ERCP u pacientů po choledochoduodenoanastomóze

Bohuslav Kianička¹, Martin Blaho², Lumír Kunovský^{3, 4}, Miroslav Souček¹, Petr Piskač⁵, Petr Vlček⁵

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

²Gastroenterologické oddělení Interní kliniky LF OU a FN Ostrava

³Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

⁴Chirurgická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

⁵I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Cílem této retrospektivní studie je zhodnotit naše zkušenosti s diagnostickou a terapeutickou endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií (ERCP) u pacientů po choledochoduodenoanastomóze. **Metoda:** Studium souboru trvalo 20 let (listopad roku 1994 až prosinec roku 2014). V práci byli retrospektivně hodnoceni 3 pacienti po choledochoduodenoanastomóze, kteří měli projevy biliární obstrukce. K provedení ERCP byl ve všech případech použit standardní terapeutický videolateroskop. **Pacienti a výsledky:** U těchto 3 pacientů se stavem po choledochoduodenoanastomóze jsme při ERCP dosáhli 100% kanylční úspěšnosti – 3 pacienti ze 3. Jednalo se tedy o 100% úspěšnost diagnostické ERCP. U všech těchto pacientů byla při ERCP nalezena jednak stenóza přirozeného ústí Vaterovy papily, dále stenóza choledochoduodenoanastomózy, a dále pak ještě suprastenotická distální choledocholithiáza. U všech pacientů s výše popsaným patologickým nálezem na ERCP byla bezprostředně po diagnostické ERCP zahájena endoskopická léčba, která se sestávala jednak ze standardní endoskopické papilotomie stenotické Vaterovy papily, dále balónkové dilatace stenózy choledochoduodenoanastomózy, a nakonec endoskopické extrakce suprastenotické distální choledocholithiázy. Celkem byla terapeutická ERCP kompletně úspěšná u všech 3 pacientů ze 3 (100%), u kterých byla původně endoskopická léčba zahájena. V našem souboru 3 pacientů se nevyskytly žádné komplikace. **Závěr:** Při ERCP u pacientů po choledochoduodenoanastomóze jsme dosáhli u všech těchto 3 našich nemocných 100% úspěšnosti diagnostické i terapeutické ERCP. **Klíčová slova:** endoskopická diagnostika, endoskopická léčba, endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie, choledochoduodenoanastomóza.

ERCP in patients after choledochodenoanastomosis

The aim of this retrospective study is to evaluate our experience with diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients after choledochodenoanastomosis. **Methods:** The study took 20 years (November 1994 – December 2014). Three patients after choledochodenoanastomosis who had symptoms of biliary obstruction were retrospectively evaluated. In all cases, a standard therapeutic videolateroscope was used to perform ERCP. **Patients and results:** We achieved ERCP in these 3 patients with choledochodenoanastomosis 100% cannulation success rate – 3 out of 3 patients. This was 100% success rate of diagnostic ERCP. In all of these patients, ERCP was found – both stenosis of the natural mouth of the Vater papilla, stenosis of choledochodenoanastomosis, and suprastenotic distal choledocholithiasis. In all patients with the above-described ERCP pathology, endoscopic treatment was initiated immediately after diagnostic ERCP, consisting of standard endoscopic papillotomy of the stenotic Vater papilla, balloon dilatation of choledochodenoanastomosis stenosis, and endoscopic extraction of suprastenotic distal choledocholithiasis. In total, therapeutic ERCP was completely successful in all 3 patients out of 3 (100%) who had initially started endoscopic treatment. There were no complications in our group of 3 patients. **Conclusion:** In ERCP in patients after choledochodenoanastomosis, we achieved 100% success of both diagnostic and therapeutic ERCP in all of our 3 patients. **Key words:** endoscopic diagnostics, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic treatment, choledochodenoanastomosis.

Úvod

Jde o operaci, která zajišťuje biliární drenáž střední části žlučového při benigních nálezích v distálním choledochu, jako stenóze nebo rekurentní choledocholithiáze (CDL). Obvykle se nepřerušuje choledochus a je vytvořena anastomóza side-to-side mezi proximálním descendentním duodenem a střední částí choledochu (choledochoduodenoanastomóza), jak vidíme na Obr. 1.

Soubor nemocných a metodika

Studium souboru trvalo 20 let (listopad roku 1994 až prosinec roku 2014). V práci byli retrospektivně hodnoceni 3 pacienti se stavem po choledochoduodenoanastomóze (CHDA), provedené v minulosti.

Indikací k provedení CHDA byla u všech 3 pacientů benigní stenóza distálního choledochu.

Odstup ERCP od předcházejícího provedení CHDA byl u jednotlivých pacientů 8, 9 a 11 let.

Všichni 3 pacienti měli v minulosti provedenu cholecystektomii.

U žádného z těchto 3 pacientů nebylo v minulosti prováděno ERCP.

Při endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii (ERCP) byly používány terapeutické videolateroskopy (firmy Olympus), premedikace, kontrastní látka k RTG zobrazení biliárního systému, endoskopická instrumentária – vše bylo obdobné, jak podrobně popsáno v naší i zahraniční literatuře u pacientů s normálními anatomickými poměry (1–8).

Obr. 1. Choledochoduodenoanastomóza

Charakteristiku našeho souboru 3 pacientů se stavem po CHDA uvádí Tab. 1.

Tab. 1. Charakteristika souboru pacientů po choledochoduodenostomii

Charakteristika souboru 3 pacientů po choledochoduodenostomii			
	Počet	%	Průměrný věk
Muži	2	67	68
Ženy	1	33	78
Celkem	3	100	73

Výsledky

V našem souboru u všech 3 pacientů byla indikací k provedení ERCP cholestáza. Nejprve se objevily bolesti břicha v pravém podžebří, které byly následovány vznikem obstrukčního ikteru. U 2 těchto pacientů ze 3 byly ještě navíc vyjádřeny příznaky akutní cholangitidy (intermitentní febrilie a zimnice). Na sonografii břicha byla vždy přítomna dilatace extrahepatálních žlučovýchodů se suspektní choledocholitiazou (CDL), stav po cholecystektomii.

U těchto 3 pacientů se stavem po CHDA jsme při ERCP dosáhli 100% kanylační úspěšnosti – tedy u 3 pacientů ze 3. Jednalo se tedy o 100% úspěšnost diagnostické ERCP. U všech těchto 3 pacientů byla při ERCP nalezena jednak stenóza přirozeného ústí Vaterovy papily (VP), dále stenóza CHDA, a dále pak ještě suprastenotická distální CDL. U všech těchto 3 pacientů s patologickým nálezem na ERCP byla bezprostředně po diagnostické ERCP zahájena endoskopická léčba, která se sestávala jednak ze standardní endoskopické papilotomie (EPT) stenotické VP, dále balónkové dilatace stenózy CHDA, a nakonec endoskopické extrakce suprastenotické distální CDL.

Obr. 2. Na RTG obraze je patrna pouze prchavá náplň extrahepatálních žlučových cest znázorněná pomocí kanyly s vodičem, která byla zavedena do extrahepatálních žlučovýchodů cestou stenotické CHDA. Dále je naznačena stenóza přirozené VP a nad ní v distálním choledochu nevelká choledocholitiazá

Celkem byla 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 dalším sledování pacientů po ERCP byl stav pacientů uspokojivý, bez projevů biliární obstrukce.

Některé z těchto výkonů prezentujeme v RTG obrazové dokumentaci (Obr. 2–8).

Obr. 3. Rovněž na tomto RTG obraze je patrna pouze prchavá náplň extrahepatálních žlučových cest znázorněná pomocí kanyly s vodičem, která byla zavedena do extrahepatálních žlučovýchodů cestou stenotické CHDA. Dále je naznačena stenóza přirozené VP a nad ní v distálním choledochu nevelká choledocholitiazá. Oproti předchozímu RTG je ještě navíc patrný retrográdně otočený vodič, který neprošel přes přirozenou stenotickou VP a otočil se směrem vzhůru do proximální etáže extrahepatálních žlučovýchodů

Obr. 4. Zavedení balónku po vodiči do stenotické CHDA

Diskuze

Choledochoduodenoanastomóza, respektive následný stav po tomto operačním zákroku, se může zkomplikovat recidivující horečkou, abdominální bolestí, abscesem jater, pankreatitidou nebo cholangitidou. Obstrukce žlučovéhoodu z důvodu stagnace sludge distálně od CHDA (tedy směrem k VP) se nazývá syndrom žlučového bláta, což se někdy překládá jako syndrom žumpy (sump syndrom). Zajímavostí je, že symptomy (příznaky) syndromu žlučového bláta (žumpy) se obvykle objevují až za delší čas (5–6 let) po operaci (9). Za této situace by se pak

diagnostika biliárních potíží měla soustředit na transpapilární přístup (tedy ERCP) s cílem nejprve zjistit eventuální patologii distálního, tedy suprapapilárního choledochu. VP je však poměrně často stenotická a potom může transpapilární přístup selhat. Pak je nutné aplikovat rentgenoktrastní látku cestou CHDA.

Identifikace ústí CHDA, které má průměr přibližně 0,5–1 cm, je někdy obtížná, protože se často nachází v oblasti zadní stěny proximální partie descendentního duodena. Pečlivé vyšetření a jemná rotace duodenoskopu by však měly toto ústí odhalit. V důsledku stenózy

Obr. 5. Náplň mírně dilatovaných extrahepatálních žlučových cest pomocí kanyly s vodičem, která byla zavedena cestou přirozené VP. Dále je naznačena stenóza této přirozené VP, a nad ní v distálním choledochu je přítomna nevelká choledocholitiáza

Obr. 6. V suprapapilární etáži extrahepatálních žlučovodů vidíme přiměřeně insulovaný extrakční balónek, kterým endoskopicky extrahována distální choledocholitiáza z choledochu do duodena, a to cestou přirozené VP, u které jsme předtím provedli endoskopickou papilotomii

Obr. 7. Na tomto RTG obraze je patrné, že po endoskopické extrakci choledocholitiázy jsou žlučové cesty již zcela volné

Obr. 8. Je patrné, že kontrastní látka velice rychle otekla z nyní již volných žlučových cest do duodena

CHDA se může objevit obstrukční ikterus a rekurentní cholangitida. V této situaci je pak nezbytná balónková dilatace stenotické CHDA (10).

EPT stenotické VP může vést k ústupu sump syndromu až na několik let (9).

Je samozřejmé, že limitací studie byl malý počet subjektů, který je ale dán obecně malým výskytem těchto pacientů, a to i na pracovištích, která se hlouběji zabývají problematikou ERCP u nemocných se změn-

nou anomií gastrointestinálního traktu po různých chirurgických výkonech.

Závěr

Navzdory výše popsané technické náročnosti při ERCP u pacientů se stavem po CHDA jsme dosáhli u těchto 3 našich nemocných 100% úspěšnosti 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. Procházková 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. Gastroenterologie. 1. vyd. Bratislava: Veda 2006.
7. Novotný I. Pankreatobiliární terapeutická endoskopie u pacientů geriatrického věku. Čes Ger Rev 2007; 5: 78–84.
8. Suisse A, Yassin K, Lavy A, et al. Outcome and early complications of ERCP: a prospective single center study. Hepatogastroenterology 2005; 52: 352–355.
9. Caroli-Bosc FX, Demarquay JF, Peten EP, et al. Endoscopic management of sump syndrome after choledochoduodenostomy: retrospective analysis of 30 cases. Gastrointest Endosc 2000; 51: 180–183.
10. Lo SK. ERCP in surgically altered anatomy. In: Baron T, Kozarek R, Carr-Locke D ERCP. 1st ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier, 2008: 237–258.