

OCLUZIILE INTESTINALE

Sunt definite ca situații clinice în care are loc întreruperea tranzitului intestinal datorită unor procese patologice care afectează temporar sau definitiv, morfologic sau funcțional, integritatea peretelui tractului gastro-intestinal.

Clasificările cu aplicabilitate practică imediată utilizează criteriile :

ETIOPATOGENETIC			TOPOGRAFIC	
mecanice	dinamice	vasculare	înalte :	pilor, duoden, jejun
obstrucție strangulare	paralitice spastice	embolice trombotice	intermediare :	ileon, colon drept și transvers
			joase :	colon stâng, sigmoid, rect

OCLUZIILE DINAMICE

Este perturbată funcția sistemului nervos autonom al intestinului prin procese patologice de vecinătate :

1. Sindroame de iritație peritoneală - peritonite difuze sau localizate, hemoragii interne, tromboze sau embolii ale marilor vase abdominale, torsiuni de organ (ovar, splină, colecist), pancreatită acută, infarcte viscerale.
2. Colici abdominale intense și prelungite - biliară, reno-ureterală, salpingiană
3. Intoxicații endo sau exogene - saturnism, porfirie
4. Hematoame retroperitoneale - fracturi de bazin, rupturi renale, pancreatite necrotico-hemoragice
5. Traumatisme cranio-cerebrale, toracice, abdominale

OCLUZIILE DINAMICE

Din punct de vedere morfopatologic există deosebiri evidente între :

A. Ocluziile dinamice paralitice - ansele intestinale sunt destinse, cu perete subțire prin care se vede desenul vascular, pline cu lichid și gaze

B. Ocluziile dinamice spastice - ansele intestinale sunt subțiri, cu perete contractat, practic fără lumen, cu seroasa palidă și desen vascular inaparent

OCLUZIILE MECANICE

Morfopatologic se remarcă o serie de particularități - sediul obstacolului și modul de producere al ocluziei :

- în obstrucție agentul etiologic poate fi o tumoră, un calcul, bride, aderențe

- în strangulare există trei modalități majore de producere a ocluziei :

a) volvulus - rotația unei anse în jurul axului mezenteric. Este mai frecventă la segmentele intestinale cu mezenter lung - ileon și sigmoid. Leziunile sunt mai exprimate la piciorul ansei volvulate.

b) invaginația - telescoparea unei anse intestinale în interiorul ansei următoare. Sunt mai frecvente pe ileon, ileo-cecal, sigmoido-rectal. Frecvent există un factor care favorizează invaginarea - tumoră benignă sau malignă.

c) încarcerarea - se produce la nivelul unui inel fibros, inextensibil - hernii, eventrații, breșe mezenterice, fosete peritoneale. La nivelul inelului de strangulare leziunile intestinului sunt maxime, la fel și cele ale mezoului.

Ansa suprastenotică este destinsă, plină cu lichid de stază. Peretele este subțire, cianotic, cu subfuziuni sanghine. Mezoul este edemațiat, cu subfuziuni sanghine, cu venele trombozate.

OCLUZIILE MECANICE

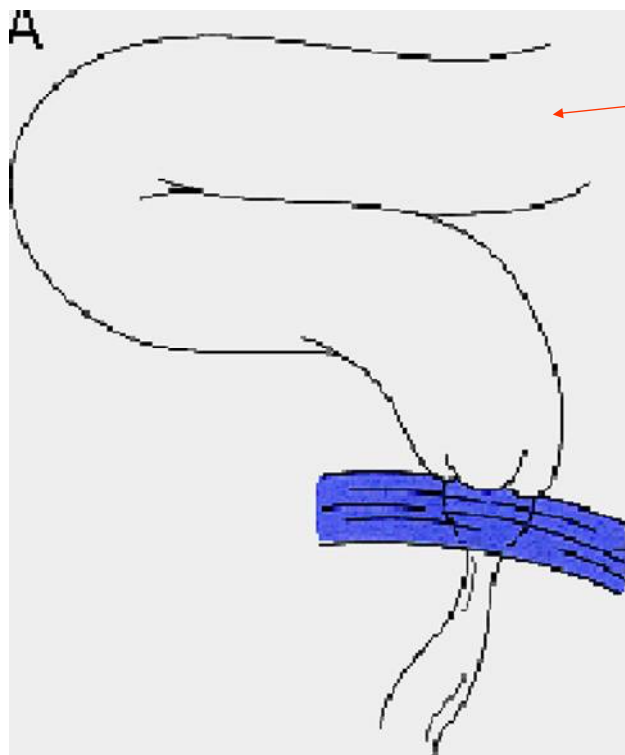
Din punct de vedere evolutiv și al implicațiilor fiziopatologice, există deosebiri esențiale între ocluziile mecanice prin obstrucție și ocluziile mecanice prin strangulare :

§ Ocluziile prin obstrucție (endogene, exogene - stenoze inflamatorii, tumori, corpi străini, compresiuni externe, aderențe) - sunt considerate ocluzii cu “ansă deschisă” - ansa ocluzionată poate fi evacuată prin extremitatea ei proximală.

Vascularizația ansei rămâne funcțională, necroza și perforația apar tardiv

§ Ocluziile prin strangulare (volvulus, invaginație, încarcerare) sunt considerate ocluzii cu “ansă închisă” - ansa ocluzionată nu poate fi evacuată. Vascularizația ansei suferă de la început - necroza și perforația apar precoce

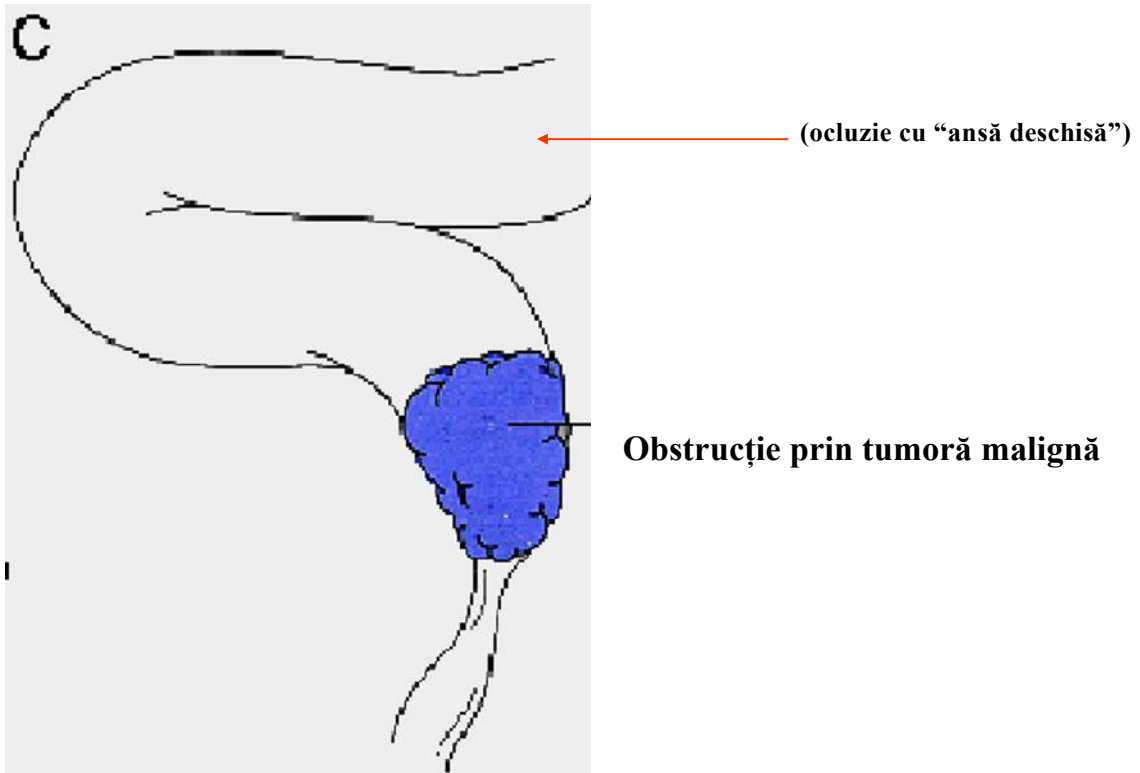
OCLUZIILE MECANICE



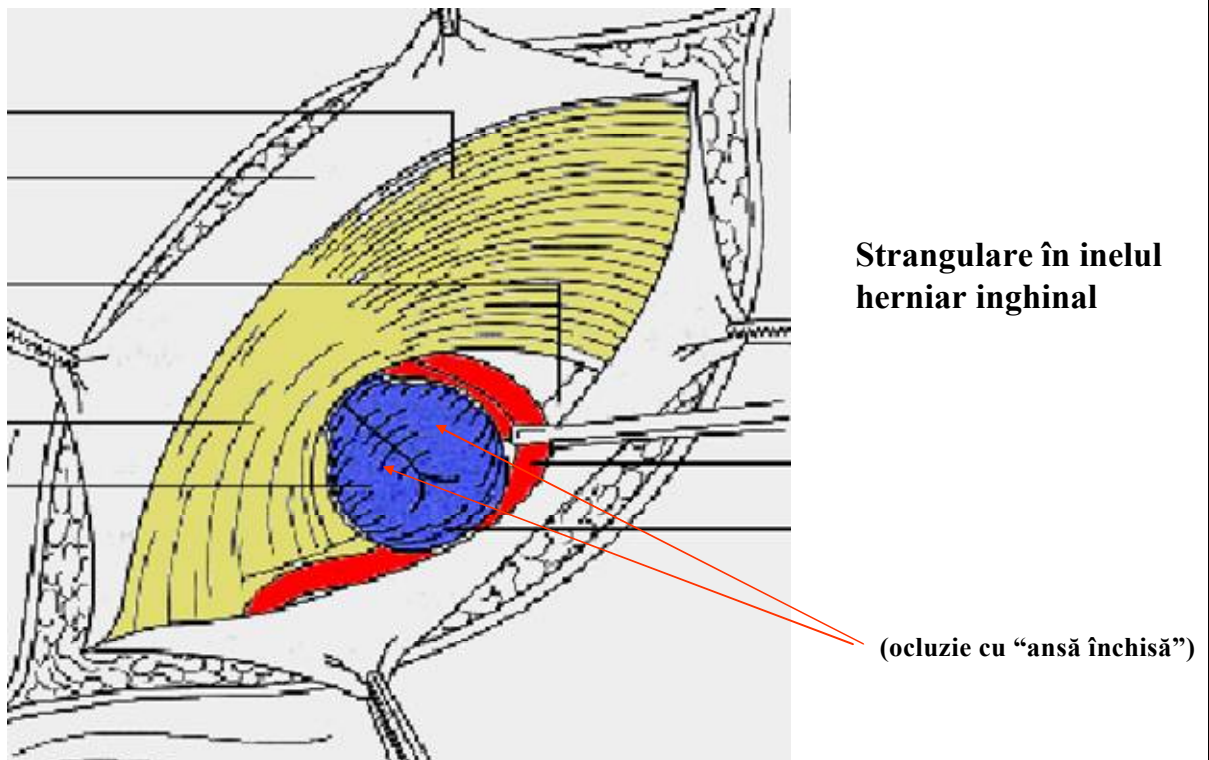
(ocluzie cu “ansă deschisă”)

Obstrucție prin bridă

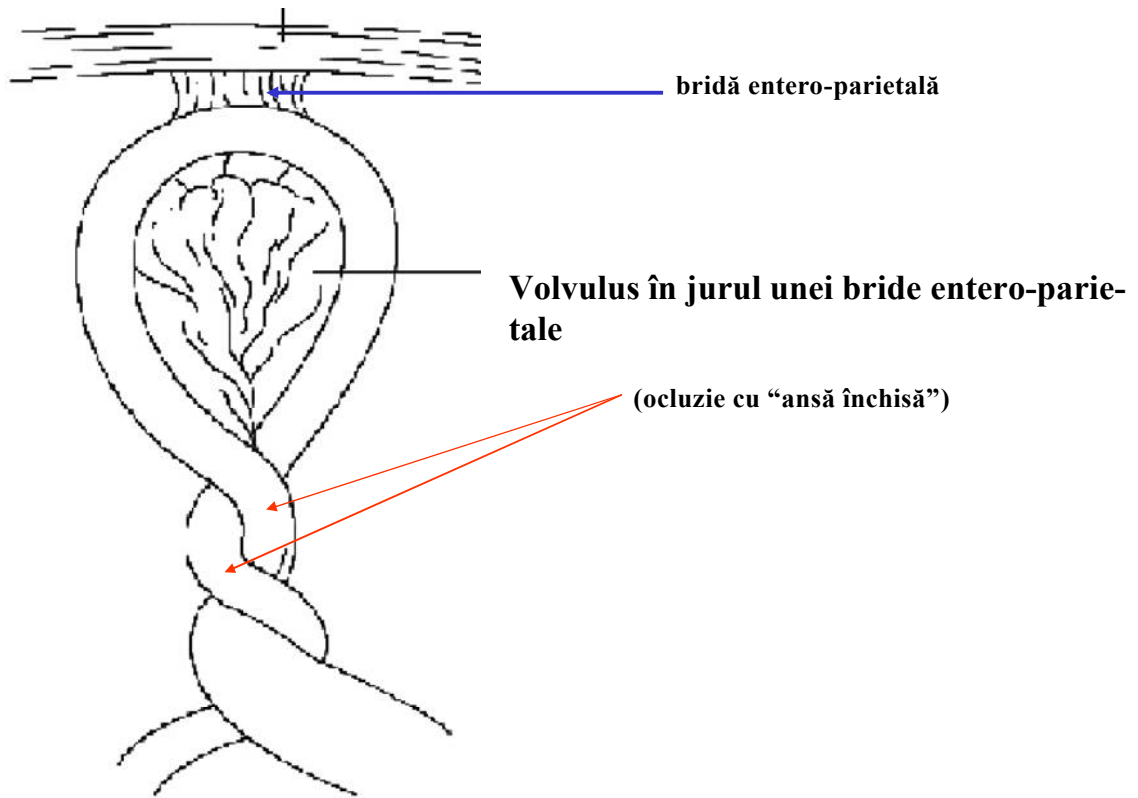
OCLUZIILE MECANICE



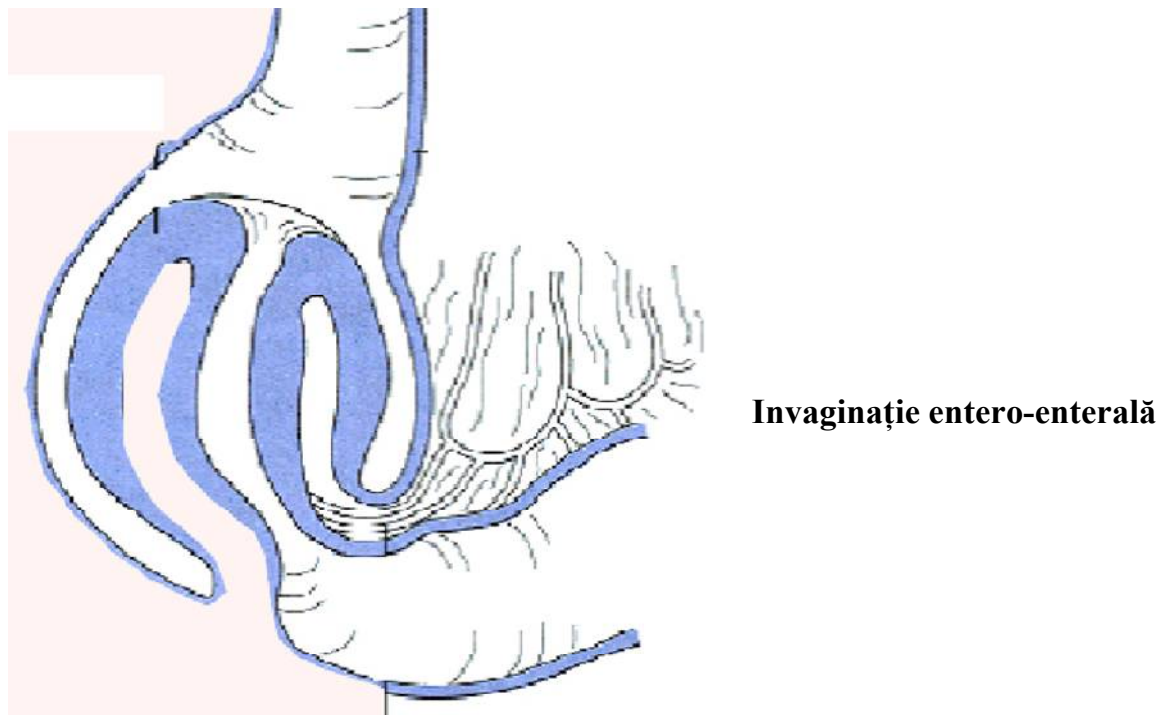
OCLUZIILE MECANICE



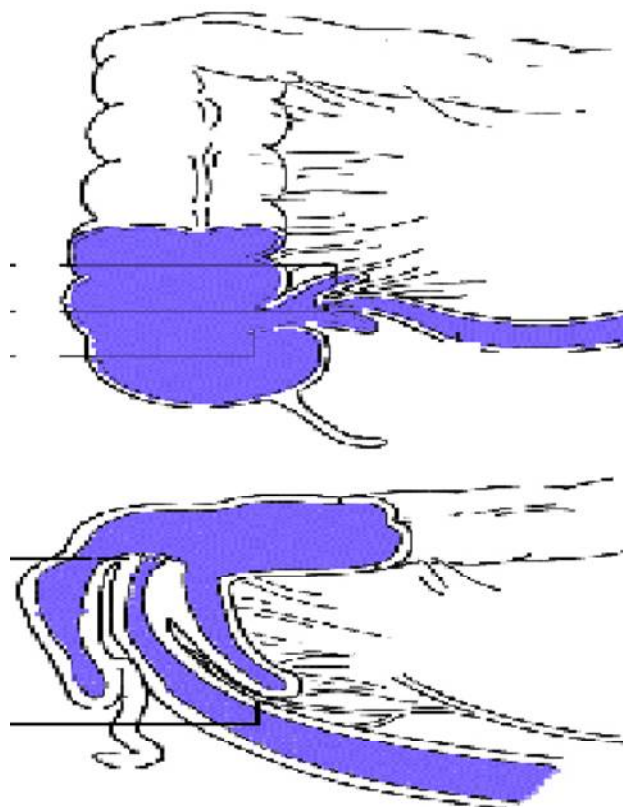
OCLUZIILE MECANICE



OCLUZIILE MECANICE

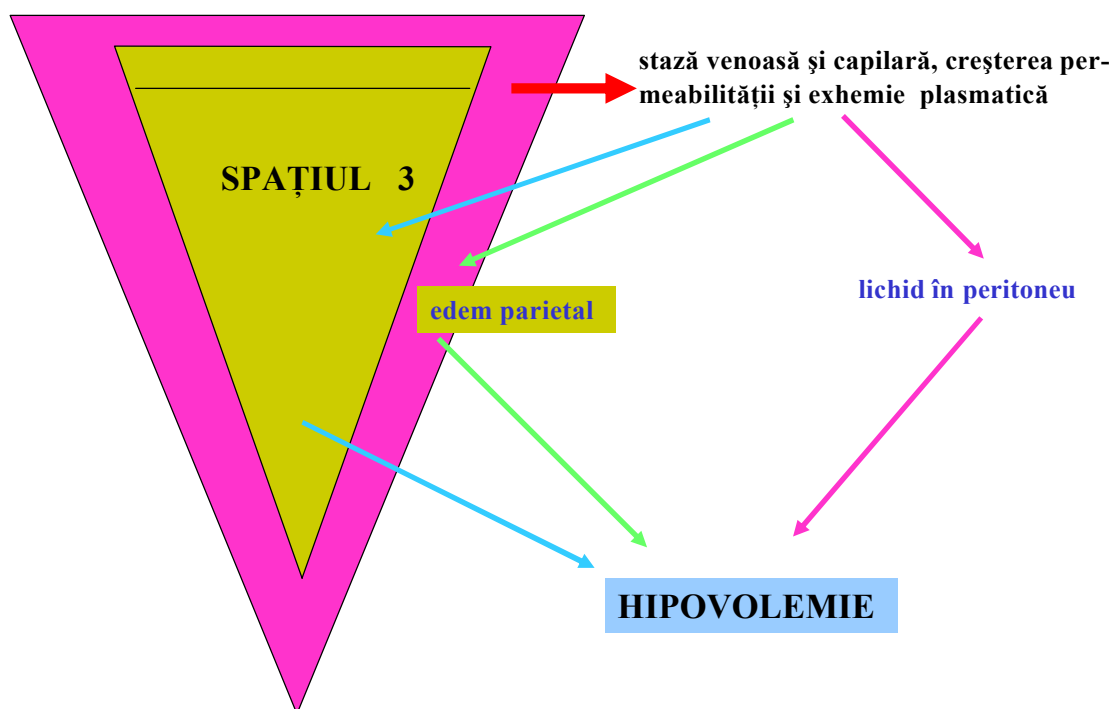


OCLUZIILE MECANICE

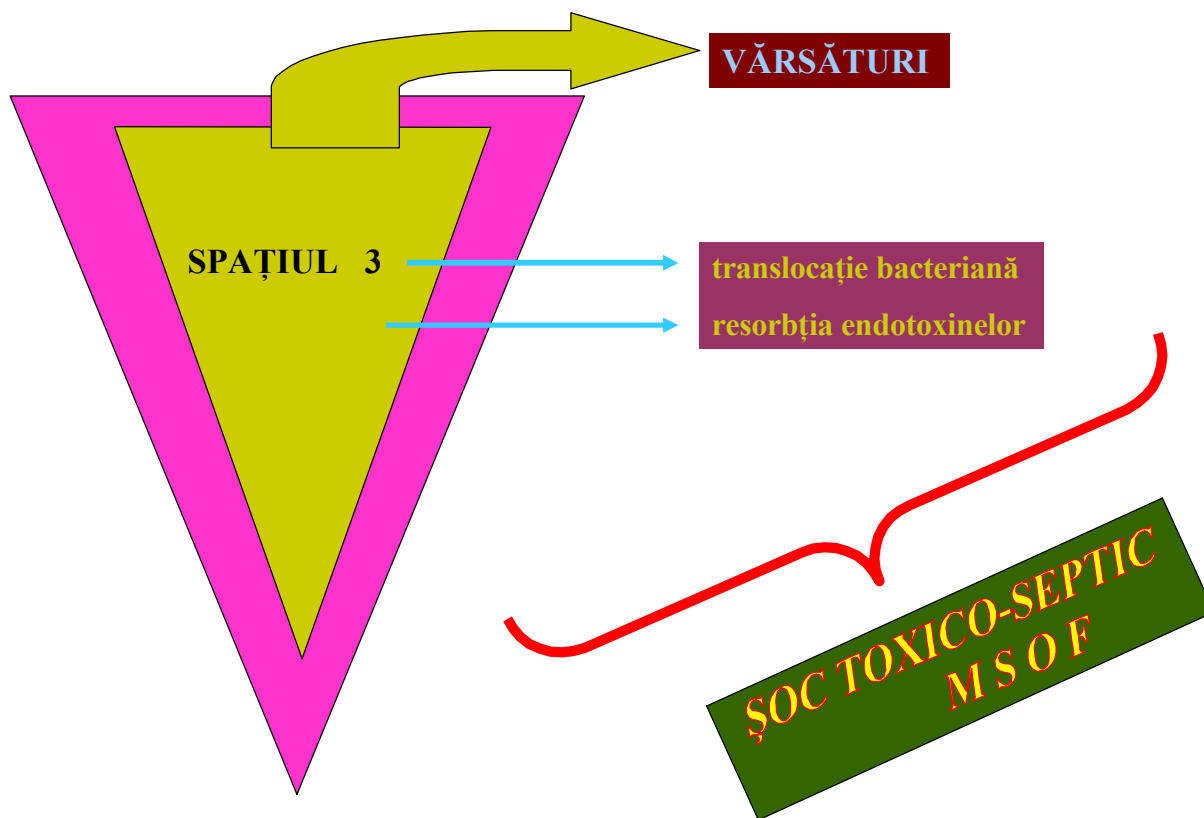


Invaginație ileo-cecală

Fiziopatologia sindromului ocluziv



Fiziopatologia sindromului ocluziv



Tablou clinic

Reunește patru semne clinice de importanță cardinală în diagnosticul unei ocluzii intestinale. După consemnarea corectă a antecedentelor patologice ale pacientului (intervenții chirurgicale, traumatisme abdominale, procese inflamatorii cronice, vor fi analizate :

Durerea

- are caracter colicativ în obstrucții, este bruscă, intensă și continuă în strangulare. De-obicei lipsește în ocluziile dinamice

Vărsăturile

- apar după durere, precoce în ocluziile înalte, tardiv în cele joase. Inițial conțin suc gastric, apoi au caracter bilios, poraceu, fecaloid

Oprirea tranzitului intestinal

- apare precoce în ocluziile joase, este mai tardivă în cele înalte, până când se evacuează segmentul digestiv substenotic

Distensia abdominală

- poate fi inițial asimetrică, apoi devine difuză, uniformă. Este puțin exprimată sau poate lipsi în ocluziile înalte

Tablou clinic

Examenul obiectiv al pacientului evidențiază eventuale cicatrici postoperatorii, distensia abdominală, sau, în cazuri mai rare și la pacienții cu țesut celular subcutanat slab reprezentat, prezența undelor peristaltice vizibile sub peretele abdominal.

Examenul obiectiv va începe cu cercetarea zonelor herniare - ombilicală, inghinală, femurală, lombare. Acest lucru poate fi dificil la pacienți cu obezitate, cu cicatrici postoperatorii.

Abdomenul este moderat dureros la palpate, uneori o palpate prea energetică poate declanșa durerea colicativă.

La percuție se poate decela o zonă de timpanism, sau acesta este difuz, sau există o matitate deplasabilă.

La auscultație zgomotele hidro-aerice intestinale pot fi augmentate (uneori se percepe, în etapa preocluzivă, o senzație de “curgere turbulentă” după care durerea cedează). În ocluziile dinamice nu se percep zgomotele intestinale - “silențiu abdominal”.

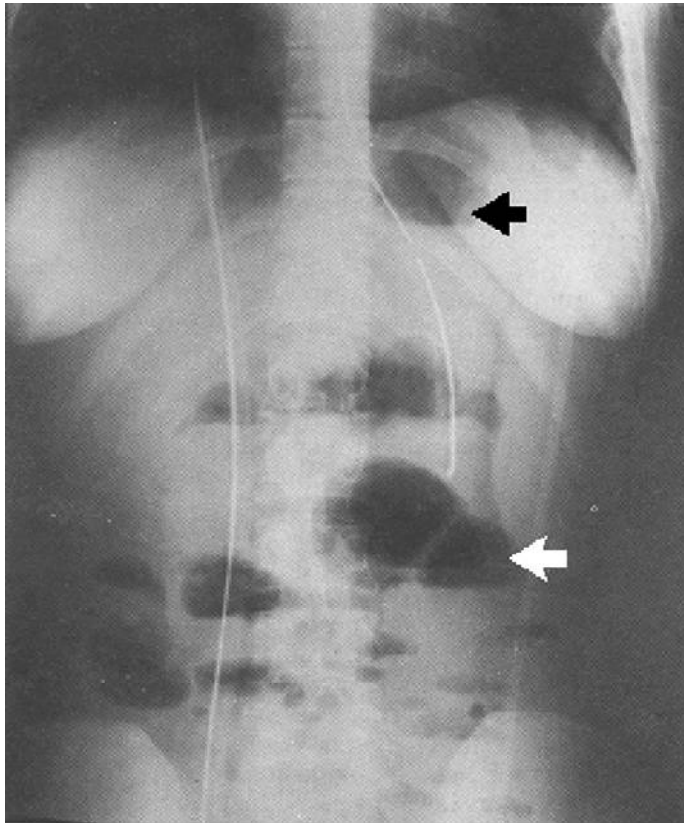
La tușeul rectal ampula rectală este goală - fundul de sac Douglas bombează dar este puțin dureros la atingere.

Explorări paraclinice

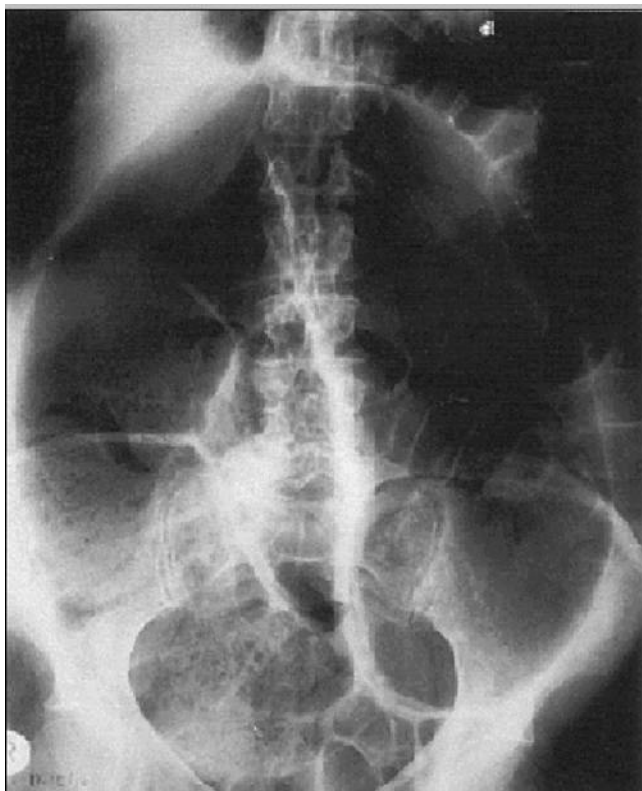
Pacientul cu suspiciunea clinică de ocluzie intestinală este internat în Secția de Terapie Intensivă și se recoltează probele biologice uzuale, care vor arăta modificări nespecifice - creșterea azotemiei și creatininei serice, hiperleucocitoză, hiposodemie și hipopotasemie, acidoză metabolică.

Hemodiamic este prezentă tahicardia, tensiune arterială normală sau moderat scăzută, oligurie, în concordanță cu semnele obiective de deshidratare - senzația de sete, uscăciunea mucoaselor, pierderea turgorului tegumentar.

§ Examenul radiologic - sub forma radiografiei abdominale simple, este prima examinare indicată pacientului cu ocluzie intestinală. Semnul patognomic este constituit de prezența nivelelor hidro-aerice, care prin dimensiunile și localizarea lor pot furniza indicații orientative privind sediul ocluziei : nivele multiple, mici, situate în zona centrală a abdomenului pledează în general pentru ocluzia intestinului subțire; nivele mai mari, rare, situate în flancuri, pledează în general pentru ocluzia colonului. Uneori, în formele incipiente, în absența nivelelor hidro-aerice este prezentă distensia gazoasă marcată a unui segment intestinal.



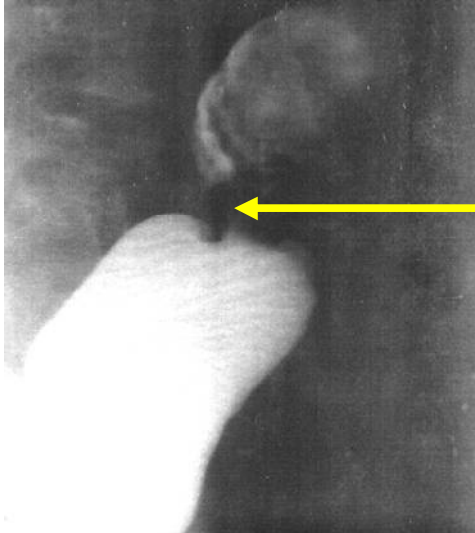
Radiografie abdominală simplă - se constată numeroase nivele hidro-aerice



Radiografie abdominală simplă - se constată distensia gazoasă marcată a colonului (volvulus sigmoidian)

La cazurile cu suspiciunea de obstacol la nivelul colonului (copii cu invaginație sau volvulus; vârstnici cu tumori maligne) examenul radiologic poate continua cu irigografia, care de cele mai multe ori evidențiază sediul obstacolului.

Uneori, la copii, aceasta poate avea și efect terapeutic favorizând dezinva-ginarea sau devolvularea intestinului

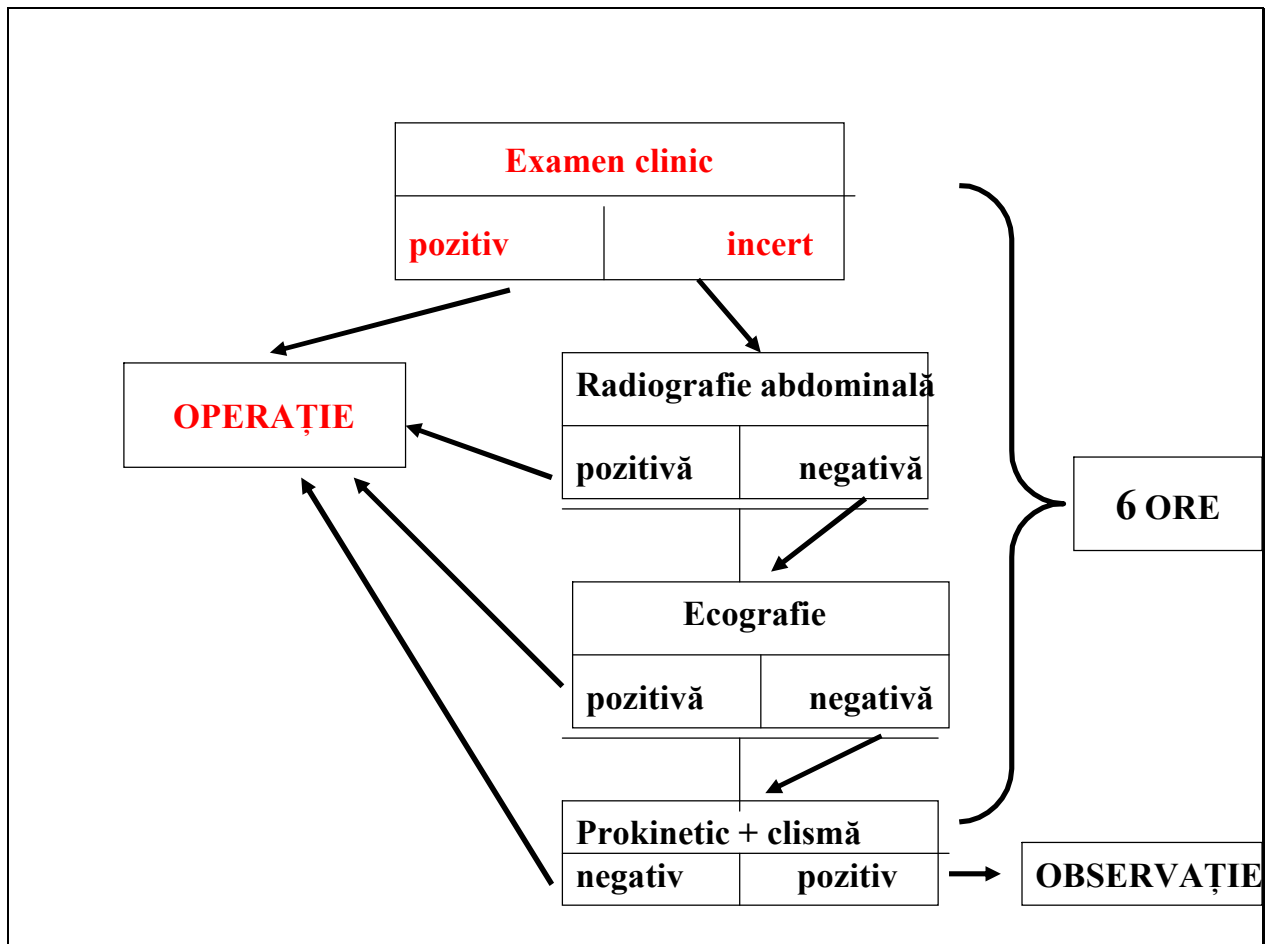


Irigografie - ocluzie prin cancer sigmo-idian stenozant

§ Examenul ecografic - poate furniza relații importante pentru diagnosticul ocluziei intestinale :

- examinarea zonelor herniare poate evidenția un sac herniar de mici dimensiuni, inaparent la examenul obiectiv (herniile femurale la pacienți cu obezitate, eventrațiile multisaculare)
- examinarea intestinului poate evidenția distensia gazoasă, obstacole intralumina-le - tumori, corpi străini, formațiuni tumorale
- ecografia Doppler poate descoperi obstrucția vaselor mezenterice sau tromboza marilor vase abdominale
- poate decela alte procese patologice abdominale care au relație patogenetică cu ocluzia intestinală - litiaza biliară (ileusul biliar), pancreatita acută (ileus dinamic paralytic), tumori abdominale (obstrucție prin compresiune externă)

Ecografia abdominală are avantajul major de a fi neinvazivă, poate fi repetată în dinamică, la patul pacientului, este puțin costisitoare.



FORME ANATOMO-CLINICE

§ Strangularea herniară

Apare la purtătorii de hernii ombilicale, inghinale, femurale, după un efort fizic semnificativ sau după accese prelungite de tuse. De regulă sacul herniar este mic iar inelul herniar este strâmt.

⊗ Hernia devine brusc dureroasă, ireductibilă, iar după 2 - 4 ore apar vărsăturile și oprirea tranzitului intestinal.

⊗ La examenul obiectiv, hernia este ireductibilă, nu se expansionează la tuse și este foarte dureroasă la palpare. Tegumentul de acoperire poate fi ușor eritematos și infiltrat.

⊗ Pentru diagnostic este suficient examenul clinic atent.

⊗ Examenul ecografic al sacului herniar evidențiază prezența în interior a unei anse intestinale, epiploon sau numai lichid.

⊗ Fără tratament evoluează spre necroza organului herniat și peritonită

FORME ANATOMO-CLINICE

§ Volvulusul

Interesează mai ales segmentele intestinale prevăzute cu un mezou lung - ileonul și sigmoidul. debutul este brusc, cu durere abdominală violentă și întreruperea tranzitului intestinal.

⊗ După 2 - 3 ore starea generală începe să se altereze - paloare, agitație, transpirații reci.

⊗ Concomitent apar semnele de iritație peritoneală - distensie abdominală inițial asimetrică apoi difuză, durere la decompresiunea peretelui abdominal, fundul de sac Douglas este destins și dureros la palpate.

⊗ Fără tratament, evoluția se face spre necroza și perforația ansei volvulate urmată de peritonită difuză.

FORME ANATOMO-CLINICE

§ Invaginația

Este mai frecventă la copii. La adulți există de cele mai multe ori un factor predispozant (tumori parietale intestinale benigne) - lipoame, neurinoame, polipi.

⊗ Uneori zona de invaginare se poate palpa sub forma unei formațiuni tumorale alungite, cu suprafața ușor neregulată, mobilă, moderat dureroasă la palpate.

⊗ La copii pot fi prezente mici rectoragii

⊗ Examenul radiologic standard completat cu irigografia pot confirma diagnosticul.

⊗ Ecografia furnizează de multe ori diagnosticul de tumoră intestinală stenozată - eroarea nu este gravă, indicația terapeutică fiind identică în prezența ocluziei intestinale

FORME ANATOMO-CLINICE

§ Ileusul biliar

Este o ocluzie mecanică consecutivă migrării unui calcul biliar în intestin. Inițial litiaza biliară se complică cu o fistulă bilio-digestivă - colecisto-duodenală, mai rar colecisto-colică - prin care un calcul de peste 1,5 cm trece în intestin și se inclavează în ileonul terminal sau în valvula ileo-cecală producând obstrucția intestinală.

⊗ Debutul clinic se face cu acuze biliare - colici, febră, frisoane, subicter dar, mai ales la pacienții vârstnici, episodul biliar poate preceda cu săptămâni sau luni tabloul clinic al ocluziei intestinale. Se citează cazuri în care simptomatologia biliară nu a fost remarcată de pacient.

⊗ Examenul ecografic poate decela prezența calculului în intestin, dar de cele mai multe ori evidențiază litiaza biliară și mai ales pneumobilia - semn de fistulă bilio-digestivă.

⊗ Examenul radiologic poate decoperi un calcul radio-opac în zona ileo-cecală, dacă acesta are peste 1,5 - 2 cm.

FORME ANATOMO-CLINICE

§ Ileusul postoperator

Este o ocluzie intestinală dinamică (paralitică) ce apare consecutiv deschiderii cavității peritoneale. În condițiile unei evoluții postoperatorii normale tranzitul intestinal se reia după 48-72 de ore.

⊗ Persistența ileusului postoperator după această perioadă - absența tranzitului digestiv, stază gastrică importantă, distensie abdominală, semne biologice de deshidratare - obligă la căutarea unei cauze intraperitoneale : colecții hemactice, fistule digestive ne-exteriorizate, abcese intraperitoneale, pancreatită acută post-operatorie.

⊗ O altă cauză o constituie dezechilibrele hidro-electrolitice și acido-bazice necorectate preoperator - hipopotasemia, acidoza - și care se accentuează postoperator în condițiile unei terapii intensive deficitare.

⊗ Mai rar ileusul postoperator este mecanic, prin angajarea unei anse intestinale într-o breșă mezenterică, fosetă peritoneală, eviscerație.

⊗ Diagnosticul etiologic este de regulă dificil, la fel și indicația operatorie.

FORME ANATOMO-CLINICE

§ Embolia arterelor mezenterice

Apare de regulă la pacienți vârstnici cu teren patologic cardio-vascular evident - fibrilație atrială, infarct miocardic acut, mai rar endocardite

⊗ Tabloul clinic este al infarctului intestino-mezenteric. Evoluția este gravă de la început - pacientul prezintă rectoragii, instabilitate hemodinamică apoi ileus paralytic.

⊗ Tabloul clinic al ocluziei intestinale este intricat cu cel al afecțiunii cardio-vasculare.

⊗ Evoluția este de cele mai multe ori gravă - după 6-12 ore apare necroza intestinului, peritonită, șoc toxico-septic, MSOF.

⊗ Prognosticul acestor pacienți este de cele mai multe ori rezervat din cauza vârstei, a afecțiunii cardiace, a posibilității emboliilor sincrone - cerebrale, ale membrilor inferioare.

FORME ANATOMO-CLINICE

§ Tromboza arterelor mezenterice

Apare la pacienți vârstnici cu arterioscleroză generalizată, episoade recente de insuficiență cardiacă congestivă pe fond de coronaro-scleroză, arteriopatie obliterantă a membrilor inferioare.

⊗ Ocluzia intestinală este precedată cu săptămâni sau luni de zile de un sindrom dureros interpretat ca o "angină abdominală" - dureri abdominale intense care survin postalimentar, distensie abdominală, vărsături - fenomene care se ameliorează la tratamentul spasmolitic sau vasodilatator.

⊗ Aspectul macroscopic al intestinului este caracteristic - zone echimotice negricioase alternează cu zone aparent sănătoase. Există un edem important al peretelui intestinal și tromboza venelor parietale.

⊗ Este foarte dificil de stabilit limita de rezecție intestinală fără un examen angiografic mezenteric.

Tratament

Evoluția ocluziilor intestinale în absența tratamentului se face spre exitus datorită :

- necrozei ansei intestinale și perforației cu peritonită consecutivă
- complicațiilor intercurrente - infecții respiratorii, insuficiență renală acută, complicații cardio-vasculare

Prognosticul rămâne rezervat la :

- pacienții vârstnici cu teren patologic cardio-vascular
- ocluziile vasculare și cele prin strangulare
- instituirea tratamentului după mai mult de 12 ore de evoluție

Tratament

Pacientul se internează în Secția de Terapie Intensivă și se instituie imediat :

- ⊗ aspirația gastrică continuă
- ⊗ reechilibrarea hidro-electrolitică
- ⊗ clismă evacuatorie,

în condiții de monitorizare hemodinamică și biologică corespunzătoare.

Concomitent se efectuează sau se repetă explorările ecografice și radiologice pentru controlul situației abdominale și pentru aprecierea terenului biologic al pacientului.

Dacă după 6 ore de terapie intensivă corectă nu s-a reluat tranzitul intestinal, se indică intervenția chirurgicală de urgență, chiar în absența unui diagnostic etiologic al ocluziei intestinale.

Tratament

Tratamentul chirurgical va căuta să rezolve pe cât posibil cauza ocluziei intestinale :

- cura operatorie a herniilor**
- secționarea bridelor sau aderențelor**
- devolvulare, dezinvaginare**
- extirparea obstacolului endo-luminal : corp străin, calcul biliar, rezecție sau derivație în caz de tumori intestinale**
- dezobstrucție vasculară (embolectomie, by-pass) și rezecția ansei compromise**

Rezecția ansei intestinale cu vitalitatea compromisă - uneori este greu de apreciat starea biologică a ansei ocluzionate - dacă după infiltrația cu xilină 1% a mezoului nu se reia peristaltismul, nu se simt pulsațiile arteriale iar seroasa are o culoare cianotic-verzuie, se impune rezecția. În caz de dubiu, este preferabilă rezecția unei reintervenții pentru necroza ulterioară a intestinului cu perforație și peritonită.