

REFACERE PARIETALĂ ASOCIATĂ CU UN PROCEDEU DE CHIRURGIE BARIATRICĂ PENTRU OBEZITATE MORBIDĂ. REDUCEREA VOLUMULUI GASTRIC PRIN PLICATURA LONGITUDINALĂ A MARI CURBURI - PREZENTARE DE CAZ

R.C. Tiutiuca, C. Ivașcu, Iuliana Tiutiuca, Carmen Vaida, C. Bîrleanu, C. Botez
Spitalul Militar Clinic de Urgență Iași

REPAIR OF ABDOMINAL WALL ASSOCIATED WITH BARIATRIC SURGERY FOR MORBID OBESITY. GASTRIC PPLICATION AT THE GREATER CURVATURE – CASE PRESENT.
(ABSTRACT): White line hernias are about 2% of all hernias and among them epigastric hernia are relatively rare (a rate of 8%). Surgery of anterolateral abdominal wall defects has been for long a therapeutic challenge because of the need to use effective methods aimed to reduce the risk of relapse. Its incidence depends on several factors including primarily obesity, than age, sex, type of surgery, type of suture, postoperative abdominal complications, wound healing power and metabolic diseases and cardiopulmonary complications. In this context surgeons may associate reconstructive parietal techniques with procedures for reducing obesity. We present a female patient of 54 years that has a imprisoned white line hernia, morbid obesity, hypertension, diabetes mellitus type II. The patient received single parietal reconstruction technique associated with a reversible reduction of gastric volume (greater curvature plication) with the intention of reducing the impact of the risk factor represented by obesity.

KEY WORDS: EPIGASTRIC HERNIA, BARIATRIC SURGERY, GREATER CURVATURE PPLICATION.

Correspondență: Dr. Răzvan Tiutiuca; Spitalul Militar Clinic de Urgență Iași; e-mail: razvantiutiuca2@yahoo.com*

INTRODUCERE

Linia albă abdominală este un rafeu conjunctiv rezultat din intersecția pe linia mediană a aponevrozelor mușchilor lați, întinzându-se de la apendicele xifoid la simfiza pubiană. Herniile liniei albe reprezintă aproximativ 2% din lotul herniilor, fiind mai frecvente la bărbați. Herniile epigastrice sunt relativ rare. Ele reprezintă aproximativ 0,35 – 1,5% din totalitatea defectelor parietale anterolaterale ale abdomenului. Între herniile întregii linii albe, ele se întâlnesc într-un procent de 8% [1]. Tratamentul afecțiunii este exclusiv chirurgical.

Chirurgia defectelor peretelui abdominal anterolateral a constituit de mult timp o provocare terapeutică. Confruntată în timpul anilor, ca tactică și tehnică, cu posibilitatea complicațiilor și a recidivei, a beneficiat în ultimul timp de perfecționări ale procedeele reconstructive, mai ales datorate conceptului de refacere “tension free”. Au fost descrise numeroase metode de reparație, de la refacerea primară într-unul sau două straturi, apoi procedeul Mayo, urmate de utilizarea fasciei în procedee aloplastice și utilizarea fasciei cu plase sintetice (polipropilenă, marlex, mersilene sau polytetrafluoroethylene etc) [2].

* received date: 07.09.2011

accepted date: 28.10.2011

Una din preocupările permanente ale echipelor chirurgicale a fost constituită de adaptarea la diversele situații a unor metode ce ar avea ca rezultat scăderea riscului recidivei.

Incidența acestora depinde de o serie de factori, incluzând vârsta, sexul, obezitatea, tipul intervenției chirurgicale, tipul de sutură, complicațiile postoperatorii abdominale, puterea de vindecare a plăgii precum și bolile metabolice și complicațiile cardiopulmonare [2,3]. În general, în cazul în care aceasta se constituie, repararea herniilor abdominale incizionale devine o problemă chirurgicală dificilă, cu incidență ridicată a ratei de recurență de până la 33% după prima reparație și de 44% după a doua intervenție [2].

O serie de autori au sugerat, când este posibil, asocierea procedurilor reconstructive parietale cu tehnici ce urmăresc ameliorarea afecțiunilor conexe [3]. Încadrat în acest demers prezentăm cazul unei paciente de 54 de ani cu o hernie încarcerată a liniei albe, asociată cu o bogată patologie conexă de felul obezității morbide, hipertensiunii arteriale, diabetului zaharat tip II. În această situație bolnava a beneficiat de reconstrucție parietală asociată cu un procedeu de reducere a volumului gastric pentru diminuarea efectului negativ generat de factorul de risc reprezentat de obezitate.

PREZENTARE DE CAZ

Expunem cazul unei paciente în vârstă de 54 de ani, cu obezitate morbidă-malignă, de 1,57 m înălțime și 140 de kg (index de masa corporală, BMI, de 56,8 kg/m²), care se prezintă pentru o formațiune supraombilicală dureroasă, cu dimensiuni de 10/8 cm, nereductibilă, dură.

La internare starea generală este infuențată, prezintă grețuri și vărsături, vertij, tranzit pentru fecale și gaze prezent, abdomen meteorizat difuz, cu cicatrice mediană subombilicală și dispnee de repaus.

Din antecedentele patologice reținem o cezariană cu 20 de ani în urmă, hipertensiune arterială std III sub tratament cu clonidină (0,900 mg/zi) și indapamidă (2,5 mg/zi), diabet zaharat tip II.

Radiografia abdominală pe gol identifică un nivel hidroaeric medioabdominal. Pe parcursul examinării formațiunea epigastrică se reduce spontan și se poate examina un orificiu al liniei albe supraombilical cu dimensiuni de 5/5 cm, circular, cu consistență dură a inelului.

Examenle de laborator decelează hiperleucocitoză (10100/mm³), colesterol total crescut (235mg/dl), hiperglicemie (131,2 mg/dl), transaminaze crescute (GGT 350,6U/l, TGP 45,8 U/l).

Se decide spitalizarea pacientei în vederea tratamentului chirurgical cu diagnosticul de “Hernie a liniei albe încarcerată redusă spontan. Obezitate morbidă. HTA stadiul III. Diabet zaharat tip II. Insuficiență respiratorie acută”.

Prezența defectului herniar concomitent cu obezitatea malignă ridică în discuție executarea unei intervenții chirurgicale adaptate, cu scopul de a reduce riscul de recidivă al reconstrucției parietale. Se decide astfel asocierea unei intervenții de reducere a rezervorului gastric.

Pentru a evita efectuarea concomitentă cu timpul parietal a unui timp septic am optat pentru efectuarea unei plicaturi longitudinale a mării curburi, intervenție reversibilă, cu costuri minime, acreditată cu efecte bune asupra scăderii ponderale.

Pe parcursul spitalizării consultul psihiatric și psihologic identifică numai o dispoziție depresivă în context somatic iar consultul endocrinologic exclude o cauză endocrină a afecțiunii metabolice.

Evaluarea cardiologică (ecocardiografie, controlul HTA prin ajustarea terapiei) precum și cea pneumologică (radiografie toracică, spirometrie) se dovedesc a fi în limite normale. Examenul cu substanță de contrast a tubului digestiv superior înlătură ipoteza unei hernii hiatale sau a unui reflux gastroesofagian asociat.

Pe perioada spitalizării preoperatorii pacienta a fost supusă unui regim alimentar hipocaloric și a fost asistată psihologic.

Se intervine chirurgical sub anestezie generală și se practică laparotomie mediană supraombilicală cu desființarea concomitentă a defectului parietal. Explorarea abdomenului decelează semne de încarcerare în antecedente la nivelul marelui oment (leziuni traumatice), motiv ce indică omentectomia parțială a segmentului afectat.

Se decide în context asocierea unei intervenții din spectrul chirurgiei bariarice ce presupune efectuarea unei reduceri a volumului gastric prin plicaturarea longitudinală a mării curburi. Se practică scheletizarea mării curburi până la nivelul vaselor scurte inclusiv, cu aprecierea aspectului gastric (Fig. 1).

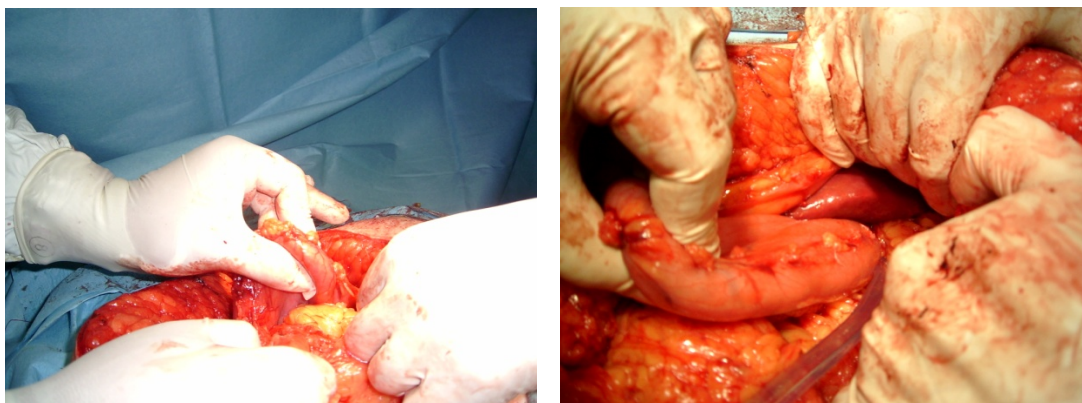


Fig. 1 Aspect intraoperator în timpul scheletizării mării curburi

Sub controlul unei sonde de calibrare esogastrice 38 CH se suturează cu un prim rând de fire seroseroase fața posterioară a stomacului la cea anterioară, de la nivelul fornixului până la 4-6 cm distanță de pilor, cu înfundarea concomitentă a mării curburi (Fig. 2).

După efectuarea acestuia se practică un al doilea plan de calibrare, un surjet care înfundă secvența anterioară (Fig. 3). La finalul intervenției tubul gastric neoformat are un diametru mult redus (Fig. 4).

Se practică refacerea peretelui abdominal primar într-un strat cu desființarea orificiului herniar și drenaj subcutan cu un tub de dren. Durata intervenției a fost de aproximativ 70 minute.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă cu reluarea progresivă a alimentației orale la scurt timp (24 de ore) după intervenție. Cantitatea maximă ingerată a fost de 15-20 ml lichide până la 30 ml la fiecare oră apoi alimente pasate.

Pacienta a fost externată după o evoluție favorabilă la 10 zile după intervenție cu instrucțiuni de regim igienodietetic specific chirurgiei bariatrice. La externare scădere în greutate era de 5 kg.

Controlul efectuat la 14 și 30 zile postoperator ajustează regimul și apreciază scăderea ponderală la 11 kg la o lună postintervențional. Ultimul control, efectuat la 6 luni postoperator arată o pacientă de 109 kilograme, cu un bilanț metabolic fără modificări patologice, cu o glicemie de 86mg/dl, iar dacă inițial mobilizarea era minimă, actualmente, pacienta are independență de mișcare, capacitatea de efort este mult ameliorată, fără disfuncție respiratorie. Necesarul de medicație pentru controlul afecțiunilor asociate a scăzut semnificativ la 1 tabletă de xiofor seara și clonidină 1 tabletă pe zi, din 8, câte lua preoperator.

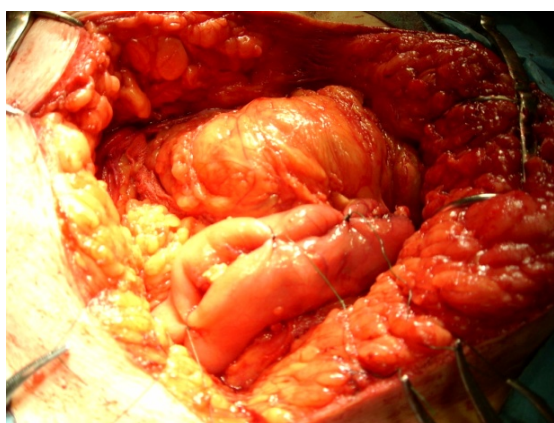


Fig. 2 Plasarea primului rând de sutură de imbricare a mării curburi

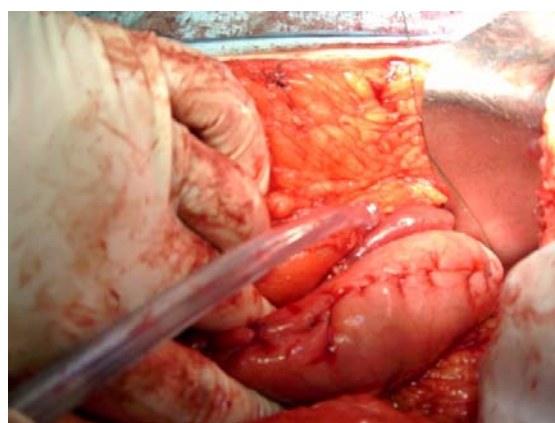


Fig. 3 Sutura planului al doilea surjet

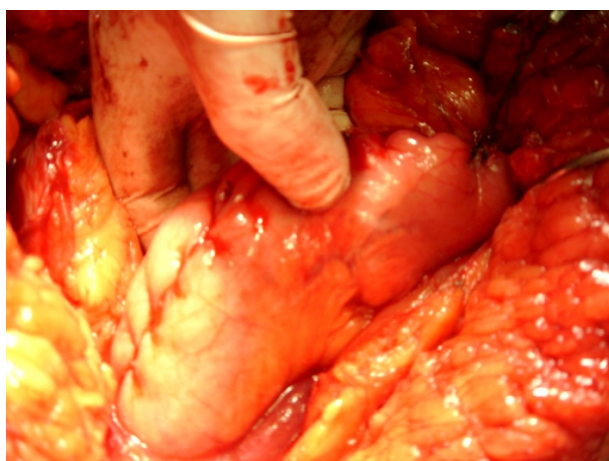


Fig 4 Aspect final al intervenției cu aprecierea tubului gastric

DISCUȚII

O serie de autori au analizat importanța unor variabile pentru a prezice recurența după cura defectelor abdominale parietale [4]. A fost înregistrată o rată de recurență globală de 11%. Riscul nu a fost afectat în mod semnificativ de nici una din variabilele clinice, cu excepția obezității.

Chiar și atunci când au fost luate în considerație influențele legate de vârstă, sex, dimensiunea herniei sau tehnica chirurgicală, obezitatea a rămas un predictor semnificativ (în strânsă concordanță cu indicele de masă corporală). Astfel riscul de reapariție a herniei pare a fi mai probabil la pacienții obezi.

Alte studii apreciază importanța obezității de tip android, centroabdominală, în recidiva herniară [5]. Efectul este probabil datorat presiunii intraabdominale crescute (evaluată în aceste cazuri prin presiunea intravezicală).

Din punct de vedere morfologic acest parametru este direct corelat cu diametrul abdominal sagital. În aceste studii, autorii recomandă asocierea la tratamentul herniei incizionale a unui procedeu de chirurgie bariatrică pentru cazurile de obezitate morbidă. Ca recomandare tehnică reținem plasarea unei proteze sintetice în efectul parietal. Deși statistic nu este demonstrat beneficiul scăderii în greutate asupra riscului de recurență a herniei incizionale, beneficiul este susținut teoretic.

O serie de cercetări afirmă că în cazurile de reparare ale herniilor ventrale, pacienții obezi se confruntă cu o rată de recurență alarmantă, de până la 50% [6,7].

De altfel, în acest context, adaptat situațiilor clinice [3], unii chirurghi execută procedee combinate. Obezitatea este un factor local și general important în apariția evențărilor postoperatorii, aproximativ 48% din pacienții operați prezintă obezitate [3]. În procedeul propus, rezistența peretelui este refăcută pe linia mediană, iar excizia țesutului cutaneohipodermic (dermolipectomie) din porțiunea inferioară a abdomenului corectează silueta și reduce considerabil riscul de recidivă. Eliminarea celor câteva kilograme are efect benefic și asupra stării generale. Excedentul trebuie îndepărtat nu numai din motive estetice, ci și pentru faptul că țesutul adipos hipertrofic slăbește stratul musculoaponevrotic.

Asocierea unor procedee chirurgicale adresate obezității în cadrul chirurgiei defectelor parietale abdominale, deși a fost propusă [3,5], nu a fost intens folosită. Chirurgia bariatrică prin tehnicile care le oferea anterior impunea costuri suplimentare de dispozitive sau inducea tulburări metabolice, de malnutriție, neuropatii sau chiar era grevată mortalitate crescută. O serie de intervenții practicate în trecut erau ireversibile sau greu reversibile. Dezvoltarea tehnicii și a noțiunilor de fiziologie a alimentației și fiziopatologie a obezității au determinat promovarea și a altor soluții.

Plicaturarea mării curburi este un procedeu de chirurgie bariatrică prin care se invaginează marea curbură a stomacului în lumenul acestuia. Reluând unele studii mai vechi din [8], o serie de autori reiau procedeele de reducere a rezervorului gastric prin plicaturare a mării curburi gastrice sau plicaturare a feței anterioare a stomacului și reevaluează rezultatele. Studiile lor reliefează o execuție necomplicată, cost minim și timp de execuție acceptabil. Efectele asupra scăderii în greutate și senzației de foame sunt similare cu ale altor procedee bariatrice [9,10]. Este demonstrată o superioritate (observațiile sunt termen scurt) asupra ritmului mai bun al pierderii ponderale pentru procedeul tehnic ce implică plicatura mării curburi. Acest procedeu se poate face destul de facil laparoscopic, pacientul beneficiind de avantajele abordului minim invaziv, în special de reducerea morbidităților postoperatorii, care uneori pot fi reductabile la acești bolnavi fragili. Rezultatele sunt superioare *gastric bandingului*, apropiată celor cu *sleeve gastrectomy*, și inferioară celor cu *bypass gastric* [11].

Pentru cazul prezentat, asocierea obezității morbide (BMI de 56,8kg/m²) cu o hernie ventrală a ridicat problema unei soluții chirurgicale complexe.

Pentru reducerea riscului de recidivă, apreciat ca ridicat datorită prezenței obezitității și a complicațiilor acestei maladii, am decis asocierea unui procedeu tehnic care să reducă efectele negative ale excesului ponderal.

Datorită dimensiunilor mari ale circumferinței abdominale nu am optat pentru dermolipectomie. În plus, delabrarea tisulară consecutivă unui astfel de procedeu a fost apreciată ca prea extinsă comparativ cu dimensiunile orificiului herniar.

Dintre posibilitățile terapeutice actuale procedeele de chirurgie bariatrică sunt un adjuvant prețios. Am preferat tehnici reversibile, fără suturi digestive cu risc de fistulă, ce nu prelungesc semnificativ timpul operator. Astfel concomitent cu refacerea parietală a fost efectuată o plicaturare longitudinală a mării curburi. Ca urmare am obținut o reducere semnificativă a volumului gastric.

Intervenția practică a prelungit timpul operator cu aproximativ 70 minute și a fost efectuată pe cale clasică, situație impusă de prezența episodului de ireductibilitate herniară.

Refacerea parietală a fost efectuată primar într-un strat, fără interpoziție de material de protezare sintetic. Evoluția postoperatorie nu a înregistrat incidente sau complicații, iar costurile intervenției nu au crescut semnificativ.

CONCLUZII

În tratamentul defectelor parietale abdominale reducerea riscului de recidivă este o prioritate terapeutică.

Obezitatea, mai ales cea morbidă sau malignă, este creditată cu inducerea unui risc crescut de hernie incizională. Tratamentul concomitent al acesteia ar reduce acest pericol, iar tehnicile de chirurgie bariatrică sunt de real folos în aceste cazuri.

Plicaturarea longitudinală a mării curburi pentru reducerea volumului gastric se dovedește a fi o tehnică simplă, ieftină și fiabilă, care poate fi efectuată și minim invaziv în cazul herniilor și eventrațiilor ventrale simple, necomplicate, asociate cu obezitate morbidă sau malignă.

BIBLIOGRAFIE

1. Palade R, Voiculescu D, Suliman E, Lutic C. Voluminous complicated epigastric hernia *Chirurgia* 2009; 104(3): 337-340.
2. Lawson-Smith MJ, Galland RB. Combined fascia and mesh repair of incisional hernias. *Hernia*. 2006; 10(3): 262-265.
3. Grigore N. Particularități de tactică și tehnică chirurgicală în protezarea defectelor abdominale mari din eventrațiile postoperatorii, *Teză de Doctorat*, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, 2008; p. 5-40.
4. Sauerland S, Korenkov M, Kleinen T, Arndt M, Paul A. Obesity is a risk factor for recurrence after incisional hernia repair, *Hernia*. 2004; 8(1): 42-46.
5. Sugeran HJ. Hernia and Obesity, In: Robert Bendavid ed. *Abdominal Wall Hernias: Principles and Management*, New York, Springer-Verlag, 2001; p 672.
6. Raftopoulos I, Courcoulas AP. Outcome of laparoscopic ventral hernia repair in morbidly obese patients with a body mass index exceeding 35 kg/m². *Surg Endosc*. 2007; 21(12): 2293-2297.
7. Novitsky YW, Cobb WS, Kercher KW, Matthews BD, Sing RF, Heniford BT. Laparoscopic ventral hernia repair in obese patients: a new standard of care. *Arch Surg*. 2006; 141(1): 57-61.
8. Kirk RM. An experimental trial of gastric plication as a means of weight reduction in the rat. *Br J Surg*. 1969; 56(12): 930-933.
9. Ramos AC, Neto MG, Campos JM, Mottin CC. Laparoscopic Greater Curvature Plication: An Alternative Restrictive Bariatric Procedure. *Bariatric Times*. 2010; 7(5): 8–10.

10. Brethauer SA, Harris JL, Kroh M, Schauer PR. Laparoscopic gastric plication for treatment of severe obesity. *Surg Obes Relat Dis.* 2011; 7(1): 15-22.
11. Copăescu C. Laparoscopic gastric plication at the greater curvature (for treatment of morbid obesity). *Chirurgia.* 2011; 106(1): 91-97.