

PROBLEME DE RISC OPERATOR ÎN CHIRURGIA COLICĂ ȘI RECTOCOLICĂ

dr. E. Bancu, dr. A. Keresztessy, dr. R. Lupeanu, dr. V. Gliga,
dr. M. Baghiu

Chirurgia colonului reprezintă o etapă hotărîtoare în formarea fiecărui chirurg general.

Dacă stăpînim bine teoriile chirurgicale ale cadrului colic, dacă ne-am însușit principiile tactice și tehnice ale colonului bolnav, dacă am reușit să pătrundem caracteristicile și individualitățile bolnavului care ni se prezintă, dacă recunoaștem cu reticențe rezonabile satisfacțiile și decepțiile pe care această chirurgie ni le poate oferi, saltul calitativ spre căi și mai dificile ale chirurgiei generale devine o problemă de autoinstruire permanentă, perseverentă, o tendință spre mai mult și mai reușit.

Abordînd tema riscurilor pe care le conferă chirurgia colonului, ne-am propus pe baza unei experiențe de mulți ani, de căutări și de întrebări, să obținem răspunsuri din partea bolnavilor noștri, bolnavi tratați în Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu-Mureș.

Din cazuistica bogată a clinicii nu am ales decît acele cazuri care ne-au creat mai multe frămîntări și ne-au făcut să apreciem acele caracteristici care scot în lumină riscul major operator la bolnavii tratați.

Am considerat că riscul operator devine cu atît mai hotărîtor cu cît uneori sîntem obligați a opera pe colon fără să avem previziunea faptului sau, chiar în cunoștință de cauză, să nu putem întreprinde ceva decisiv pentru asigurarea securității actului operator. Dorim să trecem peste greutățile unanim admise, ca vascularizație arterială precară, drenaj venos diferențiat între colonul drept și stîng, conexiuni vasculo-limfatice specifice, stofă precară ce pretinde suturi deosebit de minuțioase. Criteriile pe care se bazează lucrarea noastră nu vor ignora însă terenul ca factor hotărîtor în chirurgia colonului, vîrsta ca tară ce răspunde nefavorabil uneori greutăților amintite anterior, precum și posibilitatea pregătirii preoperatorii a bolnavilor și, desigur, grija riguroasă postoperatorie. Ne-am propus deci să privim riscul operator la bolnavii operați pe colon după următoarele criterii: — bolnavi operați în urgență, necanceroși; — bolnavi operați în urgență, canceroși; — bolnavi cu rezecții largi de colon, pentru colite ulcerose; — bolnavi cu rezecții largi de colon, pentru megadolicolon, (Hirschsprung); — bolnavi cu tumori colice, survenite într-un episod acut, produse de perforații diastatice la distanță; — bolnavi la care sacrificarea unui segment mai mult sau mai puțin extins de colon este necesară în cadrul unei operații complexe, ea are în centrul ei un alt organ (de obicei posedînd o tumoare malignă).

Dintre cazurile operate în urgență ne referim la 38 de bolnavi. Dintre aceștia, în 23 de cazuri era vorba de ocluzii tumorale și în mare majoritate cu localizare pe colonul stîng terminal. În 9 cazuri, ocluziile au avut la bază procese benigne, cu precădere volvulus al sigmei, iar în 6 cazuri s-a intervenit pentru alte cauze ocluzive ale colonului. S-au făcut 10 rezecții primare ale colonului sigmoidian, din care în 4 cazuri pentru tu-

mori, intervențiile soldându-se cu un singur deces. Din totalul de 38 de bolnavi, în 26 cazuri s-au practicat anusuri sau colostomii de degrevare a unor obstrucții totale sau subtotale, pentru posibilitatea pregătirii intervenției de bază în condiții mai liniștitoare. Din cei 26 bolnavi am pierdut 4.

Am fost nevoiți să intervenim la 2 bolnavi pentru rectocolite ulceroase ce interesau rectul și colonul stîng. Ambele cazuri au necesitat pregătiri preoperatorii susținute din cauza dezechilibrului biologic provocat de boala de bază. Bolnavii, cu internări de ani de zile în serviciile de specialitate, erau anemizați, obosiți, dezechilibrați fizic și psihic. Într-unul din cazuri s-a făcut o cecostomie pentru punerea în repaus a cadrului colic. Efectul a fost negativ. S-a închis cecostomia și s-a practicat un anus pe ascendent, care de asemenea nu ne-a satisfăcut, dar ne-a dat posibilitatea reechilibrării bolnavului și pregătirii colonului din avale. În final, se practică recto-hemicolectomie stîngă cu transpoziția transversului la anus (Toupet), închiderea colostomiei. Bolnavul se află de mai mulți ani în stare generală bună și cu o continență mulțumitoare.

La un bolnav cu același diagnostic am recurs la operația Duhamel, modificată în doi timpi, obținînd o vindecare a leziunilor ulceroase și o continență perfectă.

Megadolicocolonul (boala Hirschprung) pune de asemenea probleme delicate de risc operator. Intervențiile practicate la copii au neșansa terenului fragil. Extensia zonei aganglionare ridică de asemenea o serie de riscuri care pot duce pînă la infirmitate postoperatorie. (Ne referim la colectomiile totale sau rectocolectomii).

Intervenția executată la adultul tînr ne pune adesea în fața unui bolnav slăbit, intoxicat, anemic, deproteinizat, pe lîngă imposibilitatea vidării și aseptizării convenabile a colonului gigantic și aton.

Operația Duhamel modificată ne pare o operație de mare securitate, față de neajsurile amintite, fapt ce ne-a determinat să o practicăm atît în dolicoamegacolon cît și în colita ulceroasă.

O bolnavă de 16 ani ni se prezintă în clinică cu un megadolicocolon ce se extindea de la rect pînă la nivelul porțiunii stîngi a transversului. În sigma foarte dilatată se percepea, angajat în bazin, un fecalom pietrificat de mărimea unui pumn de adult. Pregătirea preoperatorie a fost anevoioasă. Am recurs la operația Duhamel în doi timpi, avînd posibilitatea să rezecăm de la rectul superior pînă în vecinătatea unghiului splenic — colonul stîng — în condiții de asepzie quasiriguroasă și să exteriorizăm ansa după tehnica cunoscută. Timpul doi l-am efectuat la 10 zile. Bolnava care avea scaun la 21—30 zile a ajuns în situația de a avea scaun zilnic, găsindu-se într-o stare de sănătate deplină. Același rezultat foarte bun l-am obținut și în cazul unei colite ulceroase grave a colonului stîng.

Considerăm că una din urgențele cele mai grave în care trebuie să intervenim sînt perforațiile diastatice ale colonului cu peritonite septice, ca urmare a unor obstrucții joase ale cadrului colic.

Am avut ocazia să operăm doi bolnavi în astfel de situații. Ambii depășeau vîrsta de 70 de ani. Era vorba de o perforație (adevărată ruptură) a cecului, la o tumoare stenozantă rectosigmoidiană și de 7 perforații pe colon descendent, la un bolnav cu aceeași boală de bază.

La primul bolnav s-a excizat perforația cecală și s-a exteriorizat în cecostomie.

Al doilea bolnav a fost tratat „à la Hartmann“, cu exteriorizarea colonului descendent pe care se aflau perforațiile. Ambii bolnavi au decedat în peritonită.

Am inclus în lucrarea noastră ultimele 25 de cazuri de rezecții segmentare colice în cadrul unor operații complexe pentru tumori maligne ale unui organ de vecinătate.

La 24 dintre acești bolnavi, localizarea tumorii primare era la nivelul stomacului, iar la unul era vorba de o tumoare a capului și corpului pancreatic. Cointeresarea colonului era directă sau indirectă, prin intermediul mezocolonului.

În 16 cazuri s-a practicat rezecție de stomac largă, cu 11 anastomoze Billroth II și 5 anastomoze Péan. La 8 bolnavi s-a efectuat gastrectomia totală, cu decolare coloepiploică și 4 splenectomii, iar în 2 cazuri s-a rezecat și pancreasul stîng. La un bolnav operația de bază a fost duodenopancreatectomia subtotală asociată cu colectomia transversă. La 21 bolnavi s-a extirpat colonul transvers și în 4 cazuri hemicolonul stîng. 24 bolnavi au fost operați „la rece“ într-un singur caz fiind obligați să intervenim pentru ocluzie intestinală. La nici unul din cei 25 de bolnavi operați în circumstanțele amintite nu am bănuit cointeresarea colonului. Bolnavii nu au fost pregătiți preoperator din acest punct de vedere.

Din ultimele 1.000 neoplasme gastrice, internate în clinica noastră, necesitatea sacrificării colonului a apărut într-un procentaj de 3%. Dintre cei 25 de bolnavi la care ne-am referit am pierdut 7 dintre care 2 au avut asociată la gastrectomia totală colectomia transversă. Nu am pierdut nici un bolnav din cei 4 la care gastrectomieii s-a asociat hemicolectomia stîngă. Din cei 25 de bolnavi, 22 erau peste decada a șasea de vîrstă.

Am putea conchide că la acești bolnavi riscul operator rezidă în mai multe situații defavorabile:

— terenul pe care se operează este de obicei precar (bolnavi țarați, vîrstnici, deproteinizați — deficiențe care se sumează la o boală de bază deosebit de gravă);

— complexitatea intervențiilor;

— lipsa de previziune a posibilităților abordării colonului și de aici consecința nepregătirii corespunzătoare a bolnavilor.

Din analiza celor 25 de cazuri reiese ideea că operațiile pe colon măresc mult riscul operator, gîndindu-ne la faptul că, deși unii bolnavi au suportat operații deosebit de laborioase (gastrectomii totale și extirparea concomitentă a splinei și a pancreasului stîng, sau duodenopancreatectomii și colectomia), 5 din cei 7 bolnavi pierduți au suportat doar gastrectomii obișnuite și colectomii transverse. Mai trebuie să arătăm, ca o circumstanță atenuantă, că din cei 7 decedați numai 4 au avut complicații postoperatorii, interesînd intervenția pe colon, 3 dintre ei decedînd în urma complicațiilor pulmonare sau cardiace.

În încheiere am dori să apreciem că grijile pe care le comportă chirurgia colonului rămîn încă numeroase. Arsenalul terapeutic modern și terapia intensivă nu ne scutesc deocamdată de necesitatea individualizării cazurilor și de imperativul perfecționării tuturor atributelor care se înmănunchează în vederea obținerii unor rezultate operatorii cît mai bune.

Sosit la redacție: 9 ianuarie 1974.