



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 24.11.2017

Prezidium: Prof. E.Guțu, Dr. V.Culiuc

Raport: Atitudinea chirurgicală față de focarul de peritonită postoperatorie. Dr. V.Bogdan, dr. în științe medicale, șef secție Chirurgie viscerală, abdominală și endocrină, IMSP SCR "Timofei Moșneaga"

Rezumat. Peritonita postoperatorie (PP) prezintă o problemă actuală a medicinei practice contemporane, prin incidența sa de 35-56% din toate complicațiile survenite după intervenții chirurgicale pe organele cavității peritoneale, fiind cea mai frecventă cauză a relaparotomiilor precoce. Letalitatea variază de la 19% până la 70% și este determinată de progresarea intoxicației endogene și a insuficienței multiple de organe vitale importante, ca urmare a procesului inflamator infecțios neînălțurat.

Drept cauze ale PP servesc mai frecvent: dehiscențele anastomotice și de sutură; transformarea septică a unor colecții sanguine sau limfatice drenate inadecvat; interesarea organelor vecine cu inflamația acută a acestora; progresarea peritonitei, ca rezultat al tratării incomplete a acesteia și a virulenței crescute a germenilor microbieni; perforația unui viscer cavității, ca o consecință a unor manevre intempestive sau a devascularizărilor urmate de mici necroze parietale; leziuni preexistente neidentificate pre- și intraoperator; corpi străini. În circa 65-85% cazuri PP este consecința fistulelor anastomotice postoperatorii, apărute de regulă precoce (în primele 4 zile). Fistula eso-gastrică sau eso-jejunală prezintă un risc de dezvoltare a PP de circa 5-15%, anastomozele intestinale și colonice – 10-21%, gastrectomiile parțiale – 3-10%, anastomozele bilio-digestive – 0,15-8%. Către factorii locali cu rol în procesul de vindecare a suturilor digestive se referă: tehnica chirurgicală, vascularizarea tranșelor anastomotice, stresul mecanic, materialul de sutură, tehnica de efectuare a suturii digestive, iradierea, infecția, decontaminarea locală, drenajul perianastotic, chimioterapia intraperitoneală, infiltrația neoplazică a marginilor de anastomozat. Factorii sistemici cu rol în procesul de vindecare a suturilor digestive includ: vârsta, malnutriția, carența vitaminică, alcoolul, fumatul, trauma, hipovolemia, șocul, anemia, transfuzia de sânge, diabetul zaharat, bolile maligne, uremia, icterul, consumul unor medicamente (corticoizi, antiinflamatoare nesteroidiene, citotoxice, antimetabolice și antiangiogenice), dar și stresul chirurgical.

Principalele etape în tratamentul unei fistule digestive sunt: reechilibrarea volemică, hidroelectrolitică și acidobazică; controlul infecției și al sepsisului prin antibioterapie adecvată și drenajul abceselor; instituirea repausului digestiv asociat inhibiției secrețiilor digestive și aspirației nazogastrice; dirijarea fistulei și controlul debitului cu protecția tegumentelor adiacente; realizarea unui suport nutrițional optim prin nutriție parenterală totală și/sau nutriție enterală.

Actul chirurgical reprezintă baza tratamentului unei PP. Întârzierea reintervenției chirurgicale determină creșterea

mortalității. Mortalitatea este de circa 35% atunci când intervenția a fost efectuată în primele 24 ore de la diagnostic și tocmai 65% - în caz de reintervenție tardivă. Criteriile de reintervenție de urgență sunt: alterarea stării generale, cu semne de intoxicație endogenă (febră, frisoane); apariția semnelor de insuficiență de organ (dispnee sau polipnee, tahicardie marcată, semne de disfuncție miocardică și instabilitate cardio-circulatorie, oligurie, diaree, grețuri, vărsături, tranzit intestinal absent, hemoragie digestivă superioară prin gastro-duodenită eroziv-hemoragică, agitație psihomotorie, confuzie, insomnii); semne locale de tip peritonitic sau ocluziv; hemoragia la nivelul traiectului fistulos; lipsa răspunsului favorabil la un tratament intensiv bine condus; modificări biologice (leucocitoză și deplasarea spre stânga în formula leucocitară, trombocitopenie severă, scăderea fosfatemiei, creșterea ureei și creatininei serice, tulburări electrolitice și acidobazice, modificări în coagulogramă).

Principiile tratamentului chirurgical sunt următoarele: controlul sursei de contaminare; evacuarea conținutului peritoneal; debridarea și lavajul cavității peritoneale; prevenirea și tratarea sindromului de compartiment abdominal; prevenirea sau tratarea infecției persistente sau recurente prin controlul evoluției la nivelul fostei surse de contaminare și controlul involuției inflamației peritoneale.

Laparotomia iterativă se poate efectua „on demand”, dacă condițiile pacientului o impun, sau în cadrul lavajelor peritoneale programate. Lavajele peritoneale se pot realiza continuu (cu abdomenul închis, deschis sau semiînchis) sau discontinuu, cu ocazia relaparotomiilor.

Tratamentul ce vizează restabilirea continuității digestive și închiderea fistulei poate fi: chirurgical, radiologic, endoscopic, fibrosopic (la nivelul traiectului fistulos), percutanat. Tratamentul chirurgical prevede o serie vastă de scenarii, în funcție de situația clinică creată, și poate include următoarele: corecția malnutriției prin aplicarea gastrostomei/jejunostomei; drenajul abceselor; rezolvarea obstacolului digestiv situat în aval de fistulă; intervenții de excludere; derivația proximală (stoma de defuncționalizare); anastomoza latero-laterală, cu/fără șicană Rosanov; excludere unilaterală închisă; excludere bilaterală închisă; dirijarea externă a fistulei; desființarea anastomozei/suturii digestive și exteriorizarea unui sau ambelor capete; drenajul de decompresie. Către operațiile potențial definitive se referă: sutura *in situ*; sutura/acoperirea cu patch de epiploon, pleură sau peritoneu parietal, intestinal seros sau seromuscular, din dura mater umană, de aloderm, din diferite materiale biologice, lambou muscular și altele. Alte opțiuni sunt exereza intestinului lezat și a fistulei, fără anastomoză de restabilire, cu exteriorizarea capetelor digestive sub formă de stomă; sau exereza intestinului lezat cu anastomoză.

Către factorii favorabili, care influențează morbiditatea și închiderea spontană a fistulelor digestive se referă: traiectul lung al fistulei, continuitatea intestinului, absența obstrucției, originea

în regiunea biliopancreatică și colonică, fistulă postoperatorie, absența sepsisului, pacient din același spital, debit <500 ml/zi, absența malnutriției. Factorii nefavorabili includ: traiecul scurt al fistulei, intestinul adiacent afectat, obstrucție localizată distal, originea gastrică / duodenală / jejunoileală, fistulă asociată neoplaziei / bolii inflamatorii intestinale sau enteritei radice, prezența sepsisului, pacient transferat din alt spital, debit >500 ml/zi, prezența malnutriției, durata cronică a fistulei.

Studiul realizat în Clinica de chirurgie nr.2 include 253 de pacienți. În majoritatea cazurilor (52,17%) focarul a fost localizat în etajul medioabdominal. Eradicarea focarului de peritonită pe segmentul esofagogastroduodenal s-a realizat prin: (1) suplimentarea drenajului la locul dehiscentei, defectul anastomotic fiind protezat intern cu o sondă transesofagiană; (2) drenaj cu tub „T” al anastomozei dehiscente; (3) închiderea sau exteriorizarea capătului esofagian, combinată cu gastrostomie. Structura intervențiilor a fost următoarea: drenare activă cu lavaj continuu (28%), duodenostomie dirijată (28%), gastroduodenostomie dirijată (13%), rezecție/ rerezecție gastrică cu gastroenteroanastomoză în Y a la Roux sau Balfour cu duodenostomie dirijată (10%), rezecție gastrică cu gastroenteroanastomoză în Y a la Roux sau Balfour cu antrumduodenostomie dirijată (12%).

Fistulele intestinale au fost divizate în cele înalte (până la 200 cm de la flexura duodeno-jejunală; 8,94%) și joase, ale intestinului subțire (25%) sau colonului (66%). În fistulele intestinale înalte s-a practicat rezecția segmentului purtător de fistulă cu aplicarea anastomozei primare, protejate de decompresia nazojejunală. În alte cazuri s-a realizat rezecția segmentului de jejun cu fistulă și anastomoză primară, fie

resutura fistulei jejunale cu montarea, în toate cazurile, a stomei la distanță (pe ileonul terminal). În fistulele intestinale joase s-a recurs la rezecția segmentului interesat cu închiderea capătului distal și exteriorizarea celui proximal. Excluderea s-a realizat prin ileostomie sau, mai rar, prin colostomie; asociate cu sutura fistulei și drenajul activ cu lavaj continuu sau doar drenaj activ cu lavaj continuu.

Atitudinea chirurgicală în peritonitele cu focar pelvin a fost următoarea: rezecția anastomozei dehiscente cu colostomie terminală, rezecția bontului rectal sau rezecția ansei coborâte transanal cu colostomie.

Concluzii

Tratamentul unui pacient cu PP necesită o abordare multidisciplinară, un management medical și chirurgical agresiv pentru a încerca reducerea la minimum a morbidității și mortalității. Este recomandabil ca cel puțin pacienții gravi să fie referiți unor centre specializate. Rolul chirurgului este esențial în identificarea preoperatorie și intraoperatorie a factorilor nefavorabili vindecării digestive și aplicarea corespunzătoare și la timp a măsurilor de corectare ale acestora. Modalitățile de rezolvare a sursei de peritonită diferă în funcție de sediul acesteia, precum și de condițiile loco-regionale și sistemice existente. În etajul suprmezocolic metodele de delimitare și de excludere a segmentului interesat sunt unicele posibile; în etajul medioabdominal eradicarea este posibilă prin rezecția segmentului interesat, cu restabilirea tranzitului și decompresie intestinală sau cu aplicarea ileo-, colostomei. În etajul pelvin optime sunt metodele de excludere, prin aplicarea stomei supriacente și de delimitare, prin drenare activă cu lavaj local.

Sinteză: Dr. V.Culiuc, secretarul Asociației