

PROBLEME DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN PERITONITELE ACUTE GENERALIZATE POSTOPERATORII

C. Pană, Z. Naftali, T. Georgescu, A. Boțianu, Maria Năsăudean

Incidența mare, diagnosticul dificil, tratamentul complex și prognosticul grav, datorit în bună parte faptului că antibioterapia nu a dat rezultatele scontate, mențin actuale peritonitele acute generalizate postoperatorii.

Studiul nostru clinic retrospectiv este făcut pe 13 bolnavi cu peritonite generalizate postoperatorii, care reprezintă 0,01⁰ din totalul de 13288 bolnavi operați pe abdomen între 1967 și 1982.

Incidența înregistrată de noi este printre cele mai mici din literatura de specialitate. La Spitalul clinic de urgență din București ea este de 0,15⁰ (9), în Departamentul de chirurgie al Universității din Ulm de 1,3⁰ (11), iar alți autori publică date în jur de 2⁰.

Complicația se întâlnește la toate vîrstele fără diferențe semnificative, dar cu predilecție la bărbați (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1
Repartiția după vîrstă și sex

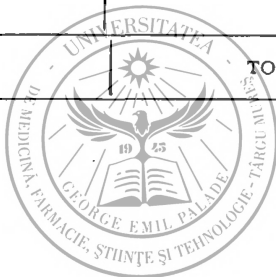
Perioada de vîrstă	Bolnavi		Sex	Bolnavi	
	nr.	0/0		nr.	0/0
sub 20 ani	2	15,4	Bărbați Femei	11 2	84,6 15,4
21—25 ani	1	7,7			
26—30 ani	0	0			
31—35 ani	1	7,7			
36—40 ani	0	0			
41—45 ani	0	0			
46—50 ani	1	7,7			
51—55 ani	2	15,4			
56—60 ani	1	7,7			
61—65 ani	2	15,4			
66—70 ani	1	7,7			
peste 70 ani	2	15,4			
TOTAL	13	100,00			

Cele mai multe peritonite generalizate postoperatorii (8) au survenit după operații executate supramezocolic: 2 gastrectomii totale cu anastomoză Esojejunală, 5 rezecții de stomac (2 cu anastomoză Péan-Billroth I, 3 cu anastomoză Reichel-Polya), 1 sutură a perforației ulcerului duodenal. Alte 4 au apărut după operații în spațiul submezocolic: 1 rezecție de ileon și de colon sigmoidian necrozate în volvulus, 1 rezecție Hartman pentru cancer sigmoidian și 2 apendicectomii pentru apendicită acută. Într-un caz peritonita a complicat infecția uterină după avort luna a IV-a, în cadrul unui traumatism abdominal (tabelul nr. 2).

Tabelul nr. 2

Operația primară	Diagnosticul	Cauza peritonitei generalizate postoperatorii	Reintervenția chirurgicală	Bolnavi nr.	Starea la externare				
					Vindecat	Ameliorat	Agravat	Decedat	
Gastrectomie totală + anastomoză esojejunală termino-terminală	Cancer gastric	Insuficiența anastomozei	Sutură + drenaj Douglas, laterocolic drept și subhepatic	2	—	—	—	2	
Rezecție de stomac, decolare colo-epiploică + anastomoză P.B.I.	Cancer gastric	Insuficiența anastomozei	Sutură + drenaj Douglas, laterocolic drept	3	—	1	2	—	
Rezecție de stomac + anastomoză R.P.	Ulcer duodenal stenozant	Fistulă duodenală	Laparotomie + drenaj Douglas, laterocolic, subhepatic	1	—	1	—	—	
	Ulcer duodenal hemoragic	Fistulă duodenală	Laparotomie + drenaj Douglas, laterocolic, subhepatic	1	—	—	—	1	
Rezecție recto-sigmoidiană Hartman	Cancer recto-sigmoidian	Retractarea anusului iliac	Corectarea anusului iliac + drenajul Douglasului	1	—	—	—	1	
Rezecția ileonului terminal + anastomoză ileocecală + rezecție sigmoidiană + anastomoză termino-terminală	Volvulus cu necroza ileonului terminal și colonului sigmoidian	Insuficiența anastomozei sigmoido-sigmoidiene termino-terminale	Rezecția gurii de anastomoză + anastomoză latero-laterală a sigmoidului + drenaj Douglas și laterocolic stîng	1	—	—	—	1	
Sutura perforației + gastrojejuno-anastomoză	Ulcer duodenal perforat	Insuficiența suturii	Rezecție de stomac + anastomoză R.P. Drenaj Douglas, subhepatic	1	1	—	—	—	

Apendicectomie (fără drenaj)	Apendicită gangrenoasă	Fistula bontului	Sutura cecului + drenaj Douglas și laterocolic drept	1	1	—	—	—
	Apendicită flegmonoasă retrocecală	Fără fistula bontului	Laparotomie + drenaj Douglas și laterocolic drept	1	1	—	—	—
Control instrumental al cavității uterine	Avort luna a IV-a după traumatism abdominal închis. Stare de șoc IRA	Extinderea procesului inflamator uterin	Laparotomie + drenaj Douglas subhepatic și laterocolic bilateral	1	—	—	—	1
TOTAL :				13	2	3	2	6



Alți autori au înregistrat predominanța operațiilor submezocolice, ca și cauze ale peritonitelor postoperatorii (11).

Cauzele peritonitelor generalizate postoperatorii în lotul nostru au fost: insuficiența gurii de anastomoză la 6 operați, fistula bontului duodenal la 2, insuficiența suturii perforației unui ulcer duodenal la 1, rețracția anusului iliac stîng terminal la 1, fistula cecului după apendicectomie gangrenoasă la 1, apendicectomia fără drenaj pentru apendicită flegmoasă la 1 și extinderea infecției uterine consecutivă unui avort toxicoseptic la 1 bolnavă (tabelul nr. 2).

Reintervențiile chirurgicale au fost: 7 suturi cu drenaj, 1 corectare a anusului iliac stîng terminal cu drenaj, 1 rezecție a gurii de anastomoză latero-laterală după enterectomie segmentară cu drenaj, 1 rezecție de stomac cu anastomoză Reichel-Polya cu drenaj pentru insuficiența suturii perforației ulcerului duodenal, 1 sutură a fistulei cecului după apendicectomie și drenaj și 2 relaparotomii și drenaj (tabelul nr. 2).

Am înregistrat 6 decese la cei 13 bolnavi cu peritonite generalizate postoperatorii (46,15%). Cei 6 decedați reprezintă 1,1% din totalul deceselor după operațiile pentru totalul peritonitelor generalizate de orice cauză și 0,01% din totalul operațiilor pe abdomen la bolnavi de urgență și cronici (tabelul nr. 2). Literatura de specialitate menționează valori mai mari ale mortalității în peritonitele postoperatorii: 57,50% (9), alți chirurghi au înregistrat valori diferite, pînă la 90% (9,11).

Cauzele deceselor au fost: stopul cardiorespirator — 3, insuficiența hepatorenală — 1, septicopioemia — 1, embolia cerebrală — 1.

Diagnosticul a fost stabilit după 1—18 zile de la prima operație; în 5 cazuri după 7 zile. Durata mare scursă de la prima operație pînă la stabilirea diagnosticului de peritonită generalizată în cazuistica noastră se explică prin numărul mare de fistule digestive cauzatoare, care apar de obicei tîrziu, uneori după 8—10 zile, la care se adaugă și dificultățile de diagnostic la unii bolnavi (tabelul nr. 3).

Semnalul de alarmă folosit de noi și de alți autori (8, 9, 11) pentru urmărirea clinică și paraclinică în vederea diagnosticului a fost constant alterarea stării generale după operație (față peritoneală, limbă uscată,

Tabelul nr. 3

Durată de la prima intervenție la a doua	Bolnavi	
	Nr.	%
24 ore	1	7,7
5 zile	1	7,7
6 zile	2	15,4
7 zile	5	38,4
8 zile	1	7,7
10 zile	1	7,7
12 zile	1	7,7
18 zile	1	7,7
TOTAL	13	100,00

piele și mucoase palide, reci, febră sau frison uneori, tahicardie, tahipnee, oligurie și agitație psihomotorie, uneori).

Am acordat o importanță diagnostică deosebită nereluării tranzitului intestinal la intervalul de timp obișnuit ori întreruperii lui. Durerile abdominale și sughitul au fost inconstante, iar meteorismul și apărarea ori contractura peretelui abdominal au apărut mai târziu. Un semn valoros este bombarea și sensibilitatea fundului de sac Douglas.

Diagnosticul este simplu când pe tubul de dren lăsat la prima operație se scurge puroi ori conținut digestiv. Nu am practicat la nici un bolnav puncția abdominală exploratoare și nici puncția Douglasului. În cazurile dubioase am recurs la relaparotomie exploratoare (2 bolnavi), care a confirmat supoziția. Este de preferat o relaparotomie albă unei peritonite avansate (9).

La bolnavii cu fistule digestive dubioase am recurs la ingerarea de albastru de metil la 5 cazuri, ori la instilația traiectului fistulos cu substanță fluidă de contrast și examen radiologic la 2 cazuri.

Datele de laborator ne-au fost de mai mare sprijin pentru stabilirea riscului operator și corectarea dezechilibrelor biologice; mai puțin pentru precizarea diagnosticului.

Tratamentul aplicat a fost medico-chirurgical complex de urgență așa cum îl practică și alți chirurși (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11).

Tratamentul medical început preoperator a fost continuat intraoperator și postoperator sub controlul dinamic al laboratorului; el a urmărit reechilibrarea și menținerea funcțiilor biologice (2, 8, 9, 11).

Tratamentul chirurgical de urgență are dublu scop: rezolvarea cauzei și tratarea cavității peritoneale intra- și postoperator.

Am tratat cavitatea peritoneală ca majoritatea chirurgilor prin evacuarea minuțioasă a conținutului, inclusiv a depozitelor de fibrină, explorarea amănunțită, spălătură cu 6—8 litri ser fiziologic cald și drenaj cit mai larg pentru a evita abcesele peritoneale secundare. Plaga operatorie a fost suturată cu fire de situație până la planul aponevrotic, planul grăsos subcutanat și pielea au fost lăsate larg deschise pentru sutură primară întârziată ori sutură secundară.

Postoperator, la 9 bolnavi am practicat spălarea continuă prin perfuzie a cavității peritoneale cu ser fiziologic (5—8 litri 24 ore), asociat cu antibiotice — alese după antibiogramă — și heparină (500 u. la litru). Constant au fost administrate general antibiotice indicate de antibiogramă, cu toate că unii chirurși s-au declarat nemulțumiți de rezultatele lor.

Unii chirurși ca Champault, Faguiet și Salamon (citați de 5) și Dupré și colab. (5) au practicat în peritonitele generalizate „eviscerația terapeutică controlată”, care constă în lăsarea larg deschisă, de principiu, a laparotomiei mediane. Deosebirea dintre ei constă în tratarea ulterioară a eviscerației. Se pare că grefarea dermo-epidermică este o soluție mai bună. Autorii se declară mulțumiți de rezultatele obținute cu „eviscerația terapeutică controlată” (5).

Concluzii

1. Peritonitele generalizate postoperatorii au și astăzi evoluție gravă, cu toate progresele din domeniul tratamentului, anesteziei și terapiei intensive.

2. Mai frecvent și mai grave sînt cele determinate de insuficiența suturilor și anastomozelor pe tubul digestiv.

3. Diagnosticul este dificil uneori, ceea ce duce la pierderea momentului optim al relaparotomiei. Din cauza aceasta în cazurile dubioase este de preferat relaparotomia exploratorie.

4. Tratamentul medical asociat este antișoc, antimicrobian, antianemic și de reechilibrare biologică; el trebuie început preoperator și continuat intra- și postoperator.

5. Tratamentul chirurgical este de urgență și constă în: relaparotomie largă mediană, rezolvarea cauzei, spălătura cavității peritoneale și drenaj larg. Atitudinea față de plaga de laparotomie este diferită: fire de situație totale, lăsarea ei larg deschisă supraaponevrotic ori eviscerația terapeutică controlată.

6. Spălătura continuă postoperator în perfuzie a cavității peritoneale cu ser fiziologic, antibiotice alese după antibiogramă și heparină timp de 4 zile, în medie, s-a dovedit utilă.

Bibliografie

1. *Altemeier W. A.* și colab.: *Amer. J. Surg.* (1970), 125, 70; 2. *Bouletreau P.*: Aspects médicaux de la réanimation dans les péritonites sique post-opératoires. *Actualités Chirurgicales*. 79^e Congrès français de chirurgie. Ed. Masson, Paris, 1978, 150; 3. *Burghelle Th.*: Patologia chirurgicală. Vol. V. Ed. medicală, București, 1974, 682; 4. *Carabalona P.*: Diagnostic des péritonites post-opératoires. 76^e Congrès français de chirurgie. Ed. Masson, Paris, 1978, 609; 5. *Duprê A., Frère G., Guignier M., Peralta J. L.*: *La Nouvelle Presse Médicale* (1979), 40, 257; 6. *Farthmann E. H.*: *Aktuelle Chirurgie* (1978), 13, 285; 7. *Germain A.*: Indication à la réintervention au cours des péritonites post-opératoires. 76^e Congrès français de chirurgie. Ed. Masson, Paris, 1978, 608; 8. *Guivarc' H. M., Housin D., Chapman A.*: *Ann. Chir.* (1977), 31, 11, 947; 9. *Șuteu I., Soare M., Tiron I., Vintilă I., Minciu O., Abril Jurado.*: *Chirurgia* (1983), 1, 39; 10. *Turai I.* și colab.: *Chirurgia* (1970), 6, 513; 11. *Von S. Altunbay, Bleiler H. J., Heil Th.*: *Fortschr. Med.* (1982), 100, 13, 560.

Sosit la redacție: 15 iulie 1983

C. Pană, Z. Naftali, Tr. Georgescu, Al. Boțianu, Maria Năsăudean

PROBLEMS IN DIAGNOSING AND TREATING POSTOPERATIVE GENERALIZED ACUTE PERITONITIS CASES

The authors have studied a group of 13 patients with postoperative generalized acute peritonitis after 13,288 various operations on the abdomen between 1967—1982, which represents 0.01 per cent, and they have found that the most frequent cases were due to the insufficiency of sutures and anastomoses made in the digestive tube. In some cases there were difficulties in diagnosing them in time, — a reason for which lately in doubtful cases they have made use of explorative re-laparotomy. The surgical emergency treatment consisted of wide re-laparotomy, resolution of the cause, washing the peritoneal cavity with warm physiological saline solution, removal of fibrin deposits, introducing solutions of antibiotics and wide drainage. The wound of re-laparotomy was sutured with non-resorbable threads (parietal peritoneum and aponeurotic plane), the rest being left wide-open for delayed

primary suture. Lately they have made postoperatively lavages of the peritoneal cavity by perfusion of physiological saline solution, antibiotics (according to the antibiogram) and heparin for 4 days on average, and it is considered useful. The surgical treatment was associated with intensive pre-, per- and postoperative therapy. They have reported 6 death cases of the 13 re-operated patients, — a percentage situated among the lowest published by other authors in this country and abroad.
