

Sindromul rezecției rectale joase. Modificări anatomice după rezecția anterioară de rect

Virgiliu-Mihail Prunoiu¹, Mircea-Niculae Brătucu², Dragoș Garofil², Victor Strâmbu², Eugen Brătucu¹, Laurențiu Simion¹, Eduard-Georgian Chiru¹, Petru Adrian Radu²

¹1st Department of General and Oncological Surgery, Prof. Dr. Alexandru Trestioreanu Oncological Institute, Fundeni Street 252, 022328 Bucharest, Romania

²Department of General Surgery, Dr. Carol Davila Clinical Hospital, Calea Griviței 4, 010731 Bucharest, Romania

Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Dionisie Lupu Street 37, 020021 Bucharest, Romania

Rezumat

În acest editorial, autorii aduc în atenția chirurgilor un punct de vedere personal cu intenția de a oferi o serie de argumente anatomice care să explice rata mare a complicațiilor funcționale consecutive rezecțiilor ultrajoase de rect, rezecții dominate de incontinența fecală cu diverse intensități. Având ca punct de plecare anatomia planșeului pelvin și a perineului posterior, autorii se preocupă de consecințele funcționale ale chirurgiei de rezecție rectală anterioară cu conservarea aparatului sfincterian, cu referire la sindromul rezecției rectale joase și ultrajoase. Tehnic, actualmente s-a ajuns la o chirurgie conservatoare adresată cancerului de rect inferior. Dacă în urmă cu 25 de ani pentru cancerul de rect situat sub 7 cm de orificiul anal se practica amputația de rect, în zilele noastre s-a ajuns la păstrarea canalului anal ca partener pentru anastomoza cu colonul. Progresiv, din dorința de a păstra un tranzit intestinal pe căi naturale, cât mai anatomic și mai fiziologic, rezecția a coborât până la 2-4 cm de orificiul anal și s-au construit anastomoze ultrajoase, în plin aparat sfincterian anal. Scopul declarat: îndeplinirea standardului de siguranță oncologică și, concomitent, evitarea colostomiei definitive. Plecând de la anatomia normală a planșeului pelvin și a segmentului ano-rectal, autorii fac o incursiune în alterările structurilor viscerale, musculare și nervoase consecința rezecției rectale joase și, mai ales, ultrajoase. Remarcăm un grad ridicat de consecințe funcționale privind defecația, cu instalarea unor dizabilități marcate ale continenței anale, consecința majoră fiind incontinența anală (30-70%). Autorii inventariază principalele modificări anatomo-fiziologice care acompaniază rezecția anterioară a rectului.

Concluzii: Apar astfel următoarele întrebări: care este limita inferioară a rezecției pentru a evita incontinența fecală totală? O incontinență totală este preferabilă unei colostomii sau nu? Răspunsurile nu pot fi susținute deocamdată de argumente solide, dar se desprinde necesitatea inițierii unor viitoare studii dedicate acestei probleme.

Cuvinte cheie: low anterior resection syndrome (LARS), ultralow anterior resection (ULAR), low rectal cancer