

Tratamentul bontului pancreatic după duodenopancreatectomia cefalică - atitudine personală

N. Al Hajjar

Clinica Chirurgie III, Spitalul Clinic de Urgență "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca

Introducere

Pentru chirurg, neoplasmul cefalopancreatic reprezintă o încercare a abilităților sale de clinician și de operator.

În primul rând, boala se manifestă tardiv, atunci când apare obstrucția coledociană care antrenează o suferință hepatică acută. Situația impune, în marea majoritate a cazurilor, decompresiune biliară și compensarea funcției hepatice ca timpi pregătitori ai intervenției radicale. Acest tratament de pregătire trebuie efectuat prompt și corect, perioada în care pacientul este echilibrat și poate fi supus unei operații majore nefiind foarte lungă.

În al doilea rând, localizarea anatomică particulară a capului pancreasului în imediata vecinătate a unor vase abdominale mari (vena portă, pedicul mezenteric superior) și agresivitatea recunoscută a tumorilor pancreatice, care se dezvoltă local și diseminează la distanță rapid, fac ca un număr important de cazuri să fie nerezecabile încă de la apariția primului semn de boală. Investigații paraclinice moderne, de tipul computer-tomografiei și a ecoendoscopiei oferă date cu acuratețe de peste 80% în ceea ce privește invazia vasculară sau prezența metastazelor. Ultimul cuvânt aparține însă operatorului, obligat uneori la un timp de explorare pretențios, cu disecție vasculară dificilă în spațiul greu accesibil dinapoia colului pancreasului.

Odată stabilită rezecabilitatea, următorul timp operator va însemna exereza în bloc a antrului gastric, duodenului,

capului pancreatic, coledocului și primei anse jejunale, structuri învecinate, cu vascularizație comună sau mobilitate limitată. Dificultatea rezecției este dată de raporturile intime cu vasele mari (vena portă, pachetul mezenteric superior, trunchiul mezoraic și vena cavă inferioară).

Intervenția se va încheia cu timpul de reconstrucție, care va asigura drenajul bilei și a sucului pancreatic în tubul digestiv și refacerea tranzitului alimentar. Piatra de încercare o constituie tratamentul bontului pancreatic, deoarece fistula pancreatică este cea mai de temut complicație a duodenopancreatectomiei cefalice, dificil de tratat și cu potențial de a compromite și celelalte anastomoze. În literatura de specialitate se admite că apariția fistulei pancreatice crește semnificativ mortalitatea postoperatorie, de la 2-8% (1) la 20-40% (2).

Lucrarea de față își propune prezentarea unui artificiu tehnic personal menit să securizeze anastomoza pancreatico-gastrică.

Modalități de tratament a bontului pancreatic

Primele tentative de tratament a bontului pancreatic restant după rezecție au fost ligaturarea sau ocluzionarea cu diferite substanțe a Wirsung-ului. Argumentele erau că o fistulă pancreatică simplă este mai puțin periculoasă decât o fistulă anastomotică, de unde se revarsă în cavitatea peritoneală enzime pancreatice deja activate și că, în timp, staza din ductele pancreatice determină o atrofie a țesutului glandular exocrin cu reducerea consecutivă a secreției (3,4,5).

Eficiența redusă a ambelor metode a dus la ideea anastomozării bontului pancreatic la tubul digestiv, respectiv la jejun sau la stomac.

Există numeroase studii care au ca și subiect compararea celor două tipuri de anastomoză în ceea ce privește frecvența apariției fistulei, fără ca în acest moment să se poată afirma superioritatea vreuneia (6, 7).

Correspondență: Dr. Nadim Al Hajjar
Clinica Chirurgie III
Str. Croitorilor, nr. 19-23, 400162, Cluj-Napoca
Tel. 0264-431.759
E-mail: na_hajjar@yahoo.com

Avantajele anastomozei pancreatico-jejunale ar fi vascularizația bogată a jejunului și mobilitatea acestuia, elemente care permit efectuarea unei suturi fără tensiune și bine nutrită. Dezavantajele sunt prezența sucului intestinal, care activează imediat enzimele pancreatice și riscul crescut de transformare a unei fistule pancreatice într-o fistulă complexă, care să intereseze și celelalte anastomoze, în varianta operației Whipple (8).

Avantajele montajului pancreatico-gastric sunt proximitatea peretelui gastric, vascularizația gastrică bogată, posibilitatea decomprimării naso-gastrice cu ajutorul unei sonde, pH-ul acid care împiedică activarea enzimelor pancreatice și reducerea numărului de anastomoze pe o singură ansă jejunală (8).

Experiența personală în tratamentul bontului pancreatic

La începutul activității mele în domeniul duodenopancreatomei cefalice am optat pentru practicarea anastomozei pancreatico-jejunale, din mai multe considerente. Această anastomoză m-a scutit de neajunsurile stazei gastrice, mult mai des întâlnită în montajul pancreatico-gastric, stază care se poate prelungi mai multe săptămâni. Riscurile apariției pancreatitei de bont sunt mult diminuate, deoarece bontul pancreatic nu este expus direct acțiunii corozive a sucului gastric (6,9,10,11). Am evitat episoadele de hemoragie digestivă superioară, cea mai frecvent întâlnită complicație a pancreatico-gastrostomiei. Tehnic, am efectuat atât telescoparea bontului pancreatic în ansa jejunală, cu fixarea capsulei pancreatice la peretele enteral, cât și varianta "duct-to-mucosa" de anastomozare a Wirsung-ului la mucoasa enterală.

Apariția fistulei pancreatice la unele cazuri, dar mai ales complicațiile antrenate de aceasta și dificultatea reparației lor, m-au determinat să mă orientez către anastomoza pancreatico-gastrică și să încerc să găsesc soluții de securizare a ei.

Voi descrie în continuare, detaliat, modalitatea personală de realizare a montajului pancreatico-gastric.

După secționarea pancreasului, trec două fire transfixiante la nivelul marginilor superioară și inferioară ale bontului, care să intercepteze arcadele vasculare (Fig. 1). Aceste fire, odată strânse, vor servi la realizarea hemostazei, iar ulterior le voi folosi drept fire de tracțiune. Subliniez importanța obținerii unei hemostaze bune pe tranșa de rezecție pancreatică, în principal prin ligaturarea vaselor mici și mai puțin prin cauterizarea lor (cauterizarea produce o crustă care se poate detașa în zilele următoare, cu apariția unei hemoragii digestive superioare). Atrag atenția în mod deosebit asupra necesității identificării Wirsung-ului înaintea ligaturilor hemostatice de pe tranșă și a protejării acestuia. Tracționând ușor ascendent de cele două fire de pe marginile bontului, voi elibera fața posterioară a acestuia, pe o distanță cât mai mare (Fig. 2). Această manevră este dificilă la pacienții cu pusee de pancreatită acută în antecedente, datorită aderențelor pe care le-au dezvoltat. Optez pentru o eliberare amplă a bontului, care să permită implantarea sa pe fața posterioară a stomacului, cât mai sus cu putință. Experiența mi-a arătat că implantarea înaltă a bontului pancreatic pe fața posterioară a stomacului diminuează considerabil riscul de apariție a stazei gastrice, iar dacă acest fenomen apare, este

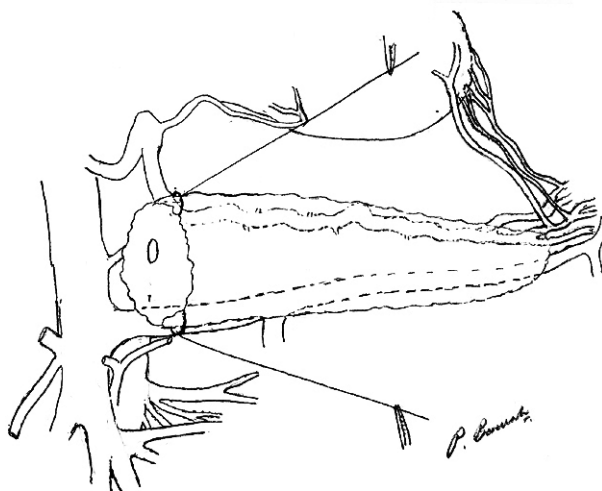


Figura 1. Trecerea transfixiantă a unor fire de hemostază pe marginile superioară și inferioară ale bontului pancreatic

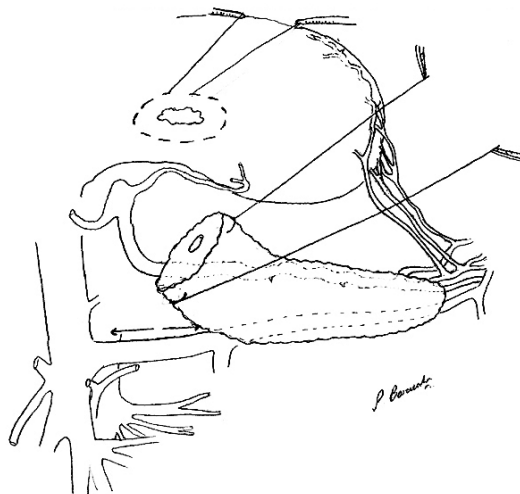


Figura 2. Eliberarea feței posterioare a bontului pancreatic

de mai scurtă durată și cu impact funcțional mult mai redus.

Pe sero-musculara feței posterioare a bontului gastric însăilez o bursă cu un fir neresorbabil, pe care îl las în așteptare. Din interiorul stomacului efectuez o breșă de dimensiuni reduse în mijlocul bursei, prin care, utilizând cele două fire tractante, voi ascensiona intragastric bontul pancreatic, lărgind temporar breșa cu ajutorul unei pense. Este important ca dimensiunea acestei breșe să fie mai mică decât cea a tranșei pancreatice, deoarece peretele gastric are o elasticitate proprie care ulterior îi permite să circumscrie perfect bontul pancreatic. În continuare, voi strânge firul de bursă de pe fața posterioară a stomacului. Utilizarea acestui artificio tehnic previne alunecarea bontului pancreatic de la nivelul montajului gastric.

Dacă dispun de un pancreas de consistență dură, cu Wirsung dilatat, îl voi ancora la mucoasa gastrică în patru

puncte. Avantajul acestui montaj constă în faptul că mucoasa gastrică, fiind foarte bine vascularizată, va realiza un fel de manșon în jurul bontului pancreatic, facilitând vindecarea postoperatorie. Dacă dispun de un pancreas moale, cu un duct Wirsung de calibru redus, prefer de multe ori cateterizarea acestuia cu un tub pierdut, fapt care menține patența postoperatorie a ductului, prevenind astfel riscul de activare intrapancreatică a enzimelor. Nu consider utilă fixarea pancreasului la mucoasa gastrică în mai mult de patru puncte, deoarece alte puncte de sutură secționează suplimentar țesutul, predispunând la hemoragie.

Postoperator am administrat profilactic Sandostatin la toți pacienții, 3 fiole zilnic, timp de 3 zile.

Principalele complicații ale montajului pancreatico-gastric

Nu am avut fistule pancreatice la pacienții la care am efectuat anastomoza pancreatico-gastrică. Consider expresie a fistulei lichidul evacuat pe dren, în care concentrația amilazei este la valori de peste trei ori valoarea amilazemiei, mai mult de patru zile, după ziua trei postoperator (12). În această situație, recomand tratamentul conservator cu monitorizarea zilnică a debitului fistulei și a stării generale a bolnavului. Dacă lichidul evacuat pe dren se reduce cantitativ și starea clinică a pacientului este bună, sub tratament cu ocreotid fistula se poate închide în 2-3 săptămâni. Dacă lichidul nu are tendința de a se reduce sau dacă starea generală a pacientului se înrăutățește, cu apariția febrei, a durerilor, sistarea tranzitului și leucocitoză, se impune reintervenția. Se estimează că 1/3 dintre pacienții cu fistulă pancreatică vor trebui reoperați (6,12). Recomand desființarea montajului, completarea pancreatectomiei cefalice la pancreatectomie totală, recupa marginilor gastrice și gastrorafie.

O complicație relativ frecvent întâlnită după anastomoza pancreatico-gastrică este hemoragia digestivă superioară, având drept sursă vasele tranșei pancreatice. În majoritatea cazurilor este redusă cantitativ, manifestându-se sub forma melenei sau a aspiratului gastric "în zaț de cafea", fără răsunet hemodinamic și, cel mai important lucru, este autolimitantă sub tratament cu inhibitori ai pompei de protoni. În rarele cazuri în care am fost confruntat cu hemoragie mare de la nivelul bontului pancreatic implantat intragastric, am apelat la endoscopia intervențională, hemostaza realizându-se cu ajutorul flăcării cu Argon sau prin injectarea locală de adrenalină. Dacă nu există posibilitatea tehnică de a efectua endoscopic hemostaza sau în situația unor pacienți instabili hemodinamic sau care au repetat hemoragia, soluția este reintervenția de urgență. Se va efectua o gastrotomie pe fața anterioară a stomacului, se va repera bontul pancreatic și sursa de sângerare și se va face hemostază cu fire în X.

Cea mai frecventă complicație a anastomozei pancreatico-gastrice este evacuarea gastrică întârziată, consecință a gastroparezei. Gastropareza este definită de existența unui aspirat gastric de peste 800 ml/zi, în condițiile absenței unui obstacol mecanic, absenței unor dezechilibre hidro-electrolitice sau

acido-bazice, absenței diabetului zaharat sau a hipotiroidismului, la un pacient la care nu s-a administrat medicație de tip morfină sau atropină (13). Cauzele gastroparezei pot fi infecțiile intraabdominale consecutive unor fistule, întreruperea unor conexiuni nervoase gastro-intestinale, reducerea secreției hormonale gastro-intestinale și ischemia locală. Recomand menținerea sondei de aspirație naso-gastrică, alimentație parenterală și administrarea de prokinetice.

Concluzii

Duodenopancreatectomia cefalică rămâne una dintre intervențiile majore ale chirurgiei digestive, care trebuie practică în centrele chirurgicale cu experiență, de către echipe antrenate. Experiența îndelungată a operatorului este cea care va contribui major evoluția favorabilă a pacienților.

Artificiul tehnic descris anterior, de realizare a unei burse pe fața posterioară a stomacului, care prin strângere să fixeze intragastric bontul pancreatic mi-a adus satisfacții, neînregistrând nici o fistulă pancreatică. Nu doresc însă să minimalizez nici rolul celorlalte gesturi care compun timpul de realizare a montajului pancreatico-gastric, fiecare cu importanță majoră în obținerea rezultatului dorit, respectiv o anastomoză sigură și funcțională.

Bibliografie

1. Markus S, Mullhaupt B, Clavien PA. Evidence-based pancreatic head resection for pancreatic cancer and chronic pancreatitis. *Annals of Surgery*. 2002;236(2):137-48.
2. Yeo CJ. Management of complications following pancreatectomy. *Surg Clin North Am*. 1995;75:913-24.
3. Shankar S, Theis B, Russell RC. Management of the stump of the pancreas after distal pancreatic resection. *Br J Surg*. 1990; 77:541-4.
4. Marcus SG, Cohen H, Ranson JH. Optimal management of the pancreatic remnant after pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg*. 1995;221:635-45.
5. Marczell AP, Stierer M. Partial Pancreaticoduodenectomy (Whipple Procedure) for a Pancreatic Malignancy: Occlusion of a Non-Anastomosed Pancreatic Stump with Fibrin Sealant. *HPB Surgery*. 1992;5:251-60.
6. Yeo CJ, Cameron JL, Maher MM, Sauter PK, Zahurak ML, Talamini MA, et al. A prospective randomized trial of pancreaticogastrostomy versus pancreaticojejunostomy after pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg*. 1995;222(4):580-8; discussion 588-92.
7. Bassi C, Falconi M, Molinari E, Salvia R, Butturini G, Sartori N, et al. Reconstruction by pancreaticojejunostomy versus pancreaticogastrostomy following pancreatectomy: results of a comparative study. *Ann Surg*. 2005;242(6):767-71, discussion 771-3.
8. Iancu C, Bodea R. Tratamentul chirurgical al tumorilor periampulare. În: Beuran M, Grigorescu M, editori. *Actualități medico-chirurgicale în patologia digestivă*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu"; 2010. p. 312-22.
9. Aranha GV, Hodul P, Golts E, Oh D, Pickleman J, Creech S. A comparison of pancreaticogastrostomy and pancreaticojejunostomy following pancreaticoduodenectomy. *J Gastrointest Surg*. 2003;7:672- 82.

10. Greene BS, Loubeau JM, Peoples JB, Elliot DW. Are pancreatoenteric anastomoses improved by duct to mucosa sutures? *Am J Surg.* 1991;161:45-9.
11. Poon RT, Lo SH, Fong D, Fan ST, Wong J. Prevention of pancreatic anastomotic leakage after pancreaticoduodenectomy. *Am J Surg.* 2002;183:42-52.
12. Montorsi M, Zago M, Mosca F, Capussotti L, Zotti E, Ribotta G, et al. Efficacy of octreotide in the prevention of pancreatic fistula after elective pancreatic resections: a prospective, controlled, randomized trial. *Surgery.* 1995;117(1):26-31.
13. Dong K, Li B, Guan QL, Huang T. Analysis of multiple factors of postsurgical gastroparesis syndrome after pancreaticoduodenectomy and cryotherapy for pancreatic cancer. *World J Gastroenterol.* 2004;10(16):2434-8.