

Przetoka żołądkowo-opłucnowa po operacji resekcyjnej przełyku z powodu raka przełyku powikłaną przetoką przełykowo-oskrzelową – opis przypadku



Gastropleural fistula after esophageal cancer resection – a case report

Piotr Dziegielewski, Andrzej Bernacki, Adam Cybulski, Cezary Gutaj, Grzegorz Łapuć, Wojciech Laudański

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2011; 8 (3): 400–403

Streszczenie

W pracy opisano przypadek 52-letniego mężczyzny z rakiem dolnej części piersiowego odcinka przełyku, który naciekał prawe płuco i był przyczyną ropnia płata dolnego. Chorego poddano równoczesnej lobektomii dolnej płuca i resekcji przełyku z zespoleniem sposobem Ivor Lewisa. W 11. dobie chorego operowano powtórnie z powodu wystąpienia cech ostrego ropniaka jamy opłucnej prawej – stwierdzono rozejście się szwu mechanicznego krzywizny mniejszej żołądka. Wykonano powtórne zeszywanie ściany żołądka i dekortykację płuca. Pacjenta wypisano w stanie dobrym w 15. dniu po drugiej operacji. Przeżył 18 miesięcy i zmarł z przyczyn niezależnych od choroby zasadniczej.

Słowa kluczowe: rak płaskonabłonkowy przełyku, przetoka przełykowo-oskrzelowa, ropień płuca, operacja resekcyjna przełyku i płuca, przetoka przełykowo-opłucnowa.

Wprowadzenie

Wystąpienie przetoki przełykowo-oskrzelowej u chorych na raka przełyku w większości przypadków stanowi poważny problem terapeutyczny, świadczący najczęściej o zaawansowaniu nowotworu uniemożliwiającym radykalne leczenie. Chorzy ci najczęściej poddawani są endoskopowym zabiegom stentowania, mającym na celu udrożnienie przełyku i zamknięcie przetoki, a następnie paliatywnej radiochemioterapii [1–3].

W pracy przedstawiono chorego, u którego jednocześnie wykonano lobektomię dolną prawego płuca oraz operację resekcyjną i rekonstrukcyjną przełyku z powodu raka przełyku i ropnia płuca na tle przetoki przełykowo-oskrzelowej (T4 – III stadium zaawansowania). We wczesnym okresie pooperacyjnym wystąpiło powikłanie w postaci

Abstract

A case report of 52 years old patient with diagnosis of lower esophagus squamous cell carcinoma infiltrating lower right lobe of the lung with abscess symptoms. We performed a lower right lobectomy and concomitant esophageal resection of medial and lower part (modo Ivor Lewis). In 11th day after operation the patient developed symptoms of multilocular right sided pleural empyema and was straightly reoperated. We revealed disruption of ventricular stapler suture and performed resuturing ventricular wall and lung decortication. Patient was discharged after 15 days post second procedure and survived for 18 months until death due to non-malignant etiology.

Key words: esophageal squamous cell cancer, esophago-bronchial fistula, lung abscess, esophago-pulmonary resection, esophago-pleural fistula.

prawostronnego ropniaka opłucnej z powodu rozejścia się szwu mechanicznego żołądka. Chory po reoperacji przeżył jeszcze 18 miesięcy i zmarł z przyczyny niezależnej od choroby zasadniczej.

Opis przypadku

52-letni chory został przyjęty do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z 2-miesięcznym wywiadem dysfagii i przebytego zapalenia płuca prawego, z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym dolnej części piersiowego odcinka przełyku (ryc. 1.) oraz klinicznymi i radiologicznymi objawami ropnia płuca. Badania obrazowe klatki piersiowej wykazywały w miejscu X segmentu prawego płuca obecność jamy ropnia o średnicy 7 cm, z objawami centralnej martwicy (ryc. 2. i 3.). Wyko-

nana w Klinice bronchofiberoskopia ujawniła wyciek treści ropnej z segmentu X płuca prawego, a gastroskopia wykazała w dolnej części przełyku zmianę neoplazmatyczną, z przetoką ściany bocznej o średnicy 6 mm.

Po kilkudniowym przygotowaniu, polegającym na wielokrotnych bronchoaspiracjach, drenażu ułożeniowym i szerokowachlarzowej antybiotykoterapii, chorego zakwalifikowano do planowej operacji resekcyjnej płuca i operacji odtwórczej przełyku.

Jednocześnie przeprowadzono lobektomię dolną prawego płuca oraz resekcję 2/3 dolnej części przełyku wraz z krzywizną mniejszą żołądka, a następnie wykonano zespolenie przełykowo-żołądkowe w obrębie górnej części śródpiersia tylnego sposobem Ivor Lewisa.

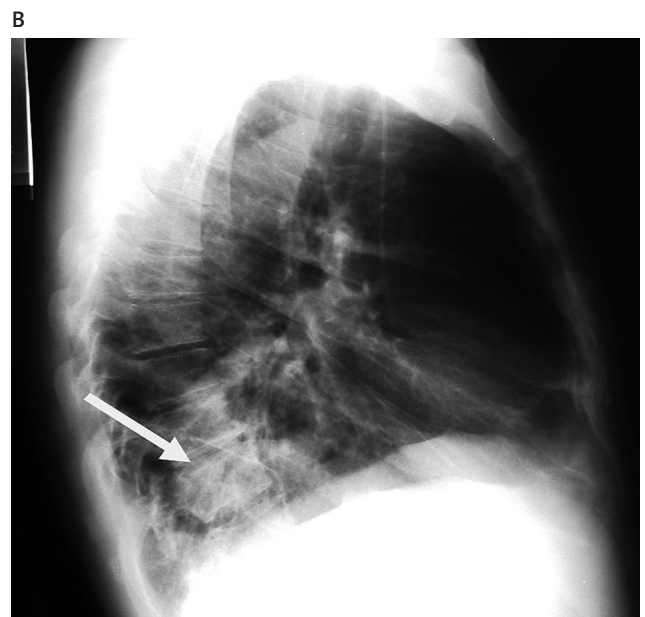
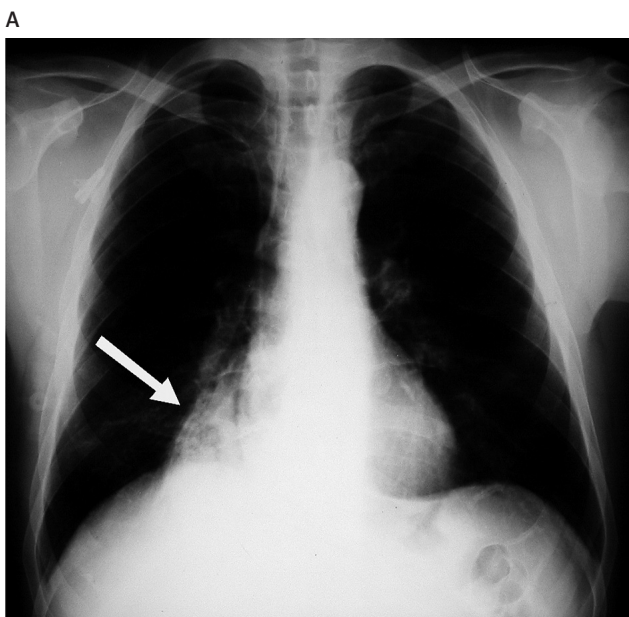
W pierwszym tygodniu po operacji stan chorego był dobry. W 4. dobie usunięto dreny z jamy opłucnej, w 7. rozpoczęto karmienie doustne dietą drenową. W 10. dobie nastąpiło nagłe pogorszenie stanu ogólnego chorego – pojawiły się gorączka, osłabienie, duszności i kaszel, związane z wystąpieniem objawów ostrego ropniaka prawej jamy opłucnej (ryc. 4.).

Chorego operowano powtórnie w trybie pilnym: stwierdzono rozejście się szwu mechanicznego po resekcji krzywizny mniejszej żołądka i wielokomorowy ropniak jamy opłucnej. Po wycięciu brzegów rany żołądka (wraz ze zszywkami) założono dwupiętrowo szwy wtórne na jego ścianę. Wykonano także dekortykację płuca.

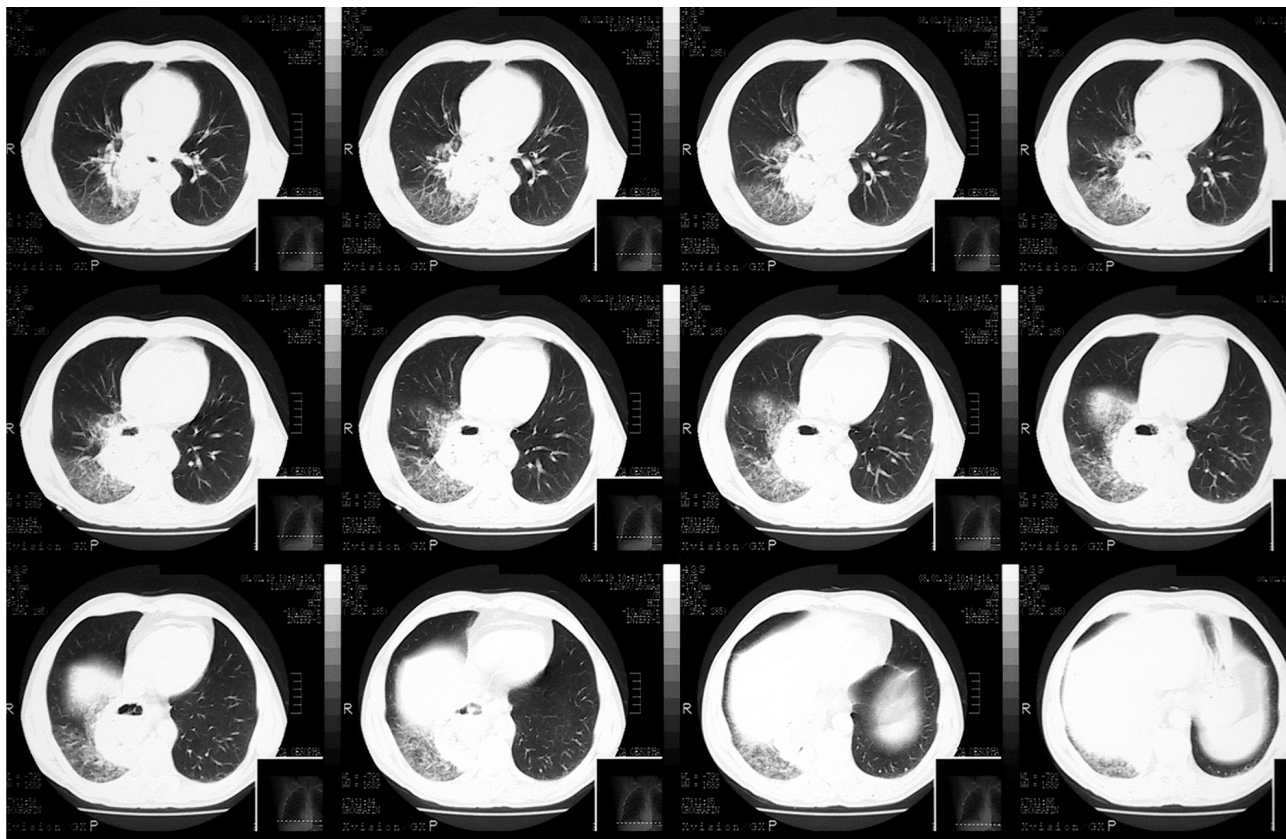
Po kolejnych 15 dniach pobytu w Klinice chorego w stanie dobrym wypisano do domu. Na podstawie usuniętego preparatu określono pooperacyjny stopień zaawansowania choroby nowotworowej: T4, N1, M0, R0 – (stadium IIIC).



Ryc. 1. Zdjęcie rentgenowskie z kontrastem górnego odcinka przewodu pokarmowego 2 tygodnie przed operacją – rak dolnego odcinka przełyku bez cech przetoki



Ryc. 2A–B. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej P-A i boczne prawe po wystąpieniu objawów ropnia płuca, przed przyjęciem do Kliniki



Ryc. 3. Tomografia komputerowa klatki piersiowej po wystąpieniu objawów ropnia płuca

Pacjent po operacji był pod kontrolą Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej w Białymstoku. Badania kontrolne wykazywały prawidłową drożność zespolenia (ryc. 5.). Chory przeżył jeszcze 18 miesięcy i zmarł z przyczyn niezwiązanych z chorobą zasadniczą.

Dyskusja

Przetoka przetykowo-oskrzelowa u chorych na raka przetyku świadczy najczęściej o zaawansowaniu choroby uniemożliwiającym skuteczne leczenie przyczynowe [1, 2]. Chorych tych diagnozuje się na podstawie tomografii klatki piersiowej, a następnie badań endoskopowych drzewa oskrzelowego i przetyku. Leczenie opiera się najczęściej na procedurach endoskopowych (przezoskrzelowe i/lub przezprzetykowe), wyjątkowo rzadko zaś na połączeniu wycięcia anatomicznego zmienionego miększu płuca w rejonie przetoki z operacją resekcyjną przetyku [4, 5].

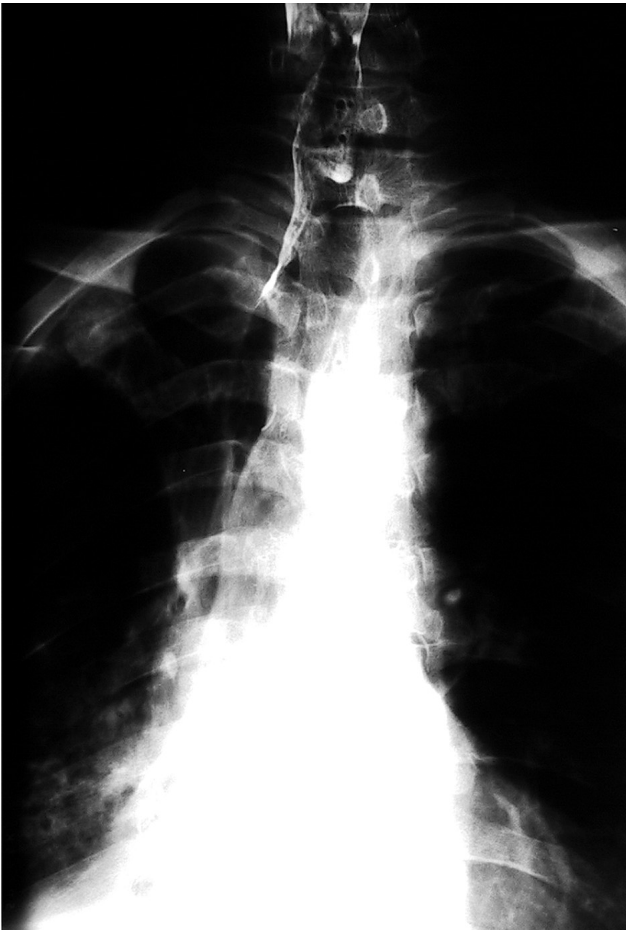
Przedstawiony opis przypadku raka dolnej części przetyku z przetoką do oskrzela prawego płuca i ropniem płata dolnego jest przykładem, że jednoczesna operacja resekcyjna płuca i operacja odtwórcza przetyku w znacznym stopniu zaawansowania klinicznego nowotworu może dać dobry wynik w postaci długotrwałego przeżycia chorego, nawet pomimo ciężkiego powikłania pooperacyjnego o charakterze rozejścia się szwu mechanicznego ściany żołądka po jego resekcji. Natychmiastowa powtórna tora-



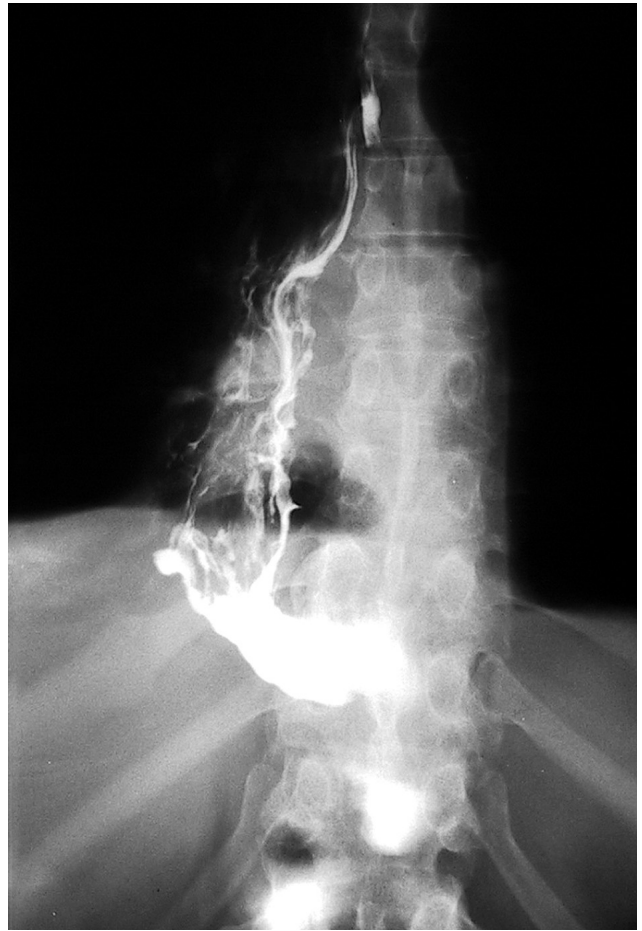
Ryc. 4. Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej po wystąpieniu objawów pooperacyjnego ropniaka ołupcnej

kotomia z powodu wystąpienia powikłania pooperacyjnego w postaci ostrego ropniaka jamy ołupcnej może doraźnie uratować życie chorego i pozwolić na osiągnięcie odległego przeżycia uwarunkowanego stopniem zaawansowania choroby zasadniczej.

A



B



Ryc. 5A–B. Badanie kontrastowe górnego odcinka przewodu pokarmowego 6 miesięcy po operacji

Praca przedstawiana podczas Konferencji Naukowo-Dydaktycznej Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów TORAKONEPTUNALIA pt.: Powiktania w torakochirurgii i kardiochirurgii. Jurata, 30.09 – 2.10.2010 r.

Piśmiennictwo

1. Sarper A, Oz N, Cihangir C, Demircan A, Isin E. The efficacy of self-expanding metal stents for palliation of malignant esophageal strictures and fistulas. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23: 794-798.
2. Morihira M, Boku N, Ohtsu A, Miyamoto S, Ishikura S. Advanced esophageal cancer with esophago-bronchial fistula successfully treated by chemoradiation therapy with additional endoscopic resection: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 2002; 32: 59-63.
3. Fukuhara N, Miyazawa T, Yamashita Y, Doi M, Kuwabara M, Kamei T, Ochiai M, Ishioka S, Yamakido M. Clinical experiences of stenting in patients with esophago-bronchial fistula: report of four cases. *Intern Med* 2000; 39: 1088-1093.
4. Katsanos KH, Christodoulou DK, Kamina S, Maria K, Lambri E, Theodorou S, Tsampoulas K, Vasiliki M, Tsianos EV. Diagnosis and endoscopic treatment of esophago-bronchial fistula due to gastric heterotopy. *World J Gastrointest Endosc* 2010; 2: 138-142.
5. Manac'h D, Riquet M, Plaza de los Reyes M, Etienne G, Bonnette P, Dumouchel A, Debesse B. Esophago-bronchial fistula in adults. *Ann Chir* 1990; 44: 636-641.