

**Ενδιαφέρουσα  
Περίπτωση**

## Απόφραξη λεπτού εντέρου στην κύηση

Γ. Στρατουδάκης<sup>1</sup>  
Π. Παλούκη<sup>1</sup>  
Ε. Ξυλούρης<sup>1</sup>  
Ε. Τζανάκης<sup>1</sup>  
Κ. Σπυριδάκης<sup>2</sup>  
Σ. Δημητρίου<sup>1</sup>

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η απόφραξη του λεπτού εντέρου που επιπλέκει την κύηση οφείλεται συνήθως σε συμφύσεις, εγχολεασμό, κήλη, σκωληκοειδίτιδα και νεοπλασίες. Η συχνότερη αιτία είναι οι συμφύσεις, που μπορεί να δημιουργηθούν μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλιά πριν από την κύηση. Κλινικά συμπτώματα της απόφραξης του λεπτού εντέρου είναι κοιλιακό άλγος, ναυτία και έμετος, που συχνά παρατηρούνται και στις φυσιολογικές κύσεις και μπορούν να οδηγήσουν σε καθυστερημένη διάγνωση. Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς με απόφραξη του λεπτού εντέρου, η αντιμετώπιση και σύντομη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

*Όροι ευρετηρίου: κύηση, λεπτό έντερο, απόφραξη, αντιμετώπιση.*

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εντερική απόφραξη είναι σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή στην κύηση με αυξημένη μητρική και εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η συστροφή σαν αιτία εντερικής απόφραξης στην κύηση αποτελεί το 25%<sup>1</sup>. Το λεπτό έντερο σπάνια εμπλέκεται σε συστροφή και ειδικά όταν είναι πλήρης. Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε την επιτυχή αντιμετώπιση περίπτωσης ασθενούς με πλήρη συστροφή λεπτού εντέρου στην κύηση.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 28 ετών, πρωτοτόκος, εισήχθη στην κλινική λόγω συσπάσεων, κοιλιακού άλγους και ναυτίας σε ηλικία κύησης 38 εβδομάδων. Στο ατομικό της ιστορικό, ανέφερε ότι είχε υποβληθεί σε σκωληκοειδεκτομή λόγω οξείας σκωληκοειδίτιδας προ 15ετίας. Έκτοτε δεν αντιμετώπιζε κανένα πρόβλημα με τη λειτουργία του εντέρου της ή κάποιου άλλου οργάνου της κοιλίας. Ο προγεννητικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός και είχε τηρηθεί αυστηρά. Κατά τη διάρκεια της κύησης, η ασθενής ανέφερε ότι αντιμετώπιζε περιόδους δυσκοιλιότητας. Στην εισαγωγή της στην κλινική η ασθενής ανέφερε έντονο, συνεχές, διάχυτο άλγος σε όλη την κοιλιά και ναυτία. Η εμβρυϊκή καρδιακή λειτουργία ήταν θετική, η προβολή ήταν κεφαλική και το καρδιοτοκογράφημα ήταν αντιδραστικό με ασθενείς συσπάσεις κάθε 7 λεπτά. Η ασθενής δεν ανέφερε κολπική αιμόρροια και στη δακτυλική εξέταση δεν υπήρχε διαστολή τραχηλικού στομίου. Από τα ζωτικά της σημεία, η αρτηριακή πίεση ήταν 90/60 mmHg και οι σφύξεις ήταν 140/λεπτό. Από τις εξετάσεις αίματος και ούρων, μόνο ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη ήταν χαμηλά

<sup>1</sup>Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική,  
Γ.Ν. «Βενιζέλειο-Πανάνειο»  
Ηρακλείου Κρήτης  
<sup>2</sup>Α΄ Χειρουργική Κλινική,  
Γ.Ν. «Βενιζέλειο-Πανάνειο»  
Ηρακλείου Κρήτης

Αλληλογραφία:  
Γ. Στρατουδάκης,  
Τ.Θ. 4-374, Ατσιπόπουλο,  
Τ.Κ. 74100, Ρέθυμνο, Κρήτη  
Τηλ.: 6945691644  
E-mail: stratego@hotmail.com  
Κατατέθηκε: 10/7/08  
Εγκρίθηκε: 20/9/08

(26.7% και 9 g/dl αντίστοιχα). Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο, έμβρυο, πλακούντας, αμνιακό υγρό, doppler και βιοφυσικό προφίλ ήταν φυσιολογικά, αλλά παρατηρήθηκε συλλογή ελεύθερου υγρού στην κοιλιά. Συνεκτιμώντας τα υπερηχογραφικά ευρήματα, τις εξετάσεις αίματος, την κλινική εικόνα της ασθενούς και το κακό Bishop score, αποφασίστηκε να εκτελεστεί επείγοντως καισαρική τομή. Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο και έγινε μέση κάθετη υπομφάλια τομή στο δέρμα. Μετά το άνοιγμα του περιτοναίου, εξήλθε μεγάλη ποσότητα αντιδραστικού υγρού (εξίδρωμα). Η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωοθήκες ήταν ακέραια. Εκτελέστηκε χαμηλή εγκαιρία καισαρική τομή και το έμβρυο ήταν ζων, αρτιμελές, άρρεν, βάρους 3480 gr, με καλό Apgar score. Στο τέλος της καισαρικής τομής, έγινε επισκόπηση της υπόλοιπης κοιλίας και παρατηρήθηκε περιοχή του λεπτού εντέρου με πιθανή απόφραξη λόγω συμφύσεων. Κλήθηκε χειρουργός και επιβεβαιώθηκε η παρουσία τμήματος του λεπτού εντέρου με συστροφή και νέκρωση λόγω συμφύσεων. Αφαιρέθηκε το τμήμα του εντέρου με τη βλάβη (18 cm), εκτελέστηκε πλάγιο-πλάγια αναστόμωση και τοποθέτηση πολυαυλικής παροχέτευσης. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς ήταν καλή και εξήλθε της κλινικής τη 10<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Έκτοτε δεν παρουσιάζει προβλήματα με τη λειτουργία του εντέρου της.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η απόφραξη του εντέρου στην κύηση αποτελεί σπάνια επιπλοκή. Η συχνότητα της εντερικής απόφραξης κυμαίνεται από 1/2500-3500 κύσεις<sup>1</sup>. Υπολογίζεται ότι 60% των ασθενών με εντερική απόφραξη στην κύηση είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε κάποιο είδους επέμβαση στην κοιλιά. Η μητρική θνησιμότητα έχει ευτυχώς μειωθεί δραστικά, χάρη στην έγκαιρη διάγνωση και εξέλιξη της ιατρικής από 60% στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, στο 21% το 1930, στο 16% το 1960 και στο 6% στις ημέρες μας. Δυστυχώς, δε συμβαίνει το ίδιο και με την εμβρυϊκή θνησιμότητα που παραμένει υψηλή (20-26%)<sup>2</sup>. Η απόφραξη του λεπτού εντέρου συμβαίνει συνήθως, όταν η εγκυμονούσα μήτρα αλλάζει τις ανατομικές σχέσεις με τα παρακείμενα όργανα της κοιλίας, και πιο συχνά στα μέσα της εγκυμοσύνης (όταν η μήτρα έχει εξέλθει της πυέλου), στο τέλος της εγκυμοσύνης (όταν αρχίζει η κάθοδος της κεφαλής που προβάλλει) και στη λοχεία (λόγω της παλινδρόμησης της μήτρας). Η χρονική περίοδος που θα συμβεί η απόφραξη του λεπτού εντέρου σχετίζεται άμεσα και με την ολοκλήρωση της ίδιας της κύησης. Το 30% μόνο των περιπτώσεων που έπαθαν εντερική απόφραξη γέννησαν τελειόμνη. Το 60% των ασθενών που έπαθαν εντερική απόφραξη στο β' τρίμηνο της κύησης ολοκλήρωσαν την κύηση, ενώ μόνο 22% από αυτές που το έπαθαν στο γ' τρίμηνο<sup>3</sup>.

Τα χειρουργεία στην πύελο της γυναίκας αποτελούν

το σημαντικότερο προδιαθεσικό παράγοντα κινδύνου για εντερική απόφραξη στην κύηση. Σε αυτές τις γυναίκες παρατηρείται και το υψηλότερο ποσοστό ανεύρεσης νεκρωτικών βλαβών στο έντερο, που απαιτούν και πιο επιθετική αντιμετώπιση. Σε μελέτη 410 γυναικών με απόφραξη του λεπτού εντέρου, βρέθηκε ότι 75% των περιπτώσεων είχαν υποστεί στο παρελθόν χειρουργείο στο παχύ έντερο 24%, στα έσω γεννητικά όργανα 22%, κήλες 15%, σκωληκοειδεκτομή 14%. 36% των ασθενών χειρουργήθηκαν άμεσα, ενώ 11% από αυτές εμφάνισαν υποτροπές πριν χειρουργηθούν. Οι συμφύσεις βρέθηκε να αποτελούν την κύρια αιτία απόφραξης του λεπτού εντέρου στην κύηση. Άλλες αιτίες είναι ο εγκολεασμός 5%, οι κακοήθειες 4% και η σκωληκοειδίτιδα 1%<sup>4</sup>. Η αποφυγή και η μείωση της δημιουργίας συμφύσεων μπορεί να γίνει με την επικράτηση της λαπαροσκοπικής, που υπερτερεί στο θέμα των συμφύσεων, σε σχέση με τη λαπαροτομία<sup>5</sup>.

Η σημαντικότερη αιτία που αυξάνει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι η καθυστέρηση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ των πρώτων συμπτωμάτων της απόφραξης μέχρι τη σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση. Η κύηση μπορεί να συγκαλύψει τα πρώιμα συμπτώματα της απόφραξης του λεπτού εντέρου (όπως κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετος), που τις περισσότερες φορές είναι άτυπα και μη ειδικά, αλλά και συχνά παρουσιάζονται στις φυσιολογικές εγκυμοσύνες. Οι εξετάσεις αίματος και ούρων είναι τις περισσότερες φορές φυσιολογικές<sup>6</sup>. Οι ίδιες οι ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον αρνούνται επίσης να υποβληθούν σε πιο εξειδικευμένες εξετάσεις (ακτινολογικές, ερευνητικές), με το φόβο ότι μπορεί να είναι επικίνδυνες για το έμβρυο. Όλοι αυτοί οι παράγοντες (άτυπη συμπτωματολογία, εξετάσεις φυσιολογικές, άρνηση ασθενών) οδηγούν σε καθυστέρηση της τελικής διάγνωσης και της αντιμετώπισης της απόφραξης του λεπτού εντέρου, που μπορεί να φτάσει και τις 72 ώρες<sup>7</sup>.

Η όψη του εμέτου εξαρτάται από τη διάρκεια της απόφραξης. Στην αρχή ο έμετος είναι άοσμος, αλλά 12 ώρες μετά η μικροβιακή αποίκηση των ουσιών που παραμένουν ακίνητες θα δώσουν οσμή και χροιά εντερικού περιεχομένου, ειδικά όταν η απόφραξη είναι πλήρης. Αλλαγές θα επέλθουν και στην απορρόφηση των υγρών. Όσο πιο κεντρική είναι η απόφραξη τόσο πιο μεγάλη είναι η απώλεια HCl, ενώ πιο περιφερικές αποφράξεις θα επιφέρουν απώλεια νατρίου και καλίου<sup>8</sup>. Υποψία απόφραξης του λεπτού εντέρου θα πρέπει να έχουμε όταν γίνονται αλλαγές στην ποσότητα και ποιότητα του εμέτου μίας εγκύου, που παρουσίαζε μέχρι τώρα υπερέμεση. Άλλωστε αυτές οι αλλαγές στον έμετο θα επιφέρουν αστάθεια στο ηλεκτρολυτικό προφίλ της εγκύου με άμεσες συνέπειες στην ίδια και στο έμβρυο.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η απόφραξη του λεπτού εντέρου

στην κύηση αποτελεί σπάνια επιπλοκή με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα για τη μητέρα και το έμβρυο και θα πρέπει πάντα να αποκλείεται στη διαφοροδιάγνωση στις έγκυες με ναυτία, έμετο και κοιλιακό άλγος. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να υπάρχει στις ασθενείς που αναφέρουν στο ιστορικό τους χειρουργεία στην κοιλιά, ακόμα και λαπαροσκοπήσεις. Η ορθή και γρήγορη διάγνωση και αντιμετώπιση θα βελτιώσει τη μητρική και εμβρυϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

#### **Summary**

**Stratoudakis G, Palouki P, Xilouris E, Tzanakis E, Spiridakis K, Dimitriou S.**

**Small bowel obstruction complicating pregnancy**

**Helen Obstet Gynecol 20(4):371-373, 2008**

Small bowel obstruction that complicates pregnancy can be caused by adhesions, intussusceptions, hernia, appendicitis and neoplasia. Adhesions are the most common cause, usually after surgical operations before pregnancy. Clinical symptoms of small bowel obstruction are abdominal pain, nausea, vomiting, that usually are common in pregnancy and they can lead in a delayed diagnosis. We present a case of small bowel obstruction complicating pregnancy, the diagnosis, the treatment and a brief review of the literature.

**Key words:** pregnancy, small bowel, obstruction, treatment.

#### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Sharp HT. The acute abdomen during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2002; 45: 405-413.
2. Connolly MM, Unti JA, Nora PF. Bowel obstruction in pregnancy. *Surg Clin North Am.* 1995; 75: 101-113.
3. Hauspy J, Roofthoof N, Meulyzer P, Leyman P. Small bowel obstruction during pregnancy. *Acta Chir Belg.* 2004; 104: 588-590.
4. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg.* 2000; 87: 1240-1247.
5. Krðhenbóhl L, Schðfer M, Kuzinkovas V, Renzulli P, Baer HU, Bóchler MW. Experimental study of adhesion formation in open and laparoscopic fundoplication. *Br J Surg.* 1998; 85: 826-830.
6. Jones I, Hillen J. Small bowel obstruction during pregnancy: a case report. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002; 42: 311-312.
7. Fevang BT, Fevang J, Stangeland L, Soreide O, Svanes K, Viste A. Complications and death after surgical treatment of small bowel obstruction: A 35-year institutional experience. *Ann Surg.* 2000; 231: 529-537.
8. Watanabe S, Otsubo Y, Shinagawa T, Araki T. Small bowel obstruction in early pregnancy treated by jejunotomy and total parenteral nutrition. *Obstet Gynecol.* 2000; 96: 812-813.