

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. Investigațiile 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 străin (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 suspionat 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,

so surgical treatment performed at 14, 9 and 16 hours from the estimated time of esophageal rupture.

Results: Under general anesthesia, left posterolateral thoracotomy with the VII rib resection and the preparation of a posterior pedicle flap of intercostal muscle were performed. Large debridement of mediastinum and left pleural cavity, abundant lavage was done. Two-plane esophageal closure covered with intercostal muscle flap, double aspiration drainage, gastrostomy for decompression and nutrition in the first case, and only nasogastric tube – in the last two cases. Association of massive antibiotic therapy, vasopressors and nutrition contributed to the favorable (clinical and radiological) outcomes, with gastrostomy closing over three weeks in the first patient.

Conclusion: The correlation of anamnestic and radiological data and a high degree of suspicion are essential for establishing the Boerhaave syndrome as early as possible. In cases diagnosed early (better under 12 hours, acceptable up to 24 hours after perforation), the chances of successful reparative treatment are maximal.

Keywords: Boerhaave syndrome; Radiological study; Pneumomediastinum; Surgery

PATOMIMIA (SINDROM AUTO-AGRESIV) ÎN CHIRURGIA PURULENTĂ A ȚESUTURILOR MOI

KARLOV VA¹

¹Institutul de Chirurgie „A.V. Vișnevskii”, Moscova, Federația Rusă

Introducere: Patomimia (sindromul Kozins-Dure) - provocarea autolezionilor de către pacient pentru a trezi interesul și simpatia celorlalți oameni; observată în isterie; este un fel de mitomanie.

Material și metode: Lucrarea se bazează pe rezultatele tratamentului a 128 de pacienți (toate femei) la Institutul de Chirurgie „A. V. Vișnevskii” în perioada 1975-1998. Toate femeile au fost internate în spital cu diagnosticul de sepsis sau sepsis cronic. Din cele 128 de paciente, 85 (67%) au fost operate pentru diferite colecții purulente de la 11 până la 50 de ori, iar 24 (18,6%) - peste 50 de ori. Toate focarele purulente au fost localizate în țesuturile moi pe suprafața anterioară a corpului. Principalele manifestări ale bolii: procese purulente recurente ale țesuturilor moi și ulceratii tegumentare, febră înaltă de lungă durată.

Rezultate: Cele mai frecvente modalități de a provoca boala: autoinjectarea fecalelor, urinei, produselor petroliere, perforări și injecții ale pielii și membranelor mucoase cu ace contaminate, agrafe de hârtie etc..., manipulări cu termometrul, consumul medicamentelor care induc febră. Principalele caracteristici diagnostice ale febrei artificiale: femeile aflate în vârstă fertilă, multiplicitatea și localizarea în grup a cicatricilor și focarelor purulente, în zone accesibile mâinilor pacientei, identificarea bacteriilor enterale în focarele purulente, lipsa ritmului circadian al febrei, scăderea rapidă (în câteva minute) a temperaturii fără transpirații, starea generală satisfăcătoare, analizele sângelui nemodificate, recurențe multiple ale bolii, culturi sanguine negative. Principiile diagnosticului patomimiei: termometria în prezența personalului medical, căutarea unor urme de injecții în zona localizării cicatricilor sau proceselor inflamatorii noi, căutarea obiectelor utilizate pentru acțiuni auto-agresive, examinarea histologică a țesuturilor, consultarea psihiatrilor și teste psihologice. Evidența legală a genezei artificiale a bolii: găsirea obiectelor folosite pentru acțiuni auto-agresive, examinarea histologică cu determinarea celulelor gigante sugestive corpurilor străine în țesuturile afectate, uleiului mineral, fragmentelor de sol și, în final, însăși recunoașterea pacienților.

Concluzii: La majoritatea pacientelor cu patomimie a fost constatată o formă isterică sau explozivă de personalitate, depresie nevrotică, psihopatie isterică sau neurastenii. Doar la 4 paciente s-a verificat schizofrenia (2 cazuri) și epilepsia (2). În relațiile zilnice cu pacientele, trebuie de avut în vedere faptul că bolnavul cu boala artificială suspectată are aceleași drepturi ca și ceilalți: confidențialitatea și consimțământul informat. Pacienții cu patomimie adesea înaintează petiții și procese în instanța de judecată.

Cuvinte cheie: Patomimie; Sepsis; Infecția țesuturilor moi; Diagnostic

PATHOMIMIA (AUTO-AGGRESSIVE SYNDROME) IN PURULENT SURGERY OF SOFT TISSUES

Background: Pathomimia (Kozins-Dure syndrome) - causing patient lesions to himself in order to arouse the interest and sympathy of others; observed in hysteria; is a kind of mythomania.

Methods and materials: The paper is based on treatment results of 128 patients (all women) at the A. V. Vishnevsky Institute of Surgery in 1975-1998. All women were admitted into the hospital with a diagnosis of sepsis or chronic sepsis. Of the 128 patients, 85 (67%) were operated for different purulent collections from 11 to 50 times, whereas 24 (18.6%) - more than 50 times. All inflammatory foci were localized in soft tissues on the front surface of the body. The main manifestations of the disease: recurrent purulent processes of soft tissues and skin ulceration, prolonged high fever.

Results: The most frequent manners of causing the disease: self-injection of feces, urine, petroleum products, punctures and injections of the skin and mucous membranes with contaminated needles, paper clips, etc., manipulations with a thermometer, taking medications that cause fever. The main diagnostic features of artificial fever: women of childbearing age, multiplicity and group localization of scars and purulent foci in areas accessible to the patient's hands, cultivation of enteral bacteria from purulent foci, lack of circadian rhythm of fever, rapid (within minutes) decreasing of temperature without sweating, satisfactory general conditions, normal blood counts, multiple relapses of disease, negative blood cultures. Principles of pathomimia' diagnostics: thermometry in the presence of medical staff, searching for traces of injections in the area of scar grouping or over the new inflammatory site, searching for objects used for auto-aggressive actions, histological examination of tissues, psychiatrist consultation and psychological testing. Legal evidence of the artificial genesis of disease: finding objects used for auto-aggressive actions, histological examination with finding of giant cells suggestive for foreign bodies in the affected tissues, mineral oil, soil fragments, and, finally, recognition of the patient herself.

Conclusion: In majority of patients with pathomimia, a hysterical or explosive types of personality, neurotic depression, hysterical psychopathy, or neurasthenia were revealed. Only in 4 patients schizofrenia (2 cases) and epilepsy (2) was verified.

In daily relationships with the patient, it should be remembered that the patient with the suspected artificially induced disease has the same rights as others: privacy, confidentiality and informed consent. Patients with pathomimia often impose court complaints and lawsuits.

Keywords: Pathomimia; Sepsis; Soft tissue infection; Diagnosis