

Ocluziile intestinale

- Def : Oprirea tranzitului intestinal pentru materii fecale si gaze
- Oprirea tranzitului este de cauza patologica si persistenta, consecinta a unor leziuni locale sau tulburari functionale, dar cu ecou sever sistemic
- Evolutia unei OI :
 - - de regula episoade acute, ireversibile si autoagravante, cu evolutie spre deces in absenta unei sanctiuni terapeutice adecvate
 - - ocluzii reversibile, de regula recunoscand cauze functionale
- Etiologia : multipla
- Cauze :
 - - organice (mecanice)
 - - functionale (ileus spastic / paralitic) , denumite si pseudoobstructii

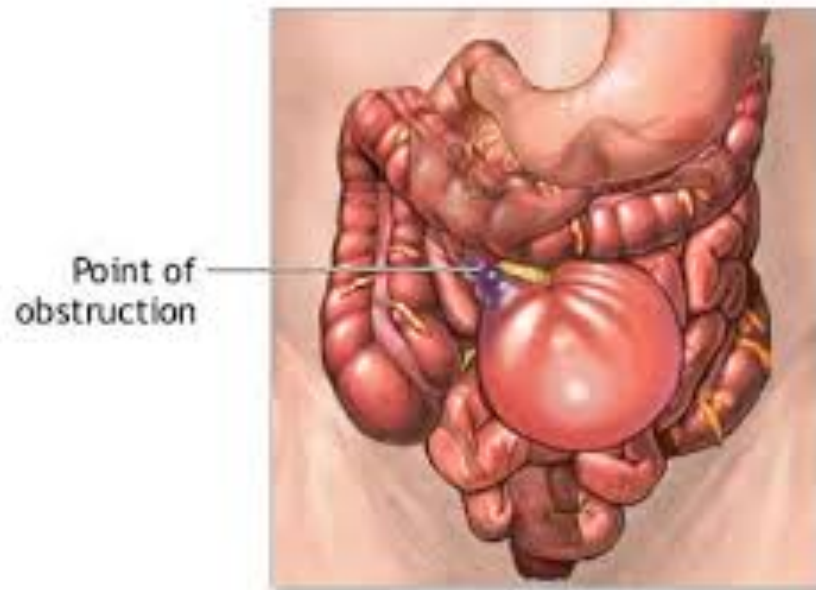
OI Clasificare

- Ocluzile functionale : lumenul digestiv apare liber, neobstruat si ca atare posibil reversibile
- Ocluziile mecanice (organice) : lumenul digestiv este obstruat
- OI mecanice :
 - - ocluzii prin obturare
 - - ocluzii prin strangulare

A. OI prin obturare : denumite si ocluzii simple, sunt definite prin obliterarea lumenului intestinal

Cauze : tumori maligne sau benigne, aderente si bride inflamatorii sau postoperatorii, stricturi diverse, invaginatii, compresiuni extrinseci, corpi straini, fecaloame, ileus biliar

Bride aderentiale



Eventratie strangulata



OI

- **OI functionale (dinamice)** : spastice/paralitice
- Spastice – psihotici
- Paralitice : apanajul peritonitelor, spre finalul acestora ajung sa domine tabloul clinic
- Ileusul paralitic postoperator : pareza postoperatorie este obsinuita, dar in evolutia postoperatorie pot sa apara asa-numitele ocluzii mecanofunctionale, specific tablourilor peritonitice.
- Apar ca urmare a aderentelor inflamatorii sau a eventualelor colectii reziduale postoperatorii (abcese cloazionate, peritonite localizate etc)

OI

- B. OI prin strangulare : se caracterizeaza prin asocierea obliterarii lumenului intestinal cu suferinta vasculara initial a peretelui digestiv, care va domina tabloul clinic si care reprezinta elementul de gravitate
- Ischemia parietala din ocluziile prin strangulare va evolua rapid catre necroza prin ischemie cu distructia peretelui si elemente de septicitate grava
- Evolutia este rapida spre deces si ca atare impune o sanctiune chirurgicala imediata, asociata cu masuri energice de terapie sistemica
- Prin urmare, OI prin strangulare reprezinta urgente imediate (ore), in timp ce OI prin obstructia mecanica a lumenului sunt mai bine tolerate

Mecanismul strangurării

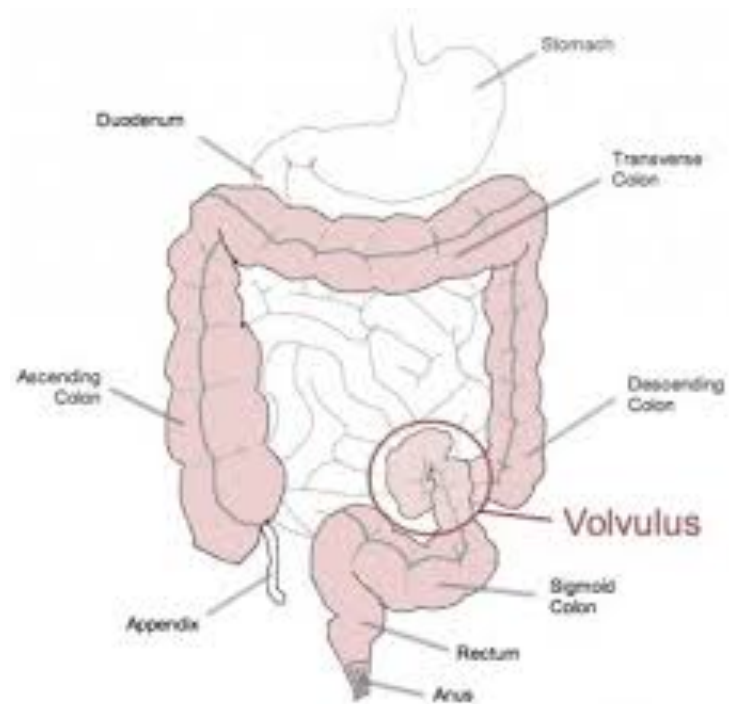


Source: Gerard M. Delvarty: CLINICAL Diagnosis & Treatment: Surgery, 12th Edition
<http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

OI Fiziopatologie

- Obliterarea lumenului se asociază cu : distensie intestinală și hipersecretie digestive, cu lichid intestinal hipertonic, care va atrage apă extracelulară, având drept consecință hemoconcentrație, creșterea vâscozității sanghine, deshidratare extracelulară hipertonică
- Distensia intestinală determină în evoluție distensie abdominală, din ce în ce mai accentuate și creșterea presiunii intraabdominale.
- Consecințe : creșterea presiunii intraabdominale va comprima VCI, cu afectarea întoarcerii venoase, creșterea presarcii și tulburări de dinamică cardiacă. Acestea sunt favorizate și de ascensionarea diafragmului, orizontalizarea cordului și tahicardia consecutive pierderilor hidrice, cu scurtarea diastolei și afectarea circulației coronariene
- Deshidratarea din OI se asociază cu oligurie și tulburări hidroelectrolitice, afectarea microcirculației, modificări patologice accentuate și de varsăturile specifice tabloului clinic.

Volvulus sigmoidian



Volvulus sigmoidian



Volvulus sigmoidian cu ansa in curs de necroza



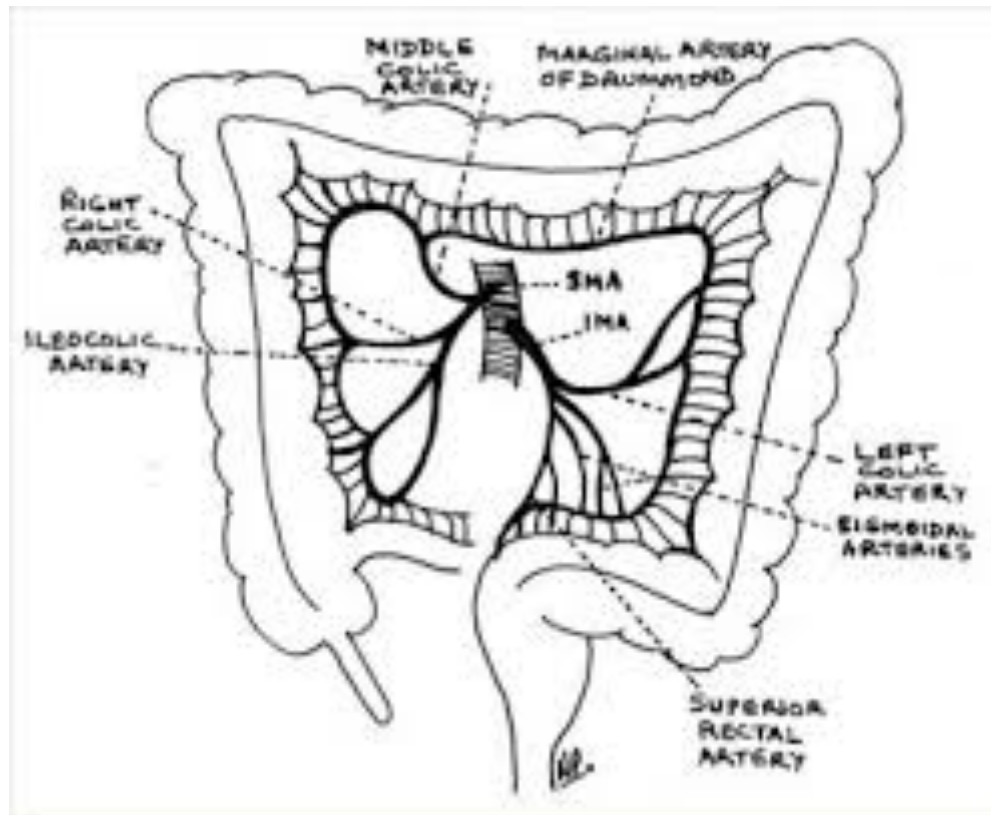
OI Fiziopatologie

- Tabloul evolutiv al OI va conduce la :
 - - acidoza metabolica decompensata
 - - hemoconcentratie
 - - hipervascozitate
 - - catabolism celular
 - - hipoxie tisulara
 - - oligoanurie
 - - coagulare intravasculara diseminata
 - - starea de soc

OI

- OI clasificare topografica
 - - OI inalte
 - - OI joase
- OI inalte : obstacolul este la nivelul intestinului subtire; simptomatologia se instaleaza rapid si zgomotos, sunt ocluzii rau tolerate, necesita sanctiune terapeutica, de regula chirurgicala, pe parcursul primelor ore de la debut.
- Forma particulara : stenoza pilorica, definite prin obliterarea lumenului la nivel gastric sau duodenal, cu imposibilitatea avansarii bolului alimentar si varsaturi gastrice.
- Fiziopatologic, acestea se caracterizeaza prin aparitia asanumitului sindrom Darrow si anume alcaloza hiponatremica, hipopotasemica si hipocloremica, consecinta a pierderilor lichidiene de tip gastric

Anatomia colonului



OI

- OI joase : obstacolul este localizat la nivelul intestinului gros
- Sunt bine tolerate de regula, simptomatologia se instaleaza mai lent si evolutia este pe parcursul mai multor zile.
- In OI cu obstacol pe colonel stang se asociaza cu distensia intregului cadru colic si in principal cecul : distensie diastatica si ulterior posibil perforatie diastatica a cecului, cu peritonita fecaloida consecutive
- Valvula ileocecala : la 50-75% din populatie este unidirectionala si ca atare nu permite decat trecerea din intestine in colon in aceste situatii, cu distensia unei adevarate bombe colice

OI clinica

- Clinic :
- Greturi si varsaturi (alim, bilioase, fecaloide)
- Abdomen destins, meteorizat, cu timpanism metalic la percutie
- Distensia abd : pe flancuri sau pe intreg cadrul colic (obstacol colic), sau predominant centroabd (obstacol pe intest subt)
- Durerea abd :
- - continua (distensia colica si in special diastatic cecala)
- - de tip colicativ, asociata cu garguimente, perioade de acalmie si liniste dupa debacluri diareice (sindr Konig, specific unui obstacol mecanic)
- Netratat in evolutie : abolirea peristaltismului
- La auscultatie : zgomote hidroaerice/silentium abd
- - se instaleaza ca urmare a hiperperistaltismului intestinal

OI clinica

- Dureri de tip continu, de intensitate mare, cu instalarea rapida a starii de soc :
OI prin starngulare sau volvulare
- Volvulusul intestinal : de regula pe transvers sau sigma, mai rar pe intetinelul subtire, de regula centrat pe o brida
- Specific : afectarea vasculara severa si concomitenta obliterarii ambelor capete de inetstin, cu necroza rapida parietala si fenomene septice
- TR : obligatoriu, import particulara in OI
- Decelarea unor tumori rectale, frecvent intalnite in etiologia ocluziilor
- TR poate decela ampula rectala goala, fecaloame, resturi de materii fecale, corpi straini
- In OI pot fi si emisii de materii fecale : subiacent obstacolului

Imagini hidroaerice



Imagini hidroaerice



Tumora colon imagine endoscopica



Tumora colon



Explorari paraclinice

- Radiografia abdominala pe gol : imaginile hidroaerice, specific diagnosticului de ocluzie intestinale
- Mici, numeroase, centroabd/ mai mari, rare si pe flancuri
- Aerocolie, aeroenetrie
- Irigografia : prudenta in ocluziile intest
- Ex CT : imagini hidroaerice, eventuale tumori
- Ex RMN

Irigrafie

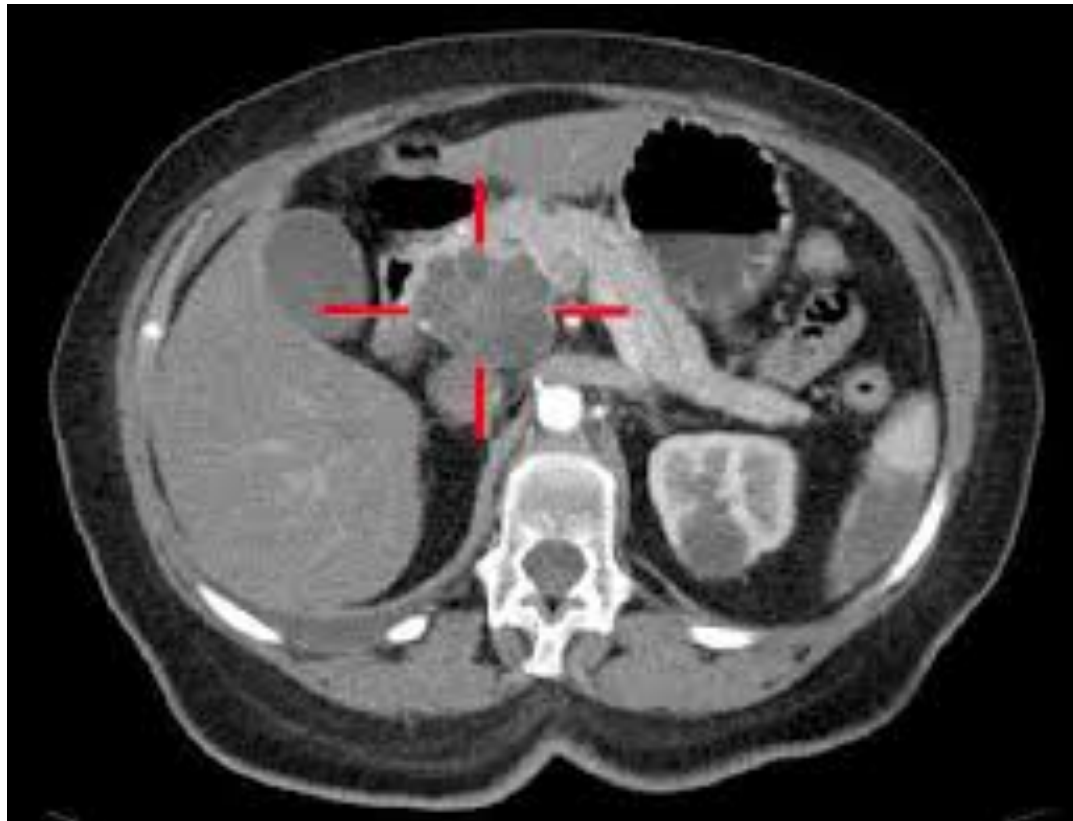


Figura 3. Radiografía de colon por enema (vista AP). Se observa imagen por sustracción a nivel de la unión recto-sigmoidea en relación con neoplasia.

Tumora colon aspect CT

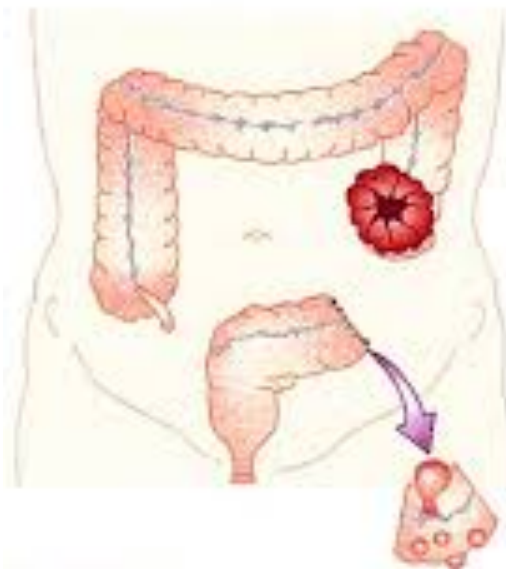


Tumora colon aspect RMN



OI tratament

- Set complet de analize, EKG, Radiografie pulmonara
- Evaluare generala si locala : consulturi interdisciplinare
- Corectarea tulb ionice
- Corectarea starii de deshidratare si a hipovolemiei (perfuzii, transfuzii)
- Sonda nazogastrica : reducerea distensiei abd prin eliminarea cont gastric, permite evaluarea pierderilor prin masurarea cantitativa a acestora
- Sonda urinara
- EKG si corectarea tulb cardiace
- Tratament chirurgical
- Abd acut : stare de urgenta ce impune interventia chirurgicala pentru salvarea vietii pacientului



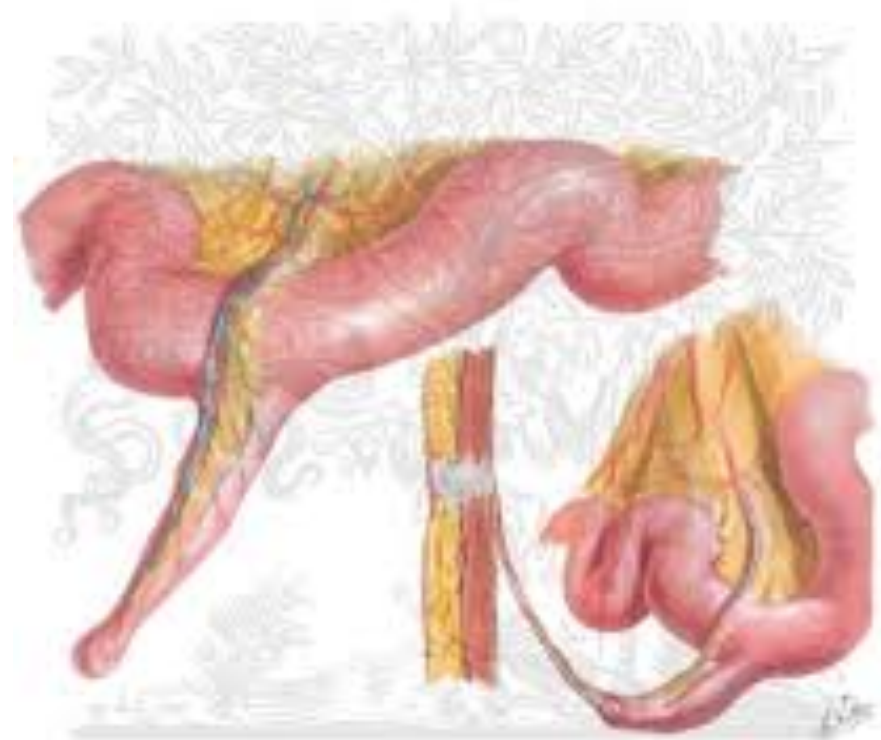
Aderente intraperitoneale



ADERENTE POSTOPERATORII

www.clinicagastroenterologie.ro

Diverticol Meckel

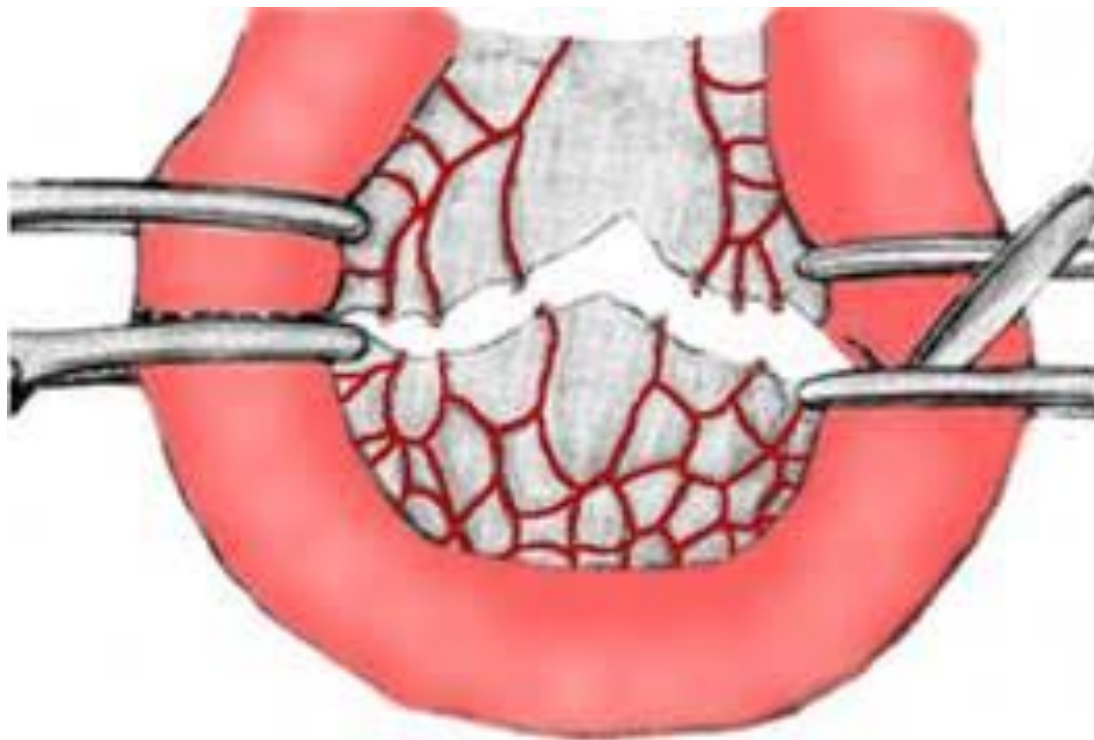


ELSEVIER

Intestin devitalizat



Stabilirea limitei de rezectie



Sutura digestiva



