

· 病例报告 ·

导丝引导下输尿管支架管误入肠腔一例报告

刘亮程 曹贵华 黄贵闽 杜建平 李伟 董丽佳 李强

中华泌尿外科杂志, 2021,42(8) : 635-636. DOI: 10.3760/cma.j.cn112330-20200212-00077

摘要 报道1例输尿管皮肤造口患者更换双J管后出现的严重并发症。在斑马导丝引导下将双J管置入回肠, 导致输尿管回肠瘘。提示当输尿管出现扭曲、狭窄以及炎症时, 输尿管腔内不规范的操作导致输尿管穿孔的风险较高。规范化诊治以及合适的导丝选择可以降低输尿管穿孔的风险。

引用本文: 刘亮程, 曹贵华, 黄贵闽, 等. 导丝引导下输尿管支架管误入肠腔一例报告 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2021, 42(8) : 635-636. DOI: 10.3760/cma.j.cn112330-20200212-00077.

参考文献导出: Endnote NoteExpress RefWorks NoteFirst 医学文献王

扫描看全文



正文

作者信息

English Abstract

评论

相关资源

基金 0 关键词 5

阅读 197 评论 0

引用 | 论文 | 视频

版权归中华医学会所有。

未经授权, 不得转载、摘编本刊文章, 不得使用本刊的版式设计。

除非特别声明, 本刊刊出的所有文章不代表中华医学会和本刊编委会的观点。



患者, 男, 70岁。2019年6月3日因反复无痛性肉眼血尿伴下腹部胀痛6个月入院。查体未见阳性体征。腹部增强CT检查示膀胱左侧壁肿瘤, 左侧输尿管壁内段及部分下段受侵。血红蛋白101 g/L, 血肌酐129.5 μmol/L, 尿素氮5.39 mmol/L, 白蛋白31.2 g/L。尿常规: 隐血(+++)。术前诊断为膀胱肿瘤。全麻下行经尿道膀胱肿瘤诊断性电切术, 术中见膀胱左侧壁、三角区多发肿瘤, 侵犯左侧输尿管开口。术后病理诊断为膀胱浸润性尿路上皮癌(高级别)。1周后行腹腔镜根治性膀胱切除术, 术中发现左输尿管中下段管腔内存在肿瘤组织, 膀胱后壁及左侧壁与周围组织紧密粘连、固定, 局部呈冰冻状改变, 膀胱无法切除, 行左半尿路切除+右输尿管皮肤造口术, 右侧输尿管留置双J管引流, 未行淋巴结清扫。术后3个月患者不慎拔出双J管, 拔管1 d后感右侧腰部胀痛, 来院放置右侧输尿管支架管。采用0.032英寸斑马导丝引导, 进管时无明显阻力, 患者未诉不适。经导管回抽可见深黄色黏液, 经灭菌用水冲洗支架管后观察2 h引出淡黄色液体约50 ml。留院观察12 h后引流袋内引流液无增加, 且双J管完全回缩。腹部CT检查(图1)示右侧腹壁瘘口, 右肾轻度积水; 下腹部小肠肠管走行区见导管影; 右下腹、盆腔少许渗出; 膀胱左侧壁肿块。考虑双J管进入肠腔。复查白细胞、降钙素原正常, 血肌酐219.2 μmol/L, 尿素氮16.73 mmol/L。患者无明显腹部体征, 胃肠外科会诊讨论后, 予促进胃肠动力药物, 12 h后双J管经肛门自行排除。每日监测患者肾功能, 3 d后血肌酐升至432.7 μmol/L, 局麻下尝试输尿管镜直视下放置双J管, 镜下不能窥及正常输尿管管腔, 双J管放置失败。在超声引导下行右肾造瘘。患者输尿管造口周围局限性压痛, 且触及质硬包块, 边界不清, 造口可见淡黄色黏液流出, 伴少许食糜残渣。给予积极抗感染、禁食水、静脉营养支持等治疗, 患者炎症指标无明显降低, 且营养状况差, 白蛋白持续下降。腹部增强CT检查(图2)示直肠下段及中下腹部分管壁明显增厚, 腹膜增厚、局部呈结节样改变, 考虑腹膜肿瘤转移。腹腔内肠管结构紊乱, 局部管腔扩张; 肠间隙脂肪浑浊, 考虑腹腔内严重感染, 输尿管回肠瘘? 经多学科会诊, 不考虑剖腹探查行小肠修补, 继续加强抗感染、营养支持等治疗1个月, 患者因感染性休克死亡。



图1 双J管误入肠腔患者腹部CT检查图片 A. 冠状面见双J管位于回盲部肠腔(箭头所示); B横断面见双J管沿肠管走行(箭头所示)

图2 输尿管肠瘘腹部CT检查图片 腹腔内肠管结构紊乱, 局部管腔扩张; 肠间隙脂肪浑浊(箭头所示)

讨论

输尿管皮肤造口术是根治性膀胱切除术后首选的、安全的尿流改道方式^[1,2]，常用双J管引流。输尿管支架管需终身放置，且3~6个月更换1次，可防止输尿管支架管堵塞^[3]。输尿管支架管在临床上应用广泛，主要不良反应为局部刺激症状。临床上出现输尿管支架管移位、断裂、堵塞的情况也很常见，严重的可能需要外科手术进行干预，极易产生医疗纠纷^[4]。在更换支架管时，导丝起到至关重要的作用。本例使用斑马导丝，对输尿管黏膜具有一定的穿透性^[1]，我们认为当输尿管出现扭曲、狭窄、损伤后更容易穿透。本例出现支架管进入肠腔的根本原因是斑马导丝穿破输尿管及肠壁，进入肠腔，最终导致支架管顺导丝路径进入肠腔。在临床中，导丝损伤周围脏器，尤其在经皮肾镜取石术中，误入肾静脉、腔静脉甚至到达右心房均有报道^[2]。

我们分析本病例出现这种情况可能与下列因素有关：①经腹施行手术，术后可能引起输尿管、部分肠管彼此粘连、固定，局部病变进展浸润输尿管，改变解剖关系。②斑马导丝具有较强的黏膜穿透性，尤其是输尿管出现扭曲、狭窄、黏膜受损的情况下更容易被穿透。③第1次更换导管时出现异常，未及时行KUB平片了解双J管位置；在已明确双J进入肠腔后，尝试输尿管镜直视下放置双J管，加重了输尿管和肠管的损伤；在输尿管肠瘘形成后，腹腔严重感染，未及时行腹腔引流。研究结果显示，对于不能自愈的肠瘘，需感染控制后等待3~6个月再手术治疗，可以提高手术安全性^[3]。

对于输尿管皮肤造口的患者，在更换输尿管支架管时，选择柔软的导丝更安全。当出现换管异常时，及时行KUB平片可以有效地评估双J管位置，避免造成严重的后果。一旦输尿管出现穿孔，且输尿管支架管安置失败时，可采取逆行输尿管造影，在明确输尿管情况及走向后顺行放置双J管引流更为安全。也有学者认为^[4]，在行全膀胱切除术后经皮下行隧道输尿管皮肤造口术，术后在更换造接管时更方便、安全。综上所述，我们认为当输尿管出现扭曲、狭窄以及炎症时，输尿管腔内不合理的操作具有较高的穿孔风险。规范化的诊治以及合适的导丝选择可以降低输尿管穿孔的风险。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Hajji M, Bennani MS, Bekkali S, et al. **Intracaval migration of ureteral stent**[J]. J Belg Soc Radiol, 2015, 99:28-30.DOI: [10.5334/jbr-btr.842](https://doi.org/10.5334/jbr-btr.842).
- [2] Yang L, Qiu X. **Management of inadvertent intracaval placement of JJ stents and intracardiac migration during PCNL: report of 1 extremely rare case**[J]. Urol Case Rep, 2020, 33:101273.DOI: [10.1016/j.eucr.2020.101273](https://doi.org/10.1016/j.eucr.2020.101273).
- [3] 郑涛, 解好好, 吴秀文, 等. **全国多中心肠外瘘诊治情况调查及预后风险因素分析**[J]. 中华胃肠外科杂志, 2019, 22:1041-1050.DOI: [10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.11.007](https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1671-0274.2019.11.007).
- [4] 石永福, 方克伟, 王伟, 等. **经皮下潜行隧道输尿管皮肤造口术的初步经验探讨**[J]. 中国全科医学, 2012, 35:4136-4137,4139.DOI: [10.3969/j.issn.1007-9572.2012.12.067](https://doi.org/10.3969/j.issn.1007-9572.2012.12.067).