

Chirurgia (2012) 107: 273-274
Nr. 2, Martie - Aprilie
Copyright© Celsius

Emergency surgery in patients who have undergone recent radiotherapy is associated with increased complications and mortality: review of 536 patients

M. Sullivan, S. Roman, J. Sosa
World J Surg. 2012;36:31-38

Tratamentul de suport multidisciplinar este esențial pentru pacientul oncologic. Deși în literatură există numeroase referințe la efectele locoregionale și sistemice ale radioterapiei neoadjuvante, ca secvență unică sau în asociere cu protocoalele chimioterapice, discuțiile și controversele vizează mai mult problema intervalului optimal între iradiere și momentul intervenției chirurgicale.

Studiul de față, utilizând o bază de date multiinstituțională (American College of Surgeons – Radiotherapy Registry), recenzează în perioada 2005-2008, un număr de 635 265 pacienți din 211 spitale americane, având ca obiectiv major analiza statistică a morbidității la pacienții ce au suportat o intervenție operatorie de urgență într-un interval de ≤ 90 zile față de protocolul iradiant. Un total de 536 pacienți a fost selecționat configurând 2 subgrupe de 268 bolnavi (Radiation Group și Control Group) având caracteristici demografice, co-morbidități și proceduri chirurgicale similare. Media de vârstă a fost de 63,5 ani. Pacienții din Radiation Group au prezentat incidente superioare de mortalitate (23.9% vs 11.6%, $p < 0.001$; OR 2,4) și valori mai mari ale morbidității (45.1% vs 34.7%, $p = 0.014$; OR 1,55). În analiza multivariată, intervalul de timp de la internare la operație, durata operației și durata spitalizării nu au obiectivat diferențe semnificative statistice. În schimb mortalitatea a fost asociată (condițional logistic regression) independent cu iradierea, bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) și trombocitopenia iar morbiditatea majoră cu BPOC, hipoalbuminemia și sepsisul parietal. Ca spectru de intervenții chirurgicale practicate în urgență, cele mai frecvente au fost hemicolectomiile sau colectomiile segmentare (20.6%) laparotomiile exploratorii (7.5%), enterectomiile (7.1%), colostomiile (3.7%) și procedurile de adezioliză (3.4%). În literatură un studiu similar a fost publicat în Br J Surg (1993) de Swedish Rectal Cancer Trial ce a randomizat un număr de 1147 pacienți (Iradiere + Chirurgie și



Chirurgie singură). În acest studiu gestul operator a fost practicat doar la o săptămână distanță de sfârșitul secvenței iradiante. Morbiditatea postoperatorie a fost semnificativ mai mare în grupul cu radioterapie (44% vs 34%, $p = 0.001$) dar mortalitatea (30-day mortality) a fost similară.

În concluzie, studiul autorilor americani, propune oncologilor și chirurgilor o analiză detaliată a factorilor de risc și a elementelor predictive ale morbidității la această categorie de pacienți.

Timing of cholecystectomy after mild biliary pancreatitis

Bakker OJ, van Santvoort HC,
Hagenaars JC
Br J Surg 2011;98:1446-54

Litiiza biliară este prima cauză de pancreatită acută în țările anglo-saxone.

În SUA, mai mult de 220 000 pacienți sunt internați în spital anual cu diagnosticul de pancreatită acută biliară.

O problemă importantă, în dezbateri și nefinalizată prin consens, rămâne stabilirea momentului de realizare a colecistectomiei în evoluția unei pancreatite de gravitate medie. The American Gastroenterological Association Guidelines propune colecistectomia după 2-4 săptămâni de la debutul episodului acut. În același sens UK Guidelines for the management of acute pancreatitis (Gut 2005) recomandă colecistectomia la 2 săptămâni după rezoluția episodului acut de pancreatită.

Obiectivul studiului realizat de Bakker et al. este de a evalua frecvența recidivelor bilio-pancreatice în intervalul de timp dintre debutul pancreatitei și colecistectomia programată. Sunt prelucrate retrospectiv dosarele medicale ale unui eșantion de 267 pacienți cu formă medie de pancreatită, înregistrându-se toate evenimentele biliare ce au impus respitalizarea. Din totalul de 267 cazuri, 18 pacienți au forțat colecistectomia în perioada spitalizării inițiale, pentru ceilalți 249 aceasta realizându-se la distanță.

Pentru 188 pacienți (75.5%) intervenția a fost practică la un interval mediu de 6 săptămâni. Dintre aceștia, 34 (13.7%) au fost respitalizați anterior colecistectomiei pentru evenimente biliare (24 recidive de pancreatită).

Sfincterotomia endoscopică a fost realizată la 108 bolnavi cu ocazia internării inițiale. La 8 cazuri (7.4%) au fost reținute complicații



biliare vs 26/141 (18.4%) complicații la pacienții fără sfincterotomie (OR 0.51, IC 95% 0.27 – 0.94, $p=0.015$). După colecistectomie, 8/206 pacienți (3.9%) au prezentat complicații biliopancreatice la un interval mediu postoperator de 31 săptămâni.

Autorii olandezi concluzionează că intervalul de timp de la episodul inițial de pancreatită până la realizarea colecistectomiei generează un risc substanțial de recidive bilio-pancreatice; sfincterotomia poate reduce incidența recidivei pancreatice dar nu modifică relevant recurența celorlaltor evenimente biliare (colecistită, angiolitită). Un element criticabil al studiului, dincolo de design-ul retrospectiv, rămâne parametrarea aleatorie a intervalului de timp până la colecistectomie, în funcție de severitatea tabloului clinic inițial.

A prospective study on elective umbilical hernia repair in patients with liver cirrhosis and ascites

Eker HH, Van Ramshorst GH, de Goede B
Surgery 2011;150:542-6



Prevalența herniei ombilicale la pacientul cirotic cu ascită este mai mare de 20%, cu recidive postoperatorii după gestul reparator ce depășesc 60%. Indicația operatorie a herniei ombilicale pe teren cirotic rămâne însă o problemă controversată, acompaniată de risc anestezico-chirurgical, justificarea ei fiind încarcerarea saculară, strangularea, ulcerarea și fistula cu deperdiție de lichid ascitic.

Autorii au realizat un studiu prospectiv pentru evaluarea riscului operator al indicației electivă la 30 pacienți cirolici cu ascită probată clinic și radiologic. În eșantionul analizat, după scorul Child Pugh, 7 pacienți erau în clasa A, 18 în clasa B și 5 în C; după evaluarea ASA, 6 pacienți erau ASA II, 20 ASA III și 4 au fost încadrați ASA IV. De menționat că 15/30 pacienți se găseau pe lista de așteptare în vederea transplantului hepatic. În toate cazurile, realizate prin laparotomie, momentul operator a fost precedat de terapie diuretică și perfuzii cu Albumină până la realizarea unei albuminemii de cel puțin 30g/L. Gestul reparator a constat în rafie simplă transversală (planuri separate) în 20 cazuri și proceduri alloplastice (proteză neresorbabilă) în 10 cazuri (5 în poziție properitoneală și 5 intra-peritoneală). Nu a fost consemnat niciun caz de deces (!) iar la 2 pacienți (7%) au fost reținute complicații medicale (!). După o supraveghere medie de 10 luni, 2 pacienți (7%) au decedat și alți 2 au prezentat recidivă herniară.

În final, se concluzionează că intervențiile electiv reparatorii pentru hernia ombilicală la pacientul cirotic sunt grevate de riscuri mult mai reduse decât tratamentul operator în urgență pentru complicațiile herniare.

Articolul impune câteva comentarii critice începând cu organizarea arhitecturală a studiului (absența unui grup martor) și terminând cu avansarea unor valori de morbiditate extrem de reduse comparativ cu datele din literatură, unde morbiditatea postoperatorie se situează între 30-40% (*Surgery* 2007;142:372-5). De subliniat că pentru pacienții ce vor suporta o intervenție de transplant hepatic, reparația herniară în regim electiv ar trebui programată concomitent cu aceasta.

O altă remarcă vizează rezultatele postoperatorii, recidivele survenind la 2 pacienți fără proteză parietală și că niciunul din cei 10 pacienți protezați nu a prezentat infecție postoperatorie. Ori în Raportul Asociației Franceze de Chirurgie (AFC), Belghiti avansează 12.5% decese prin sepsis postoperator vs 2.5% la cei fără proteză.

Morbidity and mortality results from a prospective randomized controlled trial comparing Billroth I and Roux-en-Y reconstructive procedures after distal gastrectomy for gastric cancer

Imamura H, Takiguchi S, Yamamoto K
World J Surg 2012; 36: 632-637



Opțiunea reconstrucției digestive după gastrectomia distală pentru cancer rămâne o problemă controversată. Fukuhara (2002) și Montesani (2002), în 2 studii separate, au raportat superioritatea reconstrucției «Roux-en-Y» față de montajul Billroth I sau II, în special pentru prevenția refluxului biliar la nivelul bontului gastric și esofagului. În opoziție, un alt autor nipon, Ishikawa (2005), subliniază că avantajele montajului «R-Y» sunt contrabalansate de incidența mai mare a vărsăturilor și imposibilitatea explorării endoscopice ulterioare a duodenului pentru o potențială patologie bilio-pancreatică.

Studiul publicat este multicentric prospectiv, randomizat, etalat pe o perioadă de 4 ani (2005-2008) și a inclus un număr total de 332 pacienți (operați pentru cancer gastric distal) înrolați în 2 grupe: Billroth I Group și Roux-en-Y Group (R-Y). Obiectivul major al studiului a fost statusul ponderal la 1 an post-operator precum și incidența comparativă a morbidității post-operatorii. Cele 2 grupuri de studiu au fost omogene, neexistând diferențe semnificative vizând vârsta, sexul, BMI, localizarea tumorală, stadializarea și caracteristicile histopatologice. Durata operației a fost mai lungă la grupul R-Y (214 min vs 180 min, $p<0.0001$) dar nu au fost înregistrate diferențe privind sângerarea intra-operatorie (210 ml vs 220 ml). În ceea ce privește evoluția post-operatorie, incidența grețurilor și vărsăturilor a fost superioară în Grupul R-Y comparativ cu B-I (12.4% vs 3.7%, $p=0.0027$ respectiv 8.9% vs 3.1%, $p=0.002$). Morbiditatea post-operatorie a fost analizată prin prisma a 6 indicatori (fistula pancreatică, fistula anastomotică, sepsisul intra-peritoneal, ocluzia post-operatorie, hemoragia digestivă și complicațiile bronhopulmonare). Nu au fost reținute diferențe de morbiditate postoperatorie între R-Y și B-I (13.6% vs 8.6%, $p=0.14$) deși au fost consemnate 2 cazuri de fistulă anastomotică în grupul B-I (1.2%). Comparând cu datele din literatură, Kojima (2008) și Ishikawa (2005) raportează incidente ale fistulei anastomotice de 5% și respectiv 4% după montajul Billroth I. Durata spitalizării a fost superioară pentru grupul R-Y (16.4 vs 14.1 zile, $p=0.019$).

Studiul concluzionează că reconstrucția B-I este superioară montajului «Roux-en-Y» în termenii simptomatologiei post-operatorii, morbidității și duratei sejurului hospitalier.