

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С МНОЖЕСТВЕННЫМ РЕСТЕНТИРОВАНИЕМ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

САРАНСК

Зубкова Е. Г., Земскова М. И.

ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер»

Абстракт: в статье рассматривается клинический случай стентирования пищеводно-тонкокишечного анастомоза, с последующими рестентированиями из-за развившихся осложнений.

Стентирование – малоинвазивное эндоскопическое вмешательство, позволяющее восстановить проходимость пищевой трубки. Данная операция зачастую носит паллиативный характер, но также может применяться и как метод лечения несостоятельности анастомоза. При этом эффективность стентирования опухолевых стенозов по литературным данным до 99.4%, а эффективность стентирования зоны несостоятельности по литературным данным имеет достаточно большой разброс (50-74.7%).

К методам лечения несостоятельности пищеводно-тонкокишечных анастомозов относятся: хирургический (уровень летальности 60%), консервативное лечение (летальность 40%), использование вакуум-аспирационной системы (молодой метод без достоверных литературных данных), применение эндоскопических сшивающих устройств (в РФ не зарегистрированы), стентирование (летальность 9%). По литературным данным наиболее частым осложнением является миграция стента (до 53%), зарастание стента грануляциями встречается лишь у 12% пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент К., 1955 г.р. с диагнозом Рак нижней трети тела желудка pT1bN1M0G3 (Ib стадия). Впервые обратился в эндоскопическое отделение ГБУЗ РМ РОД в августе 2020 г. с жалобами на дисфагию.

Анамнез. Во время прохождения планового ЭГДС (февраль 2020) была выявлена опухоль тела желудка (в теле желудка ближе

к антральному отделу по большой кривизне участок инфильтрации слизистой до 20 мм с изъязвлением по центру. Гистология низкодифференцированная аденокарцинома.

По дополнительным методам исследования данных за отдаленное метастазирование не получено.

Пациент был госпитализирован в медицинское учреждение А. и 2.03.2020 г. выполнена операция – лапароскопическая Д2 гастрэктомия на отключенной по Ру петле тонкой кишки.

На 11 сутки после операции выявлена частичная несостоятельность эзофагодуоденального анастомоза, что потребовало эндоскопической установки покрытого нитинолового стента (№ 1) в отводящую кишку. Несмотря на проводимую терапию состояние больного прогрессивно ухудшалось. 20.03.2020 – диагностическая лапароскопия, дренирование брюшной полости по поводу абсцесса правой подвздошной области, местного ограниченного перитонита. 24.03.2020 – релапароскопия, адгезиолизис (по поводу острой спаечной непроходимости).

Выписан 5.04.2020 в удовлетворительном состоянии с рекомендацией явится на госпитализацию через 2-3 месяца на удаление стента.

При госпитализации через 3 месяца в июле 2020г (раньше пациент приехать не смог из-за карантинных мероприятий по поводу COVID-19) со слов пациента была выполнена ЭГДС с попыткой извлечения вросшего стента с применением АПК, извлечь стент не удалось. В выписке от 13.07.2020 данные о проведенной ЭГДС не указаны. Единственное описание зоны стентирования при данной госпитализации в описании КТ: проходимость стента и анастомоза не нарушены. В проксимальной части стента сохраняются

внутрипросветные пристеночные мягкотканые включения, возможно, вследствие частичной инвагинации.

В августе 2020 года пациент обратился за медицинской помощью в ГБУЗ РМ РОД.

Выполнены:

R-скопия: состояние после гастрэктомии, установки стента в н/3 пищевода. Неравномерное циркулярное сужение до 0,6 см, протяженностью 3,5 см.

КТ – желудок оперирован, в н/3 пищевода установлен стент. Толщина стенки в зоне анастомоза 8,8 мм.

При ЭГДС 6.08.2020 – состояние после стентирования пищевода, грануляционные разрастания по верхнему краю стента (33-35 см от резцов), плотно фиксирующие стент, стент определяется до 47 см от резцов, на 43-45 см от резцов в стенте определяется дефект со свободными концами проволоки (Рис. 1). На момент осмотра проходимость для эндоскопа удовлетворительная.

1.09.2020 при эндоскопическом осмотре грануляционные разрастания перекрыли просвет пищевода. Выполнены баллонная дилатация и рестентирование (стент № 2) «стент-в-стент» на 2 см выше стеноза с целью восстановления проходимости и перекрытия зоны деградации ранее установленного стента № 1.

После этого у пациента было недолговременное улучшение состояния и в октябре жалобы на дисфагию возобновились.

2.10.2020 – R-скопия – состояние после гастрэктомии, установки стента в н/3 пищевода. Неравномерное циркулярное сужение до 0,6 см, протяженностью 3,5 см.

ЭГДС – состояние после рестентирования стент-в-стент, деградация стента № 1 (на прежнем уровне), стент № 2 функционирует адекватно. Рестентирование не показано.

Жалобы на дисфагию сохранялись и пациент обратился в медицинское учреждение А., где 29.10.2020 было выполнено извлечение стента № 2 и установка другого, более длинного стента (№ 3) длиной 17 см, с целью перекрыть зону деградации.

6.01.2021 обратился в эндоскопическое отделение РОД с жалобами на инородное тело – были извлечены инородные тела (пищевой завал), при контрольном осмотре выявлена значительная деградация стента № 1, металлические нити сплелись по типу ловушки (Рис. 2). Стент № 3 функционирует адекватно.



Рис. 1. Дефект стента

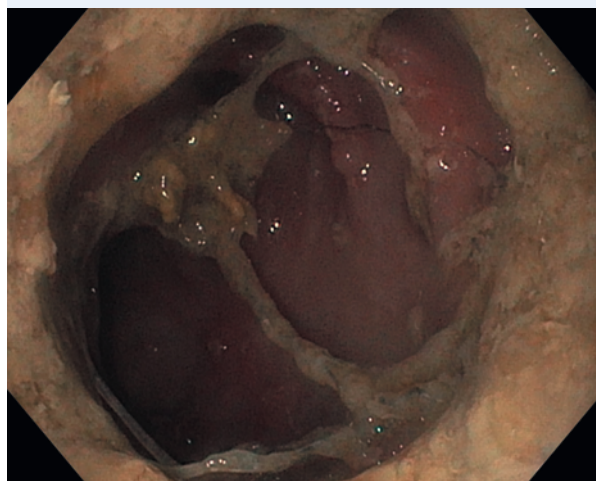


Рис. 2. Деградация стента



Рис. 3. Зона грануляционного стеноза по верхнему краю стента

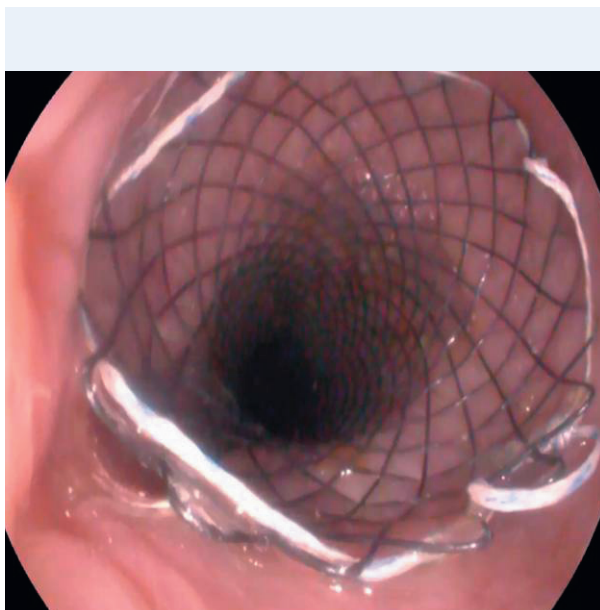


Рис. 4. Проксимальный край стента



Рис. 5. Обзорная R-грамма брюшной полости

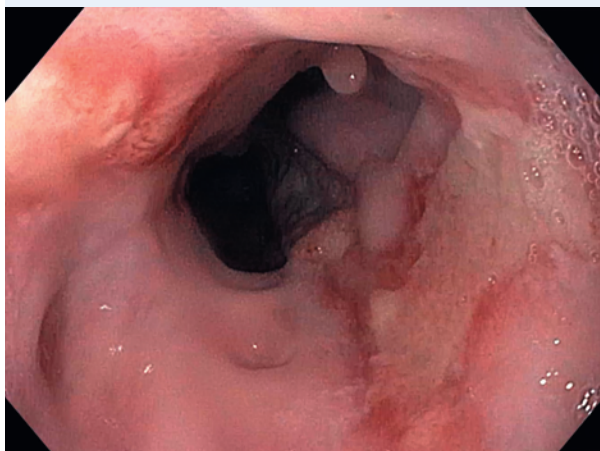


Рис. 6. Язвенный дефект в зоне стояния стента

Попытка изменить конфигурацию стента (расплати нити) была безуспешной.

В течение 2,5 месяцев явления дисфагии усиливались и 24.03.2021 при осмотре выявлено, что грануляционные разрастания полностью перекрыли просвет, выполнена АПК, восстановлена проходимость до 0,5 см, затем баллонная дилатация и рестентирование (стент № 4).

R-скопия от 25.03.2021 – от с/3 пищевода и до тонкой кишки определяются 3 стента установленных один в другой.

После данного вмешательства пациенту хватило эффекта на 7 месяцев и 25.10.2021 – он вновь обратился с жалобами на дисфагию. При осмотре выявлен грануляционный стеноз на уровне с/3 пищевода – выполнена баллонная дилатация, после восстановления проходимости в пищеводе, зоне анастомоза и осмотренном участке тонкой кишки не выявлено ни одного стента, слизистая с множественными плоскими мелкими рубцами белого цвета.

Пациенту проведены R-скопия, КТ – стенты не выявлены.

При детальном опросе выяснилось, что около 3-х месяцев назад у пациента вновь появились явления дисфагии, однако, через месяц, пациент с его слов перенёс острую кишечную инфекцию, сопровождавшуюся тошнотой, рвотой, диареей, после чего явления дисфагии исчезли. Вероятнее всего имела место не истинная кишечная инфекция, а миграция стента, которая вызвала эту симптоматику.

3.11.2021 – выполнены баллонная дилатация и стентирование (стент № 5) зоны грануляционного стеноза.

Данного вмешательства пациенту хватило на 5 месяцев. 8.04.2022 он вновь обратился с жалобами на дисфагию – на ЭГДС грануляционные разрастания (Рис. 3) по верхнему краю стента, суживающие просвет пищевода до 0,4 см, выполнена баллонная дилатация, бужирование – тело стента свободно проходимо, в просвет стента пролабирует слизистая тонкой кишки, в зоне прилегания нижней воронки стента определяются язвенные дефекты. Пациенту было выполнено рестентирование стент-в-стент (стент № 6) (Рис. 4), верхний край стента расположен на 5 см выше грануляций,

проксимальная воронка расположена свободно, стенок пищевода не касается.

Таким образом на тот момент пациенту были установлены 2 стента.

14.11.2022 г. пациент обратился жалобами на дискомфорт, ощущение инородного тела, боли в прямой кишке, нарушение акта дефекации. Данные жалобы беспокоят в течении 2х суток. На этом фоне отмечает значительное уменьшение дискомфорта при прохождении пищи при глотании (с его слов после последней установки стента пища проходила нормально, но отмечались болевые ощущения за грудной, в эпигастрии).

При обзорной R-грамме грудной, брюшной полости – оба стента определяются в прямой кишке (Рис. 5).

При колоноскопии на 2 см выше ануса определяется дистальный край свободно располагающегося стента, под ТВВА стент извлечен, при контрольном осмотре слизистая прямой кишки с осаднением.

Также выполнена эзофагодуоденоскопия. Просвет пищевода, анастомоза, тонкой кишки свободно проходим, слизистая их с плоскими рубцами, язвенными дефектами, но без стенозирования просвета (Рис. 6-7).

Таким образом за 2,5 года пациенту было выполнено 6 стентирований, 2 сеанса АПК, несколько сеансов баллонной дилатации и бужирования, однократное устранение пищевого завала, 1 извлечение стента из прямой кишки. Все стенты полностью покрытые, устанавливались, перекрывая зону грануляционного стеноза на 2-3 см, верхний край их располагался свободно в просвете пищевода на уровне не изменённой слизистой, однако, с периодичностью около 6 мес пациент вновь обращался с явлениями дисфагии. В этом случае каждый последующий стент являлся причиной образования избыточных грануляций, плотно фиксирующих его. Отторжение стентов происходило самопроизвольно, результатом была миграция с улучшением проходимости и разрешением дисфагии. При этом, вероятно, при первой миграции стентов расплетённая часть стента, включая расплетённую воронку, установленного ниже, послужила направляющей, способствующей полной эвакуации стентов. Эвакуация же сохранённых мигрировавших стентов оказалась невозможной в полной мере счёт сохранённой дистальной воронки.

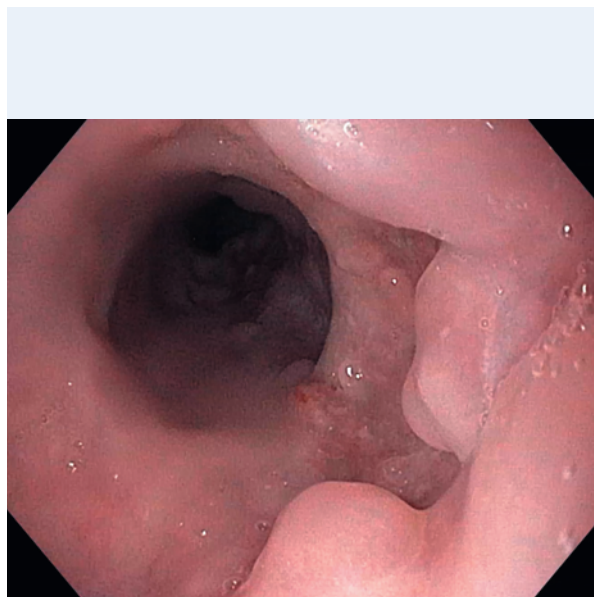


Рис. 7. Грануляции в зоне проксимального края стента

ВЫВОДЫ

Наиболее частыми осложнениями стентирования зоны несостоятельности анастомоза являются зарастание грануляциями и миграция стента. Стент для организма по сути является инородным телом, что и вызывает данные осложнения. При этом длительное стояние провоцирует образование избыточных грануляций. Стенты при стентировании несостоятельности необходимо извлекать своевременно (сроки заживления зоны несостоятельности по литературным данным варьируются от 2 до 12 недель) и зависят от индивидуальных особенностей организма). В случае с данным пациентом имело место 2 «оттягивающих» фактора – предрасположенность организма к гиперрегенерации, а также затягивание сроков госпитализации для извлечения стента (пациент не смог явиться в указанные сроки из-за карантинных мероприятий по COVID-19). Сформированные за 3 месяца избыточные грануляции не позволили извлечь стент и разрастаясь в дальнейшем вынуждали ставить новые стенты, которые также зарастали грануляциями – сформировался «порочный круг». Но наряду с данным осложнением, вызванным «инородным телом» у пациента также возникло и 2-х кратное отторжение стентов. Миграция в данном случае явилась не осложнением, а способностью организма удалению инородного тела.

Литература

1. Siewert J. R., Stein H. J., Bartels H. In suffizienzennach Anastomosenim Bereich des oberen Gastrointestinaltraktes // Chirur. 2004. Vol. 75. P. 1063-1070.
2. Moyes L. H., Mackay C. K., Forshaw M. J. The use of self-expanding plastic stents in the management of esophageal leaks and spontaneous esophageal perforations // Diagn. Ther. Endosc. 2011. Vol. 41. P. 8103.
3. Sarela A. I., Tolan D. J., Harris K. et al. Anastomotic leakage after esophagectomy for cancer: a mortality-free experience // J. Am. Coll. Surg. 2008. Vol. 206. P. 516-523. Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.09.016.
4. Turkyilmaz A., Eroglu A., Aydin Y. et al. The management of esophago-gastric anastomotic leak after esophagectomy for esophageal carcinoma // Dis. Esophagus. 2009. Vol. 22. P. 119-126. Doi: 10.1111/j.1442-2050.2008.00866.x.
5. Meyer L., Meyer F., Dralle H. et al. Insufficiency risk of esophagojejunal anastomosis after total abdominal gastrectomy for gastric carcinoma // Langenbecks Arch. Surg. 2005. Vol. 390. P. 510-516. Doi: 10.1007/s00423-005-0575-2.
6. Migita K., Takayama T., Matsumoto S. et al. Risk factors for esophagojejunal anastomotic leakage after elective gastrectomy for gastric cancer // J. Gastrointest. Surg. 2012. Vol. 16. P. 1659-1665. Doi: 10.1007/s11605-012-1932-4.