



Chirurgia przełyku

Paweł Lampe

Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Historia chirurgii przetyku

Hiroshi Akiyama



David B. Skinner

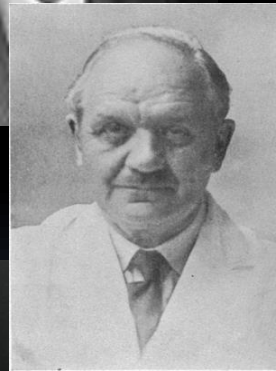
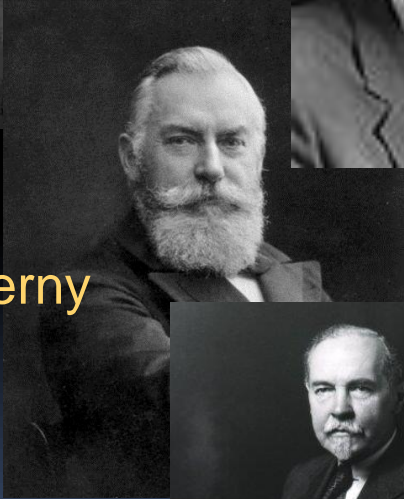


John H. Garlock



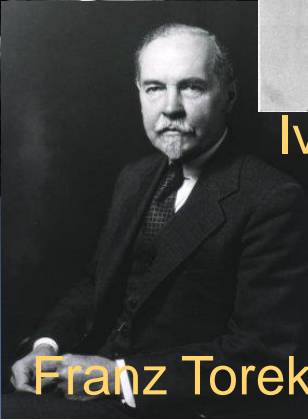
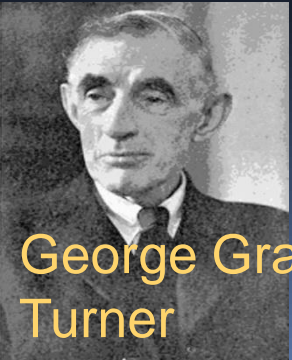
Richard H. Sweet

Vincent Czerny



Ivor Lewis

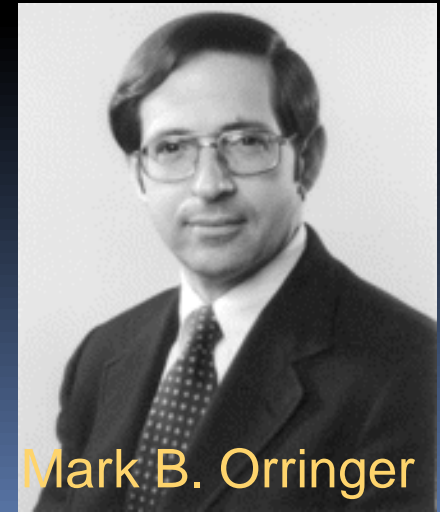
George Gray
Turner



Franz Torek



Wolfgang Denk



Mark B. Orringer

Historia chirurgii przełyku

Mark B. Orringer
University of Michigan Cancer Center



David B. Skinner
New York Presbyterian Hospital



Historia chirurgii przetyku



Andrei Grigor'evich
Savinykh (1888-1963)



Research Institute of Medical Materials and Shape Memory Implants of
Tomsk State University

Historia chirurgii przełyku



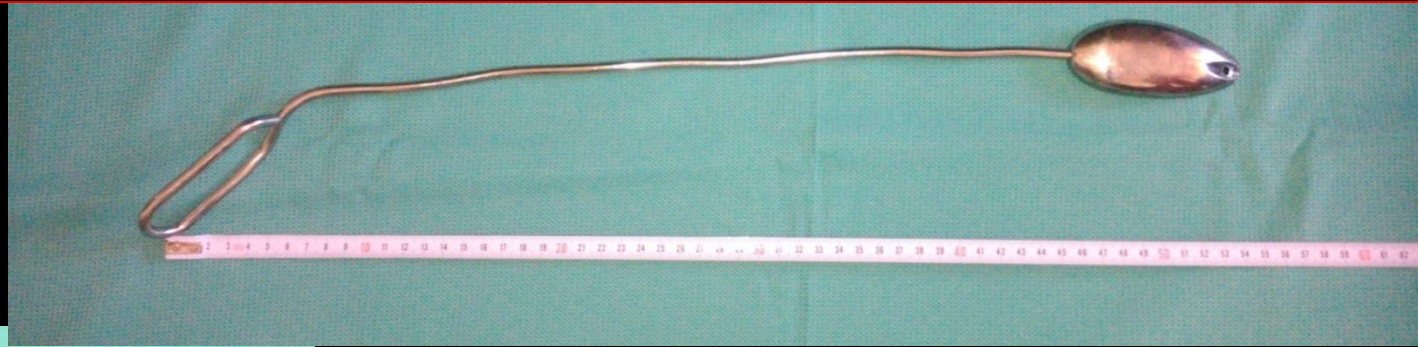
Research Institute of Medical Materials and Shape Memory
Implants of Tomsk State University

Historia chirurgii przełyku



Research Institute of Medical Materials and Shape Memory
Implants of Tomsk State University

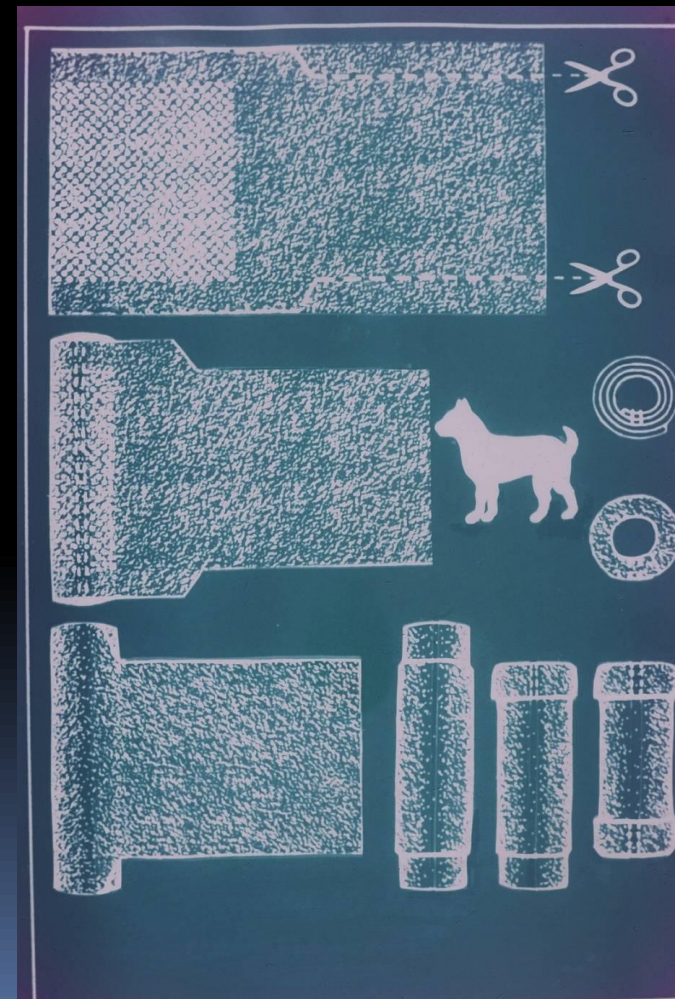
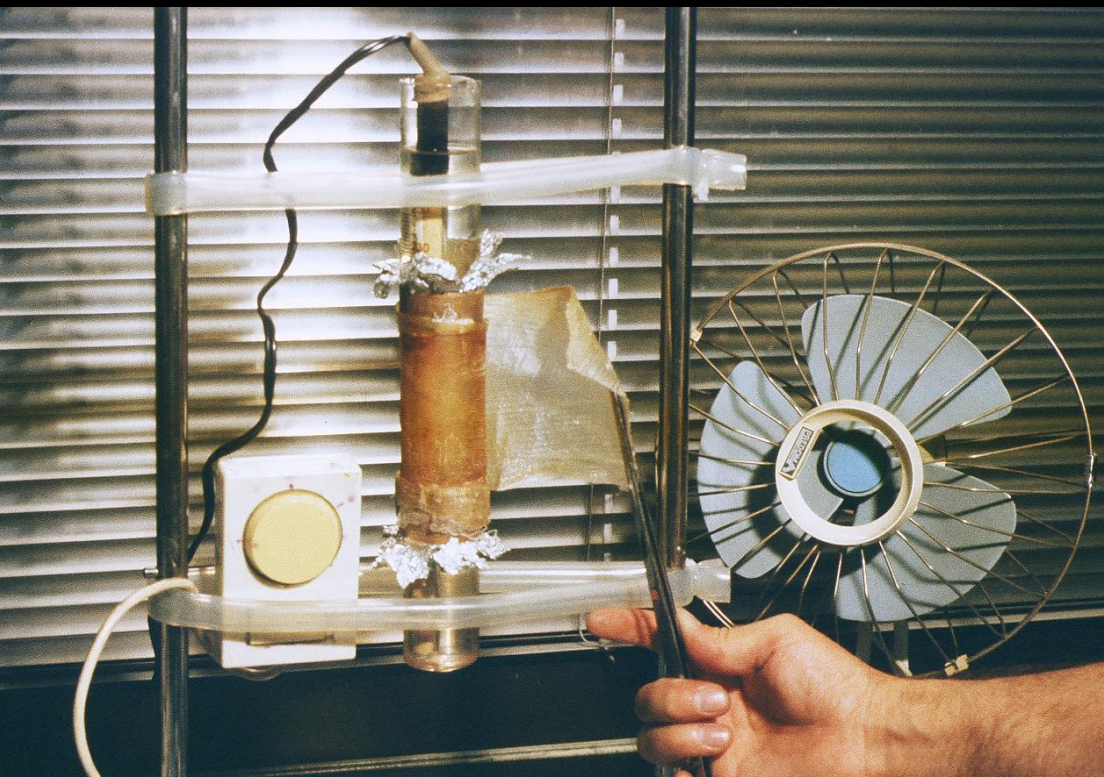
Historia chirurgii przetyku



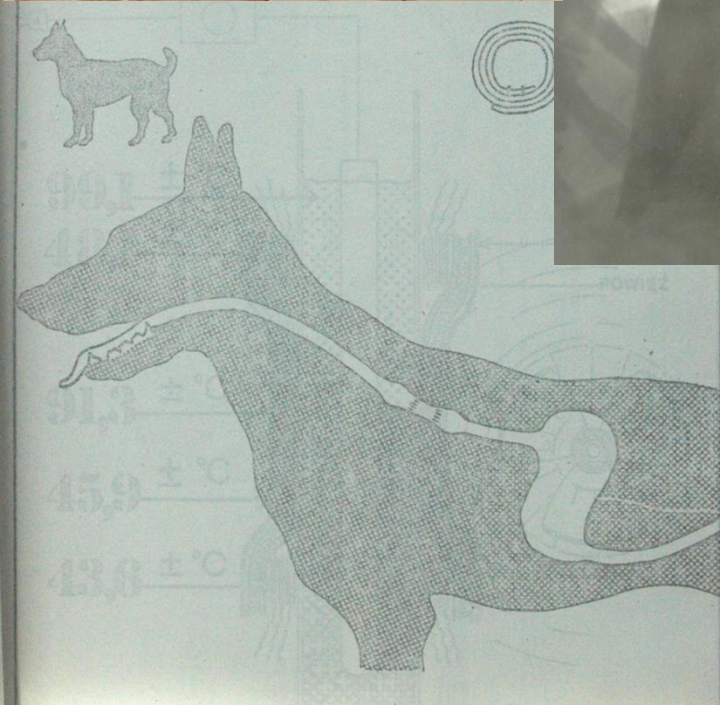
Research Institute of Medical Materials and Shape
Memory Implants of Tomsk State University

24. Goldsmith HS, Alday ES, Mikoshiba Y: Esophageal graft protection with intact omentum. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 137: 231-234.
25. Skinner H, Conn J, Oesterle J: Experimental study on the use of homonymous transplants of esophagus in dogs. *Public Health Reports* 1951; 66: 29.
26. Fiaccavento W: Su un nuovo metodo di plastic esofagen con omoinnesti conservati. *Minerva Chir* 1952; 7: 824-827.
27. Ruffo A: Resezione dell'esofago toracico alto e sostituzione con innesto omologo fresco di esofago e con innesto fissato. *Minerva Chir* 1952; 7: 343-352.
28. Pate JW, Sawyer PN: Failure of freeze-dried esophageal grafts. *Am J Surg* 1953; 86: 152-153.
29. Pataky Z, Molnar L, Jakob T: Erfahrungen aus Experimenten mit lyophilisierten Speiserohrentranplanten. *Zentralbl Chir* 1985; 83: 2071-2077.
30. Giudice PA, Tavano C: Resezione dell'esofago cervical e sostituzione mediante trasposizione di trachea. *Minerva Chir* 1956; 11: 475-480.
31. Galante N, Haller J, Shumacker H et al.: Experimental study of heterologous aortic and homologous tracheal grafts to bridge oesophageal defects. *The American Surgeon* 1958; 24: 521.
32. Roux G, Negre E, Loubatieres R et al. Etude experimentale des plasties oesophagiennes par homogreffes et heterogreffes vasculaires. *J Int Chir* 1953; 13: 34-47.
33. Sadliński C: Badania nad wartością liofilizowanych przeszczepów obcogatunkowej aorty w zabiegach plastycznych przetyku. Własna odmiana sposobu zespolenia. *ŚIAM* 1960.
34. Smith RA, Raison JCA: Excision of a carcinoma of the middle third of the oesophagus with aortic graft replacement; preliminary report. *Br J Surg* 1957; 44: 566-569.
35. Rogers FA: Restoration of the thoracic oesophagus with aortic homograft following palliative subtotal esophagectomy. *Am J Surg* 1958; 96: 38-42.
36. Frederickson JM, Wagenfeld DJH, Pearson G: Satric pullup vs deltopectoral flap for reconstruction of the cervical esophagus. *Arch Otolaryngol* 1981; 107: 613-616.
37. Klopp C, Alford C, Pierpont H: The use of polyethylene film and split-thickness skin graft in reconstruction of cervical oesophageal and pharyngeal defects. *Surgery* 1951; 29: 231.
38. Edgerton MT: One stage reconstruction of the cervical esophagus or trachea. *Surgery* 1952; 31: 239-250.
39. Dumm JB, Macmanus JE, Anderson AA et al.: Esophageal reconstruction by means of prosthesis. Experimental and clinical experience. *J Thorac Surg* 1955; 30: 368-376.
40. Forster E, Campo A: Oesophagoplastic intrathoracique chez l'homme par prothese cutance libre. *Poumon Coeur* 1955; 11: 337-346.
41. Connor RG, Campbell FH, Pickreal KL et al.: Esophageal reconstruction with free autogenous dermal grafts. An experimental study. *Surgery* 1956; 39: 459-469.
42. Cenna C, Ferrero FF: Riconstruzione dell'esofago cervical con lembi autoplasticti liberi di cute. *Minerva Chir* 1956; 11: 767-775.
43. Kaplan I, Markowicz H: One stage primary reconstruction of the cervical esophagus by means of free tubular graft of penile skin. *Br J Plast Surg* 1963; 16: 314-319.
44. Neuhoff H: Fascial transplantation into visceral defects. *Gynec Obstet* 1917, 24: 303.
45. Rob CG, Bateman GH: Reconstruction of the trachea and the cervical esophagus. Preliminary report. *Br J Surg* 1949; 37: 202-205.
46. Baronofsky ID, Hilger J: Fascia lata transplants for resected cervical esophagus. *Surgery* 1951; 30: 355-360.
47. Henry E, Ottavioli P, Inglesakis J et al.: Utilisation de seresses intrathoraciques comme material de plastic perietale en chirurgie oesophagienne. *Press Med* 1956; 64: 952-955.
48. Kawamura L, Sato H, Ogoshi S et al.: Experimental studies on an artificial esophagus using a collagen -

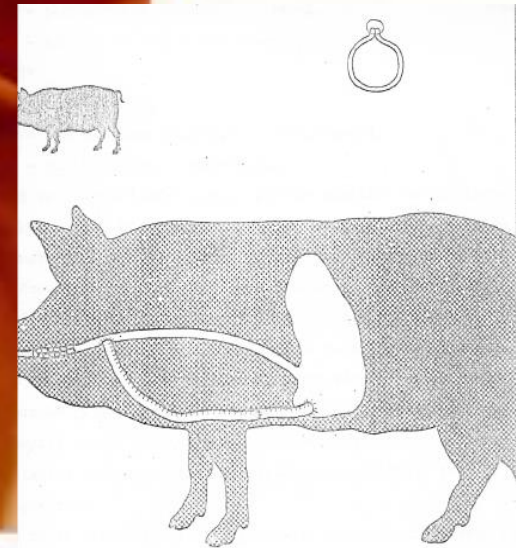
Historia chirurgii przełyku- moje doświadczenia



Historia chirurgii przełyku- moje doświadczenia

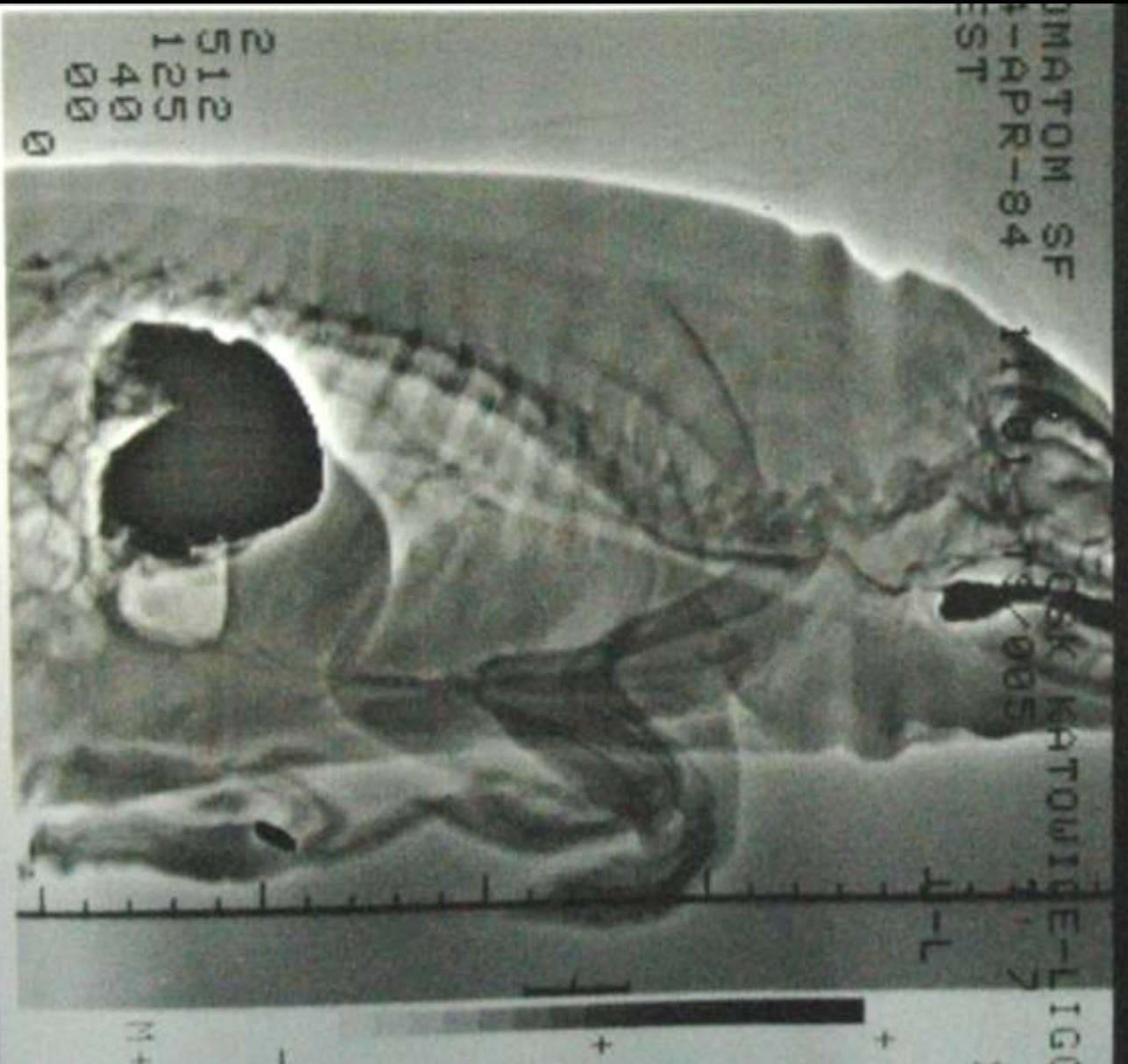


Historia chirurgii przełyku- moje doświadczenia



Ryc. 9. Technika zabiegu operacyjnego na świniach. Zespole-
przełyku z protezą "bok do końca".

Historia chirurgii przełyku- moje doświadczenia



Historia chirurgii przełyku

Torek 's patient



The first patient to have
transthoracic esophagectomy.
Notice patient has a rubber tube as esophagus.

Historia chirurgii przełyku- moje doświadczenia

Operowany dnia 11.04.35 Nr sali operacyjnej _____

Operator Lampe Asysta Profesor
dr Kabat

Anestezjolog dr Gross

Operowany dnia 11.04.35 Nr sali operacyjnej _____

Operator Lampe Asysta Profesor
dr Kabat

Anestezjolog dr Gross

Instrumentariuszka s. Tarasa

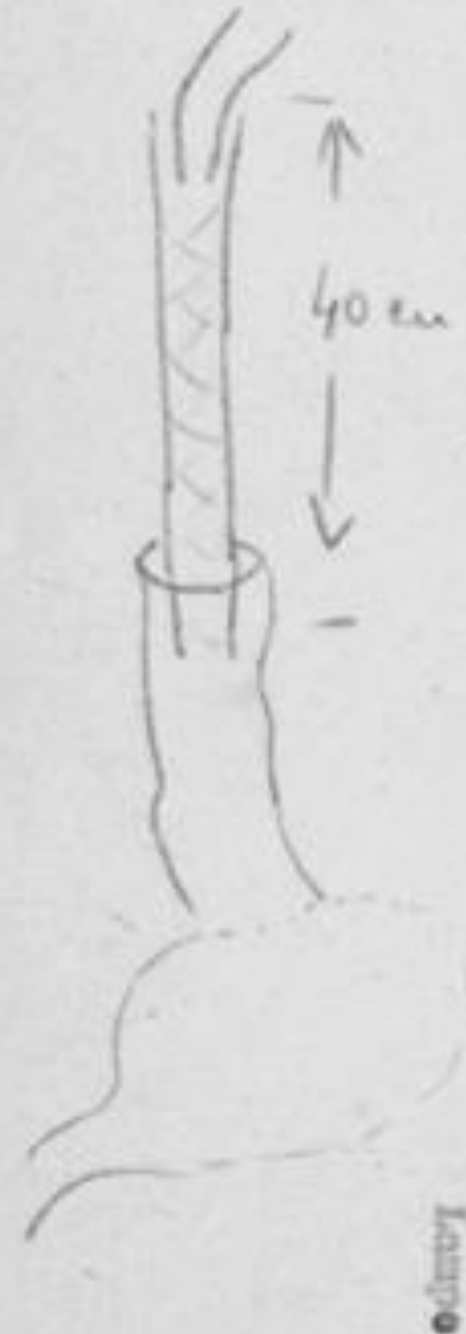
Rodzaj znieczulenia ogólne

Rodzaj i opis operacji Plastica oesophagei antecostalis cum usu

Fasciae bovinae et usque jejuni.

przeszczepem skóry własnej chorego pobraną z przedniej powierzchni ud
/ przeszczep pośredniej grubości/faszków przeszczepu siatkowego przylega
do rury posiłkowej. Tak przygotowaną protezę przełykową przeprowadzono
przez kanał skórny przed mostkiem / pozostały po usuniętych jelicie grubej
Wykonano zespolenie protezy z kikutem przełyku/ przełyk do protezy/
i protezy z potłą jelita / proteza do jelita/ Zabilizowano skórę i pod
napięciem z trudnościami pokryto otwórek zespolenia i zamknięto jamę
brzuszną.

Lampe



Lampe

Historia chirurgii przełyku- moje doświadczenia



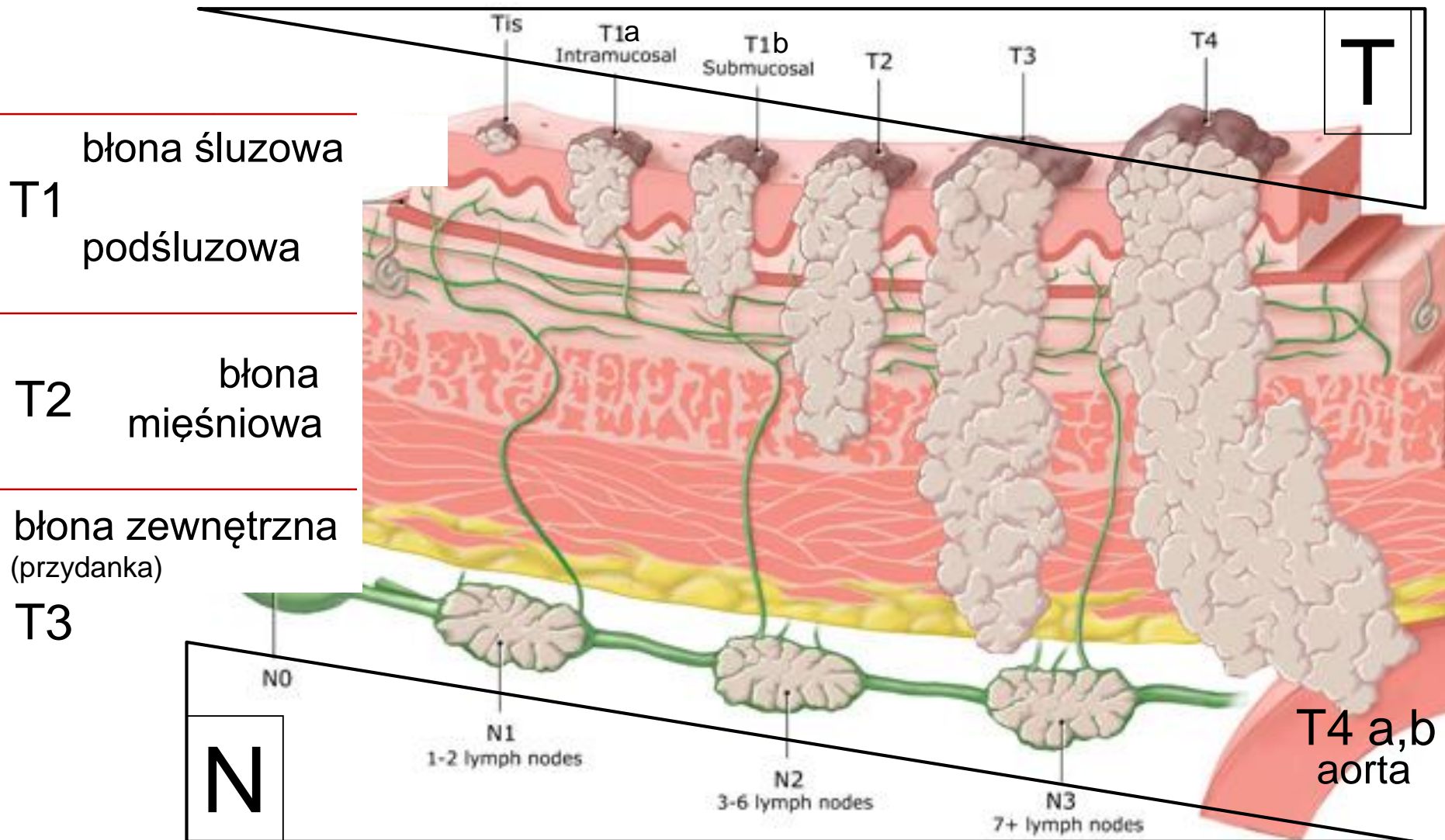
Historia chirurgii przełyku- moje doświadczenia

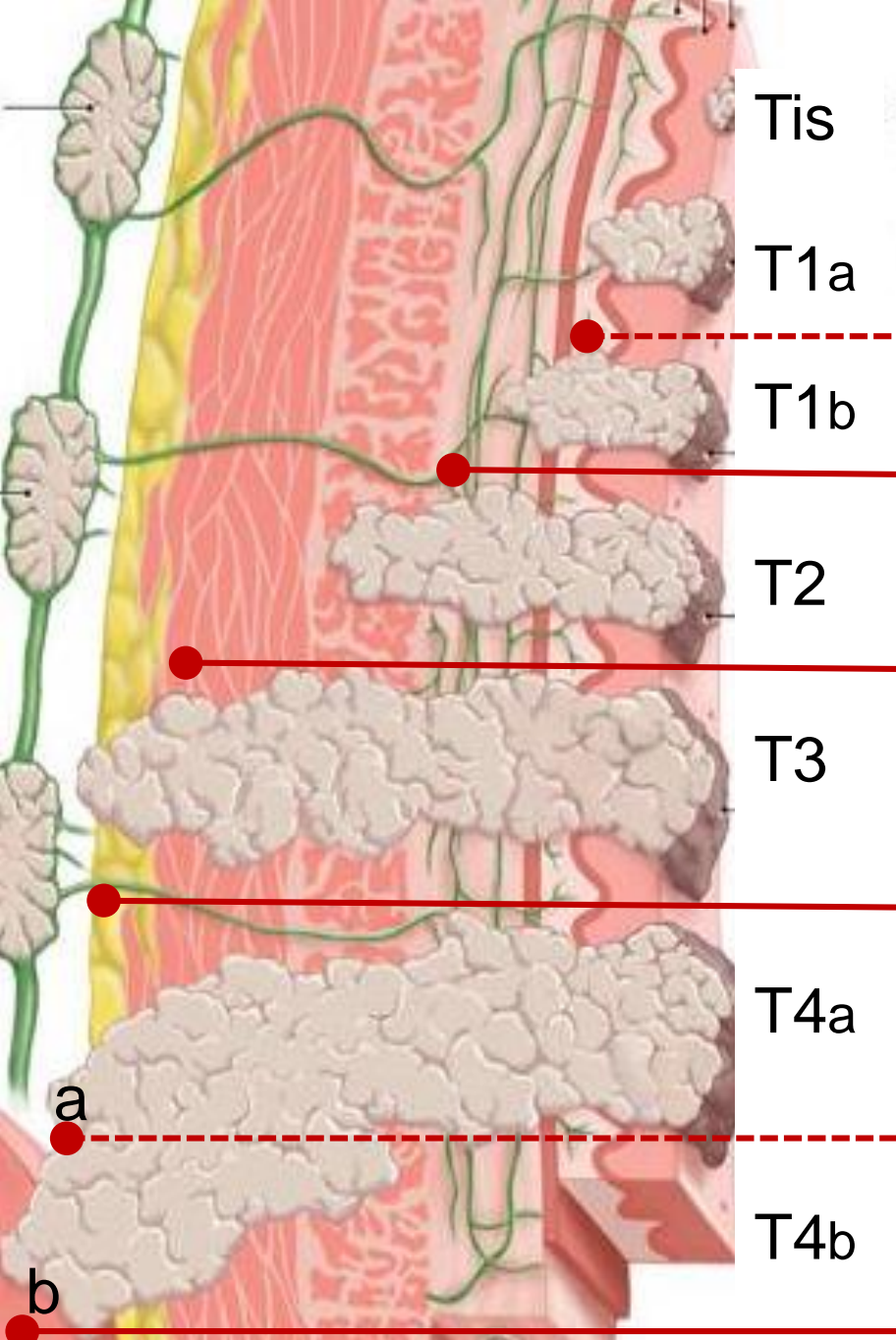


Rak przełyku – klasyfikacja TMN

Esophageal Cancer Staging

www.clevelandclinicmeded.com





Tis

Endoskopowa **resekcja** śluzówki
Terapia fotodynamiczna

T1a

Ablacja (RFA)
Krioterapia

T1b

Resekcja przetyku

T2

Chemo-radioterapia neoadiuwantowa ?
Resekcja przetyku

T3

Chemo-radioterapia neoadiuwantowa
Resekcja przetyku

T4a

Chemo-radioterapia neoadiuwantowa
Resekcja przetyku

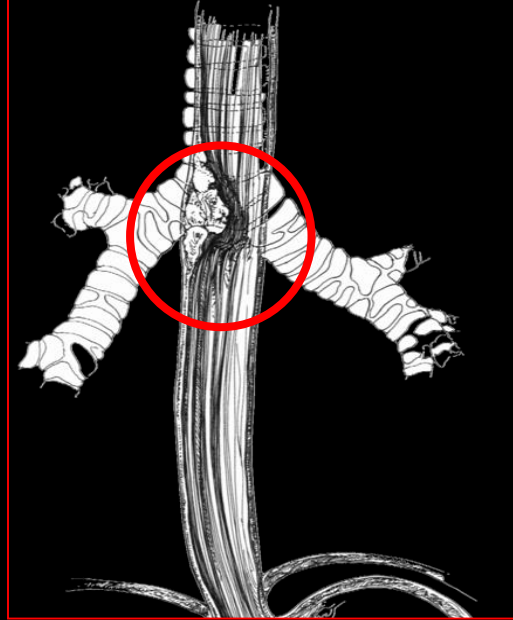
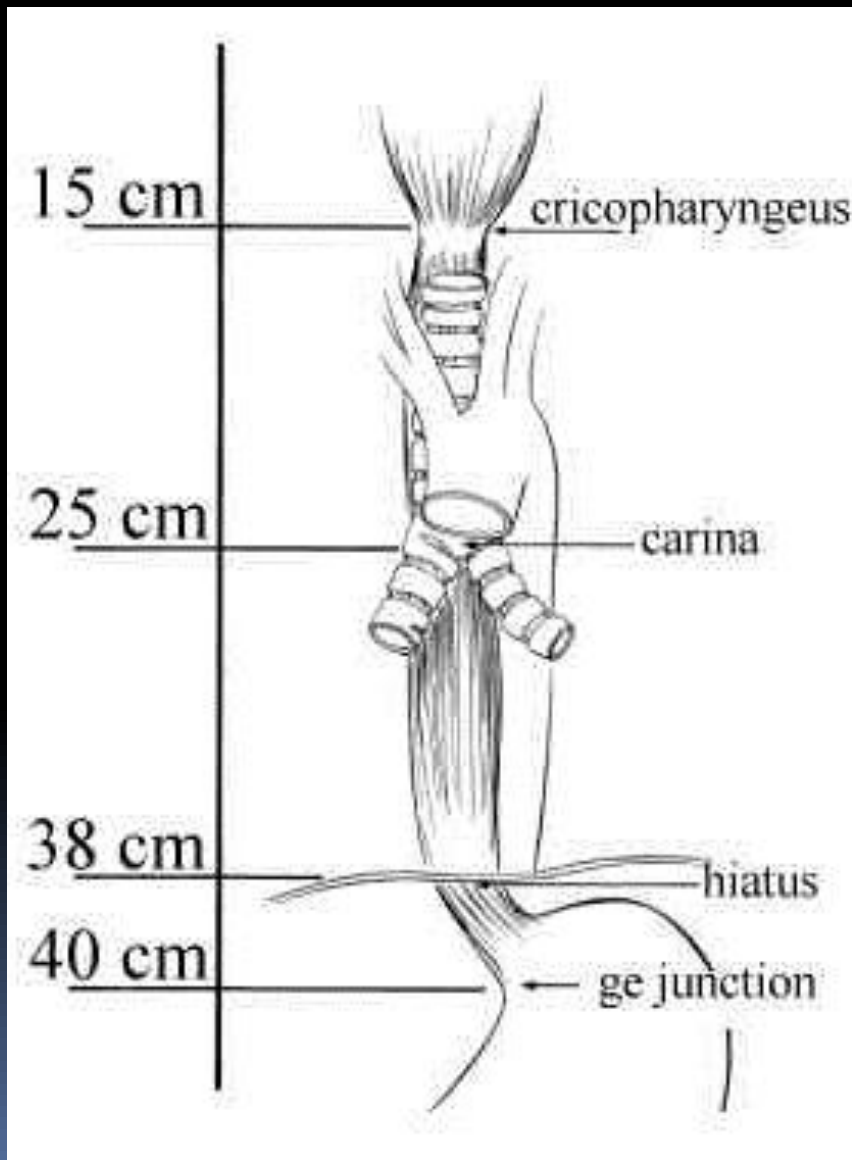
T4b

Chemo-radioterapia

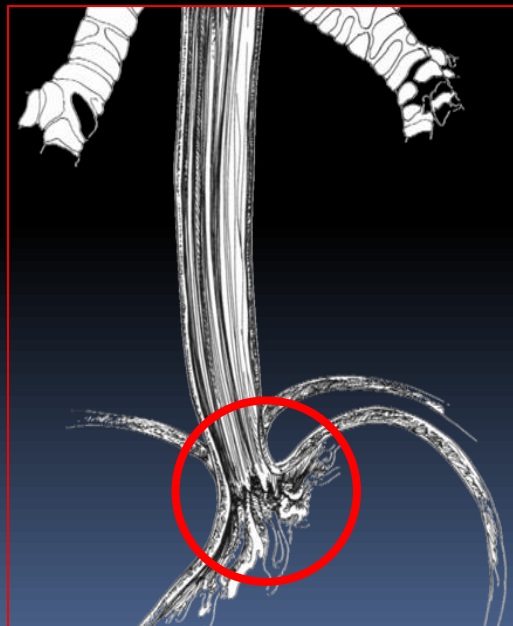
a

b

Resekcja przełyku – dostępy

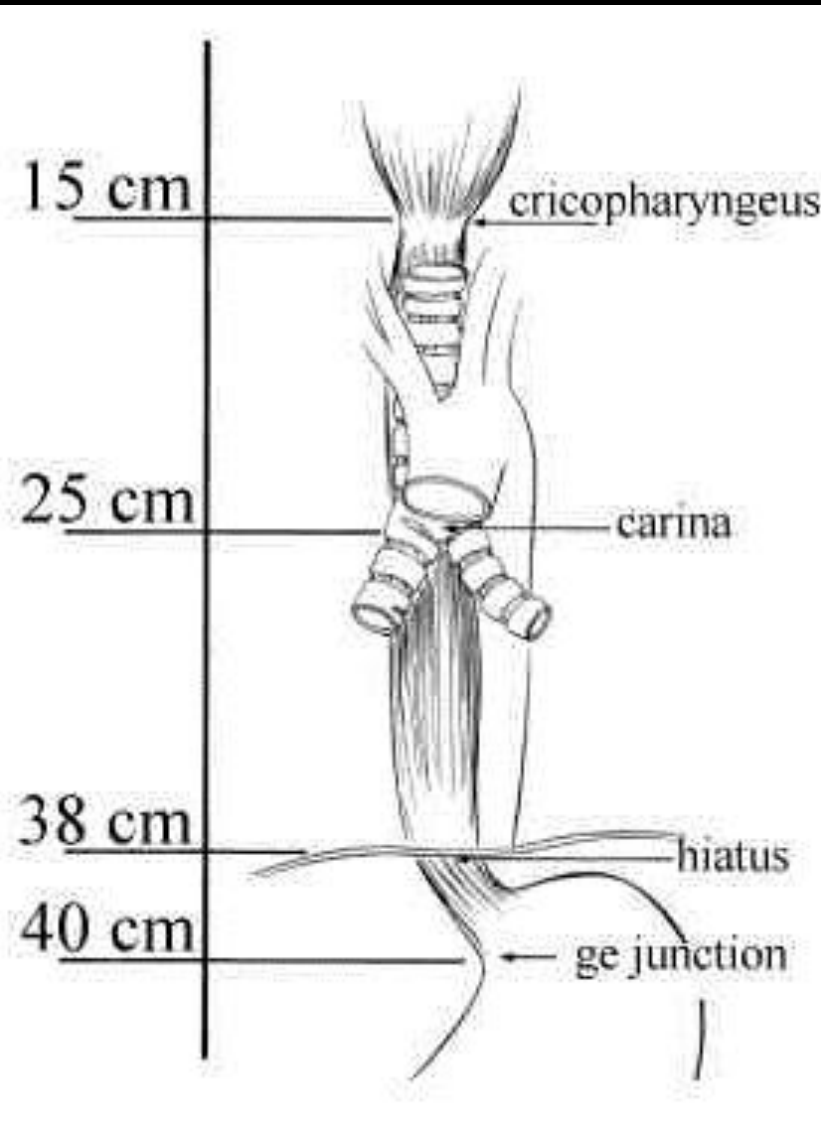


Dostęp przezklatkowy

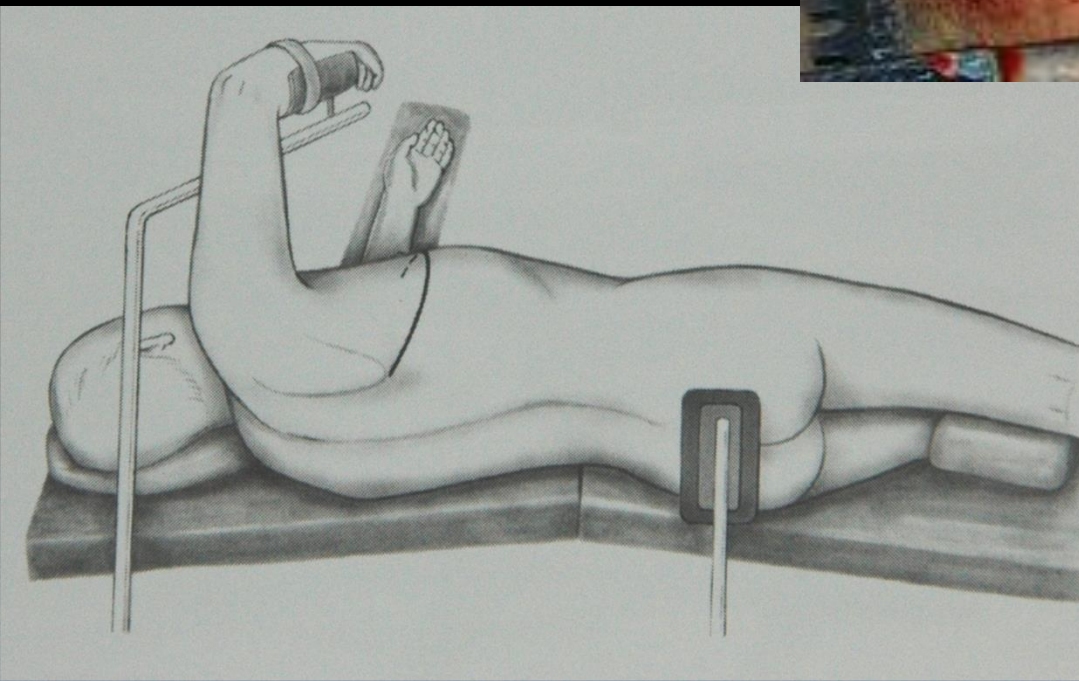
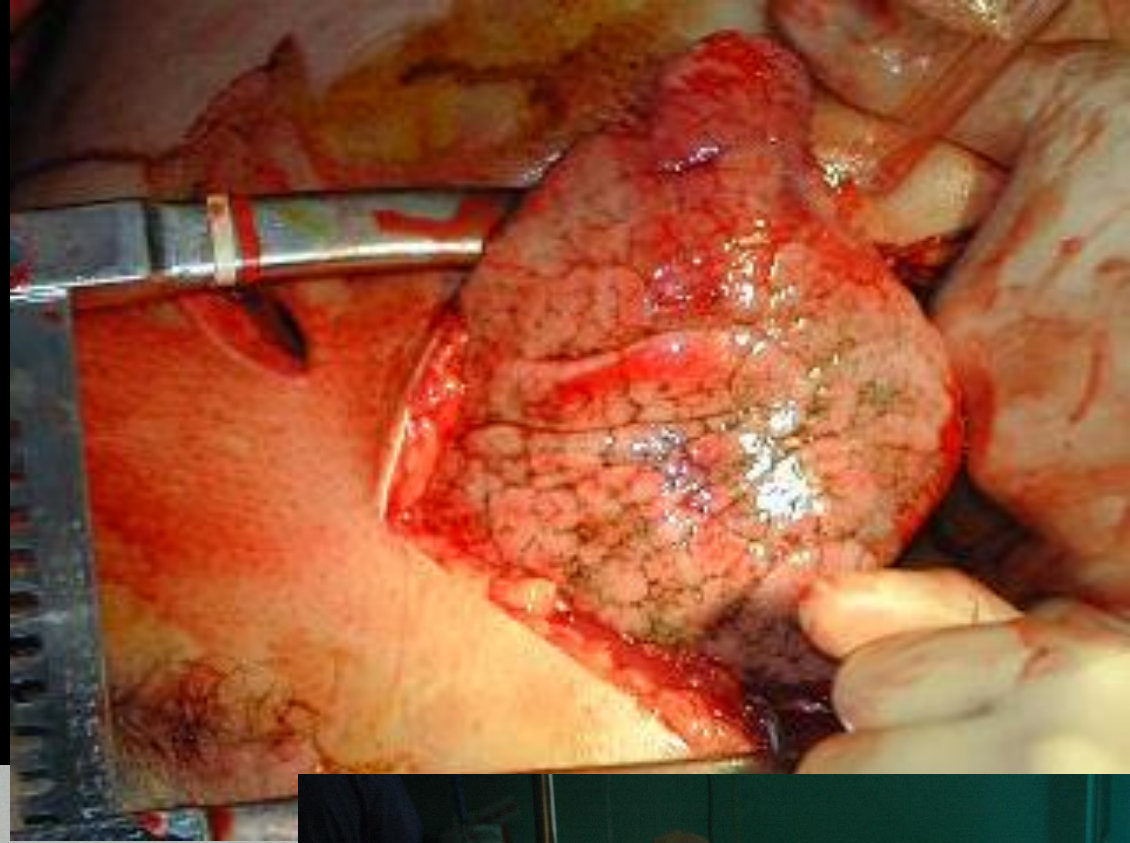


Dostęp brzuszny

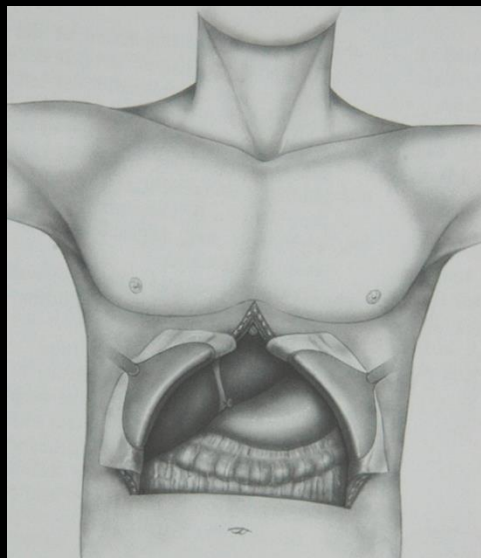
Resekcja przełyku – dostęp przezklatkowy



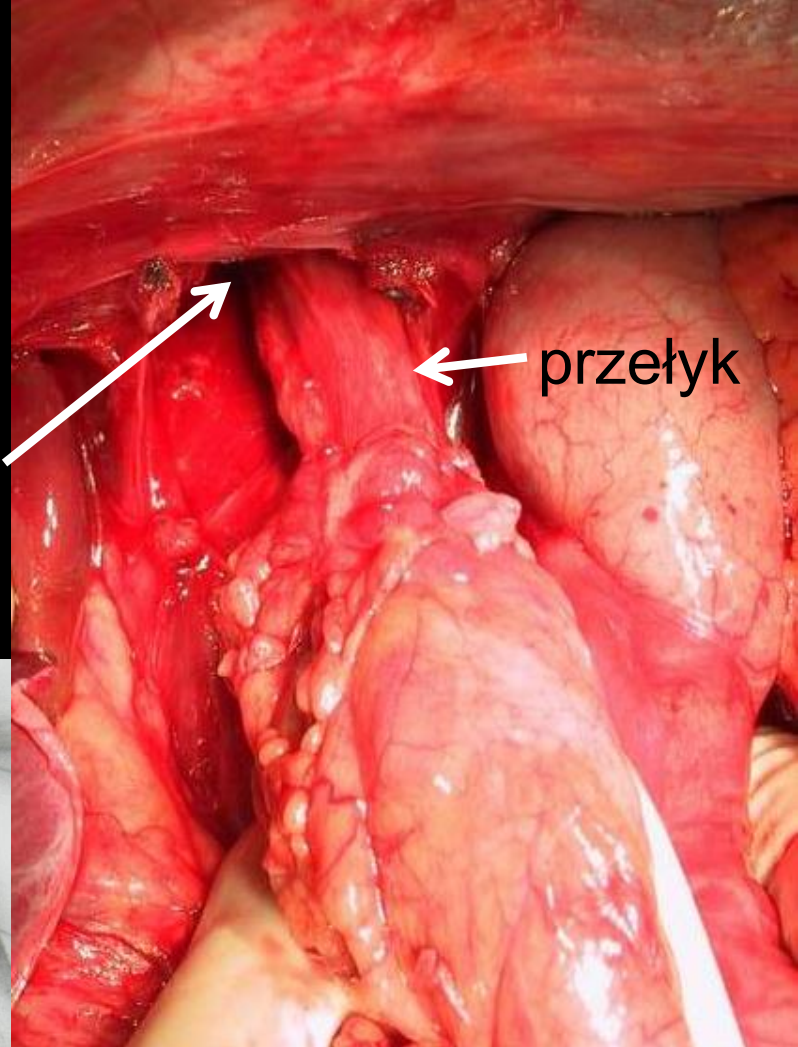
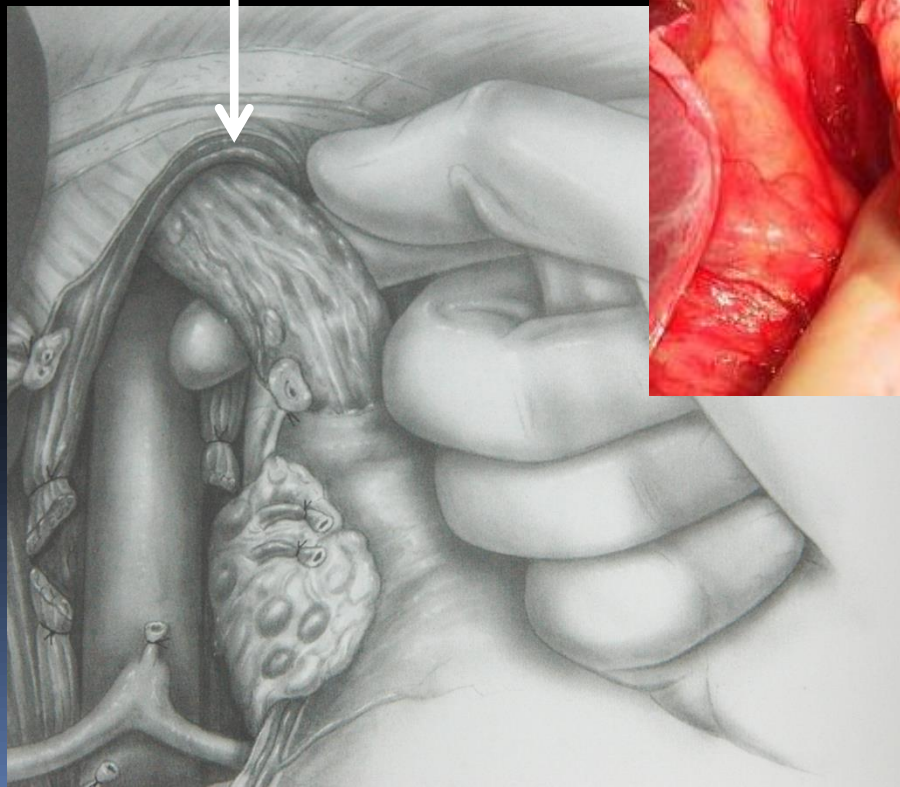
Resekcja przetyku –
dostęp przezklatkowy



Resekcja przełyku –
dostęp brzuszny

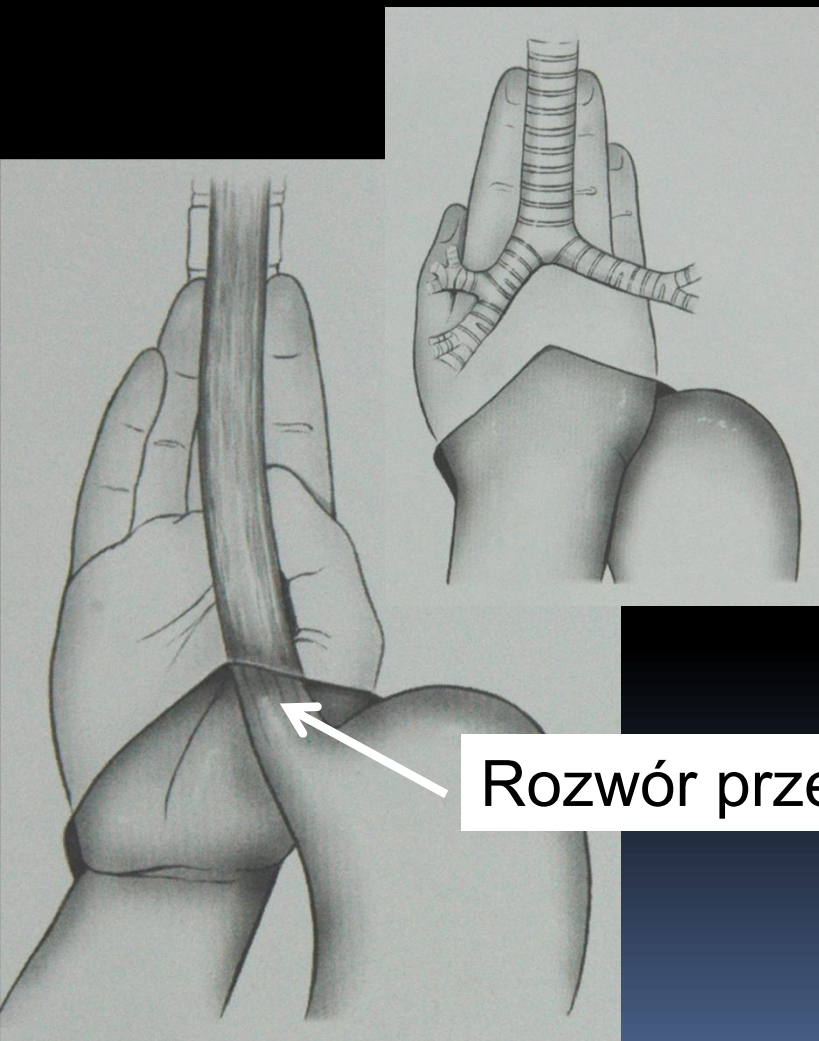


Rozwór przełykowy



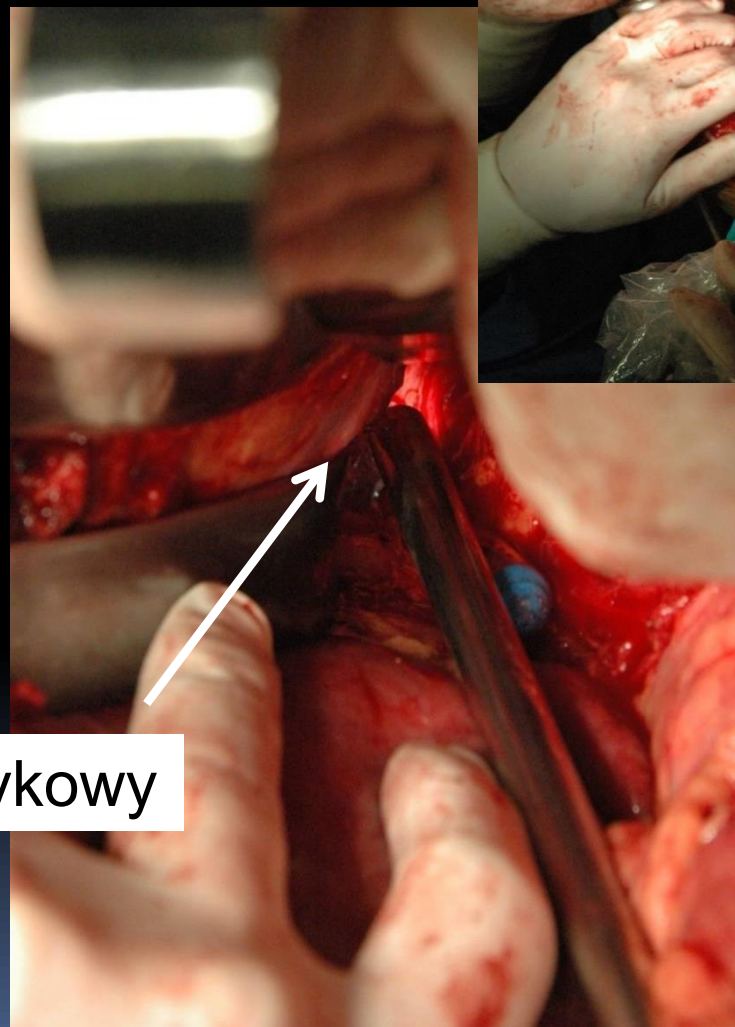
przełyk

Resekcja przelyku – dostęp brzuszny

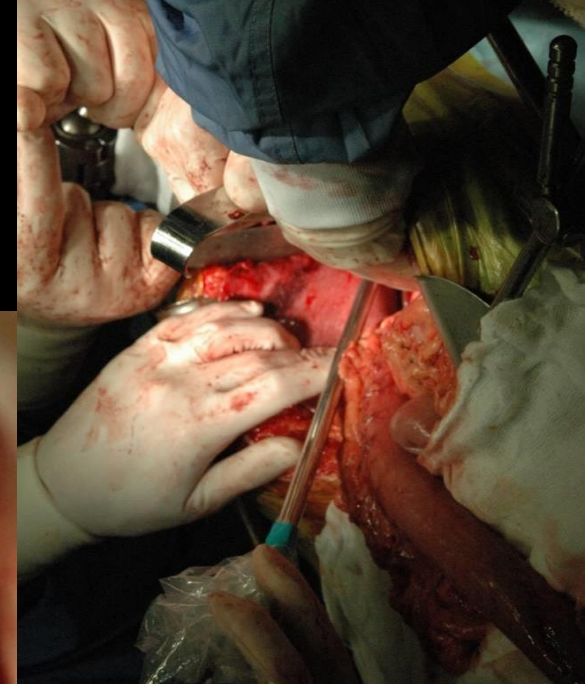


Rozwór przelykowy

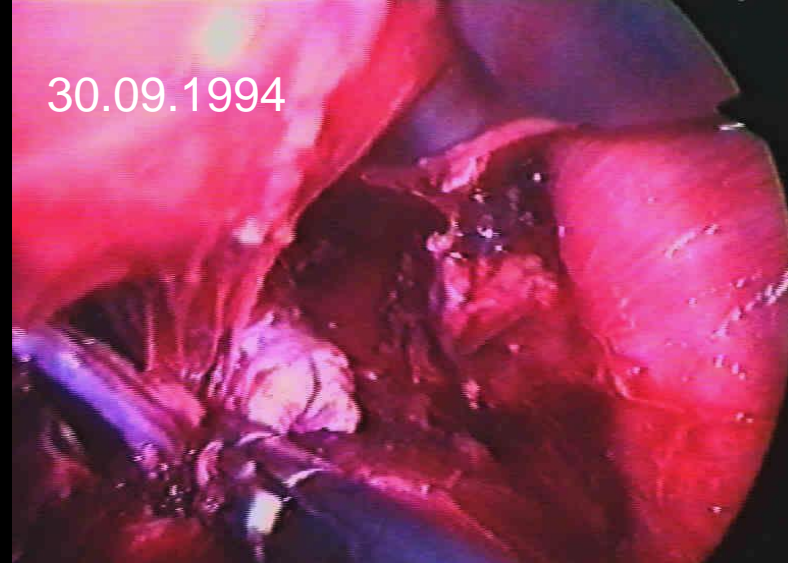
Preparowanie „na ślepo”



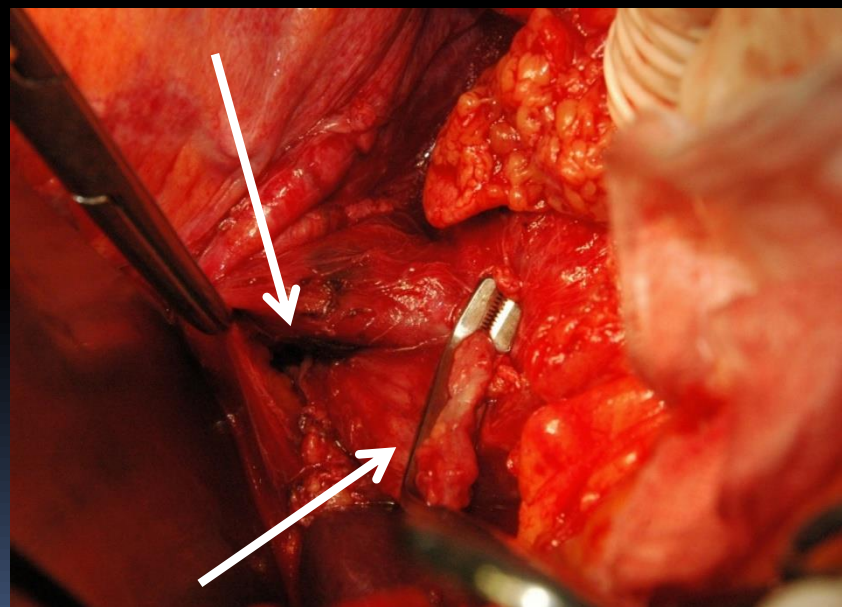
Pod kontrolą toru wizyjnego



Preparowanie pod kontrolą toru wizyjnego

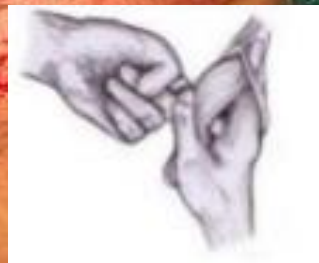
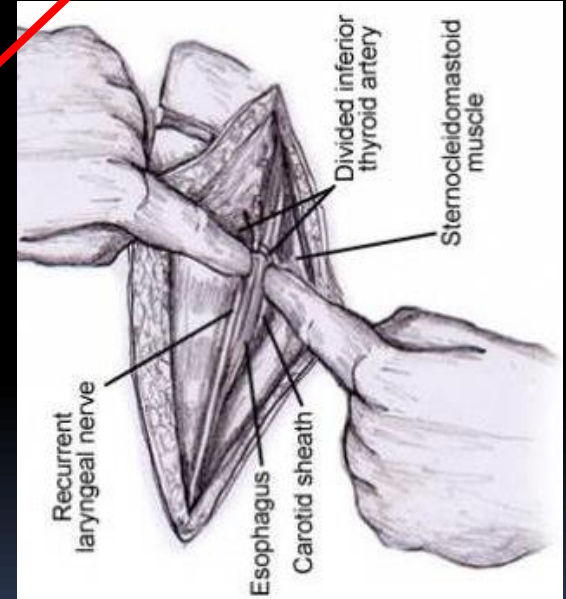
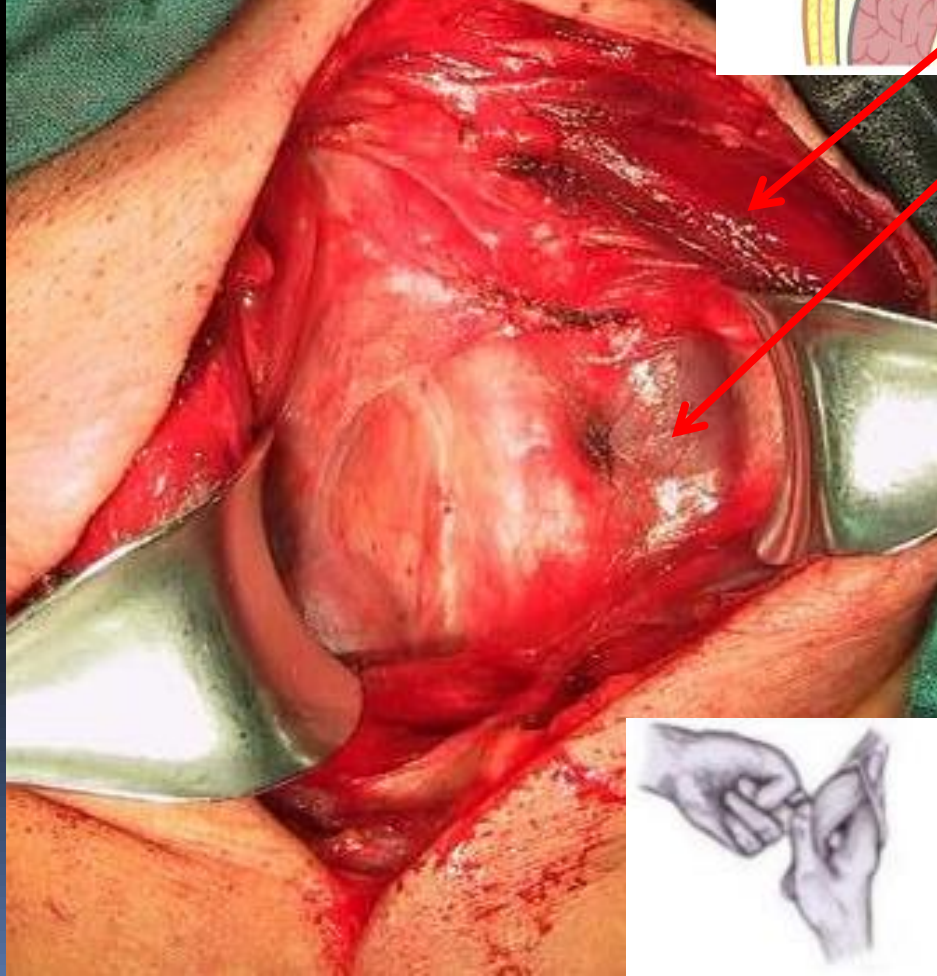
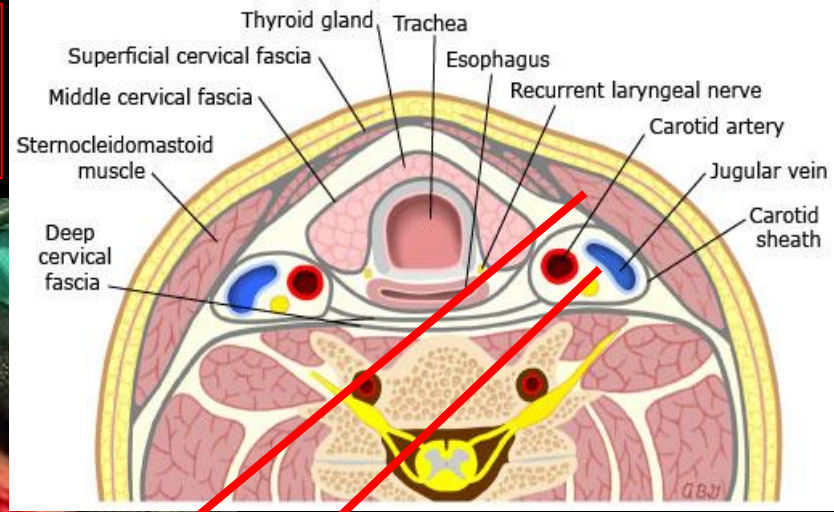


Rozwór przelykowy

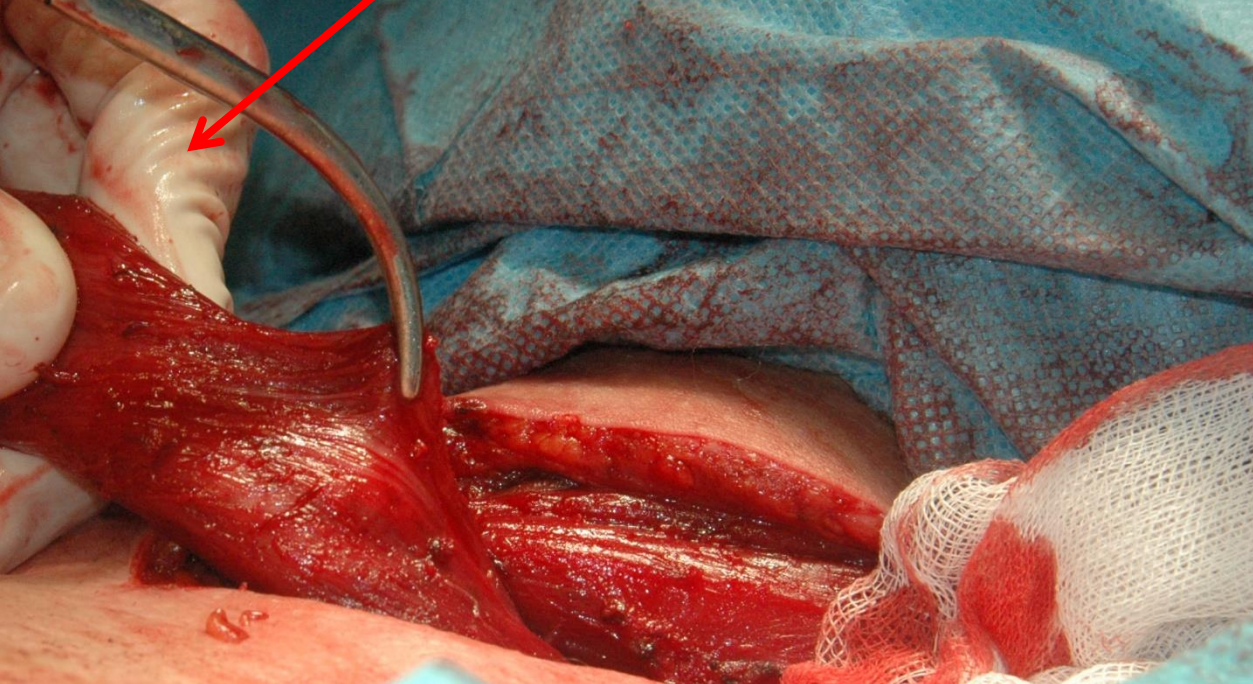
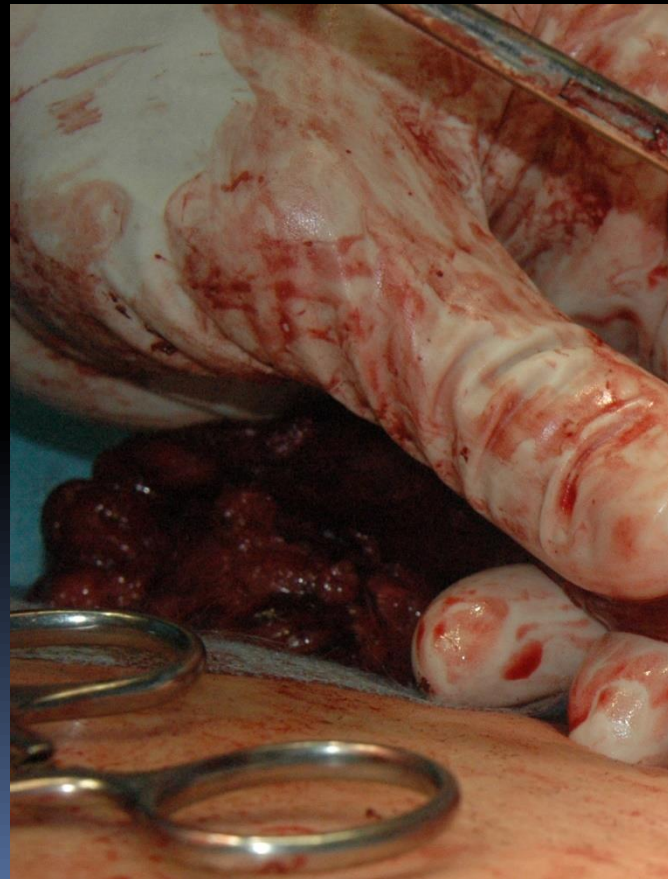


Przelyk odcięty na wys.
rozworu (w narzędziu)

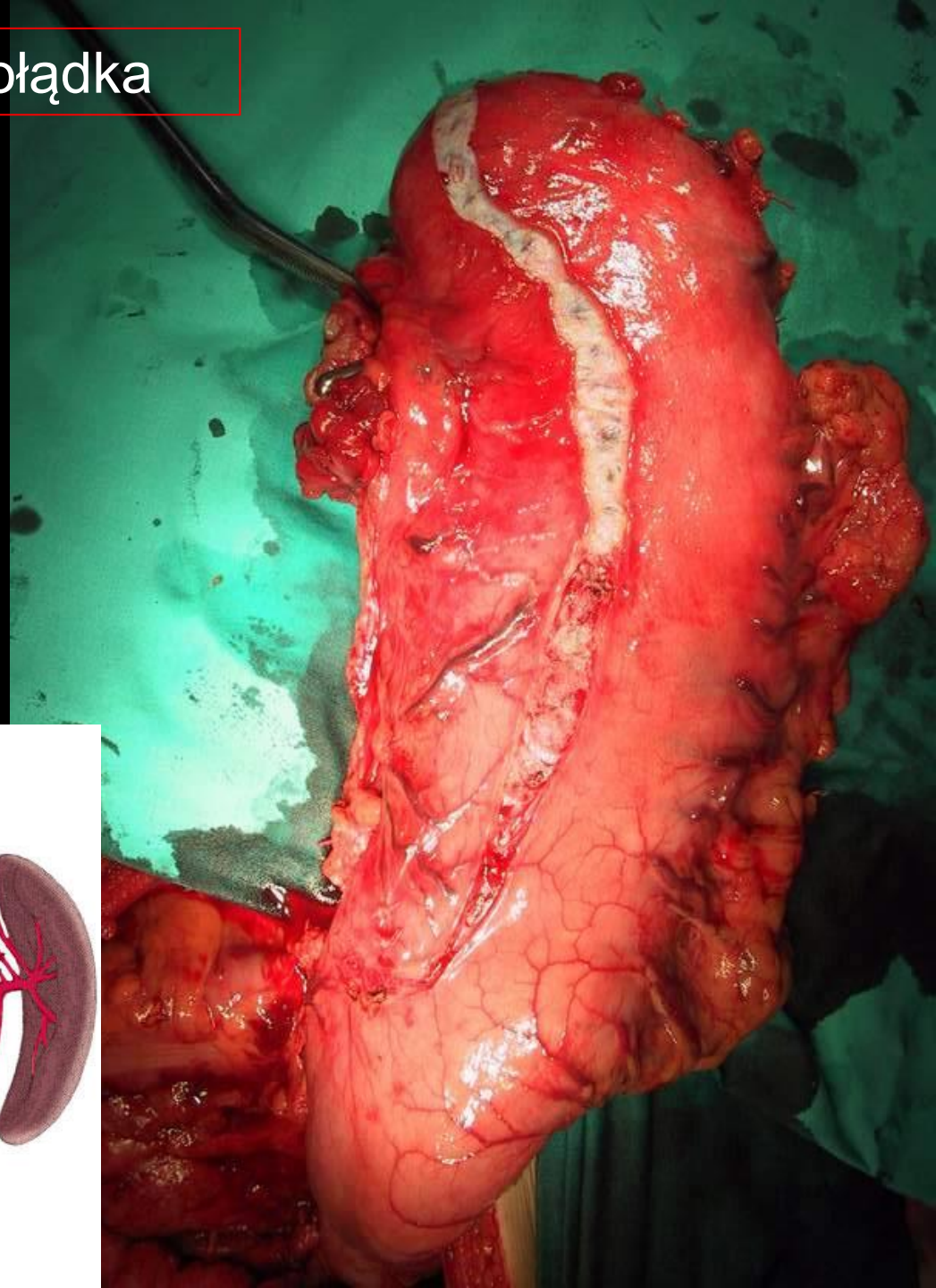
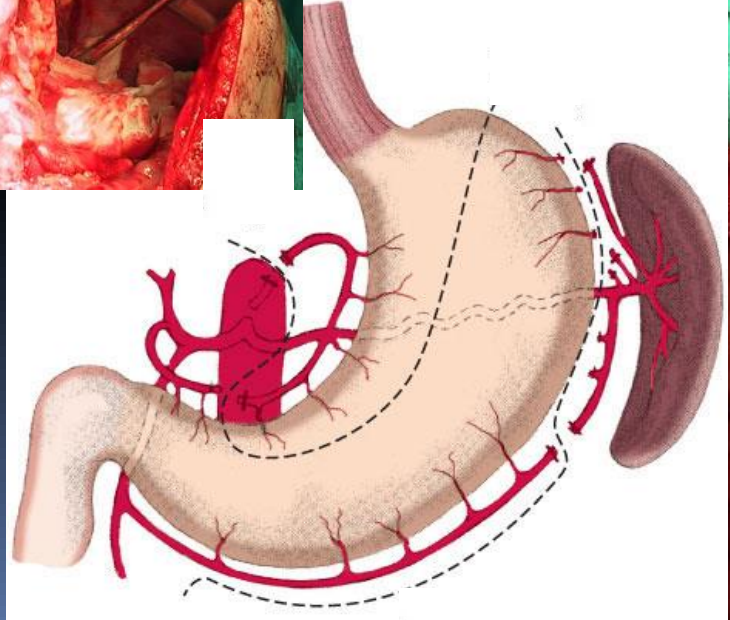
Resekcja przetyku – dostęp szyjny



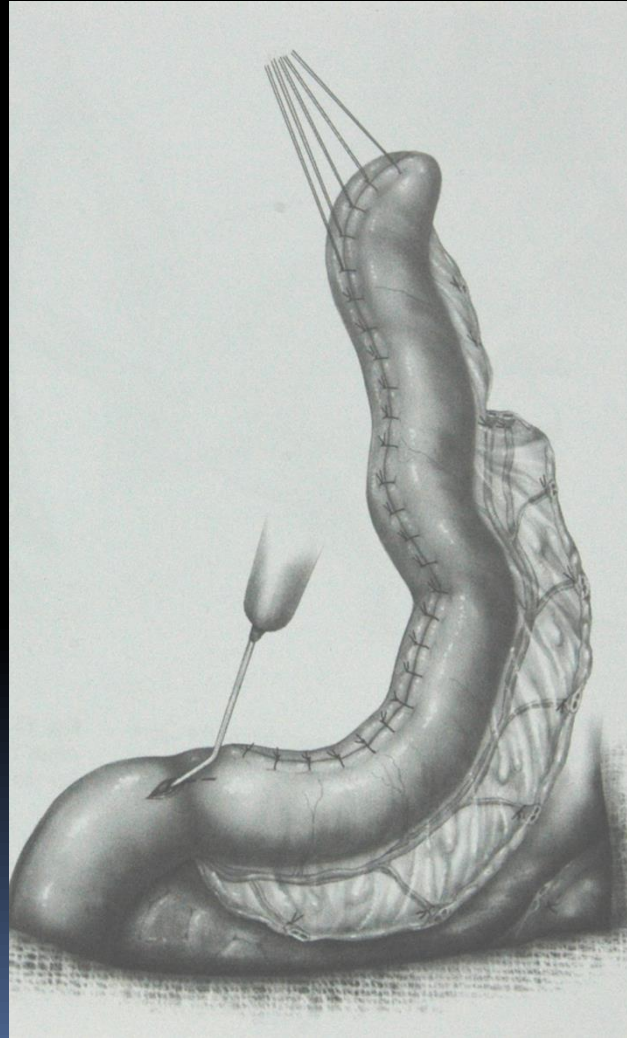
Resekcja przełyku –
dostęp szyjny



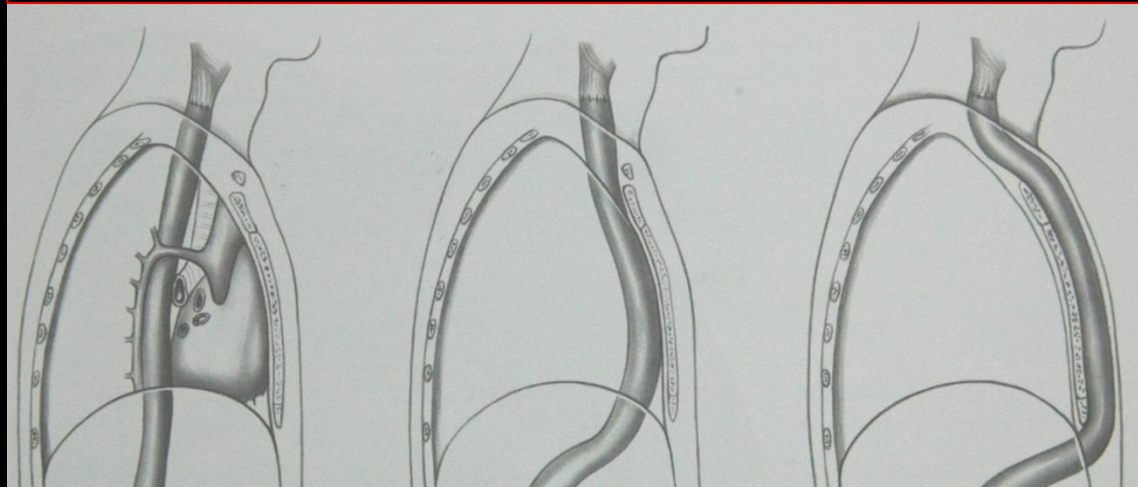
Przygotowanie substytutu z żołądka

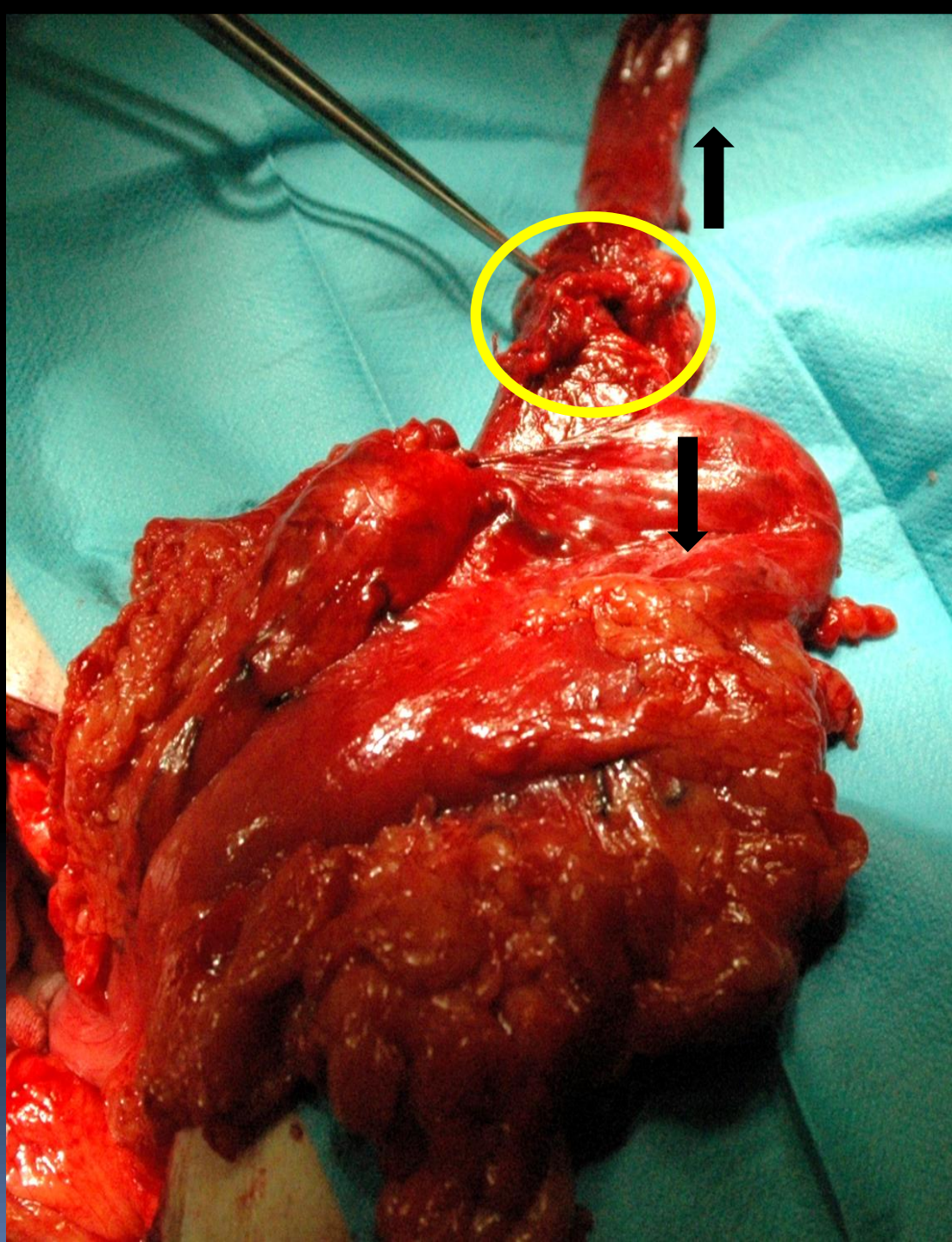


Przygotowanie substytutu z żołądka w celu zespolenie w klatce piersiowej lub na szyi



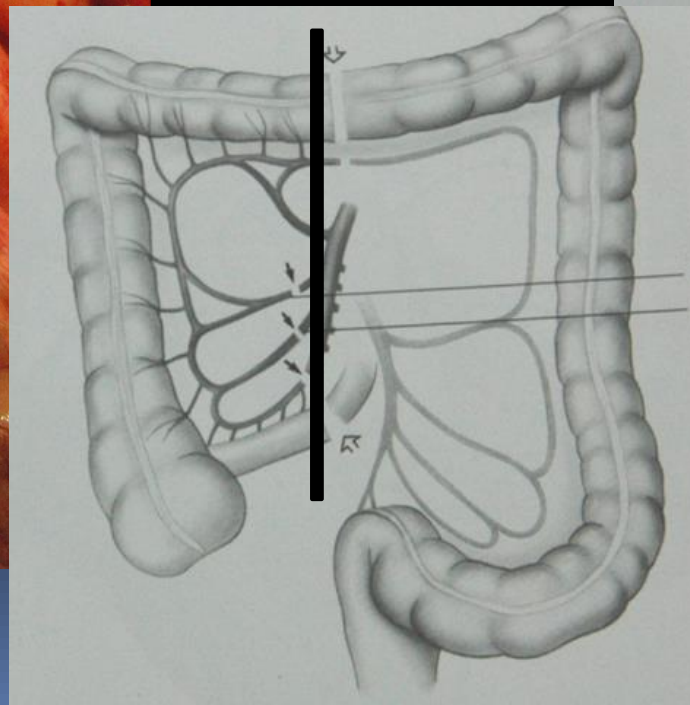
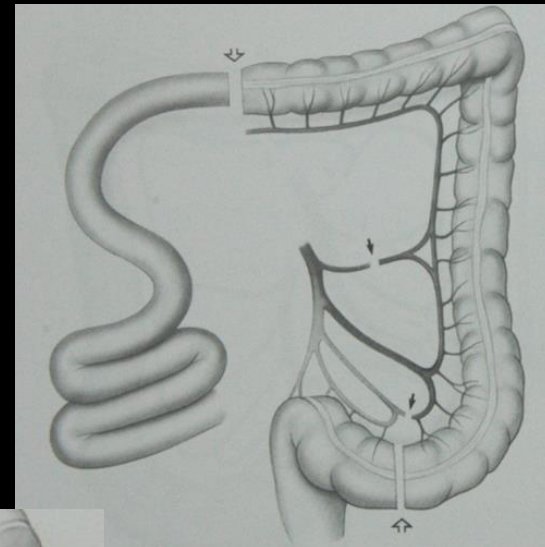
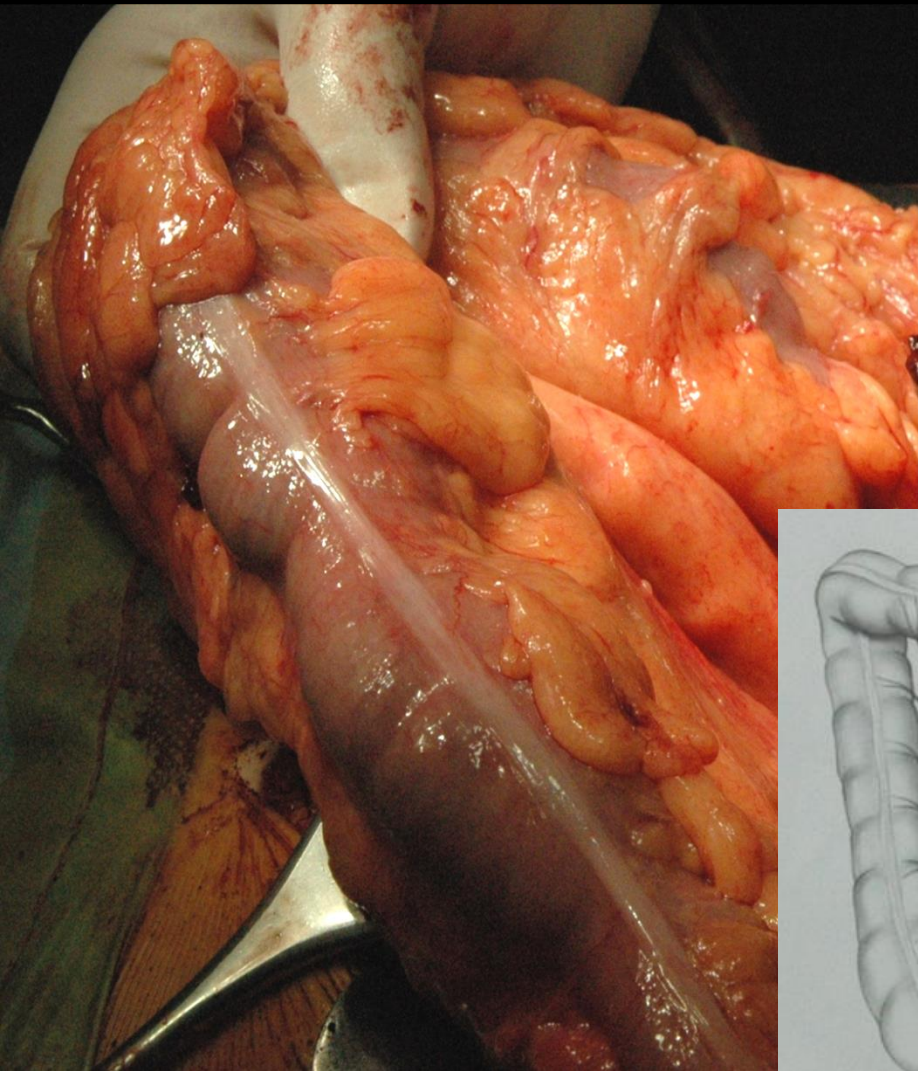
Drogi przewodzenia substytutu z żołądka w celu zespolenia na szyi



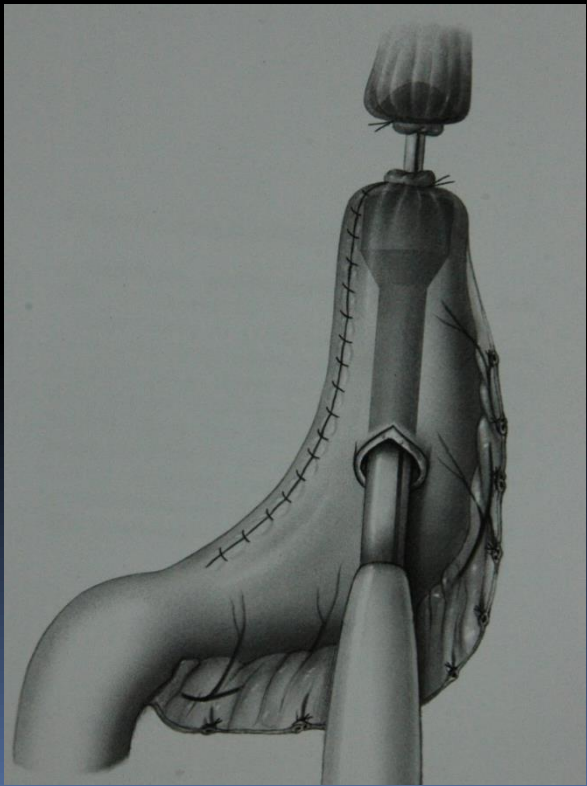
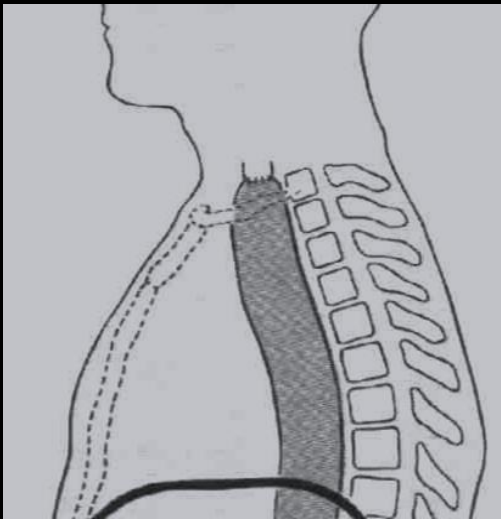
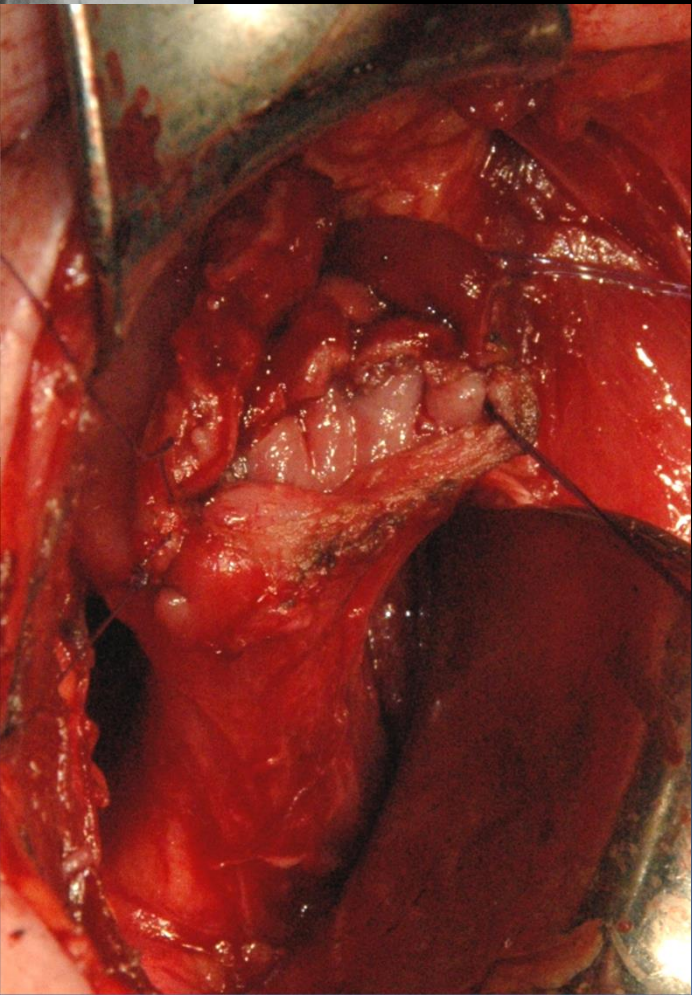
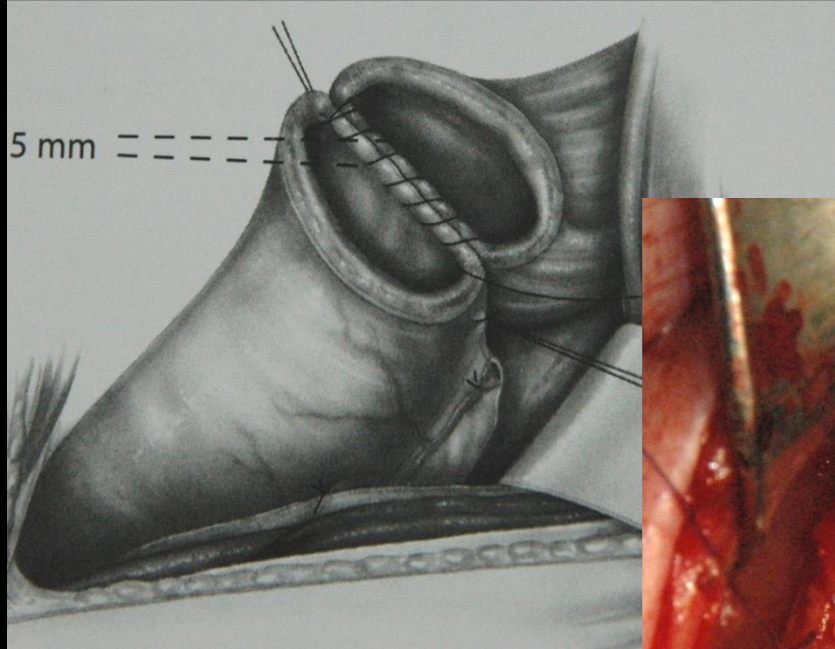


Resekcja przełyku
i żołądka – Siewert II

Przygotowanie substytutu z jelita grubego w celu zespolenie w klatce piersiowej lub na szyi

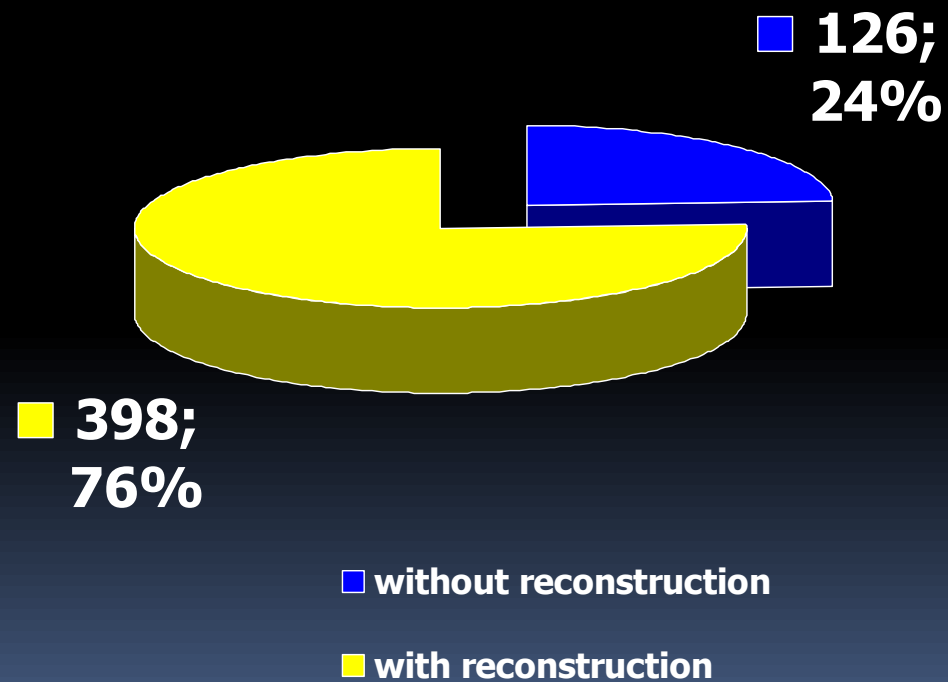


Zespolenie substytutu na szyi (jelito lub żołądek (stapler lub szew ręczny)

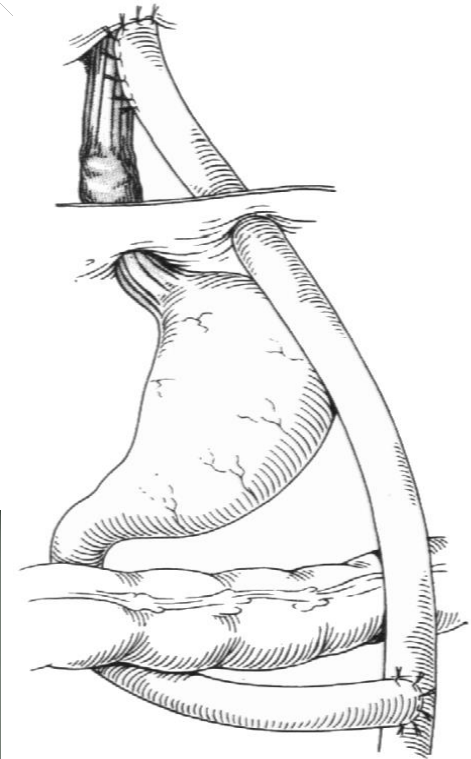
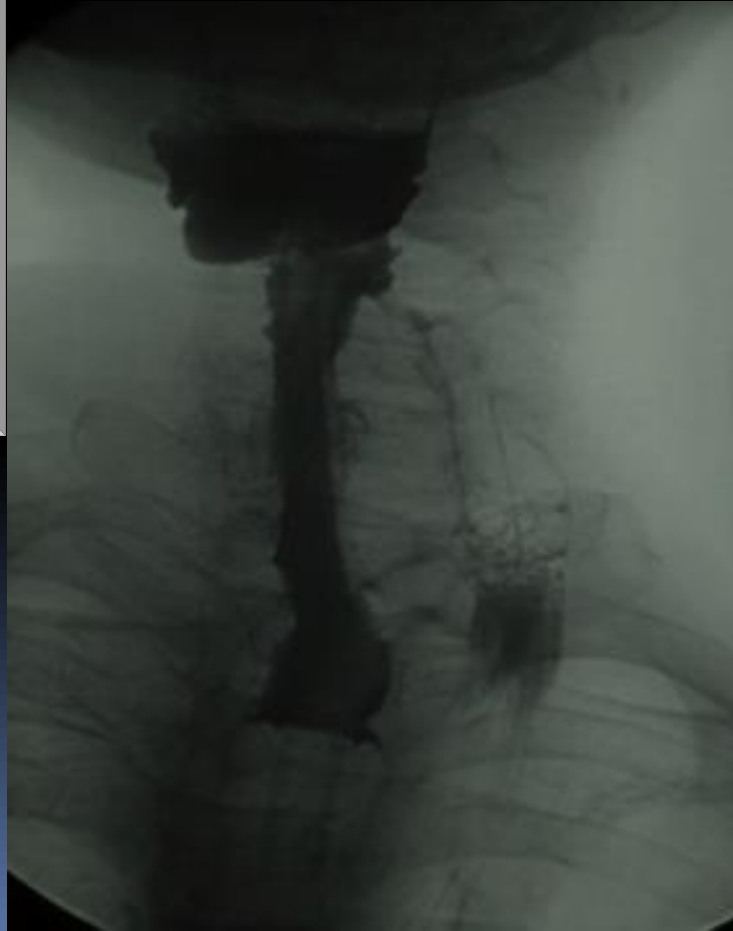
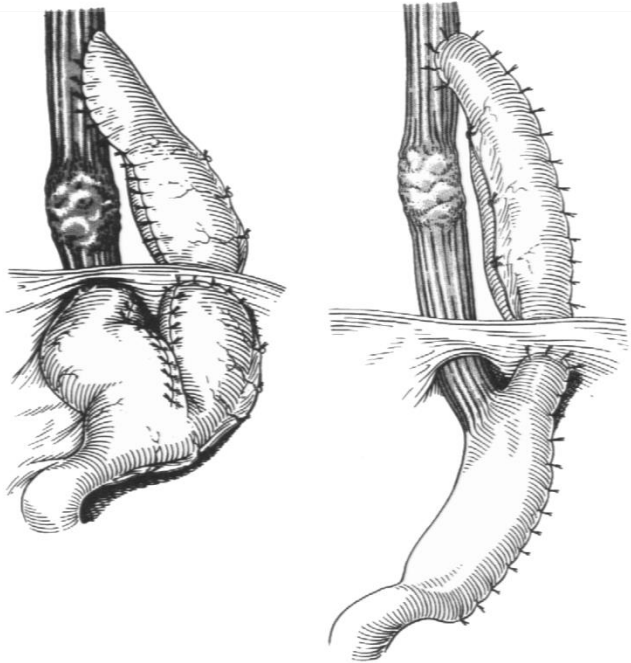


1995-2012

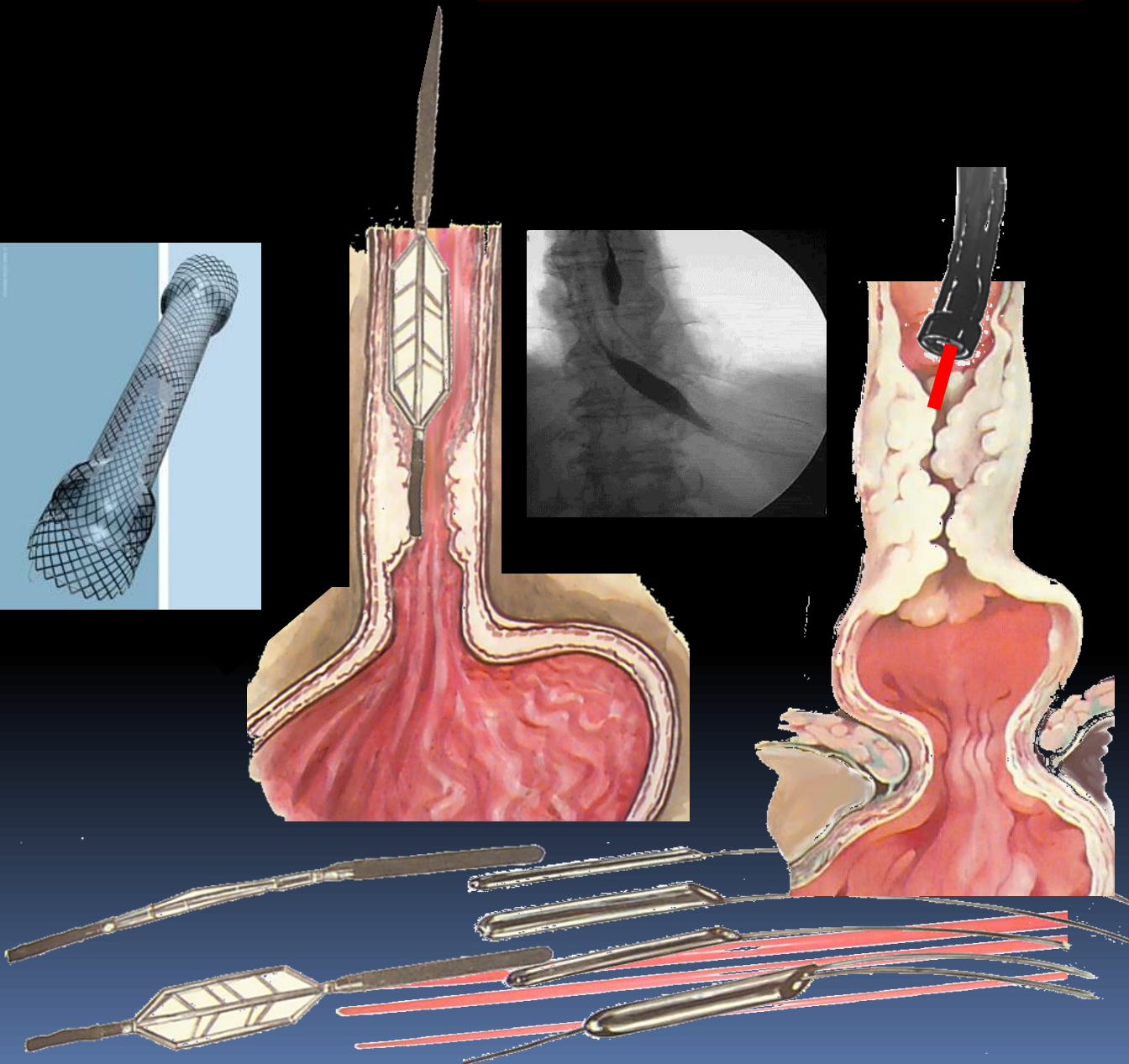
525 resekcji przetyku



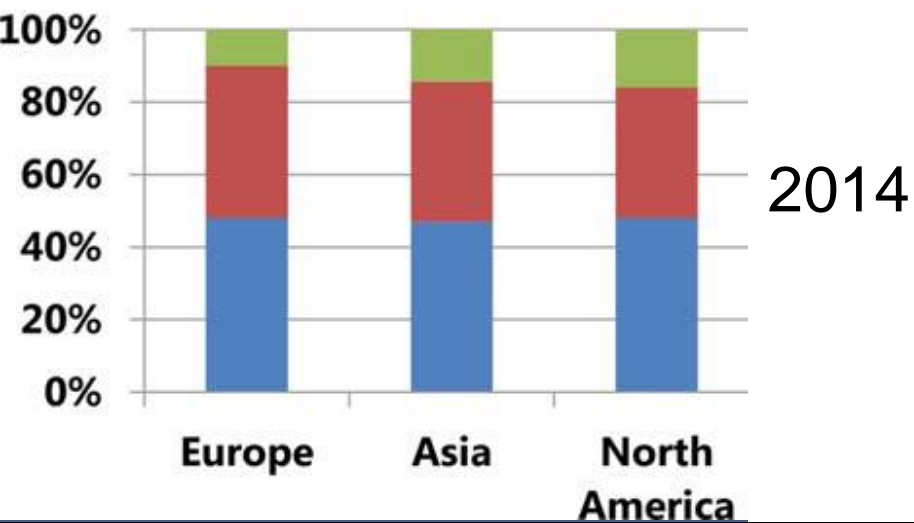
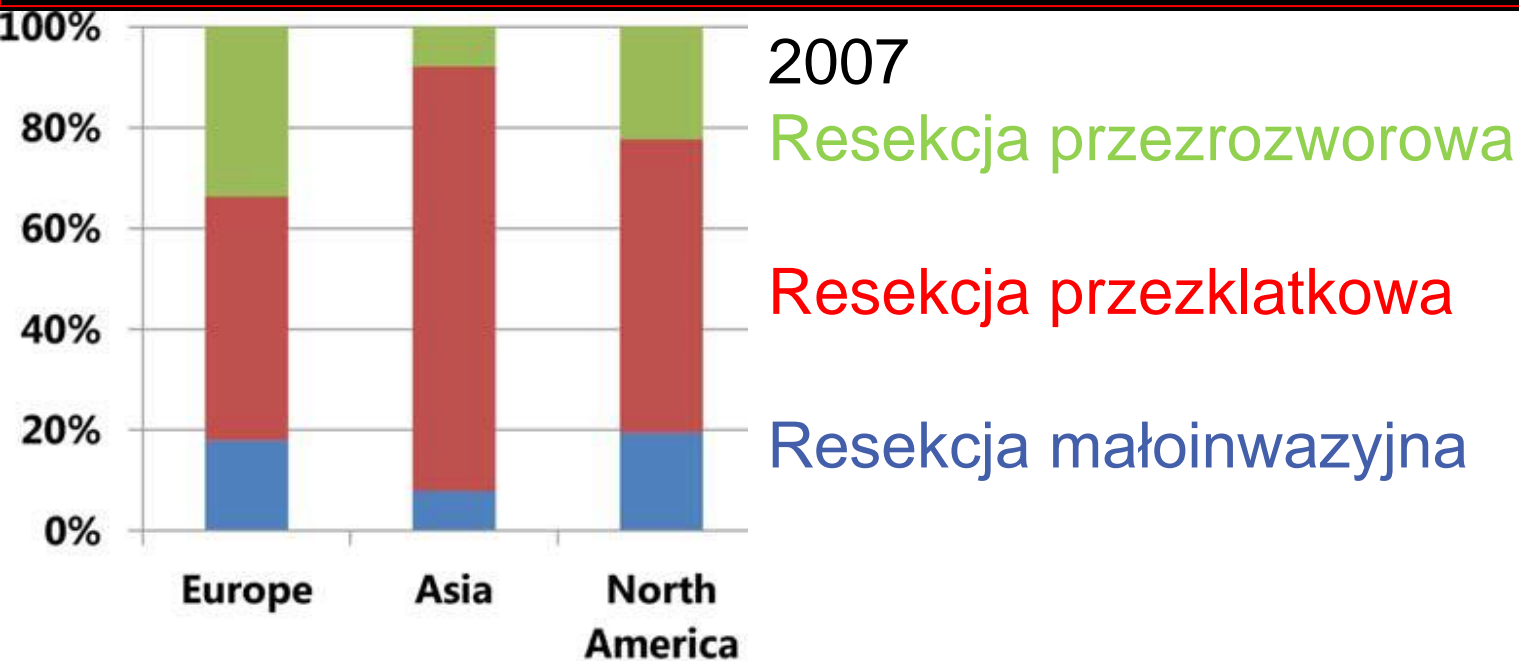
Procedury paliatywne



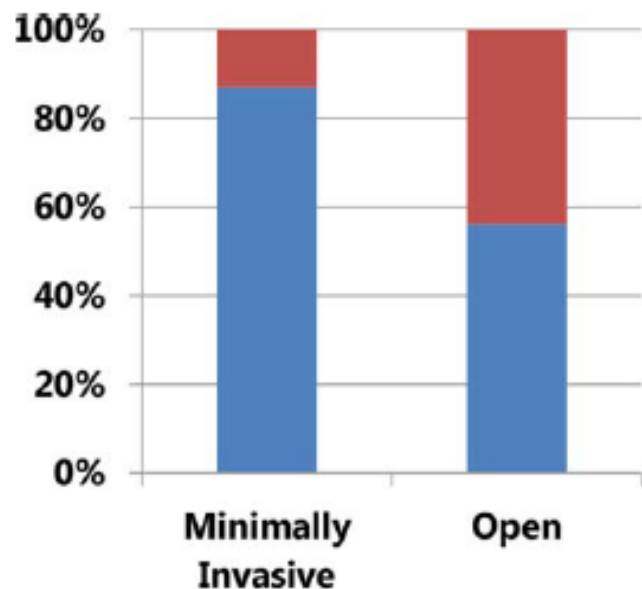
Procedury paliatywne



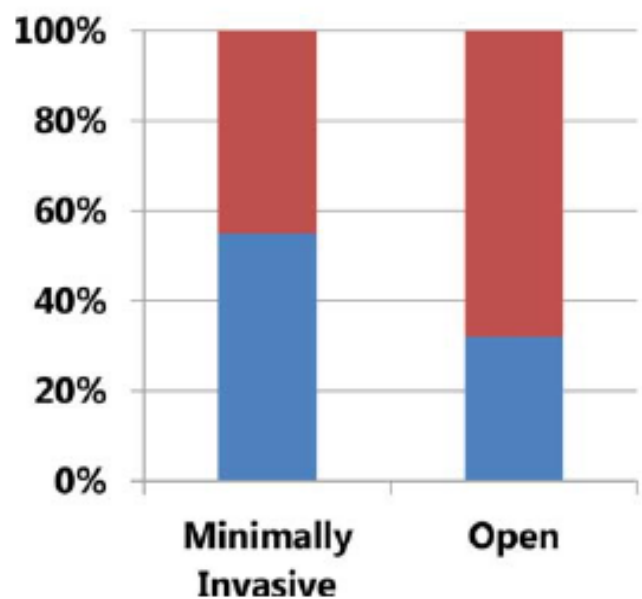
Rak przełyku - resekcje



Rak przełyku – resekcje przezklatkowe – zespolenia



2007

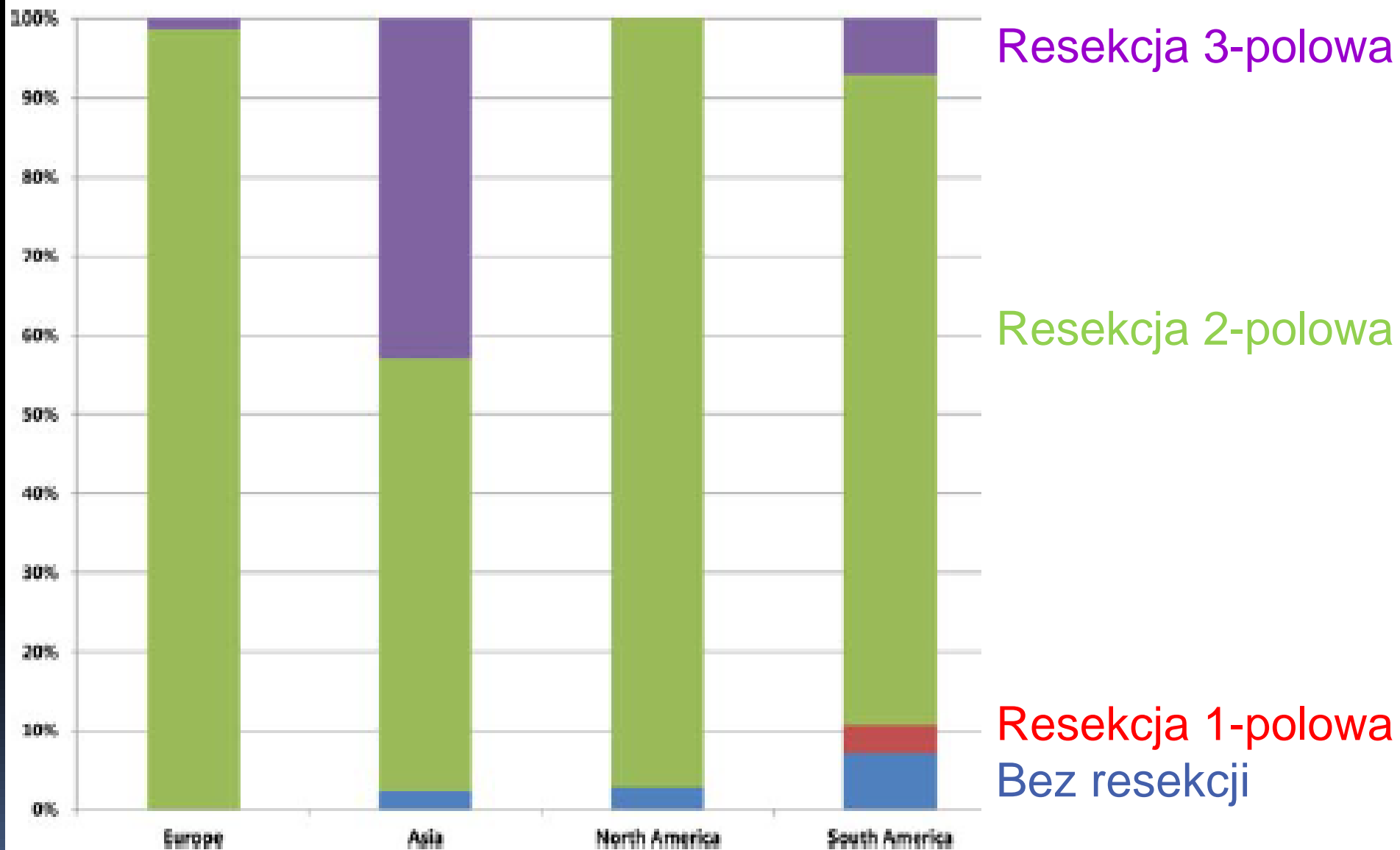


2014

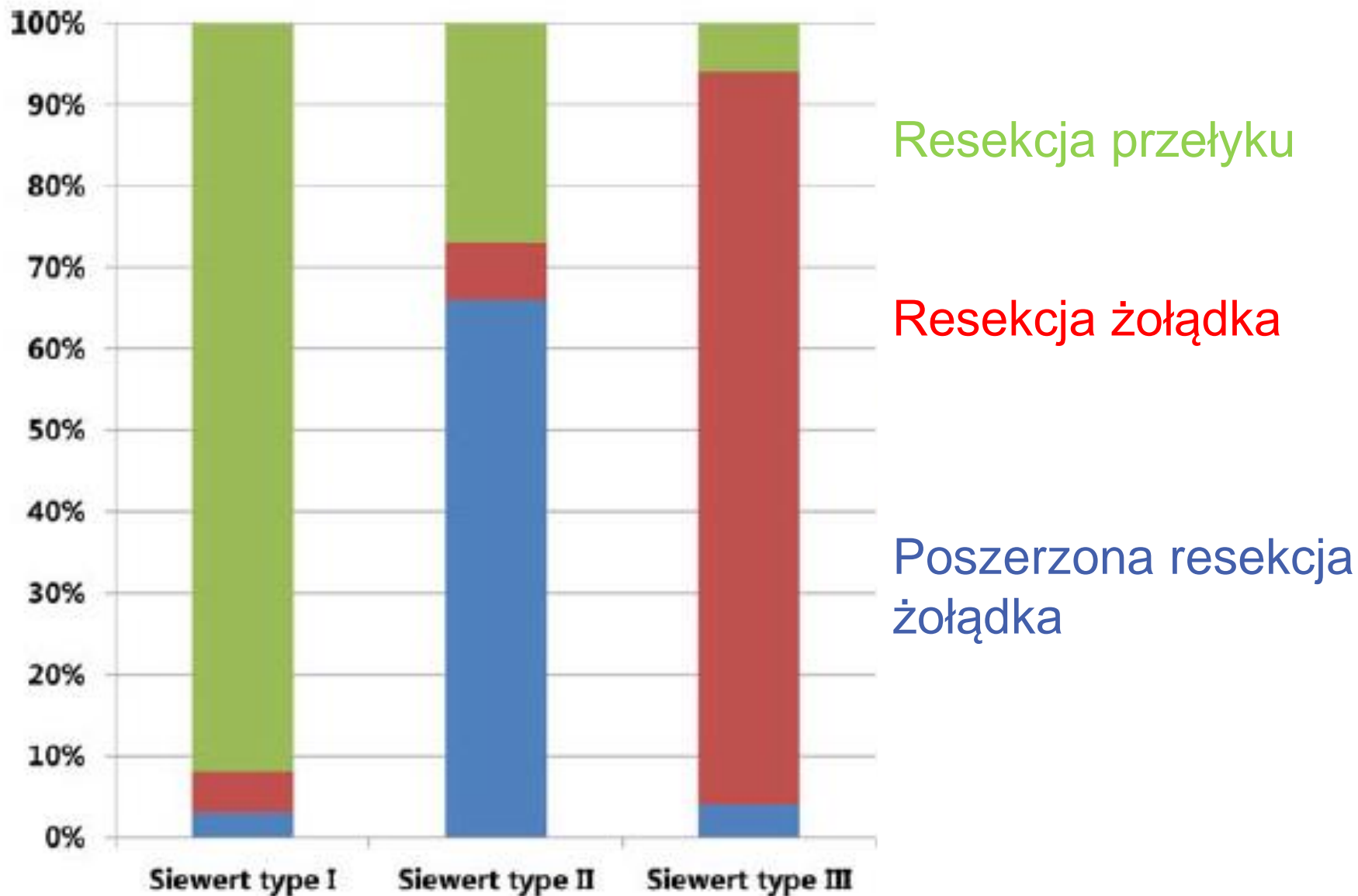
Zespolenie wewnątrzkiłkowe

Zespolenie na szyi

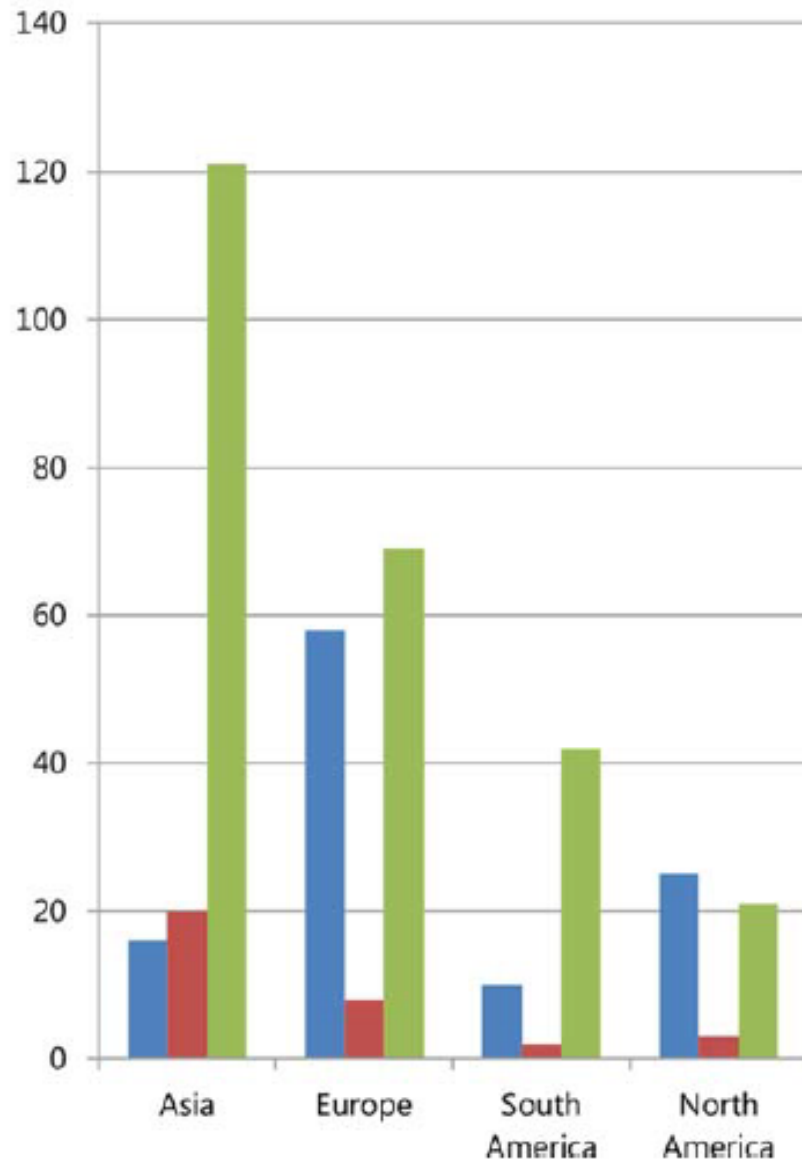
Rak przełyku – zakres usunięcia węzłów chłonnych



Rak połączenia przełykowo-żołądkowego - resekcje



Rak połączenia przełykowo-żołądkowego – Siewert II

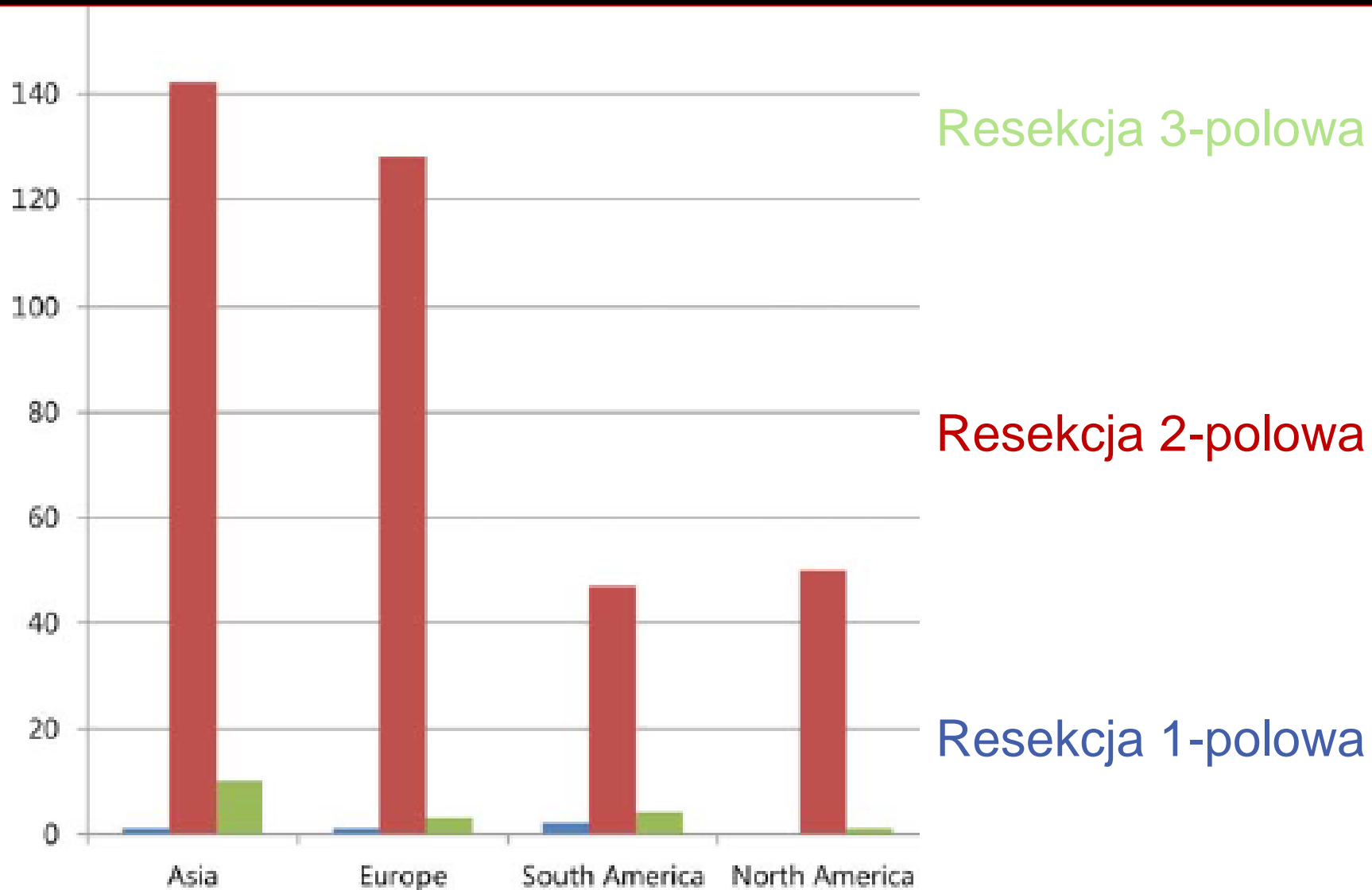


Resekcja przełyku

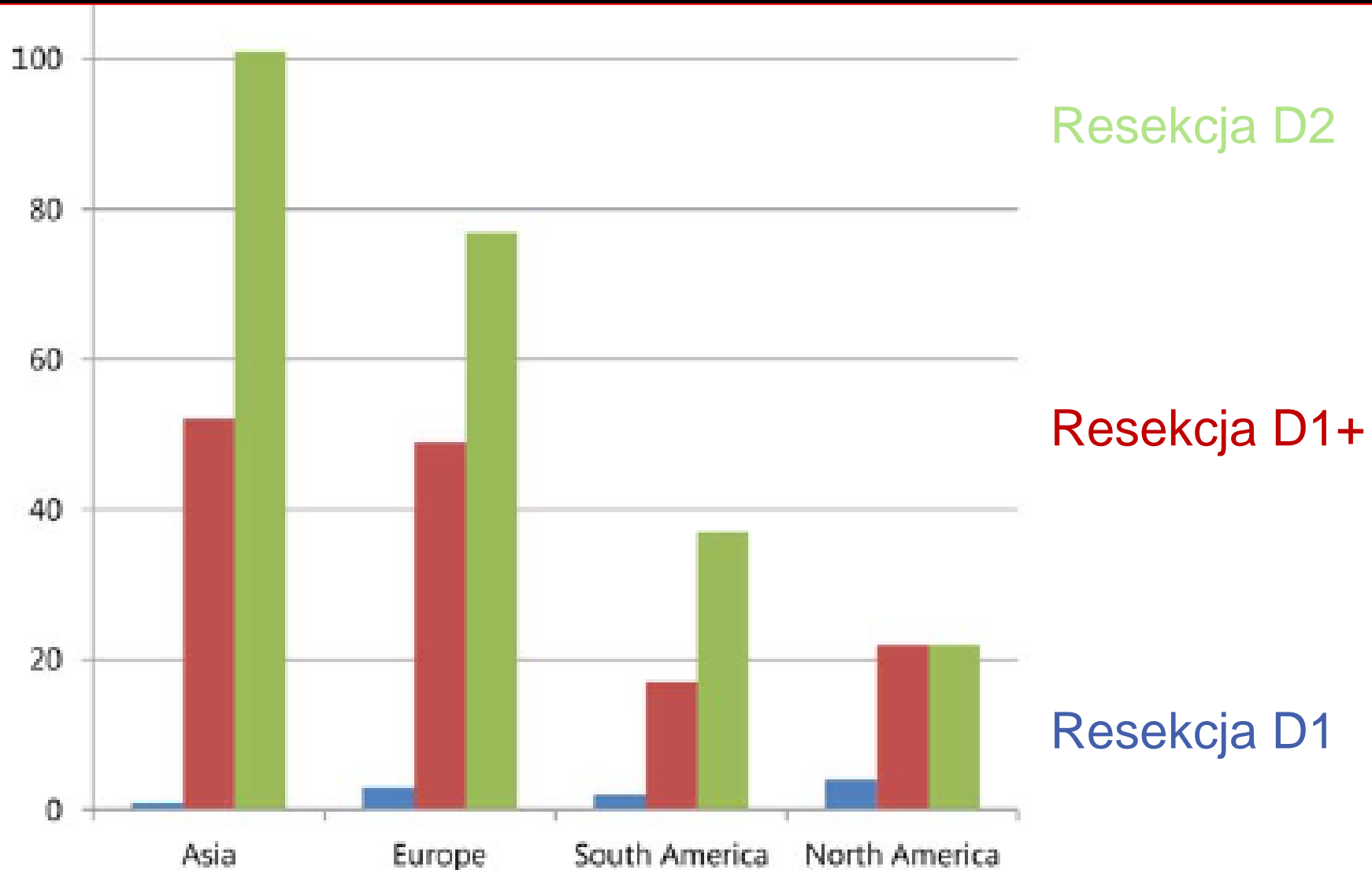
Resekcja żołądka

Poszerzona resekcja
żołądka

Rak połączenia przełykowo-żołądkowego – resekcja węzłów chłonnych

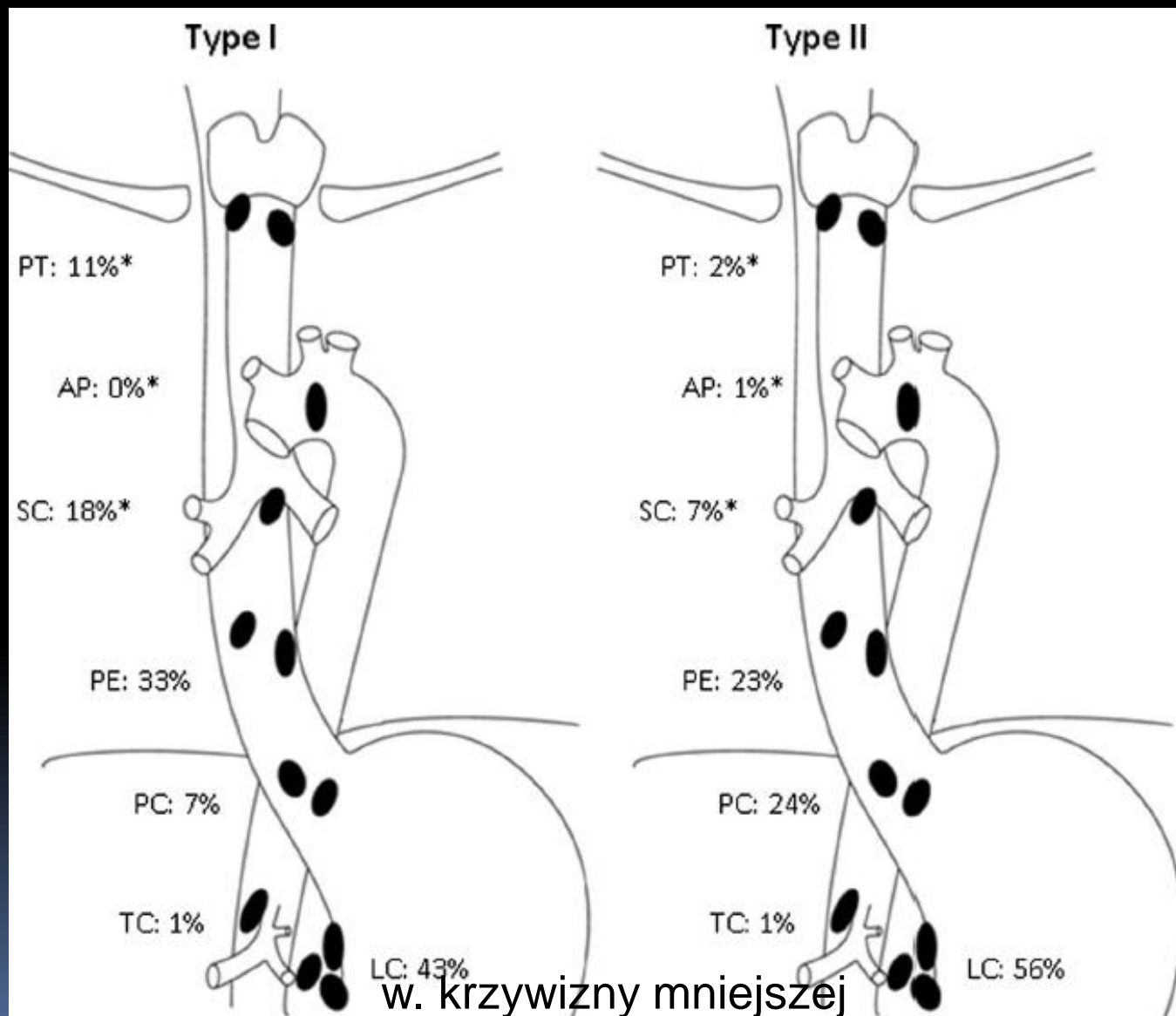


Rak połączenia przełykowo-żołądkowego – resekcja węzłów chłonnych - D



Rak połączenia przełykowo-żołądkowego – Siewert I i II zajęcie węzłów chłonnych

w. okołotchawicze
okno aortalno-płucne
w. ok. rozdziolenia
tchawicy
w. okołoprzełykowe
w. okołowpustowe
w. pnia trzewnego



Resekcja przełyku – dane ogólne

Margines proksymalny 8–10 cm, dystalny 7 cm

Zespoleńie ręczne = staplerowe

Wysokie zespolenia w klatce piersiowej nad żyłą nieparzystą nieparzystą i zespolenia szyjne są alternatywą – decyduje chirurg

Należy unikać niskich zespolenia w klatce piersiowej

Większość chirurgów (78%) preferuje zabiegi otwarte.
Wykonywane są zabiegi laparoskopowe i przy użyciu robota.

Resekcja R0 jest możliwa w 30% w pT3 i w ok. 50% w pT4.

Resekcja przełyku – dane ogólne

Guzy T1 min. 10 usuniętych węzłów chłonnych

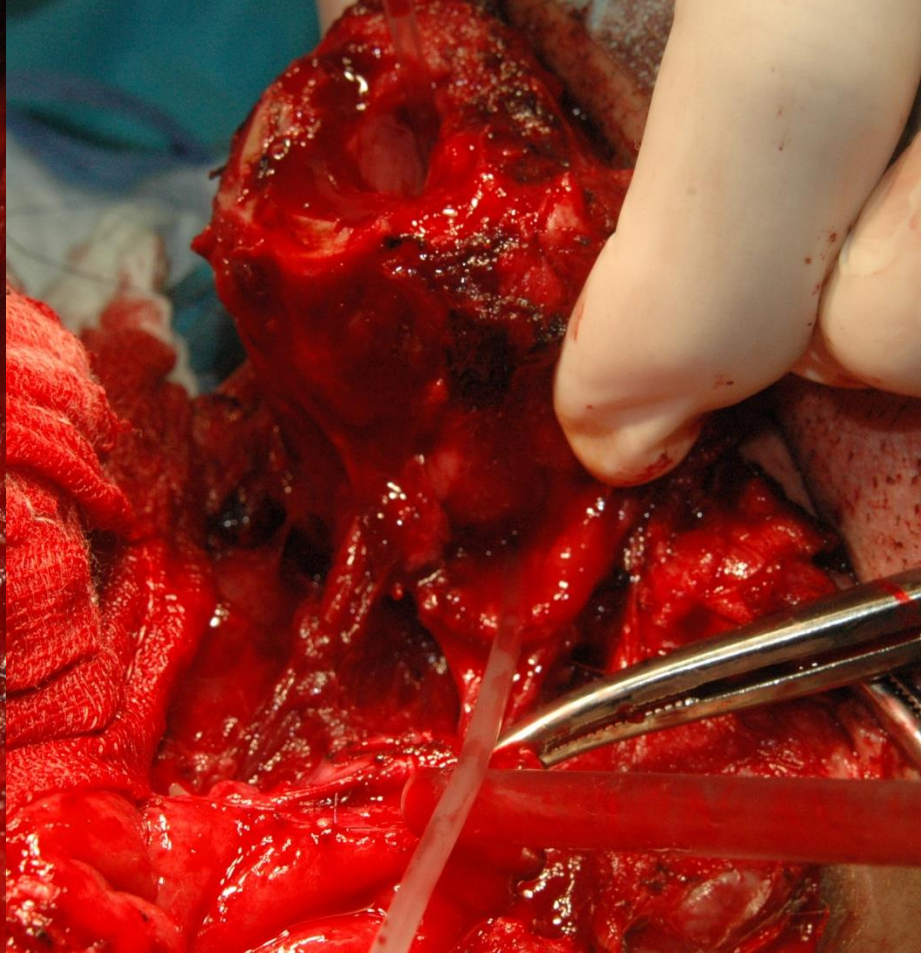
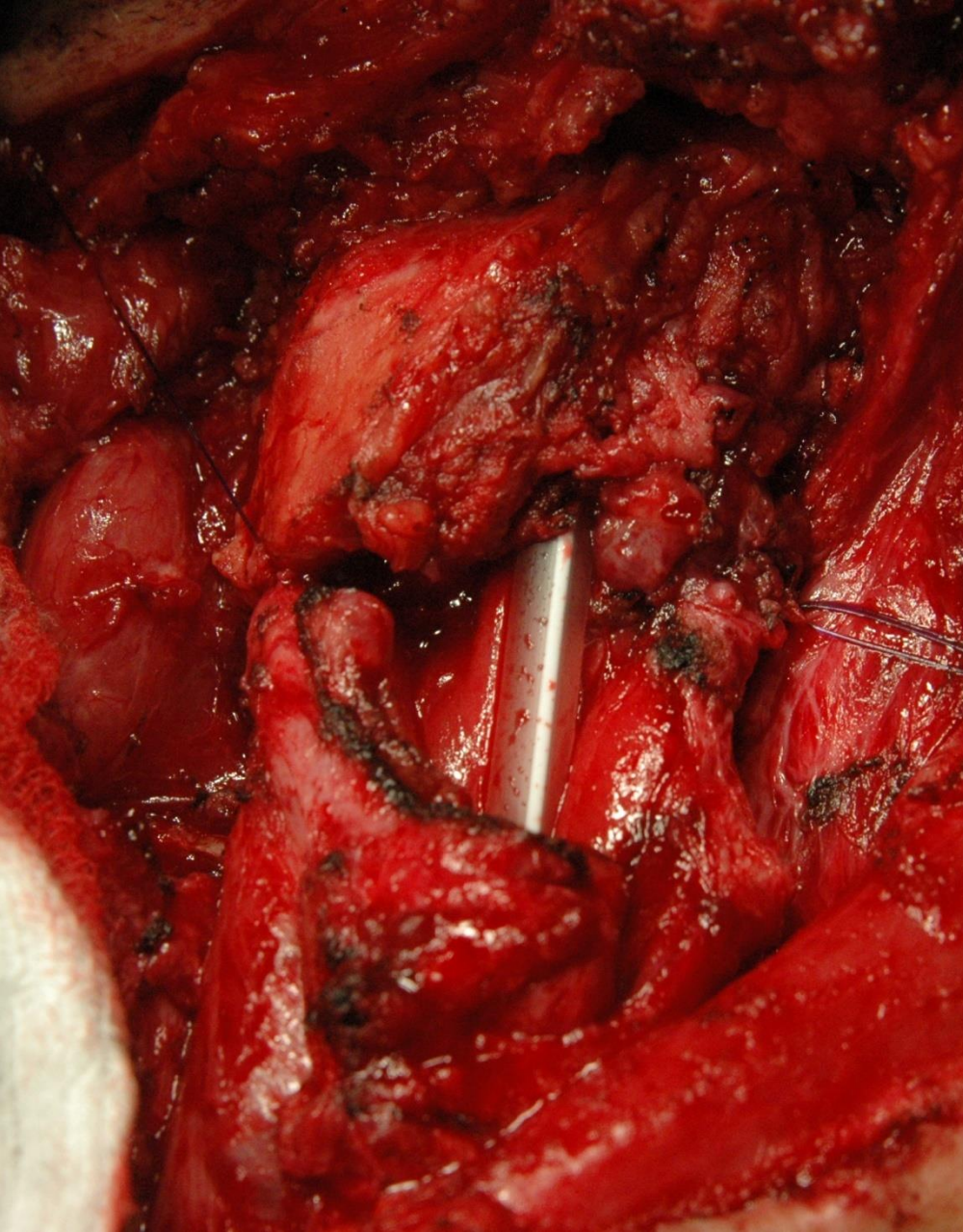
T2 –T3 - 20-30 usuniętych węzłów chłonnych

Zaleca się wykonanie pyloroplastyki lub myotomii podczas wykonywania substytutu z żołądka

W przypadku dodatnich marginesów resekcja zespolenia przełykowo-żołądkowego i użycie jako substytutu jelita grubego jest wykonywana sporadycznie.

Zaleca się wykonywanie mikrojejunostomii odżywczej.

Pacjenta zaleca się rozintubować jak najszybciej po zabiegu (powikłania płucne)





PODZIĘKOWANIE

Dnia 26.08.2012 minęło 20 lat kiedy to w
tutejszej Klinice przeprowadzono operację
mojego przełyku.
Za te 20 lat życia pragnę złożyć serdeczne
podziękowanie zespołowi Lekarzy
przeprowadzającym ową operację. Życzę
wszystkim Chirurgom podobnie udanych i
skutecznych operacji, a całemu personelowi
wytrwałości i cierpliwości nad pacjentami.
Niech Wasze nowe pomysły i metody leczenia
będą tak skuteczne jak w moim przypadku.
Ja, czuję się dobrze, jak się odżywiać dyktuje
mój organizm – rozumiemy się b.dobrze.
Za leczenie i kontrole dziękuję serdecznie,
wdzięczny pacjent

VIDEO ASSISTED
ESOPHAGECTOMY