

100 URGENTNÍCH ERCP NA CHIRURGICKÉM PRACOVIŠTI

PISKAČ P., RIEBEL O., LEYPOLD J.

100 URGENT ERCP AT A SURGICAL CLINIC

Since the year 1989 the authors, surgeons, performed more than 1600 ERCP. In the period of 1992 to 1995 urgent ERCP was indicated in one hundred cases when block of papilla Vateri, cholangitis or acute pancreatitis were suspected. Our results in ERCP were: cholangitis with common bile duct stones 14, pancreatitis acuta biliaris 53, pancreatitis acuta non-biliaris 28, other diagnosis 1. In 4 cases, ERCP was unsuccessful. Endoscopic papillosphincterotomy (EPS) was indicated in all patients after the successful ERCP with pancreatitis or cholangitis. We achieved success in urgent EPS in 92 %. No patient died owing to ERCP or EPS.

From our point of view urgent ERCP and EPS are important diagnostic and therapeutical methods in patients with cholangitis and pancreatitis biliaris which may be performed as soon as possible. (in our cases all patients undergo ERCP and EPS no later than six hours after their admission to the hospital). In case of nonbiliaris pancreatitis we prefer and have good results with EPS too, but our number of these patients is too small to be generalized. (Tab. 5, Ref. 13.)

Key words: pancreatitis acuta, cholangitis acuta, endoscopic papillosphincterotomy.

Bratisl Lek Listy 98; 1997: 284–286

Akutní pankreatitida cholangitida jsou klasické chirurgické diagnózy. Vedle standardních chirurgických výkonů se u pacientů s těmito diagnózami začínají postupně uplatňovat i endoskopické diagnostické a terapeutické postupy, které často umožní vyhnout se operaci, nebo ji alespoň provést po zklidnění a přípravě, elektivně, s daleko lepšími výsledky. Protože jde o choroby probíhající akutně, je chirurgická intervence, a tedy i předcházející endoskopický výkon nutno provést co nejdříve. To je i důvod, proč se sami chirurgové v poslední době začínají endoskopiemi orální etáže

Od roku 1989 autoři — chirurgové provedli více než 1600 ERCP. Urgentní ERCP v období let 1992—1995 bylo indikováno pro podezření na blokádu papily Vaterovy, cholangitidu a akutní pankreatitidu u jednoho sta pacientů. Naše výsledky ERCP byly následující: cholangitida s kameny ve žlučových cestách 14krát, akutní biliární pankreatitida 53krát, nebiliární akutní pankreatitida 28krát, jiná diagnóza 1krát. Ve 4 případech se nám ERCP nepodařilo. Endoskopická papilosfinkterotomie (EPS) byla indikována u všech pacientů po úspěšném ERCP s diagnózou pankreatitidy nebo cholangitidy. Dosáhli jsme úspěšné endoskopické papilosfinkterotomie v 92 %. Žádný pacient neumřel v souvislosti s ERCP nebo EPS.

Z našeho pohledu se jeví urgentí ERCP a EPS jako důležitá diagnostická a léčebná metoda u všech pacientů s cholangitidou a biliární pankreatitidou, která má být provedena co nejdříve (v našem případě všichni pacienti se podrobili ERCP a EPS do 6 hodin od přijetí). V případě nebiliární pankreatitidy preferujeme také EPS a máme s ní dobré výsledky, ale náš počet těchto pacientů není tak velký, abychom mohli toto prohlásit za obecně platné. (Tab. 5, lit. 13.)

Klíčová slova: akutní pankreatitida, akutní cholangitida, urgentní endoskopická papilosfinkterotomie.

Bratisl. lek. Listy, 98, 1997, č. 5, s. 284–286

více zabývat a po zvládnutí hemostázy krvácející léze se orientují na oblast Vaterovy papily. Dnes již není pochyb o příznivém vlivu zavčas provedené papilosfinkterotomie na takové choroby, jakými právě akutní biliární pankreatitida a cholangitida jsou. Naše zkušenosti tyto závěry jednoznačně podporují.

Metodika

Od roku 1988 autoři — chirurgové provedli více jak 1600 ERCP (Riebel a Piskač, 1995). Urgentní endoskopickou papilosfinkterotomii (EPS) jsme zavedli do spektra výkonů v roce 1992. Od té doby zajišťujeme urgentní výkony nejpozději do 3 hodin po přijetí na naši kliniku, či po vyžádání z jiných pracovišť. Za indikaci k urgentnímu vyšetření považujeme v podstatě dva typy onemocnění, a to akutní pankreatitidu a cholangitidu, či blokádu Vaterovy papily. Přikláníme se k názoru, že výkon má být proveden co nejdříve. Z nejčastějších kontraindikací možno jmenovat: aktivní odpor pacienta, nevyhovující koagulační parametry, doba delší jako 48 hodin od přijetí k hospi-

II. chirurgická klinika Masarykovy University v Brně, Česká republika a ¹Chirurgické oddělení Nemocnice Milosrdných bratří ve Valticích, Česká republika

2nd Department of Surgery, Masaryk University, Brno, Czech Republic, and ¹Department of Surgery, Brothers of Mercy's Hospital, Valtice, Czech Republic

Address for correspondence: P. Piskač, MD, PhD, II. chirurgická klinika FN u sv. Anny, Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika.
Phone: +420.5.43182 433, Fax: +420.5.43182 447

talizaci, u těžké akutní pankreatitidy. Samozřejmostí je zajištění operačního sálu pro případ komplikací. Nekomplikované případy z ostatních zdravotnických ústavů řešíme ambulantně a po výkonu pacienta vracíme, nejlépe se spoluúčastí RZP, nazpět.

Pracoviště je vybaveno duodenoskopem Olympus JF1 T10, světelným zdrojem CLE 10 a elektrochirurgickou jednotkou PDS 23. Monopolární papilotomy, stejně jako ostatní spotřební materiál je různé provenience, nejčastěji S.U.N a MTW.

Vyšetření a intervence na Vaterově papile provádíme po standardní premedikaci atropinem 0,5 mg a diazepamem 5–10 mg i.m. 30 min před výkonem. Těsně před zahájením výkonu aplikujeme dolzín 50 mg, buscolyzín 1 amp. a v případě dostupnosti mendiaxon. Výhodné je, když má pacient hned po přijetí zavedenou funkční nazogastrickou sondu. Vývodné cesty znázorňujeme telebrixem s přídavkem gentamicinu. Snažíme se, aby náplň pankreatického vývodu byla co nejmenší.

Po provedeném ERCP provádíme EPS u choledocholitiázy, prokázané blokádě Vaterovy papily, cholangitidy, biliární i nebiliární pankreatitidy. Tam, kde se nedaří zavést klasický papilotom, užíváme nejdříve precutu (precutting papilotom), či jehlového nože (needle knife). Prokázanou choledocholitiázu řešíme extrakcí, u větších kamenů po mechanické litotrypsi. V případě neúspěchu extrakce a hrozící blokádě kamenem zavádíme drenáž.

Výsledky

V období let 1992–1995 bylo provedeno celkem 103 urgentních endoskopických vyšetření biliopankreatických vývodů (tab. 1). Předkládáme zhodnocení prvního sta případů.

V souboru bylo 52 mužů u průměrném věku 51,6 roků (25–71) a 48 žen průměrného věku 58,6 roků (22–83) (tab. 2).

Na základě ERCP byly diagnózy upřesněny tak, že ve 53 případech šlo o biliární pankreatitidu, v 28 případech nebiliární pankreatitidu. Cholangitida s choledocholitiázou bez iritace slinivky byla ve 14 případech, u 4 pacientů se ERCP nezdařilo a jedenkrát šlo o atypický případ u pacienta po transplantaci jater (tab. 3). Po provedeném ERCP byla EPS indikována podle našich kritérií 95 případech. U 87 pacientů byla EPS úspěšná (91,58 %), 8krát (8,42 %) jsme byli neúspěšní (tab. 4).

Z celkového počtu 67 pacientů s choledocholitiázou a mikrolitiázou žlučových cest byla endoskopická sanace úspěšná u 51 pacientů, tj. v 76,11 %.

Nezaznamenali jsme žádnou smrtelnou komplikaci bezprostředně související s urgentním diagnostickým ERCP, v 6 případech po akutní EPS došlo k většímu krvácení, které se podařilo zklidnit endoskopicky a konzervativně u 5 pacientů, v jednom případě byla nutná chirurgická revize a opích krvácející tepny po 12 hodinách od EPS. Jiné komplikace endoskopického výkonu se nevyskytly.

Protože většina pacientů nepocházela z naší kliniky, snažili jsme se získat informace o jejich dalším osudu. Rozeslali jsme žádosti o zaslání kopie propouštěcích zpráv. Ze 100 žádostí bylo získáno 75 zpráv. Tím se nám podařilo získat informace o dalším osudu 75 % pacientů našeho souboru. Konzervativně bylo léčeno 50 (66,66 %) pacientů. Po zklidnění, během jedné hospitalizace, bylo elektivně operováno 17 (22,66 %) pacientů, z toho u 10 to byla laparoskopická cholecystektomie, u 7 klasická cholecystektomie. Pro pokračující zhoršování stavu bylo nutno akutně operovat 8 (10,66 %) pacientů. Z nich 4 v důsledku akutní pankreatiti-

Tab. 1. Nárůst počtu urgentních endoskopických vyšetření v jednotlivých letech.

Tab. 1. Increasing number of urgent endoscopic examinations between 1992 and 1995.

Rok Year	1992	1993	1994	1995
Počet vyšetření Number of examinations	9	23	34	37

Tab. 2. Charakteristika souboru.

Tab. 2. Characteristic of the study group.

Pohlaví Sex	Počet Number	Průměrný věk Mean age	Nejmladší The youngest	Nejstarší The oldest
muži men	52	51,6	25	71
ženy women	48	58,6	22	83

Tab. 3. Výsledky ERCP vyšetření.

Tab. 3. Results of ERCP examinations.

ERCP diagnóza ERCP diagnosis	Počet Number	Procenta %
biliární pankreatitida pancreatitis biliaris	53	53
nebiliární pankreatitida pancreatitis nonbiliaris	28	28
cholangitida cholangitis	14	14
neúspěch failure	4	4
jiné others	1	1

Tab. 4. Úspěšnost provedení endoskopické papilosfinkterotomie.

Tab. 4. Efficiency of performed endoscopic papillosphincterotomy.

Výkon Intervention	Počet Number	Procent %
EPS	87	91,58
neúspěch	8	8,42
EPS nebyla indikována	5	

dy zemřeli průměrně po 22 dnech, 4 pacienti přežili s průměrnou dobou hospitalizace 122,5 dne (tab. 5).

Diskuse

Je potvrzeno, že 6–8 % pacientů s neošetřenou symptomatickou cholelitiázou dříve či později onemocní akutní pankreatitidou (Armstrong a spol., 1985). Toto procento ještě narůstá do hodnot vyšších jako 22 % u těch autorů, kteří hodnotí i podíl mikrolitiázy v oblasti Vaterovy papily na rozvoj této zákeřné choroby (Houssin a spol., 1983). Za faktory, které bezprostředně vedou k rozvoji akutní biliární pankreatitidy, jsou považovány buď prostá přítomnost žlu-

Tab. 5. Další osud pacientů po urgentním ERCP.
Tab. 5. Further outcome of patients after urgent ERCP.

Způsob léčby Methods of treatment	Počet pacientů Number of patients	Procento %	Prům. doba hospitalizace Mean duration of hospitalization
Konservativní Medical treatment	50	66,66	12,2 dnů days
Elektivní operace Elective operations	17	22,66	18,7 dnů days
Akutní operace (apoplexie) Acute operations (apoplexie)	8	10,66	exitus 4x (průměrně po 22 dnech) exitus 4x (after 22 days on the average přežití 4x (průměrná hospitalizace 122,5 dní) survival 4x (mean hosp. 122.5 days)

čových kamenů (Wilson a spol., 1988), nebo průchod kamenů přes papilu (Acosta a Ledesma, 1974), nebo blokáda na papile (Oppie, 1988). Poměr biliární a nebiliární pankreatitidy bývá závislý na výskytu cholelitiázy v populaci a zastoupení ostatních etiologických agens, nejčastěji množství těžších alkoholů, neboť alkohol bývá hlavním etiologickým agens ve skupině nebiliární pankreatitidy. V našem souboru je biliární pankreatitida zastoupena v 65 %. Toto procento plně odpovídá údajům z literatury (Neoptolemos a spol., 1993).

Jestliže není všeobecně pochyb o výhodnosti urgentní EPS u akutní cholangitidy a biliární pankreatitidy, názory na tento výkon u nebiliární pankreatitidy nejsou dosud ustáleny. Pacienti s těmito diagnózami po přijetí do ústavního léčení by měli mít jako jedno z prvních vyšetření provedenu ultrasonografii ke zjištění alespoň orientačních poměrů v oblasti žlučových cest (Čapov a spol., 1988). Tam, kde je to možné, má u pankreatitidy následovat CT vyšetření. Srovnání ERCP a sonografie v našem souboru ukazuje, že asi v 27 % nebyla choledocholitiáza při ultrazvukovém vyšetření zjištěna. I když svou roli, jako u každého podobného vyšetření, může mít zkušenost samotného vyšetřujícího, je uznávaným nedostatkem sonografie horší přehlednost prepapilární oblasti choledochu. 73 % úspěšnost našich sonografistů je poměrně velmi dobrý výsledek, kdy v literatuře udávaná úspěšnost bývá 60–80 % (Wang a spol., 1988).

Často se endoskopující při provádění ERCP setká ne přímo s klasickou litiázou, ale množstvím menších, vzájemně slepených mikrolitů, vytvářejících na ústí papily bíložlutý čep blokující odtok. Ani tento nálezný samozřejmě nemůže sonografie odhalit. Z uvedeného vyplývá nutnost zařazení ERCP do algoritmu akutních vyšetření následujících co nejdříve po přijetí pacienta k hospitalizaci.

Na našem pracovišti provádíme EPS i u nebiliární pankreatitidy. Vycházíme z předpokladu uvolnění edému v oblasti papily, a tím ulehčení drenáže. Úspěšné provedení urgentní EPS v 91,58 % indikovaných případů považujeme za běžně udávaný standard, stejně jako 76 % úspěšnost sanace žlučových cest v prvním sezení.

Protože většina výkonů byla provedena ambulantně, kdy se pacienti vrátili okamžitě na odesílající pracoviště, zajímal nás jejich další osud. Zhodnocením došlých propouštěcích zpráv však bylo možno porovnat pouze další způsob léčby, hlavně vzhledem

na eventuální akutní chirurgický výkon, výsledek komplexní léčby a celkovou dobu hospitalizace. Je povzbudivé, že u 10 pacientů po endoskopické sanaci žlučových cest a zklidnění pankreatitidy bylo možno provést laparoskopickou cholecystektomií se všemi jejími výhodami pro pacienta (Jurka a spol., 1993; Vokurka a Wechsler, 1992; Vokurka a spol., 1995). Na základě sledování pacientů hospitalizovaných na naší klinice možno potvrdit přínos urgentní EPS u výše uvedených diagnóz. Bohužel sledování jednotlivých klinických i laboratorních parametrů u ostatních pacientů nebylo navzájem srovnatelné, a proto je neuvádíme.

Závěr

Každý pacient s akutní cholangitidou, prudce narůstajícím obstrukčním ikterem a akutní pankreatitidou by měl mít vedle sonografického vyšetření také co nejdříve ERCP vyšetření, které jediné určí s jistotou etiologii onemocnění. Tam, kde je původ v choledocholitiáze, či jiné vážnoucí drenáži žlučových cest, je možno ihned endoskopicky zasáhnout a situaci vyřešit buď definitivně, nebo alespoň akutní chirurgický výkon převést na elektivní, se všemi výhodami pro pacienta. Pokud chirurgové sami ovládají toto spektrum endoskopických výkonů, zlepšuje se dostupnost v kterékoliv době tak, že výkon je možno opravdu provést co nejdříve ku prospěchu nemocného.

Literatura

- Acosta J., Ledesma L.:** Gallstone migration as a cause of acute pancreatitis of uncertain origin. *New Engl. J. Med.*, 290, 1974, s. 484–487.
- Armstrong C.P., Taylor T., Jeacock J., Lucs S.:** The biliary tract in patients with acute gallstone pancreatitis. *Brit. J. Surg.*, 72, 1985, s. 551–555.
- Čapov I., Vomela J., Růžička V., Vraspír V., Všetěček J.:** Výsledky terapie nemocných s akutní pankreatitidou na I. chirurgické klinice v Brně v letech 1982–1988. *Čs. Gastroenterol. Výž.*, 42, 1988, č. 5–6, s. 377.
- Houssin D., Castain G., Lemoine J., Bismuth H.:** Microlithiasis of the gallbladder. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 157 1983, s. 20–24.
- Jurka M., Skříčka T., Leybold J.:** Laparoskopická cholecystektomie. Brno, Petřivalského nadace 1993, 207 s.
- Neoptolemos J.P., Hall A.W., Hall W.A. a spol.:** The urgent diagnosis of gallstones in acute pancreatitis. *Brit. J. Surg.*, 71, 1984, s. 230–233.
- Neoptolemos J.P., Stonelake P., Radley S.:** Endoscopic sphincterotomy for acute pancreatitis. *Hepato-gastroenterol.*, 40, 1993, s. 550–555.
- Oppie E.:** The etiology of acute hemorrhagic pancreatitis. *Bull. Johns Hopkins Hospital*, 121, s. 182–188.
- Riebel O., Piskač P.:** Zkušenosti s 1000 ERCP na chirurgickém pracovišti. *Rozhl. Chir.*, 74, 1995, č. 2, s. 50–54.
- Vokurka J., Wechsler J.:** Laparoskopická cholecystektomie. *Scripta med.*, 65, 1992, č. 6, s. 291–294.
- Vokurka J., Wechsler J., Kalač J., Mašek M., Vlček P.:** Problematika recidivujícího nitrobršního abscesu. *Bratisl. lek. Listy*, 96, 1995, č. 5, s. 265–267.
- Wang S., Lin Y., Tsai T. a spol.:** Clinical significance of ultrasonography, computed tomography and biochemical tests in the rapid diagnosis of gallstone related pancreatitis. *Pancreas*, 3, 1988, s. 153–158.
- Wilson C., Imrie W., Carter C.:** Fatal acute pancreatitis. *Gut*, 29, 1988, s. 782–788.