

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ

ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ

Κ Μάρκογλου

Αν Διευθυντής Β' Γαστρ/κό Τμήμα ΓΝΑ ' Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ'

Η επεμβατική ενδοσκόπηση επιτυγχάνει την απομάκρυνση ξένων σωμάτων από τον πεπτικό σωλήνα και το τραχειοβρογχικό δέντρο, με συνέπεια την ταχεία ανακούφιση του ασθενή και την αποφυγή περισσότερο επεμβατικών πράξεων. Τα ξένα σώματα βεβαίως εισέρχονται στον πεπτικό σωλήνα όχι μόνο ακούσια αλλά και εκούσια. Επίσης σε μερικές περιπτώσεις ξένα σώματα δημιουργούνται στον αυλό όπως πχ τα πιλήμματα. Εάν τα ξένα σώματα περάσουν τον πυλωρό, αναμένεται να αποβληθούν αυτόματα. Ενδεχόμενη καθυστέρηση στην αποβολή δια της φυσικής οδού επιβάλλει την ακτινολογική παρακολούθηση του ασθενή. Εάν το ξένο σώμα παραμένει για 72 ώρες στην ίδια θέση, και ο ασθενής εμφανίζει κοιλιακά ενοχλήματα, είναι πολύ πιθανό να μην αποφευχθεί η χειρουργική αφαίρεση.

Αφαίρεση των ξένων σωμάτων από τον οισοφάγο με ενδοσκόπιο πρέπει να επιχειρείται σε κάθε περίπτωση, ανεξάρτητα από το είδος αυτών. Εξαιρούνται μόνο οι ασθενείς στους οποίους έχει προκληθεί διάτρηση. Τα ξένα σώματα του οισοφάγου συνιστάται να αφαιρούνται μέσα σε 6 ώρες, ιδιαίτερα αν είναι οξύαιχμα, διότι είναι δυνατόν να προκαλέσουν διάτρηση .

Στο στομάχι τα ξένα σώματα πρέπει να αφαιρούνται όταν είναι αιχμηρά ή τέμνοντα, ή όταν πρόκειται για αντικείμενα που η παραμονή τους εγκυμονεί κινδύνους για τον οργανισμό. Τα ξένα σώματα του δωδεκαδακτύλου αφαιρούνται όταν βρίσκονται πάνω από τον σύνδεσμο Treitz. Στο παχύ έντερο όλα τα ξένα σώματα προωθούνται ευχερώς , δεδομένου οτι έχουν διέλθει από πολύ στενότερο σημείο, την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Η αυτόματη αποβολή τους είναι δυνατόν σε σπάνιες περιπτώσεις να διακοπεί στην σπληνική ή την σιγμοειδική καμπή.

Η ενδοσκοπική αφαίρεση ξένων σωμάτων από τον πεπτικό σωλήνα είναι απαραίτητο να γίνεται από έμπειρο ενδοσκόπο και με επαρκή νοσηλευτική υποστήριξη. Πρέπει επίσης να εξασφαλισθεί και η καλή συνεργασία του ασθενή. Η ενδοσκοπική προσέγγιση με τα κατάλληλα μέσα και η έγκαιρη ταχεία και προσεκτική επιλογή των ενδοσκοπικών χειρισμών μειώνουν σημαντικά την πιθανότητα των επιπλοκών.

Η παρατεταμένη ενσφήνωση ενός ξένου σώματος σε κάποιο σημείο του πεπτικού σωλήνα και ιδιαίτερα στον οισοφάγο είναι δυνατόν να προκαλέσει διάτρηση λόγω της παρατεταμένης ισχαιμίας από την πίεση. Επίσης είναι δυνατόν να δημιουργηθεί με τον ίδιο μηχανισμό απόστημα και στην κοιλότητα αυτού να ανευρίσκεται το ξένο σώμα

Αρχικά ο ενδοσκόπος είναι απαραίτητο να έχει πεισθεί ότι ο ασθενής αναπνέει ελεύθερα χωρίς να υπάρχουν στοιχεία απόφραξης της ανώτερης αναπνευστικής οδού. Επίσης πρέπει να εκτιμηθεί εάν το ξένο σώμα έχει ήδη προκαλέσει ή όχι διάτρηση. Η καλύτερη προστασία της αναπνευστικής οδού κατά την προσπάθεια αφαίρεσης των ξένων σωμάτων είναι η εφαρμογή ενδοτραχειακού σωλήνα. ενώ η προστασία του οισοφαγικού τοιχώματος εξασφαλίζεται με την χρήση πλαστικού σωλήνα (overtube) Με αυτά τα βοηθητικά μέσα αποφεύγουμε την διολίσθηση των ξένων σωμάτων στην αναπνευστική οδό κατά την προσπάθεια αφαίρεσης αυτών. Δεν είναι ιδιαίτερα

σπάνια ακόμη και η απόφραξη της αναπνευστικής οδού κατά την διαδικασία αφαίρεσης των ξένων σωμάτων. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή ώστε να συγκρατείται σταθερά το ξένο σώμα από το μέσο που έχουμε επιλέξει για την απομάκρυνσή του, δεδομένου ότι κατά την διαδικασία εξόδου εξασκείται στα ξένα σώματα σημαντική πίεση από τον συνεσπασμένο κρικοφαρυγγικό μυ.

Ξένα σώματα στον υποφάρυγγα είναι σκοπιμότερο να αφαιρούνται με λαβίδα μέσω λαρυγγοσκοπίου.

Η χρήση φαρμάκων δεν συνιστάται σε παρουσία ξένου σώματος. Ηπια καθαρτικά χορηγούνται συχνά για να αυξηθεί ο εντερικός περισταλτισμός και να μειωθεί ο απαιτούμενος χρόνος αποβολής δυνητικά επικίνδυνων ξένων σωμάτων ή εκούσια καταποθέντων πακέτων κοκαΐνης. Συνιστάται πάντως να αποφεύγεται η χρήση καθαρτικών ιδιαίτερα σε ξένα σώματα με ανώμαλη επιφάνεια. Η γλυκαγόνη ενδοφλεβίως προκαλεί σημαντική χάλαση των λείων μυϊκών ινών του πεπτικού σωλήνα. Ιδιαίτερα επιδρά στις λείες μυϊκές ίνες του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα με συνέπεια να έχει χορηγηθεί σε περιπτώσεις ενσφηνώσεως βλωμού στον κατώτερο οισοφάγο με στόχο την ευκολότερη προώθηση του βλωμού στο στομάχι. Ομως δεν έχει τύχει ευρείας αποδοχής διότι είναι δυνατόν να προκαλέσει ναυτία, έμετο και εισρόφηση.

Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την σύλληψη και αφαίρεση ξένων σωμάτων είναι διάφοροι τύποι λαβίδων και βρόχων και οι καθετήρες καλάθια (basket). Ειδικοί καθετήρες μπαλόνια είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για την αποκόλληση ενσφηνωμένων βλωμών στον οισοφάγο με την προϋπόθεση ότι αρχικά έχει επιτευχθεί η δίοδος του καθετήρα κάτωθεν του βλωμού. Εν συνεχεία φουσκώνουμε το μπαλόνι και εξασκούμε πίεση προς τα άνω με την ελπίδα να μετακινηθεί ο βλωμός. Πίεση στον βλωμό εκ των άνω με το ενδοσκόπιο δεν συνιστάται διότι είναι πολύ πιθανό κάτωθεν του βλωμού να υπάρχει στένωση και να προκληθεί διάτρηση. Πίεση προς τα κάτω μπορούμε να εξασκήσουμε στον βλωμό με το ενδοσκόπιο μόνο όταν το ενδοσκόπιο παρεμβάλλεται με ευχέρεια μεταξύ του τοιχώματος του οισοφάγου και του βλωμού περιμετρικά και εισέρχεται στο στομάχι. Τότε μπορούμε με ασφάλεια να αποσύρουμε το ενδοσκόπιο στον οισοφάγο πάνω από τον βλωμό και να πιέσουμε, ώστε να τον προωθήσουμε στο στομάχι. Η προσπάθεια κατάτμησης του βλωμού σε μικρότερα κομμάτια και η αφαίρεση αυτών με βρόχο πολυπεκτομής είναι συνήθως αποτελεσματική και γίνεται ασφαλέστερη, όταν χρησιμοποιούμε overtube. Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε ότι στον βλωμό που έχει ενσφηνωθεί δεν υπάρχουν κόκκαλα. Εάν εντός του βλωμού υπάρχουν άκαμπτα ή αιχμηρά στοιχεία και δεν το γνωρίζουμε, είναι πιθανό κατά την προσπάθεια αποκόλλησης και αφαίρεσης του βλωμού να γίνει διάτρηση οισοφάγου.

Τα οξύαιχμα αντικείμενα που έχουν ενσφηνωθεί στον οισοφάγο πρέπει να αφαιρούνται το συντομότερο δυνατό και μάλιστα πρέπει το οξύ άκρο του αντικειμένου να σύρεται προς τα πίσω κατά την αφαίρεση που επιχειρείται με λαβίδα ή βρόχο πολυπεκτομής, προκειμένου να αποφύγουμε μια πιθανή διάτρηση. Εάν δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί αυτό είναι προτιμότερο να επιχειρήσουμε την προώθηση του αντικειμένου στο στομάχι και την σύλληψη αυτού με τέτοιο τρόπο ώστε να σύρεται το αιχμηρό τμήμα προς τα πίσω. Η απόσυρση συνιστάται να γίνεται αργά, προσεκτικά και με συνεχή εμφύσηση αέρα. Μεγαλύτερη ασφάλεια μας προσφέρει η χρήση overtube ή η τοποθέτηση στην άκρη του ενδοσκοπίου πλαστικού εύκαμπτου καλύμματος (hook). Όταν η ενσφένωση του ξένου σώματος συμβεί στο άνω τριτημόριο του οισοφάγου και δεν επιτευχθεί παρά τις προσπάθειες των ενδοσκοπίων η απομάκρυνση αυτού, συνιστάται η χρήση άκαμπτου οισοφαγοσκοπίου.

Η κατάποση μπαταριών εκούσια ή ακούσια δεν συμβαίνει σπάνια και η κατάσταση αυτή μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνη για την ζωή του αρρώστου εάν οι μπαταρίες παραμείνουν αρκετά και διασπαστούν, δεδομένου ότι μπορεί να προκαλέσουν σοβαρού βαθμού ιστικές βλάβες είτε με άμεση διαβρωτική δράση, πιεστική νέκρωση ή έγκαυμα. Εάν παραμείνουν στον οισοφάγο είναι περισσότερο επικίνδυνες για νέκρωση του τοιχώματος από την αλκαλική ουσία που περιέχουν, η οποία διαθέτει έντονη και ταχεία διαβρωτική δράση. Εάν έχουν ήδη περάσει στο έντερο και δεν έχουν αποβληθεί μέσα σε 4 μέρες, συνιστάται η χειρουργική αντιμετώπιση.

Τα ξένα σώματα, αν καταφέρουν να περάσουν την ειλεοτυφλική βαλβίδα, σχεδόν πάντα αποβάλλονται με ευχέρεια ακόμη και αν έχουν ανώμαλη επιφάνεια ή οξύ άκρο, διότι εγκλωβίζονται στα κόπρανα και συμπαρασύρονται, αρκεί βέβαια να μην υπάρχουν στενώσεις στο παχύ έντερο όπως πχ επί στενώσεων λόγω επανειλημμένων επεισοδίων εκκολπωματίτιδας. Σπανιότατα, φυσικά εμπόδια αποδεικνύεται ότι είναι η σιγμοειδική και η σπληνική καμπή.

Τα ξένα σώματα που εισέρχονται δια του πρωκτικού σωλήνα έχουν χρησιμοποιηθεί εκουσίως και πρέπει να απομακρύνονται με προσοχή υπό ενδοσκοπικό έλεγχο, συνήθως με βρόχο πολυπεκτομής. Εάν στο ορθό υπάρχει σημαντική ποσότητα στερεών κοπράνων απαιτείται ο καθαρισμός του εντέρου να γίνεται με πλύσεις υπό άμεση όραση μέσω ορθοσκοπίου. Εάν τα αντικείμενα που εντοπίζονται στο ορθό έχουν ενσφηνωθεί, συνιστάται να αφαιρούνται τάχιστα, διότι μπορεί να προκαλέσουν μέσω της πίεσης που εξασκούν στο τοίχωμα διάτρηση. Είναι πολύ πιθανό να απαιτηθεί γενική αναισθησία. Επίσης μετά την απομάκρυνσή τους πρέπει να ελέγχεται ενδοσκοπικά το ορθοσιγμοειδές με προσοχή και με την ελάχιστη χορήγηση αέρα ενδοαυτικά για πιθανή διάτρηση.

Οι κυριότερες επιπλοκές της ενδοσκοπικής αφαίρεσης ξένων σωμάτων είναι τα βλεννογονικά έλκη, οι διατρήσεις και οι αιμορραγία, αφορούν δε στο 1,5- 2,8% των περιπτώσεων. Στο χειρουργείο έχουν οδηγηθεί κυρίως ασθενείς με διάτρηση οισοφάγου. Αποτυχία της ενδοσκοπικής παρέμβασης έχει αναφερθεί μόνο σε μεγάλου μήκους αντικείμενα (<6 εκ). Η χρήση ενδοσκοπίου διπλού αυλού σε αυτές τις περιπτώσεις δεν φαίνεται να βελτιώνει ιδιαίτερα το τελικό αποτέλεσμα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Barone JE, Sohn N, Nealon TF. Perforations and foreign bodies of the rectum, report of 28 cases Ann Surg 184; 601,1976.
- 2 Bertoni G, Sassatelli R, Conigliaro R, BeDogni G. A simple latex protector hood for safe endoscopic removal of sharp pointed gastroesophageal foreign bodies. Gastrointest Endosc 44: 458-601996
- 3 Eisen GM, Baron TH, Dornitz JA et al. Guideline for the management of ingested foreign bodies. Gastrointest Endosc 2002; 55:802-6.
- 4 Velitchkov NG, Grigorov GI, Losanoff JE et al. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract: retrospective analysis of 542 cases. World J Surg 1996; 20:1001-5.
- 5 Mosca S, Manes G, Martino R et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: report on a series of 414 adult patients. Endoscopy 2001;33:692-6.
- 6 Kim JK, Kim SS, Kim JL, et al. Management of foreign bodies in the gastrointestinal tract. an analysis of 104 cases in children. Endoscopy 1999; 31:302-4.

- 7 Weiland ST, Schurr MJ. Conservative management of ingested foreign bodies. *J Gastrointest Surg* 2002; 21:653-6.
- 8 Nelson DB, Bosco JJ, Curtis WD et al. ASGE technology status evaluation report. Endoscopic retrieval devices. February 1999. American Society for gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 932-4.
- 9 Berggreen PJ, Harrison E, Sanowski RA et al. Techniques and complications of esophageal foreign body extraction in children and adults. *Gastrointest Endosc* 1993;39:626-30.
- 10 Lai AT, Chow TL, Lee DT et al. Risk factors predicting the development of complications after foreign body ingestion. *Br J Surg* 2003; 90: 1531-5.
- 11 Zhao-Shen L, Zhen-Xing S, Duo-Wu Z et al. Endoscopic management of foreign bodies in the upper GI tract ; experience with 1088 cases in China . *Gastrointest Endosc* 2006; 64:485-92.