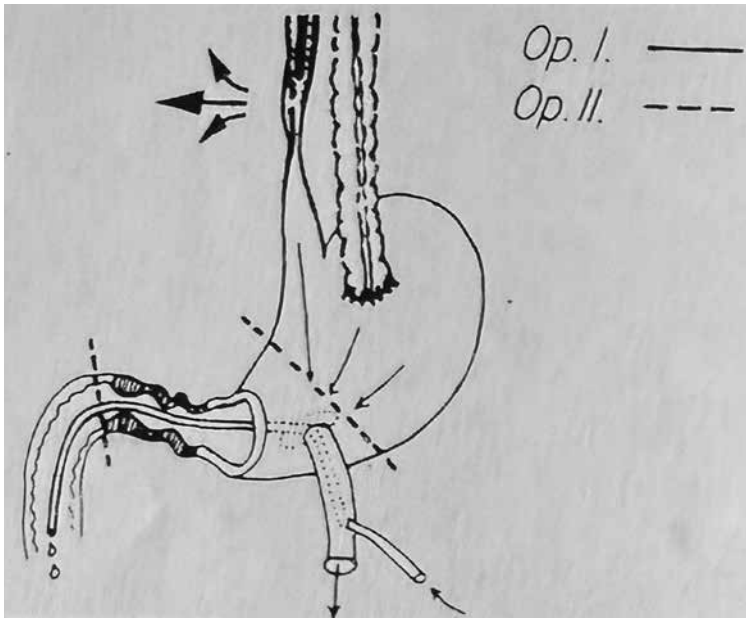
Két nem mindennapi sebészi történet a grafika nyelvén elmondva

Dr. Kotsis Lajos

Az első életveszélyes sürgősségi állapot felidézésére a legalkalmasabb eszköznek a grafika kínálkozott, amely akár mérnöki pontosságú ábrázolásra is képes. Egy öngyilkossági szándékkal marólúgot fogyasztó fiatal nőbetegnél a beszűkült nyelőcső első tágítását követően retrosternalis fájdalom, hidegrázás és tachypnoe jelentkezett, magas láz és leukocytosis kíséretében. Amint az 1. ábra mutatja, a vízoldékony kontrasztanyag nem jutott ki a disztális nyelőcsőszűkületből. Ez a tünetegyüttes megfelelt a *Krisár Zoltán*-féle fedett nyelőcső-perforáció kritériumának.

Az ő elveinek megfelelően sürgős gastrostomiát készítettünk a perforációt súlyosbító gastroesophageális reflux kivédésére. A beavatkozás során derült ki, hogy az antro-pyloricus régió is hegesen beszűkült. A korai enteralis táplálás biztosítására a Petzer-szondán készített oldalnyíláson keresztül a duodenumba polietilén csövet vezettünk (1. ábra).



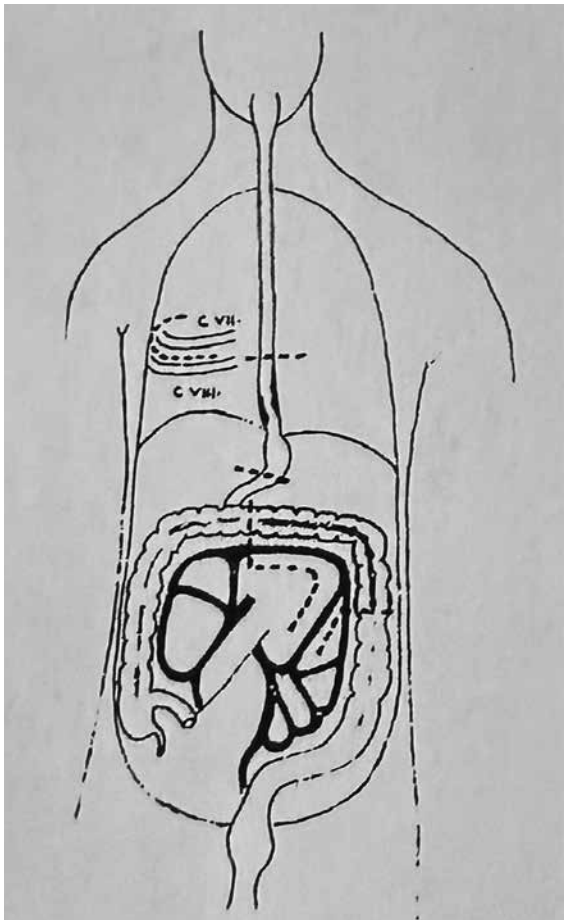
1. ábra: A műtét vázlata. Op. I. Gastrostomia és a duodenum szonda levezetése a Petzer-szonda oldalnyílásán át. Op.II. antro-pyloricus rezekció és substernalis colon by-pass.

Három hónappal később, a nyelésképtelenné vált betegnél a nyelőcső és az antro-pyloricus stenosis egy ülésben került megoldásra: a zsugorodott antrumot Billroth I. szerint rezekáltuk, míg a hegesen beszűkült nyelőcsövet a bal arteria colicára izoperisztaltikusan nyelesített harántvastagbél-szegmentummal substernalisan hidaltuk át. Proximálisan a cervicalis nyelőcső oldalával, distalisan a fornix elülső falával készítettünk anastomosist. A beteg szövődménymentesen gyógyult, visszatért a munkába, és később két gyermeknek adott életet.

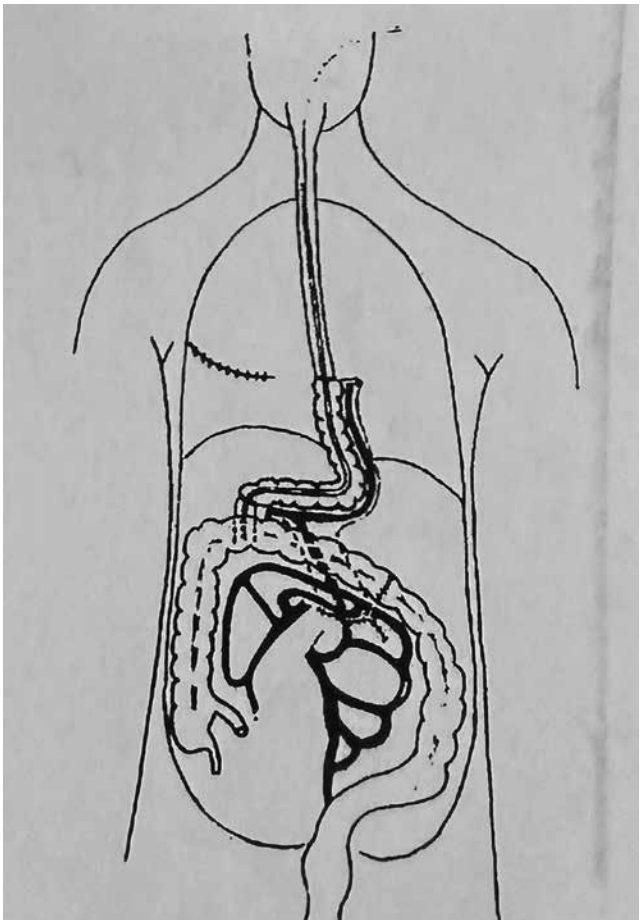
A lúgivottak világából való végleges szabadulást a nyelőcsőpótlás jelentette. *Krisár Zoltán* tevékenysége e téren is páratlan példát jelentett a magyar sebészetben (*Orv Hetil* 1969; 110: 178-180).

A második beteg cardiatumorát kiterjesztett proximális gyomorresectióval távolítottuk el, majd vagotomia és pylorusplastica után oesophagoantrostomiát készítettünk. Nyolc hónappal később a panaszmentes betegnél az anastomosis felett recidíva alakult ki (2. ábra).

A has felől először a gyomorcsonkot és az anastomosist mobilizáltuk, majd – a vékonybél alkalmatlansága miatt – mintegy 30 cm-es vastagbélszakaszt rekesztettünk ki a bal arteria colicára. A colo-colostomia után colo-duodenostomia zárta a műtét ezen szakaszát.



2. ábra: A gyomorcsonk recidíva és a pótlás számára kirekesztett colon szakasz.



3. ábra: Az oesophago-colo-duodenostomia általunk választott típusa.

Jobb oldali thoracotomiából a nyelőcső tumoros alsó harmadát a gyomorcsonkkal együtt („en bloc") rezekáltuk, majd a hiatuson keresztül felvezetett colon-szegmentummal a maradék nyelőcsővel anastomosist készítettünk (3. ábra). A hét éves túlélés során jelentős testsúlycsökkenés, hasmenés vagy reflux nem jelentkezett, ami igazolta, hogy a colon pótgyomor képzésére is alkalmas.

Feltett szándékunk volt annak bemutatása, hogy a grafika a sebészetben ma is utolérhetetlen értéket képvisel. ■