

STUDY CASE

The utility of draining a perineal abscess in a patient with advanced oncological disease

Maria-Mirabela Mihăilescu-Marin^{1,2}, Alexandru Simionescu³

¹Universitatea Transilvania Braşov, România

²Fundația HOSPICE Casa Speranței, Braşov, România

³Spital Orăşenesc Victoria, Braşov, România

Received: 10.12.2023 • Accepted for publication: 18.01.2024

Abstract

Introduction: Local complications after rectal amputation are associated with lower quality of life, higher healthcare costs and a poorer prognosis.

Purpose: The aim of this paper is presenting the case of a male patient with prostate adenocarcinoma for which he underwent chemotherapy and radiotherapy, followed by disease relapse with multiple metastasis. Due to the disease progression, difficult symptom management at home and burden on the main caregiver, the patient requested admission to the adult inpatient unit of the Hospice Casa Speranței Foundation.

Material and method: The patient's medical chart, the electronic file and home care team record were analyzed. The patient's written consent for participation in scientific research activities was obtained.

Case report: A 66-year-old male patient known with advanced prostate adenocarcinoma, for which chemotherapy and radiotherapy were performed, with advanced bilateral inguinal permeation nodules and bone secondaries was admitted to the inpatient unit with significant peripheral edema and severe pelvic pain, partially controlled symptoms with major opioids and diuretics. Following the identification of a fistulated rectal abscess, it was decided to drain the abscess with daily lavage of the cavity.

Discussions: The abscess maintained by infected areas of necrosis of the neoplastic tissue is part of the progression of the incurable disease, which once drained improves the patient's condition. Daily lavage and maintaining drainage tubes requires daily local care in order to provide patient's comfort and to improve his quality of life.

Conclusions: Drainage of the paraneoplastic abscess improves the patient's symptoms. It is necessary to re-evaluate the patient's health status daily to establish the benefit of maintaining the drainage tube; the care provided involves minimal physical discomfort for the patient, but increased human and financial resources.

Rezumat

Introducere: Complicațiile locale după amputația de rect se asociază cu o calitate a vieții mai scăzută, costuri ale sistemelor de sănătate mai crescute și cu un prognostic mai sumbru.

Scop: Prezentarea cazului unui pacient cu adenocarcinom de prostată chimio-radiotratat, recidivat, cu determinări secundare multiple. Datorită progresiei bolii, a simptomatologiei care este gestionată cu greutate la domiciliu și a poverii asupra îngrijitorului principal, pacientul optează pentru internare în unitatea cu paturi a Fundației HOSPICE Casa Speranței Braşov.

Material și metodă: S-au analizat informațiile cuprinse în foaia de observație a pacientului, dosarul electronic și foaia de îngrijiri paliative din serviciul de îngrijiri la domiciliu a Fundației HOSPICE Casa Speranței, Braşov. S-a obținut consimțământul scris al pacientului pentru participarea la activități de cercetare științifică.

Prezentare de caz: Pacient în vârstă de 66 ani, cunoscut cu adenocarcinom de prostată chimio-radiotratat, cu boală avansată prin prezența ganglionilor de permeație inghinal bilateral și a determinărilor secundare osoase se prezintă cu edeme periferice importante și dureri pelvine de intensitate severă, simptomatologie parțial controlată cu opioid major și diuretice. Datorită identificării unui abces rectal fistulizat se decide drenarea acestuia cu efectuarea lavajului zilnic la nivelul tuburilor de dren.

Discuții: Abcesul întreținut prin zonele de necroză suprainfectate ale țesutului neoplazic recidivat face parte din progresia bolii incurabile, care odată drenat ameliorează statusul pacientului. Menținerea tuburilor de drenaj și toaletarea locală prin lavaj presupune realizarea unei îngrijiri locale zilnice menite să ofere confort și să îmbunătățească calitatea vieții pacientului.

Concluzii: Drenajul abcesului paraneoplazic ameliorează simptomatologia pacientului. Este necesară reevaluarea zilnică a stării de sănătate a pacientului pentru a stabili beneficiul menținerii tubului de dren, îngrijirea realizată presupunând un discomfort fizic minim pentru pacient și mobilizarea crescută a resurselor umane și financiare.

Introduction

Rectal amputation causes the appearance of a cavity, predisposed to the accumulation of secretions, which in the absence of drainage are subject to a possible infection with the appearance of a pelvic abscess that will complicate the patient's further evolution by the appearance of fistulas and wound dehiscences [1].

Patients with pelvic neoplasms requiring rectal amputations often have postoperative complications and may require daily care for up to 12 months [2]. Long-term complications of postoperative perineal wound healing include chronic pain, perineal fistulas, or perineal hernia. [3]

The healing process after a rectal amputation is difficult, with a similar incidence of wound infection regardless of the surgical approach chosen for perineal closure. What differs, however, is the recovery time, which is longer with the per secundum approach (leaving the peritoneal cavity free to heal by itself). [4]

Infections occurring during the healing process of perineal wounds, after rectal amputations, can persist for months to years, affecting patients' quality of life. [5]

The most common complication after rectal amputation is the persistence of drainage, which, after epithelization can lead to the development of an abscess in the rectal chamber, as in our case. The appearance of a pelvic abscess can also occur late postoperatively, with cases reported in which such a complication occurred 6 years after surgery. [6]

The purpose of this paper is to present the case of a patient with chemo-radiotreated prostate adenocarcinoma, relapsed with multiple secondaries, whose symptoms, due to the progression of the disease, cannot be managed at home, which is why the patient is hospitalized in the inpatient unit of the HOSPICE Casa Speranței Foundation Brașov. The burden of caring for this totally bedridden patient at home, with the impossibility of 24-hour family care, was another reason for admission.

Material and method

The patient's observation sheet, the electronic file and the records from the home care service, which includes the medical history, the patient's evolution from the time of admission to the palliative care service of the HOSPICE Casa Speranței Brașov Foundation until hospitalization, were analyzed. The patient's informed consent was obtained for participation in the educational and scientific research activities.

Case presentation

A 66-year-old patient known to have relapsed adenocarcinoma of the prostate in progression, chemo-radiotreated, with inguinal and bone metastases, is admitted in August 2023 in the HOSPICE Casa Speranței Foundation Inpatient Unit Brașov for symptom control, care and family respite.

It is notable in the medical history that the onset of the disease was in October 2019, with urinary symptoms represented by nycturia, dysuria and weak urinary stream.

On 16.10.2019, the patient underwent contrast pelvis MRI which revealed a highly enlarged prostate (10/9/7 cm), having an inhomogeneous structure, margins and a medio-prostatic tumor process, occupying the prostate and infiltrating the seminal vesicles. There was no clear demarcation limit towards the neighboring structures (anterior side of the rectum, lower wall of the urinary bladder). The prostate exerts significant

compression on the urinary bladder, which has circumferentially thickened walls. Examination also reveals the presence of numerous bilateral obturators and external iliac adenopathies, with a maximum diameter of 13 mm and possible carcinomatous infiltration of small pelvic adipose tissue via solid septa and micronodules.

Given the clinical context and imagistic history, radical surgical intervention is indicated, but the patient refuses. Thus, on 19.11.2019, transvesical resection of the prostatic tumor is performed and histopathological examination reveals the presence of urothelial carcinoma.

On 18.12.2019, a CT imagistic evaluation with contrast substance of the chest, abdomen and pelvis is performed which indicates a solitary right basal pleuropulmonary nodule requiring follow-up.

On 07.01.2020, histopathology examination is reviewed with immunohistochemical analysis showing the presence of a prostatic acinar adenocarcinoma, Gleason score of 10, with no ki67-70% neuroendocrine differentiation, CD 56-and CK 5 negative.

On 22.01.2020, PET-CT is performed as part of the oncological assessment, revealing a loco-regionally advanced prostate tumor after transvesical resection, with invasion of the rectum, seminal vesicles, and urinary bladder; bilateral iliac and obturator adenopathies with pathological contrast uptake. Investigation also reveals the presence of pulmonary embolism, which requires specific treatment and reevaluation of oncological therapeutic strategy.

After the sixth course of chemotherapy with Docetaxel, on 17.07.2020 MRI with contrast substance of the abdomen and pelvis is repeated on 17.07.2020, revealing advanced loco-regional disease: postoperative residual prostate of 50/60/51 mm with irregular outline, being fully occupied by an infiltrative process not clearly delimited by the postero-inferior wall of the urinary bladder and that extends to the anterior wall of the rectum for a distance of approximately 35 mm, involving all the layers of the intestinal wall. Infiltration of the seminal vesicles on the left side and carcinomatous infiltration of pelvic, periprostatic fat are also evident.

The evolution is further influenced by the development of a prostatic-rectal fistula due to tumor infiltration in September 2020, which requires surgical treatment consisting of bilateral Bricker's uretero-ileostomy and left lateral colostomy.

Imagistic evaluation by CT scan with contrast substance of the abdomen and pelvis at 2 weeks following the surgery (28.09.2020) shows infiltrative obliteration of the cleavage plane between the bladder wall, prostate and rectum and a necrotic fistula; necrotic basal obturator adenopathy up to 25 mm.

On 09.10.2020, the CT scan of the chest with contrast substance is repeated and, compared to the December 2019 examination, the right posterior costodiaphragmatic solid oval nodule is no longer visualized, instead a 7 mm interstitial subpleural micronod and anterobasal ground-glass opacification in the lower lobe of the left lung are identified. The presence of bone secondaries is excluded by scintigraphy performed on 14.10.2020.

At 3 months after surgery, the MRI exam with contrast substance of the abdomen and pelvis (December 2020) highlights the evolution of oncological disease - prostatic tumor that invades the urinary bladder anteriorly and posteriorly the anterior wall and the rectal lumen; respectively prepubic fat and left seminal vesicle. Diffusion sequence reveals restriction throughout the tumor, suggestive of areas of necrosis included

in the process. Peritoneal carcinomatosis is expressed by multiple solid peritoneal nodules in the adipose tissue of the ischio-rectal fossa, with a maximum diameter of 12 mm. Thus, radical surgical treatment is indicated.

On 10.12.2020, a total infralevator pelvic exenteration with perineal time is performed. The histopathological examination reveals the presence of a prostatic adenocarcinoma, with a Gleason score of 10, and tumoral infiltration of the circumferential prostatic and urethral resection margins.

Oncological treatment is continued between 08.02 and 18.03.2021 consisting of external radiotherapy total dose= 54Gy/30fr/pelvic surgical area, pelvic lymph node and hormone therapy (Goserelin and Bicalutamide).

In August 2021 imaging re-evaluation performed by contrast pelvis MRI reveals postradial edema in internal obturator and iliopsoas muscles, but no pelvic tumor recurrence.

In February 2022, imagistic suspicion of tumor recurrence is raised. MRI examination of the pelvis with contrast substance on 16.02.2022 reveals a new solid, inhomogeneous tumour, with predominantly peripheral contrast uptake.

The patient continues conservative hormone deprivation therapy.

The imagistic assessment after 1 year is performed on 17.05.2023. The CT scan with contrast substance of the thorax, abdomen and pelvis reveals disease progression due to new bone changes for which bone scintigraphy is indicated to elucidate their etiology.

Bone scintigraphy in June 2023 confirms secondary bone findings located T2, T11, T12, L2-L4, costal, +/- pubic.

On 23.06.2023, the patient is admitted to the Oncology ward for reevaluation of the therapeutic strategy. From a clinical point of view, the patient has a good performance status - ECOG 1, is cardio-pulmonary stable; the specific Cushingoid facies is noticeable. It is decided to continue the treatment with Goserelin, Abiraterone-Predinson, IV bisphosphates, IV 3 mg of Zolendronic Acid DT.

The patient develops pain in the lower abdomen and pelvis. Therefore, a CT scan with contrast substance of the abdomen and pelvis reveals an abscess in the prostatic and rectal fossa, of approximately 106/100 mm, which communicates with another collection in the presacral fossa, of approximately 62/84 mm.

It is decided to evacuate the abscess of the post-exenteration pelvic excavation and surgery was performed on 27.07.2023.

The evolution of the patient is accompanied by progressive alteration of performance status, persistence of pelvic pain for which major opioid treatment is instituted, appearance of edema in the lower limbs with the gradual reduction of mobility. At the time of admission, the patient complains of severe pelvic pain (SAV max 8/10) with stabbing character and pressure, marked fatigue with bed rest.

The objective examination reveals a low performance status (ECOG 4), pale-dry skin and mucous membranes, excessive abdominal adipose tissue, BP = 100/60 mmHg, HR = 90 bpm, rhythmic heart sounds, enlarged abdomen, with hard relatively undepressible abdominal wall, exulcerated and infected inguinal permeation nodules, edema of lower limbs and scrotum, terminal colostomy, right ureterostomy, spatially and temporally oriented.

Given the presence of ulcerated permeation nodules, massive edema of the lower limbs, significant scrotal and penile edema, as well as the presence of a sacral orifice with discharge of purulent secretions, a surgical exam is requested.

The local surgical examination reveals infected bilateral exulcerated inguinal permeation nodules, scrotal and penile edema that endanger the viability of the tegument, significant lower limb edema associated with pain. Terminal colostomy shows coercible prolapse of approximately 5 cm of the mucosa without ulceration. Sacrally, a fistulous orifice discharging yellow-green fetid purulent secretions of approximately 1 cm, is identified. In the region of the post-rectal amputation scar, purulent secretions were expressed by direct pressure on a skin area of approximately 0.5 cm.

Instrumental exploration of the orifices is carried and an abscess of the rectal fossa is found, therefore thorough cleaning and lavage of the cavity are performed. Later, given the immobilization of the patient, it is decided to place 2 tubes for drainage and lavage. For the drainage of the wound, cleaning was performed daily with 500 ml NaCl 0.9% solution and 20 ml Betadine.

During hospitalization, the symptomatology improves under treatment with a major opioid, which was gradually reduced until it was administered only as required due to the appearance of a confusional syndrome associated with psychomotor agitation and the absence of pain. Simultaneously, treatment with WHO first-step analgesics, AIS, PPI, anxiolytics, oral and local antibiotics for the ulcerated tumor, diuretics, and beta-blockers tailored to blood pressure and heart rate, anti-bloating agents, anticoagulants, as well as local treatment for infected ulcerated inguinal tumors, is administered.

With the daily lavage of the abscess cavity through the mounted drainage tubes, it is observed that the patient no longer experiences pain. Consequently, the initial dose of the major opioid is reduced, and then only the major opioid is administered on demand.

Discussions

The postoperative healing process of the perineal region presents an increased risk of complications. Bacterial contamination of the perineum, reduced circulation in the perineal tissues, nonfunctional space after rectal excision, and neoadjuvant local radiotherapy are risk factors for delayed wound healing and postoperative complications. [3]

Delayed healing after perineal interventions is associated with reduced quality of life because of complications, higher healthcare costs, and decreased survival. [7]

In this case, the presence of the abscess in the perineal dead space determined the appearance of chronic pain, local edema and the increased risk of generalized infection. Drainage of the abscess was a local method of removing the discomfort secondary to the inflammation and necrosis of infected tissues. Sepsis prophylaxis was carried out with antibiotics according to the antibiogram of the identified germs in the purulent secretions from the abscess.

An abscess in the rectal fossa can occur even years after rectal amputation. It should be suspected when severe pelvic pain appears and it is associated with fever and the discharge of massive mucopurulent secretions from the postoperative wound lesion after rectal amputation. [6]

The appearance of the abscess was favoured by the presence of recurrent neoplastic tissue that became necrotic and a local infection developed; these prevented healing and caused additional suffering due to pain, local inflammation and unpleasant odor.

Injuries occurring in malignant tissue are challenging to cure, so care objectives involve preventing the worsening of lesions,

controlling symptoms associated with the lesions, and providing support and dignity to patients. [8] These represent an unpleasant image for both, patients and caregiving personnel, practical measures are needed to reduce the emotional impact of the injuries on them and the physical and social discomfort on the patient. The type of dressing chosen for their care must ensure the patient comfort, well-being and should also be cost effective. [9,10]

The selection of the best pharmacological and non-pharmacological methods to control symptoms in patients with incurable diseases is the goal of palliative care. In this sense, weighing therapeutic decisions to identify the benefits of certain methods for each individual patient allows for a personalized treatment adapted to the needs of the patients and their prognosis.

The particularity of this case consists in identifying the moment when invasive maneuvers with potential risk of inducing discomfort become futile in the patient with a life prognosis of weeks and impaired general condition. Thus, the drainage of the abscess and daily lavage by means of drainage tubes was associated with significantly superior pain control in the early days, but, next, the patient's condition deteriorated due to the progression of the malignancy, leading to altered mental status, psychomotor agitation and pain appeared during lavage; at this, point, maintaining the drainage tubes was associated with further distress. Therefore, it was decided to suppress the drainage tube and continue the symptomatic treatment.

Conclusions

The increased risk of complications in oncology patients following rectal amputation associated with the possibility of new lesions on relapsed malignant tissue represent major challenges for oncology patients requiring palliative care. Establishing an individualized plan that includes care management, pain control, and psychosocial support aids in alleviating the suffering and improving the quality of life.

The insertion of pelvic tubes for the drainage of the abscess resulted in pain relief, with minimal local discomfort during lavage, but a greater need for mobilization of nursing staff and increased material resources.

Utilitatea drenării abscesului perineal la un pacient cu boală oncologică avansată

Introducere

Amputația rectală determină apariția unei cavități ce este predispusă la acumularea de secreții. În absența unui sistem de drenaj adecvat, există riscul ca aceste secreții să se infecteze, conducând la formarea unui abces pelvin, ce va complica evoluția ulterioară a pacientului prin apariția de fistule și dehiscente de plagă [1].

Pacienții cu afecțiuni neoplazice ale micului bazin care necesită amputații rectale prezintă adesea complicații postoperatorii și pot necesita îngrijiri zilnice timp de până la 12 luni [2]. Complicațiile pe termen lung ale vindecării leziunilor postoperatorii perineale includ persistența durerii cronice, apariția de fistule perineale sau dezvoltarea de hernie perineală. [3]

Procesul de vindecare după o amputație rectală este greoi, având o incidență similară de apariție a infecției plăgii, indiferent de abordarea chirurgicală pentru care se optează la închiderea perineului. Ceea ce diferă, însă, este durata de recuperare, care este mai lungă în cazul abordării per secundam (lăsarea cavității peritoneale libere pentru a se vindeca singură). [4]

Infecțiile survenite în cursul procesului de vindecare a plăgilor perineale, după amputații rectale, pot persista de la câteva luni până la câțiva ani, afectând calitatea vieții pacienților. [5] Complicația cea mai frecventă după amputație de rect este persistența drenajului, care, ulterior unei epitelizări, se poate solda cu apariția abscesului la nivelul lojei rectale, așa cum s-a întâmplat în cazul nostru. Apariția unui abces pelvin poate surveni și tardiv postoperator, fiind raportate cazuri în care o astfel de complicație a survenit la 6 ani după intervenția chirurgicală. [6]

Scopul acestei lucrări este de a prezenta cazul unui pacient cu adenocarcinom de prostată chimio-radiotratat, recidivat, cu determinări secundare multiple, a cărui simptomatologie datorată progresiei bolii nu poate fi gestionată la domiciliu, motiv pentru care pacientul se internează în unitatea cu paturi a Fundației HOSPICE Casa Speranței Brașov. Povara adusă de îngrijirea la domiciliu a acestui pacient imobilizat total la pat, cu imposibilitatea de a fi îngrijit 24/24 de ore de către familie, a constituit un alt motiv al internării.

Material și metodă

S-a analizat foaia de observație a pacientului, dosarul electronic și foaia de îngrijiri paliative din serviciul de îngrijiri la domiciliu care cuprinde istoricul medical, evoluția pacientului din momentul preluării în serviciul de îngrijiri paliative a Fundației HOSPICE Casa Speranței Brașov până la internare. S-a obținut consimțământul informat al pacientului pentru participarea în procesul educativ și de cercetare științifică.

Prezentare de caz

Pacient în vârstă de 66 ani, cunoscut cu adenocarcinom de prostată chimio-radiotratat, recidivat, cu boală în evoluție prin prezența determinărilor secundare inghinale și osoase, se internează în august 2023 în Unitatea cu Paturi a Fundației HOSPICE Casa Speranței Brașov pentru controlul simptomelor, îngrijire și *respite*-ul familiei.

Din **istoricul bolii** reținem debutul bolii în luna octombrie 2019 prin simptomatologie urinară reprezentată de nicturie, disurie și jet urinar slab.

În data de 16.10.2019, pacientul efectuează RMN pelvis cu substanță de contrast (sc) care relevă prostată mult mărită în dimensiuni (10/9/7 cm), cu structură neomogenă, contur boselat și un proces tumoral medio-prostatic, ce ocupă în întregime prostata și infiltrează veziculele seminale. Nu se evidențiază limita de demarcație netă față de structurile de vecinătate (față anterioară rect, perete inferior vezică urinară). Prostata exercită o importantă compresie asupra vezicii urinare, care prezintă pereți îngroșați circumferențial. Examinarea relevă și prezența de adenopatii obturatorii și iliace externe bilaterale, numeroase, cu diametru de maxim 13 mm și infiltrație posibil carcinomatoasă a grăsimii micului bazin, prin prezența de septe solide și micronoduli.

Dat fiind contextul clinic și istoricul imagistic, se indică intervenție chirurgicală radicală, pe care însă pacientul o refuză. Astfel, în data de 19.11.2019 se efectuează rezecție

tumorală prostatică transvezicală, iar examenul histopatologic (EHP) relevă prezența unui carcinom urotelial.

În 18.12.2019 se efectuează bilanț imagistic prin CT torace-abdomen-pelvis (CT TAP) cu sc care indică un nodul solitar pleuro-pulmonar bazal drept ce necesită urmărire în timp.

În data de 07.01.2020 are loc recitirea EHP cu analiza imunohistochimică care evidențiază prezența unui adenocarcinom acinar prostatic, scor Gleason 10, fără diferențiere neuroendocrină ki67-70%, CD 56- neg, CK 5- neg. În 22.01.2020 se efectuează PET-CT în cadrul bilanțului oncologic care evidențiază tumoră prostatică post rezecție transvezicală avansată loco-regional, cu invazia rectului, veziculelor seminale, vezicii urinare, adenopatii iliace și obturatorii bilaterale cu captare patologică. De asemenea, investigația relevă și prezența tromboembolismului pulmonar, care a necesitat tratament specific și reevaluarea schemei terapeutice a bolii oncologice.

După efectuarea celei de a șasea cure de chimioterapie cu Docetaxel, se repetă în 17.07.2020, RMN-ul abdomen și pelvis cu sc care relevă boală avansată loco-regional: prostată restantă postoperator de 50/60/51 mm cu contur boselat, ocupată în întregime de un proces infiltrativ ce nu se delimitază net de peretele postero-inferior al vezicii urinare și care se extinde la peretele anterior al rectului pe o distanță de aproximativ 35 mm, ocupând toate straturile peretelui intestinal. De asemenea, se evidențiază infiltrare a veziculelor seminale de partea stângă și infiltrație carcinomatoasă a grăsimii pelvine, periprostatice.

Evoluția este grevată în continuare de dezvoltarea unei fistule prostatico-rectale prin infiltrație tumorală în septembrie 2020, care a necesitat tratament chirurgical constituit din uretero-ileostomie bilaterală tip Bricker și colostomie laterală stângă.

Evaluarea imagistică realizată prin CT abdomen-pelvis cu sc la 2 săptămâni postoperator (28.09.2020) evidențiază ștergerea planului de clivaj între peretele vezical, prostată și rect cu aspect infiltrativ, necrozat cu fistulă; adenopatii obturatorii bazale necrozate de până la 25 mm.

În 09.10.2020 se repetă CT torace cu sc, iar comparativ cu examinarea din decembrie 2019, nodulul solid ovalar costodiafragmatic posterior drept nu se vizualizează, în schimb se identifică un micronodul subpleural infracentimetric (7 mm) de aspect interstițial și opacitate cu aspect de geam mat – anterobazal în lobul inferior stâng.

Se exclude prezența determinărilor secundare prin scintigrafia osoasă din 14.10.2020.

La 3 luni după intervenția chirurgicală, bilanțul imagistic efectuat prin RMN abdomen-pelvis cu sc (decembrie 2020) pune în evidență evoluția bolii oncologice - formațiune tumorală prostatică care invadează anterior vezica urinară și posterior peretele anterior și lumenul rectal; respectiv grăsimea prepubiană și vezicula seminală stângă. Secvența de difuzie relevă restricție la nivelul întregii formațiuni tumorale, sugestivă pentru zone de necroză incluse în proces. Carcinomatoza peritoneală se exprimă prin multipli noduli solizi peritoneali în grăsimea din fosetele ischio-rectale, cu dimențiu maxim de 12 mm. Astfel, se indică tratament chirurgical radical.

În data de 10.12.2020 se practică exenterație pelvină totală infraleatoriană cu timp perineal. La examenul histopatologic, se identifică prezența unui adenocarcinom prostatic, scor Gleason 10 iar marginea de rezecție circumferențială prostatică și cea uretrală sunt infiltrate tumoral.

Tratamentul oncologic este continuat între 08.02 și 18.03.2021 prin radioterapie externă DT= 54Gy/30fr/pat operator pelvin,

arii ganglionare pelvine și hormonoterapie (Goserelin și Bicalutamidă).

Reevaluare imagistică din august 2021 realizată prin RMN pelvis cu sc relevă edem postradic la nivelul mușchilor obturatorii interni și iliopsoas, dar fără recidivă tumorală pelvină.

În februarie 2022 se ridică suspiciunea imagistică de recidivă tumorală. Examenul RMN pelvis cu sc din 16.02.2022 pune în evidență o formațiune tumorală nou apărută, solidă, neomogenă, cu captare predominant periferică de sc.

Pacientul continuă tratamentul conservator de privare hormonală.

Bilanțul imagistic la 1 an s-a efectuat pe 17.05.2023. Examenul CT TAP cu sc relevă boală în evoluție prin apariția de modificări osoase noi pentru care se indică scintigrafie osoasă în vederea elucidării etiologiei acestora.

Scintigrafia osoasă din iunie 2023 confirmă determinările secundare osoase localizate T2, T11, T12, L2-L4, costale, +/- hubiene.

Pe 23.06.2023, pacientul este internat pe secția Oncologie pentru reevaluarea strategiei terapeutice. Din punct de vedere clinic, pacientul are status de performanță bun- ECOG 1, este stabil cardio-pulmonar; se reține faciesul specific Cushingoid. Se decide continuarea tratamentului cu Goserelin, Abiraterona-Predinson, bifosfati IV, Acid zolendronic DT= 3mg IV.

Pacientul dezvoltă sindrom algic la nivel abdominal inferior și pelvin. Se efectuează pe 05.07.2023 CT abdomen-pelvis cu sc care relevă prezența în loja prostatică și rectală a unei colecții abcedate de aproximativ 106/100 mm, care comunică cu o altă colecție în loja presacrată cu dimensiuni de aproximativ 62/84 mm.

Se decide evacuarea abcesului excavației post exenterație pelvină și se intervine chirurgical pe 27.07.2023.

Evoluția pacientului este însoțită de alterarea progresivă a statusului de performanță, persistența durerilor pelvine pentru care se instituie tratament cu opioid major, apariția de edeme la nivelul membrelor inferioare cu reducerea treptată a mobilității.

În momentul internării, pacientul acuză dureri pelvine de intensitate severă (SAV max 8/10) cu caracter de junghi și presiune, fatigabilitate marcată cu imobilizare la pat.

La **examenul obiectiv** se constată un status de performanță (ECOG 4), tegumente și mucoase palid-uscate, țesut adipos în exces la nivel abdominal, TA= 100/60 mmHg, AV = 90 bpm, zgomote cardiace ritmice, abdomen mărit de volum, cu perete abdominal dur, greu depresibil, noduli de permeație inghinali exulcerati și suprainfectati, edem al membrelor inferioare și al scrotului, anus iliac stâng, ureterostomă dreaptă, OTS.

Având în vedere prezența noduliilor de permeație ulcerati, a edemelor masive ale membrelor inferioare, edemului scrotal și penian important, precum și prezența unui orificiu sacral cu evacuare de secreții purulente se solicită un consult chirurgical.

La **examen local chirurgical** se evidențiază noduli de permeație inghinali bilateral exulcerati suprainfectati, edeme la nivel scrotal și penian care pun în pericol viabilitatea tegumentului, edeme ale membrelor inferioare importante asociate cu durere. Colostoma terminală prezintă prolaps coeribil de aproximativ 5 cm la nivelul mucoasei fără ulcerati. La nivel sacral se identifică un orificiu fistulos cu evacuare de secreții purulente de culoare galben-verzui cu miros fetid, de

aproximativ 1 cm în diametru. La nivelul cicatricei post amputației rectale, se identifică o zonă tegumentară de aproximativ 0,5 cm în diametru care la palpare cedează și prin care se evacuează secreții purulente abundente.

Se decide explorarea instrumentală a orificiilor și se constată prezența unui abces al lojei rectale care se evacuează, și se practică toaleta și lavajul cavității. Ulterior, având în vedere imobilizarea pacientului, se decide montarea a 2 tuburi pentru drenaj și lavaj. Pentru drenajul plăgii s-a efectuat zilnic lavaj cu soluție NaCl 0,9% 500 ml și 20 ml Betadină.

Pe parcursul internării simptomatologia se ameliorează sub tratament cu opioid major, care este scăzut progresiv până la administrarea doar la nevoie datorită apariției sindromului confuzional asociat cu agitație psiho-motorie și lipsei durerii. Concomitent, se administrează tratament cu antialgic treapta I, AIS, IPP, anxiolitic, antibiotic po și local la nivelul tumorii exulcerate; diuretic și beta blocant adaptat în funcție de TA și AV, antibalonzant, anticoagulant, precum și tratament local al tumorilor inghinale exulcerate suprainfectate.

Odată cu efectuarea zilnică a lavajului cavității abcesului, pe tuburile de dren montate, se observă faptul că pacientul nu mai are durere, astfel se reduce inițial doza de opioid major, apoi se administrează doar opioid major la nevoie, datorită apariției sindromului confuzional și agitației psiho-motorii.

Discuții

Procesul de vindecare postoperatorie la nivelul perineului prezintă un risc crescut de complicații. Contaminarea bacteriană a perineului, circulația redusă în țesuturile perineale, spațiul rămas nefuncțional după excizia rectală și radioterapia locală neoadjuvantă constituie factori de risc pentru vindecarea întârziată a plăgilor și apariția complicațiilor postoperatorii. [3]

Vindecarea întârziată după intervenții perineale se asociază cu o calitate a vieții mai redusă prin apariția complicațiilor, costuri mai mari ale serviciilor de sănătate, precum și o scădere a șanselor de supraviețuire. [7]

În cazul pacientului nostru, prezența abcesului la nivelul spațiului mort perineal a determinat apariția durerii cronice, edemului local și a riscului crescut de infecție generalizată. Drenarea abcesului a constituit o metodă locală de înlăturare a disconfortului întreținut de inflamația și necroza țesuturilor suprainfectate. S-a realizat profilaxia sepsisului cu antibiotice conform antibiogrammei germenilor identificați în secrețiile purulente de la nivelul abcesului.

Abcesul la nivelul lojei rectale poate apărea și după ani de zile de la amputația rectală. Acesta trebuie suspiciat în cazul apariției unei dureri severe pelvine, asociată cu febră îndeosebi atunci când apare, și eliminarea de secreții masive mucopurulente de la nivelul leziunii plăgii postoperatorii după amputație de rect. [6]

Apariția abcesului a fost favorizată de prezența țesutului neoplazic recidivat care s-a necrozat și suprainfectat împiedicând vindecarea și cauzând o suferință suplimentară prin apariția durerii, inflamației locale și mirosului neplăcut.

Leziunile apărute la nivelul țesutului malign sunt greu de vindecat, astfel că obiectivele de îngrijire constau în prevenirea agravării leziunilor, controlul simptomelor asociate leziunilor, oferire de suport și demnitate pacienților. [8] Acestea reprezintă o imagine neplăcută pentru pacienți și personalul de îngrijire, fiind necesare măsuri practice care să reducă impactul emoțional al leziunilor asupra acestora și disconfortul fizic și social asupra pacientului. Tipul de pansament ales pentru îngrijirea acestora trebuie să asigure pacientului

confort, bunăstare și eficiență din punct de vedere al costurilor. [9,10]

Alegerea celor mai bune metode farmacologice și non-farmacologice care să controleze simptomele la pacienții cu boli incurabile constituie scopul îngrijirii paliative. În acest sens, cântărirea deciziilor terapeutice pentru identificarea beneficiilor unor metode la fiecare pacient în parte, permite realizarea unui tratament personalizat adaptat nevoilor pacienților și prognosticului acestora.

Particularitatea acestui caz constă în identificarea momentului în care manevrele invazive cu potential risc de inducere a disconfortului devin inutile la pacientul cu prognostic vital de săptămâni și stare generală alterată. Astfel, drenajul abcesului și toaleta zilnică prin lavaj cu evacuarea conținutului pe tuburi de dren s-a asociat cu un control algic net superior în primele zile, dar, odată, cu deteriorarea stării pacientului în cadrul bolii oncologice grevate de alterarea statusului mental și apariția agitației psiho-motorii și durerii în timpul lavajului, menținerea drenajului cavității ar fi indus o suferință suplimentară. Din aceste rațiuni, s-a decis suprimarea drenajului și continuarea tratamentului simptomatic.

Concluzii

Riscul crescut de complicații la pacienții oncologici după amputația de rect asociat cu posibilitatea de apariție de noi leziuni pe țesutul malign recidivat constituie provocări majore pentru pacienții oncologici cu nevoi de îngrijiri paliative. Instituirea unui plan individualizat care cuprinde gestionarea problemelor de îngrijire, controlul durerii și suport psihosocial contribuie la ameliorarea suferinței și îmbunătățirea calității vieții.

Montarea tuburilor de drenaj pelvin la nivelul abcesului a determinat ameliorarea durerii, cu disconfort local minim în timpul lavajului, dar o nevoie mai mare de mobilizare a personalului de îngrijire și resurse materiale crescute.

References

1. Artiouk DH, Smith RA, Gokul K. Risk factors for impaired healing of the perineal wound after abdominoperineal resection of rectum for carcinoma. *Colorectal Disease*. 2007 May;9(4):362–7.
2. McGarity WC, Mallory C, Walker J. Perineal wound healing after abdominoperineal resection. *American surgeon*. 1976 March;42(3):206-11.
3. Hákonarson A, Algethami N, Lydrup ML, Buchwald P. Perineal wound healing after abdominoperineal resection for rectal cancer: a retrospective cohort study. *International Journal of Colorectal Disease*. 2022 May;37(5):1029-1034.
4. Maria G, Mattana C, Bonatti P, Pescatori M. Management of the perineal wound after rectal excision for carcinoma. *International surgery*. 1984 Apr-Jun;69(2):167-9.
5. Hassel K, Andersson K, Koinberg IL, Wennström B. Postoperative wound infections after a proctectomy—Patient experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2016 Jan;11(1):30393.
6. Mathieu D'Hondt, Geert De Hondt, Malisse P, Jan Vanden Boer, Knol J. Chronic pelvic abscedation after completion proctectomy in an irradiated pelvis: another indication for ENDO-sponge treatment? *Techniques in Coloproctology*. 2009 Jul 15;13(4):311–4
7. Musters GD, Buskens CJ, Bemelman WA, Tanis PJ. Perineal Wound Healing After Abdominoperineal Resection for Rectal Cancer. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2014 Sep;57(9):1129–39.
8. White D, Kondasinghe S. Managing a malignant wound in palliative care. *Wound Practice and Research*. 2022 Sep;30(3).
9. Merz T, Klein C, Uebach B, Kern M, Ostgathe C, Bükki J. Fungating Wounds – Multidimensional Challenge in Palliative Care. *Breast Care*. 2011;6(1):21–4.
10. Probst S, Arber A, Trojan A, Faithfull S. Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive Care in Cancer*. 2012 Mar 6;20(12):3065–70.