

GHID PRACTIC DE
CHIRURGIE COLORECTALĂ
minim invazivă

Avertisment

Medicina este o știință în continuă schimbare. Pe măsură ce noile cercetări și experiența clinică ne largesc cunoștințele, devine necesară modificarea strategiilor terapeutice și a tratamentului. Pentru a oferi informații complete și, în general, în concordanță cu standardele acceptate la momentul publicării, autorii acestei cărți au consultat sursele considerate a fi de încredere. Cu toate acestea, având în vedere posibilitatea erorii umane sau a schimbărilor apărute în domeniul științelor medicale, nici autorii, nici editura și nici o altă parte implicată în pregătirea sau publicarea acestei cărți nu pot garanta că toate informațiile prezentate sunt exacte și complete și nu își asumă responsabilitatea pentru eventualele erori sau omisiuni sau pentru rezultatele obținute în urma utilizării informațiilor conținute în această lucrare. Cititorii sunt încurajați să verifice și alte surse pentru a confirma informațiile conținute în carte. De exemplu, în mod particular, cititorii sunt sfătuiți să verifice toate caracteristicile medicamentelor pe care intenționează să le administreze, pentru a fi siguri că informațiile conținute în această lucrare sunt exacte și nu au apărut modificări în privința dozelor recomandate sau a contraindicațiilor administrării. Această recomandare este deosebit de importantă în cazul medicamentelor noi sau utilizate rar.

GHID PRACTIC DE CHIRURGIE COLORECTALĂ minim invazivă

Autori:

Nitin Mishra, MBBS, MS, MPH

Profesor asociat de Chirurgie
Mayo Clinic Alix School of Medicine
Director de program
Departamentul de Chirurgie
Mayo Clinic
Phoenix, Arizona

Abdulaziz M. Saleem, MBBS, MSc, FRCSC, FACS

Profesor asociat de Chirurgie
Departamentul de Chirurgie
King Abdulaziz University
Saudi Arabia

Coordonatorul ediției în limba română:

Prof. Univ. Dr. Viorel SCRIPCARIU

Profesor universitar, specializarea Chirurgie generală
Institutul Regional de Oncologie, Șef al Clinicii I Chirurgie oncologică, Iași
Conducător de Doctorat în specializarea Chirurgie generală,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași
Rector al Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Prior.
București, 2025

Prior Media Group

Adresă: Str. Răspântiilor nr. 32,
Sector 2 București, 020548
Telefon: +4021 210 89 08
Fax: +4021 212 35 61
E-mail: office@prior.ro
Web: www.prior.ro; www.ebookshop.ro

Prior.

Ediția originală:

The Handbook of Minimally-Invasive Colorectal Surgery

Copyright © 2024 by McGraw Hill. All rights reserved.

ISBN 9781260142853

Ediția în limba română:

Ghid practic de chirurgie colorectală minim invazivă

Copyright © 2025 Editura PRIOR, București, România. Toate drepturile rezervate.

ISBN 9786069666395

Toate drepturile asupra acestei ediții aparțin Prior Media Group. Nici o parte a prezentei publicații nu poate fi reprodusă sau transmisă sub nici o formă, fie ea tipărită sau electronică, incluzând fotocopierea, înregistrarea sau vreo altă formă de stocare sau sustragere din sistem, fără acordul scris al editorilor.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

MISHRA, NITIN

Ghid practic de chirurgie colorectală minim invazivă / Nitin Mishra..., Abdulaziz

M. Saleem... ; coord. ed. în lb. română: prof. univ. dr. Viorel Scripcariu.... -

București : Prior, 2025

Index

ISBN 978-606-9666-39-5

I. Saleem, Abdulaziz M.

II. Scripcariu, Viorel (coord.)

617

Editor: Ion Arzoiu

Coordonatorul traducerii în limba română: Prof. Univ. Dr. Viorel Scripcariu

Redactare: Diana Cîmpeanu

Corectură: Diana Cîmpeanu, Adela Neacșu

Tehnoredactare și pregătire pentru tipar: Carmen Dumitrescu

Copertă: ©McGraw Hill; Carmen Dumitrescu

Contribuția mea la această carte este dedicată pacienților și medicilor mei rezidenți și, de asemenea, părinților mei, domnul Rajeshwar Mishra și doamna Indu Mishra.

Nitin Mishra

Această carte este dedicată părinților mei, soției și copiilor mei, pentru dragostea și sprijinul lor necondiționat și continuu. De asemenea, această carte este dedicată tuturor chirurgilor extraordinari de la care am învățat pe parcursul formării mele chirurgicale.

Abdulaziz M. Saleem

Coordonare și traducere

Coordonarea traducerii în limba română:

Prof. Univ. Dr. Viorel Scripcariu

Profesor universitar, specializarea Chirurgie generală
Institutul Regional de Oncologie, Șef al Clinicii I Chirurgie Oncologică, Iași
Conducător de Doctorat în specializarea Chirurgie generală, Universitatea de Medicină
și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași
Rector al Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași.

Traducători:

Dr. Maria-Gabriela Aniței – Capitolele 9, 10, 11

Medic primar, specializarea Chirurgie generală
Institutul Regional de Oncologie, Clinica I Chirurgie Oncologică, Iași
Asistent universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași.

Dr. Bogdan Filip – Capitolele 12, 13, 14

Medic primar, specializarea Chirurgie generală
Institutul Regional de Oncologie, Clinica I Chirurgie Oncologică, Iași
Șef de lucrări, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași.

Dr. Mihaela-Mădălina Gavrilescu – Capitolele 1, 2, 3, 4, 5, 6

Medic primar, specializarea Chirurgie generală
Institutul Regional de Oncologie, Clinica I Chirurgie Oncologică, Iași
Asistent universitar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași.

Dr. Ionuț Huțanu – Capitolele 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

Medic primar, specializarea Chirurgie generală
Institutul Regional de Oncologie, Clinica I Chirurgie Oncologică, Iași
Șef de lucrări, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași.

Dr. Dragoș-Viorel Scripcariu – Capitolele 7, 8

Medic specialist, specializarea Chirurgie generală
Institutul Regional de Oncologie, Clinica I Chirurgie Oncologică, Iași
Șef de lucrări, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași.

Cuprins

Prefața ediției în limba română ix

Prefața ediției în limba engleză x

Secțiunea I Introducere..... 1

- 1 Pregătirea sălii de operație și poziționarea pacientului 1
- 2 Pregătirea pacientului în sala de operație..... 6
- 3 Pași esențiali comuni în chirurgia laparoscopică colorectală..... 9
- 4 Marcarea locului de stomă..... 15
- 5 Instrumente laparoscopice..... 17

Secțiunea II Operații abdominale..... 19

- 6 Hemicolectomia dreaptă laparoscopică..... 19
- 7 Rezecția ileocolică laparoscopică pentru boala Crohn..... 45
- 8 Colectomia sigmoidiană laparoscopică..... 56
- 9 Rezecția anterioară joasă de rect prin abord laparoscopic..... 82
- 10 Refacerea continuității digestive după operația Hartmann,
abord laparoscopic..... 107
- 11 Excizia abdomino-perineală de rect..... 116
- 12 Colectomia abdominală totală laparoscopică..... 120
- 13 Proctectomia laparoscopică și crearea anastomozei ileoanale
cu rezervor ileoanal..... 138
- 14 Rectopexia laparoscopică..... 148

Secțiunea III Managementul complicațiilor și al situațiilor dificile în chirurgia colorectală 161

- 15 Hemoragia presacrală..... 161

16	Dificultăți în mobilizarea colonului pentru efectuarea anastomozei colorectale fără tensiune	168
17	Dificultăți la extragerea piesei operatorii	171
18	Managementul complicațiilor hemoragice din timpul colectomiei laparoscopice	172
19	Incidente legate de dispozitivele de staplare	178
20	Managementul mezenterului îngroșat din boala Crohn	187
21	Pacientul cu obezitate morbidă	190

Secțiunea IV Introducere în chirurgia robotică

22	Introducere în chirurgia robotică colorectală	193
----	---	-----

Prefața ediției în limba română

Chirurgia colorectală minim invazivă a devenit, în ultimii ani, o componentă importantă a practicii chirurgicale moderne, reprezentând o evoluție ce combină eficiența terapeutică cu reducerea semnificativă a impactului intervențiilor asupra pacienților. Dezvoltarea acestei tehnici a fost impulsionată de progresele tehnologice recente și de necesitatea constantă de a îmbunătăți rezultatele postoperatorii și calitatea vieții pacienților. Ediția în limba română a lucrării „The Handbook of Minimally-Invasive Colorectal Surgery” (*Ghid practic de chirurgie colorectală minim invazivă*), semnată de renumiții chirurghi Nitin Mishra și Abdulaziz M. Saleem, constituie o valoroasă resursă practică destinată chirurgilor specializați în intervenții colorectale, rezidenților în chirurgie generală și tuturor profesioniștilor din domeniul medical interesați să-și perfecționeze tehnicile operatorii.

Structura lucrării este concepută astfel încât să faciliteze o consultare rapidă și eficientă, oferind un ghid practic accesibil chiar înainte de efectuarea intervențiilor chirurgicale propriu-zise. Autorii au optat pentru un stil clar și pragmatic, punând accent pe sfaturi utile și aspecte esențiale ale tehnicii chirurgicale. Volumul reprezintă un auxiliar ideal pentru tratatele teoretice. Acesta se concentrează pe pregătirea preoperatorie riguroasă și pe derularea optimă a intervențiilor chirurgicale minim invazive, incluzând, totodată, o prezentare introductivă a chirurgiei robotice, subliniind avantajele acesteia, cum ar fi precizia crescută, ergonomia îmbunătățită pentru chirurg și reducerea riscurilor asociate intervențiilor complexe.

Un merit important al acestei cărți îl constituie ilustrațiile și diagramele intra-operatorii detaliate, care facilitează înțelegerea etapelor chirurgicale și reproducerea fidelă a tehnicilor descrise. Prin urmare, acest volum se înscrie perfect în nevoia continuă de actualizare și perfecționare profesională, reprezentând un ghid indispensabil pentru chirurgii români, care doresc să adopte și să-și rafineze tehnicile de chirurgie colorectală minim invazivă.

Felicit inițiativa editurii Prior de a traduce această lucrare și sunt convins că ea va reprezenta un sprijin semnificativ pentru formarea rezidenților și dezvoltarea continuă a chirurgilor, contribuind astfel direct la progresul chirurgiei colorectale în România și oferind pacienților noștri acces la cele mai avansate abordări terapeutice.

Prof. univ. dr. Viorel Scripcariu
Președintele Societății Române de Chirurgie



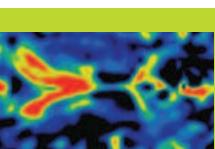
Prefața ediției în limba engleză

Am scris această carte ca resursă practică pentru chirurгии care efectuează intervenții chirurgicale colorectale și pentru rezidenții în chirurgie colorectală și generală. Formatul acestei cărți este conceput astfel încât volumul să poată fi revizuit înainte de realizarea unei intervenții chirurgicale. Am păstrat în mod intenționat textul relativ informal, punând accentul pe sfaturi și îndrumări utile, care pot fi utilizate în timpul efectuării unei operații.

În multe privințe, această carte este menită să servească drept auxiliar/ghid pentru cadrele didactice din domeniul chirurgiei colorectale, pentru stagiarii și rezidenții în chirurgie generală și ar trebui utilizată împreună cu un manual oficial. Subiectul central al cărții îl reprezintă desfășurarea tehnică a operațiilor colorectale minim invazive, incluzând o scurtă introducere în chirurgia robotică. Am redus în mod intenționat discuțiile teoretice despre procesele patologice și patologia bolilor, pentru a pune în evidență pregătirea preoperatorie și desfășurarea intraoperatorie a chirurgiei minim invazive. Etapele chirurgicale esențiale sunt acompaniate de imagini intraoperatorii și diagrame, pentru a facilita cititorilor înțelegerea și reproducerea intraoperatorie a tehnicilor ilustrate.

Nitin Mishra, MBBS, MS, MPH
Abdulaziz M. Saleem, MBBS, MSc, FRCSC, FACS

Introducere



CAPITOLUL

1

Pregătirea sălii de operație și poziționarea pacientului

Poziția de decubit dorsal

- Pentru toate hemicolectomiile drepte, hemicolectomiile drepte extinse și rezecțiile ileocolice, pacienții sunt plasați în decubit dorsal. Pacientul trebuie așezat pe un suport cu gel pentru a facilita fixarea sa pe masa din sala de operație. Fiecare braț trebuie protejat pe întreaga lungime cu suport cu gel. Încheietura mâinii și mâna trebuie acoperite, de asemenea, cu suport cu gel separat. Brațele trebuie înfășurate folosind un câmp separat. Asigurați-vă că încheietura mâinii se află în poziția anatomică, cu degetul mare în sus.
- Toate punctele de presiune trebuie să fie bine protejate.
- Verificați cu anestezistul, după această etapă, dacă toate liniile intravenoase (iv.) funcționează. Asigurați-vă că înfășurați dispozitivul de blocare a liniei intravenoase cu tifon, pentru a preveni orice presiune asupra pielii.
- Dacă pacientul este obez, atunci poziționați-l diferit de centrul patului, spre partea ipsilaterală a zonei de disecție. De exemplu, în cazul hemicolectomiei drepte, poziționați pacientul pe pat decalat față de partea dreaptă; acest lucru este important întrucât, în timpul laparoscopiei, pacientul va fi întors cu partea stângă în jos, iar decalarea crește marja de siguranță în cazul în care pacientul ar aluneca. În plus, acest lucru creează spațiu pentru a ajuta la fixarea brațului stâng pe pat; în caz contrar, acesta ar putea cădea de pe pat atunci când pacientul este înclinat.

Poziția de litotomie

- Poziția de litotomie ar trebui să fie poziția standard pentru orice rezecție pe partea stângă sau rectală, pentru refacerea continuității digestive după operația Hartmann și pentru fiecare caz în care se anticipează coborârea flexurii splenice.
- Poziția de litotomie ar trebui luată în considerare în anumite cazuri de rezecție ileocolică pentru boala Crohn, când există o fistulă entero-sigmoidiană. În această situație, ar putea fi necesar să efectuați o colectomie sigmoidiană și să utilizați

un *stapler* circular pentru a reface continuitatea digestivă. Poziția de litotomie va permite, de asemenea, accesul la regiunea perianală pentru o sigmoidoscopie rigidă sau flexibilă efectuată cu scopul de a testa etanșeitatea anastomozei.

- Poziția de litotomie ar trebui luată în considerare dacă localizarea leziunii nu este clară; în cazul în care indicația procedurii este o leziune mică, atunci accesul la perineu este important deoarece colonoscopia intraoperatorie poate fi utilizată pentru a determina localizarea leziunii dacă aceasta nu este detectată laparoscopic.
- În caz de dubiu, pacientul poate fi așezat în decubit dorsal, cu șoldul la „ruptura” mesei, astfel încât acesta să poată fi așezat în poziția de litotomie, dacă este necesar, fără a fi nevoie să mutați pacientul.
- Pentru a plasa pacientul în poziția de litotomie, coordonați-vă cu echipa de anestezie, astfel încât să poată controla capul pacientului și sonda endotraheală.
- Asigurați-vă că există o lungime suplimentară pentru liniile iv. înainte de mutarea pacientului. Această mutare va necesita cel puțin trei persoane: una de fiecare parte a patului și alta care să țină piciorul, pe lângă anestezist, care controlează mutarea și ține capul cu sonda endotraheală.
- Coborâți pacientul astfel încât șoldul să fie situat la marginea patului. Pentru a evalua dacă sunteți suficient de jos, imaginați-vă că introduceți un *stapler* circular în canalul anal. Îl puteți mișca liber fără ca patul să vă stea în cale? Dacă nu, atunci aduceți pacientul mai jos; acest lucru se recomandă pentru a evita să aveți probleme în timp ce manevrați *stapler*-ul circular.
- Plasați ambele picioare ale pacientului în suporturi.
- Următoarele puncte sunt importante pentru poziționarea pacientului:
 - Asigurați-vă că dispozitivele de prindere a stativelor sunt în aceeași poziție pe ambele părți ale patului.
 - Fiecare genunchi trebuie să fie în linie cu umărul opus al pacientului.
 - Picioarele trebuie să fie poziționate mai jos decât nivelul abdomenului pentru a evita lovirea lor în timp ce operați cu instrumentele laparoscopice prin trocarele abdominale inferioare.
 - Atunci când schimbați poziția picioarelor din sau în suporturi, trebuie să o faceți simultan și lent, pentru a evita orice vătămare.
 - Asigurați-vă că toate punctele de presiune sunt bine protejate.
 - Asigurați-vă că șoldurile nu sunt hiperflectate și hiperextinse; în caz contrar, ligamentul inghinal va comprima nervul femural.
 - Toate aceste puncte trebuie respectate pentru a preveni leziunile genunchiului sau ale șoldului, presiunea sacrală și compromiterea vasculară a membrelor inferioare. Deși majoritatea acestor leziuni sunt autolimitate, ocazional acestea vor duce la invaliditate prelungită, ceea ce reprezintă o sursă de morbiditate și litigii.
- Cea mai frecventă leziune a nervului periferic este cea a nervului peronier comun, prin comprimarea între capul peroneului și gambe sau bara care susține piciorul. Asigurați-vă că partea laterală a peroneului este acoperită corespunzător pentru a preveni comprimarea nervului (Figura 1-1).

 Asigurați-vă că regiunea poplitee nu este comprimată, pentru a preveni sindromul acut de compartiment.

 Nervii care pot fi lezați în această poziție includ:

1. Nervul peronier comun – cel mai frecvent nerv lezat. Leziunea duce la căderea piciorului.
2. Nervul cutanat femural lateral.
3. Lezarea nervului femural în caz de abducție extremă a coapsei și rotație externă a șoldului.



Figura 1-1. Poziția de litotomie modificată. Observați că picioarele sunt bine protejate, în special lateral. În plus, observați că este protejat capul pe ambele părți, iar banda este plasată peste cap pentru a-l împiedica să se miște în timpul schimbărilor de poziție.

Poziția Lloyd Davis

- Poziția Lloyd Davis prezintă unele avantaje față de poziția de litotomie. Aceasta reduce riscul leziunilor nervoase și al sindromului de compartiment, aranjarea este mai ușoară și mai rapidă și va oferi acces la perineu pentru *stapler*. De asemenea, va oferi spațiu pentru ca al doilea ajutor operator să se poziționeze între picioarele pacientului. Totuși, acest lucru nu este optim pentru anastomoza coloanală cusută manual sau pentru rezecția abdominoperineală, deoarece accesul la perineu este limitat.

Poziția Jackknife (Figura 1-2)

- De obicei, timpul perineal al rezecției abdomino-perineale se efectuează cu pacientul în poziție de litotomie înaltă. Acest lucru nu necesită vreo modificare a poziției pacientului și va permite ca două echipe să lucreze în același timp, dacă se dorește.
- Plasarea pacientului în poziția Jackknife (poziția *prone*) pentru a finaliza timpul perineal al rezecției abdomino-perineale prezintă o serie de avantaje. Un avantaj major este acela că va oferi o vedere mult mai bună chirurgului și ajutorului său, ceea ce facilitează intervenția chirurgicală, dar este și utilă pentru predare. În plus, asistentul poate ajuta chirurgul în timp ce acesta se află vizavi de masă, nu în spatele chirurgului care operează, așa cum s-ar întâmpla în poziția de litotomie. Poziția chirurgului va fi mai confortabilă, iar ergonomia este mai bună. În plus, vizualizarea planului anterior, care constituie de obicei partea dificilă a disecției perineale, este mult mai clară.
- Deși această abordare are multe avantaje, ea prezintă și limitări. Schimbarea poziției pacientului în sala de operație în poziția Jackknife va necesita timp și efort din partea întregului personal; de asemenea, trebuie să fie disponibil un al doilea pat cu perne pentru a întoarce pacientul în poziția Jackknife (Figura 1-3). În plus, chirurgul trebuie să finalizeze toată disecția în abdomen,

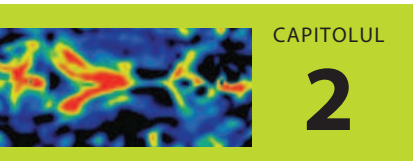


Figura 1-2. Pacientul este plasat în poziția Jackknife. (Utilizare cu permisiunea Mayo Foundation for Medical Education and Research, toate drepturile rezervate.)



Figura 1-3. Un al doilea pat pentru sala de operație trebuie să fie instalat înainte de a întoarce un pacient în poziția de decubit ventral. (Utilizare cu permisiunea Mayo Foundation for Medical Education and Research, toate drepturile rezervate.)

să plaseze drenurile, să matureze stoma și să închidă abdomenul înainte de a întoarce pacientul. Acest lucru va fi problematic în cazul în care disecția abdominală nu este completă și chirurgul nu poate extrage specimenul sau are nevoie de disecție suplimentară ori de orice fel de asistență din abdomen. În plus, este nevoie de un alt pat de sală pentru a întoarce pacientul, ceea ce este incomod dacă sala de operație nu este suficient de mare. Și, bineînțeles, aceasta nu reprezintă o poziție favorabilă pentru pacient din punctul de vedere al anesteziei, în special în cazul celor cu un indice de masă corporală (IMC) crescut.



Pregătirea pacientului în sala de operație

Introducere

După ce pacientul este intubat și poziționat, urmați acești pași pentru a pregăti pacientul în vederea intervenției chirurgicale:

- Asigurați-vă că patul din sala de operație este pregătit înainte ca pacientul să fie mutat pe acesta (Figura 2-1).
- Puneți ciorapi de compresiune și dispozitive de compresiune secvențială (*sequential compression devices* – SCD) pe ambele picioare și asigurați-vă că dispozitivele sunt conectate și funcționează.
- Pacientul trebuie să aibă o sondă vezicală (Foley) și o sondă orogastrică plasate de rutină în toate cazurile minim invazive.
- Ambele brațe trebuie să fie bine protejate cu pernuțe cu gel și fixate prin introducerea unui câmp steril sub pacient. Asigurați-vă că această înfășurare nu este prea strânsă pe braț (Figura 2-2).
- Toate punctele de presiune trebuie să fie bine protejate. Asigurați-vă că ambele mâini se află în poziție anatomică, cu degetul mare în sus. După ce ați făcut acest lucru, verificați împreună cu anestezistul dacă liniile intravenoase (iv.) și senzorii de saturație ai oxigenului funcționează. Dacă nu funcționează, verificați dacă sunt îndoit sau presate. Senzorul de saturație al oxigenului poate fi mutat de la degete la lobul urechii.
- Toracele este lipit de masa de operație cu bandă de mătase de 3 inch. Această bandă trebuie să fie chiar sub linia mamelonului, iar banda trebuie fixată de partea metalică a patului. Asigurați-vă că banda nu este prea strânsă pe torace; în caz contrar, aceasta ar putea compromite volumul pulmonar. Plasarea unei mâini sub bandă în timp ce aceasta este înfășurată în jurul pacientului reprezintă o metodă simplă de a evita ca banda să fie prea strânsă. Apoi verificați cu anestezistul pentru a vă asigura că volumele pulmonare nu sunt restricționate.

⚠ Dacă banda este plasată pe torace deasupra liniei mamelonului, pacientul poate suferi leziuni ale gâtului dacă alunecă din pat într-o poziție Trendelenburg inversată.

- Asigurați-vă că există o centură de siguranță pe coapse, fără a aplica o compresiune excesivă pe membrele inferioare.
- Anestezistul trebuie să fixeze capul astfel încât acesta să nu se miște atunci când patul este înclinat (Figura 2-2).
- Adăugați și suport pentru umeri. Acesta va ajuta la stabilizarea pacientului în timpul poziției Trendelenburg. Asigurați-vă că puneți o pernuță de gel între umăr și suportul pentru umeri, pentru a preveni lezarea prin presiune a umerilor.
- Așezați un dispozitiv de încălzire deasupra benzii plasate pe torace. Rugați anestezistul să nu îl pornească până când nu acoperiți pacientul; în caz contrar, acesta ar putea atinge și contamina câmpul operator pregătit.

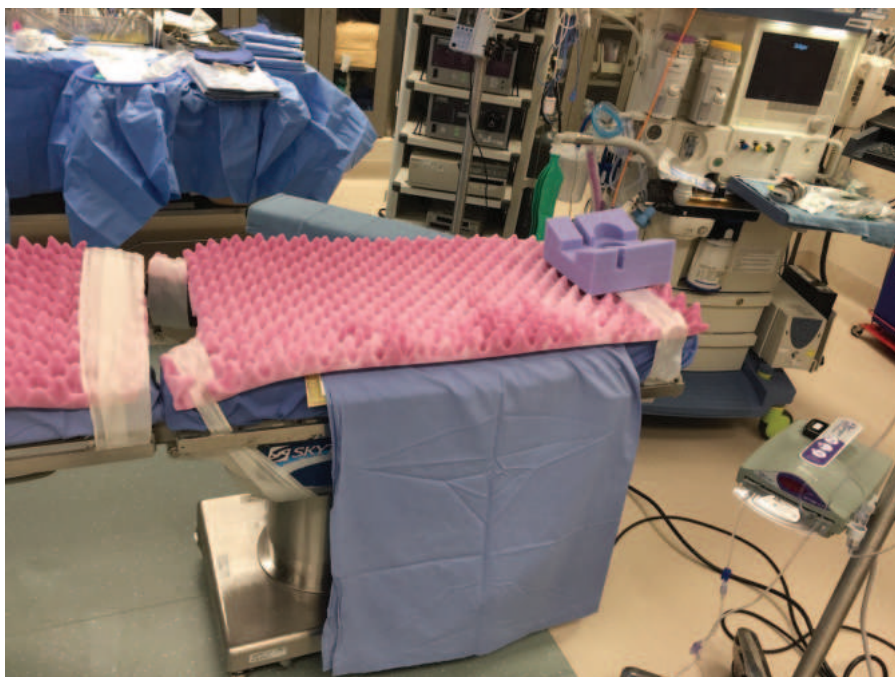


Figura 2-1. Configurația patului pentru sala de operație, care prezintă pernuța de gel, câmpul albastru care va fi folosit pentru a înfășura brațele pacientului și apoi protecția de spumă.



Figura 2-2. Pacientul este poziționat în pat. Observați că există o pătură pliată lângă cap, iar capul este legat cu bandă adezivă pentru a preveni mișcarea în timp ce patul este mutat în orice direcție. Banda (nu este ilustrată) trebuie plasată pe un câmp steril pe piept. Brațele sunt bine înfășurate. Observați că mâinile sunt acoperite cu un dispozitiv de spumă și plasate în poziție anatomică, cu degetele mari în sus.

- Efectuați testul de înclinare înainte de a pregăti abdomenul, pentru a vă asigura că pacientul este bine fixat pe pat. Mutați patul în poziția Trendelenburg maximă, apoi întorceți-l complet la dreapta, la stânga și apoi în poziția Trendelenburg inversată. În timpul înclinării extreme, presiunea căilor respiratorii și hemodinamica ar trebui să poată fi gestionate din punctul de vedere al anestezistului. Prin urmare, este important să comunicați cu acesta pentru a vă asigura că pacientul va tolera schimbările extreme de poziție. Asigurați-vă că faceți testul de înclinare treptat, astfel încât, dacă pacientul alunecă, să îl puteți susține și să readuceți patul în poziția de decubit dorsal.
- În cazul în care pacientul alunecă în timp ce se află în poziții extreme, în ciuda bandajului adecvat al pieptului, se poate obține o stabilitate prin utilizarea unor dispozitive suplimentare.
- Înainte de a începe, asigurați-vă că reglați luminile din sala de operație. Pentru pacienții cu obezitate morbidă, un dispozitiv de iluminare frontală poate fi util pentru intrarea inițială în abdomen.
- Verificați poziția turnurilor și a ecranelor de laparoscopie.
- Pentru pacienții cu stome, a se vedea Capitolul 10.

Pe scurt, înainte de a pregăti pacientul, verificați următoarele puncte cu echipa de anestezie:

- Asigurați-vă că ambele linii iv. funcționează și că nu sunt comprimate după ce ambele brațe sunt înfășurate.
- Asigurați-vă că pacientul este fixat pe masa de operație.
- Asigurați-vă că volumul curent nu este restricționat de banda utilizată pentru a fixa pacientul pe masă.
- Verificați dacă toate instrumentele laparoscopice necesare pentru operație sunt disponibile în sală.
- Toate instrumentele care nu sunt necesare imediat trebuie să fie disponibile în sală, cum ar fi *stapler*-ele, diverse rezerve (de ex., 2,8 mm, 3,5 mm și 4,8 mm), *Endoloop*, o sursă de energie și protectori de plagă.
- Ecranul și luminile sălii de operație trebuie să fie poziționate corespunzător.
- Antibioticele sunt administrate începând cu 60 de minute de la începutul operației.
- Acum sunteți gata pentru faza chirurgicală „*Time-out*/Pauză”.

În acest moment, pacientul va fi pregătit pentru o fază chirurgicală de *time-out*. Aceasta este efectuată pentru a confirma următoarele informații:

- Numele pacientului și numărul foi de observație.
- Numele chirurgului.
- Diagnosticul și denumirea procedurii.
- Locul procedurii, dacă este cazul.
- Alergiile pacientului.
- Antibioticele adecvate – dacă au fost administrate și la ce oră au fost administrate. În plus, anestezistul trebuie să știe dacă antibioticele trebuie administrate din nou după un anumit număr de ore.
- Dacă este necesar un echipament special, acesta trebuie să fie disponibil.
- Asigurați-vă că anticoagularea profilactică a fost administrată după cum este necesar.
- Orice altă pregătire specială pentru pacient – de exemplu, pacienții care au tratament pe bază de steroizi ar avea nevoie de o doză de protecție.

Este important ca întreaga echipă din sala de operație să fie atentă în timpul pauzei și ca toate celelalte activități să fie suspendate, astfel încât toată lumea să asculte, iar membrii echipei să poată vorbi dacă identifică o discrepanță sau doresc să anunțe o problemă legată de siguranța pacientului.