

Stemplės rezekcija ir plastika

Aleksandras Bagajevs

Klaipėdos ligoninė

Raktažodžiai: *stemplės rezekcija, stemplės vėžys, ezofagogastroplastika.*

Santrauka. Tikslas. *Stemplės rezekcijos ir plastikos būdų bei ankstyvųjų chirurginio gydymo rezultatų įvertinimas.*

Tyrimo medžiaga ir metodai. *Klaipėdos ligoninės Krūtinės chirurgijos skyriuje nuo 2002 m. kovo iki 2003 m. rugpjūčio mėn. atlikta 31 stemplės rezekcija. Rezekcijos atliktos pagal Akiyama-20, Lewis-2, Garlock-5, Torek-4. Dėl stemplės vėžio operuoti 25 ligoniai, stemplės perforacija – 3, pepsinės striktūros – 1, ponudegiminės striktūros – 1, skrandžio nekrozės – 1 ligonis. Vyrų – 28, moterų – 3. Amžiaus vidurkis – 61 metai. Atliktos septynios kompleksinės stemplės rezekcijos: su atipinėmis segmentektomijomis dėl buliozinių pakitimų – 2, su kepenų rezekcija dėl solitarinių metastazių – 2, su dešine apatine lobektomija dėl naviko peraugimo – 1, su proksimaline skrandžio rezekcija dėl naviko išplitimo – 2.*

Rezultatai. *Svarbiausi stemplės vėžio operacijos tipo parinkimo kriterijai buvo vėžinio proceso stadija, naviko morfologija, naviko lokalizacija, ligonio gretutinės ligos ir jo būklė. Pooperacinių komplikacijų užfiksuota 58 proc., mirštamumas – 16,1 proc.. Iš viso mirė penki ligoniai. Trys iš jų mirė nuo pooperacinių chirurginių komplikacijų: vienas po Garlock tipo operacijos dėl komplikacijų, susijusių su anastomozės nepakankamumu, o kiti du po Akiyamos tipo operacijos – vienu atveju dėl skrandžio vamzdelio siūlės nepakankamumo, antru – dėl anastomozės nepakankamumo.*

Išvados. *Subtotalinė stemplės rezekcija su vienmomentine rekonstrukcija skrandžio vamzdeliu bei dviejų zonų limfadenektomija yra efektyvus ir radikalus pakankamai saugus stemplės vėžio gydymo būdas. Pooperacinis 16,1 proc. mirštamumas, atlikus 31 stemplės rezekcijų naujai įsteigtame torakochirurginiame skyriuje, priklausė nuo ligos stadijos, ligonio bendros sveikatos būklės ir gretutinių ligų, operacijos tipo bei chirurgo patyrimo.*

Įvadas

Dažniausios priežastys, dėl kurių tenka atlikti stemplės rezekciją, yra stemplės vėžys ir gerybinės stemplės stenozės su ryškia disfagija. Operacija lieka pagrindinis stemplės vėžio gydymo būdas, kuris gali būti papildytas kitais gydymo metodais. Per pastaruosius 30–35 metus labai pasikeitė šios patologijos gydymo taktika. Operacinės technikos, stemplės ligų diagnostikos metodų tobulumas, naujos schemos, koreguojant statusą ligoniams, kuriems diagnozuota stemplės stenozė, leido plačiai taikyti tokias sudėtingas operacijas, kaip vienmomentinė stemplės rezekcija ir plastika (VSRP). Tačiau didelis VSRP traumatizmas, operacinės technikos sudėtingumas, didelis pooperacinių komplikacijų skaičius bei mirštamumas stabdė VSRP atlikimą klinikose. Šios problemos išspręstos 1980 metais. Didelę įtaką turėjo naujas stemplės rezekcijos technikos įdiegimas operuojant abdominocervikalinio priėjimo būdu be torakotomijos su vienmomentine plastika skrandžio vamzdeliu ir anastomozė kakle. Palyginus su daugiamomentine, vienmomentinė operacija žymiai pagerina gyvenimo kokybę,

gelbsti nuo ilgalaikio sunkaus invalidumo ir psichologinių problemų (1). Šios aplinkybės tapo pagrindinėmis priežastimis, dėl kurių daugelis chirurgų atsisakė nuo Toreko ir kitų daugiamomentinių operacijų, darytų ligoniams, sergantiems stemplės vėžiu ir gerybine stenozė, o rinkosi vienmomentines operacijas. Tuo labiau, kad šių operacijų rezultatai panašūs (1).

Šiuo metu mirtingumas klinikose, turinčiose tokių operacijų patyrimą, neviršija 5–10 proc. Patenkinami rezultatai leido plačiai naudoti VSRP ligoniams, sergantiems ir gerybinėmis stemplės stenozėms (ponudegiminės ir pepsinės striktūros, IV stadijos kardiijos achalazija arba kardiospazmas). Stemplės ekstirpacija tokiems ligoniams yra kaip vėžio profilaktika.

Stemplės vėžio chirurginio gydymo rezultatai, taikant rezekciją ir plastiką, nuolat gerėja. Literatūros duomenimis, per pastaruosius du dešimtmečius įvairiose pasaulio klinikose gydytų pacientų, sergančių stemplės vėžiu, stemplės rezekcijos ir plastikos rezultatai buvo tokie: 1969–1979 m. – iš 83783 tirtų pacientų 58 proc. buvo operabilūs, 39 proc. – rezektabilūs, mirštamumas po rezekcijos – 29 proc., penkerių

metų išgyvenamumas – 4 proc. (2). Po 10 metų, t. y. 1980–1988 m. iš 76911 pacientų rezektabilumas buvo 56 proc., mirštamumas – 13 proc., penkerių metų išgyvenamumas – 10 proc. (3). Pastarųjų metų mirštamumas dar sumažėjo iki 10 proc. ir mažiau, o kai kurie tyrėjai pateikia mirštamumą apie 2 proc. (4–6).

Lietuvoje kasmet užregistruojama per 150 ligonių, kuriems pirmą kartą diagnozuota piktybinė stemplės liga. Sergamumas stemplės vėžiu Lietuvoje 6,2 iš 100 tūkst. vyrų ir 0,9 100 tūkst. moterų, mirtingumas – 5,9 iš 100 tūkst. vyrų ir 0,7 100 tūkst. moterų. Tik 30 proc. šių ligonių atliekamos stemplės plastinės operacijos. Kiti gydomi paliatyviai (7).

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

Klaipėdos ligoninės Torakalinės chirurgijos skyriuje nuo 2002 kovo iki 2003 rugpjūčio mėn. atlikta 31 stemplės rezekcija (1 lentelė). Dėl stemplės vėžio operuoti 25 ligoniai; stemplės perforacijos – 3, pepsinės striktūros – 1, ponudegiminės striktūros – 1, skrandžio nekrozės – 1 ligonis. Vyrų – 28, moterų – 3. Amžiaus vidurkis – 61 metai. Prieš radikalias operacijas visiems ligoniams padaryta krūtinės ląstos rentgenograma, fibroezofagogastroduodenoskopija su proceso verifikacija, fibrobronchoskopija, stemplės rentgenogramos ir kompiuterinė tomografija, vidaus organų echoskopija proceso išplitimui įvertinti, visi reikalingi laboratoriniai tyrimai.

1 lentelė. Stemplės rezekcinės operacijos

Operacijos pavadinimas	Ligonių skaičius, proc.
Pagal Akiyama	20 (64,5 proc.)
Pagal Lewis	2 (6,5 proc.)
Pagal Garlock	5 (16,1 proc.)
Pagal Torek	4 (12,9 proc.)
Iš viso	31 (100 proc.)

Atliktos septynios kompleksinės stemplės rezekcijos: su atipinėmis plaučių segmentektomijomis dėl buliozinių pakitimų – 2, su kepenų rezekcija dėl solitarinių metastazių – 2, su dešiniojo plaučio apatine lobektomija dėl naviko peraugimo – 1, su proksimaline skrandžio rezekcija dėl naviko išplitimo – 2.

Svarbiausi stemplės vėžio operacijos tipo pasirinkimo kriterijai buvo vėžinio proceso stadija (2 lentelė), naviko morfologija (3 lentelė), naviko lokalizacija (4 lentelė), ligonio būklė.

Atliekant radikalias stemplės vėžio rezekcijas, padarytos dviejų sričių (tarpuplaučio ir viršutinės pilvo dalies) limfadenektomijos. Antrąją pooperacinę parą pradedamas maitinimas per jejunostomiją. Septintąją

2 lentelė. Operuoti ligoniai pagal stemplės vėžio stadijas

Ligos stadijos (TNM)	Ligonių skaičius, proc.
IIA stadija	2 (8,0 proc.)
IIB stadija	4 (16,0 proc.)
III stadija	14 (56,0 proc.)
IV stadija	5 (20,0 proc.)
Iš viso	25 (100 proc.)

3 lentelė. Operuoti ligoniai pagal naviko morfologiją

Naviko morfologija	Ligonių skaičius, proc.
Plokščialąstelinė karcinoma	18 (72,0 proc.)
Adenokarcinoma	7 (28,0 proc.)
Iš viso	25 (100 proc.)

4 lentelė. Operuoti ligoniai pagal naviko lokalizaciją

Naviko lokalizacija	Ligonių skaičius, proc.
Viršutinis 1/3	1 (4,0 proc.)
Vidurinis 1/3	13 (52,0 proc.)
Apatinis 1/3	11 (44,0 proc.)
Iš viso	25 (100 proc.)

aštuntąją pooperacinę parą buvo atliekamas kontrolinis rentgenologinis tyrimas ir, nesant anastomozės nesandarumo, ligoniai aštuntąją pooperacinę parą pradedami įprastai maitinti.

Rezultatai

Ankstyvuosius stemplės rezekcijų rezultatus vertiname pagal komplikacijų skaičių (5 lentelė) bei pooperacinį ligonių mirštamumą. Komplikacijų buvo 18 (58 proc.) ligonių. Dažniausia komplikacija buvo pooperacinė pneumonija, kuri sėkmingai gydyta taikant antibiotikoterapiją pagal floros jautrumą, fizioterapiją, sanacinę fibrobronchoskopiją. Antra pagal dažnį komplikacija – anastomozės nepakankamumas (3 – po Akiyamos ir 1 – po Garlock operacijos). Du ligoniai buvo gydomi vietiškai atvėrus žaizdą kakle ir gydant ją bei stentuojuot anastomozės vietą. Žaizda sugydavo vidutiniškai per 8–10 dienų, du ligoniai mirė nuo mediastinito. Vienam ligoniui nustatyta skrandžio nekrozė. Ligonis pakartotinai operuotas trečiąją pooperacinę parą. Atlikta proksimalinė skrandžio rezekcija ir Toreko pirmojo etapo operacija. Ligonis pasveiko. Ruošiamas antrojo etapo operacijai. Dviem ligoniams

5 lentelė. Pooperacinės komplikacijos

Komplikacijos pavadinimas	Komplikacijų skaičius
Pneumonija	11
Anastomozės nepakankamumas	4 (Garlock-1, Akiyama-3)
Transplantato nesandarumas	1 (Akiyama)
Anastomozės striktūra	3 (Garlock-1, Akiyama-2)
Konduito nekrozė	1 (Garlock)
Refliukšas	2 (Garlock)
Miokardo infarktas	1
Galvos smegenų insultas	1

buvo vėlesnių komplikacijų – anastomozės randinių striktūrų. Praeinamumas atkurtas po 2–3 bužavimo procedūrų. Refliukso ezofagitas nustatytas dviem ligoniams (po Garlock operacijos) praėjus 3–4 savaitei po operacijos. Ligonį būklė pagerėjo koregavus medikamentinį gydymą, maitinimo režimą ir dietą.

Mirė 5 (16,1 proc.) ligoniai. Vienas ligonis mirė po Garlock operacijos nuo anastomozės nepakankamumo, kairės pleuros empiemos ir pulmokardinio nepakankamumo. Du ligoniai mirė po Akiyamos operacijos, iš kurių vienam nustatytas skrandžio vamzdelio transplantato siūlės nesandarumas žemiau anastomozės, dėl kurios pasireiškė mediastinitas, antram – dėl anastomozės nesandarumo susidarė lokalus stemplės turinio patekimas į tarpuplautį, netikėtai sukėlęs erozinį kraujavimą iš aortos. Po vieną ligonį mirė nuo galvos smegenų insulto ir miokardo infarkto.

Rezultatų aptarimas

Pagrindinis piktybinių stemplės ligų gydymas, kai nėra išplitęs patologinis procesas, o ligonio somatinė būklė patenkinama, yra chirurginis. Esant gerybinei stemplės patologijai, chirurginį gydymą reikia taikyti, kai kiti gydymo metodai negalimi arba yra neefektyvūs (stemplės perforacija, totali randinė striktūra, IV laipsnio kardiospazmas, gigantiniai divertikulai ir t. t.). Chirurginio gydymo sėkmei didelės reikšmės turi ikioperacinis ligonio paruošimas (kalingas maistas, kvėpavimo gimnastika, fizioterapija, medikamentinis gydymas). Planuojant chirurginį gydymą, reikia parinkti operacijos modifikaciją. Parinkimas priklauso nuo: patologinio proceso stemplėje lokalizacijos, patologinio proceso išplitimo, proceso morfologijos (piktybinis ar gerybinis), operacijos tikslo (radikali ar paliatyvi) ir chirurgo patirties.

Stemplės rezekcinės operacijos yra priimta skirstyti (3, 8) pagal tai, kokia numatoma rezekcija (segmentinė, subtotalinė, totalinė), kokie organai naudojami, formuojant transplantatą (skrandis, storoji ar plonoji žarna), kur numatoma anastomozės vieta (kakle, dešini-

nijame ar kairiajame hemotorakse) ir kokia transplantanto pozicija (poodinė, substernalinė, transpleurinė, užpakaliniame tarpuplautyje, endoezofaginė).

Po stemplės rezekcijos jos rekonstrukcijai dažniausiai naudojamas skrandis. Taip pakeičiama stemplė per visą ilgį ir sąlyginai pasiekama rekonstrukcijos paprastumo – reikalinga tik viena anastomozė, nėra žymių funkcinių pakitimų organizme. Esant stemplės navikinei ir kai kuriai gerybinei stemplės patologijai (didelė ponudegiminė striktūra su ryškia disfagija, dauginiai divertikulai ir t. t.) pasirinkimo operacija yra stemplės subtotalinė rezekcija su vienmomentine plastika izoperistaltiniu skrandžio vamzdeliu. Vamzdelis įstatomas per *a. gastroepiploica dex.*, su geriausia kraujotaka 4 cm pločio transplantate iš didžiosios kreivės. Transplantato ilgis pakankamas uždėti anastomozei be tempimo torakse arba kakle (9). Daugeliu atvejų geriausia transplantato vieta yra užpakalinis tarpuplautis, nes yra pati trumpiausia, vamzdelis guli tiesiai, nepažeidžiama kraujotaka. Visiems ligoniams atlikta dviejų sričių (tarpuplaučio ir viršutinio pilvo aukšto) limfadenektomija. Turėjome tik vieną ligonį, kuriam buvo stemplės viršutinio 1/3 karcinoma, o viršraktikauliniai limfmazgai regioniniai. Šiam ligoniui atlikta paliatyvi rezekcija dėl ezofagotrachėjinės fistulės. Trečiųjų sričių limfadenektomija gerokai padidina pooperacinį mirštamumą ir komplikacijų skaičių (10). Dėl šių priežasčių buvo aliekama dviejų sričių limfadenektomija. Anastomozės nepakankamumas nustatytas trimis ligoniams, iš kurių vienas mirė nuo pūlinio ir erozinio kraujavimo iš aortos. Refliukso (skrandžio sulčių ar biliarinio) nenustatyta nė vienam ligoniui. Manoma, kad kuo aukščiau uždėta anastomozė, tuo mažesnė refliukso galimybė (8). Anastomozės striktūros sėkmingai ir saugiai buvo gydomos bužavimu. Transtorakalinių rezekcijų atlikta – 12, tranhiatinių – 8. Tranhiataliai padalijome stemplę, kai navikas buvo apatiniame 1/3, arba kai navikas buvo viduriniame 1/3, bet nedidelis (iki 2 cm) ir be gretimų organų peraugimo požymių. Pastebėta, kad dalijant

transhiataliai operacijos metu, dažniau būna hipotonijos reiškinių (dėl mechaninės širdies traumos ir refleksogeninių zonų dirginimo) bei didesnis kraujotekimas operacijos metu ir po operacijos.

Operacijos pagal Lewis atliktos dėl ponudegiminės stemplės apatinės dalies ilgos striktūros ir dėl apatinio stemplės 1/3 karcinomos su invazija į kardią. Rezekcijos pagal Garlock atliktos, kai patologinis procesas lokalizavosi stemplės apatinėje dalyje, o ligonio somatinė būklė neleido atlikti išplėstinės rezekcijos, kai buvo per trumpas suformuotas skrandžio vamzdelis (dėl anksčiau atliktos skrandžio rezekcijos). Vienam ligoniui nustatyta skrandžio nekrozė kuri, manome, radosi dėl per siauros angos diafragmoje ir dėl to sutrikusios kraujotakos. Anastomozės nepakankamumas

baigėsi mirtimi dėl kairės pleuros empiemos ir pulmokardinio nepakankamumo. Biliarinis refluksas diagnozuotas dviem ligoniams.

Išvados

1. Subtotalinė stemplės rezekcija su vienmomentine rekonstrukcija skrandžio vamzdeliu bei dviejų zonų limfadenektomija yra pakankamai saugus, radikalus ir efektyvus stemplės vėžio gydymo būdas.

2. Pooperacinis 16,1 proc. mirštamumas, atlikus pirmąsias 31 stemplės rezekcijos ir plastikos operacijas naujai įsteigtame torakochirurgijos skyriuje, priklausė nuo ligos stadijos, ligonio gretutinių ligų, bendros sveikatos būklės, operacijos tipo bei chirurgo patyrimo.

Esophageal resections and plastics

Aleksandras Bagajevs

Klaipėda Hospital, Lithuania

Key words: esophageal resections, esophageal cancer, esophagoplasty.

Summary. The aim was to evaluate interim results of surgery and plastics for esophageal diseases.

From March 2002 to August 2003, 31 patients underwent esophageal resections in the Department of Thoracic Surgery of Klaipėda Hospital. The following operations were performed: 10 patients (32.3%) had transthoracic resections, 10 patients (32.3%) – transhiatal resections, 2 patients (6.5%) – Lewis type, 5 patients (16.1%) – Garlock type and 4 patients (12.9%) – first step of Thoreck type operations. Twenty-five patients (80.6%) underwent surgery due to cancer, 3 patients (9.7%) due to esophagus perforation, 1 patient (3.2%) due to peptic stricture, 1 patient (3.2%) due to post-burn stricture, and 1 patient (3.2%) due to gastric necrosis. In 7 cases (22.6%) combined esophageal resections were performed: 2 patients (6.5%) with lung segmentectomies, 2 patients (6.5%) with liver metastasis resections, 1 patient (3.25%) with right lower lobectomy, and 2 patients (6.5%) with proximal gastric metastasis resection. In 58% of patients we observed postoperative complications; lethal outcome was present in 5 patients (16.1%).

Conclusions. Subtotal esophageal resection with gastric pipe reconstruction and two-level lymphadenectomies are sufficient radical treatment in cancer patients. Postoperative mortality (16.1%) after 31 resections depends on stage of disease, performance status, comorbidity, surgeon experience and type of operation.

Correspondence to A. Bagajevs, Klaipėda Hospital, Liepojos 15, 5808 Klaipėda, Lithuania

Literatūra

1. Chernousov AF, Domrachev SA. Ekstirpacija pishchevoda s odnomomentnoj plastikoju izoperistalticheskoj szeludochnoj trubkoj. (Esophageal extirpation and reconstruction using isoperistaltic gastric tube.) Moskva; 1992.
2. Earlam R, Cuncha-Melo JR. Oesophageal squamous cell carcinoma: A critical review of surgery. Br J Surg 1980;67: 381.
3. Muller JM, Erasmi H, Stelrer M, et al. Surgical therapy of oesophageal carcinoma. Br J Surg 1990;77:845.
4. Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, et al. Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic oesophagus. Ann Surg 1994;220:364.
5. Orringer HB, Marshall B, Stirling MC. Transhiatal esophagectomy for benign and malignant disease. J Thorac Cardiovasc Surg 1993;105:265.
6. Zhang DW, Cheng GY, Huang GJ, et al. Operable squamous esophageal cancer: Current results from the East. World J Surg 1994;18:347.
7. Cicėnas S, Bagajevs A, Tyrina T, Ambrozaitis R. Stemplės stentavimas. (Esophageal stenting.) Medicina (Kaunas) 2000; 36:1639-43.
8. Wong J. Esophageal resection for cancer. The rationale of current practice. Am J Surg 1987;153:18.
9. Liebermann-Maffert DMI, Meier R, Siewaet JR. Vascular anatomy of the gastric tube used for the esophageal reconstruction. Ann Thorac Surg 1992;54:1110.
10. Lerut T, Coosemans W, De Leyn P, Deneffe G, Topal B, Van de Ven C, van Raemdonck D. Reflections on three field lymphadenectomy in carcinoma of oesophageal and gastroesophageal junction. Hepatogastroenterology 1999;46(26): 717-25.

Straipsnis gautas 2003 09 10, priimtas 2003 11 06

Received 10 September 2003, accepted 6 November 2003