

Komplikace zavedených pigtail stentů u non-compliantních pacientů ze sociálně slabé vrstvy

MUDr. Markéta Matějková, MUDr. Jaroslav Všeticka, Ph.D.

Urologické oddělení, Nemocnice Jablonec nad Nisou

Tři kazuistiky pacientů s podobným sociálním zázemím a společným faktorem – zkalifikovaný ponechaný stent ošetřených během období květen – září 2011.

Klíčová slova: inkrustovaný stent, noncompliance, urolitiáza.

Risk of complications of indwelling pigtail stents in non-compliant patients from socially deprived backgrounds

Three case reports are presented of patients treated from May to September 2011 who shared a similar social background and a common factor – a calcified indwelling stent.

Key words: incrusted stent, non-compliance, urolithiasis.

Urol. praxi, 2012; 13(2): 88–89

Kazuistika 1

Pacientem je 31letý muž, nezaměstnaný, vedený na úřadu práce, který přichází k ošetření pro bolesti při močení a urgence. V anamnéze nacházíme kromě opakovaných hospitalizací na chirurgickém oddělení o úrazech v ebrietě i záznam o zavedení double pigtail stentu na našem pracovišti pro renální koliku vpravo před 4 lety, indikovaný k flexibilní ureterorenoskopii, na kterou se nedostavil. Rentgenový snímek ledvin a malé pánve potvrzuje zbytky stentu v pálničce pravé ledviny a v močovém měchýři s vytvořenými konkrementy o průměru 35 x 35 mm a 50 x 35 mm. Ultrazvukovým vyšetřením navíc zjišťujeme hypotrofii kůry pravé ledviny. Po přeléčení zánětu močových cest doplňujeme

dynamickou scintigrafii MAG III s furosemidem, která nám dokresluje informaci o relativním podílu na celkové renální funkci, který činí u pravé ledviny 41 % a u levé 59 %, a výrazněji zpomalený odtok z dutého systému pravé ledviny s částečným urychlením po furosemidu. Pacient je tedy indikován k cystolitotomii a perkutánní extrakci konkrementu z pravé ledviny. Operační výkon probíhá bez komplikací, pacient během hospitalizace nedodrží nemocniční řád, vrací se na lůžko agresivní v ebrietě, po vytažení nefrostomie a močového katétru je propuštěn v celkově velmi dobrém stavu. K další plánované kontrole se nedostavuje.

Kazuistika 2

Druhou pacientkou je 32letá nezaměstnaná matka dvou dětí, která přichází k urologickému ošetření pro bolesti při močení, urgence, inkontinenci. Z anamnézy víme o zavedeném stentu před 3 lety na našem pracovišti po úspěšné extrakci konkrementu z pravého močovodu. Na plánovanou extrakci stentu se nedostavila. Rentgenovým snímek ledvin a malé pánve také zjišťujeme zbytky stentu v pálničce pravé ledviny, močovodu a močovém měchýři s kalcifikacemi o velikostech 50 x 20 mm v pálničce, tři za sebou uložené konkrementy 45 x 15 mm, 20 x 10 mm, 15 x 10 mm a 9 x 10 mm v močovodu a dva konkrementy v močovém měchýři 70 x 60 mm a 30 x 15 mm. Pacientka se k operaci opakovaně nedostavuje, operační termín telefonicky přebobedňuje, i přes naléhání lékaře. S hospitalizací souhlasí až v momentě, když je přivezena k ošetření sanitním vozem pro horečky, únavu a bolesti v bedrech a kachexii. Pro celkově velmi špatný stav, sepsi, dehydrataci a metabolickou acidózu hospitalizujeme pacientku na

jednotce intenzivní péče urologického oddělení. V laboratoři dominují hodnoty CRP 325. Provedené spirální CT potvrzuje dramatický nález v podobě objemného empyému v retroperitoneu, dutině

Obrázek 2. Rtg snímek ledvin a malé pánve – kompletní kalcifikovaný stent v pravém ureteru, nefrolitiáza a objemná cystolitiáza



Obrázek 3. CT snímek – detail litiázy



Obrázek 1. Rtg snímek ledvin a malé pánve – zbytky stentu v pravé ledvině s kalcifikacemi a v močovém měchýři objemná cystolitiáza



Obrázek 4. CT snímek – empyém dutiny břišní

břišní i malé pánvi, zřejmě vzniklý na podkladě urinomu. Primárně zavádíme nefrostomii vpravo, ale vzhledem k celkovému nálezu je další průběh komplikovaný. Pacientka není schopna nefrektomie v první době, proto je nejprve z drobného řezu nad symfýzou ve střední čáře chirurgem zaveden Malecot nefrostomický drén do dutiny břišní a vypuštěno postupně 6 litrů hnisu. Za dva dny později musí být provedena diagnostická laparoskopie a revize dutiny břišní z minilaparotomie v pupku, laváž, drenáž a sutura iatrogeně poraněného colon transversum vicrylovým stehem. Při tomto výkonu vypouští chirurg dalších 6 litrů hnisu, provádí proplach dutiny břišní betadinem a zavádí gumový drén do pravého hypochondria. Následně dochází k rozvoji šokové plíce, situace vyžaduje umělou plicní ventilaci a překlad na anesteziologicko-resuscitační oddělení, kde je pacientka postupně stabilizována a částečně odpojována od ventilátoru. Po čtyřech dnech přistupujeme k definitivnímu operačnímu řešení – nefroureterektomii vpravo a cystolitotomii. Samotný operační výkon zatížen velkou krevní ztrátou a peroperačně nepřehledným polem. Pooperačně sledujeme vysoký odpad do drenů a pokles v krevním obraze a tudíž přistupujeme k revizi pro krvácení z větve ilické arterie. V retroperitoneu a malé pánvi ponecháváme roušky jako tamponádu. Plánovaná second look operace s extrakcí roušek o dva dny později probíhá již bez komplikací. Po stabilizaci stavu je pacientka propuštěna domů. Celková délka hos-

pitalizace 32 dní. K další plánované kontrole se pacientka nedostavuje.

Kazuistika 3

Třetí pacientkou je 21letá dívka, která je přivezena sanitním vozem k ošetření pro asi jeden měsíc trvající bolesti v pravé lumbální krajině a strangurie. Důsledným odběrem anamnézy zjišťujeme jednak abúzus heroinu a dále útěk do Velké Británie, kde jí byl zaveden stent do dutého systému pravé ledviny pro renální koliku cca před 6 měsíci. K řešení nefrolitiázy v druhé době ve Velké Británii se pacientka nedostavila. Nativní CT snímek ledvin a malé pánve potvrzuje nefrolitiázu 8 x 9 mm v dolním kalichu pravé ledviny, dále dilataci obou dutých systémů, více vpravo, a neporušený stent v dutém systému pravé ledviny s objemnou kalcifikací v močovém měchýři o velikosti 46 x 27 x 36 mm. Nyní přichází k ošetření pro bolesti při močení a nekontrolovatelný únik moči. Přijata na urologické oddělení, kde po přeléčení infektu dolních cest močových provádíme cystotomii s extrakcí litiázy z močového měchýře a stentu. Výkon i hospitalizace probíhají bez komplikací. Pacientka je propuštěna domů s reziduální nefrolitiázou, preferuje flexibilní ureterorenoskopii před perkutánní extrakcí konkrémentu. Zda se dostaví k plánovanému operačnímu řešení zůstává v tuto chvíli otázkou.

Obrázek 5. CT snímek – stent s cystolitíázou vytvořené kolem dolní části double pigtail stentu (na tomto snímku viditelná pouze jeho distální třetina)

Diskuze

Komplikace a rizika při dlouhodobě ponechaném ureterálním stentu jsou z literatury dobře známy. Otázkou k zamyšlení zůstává, zda pacienty ze slabé sociální vrstvy nebo se známou non-kompliancí či abúzem drog či alkoholu v anamnéze s renální kolikou řešit a priori takovým postupem, který se vyhýbá nutnosti zavedení stentu nebo riskovat pooperační komplikace a bolesti při jeho nezavedení, ale vyhnout se tím do budoucna daleko závažnějším problémům. Existují ovšem jasné případy, kdy je stent přínosem. Například v těch případech, v nichž je ústí močovodu příliš úzké pro ureterorenoskop a pacient je indikován k řešení litiázy v druhé době.

Závěr

Cílem všech lékařů je spokojený, vyléčený pacient. Někdy si ovšem i přes naši veškerou snahu ubližují pacienti sami. Vyřešíme-li přechodně jejich problém, zbavíme-li je bolesti, odcházejí, nezatížení obavou o svou další budoucnost a naše doporučení blahosklonně přehlíží. Naším cílem bylo poukázat na fakt, že je třeba dobře zvažovat u pacientů, o jejichž komplianci lze pochybovat z přímých či nepřímých dat, zavedeme-li stent či nikoli. Následky mohou být dramatické a z jednoduché diagnózy může hrozit těžká komplikace.

Literatura

1. Weedon JW, Coburn M, Link RE. The Impact of Proximal Stone Burden on the management of Encrusted and Retained Ureteral Stents, *Journal of Urology* 2011; 185(2): 542–547.
2. Borboroglu PG, Kane JC. Current management of severely encrusted ureteral stents with a large associated stone burden, *Journal of Urology* 2000; 164(3): 648–650.
3. Bukkapatnam R, Seigne J, Helal M. 1-Step Removal of Encrusted Retained Ureteral Stents, *Journal of Urology* 2003; 170: 1111–1114.
4. Bultitude MF, Tiptaft RC, Glass JM, Dasgupta P. Management of encrusted ureteral Stents impacted in upper tract, *Urology* 2003; 62(4): 622–626.

Článek přijat redakcí: 12. 10. 2011

Článek přijat k publikaci: 19. 11. 2011

MUDr. Markéta Matějková

Urologické oddělení Nemocnice
Jablonec nad Nisou
Nemocniční 15, 466 01 Jablonec nad
Nisou
marketa.matejkova@nemjcb.cz

