

Deiscenze e fistole anastomotiche

MOSHE SCHEIN

“Se c’è una possibilità che varie cose vadano male, quella che potenzialmente potrebbe causare il danno maggiore, sarà l’unica ad andar male.” (legge di Murphy, Arthur Bloch).

La deiscenza di qualcun altro è una curiosità, la propria deiscenza è una calamità.

- La deiscenza di un’anastomosi intestinale può manifestarsi in due modi:
- Deiscenza evidente – il liquido enterico è visibile, fuoriesce dalla ferita chirurgica o dal drenaggio (se è stato utilizzato).
- Deiscenza sospetta non visibile.

Scenario 1: deiscenza evidente

È il VI giorno post-operatorio in una laparotomia esplorativa eseguita per occlusione del tenue. L’intervento si è svolto senza complicanze a parte due enterotomie accidentali trattate immediatamente con sutura monostrato a punti staccati in Vicryl 3/0. Durante la visita giornaliera il paziente si lamenta: “Guardi dottore, ho il letto pieno di roba verde”. Scoprite subito l’addome e vi rendete conto che, dalla ferita, fuoriesce materiale biliare e liquame enterico! Siete sconvolti. In effetti il decorso post-operatorio del paziente non è stato molto regolare: ha avuto febbre, leucocitosi. E adesso questo disastro! Un disastro davvero, poiché ancora oggi circa il 30% dei pazienti con deiscenza dell’anastomosi intestinale va incontro a morte.

Il vostro primo istinto è: “Portiamolo immediatamente in sala operatoria e sistemiamo questo macello”. Ma è davvero consigliabile?

La controversia

Non c’è accordo unanime sull’atteggiamento da seguire nel trattamento delle fistole entero-cutanee (che sono poi generalmente dovute a deiscenza anastomotica o a enterotomie accidentali): esistono spazi per il trattamento conservativo? Come è già stato discusso nei capitoli precedenti, ci sono poi ulteriori controversie sul trattamento della perforazione gastrointestinale acuta (traumatica o spontanea che sia) e cioè se sia indicata una esplorazione laparotomica in urgenza nel tentativo di bonificare la causa dell’infezione/contaminazione (► Cap. 12).

Dunque cosa dire di una “raccolta post-operatoria precoce proveniente dall’intestino tenue”? Si tratta di una “semplice perforazione” che richiede un inter-

vento immediato o di una “fistola” da trattare conservativamente? Riteniamo che tale quadro rappresenti una via di mezzo tra i due casi citati sopra e che il paziente debba essere ogni volta preso in considerazione come caso a sé stante.

Il ruolo del trattamento non chirurgico

Con un adeguato supporto post-operatorio e in assenza di ostruzione distale o di perdita della continuità intestinale, più della metà delle deiscenze post-operatorie si richiude spontaneamente entro 6 settimane. Quelle che non si chiudono entro questo arco di tempo richiedono un reintervento in elezione che, se eseguito in pazienti in stato non catabolico, senza SIRS, con una cavità peritoneale non eccessivamente “impegnata”, riuscirà a ripristinare la continuità intestinale con un rischio accettabile di complicanze. Quando si decide di eseguire un *trial* sul trattamento non chirurgico, è di fondamentale importanza valutare la presenza o meno di peritonite o di sepsi; una peritonite clinicamente evidente, è un’indicazione ad intervento chirurgico immediato e, se non presente, ogni eventuale manifestazione di SIRS o di sepsi, va studiata con esami TC a strato sottile, ricercando possibili raccolte purulente intra-peritoneali da drenare; naturalmente, eventuali ascessi associati devono essere drenati per via percutanea (PC) o in corso di intervento chirurgico (●Cap. 44).

Ricordate: vi sono studi clinici non controllati in cui si evidenzia che un terzo dei pazienti con fistole entero-cutanee post-operatorie MUORE – la stragrande maggioranza di questi, per infezioni intra-addominali trascurate.

Il ruolo del trattamento chirurgico

Come appena detto, una peritonite o un ascesso non drenabile per via PC pongono l’indicazione ad una laparotomia. E allora, perché non operare subito tutti questi pazienti? Perché non cedere a quel ronziatore tentatore che gira e rigira nel nostro cervello: “Io so da dove viene la perdita; fatemi tornare in quell’addome per risolvere questo problemino con qualche altro punto di sutura”? Perché mettendo qualche altro puntino sulla piccolissima deiscenzina non è possibile risolvere il problema?

La ri-sutura della deiscenza di una sutura intestinale è destinata a fallire

Ovviamente ognuno di noi ricorda il singolo caso in cui con qualche puntino posto a sbarrare ermeticamente una deiscenza intestinale, ha avuto successo, ma l’esperienza collettiva sconsiglia questo tipo di atteggiamento a causa del suo alto tasso d’insuccesso.

Tentativi di riparazione, dopo qualche giorno, in una cavità infetta, sono destinati a fallire miseramente. Riconfezionare poi l’anastomosi in una cavità peritoneale settica è totalmente inutile. Ovviamente, qualora il chirurgo dovesse avere successo questi sarà considerato l’eroe che ha evitato al paziente devastanti complicanze, mutilazioni e una lunga degenza. Qualora, invece, la deiscenza dovesse recidivare, come succede spesso, si produrrà un danno enorme in un paziente per di più già fisiologicamente compromesso (●Cap. 48) e sepsi e morte saranno praticamente inevitabili.

Approccio consigliato alle fistole intestinali post-operatorie precoci

Il trattamento conservativo può essere tentato quando:

- Non c'è peritonite clinicamente evidente.
- 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).

Un re-intervento immediato deve essere eseguito quando:

- Vi è una peritonite clinicamente evidente.
- È presente un quadro di SIRS/sepsi con possibile od evidente ascesso intra-peritoneale (generalmente, si può sempre tentare prima un drenaggio percutaneo).
- È presente una sindrome compartimentale addominale.
- Qualcuno di cui non vi fidate ha eseguito il primo intervento. Esperienze amare ci hanno insegnato che in quei casi “tutto è possibile” ed è meglio rioperare – non si sa mai quello che può venir fuori.

Cosa fare durante un re-intervento in urgenza?

Ci sono tre aspetti da prendere in considerazione: (1) le condizioni dell'intestino, (2) le condizioni della cavità peritoneale, (3) le condizioni generali del paziente.

Molo raramente un paziente stabile, con compromissione generale lieve, con un quadro clinico iniziale di peritonite, con un intestino – almeno apparentemente – non sofferente, con livelli di albumina non eccessivamente bassi, viene sottoposto ad una resezione del segmento intestinale interessato e riconfezionata l'anastomosi. Questa sequenza di eventi, forse, si potrebbe accettare solo se la deiscenza si manifestasse in I o II giornata post-operatoria (di solito si tratta di un errore tecnico). Un re-intervento immediato, prima che il quadro della malattia diventi sistemico, potrebbe, in fin dei conti, essere il trattamento definitivo, ma, se le condizioni non dovessero essere poi così favorevoli, si deve avere il coraggio di scegliere l'opzione meno eroica, ma certamente, più logica per la vita del paziente: esteriorizzare l'ansa lesa – come se fosse una enterostomia – a qualsiasi livello essa si trovi.

Trattamento conservativo

I principi del trattamento conservativo sono pochi ed elementari.

- **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; ad esempio posizionare una sacca da stomia attorno alla fistola spesso funziona. Altrimenti porre un drenaggio in aspirazione continua all'interno del tramite

fistoloso cutaneo, placche adesive attorno al difetto e uno steridrape a coprire la medicazione (simile al sandwich descritto nel ◉ Cap. 46, ma senza rete). Un uso generoso di creme protettive (pasta di Karaya, pasta protettiva all'ossido di zinco), preverrà le complicanze in aree già di per se "difficili". Benché queste lesioni richiedano molta attenzione, risultano quasi sempre gestibili – ma solo se seguirete il paziente da vicino. **L'aspetto della parete addominale del vostro paziente portatore di fistola entero-cutanea è il riflesso di voi stessi!**

– **Nutrire.** In un primo momento per le fistole gastrointestinali prossimali è necessaria la nutrizione parenterale totale (NPT), fino a che non sarà posizionato un sondino naso-digiunale per nutrizione a valle del tramite fistoloso. Le fistole distali del tenue e del colon si chiudono spontaneamente, a prescindere dal fatto che il paziente sia o meno alimentato per os. Come già puntualizzato nel ◉ Cap. 41, utilizzare la superficie di assorbimento intestinale – quando possibile – è sempre l'opzione migliore. Nelle fistole "alte" è il più delle volte possibile e vantaggioso per il paziente 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.

– **Delineare l'anatomia.** Meglio con una fistolografia con m.d.c. idrosolubile, iniettato attraverso il tramite fistoloso. Questo ci consente di documentare il livello del difetto intestinale, l'assenza di ostruzione distale e la eventuale perdita di continuità del TGI – questi sono in fin dei conti i prerequisiti essenziali per un efficace trattamento conservativo del paziente.

– **Escludere e trattare l'infezione.** Ne abbiamo già fatto menzione sopra ma, mai come in questo caso, "repetita iuvant": se il vostro paziente, complicatosi con fistola intestinale, muore, è perché non siete stati abbastanza tenaci nel seguire i nostri consigli!

Piccoli stratagemmi

La quantità di liquido enterico che inizialmente esce dal tramite fistoloso, ha una importanza relativa sulle implicazioni prognostiche. Di fatti, 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, mettendo il paziente a digiuno totale o somministrando un analogo della somatostatina, è forse esteticamente corretto, ma, funzionalmente, non ci sono prove che questo apporti dei miglioramenti.

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" si sono dimostrati efficaci (di solito in piccole serie di pazienti): dall'iniezione con colla di fibrina inserita nella profondità del tramite attraverso un endoscopio, all'otturazione dell'orifizio con una gomma da masticare (preferibilmente masticata dal paziente e non da voi...).

Fistole associate a grossi difetti della parete addominale

Non di rado, il risultato finale di una deiscenza anastomotica e di un re-intervento è la formazione di un difetto della parete addominale alla cui base sono presen-

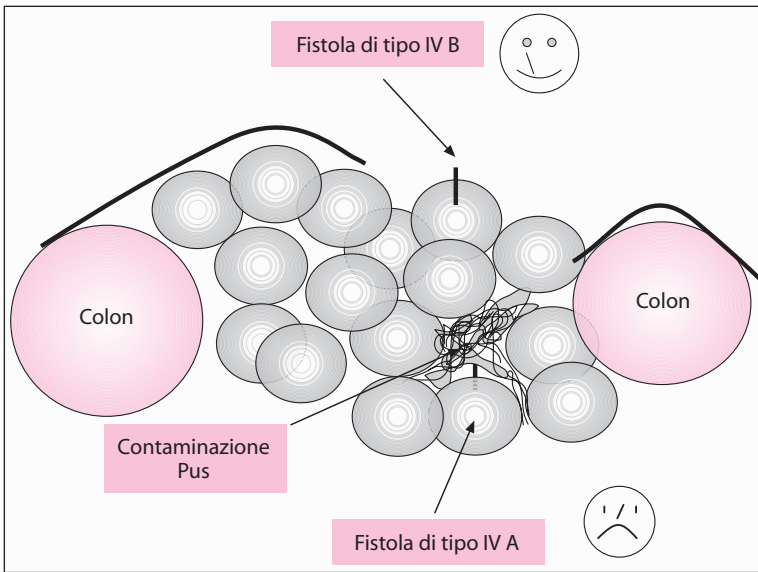


Fig. 45.1. Fistola di tipo IV A vs fistola di tipo IV B

ti numerose fistole enterocutanee. Questo tipo di fistola è classificata come fistola complessa o di tipo IV; essa è una vera e propria catastrofe in quanto si associa ad un alto tasso di mortalità. [Secondo la nostra classificazione (Schein M (1991) Decker GAG. Postoperative external alimentary tract fistulas Am J Surg 161: 435–438) sono di tipo A le fistole del TGI prossimale, di tipo B le fistole ileali e di tipo C le fistole del colon]. La distanza dello sbocco della fistola intestinale dalla superficie del difetto e lo stato della cavità peritoneale influiscono sul trattamento di questa condizione.

Risulta utile distinguere tra (Fig. 45.1):

- **Fistole di tipo IV A.** Quando la fistola si localizza nella profondità del difetto addominale infetto, il contatto prolungato di estese superfici peritoneali con il liquido gastroenterico determina l'assorbimento di tossine che perpetuano la LIRS, la SIRS e la MOF. In questi casi è necessario eseguire un re-intervento per esteriorizzare o fare una diversione della deiscenza intestinale, allontanandola dal difetto della parete. Non vi sono alternative, altrimenti il paziente è spacciato: più della metà 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. Sono anche dette “gemme” poiché sono il risultato di un danno intestinale esposto alla base del difetto parietale. Dato che la cavità peritoneale generalmente è pulita e sigillata dai contenuti intestinali, in questo caso è indicato un approccio attendistico dato che sarebbe rischioso tentare un intervento chirurgico precoce di ricostruzione intestinale nella fase di risoluzione di una grave flogosi peritoneale. **Una regola semplice da tenere sempre presente è che lo stato del difetto della parete addominale riflette lo stato della cavità peritoneale.** 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 (Cap. 46).

— Nota: una fistola “a gemma esposta” può essere tenuta temporaneamente sotto controllo utilizzando la seguente tecnica chirurgica: si delimita lo strato mucoso e sottomucoso dell'intestino protrudente danneggiato e si sutura con monofilamento di piccolo calibro. Successivamente si copre la sutura intestinale appena eseguita ed il circostante difetto della parete addominale, con un innesto cutaneo a spessore sottile. Con questo tipo di intervento potreste avere il 50% di possibilità di successo.

Scenario 2: sospetta deiscenza non visibile

La vostra paziente è adesso in VII giornata post-operatoria dopo un'emicolectomia destra per un carcinoma del cieco, senza che si siano verificate complicanze. È stata dimessa, si alimenta normalmente, quando un dolore in regione addominale destra e vomito la colgono all'improvviso. La paziente ritorna al pronto soccorso. Ha febbre, dolore alla palpazione profonda localizzato in fossa iliaca destra, dove sembra apprezzarsi in profondità, una massa; una Rx diretta addome mostra segni di ileo o di sub occlusione intestinale (●Cap. 43) è presente inoltre una leucocitosi con neutrofilia. Sospettate perciò una deiscenza anastomotica.

Da un punto di vista clinico, ci sono tre tipi di “perdita anastomotica invisibile”:

- **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. Occorre 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.
- **Filtrazione:** è una “piccola” perdita anastomotica – di solito si verifica tardivamente dopo l'intervento, quando l'anastomosi è già cicatrizzata. Le manifestazioni addominali sono localizzate e il paziente non è in “stato tossico”. Una filtrazione è, effettivamente, una “peri-anastomosite” – un flemmone cioè infiammatorio che circonda l'anastomosi. Di solito non si associa ad un ascesso con pus drenabile.

In assenza di una peritonite diffusa si dovrebbe documentare e stadiare la deiscenza. Le anastomosi coliche sono visualizzate meglio con un clisma con Gastrografin. Per anastomosi del tratto gastrointestinale superiore o del tenue somministrate il Gastrografin per os. Agli esami con m.d.c., di solito associamo anche una TC – per evidenziare eventuali ascessi o mezzo di contrasto libero in cavità addominale. Esistono varie possibilità:

- Presenza di m.d.c. libero in cavità peritoneale (una quantità cospicua di mezzo di contrasto e di liquido alla TC). È necessario eseguire un reintervento. Abbiamo già discusso cosa fare: meglio demolire l'anastomosi.
- Presenza di perdita localizzata delimitata (una raccolta localizzata o ascesso alla TC). Il resto della cavità peritoneale è “asciutto”. Inizialmente instaurare una terapia antibiotica e drenare per via percutanea (●Cap. 44).

— Nessuna perdita all'esame radiologico con m.d.c. (flemmone perianastomotico alla TC). Si tratta in realtà di una filtrazione o "perianastomosite"; di solito si risolve dopo qualche giorno di terapia antibiotica.

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 (👉 Cap. 43).

Conclusioni

Abbiamo cercato fino ad ora di convincervi che una deiscenza anastomotica non è una patologia ben definita ma un insieme di condizioni morbose che richiede un approccio "su misura". Per tenere a bada la morbilità, è necessario modulare il trattamento in base al tipo di deiscenza, alla sua gravità e alle condizioni del paziente. **E soprattutto ricordatevi che il liquido enterico ed il pus, non drenati dalla cavità intra-peritoneale, sono degli assassini – spesso silenti.**

— Tendiamo a ricordare meglio quei pazienti che abbiamo quasi ucciso; non dimentichiamo mai quelli che siamo riusciti ad uccidere.

Un buon chirurgo è quello che opera bene; un ottimo chirurgo è quello che sa trattare le proprie complicanze.