NEWSLETTER #14 · ZAŁĄCZNIK 2 · CHIRURGIA

Wyciągnięcie sieci przez kanał drenu

Czerwiec 2026 · postępowanie krok po kroku

Rzadkie, ale znane powikłanie odprowadzania drenów — wymaga natychmiastowej oceny przez chirurga i jasnej decyzji: repozycja czy amputacja.

O co chodzi

Sieć większa (omentum) wciągana jest przez otwory boczne drenu lub przyczepia się do niego podczas gojenia i przy usuwaniu wychodzi razem z nim. Wyciągnięcie sieci przez kanał drenu brzusznego to powikłanie rzadkie, ale znane — i wymaga natychmiastowej oceny przez chirurga.

Kluczowa decyzja to ocena żywotności: sieć różowa i krwawiąca przy nacięciu kwalifikuje do repozycji lub podwiązania z amputacją, sieć ciemna i sucha — wyłącznie do podwiązania i amputacji, nigdy do wpychania do jamy brzusznej.

Mały fragment żywej sieci można zaopatrzyć przyłóżkowo w znieczuleniu miejscowym (podwiązanie PDS 3/0, amputacja, zamknięcie powięzi Prolen 2/0); przy martwicy, dużej ilości tkanki lub objawach otrzewnowych — bezwzględnie sala operacyjna.

Dane z chirurgii urazowej (Kong i wsp., Scand J Surg 2021, 405 przypadków) potwierdzają, że izolowana sieć jest narządem „wybaczającym" — selektywne, nieoperacyjne lub minimalnie inwazyjne podejście jest bezpieczne, pod warunkiem że nie ma współistniejącego uszkodzenia jelita.

Postępowanie krok po kroku

1 · Natychmiastowa ocena (pierwsze 15 minut)

Zabezpiecz tkankę wilgotną, ciepłą, jałową gazą — nie wpychaj na siłę. Oceń:

- Kolor i żywotność: różowa, wilgotna, krwawiąca przy nacięciu = żywa; ciemna, sucha, cuchnąca = martwicza
- Ilość tkanki: kilka mm (frędzel) vs. kilka cm vs. rozległa pętla — determinuje miejsce zaopatrzenia
- Identyfikacja narządu: sieć to żółtawa, tłuszczowa tkanka; w prawym dole i miednicy wyklucz wyrostek, pętle jelitowe, przydatki

— Objawy otrzewnowe: tkliwość brzucha, obrona mięśniowa, brak perystaltyki — jeśli obecne » sala operacyjna

— Parametry: tętno, RR, mleczany w surowicy (>2 mmol/l » niedokrwienie), morfologia, CRP

2 · Algorytm decyzyjny

Sieć ŻYWA + mały fragment + brak objawów otrzewnowych + pacjent stabilny

— Repozycja przyłóżkowa pod znieczuleniem miejscowym (lidokaina 1–2%) okolicy kanału po drenie

— „GPS Taxis" — postępowanie jak w odprowadzaniu przepukliny: łagodny, stały ucisk przez 5–15 min, bez gwałtownego wpychania

— Jeśli pierścień powięzi zbyt ciasny » kontrolowane nacięcie kanału, potem repozycja

— Zamknij powięź pod kontrolą wzroku — Prolen 2/0

Sieć MARTWICZA lub niereponowalna

— Podwiązanie PDS 3/0 (lub LigaSure/Harmonic przy grubszej sieci z naczyniami)

— Amputacja wystającego fragmentu

— Odprowadzenie podwiązanego kikuta do jamy brzusznej

— Obfite płukanie rany roztworem antyseptycznym

— Zamknięcie powięzi Prolenem 2/0, skóra — szwy przerywane

SALA OPERACYJNA — bezwzględnie, gdy: objawy otrzewnowe lub niestabilność hemodynamiczna · podejrzenie wciągnięcia/uszkodzenia jelita lub krezki · duża ilość tkanki, niemożność repozycji · martwica z cechami zakażenia jamy brzusznej · wątpliwość co do identyfikacji narządu.

3 · Antybiotykoterapia

Kanał drenu to rana zanieczyszczona — zawsze antybiotyk o spektrum obejmującym florę jelitową (Gram-ujemne pałeczki + beztlenowce): cefazolina i.v. jako podstawa, przy podejrzeniu zanieczyszczenia treścią jelitową rozszerz o metronidazol. Dawka przed nacięciem (30–60 min), powtórka przy zabiegu > 3 h lub krwawieniu > 1500 ml.

4 · Obserwacja po zaopatrzeniu

— Hospitalizacja z oceną co 2–4 h przez tego samego chirurga — nie zwalniaj do domu

— Posiłek po potwierdzeniu perystaltyki

— Monitoruj: krwawienie z rany, objawy niedrożności (wzdęcie, wymioty żółciowe), gorączkę

— Przy resekcji jelita: CRP w 3. dobie (próg ~170 mg/l), objawy nieszczelności w 5.–7. dobie

— Próg do re-eksploracji: narastająca gorączka, leukocytoza, brak tolerancji diety, nowe objawy otrzewnowe

5 · Czego absolutnie nie robić

— Nie odcinaj sieci nożyczkami bez uprzedniego podwiązania naczyń — ryzyko krwawienia do jamy brzusznej

— Nie wciskaj martwiczej tkanki z powrotem — grozi ropniem wewnątrzbrzusznym i sepsą

— Nie zakładaj drenu z powrotem na wystającą tkankę

— Nie zostawiaj pacjenta bez obserwacji po zaopatrzeniu przyłóżkowym

— Nie bagatelizuj jako „frędzel" bez oceny żywotności i wykluczenia jelita

Źródło

· Kong VY et al. Selective Nonoperative Management of Abdominal Stab Wounds with Isolated Omental Evisceration is Safe: A South African Experience. Scand J Surg 2021;110(2):214. DOI: 10.1177/1457496920903982