

REZECȚIA ANTERIOARĂ JOASĂ DE RECT CU EXCIZIE TOTALĂ DE MEZORECT – TEHNICĂ

I. Radu*, Maria Gabriela Aniței, V. Scripcariu, Cr. Dragomir

* Doctorand Universitatea de Medicina si Farmacie „Gr.T.Popa”Iasi

Clinica III Chirurgie, Sp. Sf. Spiridon

Universitatea de Medicina si Farmacie „Gr.T.Popa”Iasi

LOW ANTERIOR RESECTION OF THE RECTUM WITH TOTAL MESORECTAL EXCISION. SURGICAL - TECHNIQUE (ABSTRACT): Local recurrence after surgery for rectal cancer remains a major issue for all surgeons who treat these disorders. RJ Heald has shown that there are lymph nodes metastasis in mesorectum, distal to rectal tumor. This is the reason why, for inferior and middle rectal tumour, total mesorectal excision should be performed as a routine. The key to this intervention consists in a sharp and meticulous dissection around the fatty mesorectum, without breaking the mesorectal fascia. Special attention should be paid on colorectal anastomosis, this could be performed stapled or handsewn. Defunctioning ileostomy must be accepted by the patient and the surgeon, considering the potential septic risk in the event of a fistula.

KEY WORDS: TOTAL MESORECTAL EXCISION, RECTAL CANCER, SURGICAL TECHNIQUE

Corespondență: Dr. Iulian Radu, medic specialist chirurgie generala, asistent universitar, Clinica III Chirurgie, doctorand UMF „Gr.T.Popa” Iasi, str. Universității, nr. 16, e-mail: raduiuli@gmail.com*.

INTRODUCERE

În 1982, R.J.Heald publică articolul „The mesorectum in rectal cancer – the clue to pelvic recurrence?” în care demonstrează prezența de celule tumorale în mezorect, distal de tumora primară. Această observație sugera că recidivele pelvine sunt datorate neextirpării mezorectului distal de tumoră care conține metastaze ganglionare. Astfel, este introdus conceptul de rezecție anterioară joasă de rect cu excizie totală de mezorect reprezentând extirparea în bloc a rectului și a țesutului celulo-limfoganglionar care îl înconjoară printr-o disecție minuțioasă fără a produce breșe în fascia mezorectului. Scopul principal al exciziei totale a mezorectului este acela de a reduce cât mai mult recidivele locale după rezecțiile rectale pentru cancer. Totodată, se coboară nivelul la care se poate face rezecție pentru un neoplasm rectal în detrimentul exciziilor abdominopelvine.

INDICAȚII

Rezecția anterioară joasă de rect cu excizie totală de mezorect (RA cu EMT) este indicată în tumorile maligne rectale ampulare mijlocii și inferioare. În ceea ce privește tumorile rectale ampulare superioare și ale joncțiunii rectosigmoidiene, rezecția anterioară de rect se asociază cu o excizie parțială a mezorectului prin transecția mezorectului distal la cel puțin 5 cm de leziunea tumorală [1].

* received date: 21.07.2011

accepted date: 24.10.2011

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Atunci când se intenționează efectuarea unei anastomoze colorectale sau a unei anastomoze coloanale, pregătirea colonului are un rol important. Colonul va fi pregătit mecanic, prin administrarea de soluții purgative și biologic prin administrarea de antibiotice care nu se resorb, rămân în lumenul digestiv și scad virulența florei microbiene. Există autori care susțin că pregătirea mecanică a colonului nu influențează rata complicațiilor postoperatorii [2,3].

POZIȚIA PACIENTULUI

Pacientul este așezat în poziția Lloyd-Davis (Fig.1) iar masa de operație este în Trendelenburg „exagerat” pentru a facilita accesul în timpul intervenției. Pacientului i se poziționează o sondă urinară înainte de intervenția propriu-zisă sau un sondaj vezical intraoperator suprapubian prin spațiul Retzius prevenind astfel neajunsurile unui sondaj pe cale uretrală [4].

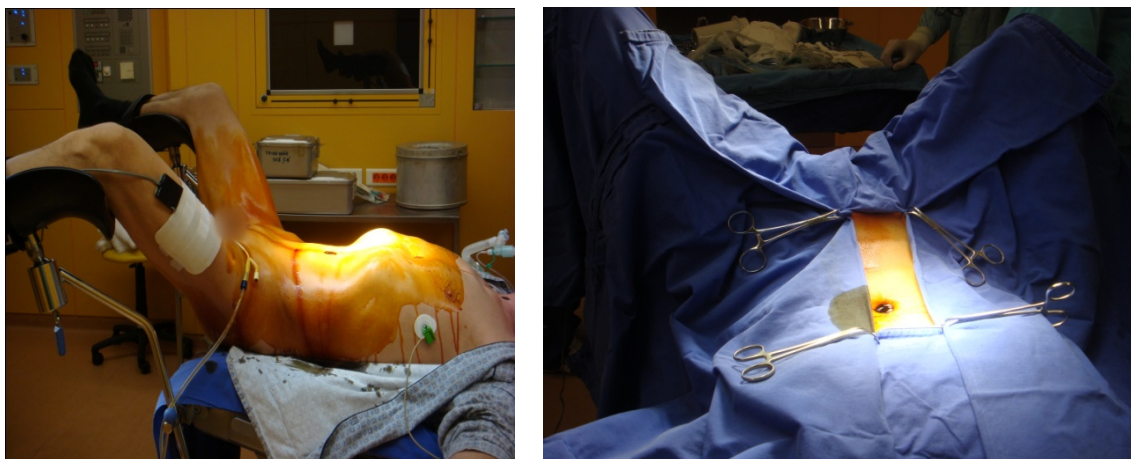


Fig. 1 Poziția pacientului
(colecția Prof. Dr. V. Scripcariu)

TEHNICA OPERATORIE

Calea de abord se realizează printr-o incizie pubo-supraombilicală care poate fi prelungită cranial până la apendicele xifoid. După efectuarea laparotomiei, se continuă cu explorarea cavității abdominale pentru depistarea leziunilor secundare hepatice sau elementelor de carcinomatoză peritoneală. Se izolează apoi câmpul operator prin învelirea anselor de intestin subțire în câmpuri moi abdominale și fixarea lor în abdomenul superior.

După tracționarea sigmoidului de către ajutor, operatorul secționează cu cauterul aderențele congenitale dintre sigmoid și peritoneul parietal din fosa iliacă stângă pătrunzându-se în planul preureteral pe partea stângă. Se secționează apoi peritoneul la cativa milimetri posterior de baza mezosigmei pe partea dreapta, „white line” (Fig. 2). Astfel, disecția se va face într-un plan embrionar fiind favorizată de tracțiunea aplicată asupra mezosigmei. Disecția progresează până se întâlnesc nervii hipogastrici, moment în care, în mod obisnuit apare și ureterul. Acest plan, anterior de nervii hipogastrici este urmărit în disecția care progresează distal până în momentul în care se ajunge la planul dintre fascia mezorectului și fascia presacrată [4].

Din acest moment se va progresa cranial și se va realiza ligatura separată, a arterei mezenterice inferioare la aprox 1-2 cm de origine, cu grija de a nu leza nervii hipogastrici la acest nivel [5], cât și a venei mezenterice inferioare la marginea inferioara a pancreasului. Se vor preleva ganglionii prezenti la nivelul originii vaselor mezenterice, acestia fiind ganglionii apicali, prezența metastazelor ganglionare la acest nivel făcând diferența între stadiul Dukes C1 și C2.



Fig. 2 Secționarea peritoneului de la baza mezosigmei
(colectia Prof. Dr. V. Scripcariu)

Mobilizarea colonului stâng se face până la nivelul unghiului splenic al colonului, se va mobiliza și unghiul splenic dacă nu avem un sigmoid destul de lung pentru a realiza o anastomoză fără tensiune.

În situația unui sigmoid „generos”, secționarea arterei mezenterice inferioare se va face sub originea arterei colice stângi iar secționarea mezoului se face, fie la nivelul sigmoidului, fie la nivelul jonctiunii colon descendent – sigmoid în funcție de lungimea sigmoidului.

După secționarea colonului și închiderea capetelor în bursă sau cu stapplerul linear se va trece la **disecția mezorectului**. Marea majoritate a autorilor recomandă ca disecția mezorectului să înceapă cu porțiunea sa posterioară (Fig. 3). Exercițarea unei tracțiuni anterioare asupra rectului va expune planul dintre mezorect și fascia presacrată cu nervii hipogastrici imediat înaintea acesteia. Disecția se face cu răbdare folosind electrocauterul („sharp dissection”) fără a se pătrunde în fascia mezorectului, ceea ce ar duce la o posibilă „contaminare” a câmpului operator cu celule tumorale din limfaticile mezorectului. Totodată, este important de evitat lezarea nervilor hipogastrici sau a fasciei presacrate Waldayer, incident ce ar putea da hemoragii neplăcute și destul de dificil de stăpânit. Disecția posterioară va progresa, fiind definitivată prin secționarea ligamentului sacrorectal tot cu ajutorul cauterului.

Disecția laterală se va face prin tracțiunea rectului ascendent și de parte opusă zonei mezorectului unde se lucrează, concomitent cu aplicarea unei valve ce va tracționa tesuturile în direcție opusă tracționării rectului. Se va expune astfel planul de disecție, progresia în acest plan avascular evitând lezarea structurilor nervoase și vasculare.

Nu se vor căuta sau diseca arterele rectale mijlocii, gesturi ce predispun la lezarea nervilor parasimpatici. Hemoragiile apărute după secționarea rectalelor mijlocii pot fi stăpânite prin cauterizarea acestora, folosind pense de cauter lungi.

Anterior, peritoneul este incizat imediat înainte fundului de sac Douglas (rectouterin/rectovezical). Disecția anterioară va fi facilitată de tracțiunea rectului spre posterior și în jos iar vezica urinară sau uterul este retractat cu o valvă lată și lungă, pentru a oferi un câmp vizual cât mai larg operatorului (Fig. 4). La acest nivel, disecția se va efectua anterior fasciei Denonvillier [6], pericolul în aceasta zona de disecție fiind lezarea ureterelor, prostatei, veziculelor seminale sau a vaginului. Disecția rectului și a mezorectului va fi finalizată în momentul în care se ajunge la planșeul pelvin, la acest nivel rectul arată ca un tub muscular denudat. Se vor plasa două linii de sutura pe rect, imediat deasupra canalului anal, cu staplerul linear. Sutura proximală se va poziționa la distanță de tumora rectală dar să permită și poziționarea liniei distale de sutură pe bontul rectal cât și secționarea rectului între cele două linii de sutură [4]. În prezent, există staplere curbe, forma acestora facilitând pătrunderea în pelvis. Acestea pot realiza două linii de sutura și secționa între aceste suturi.

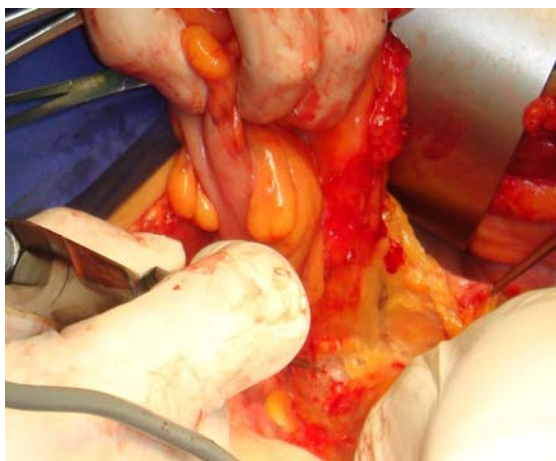


Fig. 3 Disecția posterioară a mezorectului
(colecția Prof. Dr. V. Scripcariu)

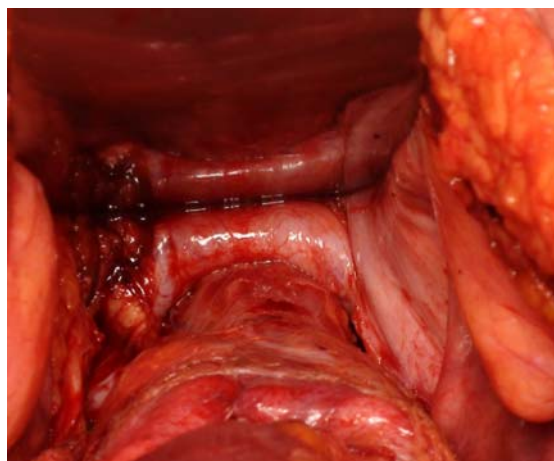


Fig. 4 Disecția anterioară a mezorectului
(colecția Prof. Dr. V. Scripcariu)

Secționarea mezocolonului se va face astfel încât să se păstreze suficient colon pentru evitarea efectuării unei anastomoze coloanale în tensiune, ținând cont de lungimea sigmoidului cât și de dispoziția vaselor din mezocolon. După secționarea rectului și a colonului se va extrage piesa de rezecție iar câmpul operator din pelvis va fi spălat cu soluție salină sau soluție de betadine diluată 1/10. Acest lavaj are rolul de a îndepărta eventualele celule tumorale rezultate în urma manipulării rectului cu tumoră, aceste celule putând sta la baza recidivelor locale [7].

Pentru efectuarea **anastomozei mecanice colorectale** joase, ajutorul va introduce un stapler circular prin canalul anal, tija acestuia va avansa cât mai aproape de mijlocul liniei de sutură mecanică. În capătul colonic secționat, se va introduce porțiunea detașabilă a staplerului circular, în jurul tijei acestei porțiuni se va realiza o bursă cu un fir monofilament 2.0. Anastomoza se va realiza prin cuplarea celor două porțiuni ale staplerului, armarea și acționarea acestuia (Fig. 5). Se va avea grijă ca în linia de sutură mecanică să nu se interpună mezoul colonic sau alte structuri vecine iar colonul să nu se răsusească în timpul manipulării.

Se va verifica dacă cele două inele (de la cele două segmente, rectal și colonic) rezultate în urma efectuării anastomozelor mecanice sunt întregi. Etanșeitatea anastomozelor se poate controla prin “inundarea” cu betadine a pelvisului urmată de introducerea de aer prin anus.

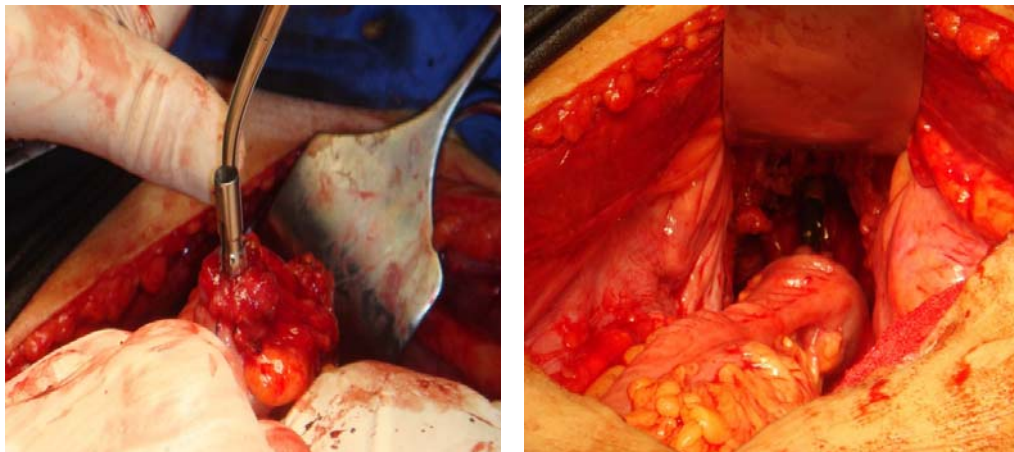


Fig. 5 Pregătirea capătului colonic și efectuarea anastomozelor mecanice
(colecția Prof. Dr. V. Scripcariu)

Anastomoza colorectală se poate efectua și manual (Fig. 6) După definitivarea

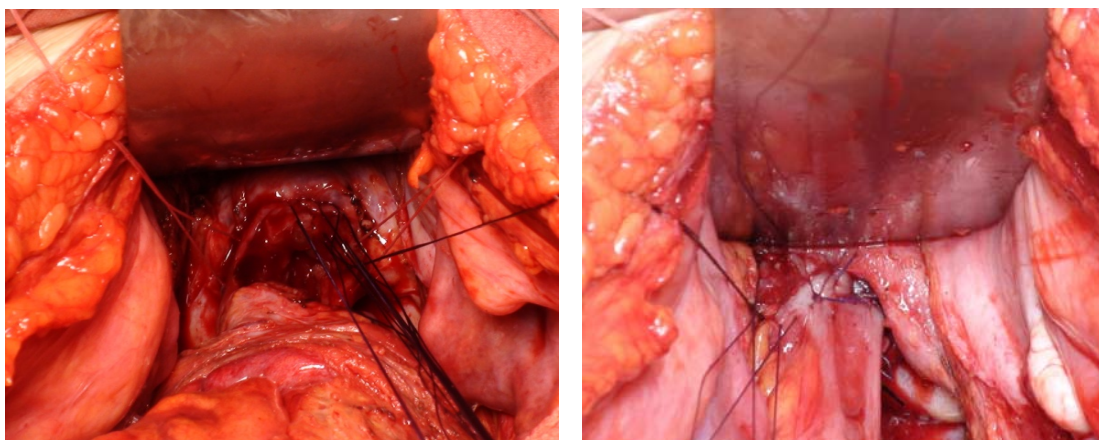


Fig. 6 Anastomoza colorectală efectuată manual
(colecția Prof. Dr. V. Scripcariu)

disecției, pe măsură ce se secționează peretele anterior al rectului se trec firele ce vor fi folosite la planul anterior al anastomozelor. Acest artificiu tehnic este necesar, știindu-se faptul că secționarea rectului inferior este urmată de retractarea acestuia ceea ce face dificilă identificarea în bune condiții a peretelui anterior rectal. Se secționează și peretele posterior rectal, efectuarea planului posterior al anastomozelor colorectale fiind următorul timp.

Se vor trece fire separate, la 3 mm distanță, aceste fire fiind 2.0 sau 3.0, greu rezorbabile. După ce se definitivă tranșa posterioară a anastomozelor, firele care sunt

trecute prin peretele anterior rectal vor fi trecute și prin colon, prin strângerea acestora se va finaliza și tranșa anterioară a anastomozei.

Având în vedere neajunsurile unei eventuale fistule anastomotice colorectale joase, se recomandă efectuarea unei ileostomii laterale, la aproximativ 30 de centimetri de valvula ileocecală cu toate că aceste stome, chiar și tempoare, poartă riscul unor complicații și au implicații asupra calității vieții [8].

Cavitatea pelvină se va drena cu două tuburi iar peretele abdominal se va închide în planuri anatomice.

Evaluarea tratamentului chirurgical se va face de către anatomopatolog prin examinarea piesei de rezecție, evaluare ce va aduce și date asupra riscului de recidivă în funcție de calitatea actului chirurgical [9-11].

CONCLUZII

Tehnica rezecției anterioare de rect cu excizie totală de mezorect presupune timpi laborioși efectuați cu minuțiozitate. Cunoașterea acestui procedeu chirurgical este necesară pentru toți chirurgii care sunt angrenați în secvența chirurgicală a tratamentului cancerului rectal. Atât rata recidivelor locale cât și calitatea vieții sunt influențate de calitatea actului chirurgical ceea ce face din chirurgia oncologică a rectului o chirurgie pretențioasă ce trebuie efectuată de persoane antrenate.

BIBLIOGRAFIE

1. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery-the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg.* 1982; 69(10): 613-616.
2. Nicholson GA, Finlay IG, Diamant RH, Molloy RG, Horgan PG, Morrison DS. Mechanical bowel preparation does not influence outcomes following colonic cancer resection. *Br J Surg.* 2011; 98(6): 866-871.
3. Van't Sant HP, Weidema WF, Hop WC, Oostvogel HJ, Contant CM. The influence of mechanical bowel preparation in elective lower colorectal surgery. *Ann Surg.* 2010; 251(1): 59-63.
4. Steele RJ. Anterior resection with total mesorectal excision. *J R Coll Surg Edinb.* 1999; 44(1): 40-45.
5. Turet E. Exerese totale du mesorectum et conservation de l'innervation autonome a destinee genito-urinaire dans la chirurgie du cancer du rectum. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales – Appareil digestif.* 1998; 40 – 610.
6. Heald RJ, Moran BJ, Brown J, Daniels IR. Optimal total mesorectal excision for rectal cancer is by dissecting in front of Denonvillier's fascia. *Br J Surg.* 2004; 91(1): 121-123.
7. Heald RJ. "The Holy Plane" of rectal surgery. *J R Soc Med.* 1988; 81(9): 503-508.
8. Tsunoda A, Tsunoda Y, Narita K, Watanabe M, Nakao K, Kusano M. Quality of life after low anterior resection and temporary loop ileostomy. *Dis Colon Rectum.* 2008; 51(2): 218-222.
9. Oh SY, Kim YB, Paek OJ, Suh KW. Does total mesorectal excision require a learning curve? Analysis from the database of a single surgeon's experience. *World J Surg.* 2011; 35(5): 1130-1136.
10. Quirke P, Scott N. The pathologist's role in the assesment of local recurrence in rectal carcinoma. *Surg Oncol Clin North Am.* 1992; 1: 1-17.
11. Nagtegaal ID, van de Velde CJ, van der Worp E, Kapiteijn E, Quirke P, van Krieken JH; Cooperative Clinical Investigators of the Dutch Colorectal Cancer Group. Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: clinical significance of the pathologist in quality control. *J Clin Oncol.* 2002; 20(7): 1729-1734.