Endoskopie v ORL

Autor: Táňa Kajzarová

Pracovisko: ORL amb. Nemocnice Třinec

Mnoho medicínských oborů dosáhlo v druhé polovině 20. století významného rozvoje. V řade případu se tak stalo díky novým objevům v patogeneze nemocí, novým přístupům v terapii, ale hlavně díky novým technickým možnostem. Zavedení skleněných vláken do konstrukce endoskopických přístrojů přineslo neuvěřitelný rozmach diagnostických a později i terapeutických možností ve všech medicínských oborech. (Dítě et al.,1996)

Od prvního, celkem málo úspěšného, zavedení rigidního endoskopu o rozměrech 470x130 mm, Kussmaulem profesionálnímu polykači mečů, v roce 1868, a dalšího již úspěšnějšího použití gastroskopu Miculiczem v roce 1879, uplynulo hodně času, než se přístroje zdokonalily natolik, aby se z rigidních staly semi-rigidními. V těchto desetiletích negativně ovlivnil rozvoj endoskopie objev rentgenu,který se stal na dlouhá léta dominantním v diagnostice chorob trávicí soustavy. (Dítě et al.,1996)

V Československu se začali první nadšenci seznamovat s digestivní endoskopií ve třicátých letech. V Praze to byli Scheiner a Herfort na I.klinice, kteří získávali první zkušenosti se semirigidním gastroskopem. První zprávy o své práci přednesli v Bratislavě současně s referátem bratislavského gastroenterologa Halmoše 29. května 1933 na Spolku lékařů. (Dítě et al.,1996)

Co to vlastně je endoskop?

Pro laika nějaká trubice, kterou se někam kouká, pro technika přístroj, který mu umožňuje provést nedestruktivní kontrolu třeba jaderného reaktoru, pro celníka prostředek k odhalení kontrabandu schovaného v benzinové nádrži a pro zdravotníka dnes neoddělitelná součást rutinních vyšetření. (Dítě et al.,1996)

Endoskopy dělíme

1.rigidní - možnost poranění chrupu, perforace jícnu

2.flexibilní – bez rizika perforace a traumatizace

3.videoendoskopy – snímací prvek CCD - je v podstatě mikrovideokamera

4.endoskopy speciální - flexibilní endoskop s unikátní konstrukci, angioskop-extrémně tenké a dlouhé flexibilní fibroskopy. Nejmenší průměr 0,8 mm.dlouhá svítící nit používá se na vyšetření krevního řečiště a můžeme se s ní podívat až do srdečních komor.

Endoskopické vyšetření jícnu

Za začátek orální endoskopie lze pokládat rok 1868 , kdy Kussmaul poprvé zavedl kovovou trubici o průměru 13mm do žaludku polykače mečů. Skutečné gastroskopické pozorování provedl rigidním přístrojem až v r. 1881 Mikulicz. Od té doby se gastroskopie rigidním přístrojem prováděla na některých pracovištích jako náročný diagnostický výkon.

V r. 1932 byl zaveden semiflexibilní přístroj Wolfův a Schindlerův, který přece jen poněkud rozšířil využití endoskopie. Tento přístroj měl dvě třetiny rigidní, distální konec byl sestaven ze souboru čoček, což umožňovalo omezenou ohebnost této části přístroje. Pro vyšetření jícnu se však nadále používaly rigidní přístroje.

Zásadní změnu přinesl objev skleněných vláken a jejich využití v endoskopii. Autorem prvního fibroskopu (fibra-vlákno), byl Američan Basil Hirschowitz v r. 1958. Přístroje pracující na principu skleněných vláken jsou používány dodnes. Od r. 1983 jsou do endoskopické praxe zaváděny videoendoskopy pracující na elektronickém principu. (Dítě et al.,1996)

Význam a možnosti orální endoskopie

Orální endoskopie dovoluje přímý a barevný pohled do nitra orální časti trávicí trubice, je můžeme pozorovat i zcela povrchní změny.

1. Palpací zavřenými bioptickými kleštěmi nebo kanylou lze palpovat a zjišťovat rigiditu a elasticitu stěny.
2. Provádět cílenou biopsii kleštěmi nebo makrobiopsii polypektomickou kličkou, či stěrovou cytologii kartáčkem.
3. Větší útvary (polypy) je možno odstranit polypektomickou kličkou a v řadě případu tak uchránit nemocného od operační intervence.
4. Stavět krvácení endoskopickou cestou (injekční technika, koagulace, svorky, laser).
5. Extrahovat cizí tělesa.
6. Dilatovat stenózy, jmenovitě v jícnu bužiemi, popřípadě balonky.
7. Zavádět endoprotézy při stenozujících procesech v jícnu, popřípadě v pyloru.

Indikace

Výše uvedené možnosti orální endoskopie ukazují, že tato metoda je indikovaná při jakékoliv symptomatologii, která vzbuzuje podezření na postižení orální časti trávicí trubice. I negativní nález má svůj význam, dokládá nepřítomnost organického nálezu.

Kontraindikace

- Zcela nespolupracující pacient.
- Perforace trávicí trubice či podezření na ní.

- Těžká dušnost kardiálního nebo plícního původu.
- Šok
- Flegmonózní ezofagitida.
- Zenkerův divertikl.
- Rozsáhle aneurizma hrudní aorty.
- Akutní infarkt myokardu.
- Akutní tonsilitída.

Některé z těchto kontraindikací mohou být za určitých okolností relativní. Vždycky záleží na individuálním posouzení konkrétní situace. (Dítě et al.1996)

Komplikace

1.Lacerace až perforace zadní stěny faryngu nebo perforace piriformního recesu.
Riziko spočívá v tom, že tenká stěna jícnu (zejména u starých lidí) se dostává mezi tuhý konec přístroje a páteř, a při nepřiměřeném tlaku dojde relativně snadno k poškození.

2. Perforace ezofagu a žaludku.
K této komplikaci dojde výjimečně ,nejspíše při patologicky změněném orgánu (divertikl,zánět,nádor)

3.Lacerace sliznice v ezofagogastrické junkci.
K této komplikaci dojde při prudkém, dráždivém říhání a nauzeózních pohybech v průběhu výkonu. Důsledek krvácení většinou však málo významné.

4. Větší krvácení po biopsii
Je výjimečné a je nejspíše výrazem poruchy hemokoagulace.

5. Kolapsový stav.

6. Komplikace související s premedikaci.
Jsou nejčastější komplikaci výkonu. Jsou to kolapsové stavy, stavy zmatenosti, respirační útlum a hypoxie, poruchy srdečního rytmu. (Dítě et al.,1996)

Příprava pacienta

-Psychická (uklidnění):

Psychologickou přípravu by měl dostat každý nemocný. Většinou stačí vlídné, optimistické zacházení ze strany sestry a několik vět lékaře, který vysvětlí smysl, podstatu a průběh vyšetření. Nutnost spolupráce.

-Individuálně premedikace: dle ordinace lékaře

-Spasmolytika: dle ordinace lékaře(Atropín-jako prevenci před vznikem vazovagálních reflexů, jednak k utlumení peristaltiky, k uvolnění pyloru a k utlumení sekrece slin .)

-Celková anestézie (děti, extrakce cizího tělesa) lačný

-Vyjmutí zubní protézy

-Podpis Informovaného souhlasu pacienta s výkonem

Pomůcky pro rigidni endoskopii v lok.anestezii

- buničitá vata
- longety - jazyk
- nesterilní rukavice
- zdroj na ohřev optiky
- tubusy
- optika , hlavice
- štípací kleště
- chápací kleště
- saní
- káble od zdroje světla a tubusu
- laryngeální stříkačka , násadec
- stříkačka a jehla k aplikaci před výkonem
- nádoba s F1/1na biopsii
- zkumavka s 10% Formaldehydem
- léky : Mesocain, Xylocain, Apaurin

Přístroje

- odsávačka
- zdroj světla

Vlastní provedení

Lékař na vyšetřovacím křesle provede znecitlivění kořene jazyka a měkkého patra 1% Mesocainem a Xylocainem spray.

Pacient se uloží na polohovací lehátko, do polohy na záda. Lékař si dle potřeby zakloní hlavu, sestra přidrží jazyk, lékař zavádí tubus do hltanu. Dle pokynu lékaře se nachystá sání nahřátá optika, chápak, štípak. Sestra přidržuje a uklidňuje pacienta.

Biopsie

Odběr tkáně štípacími kleštěmi provede lékař.

Sestra uloží vzorek do zkoumavky s 10% Formaldehydem. Nalepí štítek s identifikačními údaji. Lékař vyplní průvodku k histologickému vyšetření.

Dokumentace informaci a dat

Lékař provede zápis o provedeném vyšetření do karty nebo do chorobopisu pacienta.

Komplikace

Po odběru na histologické vyšetření může rána krvácet - slabost, závratě.

Zvláštní upozornění

Důležitá je spolupráce pacienta, jeho správné dýchaní během vyšetření.

Úklid pomůcek

Po použití je nutné setřit buničinou namočenou v alkoholovém desinfekčním roztoku z povrchu zbytky biologického materiálu. Veškeré časti ponořit na 1 hodinu do desinfekčního roztoku. Pak jsou všechny nástroje i optiky předány na CS.

Péče o nemocného po výkonu

Je především povinností sestry, ale také všech zúčastněných v endoskopickém sálku, aby sledovali nemocného po výkonu, popřípadě mu pomohli vstát, upravit se a obléci se. Zejména nesmíme zapomenout vrátit nemocnému odloženou zubní náhradu či brýle. K dobrému medicínskému mravu patří rovněž informovat nemocného o výsledku vyšetření a to v takovém rozsahu, který je pro daného nemocného srozumitelný. (Dítě et al.,1996)

Závěr

Endoskopie je elegantní metoda, která umožňuje prohlédnutí dutin či vnitřních dutých orgánů. Endoskop, což je nástroj podobný hadici, se do těchto dutin zavádí přirozenými nebo uměle vytvořenými otvory. Nejenže endoskopie umožňuje prohlédnutí orgánů, ale během vyšetření je také možné odebrat vzorky k histologickému vyšetření, nebo dokonce provést léčebný zákrok, jako odstranění polypů, odsátí hlenů, zástavu krvácení apod. Zavedením endoskopické techniky do praxe se značně usnadnila některá vyšetření a léčba pacienta.

Seznam použité literatúty:

DÍTĚ, P.,et.al.,: *Základy digestivní endoskopie*. GRADA, 1996. s. 229.
ISBN 80-7169-237-9

Kontaktná adresa:

Kajzarová Táňa

Nemocnice Třinec p.o.

ORL Ambulance

Kaštanová 268

739 61 Třinec

č.t. 558 309 507

email: kajzarovat @seznam.cz