

Perforacja żołądka jako powikłanie endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej – opis przypadku

Gastric perforation after endoscopic retrograde cholangiopancreatography – case report

Andrzej Modrzejewski¹, Marcin Śledź², Mirosław Parafiniuk³, Bartosz Paśnik⁴✉, Tomasz Nowak⁵

¹ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin
Pomeranian Medical University in Szczecin, Department of Surgical and Emergency Nursing

² Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie, Oddział Chirurgii Ogólnej, ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard
Independent Public Multispecialty Health Care Center in Stargard, General Surgery Department

³ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Medycyny Sądowej, al. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin
Pomeranian Medical University in Szczecin, Department of Forensic Medicine

⁴ Szpital w Szczecinku, sp. z o.o., Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek
Hospital in Szczecinek, General Surgery Department

⁵ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Klinika Kardiologii, al. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin
Pomeranian Medical University in Szczecin, Cardiology Clinic

✉ bartek.pasnik@gmail.com

ABSTRACT

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is an invasive diagnostic and therapeutic procedure in bile duct diseases. These procedures have severe complications, yet gastric perforation hasn't been presented in literature.

We present a case study of an 82 year old woman admitted to hospital due to suspected choledocholithiasis. The patient underwent two ERCP procedures. Due to acute abdominal pain, abdominal

radiography was also performed. The examination revealed intraperitoneal free air. The patient underwent open repair of the perforated stomach. The second day after surgery the patient suffered multiorgan failure and was transmitted to the intensive care unit where she died 2 days later.

Keywords: endoscopic retrograde cholangiopancreatography; complications; perforation; stomach.

ABSTRAKT

Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW) jest inwazyjnym zabiegiem służącym do diagnostyki i leczenia chorób dróg żółciowych. Procedura jest obarczona możliwością wystąpienia różnego rodzaju powikłań, ale przedziurawienie żołądka nie zostało do tej pory opisane w piśmiennictwie.

Przedstawiono przypadek 82-letniej chorej przyjętej na oddział chirurgii ogólnej w trybie dyżurowym z podejrzeniem kamicy przewodowej. Pacjentka miała 2-krotnie wykonane ECPW.

Po wykonaniu przeglądowego RTG brzucha z powodu utrzymujących się silnych dolegliwości bólowych w przebiegu pooperacyjnym stwierdzono wolny gaz w jamie brzusznej. Chora operowano, śródoperacyjnie stwierdzono i zaopatrzone 5-centymetrową perforację żołądka. W 2. dobie po zabiegu u chorej rozwinęła się niewydolność wielonarządowa, wówczas została przekazana na oddział intensywnej terapii, gdzie po 2 dniach leczenia zmarła.

Słowa kluczowe: endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna; powikłania; perforacja; żołądek; drogi żółciowe.

OPIS PRZYPADKU

82-letnia pacjentka z cukrzycą typu II leczoną lekami doustnymi, po histerektomii oraz wycięciu raka skóry grzbietu została przyjęta w trybie dyżurowym do szpitala na oddział chirurgii ogólnej z podejrzeniem kamicy przewodowej oraz objawami żółtaczki mechanicznej. Chora przejawiała dolegliwości bólowe w prawym podżebrzu, gorączkowała do 38°C. W badaniach laboratoryjnych z odchyłami stwierdzono: aminotransferazę alaninową – 687 U/L (N 1–41), aminotransferazę asparaginianową – 274 U/L (N 1 <38), bilirubinę całkowitą – 7,67 mg/dL (N <1).

W badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono poszerzenie dróg żółciowych wewnątrzwątrobowych do 6 mm oraz kamice

pęcherzyka żółciowego. Na tej podstawie zakwalifikowano pacjentkę do endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW), w trakcie której nie udało się uwidocznienia dróg żółciowych. Skontrolowano parametry – z odchyłami stwierdzono: aminotransferazę alaninową – 296 U/L (N <33), aminotransferazę asparaginianową – 92 U/L (N 5 <32), fosfatazę zasadową – 187 U/L (N 35–104), gamma-glutamylotranspeptydazę – 1530 U/L (N 9 <40), białko C-reaktywne – 9,13 mg/L (<5), bilirubinę całkowitą – 8,24 mg/dL (<0,9). Pacjentkę leczono zachowawczo oraz przeniesiono do innego ośrodka – oddziału gastroenterologii. Pomimo braku dodatkowej nieinwazyjnej diagnostyki obrazowej, na podstawie której można by było uściślić rozpoznanie (np. tomografia komputerowa z kontrastem, rezonans dróg żółciowych, endoskopowa ultrasonografia), pacjentkę ponownie

zakwalifikowano do ECPW, którą wykonano po 4 dniach w znieczuleniu ogólnym. Zabieg został określony przez operatora jako trudny technicznie i trwał ok. 1,5 godziny. W trakcie zabiegu udało się uwidocznnić drogi żółciowe – rozpoznano ich zwężenie, prawdopodobnie spowodowane guzem wnęki wątroby, oraz założono protezę do dróg żółciowych i przewodu trzustkowego, stwierdzając jednocześnie prawidłowy spływ kontrastu przez protezę do dwunastnicy. W trakcie 1. doby pooperacyjnej pacjentkę obserwowano na sali pooperacyjnej. Ze względu na występujące dolegliwości bólowe jamy brzusznej wraz z objawami otrzewnowymi wykonano RTG przeglądowe jamy brzusznej promieniami poziomymi, w którym na podstawie dużej ilości wolnego gazu rozpoznano perforację przewodu pokarmowego. Pacjentkę zoperowano – wykonano laparotomię, stwierdzając 500–700 mL płynu żołądkowo-żółciowego wraz ze skrzepami i wolny gaz w jamie brzusznej oraz ok. 5–6-centymetrową perforację żołądka w okolicy krzywizny większej. Po odświeżeniu brzegów perforacji zszyto ją 2 piętrami szwów. W 2. dobie pooperacyjnej u pacjentki rozwinęła się niewydolność wielonarządowa wraz z niewydolnością oddechową. Pacjentkę przekazano na oddział intensywnej terapii, gdzie po 2 dniach pomimo intensywnego leczenia doszło do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie asystolii i stwierdzono zgon pacjentki.

W badaniu sekcyjnym nie stwierdzono istotnej patologii dróg żółciowych, nie potwierdzono także podejrzenia ucisku z zewnątrz na drogi żółciowe.

DYSKUSJA

W trakcie analizy piśmiennictwa autorzy nie znaleźli opisu przypadku perforacji żołądka jako powikłania ECPW u pacjenta, który nie przeżył leczenia chirurgicznego w zakresie górnego piętra przewodu pokarmowego. Przypadek ten wydaje się pierwszym opublikowanym.

Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna jest inwazyjną procedurą znajdującą zastosowanie w diagnostyce i leczeniu schorzeń dróg żółciowych i trzustkowych. Ze względu na swoją inwazyjność obarczona jest różnymi powikłaniami – możliwością wystąpienia zapalenia trzustki, zapalenia dróg żółciowych, krwawienia i perforacji.

Spośród powikłań najczęściej występuje zapalenie trzustki, następnie krwawienie, zapalenie dróg żółciowych i perforacja.

Ze względu na największą śmiertelność na szczególną uwagę zasługuje perforacja. Wśród czynników ryzyka perforacji wymienia się wiek pacjenta, zaburzenia funkcji zwieracza Oddiego, poszerzenie przewodu żółciowego wspólnego oraz długi czas trwania procedury [1]. Najczęściej dochodzi do perforacji dwunastnicy i dróg żółciowych. W piśmiennictwie opisywane są także przypadki perforacji przełyku. Warto nadmienić, iż u pacjentów po resekcji żołądka sposobem Billroth II perforacja dotyczy zazwyczaj jelita cienkiego podczas manipulacji duodenoskopem w części wstępującej i jest najczęstszym powikłaniem w tej grupie chorych [2].

Zazwyczaj rozpoznanie perforacji ustala się po zabiegu. Rozpoznanie może być łatwe w przypadku objawów otrzewnowych oraz wolnego gazu w jamie brzusznej stwierdzanego w badaniu RTG przeglądowym jamy brzusznej wykonanym po ECPW. Natomiast w niektórych przypadkach perforacji zaotrzewnowej, przy niespecyficznych dolegliwościach oraz braku wolnego gazu w jamie otrzewnowej, rozpoznanie jest trudne i wymaga poszerzenia diagnostyki o tomografię komputerową lub inne badania z użyciem środków cieniujących.

Sposoby zaopatrywania perforacji zależą od czasu rozpoznania, wielkości oraz lokalizacji. W przypadku perforacji dróg żółciowych najczęściej wybieranym sposobem leczenia jest implantacja protezy dróg żółciowych.

Skąpoobjawowe perforacje zaotrzewnowe (perforacja dwunastnicy) w następstwie ECPW można leczyć zachowawczo antybiotykoterapią, płynoterapią oraz sondą założoną do żołądka. W takim przypadku należy mieć pewność co do lokalizacji i wielkości uszkodzenia.

Niewielka część powikłań ECPW rozpoznawana jest już w trakcie zabiegu. W przypadku rozpoznania perforacji oraz w przypadku jej niewielkich rozmiarów i korzystnych warunków anatomicznych możliwe jest jej endoskopowe zaopatrzenie [3].

W przypadku rozwijającego się zapalenia otrzewnej, pogarszania się stanu ogólnego pacjenta, dużych perforacji, szczególnie w nietypowych lokalizacjach (przełyk, żołądek), wskazane jest pilne leczenie chirurgiczne.

Wyniki leczenia zależą także od czasu rozpoznania, lokalizacji i sposobu zaopatrzenia perforacji.

WNIOSKI

Przedstawiony przypadek pokazuje, że nawet rozpoznanie perforacji w 1. dobie po wykonaniu ECPW i prawidłowe leczenie chirurgiczne może zakończyć się zgonem pacjenta. Innym wnioskiem jest to, iż zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii z 2015 r. [4] w opisywanym przypadku brak było wskazań do inwazyjnej cholangiopankreatografii wstecznej – nie ustalono metodami mniej inwazyjnymi rodzaju podejrzananej patologii dróg żółciowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Enss R, Eloubeidi MA, Mergener K, Jowell PS, Branch MS, Pappas TM, et al. ERCP-related perforations: risk factors and management. *Endoscopy* 2002;34(4):293-8. doi: 10.1055/s-2002-23650.
2. Faylona JM, Qadir A, Chan AC, Lau JY, Chung SC. Small bowel perforations related to ERCP in patients with Billroth II gastrectomy. *Endoscopy* 1999;31(7):546-9. doi: 10.1055/s-1999-61.
3. Weiland T, Fehlker M, Gottwald T, Schurr MO. Performance of the OTSC system in the endoscopic closure of iatrogenic gastrointestinal perforations: A systemic review. *Surg Endosc* 2013;27(7):2258-74. doi: 10.1007/s00464-012-2754-x.
4. Marek T, Nowakowska-Duńska E, Baniukiewicz A, Kurek K, Białek A, Milewski J, et al. Wskaźniki jakości w endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej – wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Towarzystwa Chirurgów Polskich. *Gastroenterol Prakt* 2015;7(2):39-62.