

Tříselná kýla a komplikace koloskopie

Jiří Cyraný¹, Marcela Kopáčová¹, Jaromír Kočí², Stanislav Rejchrt¹, Jan Bureš¹

¹II. interní klinika, LF UK a FN Hradec Králové

²Chirurgická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

Souhrn

Prezentujeme dva případy komplikací koloskopického vyšetření související s levostrannou inguinální kýlou obsahující esovitý tračník. První je případ iatrogení perforace

esovitého tračníku v oblasti nástěnné kýly, druhý je případ uvážnutí endoskopu. Jsou popsány příčiny komplikací, jejich možná řešení a prevence.

KLÍČOVÁ SLOVA: KOLOSKOPIE, INGUINÁLNÍ HERNIE, RICHTEROVA HERNIE, IATROGENNÍ PERFORACE, UVÁZNUTÍ ENDOSKOPU

Summary

Inguinal hernia and complications of colonoscopy

Two complications of colonoscopy related to left sided inguinal hernia containing sigmoid colon are presented: firstly the

case of iatrogenic sigmoid perforation in Richter's hernia, secondly the case of endoscope incarcerated within a hernia. Causes of complications, their possible solutions and prevention are described.

KEY WORDS: COLONOSCOPY, INGUINAL HERNIA, RICHTER'S HERNIA, IATROGENNÍ PERFORACE, ENDOSCOPE INCARCERATION

Perforace komplikuje diagnostickou koloskopii v méně než jednom promile případů, objevuje se nejčastěji v colon sigmoideum, zvláště pokud jsou přítomny divertikly [7].

K uvážnutí endoskopu dochází velmi vzácně při horní endoskopii (tahem za přístroj v retroflexním postavení dojde k zaklínění v kardii). Ještě vzácnější je tato komplikace při koloskopii – k uvážnutí může dojít vytvořením kličky endoskopu v esovitém tračníku vyhřezlém do tříselné kýly, nejčastěji levostranné [1–6,9,10,12].

PŘÍPAD 1

75letý pacient byl indikován ke koloskopii pro nově vzniklou zácpu, difúzní bolesti břicha a pozitivitu stolice na okultní krvácení. Po standardní přípravě byla provedena koloskopie, v 50 cm zavedení se ani opakovanými pokusy nedařilo překonat ohyb tračníku a při jednom z pokusů došlo k laceraci sliznice (obr. 1). Nebyl zjevný průnik endoskopem do peritoneální dutiny, nedošlo k promptnímu vzniku pneumoperitonea, očista tračníku byla dostatečná. Lacerace byla proto ošetřena sedmi hemostatickými klipy

(Olympus) s uspokojivým endoskopickým výsledkem (obr. 2), nativní snímek břicha po výkonu neprokázal přítomnost volného vzduchu v peritoneální dutině. Po konzultaci chirurga byl zvolen konzervativní postup, byla podávána antibiotika, parenterální hydratace. Nemocný si s odstupem necelých 24 hod začal stěžovat na bolest v levé inguinální hernii, na kontrolním snímku břicha došlo také k rozvoji pneumoperitonea. Byla indikována operační revize, která prokázala nástěnnou herniaci esovité kličky do levostranné tříselné kýly (tzv. Richterova, Littréova hernie). Byl patrný perforační otvor s naloženými klipy, s okolní nekrotizací. V mezosigmatu byl přítomen plyn, v levém hypogastriu zkalený výpotek. Byla provedena Hartmanova operace s resekcí postiženého úseku esovité kličky s divertikly. S odstupem tří měsíců bylo bez komplikací provedeno zanoření sigmoideostomie a sutura vnitřní branky hernie.

PŘÍPAD 2

82letý pacient antikoagulovaný pro chronickou fibrilaci síní s opakovanými

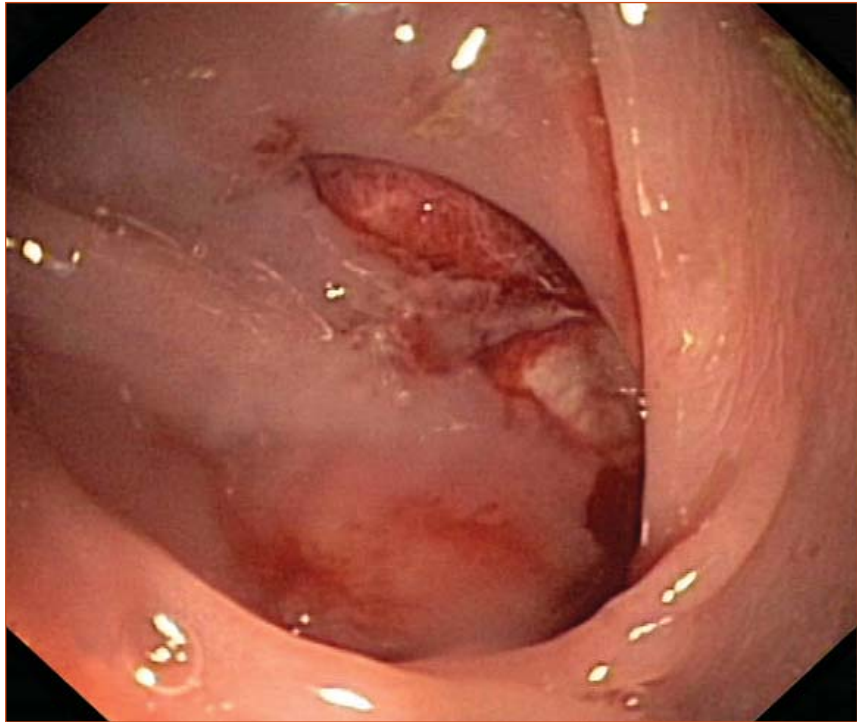
embolizačními projevy v anamnéze byl indikován ke koloskopickému vyšetření pro anémii s potřebou opakovaných krevních převodů. První koloskopie byla neúplná pro opakovanou tvorbu kličky v sigmatu. Irrigografie prokázala levostrannou tříselnou kýlu, do které proniká esovitý tračník. Vzhledem k opakované anemizaci byl pokus o koloskopii opakován. Během zavádění přístroje došlo ke vzniku kličky v esovitém tračníku vyhřezlém do vaku hernie – v této fázi nebylo možné přístroj dále zavést, nebylo ho však možné ani vysunout. Až opakovanými manévry – rotací a tahem – se podařilo kličku přístroje v sigmatu reponovat zpět do dutiny břišní. Asistent pak reponoval kýlu a manuálním zajištěním branky bránil novému výhřezu a přístroj se nakonec podařilo zavést na dno céka, kde mohla být argonovou plazmakoagulací ošetřena angiodysplázie.

DISKUZE

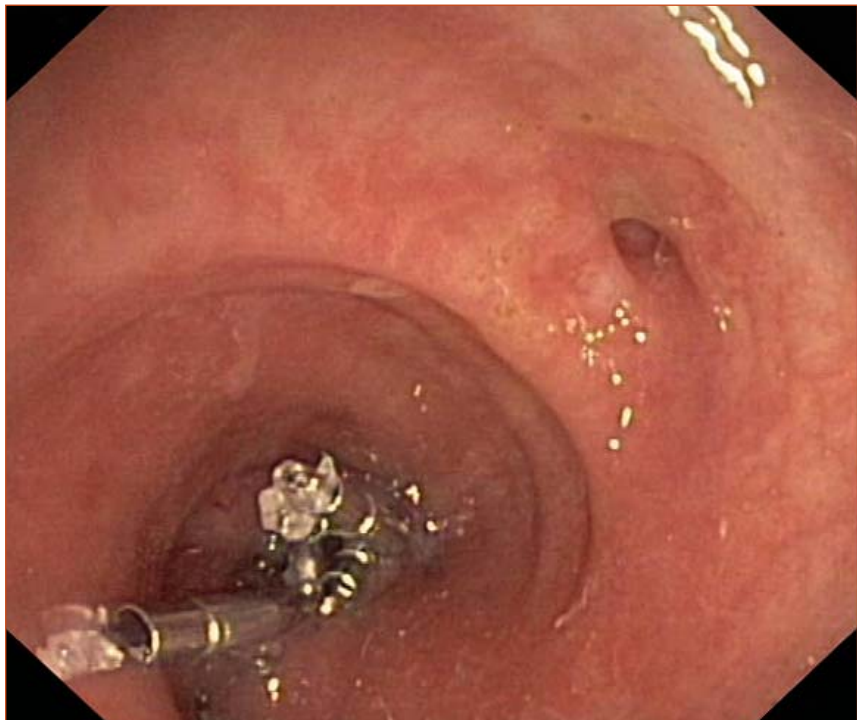
Pokud do vaku levostranné inguinální hernie pronikne esovitý tračník, je koloskopie zatížená vyšším rizikem perforace při zavádění přístroje [11].

V našem případě se jednalo o nástěnnou kýlu (Richterova kýla). Klinický průběh perforace tímto faktem může být modifikován – pneumoperitoneum vzniká obleněně i event. peritoneální iritace může být zpočátku omezena pouze na oblast hernie. Ošetření klipy je možným řešením perforace při terapeutické i diagnostické koloskopii [8]. V našem případě zánět probíhající v počátku pouze v kýlním vaku vedl k přecenění efektivity klipování a opožděné indikaci chirurgického řešení.

Pokud je přítomna objemná inguinální kýla obsahující část esovitěho tračníku, je možné projít endoskopem kýlní brankou dovnitř a následně ven – endoskop tak vytvoří v kýle kličku. Za této situace při prostém tahu za přístroj dochází jen ke zmenšení průměru kličky, ale distální konec se zpět do kýlního vaku nevysouvá – dochází k uváznutí endoskopu. Riziko uváznutí je největší při průměru kýlní branky cca 3–6 cm [4]. Při násilné extrakci přístroje hrozí roztržení kýlní branky, event. s poraněním střeva, případ je možné řešit chirurgickou revizí s extrakcí koloskopu [9]. V našem případě byla kýlní branka ještě dostatečně široká, aby bylo možné kličku na přístroji v sigmatu pod mírným tahem a rotací reponovat zpět do dutiny břišní a následně za manuální asistence dokončit vyšetření. Rotačními manévry pravděpodobně dojde ke změně tvaru kličky z typu U na typ alfa, která umožní repozici [1–3]. Optimálním řešením této situace je pravděpodobně extrakce přístroje tzv. kladkovou technikou [4]. Asistent zachytí přes kýlní vak kličku přístroje a mírným tahem za ohyb kličky umožní přenést tah za endoskop na distální konec, který tak nejprve pronikne zpět do vaku, a teprve potom lze přístroj již bez potíží extrahovat z vaku kýly. Pokud je to možné, kýlu reponujeme a asistent zabraňuje manuálně výhřezu esovitě kličky zpět do kýly – tak se můžeme pokusit přístroj znovu



Obr. 1/ Fig. 1.
Koloskopie. Slizniční lacerace v sigmatu.
Colonoscopy. Mucosal tear in the sigmoid colon.



Obr. 2/ Fig. 2.
Koloskopie. Slizniční defekt z endoskopického pohledu uzavřený sedmi hemostatickými (metalickými) klipy.
Colonoscopy. Endoscopic view of mucosal defect closed by seven haemostatic (metallic) clips.

zavést. Při všech těchto manévrech je cenná rentgenová kontrola.

ZÁVĚR

Koloskopickému vyšetření by měla předcházet anamnéza a případně

fyzikální vyšetření posuzující přítomnost inguinální hernie, především levostranné, vhodná je vizuální kontrola třísla, pokud se nedaří přístroj volně zavést esovitým tračníkem. Při přítomnosti hernie by měl asistent manuálně

hernii reponovat, a tak předejít průniku endoskopu do kýly.

Objemná levostranná inguinální hernie představuje relativní kontraindikaci koloskopického vyšetření.

Literatura

1. Fan CS, Soon MS. Colonoscope incarceration in an inguinal hernia. *Endoscopy* 2007; 39 (Suppl 1): E185.
2. Fulp SR, Gilliam JH 3rd. Beware of the incarcerated hernia. *Gastrointest Endosc* 1990; 36(3): 318–319.
3. Iser D, Ekinci E, Baichi MM et al. Images of interest. Gastrointestinal: complications of colonoscopy. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 20(8): 1301.
4. Koltun WA, Collier JA. Incarceration of colonoscope in an inguinal hernia: „Pulley“ technique of removal. *Dis Colon Rectum* 1991; 34(2): 191–193.
5. Leichtmann GA, Feingelrent H, Pomeranz IS, Novis BH. Colonoscopy in patients with large inguinal hernias. *Gastrointest Endosc* 1991; 37(4): 494.
6. Leisser A, Delpre G, Kadish U. Colonoscope incarceration: an avoidable event. *Gastrointest Endosc* 1990; 36(6): 637–638.
7. Lüning TH, Keemers-Gels ME, Barendregt WB et al. Colonoscopic perforations: a review of 30,366 patients. *Surg Endosc* 2007; 21(6): 994–997.
8. Mana F, De Vogelaere K, Urban D. Iatrogenic perforation of the colon during diagnostic colonoscopy: endoscopic treatment with clips. *Gastrointest Endosc* 2001; 54(2): 258–259.
9. Punnam SR, Ridout D. Incarcerated inguinal hernia. *Gastrointest Endosc* 2003; 58(5): 757–758.
10. Saunders MP. Colonoscope incarceration within an inguinal hernia: a cautionary tale. *Br J Clin Pract* 1995; 49(3): 157–158.
11. Willard W, Satava R. Inguinal hernia complicating flexible sigmoidoscopy. *Am Surg* 1990; 56(12): 800–801.
12. Yamamoto K, Kadakia SC. Incarceration of a colonoscope in an inguinal hernia. *Gastrointest Endosc* 1994; 40(3): 396–397.

Adresa pro korespondenci/

Correspondence to:

MUDr. Jiří Cyrany
 II. interní klinika
 LF UK a FN Hradec Králové
 Sokolská 581
 500 05 Hradec Králové
 e-mail: jiri.cyrany@email.cz