

Zwężenie odźwiernika – opis przypadku

Stenosis pylori – a case report

Robert Szyca^{1,2}, Radosław Źródlewski¹, Krzysztof Leksowski^{1,2}

¹Klinika Chirurgii Ogólnej, Klatki Piersiowej i Naczyń 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy

²Katedra Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Prz Gastroenterol 2012; 7 (3): 173–175

DOI: 10.5114/pg.2012.29885

Słowa kluczowe: zwężenie odźwiernika, uwięźnięta przepuklina brzuszna, operacja naprawcza przepukliny.

Key words: pyloric stenosis, entrapped ventral hernia, hernia repair surgery.

Adres do korespondencji: dr n. med. Robert Szyca, Klinika Chirurgii Ogólnej, Klatki Piersiowej i Naczyń, 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy, ul. Powstańców Warszawy 5, 85-651 Bydgoszcz, tel.: +48 52 378 70 56, +48 52 378 70 51, 602 47 05 83, e-mail: robin22@poczta.onet.pl

Streszczenie

Zwężenie odźwiernika (pylorostenozą) lub całkowite jego zamknięcie spotyka się u około 2–4% pacjentów z chorobą wrzodową. Do patologii tej zwykle dochodzi w wyniku gojenia się wrzodu, zarówno żołądka, jak i opuszki dwunastnicy. Zwężenie lub zamknięcie odźwiernika prowadzi do całkowitej lub częściowej niedrożności przewodu pokarmowego, co uniemożliwia prawidłowy pasaż pokarmu. Do rzadszych przyczyn zwężenia odźwiernika należą: przedłużające się stany zapalne w obrębie opuszki dwunastnicy i samego odźwiernika, powikłania pooperacyjne po zabiegach wewnątrztrzewnowych w obrębie dróg żółciowych, dwunastnicy i żołądka, uszkodzenia pourazowe w wyniku połamania ciała obcego oraz nowotwory żołądka, dwunastnicy i trzustki. Wyjątkowo rzadko do zwężenia odźwiernika dochodzi w wyniku uwięźnięcia jelita bądź żołądka w worku przepukliny brzusznej. W artykule przedstawiono rzadki przypadek uwięźnięcia żołądka we wrotach przepukliny brzusznej z następczą niedrożnością odźwiernika. Na podstawie analizowanego przypadku można stwierdzić, że postępowanie chirurgiczne, odmiennie niż w sytuacji wolno postępującego zwężenia, w przypadku uwięźnięcia musi uwzględniać zabieg chirurgiczny w trybie przyspieszonym ze względu na możliwość wystąpienia martwicy w obrębie ściany żołądka. Zakres i rodzaj zabiegu zależy od oceny śródoperacyjnej.

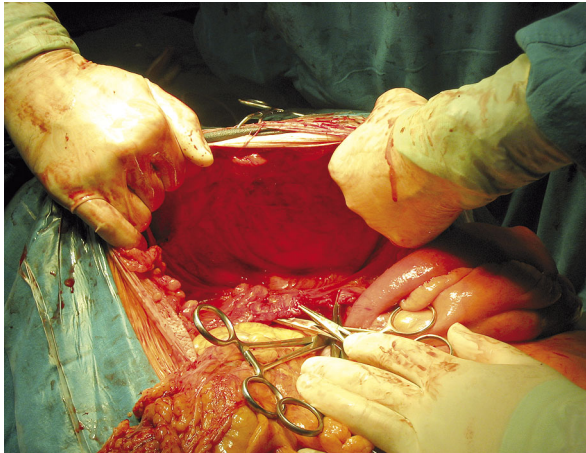
Wstęp

Zwężenie odźwiernika (pylorostenozą) lub całkowite jego zamknięcie spotyka się u około 2–4% pacjentów z chorobą wrzodową. Do patologii tej zwykle dochodzi w wyniku gojenia się wrzodu, zarówno żołądka, jak i opuszki dwunastnicy, oraz następczego tworzenia się

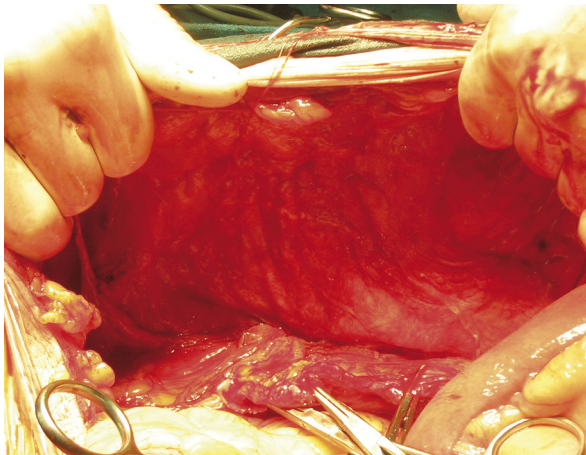
Abstract

Pyloric stenosis or its total closure is found in approximately 2-4% of patients with peptic ulcer disease. The pathology usually occurs as a result of healing of an ulcer (gastric or duodenal bulb). Pyloric stenosis or closure leads to complete or partial obstruction of the gastrointestinal tract, which prevents the normal passage of food. Less common causes of pyloric stenosis include prolonged inflammation within the duodenal bulb and the pylorus, postoperative complications after surgical interventions inside the peritoneum within the bile ducts, duodenum and stomach, traumatic injury as a result of ingestion of a foreign body, and also because of cancer of the stomach, duodenum and pancreas. Extremely rare cases of pyloric stenosis are intestine or stomach entrapments in a ventral hernia sac. This article presents a rare case of stomach entrapment in the gate of a ventral hernia with subsequent obstruction of the pylorus. On the basis of the analyzed case it can be concluded that the surgical procedure is different than in a slowly progressing stenosis and in case of entrapment, it must be taken as a matter of urgency because of the possibility of necrosis in the wall of the stomach. The extent and type of surgery depend on the intraoperative assessment.

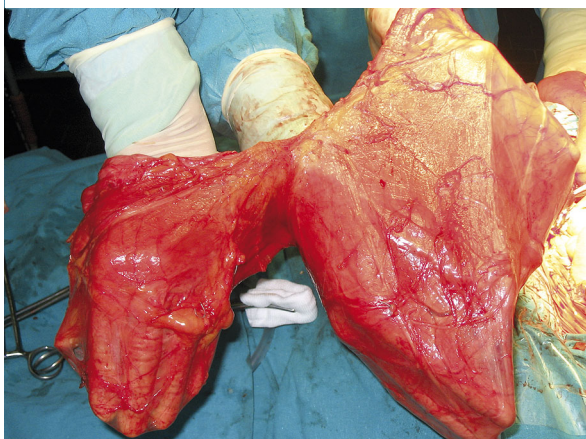
blizny z nadmierną przebudową oraz zwłóknieniem ściany żołądka. Zwężenie lub zamknięcie odźwiernika prowadzi do całkowitej lub częściowej niedrożności przewodu pokarmowego, co uniemożliwia prawidłowy pasaż pokarmu, a co za tym idzie – do zasadowicy hipochloremicznej, hipokaliemii i hiponatremii [1]. Powikłanie choroby wrzodowej w postaci zwężenia odźwiernika określa



Ryc. 1. Śródoperacyjny widok wrót przepukliny
Fig. 1. View of the gate of the ventral hernia during the surgery



Ryc. 2. Wypreparowany worek ogromnej przepukliny brzusznej
Fig. 2. Dissected large abdominal hernia sac



Ryc. 3. Żołądek odprowadzony do jamy otrzewnej
Fig. 3. The stomach placed into the peritoneal cavity

się jako najrzadsze i dotyczy ono częściej chorych z wrzodem dwunastnicy [2].

Do zwężenia odźwiernika dochodzi również u noworodków – jest to postać wrodzonego przerostu i następczego zwężenia odźwiernika. U dzieci patologia ta jest spowodowana postępującym przerostem mięśniówki odźwiernika i w konsekwencji doprowadza do upośledzenia opróżniania żołądka. Metodą z wyboru w diagnostyce przerostowego zwężenia odźwiernika jest ultrasonografia. W przypadkach wątpliwych przeprowadza się badanie radiologiczne z kontrastem, w przeciwieństwie do zwężenia odźwiernika z innych przyczyn u dorosłych, gdzie stosuje się gastroskopię. Leczenie u dzieci, podobnie jak u osób dorosłych, jest chirurgiczne. Po wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych u dziecka najczęściej wykonuje się pyloromotomię metodą Ramstedta-Webera. U dorosłych zwykle stosuje się metodę Heinekego-Mikulicza [3–7]. Do rzadszych przyczyn zwężenia odźwiernika należą przedłużające się stany zapalne w obrębie opuszki dwunastnicy i samego odźwiernika, powikłania pooperacyjne po zabiegach wewnątrztrzewnowych w obrębie dróg żółciowych, dwunastnicy i żołądka, uszkodzenia pourazowe w wyniku potknięcia ciała obcego oraz nowotwory żołądka, dwunastnicy i trzustki [8, 9]. Wyjątkowo rzadko do zwężenia odźwiernika dochodzi w wyniku uwięźnięcia jelita bądź żołądka w worku przepukliny brzusznej [10].

Opis przypadku

Chory, lat 54, przyjęty do Kliniki Chirurgii w marcu 2010 r. z powodu objawów wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego i zwężenia odźwiernika rozpoznanego w badaniu gastroskopowym. W wywiadzie podawał występowanie od 6 tygodni dolegliwości w postaci okresowych nudności i wymiotów. Z tego powodu był diagnozowany na oddziale gastrologii, gdzie wykonano m.in. badanie rentgenowskie z kontrastem górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz badanie gastroskopowe, w których stwierdzono cechy niedrożności na wysokości odźwiernika (w ocenie endoskopowej) i brak możliwości przejścia aparatem do dwunastnicy. W badaniu rentgenowskim stwierdzono obraz masywnej rozstrzeni żołądka i obniżenia się jego zarysu w jamie brzusznej (krzywizna większa sięgająca do podbrzusza). Poza tym w badaniach laboratoryjnych odnotowano hipokaliemię i zasadowicę. W badaniu przedmiotowym: brzuch wysklepiony powyżej poziomu klatki piersiowej z cechami uwięźnięcia w obrębie ogromnej przepukliny kresy białej. Objawy otrzewnowe były dodatnie. Po wyrównaniu gospodarki wodno-elektrolitowej chorego w trybie pilnym zakwalifikowano do zabiegu chirurgicznego. Wykonano laparotomię w linii pośrodkowej ciała i dotarto do wrót przepukliny brzusz-

nej (ryc. 1). Zawartość worka przepuklinowego (ryc. 2.) stanowił żołądek z zaciśniętym pierścieniem przepuklinowym w części odźwiernikowej, co wywoływało jego całkowitą mechaniczną niedrożność. Wrota przepukliny uwolniono, a jej zawartość – żołądek, w całości odprowadzono do jamy otrzewnej (ryc. 3.). Kontrola wykazała częściową martwicę sieci większej, którą wyresekowano i oddano do badania histopatologicznego (wynik: tkanki martwicze). Kontrola ukrwienia żołądka nie wykazała patologii. Drożność odźwiernika była prawidłowa. Szczegółowa kontrola części odźwiernikowej żołądka (palpacyjna i wzrokowa) nie wykazała patologii morfologicznych. Wykonano kontrolę jamy brzusznej i nie stwierdzono innych patologii. Kontrola hemostazy nie budziła zastrzeżeń. Otrzewną zszyto szwem ciągłym wchtłanialnym 2-0. Wobec ogromnej przepukliny brzusznej wrota zaopatrzone zabezpieczającą siatką PTFE. Założono dren asekuracyjny do przestrzeni podpowięziowej, wyprowadzając go w dolnym biegunie rany i zabezpieczając pojedynczym szwem do skóry. Powięź zszyto pojedynczymi monofilamentnymi szwami „0”. Warstwowe szycie tkanki podskórnej i skóry zakończyło zabieg. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań – nudności i wymiotów. Miesiąc po zabiegu wykonano kontrolną gastroskopię, w której nie wykazano zwężenia odźwiernika ani innych patologii w obrębie dwunastnicy i żołądka. Chory pozostaje pod obserwacją gastrologiczną.

Omówienie

Nudności i wymioty oraz cechy stopniowo narastającej wysokiej niedrożności przewodu pokarmowego to typowy przebieg zwężenia odźwiernika, najczęściej na tle powikłań choroby wrzodowej u dorosłych oraz znacznie szybciej przebiegającego wrodzonego zwężenia odźwiernika u dzieci. Przedstawiony przypadek pokazuje, że do zwężenia może również dochodzić podczas uwięźnięcia części odźwiernikowej żołądka we wrotach przepukliny brzusznej, a objawy są tożsame. Na podstawie analizowanego przypadku można stwierdzić, że postępowanie chirurgiczne, odmiennie niż w postaci wolno postępującego zwężenia, w przypadku uwięźnięcia musi uwzględniać zabieg wykonany w trybie przyspieszonym ze względu na możliwość wystąpienia martwicy w obrębie ściany żołądka. Zakres i rodzaj zabiegu zależą od oceny śródoperacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Potapova VB, Sokolova GN, Akzhigitov AA, Komarov BD. Morphological changes of the pyloric sphincter in pylorostenosis of patients with ulcer disease. *Eksp Klin Gastroenterol* 2007; 4: 113-6.
2. Schabowski J, Pitera J. Powikłania choroby wrzodowej wśród ludności wiejskiej w wybranym regionie południowo-wschodniej Polski. *Gastroenterol Pol* 2005; 12: 99-104.

3. Jabłoński J, Gawrońska R, Gawłowska A, Andrzejewska E. Zaburzenia lokalnej syntezy czynników wzrostu w odźwierniku u dzieci z wrodzonym przerostowym zwężeniem odźwiernika. *Przegl Pediatr* 2007; 37: 27-30.
4. Fried K, Aviv S, Nisenbaum C. Probable autosomal dominant infantile pyloric stenosis in a large kindred. *Clin Genet* 1982; 20: 328-30.
5. Hulka F, Cambbell TJ, Campbell JR, Harrison MW. Evolution in the recognition of infantile hyperthrophic pyloric stenosis. *Pediatrics* 1997; 100: e9:1-3.
6. Simonisvili A, Bagaturia I. The etiology and pathogenesis of infantile pyloric stenosis. *Georgian Med News* 2005; 126: 41-4.
7. Martynenko VV, Kornienko GV, Spakhj OV. Gastroscopy in the diagnosis of congenital pylorostenosis. *Khirurgiia Mosk* 1996; 4: 38-9.
8. Murgas I. Rare causes of pyloric stenosis. *Rozhl Chir* 1991; 70: 465-8.
9. Lazebnik LB, Lychkova AE, Potapova VB. On the issue of pylorostenosis modeling. *Vestn Ross Akad Med Nauk* 2007; 7: 13-7.
10. Nowotny K, Schenk E. Hernia incarcerata in the aged. *Zentralbl Chir* 1978; 103: 9-19.