

ДРЕНАЖА КАО РЕДАК УЗРОК ИНКАРЦЕРАЦИЈЕ ИНТЕСТИНУМА

Саша КАДИЈА, Радмила СПАРИЋ, Војислав ЖИЖИЋ, Александар СТЕФАНОВИЋ

Институт за гинекологију и акушерство, Клинички центар Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Силиконски дренажи се често примењују код профилаксне дренаже трбушне дупље. Хернијација вијуга танког црева кроз хируршко оштећење предњег зида трбуха је једна од компликација дренаже. Приказана је осамдесетдвогодишња болесница која је хируршки лечена због великог тумора у малој карлици. После операције дошло је до инкарцерације вијуге танког црева на месту параректумске инцизије урађене ради постављања дрена, изазване енергичном екстракцијом дрена. Накнадно хируршко лечење довело је до потпуног опоравка болеснице. Овај приказ истиче необичан узрочни механизам интестинумске опструкције. Дренаже треба пажљиво стављати у трбушну дупљу у строго одређеним случајевима, када за то постоје оправдане хируршке индикације.

Кључне речи: хистеректомија; дренажа; хернија; илеус

УВОД

Дренажа је поступак који омогућава стално одстрањивање секрета и гноја из рана, гнојних огњишта и трбушне дупље. Силиконски дренажи се постављају у трбушну дупљу и из профилаксних разлога. Дрен у абдоменској шупљини појачава адхезивне процесе (слепљивање оментума и околних цревних вијуга око дрена), што може изазвати рани или касни постоперациони илеус [1]. Компликације дренаже су: реакције околног ткива, опструкције и перфорације црева, хернија, налаз страног тела, попуштање цревне анастомозе и инфекција [1]. Иако су адхезије најчешћи узрок постоперационе интестинумске опструкције, она може настати и као последица херније на месту инцизије.

ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Приказујемо осамдесетдвогодишњу болесницу која је примљена на Институт за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије у Београду ради хируршког лечења тумора у малој карлици. Клиничком сликом доминирао је бол у малој карлици који је трајао три месеца. Урађене су лапаротомија и класична тотална хистеректомија с обостраном аднексектомијом и екстирпацијом тумора у целости. У ложи тумора је постављен абдоменски дрен пречника од 10 mm, који је изведен кроз леву параректумску инцизију предњег трбушног зида дужине од 12 mm. Хистопатолошка анализа тумора показала је да је реч о интралигаментном лејомиому.

Трећег дана после операције је, по успостављању перисталтике, извађен абдоменски дрен. Четвртог дана од операције долази до погоршања општег стања болеснице, са повраћањем и боловима у трбуху, без јасних клиничких знакова акутног обољења абдомена. Петог дана је обављен клинички преглед, када је у предњем трбушном зиду, на месту параректумске инцизије дијагностикован јасно ограничен тумефакт болно осетљив на палпацију, тестасте конзистенције и фиксиран за основу. Диференцијалнодијагностички су размотрени и апсцес и хематом пред-

њег трбушног зида, који су клинички и лабораторијски искључени. Консултован је хирург и урађен нативни рендгенски снимак абдомена, на којем су уочени хидроаерични нивои. После хитне поновне лапаротомије дијагностикована је инкарцерација вијуге илеума на месту параректумске инцизије, која је урађена ради постављања дрена. Урађене су ресекција сегмента илеума дужине од 30 cm и термино-терминална анастомоза илеума. Даљи постоперациони ток протекао је нормално. Болесница је пуштена кући осмог дана после операције, а њено опште стање било је задовољавајуће.

ДИСКУСИЈА

Јатрогена хернијација танког црева при екстракцији дрена је било једино могуће објашњење за инкарцерацију танког црева код болеснице која је приказана. Сматрамо да је приликом агресивне екстракције дрена дошло до повлачења адхерентне вијуге танког црева. Слабост мускулатуре предњег трбушног зида, што је последица поодмаклог животног доба болеснице (82 године), додатни је узрочни фактор за ову компликацију.

У литератури се најчешће описују инцизионе херније после лапароскопских операција, при чему се сматра да је стварање пнеумоперитонеума главни етиолошки фактор за њихов настанак [2-4]. Комута (*Komuta*) и сарадници [3] су такође код болеснице старије животне доби описали инкарцерацију танког црева после лапароскопски асистирани хемиколектомије и екстракције дрена. Они су препоручили ушивање фасцијалних оштећења пречника од најмање 10 mm после екстракције дрена. Како наводе Копелман (*Kopelman*) и сарадници [2], слабост мускулатуре предњег трбушног зида код мршавих и старих болесника не представља најзначајнији фактор за настанак ове постоперационе компликације. До сличног закључка су у својој студији дошли и Кода (*Coda*) и сарадници [5], који су код испитаника код којих је урађено 1.287 лапароскопија забележили 14 болесника с инцизионом хернијом који су, у просеку, били стари 59,8 година. Такође, реткост ових хернија

уопште ставља у први план начин екстракције дрена као узрочног фактора, а потом величину саме инцизије [5, 6]. Подаци из литературе о компликацијама лапароскопија указују на могућност настанка ове компликације на јатрогеним фасцијалним оштећењима, како на месту инсерције трокара за морселаторе од 15 mm, тако и у пределу бочних портова од 5 mm, али превасходно код болесника код којих фасцијално оштећење није хируршки збринато после операције [7]. У литератури је мање података о инцизионим хернијама у пределу сличних оштећења предњег зида трбуха после примене дренаже током хируршког лечења абдомена [6, 8, 9]. Код болесника које су приказали Ивасе (*Iwase*) и сарадници [7] тачна дијагноза је постављена тек четрнаестог дана од операције, када је дошло до перфорације црева са последичним перитонитисом, што показује да ову ретку постоперациону компликацију никада не треба занемарити. Дуракер (*Duraker*) и сарадници [9] су објавили приказ евисцерације апендикса после екстракције абдоменског дрена, саветујући у закључку примену дренажних катетера без бочних отвора. Занимљив је и приказ болесника старог 68 година, који су објавили Реман (*Rehman*) и сарадници [8], код којег је дошло до хернијације вијуга танког црева на месту претходне примене дрена 28 година после операције улкуса желуца. Овај приказ отвара питање превише либералне примене абдоменске дренаже када она није строго индикована.

ЗАКЉУЧАК

Дренажа трбушне дупље је, ако нема бојазни од компликација, непотребна, а може бити и штетна. Она има пуно оправдање код инфекција или некрозе ткива, повреде абдоменских органа и присуства страног садржаја у трбушној дупљи. Данас, у доба моћне антибиотске профилаксе, примена дренаже мора сачувати своје место у случајевима индикованим само за то. Дренове треба пажљиво стављати у

слободну трбушну дупљу у строго одређеним случајевима, када за то постоје оправдане хируршке индикације. Неопходно је увек имати у виду да дренажа ствара јатрогено оштећење предњег зида трбуха које представља ризик за настанак хернијације абдоменских органа. Код болесника са постоперационим акутним обољењем абдомена диференцијалнодијагностички је неопходно размотрити и могућност хернијације абдоменских органа у току и после екстракције дрена. Познавањем могућности настанка ове компликације може се спречити морбидитет до које она доводи. Такође, упутно је код свих болесника код којих је индикована дренажа применити дренаже што мањег пречника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Van Hee R. Complications of drainage. *Acta Chir Belg* 1983; 83(5):340-4.
2. Kopelman D, Schein M, Assalia A, Hashmonai M. Small bowel obstruction following laparoscopic cholecystectomy: diagnosis of incisional hernia by computed tomography. *Surg Laparosc Endosc* 1994; 4(4):325-6.
3. Komuta K, Haraguchi M, Inoue K, Furui J, Kanematsu T. Herniation of the small bowel through the port site following removal of drains during laparoscopic surgery. *Dig Surg* 2000; 17(5):544-6.
4. Teixeira F, Yoo JH, Rodrigues AJJ. Incisional hernia at the insertion site of the laparoscopic trocar: case report and review of the literature. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 2003; 58(4):219-22.
5. Coda A, Bosotti M, Ferri F, et al. Incisional hernia and fascial defect following laparoscopic surgery. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000; 10(1):34-8.
6. Zissin R, Gayer G. Postoperative anatomic and pathologic findings at CT following colonic resection. *Semin in Ultrasound CT MRI* 2004; 25(3):222-38.
7. Iwase K, Higaki J, Mikata S, et al. Ileal perforation due to a Richter hernia at the drain site following an operation for idiopathic rectal perforation: report of a case. *Surg Today* 2000; 30(1):66-8.
8. Rehman JM, Seow CS, O'Dwyer PJ. A case of a Spigelian hernia at an unusually high anatomical location. *J R Coll Surg Edinb* 2000; 45(3):196-7.
9. Duraker N, Buyukasik K, Helvaciglu Y. Drain site evisceration of the appendix: report of a case. *Surg Today* 1997; 27(7):651-2.
10. Schein M. Early postoperative intestinal obstruction. *Curr Surg* 2002; 59:289-95.

DRAINAGE AS A RARE CAUSE OF INTESTINAL INCARCERATION

Saša KADIJA, Radmila SPARIĆ, Vojislav ŽIŽIĆ, Aleksandar STEFANOVIĆ
Institute for Gynaecology and Obstetrics, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

ABSTRACT

Silicone drains are often placed in the abdominal cavity for prophylactic reasons. One complication resulting from drainage includes visceral herniation at the drain site of the abdominal wall defect. An 82-year-old woman underwent a laparotomy for a large pelvic mass. After the operation, she developed small bowel incarceration, which was caused by aggressive drain extraction. Subsequent surgical treatment resulted in the patient's full recovery. This case emphasises the unusual causative mechanism of intestinal obstruction. Drains should be placed carefully in the abdominal cavity in strictly selected cases, only when it is reasonable to do so.

Key words: hysterectomy; drainage; hernia; small bowel obstruction

Radmila SPARIĆ
Institut za ginekologiju i akušerstvo
Klinički centar Srbije
Višegradska 26, 11000 Beograd
Tel: 011 361 5592
Faks: 011 361 5603
E-mail: radmila@tesla.rcub.bg.ac.yu

* Рукопис је достављен Уредништву 22. 11. 2004. године.