

ARTICOLE ORIGINALE



OPEN ACCESS

FISTULE INTESTINALE POSTOPERATORII – TACTICA
CHIRURGICALĂ SAU CONSERVATIVĂ?POSTOPERATIVE INTESTINAL FISTULAE – SURGICAL OR
CONSERVATIVE TACTICS?

Vladimir Hotineanu, Valentin Bendelic, Alexandru Iliadi, Tudor Timiș, Lucian Palii

Catedra 2 Chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Studiul a urmărit scopul de a stabili particularitățile de conduită postoperatorie a pacienților cu fiftule intestinale anastomotice apărute ca rezultat al rezecțiilor colorectale. Pacienții au fost divizați în 3 loturi în raport cu intervalul de apariție a fistulei. Tactica de tratament a fost apreciată individual, ținând cont de agresivitatea focarului septic, starea generală a pacientului, debitul fistular, complicațiile locale și generale. Tratamentul chirurgical la pacienții diagnosticați cu fistule s-a aplicat în 23,2% cazuri. Au fost înregistrate 5 (10,7%) decese, preponderente în lotul de pacienți cu un interval scurt de apariție a fistulei.

Summary

This study followed the purpose of establishing the peculiarities of postoperatively behavior of the patients with intestinal anastomotic fistulae, appeared as a result of colorectal resections. According to the period of appearance of the fistula the patients were divided into three groups. The treatment tactic was determined individually, taking in consideration aggression of the septic focus, general condition of the patient, overflow of the fistula, local and general complications. Surgical treatment was applied to the patients diagnosed with fistula in 23,2% cases. There were registered 5 (10,7%) deceases, predominantly among the patients with a short period of the appearance of the fistula.

Introducere

Fistulele intestinale anastomotice, după intervențiile adresate sectoarelor colorectale pot conduce la complicații septico-purulente grave, constituind o cauză importantă a letalității postoperatorii. În diverse statistici incidența acestora variază între 2,2% - 51%, dar frecvența depinde în mare măsură de nivelul anastomozei, de condițiile realizării intervenției, de complicațiile asociate și concomitente. Nu în ultimul rând, este necesar de menționat că incidența acestor complicații este într-o strânsă corelare cu profesionalismul echipei chirurgicale, aportul anestetic și conduita în secția de terapie intensivă. Pentru anastomozele colorectale joase aceste complicații, după datele literaturii, atinge cifra de până la 19% cazuri, la pacienții cu anastomoze colo-colice până la 2% cazuri, ileo-colice până la 4% .

Fistula anastomotică ce se produce în zone limitate, adiacente unei regiuni de peritoneu prost inervat, decurge cu manifestări puțin informative, fără semne de iritare a peritoneului [1, 2]. Aceste forme se manifestă prin dereglări cardio-pulmonare greu corijabile, ce progresează pe fondalul unui abdomen relativ liniștit [3, 4]. Aceste semne clinice sunt consecințele declanșării unui lanț de schimbări patofiziologice inițiate de un focar purulent, pe fondalul fistulei anastomotice. Tabloul menționat este unul alarmant și necesită o atitudine de maximă prudență, deoarece semnalează prezența unor complicații postoperatorii septico-purulente grave, care și astăzi conduc la o letalitate de peste 50% [5, 7]. Aprecierea rapidă a

diagnosticului de dehiscență anastomotică reprezintă condiția motrică în perspectiva evolutivă. Întreprinderea măsurilor adecvate, la etapele inițiale, vor putea reduce sesizabil letalitatea postoperatorie. Dar ce se va prefera, relaparatomia imediată sau cura conservatorie? Acest semn de întrebare ne face inapreciați și astăzi. Când este timpul optimal al intervenției, volumul acesteia, și, desigur, indicațiile operatorii, generează dezbateri și viziuni contradictorii. Relaparatomia cât mai rapidă, cu montarea colostomei și sanarea cavității peritoneale, pare a fi soluția optimă în problema dată. Însă este necesar de a ține cont că intervenția recuperativă, ce se va întreprinde la următoarea etapă, poate fi dificilă și, de asemenea, cu risc avansat al complicațiilor postoperatorii severe, inclusiv și al dehiscenței anastomotice repetate.

Scopul lucrării

Stabilirea particularităților diagnostic-curative individuale la pacienții cu fistule intestinale postoperatorii, apărute pe fondal de rezecții colorectale.

Material și metode

Studiul nostru este realizat în clinica 2 chirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu”. În studiu au intrat pacienții cu fistule intestinale postoperatorii aflați în clinică din 2011 până în 2017. S-au analizat 56 de cazuri de fistule postoperatorii, printre care 23 femei și 33 bărbați. Au predominat pacienții cu vârsta de 60-70 ani, ce au constituit 42%. Pe prim plan printre motivele

rezețiilor intestinale au servit neoplaziile colorectale – 41 (73,21%) cazuri. Totodată, în ultimii ani a crescut semnificativ ponderea pacienților ce au necesitat rezeții intestinale pe fondal de diverticuloză colonică – 6 (10,71%) cazuri. În structura bolilor ce au necesitat rezeții intestinale au fost 2 cazuri de dolicosigmă cu volvulus parțial, 2 cazuri de rezeții în Boala Crohn și un caz de tumoră rectosigmoidă inflamatorie. Au fost fixate și 4 cazuri de fistulă anastomotică la pacienții colostomizați supuși intervenției reconstructive (ulterior toți operați pentru tumori colorectale) (Fig. 1).

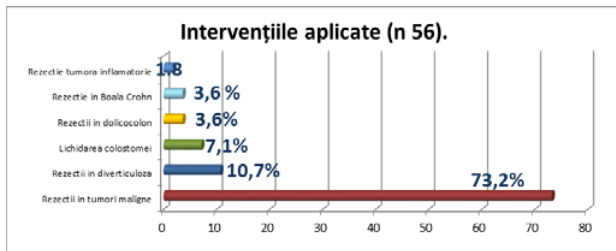


Figura 1

Atenție deosebită în acest studiu s-a acordat divizării pacienților în 3 grupuri, în dependență de timpul apariției fistulei. În primul grup au intrat 5 (8,9%) pacienți cu un interval mai mic de 6 zile de apariție a fistulei, grupul doi l-au constituit 38 (67,6%) pacienți cu un interval de 6-10 zile și grupul trei – 13 (23,2%) pacienți cu un interval mai mare de 10 zile (Figura 2). Durata medie de apariție a fistulei a constituit 8,44 +/- 2,46 zile.

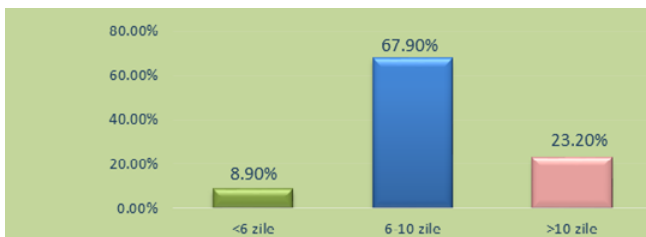


Figura 2. Divizarea pacienților după perioada apariției fistulei intestinale (n. 56).

Diagnosticul de FA a fost apreciat clinic prin prezența eliminărilor intestinale pe tubul de siguranță intraabdominal, în baza examenului radiologic, examenului ultrasonor și CT. Desigur fistulografia a reprezentat metoda preferabilă de investigare, ce a permis de a trasa un program curativ optim și individual (Fig. 3). La pacienții cu un tablou radiologic de extravazare liberă intraperitoneală a substanței de contrast sunt riscuri majore de extindere a focarului septic. Acest semn imagistic în ansamblu cu clinica de peritonită locală a constituit un argument important pentru o eventuală relaparatomie de urgență.



Figura 3. Fistulografia. Caz clinic propriu. Fistula anastomotică după sigmectomia anastomoză. F.O. N. 3217.

O atenție deosebită s-a axat către testele de laborator, ce au permis de a selecta pacienții cu riscul unor complicații septice. S-a constatat că la pacienții cu fistule intestinale apărute în scurt timp după intervenție este caracteristică leucocitoză, devierea formulei leucocitare spre stânga, VSH crescut.

În studiul nostru pacienții ce au fost diagnosticați cu fistule intestinale cu un caracter evolutiv agresiv, cu tendință de extindere a procesului septic, au fost supuși relaparatomiei de urgență în primele 24 ore. Amânarea neargumentată a gestului chirurgical în aceste cazuri poate avea consecințe grave, cu un final tragic. În mod obligator toți acești bolnavi au fost supuși unei pregătiri preoperatorii într-un regim accelerat, în condiție de terapie intensivă, pentru obținerea indicilor minimi de operabilitate.

Rezultate

În baza studiului realizat s-a stabilit că, din 614 pacienți cu rezeții colonice, fistulele intestinale postoperatorii au fost fixate în 56 cazuri, ce a constituit 9,1%. În 13 (23,2%) cazuri s-a recurs la relaparatomie, ce a permis de a preîntâmpina riscul unei peritonite difuze și, respectiv, sepsisul abdominal.

Toți pacienții primului grup au fost supuși relaparatomiei cu sanarea și drenarea focarului septic, demontarea anastomozelor și, obligatoriu, aplicarea colostomei sau iliostomei terminale. În grupul doi 7 (18,42%) pacienți au necesitat relaparatomie cu scop de evitare a riscului complicațiilor septico-purulente severe. Volumul și tipul intervenției a fost similar aplicat la pacienții din primul lot. În grupul 3 numai un pacient diagnosticat cu FA a necesitat relaparatomie. Ca reper evolutiv a fost luat în calcul indexul de peritonită Mannheim (MPI) [6]; la toți pacienții operați acest scor a depășit cifra de 28 de unități.

La pacienții lotului 2, în 28 (73,7%) de cazuri s-a evitat relaparatomia, focarul purulent fiind controlat adecvat printr-un lavaj local zilnic. O astfel de abordare a problemei a fost posibil grație instalării preventive (în cadrul intervenției primare) a unui sistem de drenuri, ce au asigurat o evacuare liberă și eficientă a conținutului septico-purulent. (Fig 4, 5). Este important ca acest lot de pacienți să fie monitorizat în cadrul fistulografiilor repetate. Metoda de sanare locală este eficientă în situații când la fistulografie se constată că substanța de contrast, aplicată intraperitoneal, a fost bine delimitată, cu un areal strict paranastomotic. În 3 cazuri pacienții acestui lot nu au necesitat un astfel de lavaj (au lipsit semne clinice și imagistice de focare septice). Pentru pacienții lotului 3 s-au practicat numai pansamente aseptice locale, tratamentul conservativ simptomatic, ce a fost suficient pentru preîntâmpinarea complicațiilor severe.



Figura 4. Drenaj paranastomotic. Caz clinic propriu. F.O. N. 2141



Figura 5. Schema sistemului de drenaj paranastomotic.

Mortalitatea postoperatorie a constituit 10,7% (5) cazuri, au decedat pacienți de vârstă înaintată, cu patologii concomitente severe pe fondalul șocului septic. Situația cea mai dramatică a fost caracteristică la pacienții primului lot – 3 (60%) decedați. În lotul doi au fost înregistrate 2 (5,26%) decese. Pentru lotul 3 evoluția a fost favorabilă, decese în acest grup nu au fost înregistrate.

Discuții

Tactica curativă la pacienții cu fistule intestinale anastomotice diferă semnificativ, în dependență de perioada apariției acesteia. În studiul nostru s-a constatat că evoluția și prognosticul este foarte alarmant, în deosebi la pacienții lotului I (perioada de apariție a fistulei mai mică de 6 zile). Durerile locale, semnele peritoneale pozitive, adiacente zonei fistulare, leucocitoza, devierea formulei leucocitare spre stânga, febra, sunt criteriile ce indică pericolul de extindere a procesului septic și argumentează tratamentul chirurgical de urgență. Preoperator, pentru stabilirea definitivă a tacticii curative, sunt

binevenite TC și fistulografia, ce vor preciza evoluția procesului și extinderea acestuia. La pacienții lotului 2 (interval de 6-10 zile) riscul extinderii procesului septic se micșorează semnificativ, vor predomina procesele limitare ale focarului inflamator, cu micșorarea riscului declanșării peritonitei postoperatorii. La toți pacienții preventiv a fost instalat un sistem de drenare activ, care, în caz de necesitate, cu ușurință se racordează la sistemul de lavaj activ al zonei paranastomotice. Grație acestui tip de drenare, relaparatomie au necesitat numai 18,4% din pacienții acestui lot. Fistulele ce apar după 10-12 zile de regulă au o evoluție ușoară, fără semne de focare septice și pot fi evaluați în mod ambulator, sub evidența medicului de familie și chirurgului din policlinica pe locul de trai.

Concluzii

1. Pacienții cu fistule anastomotice apărute la un interval de timp ce nu depășește 5-6 zile necesită tratament chirurgical de urgență, cu drenarea și sanarea focarului septic și aplicarea ileo- sau colostomei.

2. La pacienții cu fistule anastomotice apărute după 6-7 zile, în caz de un focar septic limitat, confirmat la fistulografie, este preferabil lavajul permanent prin intermediul sistemului de drenuri aplicate paranastomotic. Această metodă a permis, la 73,2% din pacienții lotului 2, de a evita relaparatomia. Letalitatea în acest lot a constituit 5,26%.

3. Indicații pentru relaparatomie la pacienții cu fistule anastomotice au servit semnele clinice de focar septic în progresie, confirmate la examenele de laborator, radiologic și CT. Creșterea leucocitozei, devierea formulei leucocitare spre formele tinere, apariția unei acumulări lichidiene în zonele adiacente anastomozei cu tendința de extindere, confirmate la fistulografie și, desigur, semnele peritoneale pozitive, sunt acele repere ce argumentează intervenția chirurgicală de urgență.

Bibliografie

1. Alberts JCJ, Parvaiy A, Moran BJ. Predicting risk and diminishing the consequences of anastomotic dehiscence following rectal resection. *Colorectal Dis* 2003; 5:478-482.
2. Branagan G, Fininis D. Prognosis after anastomotic leak in colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2005; 48:1021-1026.
3. Delliger RP, Levy MM, Carlet JM et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med* 2008; 36:296-327.
4. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Crit Care Med* 2001; 29: 1303-10.
5. Delliger RP, Carlet JM, Masur H, et al. Surviving sepsis campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2004; 32:858-73.
6. Wacha H, Linder MM, Feldma U, Wesch G, Gundlach E, Steifensand R. Mannheim peritonitis index – prediction of risk of death from peritonitis: construction of a statistical and validation of an empirically based index. *Theoretical Surg* 1987; 1:169-177.
7. Hotineanu V., Caragaț Z., Iliadi A., Bogdan V., Cazac A. Sindromul de disfuncție multiplă de organe în sepsisul chirurgical. 2014. *Arta Medica*. Nr 1(52), 28-30.