

© Usenko O.U., Sidyuk A.V., Klimas A.S., Kondratenko B.M., Popov O.M.

UDK: 616-001.37-089.844

Usenko O.Yu., Sidyuk A.V., Klimas A.S., Kondratenko B.M., Popov O.M.

National Institute of Surgery and Transplantation named after Shalimov National Academy of Sciences of Ukraine (st. Geroyiv Sevastopolya, 30, Kyiv, Ukraine, 03061)

THE ISSUE POST-BURN ESOPHAGEAL STRICTURES: CASE REPORTS

Summary. *The article is devoted to the analysis of clinical cases of restenosis in patients with post-burn esophageal strictures after stenting. We describe the course of the operation laparoscopic assisted thoraco-abdominal gastroesophageal plastic by gastric tube with gastricesophageal anastomosis on the neck.*

Key words: *post-burn esophageal stricture, stenting, restenosis.*

The earliest reports of chemical burns of the esophagus appeared in the literature in the XIX century. Later, in the middle of the XIX century began to appear reports numerous cases of chemical burns of the esophagus and stomach. As noted by I.S. Belii with singing [1980] in 1887 Billroth described of 524 such cases, Hacker (1898) - 477, Bocay (1924) and Balasz (1934) described about 2000 observations.

Now chemical burns of the esophagus take the second place among the diseases of the esophagus in adults and in 15-70% of cases, according to different authors, lead to the formation of scar stricture of the esophagus. Treatment and prevention of esophageal stricture after the burn is quite a complex problem in surgery, which has not lost its relevance today [Repici, Rondo, 2008].

The problem of esophageal strictures adopted to solve conservative: implementation bouginage of esophagus, balloon dilatation, stenting, or radical, by performing esophagoplasty using a patient's own tissue. Despite the extensive experience and numerous proposed methods bouginage and balloon dilatation, such manipulations are traumatic and in 30-40% of patients accompanied by stricture

recurrence [Spechler, 1999].

Controversy remains also the use of stents in patients with post burning esophageal strictures. Some authors regard the statement of stents in the area of strictures for long-term and noted decrease of dysphagia in 48% of cases. However, not infrequently there are cases of complications after such manipulation, the total part of which amounts to 30% [Spechler, 1999]. Thus is necessary to repeated surgical interventions, the frequency of which is, according to different authors, from 8% to 35%. In half the cases there was restenosis complications due epithelial hyperplasia, proliferation of granulation tissue and fibrosis [Mayoral et al., 2000].

It is also worth noting that re-stenosis (granulation stenosis) often occurs on a background of the long-term stent (2 month and more) [Климашевич и др., 2013]. Stenting of endoprotheses in period of 6 to 16 months can be accompanied by a narrowing of the esophagus to 2-5 mm above and below the stent or its complete obliteration, detachment of internal coating of the stent with partial violation of its lumen, the growth of granulation tissue on the edges



Fig. 1. Cicatricial stenosis above the stent (direct projection).



Fig. 2. Cicatricial stenosis above the stent (side view).

of the prosthesis [Черноусов и др., 2011].

The above data indicate that the problem of treatment stricture of the esophagus remains controversial and topical issues of surgery.

That is why we suggest to consider clinical case:

Patient A. born in 1966, entered National Institute of Surgery and Transplantation named after Shalimov with complaints of dysphagia, difficulty swallowing of food, regurgitation with food smell and sometimes with food. From history we know that three years ago a patient was performed on esophageal stenting after burn strictures. Then about 1 year ago began to appear the above complaints that gradually grew.

In the clinic the patient was examined:

Complete blood count: Leukocytes 5.8 g/l; erythrocytes 4,33 t/l; Hb 131 g/l; HT 40.3; thrombocytes 372 g/l., erythrocyte sedimentation rate 20 mm/h.

Blood biochemistry: Protein 79.2 g/l; bilirubin 10.5 mmol/l; direct 1.9 mmol/l; ALT 14 f/l; AST 14 f/l; urea 7.0 mmol/L; creatinine 90.2 mg/dl; glucose 6.2 mmol/l.

Coagulogram: Prothrombin time 12.5 s; prothrombin index 83%; INR 1.2; fibrinogen 6.6 g/l; ethanol test negative.

Ro examination: esophageal stent (11 cm, width 1.7 cm.), cicatricial stenosis above the stent to 0.8 cm after the burn scar deformity of the stomach. (Fig. 1, 2). The radiograph shows barium difficult passage in the lower third of the stent.

FEHDS: at a distance of 22 cm from the beginning of the esophagus scar steady narrowing of the esophagus, then the device cannot pass.

Based on survey data of the patient was diagnosed, after burn stricture of the esophagus, esophageal condition after stenting. Restenosis.

After that it was decided try to eliminate the stent using endoscopy. However, the performance FEHDS was pronounced inability to eliminate the stent, due to germination of soft tissue into the lumen of the stent.

It was decided to perform radical surgery. The patient was executed operation: laparoscopically assisted thoraco-abdominal gastroesophagealplastic with gastroesophageal anastomosis in the neck.

Course of the operation: the abdominal cavity entered 5 trocar, revision of the abdominal cavity, stomach increased in size, contains a small amount of gastric contents, liver changed, another pathology not revealed. Completed mobilization of the stomach on a large and lesser curvature using Ultrasizion 5 mm. Separately crossed left gastric artery and vein. Completed mobilization of abdominal part of esophagus. Anterolateral rightsided thoracotomy in 5 intercostal space. Allocated the lower third of the esophagus with major technical difficulties. When revisions middle and upper third of the esophagus: the wall of last thickened with perifocal inflammation, adhesive fixed to the surrounding tissues and trachea to the upper aperture of the thorax. It was decided to hold extirpation of the cervical part of esophagus with plastic gastric tube. Conversion, stomach is cut off from the esophagus using UKL 40, formed gastric

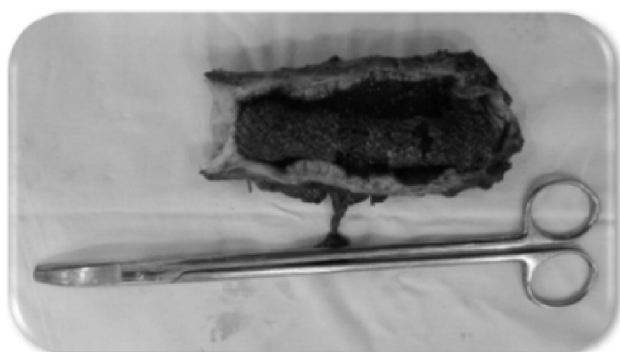


Fig. 3. Macropreparation after removal.



Fig. 4. Status after surgery (graft patency).

transplant using 3 linear staplers Etikon 80 mm. With technical difficulties made mobilization of the esophagus to its cervical part. Esophagus crosses at the level of annular cartilage. Gastric transplant held through the chest cavity to the cervical part of the esophagus through the upper aperture of the thorax. Formed two inline invagination gastric esophageal anastomosis. Abdominal and thoracic cavity drained. The wounds stitched layer by layer. Imposed aseptic dressings.

Immediately after surgery preparation examined macroscopically, we have established the constrictive narrowing over the stent (Fig. 3).

Postoperatively at day 9 were executed control X-ray of chest organs (Fig. 4), in which we can see how transplant looks. The postoperative period proceeded in accordance with the volume of surgical intervention. On 9 day after surgery the patient was discharged in satisfactory condition.

Conclusions and prospects for further development

1. Delete after burn strictures of the esophagus with one-stage gastric tube grafting is a safe and effective treatment for this group of patients.

In our view, it is advisable to focus on expressing the factors that determine the prognostic unfavorable course after burn esophagus strictures and new approaches to overcome treatment of postoperative complications.

List of references

- Белый И. С. Бытовые химические ожоги пищевода / Белый И. С., Чухриенко Д. П., Сердюк Д. В. - Киев, 1980. - 152 с.
- Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода / Ф. А. Черноусов, Э. А. Годжелло, М. В. Хрусталева, А. Л. Шестаков // XI съезд хирургов Российской Федерации. 25-27 мая 2011: материалы съезда. - Волгоград, 2011. - С. 388-389.
- Стентирование пищевода при послеожоговых рубцовых стриктурах / А. В. Климашевич, В. И. Никольский, О. В. Богонина, А. В. Шабров // Фундаментальные исследования. - 2013. - Вып. 2-1. - С. 84-87.
- Non-malignant obstruction is a common problem with metal stents in the treatment of oesophageal cancer / W. Mayoral, D. Fleischer, J. Salcedo [et al.] // Gastrointest. Endosc. - 2000. - Vol. 51. - P. 556-9.
- Repici A. Expandable Stents for Malignant Dysphagia / A. Repici, G. Rondo // Tech. Gastrointest. Endosc. - 2008. - Vol. 10. - P. 175-183.
- Spechler S. J. American gastroenterology association medical position statement on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus / S. J. Spechler // Gastroenterology. - 1999. - Vol. 117. - P. 229-232.

Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Клімас А.С., Кондратенко Б.М., Попов О.М.

ДО ПИТАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ СТРИКТУР СТРАВОХОДУ: ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Резюме. Стаття присвячена розбору клінічного випадку рестенозу у пацієнта з післяопіковою стриктурою стравоходу після стентування. Описано хід операції лапароскопічно асистованої торако-абдомінальної гастрозофагопластики шлунковою трубкою з гастрозофагальним анастомозом на шії.

Ключові слова: післяопікова стриктура стравоходу, стентування, рестеноз.

Усенко А.Ю., Сидюк А.В., Клімас А.С., Кондратенко Б.Н., Попов О.Н.

К ВОПРОСУ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА: СООБЩЕНИЕ О КЛИНИЧЕСКОМ СЛУЧАЕ

Резюме. Статья посвящена разбору клинического случая рестеноза у пациента с послеожоговой стриктурой пищевода после стентирования. Описан ход операции лапароскопически асстированной торако-абдоминальной гастрозофагопластики желудочной трубкой с гастрозофагальным анастомозом на шее.

Ключевые слова: послеожоговая стриктура пищевода, стентирование, рестеноз.

Рецензент - дмед.н., проф. Ничитайло М.Ю.

Стаття надійшла до редакції 17.08.2015 р.

Усенко Олександр Юрійович - д.мед.н., проф., керівник відділу хірургії стравоходу, шлунку та кишечника, директор Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38 067 466-33-30; o.usenko@shalimov.org

Сидюк Андрій Володимирович - д.мед.н., ст.наук.співроб. Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38 050 737-09-35; siduk1978@gmail.com

Клімас Андрій Сергійович - лікар-хірург Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38 063 103-60-22; klimas.andrew@gmail.com

Кондратенко Борис Миколайович - лікар-хірург Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38 097 211-91-83; b.kondratenko@shalimov.org

Попов Олег Миколайович - лікар-анестезіолог-реаніматолог Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38 067 466-08-09; o.popov@shalimov.org

© Форманчук Т.В.

УДК: 615.277:616.38-006.6-089

Форманчук Т.В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ЦИТОРЕДУКТИВНА ОПЕРАЦІЯ ТА ГІПЕРТЕРМІЧНА ІНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНА ХІМІОТЕРАПІЯ (НІРЕС) - ІННОВАЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАНЦЕРОМАТОЗУ

Резюме. Перитонеальний канцероматоз залишається складною онкологічною проблемою, не зважаючи на різноманіття сучасних методів лікування злоякісних захворювань. Поєднання високих температур та одночасного депонування цитостатичних препаратів у інтраперитонеальний простір забезпечує більш глибоку пенетрацію хіміопрепаратів у товщу вражених пухлиною тканин. Застосування циторедуктивних оперативних втручань, направлених на максимальне видалення злоякісних тканин у поєднанні з гіпертермічною інтраперитонеальною хіміотерапією забезпечує високий рівень клінічної результативності в порівнянні з класичними хірургічними методами терапії онкологічних захворювань органів черевної порожнини і малого тазу, що дає шанс хворому на подовження життя. Наведене клінічне спостереження комбінованого застосування