

# POSTĘPOWANIE W SZCZEGÓLNIIE TRUDNYCH PRZETOKACH POOPERACYJNYCH W ŚWIETLE AKTUALNYCH REKOMENDACJI

PROCEDURES IN PARTICULARLY DIFFICULT POSTOPERATIVE FISTULAS IN THE LIGHT OF THE CURRENT RECOMMENDATIONS

Stanisław Głuszek<sup>1,2</sup>, Maria Korczak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Endokrynologicznej  
Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

<sup>2</sup> Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Oddziału i Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

## STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono grupę chorych w wieku 51–82 lat, z zewnętrznymi pooperacyjnymi przetokami. Zwrócono uwagę na indywidualne planowanie leczenia w dramatycznych powikłaniach. Przedstawione przypadki przetok pooperacyjnych były powikłaniami we wczesnym okresie pooperacyjnym (1 chora) oraz w późniejszym okresie pooperacyjnym (3 chorych). Leczenie obejmowało wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, właściwy drenaż, zwalczanie zakażenia i wczesne zastosowanie całkowitego odżywiania pozajelitowego. W trzech przypadkach konieczna była późna interwencja chirurgiczna. Wszystkie przypadki wyleczono, stosując niezwykle trudne, kosztowne i przewlekłe skojarzone leczenie zachowawcze i chirurgiczne.

**Słowa kluczowe:** przetoka, powikłania zabiegu chirurgicznego, niedożywienie, żywienie pozajelitowe, zespolenie.

## SUMMARY

The study presents four cases of patients aged 51–82 suffering from external postoperative fistulas. The study introduced an individual schedule of treatment in serious complications of the presented group of the patients as well as the results of external postoperative fistulas in the digestive duct. All the presented cases of the postoperative fistulas occurred as direct complications following surgical treatment.

The treatment included the water-electrolytic balance, correct drainage, infection stoppage and on early application of parenteral nutrition. Distant surgical intervention was necessary in three cases. All the presented cases were cured due to extremely difficult, expensive and chronic treatment associating conservative and surgical types.

**Key words:** fistula, complications after surgery, malnutrition, parenteral nutrition, anastomosis.

Przetoka stanowi patologiczne połączenie między światem zewnętrznym a jednym z narządów przewodu pokarmowego, między dwoma narządami przewodu pokarmowego lub między przewodem pokarmowym a jamą otrzewnej [1–5]. W klasyfikacji przetok istotne jest: a) anatomiczne umiejscowienie przetoki, b) czas jej pojawienia się, c) stosunek przetoki do skóry, do światła przewodu pokarmowego (całkowite lub częściowe rozejście się zespolenia lub częściowe), d) etiologia, e) rodzaj i objętość wydzielanej treści.

Przetoki przewodu pokarmowego powstają najczęściej jako powikłania zabiegów chirurgicznych, rzadziej pojawiają się w przebiegu chorób zapalnych

jelit, np. choroby Leśniowskiego-Crohna, jako samostne przetoki wewnętrzne i zewnętrzne; ponadto mogą być wynikiem chorób nowotworowych oraz urazów [1–8]. Przetoki bardzo często powstają u niedożywionych chorych po zabiegach resekcyjnych i mogą prowadzić do zaburzeń wodno-elektrolitowych, zakażeń, krwawień, niewydolności wielonarządowej, a w konsekwencji do śmierci chorego [4–8].

Sitges-Serra i wsp. [9] przedstawili następujący podział przetok przewodu pokarmowego:

1. Przetoka żołądkowa, jelita cienkiego, krętniczko-kątnicza
  - a. Mało wydzielająca – poniżej 500 ml/dobę,

- b. Dużo wydzielająca – powyżej 500 ml/dobę,
2. Przetoki drenowane przez duże ubytki ściany brzucha.
3. Przetoki wyrostkowe i okrężnicze.

Przetoka może mieć ujście na zewnątrz i wówczas określamy ją jako przetokę zewnętrzną, albo do jamy otrzewnej i jako przetoka wewnętrzna prowadzi do ograniczonego lub rozlanego zapalenia otrzewnej [10]. Przetoki wewnętrzne często są bezobjawowe.

Metody leczenia przetok są zróżnicowane w zależności od rodzaju przetoki, wielkości wydzielania, jej przyczyny, przewidywania wygojenia metodami zachowawczymi czy konieczności zastosowania leczenia chirurgicznego.

Przetoki przewodu pokarmowego stanowią nadal bardzo trudny problem leczniczy w chirurgii. Pomimo znacznego postępu w leczeniu, rokowanie w większości przypadków jest niepewne [11]. Większość niepowodzeń w leczeniu jest związana z utratą płynów, zaburzeniami elektrolitowymi, niewydolnością wielonarządową i niedożywieniem [12].

Wyniki leczenia przetok uległy w ostatnim czasie poprawie, co wyraża się skróceniem czasu gojenia przetoki i mniejszym odsetkiem śmiertelności. Korzystny wpływ na leczenie przetok ma wprowadzenie żywienia pozajelitowego [13]. Somatostatyna [14] i jej analog oktreotyd [15] zmniejszają wydzielanie z przetok trzustkowej, jelitowej i żołądkowej oraz skracają czas do zagojenia przetoki. Dane w piśmiennictwie są jednak rozbieżne, jedni stosują somatostatynę zawsze w przypadkach pooperacyjnych przetok przewodu pokarmowego [14], a inni [10] wcale, uzyskując porównywalne wyniki. Niektórzy chorzy z powikłaniami w postaci przetok stanowią bardzo złożony problem leczniczy.

Celem pracy jest przedstawienie ważnych spostrzeżeń związanych ze szczególnie trudnym procesem leczenia czterech chorych z ciężkimi pooperacyjnymi przetokami.

## SPOSTRZEŻENIA WŁASNE

**Chora I** (82 lata) została przyjęta na Kliniczny Oddział Chirurgii 24.04.2004 roku. Z wywiadu wynika, że w ciągu miesiąca schudła 20 kg, a od tygodnia występowały nudności i wymioty. Kilka lat wcześniej chora przeżyła napromienianie z powodu raka szyjki macicy.

Po przygotowaniu pacjentki 26.04.2004 roku wykonano **I zabieg operacyjny**. Cięciem pośrodkowym okalającym pępek wycięto starą bliznę pooperacyjną i otwarto jamę otrzewnej. Stwierdzono rozdętą pętlę jelita cienkiego, tworzące lity konglomerat. Uwol-

niono zrosty z przednią ścianą żołądka oraz pozrastane, rozdętą pętlę jelita cienkiego od więzadła Treitza do kątnicy. W trakcie uwalniania pozrastanych pętli doszło do uszkodzenia ściany i krezki jelita cienkiego. Wykonano resekcję jelita, zostawiając ok. 80 cm zdrowego jelita od więzadła Treitza. Kikut od strony kątnicy zamknięto staplerem i jedną warstwą szwu ciągłego. Następnie wykonano zespolenie krętniczno-kątnicze „koniec do boku” dwoma warstwami szwów.

Po zabiegu stan ogólny chorej był ciężki. Włączono intensywne leczenie: płyny infuzyjne, antybiotykoterapię (do 5. doby), leki przeciwbólowe, przeciwzkrzepowe, leki poprawiające perystaltykę jelit, substytucję potasu, leki przeciwgrzybicze. Sonda żołądkowa, ze względu na duże zaleganie, została utrzymana do 4.05.2004 roku (8. doba). W 5. dobie wprowadzono kompletne żywienie pozajelitowe, w 11. dobie dietę doustną w postaci zupy. W dniu 10.05.2004 (14. doba) – opatrunek przesiąkł treścią jelitową. Stwierdzono całkowite rozejście się rany, a w dniu na pętli jelita cienkiego uwidocznił się 2 mm otwór przetoki.

W dniu 14.06.2004 roku wykonano **II zabieg operacyjny**, którego zadaniem było stworzenie warunków do zakończenia leczenia przetoki. Odpreparowano skórę i tkankę podskórną od pochewki i mięśni prostych brzucha, odświeżono brzegi rany i zmobilizowano ją. Nadal utrzymywała się przetoka jelitowa. W dniu 9.07.2004 roku wystąpiła gorączka do 40°C. Przerwano żywienie pozajelitowe i usunięto cewnik z żyły podobojczykowej. Pobrano koniec cewnika na posiew; wynik: *S. epidermidis MRSA*. Następnie 10.07.2004 roku wprowadzono kompletne żywienie pozajelitowe drogą żył obwodowych. Pasaż górnego odcinka przewodu pokarmowego 13.07.2004 wykazał, że z górnego odcinka jelita cienkiego kontrast szybko wypływa na zewnątrz powłok, pod opatrunek, nie napływając wcale do dalszej części jelit nawet po 2 h. W dniu 14.07.2004 roku ponownie założono wkłucie centralne, przez które kontynuowano kompletne żywienie pozajelitowe. Ssanie czynne – wysoka przetoka jelitowa wydzielająca ok. 800 ml na dobę. Dnia 23.07.2004 roku przeprowadzono **III zabieg operacyjny**. Dotarto do wolnej jamy otrzewnej, stopniowo do boków odpreparowując od powłok ziarninę wypełniającą ranę wraz z wciągniętymi w nią pętlami jelita cienkiego. Zlokalizowano okrężnicę, zespolenie wstępniczno-krętnicze, uwolniono z nacieku zapalnego pętlę jelita cienkiego z przetoką na przedniej ścianie. Podczas uwalniania pętli jelita cienkiego doszło do uszkodzenia jego ściany i otwarcia światła na odcinku „dowstępnicznym” – uszkodzenie zaopatrzone dwoma piętami pojedynczych szwów MAXON 3/0. Wycięto brzegi przetoki, pozostawiając

nienaruszoną tylną ścianę jelita, a następnie zeszyto jego ścianę przednią poprzecznie dwoma piętrami pojedynczych szwów, przywracając mu ciągłość i zamykając przetokę. Odpreparowano skórę i tkankę podskórną od powięzi na całym obwodzie rany, dość daleko od jego brzegów, które „odświeżono”. Następnie nacięto powięź (przednią blaszkę mięśnia prostego brzucha) obustronnie w odległości ok. 3–4 cm od brzegu rany, wywinęto ją do środka, tworząc jak gdyby otrzewną, którą zeszyto pojedynczymi szwami bez napięcia. Ze względu na skażenie rany odstąpiono od wszczepienia siatki. Wdrożono antybiotykoterapię do 7. doby pooperacyjnej, leki przeciwbólowe, przeciwzkrzepowe, poprawiające perystaltykę jelit, inhibitory pompy protonowej. Chora oddawała luźny stolec kilka razy dziennie; w 10. dobie wprowadzono dietę przecieraną (bezmleczną). Pacjentka wypisana z oddziału w dniu 13.08.2004 roku w stanie ogólnym dość dobrym, z zagojoną raną brzuszną.

Ponownie pacjentka została przyjęta w dniu 7.09.2004 roku z powodu osłabienia, drętwienia rąk, które wystąpiło w 3 tygodnie po opuszczeniu oddziału. Utrzymywały się dolegliwości bólowe brzucha, o rozlanym charakterze i miernym nasileniu oraz biegunki. Pacjentka na diecie przecieranej – wysokobiałkowej. Wprowadzono leczenie zachowawcze: płyny infuzyjne (10% Glukoza, PWE), KCL, MgSO<sub>4</sub>, Calcium Polfa, Controloc, Kreon, Loperamid, Smecta, Calperos. Stan ogólny chorej był zadowolający, nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Pomimo leczenia nadal oddawała wolne stolce po kilka dziennie, 20.10.2004 roku założono wkłucie centralne do żyły podobojczykowej prawej i wprowadzono kompletne żywienie pozajelitowe, następnie 26.10.2004 chora została przewieziona na Kliniczny Oddział Żywienia i Chirurgii w Warszawie celem kontynuacji leczenia i przystosowania do pozajelitowego żywienia domowego.

W 2006 roku chora dwukrotnie przebywała na tutejszym Oddziale. Dnia 9.03.2006 była przyjęta z powodu osłabienia, bólów podbrzusza i krwawień przy defekacji. Ze względu na niskie wartości morfotyczne przetoczono 3 j. KKCz i zastosowano leczenie zachowawcze. Wypisana do domu w dniu 11.03.2006 roku w stanie ogólnym dość dobrym. Kolejno 30.03.2006 roku pacjentkę przyjęto z powodu krwistych stolców i gorączki od 3 dni (38°C). Chora pozostawała w programie domowego żywienia pozajelitowego. Ze względu na stany gorączkowe usunięto wkłucie centralne, wymaz ze skóry wokół drenu i końcówki drenu – wynik MRSE. Wprowadzono antybiotykoterapię (Ciprinol 2×200). Chorą wypisano z oddziału w dniu 7.04.2006 w stanie ogólnym dość dobrym. Uzyskano zagojenie przetoki oraz zagojenie rany operacyjnej z likwidacją przepukliny, bez konieczności zastosowania siatki przepuklinowej w za-

każonym polu. Pozostał natomiast problem zespołu krótkiego jelita (80 cm) oraz konieczność domowego żywienia pozajelitowego.

**Chora II** (63 lata) przyjęta na Kliniczny Oddział Chirurgii 8.06.2006 roku z powodu przetoki w obrębie przewodu pokarmowego, po próbie odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego (jelita grubego), w szpitalu rejonowym.

W dniu przyjęcia chora była w stanie ciężkim, z objawami posocznicy, z gorączką do 38°C. W badaniu fizykalnym stwierdzono cechy zabrudzenia rany operacyjnej przez stolec. W okolicy rany widoczne otwory stomii jelitowej. Założono wkłucie centralne do prawej żyły podobojczykowej. Zastosowano leczenie zachowawcze: wyrównanie wodno-elektrolitowe, antybiotykoterapię (Sulperazon 2×2 g, Metronidazol 3×500 mg przez 7 dni), profilaktykę przeciwzkrzepową, leki przeciwbólowe, żywienie pozajelitowe oraz leczenie miejscowe rany. W dniu 9.06.2006 roku pobrano posiew z rany pooperacyjnej i krwi obwodowej. Wynik posiewu z krwi – *Candida albicans*. Włączono Flukonazol i.v. 1×200 mg. Stan ogólny chorej uległ poprawie, ale stwierdzono znaczny spadek ostrości wzroku od dnia przyjęcia do szpitala (w wywiadzie podaje pogorszenie widzenia od 5 lat). Konsultacja okulisty – podejrzenie zapalenia naczyńki (niewykluczona etiologia grzybicza). Wykonano TK głowy – nie stwierdzono zmian patologicznych. Od 13.06.2006 roku włączono żywienie doustne – kleje, 20.06.2006 do diety wprowadzono zupy przecierane. Wynik posiewu z rany pooperacyjnej otrzymano 21.06.2006, stwierdzono: *Enterococcus* i *Enterobacteriaceae*. Włączono antybiotykoterapię zgodnie z antybiogramem (Meronem). W dniu 22.06.2006 dietę doustną rozszerzono na przecieraną, 26.06.2006 wystąpiła gorączka do 38°C. Pobrano krew na posiew – posiew jałowy. Okolica wkłucia centralnego zaczerwieniona. Z uwagi na utrzymujące się stany gorączkowe usunięto cewnik z żyły podobojczykowej. Pobrano koniec cewnika na posiew, wynik: *Staphylococcus epidermidis*, zastosowano Vancomycynę. Rana goiła się prawidłowo przez ziarninowanie. Stomia funkcjonowała prawidłowo. Chora wypisana z oddziału 29.07.2006 roku w stanie ogólnym dość dobrym, ale z dużym stopniem upośledzenia wzroku.

Chora 16.05.2007 roku ponownie przyjęta do badań kontrolnych, bez dolegliwości bólowych, stomia funkcjonowała prawidłowo. W dniu 17.05.2007, po przygotowaniu, u chorej wykonano kolonoskopię: odbył naturalny „ciasny”, słówko odbytu prawidłowa; kolonoskop wprowadzono przez esicę do otworu zewnętrznego przetoki dwulufowej; przebieg zstępnicy i poprzeczniczki pozaginany; na poziomie zgięcia wątrobowego przerwano badanie ze względu

na bolesne wzdęcie brzucha; w dolnym odcinku esicy kilka drobnych uchyłków; przy ujściu odbytu dwulufowego dodatkowe dwie kieszonki prowadzące pod skórę powłok.

Chora przyjęta do planowego zabiegu operacyjnego 6.08.2007 roku. Zgłaszała dolegliwości bólowe w okolicy odbytu sztucznego, uczucie pełności po jedzeniu. Po przygotowaniu w dniu 9.08.2007 roku wykonano **III zabieg operacyjny (na tym Oddziale – I)**. W obrębie esicy stwierdzono liczne małe uchyłki. Przygotowano jelito do zespolenia, a następnie zeszyto „koniec do końca” pojedynczymi szwami dwupiętrowo. Zeszyto osłabione powłoki brzuszne, a następnie naszyto siatkę polipropylenową. Po zabiegu stan ogólny chorej dobry, zastosowano wyrównanie wodno-elektrolitowe, antybiotykoterapię do 6. doby (Cefazolin 3×1 g, Metronidazol 3×500 mg), leki przeciwbólowe, leki poprawiające perystaltykę jelit, profilaktykę przeciwzakrzepową. W 3. dobie wprowadzono kleje, a dietę przecieraną w 4. dobie. W 6. dobie wystąpił nagły wzrost temperatury ciała (38,4°C), ponownie włączono antybiotykoterapię (Biodacyna 3×500 mg i Flukonazol 1×100 mg), w 12. dobie wprowadzono niekompletne żywienie pozajelitowe. Przebieg pooperacyjny powikłany przetoką jelitową zespolenia (albo miejsca wszycia siatki) i głębokim zakażeniem miejsca operowanego. Ze względu na dużą ilość wypływającej treści jelitowej (wysoka przetoka jelitowa ok. 700 ml/dobę) założono ssanie czynne do jamy brzusznej, które było utrzymane do 19. doby (28.08.2007). Przez rozchyloną ranę, bez wykonania laparotomii, usunięto siatkę polipropylenową. Wymaz z rany pooperacyjnej (24.08.2007) – MRSA. W dniu 25.08.2007 roku (16 doba) założono wkłucie centralne i wprowadzono ponownie kompletne żywienie pozajelitowe, które było stosowane do 30.08.2007 (21. doba). W tym okresie obserwowano stopniowe zmniejszanie się wydzieliny z przetoki. Chorej zalecono dietę doustną. Pacjentka wypisana z oddziału w dniu 6.09.2007 roku w stanie ogólnym dobrym, z wygojoną raną pooperacyjną.

**Chora III** (51 lat) przeniesiona z oddziału nefrologii, gdzie przebywała od dnia 14.02.2007 roku z powodu objawów ostrej niewydolności nerek, leczona hemodializami (cewnik założony do ŻGG przez prawą żyłę podobojczykową). W dniu 19.02.2007 roku pacjentka zgłaszała silne dolegliwości bólowe brzucha zlokalizowane w prawym dole biodrowym. Po konsultacji chirurgicznej przeniesiona na chirurgię celem dalszego leczenia.

W dniu przyjęcia na oddział (19.02.2007) wykonano I zabieg operacyjny. Stwierdzono niezmienny wyrostek robaczkowy oraz zmienioną martwiczo ścianę kątnicy i wstępnicy, aż do zgięcia wątrobowego. Ściana jelita grubego na tym odcinku pogrubiała do

ok. 1,5 cm. Jelito cienkie oraz pozostałe odcinki jelita grubego bez zmian patologicznych. Pozostałe narządy jamy brzusznej bez zmian. W jamie otrzewnej ok. 300 ml jasnego klarownego płynu, który pobrano na posiew. Wykonano hemikolektomię prawostronną. Następnie przy pomocy staplera GIA 60 mm wykonano zespolenie „bok do boku” jelita krętego z poprzeczną. „Wolne” końce jelit zamknięto szwami ciągłymi PDS 3/0 (dwie warstwy). Zespolenie drożne, szerokie, bez napięcia.

Po zabiegu stan ogólny chorej dobry, pacjentka otrzymywała antybiotykoterapię do 6. doby pooperacyjnej, leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe i leki poprawiające perystaltykę jelit. W 4. dobie wprowadzono dietę doustną w postaci kleików, w 6. dobie włączono dietę przecieraną ziemniaczaną. Pacjentka pozostawała pod stałą kontrolą nefrologiczną, była regularnie dializowana. W 10. dobie stwierdzono przetokę jelitową, opatrunek przesiąknięty był treścią jelitową. Wprowadzono niekompletne żywienie pozajelitowe, leki przeciwgrzybicze, antybiotykoterapię.

W 15. dobie wystąpiło masywne krwawienie z górnego odcinka pokarmowego. Z powodu niskich wartości ciśnienia tętniczego (70/60 mmHg), pacjentkę w stanie ciężkim z cechami klinicznymi i elektrokardiograficznymi wstrząsu hipowolemicznego przeniesiono na oddział kardiologiczny. Włączono leki przeciwkrwotoczne, inhibitory pompy protonowej; w sondzie żołądkowej treść krwista, przetoczono 6 j. KKCz. Po wykonaniu diagnostyki kardiologicznej wykluczono sercowe przyczyny ciężkiego stanu pacjentki; po ustabilizowaniu układu krążenia uzgodniono ponowne przeniesienie na oddział chirurgii (w 16. dobie 7.03.2007).

Chora osłabiona, apatyczna, powłoki skórne blade; ze względu na dużą ilość wypływającej treści jelitowej do jamy brzusznej założono ssanie czynne (ok. 600 ml/dobę), utrzymane do 1.04.2007 roku. Pacjentka pozostawała na ścisłej diecie, była karmiona pozajelitowo. W dniu 8.03.2007 w gastrokopii stwierdzono nieco zniekształconą powrzodowo opuszkę dwunastnicy z widocznymi nadżerkami oraz cechami niewielkiego sączenia krwi, dalsza pozaopuszkowa część była w normie. Dnia 12.03.2007 roku wykonano kontrolne USG jamy brzusznej – wolnego płynu w jamie brzusznej nie stwierdzono. Wątroba powiększona, hypoechogeniczna bez zmian ogniskowych. Trzustka, śledziona i nerki powiększone z objawami obrzęków. W dniu 23.03.2007 roku pacjentce zaczęto podawać płyny doustne. Ze względu na niskie wartości morfotyczne przetoczono 2 j. KKCz. Ponadto wprowadzono leki przeciwgrzybicze i inhibitory pompy protonowej. Dnia 30.03.2007 wystąpiła gorączka (38°C) i ponownie włączono antybiotykoterapię. Pobrano krew na posiew – posiew jałowy.

W dniu 2.04.2007 przeprowadzono **II zabieg operacyjny**. Wycięto brzegi rany wraz z ziarniną, w dniu rany widoczne pętle jelita cienkiego i rozejście się zespolenia krętniczopoprzeczniczego na przedniej ścianie z sączącą się treścią jelitową. Wypreparowano zespolenie, uwolniono nacieczone jelito cienkie, a następnie zreszkowano je. Zamknięto kikut obwodowy poprzeczniczy. W górnym biegunie rany założono ileostomię. W trakcie wypreparowywania jelita cienkiego i grubego odsłonięto rozległą ropowicę w przestrzeni zaotrzewnowej z obecnością martwych tkanek oraz ropny naciek w tkance podskórnej po stronie prawej. Pobrano ropę do badania bakteriologicznego, wycięto martwe tkanki, zreszkowano zmieniony ropowiczo martwiczo fragment sieci, przepłukano jamy po ropniach, a następnie drenowano dwoma drenami.

Po zabiegu stan ogólny chorej średni, włączono antybiotykoterapię do 3. doby, leki przeciwwgrzybicze, przeciwzkrzepowe, leki moczopędne, inhibitory pompy protonowej. Pacjentka żywiona pozajelitowo do 9. doby. W tym czasie wprowadzono także żywienie doustne, w 2. dobie rozpoczęto podawanie płynów doustnych, w 4. wprowadzono zupy, w 10. dobie dietę rozszerzono na przecieraną, podając jednocześnie niepełne żywienie pozajelitowe przez trzy doby. Przebieg pooperacyjny powikłany obfitym ropieniem rany pooperacyjnej. Chora podczas rehabilitacji w dniu 23.04.2007 roku zgłaszała silne dolegliwości bólowe kończyny dolnej lewej. Wykonano USG DOPPLER – zmian zakrzepowych w obrębie żył głębokich nie stwierdzono. Pacjentka skarżyła się na ograniczenie zakresu ruchów kończyny dolnej. Ból kończyny był najbardziej nasilony w obrębie kolana i podudzia. Występowały zaburzenia czucia tej kończyny, 5.06.2007 pacjentkę przeniesiono na oddział rehabilitacji celem dalszego usprawniania.

W dniu 16.07.2007 roku chora została przeniesiona z oddziału rehabilitacji, gdzie przebywała celem usprawnienia niedowładu kończyny dolnej prawej. W chwili przyjęcia stan chorej stabilny, pacjentka apatyczna, depresyjna. Utrzymywana na diecie przecieranej. Brzuch miękki, stomia prawidłowa. W linii pośrodkowej, w rzucie blizny pooperacyjnej, ujście zewnętrzne zbiornika płynowego jamy otrzewnej. W prawym dole biodrowym drugie ujście z założonym drenem. Badanie USG jamy brzusznej wolnego płynu w jamie otrzewnej nie wykazało. Po wygojeniu rany pooperacyjnej chora w stanie ogólnym dobrym wypisana z oddziału 2.08.2007 roku.

Pacjentka przyjęta na Oddział w dniu 27.11.2007 z powodu zbiornika płynowego zlokalizowanego w powłokach jamy brzusznej o wymiarach 50×33×31 mm, objętości ok. 30 ml, odpowiadający ropniowi. Wykonano nacięcie powłok jamy brzusznej i drenaż ropnia, ewakuując bardzo dużą ilość gęstej treści ropnej.

Posiew: *Escherichia coli*. Chora wypisana w stanie ogólnym dobrym w dniu 4.12.2007 roku. W sierpniu 2008 wykonano rekonstrukcję przewodu pokarmowego, bez powikłań. Aktualnie chora jest w dość dobrym stanie, przewód pokarmowy funkcjonuje prawidłowo, w badaniu stwierdzono przepuklinę brzuszną, pozostaje nadal w programie dializacyjnym.

**Chora IV** (74 lata), została przyjęta na Oddział Chirurgii 15.03.2007 roku z powodu spadku masy ciała, krwi w stolcu, ciągłego uczucia parcia na stolec. Badaniem palpacyjnym per rectum: napięcie zwieraczy prawidłowe, w zasięgu palca wyczuwalny twardy opór, zajmujący 2/3 obwodu jelita. W badaniu rektoskopowym stwierdzono na głębokości 10 cm, krwawliwy guz zwężający światło jelita. Badanie mikroskopowe wycinków wykazało: adenocarcinoma tubulare muciparum recti.

Po ocenie stopnia zaawansowania na podstawie badania klinicznego i badań obrazowych [T3NxMo] oraz przygotowaniu, chorą operowano 19.03.2007 roku.

**I zabieg operacyjny**. Po otwarciu jamy otrzewnej stwierdzono guz odbytnicy położony poniżej załamka maciczo-odbytniczego otrzewnej, na ścianie tylnej odbytnicy, o średnicy zewnętrznej ok. 5 cm. Pozostałe narządy jamy brzusznej bez zmian patologicznych. Wykonano przednią niską resekcję odbytnicy Zespolenie jelitowe odbytniczo-esicze „koniec do końca” wykonano metodą dwustaplerową: kikut odbytnicy zamknięto staplerem Contour 40B, a następnie zespolono go z kikutem esicy staplerem okrężnym Proximate JLS 31 mm. Zespolenie obszyto dodatkowo pojedynczymi szwami. Próba szczelności – prawidłowa. Pozostawiono dren w okolicy zespolenia jelitowego.

Po zabiegu stan ogólny chorej dobry, pacjentka otrzymywała niekompletne żywienie pozajelitowe, a także leki przeciwbólowe, przeciwzkrzepowe, profilaktykę antybiotykową przez 72 godziny, leki poprawiające perystaltykę jelit. W 2. dobie pacjentce zaczęto podawać płyny doustnie, w 5. dobie do diety włączono zupy, w ósmej dobie zamieniono dietę na lekkostrawną. W dniu 28.03.2007 roku w 8. dobie po I zabiegu wystąpił wzrost ciepłoty ciała pacjentki do 38,3°C. W badaniu per rectum stwierdzono rozejście się tylnej części zespolenia.

**II zabieg operacyjny**. Wykonano relaparotomię 28.03.2007 roku. Stwierdzono znaczne ilości płynnej treści jelitowej (kałowej) w jamie otrzewnej. Dokonano kontroli zespolenia odbytniczo-esiczego, stwierdzono prawie całkowite rozejście się. Odcięto całkowicie zespolenie, kikut odbytnicy zamknięto pojedynczymi szwami. W lewym śródbrzuszu wyłoniono końcowy odcinek esicy jako odbył jednolufowy. Od 0–2. doby dieta ścisła (antybiotykoterapia, monitorowanie glikemii, 5% glukoza 500 ml + KCL 20 mEq + insulina krótkodziałająca w zależności od

stężenia glukozy we krwi [GIK], leki przeciwbólowe, przeciwkrwotoczne, poprawiające perystaltykę). W 3. dobie wprowadzono dietę doustną w postaci kleików, przetoczono: 2 j. FFP i 3 j. KKCz; w 4. dobie zlecono dietę przecieraną, leki doustne. W 7. dobie wykonano kontrolne badanie USG – ewidentnych zbiorników płynowych ani wolnego płynu nie stwierdzono. W dniu 9.04.2007 u chorej wystąpił nagły wzrost temperatury i objawy zapalenia otrzewnej z powodu wpadnięcia odbytu sztucznego do jamy otrzewnej.

**III zabieg operacyjny** – wykonano resekcję zstępniczy i esicy oraz wytworzono odbyt sztuczny na poprzecznicy. W pierwszej dobie po trzecim zabiegu operacyjnym założono wkłucie centralne do żyły podobojczykowej prawej. U chorej zastosowano kompletne żywienie pozajelitowe. Ponadto chora otrzymywała substytucję potasu, insulinę Actrapid w dawce zależnej od wyników badań. W 4. dobie zwiększono kaloryczność mieszaniny odżywczej i wprowadzono powoli żywienie doustne – kleje, w 5. dobie wprowadzono zupy, w 6. dobie dietę przecieraną, w 10. dobie zmniejszono kaloryczność worka RTU, który podawano do 18. doby, po trzecim zabiegu operacyjnym. W dniu 11.05.2007 roku pacjentka osłabiona, apatyczna, kilkakrotnie zmieniono opatrunek, który był przesiąknięty treścią jelitową. W dniu 13.05.2007 roku do rany pooperacyjnej założono ssanie czynne, ze względu na dużą ilość sączącej się treści jelitowej (wysoka przetoka jelitowa zewnętrzna wydzielająca ok. 600 ml/dobę). Pacjentka pozostawała na diecie ścisłej.

Ze względu na brak postępu w gojeniu przetoki jelitowej 19.06.2007 roku wykonano **IV zabieg operacyjny** – uwolnienie zrostów, resekcja części jelita cienkiego z przetoką. Szycie błony surowiczej jelita cienkiego. Drenaż jamy otrzewnej. Po zabiegu zastosowano antybiotykoterapię celowaną, leki przeciwbólowe, przeciwzakrzepowe, poprawiające perystaltykę jelit, inhibitory pompy protonowej, leki moczopędne. W 6. dobie chorej zaczęto podawać płyny doustne, w 14. dobie wprowadzono kleje, w 20. dobie rozszerzono dietę o zupy przecierane, dietę przecieraną wprowadzono w 22. dobie. W dniu 25.06.2007 roku kilkakrotnie zmieniano opatrunki, które były przesiąknięte treścią jelitową, stwierdzono przetokę jelitową. Kontrolne badanie USG jamy brzusznej wykazało w lewym nadbrzuszu wypełnione płynem jelito cienkie bez perystaltyki. Wolnego płynu w jamie otrzewnej nie stwierdzono. Do rany pooperacyjnej założono ssanie czynne, które usunięto 22.07.2007, a więc prawie po miesiącu. Z przetoki jelitowej drenowało się coraz mniej treści jelitowej, aż do jej samoistnego zamknięcia się. Po ostatnim zabiegu chora żywiona była nadal parenteralnie do 31.07.2007 r. Stan ogólny chorej stabilny,

wypisana do domu 2.08.2007 w stanie ogólnym dobrym z niewielką przetoką ropną w dolnym biegunie rany pooperacyjnej.

Kontrola – styczeń 2009 – bez cech wznowy choroby nowotworowej, CEA utrzymuje się w granicach normy, w CT wątroby opisywana jest zmiana o charakterze zwapnienia (5 cm) bez cech progresji w kolejnym badaniu CT. Rana brzucha zagojona, z kikuta odbytnicy, okresowo wydobywa się treść ropna (przewlekła ropna przetoka?). Okresowo (raz na 2 miesiące) kikut odbytnicy jest płukany środkami przeciwbakteryjnymi (Betadine, Octenisept, Metronidazol), po którym zmniejsza się ilość drenującej się treści. Chora funkcjonuje dość dobrze, bez istotnych dolegliwości bólowych, przyjmuje posiłki, zdolna do samopielegnacji.

## OMÓWIENIE

W pracy przedstawiono postępowanie lecznicze w dramatycznych powikłaniach, jakimi były szczególnie złożone przetoki jelitowe oraz wyniki leczenia. W analizowanej grupie przetoki pooperacyjne były powikłaniami po leczeniu chirurgicznym chorych obciążonych wiekiem, chorobami metabolicznymi, chorobami nowotworowymi, przebyłym napromienianiem, laparotomiami oraz niewydolnością nerek. Jedna pacjentka została skierowana do naszej kliniki z innego szpitala. Jatrogenne uszkodzenie jelit podczas zabiegu jest jedną z najczęstszych przyczyn powstania przetok, które mogą się ujawniać w różnym czasie po zabiegu operacyjnym. W przypadku chorej Nr 1 zabieg pierwotny był przeprowadzony w trybie ostrym, bez możliwości przygotowania metabolicznego. W piśmiennictwie [3, 5, 9, 16, 17] podkreśla się, że przetoki powstają częściej u chorych operowanych ze wskazań nagłych. Częstość występowania przetok wzrasta wraz z wiekiem, w przedstawionej grupie chorych średnia wieku wynosiła – 68 lat. Chorzy obciążeni cukrzycą, chorobą nowotworową i niedożywieniem mają większe ryzyko powstania pooperacyjnej przetoki jelitowej aniżeli chorzy bez tych czynników ryzyka. Konieczność wykonania rozległych resekcji jelit jest również czynnikiem pogłębiającym katabolizm, zwiększa ryzyko nieszczelności zespołów oraz wpływa niekorzystnie na cały przebieg pooperacyjny [15–19].

Leczenie obejmowało wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, kontrolę zakażenia miejscowego i powikłań septycznych, zapewnienie odpowiedniego drenażu – skuteczne odprowadzenie treści wydzielanej z przetoki, ochronę skóry, antybiotykoterapię celowaną i wczesne zastosowanie kompletnego żywienia poza-

jelitowego i dojelitowego. Ważnym elementem w leczeniu przetok jelitowych jest wprowadzenie kompletnego żywienia pozajelitowego i dojelitowego.

Podstawowe znaczenie ma przygotowanie żywieniowe chorego do kolejnych operacji, następnie żywienie chorego w okresie pooperacyjnym, pozajelitowe lub dojelitowe [15–17]. Celem żywienia parenteralnego jest dostarczenie odpowiedniej ilości kalorii w sytuacji koniecznej wyłączenia pasażu przewodu pokarmowego [15, 17, 18].

Zapobieganie niedożywieniu ma ogromne znaczenie dla prawidłowego gojenia przetoki. Wszyscy opisani chorzy otrzymywali kompletne żywienie pozajelitowe. Leczenie żywieniowe również może powodować liczne powikłania, metaboliczne i infekcyjne. W żywieniu pozajelitowym mogą wystąpić powikłania związane z zakażeniem cewnika w żyłę centralnej, które wystąpiło w 2 przypadkach w przedstawionej grupie chorych. Drugą grupę powikłań stanowią powikłania metaboliczne. Regularne monitorowanie metabolizmu i stałe dopasowywanie składu mieszanin odżywczych do potrzeb chorych zapewniło bezpieczne leczenie żywieniowe. Wszystkie przypadki wyleczono, stosując niezwykle trudne, kosztowne i długotrwałe skojarzone leczenie zachowawcze i chirurgiczne.

## WNIOSKI

Kompleksowe leczenie powikłań chirurgicznych, jakimi są przetoki jelitowe, pozwoliło w szczególnie trudnych przedstawionych przypadkach uzyskać wyleczenie chorych. Stosowane zasady leczenia, indywidualizowane w zależności od potrzeb poszczególnych chorych, odpowiadają wytycznym przedstawionym w polskich rekomendacjach leczenia przetok.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Gutowski P, Butkiewicz J, Cnotliwy M. Przetoki pomiędzy protezą aortalną a jelitem. *Pol Przegl Chir* 1996; 68: 584–588.
- [2] Kościński T, Sękowska M. Leczenie chirurgiczne przetok odbytniczo – pochwowych. *Pol Przegl Chir* 2007; 79: 961–971.
- [3] Rychlewski D, Krawczyk Z, Bednarz W. Przetoki żołądkowo-okrężnicze – postępowanie chirurgiczne. *Pol Przegl Chir* 2004; 78: 373–382.
- [4] Stachowiak M. Współistnienie dwóch przetok pęcherzykowo-dwunastniczych oraz kamicy dróg żół-

ciowych u chorej bez żółtaczki – opis przypadku. *Pol Przegl Chir* 2007; 79: 1290–1297.

- [5] Saint-Marc O, Tiret E. Surgical management of internal fistulas in Crohn disease. *J Am Coll Surg* 1996; 183: 97.
- [6] Jałocha W, Łuczak R. Perforacja jelita krętego na tle gruźliczym. *Wiad Lek* 1994; 47: 302.
- [7] Meissner W, Szabłoński W, Krokowicz P. Leczenie chirurgiczne chorób zapalnych jelit u dzieci i młodzieży. *Pol Przegl Chir* 2007; 79: 60–71.
- [8] Singh V, Wadleigh R. Gastrocolic fistula as a complication of colon carcinoma. *Acta Oncol* 1997; 24: 1085–1089.
- [9] Sitges-Serra A, Jaurrieta E, Sitges-Sreus A. Management of postoperative enterocutaneous fistulas. The roles of parenteral nutrition and surgery. *Br J Surg* 1982; 69: 147–50.
- [10] Torres-Garcia A, Arguello J, Balibrea J. Gastrointestinal fistulas: pathology and prognosis. *Scan J Gastroenterol* 1994; 207: 39–41.
- [11] Paluszkiewicz P, Pertkiewicz M. Podstawy patofizjologiczne leczenia przetok dwunastnicy. *Postępy Żywienia Klinicznego* 2008; 1: 32–35.
- [12] Foster III CE, Lefor AT. General management of gastrointestinal fistulas. *Surg Clin North Am* 1996; 76: 1019.
- [13] Friess H, Malferheiner P, Isenmann K. The risk of pancreatointestinal anastomosis can be predicted preoperatively. *Pancreas* 1996; 12: 202.
- [14] Szczepanik A, Jaśkowiak W, Huszcza S. Leczenie przetok jelitowych przy zastosowaniu całkowitego odżywiania pozajelitowego i somatostatyny. *Pol Przegl Chir* 2005; 77: 1323–1331.
- [15] Alivzatos V, Felekis D, Zorbalas A. Evaluation of the effectiveness of octreotide in the conservative treatment of postoperative enterocutaneous fistulas. *Hepatogastroenterology* 2002; 49: 1010–1012.
- [16] Głuszek S, Kot M, Matykiewicz J. Przetoki przewodu pokarmowego. *Pol Przegl Chir* 1999; 71: 40–49.
- [17] Głuszek S, Kot M, Matykiewicz J. Problemy kliniczne rozszerzonych zabiegów resekcyjnych jelit. *Wiadomości Lekarskie* 2003; 56: 1–5.
- [18] Ysebaert D, Van Hee G, Hubens W. Management of digestive fistulas. *Scand. J Gastroenterol* 1994; 29: Suppl. 207.
- [19] Szawłowski A, Pertkiewicz M, Drews M, Dziki A, Krasnodębski I, Kulig J, Lampe P, Stojcev Z, Wallner G, Zegarski W. Rekomendacje Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Przetoki układu pokarmowego u chorych leczonych z powodu nowotworów – diagnostyka i leczenie. *Pol Przegl Chir* 2008; 80: 1267–1297.

**Adres do korespondencji:**

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek  
Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: sgluszek@wp.pl  
tel. 048 41 349 69 09