

Gerybinių stemplės anastomozės striktūrų gydymas

The treatment of the benign esophagus anastomosis stricture

Eugenijus Stratilatovas, Egidijus Sangaila

Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Bendrosios ir abdominalinės chirurgijos ir onkologijos skyrius, Santariškių g. 1, LT-08660 Vilnius

El. paštas: eugenijus.stratilatovas@loc.lt

Vilnius University, Institute of Oncology, Department of General and Abdominal Surgery and Oncology, Santariškių str. 1, LT-08660 Vilnius, Lithuania

E-mail: eugenijus.stratilatovas@loc.lt

Ivadas

Viena iš dažniausiai pasitaikančių vėlyvųjų komplikacijų po stemplės rezekcinio pobūdžio operacijų yra gerybinė anastomozės striktūra. Dėl striktūros išsivysčiusi disfagija ilgam pablogina ligonio gyvenimo kokybę. Pagrindiniai šios komplikacijos gydymo metodai išlieka dažnos endoskopijos, dilatacijos bužais sukėlus nejautrą. Autoriai siūlo taikyti gana paprastą šių striktūrų gydymo metodą – dilataciją Folley kateteriu.

Rezultatai

Šiuo būdu gydyti keturi pacientai. Visi procedūrą pakėlė gerai, gydymo komplikacijų nebuvo. Po dviejų procedūrų rijimas tapo normalus, toliau procedūros tęstos ambulatoriškai, praėjus 3 mėn. rijimas išliko normalus.

Išvada

Anastomozės striktūros dilatacija Folley kateteriu yra saugus, veiksmingas ir pigus metodas.

Reikšminiai žodžiai: stemplės vėžys, anastomozės striktūra, dilatacija

Background

One of the most frequent late complications after the resectable type of esophageal surgery is benign anastomosis stricture. The subsequent dysphagia worsens the patients' quality of life for a long time. The main treatment modalities for this complication remain frequent endoscopy, dilatation using weighted bougies under anesthesia. Authors recommend use a simple mode of treatment – dilatation with the Folley catheter.

Results

Four patients underwent the treatment. All patients felt well, there were no treatment complications. Swallowing after two procedures became normal, the treatment was continued in outpatient clinic; after three months the swallowing was good.

Conclusion

Dilatation of a stricture with the Folley catheter is a safe and cost-effective method.

Key words: esophageal cancer, anastomosis benign stenosis, dilatation

Ivadas

Viena iš dažniausiai pasitaikančių vėlyvųjų komplikacijų po stemplės rezekcinio pobūdžio operacijų yra gerybinė anastomozės striktūra. Dėl striktūros išsivysčiusi disfagija ilgam pablogina ligonio gyvenimo kokybę. Pagrindiniai šios komplikacijos gydymo metodai išlieka dažnos endoskopijos, dilatacijos bužais naudojant anesteziją. Autoriai siūlo taikyti gana paprastą šių striktūrų gydymo metodą – dilataciją Folley kateteriu. Šį metodą lengva taikyti ir jis yra lygiavertis gerokai brangesnei balioninei dilatacijai.

Ligoniai ir metodai

2003–2007 m. VUOI Bendrosios ir abdominalinės chirurgijos skyriuje atlikta 51 transhiatinė stemplės rezekcija, formuojant jungtį kakle rankine siūle. Pooperacinis mirtingumas siekė 6%. Aštuoniems ligoniams (16%) išsivystė anastomozės striktūra, penkiems iš jų buvo dalinis siūlių nelaikymas ir fistulė. Gydant striktūras panaudoti du metodai: bužavimas ir balioninė dilatacija 16-Fr Folley kateteriu.

Kateteris įstumiamas taip pat kaip nazogastrinis zondas pro nosį, žemiau striktūros, tada balionėlis pripildomas 5–10–15–20 ml oro ir kateteris traukiamas į išorę, atliekant balioninę striktūros dilataciją. Procedūra daroma du kartus per savaitę, kol išnyksta disfagija, paskui kartojama kas savaitę kitus 3 mėnesius.

Rezultatai

Iš 8 pacientų, kuriems buvo gerybinės striktūros, keturiems atlikome dilataciją Folley kateteriu. Visi pacientai procedūrą pakėlė gerai, gydymo komplikacijų nebuvo. Po dviejų procedūrų rijimas tapo normalus, toliau procedūros tęstos ambulatoriškai, praėjus 3 mėn. rijimas išliko normalus.

Diskusija

Pagrindinis stemplės vėžio gydymo metodas išlieka chirurginis. Esminis operacijos tikslas – pašalinti vėžio sukeltą stenozę ir pasiekti, kad ligonis kuo greičiau pradėtų maitintis įprastai, o tam turi būti minimalus pooperacinių komplikacijų dažnis. Viena iš dažniausiai pasitaikančių komplikacijų išlieka anastomozės siūlių

nelaikymas, kuris atitolina ligoniui galimybę normaliai maitintis ir sukelia anastomozės stenozę, kuri kliniškai pasireiškia disfagija [1].

Galima išskirti keletą priežasčių, kurios sukelia anastomozės striktūrą. Wang ir bendraautorai išskiria tokias: siūlių nelaikymas, šarminis ar rūgštinis refliuksas, per siaura anastomozė dėl techninių siuvimo klaidų ar vietinis recidyvas. Autoriai pabrėžia, kad laikas tarp operacijos ir striktūros atsiradimo yra daug trumpesnis, jei buvo anastomozės siūlių nelaikymo reiškinių, palyginti su tais atvejais, kai siūlių anastomozės nelaikymo klinikos nebuvo. Šios stenozės vystosi gana greitai (per 2–3 mėn. nuo operacijos). Panašiu laiku susidaro anastomozės striktūros, nulemtos techninių siuvimo nesklaidumų [2]. Anastomozės striktūrų dažnio svyravimo ribos plačios, t. y. nuo keletu iki 28–45 procentų [3]. Wang ir kt. atkreipia dėmesį, jog siuvant mechaniniais siuvimo aparatais striktūros dažnesnės naudojant mažesnio dydžio aparatus EEA nei ILS. Viena iš pagrindinių blogo anastomozės gijimo priežasčių ta, kad siūlėje nėra gleivinės [4].

Taip pat pastebėta, jog anastomozės striktūrų dažnis priklauso nuo jungties aukščio, t. y. kuo aukščiau atliekama anastomozė, tuo mažesnė tikimybė, jog refliuksu metu į šią sritį pateks šarminis ar rūgštinis turinys. Remdamiesi šiais tyrimo duomenimis kai kurie autoriai teigia, kad gleivinės nebuvimas anastomozės srityje neapsaugo pogleivinių audinių nuo šarminio ar rūgštinio turinio ir šioje srityje vystosi granuliacinis uždegimas bei striktūra. Dauguma autorių siūlo anastomozę atlikti ne pavienėmis, o ištisinėmis siūlėmis, nes mažiau audinių patenka į išemijos zoną. Pabrėžiama, kad kruopštus anastomozės formavimas padeda išvengti jos striktūrų [5], tačiau kitų autorių duomenimis, anastomozės striktūros dažnis gali svyruoti nuo 5% iki 45% atliekant jungtį rankine siūle ir nuo 8% iki 23% – naudojant mechaninius siuvimo aparatus [4,6–8]. Remiantis Zieren ir kt. darbais [9], striktūrų dažnis mažesnis formuojant vieno aukšto anastomozę. Be to, pastebėta, jog anastomozės striktūrų padaugėja po siūlių nelaikymo ir pooperacinio spindulinio gydymo.

Striktūros išsivystymo rizika pirmaisiais metais po operacijos siekia 30% siuvant vieno aukšto siūle ir 64% siuvant dviejų aukštų siūle [9]. Pagrindiniai šios komplikacijos gydymo metodai išlieka dažnos endos-

kopijos, dilatacija bužais sukėlus nejautrą, balioninė dilatacija. Atliekant bužavimą ar dilataciją dažniausiai pasiseka panaikinti striktūrą ir ligonis pradeda normaliai maitintis. Tačiau taikant šiuos metodus, nors ir ne taip dažnai, kyla sunkių komplikacijų – perforacija ties anastomozės sritimi, bužo ar endoskopo patekimas šalia organo. Be to, endoskopinė striktūrotomija yra gana brangi procedūra, o striktūros plėtimas Folley kateteriu yra grįžtamas, taikant šį metodą išvengiama patekimo šalia organo, kateterių savikaina maža, jie visada laisvai prieinami. Šią metodiką naudoję Bangaloro onkologijos centro chirurgai taip pat pabrėžė jos paprastumą ir patikimumą [10]. S. Manjunath su bendraautoriais šia

metodika gydė 54 ligonius, iš jų 33-ims disfagija visiškai išnyko po 1 mėnesio, jokių komplikacijų autoriai nenustatė. Remdamiesi literatūros duomenimis ir savo pirmine patirtimi galime teigti, kad stemplės ir skrandžio jungties stiktūrų gydymas Folley kateteriu yra pigus, saugus ir veiksmingas.

Išvados

Gerybinė anastomozės striktūra po stemplės rezekcinio pobūdžio operacijų yra dažna gyvenimo kokybę bloginanti komplikacija. Grįžtamasis anastomozės gerybinės striktūros plėtimas Folley kateteriu yra saugus, veiksmingas ir pigus metodas.

LITERATŪRA

1. Bruns CJ, Gawenda M, Wolfgarten, Walter M. Cervical anastomotic stenosis after gastric tube reconstruction in esophageal carcinoma. Evaluation of a patient sample 1989–1995. *Langenbecks Arch Chir* 1997; 382(3): 145–8.
2. Wang LS, Huang MH, Huang BS, Chien KY. Gastric Substitution for resectable carcinoma of the esophagus: an analysis of 368 cases. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 289.
3. Orringer MB. Transhiatal esophagectomy without thoracotomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Ann Surg* 1984; 200: 282–287.
4. Wang J, Cheung H, Lui R, Fan YW, Smith A, Siu KF. Esophagogastric anastomosis performed with a stapler: the occurrence of leakage and stricture. *Surgery* 1987; 101: 408.
5. Churchill ED, Sweet RH. Transthoracic resection of tumors of the esophagus and stomach. *Am J Surg* 1942; 115: 897.
6. Chasseray WM, Kiroff GK, Buard JL, Launois B. Cervical or thoracic anastomosis for esophagectomy for carcinoma. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 55.
7. Donnelly RJ, Sastry MR, Wright CD. Esophagogastric anastomosis using the end anastomotic stapler: results of the first 100 patients. *Thorax* 1985; 40: 958.
8. Hopkins RA, Alexander JC, Postlethwait RW. Stapled esophagogastric anastomosis. *Am J Surg* 1984; 147: 283.
9. Zieren HU, Muller JM, Pichlmaier. Prospective randomized study of one- or two layer anastomosis following oesophageal resection and cervical oesophagogastric anastomosis. *Br J Surg* 1993 May; 80: 608–611.
10. Manjunath S, Ramachandra C, Veerendra Kumar KV, Prabhakaran PS. Simple dilatation of anastomotic strictures following esophagectomy in unsedated patients. *EJSO* 2006; 32(9): 1015–1017.

Gauta: 2008-05-02

Priimta spaudai: 2008-06-05