

Stemplės stentavimas esant pooperacinei ezofagopleurinei fistulei: dviejų klinikinių atvejų analizė

Role of esophageal stenting in the management of patients with nonmalignant esophagopleural fistula: Experience of two cases

Vygantas Gruslys, Ričardas Janilionis, Arūnas Žilinskas

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Centro filialas, Krūtinės chirurgijos centras, VšĮ VUL SK Centro filialas, Žygimantų g. 3, Vilnius

Vilnius University Hospital, Department of General Thoracic Surgery, Žygimantų str. 3, Vilnius, Lithuania

Tikslas – pasitelkiant du panašius klinikinius atvejus pagrįsti mintį, kad gydant pooperacinę ezofagopleurinę fistulę, greitai ir radikaliai jos pašalinti dažniausiai negalima; būtina nuosekliai siekti rezultato, o gydymo taktika kiekvienu konkrečiu atveju turi būti individuali.

Stemplės stentavimo ištakos – XIX amžiaus pabaiga. Per praėjusį šimtmetį stemplės stentai buvo gerokai išstobulinti. Tačiau vis dar tebesama eksperimentinės stadijos. Esant neoperabiliai navikinės kilmės stemplės stenozei ar stemplės ir kvėpavimo takų jungčiai, stemplės arba mišrus – stemplės ir trachėjos (broncho) – stentavimas tapo pirmojo pasirinkimo gydymo būdu. Santūraus optimizmo teikia ir pirmieji silikoninių solidinių (ne savaimė išsiskleidžiančių) stentų naudojimo, esant randinės kilmės striktūrai, rezultatai. Tačiau stemplės stentavimo sergant kitomis stemplės ligomis – achalazija, savaiminiu stemplės plyšimu ar pooperaciniu nesandarumu – rezultatai yra prieštaringi. Itin diskusinis tikslingumas atlikti stemplės stentavimą, kai yra pooperacinė ezofagopleurinė fistulė, kurios komplikacija – piopneumotoraksas. Pasitelkiant du panašius klinikinius atvejus, kai vienam ligoniui stemplės stentavimas paskatino atsirasti ezofagoaortinę jungtį, sukėlusią mirtiną kraujavimą, o kitam neabejotinai padėjo išvengti erozinio kraujavimo, grindžiama mintis, kad pooperacinę ezofagopleurinę fistulę būtina kantriai gydyti ir nuosekliai siekti rezultato, o gydymo taktika kiekvienu konkrečiu atveju turi būti individuali.

Pagrindiniai žodžiai: ezofagopleurinė fistulė, stentavimas

We present two cases of patients with non-malignant postoperative esophageal fistulas following pulmonary surgery. Both patients were treated with esophageal stenting. However, one of them died due to intrapleural haemorrhage, while the other survived and has been doing well.

Esophageal endoprotheses over the last 100 years have undergone a remarkable technological evolution from the hollowed whalebone and the rigid plastic tube to the present-day self-expanding plastic and metal stents, as well as biodegradable ones. The use of esophageal stents may be a reasonable option in patients with benign esophageal fistula, especially in patients who have failed other conventional treatments or are not good candidates for conventional therapy.

Hitherto, there are still no strong worldwide recommendations how to treat patients with non-malignant esophageal fistula. We would like to emphasize that the method of management and design of esophageal endoprosthesis in each case must be planned on the individual basis.

Key words: esophagopleural fistula, stenting.

Įvadas

Maždaug prieš 100 metų britų odontologas *Charles R. Stent* (1845–1901) sukūrė medžiagas bei technologijas dantų formoms lieti ir išrado odontologinius kaiščius. Tai davė pradžią dantų protezavimui. Metams bėgant šio žmogaus pavardė iš tikrinio daiktavardžio tapo bendriniu, ir stentais pradėta vadinti įvairias dirbtines medžiagas, kurios naudojamos *in vivo* audiniams prilaikyti ir transplantatams ar anastomozėms sutvirtinti [1]. Šiandien chirurgai ir endoskopuotojai implantuoja stentus (mūsų nuomone, juos tiksliau būtų vadinti spindžio protezais) į beveik visas organizmo vamzdines struktūras.

Jie implantuojami ir į stemplę, o esant neoperabiliai navikinei stemplės stenozėi, tapo pirmo pasirinkimo gydymo metodu [2–5]. Kai navikas perauga ir susiaurina kvėpavimo takus ar komplikuojasi stemplės-kvėpavimo takų jungtimi, daromas mišrus stentavimas – stentuojama stemplė, trachėja ar (ir) bronchas [6, 7]. Taigi šiais laikais nėra didelė retenybė, kai per vieną procedūrą sėkmingai implantuojami net 3 stentai: į stemplę, į trachėją ir į bronchą [8, 9].

Atvejai

Vilniaus universiteto Krūtinės chirurgijos klinikoje per beveik 14 metų (nuo 1994 m. birželio iki 2007 m. balandžio) atliktas 641 stentavimas: 455 trachėjos ir bronchų bei 186 stemplės stentavimai. Tačiau keliolikos metų patirtis ir santykinai nemažas stentavimų skaičius nesufurmavo tvirtos ir galutinės nuomonės – ar stemplės stentavimas ligoniui, kenčiančiam nuo pooperacinės ezofagopleurinės fistulės, komplikuotos piopneumotoraksu, gali padėti ar tik pabloginti ir šiaip jau sunkią jo būklę? Dėl menkos klinikinės medžiagos negalėdami publikuoti atsitiktinio imčių tyrimo, nusprendėme pateikti dviejų panašių klinikinių atvejų analizę, tikėdamiesi, kad tai atkreips dėmesį į problemos aktualumą ar galbūt padės rasti sprendimo būdą kuriuo nors konkrečiu atveju.

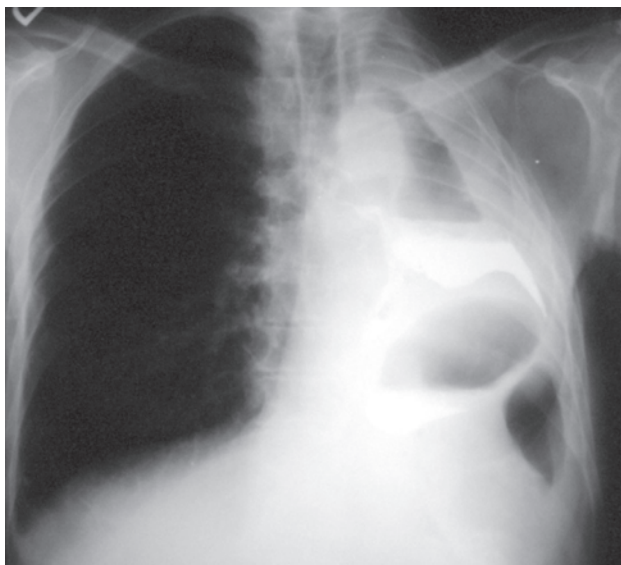
Pirmasis klinikinis atvejis

Ligonis K. J. (ligos istorijos Nr. 11267) atvyko į mūsų kliniką 2000-09-07. Atvykęs skundėsi bendru silpnumu,

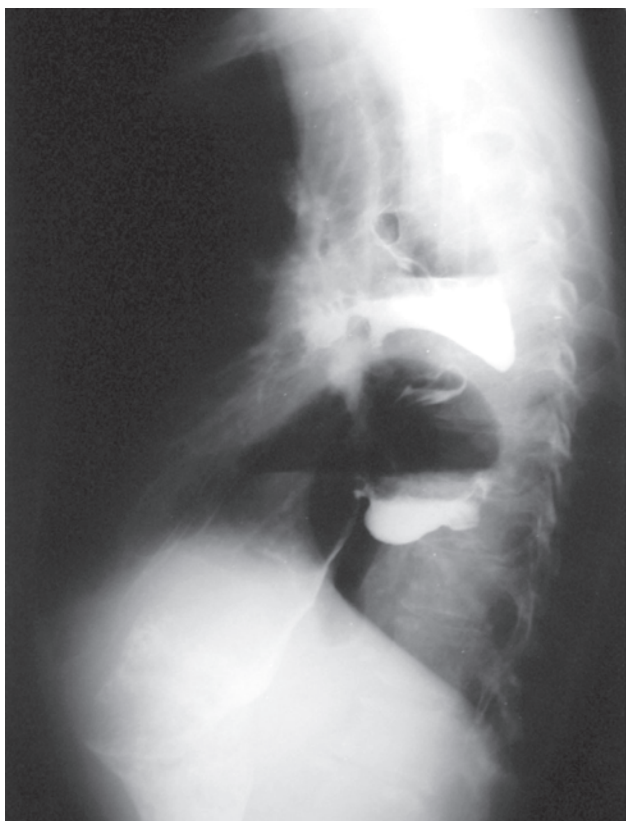
karščiavimu, skausmu kairėje krūtinės pusėje, pasunkėjusiu maisto rijimu. Iš anamnezės nustatyta, kad ligoniui prieš 107 paras (2000-05-23) dėl plokščialąstelinio plaučių vėžio ne mūsų ligoninės krūtinės chirurgijos skyriuje buvo padaryta kairės pusės pulmonektomija. Pooperaciniu laikotarpiu buvo išsivysčiusi kairės pusės pleuros empiema, dėl kurios ligonis gydytas antibiotikais ir pleuros ertmės drenavimu. Tada stemplė tiriama nebuvo. Būklei pagerėjus, jis buvo išrašytas gydytis ambulatoriškai. Pradėjęs karščiuoti (hektinis karščiavimas) ir silpti, ligonis kreipėsi į mūsų kliniką.

Atvykusio ligonio būklė buvo įvertinta kaip vidutinio sunkumo. ŠSD – 102 k./min., AKS – 120/80 mm Hg. Iš burnos juntamas nemalonus kvapas. Kairėje krūtinės pusėje – randas po torakotomijos. Ištyrus plaučius ir stemplę rentgenu nustatyta, kad rentgenologiniai simptomai yra būdingi būklei po pulmonektomijos; konstatuota, kad stemplė yra deformuota, o rentgenokontrastinė suspensija iš jos patenka į kairiąją pleuros ertmę (1, 2 pav.). Endoskopiškai – per 33 cm nuo priekinių dantų (kandžių), kairėje užpakalinėje stemplės sienelėje yra 3,5 cm skersmens fistulės anga, pro kurią endoskopas pralenda į kairiąją pleuros ertmę, kurioje yra maisto liekanų ir pūlių; stemplės sienelėje palei fistulę navikinio audinio nėra. Nustatyta klinikinė diagnozė: pooperacinė ezofagopleurinė fistulė (būklė po kairės pusės pulmonektomijos); kairės pusės piopneumotoraksas.

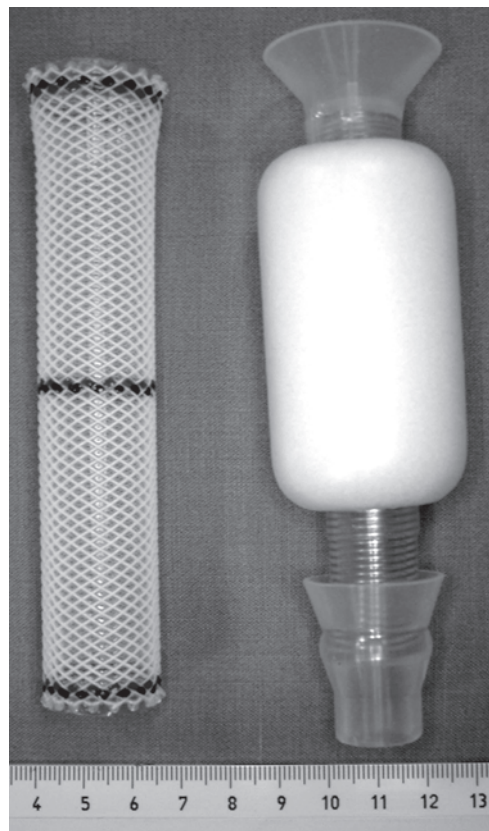
Hospitalizacijos į mūsų ligoninę dieną (2000-09-07) buvo drenuota kairės pleuros ertmė (*Bülau* metodu), paskirtos intraveninės lašinės infuzijos (3000 ml per parą), antibiotikų (į veną): gentamicino – 240 mg per parą, ampicilino – 4000 mg per parą. Nepaisant pradėto gydymo, ligonio būklė pagerėjo mažai. Pagrindinė problema buvo ta, kad seilių, nuryjamo maisto ir skrandžio turinio gausiai patekdavo į kairę pleuros ertmę; tik nedidelė dalis į pleuros ertmę patekusio virškinamojo trakto turinio pasišalindavo pro dreną. Todėl 2000-09-12 ligonis operuotas – rezekuoti 3-ias ir 4-as kairės pusės šonkauliai ir suformuota pleurostoma. Tvarsčiai, kuriais pro pleurostomą buvo tamponuojama kairioji pleuros ertmė, buvo keičiami 2 kartus per parą. Vis dėlto joje nuolat būdavo virškinamojo trakto turinio, o tai skatino pūlinį procesą pleuros ertmėje. Tikintis to išvengti, nupręsta stemplę



1 pav. Ligonio K. J. priekinė stemplės rentgenograma: stemplė deformuota, o rentgenokonstrastinė suspensija iš jos patenka į kairiąją pleuros ertmę; būklė po pulmonektomijos būdingi rentgenologiniai simptomai

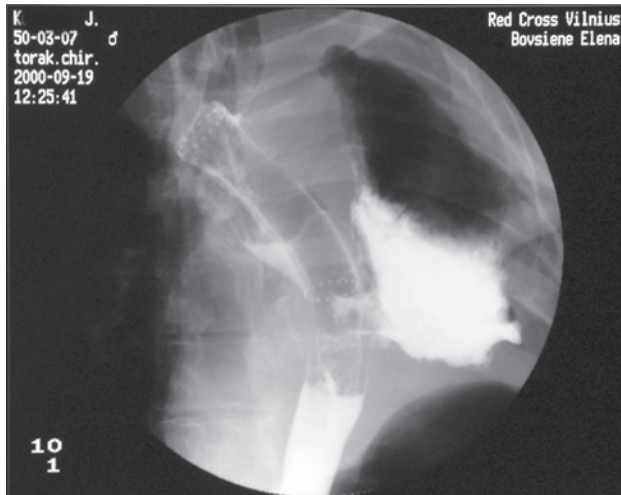


2 pav. Ligonio K. J. šoninė stemplės rentgenograma: stemplė deformuota, o rentgenokonstrastinė suspensija iš jos patenka į kairiąją pleuros ertmę; būklė po pulmonektomijos būdingi rentgenologiniai simptomai

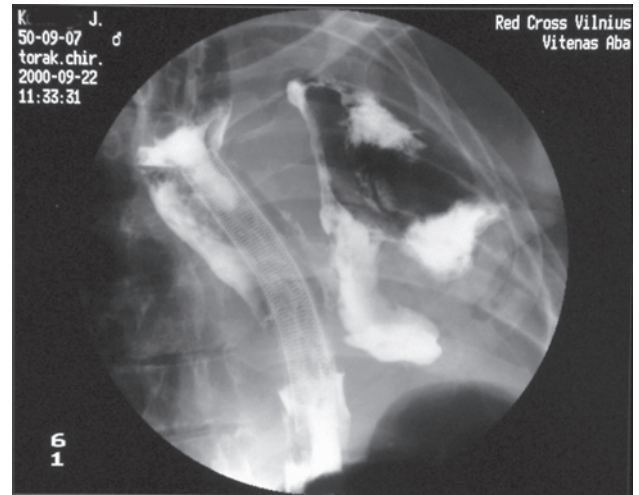


3 pav. Ligonio K. J. stemplės stentavimui naudoti stentai: „Polyflex esophagus“ (Willy Rüs ch AG, Vokietija) nitinolio pynės savaimė išsiskleidžiantis stentas (kairėje); „Oesoflex“ (Willy Rüs ch AG, Vokietija) solidinis (vientisas) stentas su porolonine manžete, skirta stemplės fistulėms blokuoti (dešinėje)

stentuoti: 2000-09-18 (vienuoliktą hospitalizacijos parą) į stemplės spindį implantuotas savaimė išsiskleidžiantis (angl. *self-expandig*) „Polyflex esophagus“ (Willy Rüs ch AG, Vokietija) stemplinis stentas (spindžio protezas), kurio išorinis skersmuo – 18 mm, o ilgis – 120 mm (3 pav.). Po stentavimo stemplės ir skrandžio turinio į kairiąją pleuros ertmę patekdavo mažiau, tačiau stemplės hermetizuoti nepavyko (4 pav.). 2000-09-21 „Polyflex esophagus“ stentas pašalintas ir į stemplę implantuotas „Oesoflex“ (Willy Rüs ch AG, Vokietija) solidinis (vientisas) stentas su porolonine manžete, skirta stemplės fistulėms blokuoti. Kadangi manžetės srityje stento skersmuo yra 28 mm (10 mm didesnis negu buvusiojo stento), buvo tikimasi, kad stemplės-pleuros fistulę pavyks blokuoti. Tačiau ir po pakartotinio stentavimo stemplės visiškai hermetizuoti nepavyko (5 pav.). Kad stemplės ir skrandžio turinys mažiau patektų į kairiąją pleuros ertmę, 2000-09-28 buvo padaryta jejunostomija, ir nuo tos die-



4 pav. Ligonio K. J. skaitmeninė pritaikomoji stemplės rentgenograma: nepaisant stemplės stentavimo „Polyflex esophagus“ stentu, rentgenokonstrastinė suspensija gausiai patenka į kairiąją pleuros ertmę



5 pav. Ligonio K. J. skaitmeninė pritaikomoji stemplės rentgenograma: nepaisant stemplės stentavimo „Oesoflex“ stentu, rentgenokonstrastinė suspensija patenka į kairiąją pleuros ertmę

nos ligonis buvo maitinamas tik pro jejunostomą. 2000-10-01 8.16 val. ligonio būklė staiga pablogėjo: iš kairiosios pleuros ertmės per pleurostomą ir iš burnos srove pradėjo tekėti kraujas, ligoniui išnyko sąmonė ir širdies veikla. Nepaisant gaivinimo veiksmų, po keturių minučių ligonis 8.20 val. mirė. Atlikus patologinį mirusiojo kūno tyrimą nustatyta, kad mirties priežastis – palei ezofagopleurinę fistulę („Oesoflex“ stento manžetės srityje) atsiradusi esofagoaortinė jungtis, kuri ir sukėlė mirtiną kraujavimą.

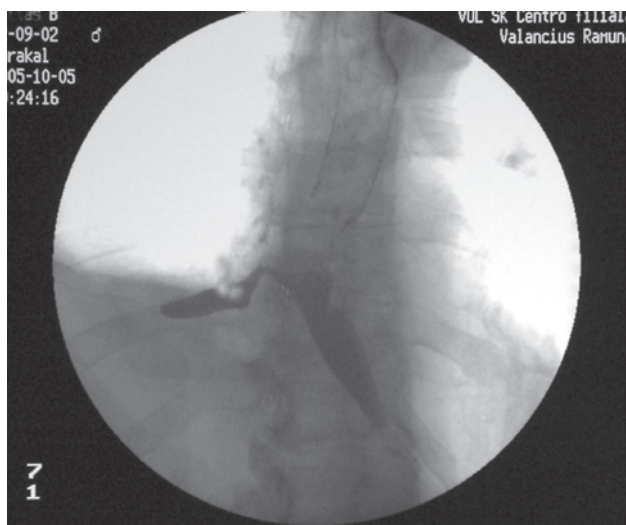
Antrasis klinikinis atvejis

Ligonis B. A. V. (ligos istorijos Nr. 11324) pirmą kartą atvyko į mūsų kliniką 2005-10-04. Atvykęs skundėsi bendru silpnumu, nuolatiniu alkium, burnos džiūvimu, hektiniu karščiavimu, šlapiavimu iš krūtinės sienoje esančios fistulės. Ligonio žodžiais, per 2,5 mėn. jis neteko 10 kg svorio. Iš anamnezės nustatyta, kad ligoniui prieš 67 paras (2005-07-27) dėl plokščialąstelinio plaučių vėžio ne mūsų ligoninės krūtinės chirurgijos skyriuje buvo padaryta dešinė apatinė bilobektomija (išrašo iš ligos istorijos duomenimis – pT₁N₀M₀). Ligonio žodžiais, operacija jam buvo pradėta kaip videotorakoskopinė, o užbaigta kaip tradicinė torakotomija (išrašo iš ligos istorijos duomenų apie tai nėra). Po operacijos atsirado ezofagopleurinė fistulė, dėl kurios ligonis pradėjo karščiuoti. Operavę chirurgai ligonį gydė antibiotikais, lašinėmis infuzijomis. Kurį laiką jis buvo maitinamas pro nazogastrinį zondą, jis vėliau pašalin-

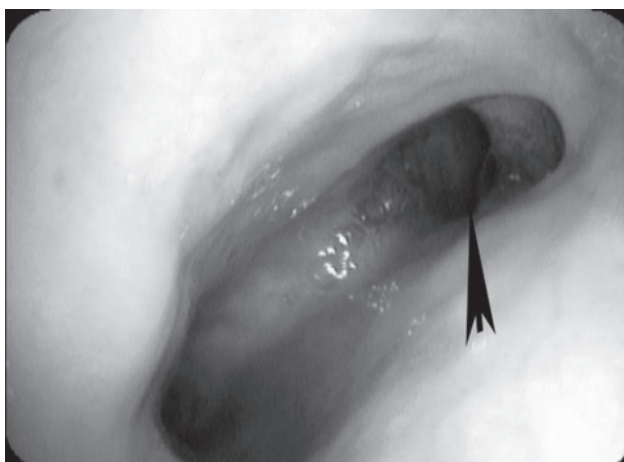
tas ir ligoniui buvo leista maitintis *per vias naturales*. Ligonis visą pooperacinį laikotarpį (su trumpomis pertraukomis) karščiavo, jam atsivėrė pleurokutaninė fistulė, pro kurią bėga maistas ir seilės. Ligonius atvykus, jo būklė buvo įvertinta kaip vidutinio sunkumo. ŠSD – 92 k./min., širdies veikla aritmiška. AKS – 115/75 mm Hg, pilvas minkštas, neišsipūtęs, palpuojant šiek tiek skausmingas pakrūtinėje; pilvaplovės dirginimo simptomų nėra. Kvėpavimo dažnis – 16 k./min. Krūtinės ląsta simetriška, taisyklingos formos, palpuojant neskausminga. Priekiniame torakotominio rando krašte prie krūtinkaulio yra pleurokutaninės fistulės anga. Abiejuose plaučiuose girdimas vezikulinis alsavimas ir pavieniai drėgni karkalai.

Ištyrus plaučius ir stemplę rentgenologiškai nustatyta, kad yra būklei po kairiojo plaučio rezekcijos būdingi rentgenologiniai simptomai; stemplė yra deformuota, o rentgenokonstrastinė suspensija iš stemplės patenka į dešiniąją pleuros ertmę (6 pav.). Endoskopiškai – per 35 cm nuo priekinių dantų (kandžių), dešiniojoje užpakalinėje stemplės sienelėje yra 2 cm skersmens fistulės anga, pro kurią endoskopas patenka į dešiniąją pleuros ertmę (7 pav.), kur yra maisto liekanų ir pūlių; stemplės sienelėje palei fistulę navikinio audinio nėra. Nustatyta klinikinė diagnozė: pooperacinė ezofagopleurinė fistulė (būklė po dešinėsios apatinės bilobektomijos dėl vėžio); dešinės pusės piopneumotoraksas, pleurokutaninė fistulė, disfagija, kacheksija; hipovolemija.

Hospitalizacijos į mūsų ligoninę dieną (2005-10-04) fistulės išorinės angos srityje torakotominės žaizdos kraštai

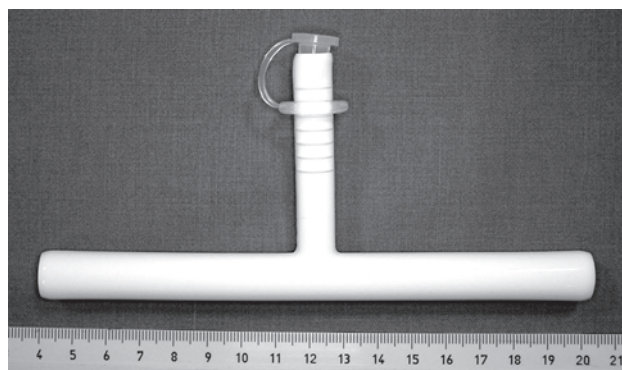


6 pav. Ligonio B. A. V. skaitmeninė pritaikomoji stemplės rentgenograma: stemplė deformuota, o rentgenokontrastinė suspensija iš jos patenka į dešiniąją pleuros ertmę



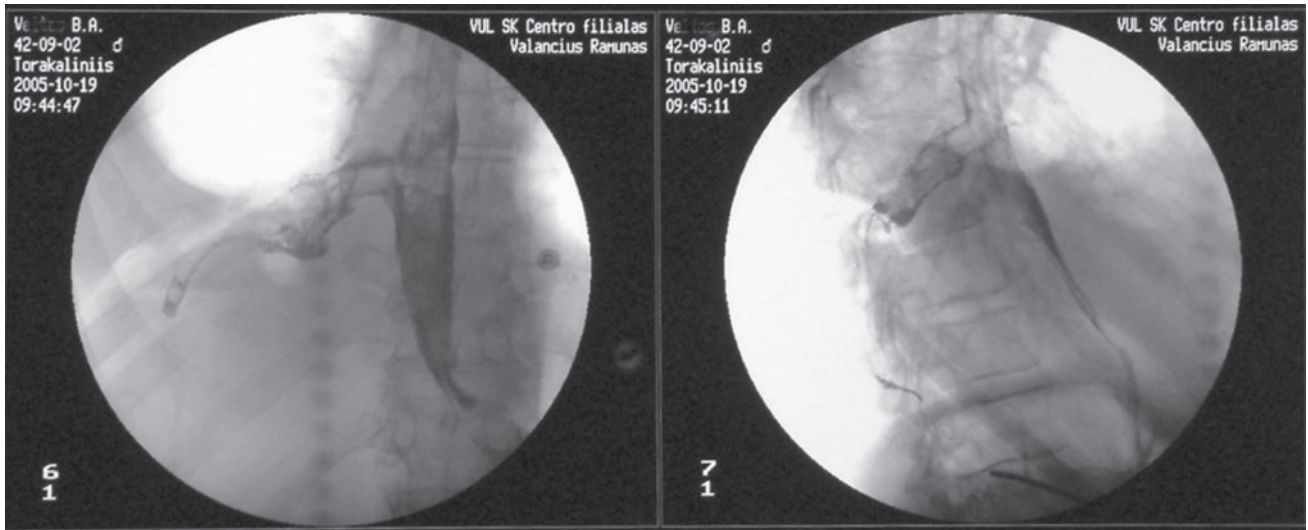
7 pav. Ligonio B. A. V. endoskopinė stemplės nuotrauka (2005-10-05): per 35 cm nuo priekinių dantų, dešiniojoje užpakalinėje stemplės sienelėje yra 2 cm skersmens fistulės anga (pažymėta rodykle), per kurią endoskopu patenkama į dešiniąją pleuros ertmę

praskirti ir susidaręs kanalas tamponuotas tvarsčiu, sumirkytu hipertonišku 10% Na Cl tirpalu. Nutrauktas maitinimas *per vias naturales*, paskirtos intraveninės lašinės infuzijos (3500 ml per parą), antibakterinių vaistų (į veną): cefuroksimo – 2250 mg per parą, gentamicino – 240 mg per parą, metronidazolio – 1500 mg per parą. Skrandžio sekrecijai mažinti į veną leista raniberlo po 150 mg 2 kartus per parą. Nepaisant pradėto gydymo,

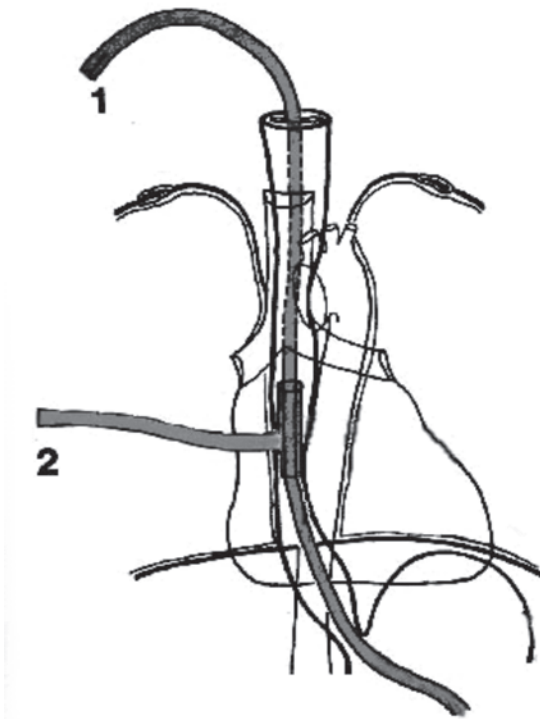


8 pav. Ligonio B. A. V. stemplės stentavimui naudotas stentas: „T“ formos silikoninis solidinis vamzdelis

ligonio būklė pagerejo menkai: išliko karščiavimas, išryškėjo dešinėsios krūtinės pusės pabrinkimas. Siekiant efektyviai drenuoti pleuros ertmę ir įtariant krūtinės sienos flegmoną (lot. *empyema necessitatis*), 2005-10-07 ligonis operuotas – rezekuoti 9-as ir 10-as dešinieji šonkauliai, buvo suformuota pleurostoma ir trimis pjūviais atverta nugaros flegmona. Operuojant rasta, kad flegmona išplitusi iki tarpšonkaulinių raumenų – tarp nugaros raumenų rastos 4 pūlinių ertmės, iš kurių pašalinta maždaug 100 ml tirštų pūlių; palei stuburą pūlynas nusileidžia iki juosmens. Dešiniojoje pleuros ertmėje rasta maždaug 300 cm³ tūrio piopneumotorakso ertmė, kurioje 200 ml nemalonaus kvapo nekrozinių audinių ir pūlių; tarpuplautis surandėjęs, mediastinalinė pleura priaugusi prie stemplės, o stemplės dešinėje užpakalinėje sienelėje (per 3 cm virš diafragmos viršutinio paviršiaus) yra maždaug 2,0 skersmens fistulės anga, pro kurią matyti stemplės spindis. Nors tvarsčiai, kuriais tamponuojama kairioji pleuros ertmė ir flegmonos pūlinės ertmės, buvo keičiami 2 kartus per parą, o ligonis maitinamas pro nazogastriinę zondą, tvarsčiai, krūtinės oda ir patalynė nuolat mirko seilėse ir skrandžio turinyje. Nuspręsta stemplę stentuoti: 2005-10-10 (šeštą hospitalizacijos parą) į stemplės spindį implantuotas „T“ formos silikoninis vamzdelis (8 pav.), įprastai naudojamas trachėjai stentuoti (Boston Medical Products, JAV). Šio stento išorinis skersmuo – 14 mm, viršutinės (oralinės) atšakos ilgis – 75 mm, apatinės (aboralinės) – 50 mm (3 pav.); toks aboralinės atšakos ilgis pasirinktas todėl, kad „T“ stento apatinis kraštas būtų aukščiau apatinio stemplės rauko (9 pav.). Prie šoninės stento atšakos prijungtas drenas, kuris pro pleurostomą ištrauktas į išorę ir prie jo prijungtas siurblys stemplės turiniui siurbti 30 cm H₂O slėgiu. Per nosies



9 pav. Ligonio B. A. V. skaitmeninės pritaikomosios stemplės rentgenogramos praėjus parai po stemplės stentavimo: rentgenokonstrastinė suspensija laisvai nuteka į skrandį, dalis jos nuteka į stento šoninę atšaką ir į su ja sujungtą aspiracinio дренаžo dreną; į pleuros ertmę rentgenokonstrastinės medžiagos patenka nedaug



10 pav. Ligonio B. A. V. stemplės stentavimo, jos turinio pašalinimo ir enterinio maitinimo schema: enterinio maitinimo zondas (1); su stento šonine atšaka sujungtas drenas, kuriuo nuolat aspiruojamas stemplės turinys (2)

landą, stemplės ir „T“ vamzdelio spindį į dvylikapirštę žarną buvo įstumtas poliuretalinis zondas enteriniam maitinimui (10 pav.); zondų maitinta naudojant dozatorių. 2005-10-18 14.30 pleurostomos tvarsčiai permirkro krauju. Revizuojant dešiniąją pleuros ertmę rasta, kad kraujuoja iš tarpuplaučio palei ezofagopleurinės fistulės angą; persiuvus ir perrišus kraujuojančią kraujagyslę, kraujavimą pavyko sustabdyti. Gydant per 2 mėn. atvertosios nugaros pūlyno ertmės ir dešinioji pleuros ertmė nuo nekrozių ir pūlių išsivalė, empieminė pleuros ertmė sumažėjo maždaug 4–5 kartus (11 pav.). 2005-11-28 ligoniui leista maitintis *per os*, enterinio maitinimo zondas ištrauktas, šoninė „T“ stento atšaka užkimšta. Maitinantis peroraliai sekrecija iš stemplės į pleuros ertmę buvo negausi. 2005-11-28 padarius stemplės rentgenologinį tyrimą nustatyta, kad rentgenokonstrastinė suspensija stempale į skrandį patenka laisvai; jos į dešiniąją pleuros ertmę nepatenka. 2005-12-02 patenkinamos būklės ligonis išrašytas gydyti ambulatoriškai, rekomenduota kasdien pertvarsyti žaizdas ir po 1 mėn. atvykti toliau gydyti stacionare.

Tolimesniam gydymui ligonis B. A. V. į mūsų kliniką atvyko 2006-01-10 (ligos istorijos Nr. 443). Atvykęs skundėsi bendru silpnumu, kartkartėmis atsirandančiu subfebriliu karščiavimu, šlapiavimu iš krūtinės sienoje esančios fistulės. Apžiūrint matomos bebaigiančios užgyti nu-

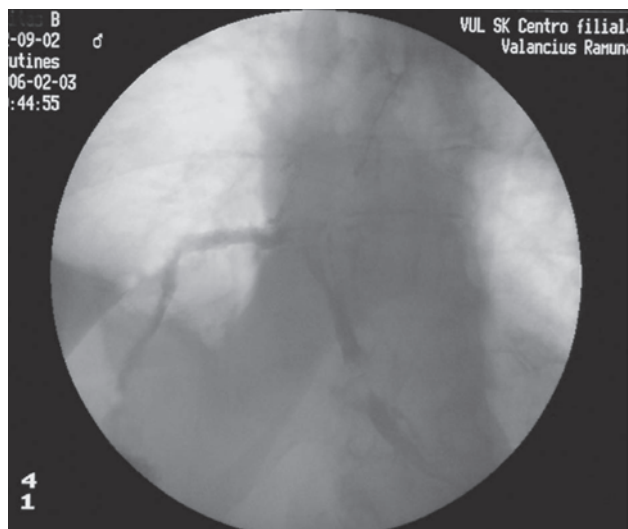


11 pav. Ligonio B. A. V. nugaros nuotrauka, jį pirmąjį kartą išrašant iš stacionaro (2005-12-02): nugaros pūlymo ertmės išsivaliusios nuo pūlių ir nekrozių; pleurostomos sritys epitelizacijos pradžia

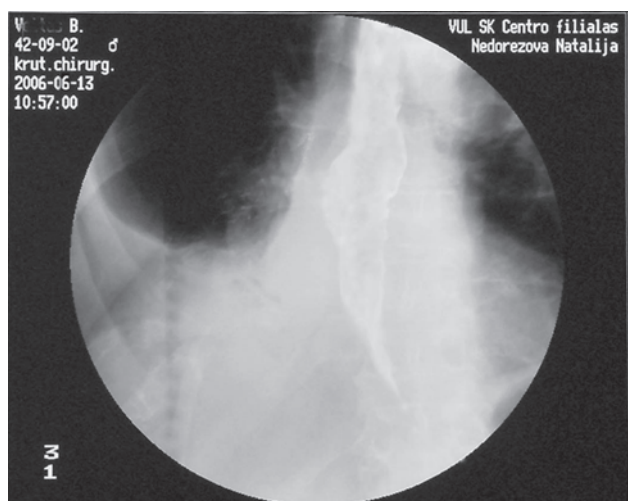


12 pav. Ligonio B. A. V. nugaros nuotrauka, jį antrą kartą hospitalizuojant pirmąjį kartą išrašant iš stacionaro (2006-01-10): nugaros žaizdos baigia epitelizuotis; pūlymo ertmės išsivaliusios nuo pūlių ir nekrozių; pleurostoma baigia obliteruotis

garos žaizdos, pleurostomos srityje likusi krūtinės deformacija (12 pav.), jos centre – maždaug 8 mm skersmens ir 60 mm ilgio fistulės kanalas, kurio gilumoje – šoninė „T“ stento atšaka, užkimšta silikoniniu kamščiu. Rentgenologinė būklė po dešinės bilobektomijos, stemplėje stentas, kuriuo rentgenokonstrastinė suspensija laisvai nuteka į skrandį; nedidelis jos kiekis patenka ir į ezofagopleurokutaninės fistulės kanalą. 2006-01-12, vietiškai nu-



13 pav. Ligonio B. A. V. skaitmeninės pritaikomosios stemplės rentgenogramos praėjus 2 paroms po stemplės stento pašalinimo: rentgenokonstrastinė suspensija laisvai nuteka į skrandį, dalis jos per fistulės kanalą patenka į išorę



14 pav. Ligonio B. A. V. skaitmeninės pritaikomosios stemplės rentgenogramos praėjus 132 paroms po stemplės stento pašalinimo: rentgenokonstrastinė suspensija laisvai nuteka į skrandį; stemplė deformuota, tačiau jos nesandarumo požymių nėra

jautrinus krūtinės audinius, revizuotas ezofagopleurokutaninės fistulės kanalas, iš jo spindžio išgramdytos gausios granuliacijos. Ligonis gydytas intraveninėmis lašinėmis infuzijomis (2000 ml per parą), skrandžio sekrecijai mažinti intraveniškai skirta raniberlo po 150 mg 2 kartus per parą. Fistulės kanalas puriai tamponuotas, tvarsčiai keisti kasdien. 2006-02-01, išorinei fistulės angai bebaigiant užsitraukti, nelanksčiu „Wolf“ ezofagoskopu (Ri-

chard Wolf AG, Vokietija) per stemplės spindį „T⁶“ stentas ištrauktas (13 pav.).

2006-02-07 patenkinamos būklės nekarščiuojantis ligonis, esant negausiai šlapiuojančiai ezofagokutaninei fistulei (išorinės fistulės angos spindis išrašant – maždaug 4 mm), išrašytas gydytis ambulatoriškai. Per visą stacionarinio gydymo laikotarpį (nuo 2005-10-04 iki 2006-02-07) audinių mėginiai iš broncho bigės, stemplės, pleuros ertmės ir fistulės kanalo 4 kartus buvo siūsti morfologiškai ištirti – navikinio proceso recidyvo nerasta.

2006-06-13 ligonis buvo atvykęs gydytis ambulatoriškai. Ligonį apžiūrint nustatyta, kad krūtinės žaizdos yra visiškai užgijusios, o ezofagokutaninė fistulė obliteravo. Tiriant stemplę rentgenologiškai nustatyta, kad ji yra deformuota, tačiau jos nesandarumo požymių nėra (14 pav.).

Diskusija

Stemplės spindžio protezavimo (stentavimo) ištakos siekia užpraeitą šimtmetį, tačiau šis gydymo būdas dabartinį „pagreitį igavo“ paskutiniame praeito šimtmečio dešimtmetyje. Pirmiausia stentavimas buvo pradėtas plačiai naudoti gydant stemplės navikus ir, esant neoperabiliam stemplės navikui, iki šių dienų tapo pirmojo pasirinkimo gydymo metodu [2–4, 6, 7]. Stemplės stentavimu pradėta gydyti ir randinė stemplės striktūra bei achalazija [10, 11]. Literatūroje daugėja duomenų apie stemplės stentavimą gydant spontaniškas ar pooperacines stemplės nesandarumą [12–14]. Tačiau tokie duomenys dar negausūs ir prieštaringi, o iš kai kurių publikacijų trykstantis optimizmas, atrodytų, dar yra pirmalaikis. Tokia pooperacinė komplikacija kaip stemplės nesandarumas yra nesėkmė chirurgui ir didelė nelaimė ligoniui, todėl suprantamas noras atrasti mažai traumuojantį, veiksmingą ir santykinai paprastą gydymo būdą bei nekantrumas vertinant jo veiksmingumą.

Remdamiesi savo 14 metų stentavimo patirtimi, galime pagrįsti nuomonę, kad esant operabiliam navikinei stemplės stenozei ar stemplės-kvėpavimo takų jungčiai, veiksmingiausias pagalbos badaujančiam arba dūstančiam ligoniui būdas yra stemplės, o esant būtinybei – ir kvėpavimo takų stentavimas [5, 8, 9]. Mums pavyko įsitikinti, kad esant erozinės kilmės stemplės striktūrai tokios traumiškos operacijos kaip naujos stemplės formavimas daugeliui ligonių galima išvengti į stemplės spindį kuriam

laikui implantuojant elastingą solidinį (vientiso silikono) stentą [15]. Tačiau mūsų patirtis neleidžia vienareikšmiškai teigti apie stemplės stentavimo efektyvumą, gydant nenavikinį jos nesandarumą. Neturėdami pakankamai klinikinių atvejų statistiškai patikimais duomenimis grįstoms išvadoms daryti, pateikėme du kontroversiškus atvejus, kurie iškelia daugiau klausimų negu pateikia atsakymų.

Atrodytų, abiem atvejais buvo pasirinktas tas pats gydymo būdas – stemplės stentavimas. Tačiau pirmuoju atveju (gydant ligonį K. J.) stentai į stemplę buvo implantuojami bet kokia kaina siekiant ją hermetizuoti, o antruoju atveju (gydant ligonį B. A. V.), pasimokius iš nesėkmių, net nebandyta stemplės užsandarinti, o stengtasi kontroliuoti virškinamojo trakto turinio patekimą į pleuros ertmę, taip pat užtikrinti stemplės praeinamumą. Todėl pasielgta, atrodytų, paradoksaliai: stemplė stentuota tokiu stentu, kurio šoninė atšaka palikta ezofagopleurinės fistulės kanale. Tačiau tik tokiu būdu per šoninę stento atšaką iš stemplės išsiurbiant burnos mikroflora smarkiai infekuotą ir proteolizinių fermentų gausų turinį, pavyko likviduoti pūlinį uždegimą pleuros ertmėje ir išvengti pakartotinio erozinio kraujavimo. Todėl, nors infekcija buvo išplitusi ne tik į pleuros ertmę, bet ir į krūtinės sienos audinius, pavyko ligonį išgydyti. Kaip parodė mūsų empirinė patirtis, dažniausia ligonių gydymo dėl nenavikinio stemplės nesandarumo priežastis yra erozinis kraujavimas iš tarpuplaučio kraujagyslių ir sepsinės komplikacijos.

Nepaisant atliktų didelių darbų, vis dar esama stemplės stentavimo kelio viduryje. Tai skatina ir įpareigoja įdėmiai sekti šios srities naujoves, patiems daryti išvadas mokantis iš kolegų ir, deja, savo klaidų.

Išvados

1. Vienareikšmiškai pasakyti, ar stentavimas yra efektyvus gydant stemplės nenavikinės kilmės nesandarumą, negalima: literatūros duomenys yra negausūs ir prieštaringi, o savos klinikinės patirties dar nepakanka statistiškai reikšmingiems argumentams.

2. Kaip rodo patirtis, esant pooperacinei ezofagopleurinei fistulei, greitai spręsti problemą neįmanoma: būtina kantriai dirbti ir nuosekliai siekti rezultato, o gydymo taktika kiekvienu konkrečiu atveju būti būti individuali.

LITERATŪRA

1. Taber's Encyclopedic Medical Dictionary. Philadelphia, Davis Company, 1989.
2. Bethge N, Sommer A, Vakil N. Palliation of malignant esophageal obstruction due to intrinsic and extrinsic lesions with expandable metal stents. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1829–32.
3. Maier A, Pinter H, Friebs GB, et al. Self-expandable coated stent after intraluminal treatment of esophageal cancer: a risky procedure? *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 781–4.
4. Segalin A, Bonavina L, Carazzone A. Improving results of esophageal stenting: a study on 160 consecutive unselected patients. *Endoscopy* 1997; 29: 701–9.
5. Gruslys V, Janilionis R, Suchomlinova N, Kiškis G, Žilinskas A. Stemplės stentavimas (Esophageal stenting). *Medicina* 1999; 35: 298–02.
6. Colt HG, Meric B, Dumon JF. Double stents for carcinoma of the esophagus invading the tracheo-bronchial tree. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 485–9.
7. Freitag L, Teklof E, Steveling H, Danovan TJ, Stamatis G. Management of malignant esophagotracheal fistulas with airway stenting and double stenting. *Chest* 1996; 110: 1155–9.
8. Gruslys V, Suchomlinova N, Kubilienė A, Janilionis R. Dvigubas stentavimas (Double stenting). *Medicina* 2000; 36: 1613–9.
9. Gruslys V, Janilionis R. Trachėjos ir bronchų stentavimas. Patirtis ir perspektyva (Tracheobronchial stenting. Experience and perspective). *Medicina* 2001; 37: 1613–9.
10. Lee JG, Hsu R, Leung JW. Are self-expanding metal mesh stents useful in the treatment of benign esophageal stenoses and fistulas? An experience of four cases. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1920–5.
11. Sandha GS, Marcon NE. Expandable metal stents for benign esophageal obstruction. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1999; 9: 437–46.
12. Mumtaz H, Barone GW, Ketel BL, Ozdemir A. Successful management of a nonmalignant esophageal perforation with a coated stent. *Ann Thorac Surg* 2002; 74: 1233–35.
13. Hünerbein M, Stroszczyński C, Moesta KT, Schlag PM. Treatment of Thoracic Anastomotic Leaks After Esophagectomy With Self-expanding Plastic Stents. *Ann Surg* 2004; 240(5): 801–7.
14. Freeman RK, Ascoti AJ, Wozniak TC. Postoperative esophageal leak management with the Polyflex esophageal stent. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 133: 333–8.
15. Gruslys V. Stemplės stentavimas esant nenavikinei stenozėi (Esophageal stenting in cases of benign strictures). *Medicina* 2002; 38(2): 65–8.