Tratamento das coleções Intraabdominais

PT Vs OD

Tarcisio Reis

Professor e ccordenador da Faculdade de Med de Olinda

Doutor em Cirurgia UFPE

Intensivista AMIB

TCBC –SBCO

Cirurgião Oncológico HUOC-Recife

Coordenador do Pós-operatório HGOF-Recife

Não tenho conflitos de interesse em relação a essa apresentação

Coleções Intra-abdominais: diagnóstico e tratamento

Classificação dos Abscessos

- Espontâneo vs Pós-operatório
- Primário vs Secundário
- Visceral vs Não-visceral
- Intraperitoneal vs retroperitoneal
- Simples vs Complexo

Múltiplo
Multiloculado
Comunicação com trato intestinal
Associado a tecido necrosado
Associado ao câncer

Coleções Intra-abdominais: diagnóstico e tratamento

Tratamento

3. Intervenção

Drenagem percutânea guiada por US ou TC é a intervenção inicial de escolha para o tratamento de focos infecciosos localizados e radiologicamente definidos

Um procedimento de controle de infecção apropriado para drenar focos infecciosos, controlar a contaminação peritoneal contínua por desvio ou ressecção e restaurações anatômicas e funções fisiológicas que sejam possíveis é recomendado para quase todos pacientes com infecção intra-abdominal **(B-II)**

Sempre que possível, a drenagem, percutânea de abscessos e outras coleções localizadas é preferível à drenagem cirúrgica **(B-II)**

Coleções Intra-abdominais: diagnóstico e tratamento

Tratamento

Coleções Intra-abdominais: diagnóstico e tratamento

Definições

A introdução de tomografia computadorizada (CT) para o diagnóstico e drenagem de abcessos intra - abdominais levou a uma dramática redução nas taxas de mortalidade

A incidência de morte está correlacionada com:

- Gravidade da causa subjacente
- Atraso no diagnóstico
- Drenagem inadequada
- Focos de infecção insuspeitos

Fatores de risco para a morbidade e mortalidade:

- Vários procedimentos cirúrgicos
- Idade acima de 50 anos
- Falência múltipla de órgãos
- Abcessos complexos , recorrentes , ou persistentes

Coleções Intra-abdominais: diagnóstico e tratamento

Tratamento

A abordagem atual para peritonite e abscessos peritoneais visa a correção da fonte de infecção, a administração de antibióticos sistêmicos, e terapia de suporte para prevenir ou limitar as complicações secundárias a falências orgânicas

Controle precoce do sítio séptico é obrigatório e pode ser alcançado por tratamento cirúrgico ou conservador

Table 11 Multivariate analysis: risk factors for occurrence of death during hospitalization

Risk factors	Odds Ratio	95%CI	p
Age	3.3	2.2-5	<0.0001
Small bowel perforation	27.6	15.9-47.8	<0.0001
Delayed initial intervention	14.6	8.7-24.4	<0.0001
ICU admission	2.3	1.5-3.7	<0.0001
Immunosuppression	3.8	2.1-6.7	<0.0001

Stepwise multivariate analysis, PR = 0.005 E [illegible] = 0.001 (Hosmer-Lemeshow chi2(8) = 1.68, area under ROC curve = 0.9465).

Complicated intra-abdominal infections worldwide: the definitive data of the CIAOW study

Intervenções não-cirúrgicas incluem drenagem percutânea do abscesso, bem como passagem percutânea ou endoscópica de stents

Dalley B J, et al. 2013.

Afirmativa-1

“ Com base nas condições clínicas, o tamanho do abscesso e o acesso à radiologia intervencionista, antibióticos e / ou drenagem percutânea podem ser sugeridos para tratar abscessos localizados intra-abdominais pós-operatórios quando não há sinais de peritonite generalizada (Recomendação 2C)”.

Khurrum Baig M, Hua Zhao R, Batista O, Uriburu JP, Singh JJ, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Percutaneous postoperative intra-abdominal abscess drainage after elective colorectal surgery. Tech Coloproctol. 2002;6(3):159–164.[PubMed]

WSES – 2017 . “In press”

Afirmativa 2

O controle cirúrgico imediato deve ser realizado após o diagnóstico de peritonite pós-operatória. O controle ineficaz da fonte séptica está associado a taxas de mortalidade significativamente elevadas (Recomendação 1C).

O controle da fonte cirúrgica deve ser iniciado logo que o paciente tenha sido ressuscitado. A incapacidade de controlar a fonte séptica está associada a aumentos significativos na mortalidade dos pacientes. **A falência orgânica e / ou re-laparotomias subseqüentes que foram atrasadas por mais de 24 horas resultam em taxas mais altas de mortalidade para pacientes afetados por infecções intra-abdominais pós-operatórias [204]**. As re-laparotomias iniciais parecem ser o meio mais efetivo de tratamento da peritonite pós-operatória [205].

WSES – 2017 . "In press"

Suporte à afirmativa-2

[204] Torer N, Yorganci K, Elker D, Sayek I. Prognostic factors of the mortality of postoperative intraabdominal infections. Infection. 2010;38(4):255–260

[205] Hutchins RR, Gunning MP, Lucas DN, Allen-Mersh TG, Soni NC. Relaparotomy for suspected intraperitoneal sepsis after abdominal surgery. World J Surg. 2004;28(2):137–141. doi: 10.1007/s00268-003-7067-8

Revisão de 15 estudos clínicos

- 3807 Pacientes
- 4189 Cirurgias
- Fatores de risco em

Pacientes operados por Doença de Crohn.

- Albumina baixa (OR 1.93)
- Uso prévio de corticóides (OR 1.99)
- Abscessos prévios (OR 1.94)
- Antecedente cirúrgico (OR 1.5)

J Crohns Colitis;9(3):293301.2015

Tendências no uso da drenagem cirúrgica percutânea versus aberta de abcessos abdominais

Nationwide Medicare Physician/Supplier Procedure

- Drenagem aberta(OD)
- Percutânea (PT)

- 2001 – 10.068 PT
- 2013 – 28.486 PT

- 2001 – 8.146 OD
- 2013 – 6.397 OD

- Apendicite
- Intra-peritoneal
- Subfrênica
- Hepática

- 2001 – 63% todos abscessos drenados PT
- 2013 – 82% drenados PT
- 2001 – 90 % foram drenados por radiologistas
- 2013 – 97 % radiologistas

JACR. V.12, Issue 12, Part A, Pages 1247–1250;2015

Algumas estratégias

- Múltiplos cateteres para coleções viscosas ou diâmetro > 6 cm
- Fístulas de alto débito ou baixo, porém recurrentes, receberam canulação adicional do orifício fistuloso para facilitar a criação de uma fístula enterocutânea controlada

Resultados

- Abscessos complexos/fístulas (88,9%) resolução . 3 casos falharam (2 reparo aberto) 1 óbito;
- Média de procedimentos de drenagem = 7,0 e com duração média de 76,1 dias de internação;
- Pacientes com fístulas de alto débito necessitaram mais procedimentos de drenagem (9,1 X 6,1; P= 0,025);
- 15 pacientes com fístulas complexas /abscessos que foram canulados. Maior duração e cateter (102,5 d Vs 53,2 d; P=0,04) e maior N. de procedimentos (8,4 Vs 5,4).

How using the ATB recommended by the 2010 SIS/IDSA guidelines can affect the therapeutic outcomes ?

Okita,Y et al. Surg Today (2015) 45:993

- 53 pctes abscessos pós-op, sem deiscências anast ou fístulas;
- PT drenagem e ATB baseado na decisão do cirurgião
- Todos obtiveram completa resolução sem cirurgia
- Abscessos persistentes foram relacionados a PCR > 12 mg/dl e ATB não recomendados (P=0.042 e 0.013)

c

- Persistência da febre > 48h ocorreu em 45,1% dos ATB adequados e 72,7% dos Inadequados (P=0.046)

Condições favoráveis vs não-favoráveis

- **Sob condições favoráveis, como:**

- **nas lesões situadas na periferia do abdome;**
- **com vias de acesso não -complicadas através da parede abdominal;**
- **com etiologia de complicações pós-operatórias sem doença primária intraabdominal;**
- **coleções homogêneas de fluidos em espaços não divididos ou comunicantes.**

As taxas de sucesso podem ser elevadas para mais de 80%.

Uma cooperação estreita entre radiologistas e cirurgiões em indicação, conduta e curso de tratamento é indispensável.

Coleções Intra-abdominais: diagnóstico e tratamento

Prognóstico

Ao longo da última década, a combinação da melhor antibioticoterapia, cuidados intensivos mais agressivos, e o diagnóstico e terapia precoces com uma combinação de técnicas operatórias e percutâneas têm levado à redução significativa da morbidade e mortalidade relacionada à sepse intra-abdominal

Fatores clínicos preditores de insucesso do controle de foco para a Infecção Intra-abdominal

- Retardo na intervenção inicial (> 24 h)
- Alta severidade da doença **APACHE > 10 e/ou MPI > 22**
- Idade avançada
- Comorbidades com algum grau de disfunção orgânica
- Baixo nível de albumina
- Desnutrição
- Grau de envolvimento peritoneal ou peritonite difusa
- Incapacidade de alcançar controle de drenagem adequado
- Malignidade

APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

Solomkin JS et al. 2010.

TARCISIO REIS
tcr@hotlink.com.br
81-999764261