

PREVENIREA OCLUZIEI POSTOPERATORII IMEDIATE LA NOU-NĂSCUT

Prevention of early postoperative intestinal obstruction in newborn

Dr. Felix Negoîtescu, Dr. T. Pătrăncuș

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, București

REZUMAT

Introducere. Malformațiile digestive congenitale, defectele congenitale de perete abdominal, peritonita congenitală sunt cauzele principale ce pot genera postoperator imediat ocluzie intestinală prin aderențe și bride. Aceasta complicație este relativ frecventă și reduce semnificativ prognosticul vital la acești pacienți.

Material și metodă. Lucrarea de față are drept scop descrierea unei metode noi de prevenire a ocluziei postoperatorii imediate la nou-născut, secundară intervenției chirurgicale la nivelul tubului digestiv și peretelui abdominal.

Rezultate. Procedura s-a aplicat deja la 9 nou-născuți în perioada 2009-2011. Ocluzia postoperatorie neonatală nu a mai apărut la nici unul dintre acești pacienți.

Discuții și concluzii. Rezultatele folosirii acestei metode sunt încurajatoare, cu toate că numărul mic de cazuri la care s-a aplicat nu ne permite să afirmăm cu certitudine că este o metodă infailibilă de prevenire a ocluziei postoperatorii neonatale. Sunt necesari câțiva ani de continuare a studiului pentru a putea evalua și impactul la distanță asupra apariției ocluziei postoperatorii tardive.

Cuvinte cheie: ocluzie postoperatorie, nou-născut

ABSTRACT

Background. Digestive malformations, congenital abdominal wall defects, congenital peritonitis are the main causes that can generate early postoperative intestinal obstruction by adhesions. This complication is relatively common and significantly reduces the vital prognosis in these patients.

Material and method. This paper aims to describe a new method to prevent early postoperative intestinal obstruction in newborn, secondary surgical intervention on the digestive tract and abdominal wall.

Results. The procedure was already applied to 9 infants in the period 2009-2011. Neonatal postoperative intestinal obstruction has not appeared in any of these patients.

Discussion and conclusions. The results using this method are encouraging, although the small number of cases which applied not allow us to state with certainty that this is an unfailing method to prevent neonatal postoperative intestinal obstruction. It takes several years of further study to assess the impact of distance and the occurrence of late postoperative intestinal obstruction.

Key words: postoperative obstruction, newborn

Un studiu efectuat pe 31 de nou-născuți operați în ultimii 5 ani pentru atrezie intestinală (de ileon, jejun sau colon) în Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“ București arată că la 7 dintre ei a fost necesară reintervenția chirurgicală datorită aderențelor și bridelor intestinale (22,58%). Aceste aderențe au determinat în 6 cazuri sindrom subocluziv sau ocluziv, iar într-un caz volvulus. La unul dintre pacienți, meteorismul abdominal secundar subocluziei a determinat eviscerație.

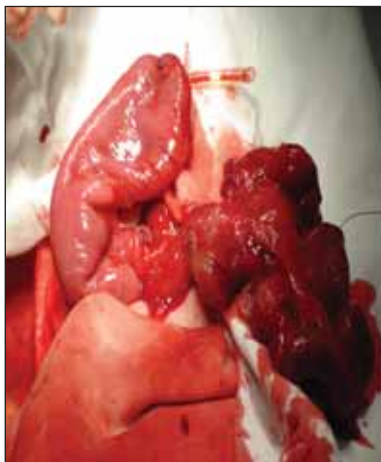
Rezolvarea acestor complicații a necesitat în două cazuri visceroliză, în patru cazuri rezecție intestinală și, într-un caz, datorită intestinului scurt generat de rezecția intestinală a trebuit să se facă și dedublare intestinală pentru alungire – procedeu Bianchi. Trei din cei 7 pacienți la care a fost necesară reintervenția au decedat (cca 9,67% din totalul pacienților cu atrezie intestinală operați).

În perioada 2009-2011, împreună cu dr. Pătrăncuș, am început să introducem o sondă nazogastro-

Adresa de corespondență:

Dr. Felix Negoîtescu, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu“, București

duodenojejunală intraoperator (la nevoie sonda este trecută chiar și în ileon, dacă afecțiunea este situată distal pe ileon).



Imagine intraoperatorie. Postoperator, se observă sonda intralumenală.

Sonda se poate introduce în paralel cu una gastrică (în special în gastroschizis, unde decompresia gastrică este foarte importantă). Sonda gastrică se exteriorizează după aproximativ trei zile, când staza gastrică este sub 40-50 ml/24 h, iar colorația lichidului de stază este albă, fără conținut biliar. Sonda nazogastroduodenojejunală se menține cel puțin 5 zile, dar se poate ține și peste 10 zile în cazul gastroschizisului, unde peristaltica intestinală se reia în general după 15 zile. Ea este confecționată dintr-un material moale și este introdusă aproximativ 15 cm distal de anastomoză.

Folosirea acestei sonde are mai multe avantaje:

1. Cel mai important avantaj pentru chirurg și

implicit pentru evoluția bolii de bază a nou-născutului este evitarea fixării anșelor intestinale – datorate bridelor și aderențelor ce apar după intervenția „deschisă” – într-o poziție care să producă ocluzie intestinală. Trebuie menționat că aceste aderențe apar des la nou-născutul operat pe tubul digestiv și se datorează depunerilor de fibrină la contactul aerului cu peritoneul visceral. Aceste depuneri sunt favorizate și de infecțiile peritoneale, dar și de suprafețele întinse sângerânde – cum sunt cele din gastroschizis asociat cu peritonita plastică.

2. Un alt avantaj al folosirii acestei sonde este reluarea rapidă a alimentației enterale. La aproximativ 12 ore de la operație se poate introduce ser fiziologic glucozat care „pregătește” mucoasa intestinală pentru introducerea laptelui, în special a celui matern. Precocitatea alimentării cu lapte matern este benefică atât pentru cicatrizarea plăgii postoperatorii, cât și pentru imunitate și pentru dezvoltarea ulterioară a copilului. De asemenea, este prevenită și ab lactarea și contribuie la întărirea relației mamă-copil.
3. Folosirea sondei nazogastroduodenojejunale un timp îndelungat reduce posibilitatea apariției ocluziei funcționale în cazul prezenței unei anse ileale dilatate supraiacent obstacolului și anastomozată cu un microintestin subiacent, deoarece se reduce dilatația supraiacentă anastomozei în paralel cu dilatarea microintestinului subiacent anastomozei.
4. Reluarea precoce a alimentației enterale duce și la scurtarea timpului de folosire a cateterelor intravenoase, care pot fi cauza de infecție iatrogenă.
5. Evitarea reintervenției – nici unul dintre cei 9 nou-născuți la care s-a introdus intraoperator sonda nazogastroduodenojejunală nu au dezvoltat sindroame subocluzive postoperatorii.
6. Reducerea perioadei de spitalizare;
7. Îmbunătățirea prognosticului.