

TRATAMENTUL FISTULELOR DUODENALE NEFORMATE COMPLICATE CU PERITONITĂ GENERALIZATĂ

TREATMENT OF NONFORMED DUODENAL FISTULAS COMPLICATED WITH TOTAL PERITONITIS

Rezumat

Studiul analizează rezultatele tratamentului chirurgical al unui lot de 52 bolnavi cu fistule duodenale neformate, complicate cu peritonită generalizată, tratați în clinică în perioada anilor 1991-2005. Sunt evaluate cauzele principale de apariție a acestei complicații. Se prezintă tehnicile chirurgicale optime în funcție de localizarea fistulei, particularitățile morfo-funcționale, volumul pierderilor sucurilor digestive și alimentare, condițiile locale și generale. Tehnicile operatorii de delimitare prin drenare activă cu lavaj local continuu în scopul constituirii unei fistule dirijate, în fistulele duodenale de dimensiuni mici, și de excludere a duodenului prin rezecție gastrică cu gastroenteroanastomoză în „Y” a la Roux sau procedeu Balfour cu duodenostomie sau antrumduodenostomie dirijată, în fistulele de dimensiuni mari, constituie variante tehnice optime. În combinație cu tratamentul peritonitei postoperatorii prin relaparotomie programată, permit reducerea letalității postoperatorii până la 28,85%.

Valeriu BOGDAN

*Catedra 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu”
IMSP Spitalul Clinic Republican*

Summary

Study presents the results of surgical treatment of 52 patients with duodenal nonformed fistulas, complicated with total peritonitis, treated in surgical clinic during the period 1991-2005. Were evaluated principal causes of this complication. Were presented the surgical optimal techniques on dependency of: fistulas' localizations on the segment, theirs' morpho-functional station, volume of digestive juice and alimentary loses, local and general conditions. In cases of duodenal fistulas with small dimensions were used the surgical techniques of delimitations via active drainage with local permanent lavage with the aim to form controlled fistula and excluding of duodenum via gastric resection with gastroenteroanastomosis on the loop by Roux or by Balfour with duodenostomy or controlled antrumduodenostomy; in cases of large fistulas with considerable nutritional loses were used optimal surgical techniques. Combination with the treatment of postoperative peritonitis via programmed relaparotomies permitted to reduce lethality up to 28,85%.

Introducere

Fistulele duodenale neformate (FDN) cu peritonită generalizată prezintă o complicație gravă după diverse intervenții chirurgicale pe organele cavității peritoneale și a spațiilor retroperitoneale. Numărul lor crește odată cu prezența bonturilor duodenale „dificile” și ajunge la 10% [1,2,3,4,5]. Letalitatea în peritonitele postoperatorii, cauzate de fistule duodenale, e de 25-70%, și e determinată de peritonita progresivă, septicemie, de dereglările severe hidroelectrolitice, proteice, cașexie [6, 7, 8, 9, 10, 11,12].

După rezecțiile distale gastrice procedeu Bilrot II, dehiscența de sutură se produce în 1,2-4% cazuri [6, 1, 7, 13]. O cauză mai rară a fistulelor duodenale o constituie dehiscența suturilor ulcerului perforat, a piloroplastiei și a leziunilor traumatiche, necroza parietală în pancreatita destructivă, iatrogeniile în timpul intervențiilor chirurgicale pe organele cavității peritoneale și a spațiilor retroperitoneale [6, 12, 13, 4].

Tratamentul bolnavilor cu FDN, complicate cu peritonită generalizată, prezintă o problemă dificilă și nesoluționată până în prezent. Rezultatele obținute nu sunt considerate satisfăcătoare, deoarece letalitatea postoperatorie rămâne a fi destul de înaltă [7,14].

Literatura modernă de specialitate este dominată de păreri controversate ale multor autori în privința tacticii și a tehnicii chirurgicale adecvate în FDN, complicate cu peritonită generalizată. Aspectele intervențiilor chirurgicale sunt rediate succint, doar în volumul necesar pentru caracteristica generală a genului de asistență curativă.

Scopul studiului a fost ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical al bolnavilor cu fistule duodenale neformate, complicate cu peritonită generalizată, prin elaborarea unei tactici medico- chirurgicale diferențiate și a tehnicilor operatorii optime în funcție de localizare, de particularitățile morfo-funcționale, volumul pierderilor sucurilor digestive și alimentare, condițiile locale și generale.

Material și metode

Studiul cuprinde analiza tratamentului chirurgical a unui lot de 52 bolnavi cu fistule duodenale cu peritonită generalizată, tratați în clinică prin metoda “relaparotomiilor programate” pe parcursul ultimilor 15 ani. Incidența mai mare a fost la bărbați – 41(78,85%), la femei fiind de 11(21,15%) cazuri. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 16- 71, cu o medie de 46,3 ani.

Majoritatea bolnavilor (37 (71,15%)) au fost transferați în clinică din alte instituții medico-sanitare peste o perioadă după apariția complicației și după tratamentul îndelungat ineficient, în stare gravă, determinată de prezența focarelor septice abdominale nesanate, cu sindrom de intoxicare endogenă progredient, cu pierderi necorijate prin fistulă și dereglări metabolice grave, în stare de denutriție dismetabolică și cu patologie extraabdominală gravă.

Din lotul de bolnavi incluși în studiu, 43(82,69%) prezentau semne ale sindromului de disfuncție organică multiplă (MODS). Sindromul de disfuncție a unui singur organ a fost constatată la 27 (51,92%) pacienți, prevalență fiind insuficiența respiratorie (22 (42,31%)). Sindromul de disfuncție a două organe a fost

atestat la 12 (23,07%) și insuficiența funcțională a 3 și mai multe organe, la 4 (7,69%) pacienți.

Cea mai frecventă cauză de apariție a fistulei duodenale a fost dehiscența bontului duodenal (23 (44,23%) cazuri), urmată de dehiscența suturilor aplicate pe leziunea traumatică a duodenului (7 (13,46%) cazuri), dehiscența anastomozei gastroduodenale (6 (11,54%) cazuri), pancreatita acută cu necroza peretelui duodenal (6 (11,54%) cazuri), dehiscența suturilor ulcerului perforat (4 (7,69%) cazuri), a piloroplastiei (3 (5,77%) cazuri) și iatrogenia duodenului (3 (5,77%) cazuri).

Dehiscența de bont duodenal a survenit în marea majoritate a cazurilor (18 (78,26%) la bolnavii cu localizarea joasă a ulcerului duodenal și a fost legată de dificultățile tehnice apărute, în mobilizarea brutală a duodenului cu închiderea dificilă a bontului în ulcerul hemoragic (6 cazuri) și cronic stenozant (12 cazuri) penetrant în pancreas și ligamentul hepatoduodenal. Scheletizarea excesivă a duodenului a dus la necroza bontului duodenal la 5 bolnavi.

Menționăm faptul că în timpul relaparotomiei efectuate în clinică, la 19 (82,60%) bolnavi cu dehiscență de bont duodenal au fost depistate semne evidente de duodenostază, iar la 12 (52,17%) din ei duodenostaza a fost cauzată de malrotația duodenală.

Cel mai frecvent dehiscența de bont duodenal a fost prezentă după rezecția gastrică cu gastroenteroanastomoză (GEA) procedeu Hofmeister-Finsterer (15 cazuri). După rezecția gastrică cu GEA procedeu Balfour, dehiscența de bont duodenal a constituit cauza peritonitei la 7 bolnavi, iar după cea cu GEA în „Y” a la Roux - numai într-un singur caz.

Cauza principală a dezunirilor anastomotice după rezecții gastrice distale cu gastroduodenoanastomoză (GDA) Pean-Bilrot I (6 cazuri) a fost localizarea joasă a ulcerului duodenal cu penetrație în pancreas și ligamentul hepatoduodenal cu aplicarea acestei anastomoze în condiții de infiltrație ulceroasă și a duodenostazei cronice.

Dehiscențele de sutură aplicate pe leziunile traumatice ale duodenului (7 cazuri) sunt complicații grave postoperatorii cu un pronostic puțin favorabil. Toate traumatismele duodenale complicate cu dehiscența de suturi au fost de caracter închis, bont.

Apariția dehiscențelor de sutură în traumatismele duodenale se explică prin dificultățile de precizare a diagnosticului și recurgerea la măsuri chirurgicale în toate cazurile la peste 24 ore, prin aplicarea suturii leziunii pe țesuturi de calitate proastă, în tracțiune și în condițiile unei peritonite și a flegmonului retroperitoneal. În toate cazurile diagnosticul de leziune traumatică a fost stabilit intraoperator și au prezentat rupturi retroperitoneale a porțiunii D₃ a duodenului.

Dehiscența suturilor ulcerului perforat (4 cazuri) a constituit cauza tratamentului chirurgical tardiv, în urma adresării întârziate a bolnavilor, sutura fiind realizată în condițiile infiltrației ulceroase și inflamatorii a peretelui duodenal. Dehiscența suturilor piloroplastiei (3 cazuri) a fost cauza localizării joase a ulcerului hemoragic penetrant în pancreas și ligamentul hepato-duodenal.

Diagnosticul de fistulă duodenală a fost confirmat în toate cazurile preoperator prin efectuarea:

1. examenului radiologic simplu abdominal și toracic (prezența nivelurilor hidroaerice subfrenice pe stânga, delimitarea mișcărilor cupolei hemidiafragmului și a revărsatului reactiv pleural);

2. tranzitului cu substanță de contrast;

3. fistulografiei cu substanță de contrast prin tuburile de dren (evidențierea fistulei și a colecțiilor);

4. ecografiei abdominale (prezența colecțiilor lichidiene sau gazoase intraabdominale sau retroperitoneale).

Toți bolnavii au fost admiși preoperator în unitatea de terapie intensivă și reanimare septică.

În toate cazurile de peritonită postoperatorie, cauzate de fistula duodenală, relaparotomia de urgență a fost indicația absolută.

Particularitățile manifestărilor clinice ale acestei grave complicații a determinat necesitatea abordării diferențiate a duratei și a volumului de pregătire preoperatorie. În peritonita postoperatorie de tip perforativ, prezentă în 11 (21,15%) cazuri, perioada de pregătire preoperatorie a durat până la 4 ore. În peritonitele de tip progresiv, prezentă în 36 (69,23%) cazuri, cu dereglări severe ale constantelor homeostatice și cu semne clinice de disfuncție a organelor și sistemelor vital importante, pregătirea preoperatorie de stabilire a indicilor minimali de operabilitate și în 5 (9,62%) cazuri de peritonită „în eviscerație”, durata de pregătire preoperatorie n-a depășit 12 ore.

Genul și volumul de îngrijiri preoperatorii au fost determinate în funcție de necesitatea recuperărilor hipovolemice, a hipoproteinemiei, dezechilibrelor hidrosaline, de combatere a șocului, de întreținere a funcției organelor și sistemelor vital importante.

Calea de abord optimală, pe care am practicat-o în toate cazurile, a fost incizia mediană largă, care ne-a permis efectuarea unei inspecții corecte și complete și lavajul adecvat al tuturor compartimentelor cavității peritoneale.

Reintervenția chirurgicală a avut următoarele obiective: a) tratamentul peritonitei și a stării toxico-septice; b) tratamentul factorului determinant; c) folosirea cât mai precoce a tractului digestiv în vederea reechilibrării nutritive.

Modalitățile de rezolvare a fistulei duodenale au fost diferite, în funcție de caracterul intervenției chirurgicale primare și de localizarea fistulei (tab.1).

În fistulele duodenale de dimensiuni mici, soluția optimală a fost realizarea la locul dehiscenței a drenajului extern cu tuburi bilumen pentru aspirație activă și a irigatorului pentru lavaj continuu cu antiseptice în perioada postoperatorie, în speranța constituirii unei fistule externe dirijate, și introducerea sondei nutriție enterală. Acest procedeu a fost practicat în 6 cazuri de dehiscență parțială a bontului duodenal și 1 caz de dehiscență a suturii leziunii traumatice duodenale.

Dificultăți deosebite de tratament prezintă dehiscențele bontului duodenal cu defecte mari, și îndeosebi fistulele complete, circulare. Studiul cuprinde 17 cazuri de dehiscențe ale bontului duodenal după rezecții gastrice procedeu Hofmeister-Finsterer (12 cazuri), Balfour (4 cazuri) și în „Y” a la Roux (1caz) cu fistule terminale de dimensiuni mari și cu pierderi nictimerale mai mult de 1 litru de lichide digestive.

În aceste situații soluția de delimitare a fistulei numai cu tuburi de dren plasate alături de dehiscență nu are șanse de reușită. La toți pacienții (17 cazuri) dirijarea fistulei am efectuat-o prin aplicarea duodenostomiei dirijate (fig.1).

Tehnica realizării duodenostomiei dirijate constă în plasarea în duoden prin orificiul fistulei a unui tub de dren trilumen și exteriorizarea lui printr-o contrapertură a peretelui antero-lateral

Tabelul 1

Caracterul intervenției chirurgicale primare, cauza ce a definit peritonita postoperatorie și metoda de rezolvare (n=52)

Genul de intervenție operatorie primară	Cauza peritonitei postoperatorii	Nr.	Metodă de rezolvare	Nr.
Rezecție gastrică Pean-Bilrot I	Dehiscență suturi anastomoză	6	Rerezecție gastrică + duodenostomie dirijată	2
			Gastroduodenostomie dirijată	4
Rezecție gastrică Hofmeister-Finsterer	Dehiscență bont duodenal	15	Duodenostomie dirijată	12
			Drenare activă cu lavaj continuu	3
Rezecție gastrică Balfour	Dehiscență bont duodenal	7	Duodenostomie dirijată	4
			Drenare activă cu lavaj continuu	3
Rezecție gastrică a la Roux	Dehiscență bont duodenal	1	Duodenostomie dirijată	1
Sutura leziunii traumatiche duodenale	Dehiscență suturi	7	Rezecție gastrică + antrumduodenostomie	5
			Rezecție gastrică + duodenostomie	1
			Drenare activă cu lavaj	1
Sutura ulcerului perforat	Dehiscență suturi	4	Rezecție gastrică + duodenostomie	2
			Gastroduodenostomie dirijată	2
Piloroplastie	Dehiscență suturi	3	Rezecție gastrică + duodenostomie	1
			Gastroduodenostomie	2
			dirijată	
Necrozectomie în pancreatită	Fistulă duodenală	5	Drenare activă cu lavaj continuu	6
Colecistectomie	Iatrogenie duoden	2	Rezecție gastrică + antrumduodenostomie	2
Nefrectomie	Iatrogenie duoden	1	Rezecție gastrică + antrumduodenostomie	1

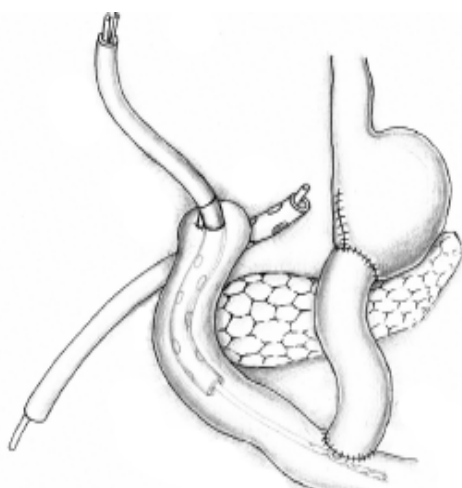


Fig.1 Duodenostomă dirijată

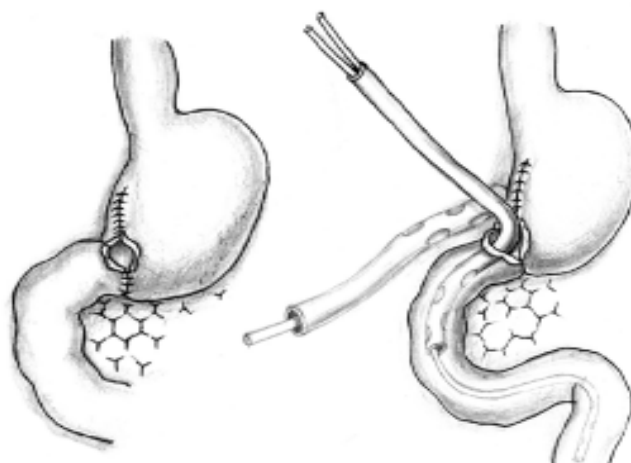


Fig.2 Dehiscența gastroduodenoanastomozei . Gastroduodenostomă dirijată

abdominal, cât mai apropiată de fistulă. Segmentul tubului trilumen dintre duoden și peretele abdominal este manșonizat cu un lambou de epiplon pediculat. În cazurile, când duodenul în timpul primei intervenții chirurgicale n-a fost mobilizat după procedeul Kocher, l-am efectuat ca regulă în timpul relaparotomiei. Acest gest ne-a permis etanșierea tubului trilumen în 8 cazuri prin aplicarea unor suturi consolidate prin apozitie de epiplon.

Tuburile de dren trilumen întotdeauna au fost confecționate în sala de operație dintr-un tub-carcasă perforat, cu un diametru de 10 mm și două tuburi interne cu diametrul de 3 mm. Unul dintre tuburile interne este destinat pentru aspirația sucului duodenal și al doilea, plasat în jejun, în cazul GEA procedeu Hofmeister- Finsterer la 40-50 cm distal de anastomoză, iar în cele tip Balfour sau cu ansă în „Y” a la Roux după enteroenteroanastomoză, servind după restabilirea tranzitului intestinal pentru reinfuzia sucurilor digestive aspirate și pentru nutriție enterală.

În dehiscența GDA (4 cazuri) după rezecție gastrică Pean-Bilrot I, dehiscența suturii ulcerului perforat (2 cazuri) și a piloroplastiei (2 cazuri), când o refacere de anastomoză sau efectuarea unei rezecții de eradicare a fistulei a fost imposibilă, din cauza condițiilor proaste ale țesuturilor gastroduodenale

inflamate de procesul septic sever și de sucurile gastroduodenale, unica soluție „de disperare”, a fost aplicarea gastroduodenostomiei dirijate prin orificiul de dehiscență cu un tub trilumen, ca și în cazul duodenostomiilor dirijate(fig.2).

Într-un caz de dehiscență totală a GDA după rezecție Pean-Bilrot I, unica soluție a fost aplicarea gastrostomei terminale și a duodenostomiei dirijate.

În dehiscențele majore ale anastomozelor gastroduodenale, piloroplastiilor, suturilor ulcerului perforat, piloroplastiilor, leziunilor traumatiche și iatrogeniilor duodenale, când calitatea țesuturilor și condițiile generale permit, o conversie la o altă metodă posibilă.

Astfel în 2 cazuri de dehiscență a GDA după rezecție Pean-Bilrot I, în 2 cazuri de dehiscență a suturilor ulcerului perforat, într-un caz de dehiscență a piloroplastiei și 1 caz de dehiscență a suturilor leziunii traumatiche a duodenului, am recurs la operația de excludere a duodenului prin efectuarea rezecției gastrice cu aplicarea GEA pe ansă izolată în „Y” a la Roux sau procedeul Balfour și montarea duodenostomei dirijate cu tub de dren trilumen după metoda descrisă mai sus. În 4 cazuri de astfel de intervenții, în timpul scelizării și rezecției gastrice am păstrat 4 -5 cm din peretele posterior de antrum, care, după demucozare până la canalul piloric, instalarea și etanșietizarea duodenostomei dirijate, lamboul demucozat a fost consolidat

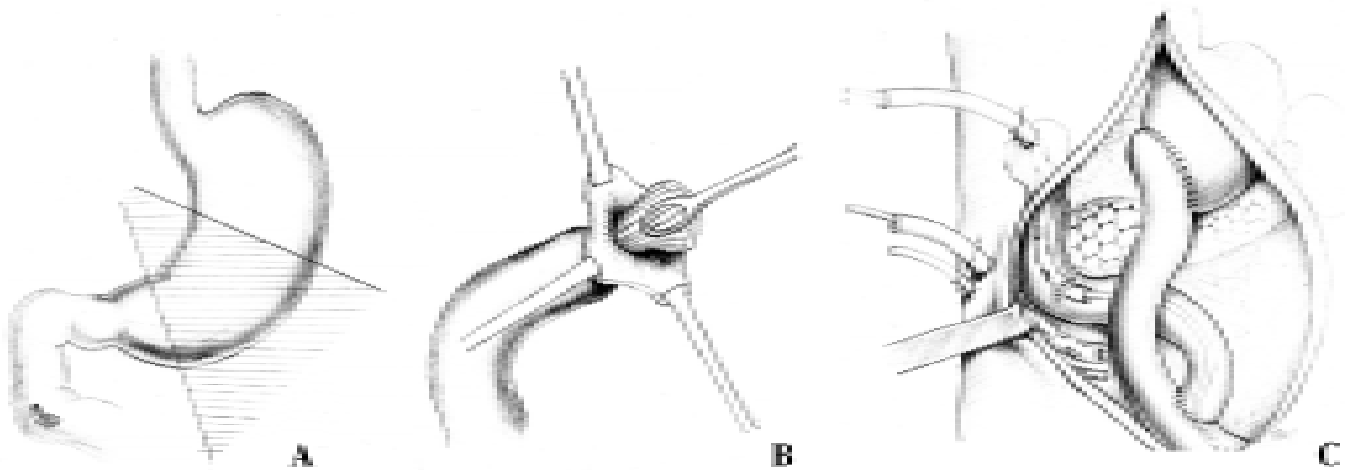


Fig. 3 Antrumduodenostomie dirijată.

A) fistulă duodenală, limitele de rezecție gastrică; B) demucozarea antrumului; C) antrumduodenostomie

prin suturi de apozitie la bont, urmat de manșonarea tubului de dren între duoden și peretele abdominal cu un lambou pediculat de epiplon.

În cazul dehiscentei suturilor leziunilor traumatiche ale duodenului la 4 bolnavi, iatrogeniei duodenului după colecistectomie la 2 pacienți și după nefrectomie la 1 bolnav s-a efectuat operația de excludere a duodenului prin rezecție gastrică cu GEA în „Y” a la Roux (4 cazuri) sau procedeu Balfour (3 cazuri) cu aplicarea antrumduodenostomiei dirijate.

Antrumduodenostomia (fig.3) se execută în următorii timpi operatorii: 1) rezecția gastrică cu secționarea stomacului la 5-6 cm proximal de pilor; 2) montarea GEA în „Y” a la Roux sau procedeu Balfour; 3) disecția mucoasei antrumului până la nivelul pilorului; 4) mobilizarea duodenului procedeu Kocher cu consolidarea suturii fistulei prin apozitie de epiplon; 5) plasarea tubului trilumen distal de leziune și etanșetizarea lui cu fire circulare trecute prin conul musculo-seros al antrumului; 6) exteriorizarea tubului de dren; 7) fixarea bontului antrumului la peritoneul parietal.

Toți pacienții au fost incluși în programul de tratament prelungit „în etape”, prin relaparotomii programate. Numărul reviziilor programate a variat de la 1 până la 4, cu o medie de 2,6 revizii repetate.

Tratamentul medical postoperator a inclus terapia de reechilibrare a homeostazei și de întreținere a sistemelor vitale importante, terapia de detoxicare, corecția metabolică prin nutriție enterală și parenterală, corecția sistemelor de coagulare și anticoagulare, redresarea dereglărilor imunității umorale și celulare, antibioterapie complexă generală și locală.

Rezultate și discuții

Evoluția postoperatorie a bolnavilor cu fistule duodenale neformate, complicate cu peritonită generalizată, tratați prin metoda „relaparotomiilor programate”, a depins de starea toxicoseptică, de valoarea pierderilor prin fistulă, de situația fistulei în tranzitul alimentar sau în afara lui, de posibilitățile reluării precoce a alimentației per os și de funcționalitatea gurii de anastomoză.

În cazurile de fistulă cu dimensiuni mici ale bontului duodenal (6 cazuri), a dehiscentei de sutură a leziunii traumatiche duodenale (1 caz), a fistulelor duodenale (3 cazuri) în pancreatita necrotică supurată, procedeu de delimitare cu scopul organizării unei fistule dirijate a dus la închiderea lor într-un termen de 17- 33 zile, cu o medie de 25 zile.

Evoluția la 6 subiecți din lotul de pacienți cu dehiscente ale bontului duodenal (17 cazuri) cu defecte mari s-a complicat cu dehiscenta parțială a suturilor de etanșetizare a duodenostomei,

cu mărirea treptată a orificiului, care a creat dificultăți în delimitarea și dirijarea fistulei. În perioada postoperatorie la toți bolnavii cu duodenostomă dirijată s-a efectuat aspirația continuă a conținutului duodenal cu reinfuzia lui după restabilirea pasajului intestinal prin tubul intern al duodenostomei plasat în jejun. Tubul de dren trilumen plasat în duoden a fost extras întotdeauna obligatoriu în lipsa eliminărilor de conținut duodenal prin drenurile de siguranță. Termenul de înlăturare a duodenostomei a fost de 21-37 zile, cu o medie de 29 zile. Fistula duodenală la supraviețuitori s-a închis în 26-45 zile, cu o medie de 32 zile.

Dificultăți deosebite în evoluția postoperatorie au prezentat bolnavii cu dehiscente majore a gastroduodenoanastomozei (4 cazuri), dehiscenta suturii ulcerului perforat (2 cazuri), și a piloroplastiei (2 cazuri), la care din cauza condițiilor proaste ale țesuturilor gastroduodenale inflaminate de procesul septic și sucurile gastroduodenale a fost aplicată gastroduodenostomia dirijată. Mărirea treptată a orificiului fistulos, imposibilitatea dirijării ei, pierderile mari de sucuri gastroduodenale, restricțiile de aport postoperatoriu și insuficiența reechilibrării nutritive pe cale parenterală, starea septică, au dus în marea majoritate la decesul (7 cazuri) acestor bolnavi.

La 2 bolnavi cu dehiscenta suturilor leziunii traumatiche duodenale și la 1 bolnav cu iatrogenie duodenală după nefrectomie, la care a fost aplicată tehnica operatorie de excludere a duodenului prin antrumduodenostomie dirijată cu resutura fistulei duodenale, în perioada postoperatorie a survenit dehiscenta parțială repetată a suturilor. Drenajul activ cu lavaj local continuu în combinație cu antrumduodenostoma a permis delimitarea fistulei cu închiderea ei în toate cazurile.

Formarea eroziunilor și a ulcerățiilor acute au complicat evoluția postoperatorie cu hemoragii gastrointestinale repetate la 6 (11,54%) bolnavi. Hemoragii erozive intraabdominale au survenit la 6 pacienți, la 3 dintre ei (bolnavi cu pancreatită necrotică supurată cu fistule duodenale) fiind cataclismală, fapt ce a dus la deces.

După închiderea cavității peritoneale, pentru evacuarea și drenarea abceselor abdominale au necesitat reintervenție 3 pacienți.

Dehiscenta plăgii laparotomice cu formarea eviscerației fixate a survenit la 8 pacienți cu peritonită în regresie, cauzată de formarea abceselor subaponevrotice (4 cazuri) și de supurația plăgii (4 cazuri). Abcesele preperitoneale subaponevrotice au fost drenate prin plaga laparotomică. În toate cazurile de eviscerație fixată s-a efectuat tratamentul conservativ prin drenare adecvată, necrectomie chirurgicală și proteolitică. După

Tabelul 2

Letalitatea în peritonita postoperatorie cauzată de fistula duodenală (n=15)

Genul intervenției	Nr	Cauza peritonitei postoperatorii	Nr	Metoda de rezolvare	Nr	Cauza decesului
Rezeecție gastrică Pean-Bilrot I	3	Dehiscentța suturilor anasomozei	3	Gastroduodenostomie dirijată	3	Progresia peritonitei, dereglări severe hidroelectrolitice, proteice
Rezeecție gastrică Hofmeister-Finsterer	4	Dehiscentță bont duodenal	4	Duodenostomie dirijată	4	Progresia peritonitei, dereglări severe hidroelectrolitice, proteice, ulcere acute hemoragice
Rezeecție gastrică Balfour	1	Dehiscentță bont duodenal	1	Duodenostomie dirijată	1	Progresia peritonitei, dereglări severe hidroelectrolitice, proteice, ulcere acute hemoragice
Sutură ulcer perforat	2	Dehiscentța suturii	2	Gastroduodenostomie dirijată	2	Progresia peritonitei, dereglări severe hidroelectrolitice, proteice
Excizia ulcerului, piloroplastie	2	Dehiscentța suturii	2	Gastroduodenostomie dirijată	2	Progresia peritonitei, dereglări severe hidroelectrolitice, proteice
Necrosectomie în pancreonecroză	3	Fistulă duodenală	3	Drenare activă cu lavaj continuu	3	Hemoragie erozivă. Șoc hemoragic

acoperirea plăgii cu granulații s-au aplicat suturi secundare (5 cazuri) și grefă cutanată liberă (3 cazuri).

Din lotul bolnavilor cu peritonită postoperatorie cauzată de fistula duodenală, au decedat 15 (28,85%) bolnavi (tab.2).

În majoritatea cazurilor decesul a survenit ca urmare a progresiei peritonitei (12 (80,00 %) cazuri), cauzate de imposibilitatea dirijării sursei, la care s-au asociat dereglările severe, incorigibile, hidroelectrolitice și proteice apărute în urma pierderilor importante de lichide digestive prin fistule.

Concluzii

1. Tratamentul bolnavilor cu fistule duodenale neformate, complicate cu peritonită generalizată este individual și include terapia preoperatorie de stabilire a indicilor minimali de operabilitate, gestul chirurgical, având ca scop rezolvarea focarului de infecție, asanarea și drenarea adecvată a cavității peritoneale, terapia intensivă postoperatorie în secții specializate de chirurgie viscerală abdominală și terapie intensivă.

2. Modalitățile de rezolvare a fistulei duodenale depind de localizarea ei pe acest segment, de particularitățile morfo-funcționale, volumul pierderilor sucurilor digestive și alimentare, posibilitățile de nutriție, condițiile locale și generale.

3. În fistulele duodenale de dimensiuni mici, soluția chirurgicală optimală este delimitarea ei prin instalarea sistemului de drenajul activ cu lavaj local continuu, în scopul constituirii unei fistule dirijate.

4. În fistulele duodenale de dimensiuni mari, cu pierderi nictimerale importante, „de elecție” sunt tehnicile chirurgicale de excludere a duodenului prin rezeecție gastrică cu GEA în „Y” a la Roux sau Balfour, în combinație cu duodenostomie sau antrumduodenostomie dirijată.

5. Programul de tratament al peritonitei generalizate grave, cauzate de fistula duodenală, prin metoda relaparotomiilor programate asigură controlul și dirijarea inflamației în cavitatea peritoneală cu posibilități de corecție activă chirurgicală și farmacoterapeutică în procesul tratamentului, ducând la reducerea considerabilă a complicațiilor și a letalității postoperatorii.

Bibliografie

1. Никитин Н.А. «Трудная» дуоденальная культя в urgentной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2001; 5: 36—39.
2. Обатнин Ю.И., Мальгин Б.Д., Климушев В.Н., Власов А.А. Результаты лечения наружных свищей желудка и двенадцатиперстной кишки. Вестн хирургии 1988; 141(12): 20—22.
3. Hotineanu V., Brânză Gh., Musteață Gh., Cazacov V., Oprea A.. Închiderea bontului duodenal pentru ulcerul postbulbar hemoragic. Congresul VIII al chirurgilor din Moldova „Actualități în chirurgia toracoabdominală. Chișinău-1997, p.134-135.
4. Gh. Brânză, V.Bogdan, A.Iliadi, A.Oprea, S.Calașean, E.Moraru, Iu.Țurcalenco. Tratamentul dehiscentțelor digestive. Materialele Conferinței Practico-Științifice dedicate jubileului de 180 ani de la înființarea Spitalului Clinic Republican, 1997, p.62-64.
5. Асадов СА, Ширинов ЗТ, Алиев ЭА, Титаров ДЛ., Курбанов ФС. Пластическое укрытие „трудной” дуоденальной культы с тампонадой язвенного кратера. Хирургия, 2004.-6.-с.17-23.
6. Богданов А.В. Свищи пищеварительного тракта в практике общего хирурга. М: ИМ; 2001; 196 с.
7. Войтенко Н.К., Дешкевич В.С. Наружные послеоперационные свищи двенадцатиперстной кишки. Хирургия 1985; 2: 46—49.
8. Земляной А.Г., Алиев С.А. Профилактика несостоятельных швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу пилородуоденальных язв. Вестн хирургии 1985; 134 (4): 26—31.
9. Ручкин В.И., Егоров А.Ю., Кудрин Б.И. Комплексная профилактика недостаточности швов дуоденальной культи. Вестн хирургии 1988; 141(7): 19—22.
10. Папазов Ф.К., Василенко Л.И. Пути повышения надежности швов дуоденальной культи при оперативном лечении осложненных гастродуоденальных язв. Вестн хирургии 1989; 142 (2): 111—113.
11. V. Hotineanu, P. Bîtcă, A.Iliadi, V.Bogdan, Iu.Borș, Z. Caragaț, Gh. Pasescic, Gh. Brînză. Peritonitele postoperatorii- experiența clinicii. Al IX Congres al Asociației Chirurgilor „N. Anestiadi”, I Congres de Endoscopie din Republica Moldova, Chișinău, septembrie, 2003.
12. Каншин Н.Н. Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение). М; 1999; 115 с.
13. Абакумов М.М., Владимирова Е.С., Береснева Э.А., Евдокимов В.Н. Особенности диагностики и хирургического лечения поврежденных двенадцатиперстной кишки. Вестн хирургии 1989; 142 (2): 116—120.
14. Романенко Н.Я., Колесников А.А., Куликовский В.Ф., Козий М.Н. Энтеральное зондовое питание больных с недостаточностью швов после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. Хирургия 1988;5:94—96.