

## Migracja tasiemki u chorej po plastyce żołądka jako wynik leczenia nietolerancji restrykcji poprzez częściowe wewnętrzne nacięcie ściany żołądka

Band migration as a result of restriction intolerance treatment by partial internal transection of the gastric wall

Mariusz Wyleżół, Krystyn Sosada, Maciej Wiewióra, Jerzy Piecuch, Wojciech Żurawiński, Tomasz Sitkiewicz, Marek Gluck

Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej, Wydział Lekarski w Zabrze, Śląska Akademia Medyczna, Katowice

Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2007; 2 (1): 39–41

### Streszczenie

Pionowa opaskowa plastyka żołądka (VGB) jest jedną z uznanych metod chirurgicznego leczenia otyłości, jednak jak każda operacja bariatryczna wiąże się z pewną liczbą powikłań, które wymagają ponownej operacji. Szczególnie trudnym zagadnieniem wśród pacjentów kwalifikowanych do chirurgii rewizyjnej jest brak tolerancji restrykcji u pacjentów po VGB. Postępowaniem w takiej sytuacji może być zastąpienie zabiegu restrykcyjnego operacją wyłączającą. W przypadku chorych, którzy nie wyrażają zgody na wykonanie innych operacji bariatrycznych, wystarczające jest zwykle usunięcie tasiemki założonej w miejscu kanału łączącego obie części żołądka, co umożliwia jego rozciągnięcie się i w szybkim czasie prowadzi do ustąpienia restrykcji, ale także, niestety, do niekontrolowanego przyrostu masy ciała. Przedstawiamy przypadek chorej z nietolerancją restrykcji po VGB poddanej w innym ośrodku operacji polegającej na częściowym wewnętrznym przecięciu żołądka, które doprowadziło do migracji tasiemki do światła żołądka, a tym samym do konieczności przeprowadzenia dalszych operacji.

**Słowa kluczowe:** pionowa opaskowa plastyka żołądka, rewizyjna chirurgia otyłości, migracja tasiemki.

### Summary

Vertical banded gastroplasty (VGB) is one of the recognised methods of the surgical treatment of obesity, although it is associated with some complications which require further reoperations, as every bariatric procedure. Among them, intolerance of restriction is one of the most difficult problems in revisional surgery. Usually VGB could be converted into malabsorptive procedure in such cases. Band removal could be offered to patients who do not accept the above conversion. It leads to spontaneous dilatation of gastric stoma and disappearance of restriction, but it is also the cause of uncontrolled weight gain. We present a patient with intolerance of restriction after VGB who underwent partial internal transection of the gastric wall in the other department. The above procedure caused band migration and further surgical consequences.

**Key words:** vertical banded gastroplasty, revision bariatric surgery, band migration.

#### Adres do korespondencji

Mariusz Wyleżół, Katedra i Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Bariatrycznej i Medycyny Ratunkowej w Zabrze, Śląska Akademia Medyczna w Katowicach, ul. Curie-Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze, tel. +48 32 271 63 36, e-mail: wylezol@inbox.com

## Wprowadzenie

Pionowa opaskowa plastyka żołądka (ang. *Vertical Banded Gastroplasty* – VBG), prowadząca do ograniczenia spożycia pokarmów stałych, jest jedną z uznanych metod chirurgicznego leczenia otyłości [1]. Zmniejszenie czynnościowej objętości żołądka osiąga się poprzez jego podział przy zastosowaniu szwów mechanicznych. W wyniku tego zostaje wydzielony niewielki zbiornik podwustowy o pionowym przebiegu wzdłuż krzywizny mniejszej żołądka, połączony z pozostałą częścią żołądka przewężonym kanałem otoczonym tasiemką w celu zabezpieczenia go przed rozciągnięciem się. Objętość wspomnianego zbiornika podwustowego i stopień wytworzonego przewężenia decydują o stopniu ograniczenia w przyjmowaniu pokarmów i uzyskiwaniu uczucia sytości [2]. Ponowną operację, której celem jest zapobieganie nawrotowi otyłości u chorych poddanych uprzednio chirurgicznemu leczeniu tej choroby, nazwano chirurgią rewizyjną (RChO). Określenie to stosuje się także do operacji przeciwdziałających rozwinięciu się powikłań związanych z chirurgicznym leczeniem otyłości (ChLO) [3]. RChO jest znana i praktykowana od czasu pierwszych zabiegów ChLO i dotyczyła już wyłączeń jelitowych (ang. *jejunum-ileal bypass* – JIB) [4]. Należy podkreślić, że w Polsce w latach 1993–2003 przeprowadzono ogółem 61 operacji o charakterze rewizyjnym [5]. Dotychczas ukazały się w naszym kraju jedynie nieliczne publikacje poruszające ten problem [6, 7]. Szczególnie trudnym zagadnieniem wśród pacjentów kwalifikowanych do chirurgii rewizyjnej jest brak tolerancji restrykcji u pacjentów po VBG. Chorzy ci zazwyczaj domagają się zlikwidowania ograniczenia w spo-

żywaniu pokarmów. Część z nich nie wyraża zgody na przekształcenie operacji restrykcyjnej w wyłączającą (ang. *Roux-en-Y Gastric Bypass* – RYGB, *Bilio Pancreatic Diversion* – BPD). Postępowaniem z wyboru jest wówczas usunięcie tasiemki otaczającej żołądek, co umożliwi rozciągnięcie kanału i w szybkim czasie prowadzi do ustąpienia restrykcji. Należy w takim przypadku uprzedzić chorych o nieuniknionym przyroście masy ciała.

## Opis przypadku

42-letnia pacjentka została poddana leczeniu operacyjnemu otyłości metodą pionowej opaskowej plastyki żołądka na tutejszym oddziale w 1998 r. Wskazaniami do leczenia chirurgicznego był wskaźnik masy ciała wynoszący 36,4, towarzyszące nadciśnienie tętnicze oraz nieskuteczne leczenie zachowawcze otyłości. W okresie kolejnych pięciu lat po operacji wartość wskaźnika obniżyła się do 30,5. Ze względu na brak tolerancji restrykcji chorą poddano ponownej operacji w 2003 r. poza tutejszym ośrodkiem, w którym nie prowadzi się leczenia bariatrycznego. Podczas opisywanej operacji otwarto jamę otrzewnową, a następnie poprzez przecięcie dalszej części żołądka nacięto od wewnątrz błonę śluzową oraz mięśniową na wysokości założonej tasiemki. W okresie pooperacyjnym obserwowano niewielki przyrost BMI o około jedną jednostkę. Rok później, podczas przygotowania chorej poza zabrzańskim ośrodkiem do operacji przepukliny pooperacyjnej, stwierdzono w badaniu endoskopowym obecność ciała obcego w świetle żołądka związanego na stałe z jego ścianą (ryc. 1). Pomimo to chorą operowano z powodu przepukliny, a dopiero po operacji skierowano na konsultację do tutejszego ośrodka. Ze względu na postawione rozpoznanie częściowej migracji tasiemki do światła żołądka i przebyte przed miesiącem leczenie operacyjne chorą poddano trzykrotnej próbie ewakuacji ciała obcego na drodze endoskopowej, która nie powiodła się. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Ze względu na kategoryczny brak zgody ze strony chorej na jednoczesne przeprowadzenie zabiegu o charakterze bariatrycznym po otwarciu jamy otrzewnowej nacięto przednią ścianę żołądka i usunięto tasiemkę, a następnie zaszyto dwuwarstwowo ścianę żołądka. W okresie pooperacyjnym doszło do powstania mnogich ropni w jamie otrzewnowej, z powodu których chora była sześciokrotnie reoperowana. Nie stwierdzono u niej na żadnym etapie leczenia nieszczelności przewodu pokarmowego. Po upły-



Ryc. 1. Migrująca tasiemka w świetle żołądka

wie dwóch miesięcy od operacji rewizyjnej chora została wypisana do domu w stanie dobrym.

## Dyskusja

Pionowa opaskowa plastyka żołądka zapewnia efektywny spadek masy ciała, jednak jak każdy zabieg bariatryczny wiąże się z pewną liczbą powikłań, które wymagają ponownej operacji. Do najczęstszych odległych powikłań charakterystycznych dla pionowej opaskowej plastyki żołądka należy zaliczyć zatkanie kanału żołądkowego kęsem pokarmowym, zwężenie i niedrożność wytworzonego kanału żołądkowego, rozerwanie podziału żołądka z wytworzeniem lub bez wytworzenia przetoki żołądkowo-żołądkowej, wniknięcie tasiemki do światła żołądka, refluks żołądkowo-przełykowy, powiększenie średnicy przełyku (*megaesophagus*) [8]. Szczególnie trudnym problemem po tego typu operacjach jest nietolerancja restrykcji. Choć jest to rzadkie powikłanie operacji ograniczających możliwość przyjmowania pokarmów, to jednak pacjenci poddani tym operacjom zwykle wymagają chirurgii rewizyjnej. Niemniej podjęcie decyzji o przeprowadzeniu ponownej operacji powinno być poprzedzone wnikliwym badaniem podmiotowym i wykonaniem badań obrazujących. Postępowaniem w takiej sytuacji może być zamiana zabiegu restrykcyjnego na operację wyłączającą. W przypadku chorych, którzy nie wyrażają zgody na wykonanie innych operacji bariatrycznych, wystarczające jest zwykle usunięcie tasiemki założonej w miejscu kanału łączącego obie części żołądka, co umożliwi jego rozciągnięcie się i w szybkim czasie prowadzi do ustąpienia restrykcji. Opisywana chora należała do tej grupy pacjentów.

Pacjentka została jednak poddana ponownej operacji polegającej na częściowym przecięciu ściany żołądka na wysokości tasiemki, która nie tylko nie zniósła restrykcji (wzrost BMI o jedną jednostkę), ale dodatkowo była prawdopodobną przyczyną izolowanej migracji tasiemki do światła żołądka. Należy podkreślić, że w grupie blisko 500 chorych operowanych metodą VBG w tutejszym ośrodku był to jedyny przypadek migracji tasiemki, któremu nie towarzyszyło wystąpienie przetoki żołądkowo-żołądkowej lub rozerwanie linii podziału żołądka. Ponadto do tutejszego ośrodka chora zgłosiła się we wczesnym okresie po operacji przepukliny pooperacyjnej ze zdiagnozowaną w okresie przedoperacyjnym migracją tasiemki. Ze względu na doświadczenie autorów dotyczące możliwości wystąpienia powikłań zagrażających życiu w przebiegu

migracji opaski podjęto natychmiastowe leczenie opisywanej chorej [9]. Trzykrotna próba endoskopowego usunięcia tasiemki nie powiodła się. Należy zaznaczyć, że doniesienia o takim postępowaniu były już publikowane [10]. W związku z powyższym chorą zakwalifikowano do operacji, podczas której konieczne było ponowne nacięcie żołądka i usunięcie tasiemki.

W podsumowaniu należy podkreślić, że ze względu na coraz większą liczbę chorych operowanych w Polsce z powodu otyłości, coraz częściej chirurdzy niezajmujący się na co dzień chirurgią bariatryczną będą leczyć tego typu pacjentów, również z innych wskazań. Pacjenci ci mogą przysporzyć trudności zarówno diagnostycznych, jak i technicznych podczas operacji na ostrym dyżurze i w trybie planowym. Opisany przypadek potwierdza słuszność kontynuacji leczenia bariatrycznego tej grupy chorych w ośrodkach, których pracownicy mają doświadczenie w przeprowadzaniu tego typu procedur [11].

## Piśmiennictwo

1. Pasnik K, Krupa J, Stanowski E. Vertical banded gastroplasty: 6 years experience at a center in Poland. *Obes Surg* 2005; 15: 223-7.
2. Mason EE, Doherty C, Cullen JJ i wsp. Vertical gastroplasty: evolution of vertical banded gastroplasty. *World J Surg* 1998; 22: 919-24.
3. Linner JH. *Surgery for morbid obesity*. Springer Verlag. New York 1984
4. Halverson JD, Wise L, Wazna MF i wsp. Jejunioleal bypass for morbid obesity. A critical appraisal. *Am J Med* 1978; 64: 461-75.
5. Wylezol M, Zwirska-Korczała K, Pasnik K. Bariatric surgery in Poland from 1993 to 2003. *J Physiol Pharmacol* 2005; 56 Suppl 6: 109-15.
6. Wiewióra M, Wyleżoł M, Pardela M i wsp. Rewizyjna chirurgia otyłości u chorych po pionowej opaskowej plastyce żołądka. *Diabetol Pol* 2003; 10: 242-5.
7. Wylezol M, Pardela M, Wiewiora M. Revision bariatric surgery due to staple line disruption among 335 patients who underwent vertical gastroplasty. *Progr Med Res* 2003; 1: 2-11.
8. Linner JH, Drew RL. Reoperative surgery – indications, efficacy, and long-term follow-up. *Am J Clin Nutr* 1992; 55 (2 Suppl): 606S-105S.
9. Wylezol M, Sitkiewicz T, Gluck M i wsp. Intra-abdominal abscess in the course of intragastric migration of an adjustable gastric band: a potentially life-threatening complication. *Obes Surg* 2006; 16: 102-4.
10. Froilan Torres C, Suarez JM i wsp. Silastic band migration: an unusual complication following vertical banded gastroplasty. *Endoscopy* 2003; 35: 193.
11. The Cancun IFSO statement on bariatric surgeon qualifications, October 4th, 1997; [www.obesity-online.com/ifso/qualification.htm](http://www.obesity-online.com/ifso/qualification.htm)