

DEISCENZE ANASTOMOTICHE: GESTIONE DELLE COMPLICANZE:

30% dei pazienti con deiscenza dell'anastomosi intestinale MUORE.

“raccolta post-operatoria PRECOCE (24-48 ore) proveniente dall'intestino tenue” opzioni:

- 1) “semplice perforazione” → intervento immediato
- 2) “fistola” da trattare conservativamente\operare. (ALTA-MEDIA-BASSA GITTATA)

ogni volta il paziente va preso in considerazione come caso a sé stante.

- **La riparazione, dopo qualche giorno, in una cavità infetta è destinata a fallire miseramente.**
- **Riconfezionare l'anastomosi in una cavità peritoneale settica è totalmente inutile.**

2) Il trattamento conservativo può essere tentato quando:

- Non c'è peritonite clinicamente evidente né SIRS\SEPSI.
- Alla TAC non risultano ascessi associati e siete sicuri che la deiscenza è “controllata”.
- Conoscete, o potete esattamente immaginare, la causa della deiscenza – siete stati voi ad eseguire l'intervento iniziale perciò sapete con ragionevole certezza quale può essere l'origine della deiscenza (anastomosi o enterotomia accidentale).

Dev'esserci assenza di ostruzione distale o di perdita della continuità intestinale → più della metà delle deiscenze post-operatorie si richiude spontaneamente entro 6 settimane con supporto post-operatorio (fare esami TC a strato sottile, ricercando possibili raccolte purulente intraperitoneali da drenare). se no → reintervento in elezione

1\3 dei pazienti con fistole entero-cutanee post-operatorie MUORE – la stragrande maggioranza di questi, per **infezioni intra-addominali trascurate**

1) Un re-intervento immediato deve essere eseguito quando:

- peritonite clinicamente evidente.
- quadro di SIRS/sepsi con possibile od evidente ascesso intra-peritoneale (generalmente, si può sempre tentare prima un drenaggio percutaneo).
- sindrome compartimentale addominale.
- Qualcuno di cui non vi fidate ha eseguito il primo intervento. TUTTO è POSSIBILE

Re-intervento in urgenza, valutare:

- 1) le condizioni dell'intestino,
- 2) le condizioni della cavità peritoneale,
- 3) le condizioni generali del paziente.

CASO A (deiscenza in I o II giornata post-operatoria, di solito si tratta di un errore tecnico).

paziente stabile, con compromissione generale lieve, quadro clinico iniziale di peritonite, intestino apparentemente non sofferente, livelli di albumina non eccessivamente bassi

- possibile resezione del segmento intestinale interessato e riconfezionata l'anastomosi.
- in caso di dubbio successo: esteriorizzare l'ansa lesa – come se fosse una enterostomia – a qualsiasi livello essa si trovi.

Principi del trattamento conservativo

- Ripristinare il bilancio idroelettrolitico. (la portata delle fistole deve essere misurata e reintegrata.
- Proteggere la cute intorno alla fistola dall'azione corrosiva dei succhi intestinali (sacca da stomia, paste a ossido di zinco, steridrape)
- drenaggio in aspirazione continua all'interno (VAQ THERAPY?)

Fistole gastrointestinali prossimali:

nutrizione parenterale totale (NPT), fino a che non sarà posizionato un sondino naso-digiunale per nutrizione a valle del tramite fistoloso.

Se fistole “alte” raccogliere il liquido enterico fuoriuscito e reinfonderlo, insieme al liquido di nutrizione enterale, attraverso un sondino naso-digiunale la cui estremità distale è posta oltre il tramite fistoloso.

Fistole distali del tenue e del colon:

si chiudono spontaneamente, a prescindere dal fatto che il paziente sia o meno alimentato per os.

una fistola che drena 1000 ml/die, nel corso della prima settimana, ha la stessa possibilità di chiudersi spontaneamente di una fistola che drena 500 ml/die.

Diminuire il volume con digiuno totale +/- analogo della somatostatina, ma non ci sono prove che questo apporti dei miglioramenti.

Esami:

- fistolografia con MDC idrosolubile, iniettato attraverso il tramite fistoloso\OS.
- TC
- Escludere e trattare l'infezione

In pazienti con un tratto fistoloso ben definito (e lungo) (che si sviluppa in circa 15 giorni) è possibile favorire la risoluzione della fistola ostruendone l'orifizio.

Molti metodi "innovativi" → iniezione con colla di fibrina inserita nella profondità del tramite attraverso un endoscopio, all'otturazione dell'orifizio con una gomma da masticare

A volte il risultato finale di una deiscenza anastomotica e di un re-intervento è la formazione di un difetto della parete addominale con numerose fistole enterocutanee

Le fistole sono di 4 tipi: classificazione (Schein M 1991) La distanza dello sbocco della fistola intestinale dalla superficie del difetto e lo stato della cavità peritoneale influiscono sul trattamento di questa condizione

→ fistola complessa o di tipo IV; una vera e propria catastrofe con alto tasso di mortalità.

sono di tipo A le fistole del TGI prossimale, di tipo B le fistole ileali e di tipo C le fistole del colon.

- **Fistole di tipo IV A:** si localizza nella profondità del difetto addominale infetto, il contatto prolungato di superfici peritoneali con il liquido gastroenterico determina l'assorbimento di tossine che perpetuano la LIRS, la SIRS e la MOF. → necessario eseguire un re-intervento per esteriorizzare o fare una diversione della deiscenza intestinale, allontanandola dal difetto della parete. 50% dei pazienti con questo tipo di fistola post-operatoria, è destinata a morire!
- **Fistole di tipo IV B.** Sono fistole "esposte", aperte in prossimità della superficie del difetto, anche dette "gemme" poiché sono il risultato di un danno intestinale esposto alla base del difetto parietale. La cavità peritoneale generalmente è pulita e sigillata dai contenuti intestinali.
→ indicato un approccio attendistico. Un difetto di parete ormai ridotto e fistole che hanno l'apparenza di stomie chirurgiche indicano la possibilità di eseguire, con una certa sicurezza, un intervento in elezione.
- **Perdita libera:** l'anastomosi non ha tenuto e la perdita non è delimitata dalle strutture circostanti. Il paziente ha un "brutto" aspetto e mostra i segni di una peritonite diffusa.
→ eseguire immediatamente una laparotomia esplorativa.
- **Perdita delimitata:** la perdita è parzialmente delimitata da aderenze peri-anastomotiche omentali e dagli organi adiacenti. Il quadro clinico addominale è localizzato: un ascesso perianastomotico rappresenta l'evoluzione naturale del quadro.
→ drenaggio percutaneo\chirurgico
- **Filtrazione:** "piccola" perdita anastomotica. di solito tardivamente quando l'anastomosi è già cicatrizzata il paziente non è in "stato tossico"; è una "peri-anastomosite" o flemmone che circonda l'anastomosi. Di solito non si associa ad un ascesso con pus drenabile.

→ ATB e wait-and-see

È da notare che una piccola filtrazione o una perdita ben delimitata, possono associarsi ad una ostruzione dell'anastomosi – esito dell'infiammazione locale.

Questa ostruzione di solito si risolve spontaneamente (in 7 giorni o giù di lì) dopo che il pus è stato drenato e la flogosi si è ridotta.