

Endoskopická diagnostika a terapie pankreatobiliárních onemocnění u osob po resekci žaludku podle Billrotha I

Bohuslav Kianička¹, Lumír Kunovský^{2,3}, Martin Blaho⁴, Vladimír Kojecký⁵, Alena Ondřejková¹, Hana Nechutová¹, Miroslav Souček¹, Filip Šustr¹, Markéta Musilová¹, Jan Novák¹, Petr Piskač⁶, Petr Dítě⁷

¹II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

²Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

³Chirurgická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

⁴Gastroenterologické oddělení Interní kliniky LF OU a FN Ostrava

⁵Interní klinika Krajské nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

⁶I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

⁷Akademické centrum gastroenterologie, Interní klinika LF OU a FN Ostrava

Resekce žaludku podle Billrotha I (B I) se provádí velice zřídka. Cílem této retrospektivní studie je zhodnotit naše zkušenosti s diagnostickou a terapeutickou endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií (ERCP) u pacientů po resekci žaludku podle Billrotha I. U pacientů se stavem po resekci žaludku podle B I trvalo studium souboru 20 let (listopad roku 1994 – prosinec roku 2014). V práci byli retrospektivně hodnoceni 3 pacienti po resekci žaludku podle B I, kteří měli projevy biliární obstrukce. K provedení ERCP byl ve všech případech použit standardní (tedy jako za normální anatomické situace) terapeutický videolateroskop Olympus. Kanylačního úspěchu při diagnostické ERCP bylo dosaženo u 3 pacientů ze 3 – tedy jednalo se o 100% úspěšnost diagnostické ERC. U všech těchto 3 pacientů byla při ERCP nalezena CDL. Dále pak u všech těchto 3 pacientů s patologickým nálezem CDL na ERCP byla bezprostředně po diagnostické ERCP realizována endoskopická léčba, jejímž úvodním krokem byla vždy standardním způsobem (tedy jako u normální anatomie) provedená suficientní endoskopická papilotomie (EPT). Následně byla provedena endoskopická extrakce veškeré CDL z hepatocholedochu do duodena. Celkem byla tedy terapeutická ERCP kompletně úspěšná u všech 3 pacientů ze 3 (100% ze 3), u kterých byla původně endoskopická léčba zahájena. V našem souboru 3 pacientů se nevyskytly žádné komplikace. Při ERCP u pacientů po resekci žaludku podle B I jsme měli u všech těchto našich nemocných (3 pacienti s CDL) 100% úspěšnost diagnostické i terapeutické ERCP.

Klíčová slova: endoskopická diagnostika, endoskopická léčba, endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, resekce žaludku podle Billrotha I.

Endoscopic diagnostics and therapy of pancreatobiliary diseases in persons after gastric resection according to Billroth I.

The stomach resection according to Billroth I (B I) is very rarely done. The aim of this retrospective study is to evaluate our experience with diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients after stomach resection according to Billroth I. In patients with a condition after stomach resection according to B I, a study of the group of 20 years (November 1994 – December 2014) took place. Three patients were evaluated retrospectively after B I stomach resection with biliary obstruction. For the ERCP was used the Olympus therapeutic videotheroscopes in all cases with the standard (as in normal anatomical situation). Cannulation success in diagnostic ERCP was achieved in 3 out of 3 patients – 100% success rate of ERC diagnosis. For all these 3 patients CDL was found in the ERCP. In addition, endoscopic treatment was performed

immediately after ERCP diagnosis in all 3 patients with a CDL pathologic ERCP diagnosis, the initial endoscopic papillotomy (EPT) performed in the standard procedure (as in normal anatomy). Subsequently, endoscopic extraction of all CDL from hepatocholedocus to duodenum was performed. Overall the ERCP was completely successful in all 3 of the 3 (100% of 3) patients who initially started endoscopic therapy. There were no complications in our group of 3 patients. For ERCP in patients with BI stomach resection, we had 100% success rate of diagnostic and therapeutic ERCP in all of these patients (3 CDL patients).

Key words: endoscopic diagnostics, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic treatment, stomach resection according to Billroth I.

Úvod

Resekce žaludku podle Billrotha I (B I) se provádí velice zřídka. Při této operaci se odstraní pouze antrum žaludku a pylorus, a žaludek je k duodenu napojen podél velké křivatury, což znázorňuje Obr. 1.

Soubor nemocných a metodika

U pacientů se stavem po resekcí žaludku podle B I trvalo studium souboru 20 let (listopad roku 1994 – prosinec roku 2014). V práci byli retrospektivně hodnoceni 3 pacienti po resekcí žaludku podle B I, kdy indikací k této operaci byla ve všech 3 případech nehojící se ulcerace prepylorické oblasti žaludku.

Při ERCP jsme používali standardní endoskopy i endoskopická instrumentária jako u normální anatomické situace.

Z endoskopů jsme tedy používali videoduodenoskopy – videolateroskopy (tedy endoskopy s laterální optikou) Olympus, TJF 140, TJF 160, nebo TJF 180 – kdy se vždy jednalo o terapeutický videolateroskop, s širokým terapeutickým kanálem (o průměru 4,2 mm).

Základní technika ERCP a následných terapeutických endoskopických výkonů byla v našem i zahraničním písemnictví opakovaně popsána (1–7).

K premedikaci jsme používali midazolam 2,5–5 mg a butylscopolamin 20–40 mg frakcionovaně intravenózně periferní kanylou, a při bolestivé reakci pak fentanyl 0,1 mg intravenózně.

K RTG zobrazení pankreatobiliárního systému při ERCP jsme používali neionizovanou jodovou kontrastní látku Omnipaque 300.

Endoskopickou papilotomii (EPT) jsme prováděli vždy standardním způsobem, tedy jako u normální anatomie.

Konkrementy byly z hepatocholedochu extrahovány Dormia košíky nebo extrakčními balonky. V případě výskytu příliš objemného konkrementu jsme nejprve provedli jeho mechanickou litotrypsi.

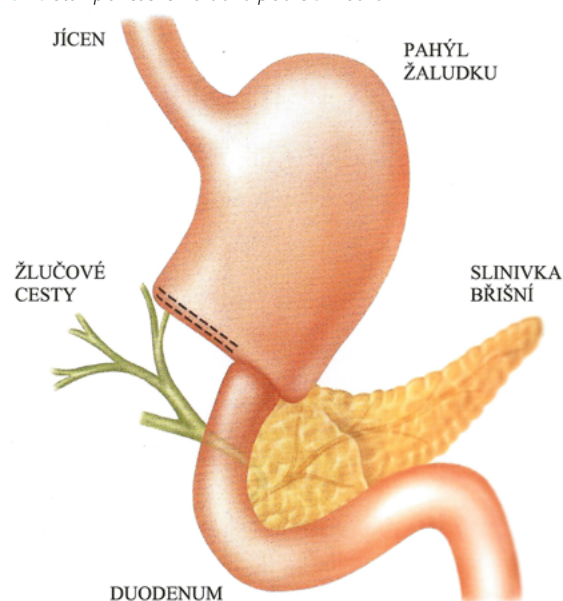
Charakteristiku našeho souboru 3 pacientů po resekcí žaludku podle B I uvádí Tab. 1.

Výsledky

V našem souboru 3 pacientů byla indikací k provedení ERCP u všech těchto 3 nemocných cholestáza. Konkrétně se vždy jednalo o bolesti charakteru biliární koliky, které byly následovány vznikem obstrukčního ikteru. Na sonografii byla vždy přítomna dilatace extrahepatálních žlučovodů se suspektní choledocholitiazou (CDL).

U těchto 3 nemocných po resekcí žaludku podle B I jsme tedy při ERCP dosáhli 100% kanylační úspěšnosti – tedy u 3 pacientů ze 3 (tedy 100% úspěšnost diagnostické ERCP). U všech těchto 3 pacientů byla při ERCP nalezena CDL.

Obr. 1. Stav po resekcí žaludku podle Billrotha I



Tab. 1. Pacienti po resekcí žaludku podle Billrotha I

CHARAKTERISTIKA SOUBORU 3 pacientů po resekcí žaludku dle B I			
	Počet	%	Průměrný věk
Muži	2	67	74
Ženy	1	33	70
Celkem	3	100	72

Dále pak u všech těchto 3 pacientů s patologickým nálezem CDL na ERCP byla bezprostředně po diagnostické ERCP realizována endoskopická léčba, jejímž úvodním krokem byla vždy standardním způsobem (tedy jako u normální anatomie) provedená suficientní endoskopická papilotomie (EPT). Následně byla provedena endoskopická extrakce veškeré CDL z hepatocholedochu do duodena.

Celkem byla tedy terapeutická ERCP kompletně úspěšná u všech 3 pacientů ze 3 (100% ze 3), u kterých byla původně endoskopická léčba zahájena.

V našem souboru 3 pacientů se nevyskytly žádné komplikace, a to ani perprocedurální, ani postprocedurální.

Diskuze

U pacientů po resekcí žaludku podle B I je posun endoskopu do duodena typicky snazší než u normální anatomie gastrointestinálního traktu, ale vizualizace Vaterovy papily (VP) je obtížnější. Jak papila minor, tak VP jsou z pochopitelných důvodů umístěny více proximálně než u normální anatomie. Při zkrácení endoskopu je možné vidět VP po razantní rotaci endoskopu ve směru hodinových ručiček. Při chybění pyloru je

však ukotvení endoskopu obtížné a dosažení stabilní pozice endoskopu k následné kanylaci ústí VP může být také poměrně složité. V takovéto situaci je žádoucí pracovat v pozici zavedení větší délky endoskopu, poněvadž ústí VP je lépe zobrazitelné a endoskop je umístěn stabilněji (8).

V dostupné literatuře jsme nenalezli údaje z jiných pracovišť o výsledcích terapeutické ERCP u pacientů po resekci žaludku podle B I.

Závěr

I navzdory těmto nezanedbatelným úskalím při ERCP u pacientů po resekci žaludku podle B I (kdy obtížnější je zejména vizualizace VP, ukotvení endoskopu a dosažení jeho stabilní pozice k následné kanylaci ústí VP) jsme měli u všech těchto našich nemocných (3 pacienti s CDL) 100% úspěšnost diagnostické i terapeutické ERCP.

LITERATURA

1. Vavrečka A, et al. Diagnostická a léčebná endoskopie žlčových cest a pankreasu. Bratislava: Osveta 1988.
2. Keil R, Lochmanová J, Námešný I, et al. Řešení benigních stenóz žlučových cest. Miniin-vazivní terapie 1998; 3: 33–35.
3. Keil R. Akutní biliární pankreatitida – endoskopická terapie ano nebo ne? Vnitř Lék 2002; 48: 847–850.
4. Zbořil V, Cigánková E, Studeník P, et al. ERCP v diagnostice a terapii komplikací jaterních transplantací. Čes Slov Gastroent 1999; 53: 47–50.
5. Procházka V, Konečný M, Král V, et al. ERCP v diagnostice a léčbě biliárních komplikací laparoskopické cholecystektomie. Čes Slov Gastroent 1999; 53: 140–144.
6. Jurgoš L, Kužela L, Hrušovský Š, et al. Gastroenterológia. 1. vyd. Bratislava: Veda 2006.
7. Novotný I. Pankreatobiliární terapeutická endoskopie u pacientů geriatrického věku. Čes Ger Rev 2007; 5: 78–84.
8. Lo SK. ERCP in surgically altered anatomy. In: Baron T, Kozarek R, Carr-Locke D. ERCP. 1st ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier 2008.