



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 25.11.2016

Prezidium: Prof. E.Guțu, Prof. Gh.Rojnoveanu

Raport: Ocluzia intestinală acută provocată de tumorile maligne colorectale. Prof. Dr. Nicodim Belev, Institutul Oncologic

Rezumat. Rata ocluziei intestinale acute de origine tumorală a colonului variază între 3% și 15% printre patologiile oncologice, ajungând până la 20-50% printre pacientele cu cancer ovarian. În general, ocluzia intestinală mecanică este condiționată mai frecvent de aderențe (40%), tumori (15%), procese inflamatorii intraabdominale (15%), hernii strangulate (12%), alte cauze intraluminală (10%) sau varia (8%). Însăși ocluziei intestinale acute îi revine cca 3,6% din patologiile abdominale urgente. Colonul este sediul ocluziei în 39,4% cazuri, iar în 96% dintre ocluziile colonului este înregistrată etiologia tumorală. Majoritatea bolnavilor spitalizați cu ocluzie intestinală acută obturatorie au vârsta peste 60 ani (80-90%). Practic toți pacienții au patologii asociate; iar în 60-90% cazuri este înregistrată o spitalizare tardivă – peste 3 zile de la debut. Autorul remarcă, că mortalitatea postoperatorie în cancerul de colon complicat cu ocluzie intestinală este de 2-3 ori mai mare față de cazurile fără ocluzie. Până la moment nu există o doctrină unică ce ar stipula clar principiile de tratament, din care motiv mortalitatea în caz de ocluzie intestinală acută de etiologie tumorală ajunge până la 25%. Conform analizei statistice realizate în cadrul Institutului Oncologic din Republica Moldova frecvența cancerului de colon este în continuă creștere, înregistrând în ultimii 3 ani 28,5-31 cazuri la 100.000 populație.

Se consideră, că pacientul cu ocluzie intestinală acută ar trebui operat cât mai rapid posibil. Aspectele controversate în tratamentul ocluziei tumorale a colonului țin de selectarea tacticii optime în fiecare caz individual. În mod ideal, intervențiile urgente ar trebui realizate ziua, de către echipe cu experiență în rezolvarea cancerului colorectal complicat. În mod practic, însă, majoritatea intervențiilor sunt realizate pe timp de noapte, în condiții departe de cele optime. În evoluția de lungă durată a ocluziei, îndeosebi în obstrucția colonului stâng, este posibilă perforarea diastatică a intestinului gros (preponderent a cecului). În asemenea cazuri se efectuează colectomia subtotală cu formarea ileostomei sau ileosigmo-/ileorectoanastomozei. De altfel, colectomia în caz de cancer al colonului complicat cu ocluzie reprezintă o intervenție responsabilă, ce ar trebui efectuată de un specialist experimentat. Finalizarea colectomiei subtotale sau a celei totale cu anastomoză primară comportă avantajul unui tratament într-o singură etapă.

Principiile de ablație în timpul intervențiilor pentru cancerul de colon sunt: înlăturarea unimomentană a colectoarelor limfatici ai ansei rezecate prin ligaturarea înaltă a vaselor corespunzătoare; limfodiseția extinsă cu înlăturarea

ganglionilor paraaortali în caz de afectare metastatică; rezecția sau înlăturarea organelor adiacente în caz de concreștere a tumorii în acestea.

Către regulile generale de aplicare a stomelor se referă: selectarea locului optimal pentru aplicarea stomei în funcție de constituția bolnavului și grosimea peretelui abdominal; nu este recomandabilă fixarea către suturi a globulelor sau benzilor de tifon; distanța minimală de la cec până la presupusa ileostomă trebuie să fie 15-20 cm; aplicarea stomelor parietale nu este rațională; diametrul orificiului parietal trebuie să corespundă diametrului ansei exteriorizate.

O modalitate contemporană de abordare a ocluziilor intestinale joase tumorale este stentarea. Ultima posedă o eficacitate tehnică și clinică înaltă, comparativ cu intervențiile tradiționale. Atunci când avem în față un pacient cu speranță de viață redusă stentarea reprezintă alegerea optimală din cadrul arsenalului metodelor paliative de tratament. În general, drept contraindicații către operație (citoreducție) servesc carcinomatoza, speranța de viață sub 2 luni, patologiile asociate severe, multiple sectoare de ocluzie, ascita în exces, procesul aderențial exprimat.

Dezbateri

Conf. S.Ungureanu: Din câte cunoaștem, în condițiile Institutului Oncologic nu este disponibil un serviciu de urgență non-stop, astfel că majoritatea bolnavilor cu patologia discutată astăzi nimeresc, de fapt, în staționarele de chirurgie generală. Care este accesibilitatea spitalizării bolnavilor cu ocluzie intestinală acută nemijlocit în condițiile centrului specializat?

Prof. N.Belev: În condițiile unei ocluzii intestinale joase de etiologie tumorală la pacienții aflați la evidență în Institutul Oncologic, precum și în ocluziile repetate, survenite la bolnavii operați la noi în antecedente nu există un impediment în spitalizarea directă în secțiile Institutului Oncologic.

Conf. P.Bujor: Există oare la moment un proiect sau program de stat orientat spre diminuarea incidenței ocluziei intestinale acute de origine canceroasă și diagnosticarea precoce a maladiei pentru a nu se ajunge la ocluzie intestinală?

Prof. N.Belev: Noi am avut o asemenea idee, chiar implementată parțial în practică, de a crea câteva centre ce ar deservi unele zone ale Republicii (nord, centru și sud). În cadrul policlinicii există cabinet dotat special unde se poate efectua colonoscopia în intenție de screening. Spre regret la moment această idee nu este în totalmente implementată.

Prof. Gh.Rojnoveanu: Ați prezentat pe parcurs câteva modalități de finalizare a intervenției, inclusiv prin ileostomă, cecostomă, transversostomă. Care opțiune o considerați optimală? O altă întrebare este necesitatea înlăturării ovarelor

la pacientele cu cancer de colon. Practicați oare asemenea gest la pacienții Dvstră; așa precum este recomandabil de fapt în literatura de specialitate internațională?

Prof. N.Belev: Noi utilizăm toate tipurile de stomă din cele expuse. În ocluziile tumorale de colon stâng practicăm mai des operația Hartmann. În ocluziile de hemicolon drept pe lângă exereza segmentului colic purtător de tumoră, se pot asocia atât ileo-, cât și cecostoma. Cât privește a doua întrebare, noi nu efectuăm ablația ovarelor.

Discuții

Prof. Gh.Rojnoveanu: Tematica discutată astăzi prezintă un real interes, îndeosebi pentru medicii practici din spitalele de circumscripție, care și se întâlnesc mai frecvent cu ocluzia intestinală acută. Aș dori să mă expun referitor la rolul cecostomei, considerând că sunt mulți medici tineri prezenți în sală. Noi dispunem de experiența aplicării cecostomei la bolnavii cu traumatism abdominal și trebuie să recunoaștem, că actualmente respectiva operație trebuie abandonată. Eficacitatea clinică a cecostomei sub aspectul decompresiei intestinale este redusă, iar rata complicațiilor (preponderent a prăbușirii cecului în cavitatea peritoneală) e suficient de înaltă. Alternativa rațională în respectivele cazuri ar fi aplicarea ileostomei. Mai mult ca atât, noi dispunem și de experiența aplicării anastomozelor primare în condiții de ocluzie intestinală tumorală. În cazuri corect selectate finalizarea operației cu anastomoză primară se asociază cu rezultate clinice satisfăcătoare.

Conf. S.Ungureanu: Spre regret, majoritatea pacienților cu ocluzie intestinală joasă condiționată de cancerul colonului se adresează tardiv. Rata adresărilor în primele 24 ore de la debutul ocluziei este suficient de mică. De aici rezultă și dilema selectării opțiunii curative chirurgicale optimale. Considerând adresarea tardivă, dar și tarele asociate prezente în majoritatea absolută a cazurilor se impune o pregătire preoperatorie timp de câteva ore. Mai frecvent se practică rezecțiile de sigmoid sau hemicolon stâng a la Hartmann.

Prof. E.Guțu: Susțin opinia profesorului Rojnoveanu, precum că cecostoma la ziua de astăzi reprezintă, de fapt, o operație trecută la "capitolul istorie". În condițiile Clinicii noastre, spre regret, mai mult de 80% dintre bolnavii cu cancer de colon complicat cu ocluzie intestinală se adresează tardiv; nu doar peste 24 ore, ci chiar peste câteva zile de la debut. În asemenea condiții suntem determinați să pregătim acești bolnavi timp de câteva ore înainte de operație, chiar dacă raportorul de astăzi ne îndeamnă la o intervenție cât mai rapidă. Însăși intervenția se va finaliza în majoritatea cazurilor cu aplicarea unei stome. În cadrul raportului au fost expuse aspecte ce se referă la tratamentul ocluziei intestinale acute de origine tumorală, dar și la tratamentul cancerului de colon necomplicat. Este necesar să diferențiem foarte clar cele audiate, deoarece tactica în cazul asocierii ocluziei intestinale va fi diferită de cea aplicată la un bolnav cu tumoare necomplicată de colon.

Sinteză: Dr. V.Culiuc