

Ocluzie intestinală prin bridă abordată laparoscopic.

Prezentare de caz.

Autori: A. E. Nicolau, V. Veste, Elena Hâncu

- Inițial, ocluzia intestinală (OI) a fost contraindicată abordului laparoscopic.
- Probleme:
 - Accesul
 - Spațiul de lucru
 - Identificarea și rezolvarea obstacolului
 - Leziuni iatrogene
- Primele serii publicate apar în 1993. Ocluziile colonice au fost abordate sporadic.

Caracteristicile ocluziei intestinale mezenteriale *(Levard H. 2001)*

- Distensia anelor intestinale
 - Incidența redusă a rezecțiilor intestinale
 - Recurența perivisceritei
- Dacă prima este defavorabilă laparoscopiei, ultimele două caracteristici sunt favorabile

Prezentam un caz de OI pe intestinul mezenterial, rezolvat laparoscopic.

- D. C. 57 ani, internată în 13.11.2003 pentru dureri abdominale colicative, vărsături, cu diagnosticul de: pangastrită eritematoasă, diabet zaharat tip II, HTA.
- Examen endoscopic: pangastrită eritematoasă.
- Analize de laborator, ecografie abdominală: normale.
- Rx. abdominal: nivele hidro-aerice periombilical.
- În următoarele 24 de ore: tranzit digestiv suprimat, vărsături persistente, distensie abdominală.
- Antecedente patologice chirurgicale: colecistectomie și histerectomie în urmă cu aprox. 6 ani.

- Examen chirurgical (15.11.2003):
 - Cicatrice postoperatorie mediană supra și subombilicală
 - Abdomen destins, moderat timpanism la percuție, clapotaj.
- Ocluzie intestinală → se indică intervenția chirurgicală.

Film

ANIMICOLLAU.RO

Discuții

- Factori favorizanți în rezolvarea laparoscopică a OI:
 - Absența distensiei abdominale majore
 - OI în primele 12 – 48 de ore de la debut
 - 1 – 2 intervenții în antecedente
 - Ocluzie proximală prin bridă
 - Absența sepsisului
 - OI după apendicectomie (60% dintre OI pe bridă)

[Baley I.S. et al. 1998, Levard H. et al. 2001, Navez B. et al. 1998, Agresta F. et al. 2000, Suter M. et al. 1999.]

Accesul

- Pneumoperitoneu cu ac Veress
- Pneumoperitoneu "deschis" ± trocar "Hasson"
- Pneumoperitoneu cu ac Veress și primul trocar cu dilatație progresivă (*Versastep®*, Tyco Healthcare, USSC, Norwalk, CT, USA)



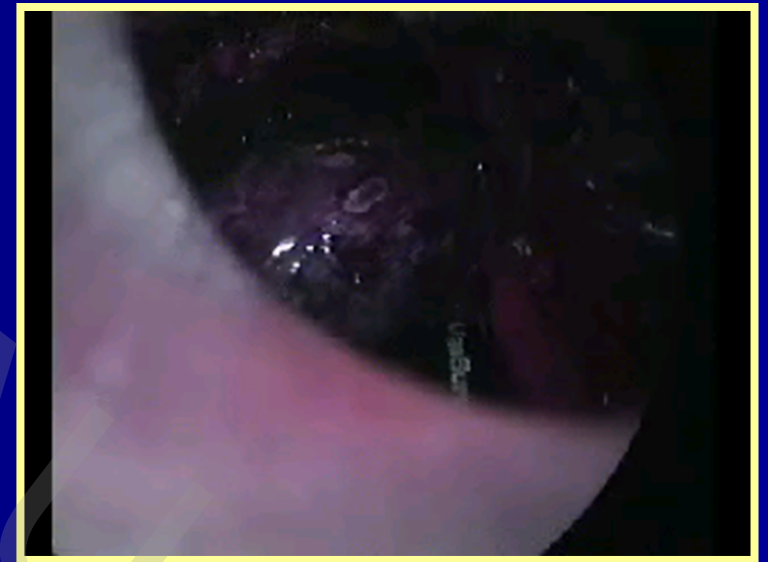
Identificarea obstacolului

- Pense atraumatice.
- Se manipulează ansa nemodificată, proximală obstacolului.
- Dacă se impune, ansa lezată va fi manipulată prinzând doar mezenterul adiacent.
- Perforații iatrogene 0 – 14%, în parte nerecunoscute intraoperator. *[Navez B. 1998]*

Conversii: 11 – 52%

Cauze:

- Distensie majoră
- Obstrucție distală
- Aderențe "etajate"
- Ischemie/necroză intestinală
- Neidentificarea obstacolului
- Dilacerare/perforație
- Nerezolvarea cauzei



- Visceroliza laparoscopică se asociază experimental și clinic cu o incidență mai redusă a perivisceritei postoperatorii, în special a aderențelor visceroparietale [Neudecker J.2002, Svank S.V. 2004]

În loc de concluzii:

- Prezența factorilor favorizanți au făcut ca, în cazul nostru, abordul laparoscopic să fie încununat de succes: pacienta s-a externat a IV-a zi postoperator.
- Abordul laparoscopic al OI impune o selecție atentă a pacienților, echipă operatorie cu experiență, dotare tehnică corespunzătoare.