral închis. Comoție cerebrală. Traumatism toracic închis. Fractura coastelor multiple bilateral. Pneumotorax bilateral. Contuzie pulmonară. Pneumomediastinum". La bronhoscopie (efectuată peste 13 ore de la internare) se depistează leziunea bronhiei principale drepte. Pacientul a fost operat după indicații vitale – toracotomie posterolaterală dreaptă cu plastia bronhiei principale drepte și lobectomie superioară dreaptă (reimplantarea bronhiei lobului drept a fost anevoioasă, asociată și stării critice a pacientului). Perioada postoperatorie a evoluat pozitiv. La a 10-a zi pacientul a fost externat în stare satisfăcătoare.

Dezbateri

Prof. Gh.Rojnoveanu: Evident, rupturile de căi aeriene sunt o provocare mare pentru toți chirurgii ce deservește pacienții cu traumatisme și reprezintă prerogativa chirurgiei supraspecializate. Mă interesează, care este momentul optimal sau timpul pe care îl au la dispoziție pacientul și chirurgul de la periferie până la stabilirea diagnosticului de ruptură definitivă a căii aeriene și luarea deciziei de a interveni urgent? Când ar trebui chirurgul de la periferie (fără posibilitatea de a efectua bronhoscopie, TC etc.) să solicite consultul specializat și cât de activă trebuie să fie tactică curativă?

Dr. I.Maxim: Timpul optimal de a interveni este cel maximal de rapid după momentul traumei (nu există termeni stabiliți strict). Din păcate doar datele clinice nu ne pot releva anume leziunea traheii sau bronhiilor principale; se impune așadar indicarea bronhoscopiei.

Prof. E.Guțu: Cât de frecvent, conform datelor literaturii, leziunea severă a căii aeriene este izolată (fără asocierea leziunilor vasculare)? Care este incidența leziunilor importante ale căilor aeriene?

Dr. I.Maxim: Cifra maximală ce reflectă incidența leziunilor importante de căi aeriene, raportată în literatura de specialitate, este de până la 3% din toate traumatismele toracice; iar cele izolate – practic nu există. Mecanismul traumei prevede leziunea coastelor, sternului, coloanei vertebrale etc. Spre fericirea pacienților (și a chirurgilor) în toate cazurile noastre pediculul vascular a fost intact. De obicei, dacă sunt lezate elementele vasculare ale hilului, pacientul nu supraviețuiește. Aceste leziuni se întâlnesc destul de rar, circa un caz pe an.

Dr. R.Gurghis: În toate cazurile oare fluxul continuu de aer prin tuburile pleurale au servit drept semn orientativ pentru a solicita consultul specialistului? Considerați acest semn patognomonic pentru fistula bronșică? Ce impact are timpul intervenției curative de la momentul producerii traumei (4 zile în cazul nr.1 vs 13 ore – în cazul nr.2) asupra evoluției

postoperatorii sau mai important este diagnosticul corect?

Dr. I. Maxim: Este dificil de afirmat că există un adevărat semn patognomic, dar la sigur eliminarea continuă a aerului prin drenul pleural reprezintă un indice orientativ pentru chirurghi în privința selectării tacticii corecte și oportune. Rareori detașarea bronhiei poate fi vizualizată și la radiografia toracică. Foarte importante sunt atât diagnosticul corect, cât și terapia intensivă adecvată în perioada preoperatorie.

Discuții

Prof. N. Gladun: Chirurgia leziunilor traheobronșice din cadrul traumatismului toracic este una supra-specializată. Suspecția acesteia trebuie să-l impună pe chirurgul generalist să consulte de urgență chirurgul toracic. Odată ce s-a luat decizia de a interveni chirurgical, abordul ar urma să fie cel posterolateral, ceea ce permite accesul optimal spre principalele structuri ale hilului pulmonar. Desigur, fluxul continuu de aer prin tubul pleural și înrăutățirea hemodinamicii servesc drept indicații către operație, iar bronhoscopia are rol decisiv în stabilirea diagnosticului și selectarea tacticii operatorii.

Prof. E. Guțu: Leziunile traheobronșice din cadrul traumatismului toracelui se referă la leziunile ce depășesc competența chirurgului generalist. Deci, în toate cazurile de aerografie prelungită și instabilitate hemodinamică este indicat consultul de urgență a chirurgului toracelist. Totuși, problemele alegerii momentului oportun al solicitării specialistului și a intervenției chirurgicale rămân deschise.

Raport nr.2: Posibilitățile contemporane ale chirurgiei endovasculare. Dr. Roman Polonskiy.

Chirurgia endovasculară reprezintă o ramură chirurgicală situată la conexiunea dintre mai multe specialități, iar în diferite regiuni geografice este practică de către radiologi-intervenționiști, cardiochirurghi intervenționiști, angiochirurghi. Una dintre cele mai utile și pe larg practicate intervenții endovasculare este coronarografia – care ne oferă informații vaste la un pacient cu cardiopatie ischemică și are avantajul de a reprezenta și un gest curativ atunci când se efectuează și stentarea coronariană. Alte opțiuni intervenționiste contemporane ar fi

angiografia viscerală la pacienții cu angor abdominal (ischemie mezenterială cronică); angiografia periferică la pacienții cu ischemie arterială a extremităților (ateroscleroză, steal-syndrome subclavicular) cu tentă curativă – angioplastie cu balon și/sau stentare; angiografia carotidiană și a arterelor cerebrale la bolnavii cu ateroscleroza arterelor carotide, anevrism de arteră cerebrală medie. O altă opțiune endovasculară este reprezentată de către așa-numita embolizare la distanță, cu scop curativ sau ameliorare simptomatică. Pe lângă efectul hemostatic, observat și utilizat din anii '70 ai secolului XX, actualmente se cunosc mai multe efecte curative ale acestei intervenții. Spre exemplu, embolizarea sectorală a arterei lienale în hipersplenism, cu excluderea unei ramuri a arterei lienale din circuit și scăderea activității de distrugere trombocitară a splinei; embolizarea arterei uterine – în caz de nodul miomatos uterin; embolizarea arterelor vezicale inferioare – în adenomul prostatei; ocluzia vaselor testiculare – în varicocele; embolizarea vaselor de "alimentare" a tumorii cu scop hemostatic și citoreductiv. O altă utilizare este chemoembolizarea transcater – embolizarea cu absorbente impregnate cu preparat chimioterapic, cu ulterioara eliberare a drogului în lumenul vasului cu efect citoreductiv. Alte opțiuni terapeutice – cateterizarea selectivă și supra-selectivă a diferitor artere cu scop de antibioticoterapie sau chimioterapie, instalarea chimio-porturilor, cateterelor pentru dializă, stentarea fistulelor de dializă, instalarea cava-filtrelor, tromboliza trans-cateter (arterială și venoasă).

Dezbateri

Dr. R. Gurghiș: În literatura de specialitate se descrie că în cca 6-10% cazuri de embolizare a arterei lienale pentru ruptura de splină se dezvoltă abcedarea zonei de infarct lienal. Ați avut oare Dvstră astfel de situații la pacienții electivi (cu hipersplenism secundar cirozei hepatice)?

Dr. R. Polonskiy: La pacienții cu hipersplenism nu am avut cazuri de abces postinfarct al splinei. Bolnavii, de regulă, urmau o pregătire până la intervenție: antibioticoprofilaxie sau chiar antibioticoterapie, terapie intensivă corespunzătoare. De asemenea, embolizarea a fost efectuată selectiv, prevenind astfel infarctul total al splinei.

Sinteză: Dr. S. Cumpătă, Dr. V. Culiuc