

REZECTIA DE SIGMĂ ÎN URGENŢĂ *

dr. A. K. Keresztessy, dr. M. Csiky, dr. T. Dániel, dr. M. Baghiu

Rezecţia în urgenţă a segmentului distal al tractului digestiv, indiferent de împrejurările în care se face, ridică probleme deosebite datorită septicităţii binecunoscute a acestui segment. Rezultatele remarcabile obţinute în ultimele decenii în chirurgia colonului, respectiv a sigmei, se datoresc pe lângă metodele moderne de anestezie şi reanimare, perfecţionării tehnicii operatorii şi pregătirii atente a colonului pentru operaţie (golirea şi antisepsia lui prin antibioterapie). Acest ultim deziderat este mai greu de realizat în rezecţiile de urgenţă, totuşi aceste intervenţii se impun în anumite cazuri, cum ar fi:

- leziunile traumatice ale intestinului gros.
- volvulusul sigmei cu necrozarea ansei,
- ocluzia intestinală tumorală, cancerul rectosigmoidian,
- perforaţiile tumorale.

Dintre cele amintite, doar în unele cazuri poate fi discutabilă necesitatea absolută a rezecţiei în urgenţă.

Datorită faptului că bolnavul prezintă fie o ocluzie intestinală, fie o peritonită, riscul operator devine din ce în ce mai mare, cu atât mai mult cu cât majoritatea bolnavilor fiind în etate, prezintă pe lângă modificările caracteristice vârstei şi un teren tarat, datorită afecţiunii de bază.

În cele ce urmează vom analiza unele aspecte ale problemei în lumina cazuisticii noastre dintre anii 1965—1972. În acest interval s-a intervenit de urgenţă în 45 de cazuri pentru simptomatologia abdomenului acut, ca urmare a diferitelor afecţiuni ale colonului sigmoid, astfel:

- volvulus al sigmei: 9,
- ocluzia tumorală rectosigmoidiană: 23,
- peritonită prin perforaţie tumorală: 7,

* Lucrare prezentată la U.S.S.M. Mureş, Secţia chirurgie, la 30 martie 1972.

— alte afecțiuni ale rectosigmei: 6.

Prezentăm vîrsta și sexul bolnavilor în tabelul de mai jos:

Vîrsta	—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—	Total
Femei	2	2	3	3	4	2	1	17
Bărbați	1	3	2	8	9	3	2	28

La acești bolnavi s-a practicat în 10 cazuri rezecția de sigmoidă, în 3 cazuri devolvulare cu pexie, iar în restul cazurilor colostomie, fie pe transvers (21 de cazuri), fie pe sigmoidă (11 cazuri). Rezecțiile de sigmoidă s-au efectuat în 5 cazuri de volvulus, 4 cazuri de tumoare și 1 caz de perforație, restabilind totdeauna continuitatea tractului intestinal prin anastomoză colocolică termino-terminală în două planuri. În 6 cazuri s-a drenat cavitatea peritoneală.

Evoluția postoperatorie a celor cu rezecție de sigmoidă a fost favorabilă. Nu a pierit decît un singur bolnav (mortalitate 10%), pe cînd din cele 35 de cazuri tratate cu alte metode au decedat 8, deci o mortalitate de 22,8%. Tratamentul postoperator al celor rezecați, pe lingă o reanimare susținută, per- și postoperatorie, cu corectarea tulburărilor hidroelectrolitice, a constat din antibioterapie cu spectru larg, cu o durată de 4—5 zile și din purgație.

În cazurile în care s-a intervenit pentru ocluzie intestinală, anterior rezecției s-a efectuat printr-o mică colostomie, golirea conținutului intestinal prin aspirație.

Discuții

Prather și colab. (1970) subliniază că, creșterea numerică a populației vîrstnice comportă totodată și creșterea numerică a cazurilor de volvulus al sigmei. După *Niculescu* și colab. (1971) volvulusul survine în 50—60% din cazuri pe intestinul subțire, dar în 40—45% afectează și colonul, iar după *Quenu* (1953) în 30% a cazurilor este afectat și colonul sigmoid. După *Kayabali* (1961) și *Boulvin* (1966) alimentația bogată în cereale, fructe și legume, cu conținut bogat de celuloză — îndeosebi dacă este urmată de ingerarea unor cantități mai mari de apă — prin formarea unui bol intestinal voluminos, facilitează apariția volvulusului. *Papahagi* și colab. (1968) au constat în 13,7% asocierea volvulusului sigmoid cu al intestinului subțire. Autorii amintiți consideră că în aceste cazuri volvulusul sigmei este secundar, ca urmare a volvulusului intestinal subțire.

În tratamentul volvulusului sigmei numeroși autori: *Bruunsgaard* (1947), *Boulvin* (1966), *Binns* (1968), *Shepherd* (1968), *Belkaniya* (1970) și alții recomandă tratamentul conservativ „intubare“, constînd din devolvulare prin recto-romanoscopie cu ajutorul presiunii de aer. După *Belkaniya* (1970) această metodă este indicată în deosebi în primele 6—8 ore de la instalarea volvulusului, dar poate fi eficace și după 12 ore, este însă periculoasă după 24 de ore.

Noi nu am experimentat această metodă.

După cum reiese din datele unor autori, precum și din observațiile noastre, după colostomiile în urgență se înregistrează o mortalitate mai ridicată (22,8%), decît după rezecțiile primare în urgență (10%).

Se pare că explicația constă în următoarele:

1. Colostomia se practică în general în acele cazuri în care starea generală sau intraabdominală nu permite efectuarea unor rezecții.

2. Colostomia — practică la ocluzii — nu reduce imediat starea de distensie a anșelor intestinale, nu contribuie deci la întreruperea întregului cerc vicios al ocluziei decât după 48—72 ore.

3. Colostomia nu rezolvă radical afecțiunea de bază.

4. Colostomia influențează în mod nefavorabil psihicul bolnavului. Atitudinea terapeutică clasică în cancerele complicate definite de *Quenu* (1952) „exteriorizarea perforației, derivația intestinului, niciodată colectomia“ a fost revizuită de *Fitsch* și *Denman* (1959), *Gregg, Smith* și *Perry* (1959), *Monod-Broca* și *Thomeret* (1960), care recomandă la un anumit număr de cancere complicate colectomia ideală.

În ultimii ani, din ce în ce mai mulți autori: *Miller* și colab. (1966), *Constantinescu* și colab. (1963), *Ionescu* și colab. (1967), *Olivier* (1970), *Hughes* (1969), *Kerry* (1969), *Whelan* și colab. (1971), precum și alții, sînt pentru rezecția sigmei în prima ședință, atît în volvulusul plăgi, cît și în complicațiile tumorale ale sigmei.

Kozlov (1969) arată că din 8 perforații tumorale ale intestinului gros, cei 3 tratați prin colostomie au decedat, pe cînd din cei 5 rezecați 3 au supraviețuit.

Lung și colab. (1970) recomandă și în tratamentul plăgilor recto-sigmoidiene rezecția în prima ședință, subliniind că astfel se pot preveni reintervențiile repetate (3 sau mai multe).

Ținînd cont de specificul chirurgiei intestinului gros, credem că rezultatele mai bune obținute cu rezecția sigmei în urgență — față de cele ale colostomiei — se datoresc următorilor factori:

1. Indicația bine cîntărită a rezecției, bazată pe aprecierea corectă a stării generale, precum și a celei intraabdominale; bolnav cu stare generală bună, netarat, fără peritonită avansată, după cum arată numeroși autori: *Miller* și colab. (1966), *Dragomir* și colab. (1967), *Niculescu* și colab. (1967), și alții.

2. În formele ocluzive pe de o parte permite aspirația intraabdominală a conținutului intestinal pe masa de operație prin stomie, suprimînd astfel distensia. Pe de altă parte se stabilesc condițiile normale, atît în ce privește resorbția cît și permeabilitatea peretelui intestinal, factori care contribuie la eficacitatea combaterii șocului.

3. Permite restabilirea mai timpurie a tranzitului gastrointestinal. Astfel prin eliminarea secrețiilor de stază intestinală, contribuie la reducerea factorului toxic.

4. Asigură reluarea mai rapidă a alimentației per orale, contribuind astfel la reechilibrarea hidrominerală, aproape întotdeauna deficitară la acești bolnavi.

5. Este un tratament atît al complicațiilor, cît și al afecțiunii de bază.

6. Antibioterapia cu spectru larg — asociată tratamentului — vine în ajutorul combaterii infecției.

Este indiscutabil că nu se poate practica din principiu la toate cazurile, nici chiar la cele cu volvulus, deoarece, după cum arată numeroși autori, se înregistrează o mortalitate ridicată (*Kayabali* — 1961 — 20%; *Griffin* și colab. — 1945 — 36%; *Ritwo* și colab. — 1946 — 40%).

Credem totuși că această metodă efectuată în urgență la cazurile bine alese, sub protecția unei reanimări corecte și asociată unei antibioterapii cu spectru larg, dă rezultate bune, avînd totodată avantajul că este radicală.

In concluzie: Rezecția de sigmoidă în urgență ocupă un loc din ce în ce mai important în arsenalul terapeutic al afecțiunilor și complicațiilor acestui segment al colonului, fiind o metodă care dă rezultate bune, dacă se utilizează selectiv, cu discernemint și competență.

Sosit la redacție: 15 iunie 1972.

Bibliografie

1. *Belkaniya S. P.*: Vest. Chir. Grekov. (1970), 105, 62;
2. *Binns F.*: Med. J. Anst. (1968), 55, 846;
3. *Boulvin R.*: Lyon. Chir. (1966), 62, 19;
4. *Brunnsgaard C.*: Surgery (1947), 22, 466;
5. *Constantinescu B., Niculescu N.*: J. Chir. (1965), 85, 587;
6. *Dragomir D., Jitaru I., Floares Gh., Mihalache Șt., Boureanu Cornelia*: Chirurgia (1967), 16, 45;
7. *Griffin W. D., Bartron G. R., Meyer K. A.*: S.G.O. (1945), 81, 287;
8. *Hughes L. E.*: Med. J. Anst. (1969), 56, 268;
9. *Ionescu Al., Stavrache A., Buhociu J., Radnucanu P., Moisa V., Trufin R., Hutanu J., Butnara L.*: Chirurgia (1967), 16, 793;
10. *Kerry R. L., Ranson R. K.*: Arch. Surg. (1969), 99, 215;
11. *Kozlov J. Z., Akzhigitov G. N., Barsokov G. P.*: Soviet. Med. (1969), 32, 69;
12. *Lung J. A., Turk R. P., Miller R. E., Eiseman B.*: Ann. Surg. (1970), 172, 985;
13. *Miller L. D., Boruchow J. B., Fitts W. T.*: Surg. Gynec. Obst. (1966), 123, 1212;
14. *Niculescu J., Filimon C., Laptas Emilia*: Chirurgia (1971), 20, 303;
15. *Olivier C.*: Ann. Gastroent. hepat. (1970), 6, 431;
16. *Papahagi E., Salic E.*: Consideration on 15 cases of sigmoid volvulus. Associated with a small intestine or transverse colon volvulus. II. Inter. Congr. of University Colon and Rectal Surgeons, 1968, Rome;
17. *Prather J. R., Eastrioge C. E.*: Memphis Mid. S. Med. J. (1967), 42, 255;
18. *Quenu J.*: Occlusion intestinale. Ed. Doin. Paris, 1952;
19. *Ritqo M., Golden J. L.*: Am. J. Roentgenol. (1946), 56, 480;
20. *Shepherd J. J.*: Brit. Med. J. (1968), 1⁵587, 280;
21. *Thomeret G., Dubost Cl., Vaillant J.*: Ann. Chir. (1962), 85, 587;
22. *Whelan C. S., Furcinitti J. F., Laverreda C.*: Amer. J. Surg. (1971), 121, 374.