

27 Πυλωροπλαστική (Heineke-Mikulicz και Finney) Επέμβαση για Αιμορραγία από Δωδεκαδακτυλικό Έλκος

ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η πυλωροπλαστική χρησιμοποιείται τώρα κυρίως σε υψηλού χειρουργικού κινδύνου ασθενείς που υφίστανται επείγουσα χειρουργική επέμβαση για μαζική αιμορραγία από δωδεκαδακτυλικό έλκος. Συνήθως συμπληρώνεται με βαγοτομή (βλ. Κεφάλαια 25 και 26).

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

- Ρινογαστρική αναρρόφηση.
- Οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση (συνά είν- ναι εφικτός ο ενδοσκοπικός έλεγχος της αιμορραγίας, αποφεύγοντας έτσι την επέμβαση).
- Περιεγχειρητική χορήγηση αντιβιοτικών.

ΠΑΓΙΔΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Διαφυγή από τη συρραφή.
- Μη ικανοποιητικός (ανεπαρκής) αυλός.

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Έλεγχος της αιμορραγίας

Το έλκος αποκαλύπτεται με μία εκτεταμένη γαστρο- δωδεκαδακτυλοτομή. Η τομή ξεκινά από το περιφερικό- τερο άντρο, διασχίζει τον πυλωρό και συνεχίζει αρκετά εκατοστά κάτω προς το δωδεκαδάκτυλο. Το σημείο της αιμορραγίας πρέπει να αναγνωρισθεί. Μη διστάσετε να επεκτείνετε την τομή περιφερικότερα ή κεντρικότερα, αν είναι αναγκαίο. Η ακριβής ανατομική της αρτηριακής αι- μάτωσης του στομάχου φαίνεται στην **εικόνα 27-1**. Συνή- θως πρόκειται για οπίσθιο δωδεκαδακτυλικό έλκος που

έχει διαβρώσει τη γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Εί- ναι δυνατόν περιστασιακά, ένα γαστρικό έλκος να έχει διαβρώσει την αριστερή ή τη δεξιά γαστρική αρτηρία, το γαστροεπιπλοϊκό τόξο ή (σπάνια) πίσω τη σπληνική αρ- τηρία.

Εκλογή της πυλωροπλαστικής

Ακόμη και αν υπάρχει ίνωση και φλεγμονή του δωδε- καδακτύλου, όπως μπορεί πράγματι να συμβαίνει σε σοβαρό έλκος, είναι συνήθως εφικτό να εκτελεσθεί μία πυλωροπλαστική κατά Heineke-Mikulicz. Όταν το δωδε- καδάκτυλο φαίνεται έντονα ανελαστικό ώστε να επιτευ- χθεί η επέμβαση, μπορούμε να επιλέξουμε μεταξύ της πυ- λωροπλαστικής κατά Finney ή της γαστρονησιδικής ανα- στόμωσης. Αυτές οι δύο, αν και τεχνικά είναι λίγο πιο απαιτητικές από την Heineke-Mikulicz, επιτρέπουν τη δη- μιουργία αυλού ικανής διαμέτρου για τη γαστρική κένω- ση. Επειδή η γαστροδωδεκαδακτυλική τομή είναι λίγο διαφορετική για κάθε τύπο πυλωροπλαστικής, είναι συνε- τό να αποφασίσουμε ποια επέμβαση θα εκτελέσουμε, πριν γίνει η τομή.

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Χειρισμός Kocher

Η πυλωροπλαστική απαιτεί τις περισσότερες φορές το χειρισμό Kocher (βλ. Εικ. 11-14 έως 11-16): συλλάβετε το περιτόναιο πλαγίως του δωδεκαδακτύλου με λαβίδες και κάνετε μία τομή στην περιτοναϊκή αυτή σπιβάδα. Εναλλα- κτικά, ο χειρουργός μπορεί σε πολλούς ασθενείς να εισά- γει το δείκτη του μεταξύ του κοινού χοληδόκου πόρου και της πυλαίας φλέβας, «δείχνοντας» προς το φύμα του Vater. Το δάκτυλο αυτό γλιστρά στη συνέχεια προς τα δε- ξιά του ασθενούς. Πάνω από το δάκτυλο ανευρίσκεται όχι

ρο, που μπορεί να έχει 1-3 κλάδους, πορεύεται στο οπισθοπλάγιο τοίχωμα της πύελου σε γειτονία με την υπογάστρια αρτηρία (βλ. Εικ. 45-4, 45-6). Στις περισσότερες νεοπλασίες του περιφερικού ορθού αυτά τα νεύρα μπορεί να διατηρηθούν χωρίς να περιορίζονται οι πιθανότητες του ασθενούς για ίαση.

Μετά το διαχωρισμό της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας και φλέβας και την ανύψωση του λεμφαγγειακού ιστού από το διχασμό της αορτής με αμβλύ διαχωρισμό, τα συμπαθητικά νεύρα παραμένουν στενά προσκολλημένα στην αορτή και δεν πρέπει να τραυματιστούν αν η παρασκευή είναι προσεκτική. Στο ύψος του ιερού φύματος, αν το ορθό παρασκευασθεί όπως περιγράφηκε παραπάνω, τα αριστερά και δεξιά υπογάστρια νεύρα εμφανίζονται όπισθεν της περιοχής παρασκευής και μπορεί να διατηρηθούν, με την προϋπόθεση ότι υπάρχει αρκετή απόσταση από τον όγκο. Επίσης, φαίνεται ότι υπάρχει ελάττωση των συμβαμάτων κυστικής δυσλειτουργίας μετά τη διατήρηση των νεύρων.

Ανατομικός διαχωρισμός του ουρητήρα

Για την αποφυγή βλάβης στους ουρητήρες, αυτές οι ευαίσθητες δομές πρέπει να αναγνωρισθούν και να εντοπισθούν μέσα στην πύελο. Ο φυσιολογικός ουρητήρας διασαυρώνεται με την κοινή λαγόνια αρτηρία, στο σημείο που η δομή αυτή διχάζεται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς κλάδους. Κατά τη διάρκεια της παρασκευής, επειδή ο ουρητήρας και τμήμα του περιτοναίου συχνά βρίσκονται σε έκτοπη θέση, αν ο ουρητήρας δεν βρίσκεται στη συνήθη του θέση, τότε πρέπει να επισκοπούνται αμφοτέρωτα τα πλάγια και μεσαία τμήματα του περιτοναίου. Η ταυτότητα του ουρητήρα μπορεί να επιβεβαιωθεί αν η επαφή της χειρουργικής ψαλίδας ή λαβίδας με τη δομή αυτή οδηγήσει σε τυπικά περισταλτικά κύματα. Αν εξακολουθεί να υπάρχει αμφιβολία, τότε μπορεί να ζητηθεί από τον αναισθησιολόγο να εγχύσει ενδοφλεβίως βάμμα indigo carmine, το οποίο και βάφει τον ουρητήρα κυανό, εκτός και αν ο ασθενής είναι ολιγουρικός κατά τη στιγμή της έγχυσης. Ο

ουρητήρας πρέπει να εντοπιστεί στην πύελο πέρα από το σημείο όπου διαχωρίζονται οι πλάγιοι σύνδεσμοι του ορθού.

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Εκτομή και τοποθέτηση

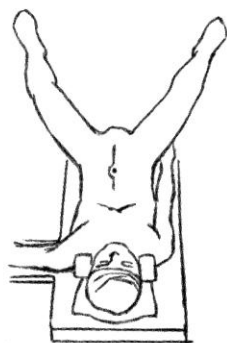
Οι ασθενείς με βλάβες που βρίσκονται σε απόσταση μέχρι 14 cm από τον πρωκτικό δακτύλιο πρέπει να τοποθετούνται στην ίδια τροποποιημένη θέση λιθοτομής, χρησιμοποιώντας στηρίγματα ποδών Lloyd-Davies ή Allen, όπως περιγράφεται στο Κεφάλαιο 46 για την κοιλιοπερινεϊκή πρωκτεκτομή (Εικ. 45-3A, 45-3B). Ο δεύτερος βοηθός στέκεται μεταξύ των, σε απαγωγή, μπρών του ασθενούς για το πνευλικό τμήμα της επέμβασης και ο χειρουργός από τα αριστερά του ασθενούς. Από αυτή τη θέση ο χειρουργός θα κρίνει, μετά την κινητοποίηση του όγκου, αν είναι κατάλληλη μία πρόσθια αναστόμωση, κοιλιοπερινεϊκή πρωκτεκτομή ή τελικοτελική αναστόμωση με το συρραπτικό ΕΕΑ. Αυτές οι τεχνικές πραγματοποιούνται καλύτερα με τον ασθενή σε αυτή τη θέση. Ακολουθώντας, γίνεται μία τομή στη μέση γραμμή, που εκτείνεται από ένα σημείο 6 cm κάτω από την ξιφοειδή απόφυση μέχρι το ηβικό φύμα.

Επιθεώρηση και εξεντέρωση του λεπτού εντέρου

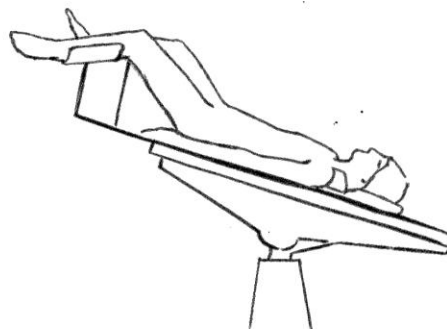
Ψηλαφίστε και επισκοπήστε το ήπαρ. Μία μέτριου βαθμού μετάσταση δεν αποτελεί αντένδειξη για την εφαρμογή μιας συντηρητικής εκδοχής της πρόσθιας εκτομής. Ερευνήστε το υπόλοιπο της κοιλίας και στη συνέχεια εξεντερώστε το λεπτό έντερο σε πλαστικό εντερικό σάκο ή σε υγρές γάζες.

Κινητοποίηση του σιγμοειδούς

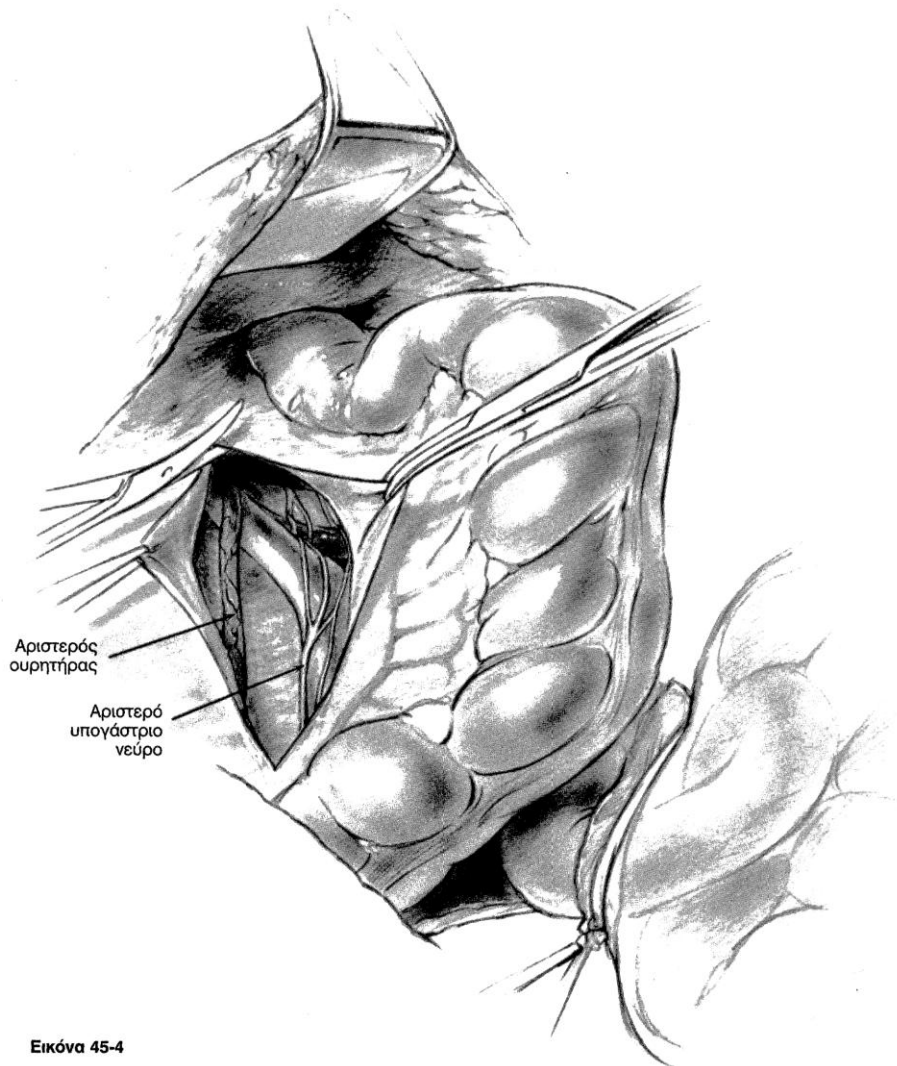
Αποκαλύψτε την αριστερή πλάγια περιτοναϊκή αύλακα. Αποκλείστε τον αυλό του κόλου απολιώνοντας το περιφερικό σιγμοειδές με ομφαλωπή ταινία. Έλξτε το σιγμοει-



Εικόνα 45-3A



Εικόνα 45-3B

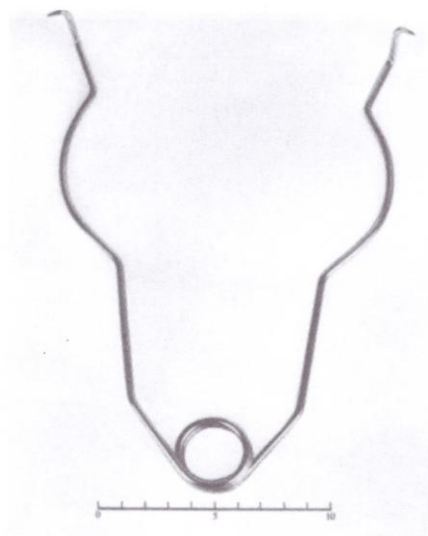


Εικόνα 45-4

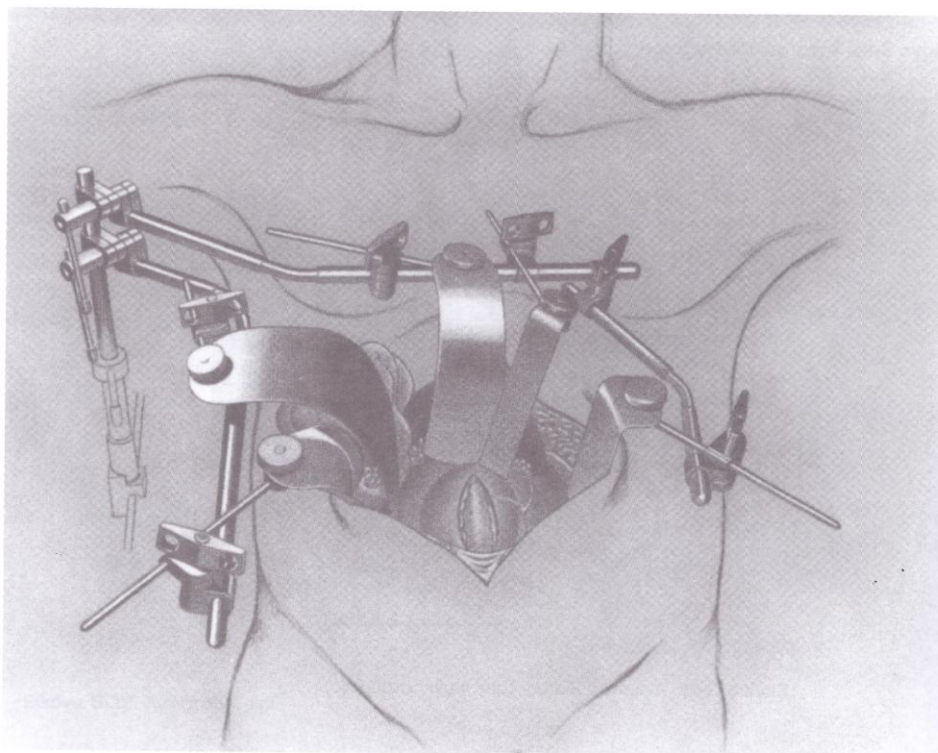
δές προς τη μέση γραμμή για να αποκαλυφθεί και διαχωρίσετε τους συγγενείς συνδέσμους μεταξύ του μεσόκολου και του οπισθοπλάγιου τοιχωματικού περιτόναιου με ψαλίδα (Εικ. 45-4). Επεκτείνετε την τομή στο περιτόναιο κεφαλικά μέχρι τη σπληνική καμπή.

Αναγνωρίστε τον αριστερό ουρητήρα και σημαδέψτε τον με μία θηλιά Silastic για να τον αναγνωρίσετε αργότερα. Χρησιμοποιήστε ψαλίδα για να επεκτείνετε την περιτο-

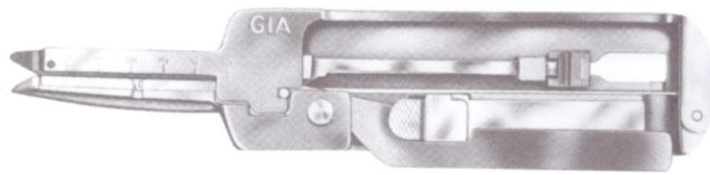
ναϊκή τομή κατά μήκος της αριστερής πλευράς του ορθού κάτω, μέχρι τον ορθοκυστικό θύλακο. Αναγνωρίστε την πορεία του ουρητήρα βαθιά μέσα στην πύελο. Στη συνέχεια, έλξτε το σιγμοειδές προς τα αριστερά του ασθενούς και κάνετε μία τομή στη δεξιά πλευρά του σιγμοειδούς μεσόκολου. Η τομή πρέπει να ξεκινήσει από ένα σημείο πάνω από το διχασμό της αορτής και να συνεχισθεί ουραία κατά μήκος της γραμμής όπου το μεσοσιγμοειδές συναντά



Εικόνα G-25. Άγκιστρο Farr (αυτοσυγκρατούμενο).



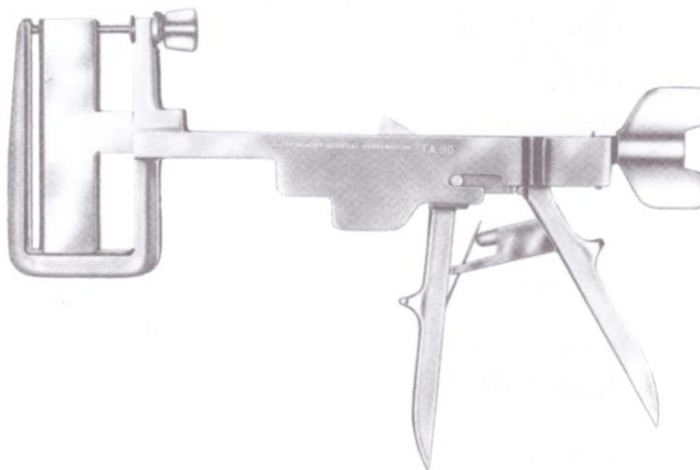
Εικόνα G-26. Άγκιστρο Thompson.



Εικόνα G-34. Συρραπτικό, γραμμικό, τέμνον.



Εικόνα G-35. Συρραπτικό, γραμμικό (55 mm).



Εικόνα G-36. Συρραπτικό, γραμμικό (90 mm).