

# Ентеро-кутанеална фистула при постоперативна вентрална херния-клиничен случай

**В. Сираков, И. Иванов, Е. Еюпов, Ц. Тричков, С. Мърваков,  
В. Иванов, Р. Костадинов, В. Мелников, В. Михайлов,  
Н. Владов**

Клиника по чернодробна, панкреатична хирургия и трансплан-  
тология  
Военномедицинска академия, София

## Enterocutaneous fistula in postoperative ventral hernia - clinical case

**V. Sirakov, I. Ivanov, E. Eyupov, T. Trichkov, S. Murvakov, V. Ivanov,  
R. Kostadinov, V. Melnikov, V. Mihailov, N. Vladov**

Clinic of Hepato-biliary and Pancreatic Surgery and Transplantology,  
Military Medical Academy, Sofia

### ВЪВЕДЕНИЕ:

Постоперативните вентрални хернии са сред най-честите усложнения в коремната хирургия. Честотата им е между 10-15 %, а честотата на рецидив, след херниопластика е между 20 и 45% (1). Поставянето на платно от синтетичен материал обикновено цели намаляването на честотата на рецидив. Усложненията след пластика на предна коремна стена най-често са: инфекция на оперативната рана, сером, хематом, дехисценция и ентеро-кутанеална фистула (2).

### КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме клиничен случай на 42 годишна пациентка, оперирана по спешност по повод на волвулус на колон сигмоидеум на фона на дивертикулит. Извършена резекция на колон сигмоидеум с десцендо-ректоанастомоза и изведена протективна транзверзостама супраумбиликално. След 5 месеца е извършена релапаротомия за възстановяване на гастро-интестиналния континуитет. Установени масивни адхезии и голяма постоперативна вентрална херния. След адхезиолизата и извършването на дебелочревна анастомоза, е поставено двукомпонентно платно с оглед масивен херниален дефект. Два месеца след дехоспитализация започнали оплаквания от

секреция в областта на оперативния цикатрикс и мацерация на кожата. Третирана консервативно с антибиотична терапия и мазеви превръзки. След месец се оформили няколко фистулни отвори, на фона на субфебрилна температура. Извършена ревизия на оперативната рана с ексцизия на фистулни отвори. След две седмици отново се появила секреция от оперативната рана с вид на чревно съдържимо (фиг1)

Проведена компютърна аксиална томография с венозен контраст- данни за ентеро-кутанеални фистули, ангажиращи тънко черво и колон транзверзум (фиг. 2).

Интраоперативно установени: множество адхезии в горен, среден и долен коремен етаж, мигрирало двукомпонентно платно с ерозия на тънко черво и оформени няколко фистулни хода, комуникиращи с тънко черво на отстояние 40см. една от друга и фистулен ход към колон транзверзум, непосредствено след флексура коли хепатика (фиг. 3, 4,5).

Отстрани се двукомпонентното платно с обилна лаваж. Извърши се парциална резекция на два участъка от тънкото черво, носещи фистулните ходове с две термино-терминални йеюно-йеюноанастомози, извършени на един етаж. Поради ангажирането на колон транзверзум се извърши дясна хемиколектомия с термино-латерална илео-транзверзоанастомо-

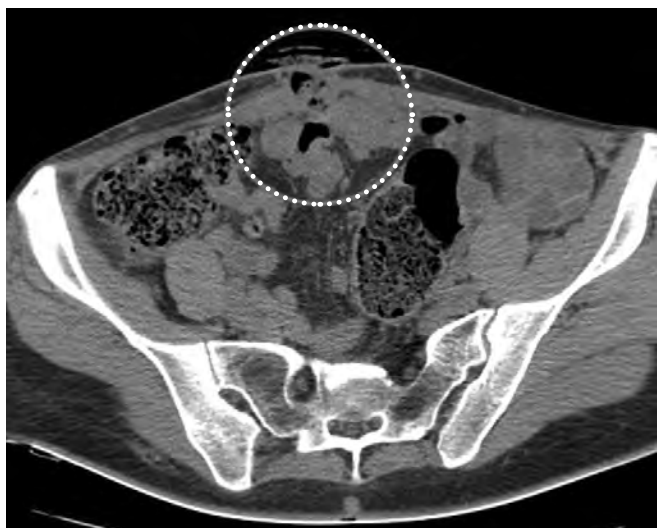


Фиг. 1 Оперативен цикатрикс с наличие на няколко ентеро-кутанеални фистулни хода и екстериоризирана високодебитна фистула с катетър

за, извършена на два етажа и последвала пластика на предна коремна стена със собствени тъкани. Гладък следоперативен период, без данни за пасажни смущения, спокойна оперативна рана. Пациентката бе изписана на шести следоперативен ден.

#### ОБСЪЖДАНЕ:

Ентеро-кутанеалните фистули са едно от най-тежките дългосрочни усложнения, след пластика на предна коремна стена по повод на вентрална херния, като най-често се проявяват до 2 години след поставянето на платно от синтетична материя, но могат да се проявят дори след 30 години (3). Най-често се проявяват с периодично смущение в пассажа, болка по хода на цикатрикса, хронично възпаление в областта на поставеното платно, което води до изтичане на гноевидно, тънко/дебелочревно съдържимо, изискващо множество интервенции, многократни рехоспитализации и голям разход за дефинитивното им лечение (4). Ерозията на платното към чревната стена води до обструкция, кървене или оформяне на ентеро-кутанеална фистула. Смята се, че една от причините е лошата фиксация на платно-

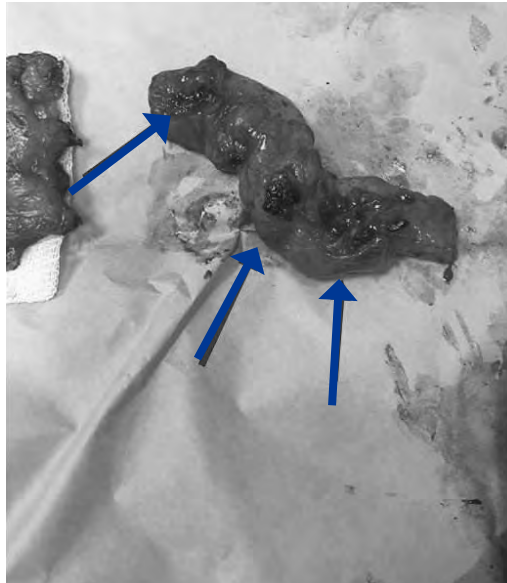


Фиг. 2 КАТ образ на ентеро-кутанеална и коло-кутанеална фустула

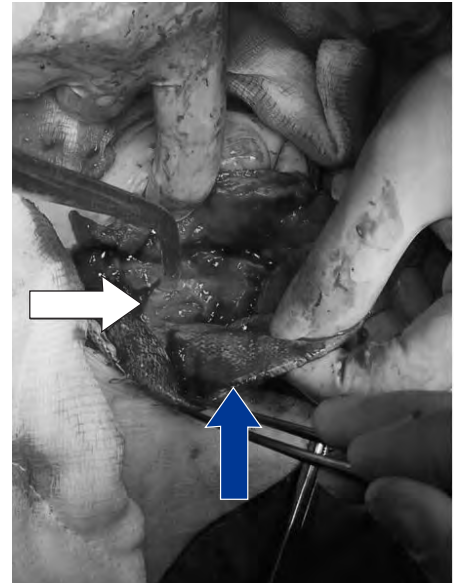
то към апоневрозата, както и реакция на организма към материала от който е направено платното(5). Ексцизията на херниалния сак, липса на апоневроза под платното, както и липсата на оментум се счита като предпоставка за оформяне на фистула при използване на проленово платно (3). Един от факторите, необходим за развитието на това късно усложнение, дори при използването на двукомпонентни платна е неразпозната десерозация на кух коремен орган, интраабдоминална инфекция, както и хематом, директно контактуващ с поставеното платно (6). Крайъгълният камък в лечението на ентеро-кутанеалните фистули е оперативното лечение, включващо резекция на ангажирания чревен сегмент, след корекция на метаболитните отклонения. Ексцизията на фистулното отверстие и сатура, водят до повишена



Фиг. 3 Мигрирало, двукомпонентно платно



Фиг. 4 Тънко черво с няколко фистулни хода (сините стрелки)



Фиг 5. С бялата стрелка е изобразен колон транзверзум с фистулното отверстие. Със синята е изобразено инфектираното, мигрирало двукомпонентно платно

честота на рецидиви. При наличие на инфектирано платно и оформена ентеро-атмосферна фистула, задължително се ексцизира целия синтетичен материал, като дефекта на коремната стена се коригира със собствени тъкани или с поставяне на биологично платно (7). При рецидивна херния, след ексцизията на платното и пластика със собствени тъкани, може да се обмисли поставянето на двукомпонентно платно след образни и лабораторни данни за санирано огнище на инфекцията.

#### БИБЛИОГРАФИЯ:

1. M. Mudge and L. E. Hughes, "Incisional hernia: a 10 year prospective study of incidence and attitudes," *British Journal of Surgery*, vol. 72, no. 1, pp. 70–71, 1985.
2. Kanters AE, Krpata DM, Blatnik JA, Novitsky YM, Rosen MJ.

Modified hernia grading scale to stratify surgical site occurrence after open ventral hernia repairs. *J Am Coll Surg* 2012;215:787-93.

3. Leber GE, Garb JL, Alexander AI, et al. Long-term complications associated with prosthetic repair of incisional hernias. *Arch Surg* 1998;133:378–382.
4. I. Yilmaz, D.O. Karakasë, I. Sucullu, Y. Ozdemir, and E. Yucel, "A rare cause of mechanical bowel obstruction: mesh migration," *Hernia*, vol. 17, no. 2, pp. 267–269, 2013.
5. Seker D, Kulacoglu H. Long-term complications of mesh repairs for abdominal-wall hernias. *J Long Term Eff Med Implants* 2011;21:205–218.
6. Sanchez VM, Abi-Haidar YE, Itani KMF. Mesh infection in ventral incisional hernia repair: incidence, contributing factors, and treatment. *Surg Infect (Larchmt)* 2011;12:205-10
7. Montgomery A. The battle between biological and synthetic meshes in ventral hernia repair. *Hernia* 2013;17:3–11.

#### Адрес за кореспонденция:

Д-р Васил Сираков  
Военномедицинска академия - София  
Клиника по чернодробно-панкреатична хирургия  
и трансплантология  
Бул. "Г. Софийски" 3, София 1606  
e-mail: sirakov83@start.bg  
Mobile: +359898927925

#### Address for correspondence:

Dr. Vasil Sirakov  
Military Medical Academy of Sofia  
Clinic of Hepato-Pancreatic and Transplant Surgery  
3 "Georgi Sofiski" Blvd.,  
Sofia 1606, Bulgaria  
e-mail: sirakov83@start.bg  
Mobile: +359898927925