

Ritka szövődmény nyelőcső-resectiót követően: a csőgyomor korai pepticus fekélyének perforációja

Early peptic ulcer perforation of the gastric tube after oesophagectomy

GÉCZI TIBOR, PASZT ATTILA, SIMONKA ZSOLT, FURÁK JÓZSEF, LÁZÁR GYÖRGY[@]

Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, Szeged (igazgató: Prof. Dr. Lázár György)

Esetismertetés: A szerzők egy 45 éves férfi betegük esetét ismertetik, akinél nyelőcső-resectiót követő második posztoperatív napon jelentkezett a csőgyomor pepticus fekélyének perforációja. A beteg a sürgősségi sebészeti beavatkozást (Graham-sutura) és intenzív osztályos kezelést követően a 19. posztoperatív napon otthonába távozott. *Megbeszélés:* A nyelőcső-resectiót követő csőgyomorpótlás világszerte elterjedt és széles körben alkalmazott módszer az emésztőrendszer folytonosságának helyreállítására. Számos különböző korai és késői szövődménye ismert azonban, úgymint: necrosis, gastritis, pepticus fekély, anastomosisszűkület és jó-, valamint rosszindulatú tumorok. A csőgyomor pepticus fekélyének etiológiája nem teljesen tisztázott, megjelenhet a korai, de a késői posztoperatív időszakban is.

Kulcsszavak: nyelőcsődaganat, csőgyomor, pepticus fekély, perforatio

Case report: We report the case of a 45-year-old male patient who developed an acute peptic ulcer perforation of the gastric tube on the second postoperative day after oesophagectomy. The patient underwent emergency surgery (perforation was closed with a Graham patch) followed by intensive care treatment, and was discharged on the 19th postoperative day finally. *Discussion:* Gastric pull-up is a surgical technique that is widely used to re-establish the continuity of the gastrointestinal tract after oesophagectomy. Various early and late complications of gastric tube reconstruction are well-known, such as gastric necrosis, gastritis, gastric ulcer, as well as benign and malignant tumors. The precise etiology of gastric tube ulceration is not known yet, however, it can develop not only in the late, but also in the early postoperative phase as well.

Keywords: oesophageal cancer, gastric tube, peptic ulcer, perforation

Beérkezett: 2011. május 18.; *elfogadva:* 2011. július 18.

Bevezetés

Napjainkban a nyelőcsőrák standard sebészi kezelése a nyelőcső resectiója egyidejű két- vagy hárommezős lymphadenectomiával és az emésztőrendszer folytonosságának helyreállítása, melyre leggyakrabban csőgyomrot használunk.¹ A műtét két testüreg megnyitásával jár a gyakran rossz általános állapotú betegen, így a beavatkozás még a specializálódott centrumokban is nagy kockázatúnak tekinthető. A leggyakoribb sebészi szövődmények közé tartozik a korai posztoperatív időszakban az anastomosiselégtelenség, a pótlásra használt szerv necrosis és a különböző pulmonalis szövődmények.² Egyéb, ritkább komplikációk is ismertek, melyek inkább a késői posztoperatív időszakban, illetve hónapokkal-évekkel a műtétet követően jelent-

keznek, mint a csőgyomor gastritise, az anastomosis szűkülete, pepticus fekélye és különböző tumorai.³ A pepticus fekély többnyire életveszélyes szövődménnyel, perforációval vagy vérzéssel jelentkezik.^{4,5} Közleményünkben egy 45 éves férfi betegünk ritka esetét ismertetjük, akinél nyelőcső-resectiót követően a korai posztoperatív időszakban jelentkezett a csőgyomor pepticus fekélyének perforációja, továbbá áttekintjük a kórkép etiológiai hátterét és klinikai relevanciáját.

Esetismertetés

A 45 éves férfi kivizsgálására évek óta meglévő gyomorfájdalom, epigastriális fájdalom és két hónappal korábban

[@] *Levelezési cím/Corr. address:* Prof. Dr. Lázár György, Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika, 6720 Szeged, Pécsi u. 6.,
Tel./Fax: +36 62 545 701, E-mail: lg@surg.szote.u-szeged.hu

kezdődő, egyre fokozódó nyelési nehézség miatt került sor. A felső gastrointestinalis traktus endoscopos vizsgálata során a nyelőcső alsó harmadában egy szűkítő, egyenetlen felszínű fekély volt látható közvetlenül a cardia felett. Az elváltozásból vett biopszia laphámrákot igazolt. A gyomor és a patkóbél normális volt, sem gyulladásos jeleket, sem pedig fekélyt nem észleltek. A mellkasi és hasi CT-vizsgálat a nyelőcső distalis 5 cm-es szakaszának fali kiszélesedését írta le néhány megnagyobbodott nyirokcsomóval a nyelőcső mellett, távoli áttét nem volt látható (T2N1M0).

Megfelelő előkészítést követően Ivor–Lewis-féle szubtotális nyelőcső-resectiót végeztünk, a nyelőcső pótlására a gyomrot Akiyama szerint csövesítettük, az anastomosis magasan a mellkasban, körkörös varrógéppel készítettük. Pyloromyotomiát és tápláló jejunostomiát is készítettünk a csőgyomor ürülésének elősegítésére és a korai posztoperatív táplálás biztosítására.

A posztoperatív időszakban a beteg az intenzív osztályra került megfigyelés céljából. 36 órával a műtét után hirtelen erős mellkasi fájdalom jelentkezett, láz, emelkedett pulzusszám, légszomj és zavartság kíséretében. Ezzel egyidejűleg a mellkasi drain szívadéka epéssé vált. Mindezek alapján reoperáció mellett döntöttünk. A műtét során a mellkasban kevés, epésen festenyzett váladékot találtunk, a csőgyomor vérellátása, az anastomosis intakt volt. A csőgyomor distalis harmadában, az antrumon egy típusos, kör alakú, lencsényi perforációs nyílást találtunk a környező szövetek gyulladása nélkül. Tekintettel a jó vérellátásra és az előrehaladott gyulladásos jelek hiányára a perforációs nyílást egy kis csepleslebennyel (a viszonylag szélesebb lig. gastrocolicumból) megerősítve Graham szerint elvartuk, valamint újra draináltuk a mediastinumot és a mellüregt.



1. ábra. Hat hónappal a műtétet követően elvégzett mellkasi CT sem gyulladásos, sem daganatos eltérést nem igazolt

A reoperációt követően a beteg ismét az intenzív osztályra került, antibiotikum, protonpumpagátló kezelésben, jejunalis táplálásban, epiduralis érzéstelenítésben és a kialakult ARDS miatt respiratorterápiában részesült. A beteg általános állapota javult, a 14. posztoperatív napon elvégzett kontroll-nyelésröntgenvizsgálat normális volt (nem volt anastomosiselégtelenség vagy egyéb kontrasztanyag-kilépés, a gyomorürülés megfelelő ütemű volt). A 15. napon a beteg kielégítő általános állapotban az általános sebészeti osztályra került, ezt követően, a 19. napon panaszmentesen bocsátottuk otthonába. A kontroll endoscopos vizsgálat nem mutatott eltérést a csőgyomorban.

A nyelőcső-resectum szövettani vizsgálata pT2N1 stádiumú laphámcarcinomát igazolt, a beteg ezt követően adjuváns kemo-radioterápiában részesült (40,2 Gy + 12 Gy boost irradiatio és Cisplatin alapú kemoterápia).

Több mint két évvel a műtétet követően a beteg jelenleg is panaszmentes, a kontroll-nyelésröntgen, gastroscopia, CT (1. ábra) és PET-CT nem igazolt sem recidívát, sem pedig metastasist. A beteg a műtét óta folyamatosan protonpumpagátló kezelésben részesül.

Megbeszélés

A csőgyomor kifeléyesedése késői szövődeményként ritka, de ismert entitás, azonban korai megjelenése eddig még nem került publikálásra. Különböző tanulmányok e pepticus fekélyek kialakulását 6,3 és 19,4% közé teszik.^{6–8} Kialakulásában több faktor játszik szerepet, melyek a következők: a normál gyomor-pH visszaállása, Helicobacter pylori-fertőzés, csökkent gyomorürülés, a csőgyomor vérellátásának romlása, posztoperatív radioterápia, nem felszívódó varróanyagok használata és ulcerogén gyógyszerek alkalmazása, mint például a steroidok és a nem steroid gyulladásgátlók.

Az epe szerepe a nyelőcső nyálkahártya-sérülésében jól ismert, csakúgy, mint a duodenogastricus reflux hatása a stresszulus és a pepticus krónikus gyomorfekély kialakulásában.⁹ Betegünk a műtét előtt már évek óta szenvedett refluxos panaszoktól. A duodenogastricus reflux preoperatív nem került igazolásra, azonban a reoperáció során nagyobb mennyiségű epe volt észlelhető mind a csőgyomorban, mind pedig a mellüregben. E tényezők szerepet játszhattak a pepticus fekély kialakulásában.

Gyomorpótlást követően a meglassult gyomorürülés jól ismert probléma. A stasis dyspepsiához vezethet a posztoperatív időszakban, mely szintén ulceratív folyamatot okozhat.⁹ A csökkent gyomorürülés miatti epe és a különböző aktiválódott hasnyálmirigyenzimek működése nyálkahártya-károsodáshoz vezethet.

A harmadik faktor a gyomorcső szöveti perfúziójának romlása, mely olyan súlyos szövődeményeket hozhat létre, mint például a gyomorcső elhalása, anastomosiselégtelenség vagy strictura, valamint fekélyképződés. Ugyanakkor az is valószínű, hogy a csökkent perfúzió miatt a gyomor-

nyálkahártya gyógyulási hajlama romlik, mely érzékenyebbé teszi az agresszív faktorok, így az epe iránt.

Korábbi kísérletes eredményeinkkel igazoltuk, hogy a mellkasi epiduralis érzéstelenítés szignifikánsan javítja a gyomorcső mikrokeringését, és javítja a motilitást is.¹⁰ Sőt, további tanulmányok alapján nyelőcső-resectiót követően a mellkasi epiduralis analgesia alkalmazása mellett az anastomosiselégtelenség aránya szignifikánsan javítható.¹¹ Ezen eredmények alapján nyelőcsőműtétek során rutinszerűen alkalmazunk mellkasi epiduralis analgesiát. Fentebb közölt esetünkben a nyálkahártya-ischemiát nem tartjuk patogenetikus oknak, hiszen alkalmaztunk epiduralis analgesiát, és a reoperáció során nem volt észlelhető keringési zavar a csőgyomorban.

Összességében betegünknel az epés refluxot, a csökkent gyomorürülést, valamint a nagy sebészi traumához társuló stressz kiváltotta nyálkahártya-sérülést tarthatjuk a fekély és a perforatio kiváltó okának. Betegünk szövődménye igazolja, hogy a csőgyomor nyálkahártya-sérülése előfordulhat a korai posztoperatív szakban is. Mindezek alapján a protonpumpagátlók rutinszerű alkalmazása indokolt a csőgyomorral történő nyelőcsőpótlás során, különösen, ha a műtét előtt már voltak savtúltermelésre utaló jelek.

Irodalomjegyzék

- ¹ Tóth I, Szűcs G: Surgical complications of esophageal resections: our experiences after 168 operations. *Magy Seb* 2004; 57: 201–8
- ² Peters JL, Fisher C, Kenning BR, Pye JK: Late benign intrathoracic gastric perforation after oesophagectomy for carcinoma. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282(6275): 1512–3
- ³ Piessen G, Lamblin A, Triboulet JP, Mariette C: Peptic ulcer of the gastric tube after esophagectomy for cancer: clinical implications. *Dis of the Esophagus* 2007; 20: 542–5
- ⁴ Motoyama S, Saito R, Kitamura M, Suzuki H, Nakamura M, Okuyama M, Imano H, Inoue Y, Ogawa J: Prospective endoscopic follow-up results of reconstructed gastric tube. *Hepatogastroenterology* 2003; 97: 666–9
- ⁵ Farsang Z, Vörös A, Szántó I, Gonda G, Ender F, Altorjay Á: Nyelőcsőrezekció után kialakult ritka késői szövődmény. *Magy Seb* 2001; 54: 191–3
- ⁶ Maier A, Tomaselli F, Sankin O, Anegg U, Fell B, Renner H, Pinter H, Friehs GB, Smolle-Jüttner FM: Acid-related diseases following retrosternal stomach interposition. *Hepatogastroenterology* 2001; 48: 899–902
- ⁷ Koide N, Hiraguri M, Nishio A, Hanazaki K, Adachi W, Shikama N, Oguchi M, Maezawa T, Amano J: Ulcer in the gastric tube for esophageal replacement: a comparison of 12 esophageal cancer patients with or without postoperative radiotherapy. *J Gastroenterol Hepatol* 2001; 16: 137–41
- ⁸ McDermott M, Hourihane DO: Fatal non-malignant ulceration in the gastric tube after oesophagectomy. *J Clin Pathol.* 1993; 46: 483–5
- ⁹ Uchida Y, Tomonari K, Murakami S, Hadama T, Shibata O, Shirabe J: Occurrence of peptic ulceration in the gastric tube used for oesophageal replacement in adults. *Jpn J Surg* 1987; 17: 190–4
- ¹⁰ Lázár G, Kaszaki J, Abrahám S, Horváth G, Wolfárd A, Szentpáli K, Paszt A, Balogh A, Boros M: Thoracic epidural anesthesia improves the gastric microcirculation during experimental gastric tube formation. *Surgery* 2003; 134: 799–805
- ¹¹ Michelet P, D'Journo XB, Roch A, Papazian L, Ragni J, Thomas P, Auffray JP: Perioperative risk factors for anastomotic leakage after esophagectomy: influence of thoracic epidural analgesia. *Chest* 2005; 128: 3261–466