

Wskazania do zabiegu

Kto jest odpowiednim kandydatem do zabiegu operacyjnego rękawowej resekcji żołądka?

Rękawowe wycięcie żołądka należy dziś do podstawowych zabiegów w leczeniu otyłości. Oznacza to, że wskazania do tego typu operacji nie różnią się od typowych wskazań do operacyjnego leczenia otyłości. Jej wykonanie zalecane jest także u chorych, u których wcześniejsze leczenie za pomocą regulowanej opaski żołądka nie przyniosło oczekiwanych korzyści, lub chorzy ci nie są w stanie regularnie przychodzić na wizyty kontrolne.

Wskazania do operacji w skrócie: do chirurgicznego leczenia otyłości kwalifikują się osoby z BMI równym 35 i więcej, szczególnie gdy występują u nich inne choroby poza otyłością, które są powiązane czy wręcz ich przyczyną jest otyłość (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, wysoki cholesterol, zmiany stawowe, zaburzenia snu, bezpłodność u kobiet). Duże znaczenie ma obciążenie rodzinne (otyłość rodziców, rodzeństwa, krewnych oraz wczesne zgony z powodu chorób zależnych od otyłości w rodzinie). Dużo łatwiej podjąć decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu, gdy rozmowa z nim wskazuje na zaangażowanie w leczenie swojej otyłości (leczenie dietetyczne, leczenie sanatoryjne, leczenie pod nadzorem lekarza, dietetyka, itd.).

Przebieg zabiegu operacyjnego

Rękawowe (mankietowe) wycięcie żołądka (sleeve gastrectomy) to stosunkowo nowy typ zabiegu bariatrycznego o charakterze restrykcyjnym.

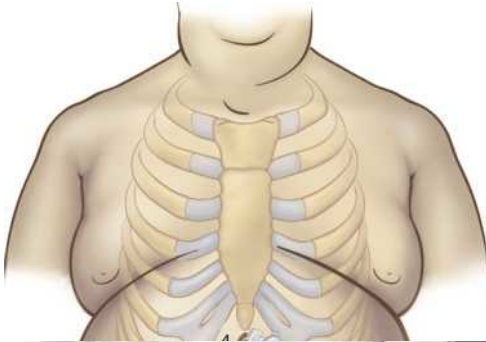
Polega na usunięciu około 85% żołądka i pozostawieniu jedynie jego fragmentu tak, że staje się on cienką rurą (kształt i wielkość jak banan). Odcięty za pomocą tzw. staplerów (zszywaczy mechanicznych) fragment żołądka usuwany z organizmu. Zmniejszenie objętości żołądka do około 150 ml powoduje, że chory nie jest w stanie przyjmować jednorazowo tak dużych objętości pokarmu jak przed zabiegiem operacyjnym. Prowadzi to do chudnięcia.

Zaletą wykonania zabiegu sposobem laparoskopowym są niewątpliwie mniejsze rany pooperacyjne i szybsze ich gojenie się. Ponadto chorzy szybciej odzyskują pełnię aktywności zawodowej, a czas hospitalizacji znacznie się skraca.

Ułożenie pacjenta i rozmieszczenie trokarów

Obok: schematyczne rozmieszczenie trokarów podczas laparoskopowej mankietowej resekcji żołądka. Trokary 2 i 6 są średnicy 15 mm; pozostałe 12 mm.

Pacjent ułożony jest w pozycji francuskiej, tj. gdy chirurg stoi pomiędzy nogami pacjenta. Operator kamery stoi po stronie prawej pacjenta, a asysta po stronie lewej. Używa się od 4 do 6 trokarów, jednak wprowadzenie 6 trokarów ułatwia przeprowadzenie rozdzielania



żołądka oraz utworzenie mankietu. Stosuje się dwa trokary o średnicy 15 milimetrów i cztery 12-milimetrowe, tak jak pokazano na rysunku. Dojście do jamy otrzewnej uzyskuje się, stosując 12-milimetrowej średnicy optyczny trokar bezostrzowy, umieszczając go pod łukiem żebrowym w lewej linii środkowo-obojęczykowej. Pozostałe trokary są umieszczane pod kontrolą wzroku, tak jak przedstawiono na sąsiednim rysunku.



Ułożenie trokarów na ścianie brzucha - zdjęcia z faktycznej operacji; ręka na środku dolnej krawędzi zdjęcia trzyma optykę kamery TV - stąd obraz jest transmitowany na monitor TV

Technika operacyjna

Lewy płąt wątroby jest podniesiony za pomocą haka. Więzadło przeponowo-przetykowe przebiegające nad połączeniem przetykowo-żołądkowym przecina się elektrokoagulującym haczykiem. Niezmiernie istotne jest uwidocznienie lewej odnogi przepony w okolicy kąta Hisa. Naczynia żołądkowe krótkie przecina się za pomocą noża harmonicznego, zaczynając od środka krzywizny większej, blisko ściany żołądka. Preparowanie powinno postępować dogłównie, w kierunku kąta Hisa. Podczas preparowania żołądka chirurg powinien szczególnie uważać w rejonie górnego bieguna śledziony, tak aby nie uszkodzić tego narządu. W momencie kiedy uruchomione zostaje dno żołądka wraz z górną częścią trzonu, należy rozpocząć preparowanie wzdłuż krzywizny większej w kierunku odźwiernika, które kończy się mobilizacji krzywizny większej 4-5 cm od odźwiernika.

Lewy płąt wątroby jest podniesiony za pomocą haka. Więzadło przeponowo-przetykowe przebiegające nad połączeniem przetykowo-żołądkowym

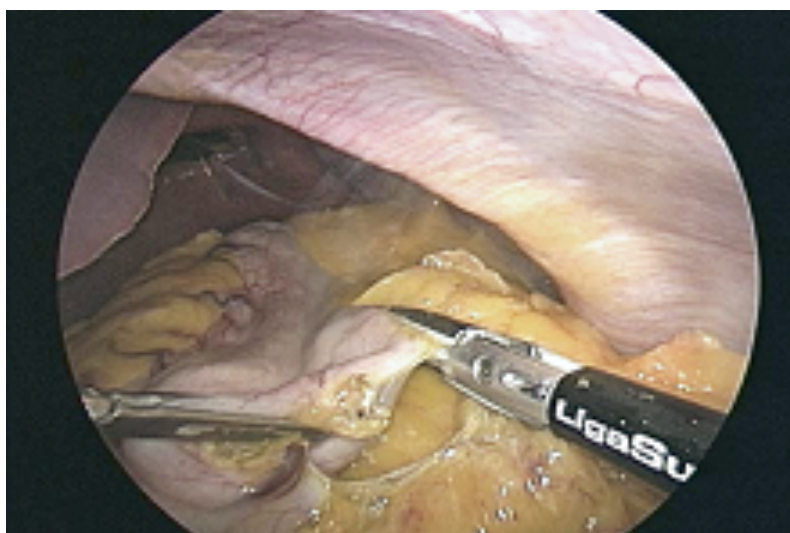
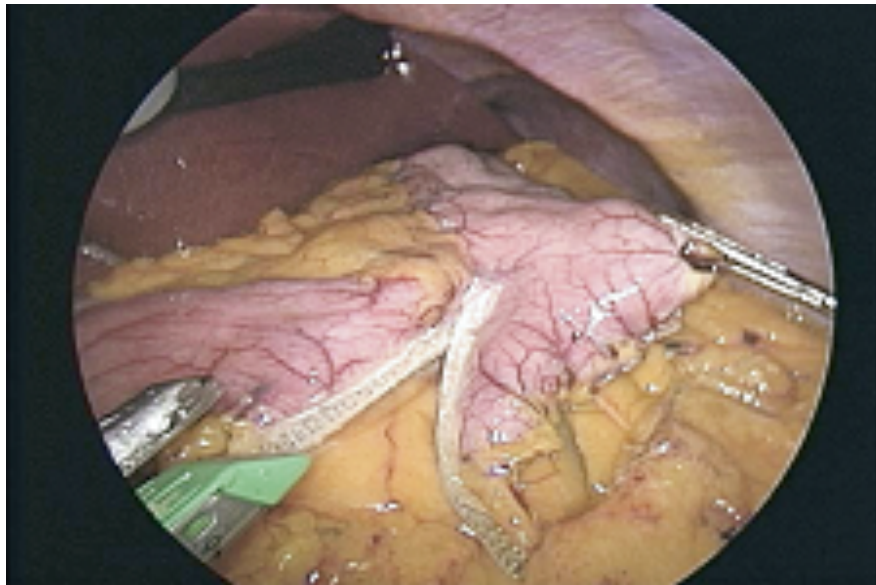


Foto obok - rozdzielanie tkanek wokół żołądka; obraz z monitora podczas operacji laparoskopowej - tak widzi miejsce operowane chirurg

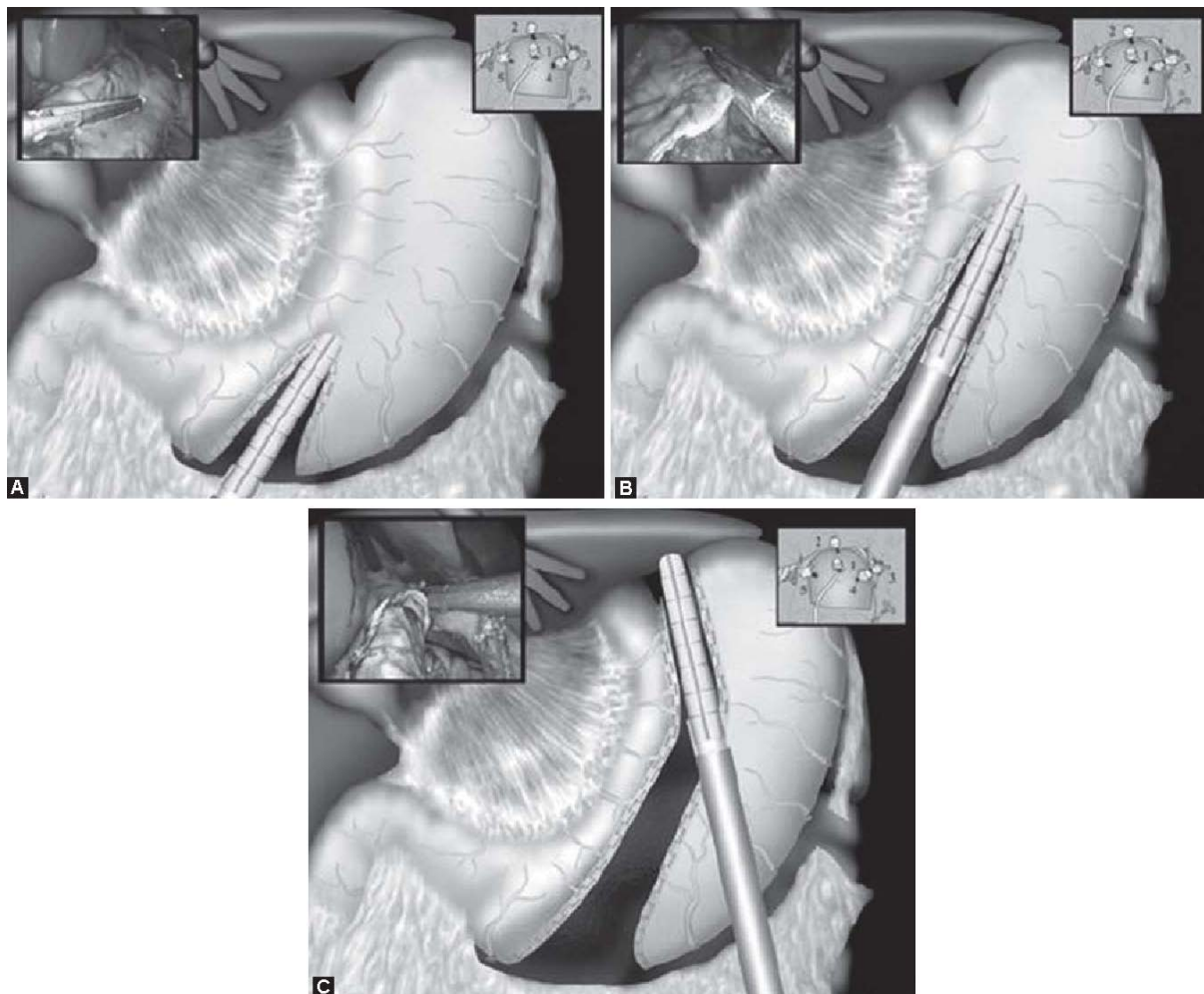
Przecinanie i jednoczesne zamykanie ściany żołądka dokonuje się staplerem Echelon lub podobnym - wprowadzonym przez port 12 mm do jamy brzusznej. Liniowy stapler tnący jest początkowo wprowadzany przez port umieszczony po

stronie prawej, w celu przecięcia dystalnej części przedodźwiernikowej aż do miejsca oddalonego o około 1 cm od krzywizny mniejszej. Zgłębnik przetykowy 48 F jest wprowadzany przez usta do części przedodźwiernikowej żołądka. Następnie dwa magazynki staplerowe 45-mm/4,8 mm są zamykane w kierunku kąta żołądka.



Zdjęcia z monitora podczas operacji laparoskopowego częściowego wycięcia żołądka - stan po częściowym przecięciu żołądka; część przesuwana narzędziem w prawo - jest to usuwana część żołądka, widać dokładnie linię zszywek - miejsce przecięcia żołądka

Gdy zostały użyte pierwsze 3 magazynki zszywek, chirurg może zastosować 60-milimetrowe z 4,8-milimetrowymi zszywkami magazynki zakładając je wzdłuż zgłębnika żołądkowego. Aby dokończyć resekcję mankietową, potrzebne są 3 takie magazynki, a w sumie 6 magazynków. W okolicy dna żołądka pomocne jest zwiększenie napięcia tylnej ściany przed zamknięciem staplera, aby zapobiec krwawieniu w tym rejonie. Czasami miejsca szycia mogą na siebie nachodzić (przy zgłębniku pozostającym w tym samym miejscu). Wycięty fragment żołądka usuwa się przez 15 mm port okołopępkowy. Czasami wymagane jest poszerzenie cięcia w celu usunięcia preparatu. Następnie do żołądka, poprzez sondę żołądkową, podaje się błękit metylenu (ok. 100 ml) w celu sprawdzenia szczelności szycia ścian żołądka. Po zakończeniu testu barwnik odsysany jest przez sondę. Zamknięty czynny drenaż może być umieszczony wzdłuż linii zszywek, a porty zamykane są za pomocą szwów.



Jeszcze raz schematycznie kolejne etapy przebiegu operacji:

- A. Rozpoczęcie przecinania żołądka 5-7 cm od jego ujścia (odźwiernika)*
- B. Stopniowe wycinanie głównej części żołądka - stapler układa się równoległe do prawej strony żołądka (część ta nazywa się krzywizną mniejszą); odpowiednie oddalenie zapewnia gruba sonda żołądkowa ułożona wzdłuż ściany żołądka*
- C. Prawie całkowite wycięcie żołądka - stapler przecina dno żołądka; stapler przecina tkanki i jednocześnie zakłada na nie zszywki, które szczelnie, wielowarstwowo zamykają miejsce przecięcia ściany.*

Czego się należy spodziewać bezpośrednio po operacji?

Zabieg operacyjny przeprowadzany jest w znieczuleniu ogólnym i trwa około 90 minut. Po zabiegu chory musi pozostać kilka dni w szpitalu, powrót do pełnej aktywności trwa jednak kilka tygodni.

Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym mogą wystąpić dolegliwości bólowe jamy brzusznej. Aby im zapobiec, podaje się leki przeciwbólowe. Uruchomienie chorego następuje jeszcze tego samego dnia - może on powoli siadać na łóżku. W ciągu pierwszych 24 godzin po

zabiegu wykonuje się również zdjęcie RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem w celu oceny efektu leczenia.

Utrata nadmiaru masy ciała może wynosić 50–80% w ciągu pierwszych 6–12 miesięcy po zabiegu operacyjnym. Liczne badania naukowe udowodniły także jego korzystny wpływ na kontrolę m.in. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu czy zespołu bezdechu sennego.

Pobyt w szpitalu jest opisany w części dotyczącej organizacji leczenia.

U większości chorych wykonanie rękawowej resekcji żołądka pozwala na uzyskanie zadowalającego spadku masy ciała. W określonych przypadkach u chorych, u których utrata masy ciała jest niewystarczająca, lub u chorych bardzo otyłych - rękawowa resekcja żołądka może być pierwszym etapem kilkietapowego leczenia operacyjnego otyłości. Zwykle poprzedza ona wykonanie takich procedur jak ominięcie żołądkowo-jelitowe (gastric bypass) lub wyłączenie dwunastnicze (duodenal switch).