

Resekcja żołądka z nagłych wskazań z przezroczworową resekcją przełyku: trudna decyzja podczas dyżuru

Zoran Stojcev¹, Maciej Bobowicz², Daniel Maliszewski²,
Iwona Pawłowska-Stojcev³, Janusz Jaśkiewicz²

Przebieg operacji ze wskazań nagłych jest często trudny do przewidzenia. W tej pracy przedstawiamy przypadek 44-letniego mężczyzny, u którego wystąpiła perforacja wrzodu żołądka na kilka dni przed planowaną operacją resekcji przełyku z natychmiastową rekonstrukcją, która miała być wykonana z powodu podejrzenia nowotworowego zwężenia dolnego odcinka przełyku. Podczas laparotomii wykonanej w trybie ostrym stwierdzono duże perforowane owrzodzenie (3 cm) w okolicy przedodźwiernikowej i drugie owrzodzenie w okolicy podwpustowej. Z powodu podejrzenia nowotworowej zmiany przełyku wykonano następnie gastrektomię całkowitą z subtotalną przezroczworową resekcją przełyku. Ponieważ pacjent był we wstrząsie septycznym, zaplanowano rekonstrukcję przełyku w trybie odroczonego. Przypadek ten ukazuje złożony charakter operacji w trybie nagłym, kiedy stwierdza się jednocześnie szereg nieoczekiwanych zdarzeń. Przedstawiamy proces podejmowania decyzji i kolejne etapy operacyjne oraz inicjujemy dyskusję na temat postępowania w takich przypadkach.

Emergency gastrectomy associated with transhiatal oesophagectomy. Difficult decisions on-call

Surgical emergency procedures remain the most unpredictable operations. In this paper we describe a case of a 44-years-old male patient with sudden peptic ulcer perforation a few days before planned esophagectomy with simultaneous reconstruction for suspected c neoplastic stricture of the lower oesophagus. Emergency laparotomy revealed large perforated ulceration (3 cm) in the pre-pyloric area and another ulceration in the sub-cardiac region. Due to the high suspicion for oesophageal malignancy total gastrectomy with subtotal transhiatal oesophagectomy were performed. As the patient was in septic shock and required intensive treatment during the initial operation the delayed esophageal reconstruction was planned. Described case shows complex nature of emergency surgery with multiple unexpected conditions at the same time. We describe our decisions making process as well as operative steps to invite a discussion on management in such cases.

NOWOTWORY Journal of Oncology 2012; 62, 6: 438–441

Słowa kluczowe: chirurgia stanów nagłych, resekcja żołądka, przezroczworowa resekcja przełyku, perforacja wrzodu, nienowotworowe zwężenie przełyku

Key words: emergency surgery, gastrectomy, transhiatal oesophagectomy, perforated peptic ulcer, benign oesophageal stricture

Wstęp

Przebieg operacji wykonywanych w trybie nagłym jest trudny do przewidzenia pomimo przedoperacyjnej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Klasyczne wykształcenie w za-

kresie wykonywania typowych operacji ostrodyżurowych, jak cholecystektomia, appendektomia, operacje niedrożności lub perforacji, może okazać się w pewnych sytuacjach niewystarczające. Operacje wykonywane pod presją czasu,

¹Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Naczyniowej, Wojewódzki Szpital im. Janusza Korczaka w Słupsku

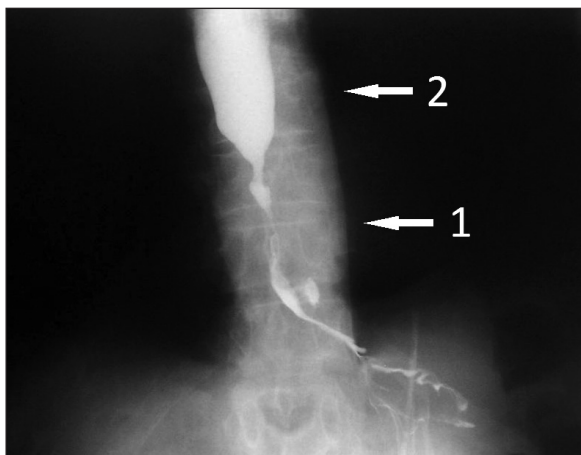
²Klinika Chirurgii Onkologicznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzki Szpital im. Janusza Korczaka w Słupsku

często przy złym stanie ogólnym chorego, z pojawiającymi się nieoczekiwanymi zmianami patologicznymi, nie są łatwe. W tej pracy opisujemy przypadek nagłej perforacji wrzodu trawiennego żołądka na kilka dni przed planowaną resekcją przełyku z natychmiastową rekonstrukcją z powodu zwężenia podejrzanego o charakter nowotworowy. Opisujemy proces podejmowania decyzji i etapy operacyjne oraz inicjujemy dyskusję na temat postępowania w takich przypadkach.

Pacjent

44-letni mężczyzna został przyjęty do Oddziału Chirurgii Onkologicznej ze wstępnym rozpoznaniem nowotworowego zwężenia dolnego odcinka przełyku, ze stałymi wymiotami po próbach spożywania pokarmów stałych i płynów. W chwili przyjęcia był niedożywiony, wyniszczony, z BMI (*body mass index*) = 15,5 kg/m². W przeszłości miał wykonaną nagłą operację z powodu perforacji wrzodu trawiennego



Rycina 1. Przedoperacyjne badanie radiologiczne przełyku z kontrastem wykazujące zwężenie (strzałka 1) i wcześniejsze rozszerzenie (strzałka 2)

i kraniotomię z powodu pourazowego krwiaka podtwardówkowego.

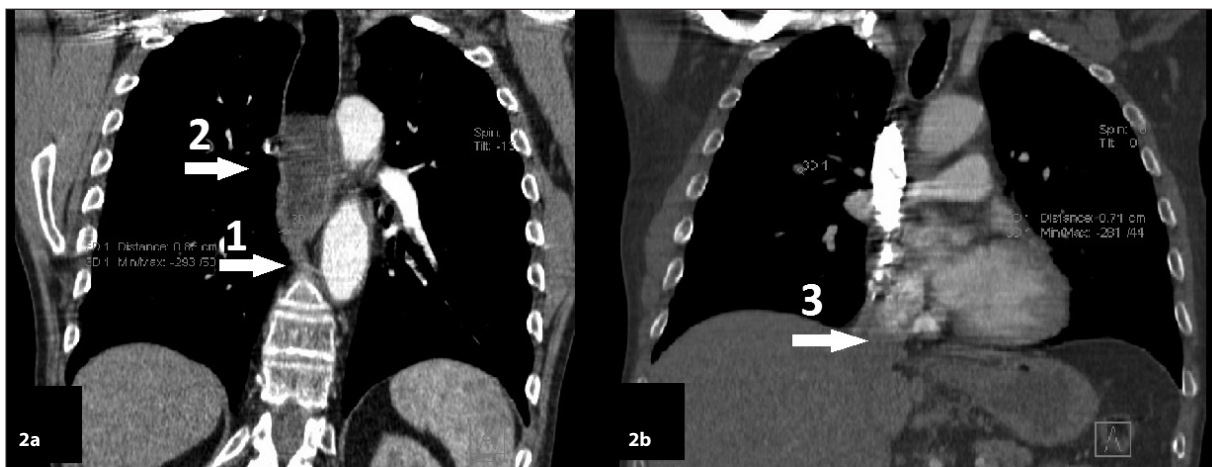
Postępowanie po przyjęciu do szpitala

Podczas pierwszych dni pobytu wdrożono całkowite żywienie parenteralne, wykonano też gastroscopię z biopsją, badanie radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem oraz tomografię komputerową klatki piersiowej i jamy brzusznej. Stwierdzono zwężenie przełyku o nieregularnych zarysach rozpoczynające się 7 cm nad poziomem przepony, schodzące i naciekające dno żołądka, z patologicznym rozszerzeniem powyżej (ryc. 1, ryc. 2a-b). Obraz węzłów chłonnych nie był charakterystyczny, stwierdzono jedynie małe węzły zaotrzewnowe wokół pnia trzewnego i kilka węzłów o średnicy do 14 mm w śródpiersiu.

Operacja w trybie pilnym

W okresie oczekiwania na wynik biopsji i intensywnego żywienia pozajelitowego przed planowaną operacją, szóstego dnia po przyjęciu, stan pacjenta uległ nagłemu pogorszeniu: pojawiły się objawy wstrząsu septycznego i rozlanego zapalenia otrzewnej wymagające pilnej laparotomii.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono perforowane duże owrzodzenie w okolicy przedodźwiernikowej żołądka. Z powodu rozległości perforacji (ok. 3 cm) i obszaru zapalnego wykonano dystalną resekcję żołądka. W jej trakcie stwierdzono, że jest też drugie rozległe owrzodzenie — w okolicy podwpustowej. Podczas resekcji tego obszaru stwierdzono jego patologiczne pogrubienie i niemal całkowite zamknięcie światła dolnego odcinka przełyku. Ponieważ istniało poważne podejrzenie nowotworowego charakteru zmiany przełyku, pomimo braku ostatecznego rozpoznania dokonanego na podstawie biopsji, zdecydowaliśmy, żeby wykonać całkowitą resekcję żołądka oraz subtotałną przezrozworową resekcję przełyku z odroczeniem rekonstrukcji. Wytworzono ezofagostomię na szyi. Wykonano też jejunostomię na



Rycina 2 a-b. Przedoperacyjne badanie TK. 2a. Pionowy przekrój przez tylne śródpiersie (strzałka 1. wskazuje zwężenie, a strzałka 2. — rozszerzenie przełyku); 2b. Pionowy przekrój na poziomie połączenia przełykowo-żołądkowego (strzałka 3. wskazuje podwpustowe pogrubienie ściany żołądka)

pętli Roux do pooperacyjnego żywienia jelitowego. Pacjent opuścił szpital w 8. dobie pooperacyjnej w dobrym stanie ogólnym.

Wynik badania histopatologicznego

Badanie histopatologiczne potwierdziło istnienie owrzodzenia trawiennego w okolicy przedodźwiernikowej z otworem perforacyjnym o średnicy 28 mm. Drugie owrzodzenie, o średnicy 15 mm, stwierdzono w okolicy podwpustowej. Światło przełyku zwężone było do 3 mm przez intensywny proces zapalny z pogrubieniem warstwy mięśniowej. Nie znaleziono żadnego ogniska nowotworowego.

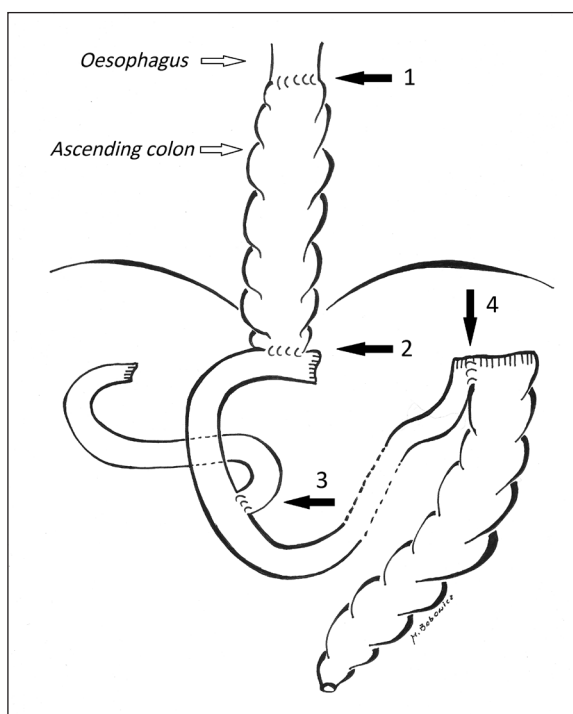
Operacja odtwórcza

Postępowanie rekonstrukcyjne poprzedzone było długim okresem żywienia parenteralnego oraz dojelitowego przez jejunostomię. Złożona chirurgia odtwórcza uwarunkowana była możliwościami anatomicznymi. Do odtworzenia przełyku użyto wstępnicy z kątnicą i końcowym pięciocentymetrowym odcinkiem jelita krętego (na szypule naczyń okrężniczych środkowych, przemieszczonych zamostkowo na szyję). Kikut przełyku zespolono koniec do boku z końcowym odcinkiem jelita krętego. Obwodowy koniec wstępnicy został zespolony z jelitem czczym (wszystkie zespolenia wykonano ręcznie), (ryc. 3). Wytworzono ponownie odżywczą jejunostomię w celu pooperacyjnego żywienia jelitowego. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Radiologiczną kontrolę szczelności zespożeń wykonano siódmego dnia, wykazując prawidłową szczelność. Pacjent powrócił do normalnego trybu życia.

Omówienie

Nienowotworowe zwężenia przełyku występują rzadko, a jeszcze rzadziej są operowane w warunkach ostrego dyżuru. Z drugiej strony, przed wprowadzeniem inhibitorów pompy protonowej operacje perforowanych owrzodzeń trawiennych należały do najczęściej wykonywanych w krajach rozwiniętych [1]. W opisywanym przypadku zapalne zwężenie przełyku doprowadziło do wyniszczenia, a dodatkowo — maskowało objawy współistniejącego wrzodu żołądka. Perforacja wrzodu doprowadziła do nagłej operacji, poszerzonej o jednoczesne usunięcie zwężonego przełyku. Wstępny plan postępowania zakładał 2-tygodniowe intensywne żywienie parenteralne przed resekcją i jednoczesną rekonstrukcją przełyku jako klasyczne postępowanie w takich sytuacjach [2].

Przedstawiony łańcuch zdarzeń z nieoczekiwaną perforacją doprowadził do skrócenia tego okresu i wykonania z konieczności całkowitej resekcji żołądka i subtotalnej resekcji przełyku. Zły ogólny stan pacjenta zmusił do wykonania procedury dwuetapowej, z odroczoną rekonstrukcją, czasową przetoką przełykową na szyi i jejunostomią na pętli Roux do żywienia jelitowego [3].



Rycina 3. Stan po etapie odtwórczym. Czarne strzałki wskazują zespolenia: nr 1 — przełykowo-okrężnicze, nr 2 — okrężniczo-czczce, nr 3 — czczo-czczce (jejunostomia), nr 4 — krętniczo-okrężnicze

Technika operacyjna podczas drugiego etapu leczenia chirurgicznego podyktowana była w znacznej mierze wcześniejszą gastrektomią i krótką krezką jelita czczego. Jedyną metodą odtworzenia przełyku było użycie pętli okrężnicy, podobnie jak przy rekonstrukcji po resekcji z powodu nowotworu u pacjenta z wcześniejszym wycięciem żołądka z powodu innej choroby [4, 5].

Leczenie pacjenta z ciężką chorobą i wymuszoną operacją ze wskazań nagłych wydaje się właściwsze w dwóch etapach ze względu na krótszy czas znieczulenia ogólnego i mniejszy uraz operacyjny. Zmniejsza to ryzyko śród- i pooperacyjnych powikłań, jak podkreślają Morita i wsp. [3]. W takich sytuacjach należy rozważyć argumenty „za i przeciw” procedurze jednoetapowej z wysokim prawdopodobieństwem powikłań w porównaniu do mniej ryzykownej operacji, ale z koniecznością przeprowadzenia kolejnego etapu w późniejszym okresie.

W tym przypadku mieliśmy do czynienia z pacjentem o skomplikowanym procesie chorobowym oraz z koniecznością podjęcia szybkiej decyzji w trybie ostrego dyżuru. Należy też podkreślić możliwość wystąpienia dodatkowego, nieoczekiwanego zjawiska, które może być stwierdzone podczas operacji i wymaga podjęcia szybkiej decyzji.

Dr n. med. Zoran Stojčev

Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Kopernika 28, 76-200 Słupsk
e-mail: onkoustka@wp.pl

Písmiennictwo

1. Lau JY, Sung J, Hill C i wsp. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion* 2011; 84: 102–113.
2. Kuwano H, Miyazaki T, Masuda N i wsp. Appraisal of the simultaneous right-thoracic and abdominal approach with intrathoracic reconstruction after oesophageal resection for patients with intrathoracic oesophageal cancer. *Hepatogastroenterology* 2004; 51: 1722–1728.
3. Morita M, Nakanoko T, Kubo N i wsp. Two-stage operation for high-risk patients with thoracic oesophageal cancer: an old operation revisited. *Ann Surg Oncol* 2011; 18: 2613–2621.
4. Wada H, Doki Y, Nishioka K i wsp. Clinical outcome of esophageal cancer patients with history of gastrectomy. *J Surg Oncol* 2005; 89: 67–74.
5. Li HH, Zhang QZ, Xu L i wsp. Clinical outcome of esophageal cancer after distal gastrectomy: a prospective study. *Int J Surg* 2008; 6: 129–135.