

Endoluminálna podtlaková liečba (endoNPWT) dehiscencie anastomózy ileoanálneho J-pouchu

MUDr. Martin Huťan, PhD., MUDr. Christián Bartko, doc. MUDr. Augustín Prochotský, CSc., MUDr. Jaroslav Sekáč, PhD., MUDr. Ivan Majeský, MUDr. Pavol Sýkora, doc. MUDr. Ján Škultéty, CSc.
II. chirurgická klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Úloha a efektivita liečby infekčných komplikácií negatívnym tlakom (Negative Pressure Wound Therapy, NPWT, Vacuum Assisted Closure, VAC) je dobre známa. V poslednom období sa však ukazuje efektivita jeho použitia aj v liečbe dehiscencií anastomóz na rekte a análnom kanáli. Autori v článku prezentujú kazuistiku pacienta s dehiscenciou ileoanálneho J pouchu, úspešne liečeného za pomoci negatívneho tlaku. Pacient bol manažovaný za pomoci modifikovaného Vivanomed krytia (Paul Hartmann AG, SRN). Po piatich endoluminálnych preväzoch došlo k úplnému vygranulovaniu abscesovej dutiny a uzáveru defektu v anastomóze, následne bol pacient demitovaný do domácej starostlivosti. V závere autori uvádzajú, že NPWT je jednou z nových metód, ktoré sú efektívne v manažmente dehiscencií anastomóz ileoanálneho J pouchu.

Kľúčové slová: dehiscencia anastomózy, NPWT, VAC, hojenie rán, endoNPWT.

Endoluminal negative pressure wound therapy (endoNPWT) treatment of anastomotic leakage after ileo-anal J pouch anastomosis

Endoluminal negative pressure wound therapy (NPWT) has recently shown to be effective in treatment of anastomotic leakages following reconstruction on rectum or anal canal. The authors present a case file of a patient, successfully treated for anastomotic leakage following ileo-anal J-pouch reconstruction. Presented patient was treated with modified Vivanomed (Paul Hartmann AG, Germany) sponge. Five NPWT redresses were made, after which the cavity and the defect in anastomosis disappeared. Authors conclude that NPWT treatment can help management of anastomotic leakage after ileo-anal J pouch surgery.

Key words: anastomotic leakage, NPWT, VAC, wound healing, endoNPWT.

Slov. chir., 2014; roč. 11(2): 72–73

Úvod

Dehiscencia anastomózy po proktokolektómii predstavuje závažnú komplikáciu a patrí medzi najdôležitejšie príčiny neúspechu liečby (1). V poslednom období sa objavujú informácie o použití endoluminálneho negatívneho tlaku (endoluminal negative pressure wound therapy, endoNPWT) ako efektívnej metodiky na zvládnutie dehiscencií anastomóz u pacientov po resekčných operáciách na rekte pre karcinóm, ako aj dehiscencií anastomóz u pacientov po proktokolektómii a konštrukcii ileoanálneho J pouchu (2, 3).

Kazuistika

55-ročný pacient bol prijatý na našu kliniku 3 týždne po proktokolektómii s ileoanálnym J pouchom a protektívnou ileostómiou na inom pracovisku. Operácia bola indikovaná pre familiárnu adenomatóznou polypózu a na našu kliniku bol prijatý pre známky krvácania z konečníka. Nami vykonaná CT irigografia ukázala dehiscenciu anastomózy s prítomnosťou leakage. Podľa CT bol fistulačný kanál cca 1,5 cm široký, vedúci do abscesovej dutiny veľkosti cca 3 x 7 x 5 cm. Zvolili sme konzervatívny postup, podávanie antibiotík a endoluminálnu liečbu negatívnym

Obrázok 1. CT irigografia s nálezom dehiscencie anastomózy s prítomnou veľkou abscesovou dutinou



tlakom. Použili sme modifikovaný Vivanomed set (Paul Hartmann AG, SRN), pričom špongiu sme vytvarovali do tvaru dutiny, cez stred sme prevliekli odsávacie hadice, ktoré boli fixované k špongii. Aplikácia a preväzy boli vykonávané na operačnej sále v celkovej anestézii. Za pomoci anoskopu sme vizualizovali miesto dehiscencie. Dehiscencia sa nachádzala v zadnej časti anastomózy,

Obrázok 2. Modifikované endoNPWT použité na liečbu



pričom bola v rozsahu cca jednej tretiny cirkumferencie anastomózy. Po preplachu abscesovej dutiny sme priamo do nej zaviedli špongiu, negatívny tlak sme nastavili na -120 mmHg, kontinuálny mód. Preväzy sa vykonávali dvakrát týždenne (vždy pondelok a štvrtok), celkovo päťkrát. Od druhého preväzu sa špongia neaplikovala do abscesovej dutiny, ale intraluminálne do J pouchu. Počas preväzov sme zaznamenali zmenšenie až úplný zánik dutiny vyplnením granuláciami, pričom fistulačný kanál sa uzavrel a prerástol mukózou. U pacienta nedošlo ku žiadnym komplikáciám a po kontrolnej anoskopii štyri dni po extrakcii endoNPWT bol pacient prepustený do domácej starostlivosti.

Obrázok 3. Evakuácia masívnej kolekcie pusy z abscesovej dutiny z J pouchu



Diskusia

Dehiscencia anastomózy po proktokolektómii s ileoanálnym J pouchom je obávanou komplikáciou. Je spojená so zápalovou infiltráciou v oblasti malej panvy, pričom sa môže vyvinúť do septického stavu s možným úmrtím pacienta. V prípade drobných presakrálnych sínusov je možná, a niekedy aj úspešná, konzervatívna liečba. Prolongovanie zápalu v oblasti malej panvy s následnou fibrózou však vedú ku stenóze s následným neuspokojivým funkčným výsledkom operácie. Až na resekciu a vytvorenie terminálnej stómie, nemá chirurg veľa možností ovplyvniť tento stav. V poslednom období sa však vynorili povzbudzujúce výsledky experimentálnych, ako aj klinických štúdií použitia endoluminálnej

Obrázok 4. Transanálne aplikovaný endoNPWT



liečby negatívnym tlakom (4). Weidenhagen et al., opísali použitie endoNPWT v liečbe presakrálnych sínusov pri dehiscencii anastomóz po resekcii rekta (5), Nagell et al., opísali úspešné použitie endoNPWT u štyroch pacientov po resekcii rekta (2) a Van Koperen et al., opísali úspešný manažment za pomoci endoNPWT u dvoch pacientov s dehiscenciou anastomózy po ileoanálnej J pouch rekonštrukcii (3). Napriek jej náročnosti (častá frekvencia preväzov na operačnej sále), dáva táto metodika chirurgovi nové a pokročilé možnosti lokálnej liečby septických komplikácií po rekonštrukčných operáciách v oblasti rekta a análneho kanála.

Záver

EndoNPWT sa stáva novou a efektívnou pomôckou pri lokálnom manažmente septických komplikácií po dehiscenciách anastomóz po nízkej prednej resekcii rekta a po konštrukcii ileoanálneho J pouchu. Na ďalší rozvoj a zhodnotenie tejto metodiky je nutné jej použitie u väčšie-

ho množstva pacientov, avšak na základe našich skúseností a dostupných literárnych údajov sú predbežné výsledky mimoriadne sľubné.

Literatúra

1. Bach S, Mortensen N. Revolution and evolution: 30 years of ileoanal pouch surgery [online]. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12(2):131–145. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=bach+revolution+evolution>>.
2. Nagell CF, Holte K. Treatment of anastomotic leakage after rectal resection with transrectal vacuum-assisted drainage (VAC). A method for rapid control of pelvic sepsis and healing. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21(7):657–60. doi:10.1007/s00384-005-0083-4.
3. Van Koperen PJ, Van Berge Henegouwen MI, Slors JFM, Bemelman WA. Endo-sponge treatment of anastomotic leakage after ileo-anal pouch anastomosis: report of two cases. *Colorectal Dis*. 2008;10(9):943–4. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01485.x.
4. Rosenberger L, Shada A, Ritter L, et al. Delayed Endoluminal Vacuum Therapy for Rectal Anastomotic Leaks after Rectal Resection in a Swine Model: A New Treatment Option [online]. *Clin Transl Sci*. 2014. Jan 23. doi: 10.1111/cts.12140. [Epub ahead of print]. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24456480>>.
5. Weidenhagen R, Gruetzner KU, Wiecken T, Spelsberg F, Jauch K-W. Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a new method. *Surg Endosc*. 2008;22(8):1818–25. doi:10.1007/s00464-007-9706-x.
6. Weidenhagen R, Gruetzner K, Wiecken T, Spelsberg F, Jauch K. Endoluminal vacuum therapy for the treatment of anastomotic leakage after anterior rectal resection [online]. *Rozhl Chir*. 2008;87(8):397–402. Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18988480>>.

MUDr. Martin Huťan, PhD.

II. chirurgická klinika LF UK a UNB
Nemocnica sv. Cyrila a Metoda,
Antolská 11, 851 07 Bratislava
matohuto@yahoo.com

