

Tratamentul optim al bontului pancreatic distal după duodenopancreatectomia cefalică: anastomozele cu jejunul și cele cu stomacul au indicații diferite

Traian Dumitrascu^{1,2}, Vladislav Brasoveanu^{1,3}, Simona Dima¹, Irinel Popescu^{1,3}

¹Center of General Surgery and Liver Transplant, Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania

²Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

³Titu Maiorescu University, Bucharest, Romania

Rezumat

Introducere: Tratamentul optim al bontului pancreatic distal după duodenopancreatectomia cefalică (DPC) rămâne neclar. Studiul își propune să compare rezultatele postoperatorii imediate după anastomozele pancreasului distal cu jejunul vs. anastomozele cu stomacul într-o serie relativ mare de pacienți cu DPC.

Pacienți și Metodă: Au fost re-evaluate datele tuturor pacienților cu DPC operați în perioada 1 octombrie 2016 – 1 octombrie 2021: s-au făcut comparații între grupul pacienților cu anastomoze ale bontului pancreatic distal cu jejunul (grupul PJ) și grupul pacienților cu anastomoze gastrice (grupul PG).

Rezultate: S-au efectuat 360 DPC: anastomoze ale bontului pancreatic cu jejunul (grupul PJ) – 293 pacienți (81,4%) și cu stomacul (grupul PG) – 67 pacienți (18,6%). Nu s-au constatat diferențe semnificative statistic între cele două grupuri de pacienți în ceea ce privește complicațiile postoperatorii imediate (valori $p \geq 0.065$), cu excepția stazei gastrice clinic manifeste care a fost semnificativ mai mare în grupul pacienților cu anastomoze cu stomacul (38,8% vs. 25,9%, $p = 0,049$). În grupul anastomozelor cu stomacul au fost semnificativ statistic mai mulți pacienți cu preservare de pilor (19,4% vs. 8,2%, $p = 0,012$), pancreas cu textura moale (76,1% vs. 34,4%, $p < 0,001$), duct Wirsung mic (4 mm (0 – 25) vs. 3 mm (1 – 10), $p < 0,001$) și scoruri intermediare și de risc crescut pentru fistulă pancreatică (83,6% vs. 52,6%, $p < 0,001$).

Concluzii: Nici una dintre tehnicile chirurgicale efectuate nu scutește pacientul de complicații postoperatorii. Pentru pacienții cu textura tare a pancreasului și duct Wirsung dilatat anastomoza „duct-to-mucosa” a bontului pancreatic distal cu jejunul ar trebui să fie prima opțiune, în timp ce pentru pacienții cu textura moale a pancreasului și duct Wirsung de mici dimensiuni anastomoza bontului pancreatic distal prin invaginație cu stomacul ar fi de preferat.

Cuvinte cheie: duodenopancreatectomie cefalică, pancreatico-jejunoanastomoză, pancreato-gastroanastomoză, complicații postoperatorii, risc crescut de fistulă pancreatică, fistulă pancreatică