

ლაპაროსკოპული პილოროშემანარჩუნებელი პანკრეატოდუოდენური რეზექცია

ვლადიმერ გონჯილაშვილი, ლაშა სარალიძე, ონისე ტყემელაშვილი

თბილისის ცენტრალური საავადმყოფო, ქირურგიული დეპარტამენტი

პასუხისმგებელი პირი: ონისე ტყემელაშვილი, onise.tkeshelashvili@gmail.com

რეზიუმე

ბოლო 30 წლის მანძილზე პანკრეატოდუოდენური ზონის ავთვისებიანი სიმსივნეების რაოდენობა დაახლოებით 3-ჯერ გაიზარდა და სიმსივნეთა საერთო რაოდენობის 7%-ს მიაღწია. პირველი წარმატებული ღია ოპერაცია 1935 წელს გაკეთდა, ლაპაროსკოპული მეთოდის გამოყენება კი ოთხმოცდაათიანი წლების ბოლოდან დაიწყო. აღნიშნულ სტატიაში წარმოგენილია ფატერის დვრილის პანკრეატობილიარული ტიპის ადენოკარცინომის გამო ჩატარებული ლაპაროსკოპული პილორუსის შემანარჩუნებელი პანკრეატოდუოდენური რეზექცია, კოლინჯუკანა პანკრეატო-იუნონასტომოზის რუს წესით ფორმირებით.

საკვანძო სიტყვები: ლაპაროსკოპული პილოროშემანარჩუნებელი პანკრეატოდუოდენური რეზექცია, პანკრეატოდუოდენური ზონის ავთვისებიანი სიმსივნეები

შესავალი

ბოლო 30 წლის მანძილზე პანკრეატოდუოდენური ზონის ავთვისებიანი სიმსივნეების რაოდენობა დაახლოებით 3-ჯერ გაიზარდა და სიმსივნეთა საერთო რაოდენობის 7%-ს მიაღწია. პირველი წარმატებული ღია ოპერაცია 1935 წელს გაკეთდა, ლაპაროსკოპული მეთოდის გამოყენება კი ოთხმოცდაათიანი წლების ბოლოდან დაიწყო. ლაპაროსკოპული პანკრეატოდუოდენექტომია ტექნიკურად რთულად შესასრულებელი ოპერაციაა, მაგრამ არის მინიმალური ინვაზიური ჩარევა, პაციენტის ადრეული აღდგენით, კლინიკაში დაყოვნების მოკლე პერიოდით. აღნიშნულის გამო ეს ოპერაცია ძალზე პერსპექტიულია. უდაოა, რომ ვიზუალიზაციის მაღალი ხარისხი, ფართო საოპერაციო ველი და ქსოვილებთან ნაკლები შემხებლობა ლაპაროსკოპული ოპერაციების ფუნდამენტური ბენეფიტებია. თანამედროვე გაიდლაინებზე დაყრდნობით, თამამად შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ოპერაციის შორეული შედეგები, ღია ოპერაციის შედეგების ანალოგიურია. რეკონსტრუქციულ ეტაპზე Roux-ის წესით შესრულებული პანკრეატო-იუნონასტომოზი და თორმეტგოჯა ნაწლავის პილოროშემანარჩუნებელი რეზექცია მნიშვნელოვნად ამცირებს ადრეული პოსტოპერაციული და შორეული გართულებების რისკს.

აღნიშნული ოპერაციის 200-მდე მოდიფიკაცია არსებობს, რომლებიც ეხება როგორც რეკონსტრუქციულ ეტაპს მთლიანად, ასევე ცალკეულ ანასტომოზებს.

წინამდებარე ნაშრომში წარმოდგენილია ფატერის დვრილის პანკრეატობილიარული ტიპის ადენოკარცინომის გამო ჩატარებული ლაპაროსკოპული პილოროშემანარჩუნებელი პანკრეატოდუოდენური რეზექცია კოლინჯუკანა პანკრეატო-იუნონასტომოზის Roux-ის წესით ფორმირებით.

კლინიკური შემთხვევა

მამაკაცი, 69 წლის. კლინიკას მომართა ამბულატორიულად. მომართვისას ჩივილი – ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. ჩაუტარდა კლინიკო-ლაბორატორიული კვლევები.

შედეგები: ბილირუბინი საერთო (BILT) – 150 μ mol/L, ბილირუბინი პირდაპირი (BILD) – 646 μ mol/L, ასპარტატამინოტრანსფერაზა (AST) – 82U/L, ალანინამინოტრანსფერაზა (ALT) – 84U/L, გამა-გლუტამილ-ტრანსფერაზა (GGT) – 278. U/L, ტუტე ფოსფატაზა (ALP) – 537U/L, ლიპაზა (LIP) – 45U/L, კრეატინინი (CREA) – 89 μ mol/L, სიმსივნური ანტიგენი CA 19-9 22.53U/mL, კარცინომებრიონული ანტიგენი (CEA) – 0.76ng/mL.

მუცლის ღრუს ექოსკოპიით: ღვიძლის კონტურები მკაფიო, ტალღისებური. პარენქიმა მომატებული ექოგენობის, ერთგვაროვანი. ისახება გაფართოებული (0.5-1.1სმ) ღვიძლშიდა სანალვლე გზები. მარცხენა წილი 8.7X9.9სმ, მარჯვენა წილი 12.0X16.6სმ (12.6X15სმ). კარის ვენის d=1.0სმ.(N – 1.4სმ-დე). ნალვლის ბუშტის კონტურები მკაფიო, ტალღისებური, ზომა 10.8X4.0X4.1სმ. კედლების სისქე 4მმ. შიგთავსი ანექოგენური, ისახება დისპერსული შენაწონი (ნალექი). ქოლედოქის d=19მმ. პანკრეასის (3.3X2.0 სმ) კონტურები არამკაფიო, პარენქიმა მაღალი ექოგენობის, ისახება ვირსუნგის სადინარი 9 მმ.

MRI კვლევით: ვლინდება სანალვლე გზების ობსტრუქცია ფატერის დვრილის დონეზე, ღვიძლის, ქოლედოქისა და ვირსუნგის სადინარის დილატაცია (სურათი 1, 2).

ენდოსკოპიურად: დიდი დუოდენური დვრილი შეცვლილი ლორწოვანი გარსით, უსწორმასწორო, ხორკლიანი ზედაპირით. კონტაქტურად სისხლმდენი. რიგიდული ქსოვილები ბიოფსისისას. კანულაცია შეუძლებელია სანათურის ობსტრუქციის გამო.



სურათი 1. ფატერის დერილის ნეოპლაზია, ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი



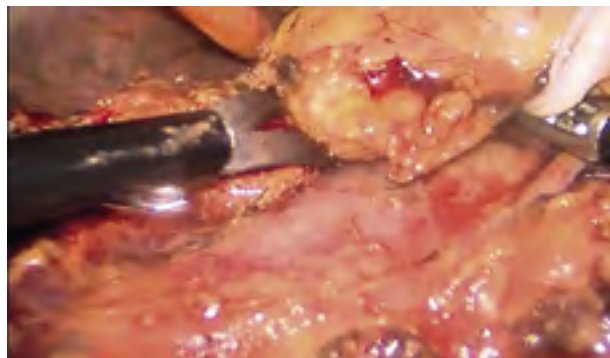
სურათი 2. ფატერის დერილის ნეოპლაზია, ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსი, განივი კვეთა



სურათი 3. ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგის დისექცია



სურათი 4. პანკრეასის ლიფტინგი ზემო მეზენტერიალური ვენიდან



სურათი 5. ვირსუნგის სადინრის გადაკვეთა



სურათი 6. პანკრეასის თავის გამოყოფა კარის ვენისგან



სურათი 7. ღვიძლის საერთო სადინრის გადაკვეთა



სურათი 8. პანკრეატო-იუნო ანასტომოზი

ბიოპტატის მორფოლოგიური კვლევით: ფატერის დვრილის პანკრეატობილიარული ტიპის ადენოკარცინომა.

ქირურგიული პროცედურა

საოპერაციო მაგიდაზე პაციენტი მოთავსდა ზურგზე, გაშლილი ქვემო კიდურებით. მუცლის ღრუ გაიხერხა ვერეის ნემსით, წნევა 14 მმ.ვწყ.სვ. მოთავსდა ექვსი ტროაკარი: 1 – 10მმ დიამეტრის, ჭიპის ქვემოთ, 2 – 5მმ და 2 – 12მმ (II, III, IV, V) მედიოკლავიკულურ და წინა აქსილარულ საზღვრებში, მეზოგასტრიუმის არეში, მარჯვნივ და მარცხნივ. VI (5მმ) ტროაკარი ეპიგასტრიუმის მიდამოში. რევიზიის შემდეგ, დამუშავდა ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგი, შესრულდა ლიმფოდისექცია (სურათი 3). გამოიყო, დაიკლიფსა და გადაიკვეთა კუჭ-თორმეტგოჯა არტერია, გაიხსნა კუჭ-კოლინჯის იოგი, მოხილიზდა პილოროანტრალური მიდამო და თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვი. გადაიკვეთა პილორული სფინქტერიდან 3სმ-ით დისტალურად ენდოსტეპლერის მეშვეობით. მოხილიზდა თორმეტგოჯა ნაწლავი კონხერის წესით, ქვედა ჰორიზონტალური ტოტის ჩათვლით. განხორციელდა პანკრეასის ლიფტინგი ზემო მეზენტერიალური ვენიდან (სურათი 4). მოიძებნა ტრეიცის იოგი და მლივი ნაწლავი გადაიკვეთა ტრეიციდან 10სმ-ით დისტალურად ენდოსტეპლერის მეშვეობით. ულტრაბგერითი სკალპელით გადაიკვეთა პანკრეასი ყელის მიდამოში, ვირზუნვის სადინარი გადაიკვეთა მაკრატლის მეშვეობით (სურათი 5). პანკრეასის თავი მოხილიზდა ტოტალურად კარის ვენისგან (სურათი 6). შემდეგ მოხილიზდა ნაღვლის ბუშტი, ქოლედოქი, ღვიძლის საერთო სადინარი და მოიკვეთა ბუშტის სადინრის ჩართვის პროქსიმალურად (სურათი 7). რეზეცირებული პანკრეასის თავი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, ნაღვლის ბუშტი და ქოლედოქუსი მოთავსდა ენდობეგში. დემონტაჟით და ნულგოვანი ლიმფოდისექციით დამთავრდა დისექციის ეტაპი. შემდეგ მოიკვეთა მლივი ნაწლავის 50სმ სიგრძის პროქსიმალური ფრაგმენტი, რომელზედაც ფორმირდა კოლინჯუკანა პანრეატო-იუნონანასტომოზი რუს წესით, გამოთიშული ნაწლავის მარყუჟზე (სურათი



სურათი 9. ჰეპატო-იუნონანასტომოზი



სურათი 10. ჰეპატო-იუნონანასტომოზი

8). მლივი ნაწლავის დისტალურ მარყუჟზე დაედო პროქსიმალურად ჰეპატო-იუნონ (სურათი 9, 10), დისტალურად კი დუოდენო-იუნონ ანასტომოზები, ერთმანეთისგან 30სმ დაშორებით. შემდეგ დუოდენო-იუნონანასტომოზის დისტალურად, დაახლოებით, 40სმ-ში შეიქმნა ენტერო-ენტერონანასტომოზი, მლივი ნაწლავის მარყუჟებს შორის (ანასტომოზი რუს წესით). ოპერაციის ხანგრძლივობა 10 საათი და 30 წუთი. სისხლის დანაკარგი – 150 მლ.
 პაციენტმა ინტენსიური მეთვალყურეობის პალატაში დაჰყო 36 საათი. 48 საათში გააქტიურდა. მეოთხე დღეს აღენიშნა აირთა სვლა და Per os მიეცა სითხე და თხიერი საკვები. პოსტოპერაციულ პერიოდში რაიმე გართულებას ადგილი არ ჰქონია. პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა ოპერაციიდან მე-7 დღეს.

ლიტერატურა
References

1. Grace P.A., Pitt H.A., Longmire W.P. (1990) Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy: an overview. Br. J. Surg., 77: 968–974.
2. Peters J.H., Carey L.C. (1991) Historical review of pancreaticoduodenectomy. Am. J. Surg., 161: 219–225.
3. Moossa A.R. (1987) Surgical treatment of chronic pancreatitis: an overview. Br. J. Surg., 74: 661–667.
4. Rossi R.L. Rothschild J., Braasch J.W. et al. (1987) Pancreatoduodenectomy in the management of chronic pancreatitis. Arch. Surg., 122: 416–420.
5. Bachellier P., Nakano H., Oussoultzoglou P.D. et al. (2001) Ispancreaticoduodenectomy with mesentericoportal venous resection safe and worthwhile? Am. J. Surg., 182(2): 120–129.
6. Tseng J.F., Raut C.P., Lee J.E. et al. (2004) Pancreaticoduodenectomy with vascular resection: margin status and survival duration. J. Gastrointest. Surg., 8: 935–949.
7. Yeo C.J., Cameron J.L., Lillmoie K.D. et al. (2002) Pancreaticoduodenectomy with or without distal gastrectomy and extended retroperitoneal lymphadenectomy for periampullary adenocarcinoma, part 2: randomized controlled trial evaluating survival, morbidity, and mortality. Ann. Surg., 236: 355–366.

8. Aranha G.V., Aaron J.M., Shoup M. et al. (2006) Current management of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy. *Surgery*, 140(4): 561–568.
9. Goonetilleke K.S., Siriwardena A.K. (2007) Nationwide questionnaire survey of the contemporary surgical management of pancreatic cancer in the United Kingdom & Ireland. *Int. J. Surg*, 5: 147–151.
10. Lygidakis N.J., Jain S., Sacchi M. et al. (2005) Reappraisal of a method of reconstruction after pancreaticoduodenectomy. *Hepatogastroenterology*, 52: 1077–1082.
11. Shrikhande S.V., Qureshi S.S., Rajneesh N. et al. (2005) Pancreatic anastomoses after pancreaticoduodenectomy: do we need further studies? *World J. Surg.*, 29(12): 1642–1649.
12. Wayne M.G., Jorge I.A., Cooperman A.M. (2008) Alternative reconstruction after pancreaticoduodenectomy. *World J. Surg. Oncol.*, 28: 6–9.
13. Izbicki J.R., Bloechle C., Knoefel W.T. et al. (1999) Surgical treatment of chronic pancreatitis and quality of life after operation. *Surg. Clin. North Am.*, 79: 913–944.
14. Cameron J.L., Pitt H.A., Yeo C.J. et al. (1993) One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality. *Ann. Surg.*, 217: 430–435.
15. Buchler M.W., Wagner M., Schmied B.M. et al. (2003) Changes in morbidity after pancreatic resection: toward the end of completion pancreatectomy. *Arch. Surg.*, 138:1310–1314.
16. Halloran C.M., Ghaneh P., Bosonnet L. et al. (2002) Complications of pancreatic cancer resection. *Dig Surg.*, 19(2): 138–146.
17. Yeo C.J., Cameron J.L., Sohn T.A. et al. (1997) Six hundred fifty consecutive pancreaticoduodenectomies in the 1990s: pathology, complications, and outcomes. *Ann Surg.*, 226: 248–257.
18. van Berge Henegouwen M.I., Allema J.H., van Gulik T.M. et al. (1995) Delayed massive haemorrhage after pancreatic and biliary surgery. *Br. J. Surg.*, 82: 1527–1531.
19. Tien Y.W., Lee P.H., Yang C.Y. et al. (2005) Risk factors of massive bleeding related to pancreatic leak after pancreaticoduodenectomy. *J. Am. Coll. Surg.*, 201: 554–559.
20. Munoz-Bongrand N., Sauvanet A., Denys A. et al. (2004) Conservative management of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy with pancreaticogastrostomy. *J. Am. Coll. Surg.*, 199(2): 198–203.
21. Alghamdi A.A., Jawas A.M., Hart R.S. (2007) Use of octreotide for the prevention of pancreatic fistula after elective pancreatic surgery: a systematic review and meta-analysis. *Can. J. Surg.*, 50(6): 459–466.

LAPAROSCOPIC PYLORUS PRESERVING PANCREATICODUODENECTOMY (CASE REPORT)

Vladimer Gonjilashvili, Lasha Saralidze, Onise Tkeshelashvili

Tbilisi Central Hospital, Department of General Surgery

Contact person: Onise Tkeshelashvili, onise.tkeshelashvili@gmail.com

Resume Over the last 30 years, the number of pancreatic duodenal tumors were increased by 3 times and reached 7 percent of the total number of tumors. The first successful open operation was made in 1935, and laparoscopic approach began at the end of the eighties.
In this article there was introduced performed laparoscopic pancreatic duodenal resection with the preservation of pylorus and postcolonpancreatic-jejunal anastomosis of Roux type because of pancreatic biliary type adenocarcinoma of papilla duodeni.

Key words: Pancreatic duodenal tumor, Laparoscopic Pylorus Preserving Pancreaticoduodenectomy