

Necroza gastrică, complicație rară după gastric banding - prezentare de caz

S. Pantea¹, C. Pantea², C. Duță¹, C. Mureșan⁴, M. Miclăuș¹, F. Lazăr¹, I. Nediglea³, M. Papurică³, D. Bordoș¹

¹Clinica II Chirurgie, Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara

²Universitatea de Vest, Timișoara

³Clinica ATI, Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara

⁴Clinica de Obstetrică și Ginecologie "Bega", Universitatea de Medicină și Farmacie "V. Babeș", Timișoara

Rezumat

În ultimii ani operația de gastric banding pe cale laparoscopică a devenit una dintre cele mai folosite metode de tratament chirurgical a obezității morbide. Avantajele acestui tip de tratament sunt intervenția minim invazivă, reversibilitatea metodei și posibilitatea de calibrare ulterioară a diametrului inelului. Necroza gastrică reprezintă una din complicațiile redutabile ale operației de gastric banding. În lucrarea de față prezentăm cazul unei paciente de 34 ani, cu o sarcină de 18 săptămâni în evoluție, care se internează în clinica noastră prin serviciul de urgență pentru dureri abdominale de intensitate mare. Pacientei i s-a montat laparoscopic un inel gastric în urmă cu 2 ani, pacienta având în acel moment un BMI de 43. Tratamentul conservator și modalitățile de diagnostic au fost îngreunate de sarcina în evoluție. Indicația de tratament chirurgical a fost luată datorită persistenței semnelor clinice sub tratament conservator. S-a intervenit de urgență pe cale clasică. Intraoperator s-a decelat o necroză de perete gastric anterior care a prolabat pe sub inel. S-a practicat gastrectomie longitudinală. Postoperator evoluția a fost favorabilă pacienta părăsind clinica în a - 9 - a zi. Gastrectomia longitudinală efectuată în urgență reprezintă o opțiune bună de tratament, ea putând fi efectuată în condiții de siguranță.

Cuvinte cheie: gastric banding, necroza gastrică, laparoscopie

Abstract

Gastric necrosis, rare complication after laparoscopic gastric banding - case presentation

In the last years, laparoscopic gastric banding has become a popular surgical option for morbidly obese patients, because of the minimally invasive and easy surgical technique, its reversibility, and the possibility to calibrate the stoma. Gastric necrosis, as a complication of laparoscopic gastric banding, has been rarely reported. We present the case of a 34 -year-old pregnant patient (18 week pregnancy) with 5 days history of abdominal pain. She had undergone laparoscopic adjustable gastric banding 24 months earlier with a body mass index (BMI) of 43 kg/m². Diagnostic workup was very difficult because the patient was pregnant and we can use only ultrasonography and clinically signs. After initial conservative management, the patient underwent urgent surgery and we found an anterior gastric prolapse through the band with necrosis of the herniated stomach. A longitudinal (sleeve) gastrectomy was performed. The postoperative evolution was good and the patient left our clinic after 9 day. Emergency sleeve gastrectomy could represent a good option to treat, in a safe way.

Key words: gastric banding, gastric necrosis, laparoscopy

Correspondență:

Asist. Univ. Dr. Stelian Pantea
U.M.F. "V. Babeș" Timișoara
str. Batania nr. 54, cod 300544, Timișoara
jud. Timiș
E-mail: stepan62@yahoo.com

Introducere

Obezitatea este o afecțiune cu o incidență foarte mare pe toate continentele (1). Montarea pe cale laparoscopică a inelului

gastric a devenit una din metodele de tratament a obezității maligne. Ea s-a impus datorită ușurinței de montare a inelului, posibilității de calibrare a inelului și reversibilității metodei. În România după experiența inițială a anilor 60 (2), rezultatele primelor proceduri bariatrice realizate pe cale laparoscopică sunt raportate în 2003 (3).

Această metodă de tratament este însă însoțită de o morbiditate mare care poate ajunge până la 40-50% din cazuri, dacă se realizează o urmărire postoperatorie de minim 5 ani (4). Sunt citate complicații, ca eroziunile de perete gastric sau alunecările de perete gastric anterior sau posterior (5,6). În cazul alunecării de perete gastric, fără o reintervenție în timp util, se poate ajunge la necroză gastrică (7-11).

Prezentăm cazul unei paciente cu o necroză de perete gastric după montarea pe cale laparoscopică a unui inel gastric.

Prezentarea cazului

Pacienta P.M. de 34 ani cu sarcină în evoluție de 18 săptămâni a fost transferată în clinica noastră în data de 31 mai 2009, de la Clinica de obstetrică și ginecologie a Spitalului Clinic Județean de urgență Timișoara, pentru dureri abdominale și vărsături.

În mai 2007 bolnava a fost operată într-un alt serviciu chirurgical unde s-a practicat intervenția de gastric banding pentru obezitate morbidă pacienta având un IMC de 43 (127 kg la o înălțime de 172 cm). În următorii 2 ani evoluția bolnavei a fost bună și a pierdut 45 kilograme ajungând la 82 kilograme (IMC=27).

Afecțiunea actuală a debutat în urmă cu 5 zile cu dureri epigastrice de intensitate medie, însoțite de vărsături. În zilele următoare durerile s-au intensificat și vărsăturile au devenit mai frecvente. Pacienta s-a internat în Clinica de Obstetrică și Ginecologie unde s-a instituit tratament antispastic și antialgic. Cu suspiciunea că suferința bolnavei este determinată de o complicație produsă de inelul gastric, bolnava a fost transferată în Clinica II Chirurgie după 2 zile.

La prezentarea în serviciul nostru pacienta acuza dureri abdominale de intensitate mare, localizate în hipocondrul stâng și în regiunea lombară stângă, stare de agitație psiho-motorie, poziție antalgică, tranzit intestinal absent și vărsături "în zaț de cafea".

Examenul obiectiv a relevat abdomen fără apărare musculară sau distensie abdominală.

S-a evidențiat o leucocitoză ($13\,000/\text{mm}^3$), în creștere față de valorile precedente (8000 respectiv 9600). Restul investigațiilor de laborator au fost în limite normale.

Ecografia nu a evidențiat nimic patologic, iar explorarea radiologică nu s-a putut efectua datorită sarcinii.

După 4 ore de la internare s-a luat decizia de a interveni chirurgical întrucât simptomele au persistat și după tratamentul cu antispastice și antialgice.

S-a efectuat laparotomie mediană xifosubombilicală sub anestezie generală cu intubație oro-traheală pe pivot de sevofluran. Explorarea cavității peritoneale a evidențiat cantitate mică de lichid sero-sanguinolent. Explorarea lojei gastrice a evidențiat stomacul dilatat în tensiune și necroză parțială a

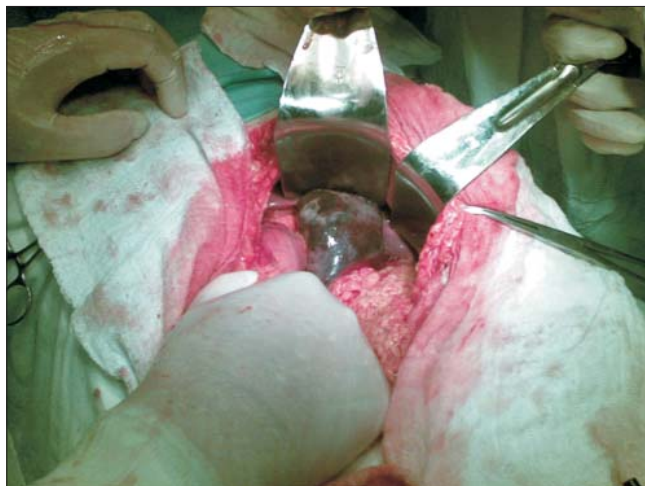


Figura 1. *Imaginea lojei gastrice cu perete gastric anterior necrozat*

peretelui anterior al stomacului în porțiunea lui proximală. (Fig. 1)

S-a constatat alunecarea în sens cranial a unei porțiuni din peretele gastric anterior pe sub inel. Secțiunea inelului gastric și înlăturarea lui ne-a permis să apreciem corect leziunea. Stomacul prezenta o zonă de necroză care a cuprins fornixul gastric și peretele anterior până în dreptul unghiului micii curburi. În sens transversal zona necrotică se întindea de la marea curbură până la aproximativ 1 cm de mica curbură în regiunea joncțiunii esogastrice respectiv 3 cm de mica curbură în porțiunea corporeală. În prezența acestei necroze parțiale a peretelui gastric anterior s-a decis efectuarea unei gastrectomii longitudinale (sleeve gastrectomy). Scheletizarea mării curburi s-a făcut cu pensa LIGASURE, iar tubul gastric s-a realizat folosind 6 staplere ranforsate (ce au fost întărite cu PeriSrips Dry) de tip ENDOGIA straight 60-35. Piesa de exereză a fost trimisă la examen histopatologic care a confirmat necroza gastrică. (Fig. 2)



Figura 2. *Piesa de exereză*

Postoperator imediat a fost realizată o ecografie abdominală care a relevat prezența bătăilor cordului fetal.

S-a instituit tratament parenteral de susținere volemică și calorică pentru 5 zile perioadă în care pacienta a fost în repaus digestiv. Postoperator s-a instituit tratament antibiotic și anti-coagulant profilactic.

Evoluția postoperatorie a pacientei a fost favorabilă cu reluarea, tranzitul intestinal după 48 ore. Plaga chirurgicală a evoluat favorabil. După 5 zile de repaus digestiv s-a trecut la alimentația per os cu lichide clare și lichide hipercalorice care au fost foarte bine tolerate de pacientă. După 2 zile de alimentație cu lichide s-a trecut la alimente semisolide și solide, tolerate de asemenea foarte bine.

La 9 zile postoperator pacienta a fost externată.

În cazul nostru atitudinea chirurgicală adoptată a permis supraviețuirea bolnavei, o evoluție bună a fătului și evitarea gastrectomiei totale.

Discuții

Tratamentul chirurgical al obezității prin bandare cu inel de silicon ajustabil este considerat unul din cele mai simple metode de tratament chirurgical al obezității morbide având avantajele ajustării volumului și al reversibilității metodei. Experiența clinică a arătat că tehnica de implantare de la nivelul "pars flaccida" este mai sigură decât cea descrisă inițial de plasare a inelului perigastric, incidența alunecării de perete fiind de 2-4% după primul procedeu, față de 25% din cazuri după al doilea procedeu (5, 12-14).

Cazurile asimptomatice de alunecare a peretelui gastric descoperite radiologic sunt raportate la 20% din pacienți, ceea ce justifică controalele radiologice anuale (15).

Deși procentul necrozelor gastrice raportate în literatură este mic (0,1% din cazuri), această complicație este gravă și poate avea repercursiuni severe asupra evoluției pacienților. Un studiu al cazurilor de necroză a peretelui gastric după gastric banding publicate până în 2005, remarcă faptul că pentru rezolvarea acestei complicații au fost necesare intervenții de mare amploare, gastrectomia totală fiind practică la majoritatea cazurilor; aceste intervenții s-au soldat cu 2 decese (16).

La bolnavii cu prolaps al peretelui gastric este foarte important ca intervenția să fie efectuată înainte de apariția necrozei gastrice.

Decompresiunea inelului poate duce la alunecarea înapoi sub inel a peretelui gastric prolabat. Dacă această alunecare înapoi sub inel a peretelui gastric prolabat nu se produce, inelul poate fi extras pe cale laparoscopică. Din aceste motive este recomandabil ca la primele simptome caracteristice unei obstrucții (durere, vărsături) pacientul să se adreseze echipei chirurgicale care a efectuat intervenția de gastric banding sau într-un alt serviciu în care se practică chirurgia obezității, în prima etapă se va decompresa inelul imediat (17). Odată cu câștigarea de experiență în acest tip de chirurgie a fost imaginat un algoritm de abordare a acestor cazuri în care prima opțiune de explorare chirurgicală să fie cea laparoscopică (18).

Cazul nostru prezintă câteva particularități.

Dificultățile de diagnostic au fost accentuate de imposibili-

tatea de a efectua principalele examinări paraclinice. Examenul radiologic nu s-a putut efectua din cauza sarcinii, iar gastroscopia a fost considerată cu risc mare de perforație, la 5 zile de la debut. Simptomele inițiale (durere epigastrică și vărsături) apărute la o bolnavă cu sarcină în evoluție a determinat internarea ei într-o secție de obstetrică și ginecologie.

În lipsa unui diagnostic precis s-a luat decizia de explorare chirurgicală pe cale clasică. Existența unor leziuni necrotice gastrice limitate și cu o localizare favorabilă au permis practicarea unei gastrectomii longitudinale, după care evoluția bolnavei și a sarcinii au fost foarte bune.

În legătură cu acest caz semnalăm o problemă foarte interesantă și anume slaba informare a corpului medical în ceea ce privește frecvența și gravitatea complicațiilor tratamentului chirurgical al obezității și al implicațiilor pe care le au unele dintre aceste, complicații care au dus la decesul bolnavilor (19).

Concluzii

Prezentarea cazului de față are scopul de a atrage atenția asupra unei posibile complicații grave, cu risc vital, care poate să apară după operația de gastric banding.

Este deosebit de important ca bolnavii cu gastric banding la primele semne de obstrucție să fie îndrumați către un serviciu specializat în chirurgia obezității, unde primul gest terapeutic va fi decompresia inelului urmat de explorarea chirurgicală a abdomenului, de preferat pe cale endoscopică.

Considerăm că este necesară o mai bună informare a corpului medical asupra complicațiilor intervenției de gastric banding.

Bibliografie

1. Buchwald H, Williams SE. Bariatric surgery worldwide 2003. *Obes Surg.* 2004;14(9):1157-64.
2. Suteu I, Bucur AI. Surgical treatment of morbid obesity. *Rev Chir Oncol Radiol ORL Oftamol Stomatol Chir.* 1983;32(2):97-106. [Article in Romanian]
3. Iordache N, Vizetiu R, Iorgulescu A, Zmeu B, Iorgulescu M. Laparoscopic adjustable gastric-banding treatment for morbid obesity our first year experience. *Chirurgia (Bucur).* 2003;98(2):135-42. [Article in Romanian]
4. DeMaria EJ, Sugerman HJ, Meador JG, Doty JM, Kellum JM, Wolfe L, et al. High failure rate after laparoscopic adjustable silicone gastric banding for the treatment of morbid obesity. *Ann Surg.* 2001;233(6):809-18. Comment in: *Obes Surg.* 2002;12(5):719.
5. Chevallier JM, Zinzindohoué F, Douard R, Blanche JP, Berta JL, Altman JJ, et al. Complications after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity: experience with 1,000 patients over 7 years. *Obes Surg.* 2004;14(3):407-14.
6. Spivak H, Favretti F. Avoiding postoperative complications with the Lap-Band system. *Am J Surg.* 2002;184(6B):31S-37S.
7. Kirchmayr W, Ammann K, Aigner F, Weiss HG, Nehoda H. Pouch dilatation after gastric banding causing gastric necrosis. *Obes Surg.* 2001;11(6):770-2.
8. Yoffe B, Sapojnikov S, Goldblum C. Gastric wall necrosis following late prolapse after laparoscopic banding. *Obes Surg.* 2004;14(1):142-4.

9. Lunca S, Vix M, Rikkers A, Rubino F, Marescaux J. Late gastric prolapse with pouch necrosis after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2005;15(4):571-5.
10. Kriwanek S, Schermann M, Ali Abdullah S, Roka R. Band slippage - a potentially life-threatening complication after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2005;15(1):133-6.
11. Landen S, Majerus B, Delugaeu. Complications of gastric banding presenting to the ED. *Am J Emerg Med.* 2005;23(3):368-70.
12. Dargent J. Pouch dilatation and slippage after adjustable gastric banding: is it still an issue? *Obes Surg.* 2003;13(1):111-5.
13. O'Brien PE, Dixon JB. Weight loss and early and late complications - the international experience. *Am J Surg.* 2002;184(6B):42S-45S.
14. O'Brien PE, Dixon JB, Laurie C, Anderson M. A prospective randomized trial of placement of the laparoscopic adjustable gastric band: comparison of the perigastric and pars flaccida pathways. *Obes Surg.* 2005;15(6):820-6.
15. Wiesner W, Schöb O, Hauser RS, Hauser M. Adjustable laparoscopic gastric banding in patients with morbid obesity: radiographic management, results and postoperative complications. *Radiology.* 2000;216(2):389-94.
16. Iannelli A, Facchiano E, Sejour E, Baqué P, Piche T, Gugenheim J. Gastric necrosis: a rare complication of gastric banding. *Obes Surg.* 2005;15(8):1211-4.
17. Foletto M, De Marchi F, Bernante P, Busetto L, Pomerri F. Late gastric pouch necrosis after Lap-Band, treated by an individualized conservative approach. *Obes Surg.* 2005;15(10):1487-90.
18. Boru C, Silecchia G. Bariatric emergencies: what should know the general surgeon. *Chirurgia (Bucur).* 2010;105(4):455-64.
19. Fischer G, Myers JA, Huang W, Shayani V. Gastric migration and strangulation after adjustable gastric banding. *Obes Surg.* 2008;18(6):753-5. Epub 2008 Apr 8.