

UNIVERSITATEA „OVIDIUS” CONSTANȚA
FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ



TEZA DE DOCTORAT

ATITUDINI TERAPEUTICE ÎN
FISTULA INTESTINALĂ
POSTOPERATORIE

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC

Prof. Univ. Dr. VASILE SÂRBU

DOCTORAND

AHMED BERRO

CONSTANȚA

2014

CUPRINS

PARTEA I-a GENERALĂ

INTRODUCERE, ISTORIC	pag. 4
-----------------------------	---------------

CAPITOL I

1. CONSIDERAȚII GENERALE	pag. 6
1.1. Definiția fistulelor intestinale	pag. 6
1.2. Definiția fistulelor intestinale interne și externe	pag. 6
1.3. Clasificarea fistulelor intestinale	pag. 7
1.4. Noțiuni de anatomie a tractusului digestiv	pag. 8
Bibliografie selectivă	pag. 9

CAPITOL II

2. ETIOPATOGENIA FISTULELOR INTESTINALE	pag.11
2.1. Vindecarea la nivelul tractusului digestiv	pag.11
2.1.1. Hemostaza și inflamația	pag. 11
2.1.2. Faza proliferativă (faza fibroblastică)	pag.11
2.1.3. Maturarea și remodelarea	pag. 12
2.2. Modalități de studiu al procesului de vindecare gastrointestinală	pag. 12
2.3. caracteristici specifice vindecării normale a tractusului gastrointestinal	pag. 13
2.4. Factori care afectează vindecarea tractusului gastrointestinal	pag. 15
2.4.1. Factorii locali cu rol în procesul de vindecare	pag. 15
2.4.2. Factorii sistemici cu rol în procesul de vindecare	pag. 26
Bibliografie selectivă	pag. 30

CAPITOL III

3. DIAGNOSTICUL FISTULELOR INTESTINALE	pag. 36
3.1. Evaluarea clinică	pag. 37
3.2. Evaluarea statusului nutrițional și metabolic	pag. 37
3.3. Investigații radiologice	pag. 38
3.4. Studii biochimice ale conținutului fistulei	pag 40
3.5. Studii biochimice și bacteriologice pentru identificarea sepsisului	pag 41
3.6. Laparotomia exploratorie	pag 41
Bibliografie selectivă	pag. 41

CAPITOL IV

4. TRATAMENTUL FISTULELOR INTESTINALE POSTOPERATORII	pag. 42
4.1. FAZA 1 - diagnosticul fistulei și stabilizarea pacientului	pag. 42
4.1.1. Reechilibrarea hidroelectrolitică	pag. 42
4.1.2. Anemia	pag. 42
4.1.3. Drenajul abceselor	pag. 43
4.1.4. Restabilirea presiunii coloid-osmotice	pag. 43
4.1.5. Instituirea suportului nutritiv	pag. 44
4.1.6. controlul drenajului fistulei	pag. 49
4.1.7. Tratamentul medicamentos	pag. 49
4.1.8. Îngrijirea tegumentelor	pag. 51
4.2. FAZA 2 - Investigații	pag. 53
4.3. FAZA 3 –Decizia terapeutică	pag. 53
4.4. FAZA 4 - Terapia definitivă	pag. 53
4.4.1. Tratamentul chirurgical	pag. 53
4.4.2. Tratamentul radiologic	pag. 59

4.4.3. Tratatamentul endoscopic	pag. 59
4.4.4. Tratatamentul percutanat	pag. 59
4.5. FAZA 5 – Vindecarea	pag. 67
Bibliografie selectivă	pag. 69

PARTEA a II-a CONTRIBUȚII PERSONALE

CAPITOL V.

MOTIVAȚIE	pag. 70
OBIECTIVE	pag. 70
MATERIAL ȘI METODA	pag. 70
REZULTATE	pag. 74

CAPITOL VI.

DISCUȚII	pag. 109
Bibliografie selectivă	pag. 162

CAPITOL VII.

CAZUISTICĂ PERSONALĂ	pag. 165
----------------------	----------

CAPITOL VIII.

CONCLUZII	pag. 186
BIBLIOGRAFIE GENERALĂ	pag. 189
BIBLIOGRAFIE PERSONALĂ	
ANEXA 1 FIȘA TIP	
ANEXA 2 LISTA FIGURILOR	
ANEXA 3 LISTA TABELELOR	
ANEXA 4 LISTA GRAFICELOR	

PARTEA GENERALĂ

INTRODUCERE. ISTORIC

Prima menționare a fistulelor digestive a fost găsită în Vechiul Testament, care face referire la fistula enterocutanată posttraumatică suferită de Eglon: "...iar Eglon și-a întins mâinile, a apucat pumnul și l-a înfipt în burta lui..... și murdăria a ieșit afară."

Primul care a încercat să trateze chirurgical o fistulă digestivă este Celsius, care scria: "Când colonul a fost penetrat, acesta poate fi suturat, nu cu asigurări certe, dar cu speranță în locul disperării certe, deoarece ocazional se poate vindeca."¹

Scopul lucrării prezente este de a studia cauzele de apariție a fistulelor digestive externe, apărute postoperator, la nivelul liniilor de sutură, reprezentate fie de rafii, fie de anastomoze digestive și de a propune soluții diagnostice și terapeutice, bazându-se pe cazuistica Clinicii de Chirurgie Generală din cadrul Spitalului Clinic de Urgență Constanța. Lucrarea prezintă cuprinde actualizări ale unor probleme care suscită încă discuții contradictorii cu privire la etiopatogenia, diagnosticul și tratamentul fistulelor digestive postoperatorii. Sunt prezentate unele cazuri clinice ilustrative, cu intenția de a susține afirmațiile cu privire la etiopatogenia, diagnosticul și tratamentul fistulelor digestive postoperatorii.

În lucrarea de față este prezentat și un studiu pilot de tratament al fistulelor digestive postoperatorii. Rezultatele favorabile înregistrate la 6 din 8 pacienți cu fistule digestive postoperatorii în urma aplicării acestui tratament original trebuie confirmate însă prin studii experimentale, precum și studii clinice ulterioare, care să cuprindă un număr mai mare de pacienți.

De asemenea, această lucrare îmi oferă prilejul de a aduce mulțumiri domnului Prof. Univ. Dr. Sârbu Vasile, care mi-a călăuzit primii pași în chirurgie și mi-a cultivat cu răbdare și înțelepciune simțul clinic și al acurateții actului chirurgical.

Contextul dat ma obliga să limitez cuvintele de recunoștință pentru doamna Dr. Savin Silvia, pentru sprijinul profesional și moral necondiționat, care și-a pus amprenta discretă dar fermă asupra fiecărui pas pe parcursul lungului și anevoiosului drum al devenirii mele profesionale. Cu modestie, îi mulțumesc pentru calitatea momentelor chirurgicale și personale oferite în toți acești ani, menite să fundamenteze o relație bazată pe respect și pe o profundă admirație, precum și pentru calitățile pe care m-am simțit mandru a le împrumuta de la domnia sa și a mi-i le însuși cu mai puțină noblete, însă, decât le poartă însoșita posesoarea.

Reiterez cu mult drag mulțumirile aduse familiei mele, soției și copiilor mei, pentru răbdarea și dragostea de care au dat dovadă și pentru permanentul imbold oferit, care mi-a oferit motivația necesară și a scuzat, cu finețe, timpul petrecut departe.

Le dedic părinților mei rezultatul devenirii mele ca om și ca medic, de care sper să fie mandri, și le mulțumesc infinit pentru suportul afectiv oferit pe tot parcursul drumului, nu rareori, anevoios.

Definiția fistulelor digestive

Fistulele reprezintă comunicări anormale între două suprafețe epitelizate². Ele pot apărea rapid, cum sunt cele survenite iatrogen sau postoperator, sau pot fi insidioase, cum sunt cele de cauze maligne, inflamatorii sau radice.

Fistule intestinale interne sunt comunicări între segmentele tractului gastrointestinal sau între acestea și organele adiacente sau cavități preformate (chist hidatic, abces, etc). Cavitățile preformate nu sunt epitelizate.

Fistule intestinale externe sunt plăgi visceroparietale, care permit drenajul conținutului digestiv, eventual alimentar, direct spre exterior³. Exteriorizarea se poate produce la suprafața tegumentului sau în vagin. Diagnosticul lor este ușor de stabilit în momentul exteriorizării conținutului digestiv la nivelul tuburilor de dren, la nivelul plăgii operatorii sau la nivelul orificiilor tuburilor de dren, după extragerea acestora.

VINDECAREA LA NIVELUL TRACTUSULUI DIGESTIV

În scop didactic, procesul vindecării poate fi divizat în trei faze, care se suprapun:

1. Hemostaza și inflamația;
2. Faza proliferării;
3. Faza de maturare sau remodelare.

Hemostaza și inflamația

Faza inflamatorie este esențială în vindecare. Răspunsul imediat la agresiune este de tip vascular. Există o scurtă perioadă de vasoconstrucție la nivelul vaselor din marginile plăgii; se instalează apoi vasodilatația, urmată de creșterea permeabilității capilare, cu lărgirea spațiilor dintre celulele endoteliale.

Prin lezarea vaselor se pune în contact colagenul subendotelial cu trombocitele, fapt care determină agregarea acestora și activarea căii intrinseci a coagulării: eliberarea de citokine și factori de creștere de la nivelul granulelor alfa (factorul de creștere derivat plachetar, factorul de transformare a creșterii beta, factorul de activare plachetară, fibronectina și serotonina). Fibrina formată local unește marginile plăgii și servește ca suport pentru celulele invadatoare: neutrofile, monocite, fibroblaste, celule endoteliale. Formarea deficitară a cheagului sangvin, întâlnită în deficitul de factor XIII (factorul de stabilizare a fibrinei) este asociată cu afectarea vindecării plăgilor. În această primă fază a vindecării, plaga este lipsită de rezistență mecanică, marginile plăgii fiind menținute acolate de către materialul de sutură.

Faza proliferativă (faza fibroblastică)

La 4-5 zile postoperator începe a doua fază a procesului de vindecare. Fibroblastele și celulele endoteliale devin celulele principale în această fază a vindecării. Fibroblastele migrează la nivelul plăgii din țesuturile vecine. Celulele endoteliale proliferază de la nivelul venulelor situate în vecinătatea plăgii și formează capilare noi prin procesul denumit angiogeneză. Proliferarea fibroblastelor și a celulelor endoteliale este declanșată de factorii de creștere și citokinele eliberate în principal de trombocite și macrofage. La sfârșitul acestei faze, plaga este ocupată de un țesut de granulație intens vascularizat, ce conține neocapilare, fibroblaste, macrofage și mastocite.

Maturarea și remodelarea

La finalul acestei ultime faze, plaga devine aproape acelulară, cu puține celule inflamatorii, celule rotunde sau gigante de corp străin în jurul materialului de sutură și relativ avasculară.

Se produce remodelarea colagenului, cu orientarea fibrelor în lungul liniilor de tensiune, cu sinteza unor fibre de colagen și degradarea altora. Totuși cicatricea nu va putea dobândi niciodată aspectul țesutului normal și, în consecință, rezistența țesutului cicatricial va fi întotdeauna mai mică decât a țesutului normal.

Durata acestei ultime faze este imprecisă, fiind posibil să nu se termine niciodată.

FACTORII CARE AFECTEAZĂ VINDECAREA LA NIVELUL TRACTUSULUI GASTROINTESTINAL

Factorii cu rol defavorabil în vindecarea suturilor digestive se clasifică în două categorii: **factori locali**, care afectează local repararea digestivă și **factori generali** (sistemici), care constau în anomalii sistemice cu efect la distanță la nivelul suturilor.

Factorii locali cu rol în procesul de vindecare

Factorii locali implicați în eșecul suturilor digestive **sunt** următorii: tehnica chirurgicală; vascularizația; stresul mecanic; materialul de sutură; tehnica de efectuare a anastomozei; iradierea; infecția; decontaminarea locală; stoma de decompresie; stoma de protecție; drenajul perianastomotic; chimioterapia intraperitoneală și infiltrația neoplazică a marginilor de anastomozat.

Factorii sistemici cu rol în procesul de vindecare

Factorii sistemici sau generali, considerați ca fiind implicați în procesul de vindecare a plăgilor **sunt**: vârsta, malnutriția, alcoolul și fumatul, trauma, hipovolemia, șocul, anemia, transfuziile de sânge, diabetul zaharat, bolile maligne, uremia, icterul, corticoterapia, antiinflamatoriile nesteroidiene, medicamentele citotoxice și antimetabolice și anestezicele.

DIAGNOSTICUL FISTULELOR DIGESTIVE POSTOPERATORII

Investigațiile necesare pentru evaluarea unui pacient cu fistulă digestivă postoperatorie trebuie să răspundă următoarelor întrebări:

1. Care este boala de bază, care este gradul de extensie a acesteia și care este starea tractusului digestiv adiacent fistulei?
2. Care este anatomia traiectului fistulos?
3. Care sunt consecințele metabolice și nutriționale ale fistulei și cum trebuie corectate?
4. Care este gravitatea infecției asociate și cum trebuie tratată?
5. Care este prognosticul și probabilitatea închiderii spontane a fistulei?

1. Evaluarea clinică

Diagnosticul fistulei digestive externe nu comportă de regulă dificultăți. Fistula postoperatorie poate deveni aparentă la câteva ore sau la câteva zile de la operație. Apariția fistulei este precedată de regulă de prodrome, în care se încadrează o serie de semne și simptome locale și generale.

Semnele generale întâlnite pot fi: **febra** peste 38° C, **frisonul**, **tahicardia**, **oliguria**, **alterarea stării generale**, **manifestările pleuropulmonare**, **faciesul congestiv**, palid sau cianotic etc.

Semnele locale (funcționale) sunt prezente aproape ca o regulă. Clinic, se remarcă persistența sau reapariția ileusului dinamic după reluarea temporară a peristalticii. Cel mai frecvent se observă prelungirea sau reapariția stazei gastrice. Alteori tranzitul intestinal se oprește după ce a fost inițial reluat sau poate apărea precoce sub forma scaunelor diareice. Pacientul acuză de regulă dureri profunde, cu punct de plecare la nivelul operației, dar cu tendință de difuziune, senzație de greutate în pelvis și meteorism abdominal.

2. **Investigații paraclinice:** Investigații radiologice, endoscopie, biopsie, ecografie abdominală, tomografia computerizată abdominală, scintigrafia, RMN abdominală

TRATAMENTUL FISTULELOR INTESTINALE POSTOPERATORII

Obiectivele terapeutice în cazul fistulelor digestive postoperatorii sunt închiderea fistulei și restabilirea continuității digestive prin mijloace nonchirurgicale și/sau chirurgicale.

Evoluția unui pacient cu fistulă digestivă postoperatorie poate fi împărțită în cinci faze secvențiale, dar care se suprapun. Definirea acestor faze este extrem de utilă medicului curant în tratamentul acestei temute complicații.

Faza 1 - Recunoașterea fistulei și stabilizarea pacientului - în primele 24-48h

- Reechilibrarea hidroelectrolitică,
- Corecția anemiei
- Drenajul colecțiilor septice
- Restabilirea presiunii coloid-osmotice
- Instituirea suportului nutritiv
- Controlul drenajului fistulei
- Instituirea îngrijirii tegumentelor

Faza 2 — Investigații - primele 7-10 zile

- Examen clinic
- Examine de laborator
- Examine radiologice - Fistulografia se indică de regulă după 7-10 zile.

Ecografie
Computer tomografie
Scintigrafie
Endoscopie digestivă
Examen histopatologic
Laparotomie exploratorie

Faza 3 - **Decizia** - între 7-10 zile și 4-6 săptămâni

Faza 4 - **Terapia definitivă** - în cazul închiderii improbabile sau după 4-6 săptămâni

- tratament chirurgical
- tratament radiologic
- tratament endoscopic
- tratament percutanat

Faza 5 - **Vindecarea** - 5-10 zile de la închidere

PARTEA SPECIALA **CONTRIBUȚII PERSONALE**

MOTIVAȚIE ȘI OBIECTIVE

Mortalitatea ridicată pe care o antrenează această complicație postoperatorie gravă, ca și implicațiile ei medico-legale m-au motivat să analizez cauzele de apariție a fistulei intestinale la nivelul rafiilor și anastomozelor digestive, să elaborez un plan de management al unei fistule intestinale și să propun o metodă originală de tratament pe care studiile ulterioare și practica chirurgicală sper că o vor susține.

Obiectivele urmărite în partea specială sunt următoarele:

1. Clasificarea tipurilor de fistule intestinale postoperatorii întâlnite;
2. Realizarea unei baze de date informatizate pentru prelucrarea datelor cu privire la pacienții care au dezvoltat postoperator fistule digestive;
3. Raportarea incidenței de apariție a diverselor fistule digestive postoperatorii la numărul total de operații efectuate în perioada de timp analizată și soldate cu suturi sau anastomoze digestive potențial generatoare de fistule;
4. Analiza factorilor de risc privind apariția diverselor tipuri de fistule digestive postoperatorii;
5. Analiza modalităților diagnostice în funcție de tipul fistulei;
6. Analiza și definirea atitudinii terapeutice în cazul apariției fistulei digestive postoperatorii;
7. Analiza complicațiilor legate de apariția fistulei digestive;
8. Raportarea rezultatelor terapeutice obținute.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul este retrospectiv și s-a desfășurat pe o **perioadă de 6 ani (1.01.2006-31.12.2011)**, în cadrul Clinicii II Chirurgie din Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța.

Lotul de studiu a fost format din 98 de pacienți cu fistule intestinale postoperatorii, spitalizați în perioada 1.01.2006 - 31.12.2011.

Criteriul de selecție a pacienților. Au fost introduși în acest studiu toți pacienții care au dezvoltat fistule intestinale după intervenții chirurgicale efectuate nu numai în clinică, dar și în alte unități sanitare. Nu au fost luați în studiu decât pacienții care au dezvoltat fistule la nivelul suturilor digestive. Au fost excluși cei cu fistule intestinale externe spontane sau care s-au produs prin efracții gastrointestinale nerecunoscute intraoperator.

În cazul a 8 pacienți am practicat ocluzia percutanată cu proteză complexă. *Metoda de ocluzie percutanată cu proteză complexă*, aplicată la 2 pacienți cu fistulă gastro-duodenală, la 4 pacienți cu fistulă entero-enterală și la 2 pacienți cu fistulă entero-colică, reprezintă o metodă originală personală. Proteza complexă are două fețe, una din polipropilen, care se orientează către exterior și una din collagen, care vine în contact cu orificiul fistulos; este lipsită de toxicitate și relativ ieftină.

Ocluzia percutanată cu proteză complexă a fost practică la pacienții care nu prezentau semne de ileus dinamic și nici semne de iritație peritoneală. Proteza a fost aplicată peste fistula enterocutanată, orientând-o cu fața din polipropilen către exterior și cu fața din collagen către orificiul fistulos. Marginile protezei au fost fixate cu fire resorbabile de țesuturile adiacente orificiului fistulos, deasupra protezei s-a plasat un tub de dren pentru verificarea etanșeității protezării. La final s-a aplicat un pansament compresiv.

În unele cazuri, am adăugat la proteză și un antibiotic cu efect local (Rifampicină, Tetraciclină, Metronidazol), sub formă de pulbere sau lichid.

Proteza este rezistentă la acțiunea enzimatică a sucurilor digestive. Collagenul s-a dovedit a fi cel mai rezistent biomaterial la acțiunea lichidelor digestive.

Atât medicul curant cât și pacientul au fost informați cu privire la metoda de tratament, explicându-li-se că în prezent nu există studii clinice similare și că această metodă poate să nu ducă automat la vindecare. Pacienții au acceptat să intre în studio, înțelegând riscurile legate de procedeu și au fost complianți la tratament.

Pentru succesul metodei este esențial să se obțină obturarea completă a traiectului fistulos apoi să se aplice o presiune peste proteză prin pansament compresiv sau meșaj; dacă este posibil este bine să se monteze un tub de dren deasupra protezei.

Colectarea datelor. Culegerea, prelucrarea și interpretarea datelor care s-au obținut prin analiza acestor pacienți au fost foarte mult facilitate de implementarea unei baze de date informatizate. Această bază de date este de concepție proprie și a fost construită special în acest scop, folosind programul software Microsoft Access.

Prelucrarea informațiilor a corespuns următoarelor etape:

- Culegerea materialului – pentru fiecare caz în parte s-a realizat o *fișă tip* (ANEXA 1).
- S-a procedat apoi la *valorificarea cantitativă și calitativă a datelor culese*.

Prezentarea informației în vederea analizei s-a realizat astfel:

- Datele au fost în mod complex observate, pe baza mai multor caracteristici de grupare (datele prelucrate în fișe), având drept scop studiul corelativ al obiectului cercetării.

Efectuarea cercetării a prezentat următoarele **caracteristici**:

- *delimitarea în volum* a colectivității cercetate: un număr de 98 de cazuri
- *criteriul de selecție* al indivizilor a fost reprezentat de prezența unei fistule intestinale postoperatorii.
- cercetarea a fost *integrală*, studiindu-se întregul volum din colectivitatea cercetată.
- *delimitarea în timp*: cercetare pe perioada 2006-2011.

Prelucrarea matematică a datelor experimentale

Datele au fost sistematizate sub formă de *tabele* funcție de experiment (pe loturi).

Prezentarea datelor s-a realizat prin *reprezentări grafice de tip "coloană" și "sectoriale"* conform cerințelor științifice existente în domeniu. Valorile obținute au fost considerate normal distribuite, utilizând *distribuția Gauss, în jurul unei valori medii*.

Au fost determinate pentru fiecare parametru cuantificabil din punct de vedere matematic următoarele valori caracteristice:

a. **valoarea medie:**

$$\text{valoare_medie} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \text{valoare_masurata}$$

unde: n-număr de determinări;

i-ordinul determinării;

b. **deviația standard a valorilor:**

$$S. D. = \sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (\text{valoare_medie} - \text{valoare_masurata})^2}$$

În vederea stabilirii semnificației modificărilor dintre valorile unor mărimi aparținând diferitelor loturi au fost utilizate:

testul „t” – Student

testul „χ²” și

testul „ANOVA” *Analysis of Variance*

REZULTATE

Lotul de studiu a fost format din 98 de pacienți, prezentând cel puțin o fistulă intestinală postoperatorie, recrutați într-o perioadă de 6 ani (01.01.2006-31.12.2011) dintr-un total de 1893 pacienți operați pe tractusul digestiv în acest interval de timp. Procentual, cazurile de fistulă intestinală postoperatorie reprezintă 5,18% din totalul cazurilor operate, valoare situată între cele raportate în literatura de specialitate.

1. Distribuția fistulelor intestinale la pacienții operați funcție de operația realizată

Din cele 1893 operații pe tractul digestiv, la 112 au fost practicate anastomoze eso-enterale, la 642 s-au realizat anastomoze gastro-duodenale/enterale, la 392 s-au realizat anastomoze entero-enterale iar la 747 - anastomoze enterocolice sau enterorectale.

Cele 112 de anastomoze esoenterale au fost urmate de fistule eso-enterale în 14 cazuri (12,5%). După cele 642 de anastomoze gastroduodenale/enterale au apărut 29 de fistule gastroduodenale (4,52%). Un număr de 22 de fistule (5,61%) entero-enterale au apărut după cele 392 de intervenții pe intestinul subțire. Anastomozele enterocolice și enterorectale, în număr de 747, au fost urmate de 33 de fistule anastomotice (4,42%).

Distribuția fistulelor intestinale la pacienții operați funcție de operația realizată

Tipul operației	Nr. Operații	Nr. Fistule	%
Anastomoză esoenterală	112	14	12,5%
Anastomoză gastroduodenală/enterală	642	29	4,52%
Anastomoză entero-enterală	392	22	5,61%
Anastomoză enterocolică, enterorectală	747	33	4,42%
Total	1893	98	5,18%

2. Structura pe sexe a lotului de studiu

Din cei 98 de pacienți cu fistulă intestinală postoperatorie 32 au fost femei iar 66 au fost bărbați. Raportul femei/bărbați a fost de 1/2,06 la lotul studiat.

Structura lotului de studiu în funcție de sex

Sex	Număr	%
Femei	32	32,65%
Barbați	66	67,35%
Total	99	100%

3. Distribuția fistulelor intestinale funcție de localizare

Din cele 98 de fistule intestinale postoperatorii dezvoltate de pacienții studiați, 14 (14,28%) fistule au apărut pe anastomoze eso-enterale, 29 (29,59%) au fost urmarea unor anastomoze gastroduodenale, 22 (22,44%) au apărut după anastomoze entero-enterale iar 33 (33,67%) după anastomoze entero-colice și entero-rectale.

Distribuția fistulelor intestinale funcție de localizare

Forma anatomoclinică de fistulă intestinală	Număr pacienți	Procent(%)
Fistulă esoenterală	14	14,28%
Fistulă gastroduodenală/enterală	29	29,59%
Fistulă entero-enterală	22	22,44%
Fistulă entero-colică, entero-rectală	33	33,67%
Total	98	100%

4. Structura lotului pe grupe de vârstă și sex

Din cei 98 de pacienți, 2 au avut vârsta mai mică de 20 de ani, 11 au avut vârsta între 20-30 de ani; 13 pacienți au fost în grupa 30-40 de ani; 17 au avut între 40-50 de ani; 20 au avut între 50-60 de ani; 20 au avut vârste între 60-70 de ani iar 15 au avut peste 70 de ani.

Structura lotului în funcție de grupa de vârstă și sex

Sexul	Vârsta						
	<20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	>70 ani
Femei	0	4	4	6	7	6	5
Bărbați	2	7	9	11	13	14	10
Total	2	11	13	17	20	20	15
%	2,04%	11,22%	13,27%	17,35%	20,41%	20,41%	15,30%

5. Distribuția factorilor sistemici predispozanți în fistulele intestinale postoperatorii

La cele 98 de fistule intestinale postoperatorii am sesizat prezența următorilor factori sistemici predispozanți: malnutriția la 26 de cazuri (26,53%), hipertensiunea arterială la 27 de cazuri (27,55%), arteriopatie la 8 cazuri (8,16%), fumat la 12 cazuri (12,24%), diabet zaharat la 8 cazuri (8,16%), obezitate la 6 cazuri (6,12%) anemie la 46 de cazuri (46,94%), transfuziile sanguine în egala măsură cu malignitate la 61 cazuri (62,24%), sepsă la 24 de pacienți (24,49%), insuficiență renală cronică la 1 caz (1,02%), icter sau ciroză la 2 cazuri (2,04%), iradiere preoperatorie la 7 cazuri (7,14%), chimioterapie preoperatorie la 7 cazuri (7,14%), corticoterapie la 3 cazuri (3,06%), boală inflamatorie intestinală la 7 cazuri (7,14%), boli pulmonare la 8 cazuri (8,16%).

TaDistribuția factorilor sistemici predispozanți în fistulele intestinale postoperatorii

Factor predispozant	Număr de cazuri/98 fistule	Procent
malignitate	61	62,24%
Transfuzii sanguine	61	62,24%
Anemie	46	46,94%
Hipertensiune arterială	27	27,55%
Malnutriție	26	26,53%
Peritonită/sepsă	24	24,49%
Fumat	12	12,24%
Diabet zaharat	8	8,16%
Arteriopatie	8	8,16%
Boli pulmonare	8	8,16%
Boală inflamatorie intestinală	7	7,14%
Chimioterapie preoperatorie	7	7,14%
Iradiere preoperatorie	7	7,14%
Obezitate	6	6,12%
Corticoterapie	3	3,06%
Icter/ciroză	2	2,04%
Insuficiență renală cronică	1	1,02%

6. Distribuția fistulelor intestinale postoperatorii funcție de malignitatea leziunilor

Din cele 98 de fistule intestinale postoperatorii studiate, 61 (62,24%) au apărut după intervenții chirurgicale vizând tratamentul unei boli maligne.

Distribuția fistulelor intestinale postoperatorii funcție de malignitatea leziunilor

Malignitatea leziunilor	Număr de cazuri	Procent
Prezentă	61	62,24%
Absentă	37	37,76%
Total	98	100%

7. Tratamentul chirurgical de urgență sau programat

Studiul nostru a aratat ca fistulă intestinală a apărut la 66 de pacienți (67,65%) care au fost operați programați, față de 32 de pacienți care au fost operați în regim de urgență (32,65%). Numărul mic de fistule aparute după intervenție de urgență este explicat prin faptul ca pacienți operați în regim de urgență nu beneficiază de efectuarea unei anastomoze în primul timp ci se preferă unui anus ilieac ce reduce riscul de apariția fistulelor.

Distribuția fistulelor enterale funcție de intervenția chirurgicală de urgență.

Intervenția chirurgicală	Număr de pacienți	Procent
De urgență	44	44,9%
Programată	54	55,1%
Total	98	100%

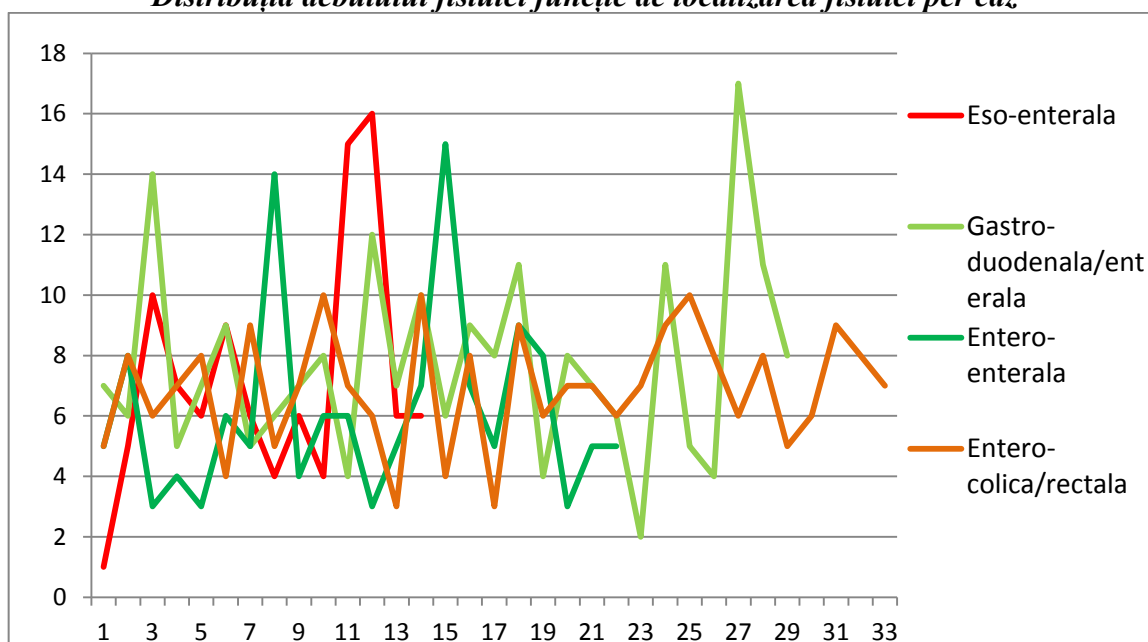
8. Diagnosticul clinic, debutul fistulelor intestinale

Debutul fistulelor esoenterale a avut loc că medie în ziua 7,21 cu interval între ziua 1 și a 16, al celor gastroduodenale și gastroenterale în ziua 7,72 cu interval între ziua 2 și a 17, al celor enteroenterale în ziua 6,18 cu interval între ziua 3 și a 15 iar cele enterocolice și enterorectale au fost diagnosticate în ziua 6,91 cu interval între ziua 3 și a 10. Aceste constatări ne avertizează asupra riscurilor care rezultă din externarea precoce a pacienților cu intervenții chirurgicale asupra tubului digestiv. Majoritatea fistulelor intestinale au putut fi diagnosticate prin examenul fizic al pacientului. Astfel, la 82 (83,67%) din cei 98 de pacienți studiați diagnosticul a fost evident clinic.

Distribuția diagnosticului clinic în fistulele intestinale

Diagnostic clinic	Număr de pacienți	Procent
Pozitiv	82	83,67%
Negativ	16	16,32%
Total	98	100%

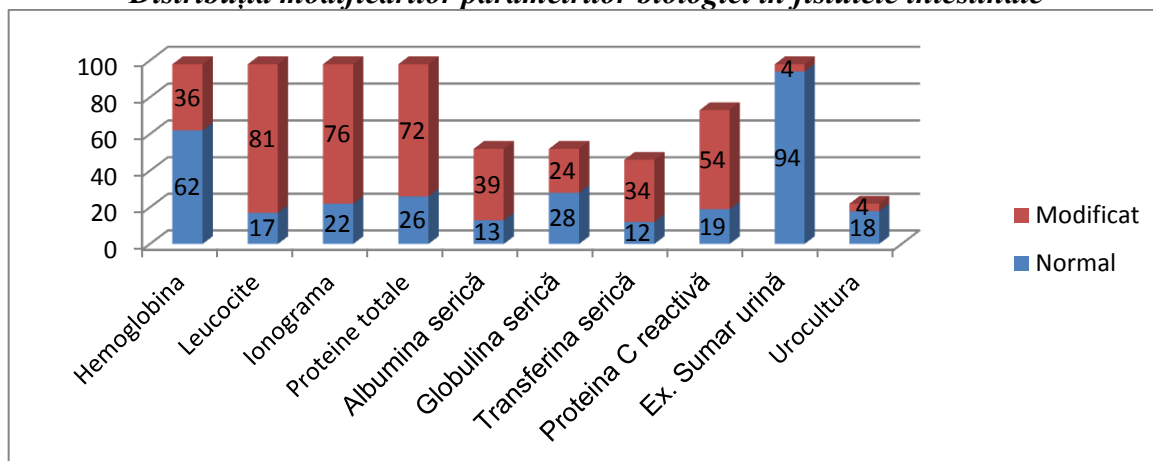
Distribuția debutului fistulei funcție de localizarea fistulei per caz



9. Diagnosticul biologic

Parametrii biologici care s-au modificat la pacienții cu fistulă intestinală au fost: hemoglobina, leucocitele, ionograma (sodiu, potasiu, clor), proteinele totale, albumina serică, globulina serică, transferina serică (al cărei nivel scăzut este un factor de predicție pentru lipsa vindecării) și proteina C reactivă (al cărei nivel poate fi crescut)

Distribuția modificărilor parametrilor biologici în fistulele intestinale



10. Diagnostic paraclinic

În situații incerte putem apela nu numai la analizele de laborator, dar și la investigațiile imagistice. Radiografia abdominală pe gol s-a efectuat la 27 de pacienți (27,55%), ecografia s-a practicat la 81 (82,65%), tomografia computerizată la 87 (88,77%), radiografia eso-gastroduodenală cu bariu la 4 pacienți, irigografia la 2 pacienți, tranzitul baritat la 2 pacienți, fistulografia la 8 pacienți, RMN la 11 pacienți, administrarea orală de markeri nonabsorbabili la 15 pacienți și cistoscopia la 1 pacient.

Distribuția investigațiilor paraclinice în fistulele intestinale

Investigația paraclinică	Număr de pacienți	Procent
Rx. Abdominală simplă	27	27,55%
Echografia abdominală	81	82,65%
Computer-tomografia abdominală	87	88,77%
Rx. Esogastroduodenală	4	4,08%
Irigografia	2	2,04%
Tranzit baritat	2	2,04%
Fistulografia	8	8,16%
Markeri nonabsorbabili	15	15,30%
RMN	11	11,22%
Cistoscopia	1	1,02%

11. Tratamentul fistulelor intestinale

Din cei 98 de pacienți studiați, 70 (71,43%) au fost tratați chirurgical iar 28 (28,57%) au fost tratați conservator.

Distribuția tratamentului fistulelor intestinale

Tratamentul	Număr de pacienți	Procent
Chirurgical	70	71,43%
Conservator	28	28,57%
Total	98	100%

11.1. Tratamentul conservator al fistulelor intestinale

Pentru tratamentul conservator al fistulelor intestinale am folosit patru procedee: meșajul la 10 pacienți (35,71%), drenajul aspirativ la 8 pacienți (28,57%), aplicarea de Gelaspon la 2 pacienți (7,14%) și acoperirea orificiului fistulos cu proteză cu dublă față (polipropilen și collagen), care a fost practică la 8 pacienți (28,57%).

Distribuția metodelor de tratament conservator al fistulelor intestinale

Tratament conservator	Număr de pacienți	Procent
Meșaj	10	35,71%
Drenaj aspirativ	8	28,57%
Aplicarea de Gelaspon	2	7,14%
Proteză cu două fețe	8	28,57%
Total	28	100%

11.2. Nutriția pacienților cu fistule intestinale

Nutriția parenterală s-a aplicat la 22 de pacienți (22,44%) din cei 98 cu fistule digestive. La 24 de pacienți s-a folosit nutriția enterală (24,49%) iar 10 pacienți (10,20%) au beneficiat atât de nutriție enterală cât și de nutriție parenterală.

Distribuția nutriției la pacienții cu fistule intestinale

Nutriție	Număr de pacienți	Procent
Enterală	24	24,49%
Parenterală	22	22,44%
Enterală+parenterală	10	10,20%
Orală	42	42,85%
Total	98	100%

11.3. Administrarea de Sandostatin la pacienții cu fistule intestinale

Pentru reducerea secrețiilor digestive s-a administrat Sandostatin la 31 pacienți (31,63%); la 18 dintre aceștia s-a obținut vindecarea prin tratament conservator, ceilalți 13 necesitând intervenție chirurgicală.

Distribuția administrării de Sandostatin funcție de localizarea fistulei intestinale

Localizarea fistulei	Total	Administrare Sandostatin		Nr. Pacienți	Procent
Esoenterală	14	Da		0	0%
		Nu		14	100%
Gastroduodenală/enterală	29	Da		13	44,82%
		Nu		16	55,17%
Entero-enterală	22	Da		12	54,54%
		Nu		10	45,45%
Enterocolice/rectale	33	Da		6	18,18%
		Nu		27	81,81%
Total	98	DA		NU	100%
		Nr	%	Nr	%
		31	31,63%	67	68,36

11.4. Tratamentul chirurgical al fistulelor intestinale

11.4.1. Criteriile de reintervenție chirurgicală

Criteriile de reintervenție chirurgicală au fost reprezentate de: alterarea stării generale (65 de pacienți - 92.85%), semne toxiinfecțioase generale (febră, frison) – la 58 de pacienți (82.85%), dispnee cu polipnee (34 de pacienți – 48.57%), tahicardie constant (46 de pacienți – 65.71%), instabilitate cardiocirculatorie (29 de pacienți – 41.42%), hipotensiune (19 pacienți – 27.14%), oligurie (48 de pacienți – 68.57%), diaree (24 pacienți – 34.28%), vărsături (18 pacienți – 25.71%), aspirat gastric crescut (52 pacienți – 74.28%), tranzit intestinal absent (54 pacienți – 77.14%), hemoragie digestivă superioară (12 pacienți – 17.14%), agitație psihomotorie (9 pacienți – 12.85%), confuzie (11 pacienți – 15.71%),

somnolență (26 pacienți -37.14%), semne locale de peritonită sau ocluzie (47 pacienți – 67.14%), exteriorizarea de lichid digestiv pe tuburile de dren (53 pacienți – 75.71%), supurația plăgii operatorii (26 pacienți – 37.14%), eviscerația plăgii operatorii (12 pacienți – 17.14%), modificări biologice (leucocitoză, scăderea numărului de trombocite, scăderea fosfatemiei, creșterea ureei și creatininei serice, tulburări electrolitice și acidobazice, modificări ale coagulogramei) – 87 de pacienți (97.14%).

Distribuția criteriilor de reintervenție chirurgicală în fistulele intestinale

Criteriu de reintervenție	Număr de pacienți	Procent
Alterarea stării generale	65	92.85%
Semne toxiinfecțioase generale	58	82.85%
Dispnee cu polipnee	34	48.57%
Tahicardie	46	65.71%
Instabilitate cardiocirculatorie	29	41.42%
Hipotensiune	19	27.14%
Oligurie	48	68.57%
Diaree	24	34.28%
Vărsături	18	25.71%
Aspirat gastric crescut	52	74.28%
Tranzit intestinal absent	54	77.14%
Hemoragie digestivă superioară	12	17.14%
Agitație psihomotorie	9	12.85%
Confuzie	11	15.71%
Somnolență	26	37.14%
Peritonită sau ocluzie	47	67.14%
Lichid digestiv pe tubul de dren	53	75.71%
Supurația plăgii operatorii	26	37.14%
Eviscerație	12	17.14%
Modificări biologice	68	97.14%

12. EVOLUȚIE, VINDECARE ȘI MORTALITATE

În studiul prezent, vindecarea s-a obținut în toate tipurile de fistule digestive postoperatorii în procente diferite. Din lotul studiat, procesul de vindecare a fost întâlnit la 62 de pacienți (63,27%) iar 36 de pacienți au decedat (36,73%).

12.1. Mortalitatea în funcție de localizarea fistulei

Mortalitatea cea mai ridicată s-a înregistrat la pacienții cu fistule esofagiene, 9 din 14 pacienți (64,28%), urmată de cea în care subiecții au prezentat fistule gastroduodenale/enterale, 11 din 29 de pacienți (37,93%). Pe locul trei situându-se mortalitatea în cazul fistulelor enterale, 7 din 22 de pacienți (31,81%) iar cea mai redusă fiind întâlnită în cazul pacienților cu fistule enterocolice/rectale 9 din 33 de pacienți (27,28%).

Mortalitatea în funcție de localizarea fistulei

Localizarea fistulei	Număr de pacienți	Vindecare		Mortalitate	
		Număr	Procent	Număr	Procent
Fistulă eso-enterală	14	5	35.71%	9	64.28%
Fistulă gastro-duodenală/enterală	29	18	62.07%	11	37.93%
Fistulă entero-enterală	22	15	68.18%	7	31.81%
Fistulă entero-colică/rectală	33	24	72.72	9	27.28%
Total fistule	98	62	63,27	36	36,73%

12.2. Mortalitatea în funcție de tipul tratamentului

În toate tipurile de fistule digestive postoperatorii întâlnite în studiul prezent, mortalitatea a fost mai ridicată dacă a fost necesară reintervenția chirurgicală cu excepție fistulelor entero colice unde mortalitatea a fost mai mare în tratamentul conservator.

S-a constatat, astfel că, în cadrul lotului studiat, atitudinea conservatorie a dus la un procent mai mare de cazuri soldate cu exitus, 12 din 28 de pacienți (42,86%), în raport cu procentul de decese înregistrat la subiecții tratați chirurgical, 25 din 70 (35,71%).

Distribuția mortalității funcție de tipul tratamentului și localizarea fistulei

Localizarea fistulei	Număr de pacienți	Tratament		Vindecare		Mortalitate	
				Nr	%	Nr	%
Fistulă eso-enterală	14	Conservator	8	4	50%	4	50%
		Chirurgical	6	1	16,67%	5	83,33%
Fistulă gastro-duodenală/enterală	29	Conservator	8	7	87,5%	1	12,5%
		Chirurgical	21	11	52,38%	10	47,61%
Fistulă entero-enterală	22	Conservator	5	4	80%	1	20%
		Chirurgical	17	11	64,7%	6	35,3%
Fistulă entero-colică/rectală	33	Conservator	7	2	28,57%	5	71,42%
		Chirurgical	26	22	84,61%	4	15,39%
Total	98	Conservator	28	17	60,71%	11	39,39%
		Chirurgical	70	45	64,29%	25	35,71%

12.3. Mortalitatea în funcție de tipul de fistulă și sexul pacientului

Dinamica mortalității în funcție de repartitia pe sex a surprins frecvența mai crescută la bărbați, 23 de pacienți din 36 (63,89%), decât la femei 13 pacienți din 36 (36,11%), în concordanță cu procentul de cazuri a căror evoluție a fost favorabilă, vindecarea a fost întâlnită mai frecvent la bărbați, 43 din 62 de pacienți (69,35%),

În ceea ce privește repartitia mortalității în funcție de sex și tipul fistulei se constată frecvența mai mare la bărbați în toate cazurile, cu excepția fistulelor enterocolice/rectale unde frecvența este mai mare la femei (55,55%)

Distribuția fistulelor intestinale la pacienții operați funcție de mortalitate/ vindecare și sex

Fistule	Esoenterale		Gastro-duodenale/enterale		Entero-enterale		Entero-colice/rectale		Total	
	14		29		22		33		98	
Deces	9 (64,28%)		11 (37,93%)		7 (31,81%)		9 (27,27%)		36 (36,73%)	
	Barbat	Femei	Barbat	Femei	Barbat	Femei	Barbat	Femei	Barbat	Femei
	7	2	8	3	4	3	4	5	23	13
Vindecat	5 (35,71%)		18 (62,07%)		15 (68,18%)		24 (72,72%)		62 (63,26%)	
	Barbat	Femei	Barbat	Femei	Barbat	Femei	Barbat	Femei	Barbat	Femei
	4	1	15	3	8	7	16	8	43	19

12.4. Mortalitatea în funcție de tipul de fistulă și vârsta pacientului

Mortalitatea a predominat la pacienții vârstnici. Prin urmare vârsta reprezintă un factor de prognostic nefavorabil pentru evoluția ulterioară a pacientului. În lotul studiat, mortalitatea

a survenit la 55% dintre pacienții cu vârsta între 50-70 de ani și la 53,34% cu vârsta peste 70 de ani, comparativ cu mortalitatea în procent de 18,18% și 15,38% la pacienți cu vârsta între 20-30 de ani, respectiv 30-40 de ani.

Distribuția fistulelor enterale la pacienții operați funcție de mortalitate/ vindecare și vârstă

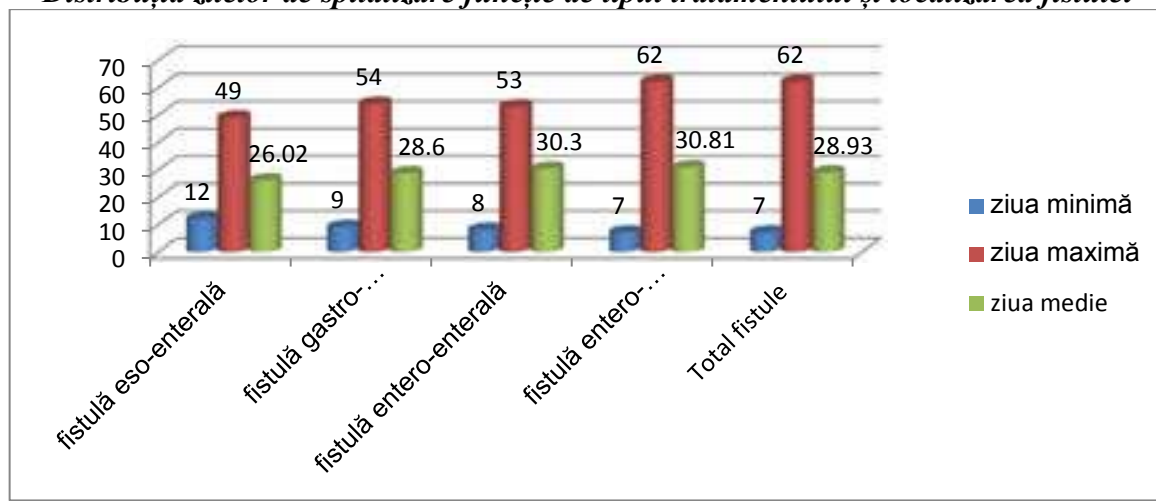
Virstă		<20		20-30		30-40		40-50		50-60		60-70		>70	
TOTAL		2		11		13		17		20		20		15	
Evoluție		deces	vindecat	deces	vindecat	deces	vindecat	deces	vindecat	deces	vindecat	deces	vindecat	deces	vindecat
fistulă	număr														
Eso-enterală	14	0	0	2	1	2	0	0	1	2	1	2	1	1	1
Gastro-duodenală/enterală	29	0	1	0	4	0	6	2	3	4	2	3	1	2	1
Entero-enterală	22	0	1	0	2	0	2	0	5	2	3	3	1	2	1
Entero-colică/rectală	33	0	0	0	2	0	3	1	5	3	3	3	6	2	5
	98	0	2	2	9	2	11	3	14	11	9	11	9	7	8
TOTAL	Procent	0%	100%	18,18%	81,82%	15,38%	84,62%	17,64%	82,36%	55%	45%	55%	45%	46,66%	53,34%

13. DURATA SPITALIZĂRII

Repartiția pacienților cu fistulă enterală în funcție de durata spitalizării

Durata medie de spitalizare la lotul studiat a fost de 28,93 de zile, cu zile minime de spitalizare în număr de 7 și maxime de 62. Aceasta perioada este sensibil mai mică decât cea menționată în literatura de specialitate (43 de zile). Cea mai scurtă perioadă de spitalizare s-a înregistrat în cazul fistulelor gastro-duodenale/enterale (26,02 de zile), iar cea mai îndelungată în cazul celor entero-colice/rectale (30,81 de zile).

Distribuția zilelor de spitalizare funcție de tipul tratamentului și localizarea fistulei



DISCUȚII

Managementul pacientului cu fistulă intestinală postoperatorie este multidisciplinar, cu implicarea chirurgului, anestezistului, radiologului, gastroenterologului, psiho-terapeutului, stomaterapeutului etc. Îngrijirea pacientului cu fistulă intestinală presupune resurse material importante, personal specializat, cu experiență și dedicat, perioadă îndelungată de tratament. Concentrarea de resurse umane specializate, precum și a resurselor materiale și financiare corespunzătoare în unele centre, printre acestea numărându-se și Clinica de Chirurgie Constanța, ne determină să afirmăm că este recomandabil ca în România toți pacienții cu astfel de complicații postoperatorii să fie referiți acestor centre.

Etapale tratamentului fistulelor intestinale: 1. Stabilizarea pacientului,
2. Investigații,
3. Decizia,
4. Terapia definitivă,
5. Vindecarea.

Stabilizarea pacientului. La pacienții noștri această subetapă a durat între 24-48h. În acest timp s-a practicat: reechilibrare hidroelectrolitică; corecția anemiei; drenajul colecțiilor septice; restabilirea presiunii coloid-oncotice; instituirea suportului nutritiv; controlul drenajului fistulei; instituirea îngrijirii tegumentului; antibioterapie; instituirea unor măsuri de scădere a volumului secrețiilor digestive; suportul psihoemoțional al pacientului.

Reechilibrarea hidroelectrolitică s-a realizat prin administrarea de soluții cristaloide, de regulă 3000-4000ml, pentru înlocuirea pierderilor lichidiene rezultate din sechestrarea acestora în lumenul și peretele intestinal sau din eliminările renale. *Anemia* s-a corectat prin administrarea de masă eritocitară sau sânge integral. *Drenajul abceselor evidente* s-a făcut înainte de montarea cateterelor venoase central deoarece este cunoscut riscul de infecție în cazul folosirii acestora. *Hipoalbuminemia* a fost corectată prin administrarea de albumin exogenă până la atingerea nivelului seric de 5 mg/dl. *Controlul drenajului fistulei* s-a realizat prin drenajul aspirativ al fistulei (în cazul fistulelor cu debit mare) sau prin montarea unei punți de contenție (în cazul fistulelor cu debit mic), care au permis aprecierea exactă a lichidului drenat, pierderile hidroelectrolitice putând fi just apreciate și corect înlocuite. *Îngrijirea tegumentelor* s-a bazat pe instituirea unei modalități de colectare a secrețiilor și prin folosirea de protectoare tegumentare. Aceste preparate au prevenit macerarea tegumentului prin împiedicarea contactului acestora cu conținutul fistulos sau prin neutralizarea secrețiilor. *Instituirea suportului nutritiv.* Nutriția parenterală s-a aplicat la 22 pacienți (22,44%), diagnosticați cu fistule intestinale iar nutriția enterală la 24 pacienți (24,49%). 10 pacienți (10,20%) au beneficiat atât de nutriție enterală, cât și parenterală. La 42 pacienți (42,85%) au beneficiat numai de nutriție orală.

Nutriția parenterală nu s-a administrat la un număr mai mare de pacienți și din considerente financiar-administrative, fiind binecunoscute costurile crescute ale acesteia. *Măsurile de scădere a volumului secrețiilor digestive* au fost instituite după reechilibrarea hidroelectrolitică și controlul drenajului extern al fistulei. S-au folosit în acest scop antagoniștii de receptori histaminici (la toți pacienții) și octreotidul.

Antibioterapia. În diferite situații a fost utilizată antibioterapia la toți pacienții: ca tratament al celulitei sau infecției ce se extinde la nivelul țesuturilor, în primele 5 zile de la debutul fistulei; pentru managementul bacteriemiei, confirmată de hemocultură, care poate surveni dacă fistula se însoțește de un abces; prezența sepsisului; profilaxia în cazul intervențiilor chirurgicale.

Suportul emoțional al pacientului. Tratatamentul aplicat trebuie explicat în permanență pacientului și familiei sale, tocmai pentru a obține din partea acestuia complianța și încrederea deplină în echipa medicală.

Investigații. În studiul prezent ne-am străduit să lămurim prin investigații următoarele probleme: dacă există continuitate digestivă la nivelul fistulei sau este o dehiscență totală; dacă fistula este terminală sau laterală; dacă există abcese și dacă acestea comunică cu traiecul fistulos; dacă starea tubului digestive adiacent fistulei este afectată (leziune, stenoză, inflamație); dacă există obstrucție distal de fistulă; stabilirea segmentului de tub digestive căruia îi aparține fistula; stabilirea cauzei fistulei; dacă lungimea traiecului este mai mare de 2cm.; dacă defectul digestive este mai mare de 1cm⁴.

Decizia. Obiectivele terapeutice în cazul fistulelor intestinale postoperatorii sunt închiderea fistulei și restabilirea continuității digestive prin mijloace conservatoare și/sau chirurgicale. Cel mai adesea acestea se realizează spontan. Vindecarea spontană nu este posibilă decât la o treime din pacienții cu condiții nefavorabile etiologice, anatomice sau nutriționale. Chiar în absența oricărui factor nefavorabil este dificil de prezis închiderea spontană a fistulei și de decis tipul de tratament: conservator sau chirurgical.

În esență, obiectivele managementului aplicat pacientului care a dezvoltat fistulă intestinală postoperator sunt cuprinse în acronimul englezesc „SNAP” - **sepsis, nutriție, anatomie, procedure terapeutice.**

Criterii de reintervenție de urgență

Decizia de reintervenție de urgență este dificil de luat datorită inconstanței semnelor de certitudine pentru peritonita postoperatorie. Deși semnele generale sunt de obicei precoce și frecvente, semnele funcționale digestive sunt greu de interpretat uneori. M. Guivare'h și colab. scriau în 1977: „Dacă semnele abdominale, familiare chirurgului, sunt inconstante și tardive, semnele generale infecțioase, familiare reanimatorului, sunt precoce.” Tandemul chirurg-anestezist trebuie să funcționeze pentru că decizia de reintervenție trebuie stabilită în maxim 24 ore.

Criteriile de reintervenție de urgență sunt reprezentate de:

- **alterarea stării generale**, cu semne toxiinfecțioase generale: *febră, frisoane*
- **apariția semnelor generale** de gravitate. Uneori una sau mai multe insuficiențe visceral domină tabloul clinic, în absența semnelor abdominale.
 - o *aparat respirator*: dispnee cu polipnee (>20 respirații/min), necesar de oxigenoterapie pe mască, tardiv necesar de suport ventilator. Polipneea, însoțită de alcaloză respiratorie, care nu pot fi influențate de către analgezice sau de administrarea de oxigen reprezintă un semn precoce al peritonitei postoperatorii. Etiologia polipneei ar fi atribuită endotoxinei.
 - o *aparat cardio-vascular*: tahicardie constantă, cu valori mari (>120 bătăi/min), care nu poate fi legată de altă cauză (hemoragie, cardiopatie), semne de disfuncție miocardică și instabilitate cardiocirculatorie care impun administrare de substanțe inotrop pozitive și vasopresoare. Adesea se pot constata hipotensiune „caldă” și puls bine palpabil, dar ușor depresibil ca semne ale unui debit cardiac crescut și al unei rezistențe periferice scăzute, ceea, ce determină, o scădere a presiunii arteriale medii.
 - o *aparat reno-urinar*: oligurie, eventual însoțită de retenție azotată
 - o *tub digestiv*: diareea poate fi unicul semn al unei peritonite submezocolice; grețuri, vărsături, aspirat gastric crescut; tranzit intestinal pentru materii fecale și gaze nereluat sau oprit; hemoragie digestivă superioară prin gastro-duodenită acută erozivo-hemoragică. Atonia și pareza musculaturii netede din peretele intestinal sunt urmări firești ale laparotomiilor și procedurilor chirurgicale de

amplare. La bolnavii asistați respirator, imposibilitatea corectării mecanice - atunci când este permisă - sau farmacologice a parezei intestinale trebuie interpretată ca fiind suspectă.

- *sistem nervos*: agitație psihomotorie, confuzie, insomnii, tardiv dezorientare temporo-spațială și comă. Somnolența și starea de confuzie pot constitui primele semne ale unei complicații în evoluție. Eisele a înregistrat în 80% din cazurile de peritonite postoperatorii tulburări de conștientă, care au debutat precoce și izolat, atunci când nici o altă simptomatologie sau modificare obiectivă a abdomenului nu putuse fi înregistrată¹. Cauza tulburărilor psihice este pusă pe seama endotoxinei bacteriene cu efect pe metabolismul glucidic de la nivelul creierului.
- **semne locale** de tip *peritonitic* sau *ocluziv*. Durerea este greu de interpretat în contextul unui abdomen operat, la fel și semnele clasice de iritație peritoneală - apărarea, contractura musculară. La acești bolnavi intervine și medicația postoperatorie (analgezice, antibiotice), ceea ce poate crea și mai multă confuzie. De aceea în cazul suspiciunii de peritonită postoperatorie se recomandă întreruperea analgezicelor. Exteriorizarea de lichid digestiv (bilios, gastric, pancreatic, enteral, fecaloid) la nivelul tuburilor de dren plasate la distanță de anastomoza digestivă efectuată sau la nivelul plăgii operatorii, cu eventuala antrenare a eviscerației parțiale sau totale, blocate sau libere indică în majoritatea cazurilor indicația de reintervenție chirurgicală. Contează de asemeni cantitatea și calitatea lichidului preluat de tuburile de dren plasate juxtaanastomotice. Un semnal care poate atenționa asupra peritonitei secundare unei fistule digestive postoperatorii este supurația sau, mai grav, eviscerația plăgii operatorii.
- **hemoragia** la nivelul traectului fistulos
- **lipsa răspunsului favorabil** la un tratament intensiv bine condus
- **modificări biologice**
 - Leucocitoză și deplasarea spre stânga a formulei leucocitare,
 - scăderea semnificativă a numărului de trombocite,
 - scăderea fosfatemiei,
 - creșterea ureei și creatininei serice indică alterarea funcției renale,
 - tulburările electrolitice și acidobazice care sunt mai degrabă compensate terapeutic, decât sesizate ca semne alarmante pentru peritonita postoperatorie.
 - modificările coagulogramei indică alături de celelalte anomalii mai sus enumerate, evoluția către insuficiența multiorganică.

Adeseori indicația de reintervenție chirurgicală de urgență în cazul pacienților cu fistulă digestivă postoperatorie este peritonita acută generalizată. Tratamentul chirurgical adresat peritonitei postoperatorii este similar tratamentului peritonitelor difuze în general, bazat pe următoarele principii:

1. Repair = controlul sursei de contaminare
2. Purge = evacuarea conținutului peritoneal, debridarea și lavajul cavității peritoneale.
3. Decompress = prevenirea sau tratarea sindromului de compartiment abdominal
4. Control = prevenirea sau tratarea infecției persistente sau recurente prin controlul evoluției la nivelul fostei surse de contaminare și controlul involuției inflamației peritoneale.

Criterii de temporizare a reintervenției chirurgicale

Temporizarea reintervenției chirurgicale incumbă o mare responsabilitate din partea chirurgului și anestezistului. Acestea sunt:

- absența insuficiențelor viscerale: diureză păstrată, hemodinamică stabilă etc.
- absența semnelor toxi-infecțioase generale
- absența semnelor abdominale de difuziune. Trebuie avut în vedere faptul că la

pacienții vârstnici nu trebuie așteptate semnele certe de iritație peritoneală, care pot lipsi în 2/3 din cazuri.

- restabilirea sau menținerea tranzitului intestinal
- absența modificărilor biologice: absența leucocitozei, azotemiei etc.

Decizia/Stabilirea momentului operator

Dacă sunt întrunite criteriile de reintervenție de urgență, momentul operator nu trebuie să depășească 24 ore de la stabilirea indicației chirurgicale. Dacă însă sunt întrunite criteriile de temporizare, momentul operator este dificil de stabilit, întrucât evoluția ulterioară a pacientului este imprevizibilă. În cazul unei fistule intestinale postoperatorii care se exteriorizează la nivelul tuburilor de dren, care au debit mic și care nu se însoțesc de semne de peritonită difuză și nici de semne generale de gravitate, momentul operator poate fi amânat, chiar anulat. Adesea aceste fistule se vindecă prin tratament conservator, fără a necesita o reintervenție. Însă chiar și în absența factorilor nefavorabili este imposibil de apreciat dacă și când se va vindeca „spontan” o fistulă intestinală survenită postoperator. Dacă în cele din urmă chirurgia se decide pentru intervenție chirurgicală, momentul operator este ales după 7-10 zile, cu condiția bineînțeleasă a absenței sepsisului. În această perioadă se instituie un tratament intensiv de reechilibrare hidroelectrolitică, hematologică și metabolică a pacientului. Cel mai adesea se recurge la nutriție parenterală. Acest interval de timp este obligatoriu din următoarele considerente:

1. În acest interval de timp tegumentele abdominale se pot vindeca, putând permite închiderea rezonabilă după o intervenție chirurgicală majoră.
2. Starea psihoemoțională a pacientului cu fistulă se poate mult ameliora.
3. Intervenția chirurgicală mai devreme de acest interval ar putea conduce la decesul pacientului, care de regulă se află într-o stare hipercatabolică și cu depleție nutrițională.
4. În acest interval de timp se poate obține chiar închiderea „spontană” a fistulei.

Dacă nu s-a obținut închiderea spontană a fistulei și dacă nu sunt nici semne de închidere iminentă a acesteia după 4-5 săptămâni de suport nutritiv la un pacient fără sepsis, este inutil a mai aștepta, indicația chirurgicală fiind clară. Dacă pacientul prezintă semne certe de evoluție favorabilă, cu diminuarea debitului fistulei, cu creșterea nivelului de albumină serică și a greutății corporale și cu reluarea normală a tranzitului intestinal, se poate continua tratamentul conservator fără limită. Totuși rareori se justifică expectativa în vederea închiderii unei fistule digestive la peste 12 săptămâni.

Motivele de eșec al tratamentului conservator sunt următoarele

1. Întreruperea completă a continuității digestive.
2. Obstrucția distală este una din cauzele cele mai frecvente de persistență a fistulei digestive.
3. Abcesul împiedică vindecarea fistulei mai ales dacă nu este drenat adecvat
4. Continuitatea epiteliată mucocutanată împiedică vindecarea fistulei, chiar în absența infecției sau obstrucției distale.
5. Tub digestiv afectat de boală sau lezat.
6. Existența unui corp străin poate întreține un granulom, un abces sau poate produce fenomene ocluzive. La reintervenție se poate descoperi o cauză minoră de întreținere a fistulei, ca de pildă un fir de sutură⁵.
7. Malnutriția nu permite vindecarea nici spontană și nici chirurgicală.

Terapia definitivă

Tratamentul care vizează restabilirea continuității digestive și închiderea fistulei poate fi:

1. Tratament chirurgical

2. Tratament percutanat

1. Tratamentul chirurgical are două componente:

1.a. Pentru ameliorarea stării generale a pacientului, astfel încât să conducă la închiderea spontană a fistulei:

- corecția malnutriției: gastrostomă, jejunostomă de alimentație
- drenajul abceselor
- rezolvarea obstacolului digestiv, situat în aval de fistulă
- intervenții de excludere: derivația proximală (stomă de defuncționalizare); anastomoză latero-laterală, cu/fără șicană Rosanov - procedeu Maisonneuve; excludere unilaterală - procedeu Senn; excludere bilaterală închisă - procedeu Salzer; excludere bilaterală deschisă; dirijarea externă a fistulei: cu sondă Pezzer, sondă Foley, tub Kehr, cateter siliconat spiralat cu 3 căi.

1.b. Operații definitive:

- sutura "in situ";
- sutura/acoperirea defectului cu patch (epiploon, peritoneu parietal, patch intestinal seros, patch intestinal seromuscular, patch de duramater umană, patch de Alloderm, patch de țesut conjunctiv reconstituit din elastină, fibronectină și collagen, patch tisular cu celule alogene sau exogene, inactivate imunologic prin inginerie genetică, patch de elastină fixat cu cianoacrilat, patch de elastină și monomeri de fibrină; lambou muscular, lambou cutanat, lambou cutaneo-muscular;
- exereza intestinului lezat și a fistulei, fără anastomoză restaurativă, cu exteriorizarea capetelor digestive în stomă;
- exereza intestinului lezat și a fistulei, cu anastomoză restaurativă
- cu drenaj mixt (intern și extern)

2. Tratament percutanat

- instilativ-aspirativ
- aspirativ
- ocluziv: fragmente de epiploon conservat la 4°C, fragmente de placenta proaspătă sau conservată, Gelaspon, collagen, tissue glue, polimeri, meșaj ocluziv

Pentru tratamentul conservator al fistulelor intestinale din studiul nostru s-au folosit patru procedee: meșajul la 7 pacienți (25%), drenajul aspirativ la 7 pacienți (25%), aplicarea de Gelaspon la 6 pacienți (21,43%) și acoperirea orificiului fistulos cu proteză cu dublă față (polipropilen și collagen), care a fost practică la 8 pacienți (28,57%). Vindecarea în procedeul cu proteză composite poate să fie datorată și aportului de collagen exogen care activează mecanismele de vindecare gastrointestinală. Vindecarea gastrointestinală implică neosinteza de fibre de collagen. În prima fază a procesului de vindecare, collagenul de la nivelul stratului submucos este degradat. Collagenul exogen plasat la nivelul anastomozei ar putea crește rezistența mecanică a plăgii și ar favoriza vindecarea fistulei intestinale prin mecanisme pasive și active. Se pare că acest collagen acționează ca un suport activ, amplificând procesul exogen. Datorită degradării și sintezei collagenului, pe parcursul procesului de vindecare au loc modificări ale concentrației și orientării spațiale a collagenului. Studiul experimental efectuat de Mutter și colab. a demonstrat prin tehnici de imunofluorescență că fibrele de collagen exogen sunt încorporate la nivelul cicatricei anastomozei digestive⁶.

Vindecarea

În această fază este esențială continuarea suportului nutritiv. Odată ce s-a obținut închiderea fie spontană fie chirurgicală a fistulei, este dificil de convins pacientul să își reia alimentația.

Tradiționala diversificare a alimentației începând cu lichide clare poate să nu fie bine tolerată de pacientul care nu a ingerat nimic timp de 4-6 săptămâni. Este recomandabilă începerea alimentației cu o dietă ușoară. Chiar și după vindecarea fistulei, pacientul are risc de complicații tardive:

- Sindromul de intestine scurt face uneori necesară prelungirea alimentației parenterale la domiciliu, până la adaptarea intestinului rămas;
- Recidiva fistulei intestinale;
- Stenozarea tubului digestive la nivelul fistulei;
- Stenoza esofagiană secundară menținerii îndelungate a sondei nazogastrice devine regulă manifestă la 3-4 săptămâni de la externare. Este rezolvabilă prin dilatații endoscopice și rareori necesită rezecție;
- Apariția perivisceritei cu instalarea subocluziei sau chiar a ocluziei

CAZUISTICĂ PERSONALĂ

Dintre cei 98 de pacienți cu fistulă, 28 au fost tratați conservator dintre care la 8 s-a aplicat o metodă originală folosind proteza compozit cu mecanism ocluziv, fiind fixată în mai multe puncte la perete (aponevroză, mușchi sau chiar piele), urmată de pansament compresiv cu comprese sterile cu sau fără drenaj.

7.1. Localizarea fistulei

Din totalul de 8 fistule, s-au prezentat 2 ca fiind gastro-enterale, 4 entero-enterale și 2 entero-colice.

Distribuția fistulelor tratate cu proteza compozite în funcție de localizare.



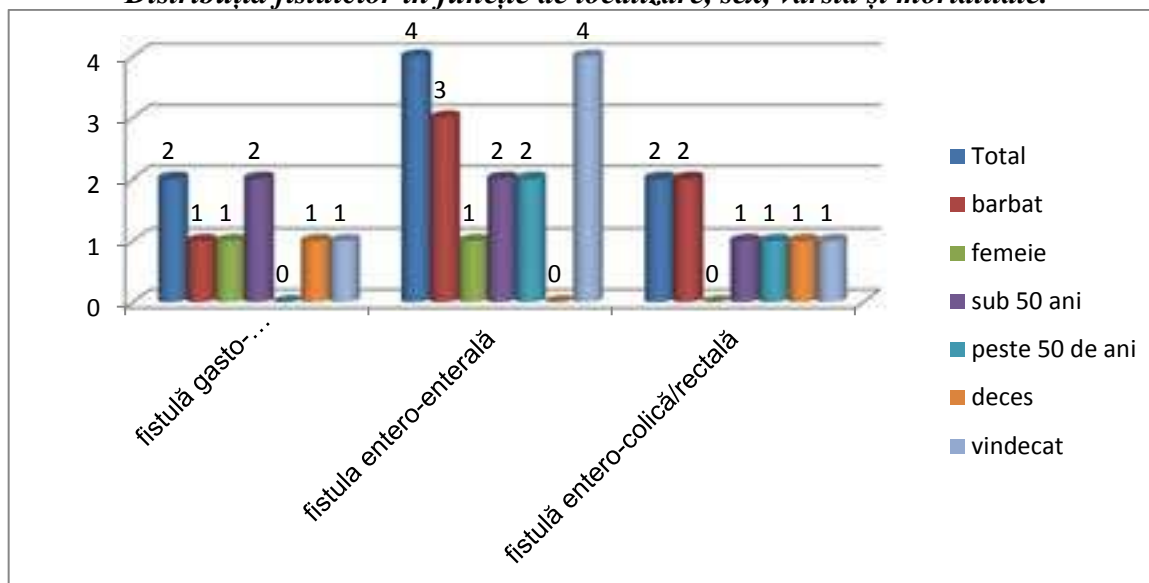
Distribuția fistulelor în funcție de sex, vârstă și evoluție

Din grupul tratat cu proteză compozit, a existat un total de 6 persoane de sex masculin, dintre care 1 a prezentat fistulă gastro-enterală, 3 fistule entero-enterale și 2 fistule entero-colice.

Din același grup, 5 persoane au avut vârsta sub 50 de ani iar 3 peste 50 de ani. Raportat la același grup, au existat 2 fistule gastro-enterale pentru pacienții sub 50 de ani, 2 fistule entero-enterale și 1 caz de fistulă entero-colică. În cazul celor peste 50 de ani, au existat 2 cazuri de fistule entero-enterale și 1 caz de fistulă entero-colică.

Din grupul de 8 pacienți tratați cu proteza, 2 au decedat (1 caz de fistulă gastro-enterală și 1 caz de fistulă entero-colică), 6 cazuri au evoluat favorabil, externându-se vindecați sau spre vândeclare (1 caz de fistulă gastro-enterală, 4 cazuri de fistule entero-enterale și 1 caz de fistulă entero-colică).

Distribuția fistulelor în funcție de localizare, sex, vârstă și mortalitate.



Cazul clinic. Pacientul A.T. în vârstă de 64 ani, diagnosticat cu cardiopatie ischemică cronică, HTA, diabet zaharat, se prezintă în serviciul de urgență pe data de 14.05.2008 în urma unui accident rutier cu dureri abdominale difuze, apărare musculară în fosa iliacă stângă. Tomografia computerizată abdominală relevă prezența de lichid în cantitate medie între ansele intestinale. Hemoglobina la internare are valoarea de 8,2g/l, L 13000elem/ml, Proteinemie 6.3g/l, Uree 49mg/dl, Creatinina 0.74mg/dl, K 4.8mmol/l, Na 140mmol/l, Grautate 75kg.. Se intervine chirurgical și se descoperă o cantitate de aprox. 1000 ml sânge intraperitoneal provenit din dezinserția mezenterului pe aproximativ 15 cm. Se practică enterectomie segmentară, excizând aproximativ 20 cm ileon apoi anastomoză entero-enterală termino-terminală, hemostază, lavaj, drenaj, pacientul beneficiază de transfuzie cu 2 U.I de sânge.

Ziua a 5-a, starea generală bună, hemograma cu evidențierea parametrilor în limitele normale (L 11500elem/ml, Hb 10.3g/dl), K 5.1mmol/l, Na 139mmol/l, Rezerva alcalină 23mEq/ICO₂, Creatinina 0,54mg/dl, Uree 66mg/dl, Proteinemie 6,4g/l, diureza 2000ml/24h, greutate 72kg, pansament îmbibat seros. Se suprimă drenajul peritoneal.

Evoluția este favorabilă până în ziua a 8-a postoperator când se evidențiază exteriorizarea de conținut intestinal prin plaga operatorie în cantitate de 400ml/24h urmat la 2 zile de eviscerație blocată. Se instituie tratamet conservator local insotit de tratament de reechilibrare timp de 4 zile. Se instituie alimentație parenterală pentru 7 zile și se administrează Sandostatin. Analizele de laborator: Hb 9.4g/dl, L 16300elem/ml, Uree 86mg/dl, Creatinina 1.36mg/dl, Rezerva alcalină 21mEq/ICO₂, K 4.3mmol/l, Na 135mmol/l, Proteinemie 5,1g/l, diureza 1200ml/24h, greutate 70kg, pansament îmbibat seros-bilos.

Evoluție nefavorabilă cu alterarii stării generale și fistula cu debit în creștere până la aproximativ 700-800 de ml în ziua a 13-a. analizele de laborator: Uree 210mg/dl, Creatinina 2.92mg/dl, diureza 700ml/24h, Hb 9.2g/dl, L: 12400elem/ml, K 3.9mmol/l, Na 118mmol/l, Proteinemie 5,0g/l, Rezerva alcalină 19mEq/ICO₂, greutate 67kg, tranzitul intestinal absent.

Evoluție trenantă timp de 10 zile prin oscilație de debit între 300-1000 cu deteriorarea tegumentelor la nivelul plagii și cu valori de laborator nemodificate față de ziua a 13-a.

În ziua a 23-a, pacientul prezintă ameliorarea stării generale, L 11500elem/ml, Hb 10.3g/dl, diureza 1500ml/24h, greutate 62kg, Rezerva alcalină 20mEq/ICO₂, K 4.1mmol/l, Na 124mmol/l, Uree 164mg/dl, Creatinina 1.56mg/dl, Proteinemie 4,7g/l, pansament îmbibat seros, debitul fistulei pînă la 30ml/24h. Reluarea alimentației hidrice și prezența tranzitului

pentru gaze și materii fecale. Se decide și se montează o proteză cu două fețe la nivelul fistulei intestinale (fig 7.29)

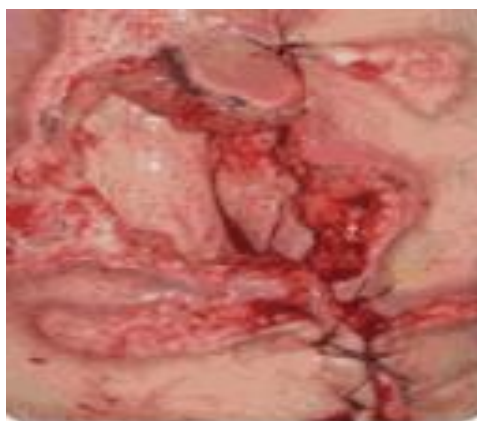


Din prima zi s-a obținut scăderea debitului fistulei la aproximativ 200ml (conținut sero-ental) evaluat prin aspectul îmbibat al pansamentului. Pacientului i se suprimă alimentația per os, fiind alimentat parenteral în decursul primelor 3 zile cu imobilizare aproape totală, pansamentul fiind schimbat zilnic sau la nevoie. Diureza 1800ml/24h

În ziua a 4-a, debitul a scăzut la aproape 100-150ml, leucocitele s-au menținut în jurul valorii de 10000 elem/ml, Hg la 10.7g/dl, fără a necesita transfuzii sanguine (utilizându-se reechilibrare hidroelectrolitică și volemică prin administrarea de ser fiziologic 9% și glucoză 10%). Rezerva alcalină 22mEq/ICO₂. Ionograma a evidențiat corectarea valorilor Na-132mmol/l, K-4.5mmol/l, proteinele-5.5g/l. Ureea a înregistrat o scădere a valorii sale, până la 83mg/dl, creatinina 0.92mg/dl, diureza 2500ml/24h, greutate 63kg. Este reluată alimentația per os cu un regim hidric. Se indică mobilizare ușoară. De menționat că evoluția plăgii a fost favorabilă cu integrarea protezei de compozit.

Ziua a 10-a a fost marcată de scăderea debitului fistulei la 50ml. Leucocitele 7500elem/ml, proteine serice 6.6g/l, K 4.7mmol/l, Na 139mmol/l, Hg 12,0g/dl, Rezerva alcalină 24mEq/ICO₂, Uree 43mg/dl, Creatinina 0.86mg/dl, diureza 2200ml/24h, greutate 64kg. Este completat regimul alimentar prin adăugarea de alimente semisolide. La nivelul plăgii postoperatorii se identifică apariția țesutului de granulație.

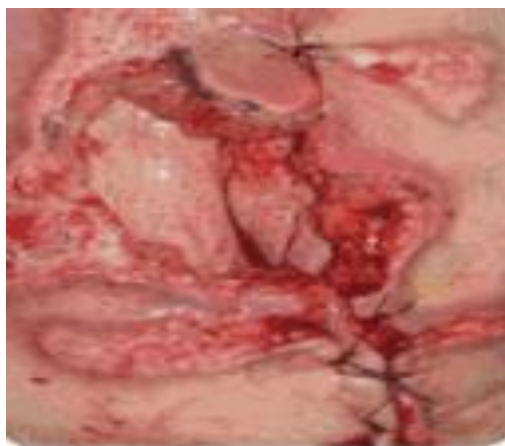
Din ziua a 15-a după montarea protezei, pacientul se mobilizează singur. Analizele de laborator: Hg 12.6g/dl. Leucocite 6700elem/ml, Na 140mmol/l, K 4.8mmol/l, Proteine 6.8g/l, Uree 35mg/dl, Creatinina 0.83 mg/dl, Rezerva alcalină 24mEq/ICO₂, greutate 65kg, diureza 1900ml/24h. Pansament curat. Reluarea alimentației proteice, debitul fistulei a scăzut până la 20 ml.



După o săptămână, debitul fistulei este în scădere până la 0ml/24h.

Ziua a 22-a surprinde un pacient cu stare generală bună, cu toleranță digestivă, tranzit intestinal prezent pentru materii fecale și gaze, cu parametri biologici în limite normale (Hb 13.0g/dl, L: 6100elem/ml, ionograma: K 4.7mmol/l, Na 142mmol/l, Proteinemie 6,8/l, Uree 45mg/dl, Creatinina 0.71mg/dl), greutate 67kg, diureza 1700ml/24h, plaga operatorie în curs de vindecare,

În ziua a 25-a pacientul fiind externat cu recomandările: pansament zilnic, evaluare biologică săptămânală.



Poze de control la 60 de zile de la montarea protezei



Tipul operației inițiale, momentul montării protezei tip composite, evoluția clinică și paraclinică a pacientului

Caz clinic, A.T. 64 de ani Urgența		Hg g/dl	Leucocite elem/ml	Transfuzie unități	Starea generală	Tranzit intestinal	Uree mg/dl	Creatinina mg/dl	Diureza ml	Proteine g/100ml	Grautate Kg	Na mmol/l	K mmol/l	Debit fistulă/ml	Rezerva alcalină mEq/lco ₂
Preoperator		8,2	13000	2 U.I	Stabilă	+	49	0,74	-	6,3	75	140	4,8	-	-
Operație		enterectomie segmentară aproximativ 20 cm ileon cu anastomoză entero-enterală termino-terminală,													
Postoperator / ziua	5	10,3	11500	-	Bună	+/-	66	0,54	2000	6,4	72	139	5,1	-	23
	8	9,4	16300	-	Alterată	+/-	86	1,36	1200	5,1	70	135	4,3	400	21
	13	9,2	12400	-	Alterată	-	210	2,92	700	5,0	67	118	3,9	800	19
Montarea protezei	23	10,3	11500	-	Stabilă	+	164	1,56	1500	4,7	62	124	4,1	1000	20
Post Proteza / ziua	1	-	-	-	Stabilă	+	-	-	1800	-	-	-	-	200	-
	4	10,7	10000	-	Stabilă	+	83	0,92	2500	5,5	63	132	4,5	100	22
	10	12,0	7500	-	Bună	+	43	0,86	2200	6,6	64	139	4,7	50	24
	15	12,6	6700	-	Bună	+	35	0,83	1900	6,8	65	140	4,8	20	24
	22	13,0	6100		Bună	+	45	0,71	1700	6,8	67	142	4,7	0	-
	25	Externare in curs de vindecare și cu recomandări: pansament zilnic și evaluarea biologică săptămânală													

CONCLUZII

1. Pornind de la datele din literatura de specialitate și a experienței personale, am ajuns la concluzia că factorii defavorizanti în vindecarea suturilor digestive se pot clasifica în două categorii: factori locali, care contribuie direct la repararea digestivă și factori sistemici, care constau în anomalii sistemice cu efect la distanță, la nivelul suturilor.
2. Factorii sistemici predispozanți cel mai frecvent întâlniți la pacienții incluși în studiu și care au dezvoltat fistule digestive postoperatorii au fost: malignitatea, transfuziile de sânge, anemia, malnutriția, și sepsă.
3. Chirurgii care intervin asupra tractusului digestiv trebuie să aibă întotdeauna în vedere eventualitatea de apariție a fistulei digestive postoperatorii și să urmărească pacientul astfel încât să surprindă primele semne sau simptome alarmante.
4. Diagnosticarea precoce a fistulelor digestive este de preferat neglijării acestora, pentru că viața pacientului poate deveni „o luptă contra cronometru”. Suspicionând apariția acestei complicații, nu vom aștepta „să vedem” evoluția pacientului. În acest sens, ne stau la îndemână investigațiile paraclinice.
5. Intotdeauna, examenul clinic trebuie coroborat cu investigațiile paraclinice, însă în ultimă instanță acesta este cel care contează. Mai mult, investigațiile paraclinice pot amâna nejustificat momentul relaparotomiei și această întârziere se poate solda uneori chiar cu decesul pacientului.

6. În cazuri incerte clinic și neconfirmate imagistic este preferabilă o relaparotomie "albă". Decesul pacientului ar putea rezulta din scăparea momentului operator optim.
7. Investigațiile necesare pentru evaluarea unui pacient cu fistulă digestivă postoperatorie trebuie să răspundă următoarelor întrebări:
 - Care este boala de bază, care este gradul de esxtensie a acesteia și care este starea tractusului digestiv adiacent fistulei?
 - Care este anatomia traiectului fistulos?
 - Care sunt consecințele metabolice și nutriționale ale fistulei și cum trebuie corectate?
 - Care este gravitatea infecției asociate și cum trebuie tratată?
 - Care este prognosticul și probabilitatea închiderii spontane a fistulei?
8. Este de subliniat faptul că, în paralel cu investigațiile ce se impun pentru confirmarea diagnosticului, se instituie - în conformitate cu acestea- tratamentul de reechilibrare în caz de tulburări hidroelectrolitice.
9. De asemenea, managementul unui pacient cu fistulă intestinală este multidisciplinar, cu implicarea chirurgului, anestezistului, radiologului, gastroenterologului, psihoterapeutului, stomaterapeutului
10. Îngrijirea pacientului cu fistulă intestinală presupune resurse materiale importante, personal specializat, cu experiență și dedicat, perioadă îndelungată de tratament. De aceea este recomandabil ca cel puțin pacienții gravi să fie referiți unor centre specializate.
11. În esență, obiectivele managementului aplicat pacientului care a dezvoltat fistulă intestinală postoperator sunt cuprinse în acronimul englezesc „SNAP” - sepsis, nutriție, anatomie, procedee terapeutice.
12. Trebuie să identificăm sepsisului local sau la distanță, iar acesta va fi de urgență înlăturat.
13. Odată sepsisul îndepărtat se va asigura nutriția necesară pacientului, după caz aceasta poate fi enterală și/sau parenterală.
14. Investigațiile paraclinice efectuate vor defini caracterelor anatomice ale fistulei digestive, în funcție de care va fi aplicată terapia corespunzătoare.
15. Procedeele terapeutice pot fi conservatoare sau chirurgicale. Sunt clar definite indicațiile chirurgicale și momentul intervenției la pacientul cu fistulă intestinală postoperatorie. Abaterea de la aceste indicații, grăbirea sau întârzierea reintervenției chirurgicale se pot dovedi nefaste pentru pacient.
16. Tratamentul care vizează vindecarea definitivă a fistulei digestive poate fi chirurgical și percutanat. Este binecunoscut faptul că acest tratament este dificil de standardizat și că depinde în mare măsură de decizia chirurgului. Și în această situație, o binecunoscută butadă se dovedește adevărată: „medicul tratează bolnavul și nu boala”.
17. Este de preferat să se instituie inițial tratament conservator. În această perioadă, pe de o parte, evoluția fistulei se poate dovedi că va duce la vindecare, iar pe de altă parte, se pot ameliora semnificativ condițiile generale și locale ale pacientului, care vor crește șansele de succes ale intervenției chirurgicale ulterioare.
18. Studiul prezent descrie în premieră națională și internațională o nouă metodă percutanată ocluzivă cu proteză complexă a fistulei digestive externe, pe care am aplicat-o în 8 cazuri, cu obținerea vindecării fistulei în 6 cazuri. Numărul restrâns de cazuri, ne împiedică să formulăm concluzii prea optimiste cu privire la acest tratament. Practica și studiile experimentale ulterioare vor susține sau nu metoda.
19. Tratamentul chirurgical are ca obiective ameliorarea stării generale a pacientului,

astfel încât să favorizeze închiderea fistulei, tratarea complicațiilor generate de prezența fistulei și/sau rezolvarea fistulei.

- 20.** Tipul intervenției chirurgicale care se practică în vederea obținerii vindecării fistulei este adaptat în funcție de sediul acesteia, precum și de condițiile locoregionale și sistemice existente. Se descriu în principiu trei tipuri de astfel de operații:

- 1) sutura defectului la nivelul tranșei de sutură;
- 2) rezecția cu reanastomoză;
- 3) operația de excludere digestivă.

Intervențiile chirurgicale corectoare nu sunt lipsite de riscul recidivei fistulei. Mai grav, acestea se însoțesc de o mortalitate mai ridicată decât la pacienții tratați conservator.

- 21.** Metoda ocluziva cu proteza composite poate fi o soluție salvatoare pentru un pacient mai ales după eșecul survenit și lipsa de vindecare în urma oricarui alt tip de tratament aplicat.
- 22.** Studiile clinice pot fi facilitate de constituirea unor baze de date informatizate pentru acești pacienți cu fistule digestive postoperatorii. Realizarea unei baze de date informatizate și standardizate permite o centralizare a pacienților internați în diverse unități sanitare. Numărul mare de pacienți luați în evidență ar permite observații și concluzii cu importanță statistică. Accesul la această bază de date informatizată este mult mai facil, putând fi solicitat nu numai în scop de cercetare dar și didactic. S-ar înlesni de asemenea schimburile de experiență între diverse unități din țară.
- 23.** Rezultatele înregistrate în Clinica de Chirurgie a Spitalului Clinic Județean Constanța la pacienții cu fistule intestinale postoperatorii sunt similare cu cele raportate de alte centre din țară și străinătate.

BIBLIOGRAFIE

1. Hunter J.G., Becker J.M., Burt R.W., Dixon J.A. Colonie mucosal dissection following electrocautery or laser polypectomy. J Surg Res 1986; 40:534-539.
2. Mircea N., Busu Gr., Constantinescu N., Daschievici S., Burcos Tr., Angelescu N. Terapia în fistulele digestive. Experiența noastră.. Chirurgia 1987; XXXVL391-401.
3. Neagoe Gh., Neagoe O. Tratatamentul actual al fistulelor digestive externe. Ed. Cargo. Drobeta Turnu Severin: 2001.
4. Beaumont W.S. Experiments and observations on the gastric juice, and the physiology of digestion. 1833. 123-279
5. LewisD., PenickRM. Faecal fistulae. Int Clin 1933; 1:111-130.
6. Deveney C.W., Dunphy J.E. Wound healing in the gastrointestinal tract. In Hunt TK, Dunphy E. Fundamentals of wound management. New York: 1979:569-592.