

CZU: 616.34-007.272-08:618.2

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2023.3-77.24>

## OCLUZIA INTESTINALĂ ACUTĂ LA GRAVIDE

Irina PALADII<sup>1</sup>, dr. în șt. med., cercet. științific,

Vadim GHEORGHÎȚA<sup>1</sup>, cercet. științific,

Vladimir KUSTUROV<sup>1,3</sup>, dr. hab. în șt. med., conf. cercet.,

Tamara BÂTCA<sup>4</sup>, medic obstetrician-ginecolog,

Anna KUSTUROVA<sup>2,3</sup>, dr. în șt. med., conf. univ.

<sup>1</sup>Laboratorul de Chirurgie hepato-pancreato-biliară;

<sup>2</sup>Catedra de ortopedie și traumatologie, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”;

<sup>3</sup>Laboratorul “Politrauma”, IMSP Institutul de Medicină Urgentă;

<sup>4</sup>IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova

*e-mail: irina.paladii@usmf.md; anna.kusturova@usmf.md*

### Rezumat.

**Introducere.** Ocluzia intestinală la gravide se caracterizează prin dificultatea diagnosticului și prognosticul negativ pentru gravidă (35-50%) și făt (60%).

**Scop.** Studiarea etiologiei și particularităților de conduită în ocluzia intestinală acută la gravide.

**Material și metode.** Lotul de studiu constituie 4 gravide diagnosticate cu ocluzie intestinală acută. Toate pacientele au fost supuse investigațiilor clinice, examenului de laborator și instrumental: USG, radiografia abdomenului; consultația chirurgului, ginecologului, endoscopistului.

**Rezultate.** Toate pacientele au beneficiat de un tratament complex și individual, care s-a soldat cu rezultate pozitive. Două gravide au suportat intervenții chirurgicale: cezariană, laparotomie, cu nou născuți vii. La 2 paciente graviditatea a fost păstrată.

**Concluzii.** Cauzele ocluziei mecanice intestinale la gravide au fost volvulusul colonului sigmoid și procesul aderențial intraabdominal după operații anterioare. Particularitățile conduitei gravidelor cu ocluzie intestinală au fost: dificultăți de diagnostic, adresare tardivă, tablou clinic neclar.

**Cuvinte cheie:** ocluzia intestinală, gravide, conduita pacientelor.

### Summary. Acute intestinal occlusion in pregnant women.

**Introduction.** Intestinal occlusion in pregnant women is characterized by the difficulty of diagnosis and the negative prognosis for the pregnant woman (35-50%) and the fetus (60%).

**Purpose.** Study of the etiology and particularities in the management of pregnant women with acute intestinal occlusion.

**Material and methods.** We conducted a study of the treatment of 4 pregnant women with acute intestinal occlusion. Patients were examined clinically, laboratory, USG, abdominal X-ray, consulted by a gynecologist, surgeon, endoscopist, etc.

**Results.** The treatment performed in 4 pregnant women with acute intestinal occlusion was complex, individual, successful. Surgical interventions: caesarean section, laparotomy was performed, new borns alive. In 2 patients the pregnancy was preserved.

**Conclusions.** The causes of mechanical intestinal occlusion in pregnant women were volvulus of the sigmoid colon and intra-abdominal adhesion process after previous operations. The management peculiarities of pregnant women with intestinal occlusion were: diagnostic difficulties, late referral, unclear clinical picture.

**Keywords:** intestinal occlusion, pregnant women, management.

### Резюме. Острая кишечная непроходимость у беременных.

**Введение:** Острая кишечная непроходимость у беременных характеризуется трудностью диагностики и неблагоприятным прогнозом для беременной (35-50%) и плода (60%).

**Цель.** Изучить этиологию и особенности ведения беременных с острой кишечной непроходимостью.

**Материал и методы.** Изучено лечение 4 беременных женщины с острой кишечной непроходимостью. Проведено: лабораторные анализы, УЗИ, рентгенография брюшной полости, клинический осмотр гинеколога, хирурга, эндоскописта, др.

**Результаты.** Лечение 4 беременных с острой кишечной непроходимостью было комплексным, индивидуальным и успешным. У 2 беременных после операций: кесарева сечения и лапаротомии, новорожденные живы. У 2 пациенток беременность сохранена.

**Выводы.** Причиной кишечной механической непроходимости у беременных были заворот сигмовидной кишки и внутрибрюшной спаечный процесс после проведенных ранее операций. Особенностью ведения беременных с кишечной непроходимостью были: трудности диагностики, позднее обращение, неясная клиническая картина.

**Ключевые слова:** кишечная непроходимость, беременные, ведение больных.

### Introducere.

Ocluzia intestinală la gravide este una dintre cele mai severe patologii chirurgicale ale cavității abdominale, care se caracterizează prin severitatea bolii, dificultatea de diagnostic, mortalitate maternă ridicată și prognostic nefavorabil pentru făt. Letalitatea pacienților cu ocluzie intestinală este de 3-18%, la gravide 50% [1-12]. Ca urmare a intervențiilor chirurgicale, dezvoltării maladiei aderențiale, frecvența ocluziei intestinale la gravide în ultimii 50 de ani a crescut de 2-3 ori [4, 7, 9, 11]. Potrivit autorilor, incidența ocluziei intestinale la gravide este de 1:40000-1:50000, mortalitatea la gravide ajunge până la 50%, mortalitatea fătului 60-75% [2, 3, 4-8, 10, 12]. În această grupă de paciente eroriile de diagnostic sunt des întâlnite [10, 11]. În studiul dat la gravide se acordă puțină atenție, din cauza complexității metodelor de diagnostic, multe din ele fiind contraindicate în sarcină [11]. Dificultățile de diagnostic la gravide sunt asociate cu absența simptomelor clasice ale bolii, care se datorează modificărilor raporturilor topografice ale organelor abdominale, precum și unui răspuns imun insuficient din cauza modificărilor în corpul unei femei gravide [5, 8, 12]. Lipsa datelor în literatura de profil cu privire la tactica diagnostico-curativă unică în ocluzia intestinală la gravide duce la erori de tratament și diagnostic, mortalitate ridicată, ceea ce dictează necesitatea studierii în continuare a acestei teme [1-12].

### Scopul.

Studierea etiologiei și particularităților de conduită în ocluzia intestinală acută la gravide.

### Material și metode.

A fost efectuat un studiu detaliat al anamnezei, evoluției clinice, caracteristicilor diagnosticului și tratamentului la 4 gravide cu ocluzie intestinală acută, spitalizate și tratate în Institutul de Medicină Urgentă, în ultimii 11 ani. La aceste gravide suspectată ocluzia intestinală. La internare s-au efectuat investigații complexe: examen clinic și de laborator, USG abdomenului și USG pentru verificarea dezvoltării fătului în dinamică, radiografia abdomenului, consultația chirurgului, ginecologului, endoscopistului, etc. Vârsta medie  $30,5 \pm 2,51$  ani.

### Rezultate.

Tuturor gravidelor internate li s-a acordat o atenție deosebită, datorită necesității diagnosticării urgente, excluderii patologiei chirurgicale și determinării tacticii de tratament. Starea generală a gravidelor a fost de gravitate medie cu aceleași acuze: dureri în epigastriu, abdomen; grețuri, vome, cu înrăutățirea stării generale.

Examenul clinic al abdomenului: semne de clapotaj și peritoneale - negative, peristaltizm prezent. La USG datele sarcinii. Diagnosticul de ocluzie intestinală a fost constatat după radiografia de ansamblu a abdomenului. Conduita și tactica de tratament a fost individuală la fiecare pacientă, în dependență de etiologia ocluziei, perioada de gestație, timpul spitalizării, evoluția patologiei chirurgicale.

Pacienta I., 31 ani, graviditatea S2,NI, 33 săptămâni. Spitalizată după 22 ore de la debutul bolii. În anamneză - apendicectomie. Ps 68 în min., TA 110/80 mmHg. După examinarea a fost diagnosticată ocluzia intestinală acută.



Figura 1. Radiografia pacientei G.S.: Ocluzie acută intestinală înaltă. Sarcină 31 săptămâni



Figura 2. Radiografia pacientei G.I.: Ocluzie intestinală. Volvulus a sigmei. Sarcină 27 săptămâni.

Pacienta G.S., 31 ani, graviditatea S2,NI, 31 săptămăni. Spitalizată după 48 ore de la debutul bolii. În anamneză - operația cezariană. Ps 90 în min., TA 115/80 mmHg. Diagnosticul - ocluzie intestinală acută (fig.1).

Pacientele I., G. au avut aceeași tactică de tratament. Monitorizare în dinamică, tratament conservativ fără efect pozitiv. După stabilirea diagnosticului de ocluzie intestinală s-a efectuat operația cezariană în mod urgent. Nou născuți vii, ponderea 1900-2000 gr, lungimea 41-43 cm, după scor Apgar 5, 6-7, copii au fost transferați în secția neonatologie. Operația a fost prelungită de chirurghi - efectuată disecția aderențelor abdominale, drenarea cavității abdominale. Tratament postoperator fără complicații. Durata medie de spitalizare a constituit 8 zi/pat.

Pacienta G.I, 27 ani, graviditate S2,NI, 27-28 săptămăni. Spitalizată după 6 ore de la debutul bolii. Din anamneză - operația (ocluzie intestinală) suportată 2 ani în urmă. Ps 80 în min., TA 120/80 mmHg. După investigație completă s-a stabilit diagnosticul de volvulus a sigmei (fig.2). S-a efectuat colonoscopia cu devolvulare endoscopică, decompresia colonului. Starea pacientei stabilă, sarcina păstrată.

Pacienta C., 33 ani, graviditatea S3,NI, 8 săptămăni. Spitalizată după 4 zile de la debutul bolii. În anamneză - apendicectomie, hernioplastie. Ps 80 în min., TA 120/80 mmHg. Diagnosticul: ocluzie intestinală înaltă parțială. Monitorizarea pacientei în dinamica, tratament conservativ cu restabilirea tranzitului intestinal. Starea pacientei stabilă, sarcina păstrată.

Cauza ocluziei intestinale mecanice a fost: torsionarea intestinului sigmoid (n=1) și proces aderențial intraabdominal postoperator după intervențiile efectuate: cezariană, apendectomie, hernioplastie (n=3). Intervențiile chirurgicale pe abdomen suportate anterior sunt factorii de risc pentru ocluzia intestinală la gravide [12].

Particularitățile de conduită în ocluzia intestinală acută la gravide au fost: adresare tardivă, tablou clinic neclar, diagnostic confirmat după radiografia abdomenului; individual la fiecare gravidă în parte în ceea ce privește gestația, patologia concomitentă și alegerea metodei de tratament: conservativă, laparoscopică, sau chirurgicală.

În rezultatul tratamentului administrat, toate pacientele au fost externate în stare satisfăcătoare, dintre care 2 paciente cu nou născuți vii și 2 sarcini păstrate. Durata medie de spitalizare a constituit 5,5±3,8 zi/pat.

### Discuții.

Clasificarea modernă a ocluziei intestinale acute include mulți parametri: după mecanismul de apariție (dinamic, mecanic), după localizare (înaltă, joasă), etc. [4, 8, 10, 11]. După datele literaturii principala cauză a ocluziei intestinale este cauza mecanică inclusiv la

femeile gravide (<70%) [1-6, 8-10, 12], ceea ce a fost observat și în grupul nostru de studiu. Diagnosticul și tratamentul patologiei chirurgicale la gravide este mai dificil decât la femeile care nu sunt gravide, ceea ce impune anumite particularități în conduita gravidelor cu ocluzia intestinală acută. Rezultatele studiului nu contrazic datele literaturii de specialitate în privința gravității și complexității managementului gravidelor cu ocluzie intestinală acută [4, 10, 11]. Principalii indici ai eficacității tacticii de tratament aplicate sunt mama și copilul sănătoși [10-12].

### Concluzii

Intervențiile chirurgicale pe abdomen suportate anterior sunt factori de risc pentru ocluzia intestinală la gravide

Particularitățile de conduită în ocluzia intestinală acută la gravide sunt: dificultăți de diagnostic, adresare tardivă, tablou clinic neclar, individualitatea fiecărei gravide în ceea ce privește vârsta gestațională, comorbiditățile și alegerea metodei de tratament individual pentru fiecare gravidă.

Tratamentul conservativ și intervențiile chirurgicale în ocluzia intestinală la gravide se efectuează ținând cont de păstrarea sarcinii.

O caracteristică a managementului femeilor însărcinate cu ocluzie intestinală este necesitatea de a lua decizii cu privire la păstrarea vieții gravidei și fătului.

### Bibliografie

1. Casey FE, Lau KN, Mesbah MC, Khalife ME. *Use of laparoscopy for resolution of intussusception in the third trimester of pregnancy: a case report.* J Reprod Med. 2009;54(11-12):712-4.
2. Di Buono G, Ricupati F, Maienza E, Gulotta L, Buscemi S, Agrusa A. *Small bowel obstruction after caesarean section: Laparoscopic management. Two case reports.* Int J Surg Case Rep. 2020;77S(Suppl):S96-S100.
3. Huerta S, Pickett ML, Mottershaw AM, Gupta P, Pham T. *Volvulus of the Transverse Colon.* Am Surg. 2023;89(5):1930-1943.
4. Kalu E, Sherriff E, Alsibai MA, Haidar M. *Gestational intestinal obstruction: a case report and review of literature.* Arch Gynecol Obstet. 2006;274(1):60-2.
5. Malézieux-Picard A, Saint-Paul MC, Dellamonica J, Courjon J, Tieulié N, Marty P, Fuzibet JG, Collomp R, Marinho JA, Queyrel V. *Severe intestinal obstruction due to Strongyloides stercoralis in a pregnant woman.* Med Mal Infect. 2017;47(6):429-431.
6. Osime OC, Onakewhor J, Irowa OO. *Intussusception in pregnancy-a rarely considered diagnosis.* Afr J Reprod Health. 2010;14(1):145-8.
7. Penney D, Ganapathy R, Jonas-Obichere M, El-Refeay H. *Intussusception: a rare cause of abdominal pain in pregnancy.* Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;28(5):723-5.
8. Shenhav S, Gemer O, Segal S, Linova L, Joffe B. *Preoperative diagnosis of intestinal intussuscep-*

- tion in pregnancy. A case report.* J Reprod Med. 2000;45(6):501-3.
9. Stukan M, Kruszewski Wiesław J, Dudziak M, Kopie-  
jć A, Preis K. *Niedrożność przewodu pokarmowego u  
kobiet ciężarnych [Intestinal obstruction during preg-  
nancy].* Ginekol Pol. 2013;84(2):137-41.
  10. Walczak DA, Czerwińska M, Fałek W, Trzeciak PW.  
*Volvulus of transverse colon as a rare cause of ob-  
struction - a case report and literature review.* Pol  
Przegl Chir. 2013;85(10):605-7.
  11. Wikman-Jorgensen P, Requena-Méndez A, Llenas-  
García J. *A Review on Strongyloidiasis in Pregnant  
Women.* Res Rep Trop Med. 2021;12:219-225.
  12. Хворостухина Н. Ф., Салов И. А., Рогожина И. Е.,  
Столярова У. В. *Факторы риска кишечной непрохо-  
димости у беременных.* Саратовский научно-меди-  
цинский журнал. 2012.8(3):723-728. [Khvorostukhina  
N. F., Salov I. A., Rogozhina I. E., Stolyarova U. V. *Risk  
factors for intestinal obstruction in pregnant women.*  
Saratov Scientific Medical Journal. 2012.8(3):723-728].

*Studiul a fost realizat în cadrul proiectelor Pro-  
gram de Stat 2020-2023 nr. 20.80009.8007.07, nr.  
20.80009.8007.11.*