

LAPAROSCOPIC VAGOTOMY IN THE RECURRENT PEPTIC ULCER THERAPY

VICIAN M, ZIAK M, SMOLEN V, DURDIK S, SEKAC J

LAPAROSKOPICKÁ VAGOTÓMIA V LIEČBE RECIDIVUJÚCEHO ULKUSU DUODÉNA

Abstract

Vician M, Ziak M, Smolen V, Durdik S, Sekac J:
Laparoscopic vagotomy in the recurrent peptic ulcer therapy
Bratisl Lek Listy 1999; 100 (6): 324–326

The paper represents our results of laparoscopic vagotomies. In 1993 was the first successful laparoscopic vagotomy in Slovakia performed, at the 1st Department of Surgery, Faculty Hospital, Bratislava. From this time 10 operations with front superselective and dorsal truncal vagotomy were performed. Effectiveness of vagotomy was controlled after 12 months by examination of the gastric acidity. Decrease of gastric acidity in average above 61 % was reached. Laparoscopic vagotomy, despite dominant conservative treatment of peptic ulcer, is the method of choice, if the conservative treatment is unsuccessful. (Fig. 3, Ref. 6.)

Key words: peptic ulcer, laparoscopic vagotomy.

Najčastejšou chorobou v západných krajinách je recidivujúci duodenálny ulkus. Každý rok pribudne v USA 500 000 nových prípadov (Hooks a spol., 1986). Sociálnoekonomické problémy, depresie, emigrácia, nezamestnanosť, nesprávna životospráva a podobne sú faktormi vzniku a recidívy tohto ochorenia aj u nás.

Moderná medikamentózna liečba vredovej choroby gastroduodéna zavedením blokátorov H_2 -receptorov, inhibítorov protónovej pumpy a nových antacid, vyšetrením *Helicobacter pylori* a následnou eradikačnou liečbou podstatne znížila počet chirurgických výkonov v oblasti gastroduodéna.

Recidíva ochorenia po medikamentóznej liečbe do jedného roka nastáva v 30–60 % prípadov.

Približne 20 % chorých s vredovou chorobou gastroduodéna po neúspešnej konzervatívnej liečbe prichádza na chirurgické pracoviská s komplikáciami, najmä s opakovanými krvácami z duodenálneho ulkusu.

Vzhľadom na neúspešnosť predchádzajúcej konzervatívnej liečby sme indikovali laparoskopickú prednú superselektívnu a zadnú trunkálnu vagotómiu.

Abstrakt

Vician M., Žiak M., Smolen V., Durdík Š., Sekáč J.:
Laparoskopická vagotómia v liečbe recidivujúceho ulkusu duodéna
Bratisl. lek. Listy, 100, 1999, č. 6, s. 324–326

Práca prezentuje výsledky laparoskopickej vagotómie, ktorá bola zavedená na Slovensku do praxe na I. chirurgickej klinike LFUK 24.11.1993. Odvtedy bolo vykonaných 10 operácií. Vykonali sme prednú superselektívnu a zadnú kmeňovú vagotómiu. Efektívnosť vagotómie sme overovali kontrolou po 12 mesiacoch vyšetrením žalúdočnej acidity. Dosiahli sme jej zníženie priemerne o 61,9 %. Laparoskopická vagotómia má napriek dominantnej medikamentóznej liečbe vredovej choroby gastroduodéna svoje opodstatnenie, pri neúspechu konzervatívnej liečby. (Obr. 3, lit. 6.)

Kľúčové slová: ulkus duodéna, laparoskopická vagotómia.

Súbor chorých

Na I. chirurgickej klinike sme od roku 1993 do roku 1997 operovali 10 pacientov — mužov v priemernom veku 39,5 roka. Najmladší mal 31 rokov a najstarší 52 rokov. Všetci títo pacienti opakovanne krváčali z duodenálneho ulkusu. Ulkus duodéna potvrdila gastrofibroskopia a röntgenológia. Pri rtg žalúdka sa nepreukázala pylorostenóza alebo porucha pasáže. V tomto období pacienti neboli vyšetrení na *Helicobacter pylori*. Všetci pacienti sa opakovanne liečili H_2 -blokátormi alebo inhibítormi protónovej pumpy. Klinické ťažkosti v zmysle sezónnych bolestí trvali priemerne u našich pacientov 10,6 roka. Pri vyšetrení žalúdočnej acidity stimulovanej pentagastrínom (Matis a spol., 1975) sme zistili výraznú hyperaciditu bazálnej aj stimulovanej sekrécie. Hodnoty BAO ml/h (basal acid output) sme vybrali na posúdenie efektivity operácie.

Metóda

U všetkých pacientov sme sa rozhodli pre laparoskopickú vagotómiu podľa Hilla—Barkera, t.j. vykonali sme prednú superse-

Ist Dpt of Surgery, Medical Faculty, Comenius University, Bratislava
Address for correspondence: M. Vician, MD, Ist Dpt of Surgery, Fakultna nemocnica, Mickiewiczova 13, SK-813 69 Bratislava, Slovakia.

I. chirurgická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave
Adresa: MUDr. M. Vician, I. chirurgická klinika LFUK, Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava.

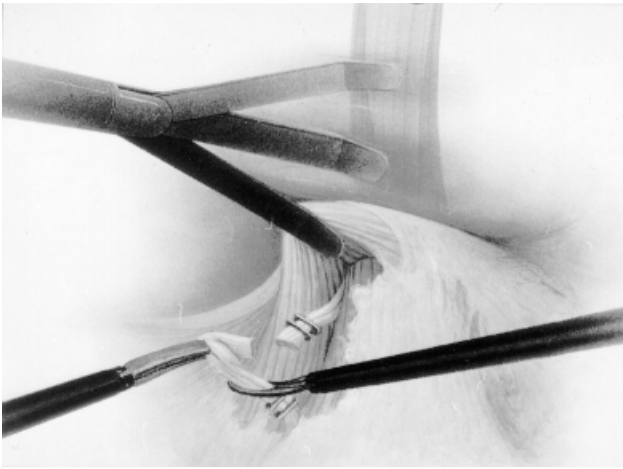


Fig. 1. Nerve biopsy for histologic examination.
Obr. 1. Odobratie nervu na histologické vyšetrenie.

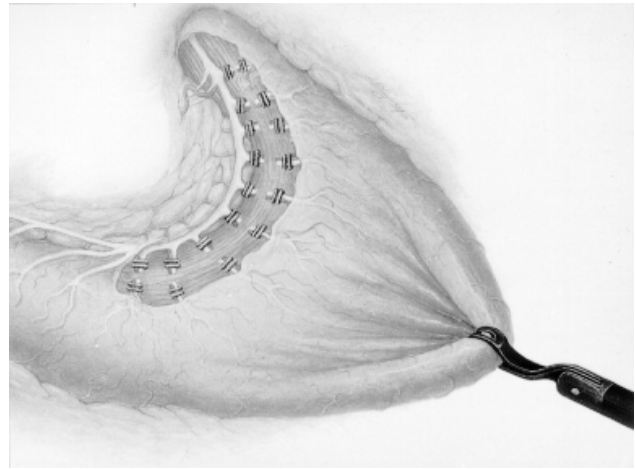


Fig. 2. Dissection neurovascular structures.
Obr. 2. Preťatie neurovaskulárnych zväzkov.

lektívnu a zadnú trunkálnu vagotómiu. Pacient leží v litomickej polohe, operatér stojí medzi nohami pacienta. Používame 5 vstupov. Kameru zavádzame v mediálnej čiare nad pupkom v tretine vzdialenosti medzi processus xyphoideus a umbilikom. Pečeňový retractor zavádzame pod pravý rebrový oblúk, žalúdočný retractor pod ľavý rebrový oblúk. Operačné nástroje zavádzame vľavo medzi pupok a vstup pre žalúdočný retractor a vpravo od processus xyphoideus. Odťahujeme pečeň a ak je to potrebné, uvoľňujeme ligamentum triangulare hepatis vľavo. Identifikáciu zadného kmeňa nervus vagus začíname discíziou pars flaccida gastrohepatického ligamenta. Zadný kmeň nervus vagus vypreparujeme medzi crus mediale diaphragmae a pažerákom. Zaklipujeme ho a vystrihneme kúsok nervu na histologické vyšetrenie (obr. 1). Identifikujeme vetvenie predného Latarjetovho nervu a nad vraniou nôžkou orálnym smerom pretíname medzi klipmi jednotlivé neurovaskulárne zväzky až po gastroezofágové spojenie a pokračujeme asi 4 cm na funde žalúdka (obr. 2). Pooperačne zavádzame nazogastrickú sondu.

Výsledky

Bezprostredne po operácii sme mali jednu komplikáciu. U 1 pacienta sa rozvinula bronchopneumónia vľavo. Ostatní pacienti odchádzali do domáceho liečenia priemerne na piaty pooperačný deň v celkovo dobrom stave, prijímali potravu bez väčších obmedzení, neužívali lieky. Jeden z prvých operovaných pacientov mal bolesti v epigastriu, pyrózu. Kontrolné vyšetrenia žalúdočnej acidity ukázali vysoké hodnoty BAO. Pri gastrofibroskopikom vyšetrení pretrvával ulkus bulbi duodéna. Histologické vyšetrenie nepotvrdilo nervové tkanivo zo vzorky odobratej pri operácii. Na zhodnotenie efektívnosti laparoskopickej vagotómie sme s odstupom 12 mesiacov urobili u 9 pacientov kontrolné vyšetrenie žalúdočnej acidity. V hodnotách BAO ml/h sme dosiahli zníženie priemerne o 61,9 %, priemerne z 10,66 ml/h na 4,2 ml/h. Pokles u jednotlivých pacientov sú na obrázku 3. Klinicky sa cítili pacienti dobre, neužívali lieky, nemali bolesti, prijímali potravu bez väčších diétnych opatrení.

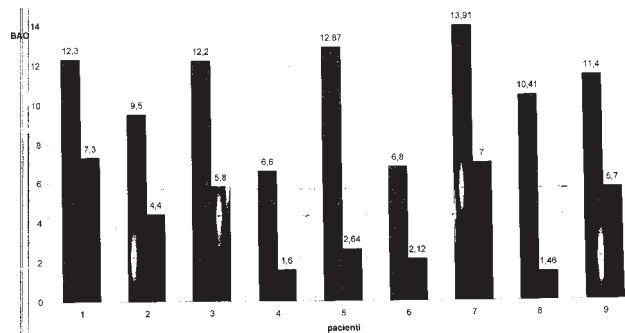


Fig. 3. BAO values prior to and after the operation.
Obr. 3. Hodnoty BAO pred operáciou a po operácii.

Diskusia

V súčasnosti jednoznačne dominuje v liečbe duodenálneho ulkusu konzervatívna liečba. Pri refraktérnosti medikamentózneho liečby, pri opakovaných krvácaniach, prichádza do úvahy chirurgická intervencia. Schvaľujeme najmenej zafažujúce operačné výkony šetriace žalúdok. Tento predpoklad spĺňa laparoskopická vagotómia.

Pooperačné výsledky a klinický stav pacientov po 12 mesiacoch nás presvedčia o tom, že aj superselektívna vagotómia má svoje miesto v liečbe vredovej choroby gastroduodéna. Výber pacientov pre operačné riešenie je zúžený a prístup je individuálny (Matis, 1980), čo potvrdzuje malý počet pacientov v našom súbore. Iné metódy laparoskopickej vagotómie ako predná séromyotómia podľa Taylora alebo superselektívna proximálna vagotómia podľa Wertsersa a spol. (1994) nepreukazujú lepšie alebo horšie výsledky. Frank a spol. (1994) udávajú zníženie BAO po laparoskopickej vagotómii 67,8—77 %. Úloha laparoskopickej vagotómie v liečbe vredovej choroby gastroduodéna sa znižuje najmä zavedením rutínnej eradikačnej liečby *Helicobacter pylori*. Čas a seriózne zhodnotenie súborov a rôznych techník ukáže zásadné miesto vagotómie v liečbe vredovej choroby duodéna (Duda a Czudek, 1996).

Literatúra

Duda M., Czudek S.: Miniinv. Chir., 1996, s. 231.

Frank J., Branicki L., Nathason K.: Minimal acces gastroduodenal surgery. Austral. New Zealand Surg., 64, 1994, s. 589–598.

Hooks V.H., Bowden Jr. T.A., Mansterger A., Sisley J.F.: HSV with dilatation or duodenoplasty. Amer. Surg., 203, 1986, s. 545.

Matis P., Paulík J., Koreň K., Hostýnová D.: Príspevok k vyšetrovaniu žalúdočnej acidity. Bratisl. lek. Listy, 63, 1975, č. 4, s. 385–512.

Matis P., Paulík J., Hostýnová D.: Príspevok k indikáciám proximálnej selektívnej vagotómie. Bratisl. lek. Listy, 74, 1980, č. 6, s. 609–744.

Weerts J.M., Dalleneague B., Jehaes C., Markiewicz S.: Laparoscopic gastric vagotomies. Ann. Chir. Gynecol., 83, 1994, s. 118–123.

Received April 1, 1998.

Accepted April 30, 1999.

 NEDOŽITÉ JUBILEUM

STOROČNICA UNIVERZITNÉHO PROFESORA MUDr. SVETOZÁRA ŠTEFÁNIKA

Univerzitný profesor S. Štefánik sa narodil 25. júla 1899 v Brezovej pod Bradlom. V tomto roku by sa dožil 100 rokov. Pochádzal zo známej štefánikovskej rodiny. Vysokoškolské lekárske štúdium začal v Budapešti. Po skončení prvej svetovej vojny a po utvorení Čsl. republiky ukončil štúdium na Karlovej univerzite v Prahe. Po vojne bola založená roku 1919 Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave. Súčasne sa vytvorila ženská klinika na pôrodnickom inštitúte založeného na konci 19. storočia na Zochovej ulici. Prednostom novozaloženej ženskej kliniky sa stal prof. Müller. Na budovaní kliniky sa zúčastňovali vtedajší asistenti dr. Klaus, dr. Horálek, dr. Šeliga, dr. Štefánik, dr. Kadlečík a ďalší. Dr. Šeligu habilitovali za docenta a stal sa prednostom kliniky. Prof. Müller odišiel do Brna, dr. Klaus do Prahy. Po vymenovaní doc. Šeligu za profesora sa stal prvým slovenským profesorom Ženskej kliniky UK. Jeho spolupracovníkmi boli doc. Štefánik, doc. Kadlečík a ďalší.

Po smrti prof. Šeligu bol poverený dočasným vedením kliniky doc. Štefánik. Definitívne prevzal kliniku, keď ho menovali za profesora. Doc. Kadlečík z kliniky odišiel a stal sa prednostom novovybudovaného gynekologicko-pôrodnického oddelenia v bývalom Kochovom sanatóriu Bratislava-vidiek na Partizánskej ulici. Ešte počas života prof. Šeligu viedol doc. Štefánik aj detašované oddelenie kliniky, ktoré sa nachádzalo v susedstve vysokoškolského internátu Lafranconi pri Dunaji. Tu sa doliečovali chronické gynekologické ochorenia, najmä zápaly. Na tomto oddelení pracovala sestra Ondrušová, ktorá sa v tomto roku dožíva 90 rokov. Spomína si na prof. Štefánika ako na mladého docenta. Neskôr bolo toto detašované oddelenie zrušené.

Z generácie lekárov, ktorí pracovali na klinike v tomto období, mnohí neskôr zastávali významné pracovné miesta. Ženská klinika LF bola jedinou na Slovensku. Zvyšovaním počtu pôrodov bolo potrebné vybudovať nové gynekologicko-pôrodnické oddelenia. V priestoroch bývalej Židovskej nemocnice sa vytvorila II. ženská klinika, kde sa vedenia ujal doc. Hudcovič. V Košiciach sa vybudovala ďalšia LF UPJŠ. Za prednostu ženskej kliniky menovali prof. Schwarza — odchovanca pražských gynekologických klinik. K postupnému zriadeniu ženských klinik na Slovensku pribudla ženská klinika v Martine, ktorej prednostom bol prof. Pontuch. Doc. Kliment, ktorý začal pracovať na I. ženskej klinike, sa stal prednostom kliniky na Bezručovej ulici. Jeho nástupcom bol odchovanec kliniky doc. Chabada. Doc. Štencl, ktorý tiež pracoval na I. ženskej

klinike, prevzal Kliniku chorôb ženských DNŠP a Katedru gynekológie a pôrodnictva ILF v Bratislave v apríli 1982 po prof. Dlhšovi.

Prof. Štefánik absolvoval viaceré zahraničné cesty. Ešte za pôsobenia prof. Šeligu bol na študijnom pobyte na gynekologickej klinike prof. Meiera v Berlíne. Z tejto cesty okrem odborných poznatkov využil skúsenosti aj na rozvoj a zdokonalenie histologickeho laboratória na klinike. Zúčastnil sa na medzinárodnom kongrese o sterilite v Amsterdame a na európskom zjazde gynekológov v Moskve, kde predniesol prednášku o vaginálnej hysterektómii dokumentovanú premietnutím filmu. Na pozvanie prof. Horna navštívil spolu s Pontuchom, Bárdošom, Skalickým a Hraškom gynekologickú kliniku v Budapešti. Zaujímavé je, že na tejto klinike sa roku 1915 narodil prof. Pontuch. Pri tejto príležitosti prítomný asistent priniesol originál pôrodopisu. Na klinike pôsobil aj Ignác Semmelweis. Prof. Horn navštívil našu kliniku. Prof. Štefánik navštevoval viaceré kliniky vo Viedni, Prahe, Brne. Osobitne priateľské vzťahy mal s prof. Havláskom v Brne.

Zo zahraničných ciest uvádzam ešte študijné cesty a pobyty pracovníkov kliniky počas pôsobenia prof. Štefánika — študijnú cestu dr. Hudcoviča na gynekologických klinikách vo Švajčiarsku, študijný pobyt dr. Hrašku na gynekologickej klinike v Montpellier, dr. Saska v Londýne, dr. Pontuch v Halle v rámci výmeny lekárov. Zo zahraničia navštívili kliniku profesori z Moskvy, Leningradu, Ulanbátaru a profesor z Madridu, ktorý sa osobitne zaujímal o problematiku Trichomonas vaginalis, profesor onkológie z Japonska sa zapísal do knihy návštev japonským písmom.

Prof. Štefánik bol zakladateľom pobočky Slovenskej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti v rámci Čs. gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti. Z pobočky sa neskôr vytvorila samostatná Slovenská gynekologicko-pôrodnická spoločnosť, ktorej bol dlhoročným predsedom.

Profesor nadväzoval úzke kontakty s primármi gynekologicko-pôrodnických oddelení na krajských seminároch o perinatálnej a materskej mortalite. Odbornými príspevkami pomohol riešiť aj niektoré sporné otázky v diskusiách.

Za pôsobenia prof. Štefánika sa postupne prebudúvala klinika a zavádzali sa nové diagnostické a liečebné metódy. V priestoroch bývalej „babskej“ školy sa zriadilo administratívne oddelenie kliniky a archív. Namiesto starého rtg oddelenia sa vybudovalo nové a inštaloval sa nový rtg prístroj. (Pokračovanie na s. 329)