

Operační výkony na žaludku

Operační výkony na žaludku se liší především dle indikace. Podobné jsou postupy chirurgická terapie vředové choroby a nádorů, na rozdíl od bariatrických výkonů.

Chirurgická terapie vředové choroby a nádorů

Resekce žaludku

Resekcí žaludku se rozumí odstranění jeho části. V současnosti se provádějí se nejčastěji z důvodu **malignit**, dříve to byla gastroduodenální vředová choroba, před rozvojem eradikační terapie *H. pylori*. Jednotlivé operace jsou rozdílné v rozsahu a následném obnovení kontinuity gastrointestinálního traktu.

Dvoutřetinová resekce žaludku

Při této operaci se odstraňuje část těla žaludku, antrum, pylorus a počátek duodena. Hlavní indikací byla neúspěšná konzervativní terapie gastroduodenální vředové choroby. Postupy dvoutřetinových resekcí jsou pojmenovány podle jejich průkopníka Theodora Billrotha.

1. **Resekce typu Billroth I** – anastomóza se vytváří mezi pahýlem žaludku a duodenem (gastroduodenoanastomóza).
2. **Resekce typu Billroth II** – anastomóza je mezi pahýlem žaludku a předsunutou kličkou jejunu (*end to side*), duodenum je slepě uzavřeno.

Subtotální gastrektomie

Provádí se zejména při odstraňování tumorů a dle lokalizace je ponechána kardia a fundus, eventuálně antrum při výskytu nádoru v horní třetině žaludku. Kontinuita je z důvodu většího rozsahu obnovena pomocí **Y-anastomózy dle Rouxe** (gastrojejunostomie někdy označována jako resekce dle Rouxe).

Totální gastrektomie

Při totální gastrektomii je **odstraněn celý žaludek**, důvodem je hlavně maligní nádor. Následně se jícnem spojí exkludovanou kličkou jejunu dle Rouxe (*end to end*) nebo omega anastomózou (*end to side*) se spojkou na jejunu pro průtok trávicích šťáv (**Braunova anastomóza**). Operace větších tumorů je doplněna splenektomií, eventuálně resekci pankreatu.

Vagotomie

Přetrnutí zakončení n. vagu v různém rozsahu s cílem denervace parietálních buněk se provádí samostatně při chronické vředové chorobě nebo v kombinaci s resekčními výkony. Standardní metodou je dnes **proximální selektivní vagotomie** uchováající inervaci antra a pyloru. Rozsáhlejší trunkální vagotomie a selektivní totální vagotomie vyžadují pyloroplastiku a z důvodu nežádoucích efektů jsou indikovány pouze při recidivách.

Sutura vředu

Sutura vředu je častá metoda uplatňovaná při jeho perforaci. Lze ji provést laparoskopicky a u lokalizace v žaludku by měla být doplněná excizí okraje, kvůli vyloučení malignity. Pokud je to potřeba, tak je doplněna ligací krvácející cévy.

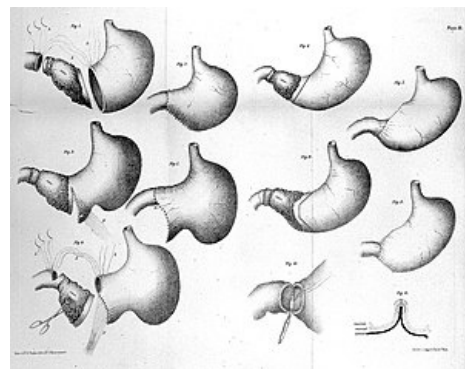
Bariatrické výkony

Jedná se v první řadě o bandáže žaludku, sleeve gastrektomie, plikace žaludku a dále např. žaludeční bypass.

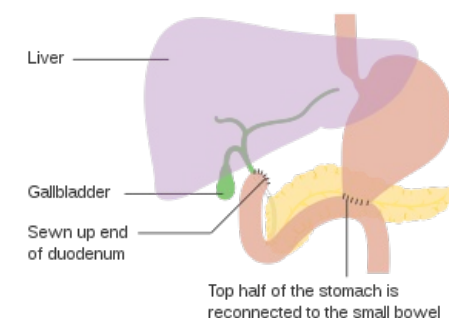
 *Podrobnější informace naleznete na stránce Bariatrické chirurgické výkony.*

Charakteristické komplikace

Výkony na žaludku zahrnují několik specifických komplikací. Jejich vyjádření se označuje jako postgastrektomický syndrom. Mohou se vyskytovat akutně (recidivující ulkus) nebo chronicky (např. refluxní gastritida, karcinom v pahýlu). U rozsáhlých operací jsou časté, proto je snaha postupovat primárně konzervativně a co nejméně invazivně.



Postup resekce typu Billroth I



Resekce typu Billroth II

Recidivující ulkus

Častěji se objevuje po vagotomii než resekci žaludku. U každé recidivy vyloučit Zollingerův-Ellisonův syndrom.

Dumping syndrom

Rozlišuje se **časná a pozdní forma**, významným rizikovým faktorem je resekce typu Billroth II a rozsáhlejší varianty.

1. Časný je způsobený nestrávenou hyperosmolární stravou, která se dostane do jejunu a vyvolá **pokles cirkulujícího objemu** až o 20 %. Do půlhodiny dochází k postprandiálnímu kolapsu s opocením a nevolností.
2. Pozdní je charakterizovaný **atakou hypoglykémie** následkem excesivního uvolnění insulinu. Objevuje se 2–3 hodiny postprandiálně, známky jsou nevolnost, bezvědomí a šok.

Syndrom přívodné kličky

Způsobený stázou a retencí potravy s patogenní kolonizací v přívodné kličce. Manifestuje se nechutenstvím, plností a náhlým žlučovitým zvracením.

Syndrom odvodné kličky

Vzniká zalomením, zúžením anastomózy nebo invaginací, což vede k omezenému vyprazdňování žaludku do odvodné kličky. Klinické příznaky jsou subjektivní plnost po jídle a zvracení.

Refluxní gastritis

Ztráta pyloru při resekcích žaludku vede ke stálé expozici žaludeční sliznice **žlučovým kyselinám**. Z dlouhodobého hlediska se často rozvíjí gastritida a zvyšuje se riziko karcinomu žaludečního pahýlu.

Karcinom žaludečního pahýlu

Resekce žaludku je predispozicí pro vznik karcinomu žaludku.^[1] Vyvíjí se většinou od 15. roku po resekci, proto je od této chvíle doporučena každoroční gastroskopie.

Odkazy

Související články

- Bariatrické chirurgické výkony
- Gastroduodenální vředová choroba
- Karcinom žaludku

Použitá literatura

- LANGÁŠKOVÁ, Iveta. *Nutriční stav nemocného po gastrektomii* [online]. Brno, 2007, s. 18–20, dostupné také z <https://is.muni.cz/th/tscqv/Bakalarska_prace.pdf>.
- SCHUMPELICK, Volker. *Kurzlehrbuch Chirurgie : 181 Tabellen.* - vydání. Thieme, 2006. 947 s. s. 487. ISBN 9783131271273.

Reference

1. JELÍNEK, Tomáš. *Karcinom žaludečního pahýlu* [online]. [cit. 2020-06-11]. <<https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/karcinom-zaludecniho-pahylu/>>.