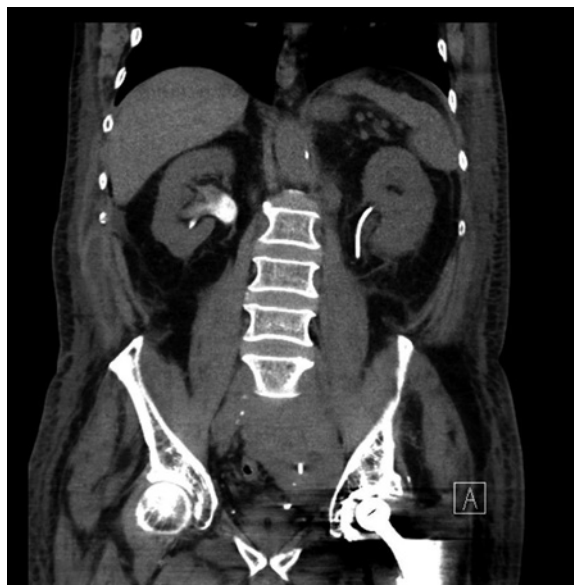




Obr. 1. CT – vlevo zavedený ureterální stent ve správné poloze

Fig. 1. CT – ureteral stent placed in the correct position on the left

POPIS PŘÍPADU

68letý pacient byl přijat akutně cestou pohotovosti na hematologické oddělení pro nově zjištěný v. s. lymfom, s masivní retroperitoneální lymfadenopatií. Pro útlak močových cest byl konzultován urology a byl mu zaveden ureterální stent vlevo a nefrostomický drén vpravo (zde zavedení stentu nebylo v lokální anestezii úspěšné). Pravostranná nefrostomie od zavedení hůře odváděla, opakovaně se přicpávala, při úpravách polohy bylo na skioskopii patrné koagulum v pánvičce. Šestý den od jejího zavedení byla vyměněna z nefrostomického drénu s pig-tailovým koncem (8 Ch) za větší, balonkovou (14 Ch). Výměna byla provedena v celkové anestezii a za skioskopické kontroly. Na dospávací jednotce došlo k masivnímu krvácení z nefrostomického drénu, byl zaklampován a pacient byl přeložen na jednotku intenzivní péče. Akutně provedené CT břicha s kontrastní látkou odhalilo nefrostomický drén zavedený přes pravou ledvinovou pánvičku a renální žílu do VCI, kde byl i nafouklý balonek. Ihned byli kontaktováni intervenční radiologové, kteří indikovali akutní vasografický výkon. Výkon trval 1 hodinu 30 minut za anesteziologického dozoru s urologickým týmem přímo na sále, připraven byl



Obr. 2. CT – vpravo zavedený PND s nafouklým balonkem do VCI

Fig. 2. CT – the PNDT with an inflated balloon lodged in the IVC on the right

ale také urgentní operační sál s krevními deriváty (který nebylo třeba využít). Podařilo se bezpečně extrahovat balonkovou nefrostomii a za stálé skioskopické kontroly vyměnit do správné polohy za pig-tailovou 10 Ch. Výkon byl bez komplikací, pacient dále nekrvácel a byl hemodynamicky stabilní, observován na JIP do dalšího dne.

DISKUZE

Dle literatury je založení nefrostomického drénu ve 4 % komplikováno krvácením, které vyžaduje krevní transfuzi. V 1 % případů je dokumentováno vaskulární poškození (1). Nesprávných zavedení drénu do dolní duté žíly je popsáno pouze minimum (2–4). Dle kazuistických sdělení jsou predisponující faktory pro tuto komplikaci: infikovaný renální parenchym (snazší poranění), výkon bez skioskopické kontroly, podkovovitá ledvina.

Popsané případy se podařilo vyřešit extrakcí drénu za skioskopické kontroly v lokální nebo celkové anestezii. V jednom případě se navíc musela po extrakci drénu zavést endovaskulární tamponáda do VCI (5). Nebyla zaznamenána nutnost akutní otevřené revize pro akutní krvácení.