

## REZEȚII MULTIPLE ÎN CADRUL CITOREDUȚIEI PRIMARE PENTRU NEOPLASM OVARIAN AVANSAT (CAZ CLINIC)

**BACALBASA N<sup>1</sup>, BALESU I<sup>2</sup>, PAUTOV M<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, <sup>2</sup>Spitalul “Ponderas”, <sup>3</sup>Departamentul de Chirurgie Generală și Transplant Hepatic “Dan Setlacec”, Institutul Clinic Fundeni București, România**

**Introducere:** Neoplasmul ovarian avansat necesită de cele mai multe ori rezecții viscerale multiple încă de la momentul citoreducției primare astfel încât să se obțină o citoreducție completă.

**Caz clinic:** Prezentăm cazul unei paciente de 42 ani diagnosticate cu neoplasm ovarian avansat în care la momentul citoreducției primare s-au practicat histerectomie totală cu anexectomie bilaterală, omentectomie, peritonectomie pelvină parietală și diafragmatică bilaterală, splenopancreatectomie distală, hepatectomie atipică de segment IVB, limfodisecție pelvină și para-aortică. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă; la un an postoperator pacienta nu prezintă semne de recurență.

## MULTIPLE RESECTIONS AS PART OF PRIMARY CYTOREDUCTION IN ADVANCED STAGE OVARIAN CANCER (CASE REPORT)

**Introduction:** Advanced ovarian cancer usually necessitates multiple visceral resections even at the moment of primary cytoreduction in order to achieve a R0 resection.

**Clinical case:** We present the case of a 42 year old patient diagnosed with advanced stage ovarian cancer in which at the moment of primary cytoreduction multiple resections were performed: total hysterectomy with bilateral adnexectomy, omentectomy, total pelvic, parietal and diaphragmatic peritonectomy, distal splenopancreatectomy, IVB segment atypical hepatectomy, pelvic and para-aortic lymph node dissection. The postoperative course was uneventful; at one year follow up she is free of any recurrent disease.

## REZEȚII MULTIVISCERALE PENTRU RECIDIVA ABDOMINO-PELVINĂ DUPĂ NEOPLASM COLONIC OPERAT

**BACALBASA N<sup>1</sup>, BALESU I<sup>2</sup>, PAUTOV M<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”; <sup>2</sup>Spitalul “Ponderas”; <sup>3</sup>Departamentul de Chirurgie Generală și Transplant Hepatic “Dan Setlacec”, Institutul Clinic Fundeni, București, România**

**Rezumat:** Neoplasmul colonic are ca și cale principală de diseminare calea hematogenă, producând apariția metastazelor hepatice și pulmonare. Cu toate acestea, în unele cazuri pot apărea și recidive locale ce impun rezecții multiviscerale. Prezentăm cazul unui pacient de 66 ani operat pentru neoplasm de sigmoid în urmă cu 1 an care a fost diagnosticat cu o recidivă pelviabdominală ce invadează ureterul, mușchiul psoas și vena iliacă externă stângă. Recidiva a fost rezecată în bloc cu ureterectomie stângă, rezecție parțială de venă iliacă externă stângă, și rezecție parțială de mușchi psoas. Postoperator pacientul a fost îndrumat către clinica de oncologie pentru efectuarea de chimioterapie adjuvantă.

## MULTIPLE RESECTIONS AS PART OF PRIMARY CYTOREDUCTION IN ADVANCED STAGE OVARIAN CANCER

**Summary:** Colonic neoplasms have as principal dissemination route the hematogenous one, giving birth to liver and pulmonary metastases. However, there are cases diagnosed with local recurrences which impose multiple visceral resections. We present the case of a 66 year old patient who had been previously submitted to surgery for sigmoid cancer one year before and who was now diagnosed with an abdomino-pelvic recurrence, invading the left ureter, left psoas muscle and the left external iliac vein. The recurrent tumor was resected en bloc with left ureterectomy, partial resection of the left iliac vein and partial resection of the psoas muscle. Postoperatively the patient was confined to the Oncology Clinic where he was submitted to adjuvant chemotherapy.

## MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL FISTULELOR ESO-AERIENE

**BALICA I, GLADUN N**

**Catedra chirurgie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova**

**Scopul:** Analiza experienței Clinicii în problema fistulelor patologice eso-aeriene.

**Material și metode:** În ultimii 10 ani în Clinica noastră au fost tratați 8 pacienți cu fistule eso-aeriene, cu vârsta între 26 și 62 ani, dintre care doar 2 erau femei. Factorii etiologici: arsură esofagiană, plăgi, leziuni endoscopice, diverticul, ventilație mecanică prelungită, traheostomia, etc. Simptomele clinice principale: tuse sufocantă la deglutiție (semnul Ono) sau apariția alimentelor în spută, traheostomă sau arborele traheobronșic. Diagnosticul a fost stabilit prin tomografie computerizată, esofagoscopie, fibrobronhoscopie.

**Rezultate:** În 5 cazuri s-a intervenit chirurgical radical, iar în 3 cazuri paliativ – gastrostomie. Excizia fistulei, sutura traheii/bronhiei și a esofagului a fost metoda de elecție, aplicată la 4 pacienți. Moment important intraoperator – plasarea lamboului muscular între esofag și trahee, după sutura defectelor traheii și esofagului, în regiunea cervicală fiind utilizat mușchiul sternocleidomastoidian, iar în toracotomie – lamboul din pleura parietală. În 2 cazuri s-a efectuat cervicotomia, inclusiv