

Otrzymano: 20-02-2011
 Akceptowano: 21-02-2012
 Opublikowano: 03-03-2012

Zaawansowany nowotwór żołądka leczony chirurgicznie z istotnymi powikłaniami

Advanced stomach cancer surgery with complications

Zygmunt Grzebieniak¹, Ewelina Kurkiewicz¹, Julia Rudno-Rudzińska¹, Wojciech Kielan¹

¹ II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, PL

<p>Tło, geneza:</p> <p>Opis przypadku:</p> <p>Wnioski:</p> <p>Słowa kluczowe:</p>	<p>Streszczenie</p> <p>Rak żołądka jest pod względem częstości występowania nowotworów złośliwych w Polsce na 5 miejscu u mężczyzn i na 9 u kobiet. Polska należy do krajów o średniej częstości zachorowań, jednakże blisko 90% przypadków rozpoznaje się w stopniu zaawansowanym, co jest związane między innymi z mało charakterystyczną symptomatologią przypominającą inne schorzenia żołądka - chorobę wrzodową czy nieżyt żołądka. W Polsce wczesnego raka żołądka rozpoznaje się w zaledwie 4.5-7% przypadków. Odsetek przeżyć 5-letnich we wszystkich stopniach zaawansowania to około 10-25%, przy czym w raku wczesnym wynosi on blisko 90%. Wśród nowotworów złośliwych występujących w żołądku 95% stanowi rak gruczolowy - adenocarcinoma, zaś pozostałe 5% to chłoniaki, mięsaki, rakowiaki i guzy stromalne.</p> <p>76-letnia pacjentka z nadciśnieniem tętniczym, nadczynnością tarczycy w stanie eutyreozy, została przyjęta celem leczenia operacyjnego raka żołądka. W przebiegu zastosowanego postępowania doszło do powikłań chirurgicznych i neurologicznych, co wymagało przekazania do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W 48 dobie po zabiegu pacjentkę przekazano z powrotem na oddział Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.</p> <p>Totalna gastrektomia może prowadzić do poważnych powikłań, które nie powinny jednak stanowić przeciwwskazania do dalszego intensywnego leczenia.</p> <p>rak żołądka, rak gruczolowy, zatorowość płucna, udar mózgu</p>
<p>Background:</p> <p>Case Report:</p> <p>Conclusions:</p> <p>key words:</p>	<p>Abstract</p> <p>Stomach cancer is 5th (male) and 9th (female) most frequent malignant tumors in Poland. Poland is a country with medium-frequent morbidity of stomach cancer. There are many reasons of this situation, i.e.: unspecific symptoms and similarity to symptoms of other stomach diseases like ulcers or gastritis. In Poland only 4.5-7% of early stomach cancers are diagnosed. 5-year survival in every stage is 10-25% and 90% in early cancers. Adenocarcinomas are 95% of benign stomach cancers and other 5% are lymphomas, sarcomas, carcinoids and stromal tumors.</p> <p>76 y.o. female patient with hypertension, hyperthyroidism in state of euthyrosis was admitted for a stomach cancer surgery. After surgery some surgical and neurological complications occurred and patient was moved to Clinic of Anesthesiology and Intensive Care. 48 hours after surgery she was readmitted to General and Oncology Surgery Academic Hospital in Wrocław.</p> <p>Total gastrectomy could lead to serious complications but should not be contraindications for further intensive treatment.</p> <p>stomach cancer, adenocarcinoma, pulmonary embolism, cerebral stroke</p>
<p>Adres pocztowy:</p>	<p>II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, e-mail: chir2@chir2.am.wroc.pl</p>

Wstęp

Rak żołądka jest pod względem częstości występowania nowotworów złośliwych w Polsce na 5 miejscu u mężczyzn i na 9 u kobiet, [7]. Polska należy do krajów o średniej częstości zachorowań, jednakże blisko 90% przypadków rozpoznaje się w stopniu zaawansowanym, co jest związane między innymi z mało charakterystyczną symptomatologią przypominającą inne schorzenia żołądka - chorobę wrzodową czy nieżyt żołądka. W Polsce wczesnego raka żołądka rozpoznaje się w zaledwie 4.5-7% przypadków, [4, 3]. Odsetek przeżyć 5-letnich we wszystkich stopniach zaawansowania to około 10-25%, przy czym w raku wczesnym wynosi on blisko 90%, [4, 3]. Wśród nowotworów złośliwych występujących w żołądku 95% stanowi rak gruczolowy - adenocarcinoma, zaś pozostałe 5% to chłoniaki, mięsaki, rakowiaki i guzy stromalne, [7].

Podstawową formą leczenia raka żołądka jest zabieg operacyjny polegający na całkowitym lub prawie całkowitym wycięciu guza żołądka - w granicach zdrowych tkanek - z regionalną limfadenektomią i odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego, [1, 6]. Zakres zabiegu oraz ewentualne leczenie uzupełniające (chemioterapie) zależą od rozległości (klasyfikacja TNM) oraz typu histologicznego (klasyfikacja Lauren) raka, [5]. Możliwe powikłania po zabiegu to niedokrwistość spowodowana niedoborem witaminy B12, krwawienie do jamy otrzewnowej, zakażenie i opóźnione gojenie się rany, przetoka w miejscu zespolenia, zespół pętli doprowadzającej, zespół poposiłkowy oraz wznowa raka w miejscu zespolenia, [2]. Powikłania neurologiczne po resekcji żołądka należą do niezwykle rzadkich, kazuistycznych przypadków wynikających ze stanu ogólnego pacjentów oraz obciążenia jakim jest rozległy zabieg operacyjny.

W II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Akademickiego Szpitala Klinicznego rocznie wykonywanych jest kilkadziesiąt zabiegów z powodu raka żołądka.

W jednym, opisywanym przez autorów przypadku, u pacjentki operowanej z powodu raka żołądka wystąpiły istotne powikłania zarówno neurologiczne, jak i chirurgiczne.

Opis przypadku

76-letnia pacjentka z nadciśnieniem tętniczym, nadczynnością tarczycy w stanie eutyreozy, została przyjęta do Kliniki celem leczenia operacyjnego raka żołądka. W wywiadzie, od maja 2010 bóle w nadbrzuszu po jedzeniu, nudności, brak apetytu, szlamowate, jasne stolce, utrata wagi 9 kg. W lipcu 2010 r. wykonano, w ośrodku rejonowym badanie USG jamy brzusznej, które wykazało pogrubienie ścian żołądka, a następnie we wrześniu gastroskopię: „W trzonie żołądka znacznie pogrubiałe fałdy śluzówki. W antrum na ścianie przedniej polip ok. 10 mm. Odźwiernik nieco zniekształcony.

Opuszka dwunastnicy bez zmian”. W badaniu histopatologicznym wycinków pobranych w trakcie gastrokopii rozpoznano raka żołądka o typie *adenocarcinoma*.

Pacjentka została przyjęta do Kliniki w październiku 2010 r., w stanie ogólnym dobrym, kontakcie logicznym, z parametrami życiowymi w normie. Po objaśnieniu zakresu zabiegu operacyjnego, uzyskaniu świadomej zgody i przygotowaniu, pacjentkę operowano. Wykonano resekcję totalną żołądka wraz z limfadenektomią, splenektomią, zespoleniem przełykowo-jelitowym typu Omega, koniec do boku oraz jelitowo-jelitowe bok do boku. W 1 dobie po zabiegu w godzinach rannych nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego - pacjentka bez kontaktu. Wykonano podstawowe badania oraz poproszono o konsultację dyżurnego anestezjologa.

Konsultacja anestezjologiczna: „*Pacjentka w 1 dobie po zabiegu resekcji żołądka z powodu procesu npl. Na głos i samoistnie otwiera oczy, spełnia proste polecenia, niedowład kończyn lewych. RR 80/60 AS 90/min. Morfologia+ glikemia prawidłowe. Proponuję badanie TK głowy w celu wykluczenia świeżej zmiany ogniskowej OUN, płyny iv, Mannitol 125 ml co 8 h, Furosemid 20 mg (po Mannitolu), DA 200/50 wlew regularny, 5ml/h, kontrolne EKG+ enzymy (CK-MB, troponina) + konsultacja kardiologiczna.*”

W wykonanym badaniu tomografii komputerowej głowy: „*Badanie TK głowy wykonano w trybie pilnym bez podania środka kontrastowego. Obniżenie gęstości istoty białej w okolicy rogu przedniego lewej komory bocznej oraz przedniej odnogi torebki wewnętrznej oraz przedniej części torebki zewnętrznej o charakterze zmiany niedokrwiennej. Po podaniu kontrastu nie wykazano patologicznego wzmocnienia. Nie wykazano cech krwawienia śródczaszkowego.*”

Ze względu na pogarszający się stan pacjentki oraz cechy niewydolności oddechowej (kliniczne i laboratoryjne) pacjentkę ponownie konsultowano anestezjologicznie, zaintubowano i przekazano do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii celem dalszego leczenia. W leczeniu kontynuowano wentylację mechaniczną na wysokich stężeniach tlenu, wspomaganie krążenia wlewami amin katecholowych, leczenie przeciwzakrzepowe, poprawiające funkcję CUN, przeciwobrzękowe, antybiotyki o szerokim spektrum oraz wyrównywano niedobory metaboliczne i elektrolitowe.

Pacjentkę konsultowano neurologicznie w dniu przyjęcia: „*Chora przytomna, spełnia polecenia, objawy oponowe ujemne, cechy tetraparezy z przewagą po stronie lewej, pod postacią osłabienia siły, szczególnie prawej kończyny górnej i wygórowanych odruchów głębokich. Obustronnie dodatni obj. Babińskiego. Dgn. Insultus cerebri et trunci. Tetraparesis pp. Lateralis dex. wsk. TK głowy kontrolne w 5 dobie. Leczenie: mannitol, furosemid, nootropil, polflin.*”

W badaniach dodatkowych stwierdzano wzrost enzymów wątrobowych, parametrów zapalnych, a w RTG płuc zmiany zapalne po stronie prawej z podejrzeniem płynu w prawej jamie opłucnowej, bez wskazań do punkcji opłucnowej. W drugiej dobie po zabiegu, pomi-

mo stosowania intensywnej terapii stan pacjentki ulegał pogorszeniu.

Pacjentkę ponownie konsultowano neurologicznie: „Chora nieprzytomna, na bodźce reaguje otwieraniem oczu, objawy oponowe ujemne, kończyny górne - nie porusza, plegia obustronna, odruchy głębokie obecne, równe, napięcie wiotkie, kończyny dolne plegia, odruchy głębokie nieobecne, obustronnie dodatni objaw Babińskiego. Insultus cerebri ischaemicus trunci et cerebri, tetraparesis. Leczenie jak dotychczas.”

Pacjentka wymagała wspomagania krążenia wysokimi dawkami adrenaliny i noradrenaliny, a w badaniach laboratoryjnych występowały zaburzenia układu krzepnięcia (PT 74,5%, APTT 54,9sek, TT 15,2sek, Fibrynogen 5,4g/l, D-dimery 6,4 ug/ml). Konsultujący kardiolog na podstawie całości obrazu klinicznego i badania USG serca rozpoznał zatorowość płucną, ze wzrostem ciśnienia w tętnicy płucnej. „LV 40, RH 34, LVEF 60% bez zaburzeń kurczliwości odcinkowej. Niedomykalność trójdzielnia ++, gr. 35 mmHg, SPAP ok. 45 mmHg, ACT 70 msek. Możliwość skrzepelin w świetle prawej komory. Wnioski: lewa komora o prawidłowej funkcji skurczowej, powiększenie prawej komory, cechy nadciśnienia płucnego. Dgn. Zatorowość płucna.”

W kolejnych dniach kontynuowano intensywne leczenie uzyskując spadek parametrów zapalnych oraz poprawę funkcji wątroby i nerek. W 5 dobie po zabiegu wykonano kontrolne TK głowy: „Hipodensyjna zmiana naczyniopochodna, w zakresie torebki wewnętrznej lewej ma obecnie wymiary przekroju: 0,6cm x 1,7 cm. Poza tym mózgowie oraz przestrzenie płynowe przedstawiają się prawidłowo”. Stan neurologiczny pacjentki nie ulegał poprawie, a konsultujący neurolog stwierdził badaniem klinicznym cechy udaru pnia mózgu: „Chora głęboko nieprzytomna, na ból nie reaguje, objawy oponowe ujemne, zaburzenia gałkoruchowe - prawa ustawa się w zezie rozbieżnym, kończyny górne - odruchy głębokie obecne, równe, napięcie wiotkie, plegia obustronna, kk dolne - odruchy głębokie nieobecne, napięcie wiotkie, obustronnie zaznaczony objaw Babińskiego. TK kontrolne - ognisko naczyniopochodne w zakresie torebki wewnętrznej po lewej (dokonany udar niedokrwienny). Z uwagi na możliwość ognisk w pniu mózgu do rozważenia MR głowy. Dgn. Insultus cerebri rt trunci. Tertraplegia. W leczeniu: mannitol, dexaven, nootropil”.

W trakcie pobytu w Klinice wykonano u pacjentki tracheostomię, wentylowano sztucznie, żywiono parenteralnie, uzyskano przejściowy powrót perystaltyki jelit. Pacjentka była codziennie konsultowana chirurgicznie.

W 20 dobie po zabiegu wystąpiły objawy niedrożności porażennej jelit. Wykonano relaparotomię, w czasie której stwierdzono martwicę tkanek okołotrzustkowych oraz przetokę dwunastniczą, którą zeszyto z pozostawieniem drenażu. W 30 dobie po zabiegu pierwotnym u pacjentki wystąpiły objawy krwawienia do przewodu pokarmowego i jamy otrzewnej. Ponowa rewizja jamy brzusznej wykazała krwawienie z wnęki wą-

troby, które zaopatrzone pozostawiając drenaż oraz założono dadatkowe szwy na kikut dwunastnicy z powodu utrzymującej się przetoki. Po zabiegu kontynuowano leczenie zachowawcze uzyskując poprawę stanu pacjentki, wydolności krążeniowej i oddechowej. Chora odzyskała przytomność, nawiązywała ograniczony kontakt, utrzymywał się nadal niedowład czterokończynowy. Przejściowo wystąpiły objawy krwawienia do przewodu pokarmowego (smoliste stolce bez znaczącego spadku poziomu hemoglobiny), które leczono zachowawczo z dobrym skutkiem.

Od 44 doby po zabiegu chora wymagała jedynie tlenoterapii biernej oraz fizykoterapii oddechowej. Po uzyskaniu wyniku badania mikrobiologicznego treści ropnej z miejsca po usuniętym drenie, które wykazało obecność *Enterococcus faecalis* HLAR, *Candida glabrata* i *Pseudomonas aeruginosa*, włączono leczenie celowane.

W 48 dobie po zabiegu pierwotnym, pacjentkę, wydolną oddechowo i krążeniowo, w prostym kontakcie słownym, z niedowładem czterokończynowym, żywną parenteralnie, pojoną doustnie przekazano do Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej celem dalszego leczenia.

Na oddziale chirurgicznym kontynuowano leczenie p/bakteryjne i p/grzybicze, płynoterapię, leczenie p/zakrzepowe, memotropowe oraz fizykoterapię oddechową i ruchową. Wprowadzano stopniowo żywienie dojelitowe uzupełniane żywieniem parenteralnym (Nutritional Risk Score=5). W toku leczenia uzyskano znaczną poprawę stanu ogólnego, zmniejszenie ilości a ostatecznie zanik wycieku treści dwunastniczej drenowanej z okolicy przetoki oraz znaczną poprawę ruchomości kończyn górnych i dolnych.

Wyniki

W styczniu 2011 pacjentkę w stanie ogólnym dobrym, kontakcie słownym logicznym, żywną doustnie, z wygojoną przetoką dwunastniczą, szwami usuniętymi wypisano po 85 dniach pobytu w Akademickim Szpitalu Klinicznym do domu z zaleceniami kontynuacji leczenia w ramach hospicjum opieki domowej, kontynuacji rehabilitacji neurologicznej i leczenia p/zakrzepowego.

Powyższy przypadek przedstawiamy, nie jako kolejny przypadek wykonanej totalnej gastrektomii, ale po to, aby zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia po tego typu zabiegu bardzo poważnych powikłań pooperacyjnych, które jednak nie powinny stanowić przeciwwskazania do dalszego intensywnego leczenia chorej.

Bibliografia

1. Japanese gastric cancer association. *Gastric cancer treatment guideline (in Japanese)*, 2nd ed. Kanehara-Shuppan, Tokyo, 2004.
2. Ichikawa D., Kurioka H., Yamaguchi T. et al. Postoperative complications following gastrectomy for gastric

- cancer during the last decade. *Hepatogastroenterology*, 51(56):613–17, Mar-Apr 2004. Department of Digestive Surgery, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan.
3. Kielan W. et al. Therapeutic procedures in early gastric cancer in own clinical material. strony 27–30, Seoul, Korea, 1999. 3rd International Gastric Cancer congress, Monduzzi Editore.
 4. Kulig J., Popiela T. Studies on early gastric cancer in the southern-eastern region of Poland. Amsterdam, 1984. World Congress, Abstr. Coll Int Chir Dig.
 5. Hioki K., Nakane Y., Yamamoto M. Surgical strategy for early gastric cancer. *Br J Surg*, (77):1330–34, 1990.
 6. Sasako M. Gastric cancer treatment guideline (in Japanese). *International Journal of Clinical Oncology*, 9(5):346–351, 2004. Role of surgery in multidisciplinary treatment for solid cancers.
 7. Kordek R., Jassem J., Krzakowski M. et al. *Onkologia*. Via Medica, Gdańsk, wydanie 3, 2007. ISBN: 978-83-7555-016-0.

Komentarz:

Autorzy przedstawili niezwykle istotny problem radykalnych resekcji nowotworowych u chorych w zaawansowanym wieku, obarczonych dodatkowo istotnymi chorobami towarzyszącymi. Operowanie ze wskazań życiowych ułatwia wprawdzie podejmowanie decyzji o leczeniu operacyjnym, ale wiąże się nieodmiennie z właściwym określeniem ryzyka operacyjnego i szans na przeżycie. Opisany przypadek stanowi ponadto memento o możliwości występowania trudnych do przewidzenia i zaskakujących wręcz, niezawinionych powikłań.

prof. dr hab. dr h.c. Kazimierz Kobus

PrzypadkiMedyczne.pl