

# PYLOROPLASTYKA SPOSOBEM FINNEYA

William S. Cobb IV, MD

## 1: Anatomia chirurgiczna

- ◆ Pyloroplastykę metodą Finneya stosuje się w przypadku wykonania długiego nacięcia dwunastnicy w celu opanowania krwawienia z wrzodu. Wskazaniem do jej wykonania jest również zwłóknienie ściany dwunastnicy.
- ◆ Jeśli zbliżnowacenie odźwiernika i bańki dwunastnicy nie pozwala na wykonanie bez napięcia linii szwów pyloroplastyki metodą Heineke-Mikulicza, można wykonać ją sposobem Finneya. Innymi słowy, pyloroplastyka metodą Finneya to gastroduodenostomia sposobem bok do boku.

## 2: Uwagi przedoperacyjne

- ◆ W stanach ostrych konieczne jest założenie sondy do żołądka, aby potwierdzić krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz zapobiec aspiracji. Przydatne jest wykonanie endoskopii zarówno w celu potwierdzenia rozpoznania, jak i z powodu możliwości endoskopowego zaopatrzenia miejsca krwawienia i dzięki temu uniknięcia operacji.
- ◆ U chorych z przewlekłym wrzodem trawiennym przed operacją należy ocenić i ewentualnie wyrównać stan odżywienia drogą enteralną lub parenteralną. U chorych z długotrwałym zwężeniem drogi odpływu z żołądka wyrównanie stanu odżywienia i poziomu elektrolitów może trwać kilka dni.
- ◆ Chorzy wymagający operacji z powodu długo trwającego zwężenia odźwiernika często mają poszerzony i wydłużony żołądek. W takich przypadkach lepsze jest wykonanie pyloroplastyki metodą Finneya, gdyż zapewnia lepszy drenaż treści żołądkowej.

- ◆ Przygotowanie przedoperacyjne składa się z profilaktyki zakrzepicy żył głębokich i antybiotykoterapii. Wielu chorych jest przewlekle leczonych inhibitorami pompy protonowej, co wpływa na zmianę pH treści żołądkowej i flory bakteryjnej żołądka. Powinno się stosować pierwszą lub drugą generację cefalosporyn.

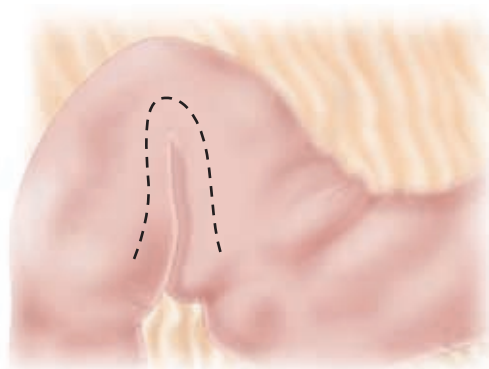
### 3: Etapy operacji

#### 1. Cięcie powłok

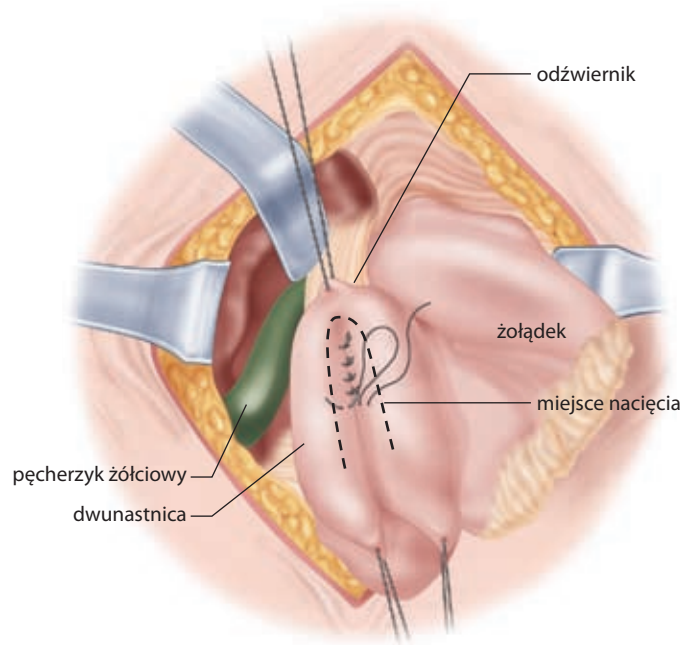
- ◆ Cięcie pośrodkowe górne zapewnia odpowiednią ekspozycję do większości operacji żołądka. W nagłych przypadkach umożliwia najszybszy dostęp do jamy otrzewnowej przy minimalnej utracie krwi. Jako alternatywę można zastosować cięcie pod łukiem żebrowym po stronie lewej, jednak ten dostęp jest bardziej bolesny i obarczony większym ryzykiem powstania przepukliny pooperacyjnej.
- ◆ Cięcie pośrodkowe górne może być przedłużone do góry, do wyrostka mieczykowego w celu umożliwienia dostępu do rozworu przełykowego przepony. Części chrzęstnej wyrostka nie należy przecinać za pomocą koagulacji.
- ◆ Po otwarciu jamy otrzewnowej trzeba przeciąć więzadło sierpowate, aby umożliwić odciążenie do góry lewego płata wątroby.

#### 2. Zasadnicza część operacji

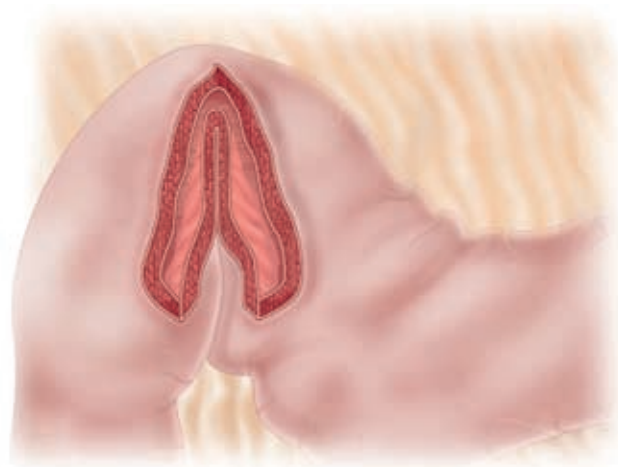
- ◆ W odróżnieniu od pyloroplastyki metodą Heineke-Mikulicza nacięcie do pyloroplastyki metodą Finneya wykonuje się bliżej krzywizny większej na żołądku i na przyśrodkowej powierzchni dwunastnicy blisko trzustki. Taka lokalizacja cięcia zmniejsza napięcie na przednią linię szwów (**ryc. 13-1**).



Rycina 13-1

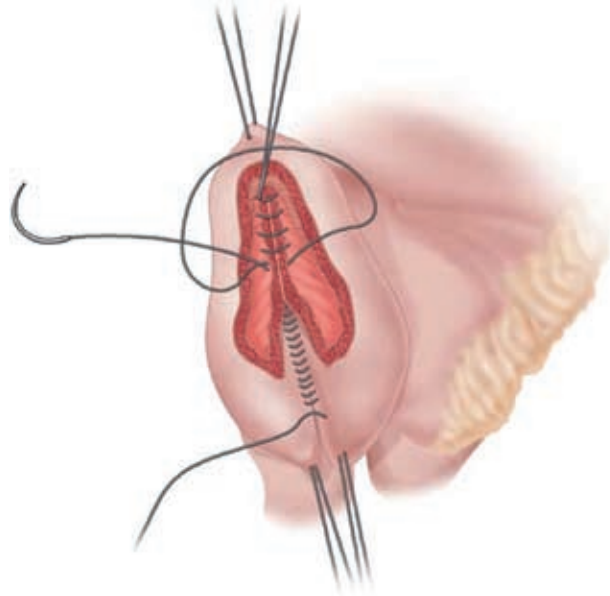


Rycina 13-2

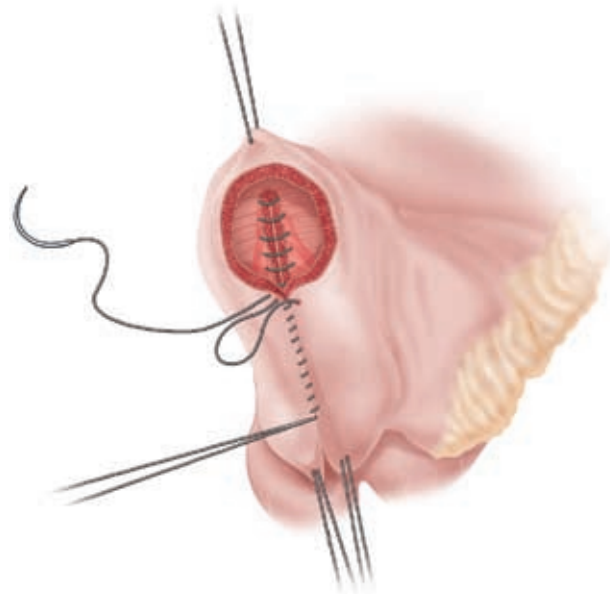


Rycina 13-3

- ◆ Przed nacięciem żołądka i dwunastnicy zszywa się krzywiznę większą w pobliżu odźwiernika i bliższą część dwunastnicy za pomocą pojedynczych szwów niewchłaniających (**ryc. 13-2**).
- ◆ Cięcie w kształcie odwróconej litery U wykonuje się w odległości około 5 mm od linii szwów. Błona śluzowa dwunastnicy i części przedodźwiernikowej żołądka powinna być dobrze widoczna (**ryc. 13-3**).
- ◆ Śluzówkę zszywa się szwem ciągłym wchłaniałym 3-0. Szew prowadzi się w kie-



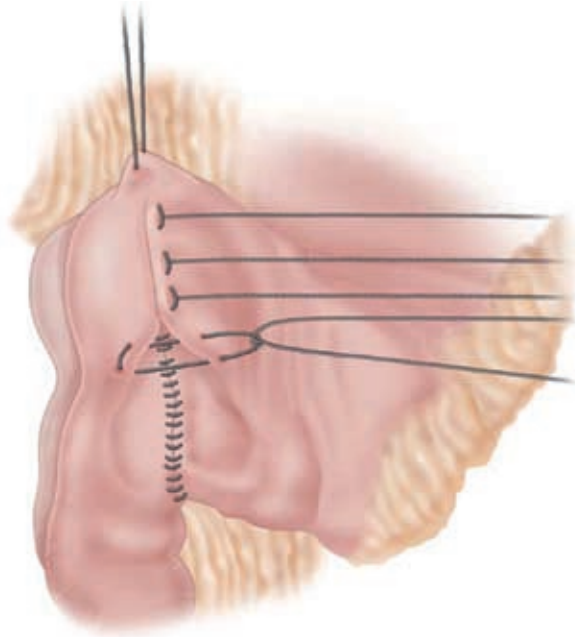
Rycina 13-4



Rycina 13-5

runku nóg chorego, blokując kolejne pętle. Kiedy osiągnie się koniec nacięcia, szew przechodzi od środka na przednią ścianę (**ryc. 13-4**).

- ◆ Przednia warstwa błony śluzowej zszywana jest tym samym szwem ciągłym (**ryc. 13-5**). Na przednią ścianę zakłada się dodatkowo pojedyncze szwy surowicówkowo-mięśniowe niewchłanialne 4-0 (**ryc. 13-6**).



Rycina 13-6

- ◆ Po wykonaniu pyloroplastyki metodą Finneya światło odźwiernika powinno przepuszczać dwa palce.

### 3. Zamknięcie

- ◆ Śródoperacyjnie należy sprawdzić położenie sondy w żołądku. Jej koniec powinien znajdować się w części przedodźwiernikowej, ale nie w miejscu szycia. Można wykonać gastrostomię zamiast zakładania sondy żołądkowej.
- ◆ Po sprawdzeniu hemostazy powłoki zamyka się ciągłymi szwami wchłanialnymi, jednowłóknowymi.
- ◆ W polu operacyjnym zwykle nie pozostawia się drenów.

### 4: Opieka pooperacyjna

- ◆ Pozostawia się sondę do odbarczenia żołądka. Można ją usunąć, gdy drenaż jest mniejszy niż litr dziennie, a chory nie ma nudności.
- ◆ Po usunięciu sondy należy rozpocząć żywienie doustne, początkowo płynami, na końcu przejść na dietę zwykłą. Trzeba unikać dużej ilości węglowodanów, aby ograniczyć możliwość wystąpienia *dumping syndrome*.

- ◆ Czasami przedłużone zaleganie w żołądku wymaga dłuższego utrzymania sondy żołądkowej. Należy wówczas wykonać przez sondę radiologiczne badanie kontrastowe, aby potwierdzić drożność dwunastnicy. W przypadku przedłużających się nudności i wymiotów bez możliwości usunięcia sondy preferowane jest wykonanie endoskopowej gastrostomii zamiast ponownej operacji. Przez gastrostomię można założyć jejunostomię odżywcza. W przypadku małego żołądka możliwe jest włączenie całkowitego żywienia pozajelitowego.
- ◆ Przeciek z linii szwów może mieć potencjalnie bardzo poważne konsekwencje. Powinno się zachować wzmożoną czujność, gdyż istnieje możliwość wystąpienia tego powikłania aż do 5–6 doby po operacji. Objawem przecieku jest tachykardia, ból brzucha, gorączka i leukocytoza. Diagnostyka obejmuje wykonanie przeglądowego RTG jamy brzusznej, tomografii komputerowej z kontrastem lub badania radiologicznego z kontrastem górnego odcinka przewodu pokarmowego. Niewielkie przecieki można leczyć zachowawczo, jednak większość z nich wymaga reoperacji. Płukanie i drenaż, odbarczenie perforowanego odcinka, zamknięcie przecieku i jejunostomia odżywcza stanowią ważne elementy postępowania.

## 5: Rady i pułapki

- ◆ Pyloroplastykę metodą Finneya stosuje się w przypadku lokalizacji wrzodu dystalnie w dwunastnicy. Jeśli wrzód znajduje się dalej niż 4–5 cm od odźwiernika, należy raczej wykonać pyloroplastykę metodą Finneya niż Heineke–Mikulicza.
- ◆ Celem zmniejszenia napięcia linii szwów w pyloroplastyce metodą Finneya powinno się wykonać szeroki manewr Kochera, aby uruchomić dystalną część dwunastnicy.

## Piśmiennictwo

1. Grabowski MW, Dempsey DT. Pyloroplasty (Heineke-Mikulicz and Finney) operation for bleeding duodenal ulcer. In: Scott-Conner CE, ed. *Chassin's operative strategy in general surgery*. 3rd ed. New York: Springer; 2002.
2. Martin CJ, Kennedy T. Reconstruction of the pylorus. *World J Surg* 1982; 6:221.
3. Soybel DI, Zinner MJ. Stomach and duodenum: operative procedures. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H, eds. *Maingot's abdominal operations*. 10th ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1997.