

FISTULELE TRACTULUI DIGESTIV DUPĂ DIFERITE TIPURI DE ANASTOMOZE*

T. Georgescu, T. Grozescu, V. E. Bancu, E. Bălint

Fistulele digestive postoperatorii cu o frecvență în creșterea datorită lărgirii indicațiilor operatorii pe tubul digestiv, sînt considerate și în prezent complicații grave.

Pe baza cazuisticii de 16 ani a Clinicii chirurgicale nr. 1 (1964—1979), care totalizează 32 917 intervenții chirurgicale, am înregistrat 63 de fistule digestive postoperatorii, survenite după diferite tipuri de anastomoze, astfel:

1. Fistule esojejunale după gastrectomii totale semnalăm în 8 cazuri, pe cele 132 gastrectomii totale. Ele au apărut postoperator după intervale variabile de timp, între zilele a 5-a și a 17-a, de 6 ori după anastomoze Graham și de 2 ori după anastomoze Lortat-Jacob.

Existența fistulei esojejunale s-a stabilit pe baza simptomelor generale, a exteriorizării secrețiilor de drenaj prin tub sau pe locurile acestora și confirmate radiologic la pasajul esotransas Anastomotic, folosind substanțe de contrast iodate apoase.

Vindecarea spontană a fistulelor în 3 cazuri, o atribuim apariției relativ tardive (la 11 zile în 2 cazuri, respectiv 17 zile postoperator) și a calibrului redus. Menținerea sondei nazotransas Anastomotice 5—6 zile în primele 2 cazuri și repunerea sondei în cel de al 3-lea, ne-a asigurat punerea în repaus a anastomozei de secreții sau lichide ingerate.

Din cele 16 decese înregistrate pe 132 gastrectomii totale, 5 s-au datorat fistulelor esojejunale, urmate de peritonite generalizate sau empieme toracice grave cu mediastinite.

2. Fistulele duodenale postoperatorii le-am întîlnit în cazuistica noastră la 19 bolnavi (0,8 %) din totalul de 2373 operații reprezentate de rezecții gastrice și operații derivativе biliodigestive, în care această complicație este posibilă.

Pe cele 2016 rezecții gastroduodenale s-au înregistrat 14 fistule, 9 după rezecții pentru ulcer și 5 pentru neoplasm.

Operațiile derivativе biliodigestive reprezentate de coledocoduodenostomii, 262 cazuri și 95 sfincterotomii sau plastii, consemnează 4 fistule (3 după coledocoduodenostomii, 1 colecistogastrostomie, 1 după papilotomie) și, respectiv 1, urmate de 3 decese (2 după rezecții gastroduodenale și 1 după operații sfincteriene). Tratamentul fistulelor duodenale postoperatorii a fost complex. În cele 2 fistule după operația Péan, aceasta a fost transformată în Billroth II într-un caz și corecția anastomozei în urgență urmată tot de anastomoză Péan în alt caz. Celelalte 12 cazuri au fost tratate prin perfuzie cu acid lactic după metoda Trémolières simplă sau asociată cu reintervenții în urgență sau urgență întîrziată, astfel:

- corecția bontului duodenal și drenaj larg în 4 cazuri;
- jejunostomie de alimentare în 2 cazuri;

* Lucrare comunicată la U.S.S.M., filiala Mureș, Secția chirurgie, 29 VI 1980.

— corecția anastomozei Billroth II și transformarea în Péan la un bolnav;

— rezecția gurii de anastomoză Hofmeister-Finsterer și transformarea ei în anastomoză Balfour;

— într-un caz grav, fistula a fost transformată în fistulă dirijată, urmată de drenaj larg al cavității peritoneale.

Cele 3 fistule duodenale după coledocoduodenostomii au fost rezolvate prin reintervenții de urgență, desființând coledocoduodenostomia, drenaj Kehr pe coledocotomia restantă, asociate cu gastroenteroanastomoză Von Hacker.

3 Fistulele intestinale postoperatorii le-am întâlnit în 11 cazuri, 9 fiind ileale, 1 jejunală și 1 jejunoleală. Fistulele ileale au apărut la 9 bolnavi după rezecții de intestin (4) sau apendicectomii cu fistule ileale consecutive (3), 1 drenaj al unui abces periapendicular urmat de fistulă ileală, 1 necroză de ansă ileală după volvulus.

Fistula jejunală a survenit la o bolnavă după cura unei hernii ombilicale iar cea jejunoleală a apărut la o bolnavă după o histerectomie pentru tumoare malignă ovariană.

Apariția fistulelor cronice de intestin subțire este semnalată de noi între I-a și a III-a săptămână după intervenția primară, cu o excepție, fistula declanșându-se la 6 luni după o supurație prelungită. De remarcat că 2 cazuri cu fistule (jejunală și multiple fistule ileale după extirparea unei tumori maligne ovariene și, un bolnav cu multiple recidive neoplazice la care s-a efectuat ulterior în clinica noastră rezecție întinsă de intestin-hemicolectomie dreaptă și rezecție segmentară de sigmoid — operații serioase) ne-au parvenit din alte servicii.

Toți bolnavii cu fistule, internați în clinica noastră au fost reoperați după un tratament conservator de lungă durată, cu excepția unei fistule jejunale cu pierderi mari care a fost reoperată mai timpuriu.

4. Fistulele colice și rectocolice apar în căzuistica noastră pe cele 492 operații de colon și rectocolice, în număr de 24, 4 fiind din alte servicii. Aceste 4 fistule au fost:

— 2 fistule rectovaginale post partum la care s-a intervenit pe cale vaginală într-un caz cu colostomie iliacă stângă de protecție și la cealaltă bolnavă prin atacul direct al fistulei, reintervenții urmate de vindecare;

— 2 fistule ale cecului după apendicectomie, respectiv ascendentului după boala Krohn, rezolvate prin hemicolectomie dreaptă.

Cele 20 de fistule înregistrate pe cazuistica noastră (492 de bolnavi cu afecțiuni colice și rectocolice) au apărut: 8 după intervenții pe colon și 12 după intervenții rectocolice.

Atitudinea noastră în fața acestor complicații a fost diferită, căutând să o adaptăm condițiilor create de intervalul de timp de la intervenția primară până la apariția complicației, de gravitatea reacțiilor locale sau peritoneale produse de fistule, de localizarea procesului fistulos.

Din cele 8 fistule colice s-a reintervenit la 3 (2 după colectomie segmentară și 1 hemicolectomie stângă) în urgență, practicându-se corecția anastomozei, drenaj larg al cavității peritoneale, urmate de vindecare. S-au înregistrat 4 decese prin peritonită generalizată (2 colectomii segmentare și 2 ileocolostomii de derivație). Am înregistrat o vindecare spontană a unei fistule după hemicolectomie stângă.

Pe cele 12 fistule rectocolice s-au mai înregistrat 3 decese (2 după re-

zecții rectosigmoidiene pe cale combinată cu colostomie la reintervenție și 1 după amputație de rect).

Vindecarea fistulelor s-a produs în 9 cazuri, 2 spontan și 7 după reintervenție (colostomie de protecție în 6 cazuri, iar la 1 caz coborire de colon transvers după operația Bacon cu coborirea colonului pelvin).

În privința fistulelor pancreatice, semnalăm pe această perioadă 8 fistule pure, din totalul de 418 afecțiuni pancreatice operate în clinică, 2 fiind pancreatectomii totale.

Postoperator fistulele pancreatice le-am întâlnit de 5 ori. Ele au survenit de 3 ori după rezecții gastrice pentru ulcere duodenale penetrante în pancreas, fistule tratate conservator și vindecate, 1 după un fals chist de pancreas drenat intern, care s-a vindecat după o nouă fistulo-gastrostomie Jurasz. Ultima fistulă pancreatică a survenit în ziua a 11-a postoperator la o bolnavă după gastrectomie totală cu anastomoză Graham pentru neoplasm gastric, unde tumoarea invadea parțial capsula pancreatică. Vindecarea s-a produs după tratament conservator la 8 săptămâni postoperator.

Nu am avut mortalitate postoperatorie în fistulele pancreatice.

Concluzii

1. Fistulele digestive postoperatorii sînt complicații grave, ridicînd probleme dificile în alegerea tratamentului și mai ales a celui operator. Fistulele cu peritonită sau ocluzie impun intervenții de urgență.

2. În fistulele esojunale după gastrectomii totale, tratamentul conservator este cel indicat. Aspirația endoesofagiană sau esotransasastomotică (dacă sonda este încă pe loc) și drenajul local cu restricția alimentației orale par a fi elemente raționale.

3. Dehiszența bontului duodenal după rezecții sau după derivații bilioduodenale impun reintervenții precoce cu fistule dirijate, respectiv desființarea anastomozelor biliodigestive urmate de drenaj biliar extern sau intern și derivație gastrojejunală și drenaj al cavității peritoneale. Fistulele după operația Péan impun fie reconversiunea în Billroth II sau lărgirea rezecției cu o nouă anastomoză. Această ultimă modalitate se impune și în fistulele după Billroth II. Fistulele mici, laterale se pot preta la tratament conservator.

4. Fistulele intestinale, în special jejunale, impun reintervenții imediate. Cele ileale, mai bine tolerate, pot fi amîinate, scontînd pe închidere după tratament conservator sau alegerea momentului propice de reintervenție cînd aceasta poate fi limitată.

5. Fistulele colice și colorectale se datoresc tulburărilor circulatorii din vecinătatea anastomozelor. Ele impun colostomii de derivație în amonte de anastomoză. Fistulele după hemicolecomie dreaptă impun efectuarea unei noi anastomoze ileocolice. Cele pe colonul stîng se rezolvă în general după colostomie de protecție.

Bibliografie

1. Bancu V. E., Georgescu T., Bălint E., Copotoiu C., Baghiu M.: Rev. med. (1979), 1—2, 12; 2. Bancu V. E., Csizér Z., Keresztessy K. Á., Georgescu T., Grozescu T., Copotoiu C.: Consfăt. de chirurgie cu tema: „Fistulele digestive postoperatorii”. Craiova 14 oct. 1978, 14; 3. Busu I., Paitici

P., Tomescu O.: Consfăt. de chirurgie cu tema: „Fistulele digestive postoperatorii“, Craiova, 14 oct. 1978, 16; 4. Busu I., Tomescu O., Mustață V.: Consfăt. de chirurgie cu tema: „Fistulele digestive postoperatorii“, Craiova, 14 oct. 1978, 10; 5. Champault G.: J. de Chir. (1976), 111, 5—6, 603; 6. Georgescu T., Keresztessy K. A., Gliga V., Grozescu T., Bancu V. E.: Consfăt. de chirurgie cu tema: „Fistulele digestive postoperatorii“, Craiova, 14 oct. 1978, 38; 7. Chelase F., Mustață V., Pacescu M., Diaconescu I., Busu I.: Consfăt. de chirurgie cu tema: „Fistule digestive postoperatorii“, Craiova 14 oct. 1978, 8; 8. Giuli R., Estenne B., Faure J. C., Clot Ph., Richard C. A., Jacob L.: Ann. Chir. (1973), 27, 6, 567; 9. Poraicu D., Sandor S., Bignon H., Degeratu M., Mogoșeanu A.: Consfăt. de chirurgie cu tema: „Fistulele digestive postoperatorii“, Craiova 14 oct. 1978, 30; 10. Tisot E.: J. de Chir. (1975), 110, 3, 240.

T. Georgescu, T. Grozescu, E. Bălint, V. E. Bancu

FISTULAS OF THE DIGESTIVE TRACT AFTER VARIOUS TYPES OF ANASTOMOSES

The casuistics of 16 years at the Surgical Clinic Nr. I., Tîrgu Mureș, (1964—1979) is presented: 63 cases of digestive fistulas, — 58 after various types of anastomoses, and 5 postoperative pancreatic fistulas. In short, the various types of fistulas in the casuistics are as follows: — eso-jejunal fistulas after total gastrectomy for neoplasm 8; — postoperative duodenal fistulas 19 (after gastric resections 14; after choledoco-duodenostomies 3; cholecystoduodenal 1; after papillosphincterotomy 1); — fistulas of the small intestine 11 (9 ileal, 1 jejunal, 1 jejuno-ileal); — colic and rectocolic fistulas 20; — 4 occurring due to other services. Of the 63 fistula cases 18 died: 5 after eso-jejunal, 3 duodenal, 3 small intestine and 7 colic and rectocolic fistulas.

Sosit la redacție: 8 octombrie 1980