

STUDII ȘI OBSERVAȚII CLINICE

Clinica chirurgicală nr. I. (cond.: prof. Z. Păpai doctor în medicină) din Tg.-Mureș

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA EVISCERAȚIEI ACUTE POSTOPERATORII (E.A.P.)*

Z. Păpai, M. Ionescu, Gr. Birsan, Daniela Mihu

Progresele tehnice moderne ale chirurgiei și anesteziei, au redus în ultimii ani incidența eviscerației acute postoperatorii dar nu au putut încă determina totală ei evitare, și cu tot aportul adus de antibiotice și mijloacele de reanimare, ea continuă să constituie una din complicațiile postoperatorii cele mai grave.

În tabelul nr. 1. redăm statisticile câtorva autori, în care E.A.P. după intervențiile executate pe cavitatea peritoneală se ridică pînă la proporția de 1,75%, cu o mortalitate de pînă la 66%.

Tabelul nr. 1.

AUTORUL	Nr. de ani	Nr. de Laparotomii	Nr. de eviscerații	Mortalitatea
1 ALEXANDER	(1)	20	200	
2 CALVET	(3)	3	2056	3 (0,14%)
3 CHAMPEAU	(4)	10	2269	2 (0,09%)
4 COSTESCU	(5)		6453	4 (0,06%)
5 GERMAIN	(7)	4	3168	14 (0,44%)
6 GUILLEMIN	(10)	5	3350	21 (0,62%)
7 MAILLET	(11)		979	7 (0,71%)
9 OLIVIER	(13)		3470	61 (1,76%)
9 PERROTIN	(15)	2	835	3 (0,36%)
10 RENÉ	(17)	9	9049	7 (0,07%)
11 THOMERET	(18)	3	818	10 (1,22%)
12 ȚURAI	(19)	3	1762	10 (0,56%)
Statistica noastră	3		3824	10 (0,26%)

Situația în care se întîlnesc E.A.P. țin de:

1. Starea bolnavului: vîrstă înaintată și teren (cașexie, denutriție, hipoproteinemia din boala cancerosă, anemiile după hemoragii mari și îndelun-

* Lucrare prezentată în ședința din 21. XII. 1967 a Secției de chirurgie, filiala U.S.S.M. Tg.-Mureș

gate, în general perturbări metabolice și tare organice multiple, iradiere preoperatorie, corticoterapie preoperatorie, afecțiuni asociate care determină tuse, vomă, sau orice altă formă de distensie abdominală, cum ar fi cea produsă de retenție urinară etc.)

2. Afecțiuni: în deosebi condiții de urgență chirurgicală care nu oferă timpul necesar unei pregătiri preoperatorii adecvate și situații care mențin o presă abdominală crescută (neoplasme inoperabile ale organelor abdominale pentru care s-a făcut numai explorare operatorie sau o intervenție paleativă, ciroze hepatice în special ascitogene etc.).

3. Complicațiile postoperatorii: umflare cu tuse, ocluzii sau peritonite cu distensii abdominale postoperatorii, hematoame și infecții ale peretelui abdominal etc.

4. Competența primului act operator și defecte de tehnică operatorie: rezolvare chirurgicală necorespunzătoare (ca de exemplu neobservarea unei apendicite, colecistite, tumori genitale etc.), drenaj incorect, lezări intraoperatorii, căi de acces nefavorabile, intervenții laborioase și de lungă durată cu o anestezie necorespunzătoare, devitalizarea planurilor peretelui abdominal prin pense sau depărtătoare, refacerea defectuoasă a peretelui abdominal, suturi necrozante, îndepărtarea precipitată a firelor de la piele etc.

Fără a avea pretenția că în această încercare de sistematizare să fi semnalat și epuizat toate cauzele posibile ale E.A.P., amintim faptul că literatura le împarte în cauze favorizante și determinante, ceea ce însă se poate stabili în mod corespunzător numai la fiecare caz în parte. Admițând punctul de vedere după care E.A.P. precoce, semnalată în primele zile, se datorește în primul rând unui defect de tehnică, iar cea tardivă, întâlnită până după ziua a 20-a după operație, se datorește bolii de bază sau terenului, ne putem explica de ce putem întâlni E.A.P. în situații atât de variate: după laparotomii exploratoare pentru neoplasme inoperabile unde cauza distensiei abdominale rămână pe loc și se mai asociază distensia provocată de ileusul dinamic postoperator, iar organismul tarat oferă o stofă parietală de slabă calitate, ca și după intervenții radicale cum ar fi aparent simpla și banala apendicectomie.

Guillemin și colab. (10) arată că frecvența E.A.P. după intervenții pentru peritonite se ridică la 2.1%. în timp ce după laparotomiile pe peritoneul sănătos ea este de numai 0,51%.

Statistica clinicii noastre din ultimii 3 ani, prezentată în tabelul nr. 2 și cazuistica analizată în tabelul nr. 3, ne demonstrează o situație ce merită a fi stu-

Tabelul nr. 2.

Anul	Nr. interv. pe cavit. perit	Nr. Interv. pt. caz. cr.	Nr. interv. pt. urgențe	Nr. evisc.	Mortalitatea	Nr. evisc. după interv. pt. procese cronice	Nr. evisc. după interv. pt. urgențe
1965	1451	486	965	3 (0,20%)	1 (33,0%)	1 (0,20%)	2 (0,20%)
1966	1310	483	827	3 (0,23%)	2 (66,0%)	1 (0,20%)	2 (0,24%)
1967	1063	399	664	4 (0,37%)	2 (50%)	2 (0,50%)	2 (0,30%)
Total 3 ani	3824	1368	2456	10 (0,25%)	5 (5%)	4 (0,30%)	6 (0,24%)

Țăbățul nr. 3.

№	Numele bolnav.	Vîrsta	Sex.	Dg. primar	Tipul de intervenție	Număr de cazuri	Cauza prim. a eviscerăției	Evoluția	Cauza prim a decesului
1.	B. I.	73	M	Neo. gastric	Exploratoare	10	Teren+tehnică neadevătată	Exitus	Insuf. hepatică cu H.D.S.
2.	N. E.	67	M	Neo. colon	Paleativă	10	Teren+tehnică neadevătată	Supra-viețuire	
3.	P. D.	40	M	Plagă împunsă abdomen cu eviscerăție primară intestin. completă „per primam”				operație radicală, vindecare	
4.	S. I.	48	F	Chist ovarian torsionat	Radicală	11	Tehnică neadev.	Vindecare	
5.	K. S.	73	M	Neo. gastric	Paleativă	5	Teren+tehnică neadevătată	Exitus	Șoc cronic
6.	B. G.	74	M	Ciroză hepatică	Exploratoare	8	Teren+compl. pulm.	Reeviscerăție și exitus	Boala de bază, complic. pulmonare, peritonită
7.	C. M.	60	M	Pancreatită acută	Exploratoare	11	Tehnică neadev. +compl. pulm.	Exitus	Complic. cardio-pulm.
8.	S. M.	63	M	Neo. colon	Radicală	4	Teren+tehnică neadevătată	Exitus	Complic. cardio-pulm.
9.	T. I.	72	M	Apend. perf. cu perit. gen.	Radicală	10	Tehnică neadev.	Vindecare	
10.	J. A.	67	F	Neo. rect.	Radicală	15	Teren+compl. pulm.	Vindecare	

diată, în conformitate cu afirmația lui *Perrotin și Saout* (16) că „revederea observațiilor e instructivă” și în intenția de a recunoaște și elimina orice cauze subiective și a preveni și reduce cât mai mult posibil cauzele obiective. Vom porni de la premiza că deși redusă ca procent printre celelalte complicații postoperatorii precoce sau tardive, E.A.P. agravează mult evoluția și prognosticul. Survenind și așa la organisme epuizate, creează noi perturbări patologice, condițiile unor noi pierderi lichidiene, șoc și suprainfectări ale peritoneului, făcând necesară o nouă solicitare prin agresiune anestezică și chirurgicală, în plină „boală postoperatorie”.

Totuși procentul ridicat de mortalitate cu care se soldează E.A.P., este de cele mai multe ori cauzat de evoluția bolii primare sau de complicația ei care a determinat și eviscerația. Toate aceste condiții fac ca E.A.P. să nu se poată compara cu eviscerația traumatică (cazul nostru nr. 3), care atunci când beneficiază de un tratament adecvat și neîntârziat are un prognostic mult mai benign, cu excepția situațiilor de leziuni asociate din cadrul politraumatismelor.

Făță de aceasta, E.A.P. are avantajul că se produce și se descoperă imediat, în spital, în pat, sub pansament și poate în condiții mai puțin septice. Ea este anunțată de lichidul serohemoragic care se scurge printre firele de la piele, pe pansament. Majoritatea autorilor consideră această situație de iminență drept E.A.P. și reintervin precoce cu șanse mai bune dar întotdeauna deschizând larg plaga și explorând complet peritoneul. Noi nu am considerat drept E.A.P. decât acele situații când conținutul visceral al cavității peritoneale, de cele mai multe ori epiploon sau intestin subțire, s-a exteriorizat, prin plaga desfăcută sau printre firele de la piele în parte încă prezente, sau în orice caz organele se văd, neacoperite de tegument, în contact nemijlocit cu mediul extern. De obicei, planul musculo-aponevrotic a suferit necroză și firele de sutură rămân înnodate în grosimea uneia din marginile îndepărtate ale peretelui abdominal.

Cu o anestezie optimă stării bolnavului și relaxării necesare, reintervenția trebuie să cuprindă în mod obligatoriu ca etape: explorarea (organelor și peritoneului), revizia (eventualilor corpi străini) și refacerea corespunzătoare a peretelui (2). Cea mai corespunzătoare refacere a peretelui abdominal, atât în prevenirea E.A.P. cât și în cura ei, pare să fie sutura etanșă, cu fire izolate total, de atâta grosă, menținute îndelungat. În orice situație, sutura pielii trebuie să rămână să acopere organele și o cură chirurgicală ulterioară a unei eventuale evențrații, nu are un prognostic atât de nefavorabil ca reintervenția precoce pentru E.A.P.

Cu tot riscul anestezic și operator, sîntem adepții reintervenției neîntârziată în E.A.P., ca și autorii categorici în acest sens (5, 7, 12) și așa s-a și procedat pînă acum în clinica noastră, la cazurile analizate în tabelul nr. 3. Dar sînt autori, care considerînd prea riscantă reintervenția sau inutilă, adoptă o atitudine conservatoare apelînd local la pansamente izolante, umede și compresive și un tratament general energic. O asemenea atitudine își găsește justificarea mai ales în iminența de eviscerație. *René* și colab. (17) nu operează sistematic E.A.P. ci depun toată străduința pentru a ajunge la cicatrizarea secundară și numai ulterior la o cură a evențrației. *Maillet* (11) nu reintervine în E.A.P. dacă nu sînt semne de ocluzie și dacă nu se cere rezolvată o complicație intraperitoneală. *Guillemin* și colab. (10), din 14 E.A.P. tratate chirurgical au avut 1 recidivă, 5 vindecări și 8 morți, iar din 7 E.A.P. tratate conservativ au avut 6 vindecări și 1 mort.

Dictonul chirurgical: „Taie bine, coase bine, reușește bine”, își găsește o justificată aplicare în prevenirea și cura chirurgicală a E.A.P., reducînd mult incidența și prognosticul ei sever.

Sosit la redacție: 27 ianuarie 1968.

Bibliografie

1. ALEXANDER C. H., PRUDDEN F. Y.: S.G.O. (1966). 122/6. 1223;
2. BAR-RAYA L.: Mém. Acad. Chir. (1964), 90/8—9—10. 310;
3. CALVET J. P., SETBON L., DEBURGE J. P.: Mém. Acad. Chir. (1964). 90/15—16. 436;
4. CHAMPEAU M.: Mém. Acad. Chir. (1964). 90/21—22—23. 659;
5. COSTESCU N., BOTEZ A., GRIGORCEA C., RAMETA A.: Chirurgia (1967). 16/3. 237;
6. FĂGĂRAȘANU I., ALOMAN D., GRIGORESCU A.: Chirurgia (1965). 14/7. 577;
7. GERMAIN A., COURTOIS-SUFFIT M., DIANA C.: Mém. Acad. Chir. (1964) 90/8—9—10. 271;
8. GILLET M., ADLOFF M., IMLER M.: Journal de Chir. (1967). 93/1. 83;
9. GUÉNIN P., LEVY-LEMANN S.: Mém. Acad. Chir. (1964). 90/28—29. 840;
10. GUILLEMIN G., MICHEL A., DUBOIS J., BRAILLEN G.: Lyon Chir. (1967). 63/1. 145;
11. MAILLET P., CHABERT M.: Lyon. Chir. (1967). 63/2. 239;
12. MASMONTEIL F., ALPÉRINE G., TROIN G.: Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Urgence postopératoire 24.224.A¹⁰;
13. OLIVER CL., MAHÉ F., SIBERT, RETTORI R., EPFELBAUM R., GODART E.: Mém. Acad. Chir. (1964). 90/8—9—10. 302;
14. PATEL J. CL.: La Presse Médicale (1967). 75/23. 1196;
15. PERROTIN J., SAOUT P.: Mém. Acad. Chir. 1964, 90/28—29. 799;
16. RENÉ L., BLONDEAU PH., ROY-CAMILLE M., LIMIER A.: Mém. Acad. Chir (1964), 90/28—29. 845;
17. THOMERET G., DEBESSE B.: Mém. Acad. Chir. (1964). 90/26—27. 743;
18. TURAI I., CERCHEZ E., DIMITRIU MARCELA: Chirurgia (1965). 14/7. 593