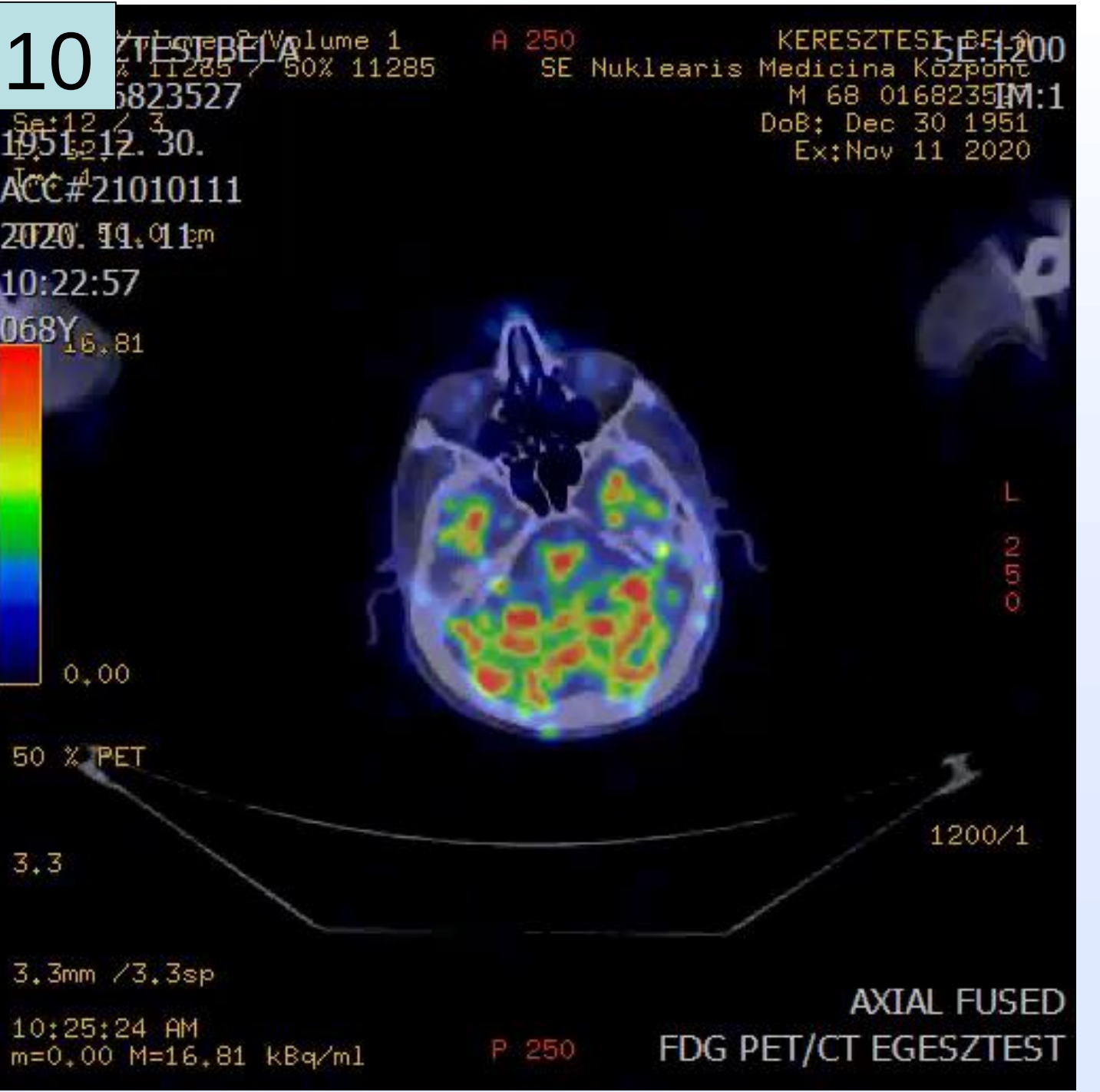
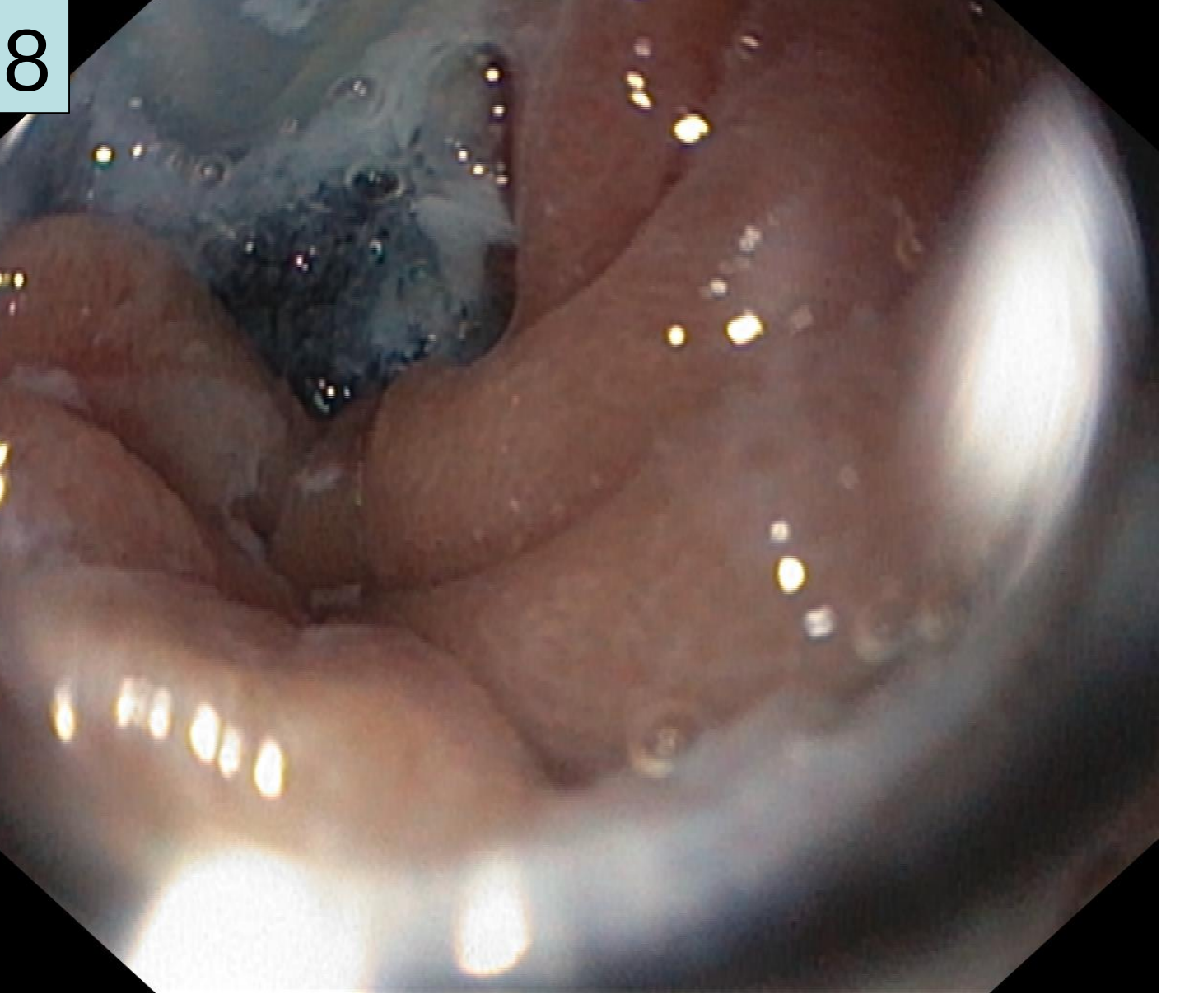
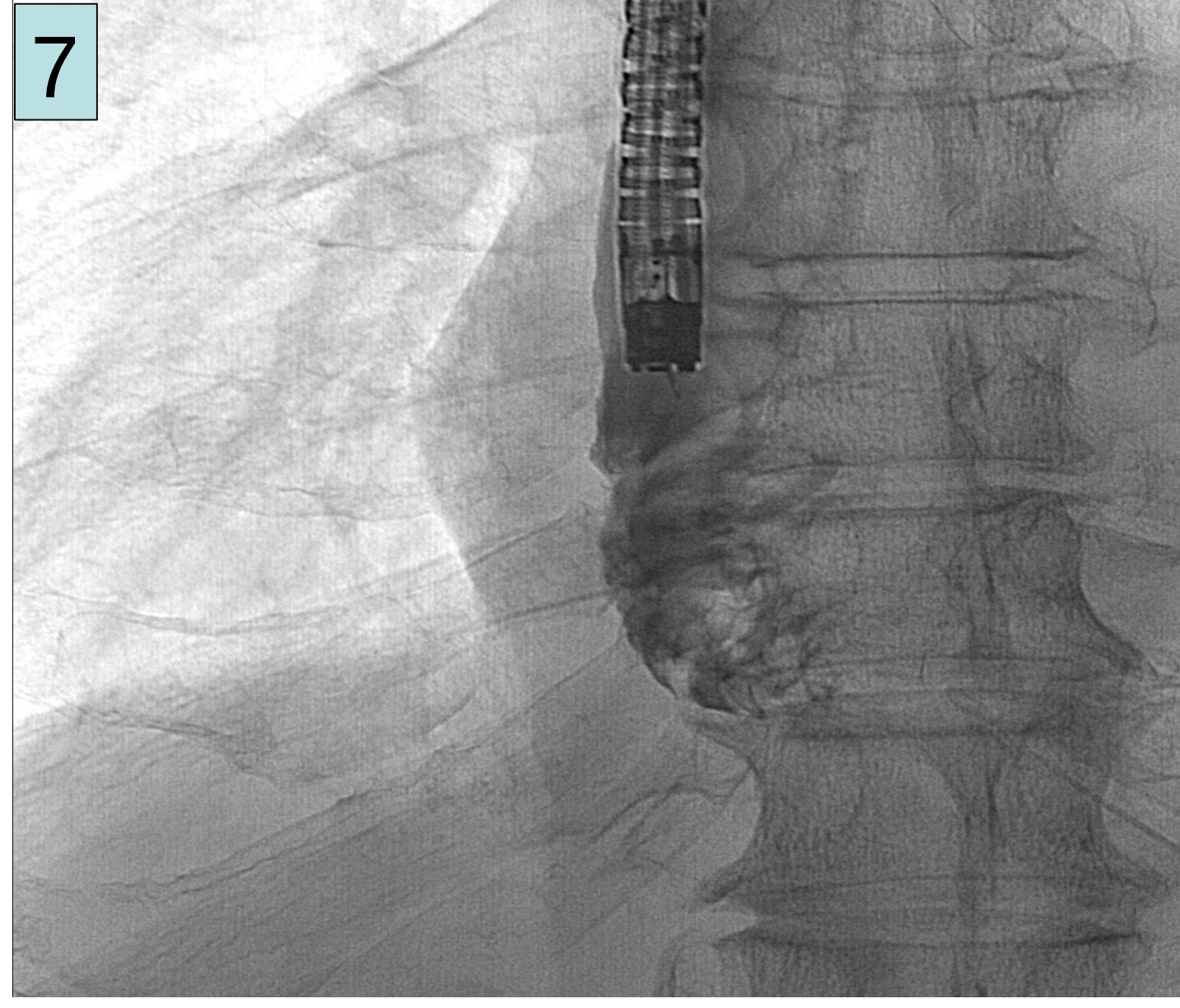
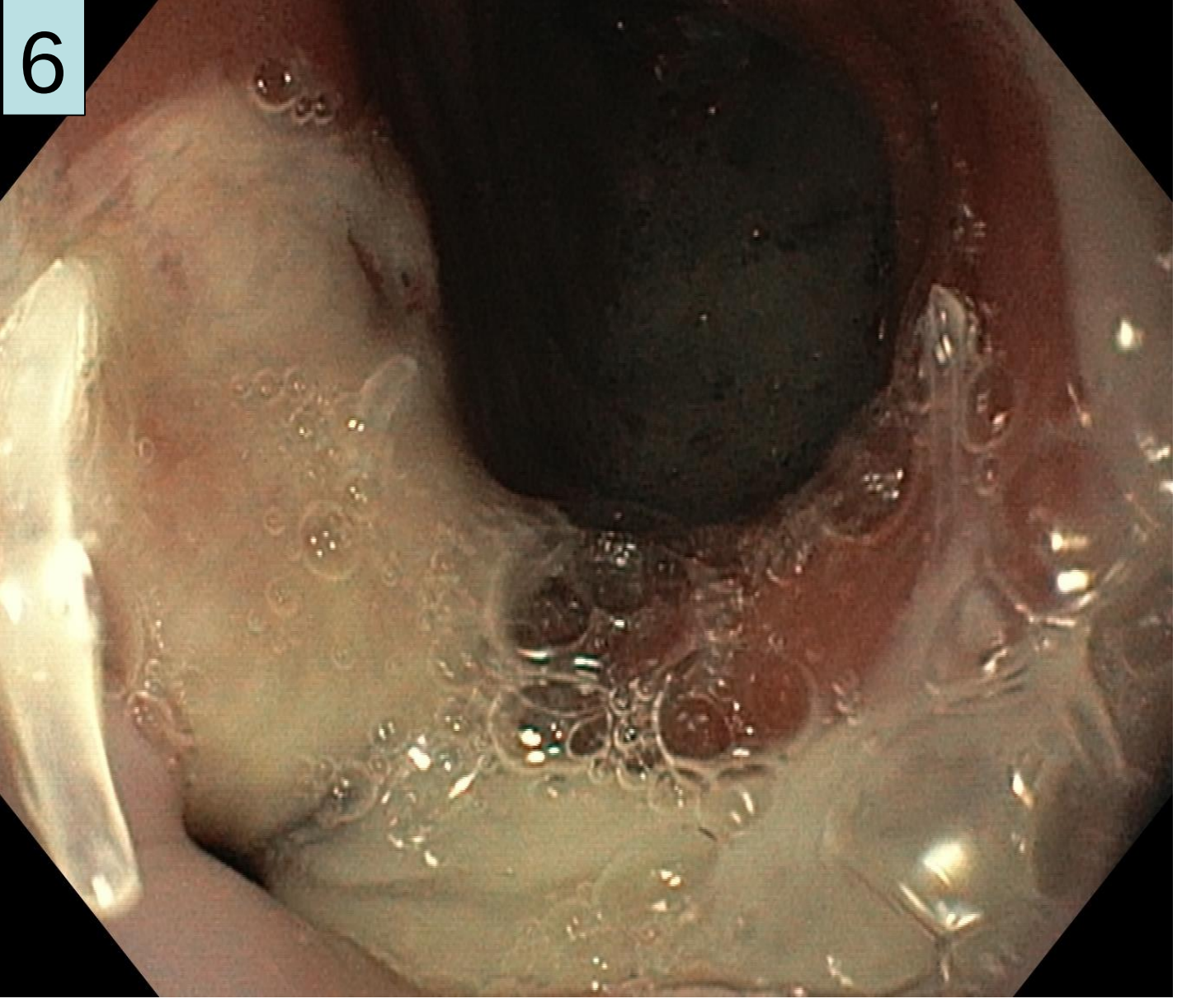
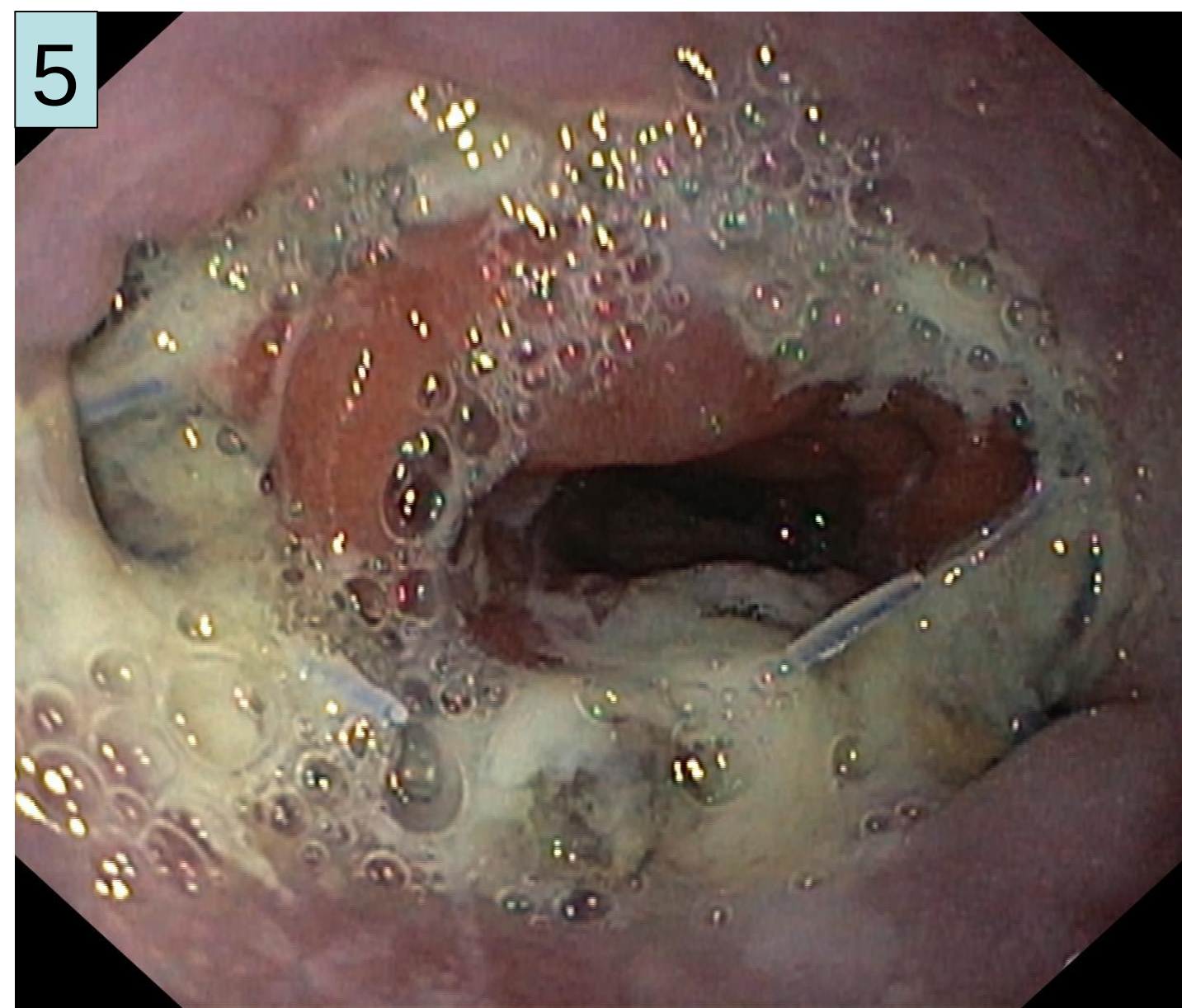
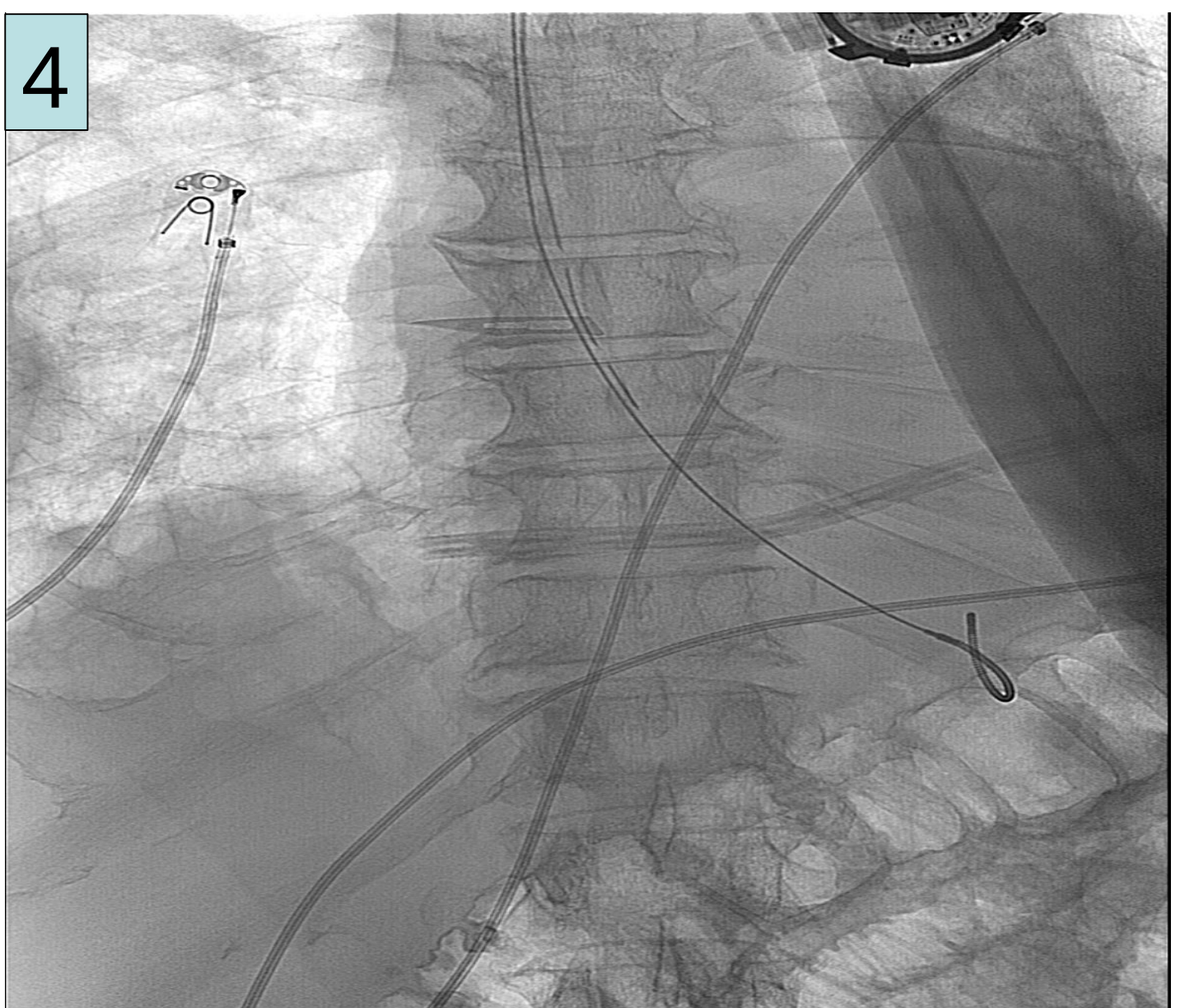
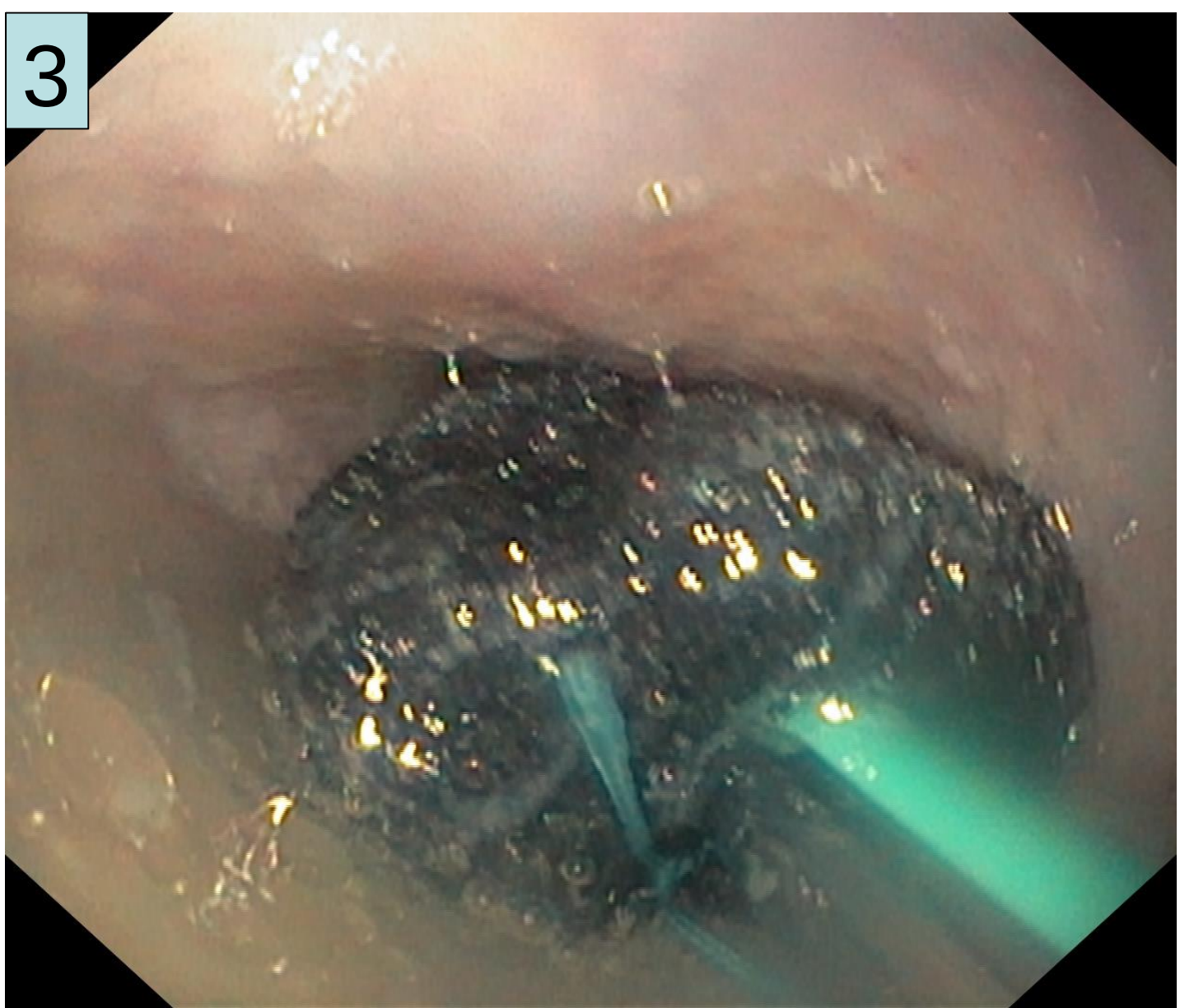
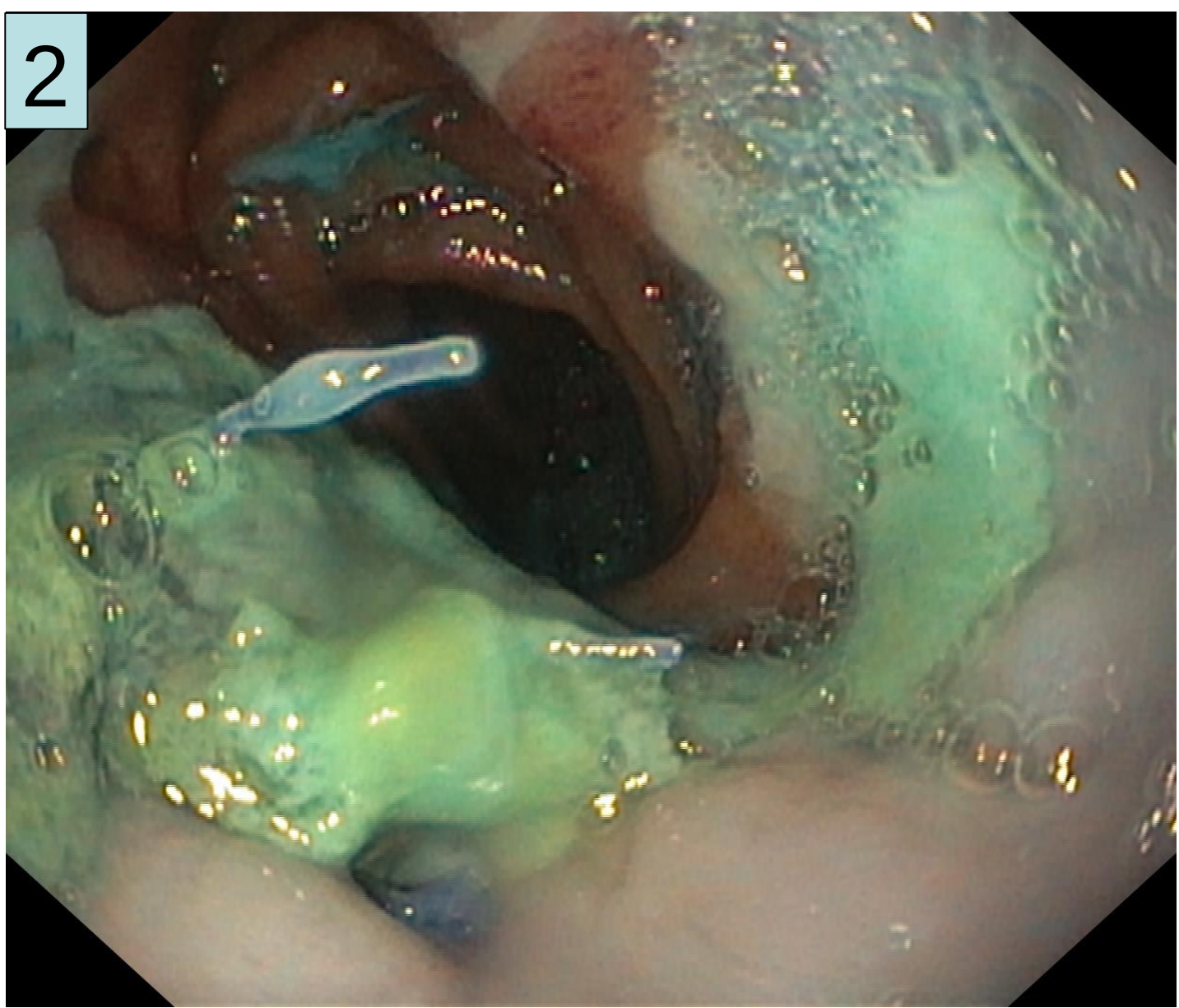


Gastrectomia utáni anasztomózis elégtelenség ellátása intraluminaris negatív nyomás kezeléssel

Szerzők: Dr. Bennemann Stephan, Dr. Vass Tamás, Dr. Bán Kinga, Dr. Hritz István, Dr. Horváth Miklós, Dr. Balázs Ákos, Prof. Dr. Szijártó Attila
S Emmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti és Intervenciós Gasztroenterológiai Klinika



Bevezetés:

Gastrectomia után az oesophago-jejunalis anasztomózisban fellépő varratelégtelenség előfordulási gyakorisága 3-7 % közé tehető. A műtét utáni első pár napban észlelt szövődmény általában reopererációt tesz szükségessé, ugyanakkor a később jelentkező kis méretű inszufficiencia gyakran konzervatív módszerekkel is uralható. Kiemelkedő jelentőségű, hogy a szövődmény kezelését az észlelést követően az individuálisan kiválasztott legmegfelelőbb eljárással mihamarabb elkezdjük.

Esetismertetés:

68 éves férfibetegnek Siewert II. cardia adenocarcinoma miatt bal oldali thoraco-phrenico-laparotomiából gastrectomiát, disztális nyelőcső rezekciót végeztünk, mellkasi pozícióban lévő Roux szerint képzett oesophago-jejunostomával. A posztoperatív 5. napon a jobb oldali mellkasi csövön nyál ürülését észleltük. A varratelégtelenséget nyelés röntgen vizsgálattal igazoltuk. Endoszkóppal intraluminaris helyzetű szivaccsal negatív nyomás kezelést kezdtünk, mely mellett a beteg szeptikus állapota rapidan megszűnt. 6 hét kezelést követően kontrasztanyag kilépés nem volt látható, a beteg a 8. posztoperatív héten rendezett per oralis táplálkozással távozott. Kontroll vizsgálatán panaszkodt gyengeség, láz kivizsgálása során jobb mellüregi tályogot találtunk, melynek hátterében ismételten fennálló kis méretű varratelégtelenség igazolódott. Öntáguló fém stent beültetése és a mellüreg drainálása után állapota javult, kilépést a továbbiakban nem tapasztaltunk. A beteg 2 héttel felvételét követően rendezett állapotban távozott.

Következtetés:

A gastrectomiát követően kialakult varratelégtelenség mortalitása 30%-ra tehető. Különösen veszélyes, ha a megfelelő biztonsági szél elérése érdekében alsó harmadi nyelőcső rezekciót végzünk így az anasztomózis a mediasztinumba kerül. Klinikánkon eddig még nem alkalmazott intraluminaris negatív nyomású kezeléssel a beteg szeptikus állapota gyorsan megszüntethető volt, az eljárást jól tolerálta, ugyanakkor a szövődményt véglegesen nem oldotta meg. A gyulladásos folyamatot a negatív nyomás kezelés mindvégig uralta, ezért ígéretes eljárás lehet klinikánk gyakorlatában, ugyanakkor az indikáció felállítása, illetve a kezelés megszüntetésének feltételei további megfontolást igényelnek. Továbbá az időben elkezdett adjuvans terápia meghatározó betegek túlélése szempontjából, ezért fontos a fellépő szövődmények lehető leggyorsabb ellátása és a fenyegető tumorprogresszió megelőzése.

Ábrajegyzet:

- 1.Nyelés Rtg vizsgálat - kilépést igazolt.
- 2.Endoscopia – fibrinnel fedett inszufficiencia.
- 3-4.„Endosponge” pozicionálása – endoscope/átvilágítás.
- 5-6.Endoscopia – regredialó gyulladásos folyamat, méretben csökkenő inszufficiencia.
- 7-8.Endoscopos kontrasztanyagot feltöltés – kilépést nem igazolt.
- 9.Nyelés Rtg vizsgálat – stentbehelyezés után kilépés megszűnt.
- 10.Posztoperatív staging PET CT – multiplex májajttétek.