



Rycina 51.9. Propozycja postępowania w nieszczelnościach zespolień przełykowych (na podstawie [1]). GOPP – górny odcinek przewodu pokarmowego; TK – tomografia komputerowa.

szersze – od leczenia zachowawczego przez próby terapii endoskopowej do różnych opcji leczenia chirurgicznego na drodze dostępu klasycznego na otwarto lub z wykorzystaniem technik minimalnie inwazyjnych.

W przypadku nieszczelności w klatce piersiowej ze znacznym wyciekem treści przez zespolenie w krótkim okresie po operacji konieczne jest leczenie operacyjne z rozłączeniem zespolenia, ezofagostomią na szyi, gastrostomią i/lub jejunostomią i odroczonym zabiegiem rekonstrukcyjnym. W przypadku nieszczelności występujących w późniejszym okresie po operacji, ograniczonych

przez otaczające tkanki, można podjąć leczenie zachowawcze z żywieniem pozajelitowym, antybiotykoterapią, przezskórnym drenażem zbiorników ropnych przylegających do zespolenia czy czasowym zastosowaniem powlekanych samorozprężalnych stentów endoskopowych.

W terapii chorych z nieszczelnością zespolenia przełykowego niezwykle ważna jest konieczność wdrożenia wczesnego i agresywnego postępowania z leczeniem na oddziale intensywnej terapii w przypadku objawów septycznych z optymalizacją perfuzji, funkcji oddechowej ze wspomaganie respiratorowym, antybiotykoterapią,

leczeniem przeciwgrzybiczym, leczeniem żywieniowym z preferowanym dostępem jelitowym poniżej miejsca nieszczelności. Wszelkie zbiorniki zlokalizowane w sąsiedztwie nieszczelności zespolenia wymagają drenażu pod kontrolą radiologiczną, endoskopową lub chirurgiczną. W przypadku nieszczelności zespolenia przełykowego na szyi postępowanie chirurgiczne obejmuje drenaż i ewakuację zbiorników oraz zainfekowanych i martwiczych tkanek. W sprzyjających warunkach miejscowych można podjąć próbę zaszcicia ubytku lub wykonania nowego zespolenia czy pokrycia ubytku płatem mięśniowym. Wśród innych rozwiązań chirurgicznych można rozważać drenaż drenem T, cewnikiem Foleya oraz ezofagostomię.

W przypadku nieszczelności zespolenia przełykowego w klatce piersiowej leczenie chirurgiczne należy zastosować w nieszczelnościach ujawniających się wcześniej ze współistniejącymi objawami septycznymi. Zasadniczym

elementem postępowania chirurgicznego jest skuteczny drenaż. W pewnych warunkach można podjąć próbę zaszcicia ubytku lub wykonania nowego zespolenia. Przy współistniejącej martwicy konieczna jest resekcja żołądka z ezofagostomią na szyi (ryc. 51.10).

Gdy nieszczelność zespolenia przełykowego ujawnia się później w postaci słabo lub umiarkowanie wyrażonych objawów klinicznych skuteczne może być postępowanie zachowawcze z obiecującymi wynikami leczenia endoskopowego za pomocą stentów samorozprężalnych (ryc. 51.11).

Sukcesu terapeutycznego w postaci zamknięcia nieuszczelności po 6–8-tygodniowym endoskopowym protezowaniu za pomocą stentów samorozprężalnych można oczekiwać u 65–85% chorych. Co prawda najczęściej stosuje się stenty całkowicie powlekane, niemniej jednak w analizach porównawczych nie stwierdzono istotnych różnic w skuteczności leczenia w zależności od zastosowanego stentu:

