

Rolul ileostomiei în prevenirea și tratamentul fistulelor anastomotice după chirurgia electivă a cancerului rectal – o analiză retrospectivă a factorilor de risc specifici, a rezultatelor și complicațiilor

Elena Luminița Albulescu¹, Sandu Ramboiu^{2*}, Valeriu Marin Șurlin^{2*}, Dragoș Mărgaritescu², Dan Cârțu², Marius Bica², Ștefan Pătrașcu², Daniela Marinescu², Raducu Nemeș³, Luminița Cristina Chiutu⁴

¹Blood Transfusion Unit, Bagdasar-Arseni Hospital, 12 Berceni Street, 041915, Bucharest, Romania
University of Medicine and Pharmacy of Craiova, 2-4 Petru Rares Street, 200392, Craiova, Dolj, Romania

²1st Clinic of Surgery, Clinical County Emergency Hospital of Craiova, 1 Tabaci Street, 200642, Craiova, Dolj, Romania
University of Medicine and Pharmacy of Craiova, 2-4 Petru Rares Street, 200392, Craiova, Dolj, Romania

³University of Medicine and Pharmacy of Craiova, 2-4 Petru Rares Street, 200392, Craiova, Dolj, Romania

⁴I.C.U. Clinic, Clinical County Emergency Hospital of Craiova, 1 Tabaci Street, 200642, Craiova, Dolj, Romania
University of Medicine and Pharmacy of Craiova, 2-4 Petru Rares Street, 200392, Craiova, Dolj, Romania

Rezumat

Context: Obiectivul acestei lucrări este de a evidenția rolul și locul ileostomiei de protecție din perspectiva riscului de fistulă anastomotică.

Material și Metodă: Acesta este un studiu retrospectiv a 74 (46.54%) de rezecții rectale joase și ultrajoase dintr-un număr de 159 de cazuri de cancer de rect operate într-un interval de 7 ani (2015-2021). Cazurile au fost împărțite în două grupuri: grupul A cu ileostomie de protecție (47 de cazuri = 63,51%) și grupul B, fără ileostomie de protecție (27 de cazuri = 35,49%).

Rezultate: Tipul de anastomoză în cazul pacienților cu fistule anastomotice a fost colorectală în 15 cazuri și ileorectală pentru 2 cazuri, ambele din grupul A, cu sutură mecanică sau manuală. Ileostomia a fost singura modalitate de protecție a anastomozei. Complicațiile datorate ileostomiei înregistrate în grupul A au fost leziunile cutanate peristomale (8 cazuri), eventrația precoce peristomală (2 cazuri) și deshidratarea severă cu insuficiență renală acută (7 cazuri). Suprimarea ileostomiei s-a practicat în 42 de cazuri (89,36%), intervalul de timp scurs între momentul intervenției și închiderea ileostomiei fiind de 4,28 de luni cu limite între 12 zile și 10 luni. Tratamentul fistulelor anastomotice a fost conservator în 13 cazuri (76.47%), și chirurgical în 4 cazuri. În cazul reintervențiilor s-a recurs la desființarea anastomozei urmată de colostoma stângă și închiderea ileostomiei în 3 cazuri (2 cazuri din grupul A și 1 caz din grupul B) sau ileostomie terminală într-un caz din grupul A. Rata mortalității la pacienții cu fistulă anastomotică a fost 7,40%, cu două decese înregistrate la pacienți din grupul B.

Concluzii: Pentru a reduce complicațiile sale specifice, ileostomia trebuie efecuată la pacienți bine selectați. Printre cei cu factori de risc pentru apariția fistulei se numără bărbații, vârstnicii și cei care au comorbidități importante, chimioterapia neoadjuvantă, tumori joase la mai puțin de 5 cm de orificiul anal extern, sau tumori circumferențiale stenozante și cu infiltrat inflamator peritumoral.

Cuvinte cheie: ileostomie, chirurgia cancerului rectal, fistula anastomotică

