

REZEȚII ȘI ANASTOMOZE PRIMARE DE COLON ÎN CONDIȚII DE PERITONITĂ

Gheorghe Ghidirim, Igor Mișin, Ion Gagauz, Sergiu Ignatenco, Gheorghe Zastavnițchi

Catedra Chirurgie N1 „N. Anestiadi”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară

Summary

Colon resections and primary anastomosis in the presence of peritonitis

A total number of 27 patients with colon obstruction and peritonitis were treated by emergency resection and primary anastomosis. Although long-term follow-up results can not be evaluated yet, resection and primary anastomosis can be safely used in all the cases when PSS and MPI do not exceed 8 and 20 respectively.

Rezumat

Un lot de 27 pacienți cu ocluzie de colon și peritonită au fost supuși în mod urgent tratamentului chirurgical într-o singură etapă. Cu toate că rezultatele la distanță nu pot fi evaluate definitiv, rezecția și anastomoza primară poate fi aplicată în siguranță în cazurile când scorurile PSS și MPI nu depășesc 8 și 20 respectiv.

Introducere

Evaluarea precoce și obiectivă preoperatorie a pacienților cu ocluzie intestinală joasă și peritonită este importantă pentru pronosticarea mortalității, și permite chirurgului de a individualiza tipul intervenției chirurgicale în dependență de riscul operator al fiecărui pacient.

Au fost elaborate și sunt utilizate în prezent un număr de clasificări pentru identificarea și stadializarea factorilor de risc de pronosticare a letalității postoperatorii. Deși nespecific peritonitei, scorul APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) [1] permite pronosticarea mortalității în dependență de severitatea patologiei. Totuși acest scor poate fi apreciat doar la 24 h de la internare în condițiile secției de terapie intensivă. Indexul de Peritonită Mannheim – Mannheim Peritonitis Index (MPI) [2] reprezintă un scor al peritonitelor de orice genă, la fel de eficient în pronosticarea letalității ca și scorul APACHE II [3], este mai facil de a fi calculat și poate fi determinat intraoperator [4].

Recent a fost descris un nou sistem de apreciere a severității peritonitei – Scorul de Severitate al Peritonitei – left colonic Peritonitis Severity Score (PSS) – specific perforațiilor de colon și fiind bazat pe date obiective fiziologice și chirurgicale [5]. În ultimul deceniu au fost publicate un număr limitat de comunicări referitor la utilizarea acestor sisteme de punctaj pentru pronosticarea mortalității la pacienții peritonită, fiind controversate limitele de siguranță pentru aplicarea anastomozelor primare [5, 6]

În acest context au fost apreciați indexul MPI și scorul PSS și influența acestora asupra complicațiilor specifice la pacienții cu ocluzii de colon și peritonită care au suportat rezecții și anastomoze primare (RAP).

Material și metode

În perioada noiembrie 2006 – mai 2008 au fost efectuate 27 RAP consecutive de urgență la pacienți cu ocluzii de colon și semne clinice de peritonită. Au fost 14 bărbați și 13 femei, cu vârsta medie de 63.74 ± 3.24 ani (de la 22 la 83 ani). Durata medie de la instalarea semnelor clinice la spitalizare a constituit 3.78 ± 0.4 zile (de la 1 la 7 zile). Examinarea preoperatorie a inclus examen clinic, hemoleucograma, examen ecografic abdominal sau tomografie computerizată (TC), radiografie de ansamblu toraco-abdominală. Pentru toți pacienții a fost calculată valoarea medie a scorului American Society of Anesthesiologists (ASA) care a constituit 3 ± 0.06 (de la II la IV). Pentru fiecare pacient au fost apreciate valorile PSS (Tab.1) și MPI (Tab.2).

Insuficiența de organ a fost apreciată conform următoarelor criterii: 1) insuficiență renală, nivel de creatinină peste 106 μ mol/L; 2) insuficiență circulatorie, presiune sistolică mai mică de 90 mm/Hg, necesitând catecolamine (epinefrină, norepinefrină); și 3) insuficiență respiratorie, pO₂<60mmHg. Statutul imunocompromis a fost definit ca: 1) anamneză concurentă de tratament exogen cu glucocorticoizi; 2) leziune malignă extracolonică sau tratament citotoxic, imunodeficiență congenitală sau dobândită, malnutriție considerată ca pierdere ponderală de peste 10% din masa corporală obișnuită în ultimele 2 luni.

Severitatea peritonitei a fost apreciată conform sistemului de gradare propus de Hinchey et al [7]: stadiul 1 – abces paracolic; stadiul 2 – absces al Douglasului; stadiul 3 – peritonită purulentă difuză; stadiul 4 peritonită fecaloidă.

În toate cazurile a fost aplicat tratament chirurgical într-o singură etapă – RAP fără stomizarea protectivă temporară a pacientului. Nivelul ocluziei a fost: unghiul lienal 7 (25.92%); colon descendent 3 (11.11%); sigmoid 8 (29.62%); rectosigmoid 4 (14.81%); colon transvers 1 (3.7%); colon ascendent 2 (7.4%); cec 2 (7.4%). Decompresia colonului a fost obținută prin 2 metode: 1) lavaj intestinal – 19 (anterograd – 16, retrograd – 3) și 2) manual – 8 cazuri, volumul mediu de soluție nesterilă utilizată pentru lavaj a constituit 14.1 \pm 0.78L. La 14 pacienți au fost efectuate hemicolonectomii stângi; în 8 cazuri au fost efectuate rezecții de sigmoid; hemicolonectomii drepte au fost efectuate în 4 cazuri, iar într-un caz a fost efectuată rezecție de colon transvers. În 6 cazuri a fost aplicată anastomoză cu stapler CEEA Premium Plus™ (Auto Suture®), iar la 21 pacienți – anastomoze manuale.

Valorile medii ale Mannheim Peritonitis Index (MPI) și Peritonitis Severity Score (PSS) au fost 19.78 \pm 1.02 (de la 14 la 26), și 7.87 \pm 0.32 (limita de la 6 la 10) respectiv.

Tab. 1 Scorul de severitate al peritonitei (PSS) [6].

PSS			
	1	2	3
Vârsta (ani)	≤ 70	> 70	-
Scor ASA	I-II	III	IV
Insuficiență poliorganică determinată preoperator	Abs	-	Unul sau mai multe organe
Imunocompromis	Nu	Da	-
Colită Ischemică	Nu	Da	-
Stadiul peritonitei	1-2	3-4	

Tab. 2 Indexul de Peritonită Mannheim (MPI) [6].

Factor de risc	Scor
Vârsta > 50 ani	5
Sex feminin	5
Insuficiență poliorganică	7
Leziune malignă	4
Evoluție preoperatorie a peritonitei > 24 h	4
Orininea sepsisului non-colonică	4
Peritonită difuză generalizată	6
Exudat:	
Seros	0
Opalescent purulent	6
Fecaloid	12

Rezultate

În 26 cazuri ocluzia de colon a fost provocată de carcinoame cu divers grad de diferențiere, iar într-un caz – de leiomiom de colon transvers.

Conform clasificării TNM pacienții sau repartizat: pT3N0M0 – 15 (55.55%); pT3N0M1 – 2 (7.4%); pT3N1M1 – 4 (14.81%); pT4N1M0 – 5 (18.51%); leiomiom – 1 (3.7%).

Dehiscentța de anastomoză a fost stabilită în 3 (11.11%) cazuri fapt ce corespunde datelor literaturii [8, 9], doi pacienți necesitând reintervenție cu aplicarea derivației externe, iar un caz a beneficiat de tratament conservativ. Toate cazurile de dehiscentță anastomotică au fost semnalate în grupul pacienților cu anastomoză manuală ($p=0.083$).

Valoarea medie a indexului Mannheim MPI la pacienții fără dehiscentța anastomozei a fost statistic semnificativ mai mică comparativ cu cei care au suportat această complicație, fiind 19.3 ± 1.06 vs. 26 ($p < 0.001$) respectiv (Fig.1). Legitatea similară a fost observată și în cazul scorului de severitatea al peritonitei PSS și anume, valori statistic semnificativ mai mici în cazul pacienților fără dehiscentța anastomozei comparativ cu cei care au suportat această complicație – 7.65 ± 0.35 vs. 9 ($p < 0.001$) (Fig. 2).

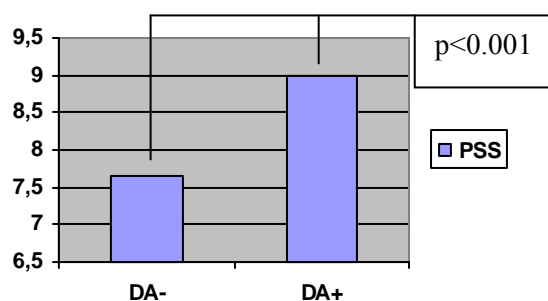
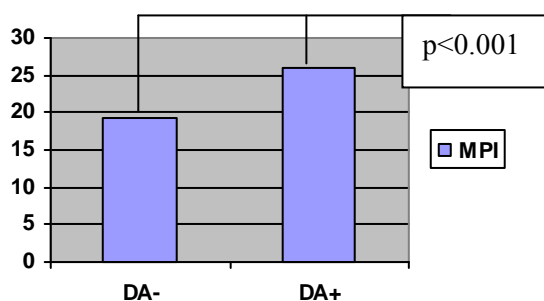


Fig.1 Valoarea MPI la pacienții cu și fără dehiscentța anastomozei (DA+ vs DA-) **Fig.2** Valoarea PSS la pacienții cu și fără dehiscentța anastomozei (DA+ vs DA-)

Supurația plăgii postoperatorii a fost observată în 4 (14.81%) cazuri.

Letalitatea postoperatorie a constituit 3.7% - a decedat un singur pacient la 11 zile de la intervenția chirurgicală, cauza decesului fiind insuficiența poliorganică, nefiind condiționată de dehiscentța anastomozei.

Durata medie de supraviețuire a constituit 57.32 ± 11.56 (de la 1.5 la 260 săptămâni).

Discuții

În pofida succeselor de diagnostic, tratament antibacterian, chirurgical și terapie intensivă, rata mortalității asociată cu ocluzia intestinală joasă și peritonita este semnificativă [10]. Tactica de tratament al acestor pacienți reprezintă subiectul unor discuții aprinse din cauza multitudinii de procedee chirurgicale [11]. Opinia general acceptată recomandă evitarea aplicării anastomozelor primare în condiții de peritonită [5]. Lavajul intestinal intraoperator și anastomoza primară sunt utilizate cu succes în cazul pacienților care necesită rezecții de urgență a porțiunii distale de colon pentru ocluzie mecanică acută [12]. În studiul experimental descris de Hawley [13] a fost demonstrat că contaminarea fecaloidă a cavității peritoneale poate afecta procesele reparatorii în regiunea anastomozelor colonice. Tornqvist et al nu a confirmat influența peritonitei asupra ratei dehiscentțelor anastomozei [14]. Un alt studiu clinic efectuat de Irvin et al a demonstrat că pregătirea mecanică neadecvată a colonului este asociată cu o rată semnificativ mai mare de dehiscentță a anastomozei, iar prezența peritonitei nu influențează incidența dehiscentței anastomozei [15]. Breitenstein et al susțin opinia că lavajul colonic intraoperator nu influențează rata de dehiscentță a anastomozelor, considerând această etapă a intervenției chirurgicale neargumentată [16]. Un șir de autori susțin aplicarea anastomozelor primare în condiții de peritonită în toate cazurile când este posibil [17].

Conform datelor literaturii, rata morbidității și mortalității în cazul procedeelor de tip Hartmann constituie 28 și 70% respectiv [18, 19], iar în cazul RAP – 10 și 40 % respectiv [20, 21], fapt confirmat și în prezentul studiu.

Conform datelor literaturii, rata de dehiscență a anastomozei constituie 0-16% din numărul pacienților tratați prin RAP [8, 9, 11], fapt confirmat și în prezentul studiu, fiind diagnosticate 3 (11.11%) cazuri, doi pacienți necesitând reintervenție cu aplicarea derivațiilor externe.

Cei mai semnificativi factori care influențează morbiditatea și mortalitatea sunt: 1) vârsta (> 70 ani); 2) scorul ASA; 3) severitatea peritonitei; 4) insuficiența poliorganică; 5) imunodeficiența; 6) colita ischemică; 7) patologia concomitentă [5], fapt observat și în prezentul studiu, acești factori fiind considerați pentru aprecierea valorii PSS. Același colectiv de autori afirmă că doar scorul ASA și insuficiența de organ determinată preoperator influențează independent letalitatea postoperatorie [5].

Astfel, utilizarea acestor sisteme de punctaj pentru aprecierea volumului intervenției chirurgicale la acest contingent de pacienți implică unele riscuri, o valoare mai mare a PSS poate favoriza intervența în două etape, astfel volumul intervenției chirurgicale este influențat de combinarea a mai multor factori de pronosticare a severității.

Concluzii

Rezecțiile cu anastomoză primară pot fi aplicate în siguranță la toți pacienții cu ocluzie intestinală joasă în cazul când scorurile PSS și MPI nu depășesc valori de 8 și 20 respectiv.

Susținem opinia altor autori [7] conform căreia rezecția cu anastomoză primară poate fi aplicată doar pacienților cu valori PSS între 6-8, cu scor ASA < IV și stadiul peritonitei < 4.

Sunt necesare studii suplimentare pentru aprecierea tacticii chirurgicale în cazul pacienților cu valori limitrofe (9-11) a PSS.

Bibliografie

1. Bohnem JM, Mustard RA, Oxholm SE, Schouten BD. APCHE II score and abdominal sepsis. A prospective study. Arch Surg 1988;123:225-229.
2. Wacha H, Linder MM, Feldman U, Wesch G, Gundlach E, Steifensand RA, Mannheim peritonitis index – prediction of rise of death from peritonitis: construction of a statistical and validation of an empirically based index. Theoretical Surg 1987; 1: 169-177.
3. Pacelli F, Doglietto G, Alfieri S, Piccioni E, Sgadari A, Gui D et al. Prognosis in intra-abdominal infections. Multivariate analysis on 604 patients. Arch Surg 1996; 131: 641-645.
4. Billing A, Fröhlich D, Schildberg FW and the Peritonitis Study Group. Prediction of outcome using Mannheim peritonitis index in 2003 patients. Br J Surg 1994; 81: 209-213.
5. Biondo S, Ramos E, Deiros M, Rague JM, De Oca J, Moreno P, Ferran L, Jaurrieta E. Prognostic factors for mortality in left colonic peritonitis: a new scoring system. J Am Coll Surg 2000; 191: 635-642.
6. Biondo S, Ramos E, Fracalvieri D, Kreisler E, Rague JM, Jaurrieta E. Comparative study of left colonic Peritonitis Severity Score and Mannheim Peritonitis Index. Br J Surg 2006; 93: 616-622.
7. Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. Adv Surg 1978;12:85-109.
8. Salem R, Flum DR. Primary anastomosis or Hartman's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic review. Dis Colon Rectum 2000; 47: 1953-1964.
9. Turan M, Ok E, Sen M, Koyuncu A, Aydin C, Erdem M, et al. A simplified operative technique for single-staged resection of left-sided colon obstruction: report of a 9-year experience. Surg Today 2002; 32: 959-964.
10. Irvin GL III, Horsley JS III, Caruana JA Jr. The morbidity and mortality of emergent operations for colorectal disease. Ann Surg 1984; 199: 598-603.

11. Lee YM, Law WL, Chu KW, Poon RT. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions. *J Am Coll Surg* 2001; 192: 719-725.
12. Murray JJ, Schoetz DJ Jr, Collier JA, Roberts PL, Veidenhimer MC. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in nonelective colon resection. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 527-531.
13. Hawley PR. Infection: the cause of anastomotic breakdown: an experimental study. *Proc R Soc Med* 1970; 63: 752.
14. Tornqvist A, Forsgren A, Faldt K, Jibon H, Zederfeldt B. Bacterial load and inflammatory reaction in the bowel wall after colonic obstruction. An experimental study in rats. *Eur J Surg* 1991; 157: 539-542.
15. Irvin TT, Goligher JC. Aetiology of disruption of intestinal anastomoses. *Br J Surg* 1973; 60: 461-464.
16. Breitenstein S, Kraus A, hahnloser D, Decurtins M, Clavien PA, Demartines N. Emergency left colon resection for acute perforation. Primary anastomosis or Hartmann's Procedure? A case-matched control study. *World J Surg* 2007; 31: 2117-2124.
17. Lee EC, Murray JJ, Collier JA, Roberts PL, Schoetz DJ Jr. Intraoperative colonic lavage in nonelective surgery for diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 669-667.
18. Belmonte C, Klas Jv, Perez JJ, et al. The Hartmann procedure. First choice or last resort in diverticular disease? *Arch Surg* 1996; 131: 612-617.
19. Bokey EL, Chapuis PH, Fung C, et al. Postoperative morbidity and mortality following resection of the colon and rectum for cancer. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 480-487.
20. Regenet N, Pessaux P, hennekinne S, et al. Primary anastomosis after intraoperative colonic lavage vs. Hartmann's procedure in generalised peritonitis complicating diverticular disease of the colon. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 503-507.
21. Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, et al. Toward lowering morbidity, mortality, and stoma formation in emergency colorectal surgery: the role of specialization. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1461-1468.

ANALIZA MORTALITĂȚII ÎN LEZIUNILE TRAUMATICE ALE FICATULUI

Gheorghe Ghidirim¹, Eugeniu Beschieru¹, Traian Beschieru²,

Gheorghe Rojnovanu¹, Igor Mahovici¹, Irina Paladii¹

Catedra Chirurgie Nr. 1 „N. Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemitanu”¹

Laboratorul de chirurgie hepato-pancreato-biliară

Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF „Nicolae Testemitanu”²

Summary

The analyze of mortality in the liver traumatic injuries

General mortality (25,7%) and postoperative mortality (23,74%) were analyzed in dependence on the level of the injury and surgical method of treatment on 225 patients with traumatical injuries. The change of medical-surgical behavior in favor of save-organ attitude in liver injuries allowed the death decreasing from 33 (27,5%) to 19 (19,58%). The biggest number of postoperative complications and the highest rate of mortality were found in the following surgical methods such as mesh pack and liver resections. The level of mortality grows in accordance with the grade of the injury.

Rezumat

Pe un lot de 225 pacienți cu leziuni traumatice ale ficatului a fost analizată mortalitatea generală (25,7%) și postoperatorie (23,74%) în dependență de gradul leziunii și de metoda chirurgicală de tratament. Schimbarea conduitei medico-chirurgicale în favoarea atitudinii organomenajante în leziunile ficatului a permis scăderea mortalității de la 27,05% până la