

HERFSTSYMPOSIUM VVGE – Brugge 23 november 2002

Conservatieve aanpak van obstructie.

M. Hiele (U.Z. Gasthuisberg, Leuven)

Inleiding

Twee belangrijke pathofysiologische mechanismen vormen de basis van de conservatieve behandeling van obstructie. Enerzijds gaat obstructie gepaard met accumulatie van vloeistof (en lucht) in het lumen van de darm. Dit wordt veroorzaakt door een toegenomen secretie van vocht en electrolyten. Uiteindelijk geeft dit aanleiding tot een verminderd intravasculair volume en tot electrolytenstoornissen. Een tweede belangrijk pathofysiologisch element is de stijging van de intralumenele druk in de darm, en de daarmee gepaard gaande distensie. Dit kan eventueel leiden tot verminderde perfusie van de wand van de darm, met ischemie en necrose van de darm als gevolg.

Toediening van vocht en electrolyten enerzijds, en het verminderen van de intralumenele druk door suctie anderzijds vormen de hoeksteen van de conservatieve aanpak van obstructie. In deze tekst wordt verder niet ingegaan op de modaliteiten van de correctie van hypovolemie en ionenstoornissen. Dit is echter een essentieel onderdeel van de behandeling. De hoeveelheid vocht die zich opstapelt in de gedistendeerde dunne darm kan immers oplopen tot 6 liter. Historisch gaat de aandacht voor correctie van de hypovolemie terug tot proefdierexperimenten die in 1912 werden uitgevoerd. Bij experimentele obstructie bleek dat toediening van natriumchloride oplossing de overleving van de proefdieren kon verlengen.

Ook suctie als behandeling van de verhoogde intralumenele druk heeft reeds en lange traditie. De eerste melding van deze techniek werd gemaakt in 1931 door O. Wangenstein, een chirurg uit Minnesota, die 3 patiënten met dunne darmobstructie behandelde door middel van suctie. Deze techniek vond snel navolging, en in 1944 werd geschat dat het gebruik van suctie reeds meer dan 100.000 levens zou hebben gered. Ook bij het grote publiek werd de behandeling door suctie een begrip, zoals blijkt uit dit versje van de populaire Amerikaanse dichter Ogden Nash uit 1951 :

"May I find my final rest in
Owen Wangenstein's intestine
knowing that his masterly suction
will assure my resurrection"

Deze tekst focuseert vooral op de aanpak van obstructie door briden (ongeveer de helft van alle patiënten met dunne darm obstructie), maar hier en daar worden expliciet specifieke aspecten van andere oorzaken van obstructie vermeld.

Efficiëntie van conservatieve behandeling

Uit verschillende gepubliceerde reeksen blijkt dat een operatie kan worden vermeden bij een groot aantal patiënten die zich aanbieden met een obstructie door briden. Het percentage verschilt enigszins van studie tot studie, maar de kans op succes van een conservatieve behandeling bedraagt in sommige studies meer dan 60 procent.

Hoe minder uitgesproken de tekens van obstructie, des te groter zijn de kansen op succes met de conservatieve behandeling. Sommige auteurs maken onderscheid tussen "partiële obstructie" en "totale obstructie". Bij totale obstructie is er slechts 10 tot 15 % kans op succes met een conservatieve behandeling. Anderzijds is bij partiële obstructie ongeveer 80 % kans op succes met conservatief beleid. Tekens die gebruikt worden om het onderscheid te maken tussen volledige en onvolledige obstructie zijn o.m. de aanwezigheid van lucht in het colon op een overzichtsopname van het abdomen, de blijvende passage van flatus, en de radiologisch vastgestelde passage van een kleine hoeveelheid contraststof. Nochtans dient opgemerkt dat het onderscheid tussen totale en partiële obstructie soms dubieus is en afhankelijk van het tijdstip waarop men de evaluatie maakt.

Miller et al. analyseerden de medische dossiers van 410 patiënten die werden opgenomen omwille van obstructie op basis van briden. Zesendertig procent van de patiënten werden tijdens de eerste opname heelkundig behandeld. In de daaropvolgende jaren was heropname nodig van 34 % van de patiënten die conservatief werden behandeld, en van 32 % van degenen die chirurgisch werden behan-

deld. Weliswaar was de tijd tot de volgende opname in het ziekenhuis korter bij de patiënten die conservatief werden behandeld. Anderzijds was er geen verschil in nood tot een volgende operatie, en verbleven de patiënten die conservatief werden behandeld gemiddeld minder lang in het ziekenhuis in de daaropvolgende jaren dan degenen die chirurgisch werden behandeld. Deze gegevens suggereren dat de conservatieve aanpak niet alleen op korte termijn succesvol kan zijn, maar ook op langere termijn tot acceptabele resultaten leidt.

Veiligheid van conservatieve behandeling

Het risico van de conservatieve behandeling van obstructie bestaat er vooral in dat strangulatie zou kunnen miskend worden, wat zou kunnen leiden tot een verhoogde mortaliteit. Anderzijds gaat elke heelkundige ingreep ook gepaard met een mortaliteit en morbiditeit. Er zijn heel weinig gegevens beschikbaar waarbij de uitkomst van een conservatieve behandeling vergeleken wordt met die van een snelle heelkundige ingreep. Mosley en Shoaib rapporteerden een prospectieve gecontroleerde studie waarbij patiënten met obstructie ten gevolge van adhesies op een gerandomiseerde wijze werden behandeld ofwel met onmiddellijke heelkunde, ofwel conservatief zo mogelijk. De data werden tot nu toe enkel als een abstract gepubliceerd. De totale groep bevatte 127 patiënten, waarvan er 63 aanvankelijk conservatief werden behandeld en 64 onmiddellijk voor heelkunde werden verwezen. In de conservatief behandelde groep werden uiteindelijk toch 22 patiënten geopereerd. Twee patiënten overleden in deze groep. Van de 64 patiënten die onmiddellijk werden geopereerd waren er 4 die overleden. Alhoewel dit een vrij beperkte groep betreft, suggereren deze data toch dat een aanvaardbare conservatieve houding niet gevaarlijker is dan onmiddellijke heelkunde.

Maagsonde of intestinale sonde

Suctie door middel van een intestinale sonde die voorbij de pylorus wordt ingebracht, heeft een aantal theoretische voordelen t.o.v. suctie door middel van een maagsonde. De suctie gebeurt op een plaats die zich dichterbij de plaats van de obstructie bevindt. Hierdoor kan een meer efficiënte drukverlaging worden bekomen in de gedistende dunne darm. Dit zou kunnen leiden tot een snellere verlichting van de pijn. Bovendien biedt het gebruik van een sonde gelokaliseerd in de dunne darm het bijkomend voordeel dat via deze sonde in een latere fase contraststof kan worden toegediend voor een enteroclysis onderzoek.

Anderzijds heeft de maagsonde als voordeel dat ze gemakkelijker te plaatsen is. Het leeghevelen en de decompressie van de maag verloopt efficiënter dan met een intestinale sonde, wat het risico op aspiratiepneumonie reduceert. Een bijkomend voordeel is dat er geen kwik in de sonde moet worden gebracht om de tip te verzwaren. De meeste intestinale sondes zijn immers aan de tip voorzien van een ballon waarin kwik wordt gebracht om deze te verzwaren zodat ze beter doorschuift. Alhoewel anorganisch kwik wellicht weinig risico inhoudt voor de patiënt, betekent het gebruik ervan een risico voor het milieu, en is daarom in een aantal landen verboden.

In 1987 rapporteerden Brolin et al. een retrospectieve studie bij 311 patiënten met 342 periodes van obstructie die werden behandeld met hetzij een intestinale sonde, hetzij een maagsonde. Er was geen duidelijk verschil tussen de kans op succes bekomen met beide sondes. Wel bleek dat een operatie vaker binnen de eerste 24 uur gebeurde bij patiënten die met een maagsonde werden behandeld. Het aantal postoperatieve complicaties was iets groter bij patiënten bij wie als behandeling een intestinale sonde werd geplaatst. Dit zou kunnen te maken hebben met het feit dat een intestinale sonde weliswaar meer efficiënt de pijnklachten vermindert en aldus leidt tot een uitstel van een operatie, doch uiteindelijk niet tot een hogere kans op succesvolle uitkomst van de conservatieve behandeling.

De enige prospectieve studie met betrekking tot dit onderwerp gebeurde door dezelfde groep uit New York, die 55 patiënten met obstructie door briden randomiseerde tot behandeling met maagsonde (28 patiënten) en behandeling met dunndarmsonde (27 patiënten). Er waren geen significante verschillen noch voor wat betreft de nood aan heelkunde, noch voor wat betreft het optreden van postoperatieve complicaties.

Hoe lang is een conservatieve behandeling veilig ?

In de literatuur is er geen eensgezindheid over de duur waarin een conservatieve houding kan worden aangenomen. De aanbevelingen variëren tussen 12 – 24 uur en 5 dagen. De meeste auteurs houden het bij 48 tot 72 uur.

Twee elementen spelen een rol bij het besluiten te stoppen met een poging tot conservatieve behandeling : enerzijds de kans dat de obstructie nog lost na een zekere tijd en anderzijds het risico op strangulatie. De meeste obstructies die in orde komen onder conservatieve behandeling lossen binnen de 48 uur ; na 72 uur is de kans op succes klein, maar niet onbestaand. Anderzijds neemt het risico op strangulatie toe met de duur van de obstructie. Alhoewel blijvende pijn en inflammatie belangrijke tekens zijn die een strangulatie doen vermoeden, is er geen enkele (klinische of biochemische) methode die met zekerheid toelaat de diagnose van strangulatie te stellen of uit te sluiten.

De hier voorgestelde duur van conservatieve behandeling geldt alleen voor obstructie door briden of adhesies. In bepaalde gevallen, zoals bij ziekte van Crohn en obstructie door peritoneale metastasen, kan er langer gewacht worden vooraleer te besluiten tot heekunde. In andere gevallen, zoals bij de diagnose van een ingeklemde breuk als oorzaak voor de obstructie, is een conservatieve behandeling uiteraard niet aangewezen.

Besluit

Bij patiënten met een intestinale obstructie, waarbij noch de oorzaak van de obstructie (bv. ingeklemde breuk), noch de ernst van de symptomen (die de verdenking op strangulatie doen rijzen) onmiddellijke heekundige behandeling noodzakelijk maken, is het de moeite waard de obstructie initieel conservatief te behandelen. Bij meer dan de helft van de patiënten kan op deze manier een heekundige behandeling worden vermeden. Weliswaar gaat een conservatieve aanpak gepaard met zekere risico's zoals het initieel miskennen van een strangulatie, maar dit moet afgewogen worden tegen het risico van een heekundige ingreep die op zichzelf een risico heeft dat wellicht in dezelfde orde van grootte ligt. De voornaamste modaliteiten van de conservatieve therapie zijn enerzijds substitutie van vocht en electrolyten, en anderzijds afzuigen van vocht door middel van de sonde. Er is op dit ogenblik geen bewijs dat een sonde ingebracht tot in de dunne darm meer efficiënt en veiliger zou zijn dan een sonde die tot in de maag wordt geplaatst.