

Niedrożność jelita cienkiego jako konsekwencja przemieszczenia protezy przełykowej – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

*Konrad Wroński, Maciej Orłowski, Arkadiusz Michalak

Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dra M. Pirogowa w Łodzi
Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej: dr med. Jerzy Okraszewski

SMALL BOWEL ILEUS AS A CONSEQUENCE OF A MIGRATED OESOPHAGEAL STENT – CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Summary

Oesophageal stents are used both in curing inoperable malignant tumors and stenoses of the oesophagus. The number of complications following their placement is decreasing due to a higher quality of the stents. The ileus of the small bowel caused by a migrated stent occurs extremely rarely in clinical practice.

In the following article the authors describe a case of a 51-year-old woman patient who had surgery due to a small bowel ileus resulting from a migrated oesophageal stent and also review the latest literature referring to this issue.

Key words: oesophageal stent, migration, complications, ileus, treatment

WSTĘP

Protezy przełykowe używane są do leczenia nieoperacyjnych nowotworów złośliwych i zwężeń przełyku (1-8). Ze względu na coraz lepszą jakość produkowanych stentów ilość powikłań po ich założeniu jest coraz mniejsza (5-16). Niedrożność jelita cienkiego spowodowana migracją stentu występuje niezwykle rzadko w praktyce klinicznej (7-15).

OPIS PRZYPADKU

51-letnia kobieta z nieoperacyjnym rakiem gruczołowo-płaskonabłonkowym przełyku naciekającym połączenie przełykowo-żołądkowe i dno żołądka z przerzutami do węzłów chłonnych okołożołądkowych i zaotrzewnowych, po laparotomii i protezowaniu przełyku m/o Hering, po założeniu gastrostomii i po chemioterapii została przyjęta do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dra Mikołaja Pirogowa w Łodzi z powodu bólów brzucha, zatrzymania gazów i stolca, nudności i wymiotów od dwóch dni. W wywiadzie stent u chorej był założony 13 miesięcy wcześniej. W badaniu przedmiotowym u chorej stwierdzono bolesny brzuch szczególnie w podbrzuszu o wzmożonym napięciu. W badaniach laboratoryjnych zwracała uwagę

leukocytoza (WBC – 15 tys./ μ l). Pozostałe badania laboratoryjne nie wykazywały odchyłań od normy.

U chorej wykonano RTG brzucha na stojąco, w którym stwierdzono obecność protezy w końcowym odcinku jelita cienkiego i obecność pojedynczych poziomów płynowo-gazowych w śródbrzuszu głównie po stronie prawej (zdjęcie 1). U chorej postawiono rozpoznanie: niedrożność jelita cienkiego spowodowana migracją protezy przełykowej. Wobec powyższych objawów chorą zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym.

W znieczuleniu ogólnym cięciem pośrodkowym dolnym otworzono jamę otrzewnej. Po otwarciu jamy otrzewnej stwierdzono rozdęte pętle jelita cienkiego. Kontrola palpacyjna jelita cienkiego wykazała protezę w odległości około 20 cm od zastawki krętniczo-kątniczej. Cięciem poprzecznym otworzono jelito i ewakuowano protezę przełykową. Jelito cienkie zamknięto dwoma piętrami szwów ciągłych wchłanianych. Czas trwania operacji wynosił 40 minut.

Przebieg pooperacyjny u chorej był niepowikłany. Po 10-dniowej hospitalizacji chora została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Obecnie chora znajduje się pod kontrolą Centrum Leczenia Żywnościowego w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. dra Mikołaja Pirogowa w Łodzi.



Zdjęcie 1. Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej u 51-letniej kobiety pokazujące obecność protezy przełykowej w jelicie cienkim i pojedyncze poziomy plynowo-gazowe w śródbzruszu głównie po stronie prawej.

OMÓWIENIE

W XXI wieku stenty przełykowe odgrywają coraz większą rolę w leczeniu pacjentów ze zwężeniami przełyku (1-8). Powikłania po założeniu endoprotez do przełyku zdarzają się dość często (13-29%) (6-10). Najczęstszymi powikłaniami są: krwawienie do przewodu pokarmowego, perforacja, zamknięcie protezy przez guz i martwica ściany przełyku spowodowana uciskiem na ścianę (3-8). Chorzy po założeniu stentu mogą od razu spożywać normalną dietę, u około 95% pacjentów następuje natychmiastowa poprawa warunków połykania (7, 9). W wielu badaniach udowodniono, że zastosowanie endoprotez przełykowych pozwala na wydłużenie i zwiększenie jakości życia pacjentów z nieoperacyjnym rakiem przełyku (1-4).

Obecnie u chorych zakładane są do przełyku specjalne endoprotezy wykonane z metalu lub z tworzyw sztucznych (1-6). Stenty metalowe mają większe wymiary, rzadziej obserwuje się ich przemieszczanie i pomimo swojej ceny są coraz częściej używane (1-7). Natomiast stenty wykonane z tworzyw sztucznych mają nieco mniejsze rozmiary i częściej obserwuje się ich przemieszczanie w obrębie przewodu pokarmowego (7-12, 16). Migracje stentów przełykowych zdecydowanie częściej obserwuje się wtedy, gdy są one założone w okolicy połączenia przełykowo-żołądkowego (7, 9, 11).

Przemieszczająca się endoproteza przełyku w obrębie jelita cienkiego może spowodować perforację (9, 13). Najczęstszym miejscem, gdzie dochodzi do perforacji jelita cienkiego, jest dwunastnica (9). W artykule Bay'a

i Penninga (13) opisano przypadek migrującej protezy przełykowej, która spowodowała niedrożność i perforację jelita cienkiego. W takich przypadkach u chorych wykonuje się odcinkową resekcję uszkodzonego jelita cienkiego z zespoleniem koniec do końca.

W pracy Harriasa i wsp. (16) opisano leczenie 84-letniej chorej, u której po dwóch latach od momentu założenia protezy przełykowej doszło do oderwania się segmentu protezy, który po umiejscowieniu się przed zastawką krętniczko-kątniczą spowodował niedrożność jelita cienkiego. Chora była leczona chirurgicznie.

W artykule Bastosa i wsp. (6) opisano przypadek pacjentki, u której założono stent plastikowy (Celestin) z powodu zwężenia przełyku. Proteza została zlokalizowana i usunięta z odbytnicy. U pacjentki nie stwierdzono podczas migracji stentu niedrożności ani perforacji przewodu pokarmowego.

„Złotym standardem” w leczeniu chorych, u których doszło do przemieszczenia protezy przełykowej z niedrożnością jelita cienkiego, jest wykonanie pilnej laparotomii z usunięciem protezy lub wycięcie uszkodzonego fragmentu jelita cienkiego z protezą.

PODSUMOWANIE

Mimo, iż liczba powikłań po założeniu stentu przełykowego nie jest duża, to opisany przez autorów przypadek niedrożności jelita cienkiego spowodowany migracją protezy przełykowej wskazuje na konieczność dokładnej diagnostyki (z kontrolą położenia stentu w przełyku) u chorych, u których występują objawy niedrożności jelita cienkiego. Pacjenci, u których wystąpiła niedrożność lub perforacja przewodu pokarmowego spowodowana protezą przełykową powinni być leczeni w ośrodkach wysokospecjalistycznych, w których istnieje możliwość zastosowania w okresie pooperacyjnym żywienia pozajelitowego. □

Piśmiennictwo

1. Pera M, Manterola C, Vidal O et al.: Epidemiology of esophageal adenocarcinoma. *J Surg Oncol* 2005; 92: 151-159.
2. Siersema PD, Dees J, van Blankenstein M: Palliation of malignant dysphagia from oesophageal cancer. Rotterdam Oesophageal Tumor Study Group. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1998; 225: 75-84.
3. Adams R, Morgan M, Mukherjee S et al.: A prospective comparison of multidisciplinary treatment of oesophageal cancer with curative intent in a UK cancer network. *Eur J Surg Oncol* 2007; 33: 307-313.
4. Cordero JA Jr, Moores DW: Self-expanding esophageal metallic stents in the treatment of esophageal obstruction. *Am Surg* 2000; 66: 956-959.
5. Morgan R, Adam A: Use of metallic stents and balloons in the esophagus and gastrointestinal tract. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12: 283-297.
6. Bastos I, Gomes D, Gregorio C et al.: An unusual foreign body in rectum. *Hepatogastroenterology* 1998; 45: 1587-1588.
7. Kato H, Fukuchi M, Miyazaki T et al.: Endoscopic clips prevent self-expandable metallic stent migration. *Hepatogastroenterology* 2007; 54: 1388-1390.
8. Henne TH, Schaeff B, Paolucci V: Small-bowel obstruction and perforation. A rare complication of an esophageal stent. *Surg Endosc* 1997; 11: 383-384.
9. Kim HC, Han JK, Kim TK et al.: Duodenal perforation as a delayed complication of placement of an esophageal stent. *J Vasc Interv Radiol* 2000; 11: 902-904.
10. Dogan UB, Egilmez E: Broken stent in oesophageal malignancy: a rare complication. *Acta Gastroenterol Belg* 2005; 68: 264-266.

11. Altıparmak E, Saritas U, Disibeyaz S et al.: Gastrocolic fistula due to a broken esophageal self-expandable metallic stent. *Endoscopy* 2000; 32: S72. 12. von Schonfeld J: Endoscopic retrieval of a broken and migrated esophageal metal stent. *Z Gastroenterol* 2000; 38: 795-798. 13. Bay J, Penninga L: Small bowel ileus caused by migration of oesophageal stent. *Ugeskr Laeger*. 2010; 172(33): 2234-2235. 14. Valek V, Hrobar P, Mrazova J et al.: Metal stents in patients with malignant and benign esophageal stenoses. *Rozhl Chir* 1997; 76(7): 319-324. 15. Kala Z, Ostrizek T, Hanke I et al.: A rare cause of ileus and its laparoscopic treatment. *Rozhl Chir*. 1997; 76(5): 246-249. 16. Harries R, Campbell J, Ghosh S: Fractured migrated oesophageal stent fragment presenting as small bowel obstruction three years after insertion. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92(6): W14-15.

otrzymano/received: 20.05.2011
zaakceptowano/accepted: 31.05.2011

Adres do korespondencji:
*Konrad Wroński
Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dra M. Pirogowa
ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź
tel.: (42) 636-76-11
e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl