

Hemoragiile digestive superioare postduodenopancreatectomii cefalice

N. Al Hajjar¹, T. Mureșan², P. Boruah², C. Iancu¹, O. Bălă¹

¹UMF "Iuliu Hațieganu", Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, România

²Clinica Chirurgie III, Cluj-Napoca, România

Rezumat

Hemoragia digestivă superioară ca și complicație postoperatorie a duodenopancreatectomiei cefalice, s-a menținut constantă ca frecvență în ultimele decenii, în ciuda scăderii globale a incidenței mortalității postduodenopancreatectomie cefalică. Este a doua ca frecvență după fistulele anastomotice, însă mult mai frecvent letală, în special când pancreasul este anastomozat la stomac. Cazul prezentat este al unui pacient de 55 de ani, diagnosticat în clinica noastră cu ampulom vaterian, pentru care s-a practicat duodenopancreatectomie cefalică cu anastomoză pancreato-gastrică termino-laterală, hepatico-jejuno-anastomoză termino-laterală și gastro-jejuno-anastomoză termino-laterală pe ansă ascensionată transmezocolic. Evoluția postoperatorie a pacientului a fost marcată de două episoade de hemoragie digestivă superioară, primul fiind rezolvat prin relaparotomie, iar al doilea beneficiind de aportul endoscopiei. Pornind de la acest caz, vom analiza factorii de risc ai hemoragiilor digestive superioare postduodenopancreatectomie cefalică și modalitățile terapeutice, știut fiind că la ora actuală nu există un consens în această privință în rândul specialiștilor.

Cuvinte cheie: hemoragie digestivă superioară, duodenopancreatectomie cefalică, factori de risc, modalități terapeutice

Abstract

Upper digestive hemorrhage appearing after cephalic duodeno-pancreatectomy

The frequency of upper gastrointestinal hemorrhage as a post-operative complication of cephalic duodenopancreatectomy remained constant for decades despite the overall decrease in the incidence of mortality occurring after cephalic duodeno-pancreatectomy. It is the second most common complication after anastomotic fistulas, but more frequently fatal, especially when the pancreas is anastomosed with the stomach. The case presented here is of a patient of 55 years age, diagnosed in our clinic with vaterian ampuloma for which was performed cephalic duodeno – pancreatectomy and gastrointestinal and hepatobiliary continuity was restored by performing termino-lateral pancreato-gastric anastomosis, termino-lateral hepato-jejunal anastomosis and termino-lateral gastro-jejunal anastomosis on a jejunal loop ascended transmezocolic. Postoperative evolution of the patient was marked by appearance of two episodes of upper gastrointestinal hemorrhage, the first being solved by relaparotomy and the second benefiting from the contribution of an endoscopic intervention. From this case, we analyze risk factors for upper gastrointestinal hemorrhage appearing after cephalic duodeno-pancreatectomy and its therapeutic modalities, starting from the fact that currently there is no consensus among experts on this matter.

Key words: upper digestive hemorrhage, cephalic duodeno-pancreatectomy, risk factors, therapeutic modalities

Correspondență: Dr. Nadim Al Hajjar
Clinica Chirurgie III
Str. Croitorilor, Nr. 19 - 21, Cluj Napoca, Cluj
Romania, 400162
E-mail: na_hajjar@yahoo.com

Introducere

În ultimele decenii, spectrul intervențiilor chirurgicale practicate pentru neoplasmelor pancreatice și ale cailor biliare principale s-a lărgit mult, cu scăderea consecutivă a mortalității postoperatorii. (1,2,3) Hemoragia digestivă superioară ca și complicație a duodenopancreatectomiei cefalice s-a menținut însă constantă ca și frecvență (între 2 și 18 %), în multe cazuri fiind letală. (4)

Precoce sau tardivă (4), hemoragia digestivă superioară postduodenopancreatectomie cefalică, poate avea ca sursă vasele mari: artera hepatică, vasele mezenterice (sângerare axială) sau vase de calibru mai mic (vase splenice, vase de la nivelul bontului pancreatic). (5) Tehnicile imagistice actuale coroborate cu experiența clinică permit diagnosticul acestei complicații severe, iar metoda terapeutică rămâne să fie aleasă în funcție de statusul clinic al pacientului și disponibilitățile terapeutice ale unității spitalicești, mai ales în contextul absenței unor protocoale standard privind managementul terapeutic al acestei complicații.

Prezentare de caz

Vom prezenta cazul unui pacient de 55 de ani, cu hipertensiune arterială esențială în antecedente care s-a internat în clinica noastră cu următoarele acuze: scădere ponderală semnificativă (12 kg în 2 luni), dureri epigastrice, vărsături alimentare, pirozis, gust amar matinal.

Analizele de laborator au relevat un ușor grad de anemie, hipopotasemie, o ușoară creștere a bilirubinei și timp de coagulare prelungit. Ecografia abdominală a evidențiat un ficat cu ecostructură omogenă, colecist alitiatic și căi biliare principale cu diametru de 10 mm. Dat fiind contextul clinic și depistarea ecografică a dilatării de cale biliară principală, s-a decis efectuarea endoscopiei digestive superioare. Aspectele endoscopice au fost următoarele: esofag cu esofagită clasa B Los Angeles; stomac normal la nivelul corpului; antru friabil cu eritem; bulb de aspect normal; în porțiunea D2 a duodenumului există pe peretele anterior o formațiune de aproximativ 1 cm diametru cu aspect înalt sugestiv pentru un ampulom vaterian (s-au recolat biopsii de la acest nivel).

Coroborând statusul clinic al pacientului cu datele paraclinice s-a stabilit diagnosticul preoperator: ampulom vaterian (confirmat histopatologic), hipertensiune arterială esențială, esofagită clasa B Los Angeles, gastrită antrală și s-a decis efectuarea intervenției chirurgicale. Diagnosticul de ampulom vaterian s-a confirmat intraoperator. S-a practicat duodenopancreatectomie cefalică cu anastomoză pancreatogastrică termino-laterală (cu poziționarea bontului pancreatic pe fața posterioară a stomacului), hepatico-jejuno-anastomoză termino-laterală, gastro-jejuno-anastomoză termino-laterală pe ansă ascensionată transmezocolic, drenaj în bursa omentală, subhepatic și în spațiul Douglas. Nu s-au descoperit adenopatii metastatice locoregionale, metastaze hepatice sau peritoneale. Pancreasul a avut textură moale și friabilă, fiind necesară completarea hemostazei la nivelul bontului pancreatic restant cu fire în X și Tacho-comb.

Pacientul a prezentat o serie de particularități anatomice: apendice subhepatic, mezenter unic, anomalii de origine și distribuție ale arborelui arterial hepatic.

Evoluția postoperatorie a pacientului, inițial favorabilă, a fost marcată de apariția în ziua a opta postoperator de apariția unei hemoragii digestive superioare, exteriorizată prin hematemeză abundentă și melenă. Serviciul endoscopic nu a fost disponibil din motive tehnice și astfel s-a luat decizia relaparotomiei imediate. La gastrotomie, după evacuarea sângelui acumulat în cavitatea gastrică, s-a descoperit sursa hemoragiei la nivelul bontului pancreatic. S-a practicat hemostază cu fire în X și completarea acesteia cu Tacho-comb. S-a verificat anastomoza gastro-jejunală pentru a exclude un eventual ulcer la acest nivel, ca sursă potențială de hemoragie.

În timpul de două zile postreintervenție, pacientul a fost stabil hemodinamic, însă hemoragia digestivă superioară s-a repetat în ziua a treia postreintervenție. La intervenția endoscopică efectuată de această dată s-a descoperit hemoragie difuză la nivelul bontului pancreatic implantat intragastric, precum și la nivelul mucoasei gastrice din jurul bontului pancreatic. S-a practicat coagulare cu flacăra de Argon și injectarea de alcool în scopul opririi hemoragiei. (Fig. 1, 2).

În continuare pacientul a evoluat fără probleme, externându-se ameliorat din punct de vedere chirurgical după o spitalizare de 34 de zile. La controalele ulterioare, parametrii clinici și paraclinici s-au încadrat în limite normale.

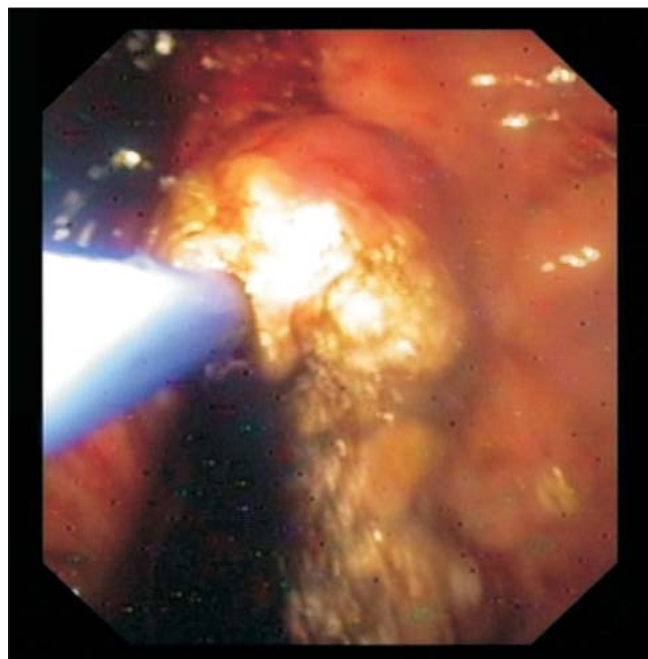


Figura 1. Coagularea cu flacăra de Argon a hemoragiei de la nivelul bontului pancreatic intragastric - aspecte endoscopice



Figura 2. Coagularea cu flacăra de Argon a hemoragiei de la nivelul bontului pancreatic intragastric - aspecte endoscopice

Discuții

Cazul prezentat readuce în discuție problema managementului terapeutic al hemoragiilor digestive superioare apărute postduodenopancreatectomie cefalică, știut fiind faptul că această complicație este una dintre cele mai grave, soldându-se de multe ori cu decesul pacientului. (4,5,6)

La ora actuală, în literatura de specialitate nu există o unanimitate de opinie privind factorii de risc responsabili de apariția acestei complicații și nici privind protocoalele terapeutice. Studiile enumeră o serie de factori de risc cum ar fi: injuria peretelui arterial în cursul intervenției chirurgicale (în special în cazul practicării limfadenectomiei extinse), iritația arterială produsă de abcesele localizate, digestia peretelui arterial de către sucii pancreatici activați (proveniți din lichidul de fistulă, în special pancreatică), cu apariția de pseudoanevrisme predispușe la ruptură, (6,7) textura moale și friabilă a bontului pancreatic restant care îngreunează realizarea corespunzătoare a hemostazei la acest nivel. De asemenea, se pare că radio-chimio-terapia preoperatorie sensibilizează peretele arterial la injurie. (5,8,9) Unii autori consideră că pacienții cu un nivel crescut al bilirubinei și coagulare alterată prezintă un risc mai mare de hemoragie digestivă superioară. (10)

Pacientul nostru a prezentat cel puțin doi dintre acești factori de risc: pancreas moale și friabil și coagulare alterată.

În funcție de intervalul de timp scurs de la intervenția chirurgicală, hemoragiile digestive superioare postduodenopancreatectomie cefalică pot fi considerate precoce sau tardive. (4,8)

Hemoragiile precoce apar în primele 48 de ore după intervenția chirurgicală. (8,11) Frecvent sunt cauzate de sângerare la nivelul liniei de sutură (8) sau sângerări difuze. În rare cazuri sunt cauzate de ulcere acute de stress. În 30% din cazuri se apreciază că se datorează unor erori de tehnică chirurgicală. (4) În majoritatea cazurilor de acest fel atitudinea terapeutică este clară: relaparotomie cu rezolvarea sursei hemoragice.

Hemoragiile tardive sunt cele care apar la un interval de peste 48 de ore de la intervenția chirurgicală, în general acest moment situându-se la 10 zile postoperator (8 zile în cazul pacientului nostru). În cazul hemoragiilor tardive, cele mai frecvente surse de sângerare sunt: vasele splenice (38%), artera hepatică (31%), artera mezenterică superioară (13%), bontul pancreatic restant (13%), vena portă (5 %).

Studiile din literatură raportează o mortalitate mult mai mare în cazul sângerărilor axiale (arteră hepatică, vase mezenterice), decât în cazul sângerărilor laterale (bont pancreatic restant, vase splenice).

De obicei hemoragiile tardive sunt abundente, determinând alterarea rapidă a statusului hemodinamic al pacientului. În majoritatea cazurilor sunt precedate de așa numitele hemoragii santinelă, definite în 1991 de Brodsky și Turnbull ca pierdere minoră de sânge pe drenuri sau la nivelul tractului gastrointestinal, cu un interval asimptomatic până la dezvoltarea șocului hemoragic. Monitorizarea atentă clinică și hemodinamică a pacientului permite în general diagnosticarea precoce a acestor hemoragii santinelă, permițând intervenția terapeutică într-un moment în care statusul clinic și hemodinamic al pacientului nu sunt extrem de alterate.

Managementul terapeutic al hemoragiilor tardive postduodenopancreatectomie cefalică rămâne unul neclar, alegerile specialiștilor oscilând între angiografie cu embolizarea selectivă a sursei de sângerare, endoscopie și relaparotomie.

Endoscopia digestivă superioară este intervenția de primă linie în sângerările gastrointestinale superioare. Pe lângă posibilitatea detectării sursei de hemoragie, endoscopia permite și realizarea unor manevre terapeutice (utilizarea flăcării cu Argon sau alcoolizarea sursei de sângerare). Uneori endoscopia poate eșua ca tentativă terapeutică, deoarece poate întâmpina dificultăți în a localiza sursa hemoragiei, în special în condițiile prezenței unei cantități mari de sânge la nivel gastric. Din aceste motive mulți autori consideră că endoscopia nu are rol esențial în tratamentul inițial al sângerării postoperatorii după duodenopancreatectomie cefalică.

Angiografia selectivă este la ora actuală cea mai de valoare examinare inițială pentru identificarea sursei de sângerare, permițând efectuarea unui gest terapeutic (embolizarea arterială selectivă), dacă starea hemodinamică a pacientului o permite. Angiografia selectivă este utilă atât în sângerările precoce, cât și în cele tardive, deoarece face posibil controlul cel puțin temporar al hemoragiei și eventual stabilizarea hemodinamică a pacientului până la luarea unei alte decizii terapeutice. Totuși, angiografia selectivă are valoare limitată când sângerarea este venoasă sau difuză. (3)

Laparotomia a fost multă vreme prima alegere terapeutică în cazul hemoragiilor digestive superioare postduodenopancreatectomie cefalică, permițând re poziționarea ligaturilor derapate,

tratamentul fistulelor și al colecțiilor intraabdominale. Comparativ cu radiologia intervențională, relaparotomia determină o rată mai mare a mortalității din două motive: se desfășoară frecvent pe fondul unei instabilități hemodinamice accentuate și reprezintă o măsură invazivă la un pacient deja debilitat de duodenopancreatectomia inițială. Se preconizează că dezvoltarea radiologiei intervenționale va face ca aceasta să fie prima linie de tratament în hemoragiile digestive superioare postduodenopancreatectomie cefalică, atât precoce cât și tardive.

Din păcate, centrul nostru nu are acces la angiografie, iar accesul la endoscopie este uneori limitat. În aceste condiții, laparotomia rămâne pentru noi tactica cel mai frecvent de ales pentru explorarea și tratamentul hemoragiilor digestive postduodenopancreatectomie cefalică.

În majoritatea cazurilor, fistula pancreatică este factorul declanșator al cascadei de evenimente care duce la apariția hemoragiei digestive superioare postduodenopancreatectomie cefalică. Astfel, diagnosticarea fistulei pancreatice trebuie să constituie un obiectiv major pentru chirurg, deoarece sucul pancreatic este cel care induce alterarea pereților vasculari cu risc de ruptură ulterioară. În acest context trebuie controlat orice focar septic care ar putea induce deteriorarea anastomozelor.

Concluzii

În final putem formula câteva reguli care să scadă riscul sângerării postduodenopancreatectomie cefalică și care să optimizeze managementul terapeutic în cazul în care sângerarea s-a produs.

În primul rând, pregătirea preoperatorie a pacientului trebuie să fie una riguroasă, încercându-se optimizarea inclusiv a parametrilor afectați de nivelul crescut al bilirubinei (coagularea).

De asemenea, chirurgul trebuie să prezinte o atenție sporită în timpul acestor intervenții de mare amploare.

Se impune de asemenea monitorizarea atentă clinică și imagistică a pacientului pentru detectarea precoce a oricărui semn de fistulă, sepsis sau hemoragie santinelă.

Urmarea acestor reguli de aur poate duce, alături de dezvoltarea tehnicilor radioimagistice, la îmbunătățirea prog-

nosticului pacienților cu hemoragii digestive superioare postduodenopancreatectomie cefalică.

Bibliografie

1. de Castro SM, Kuhlmann KF, Busch OR, van Delden OM, Laméris JS, van Gulik TM, et al. Delayed massive hemorrhage after pancreatic and biliary surgery: embolization or surgery? *Ann Surg.* 2005;241(1):85-91.
2. Pezzilli R. Early identification of postoperative pancreatic fistula may reduce the risk of postoperative hemorrhage in pancreatic resected patients. *JOP.* 2007;8(5):637-9.
3. Popescu I, Dumitrașcu T. Pancreatoduodenectomy--past, present and future. *Chirurgia (Bucur).* 2011;106(3):287-96. [Article in Romanian]
4. Rumstadt B, Schwab M, Korth P, Samman M, Trede M. Hemorrhage after pancreatoduodenectomy. *Ann Surg.* 1998;227(2):236-41.
5. Turrini O, Moutardier V, Guiramand J, Lelong B, Bories E, Sannini A, et al. Hemorrhage after duodenopancreatectomy: impact of neoadjuvant radiochemotherapy and experience with sentinel bleeding. *World J Surg.* 2005;29(2):212-6.
6. Conlon KC, Klimstra DS, Brennan MF. Long-term survival after curative resection for pancreatic ductal adenocarcinoma. Clinicopathologic analysis of 5-year survivors. *Ann Surg.* 1996;223(3):273-9.
7. Tajima Y, Kuroki T, Tsutsumi R, Sakamoto I, Uetani M, Kanematsu T. Extrahepatic collaterals and liver damage in embolotherapy for ruptured hepatic artery pseudoaneurysm following hepatobiliary pancreatic surgery. *World J Gastroenterol.* 2007;13(3):408-13.
8. Khorsandi SE, Limongelli P, Jackson JE, Tait P, Williamson RC, Habib NA, et al. Management of delayed arterial hemorrhage after pancreaticoduodenectomy. A case series. *A Case Series. JOP.* 2008;9(2):172-8.
9. Magnin V, Moutardier V, Giovannini MH, Lelong B, Giovannini M, Viret F, et al. Neoadjuvant preoperative chemoradiation in patients with pancreatic cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;55(5):1300-4.
10. Pisters PW, Hudec WA, Hess KR, Lee JE, Vauthey JN, Lahoti S, et al. Effect of biliary decompression on pancreaticoduodenectomy – associated morbidity in 300 consecutive patients. *Ann Surg.* 2001;234(1):47-55.
11. Jordan GL Jr. Pancreatic resection for pancreatic cancer. *Surg Clin North Am.* 1989;69(3):569-97.