

RUPTURILE ȘI PERFORAȚIILE DIASTATICICE DE CEC CONSECUTIVE OCLUZIEI INTESTINALE ACUTE TUMORALE

Revencu S., Mustea V., Gaitur A., Eremita Gh., Balan S., Streltov L., Revencu D.

Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhangel Mihail”

email valentinmustea@rambler.ru, tel +37369090851

Rezumat. Ocluziile intestinale acute pe colon în marea majoritate sunt cauzate de cancerul de colon. Evolutiv se pot complica cu rupturi și perforații diastatice de cec. Studiul retrospectiv a cuprins 209 pacienți operați pentru ocluzie colonică canceroasă în ultimii 20 ani. S-a desprins un grup de 29 pacienți, la care s-a instalat un sindrom de ansa închisă, împărțiți în 3 loturi: lot 1 – 17 pacienți cu tumoră ocluzivă pe colon stîng și dilatare marcată a colonului cec; lot 2 – 7 pacienți la care de rînd cu tumora ocluzivă s-a produs rupturi diastatice sero-musculare a colonului cec; și al 3-lea lot – 5 pacienți la care, pe fundalul ocluziv instalat, a survenit perforația diastatică de cec. *Rezultate:* toți pacienții operați radical, cu înlăturarea tumorii ocluzive, și a colonului cec compromis. Mortalitatea 2 cazuri (6,8%). *Concluzii.* Rupturile și perforațiile diastatice de cec reprezintă o complicație gravă evolutivă a proceselor tumorale colonice. Actul operator trebuie să rezolve ruptura/perforația diastatică de cec și cauza ocluzivă, realizat prin rezecții optime de colon și conservarea unui segment de colon intermediar, trebuie să aibă viză de rezolvare oncologică.

Cuvinte-cheie: ocluzie intestinală, ruptură diastatică de cec.

Summary. Diastatic ruptures and perforations of cecum consequences of bowel acute tumoral occlusion.

Diastatic rupture and perforations of the cecum after bowel tumoral occlusion Acute intestinal occlusion of the colon in the vast majority are caused by colon cancer. Evolutionally, it can be complicated by rupture and diastatic perforation of the cecum. Methods: The retrospective study included 209 patients operated for cancerous colon occlusion over the last 20 years. A group of 29 patients with a closed loop syndrome was segregated, which was also divided into 3 groups: first group- 17 patients with occlusive tumor on the left colon and marked dilatation of the colon cecum; second group - 7 patients in which along with the occlusion of the tumor, there was a sero-muscular diastatic rupture of the colon cecum; and the third group - 5 patients in which on the occlusive background the diastatic perforation of the cecum occurred. Results: All patients were operated radically, by removing occlusive tumor and compromised colon cecum. Mortality 2 cases (6,8%). Conclusions: Diastatic rupture and perforation are the serious evolutionary complication of colonic tumoral processes. The operation must have an oncological resolution visa and must resolve the rupture / diastatic perforation of the cecum and the occlusive cause, which is achieved by optimal colon resections and preservation of an intermediate colon segment.

Key-words: bowel occlusion, diastatic ruptures of cecum.

Резюме. Диастатические разрывы и перфорации слепой кишки последствий острой опухолевой кишечной непроходимости.

Диастатические разрывы и перфорации слепой кишки при опухолевой кишечной непроходимости. Острая окклюзия толстой кишки в подавляющем большинстве случаев вызвана раком толстой кишки. Эволютивно она может осложняться разрывами и диастатическими перфорациями слепой кишки. Ретроспективное исследование охватило 209 пациентов, прооперированных за последние 20 лет в связи с опухолевой окклюзией толстой кишки. Была выделена группа из 29 пациентов, у которых был установлен синдром слепой кишечной петли, разделенная на 3 группы: группа 1 – 17 пациентов с окклюзионной опухолью толстой кишки слева, с выраженным расширением слепой кишки; группа 2 – 7 пациентов, у которых, наряду с окклюзионной опухолью, произошли диастатические серозно-мышечные разрывы слепой кишки; и группа 3 – 5 пациентов, у которых на фоне окклюзии произошла диастатическая перфорация слепой кишки. Заключение. Разрывы и диастатические перфорации слепой кишки являются серьезным эволютивным осложнением опухолевых процессов толстой кишки. Оперативное вмешательство призвано устранить диастатический разрыв/перфорацию слепой кишки и причину окклюзии, будучи выполнено посредством оптимальной резекции толстой кишки и сохранения промежуточного сегмента толстой кишки, должно разрешить проблему онкологического характера.

Ключевые слова: окклюзия кишечника, диастатический разрыв слепой кишки.

Introducere

Ocluzia intestinală este inițial văzută ca un sindrom cu obligativitate de tratament chirurgical. Evolutiv prezintă mai multe complicații, dereglări severe hidro-saline și acido-bazice, insuficiență acută renală, peritonită prin perforație sau mai perfidă, prin translo-

cație bacteriană, șoc hipovolemic, care în ansamblu, la momentul efectuării intervenției chirurgicale, sunt constituite și generează subit și inexplicabil decesul.

Mortalitatea generală este în aceste cazuri de 20-30% (5,7).

Totodată, ocluziile dinamice, infecțiile gastroin-

testinale grave, dilatarea toxică a colonului se comportă eronat ca ocluzie intestinală acută, mimând indicație pentru tratament chirurgical. Tendința de a stabili diagnosticul etiologic cu orice preț întârzie tratamentul operator, agravând amplitudinea complicațiilor expuse și măbind mortalitatea. Deși continuă să se pună indicații sindromice, în literatură relatările sunt făcute după obținerea rezultatelor intraoperatorii a cauzei ocluziei. Etiologia ocluziei intestinale este ultimul pas în cortegiul de abordare a problemei.

Iar aspectul invers, de a interveni doar pentru un tablou clinic bizar și niveluri hidroaerice este asociat cu greșeli grave, erori medicale, urmărire penală, malpraxis.

Scopul lucrării constă în elucidarea interacțiunii indicațiilor sindromice și a diagnosticului etiologic în ocluziile intestinale acute complicate cu rupturi și perforații diastatice de cec.

Material și metode

Studiu: retrospectiv, în ultimii 20 ani (1998-2018) în SCM Sf. Arh. Mihail s-au operat 209 pacienți, cu ocluzie intestinală tumorală. Parțial preoperatoriu și într-un final postoperatoriu s-a concluzionat cancer de colon ocluziv.

Cazuistica a reunit 29 pacienți 13,8% din totalul expus. Cazurile au fost împărțite în 3 loturi: lotul 1 – cei cu neoplasm de colon ocluziv și dilatare excesivă de cec; lotul 2 - dilatare excesivă de cec cu ruptura bandetelor musculare pe colon cec și ascendent și tumoră ocluzivă; lotul 3 – cu cancer de colon complicat cu ruptura bandetelor musculare și perforație diastatică de cec.

Am luat în studiu parametri precum vârsta, sexul, aspecte anatomopatologice, sediul tumorii și a rupturilor/perforațiilor diastatice de colon, tratamentul chirurgical aplicat, mortalitatea și morbiditatea postoperatorie.

Rezultate

Am realizat un studiu atât individual cât și comparativ, pe cele 3 loturi de bolnavi.

Lotul 1 a reunit 17 pacienți (58,6%) 13 femei și 4 bărbați, cu vârsta medie de 71,4 ani (62-81 de ani). Tumorile obstructive au fost localizate pe colon descendent - 4 cazuri, pe colon sigmoid 6 cazuri, pe colon rectosigmoid - 5 cazuri, pe unghiul lienal a colonului transvers - 2 cazuri. Toate au fost încadrate în stadiul IV (3 cazuri) și în stadiul III (14 cazuri).

Formele anatomopatologice au fost adenocarcinomul moderat diferențiat (11 cazuri), adenocarcinom diferențiat (5 cazuri).

În alegerea atitudinii chirurgicale s-a luat în calcul sediul tumorii, cât și aspectul dezastros de dilatat

a colonului până la locul obstrucției. Astfel toți au beneficiat de operație a la Hartmann. Decompresiile colonului proximal intraoperatoriu s-a scindat cu greutate. Acesta fiind plin cu o masa păstoasă aderentă, care cu greu putea fi evacuată. Străduința excesivă într-un caz s-a soldat cu hemoragie prin decapsularea ficatului. În cazurile ulterioare operate nu s-a insistat la decompresii excesive intraoperatoriu întrucât în perioada postoperatorie s-a observat eliberarea surprinzător de bine prin colostomia aplicată.

Evoluția postoperatorie a fost simplă în 16 cazuri, în afară de cazul menționat cu hemoragie, în care a progresat insuficiența cardiovasculară și deces în a doua zi postoperatoriu.

În lot am înscris și un caz de ocluzie intestinală acută cu dilatare excesivă de cec de cauză netumorală. Indicație operatorie ocluzie intestinală cu pericol de perforație de cec. În mod surprinzător, intraoperatoriu se concluzionează un proces inflamator în colonul transvers stâng, ce reieșea dintr-un abces pancreatic consecutiv unei pancreatite cronice calcificate cu sindrom de HTP prehepatică, hipersplenism. Rezolvarea a constat de asemenea printr-o operație a la Hartmann, splenectomie și drenare de abces cu evoluție ulterioară favorabilă. Rezultat CT la 2 luni postoperatoriu, se vede transversostomia, calcinate pancreatice.

Lotul 2 a inclus 7 pacienți (24,1%). Repartiție 4 bărbați și 3 femei cu vârsta medie 68,9 ani (67 -71). Tumora ocluzivă s-a localizat într-un caz pe colon transvers, 1 caz unghi lienal, 2 cazuri pe sigmoid și 3 cazuri rectosigmoid.

În 4 cazuri s-a reușit efectuarea irigoscopiei de urgență cu determinarea unui bloc intestinal sugestiv cancerului. În celelalte 3 cazuri indicația operatorie a fost de sindrom de ocluzie intestinală cu un nivel hidroaeric mai mare de 10 cm, cu pericol de perforație diastatică de colon cec.

Intraoperator colon cec, ascendent dilatat excesiv, cu rupturi longitudinale sero-musculare pe traiecul bandetelor musculare, pe extindere diferită.

Tratamentul chirurgical a constat în efectuarea în 6 cazuri a hemicolectomiei dreapta, într-un caz, lărgită spre stânga cu extirparea și a tumorii pe colon. În celelalte 5 cazuri mai limitată – colon cec, ascendent, unghi hepatic. Ulterior – ileotransversostomie L-L. Tumora ocluzivă a fost înlăturată prin rezecții de unghi lienal (1 caz), descendent (1 caz), sigmoid (2 cazuri), rectosigmoid (2 cazuri). Segmentul distal închis, iar cel proximal, purtător de anastomoza ileo-transversală, adus la tegumente. Într-un caz s-a recurs la hemicolectomie stângă a la Hartmann și suturarea rupturilor și rezecție segmentară de ileon. În perioada postoperatorie survine peritonită prin dezu-

nirea anastomozei intestinale T-T. Se reintervine și se rezecă ileonul cu montarea anastomozei L-L.

S-au vizualizat suturile seromusculare de pe colonul cec și ascendent care erau continente. Ulterior, evoluție postoperatorie bună. Se înregistrează un deces prin peritonită postoperatorie.

Morfologic, în toate cazurile adenocarcinomul moderat diferențiat (5 cazuri) și diferențiat (2 cazuri) în stadiul III (6 cazuri) și IV (1 caz).

Lotul 3 a cuprins 5 pacienți (17,2%). Indicația operatorie a fost de peritonită în 3 cazuri, în alte 2 cazuri suspectată a fi de origine ocluzivă, întrucât la radiografia pe gol a abdomenului, dimpreună cu pneumoperitoneul, persistă și un nivel hidroaeric mare în zona hipogastrică stângă.

Intraoperatoriu – în toate cazurile perforații de colon cec și rupturi de bandelete musculare. Tumora ocluzivă localizată pe sigmoid – 2 cazuri, segment rectosigmoidal – 2 cazuri, descendent – 1 caz. Tratamentul chirurgical impus a constatat în primul caz cronologic într-o hemicolectomie dreaptă, asociată unei rezecții de sigmoid a la Hartmann și ileostomie terminal. Evoluție simplă. Intenția a constat în păstrarea colonului cu efectuarea ulterioară a unor operații seriate de repunere în tranzit. Pacientul dispăre din atenție.

În cazurile ulterioare operate se practică iarăși hemicolectomie dreaptă în limite variate, ileonul este unit la transvers, tumora cu segmentul purtător colonic stâng este rezecată a la Hartmann. Evoluție ulterioară bună, fără decese. Morfologic adenocarcinom moderat diferențiat în toate cazurile, în stadiul III (3cazuri) și stadiul IV (2 cazuri).

Astfel, pe întregul lot, mortalitatea postoperatorie s-a înregistrat în 2 cazuri (6,8%) și a presupus insuficiența cardiovasculară consecutivă unei hemoragii și o dezunire de anastomoză ileotransversală cu peritonită ulterioară, sepsis, sindrom MODS decesul survenind în a doua și a opta zi postoperatorie.

Discuții

Ocluzia intestinală este un sindrom ce caracterizează o etapă a evoluției cancerului de colon și anume, când întrerupe tranzitul intestinal.

De aceea, morfologic, se include în stadiul III și IV, când tumora depășește toate straturile colonului cu implicare variabila a nodulilor limfatici și metastaze la distanță.

Însă la adresare pacientul prezintă date de ocluzie intestinală – dureri, vomă, absența scaunului și emisiei de gaze, la examenul fizic balonare. Radiografia abdomenului pe gol în cazuistica noastră aleasă, atestă un nivel hidroaeric mai mare de 10 cm în fosa iliacă dreaptă. Indicația sindromică devine for-

mală în asemenea cazuri. Este recunoscută de majoritatea autorilor (2, 7) și constă în „pacient cu ocluzie intestinală, când decompresia este inefficientă, iar la nivelul colonului cec apare distensie marcată radiologic cu un nivel mai mare de 10 cm și pericol de perforație diastatică de cec”. Condiția instalării situației este continența valvei ileo-cecale craniale și tumora (obstacolul) ocluziv distal. Se creează premisele unei adevărate bombe intestinale, fiziopatologic argumentată și prin intrarea în acțiune a legii lui Laplace (presiunea asupra pereților este direct proporțională cu pătratul razei).

În același timp mai există situații de natură să producă o dilatație de colon mai mare de 6-10 cm, detectată radiologic – RCUH, boala Crohn, colita pseudomembranoasă, amibiaza, salmoneloza, dar fără obstacol, întrunind criteriile unei ineficiențe de tonus neuromuscular a peretelui colonic.

Al doilea aspect discutabil este ruptura și perforația diastatică de cec. Au fost înlăturate chirurgical în experiența noastră (cu excepția unui caz de sutură a rupturilor bandeletelor musculare). Deși sunt citate și cecostomiile prin orificiul de perforație pe sondă, cecografie, exteriorizarea segmentului, cu perforație, rezultatele sunt nesatisfăcătoare (4, 6). Trebuie avut în vedere că mecanismul perforației diastatice este un vector sumar al presiunii intraluminală cu procesele ischemice rezultate, din cauza presiunii intraluminală. În situații de perforații spontane de cec, fără obstacol distal, intră în discuție un proces infecțios local urmat de perforație, sau de altă cauză (1).

Cât despre amplitudinea rezecției colonului, pleddăm pentru păstrarea maximală a colonului, de aceea în majoritatea cazurilor am păstrat colonul transvers.

Tumora pe colon stâng actualmente poate fi rezecată mai mult sau puțin segmentar, dimpreună cu segmentul de mezou purtător de arteră și venă, de noduli limfatici.

Ileostomia terminal trebuie să fie un gest disperat. Ileotransversostomie L-L, chiar în condițiile unei peritonite avansate nu este contraindicată. De regulă însuccesul survine în succesiune – peritonită, sepsis, șoc septic, sindrom MODS și nu este influențat de ileotransversostomie.

Colectomiile subtotale cu ileostomie terminală în perforațiile diastatice de cec și o tumoră ocluzivă pe colon stâng sunt exagerate (3).

Aspectul invers - peritonită – dezunire, peritonită repetitivă, - sepsis, sindromul MODS/MSOF în experiența noastră, nu este întâlnit și se încadrează ca în orice dezunire de anastomoză în absența peritonitei.

Investigațiile ce ar aduce lumină în etiologia diametrului excesiv a colonului – clisma baritată, fibrocolonoscopia, însă nu sunt de o acuratețe înaltă și

limitate de starea general a pacientului, gravă de regulă, nepregătirea intestinului.

CT/RMN ar fi soluția alternativă în viitorul apropiat. Astfel, succesiunea sindrom – operație - diagnostic etiologic va fi inversată: diagnosticul cauzal inițial, apoi ocluzia intestinală, ulterior și tratamentul.

Despre faptul că dilatarea diastatică de colon poate fi și de alte cauze printr-un obstacol distal, am expus-o prin cazul de abces de pancreas.

Tratamentul chirurgical trebuie să rezolve 3 sarcini: lichidarea ocluziei și implicit a peritonitei, tratamentul bolii canceroase și o calitate bună a vieții în perioada postoperatorie.

Ocluzia intestinală și peritonita trebuie rezolvate printr-o singură operație. Un criteriu indispensabil trebuie să fie înlăturarea tumorii (cauzei). Argumente de felul că tumora implică organele vecine sunt exclusive. De regulă o tumoră de colon este rezecabilă și doar în unele cazuri necesită sancțiune de organe implicate – uter, stomac, pancreas.

Al doilea aspect expus este restabilirea paliativă a tranzitului printr-un foraj termic, stent expandabil, argumentând starea gravă a pacientului (1, 3). Situația necesită aplicarea unor scoruri de prognostic, aplicarea lor, acordul pacientului. Odată ce există tumora ocluzivă, există (persistă) și metoda chirurgicală de a fi înlăturată. Poate fi interpretat ca un criteriu dialectic: cauză și efect.

În capitolul calitatea vieții intră desigur păstrarea unui segment de colon adecvat, a unei colostomii ce poate fi îngrijită cu ușurință.

Restabilirea imediată a tranzitului intestinal în asemenea situații ar fi varianta dezbătută pe larg în cazul ocluziilor tumorale de colon fără rupturi/perforație diastatică de cec.

Într-un final tratamentul chirurgical adresat unor astfel de tumori a făcut parte integrantă dintr-o terapie complexă care a inclus respectarea dezideratelor clasice – reechilibrarea hidroelectrolitică, acido-bazică, proteică, pre-, intra- și postoperatoriu, decompresia tubului digestiv, de asemenea pre-, intra- și postoperatoriu.

Actualmente, completat cu al treilea deziderat – antibioterapia (8). Pregătirea preoperatorie trebuie efectuată nemijlocit de medicul și în serviciul ATI cu

crearea programului anestezico-reanimatologic de durată (24 h).

Concluzii

1. Rupturile și perforațiile diastatice de cec reprezintă o complicație gravă evolutivă a proceselor tumorale colonice (și nu numai) cu condiția continenței valvei ileo-cecale. Indicație pentru tratament le au reieșind din criteriile sindromice – ocluzie intestinală în prezența unei distensii marcate colonice, confirmate de nivel hidroaeric mai mare de 10 cm.

2. Sunt posibile și investigații în vederea stabilirii diagnosticului etiologic ocluziv – irigografie, fibrocolonoscopie, CT/RMN, dar cu intenții de posibilitate.

3. Actul operator trebuie să rezolve ruptura/perforația diastatică de cec și cauza ocluzivă, realizat prin rezecții optime de colon și conservarea unui segment de colon intermediar, trebuie să aibă viză de rezolvare oncologică.

4. Calitatea vieții, postoperatoriu, este acceptabilă, în perspectiva restabilirii tranzitului intestinal.

Bibliografia

1. B. Yang, Huai – Kun Ni. *Diagnosis and treatment of spontaneous colonic perforation: Analysis of 10 cases.* World J. Gastroenterol. 2008, 14(28), p. 4569-4572.
2. Burlui D., Constantinescu C. *Chirurgie generală*; Ed. Didactică și Pedagogică, B. 1982, p. 186.
3. Dragomir C., Scripcariu V., Dajbog E. *Tratat de Chirurgie* sub redacția Irinel Popescu, *Cancerul de colon; Vol IX Partea a II-a Chirurgie Generală.* Irinel Popescu, Ed. Academiei Române, B. 2009, p. 227-262.
4. Jinescu G., Iulia Adelina Marin, Andra Evtodiev et all. *Neoplasmul de colon complicat cu perforație diastatică de cec.* Rezumatele Congres Național de Proctologie. Iași, 2019, p. 128.
5. Kuzin M.I. *Hirurgicheschie bolezni.* M. Med. 1986, p. 516.
6. Pricop C., Pădureanu S., Danilă R., Burcoveanu C. et all. *Cancerul de colon complicat cu ocluzie și perforație.* Jurnal de Chirurgie, Iași, 2010, 6(1), p. 35-39.
7. Spânu A. *Chirurgie.* Tipografia Centrală, Chișinău, 2001, p. 601.
8. Popovici A. *Actualități în chirurgia colono-rectală.* Actualități în Chirurgie. Sub. red. C. Dragomirescu și I. Popescu. Ed. CELSIUS, Buc. 1998, p. 148-162.