

# Endoskopowe leczenie niedrożności dwunastnicy w przebiegu nacieku raka trzustki – opis przypadku

**\*Szymon Głowacki, Karol Łukasiak, Tomasz Pokładowski, Zbigniew Suwała**

Oddział Chirurgiczny, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, Sierpc  
Kierownik Oddziału: dr n. med. Szymon Głowacki

---

## TREATMENT OF MALIGNANT DUODENAL OBSTRUCTION WITH ENDOSCOPICALLY PLACED SELF-EXPANDABLE METAL STENT – CASE REPORT

---

### Summary

The authors present a case of a patient with gastroduodenal obstruction caused by an advanced malignancy of pancreatic origin. Due to an overall poor health of the patient the authors withdrew from surgical means of palliative treatment in favor of endoscopic duodenal self-expandable metal stent placement. The procedure was performed with excellent result. The patient was able to resume oral intake and continued to do so until his demise.

The authors wish to stress and underline the appropriateness of this approach in such cases.

Key words: endoscopy, self-expandable metal stent (SEMS), laparotomy, pancreas tumor

---

### WSTĘP

Niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego to podstawowe powikłanie w przebiegu choroby nowotworowej dotyczącej żołądka, przelyku, trzustki czy dwunastnicy.

Leczeniem z wyboru jest postępowanie chirurgiczne (1-4). Niestety operacje tego typu, z założenia paliatywne, skazane są na wiele powikłań. W związku z zaawansowaniem choroby nowotworowej pacjent jest narażony na rozejście się zespoleń, upośledzone gojenie ran, przetoki w zspoleniach oraz brak ustąpienia objawów dyspepsji po operacji. Występowanie zespołu późnego opróżniania żołądka i uporczywe wymioty powodują dużą trudność w leczeniu tych chorych.

W związku z rozwojem technik endoskopowych możemy coraz częściej zastąpić chirurgię klasyczną zabiegiem endoskopowym. Pierwsze doniesienia o skutecznym stentowaniu zwężeń nowotworowych są z początku lat 90. XX wieku. W chwili obecnej, dzięki nowoczesnym stentom możemy znacząco zmniejszyć ilość powikłań po tych zabiegach. Ostatnie prace naukowe prezentują nowe zastosowania protez samorozprężalnych jako skuteczne narzędzie do leczenia przetok oraz nieszczelności pooperacyjnych przewodu pokarmowego. Dopuszcza się również zakładanie tymczasowe protez do przelyku w przypadku żylaków.

### MATERIAŁ

Autorzy pracy prezentują przypadek 55-letniego mężczyzny leczonego w oddziale chirurgicznym z powodu

niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego w przebiegu zaawansowanego raka trzustki.

### OPIS PRZYPADKU

55-letni chory został przyjęty do oddziału chirurgicznego z powodu progresji objawów niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP). W wywiadzie około 6 miesięcy wcześniej zwężenie dwunastnicy leczone endoskopowo z biopsją niepotwierdzającą nowotworowego charakteru zwężenia. W wykonanej wówczas tomografii jamy brzusznej również nie potwierdzono tła nowotworowego. W badaniach laboratoryjnych przy przyjęciu umiarkowana niedokrwistość – HGB 12 g/dL, BMI 18. Pacjent schudł około 10 kilogramów. W wykonanych badaniach obrazowych rozpoznano upośledzenie drożności GOPP. W badaniu TK brzucha stwierdzono zaawansowany proces nowotworowy z punktem wyjścia najprawdopodobniej z trzustki. Z powodu postępującej dysfagii oraz braku rozpoznania histopatologicznego zdecydowano o leczeniu operacyjnym.

Wykonano laparotomię zwiadowczą i potwierdzono zaawansowanie choroby nowotworowej oraz pobrano wycinki z wątroby, które zweryfikowano w badaniu histopatologicznym. Celem laparotomii było również wykonanie zspoleń omijających. Z powodu dużego rozsiewu w jamie otrzewnej zmian o charakterze nowotworowym, zdecydowano o zakończeniu operacji i wykorzystaniu technik endoskopowych, aby udrożnić dwunastnicę. Przebieg pooperacyjny powikłany był niewielką infekcją

rany. W trzeciej dobie po operacji wykonano mechaniczne poszerzenie zwężenia dwunastnicy z ablacją guza, a następnie założono samorozprężalny stent dwunastnicy EVO 22-27-6-D. Po zabiegu chory czuł się dobrze. Nie wymagał zwiększenia leków przeciwbólowych. W czwartej dobie rozpoczęto żywienie doustne, które chory dobrze tolerował. W kolejnej dobie wypisano chorego pod opiekę rodziny i poradni chirurgicznej oraz onkologicznej. Po uzyskaniu wyniku histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie gruczolakoraka z punktem wyjścia z trzustki, chory został zakwalifikowany do chemioterapii paliatywnej. Po trzech miesiącach leczenia chory zmarł z pełną drożnością przewodu pokarmowego. Na zdjęciach wykonanych na pięć dni przed śmiercią widoczne jest pełne rozprężenie stentu (ryc. 1, 2).

## DYSKUSJA

Stentowanie zwężeń nowotworowych swoje początki ma w latach 90. XX wieku. Pierwsze doniesienia dotyczyły stentowania dróg żółciowych oraz przełyku (5). Niedrożność górnego odcinka przewodu pokarmowego jest coraz częściej leczona technikami endoskopowymi (6-10). Od ponad 20 lat obserwujemy dynamiczny rozwój endoskopii, która wykorzystywana jest praktycznie w każdej części przewodu pokarmowego. Dzięki powstawaniu coraz doskonalszych stentów ilość powikłań znacząco spadła (11-13). Najczęściej dochodziło do

migracji protezy, perforacji przewodu pokarmowego czy też masywnych krwawień (6, 14). Obecnie stenty samorozprężalne służą coraz skuteczniej do leczenia przetok i nieszczelności pooperacyjnych. Są również używane w przypadku braku powodzenia w leczeniu krwawień z żyłaków przełyku (15).

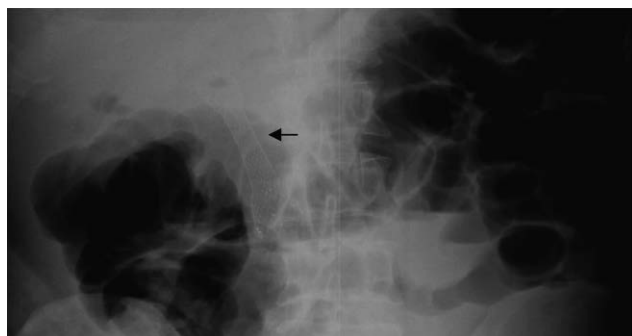
Powstaje coraz więcej doniesień oraz prac obejmujących duże analizy, w których ocenia się metody stosowane w endoskopii celem zaopatrzenia chorego w terminalnym okresie choroby. Podkreśla się jego jakość życia jako najważniejszy element w okresie leczenia paliatywnego (13, 14, 16). Dzięki zabiegom endoskopowym możemy znacząco zmniejszyć śmiertelność, szybciej uruchomić pacjenta i rozpocząć żywienie doustne wkrótce po wykonanym zabiegu. Procedury endoskopowe ułatwiają opróżnianie żołądka, pozwalają szybko rozpocząć rehabilitację oraz, co najważniejsze, leczenie, jakim jest chemioterapia. Należy zwrócić również uwagę na aspekt ekonomiczny, jakim jest koszt wykonywanych procedur i czas pobytu w szpitalu. W tym kryterium zdecydowanie wygrywa leczenie endoskopowe. Pewnego rodzaju ograniczeniami są choroby ze zwężeniami tak zaawansowanymi, u których nie można wykonać zabiegu endoskopowego. Problemem jest również dostęp do lekarza i pracowni endoskopowej, która będzie w stanie taki zabieg przeprowadzić (1,17).

## WNIOSKI

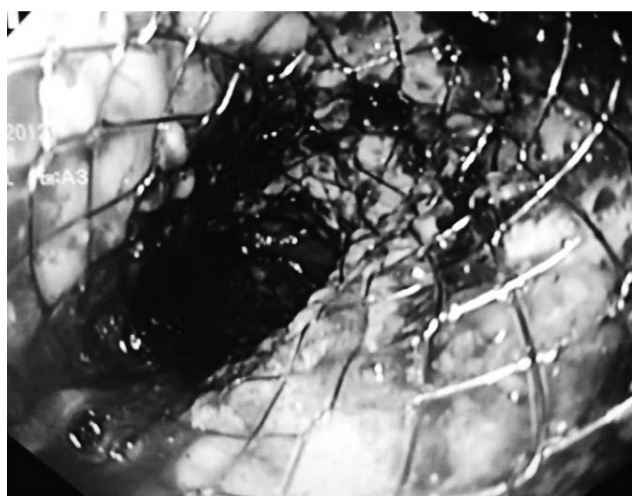
Metody endoskopowe leczenia niedrożności mechanicznej w przebiegu zaawansowanego procesu nowotworowego są doskonałą alternatywą dla postępowania z wyboru, jakim do tej pory była chirurgia klasyczna.

## Piśmiennictwo

1. Dormann A, Meisner S, Verin N, Wenk Lang A: Self-expanding metal stents for gastroduodenal malignancies: systematic review of their clinical effectiveness. *Endoscopy* 2004; 36: 543-550.
2. Lindsay JO, Andreyev HJ, Vlavianos P, Westaby D: Self-expanding metal stents for the palliation of malignant gastroduodenal obstruction in patients unsuitable for surgical bypass. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 901-905.
3. Erkan C, Dobrucali A: Self-Expandable Metallic Stent Placement in the Palliative Treatment of Malignant Obstruction of Gastric Outlet and Duodenum. *Clin Endosc* 2013 January; 46(1): 59-64.
4. Costamagna G, Tringali A, Spicak J et al.: Treatment of malignant gastroduodenal obstruction with a nitinol self-expanding metal stent: an international prospective multicentre registry. *Dig Liver Dis* 2012; 44: 37-43.
5. Roy S, Bajjal SS, Ishiguchi T et al.: Esophageal stenting with a self-expandable metallic device: a preliminary study. *Nagoya J Med Sci* 1992 Mar; 54(1-4): 59-66.
6. Kim JH, Song HY, Shin JH et al.: Metallic stent placement in the palliative treatment of malignant gastroduodenal obstructions: prospective evaluation of results and factors influencing outcome in 213 patients. *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 256-264.
7. Piesman M, Kozarek RA, Brandabur JJ et al.: Improved oral intake after palliative duodenal stenting for malignant obstruction: a prospective multicenter clinical trial. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 2404-2411.
8. Gaidos JK, Draganov PV: Treatment of malignant gastric outlet obstruction with endoscopically placed self-expandable metal stents. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 4365-4371.
9. Masci E, Viale E, Mangiavillano B et al.: Enteral self-expandable metal stent for malignant luminal obstruction of the upper and lower gastrointestinal tract: a prospective multicentric study. *J Clin Gastroenterol* 2008; 42: 389-394.
10. Jeurnink SM, Steyerberg EW, van



Ryc. 1. Pełne rozprężenie stentu widoczne w RTG.



Ryc. 2. Rozprężony stent – widok endoskopowy.

Hoofft JE et al.: Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 490-499. **11.** Mutignani M, Tringali A, Shah SG et al.: Combined endoscopic stent insertion in malignant biliary and duodenal obstruction. *Endoscopy* 2007; 39: 440-447. **12.** Loffeld RJLF, Dekkers PEP: Palliative stenting of the digestive tract: a case series of a single centre. *J Gastrointest Oncol* 2013 March; 4(1): 14-19. **13.** Vlavianos P, Zabron A: Clinical outcomes, quality of life, advantages and disadvantages of metal stent placement in the upper gastrointestinal tract. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012; 6: 27-32. **14.** Song M, Song HY, Kim JH et al.: Food impaction after expandable

metal stent placement: experience in 1360 patients with esophageal and upper gastrointestinal tract obstruction. *J Vasc Interv Radiol* 2011; 22: 1293-1299. **15.** Lamazza A, Fiori E, Sterpetti AV: Endoscopic placement of self-expandable metal stents for treatment of rectovaginal fistulas after colorectal resection for cancer. *Gastrointest Endosc* 2014 Jun; 79(6): 1025-1027. **16.** Chandrasegaram MD, Eslick GD, Mansfield CO et al.: Endoscopic stenting versus operative gastrojejunostomy for malignant gastric outlet obstruction. *Surg Endosc* 2012; 26: 323-329. **17.** Larsen L, Hauge T, Medhus AW: Stent treatment of malignant gastric outlet obstruction: the effect on rate of gastric emptying, symptoms, and survival. *Surg Endosc* 2012 Oct; 26(10): 2955-2960. Epub 2012 Apr 27.

nadesłano: 14.10.2014

zaakceptowano do druku: 19.11.2014

Adres do korespondencji:

\*Szymon Głowacki

Oddział Chirurgiczny SPZZOZ

ul. Słowackiego 32, 09-200 Sierpc

tel.: +48 (24) 275-85-16

e-mail: szymon.glowacki@onet.pl