

Tehnici operatorii: atitudine personală

Chirurgia (2011) 106: 91-97
Nr. 1, Ianuarie - Februarie
Copyright © Celsius

Plicaturarea marii curburii gastrice pe cale laparoscopică (pentru tratamentul obezității morbide)

C. Copăescu

Clinica de Chirurgie, Spitalul "Sf. Ioan", București, România

Definiție

Plicatura marii curburii gastrice pe cale laparoscopică (PMCGL) (engl. Laparoscopic Greater Curvature Gastric Plication) este un procedeu restrictiv de chirurgie bariatrică care presupune invaginarea marii curburii a stomacului în lumenul acestuia. Acest procedeu se realizează prin apozitie sero-seroasă fixată în puncte separate sau surget, dispuse longitudinal, în rânduri paralele, începând de la unghiul Hiss până la pilor (Fig. 1).

Istoric

Procedeul de plicaturare gastrică a fost relansat pentru tratamentul obezității morbide în urmă cu mai puțin de 2 ani (1,2) Tehnica actuală are la bază o reducere importantă a capacității rezervorului gastric, așa cum a fost propus în urmă cu 3-4 decenii (3-6), fiind în plus susținută de avantajele chirurgiei laparoscopice (2,7) și de studii experimentale recente (8).

Trebuie precizat că au fost descrise 2 variante de plicatură gastrică: anterioară și verticală. Plicatura gastrică anterioară, care nu presupune întreruperea vascularizației marii curburii a stomacului este un procedeu mai simplu însă, a fost demonstrat că, eficiența sa asupra diminuării excesului ponderal la pacienții cu obezitate morbidă este inferioară plicaturii verticale, variantă tehnică mai larg acceptată astăzi și descrisă în prezentul articol (1).

Deși experiența mondială în realizarea PMCGL este încă

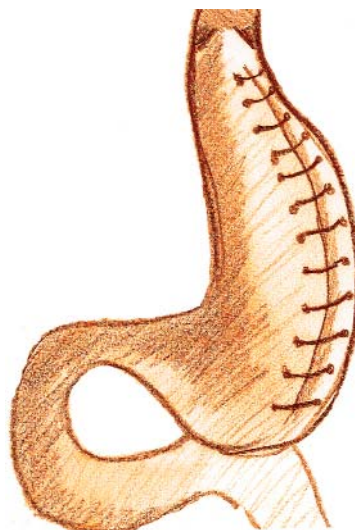


Figura 1. Plicatura marii curburii gastrice

foarte limitată, iar rezultatele la distanță nu pot fi consemnate de nici un centru de chirurgie bariatrică, avantajele acestei metode se desprind din faptul că nu presupune rezecții digestive și, în consecință, complicațiile asociate, dar și costurile procedurii vor fi semnificativ mai reduse. (7)

În experiența personală, prima plicatura gastrică realizată prin abord laparoscopic a fost consemnată în iunie 2010, cumulând la data subscrierii acestui articol, un număr 22 de pacienți cu obezitate morbidă care au beneficiat de PMCGL.

Indicații

Plicatura marii curburii gastrice pe cale laparoscopică respectă aceleași criterii de includere și de excludere ale pacienților cu

Correspondență: Dr. Cătălin Copăescu
Clinica de Chirurgie, Spitalul "Sf. Ioan"
Șos. Vitan Bârzești, nr 14, sector 4, București
E-mail: catalincopaescu@gmail.com

obezitate morbidă asupra căreia există astăzi consens. (9,10)

În mod particular, PMCGL poate fi indicată pacienților obezi cu risc potențial de dezvoltare a unor complicații hemoragice sau fistuloase (ex. redo după gastric banding), ca și în cazul pacienților care nu doresc îndepărtarea parțială sau cvasitotală a stomacului din circuitul digestiv. Alături de condiția de risc de apariție a complicațiilor postoperatorii mult diminuat comparativ cu alte procedee bariatrice, în alegerea PMCGL cântărește și condiția avantajoasă din punct de vedere financiar.

Deși în principiu, nu există contraindicații pentru aplicarea acestei metode în funcție de Indicele de Masă Corporeală (IMC), la pacienții cu superobezitate morbidă (IMC peste 50) sau mai mult, condiția tehnică dificilă de efectuare a acestui procedeu determină limitarea relativă a indicației în aceste cazuri. Desemenea, nu se recomandă realizarea PMCGL la pacienții cu hernie hiatală și sau boala de reflux gastro esofagian.

Eficiența procedurii de plicatură a mării curburi gastrice pe cale laparoscopică (PMCGL) are la bază limitarea aportului alimentar și, în consecință influențarea balanței energetice individuale. Această consecință este susținută deocamdată doar de reducerea capacității rezervorului gastric, alte mecanisme prin care, pe cale hormonală PMCGL poate acționa în beneficiul pacienților cu obezitate morbidă nefiind încă demonstrate.

Spre deosebire de montarea laparoscopică a inelului de silicon reglabil, PMCGL este o soluție restrictivă mai agresivă care implică gesturi complexe de hemostază, disecție și sutură digestivă. Dar, din acest motiv nu trebuie neglijată contribuția importantă a progresului tehnologic în electrochirurgie, avantaj care a făcut posibilă simplificarea și standardizarea acestei metode prin abord miniminvasiv. Pe de altă parte, trebuie subliniat faptul ca PMCGL este scutită de toate complicațiile asociate unui corp străin intraperitoneal.

Deasemenea, PMCGL prezintă avantaje față de gastrectomia longitudinală laparoscopică, deoarece nu necesită utilizarea dispozitivelor de sutură mecanică și, din acest motiv, atât rata complicațiilor cât și a costurilor asociate sunt mult mai reduse.

Tehnica operatorie

Plicatura mării curburi gastrice se traduce tehnic prin invaginarea verticală a stomacului, realizând un rezervor tubular, cu aspect exterior asemănător gastrectomiei longitudinale. (Fig. 1)

Acest procedeu se poate realiza prin abord laparoscopic sau prin laparotomie. Pentru ambele modalități de abord, operația urmărește același scop, presupune aceleași mijloace de realizare, deosebirea constând în particularitățile căii de acces. Laparotomia este rezervată situațiilor în care abordul laparoscopic nu este posibil (sindrom aderențial major, deficiențe tehnice, lipsa experienței echipei operatorii) sau în care se impune conversia la tehnica deschisă - complicații intraoperatorii sau evidențierea unor situații particulare care determină această atitudine. Experiența noastră și nu numai, este în exclusivitate legată de tehnica miniminvasivă, care se recomandă pentru avantajele acestui abord, considerat standard de aur pentru chirurgia meta-

bolică. În consecință, detaliile tehnice pe care le voi prezenta în continuare se referă la plicatura mării curburi gastrice prin abord laparoscopic pentru obezitate morbidă.

Pacienții cu obezitate morbidă pentru care s-a stabilit indicația de PMCGL vor fi supuși unui protocol de pregătire preoperatorie. Scopul acestei etape obligatorii este de a ameliora riscurile anestezico-chirurgicale și de a îmbunătăți condițiile tehnice specifice acestui abord. Tratamentul specific urmărește ameliorarea comorbidităților asociate, profilaxia complicațiilor trombotice (terapie anticoagulantă) sau a celor infecțioase (antibioterapie peroperatorie), dar și evacuarea conținutului intestinal, pentru a obține o cameră de lucru satisfăcătoare (administrarea de soluții purgative – Dulcolax 10tb).

Plicatura mării curburi gastrice prin abord laparoscopic se desfășoară sub anestezie generală și intubație orotraheală. Manevrelor anestezice, direct proporționale cu gradul obezitității și amplitudinea morbidităților asociate, sunt de multe ori dificile și riscante, manipularea acestor bolnavi impunând o experiență consistentă a echipei de anesteziști.

Pentru PMCGL, pacientul obez este așezat pe o masă de operație adaptată chirurgiei bariatrice, în decubit dorsal, cu membrele inferioare în abducție (poziție franceză). Chirurgul operator este poziționat între membrele inferioare ale acestuia, iar ajutoarele - cameraman-ul și chirurgul ajutor - pe partea dreaptă și, respectiv pe partea stângă a pacientului. (Fig. 2) Cameraman-ul este întodeauna așezat pe un scaun suficient de scund pentru a nu incomoda mișcările brațelor operatorului și suficient de comod pentru a asigura constant o imagine intraoperatorie ireproșabilă.

Camera de lucru necesară abordului laparoscopic se realizează prin insuflarea cavității peritoneale cu CO₂, pe ac Veress introdus prin flancul stâng sau prin tehnica Hasson, până la o presiune de 12-14 mmHg. Cea de-a doua variantă,

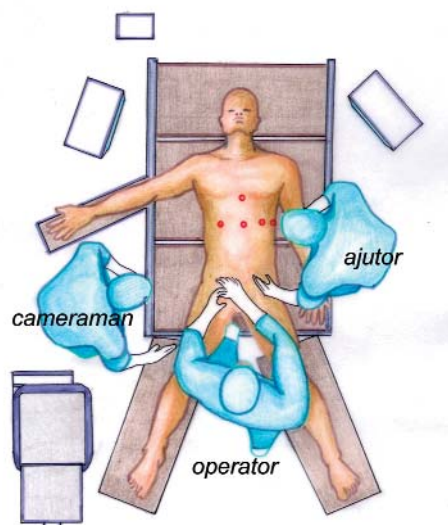


Figura 2. Poziția membrilor echipei operatorii pentru operația de plicatură a mării curburi gastrice pe cale laparoscopică

“la vedere”, asociază dificultăți importante legate de grosimea considerabilă a peretelui abdominal. Din acest motiv, apelez foarte rar la această tehnică, deși este mai sigură decât alternativa sa “oarbă”. Cu mâna stângă sau uneori cu ajutorul a 3-4 raci Backhaus-Roeder solid ancorați de tegumentul pacientului obez, ridic peretele abdominal anterior și stabilesc locul de introducere a acului Veress. Acesta, orientat paralel cu planul posterior, va străbate succesiv structurile parietale ale flancului stâng abdominal până când vârful său autoprotejat va fi pătruns în cavitatea peritoneală. Senzația dată de prezența acului Veress în peritoneu este mai greu de confundat după acumularea unei oarecare experiențe în utilizarea acestui tip de inducere a pneumoperitoneului. Fără îndoială că perete abdominal trebuie să fie relaxat adecvat.

Schema de dispunere a trocarelor de lucru prezentată în figura 3 este varianta pe care o utilizez de rutină. Ea conține 5 trocare de lucru, de 5 și 10 mm.

Trocarul optic (10 mm, reutilizabil) este plasat la stânga liniei mediane, la aproximativ 20 de cm față de xifoid. Reamintesc că, la pacienții cu obezitate morbidă, ciatricea ombilicală nu reprezintă un reper anatomic util în stabilirea dipoziției trocarelor de lucru.

La stânga trocarului optic, sub controlul vizual al telescopului cu vedere laterală, introduc un trocar de 10 mm, poziționat pe linia medio-claviculară stângă. Acesta poate fi de 5 mm dacă pensa de electrochirurgie utilizată pentru disecție este de 5 mm (Harmonic ACE, LigaSure Atlas sau Advanced etc) situație în care firele de sutură cu ac sertizat se vor introduce prin trocarul optic.

Lateral de acesta, la o distanță corespunzătoare, plasez un trocar de 5mm destinat instrumentelor manipulate de chirurgul ajutor.

La dreapta liniei mediane, 2-3 cm cranial față de planul de introducere a trocarului optic și 10-12 cm lateral de acesta,

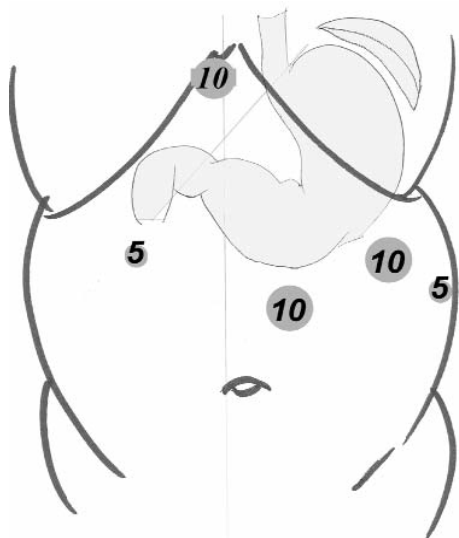


Figura 3. Schema de plasare a trocarelor de lucru pentru plicatura mării curburi gastrice pe cale laparoscopică

introduc un trocar de 5 mm, destinat instrumentelor manipulate de mâna stângă a operatorului.

În regiunea epigastrică plasez o canulă de 10 mm care să permită introducerea depărtătorului de ficat. Poziția exactă a acestui trocar depinde de dimensiunea lobului stâng hepatic: cu cât acesta este mai voluminos cu atât portul de acces epigastric trebuie orientat mai inferior. Deoarece această arie anatomică este foarte bine vascularizată (a. epigastrică superioară), utilizarea unor trocare obișnuite (cu vârf tăietor) asociază un risc crescut de sângerare intra sau postoperatorie. În aceste condiții recomand folosirea canulei Ternamian (Karl Storz), care prezintă un profil exterior spiralat. Fără a necesita trocar, canula Ternamian va străbate structurile peretelui abdominal, prin răsucire, disociind fibrele musculare, fără ale secționa, reducând astfel riscul de sângerare.

Dealtfel, numărul trocarelor de lucru ca și dispoziția mai sus prezentată sunt orientative. În situații particulare (antecedente chirurgicale prin abord deschis, etc) numărul porților de acces este suplimentat atât cât este nevoie, iar pozițiile de montare a acestora se orientează în consecință.

Expunerea câmpului operator în chirurgia laparoscopică esogastrică și cu deosebire în chirurgia obezității este dependentă și de mijloacele tehnice de care dispunem pentru ridicarea lobului stâng hepatic.

În majoritatea cazurilor steatoza hepatică prezentă la pacienții cu obezitate morbidă înfățișează un lob stâng hepatic voluminos, care umple în întregime spațiul subfrenic ipsilateral. Imobilitatea relativă a acestui organ, alături de o friabilitate capsulară exagerată impun utilizarea unor retractoare solide și, în același timp, atraumatice. Cea mai mare satisfacție mi-a oferit-o utilizarea depărtătorului de tip șarpe de 10 mm, cunoscut sub denumirea de Retractor Cuschieri (STORZ), instrument rigid și în același timp atraumatic – prin profilul rotund și suprafața mare de contact. (Fig. 4A) Acest instrument poate fi susținut de ajutorul plasat pe partea stângă a pacientului. Pentru a evita instalarea – inevitabil pentru operațiile prelungite – oboselii musculare a ajutorului, dar și pentru a folosi activ ambele mâini ale membrilor echipei operatorii, recomand folosirea unui suport-fixator extern (Fig. 4B) Montat la masa de operație acesta permite menținerea depărtătorului în poziția dorită pe tot parcursul intervenției chirurgicale. Ficatul nu va mai fi traumatizat de re poziționările repetate ale depărtătorului, iar confortul operator mult îmbunătățit.

Instrumentele de lucru – pense de prehensiune, foarfele, cârlig electrod, portac sau aspirator – utilizate în chirurgia bariatrică sunt mai lungi decât cele standard. Disponibilitatea pentru acest set de instrumentar la care se adaugă un telescop mai lung (42 cm) cu vedere laterală (45°) este obligatorie pentru majoritatea pacienților la care ne propunem efectuarea unei plicaturi a mării curburi gastrice pe cale laparoscopică.

Primul timp al PMCGI presupune tratarea pediculilor vasculari ai mării curburi. (Fig. 5) Acest timp operator este facilitat de utilizarea unor echipamente eficiente de disecție și coagulare: disectorul cu ultrasunete (Harmonic ACE, Ethicon J&J) sau diatermia bipolară asistată computerizat (LigaSure Atlas, Valleylab, Covidien).

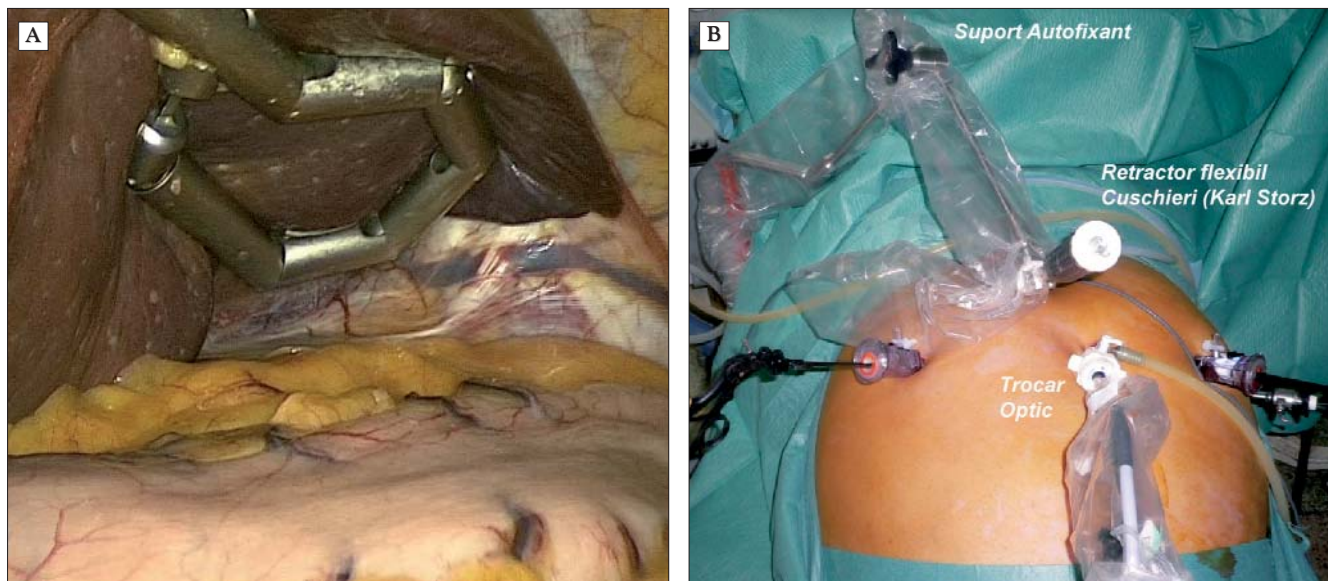


Figura 4. A. Plicatura mării curburi gastrice pe cale laparoscopică. Ridicarea lobului stâng hepatic cu ajutorul depărtătorului flexibil Cuschieri (Karl Storz); B. Plicatura mării curburi gastrice pe cale laparoscopică. Aspect extern: depărtătorul Cuschieri este susținut de suportul autofixant atașat la masa de operație

Pătrund în bursa omentală corespunzător segmentului inferior al porțiunii verticale a mării curburi gastrice. (Fig. 5A) La acest nivel, aderențele retrogastrice sunt minime, iar riscul de sângerare sau de lezare viscerală (pancreas, mezocolon transvers) este redus. Peretele anterior gastric este apucat de o pensă de prehensiune atraumatică, dublu fenestrată, de 5 mm, extra-long, (Crocce-Olmi, Karl Storz) manevrată de mâna stângă a chirurgului operator. Pensa de electrochirurgie, introdusă în cavitatea peritoneală prin canula de 5/10 mm din flancul stâng, este manipulată de mâna dreaptă a operatorului și va realiza eliberarea mării curburi gastrice în sens distal - până în apropierea pilorului - și în sens cranial - până la unghiul cardiotuberositar.

Spre deosebire de disecția pe care realizăm în vederea unei rezecții gastrice longitudinale, pentru PMCGL linia de secțiune electrică se va menține la 1-2 mm distanță față de peretele gastric pentru a evita producerea unor leziuni termice la acest nivel.

Pe măsură ce stomacul se eliberează de conexiunile vasculare laterale este permisă o expunere amplă a feței posterioare gastrice. Aderențele gastro-pancreatice, frecvent descoperite la acest nivel vor fi tratate prin electrochirurgie. (Fig. 5B)

Timpul de disecție cel mai emoționant este dat de tratarea ultimelor gastrice scurte, în vecinătatea polului superior lienal. În această arie anatomică, într-un spațiu milimetric existent între fornixul gastric și splină, disectorul cu ultrasunete sau

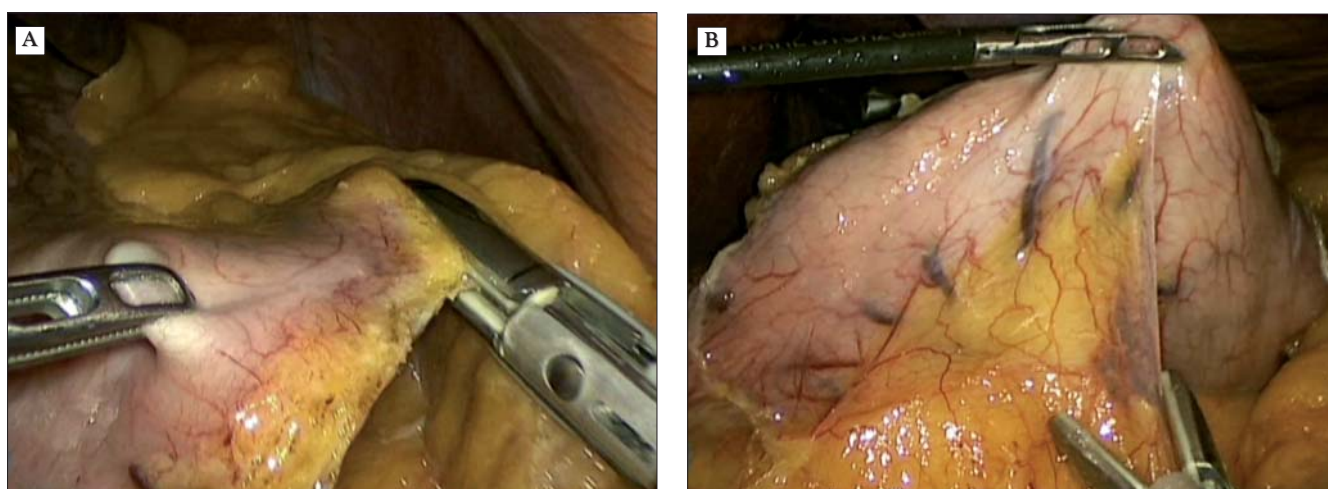


Figura 5. Plicatura mării curburi gastrice pe cale laparoscopică – tratarea conexiunilor vasculare ale mării curburi a stomacului

pensa LigaSure se dovedesc a fi instrumente de lucru de o excepțională valoare.

Fundul gastric trebuie eliberat complet de pe suprafața pilierului diafragmatic stâng la care aderă, asigurând astfel o mobilizare adecvată a acestuia și ulterior premisele realizării unei plicaturi uniforme. Gestul de disecție la acest nivel impune însă condiții de expunere foarte bună și manipularea delicată a instrumentului electric pentru a nu leza diafragma, vasele coronare, peretele gastric sau esofagul abdominal. Pentru acest timp operator, recomand utilizarea unui artificiu tehnic care oferă posibilitatea deschiderii unui spațiu generos de acces retrogastric înalt. Acesta constă în tracțiunea mării curburii gastrice caudal și spre dreapta, cu ajutorul unei pense de prehensiune introdusă prin trocarul de 5mm din flancul stâng, pensă manipulată de cea de-al doilea ajutor.

În vecinătatea joncțiunii esogastrice nu este necesară o disecție electrică insistentă deoarece, aceste manevre ar putea determina leziuni termice la nivelul acestor structuri anatomice vascularizate mai precar. Pe de altă parte, trebuie menționat încă de pe acum că, plicatura verticală va fi inițiată la aproximativ 2 cm de unghiul His, pentru ca invaginarea peretelui gastric să nu dezorganizeze funcțional cardia, inducând obstrucție majoră sau reflux gastroesofagian.

După ce marea curbura a stomacului a fost în întregime eliberată, urmează timpul de sutură gastrică. Limita cranială a plicaturii verticale este situată, așa cum am arătat mai sus, inferior de unghiul His (2 cm). Pentru calibrarea stomacului utilizez un tutore de 36 Fr introdus transoral de către medicul anesteziat.

Plicatura gastrică se realizează prin invaginarea mării curburii a stomacului, tehnică ce presupune apozitia sero-seroasă a pereților anterior și posterior ai acestuia. Menținerea acestei forme a stomacului impune sutură gastro-gastrică în puncte separate sau în surget, dispuse longitudinal, în 2-3 rânduri paralele.

Materialul de sutură utilizat va fi neresorbabil, cu dimensiunea de 0 sau 1, sertizat pe ac intestinal (27-34). Utilizarea firelor autoblocante poate ușura gesturile de sutură, facilitând menținerea apozității gastrice pe parcursul realizării surget-ului, fără contribuția chirurgului ajutor.

Unii autori preferă ca primul rând de sutură gastrică să se realizeze cu ajutorul unor fire separate, fixate cu nod extracorporeal. Această atitudine este justificată de faptul că astfel, invaginarea intragastrică poate fi mai bine orientată geometric (1). Din acest motiv, această variantă tehnică se recomandă chirurgilor aflați în perioada inițială, de acumulare, a expertizei în chirurgia laparoscopică bariatrică. Cel de-al doilea - și, dacă este necesar și cel de-al treilea - rând de sutură gastrică va fi dispus în surget.

Cea de-a doua variantă, pe care o prefer, presupune fixarea invaginării gastrice cu ajutorul a 2-3 linii de sutură continuă. Firul de sutură, monofilament neresorbabil, cu lungimea de 30-35 cm, sertizat pe ac intestinal 34 și înodat la capătul opus, este introdus prin trocarul de 10 mm din flancul stâng. Dacă, la acest nivel a fost preferat un port de acces de 5 mm, materialul de sutură va fi introdus prin trocarul optic. Pentru acest timp operator este de preferat utilizarea unor portace



Figura 6. Plicatura mării curburii gastrice pe cale laparoscopică – invaginarea stomacului cu ajutorul unei pense de prehensiune manipulată de ajutor

dedicate chirurgiei laparoscopice bariatrice, cu lungime de minim 42cm.

Plicatura gastrică este inițiată de ajutorul din partea stângă a pacientului care, prin intermediul unei pense de prehensiune care interesează marginea stângă a stomacului la limita inferioară a fornixului gastric, va realiza și va menține provizoriu, până la trecerea firului de sutură, invaginarea intragastrică a mării curburii.

Primul punct de sutură va fi plasat la 2 cm inferior față de unghiul His, sensul suturii fiind orientat caudal. Pentru a asigura confecționarea unui tub gastric uniform, peretele anterior și posterior al stomacului trebuie să contribuie în mod egal, distanța relativă față de mica curbura a stomacului fiind în permanență considerată. (Fig. 6)

Sutura gastro-gastrică va interesa doar straturile sero-musculare ale pereților stomacului, evitând penetrarea acului în lumenul digestiv. Trecerea ca și strângerea firelor de sutură trebuie să evite realizarea unor zone de stenoză sau torsiuni ale stomacului, situații ce pot determina tulburări funcționale ale noului rezervor gastric. Desemenea, trebuie prevenită strângerea exagerată sau ischemierea peretelui gastric, erori care pot avea consecințe grave asupra evoluției postoperatorii (fistula gastrică, peritonită).

După finalizarea a 2 linii de sutură continuă, va fi apreciată necesitatea reducerii suplimentare a capacității stomacului prin trecerea celui de-al treilea surget. Decizia trebuie să aibă în vedere și elementele funcționale amintite mai sus. În experiența personală, cel de-al treilea surget a fost necesar doar în 18% din cazuri (4/22 pts).

Aspectul final al PMCGI sugerează forma tubulară obținută în urma rezecției gastrice longitudinale, cu deosebirea că, lumenul acestuia este ocupat de faldurile de mucoasă proprie. (Fig. 7)

În finalul procedurii de PMCGI se efectuează controlul integrității liniei de sutură cu soluție de albastru de metilen

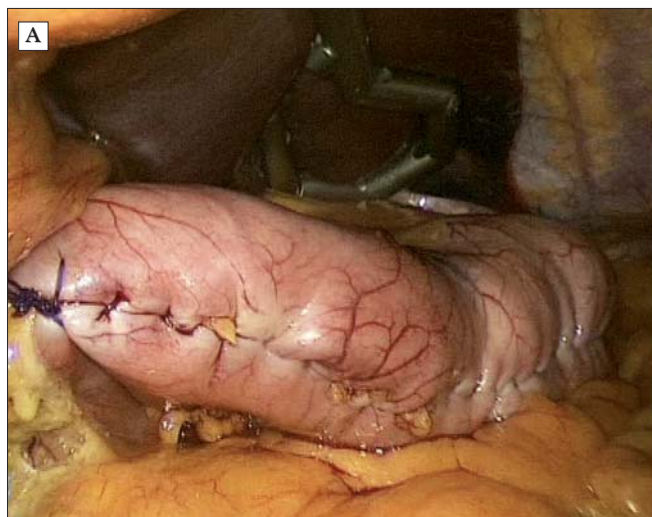


Figura 7. Aspect final al PMCGL - forma tubulară asemănătoare celei obținute în urma rezecției gastrice longitudinale. În dreapta schema invaginării verticale a marii curburi gastrice (secțiune transversală)

(100 ml). Pentru această manevră se plasează o sondă nazogastrică a cărei progresiune transgastrică este supravegheată de către operator și se dovedește de multe ori dificilă datorită mucoasei gastrice inversată întraluminal. Efectuarea testului cu albastru de metilen asigură și verificarea permeabilității sondei de aspirație, care trebuie să fie funcțională în perioada postoperatorie. Se recomandă ca sonda nasogastrică să fie menținută pentru minim 24 de ore, pentru a asigura decompresia stomacului plicaturat.

Prin breșa parietală din flancul stâng exteriorizez un tub de dren de silicon, plasat sub lobul stâng hepatic, în vecinătatea liniei de sutură gastrică. Înainte de exuflare completă, verific atent, sistematic hemostaza la nivelul ariei de disecție, liniei de sutură și a breșelor parietale.

Postoperator imediat pacientul așezat într-un pat adecvat, cu toracele ridicat pentru a asigura o respirație eficientă și va fi atent și complet monitorizat.

A două zi postoperator pacientul va fi supus unui control radiologic eso-gastric utilizând Gastrografin. Dacă nu se evidențiază soluții de continuitate gastrică, iar pasajul eso-gastro-duodenal este convenabil va fi extrasă sonda nasogastrică și i se permite pacientului să consume lichide în cantități foarte reduse. Pacientul rămâne în continuare atent monitorizat, acordând importanță adecvată oricărui element clinic (tahicardie, ascensiune termică) sau paraclinic survenit în evoluție. Aspectul drenajului subhepatic va fi atent urmărit și, dacă nu este preocupant, tubul de dren va fi suspendat la 24-48 ore postoperator.

În perioada postoperatorie pacenții prezintă frecvent sialoree și greață, motiv pentru care recomandăm pacienților administrarea prelungită de antisecretozii gastrice (Omeprazole 2 x 40 mg pe zi timp de 60 de zile) și de antiemetice (Ondasetron, 8-16 mg/zi). Deasemenea, se continuă profilaxia complicațiilor trombotice prin administrarea de heparină cu greutate moleculară mică

Între ziua a 2a și a 9 a postoperator pacientul va primi doar dietă lichidiană. Timp de 3 săptămâni alimentele ingerate vor fi de consistență scăzută și bine mărunțite.

Externarea are loc la 3-4 zile postoperator în funcție de toleranța digestivă și momentul reluării tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale. Pacienții se prezintă sistematic la control la 30 de zile, 3 luni, 6 luni, 12 luni și 24 de luni înregistrându-se atent rezultatele, complicațiile și particularitățile survenite în evoluția particulară a fiecăruia dintre pacienții operați.

Evaluarea radiologică a acestor pacienți prezintă aspecte particulare care, în afara unei observații avizate poate sugera prezența unei neoplazii gastrice extinse! (Fig. 8)

Evaluarea endoscopică după PMCGL este posibilă exhaustiv, deoarece mucoasa gastrică este expusă în totalitate (Fig. 9)

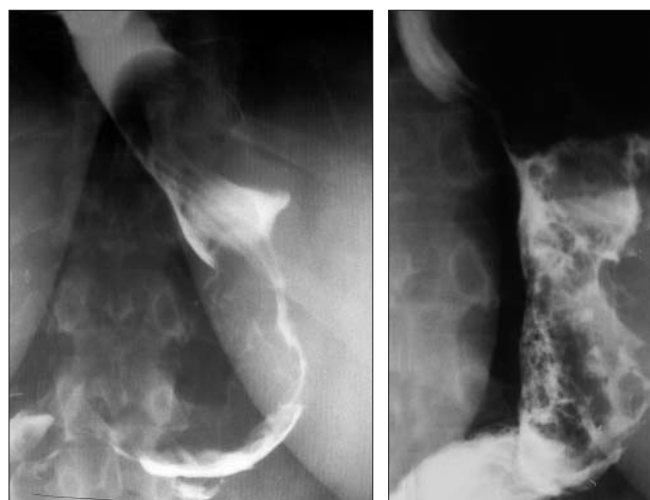


Figura 8. Aspect radiologic după plicatura marii curburi gastrice

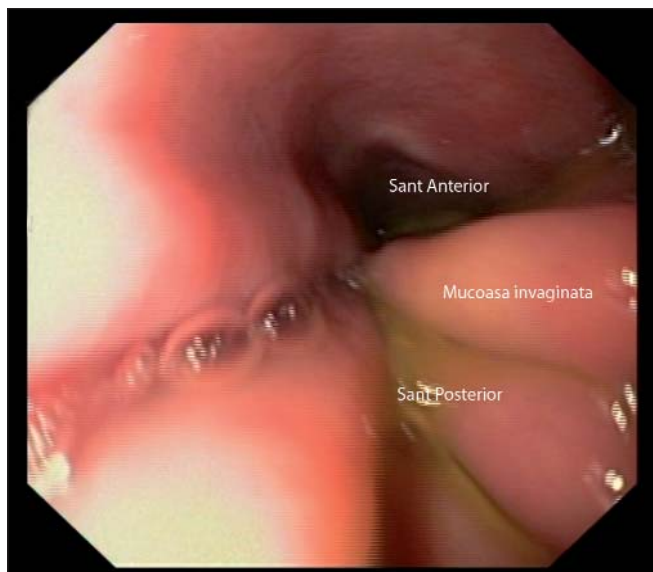


Figura 9. Aspect endoscopic după plicatura mării curburi gastrice

Incidențe. Complicații

Incidentele hemoragice intraoperatorii sunt frecvent minore, survin în timpul eliberării mării curburi gastrice și pot fi rezolvate laparoscopic.

Postoperator, complicațiile după PMCGL sunt foarte rare ceea ce o recomandă drept una dintre cele mai sigure proceduri de chirurgie bariatrică descrise vre-odată. Absența secțiunilor digestive reduce major riscul de apariție a complicațiilor grave, uneori mortale, hemoragia și fistula.

Totuși, complicațiile hemoragice pot fi determinate de surse de sângerare viscerale sau parietale neidentificate sau inactivate în timpul procedurii de PMCGL, iar hemoperitoneul instalat reclamă reintervenție în majoritatea cazurilor.

Fistula gastrică este prezentă în aceeași mică măsură după PMCGL, fiind determinată fie de manipularea inadecvată a instrumentelor electrice, fie de construcția defectuoasă, ischemiantă sau stenoizantă a tubului gastric. Spre deosebire de fistula gastrică survenită la pacienții cu rezecție longitudinală sau gastric bypass, tratamentul complicației fistulare după PMCGL este mult simplificat în evoluție datorită generozității stomacului restant. Acesta presupune tratarea peritonitei prin lavaj peritoneal abundent și, după caz infundarea leziunii, suspendarea parțială sau totală plicaturii, asigurând o recuperare rapidă a pacientului respectiv.

Rezultate. Concluzii

În experiența noastră durată intervenției chirurgicale este de

relativ redusă (95 ± 20 min). Rata conversiei ca și mortalitatea au fost nule.

Reducerea excesului ponderal (REP) la 6 luni postoperator este semnificativă, (48 ± 12 %), superioară performanței pacienților cu gastric banding, apropiată celor cu gastric sleeve și inferioară celor cu gastric bypass.

Deasemenea, subliniez reducerea importantă a comorbidităților precum și îmbunătățirea semnificativă a calității vieții pacienților.

Totuși, trebuie menționat că, sunt necesare studii aprofundate vis-a-vis de evoluția curbei ponderale la distanță mai mare față de momentul operator. Acest fapt se impune cu atât mai mult cu cât riscul de redimensionare sau dilatare a rezervorului gastric este potențial.

Plicatura mării curburi gastrice prin abord laparoscopic este un procedeu nou de chirurgie bariatrică atractiv și eficient pentru o categorie de pacienți cu acest tip de suferință. Departe de a fi un procedeu simplu, PMCGL beneficiază de o tehnologie medicală foarte modernă care, în condițiile unei expertize adecvate, îi asigură o aplicare facilă chiar și în cazurile medicale complexe.

Reference

1. 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.
2. Talebpour M, Amoli BS. Laparoscopic total gastric vertical plication in morbid obesity. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2007;17(6):793-8.
3. Cheah JS. Current management of obesity. *Singapore Med J.* 1996;37(3):299-303.
4. Kirk RM. An experimental trial of gastric plication as a means of weight reduction in the rat. *Br J Surg.* 1969; 56(12):930-3.
5. Kramer LD, Locke GE. Wernicke's encephalopathy. Complication of gastric plication. *J Clin Gastroenterol.* 1987; 9(5):549-52.
6. MacLean JB. Wernicke's encephalopathy after gastric plication. *JAMA.* 1982;248(11):1311.
7. Ramos A, Galvao NM, Galvao M, Evangelista LF, Campos JM, Ferraz A. Laparoscopic greater curvature plication: initial results of an alternative restrictive bariatric procedure. *Obes Surg.* 2010;20(7):913-8.
8. Fusco PE, Poggetti RS, Younes RN, Fontes B, Birolini D. Evaluation of gastric greater curvature invagination for weight loss in rats. *Obes Surg.* 2006;16(2):172-7.
9. NIH Consensus Development Conference: Gastrointestinal surgery for severe obesity. *Obesity Surgery.* 1991;1:257-65.
10. Sauerland S. EAES Clinical Practice Guidelines on Obesity Surgery. In: Neugebauer E, Sauerland S, Fingerhut A, Millat B, Buess G, editors. *EAES guidelines for Endoscopic Surgery.* Berlin Heidelberg: Springer; 2005. p. 213-57.