

UNELE PARTICULARITĂȚI ALE ACTULUI CHIRURGICAL ÎN GANGRENA FOURNIER

IGNATENCO S

Catedra Chirurgie 1 „Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Erorile comise în actul chirurgical în gangrena Fournier sunt cauzate de elucidarea slabă a particularităților intervenției chirurgicale în literatura de specialitate și lipsa de experiență a chirurgilor.

Material și metode: Studiul cuprinde analiza a peste 300 de surse literare și experiența noastră în tratamentul a 137 pacienți cu gangrena Fournier

Rezultate obținute: Pacientul se amplasează pe masa de operație, în poziție ginecologică, cu bazinul ridicat pe un suport moale. Preoperator se cateterizează vezica urinară, inclusiv la acei cu epicistostomă. Cateterul va servi reper de protecție a uretrei în timpul debridării agresive. În fosa ischioarectală, incizia trebuie efectuată, paralel cu rectul, la mijlocul distanței dintre orificiul anal și tuberculul ischiadic. Dacă incizia v-a fi aproape de tuberculul ischiadic se pot leza nervul pudent și vasele pudente interne. Dacă incizia se va face lângă rect se pot leza mușchii sfincterului anal extern și levator ani, și ca rezultat infecția din fosa ischioarectală poate fi translocată mecanic în spațiul pelvian subperitoneal. Implicarea în proces a unuia sau ambelor hemiscroturi, fără septului scrotal, incizia se face separat pe traiectul testicolului și cordonului spermatic. La femei - pe traiectul labiei mari. Scrotoctomia este indicată în necroza ambelor hemiscroturi și septului scrotal. Incizia pe peretele antero-lateral al abdomenului se face paralel și mai sus cu 6-7 cm de ligamentul Pupart, pe cutia toracică - paralel liniilor axilare. Debridarea chirurgicală agresivă se va efectua după principiul exciziei, înlăturând toate țesuturile necrozate și edemațiate. Greșala, care o comit unii chirurghi constă în aceea, că ei nu înlătură țesuturile edemațiate, care sunt înalt contaminate cu microorganisme și din această cauză procesul se răspândește mai departe. Pentru protejarea rectului și vaginului de iatrogenie, debridarea țesuturilor necrotice din jurul lor se face sub controlul tactil cu degetul introdus în rect sau vagin. Cordonul spermatic, testiculul și epididimusul foarte rar sunt afectate de infecție, datorită particularităților de vascularizare a lor. Atunci când ele sunt implicate în procesul necrotic trebuie temporar de renunțat de la orchectomie pe o perioadă de 24 ore și numai după examinarea repetată și confirmarea necrozei de recurs la ea. Dacă testiculele sunt găsite necrotizate, ar trebui de suspectat un proces purulent retroperitoneal, care poate să ducă la tromboza arterei testiculare. Canalul inghinal după excizia țesuturilor necrotice se lasă deschis. Lambele de piele după debridare trebuie întoarse și suturate de derma pielei intacte Primul (a 2-a zi) și următoarele pansamente trebuie efectuate zilnic în sala de operație sub anestezie generală.

Concluzii: Respectarea acestor particularități v-a permite evitarea erorilor care se comit în actul chirurgical.

Cuvinte cheie: gangrene Fournier, act chirurgical, particularități

SOME PARTICULARITIES OF THE SURGICAL ACT IN GANGRENE FOURNIER

Introduction: The errors which appear in the surgical act in Fournier gangrene are caused by poor experience dates described in literature and lack of experience of surgeons.

Material and Methods: The study includes the analysis of over 300 literary sources and our experience in the treatment of 137 Fournier Gangrene patients.

Results: The patient is placed on the operative table in a gynecological position with the basin raised on a soft support. The mandatory bladder catheterization, including those with epicistostoma. The catheter during aggressive debridement serve as a protection of the urethra. Ischioarectal fossa incision must be made parallel to the rectum, midway between the anus and tubercle ischiadic. If the incision have to be close to the tuber ischiadic, can be damage pudent nerves and vessels. If the incision is performed near the rectum may be damage the external anal sphincter and levator ani muscles and as a result the infection throw the ischioarectal fossa can be mechanically translocated into the subperitoneal pelvic space. Involvement in the process of one or both hemiscrot, without the scrotum septum, the incision is separated on the testicular and spermatic cord tract. In women - on the big labiums. Scrotoctomy is indicated in the necrosis of both hemiscrot and the scrotum septum. Incision on the abdomen's anterior-lateral wall is performed parallel and up to 6-7 cm above the Pupart ligament, on the chest - parallel to the axillary lines. Aggressive surgical debridement is performed according to the excision principle, removing all necrosis and edema tissues. The mistake that some surgeons commit is that they do not remove the edematous tissues that are highly contaminated with microorganisms and that is why the process spreads further. While protecting the rectum and vagina from iatrogenesis, the debridement of the necrotic tissues around them is done under the tactile control with the finger introduced into the rectum or vagina. The sperm testicle and epididymus are very rarely affected by the infection due to their vascularity particularities. Attempts when they are involved in the necrotic process must be temporarily renounced from orchectomy for a period of 24 hours and only after repeated examination and confirmation of necrosis to recourse to it. If the testicles are found necrotic, a retroperitoneal purulent process should be suspected, which can lead to testicular artery thrombosis. The inguinal canal after excision of necrotic tissues is left open. The skin flaps after debridement should be turned and sutured to the skin intact. Thirst and next band aid should be performed daily in the operating room under general anesthesia.

Conclusions: Respecting these particularities allows you to avoid errors in the surgical procedure.

Key words: Fournier gangrene, surgical act, particularities.

ABCES HEPATIC PRIN CONTINUITATE SECUNDAR INGERĂRII UNUI CORP STRĂIN (CAZ CLINIC)

ILIADIA¹, HOTINEANU V¹, FERDOHLEB A¹, FOCSA A¹

¹Catedra de chirurgie nr. 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Abcesul hepatic cauzat de perforație a tractului gastrointestinal prin ingestie a unui corp străin are o incidență rară.

Prezentare de caz: Pacienta R. 53 ani a fost internată în stare generală gravă. Istoricul bolii: maladia a debutat aproximativ cu 6

săptămâni în urma cu apariția durerilor abdominale, febrei hectice, disconfortului abdominal. Examenului clinic: febra, abdomenul moale, sensibil la palpare în cadranul drept superior, fără semne de iritare peritoneală. Investigatiile de laborator: numărului leucocitelor (11.000), valorile proteinei C-reactive 193 mg/l, probele hepatice: AST 299 U/l, ALT 170 U/l. Tomografia computerizată a abdomenului a determinat o formațiune heterogenă 8 cm x 8 cm, segmentul S3 și S4 al ficatului, nedisociată de antrum și o structură liniară radioopacă de 4 cm, localizată la marginea posterioară a lobului stâng al ficatului. Pacienta a negat ingerarea accidentală a unor corpuri străine. Tratamentul conservativ, antibioticoterapia au fost neefective. Laparoscopia diagnostică a determinat un plastron inflamator flax în regiunea antrum-duodenala și ficat, care la tentativă de verificare a provocat scurgerea de puroi vâscos. Intervenția chirurgicală a inclus drenarea unui abces hepatic, segmentul IV, în lumenul căruia s-a depistat corp strain (os de pește). Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Concluzii: Diagnosticul preoperator este dificil de stabilit, deoarece simptomele clinice sunt nespecifice și adesea nu intuiesc prezența complicațiilor intraabdominale unui corp străin ingerat.

Cuvinte cheie: Corp străin al tractului gastrointestinal; Abces hepatic; Abdomen acut

HEPATIC ABSCESS THROUGH SECONDARY CONTINUITY OF FOREIGN BODY INGESTION (CLINICAL CASE)

Background: Hepatic abscess caused by perforation of the gastrointestinal tract by ingestion of a foreign body has a very rare incidence.

Case presentation: Patient R., 53 years old, was hospitalized in serious general condition. History of the disease appreciated: disease began about 6 weeks ago with abdominal pain, hectic fever, abdominal discomfort. Clinical examination revealed: fever (38°C), soft abdomen, sensitive to palpation in upper right region, no signs of peritoneal irritation. Laboratory exams appreciated: leukocyte count (11,000/l), creatinine (2.0 mg/l), elevation of C-reactive protein (193 mg/l), liver samples: AST - 299 U/l, ALT - 170 U/l. CT of abdomen determined a heterogeneous 8cm x 8cm size formation, low density in the S3 and S4 segment of the liver, undissociated by antrum and a 4 cm radiopaque linear structure located at the posterior edge of the left lobe of the liver. The patient denied accidental ingestion of foreign bodies. Conservative treatment, antibiotic therapy were ineffective. Diagnostic laparoscopy determined an inflammatory flax plastron in the antrum-duodenal and liver region, which caused the leakage of viscous pus, during the verification attempt. Surgery included drainage of a liver abscess, segment IV in a volume of 50.0 ml in the lumen of which a foreign body was found (fish bone). No complications in the postoperative period.

Conclusion: The preoperative diagnosis is difficult to establish because the clinical symptoms are unspecific and often do not imply the presence of intraabdominal complications of a foreign body ingested.

Keywords: Foreign body of the gastrointestinal tract; Liver abscess; Acute abdomen

DIAGNOSTICUL PRECOCE ȘI TRATAMENTUL CHIRURGICAL PROMPT – CHEIA REZULTATELOR FAVORABILE ÎN SINDROMUL BOERHAAVE

IMAN R¹, MEMU E¹, POPOVICI D¹, POPESCU LIDIA¹

¹Spitalul Județean de Urgență, Drobeta-Turnu Severin, România

Introducere: Sindromul Boerhaave (ruptura spontană de esofag toracic) este o patologie greu de diagnosticat și cu mortalitate foarte mare în cazul lipsei tratamentului adecvat, care este chirurgical cât mai precoce.

Material și metode: Prezentăm 3 pacienți bărbați, doi în vârstă de 42 ani, al treilea de 72 ani, care au fost internați pentru hematemeză, dureri violente epigastrice, retrosternale și toracice stângi, stare generală de rău, apărute după un efort de vărsătură pe fondul consumului de alcool, emfizem subcutanat cervical bilateral. Diagnosticul a fost suspiciat pe baza anamnezei, examenului clinic, colecției lichidiene pleurale stângi cu aspect tulbure maroniu (cu amilaze crescute) și mai ales radiologic, care a evidențiat pneumomediastin și nivel hidroaeric retrocardiac, confirmat de ingestia de substanță de contrast hidrosolubilă (la un caz). Toți pacienții prezentau deja semne clinice și paraclinice de sepsis, astfel încât la 14, 9, respectiv 16 ore de la momentul estimat al producerii efracției esofagiene, s-a instituit tratamentul chirurgical.

Rezultate: Sub anestezie generală s-a efectuat toracotomie posterolaterală stângă cu rezecția coastei VII și prepararea unui lambou pediculat posterior de mușchi intercostal VII. S-a debricat excizional pio-pneumomediastinul și cavitatea pleurală stângă, toaletă abundentă, sutura esofagiană în dublu strat acoperită cu lamboul de mușchi intercostal, dublu drenaj pleural aspirativ, gastrostomie de decompresie și alimentație la primul caz, doar sondă nazo-gastrică – la ultimele două cazuri. Asocierea antibioticoterapiei masive, vasopresorilor și nutriției au contribuit la evoluția favorabilă (clinic și radiologic), cu închiderea gastrostomei peste trei săptămâni la primul pacient.

Concluzii: Corelarea datelor anamnestice cu cele radiologice și un înalt grad de suspiciune sunt esențiale pentru stabilirea cât mai precoce a sindromului Boerhaave. În cazurile diagnosticate precoce (ideal sub 12 ore, acceptabil până la 24 ore de la momentul perforației) șansele tratamentului reparator reușit sunt maxime.

Cuvinte cheie: Sindromul Boerhaave; Examen radiologic; Pneumomediastin; Tratament chirurgical

EARLY DIAGNOSIS AND PROMPT SURGICAL TREATMENT – THE KEY TO FAVORABLE RESULTS IN BOERHAAVE SYNDROME

Background: Boerhaave syndrome (spontaneous rupture of thoracic esophagus) is a condition difficult for diagnosis with very high mortality in the absence of adequate treatment, which is surgically as early as possible.

Methods and materials: We present three male patients, two aged 42 years, the third 72 years admitted for hematemesis, epigastric, retrosternal and left thoracic pain, general malaise appeared after a vomiting effort after alcohol consumption, bilateral subcutaneous cervical emphysema. The diagnosis was suspected on the basis of history, physical examination, left pleural cloudy brown collection (with increased amylase level) and especially radiological findings, which revealed pneumomediastinum and retro-cardiac air-fluid level, confirmed by the intake of water-soluble contrast (in one case). All patients already had clinical and laboratory signs of sepsis,