

Endoskopinis ūminės storosios žarnos obstrukcijos gydymas

Acute colonic obstruction: endoscopic management

Kęstutis Adamonis, Dainius Pavalkis, Žilvinas Saladžinskas, Algimantas Tamelis

KMU Gastroenterologijos klinika, KMU Chirurgijos klinika

Šiuolaikis virškinimo trakto piktybinės obstrukcijos gydymas vis labiau tampa minimaliai invazinis. Ligoniai, sergantys storosios žarnos vėžiu, komplikuoju obstrukcija, į gydymo įstaigas patenka skubos tvarka, neretai sunkios būklės, ir nėra idealūs kandidatai chirurginei operacijai. Šiuolaikinėje medicinos literatūroje gausėja mokslinių straipsnių apie sėkmingą ir saugų endoskopiniu būdu įkišamų savaime išsiplečiančių metalinių stentų naudojimą proktologijoje. Nors stentai ir yra brangūs, tačiau proktologinis stentavimas yra rentabili procedūra, leidžianti ligoniams, sergantiems storosios žarnos vėžiu, komplikuoju ūminė storosios žarnos obstrukcija, išvengti neatidėliotinos operacijos, o esant nerezektabiliam vėžiui, – kolostomos. Straipsnyje aprašomas KMU Chirurgijos klinikoje atliktas pirmasis Lietuvoje sėkmingas endoskopinis ūminės žarnų obstrukcijos gydymas stentuoju žarnyną.

Prasminiai žodžiai: žarnyno obstrukcija, kolorektinis vėžys, endoskopija, stentavimas.

Management of malignant gastrointestinal obstruction presents a significant challenge. Most patients are in a profoundly decompensated state due to underlying malignancy and are not ideal candidates for invasive surgical procedures. In recent years, self-expandable metal stents have emerged as an effective and safe, less invasive alternative for the treatment of malignant intestinal obstruction. Although stents are expensive, the procedure appears to be cost-effective, since emergency surgery can be avoided in patients with acute bowel obstruction, and in those with advanced disease no resection of the colon is necessary. Here we report a retrospective analysis of a first self-expandable metal stent placed for colorectal obstruction at Kaunas Medical University Hospital, as well as review the literature published on self-expandable metal stent placement. Our first data confirm self-expandable metal stent efficacy in palliation of malignant intestinal obstruction.

Keywords: intestinal obstruction, colorectal cancer, endoscopy, endoluminal stenting.

Įvadas

Storosios žarnos vėžys išsivysčiusiose šalyse labai paplitęs. JAV kasmet diagnozuojama apie 140 000, Jungtinėje Karalystėje – 20 000 kolorektinio vėžio atvejų. Lietuvoje 2001 metais buvo diagnozuoti 1358 kolorektinio vėžio atvejai. Iki 8–25 % atvejų ši liga komplikuoja si ūmine storosios žarnos obstrukcija [1] Dažniausia storosios žarnos mechaninės obstrukcijos priežastis – kairės pusės žarnyno (rektosigminio storosios žarnos segmento) vėžys (65 %) [2].

Skubiai atkusių tokių ligonių chirurginį gydymą paprastai sudaro pažeisto segmento rezekcija ir kolorektinės jungties arba laikinosios kolostomos suformavimas. Autoriai nurodo, kad po skubos tvarka atliktų storosios žarnos vėžio, sukėlusio ūminę obstrukciją, operacijų komplikacijos sudaro 60 %, o ligonių mirštamumas – 22 % [3, 4]. Dėl tos priežasties idealiausia, kad ligoniai, kuriems yra ūminė obstrukcija, išvengtų neatidėliotinos operacijos [5]. 1991 metais išspausdintas pirmasis straipsnis, kuriame aprašytas metalinio stento naudojimas paliatyviai gydant tiesiosios žarnos piktybinę striktūrą [6].

Šiame straipsnyje aprašome sėkmingą endoskopinį ūminės žarnų obstrukcijos gydymą stentuojant žarnyną.

Klinikinis atvejis

66 metų vyras 2000 10 03 skubos tvarka paguldytas į KMU Chirurgijos klinikos koloproktologijos poskyrį dėl ūminės žemos storosios žarnos obstrukcijos. Jo būklė buvo vidutinio sunkumo.

Iš anamnezės ir ligos istorijos išrašų žinoma, kad 1998 metais ligoniui dėl storosios žarnos rektosigminės dalies vėžio (T4N0M0) atlikta aukšta priekinė tiesiosios žarnos rezekcija, jungtį suformuojant EEA-28 aparatu. 1999 06 16 ligonis buvo dar kartą operuotas radus lokalų vėžio recidyvą anastomozės srityje: atlikta žema tiesiosios žarnos rezekcija, jungtį suformuojant aparatais TA-55 ir CEEA-31. Operacijos metu atlikus oro-vandens mėginį, konstatuotas anastomozės hermetiškumas. Tačiau 5-ą pooperacinę parą iš drenu pasirodė drumstas turinys ir 1999 06 22, įtarus anastomozės nesandarumą, atlikta relaparatomija. Operacijos metu pilvo ertmėje rasti pūliniai virš kepenų, tarp plonosios žarnos kilpų. Pilvo ertmė išplauta, drenuota, suformuota apsauginė ileostoma. 1999 08 31 ambulatorinio digitalinio tiesiosios

žarnos tyrimo metu rastas anastomozės susiaurėjimas iki 5 mm. 1999 09 03 stacionare atliktas balioninis anastomozės striktūros išplėtimas iki 2 cm. 1999 12 08 kontrolinės fibrosigmoskopijos metu anastomozės sritis praeinama, 9 mm pločio. Iš anastomozės srities paimtas biopatas patologiniam morfologiniam ištyrimui, tačiau piktybinio proceso nenustatyta. 2000 01 27 sukėlus bendrinę nejautrą ileostoma uždaryta ir anastomozė išplėsta Hegaro plėtikliais. Pooperacinis laikotarpis buvo sklandus. 2000 09 01 ligonis buvo paguldytas į chirurgijos kliniką dėl dalinio žarnų nepraeinamumo. Irigoskopijos metu rasta anastomozės 4 mm striktūra. 2000 09 07 sigmoskopijos metu anastomozės sritis nepraeinama, susiaurėjusi iki 4 mm. Iš anastomozės srities vėl paimtas biopatas, tačiau histologiniu tyrimu piktybinių pokyčių nerasta. Anastomozės striktūra kartotinai išplėsta balioniniu ir mechaniniu plėtikliu iki 13 mm, įėjimas proksimaliau į storąją žarną laisvas. Ligonis išrašytas į namus geros būklės.

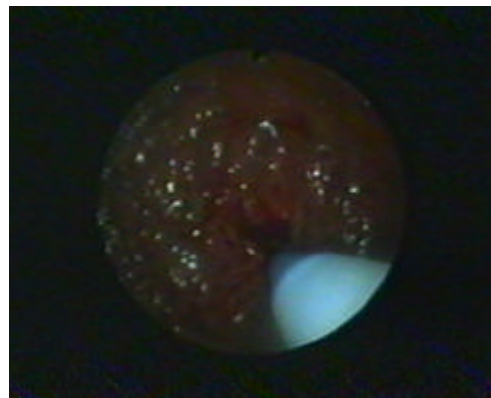
Dabartinio hospitalizavimo metu bendra ligonio būklė vidutinio sunkumo. Vargina pykinimas, vėmimas staziniu turiniu, pilvo skausmai, pūtimas, visiškas dujų ir išmatų susilaikymas. Objektiviai: liežuvis drėgnas, apsinešęs žalsva apnaša, pilvas išsipūtes, palpuojant jautrus visame plote, žarnyne skysčio teliuskavimas, peristaltika kliūtinė. Atliktose apžvalginėse pilvo rentgenogramose matomas žemo obstrukcinio žarnų nepraeinamumo vaizdas. Skubos tvarka atliktas endoskopinis tiesiosios žarnos tyrimas. Endoskopijos metu 8–10 cm nuo išangės kanalo rasta beveik aklina striktūra (1 pav.).

Mechaniniu plėtikliu, pro striktūrą įkištu vedliu, striktūra išplėsta iki 1 cm (2 pav.) ir specialia sistema įkištas ir išskleistas „COOK“ firmos 6 cm ilgio 18–23 mm skersmens savaime išsiskleidžiantis stentas (3 ir 4 pav.). Stentas proksimaline kryptimi fibrokolonoskopu lengvai praeinamas. Pro stentą ir išangės kanalą pradėjo gausiai skintis dujos, skystos išmatos.

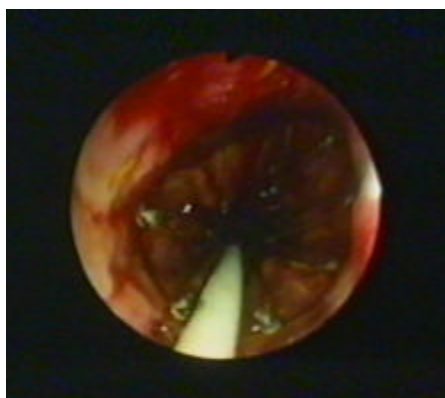
Ligonio būklė po endoskopinio storosios žarnos striktūros stentavimo akivaizdžiai pagerėjo jau endoskopijos kabinete. Po endoskopijos atliktoje apžvalginėje pilvo rentgenogramoje matomas visai išsiskleidęs stentas, fiksuotas anastomozės srityje (5 pav.). Ūminė storosios žarnos obstrukcija endoskopiškai likviduota, ir taip išvengta paliatyvios operacijos – kolostomijos.



1 pav. Endoskopinis tiesiosios žarnos anastomozės striktūros vaizdas



2 pav. Mechaninis tiesiosios žarnos anastomozės striktūros išplėtimas



3 ir 4 pav. Endoskopinis vaizdas: išsiskleidęs metalinis stentas tiesiosios žarnos anastomozės striktūroje



5 pav. Apžvalginė pilvo apatinės dalies rentgenograma: stentas visiškai išsiskleidęs ir fiksuotas tiesiosios žarnos anastomozės srityje

Lietuvos medicinos literatūroje mums nepavyko rasti straipsnių apie sėkmingą endoskopinį ūminės žarnų obstrukcijos gydymą stentuojant žarnyną. Taigi mūsų atliktą endoskopinį storosios žarnos stentavimą galima laikyti pirmąja šio pobūdžio operacija Lietuvoje. Rengiant šį straipsnį, KMU Chirurgijos klinikoje sėkmingai atliktos jau penkios ūminės storosios žarnos obstrukcijos dekompresijos stentu.

Diskusija

Storosios žarnos vėžys, kurį sudaro aklosios, gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžys, išsivysčiusiose šalyse užima trečią vietą iš visų piktybinių navikų ir yra labiausiai paplitęs iš visų virškinimo trakto navikų. Iki 8–25 % atvejų kolorektinis vėžys komplikuojasi ūminė storosios žarnos obst-

rukcija, neretai kliudančia atlikti vienetapę chirurginę operaciją [1, 7].

Ūminė storosios žarnos obstrukcija – tai jau toli pažengusio kolorektinio vėžio požymis ir komplikacija. Pagal DUKE klasifikaciją, 40 % šios ligos atvejų priskiriama D stadijai (yra tolimosios metastazės), o 61 % – C stadijai (regioninės metastazės). Ligoniai, sergantys storosios žarnos vėžiu, komplikuoju obstrukcija, į gydymo įstaigas patenka skubos tvarka, neretai sunkios būklės dėl pagrindinės ligos, dehidracijos, elektrolitų pusiausvyros sutrikimo, gretutinių ligų.

Šios ūminės obstrukcinės patologijos diagnostika remiasi fizikinio tyrimo metodais, apžvalgine pilvo rentgenograma, retrogradiniu storosios žarnos tyrimu ir endoskopija.

Skubiai atkusių tokių ligonių chirurginį gydymą paprastai sudaro pažeisto segmento rezekcija ir kolorektinės jungties arba laikinosios kolostomos suformavimas. Tačiau agresyvi chirurginė taktika – dalinė ar subtotalinė kolektomija ir pirminė jungtis bei intraoperacinis storosios žarnos lavažas – turėtų būti taikoma tik parinktiems ligoniams. Kai kurie autoriai nurodo, kad po skubos tvarka atliktų storosios žarnos vėžio, komplikuoju ūmine obstrukcija, operacijų komplikacijų dažnis siekia iki 60 %, o ligonių mirštamumas – 22 % [3, 4]. Mirštamumas sumažėja iki 0,9–6 %, ligonius operuojant pasirinktinai. Dėl tos priežasties idealiausia, kad ligoniams, kuriems yra ūminė obstrukcija, išvengtų neatidėliotinos operacijos [5].

Nd:YAG lazerinė fotokoaguliacija, kriodestrukcija, transanalinė endoskopinė rezekcija, transanalinė endoskopinė mikrochirurgija, elektrokoaguliacija, balioninė dilatacija, storosios žarnos dekompresija zondų ir storosios žarnos stentavimas yra alternatyvios endoskopinės storosios žarnos vėžio sukeltos obstrukcijos operacijos. Šiuolaikinėje medicinos literatūroje gausėja mokslinių straipsnių apie sėkmingą endoskopiniu būdu įkišamų savaimė išsiplečiančių metalinių stentų naudojimą proktologijoje. Juolab kad kolorektinis stentavimas yra daug pranašesnis už kitus paliatyvius endoskopinius gydymo metodus [1, 6, 8].

Žarnyno dekompresija „stentu“, esant kairės žarnyno pusės obstrukciniam vėžiui, nėra nauja. Lelcuk 1986 metais ir Keen 1992 metais prakišo nazogastrinį zondą ir 27–Fr torakostominį vamzdelį pro tumorą ir taip likvidavo obstrukciją [9, 10]. 1991 metais Dohmoto ir bendraautoriai

pirmieji aprašė metalinio stento naudojimą paliatyviai gydant tiesiosios žarnos piktybinę striktūrą [6]. Šiuo metu medicinos literatūroje aprašyta 515 kolorektinio stentavimo procedūrų, įskaitant penkis individualius pranešimus ir devynis tyrimus, apimančius 20–80 ligonių [4].

Literatūros duomenimis, stentavimas proktologijoje indikuojamas esant piktybinei storosios žarnos stenozėi: a) dvietaipiam chirurginiam gydymui pakeisti vienetapiu (ūminė obstrukcija), b) paliatyviam gydymui, išvengiant kolostomos (ūminė obstrukcija, nerezektabilus vėžys, sunki bendra ligonio būklė); taip pat esant kolovezikinei fistulei; gerybinei kolorektinei stenozėi; stenoziniam sigminės žarnos divertikulitui; obstrukciniam išeminiam kolitui. Stentavimas kontraindikuojamas, jei esama klinikinių ir radiologinių žarnyno perforacijos požymių [11–14].

Proktologinio endoskopinio stentavimo pranašumai: greita užsikimšusios žarnos dekompresija, trumpalaikė procedūra – vidutiniškai 18 minučių (8–34 min.), minimali sedacija atliekant procedūrą, ligonio būklės stabilizavimas, ligos stadijos nustatymas (jei liga piktybinė); be to, striktūra vidutiniškai atsiranda po 89 dienų (33–161 dienos), stentavimas yra pigiau nei chirurginė operacija [15]. Literatūroje aprašyti šie proktologinio stentavimo trūkumai: galima storosios žarnos perforacija, nežinomas stentavimo poveikis vėžio recidyvavimui.

Remiantis pasauline patirtimi (obstrukcija likviduojama 84–100 % [2, 11], techninės nesėkmės – 3–6 %, komplikacijos (perforacija, didelis kraujavimas, sepsis) – 7–15 % [1, 13, 16], stento migracija – iki 23 % [11]), endoskopinį proktologinį stentavimą aktyviau ir plačiau turėtų pradėti taikyti ir Lietuvos gydytojai. Ypač tai pasakytina apie paliatyvų, skubų, iškart efektyvų storosios žarnos distalinės dalies obstrukcijos gydymą, nes esant ribotai gyvenimo trukmei (operacijos metu radus metastazių kepenyse, išgyvenamumo vidurkis yra 4,5 mėnesio [15]) svarbiausia užduotis – išvengti kolostomos, išsaugoti šių ligonių gyvenimo kokybę ir užtikrinti kuo didesnę komfortą.

Nors metaliniai savaimė išsiskleidžiantys stentai ir yra brangūs (700–1300 eurų), endoskopinis kolorektinis stentavimas yra rentabilus. Tokiems ligoniams gali būti atlikta vienetapė chirurginė operacija, išvengiant neatidėliotinos laparotomijos, keliančios didelę pooperacinių komplikacijų ir mirtingumo riziką [1]. Nerezektabilaus storosios žarnos vėžio atveju išvengiama laparotomijos, ir toks stentavimas įgauna ekonominę prasmę.

LITERATŪRA

1. Binkert CA, Ledermann H, Jost R, et al. Acute colonic obstruction: clinical aspects and cost-effectiveness of preoperative and palliative treatment with self-expanding metallic stents – a preliminary report. *Radiology* 1998; 206: 199–204.
2. Leitman IM, et al. Multivariate analysis of morbidity and mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 174(6): 513–518.
3. Barillari P, Aurello P, de Angelis R, et al. Management and survival of patients affected with obstructive colorectal cancer. *Int Surg* 1992; 77: 251–255.
4. Keymling M. Colorectal stenting. *Endoscopy* 2003; 35(3): 234–8.
5. Murray JJ, et al. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in nonelective colon resection. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(7): 527–531.
6. Dohmoto M. New method: endoscopic implantation of rectal stent in palliative treatment of malignant stenosis. *Endosc Dig* 1991; 3: 1507–1512.
7. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. *Br J Surg* 1994; 81: 1270–1276.
8. Diaz LP, Pabon IP, Lobato RF, Lopez CM. Palliative treatment of malignant colorectal strictures with metallic stents. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1999; 22: 29–36.
9. Keen RR, Orsay CP. Rectosigmoid stent for obstructing colonic neoplasms. *Dis Colon Rectum* 1992; 35(9): 912–913.
10. Lelcuk S, et al. Endoscopic decompression of acute colonic obstruction. Avoiding staged surgery. *Ann Surg* 1986; 203(3): 292–294.
11. Baron TH, Dean PA, Yates MR, et al. Expandable metal stents for the treatment of colonic obstruction: technical outcomes. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 277–285.
12. Mainar A, de Gregorio Ariza MA, Tejero E, et al. Acute colorectal obstruction: treatment with self-expandable metallic stents before scheduled surgery – results of a multicenter study. *Radiology* 1999; 210: 65–69.
13. Saida Y, Sumiyama Y, Nagao J, Takase M. Stent endoprosthesis for obstructing colorectal cancers. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 552–555.
14. Tejero E, et al. Initial results of a new procedure for treatment of malignant obstruction of the left colon. *Dis Colon Rectum* 1997; 40(4): 432–436.
15. Bengtsson G, et al. Natural history of patients with untreated liver metastases from colorectal cancer. *Am J Surg* 1981; 141(5): 586–589.
16. Spinelli P, Dal Fante M, Mancini A. Rectal metal stents for palliation of colorectal malignant stenosis. *Bildgebung* 1993; 60 (Suppl 1): 48–50.