

## Komentarz do artykułu

# Uszkodzenie jelita przy wprowadzaniu pierwszego trokaru u pacjentek po przebytych operacjach brzusznych

Janusz Bartnicki, Jerzy Sikora, Mateusz Tylko

*Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2008; 3 (1): 35–38*

---

## Włodzimierz Majewski

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin

*Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2008; 3 (2): 108–109*

W artykule *Uszkodzenie jelita przy wprowadzaniu pierwszego trokaru u pacjentek po przebytych operacjach brzusznych* autorstwa Bartnickiego, Sikory i Tylki (*Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2008; 3: 35-8*) [1] autorzy omawiają dwa powikłania na 1008 wykonanych ginekologicznych operacji laparoskopowych u pacjentek po wcześniejszych operacjach w jamie brzusznej. Bardzo jasno i odważnie przedstawiają oba przypadki, co zasługuje na wysoką ocenę, gdyż opis tych powikłań może stanowić doskonały materiał szkoleniowy dla innych operatorów.

Oba te przypadki zasługują na komentarz, chociażby tylko z powodów dydaktycznych. Po pierwsze – obie pacjentki przebyły operacje w pobliżu pępka (starsza z nich z cięcia środkowego dolnego, cięcie cesarskie i histerektomię z przydatkami, młodsza histerektomię z przydatkami i relaparotomię z cięcia poprzecznego, które tylko na skórze jest cięciem poprzecznym, na poziomie otrzewnej cięciem środkowym dolnym). Obie także przebyły relaparotomię, jedna z powodu zapalenia, druga z powodu krwawienia. Zatem niebezpieczeństwo powstania zrostów było wysokie. W piśmiennictwie także przytacza się duże ryzyko zrostów w pępku po laparotomiach [2]. W obu przypadkach operatorzy zdecydowali się na dostęp laparoskopowy z wprowadzeniem pierwszego trokaru przy pępku. W pierwszym przypadku wskazaniem do zabiegu były przewlekłe bóle w podbrzuszu, opera-

tor szukał ich przyczyny i liczył się ze znalezieniem zrostów, które chciał uwolnić, biorąc pod uwagę najczęstsze miejsce (miejsca), gdzie występowały dolegliwości. Potrzebował do tego odpowiedniego pola operacyjnego w jamie brzusznej, skąd z miejsc, gdzie zrostów raczej nie ma, mógł przejść do podejrzanego pola zrostów, przeprowadzić diagnostykę i leczenie. W drugim przypadku, poszukując torbieli lewego jajnika, mógł również liczyć się ze zrostami. Autorzy stwierdzają w dyskusji, że niebezpieczeństwo uszkodzenia jelita było w tych przypadkach niejako zaprogramowane. Zgadza się z tym w całej rozciągłości i proponuję w podobnych przypadkach rozpoczęcie operacji laparoskopowej z daleka od możliwych zrostów – z dostępu Palmera w lewym nadbrzuszu. Autorzy co prawda wspomnieli o takiej możliwości, ale metodę przedstawili raczej pobieżnie i uznali ją za bardziej skomplikowaną.

Tymczasem dostęp Palmera – szeroko rozpowszechniony wśród chirurgów francuskich – jest zupełnie prosty i wykorzystuje naturalne uniesienie powłok jamy brzusznej przez łuk żebrowy (nie wymaga zatem unoszenia powłok i dziurawienia ich kleszczykami Backhausa przed wprowadzeniem igły Veressa). Chirurdzy francuscy odmierzają 3 palce na lewo od linii środkowej ciała i 3 palce w dół od łuku żebrowego lewego, lokalizując punkt Palmera [2, 3]. W to miejsce wbija się igłę Veressa i po wykonaniu insuflacji poszerza otwór

### Adres do korespondencji

dr n. med. Włodzimierz Majewski, Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorska Akademia Medyczna, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, tel. +48 91 480 09 83, faks +48 91 480 09 84, e-mail: wdmajewski@poczta.wp.pl

w powłokach i wprowadza odpowiedni trokar (zazwyczaj 10–12 mm trokar roboczy dla prawej ręki operatora). Można wtedy ocenić, czy i gdzie możliwe jest wprowadzenie trokara w okolicy pępka – już pod kontrolą wzroku. Ten dostęp jest możliwy w większości przypadków chorych po zabiegach operacyjnych, oszczędza naczynia nabrzusze [2]. Operacje w lewym podżebrzu zdarzają się rzadko (splenektomia i przedłużenie cięcia pod łukiem żebrowym prawym w operacjach trzustki). Możliwymi powikłaniami są insuflacja sieci większej u osób otyłych, co nie stanowi większego problemu i jest zazwyczaj odległe od pola operacyjnego, oraz nakłucie przez igłę Veressa żołądka, rozдутego po zbyt intensywnym natlenieniu pacjenta podczas wprowadzania do znieczulenia (warto przed zastosowaniem tego dostępu opukać nadbrzusze lewe, a w razie wątpliwości poprosić o wprowadzenie sondy do żołądka).

Przedstawiona technika jest jakby uzupełnieniem wielu możliwości zapobiegania w przyszłości takim powikłaniom, jak przedstawione w przytoczonej pracy. Autor stosuje technikę Palmera jako rutynowy dostęp laparoskopowy od wielu lat i oprócz jednokrotnego przebicia rozдутej ściany żołądka igłą Veressa (miejsce widoczne od razu po wprowadzeniu optyki zaopatrzone szwem wiązonym wewnątrznie, przebieg bez następstw) nie było innych poważniejszych powikłań. Także widoczność struktur podbrzusza, zwłaszcza u niższych pacjentów, z takiego dostępu jest bardzo dobra.

Być może w operacjach ginekologicznych wykonywanych laparoskopowo dostęp Palmera może wydawać się zbyt odległy, zwłaszcza dla pacjentek o dużych wymaganiach estetycznych. Dlatego wymyślono nawet użycie w tym miejscu minilaparoskopu jako – wspomnianą przez autorów – technikę tzw. *double laparoscopy* [4]. Jeżeli jednak wyjaśni się chorej powód takiego postępowania, z podkreśleniem, że po pewnym czasie blizna długości 1 cm będzie widoczna jedynie dla wprawnego oka, najczęściej uzyskuje się zgodę pacjentki na taki dostęp przy użyciu zwykłego trokaru.

Jednak za najważniejszą sprawę w profilaktyce tego typu powikłań uważam umiejętność przewidzenia istnienia zrostów w miejscu planowanego wprowadzenia trokarów i dostosowanie sposobu wykonania zabiegu tak, aby to zagrożenie było jak najmniejsze.

### Piśmiennictwo

1. Bartnicki J, Sikora J, Tylko M. Uszkodzenie jelita przy wprowadzaniu pierwszego trokaru u pacjentek po przebytych operacjach brzusznych. *Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne* 2008; 3: 35-8.

2. Durand-Reville M, Guichard-Checchi C, Ejnes L i wsp. Celiochirurgie gynécologique et ventre cicatriciel: quel abord de la cavite peritoneale? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32: 625-33.
3. Lenglet Y, Roman H, Rabishong B, et al. Traitement aëlioscopique des kystes de l'ovaire au cours de la grossesse. Laparoscopic management of adnexal masses during pregnancy. *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2006; 34: 101-6.
4. Cohen MR, Scoccia B. Double laparoscopy: an alternative two stage procedure to minimize bowel and vessel injury. *J Gynecol Surg* 1991; 7: 203-6.