

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

BACALBASA N¹, BALESU I², PAUTOV M³

¹Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, ²Spitalul “Ponderas”, ³Departamentul 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 N¹, BALESU I², PAUTOV M³

¹Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”; ²Spitalul “Ponderas”; ³Departamentul 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

Într-un caz cu sternotomie mediană parțială până la spațiul intercostal 2, iar în 3 cazuri s-a efectuat toracotomia. La 2 pacienți s-a efectuat lobectomia și sutura defectului esofagului, iar la o pacientă s-a efectuat esofagectomia și plastia cu colon. Au decedat 4 pacienți, inclusiv 2 postoperator, decesele fiind cauzate de complicațiile pulmonare și de insuficiența poliorganică.

Concluzii: Fistulele eso-aerene sunt rare, polietologice, complexe. Evoluția gravă și mortalitatea înaltă a acestora impun un diagnostic și tratament chirurgical în centre specializate.

SURGICAL MANAGEMENT OF AERODIGESTIVE FISTULAS

Aim: Analysis of the experience in the management of aerodigestive fistulas.

Material and methods: During the last 10 years, in our clinic were treated 8 patients with pathological communications between esophagus and tracheobronchial tree, aged between 26 and 62 years, only 2 of them were female. Among etiological factors were esophageal burns, wounds, endoscopic lesions, diverticula, long term mechanical ventilation, tracheostomy, etc. The main diagnostic symptoms were the Ono sign (coughing on swallowing) and appearing of food in tracheobronchial tree. The diagnosis was established by means of computer tomography, bronchoscopy, esophagoscopy.

Results: In 5 cases radical surgery was performed, in 3 cases palliative – gastrostomy. The method of choice in radical surgery was fistula excision and suture of defects in esophageal and tracheobronchial walls. An important issue is the interposition of a muscular flap (sternocleidomastoideus muscle) in cervical approach, or a pleural flap (in thoracotomy approach), between esophagus and trachea or bronchi. In 2 patients we performed a cervical incision (in 1 case with partial sternotomy to the level of the second intercostal space), in 3 cases – thoracotomy was performed, with lobectomy and suture of esophageal wall in 2 patients. In one patient we realized esophagectomy with coloplasty. Four patients died, including 2 patients after surgery, because of thoracic complications and multiorgan failure.

Conclusions: Aerodigestive fistulas are rare, multi-etiological, complex diseases. Their severe evolution and high mortality impose management in specialized centers.

PRIMA EXPERIENȚĂ ÎN BYPASS-UL CORONARIAN PE ARTERA DESCENDENTĂ ANTERIOARĂ PE CORD BĂTÎND PRIN MINI-STERNOTOMIE INFERIOARĂ

BATRÎNAC A, URECHE A, VOITOV S, BARNACIUC S, ROTARU A

Spitalul Internațional “Medpark”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: În prezent pontajul coronarian pe o singură arteră reprezintă o raritate. Cardiologia intervențională rezolvă marea majoritate a cazurilor cu afectarea patului coronarian cu o singură limitare – afectarea ostială a arterei descendente anterioare (ADA). Pentru pontajul coronarian pe cord bătând (CB): artera toracică internă stângă (ATIS) anastomozată cu ADA, este cunoscut abordul toracic miniminvasiv. Acestui abord îi sunt valabile și unele exigențe deosebite: set de ustensile adaptate special pentru minitoracotomie, echipă polidisciplinară bine formată și, desigur, experiența chirurgului operator. O problemă actuală, pentru perioada postoperatorie, rămâne combaterea durerii postoperatorii.

Scopul lucrării a fost implementarea abordului mini-invasiv în operațiile pe CB.

Material și metode: Pe parcursul ultimilor 5 ani, operații pe CB prin sternotomie inferioară au fost 13 pacienți (5 femei, 8 bărbați), vârsta medie – 59,3 ani. Toți pacienții au prezentat o afectare monovasculară severă pe ADA, segmentul I ostial. Stabilizarea cordului și a arterei – efectuată cu ajutorul dispozitivului “Octopus 4”. Anastomoza ATIS-ADA – efectuată cu sutură Prolene 8/0.

Rezultate: Perioada postoperatorie complicată cu hemoragie – 1 pacient, menajată conservativ. Durata medie a spitalizării a constituit 4,5 zile. În perioada precoce și de lungă durată accese anginoase nu s-au înregistrat.

Concluzii: Mini-sternotomia inferioară reprezintă un abord optim către ADA, cu expoziție suficientă pentru prelevarea ATIS. Sindromul algic postoperator este minim, reconvalescența fizică este rapidă, amplituda mișcărilor în membre superioare – nelimitată.

FIRST EXPERIENCE IN OFF PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING OF ANTERIOR DESCENDING ARTERY VIA INFERIOR MINI-STERNOTOMY

Introduction: Nowadays, a single artery bypass surgery is a rarity. Interventional cardiology solves most cases of affected coronary arteries, with a single limitation – ostial involvement of anterior descending coronary artery (ADCA). For beating-heart coronary bypass (BHCB): left internal thoracic artery (LITA) anastomosis with anterior descending artery is well known minimally invasive thoracic approach. But for this approach several special requirements should be met: set of tools specially adapted for mini-thoracotomy, well trained multidisciplinary team and the experience of surgeon. A current problem is combating of the postoperative pain.

Aim of the study was the implementation of minimally invasive access in BHCB.

Material and methods: During the last five years, 13 patients (5 women, 8 men) with mean age – 59.3 years were operated with BHCB. All patients presented a severe single vessel injury of ADCA in I ostial segment. Stabilization of the heart and artery was carried out with the device Octopus 4. The anastomosis between LITA-ADCA was performed with the Prolene 8/0 suture.

Results: The postoperative period was complicated with hemorrhage in 1 patient, treated conservatively. The mean duration of hospitalization was 4.5 days. In early and long-term postoperative period relapses of heart angina were not registered.

Conclusion: Lower mini-sternotomy is an optimal approach to ADCA, with sufficient exposition for harvesting LITA. Postoperative pain syndrome is minimal, physical recovering is fast, the amplitude of movements in upper limbs is unrestricted.