

pełniająca chemioradioterapia, którą należy rozważyć w przypadku raków dolnego odcinka przełyku i złącza przełykowo-żołądkowego obciążonych dużym ryzykiem wznowy (wysoki stopień złośliwości histologicznej, naciekanie naczyń chłonnych, wiek > 50 lat). Stosuje się leczenie oparte na pochodnych fluoropirymidyny.

- Po resekcji R1 lub R2 zalecana jest uzupełniająca chemioradioterapia oparta na pochodnych fluoropirymidyny.

## Technika resekcji przełyku

### Dostępły operacyjne

W zależności od miejsca zaplanowanego zespolenia, rodzaju limfadenektomii oraz uwarunkowań anatomicznych wykorzystuje się różne dostępły operacyjne. Podstawowe z nich to:

- resekcja przezrozworowa;
- laparotomia i torakotomia prawa (dostęp Ivora Lewisa);
- torakotomia prawa, laparotomia i cięcie szyjne (dostęp McKeowna);
- torakolaparotomia lewa;
- laparotomia;
- dostępły minimalnie inwazyjne.

Należy podkreślić, że opisano wiele modyfikacji technicznych łączących elementy różnych dostępów. Te modyfikacje mogą być przydatne w konkretnych sytuacjach klinicznych, jednak w większości opierają się one na podstawowych zasadach wymienionych powyżej technik.

### Resekcja przełyku przezrozworowa

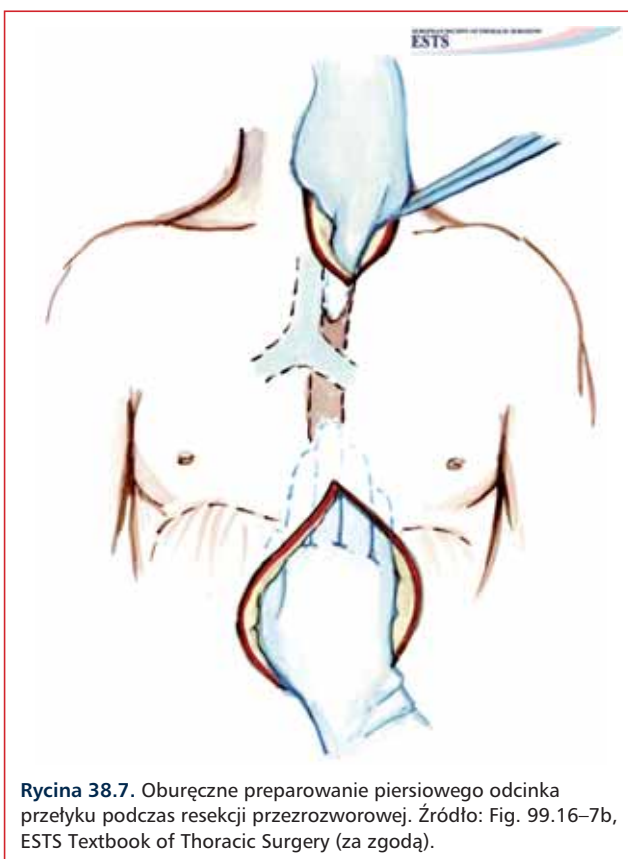
Resekcja przezrozworowa, opisana przez Denka w 1913 r., a upowszechniona w latach 70. XX w. przez Orringera, polega na wypreparowaniu przełyku bez otwierania klatki piersiowej, z dostępu przez laparotomię i cięcie szyjne. Zaletą tej techniki jest uniknięcie torakotomii i krótszy czas operacji, a główną wadą – brak adekwatnej limfadenektomii, co sprawia, że resekcję przezrozworową stosuje się przede wszystkim w przypadku HGD i mało zaawansowanych postaci raka (Tis, T1a).

Operację rozpoczyna się od etapu brzuszego. Po przygotowaniu konduitu (przygotowanie różnego rodzaju konduktów opisano dalej) preparuje się dolny odcinek przełyku przez rozwór przełykowy w przeponie. Luźną tkankę łączną otaczającą przełyk rozdziela się na tępo, palcem, a gałęzie przełykowe od aorty piersiowej przecina nożem harmonicznym lub innym podobnym narzędziem. W ten sposób możliwe jest wypreparowanie przełyku pod kontrolą wzroku prawie do poziomu rozwidlenia tchawicy.

Następnie wykonuje się cięcie szyjne wzdłuż przedniego

brzegu lewego mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Przecina się mięsień łopatkowo-gnykowy, żyłę tarczową środkową i tętnicę tarczową dolną, po czym odsuwa się retraktorem pęczek naczyniowy do boku i uwidacznia szyjny odcinek przełyku. Należy zachować ostrożność, aby nie uszkodzić nerwu krtaniowego wstecznego, biegnącego w rowku przełykowo-tchawicznym. Przełyk preparuje się okrężnie na tępo, oddzielając go od części błoniastej tchawicy. Następnie przełyk otacza się tasiemką i preparuje go w dół, zaopatrując gałęzie przełykowe odchodzące od aorty za pomocą klipsów lub noża harmonicznego. Aby skrócić czas operacji, ten etap można wykonywać jednocześnie z laparotomią (drugi zespół chirurgów).

Następnym etapem jest wypreparowanie środkowego piersiowego odcinka przełyku. Wykonuje się to na tępo, przygotowując jednocześnie przez rozwór przełykowy i przez cięcie szyjne (ryc. 38.7). Jeżeli nie ma możliwości użycia noża harmonicznego, można – zgodnie z oryginalną techniką – odrywać tuż przy ścianie przełyku pasma tkanki zawierające gałęzie przełykowe odchodzące od aorty piersiowej; umożliwi to ich obkurczenie się i zazwyczaj samoistne zatrzymanie krwawienia (ryc. 38.8). Po urucho-

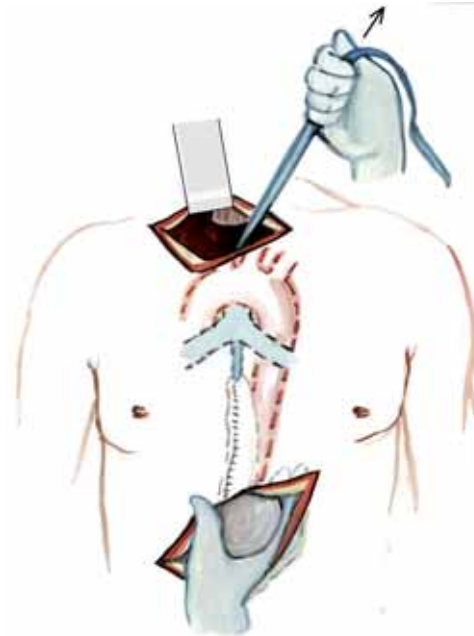
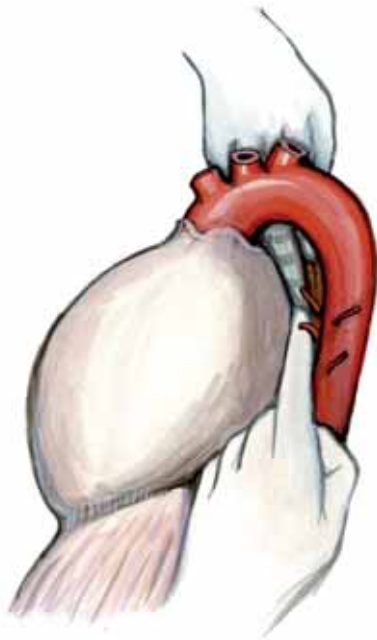


**Rycina 38.7.** Oburęczne preparowanie piersiowego odcinka przełyku podczas resekcji przezrozworowej. Źródło: Fig. 99.16–7b, ESTS Textbook of Thoracic Surgery (za zgodą).

38.8

EUROPEAN SOCIETY OF THORACIC SURGEONS  
ESTS

38.9



38.10

**Rycina 38.8.** Preparowanie na tępo z odrywaniem tuż przy ścianie przełyku gałęzi przełykowych odchodzących od aorty piersiowej; umożliwia to ich obkurczenie się i zazwyczaj samoistne zatrzymanie krwawienia. Źródło: Fig. 99.16–8a, ESTS Textbook of Thoracic Surgery (za zgodą).

**Rycina 38.9.** Przemieszczanie konduitu przez śródpiersie tylne na szyję. Źródło: Fig. 99.16–9, ESTS Textbook of Thoracic Surgery (za zgodą).

**Rycina 38.10.** Zastosowanie foliowego rękawa i cewnika Foleya do przemieszczenia konduitu na szyję przez śródpiersie tylne. Źródło: Fig. 99.21–6, ESTS Textbook of Thoracic Surgery (za zgodą).

