

Duodenopancreatectomie cefalică în urgență într-un caz de leziune iatrogenă severă a duodenului – prezentare de caz

D. Vasile, A. Ilco, G. Țenovici, D. Popa, C. Lutic, I. Geogloman, A. Popa

Clinica Chirurgie I, Spitalul Universitar de Urgență București

Rezumat

Prezentăm cazul unui pacient internat în clinică pentru fistulă biliară cu debit foarte mare (> 2000 ml/ 24 h) apărută după nefrectomie dreaptă prin abord lombar. Întrucât, sub tratament conservator, starea pacientului s-a deteriorat, s-a intervenit chirurgical constatându-se absența completă a antrului gastric, a duodenului I și II cu expunerea intraperitoneală a papilei Vater. Papila nu a putut fi identificată decât după cateterizarea CDP prin coledocotomie supraduodenală. S-a practicat în urgență duodenopancreatectomie cefalică. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu excepția unui abces dezvoltat în spațiul restant după nefrectomie care a fost evacuat și drenat. Externat vindecat în a 28-a zi postoperator. La doi ani după intervenție starea pacientului este bună.

Cuvinte cheie: duodenopancreatectomie în urgență, leziune iatrogenă a duodenului

right nephrectomy by lumbar approach. The patient was operated after the failure of the medical conservative treatment and continuous declining medical status. We noted the complete absence of the gastric antrum, duodenum I and II with the intraperitoneal direct display and opening of the Vater papilla, which was difficult to identify unless common bile duct (CBD) was catheterized by supraduodenal choledocotomy. We performed emergency pancreatoduodenectomy with a good postoperative outcome, excepting a residual postnephrectomy abscess, which was consequently evacuated and drained. The patient left the clinic 28 days postoperatively. The two years after follow up notes that the patient is in a good condition

Key words: emergency pancreatoduodenectomy, iatrogenic duodenal injury

Abstract

Emergency pancreatoduodenectomy for severe iatrogenic duodenal injury – case report

We present the case of a male patient admitted for high flow biliary fistula (>2000 ml / 24h) as a consequence of a prior

Introducere

Duodenopancreatectomia (DPC) în urgență a fost practică inițial aproape exclusiv în cazul traumatismelor duodenopancreatice severe, procedura însoțindu-se de rate de mortalitate de 40%- 50%. (1,2)

Începând din anii 1990, DPC în urgență a început să fie practică și pentru alte indicații decât traumatismele (3). Ea poate să reprezinte o ultimă opțiune terapeutică la pacienții cu complicații duodenopancreatice majore postendoscopice sau postoperatorii precum și în cazul hemoragiilor necontrolabile din ulcere duodenale penetrante sau tumori.

Prevalența DPC în urgență din totalul DPC se cifrează la 1% - 2% (4,5)

Correspondență: Conf. Dr. Dănuț Vasile
Clinica Chirurgie I
Spitalul Universitar de Urgență București
Splaiul Independenței 169, sector 5, București
Tel/Fax: +4-021-312.22.57
E-mail: danutvasiledr@yahoo.com

Prezentare caz

Prezentăm cazul unui pacient de 43 ani internat în clinică pentru exteriorizare de bilă pe tubul de dren din lombo dreaptă, febră și alterarea stării generale.

Istoricul a relevat că bolnavul a fost supus cu patru zile anterior internării unei nefrectomii drepte pe cale lombară pentru rinichi scleroatropic. La 12 ore postoperator s-a observat exteriorizarea de bilă pe tubul de dren lombar.

Din antecedente am reținut că, în urmă cu patru ani, pacientul a fost supus unei hemicolectomii drepte, pentru neoplasm colonic, urmată de chimio și radioterapie.

La internare, examenul fizic a constatat stare generală alterată, paloare și o fistulă biliopancreatică cu debit foarte mare (2000 – 2500 ml/24 ore).

Probele biologice au relevat o anemie ușoară (Hb=10,5 g/dl; Ht=32%).

Echografia abdominală a evidențiat stază gastrică impresionantă, anse intestinale destinate de lichid și gaze, lamă de lichid pericolecistic și în bursa omentală.

Sub tratament complex de reechilibrare hidroelectrolitică și hematologică, evoluția pacientului a fost nefavorabilă, acesta prezentând un debit al fistulei de 2000 ml/ 24 ore, febră, scădere a diurezei și a hemoglobinei serice (8,2 g/dl).

S-a intervenit chirurgical inițial contatându-se cavități postnefrectomie de circa 6/4 cm situată în lombo dreaptă în care se află secreție bilio-pancreatică și un tub de dren. Fața superioară a antrului gastric prezenta o lipsă de substanță de circa 5 cm diametru. Duodenul descendent era absent complet în jumătatea superioară. S-a putut identifica genunchiul inferior al duodenului dar nu și papila Vater.

Intrucât intraoperator locul depertiției biliare nu a putut fi identificat, s-a practicat coledocotomie supraduodenală (de fapt suprapancreatică), cateterizarea căii biliare principale și identificarea papilei. Astfel s-a putut preciza diagnosticul de fistulă biliopancreatică prin leziune duodenală complexă (absentă completă a D1 și D2) cu expunerea intraperitoneală a papilei Vater. S-a practicat DPC și colecistectomie. DPC a fost urmată de pancreatojejunostomie (intubarea bontului pancreatic), coledoco – jejunostomie termino – laterală și gastro – jejunooanastomoză termino – laterală.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu excepția unui abces dezvoltat în spațiul restant după nefrectomie care a fost evacuat și drenat. S-a externat vindecat în a – 28-a zi postoperator. La doi ani după DPC starea pacientului este bună.

Discuții

În ultimii ani siguranța DPC efectuată pentru neoplazii peri-ampulare și pancreatită cronică s-a îmbunătățit. Centrele cu experiență în materie raportează rate de mortalitate și morbiditate din ce în ce mai mici (6,7,8).

Ca urmare a progresului obținut prin îmbunătățirea tehnicii chirurgicale și a managementului postoperator, în ultima decadă, indicațiile DPC au fost extinse la pacienții vârstnici sau cu risc operator crescut (9,10) precum și în urgență în anumite

situații, altele decât traumatismele. Unul dintre primele cazuri de DPC în urgență efectuată pentru altă cauză decât trauma a fost raportat de autorii japonezi (3).

În general majoritatea indicațiilor pentru DPC în urgență se bazează pe aspectul clinic și mai puțin pe datele oferite de examenul radiologic sau tomografic (5).

Principalele cauze pentru care s-a practicat DPC în urgență au fost complicațiile duodeno - pancreatice postendoscopice sau postoperatorii. Lezarea endoscopică sau chirurgicală a capului pancreatic și/sau duodenului este urmată de fistula bilio – pancreatică.

Perforațiile apărute în timpul colangiopancreatografiei retrograde (ERCP) sunt rare. Ele reprezintă complicații redutabile și interesează mai ales coledocul distal. În general în ERCP, rata de perforație variază între 0,2% - 1,3%, cu o incidență mai mare în procedura terapeutică decât în cea diagnostică (11,12). Perforațiile apar mai frecvent în timpul papilotomiei sau plasării stentului (5).

Dintre explorările imagistice, cea mai utilă diagnosticul este tomografia computerizată (CT) cu substanță de contrast. Ea poate orienta decisiv alegerea atitudinii terapeutice (5).

Tratamentul depinde de locul perforației, boala de bază (pentru care s-a practicat ERCP) și evoluția clinică.

Perforațiile endoscopice retroperitoneale limitate pot fi tratate de obicei conservator, iar cele intraperitoneale trebuie rezolvate chirurgical (3,13,14). Este foarte importantă diagnosticarea precoce a pacienților care necesită intervenție chirurgicală.

Taratamentul conservator cu sau fără stentare biliară și intervenția chirurgicală limitată pot rezolva pentru moment situația de urgență dar nu pot trata boala de bază mai ales în cazul neoplaziilor. În aceste situații peritonita localizată și modificările inflamatorii secundare ei, pancreatita focală sau constituirea fistulei pot întârzia și amâna foarte mult vindecarea și intervenția chirurgicală definitivă (radicală). De aceea, mai ales în cazul bolnavilor cu neoplazii subiacente, DPC în urgență poate reprezenta o opțiune terapeutică cu condiția ca ratele de morbiditate și mortalitate să nu crească foarte mult.

Perforațiile duodenale impun intervenția chirurgicală imediată. Amploarea intervenției chirurgicale, în funcție de severitatea leziunilor variază de la simpla sutură până la DPC.

Ca și în cazul ERCP, dacă există o tumoră subiacentă, DPC în urgență se adresează concomitent atât complicației cât și acesteia.

Tumorile papilei Vater sunt de cele mai multe ori neoplazice. Malignitatea impune de obicei DPC, rezecția locală fiind rezervată leziunilor benigne de dimensiuni mici (15). Foarte rar, o tumoră ampulară neoplazică poate fi cauza unei hemoragii incontroabile endoscopice. Într-un astfel de caz DPC în urgență poate reprezenta o opțiune terapeutică. Un alt argument care pledează pentru DPC chiar în condiții de urgență este acela că în cazul tumorilor ampulare care majoritar sunt maligne, diagnosticul anatomo-patologic este dificil de precizat intraoperator datorită neomogenității lor histologice frecvent observate, rezecțiile limitate fiind oncologic insuficiente în aceste situații (16).

Sângerarea duodenală poate fi tratată prin endoscopie cu

hemostază intervențională în majoritatea cazurilor (17). Cauza cea mai frecventă a hemoragiei este reprezentată de erodarea unei artere situate la baza unui ulcer. În anumite situații (sângerare continuă sau recurentă, necesitate continuă de transfuzii pentru reechilibrare) este indicată intervenția chirurgicală care constă în duodenotomie, hemostază in situ și eventual ligatura arterei gastroduodenale. Reintervențiile pentru ulcere hemoragice operate sunt necesare la aproximativ 10% din cazuri (18). Ele se însoțesc de rate înalte de morbiditate și mortalitate. În cazuri rare, datorită modificărilor anatomice și a inflamației (pancreatită focală) induse de ulcer, controlul local al sângerării poate fi foarte dificil sau imposibil. În cazul hemoragiilor importante, provocate de neoplasme gastroduodenale avansate, terapia endoscopică are beneficii limitate (19). În astfel de circumstanțe critice, DPC în urgență poate reprezenta o alternativă mai sigură. Ea oprește sângerarea continuă și previne sângerarea recurentă înainte de apariția coagulopatiei.

Din punct de vedere al morbidității postoperatorii după DPC în urgență, fistula la nivelul pancreasului restant reprezintă una dintre complicațiile cele mai grave, aceasta, în situația unui pacient operat în condiții de urgență poate fi, la rândul ei, cauza unor complicații severe, deseori fatale (20,21). De aceea din punct de vedere tactic și tehnic, sunt autori care recomandă efectuarea DPC în urgență în doi timpi (20,21). În primul timp după rezecție, se realizează drenajul extern complet al sucului pancreatic. În al doilea timp, după circa 6 luni, se practică pancreatojejunostomia. Alți autori apreciază că DPC în urgență, poate fi efectuată într-un singur timp dacă starea generală a pacientului este satisfăcătoare (5).

Relaparotomiile programate și închiderea întârziată a peretelui abdominal trebuie avute în vedere.

Riscul DPC în urgență este în general crescut comparativ cu rezecția de elecție deoarece morbiditatea, mortalitatea și necesarul reintervențiilor sunt mai mari (4,5). Morbiditatea și mortalitatea depind de starea clinică a pacientului, locul și natura complicației, condițiile perioperatorii nefavorabile precum și de experiența chirurgului în materie de rezecții pancreatice.

Întârzierea diagnosticului și o chirurgie mai puțin amplă care nu poate rezolva definitiv complicațiile pot avea ca rezultat o evoluție nefavorabilă (1,12).

Concluzii

DPC în urgență trebuie în continuare avută în vedere ca o ultimă opțiune terapeutică la pacienți selecționați, dacă rezolvarea complicațiilor duodeno-pancreatice prin proceduri intervenționale sau chirurgie limitată pare nesigură sau insuficientă și dacă intervenția este efectuată într-o instituție cu experiență în chirurgie pancreatică.

Bibliografie

- Ashley DW, Feliciano DV. Management of pancreatic injuries. In: Beger HG, Warshaw AL, Buchler MW. et al, editors. The pancreas. Oxford: Blackwell Science; 1998. p. 1456 - 1465.
- Gentilello LM, Cortes V, Buechter KJ, Gomez GA, Castro M, Zeppa R. Whipple procedure for trauma: is duct ligation a safe alternative to pancreaticojejunostomy? J Trauma. 1991;31(5): 661-7; discussion 667-8.
- Isozaki H, Okajima K, Mizutani H, Takeda Y. The successful surgical management of perforation after endoscopic sphincterotomy: report of two cases. Surg Today. 1993;23(11):1018-22.
- Z'graggen K, Strobel O, Schmied BM, Zimmermann A, Büchler MW. Emergency pancreatoduodenectomy in nontrauma patients. Pancreas. 2002;24(3):258-63.
- Standop J, Glowka T, Schmitz V, Schaefer N, Hirner A, Kalff JC. Emergency Kausch-Whipple procedure: indications and experiences. Pancreas. 2010; 39(2):156-9.
- Büchler MW, Friess H, Wagner M, Kulli C, Wagnen V, Z'graggen K. Pancreatic fistula after pancreatic head resection. Br J Surg. 2000;87(7):883-9.
- Birkmeyer JD, Warshaw AL, Finlayson SR, Grove MR, Tosteson AN. Relationship between hospital volume and late survival after pancreatoduodenectomy. Surgery. 1999;126(2): 178-83.
- Stroescu C, Ivanov B, Dragnea A, Dumitrașcu T, Ionescu M, Popescu I. Pancreaticoduodenectomy in elderly patients - a safe operation? Chirurgia (Bucur). 2008;103(3):275-82. [Article in Romanian]
- Ionescu M, Stroescu C, Barbuța S, Ciurea S, Popescu I. Pancreaticoduodenectomy - the rutin surgery? Chirurgia (Bucur). 2003;98(2):103-8. Article in Romanian
- Sohn TA, Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, Talamini MA, Hruban RH, et al. Should pancreatoduodenectomy be performed in octogenarian? J Gastrointest Surg. 1998;2(3):207-16.
- Wu HM, Dixon E, May GR, Sutherland FR. Management of perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): a population-based review. HPB (Oxford). 2006;8(5): 393-9.
- Zinsser E, Hoffmann A, Will U, Koppe P, Bosseckert H. Success and complication rates of diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography - a prospective study. Z Gastroenterol. 1999;37(8):707-13. [Article in German]
- Chaudhary A, Aranya RC. Surgery in perforation after endoscopic sphincterotomy: sooner, later or not at all? Ann R Coll Surg Engl. 1996;78(3 (Pt 1)):206-8.
- Scheurer U, Z'graggen K. Management of endoscopic complications: surgical and nonsurgical. In: Beger HG, Warshaw AL, Buchler MW et al. editors. The pancreas. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1998. p. 1466 - 1474.
- Rattner DW, Fernandez-del Castillo C, Brugge WR, Warshaw AL. Defining the criteria for local resection of ampullary neoplasms. Arch Surg. 1996;131(4):366-71.
- Branum GD, Pappas TN, Meyers WC. The management of tumors of the ampulla of Vater by local resection. Ann Surg. 1996;224(5):621-7.
- Gralnek IM, Barkun AN, Bardou M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer. N Engl J Med. 2008;359(9):928-37.
- Millat B, Hay JM, Valleur P, Fingerhut A, Fagniez PL. Emergency surgical treatment for bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomized trial. French Associations for Surgical Research. World J Surg. 1993;17(5):568-73; discussion 574.
- Stratigos P, Kouskos E, Kouroglou M, Chrisafis I, Fois L, Mavrogiorgis A, et al. Emergency pancreatoduodenectomy (Whipple procedure) for massive upper gastrointestinal bleeding caused by a diffuse B - cell lymphoma of the duodenum: report of a case. Surg Today. 2007;37(8):680-4. Epub 2007 Jul 26.

20. Miyagawa S, Makuuchi M, Kawasaki S, Ogiwara M. Second-stage pancreatojejunostomy following pancreatoduodenectomy in high-risk patients. *Am J Surg.* 1994;168(1):66-8.
21. Sakakima Y, Inoue S, Fujii T, Hatsuno T, Takeda S, Kaneko T, et al. Emergency pylorus – preserving pancreatoduodenectomy followed by second – stage pancreatojejunostomy for a gastrointestinal stromal tumor of the duodenum with an intratumoral gas figure: report of a case. *Surg Today.* 2004;34(8):701-5.