

616.366—002—003.7—089

PŘÍSPĚVEK K CHIRURGICKÉ LÉČBĚ CHOLELITIÁZY A AKUTNÍ CHOLECYSTITIDY

Pplk. MUDr. Zdeněk NEJEZCHLEB

Účelem tohoto sdělení má být ujednovení názorů na indikace chirurgické léčby cholelitiázy a akutní cholecystitidy mezi těmi odborníky, na které se nemocní cholelitiázou obrazejí, tj. mezi internisty a chirurgy. Takovou občasnou konfrontaci názorů pokládáme za vhodnou proto, že v této otázce není dosud úplná jednota ani ve světovém písemnictví. Dokonce i mezi chirurgy nacházíme směry, které se například k radikální chirurgické léčbě cholelitiázy staví zdrženlivě.

Tento postoj je vyvolán tím, že chirurgická léčba nezbaví určité procento operovaných bolestivých záchvatů, dyspeptických obtíží a svízelného dietního režimu.

Moderní chirurgie usiluje proto o zlepšení léčebných výsledků v mnoha směrech. Byla vypracována řada nových vyšetřovacích metod, které mají zpřesnit diagnózu před operací i pooperačně (alkalické fosfatázy, nitrožilní cholangiografie, laparoskopie, peroperační cholangiografie, manometrie apod.). Je pracována diagnostika, zpřesňují se indikace, třídí se dále operační taktika a technika u nezhoubných onemocnění terminálního úseku choledochu. Konečně se mění léčebný postup při náhlých onemocněních zevních žlučových cest, zejména u akutní cholecystitidy.

Koncepce léčby cholelitiázy se od počátku tohoto století několikrát změnila. Chronologicky to byly tyto léčebné postupy:

1. Nechirurgický postup, kdy nemocní tradičně vyhledávali internistu a chirurgové se obávali vysokého rizika výkonu.

2. Neodkladný chirurgický postup — jako při akutní apendicitidě. Nemocní byli operováni hned po stanovení diagnózy. Nebyly respektovány požadavky nutné přípravy a nepřihlíželo se ke kontraindikacím.

3. Operace s různě dlouhým intervalem — jako důvod stály v popředí eventuální přidružené zánětlivé příznaky.

Prostá cholelitiáza, kdy onemocnění je lokalizováno jen na žlučník, pozbývá neustálým zlepšováním chirurgické operační techniky své problematičnosti a její mortalita je snížena na minimum. Otázkou stále diskutabilní je však léčba akutní cholecystitidy.

Vyvolávajícím momentem akutní cholecystitidy, která v naprosté většině případů vzniká na podkladě chronické cholecystitidy s litiázou, bývá nejčastěji náhlá blokáda cystiku kamenem, zaklíněným v infundibulu žlučníku. Vysoce koncentrovaná žluč dráždí pak chemicky jeho stěnu, což se projeví edémem sliznice se současnou exsudací do žlučníku. Trvale stoupající hypertenze uvnitř žlučníku se stává zdrojem vážných komplikací, někdy až ischemické nekrózy a gangrény následkem tlaku na cévy zásobující sliznici. Velmi často přidružená infekce obsahu žlučníku tento proces urychluje. Následná perforace stěny žlučníku, krytá nebo komunikující s volnou dutinou peritoneální, probíhá pak obvykle téměř asymptomaticky.

Jako další příčina vzniku akutní cholecystitidy bývá uváděn reflux pankreatického sekretu do zevních cest žlučových. Četné pokusy na zvířatech, prováděné k objasnění této možnosti ukázaly, že reflux vyvolá akutní cholecystitidu pouze při současné stáze ve žlučníku, tj. při obstrukci papily Vateri. Vyskytují se současně i názory, že i sama vysoce koncentrovaná žluč spolu se změnami může být příčinou akutní cholecystitidy i bez litiázy.

Akutní fáze onemocnění, akutní cholecystitida, má svůj klasický klinický obraz; jsou to

údaje anamnestické, typický charakter bolestí s vyzařováním do zad, dyspeptické obtíže, leukocytóza, tachykardie, palpační bolestivost v podjatrní krajině, někdy dokonce doprovázená hmatným žlučníkem a prokazatelným napětím břišní stěny. Na rozdíl od jiných břišních příhod se však s tímto klasickým nálezem setkáváme poměrně vzácně a celkový klinický obraz je většinou ochuzen o celou řadu těchto příznaků, zejména v počátečních stadiích onemocnění. K tomu přistupuje ještě okolnost, že klinické příznaky se velmi často rozcházejí s nálezem peroperačním a histologickým, takže naše diagnostická syntéza je často v základech otřesena. Ani stupeň akutní cholecystitidy nelze velmi často před operací odhadnout. U nemocných operovaných v klidové fázi velmi často nacházíme překvapivě vážné změny na žlučníku, jejichž klinické projevy před operací zcela chyběly. Velké chyby by se tedy dopouštěl lékař, který by chtěl vyčkávat stadia, kdy se žlučová hypertenze stane průkaznou a hroživou, a teprve pak volal chirurga. Jsou-li totiž některé příznaky, které dovolí usuzovat na gangrénu, empyém nebo perforaci žlučníku, pak na druhé straně nejsou kritéria, která by je s jistotou dovedla vyloučit.

Faktor času je u akutní cholecystitidy jistě faktorem, s nímž narůstá jak mortalita, tak i frekvence gangrén, empyému, nebo perforace žlučníku. Studie jak patologicko-anatomického vývoje, tak i klinického obrazu ukazuje, že diagnóza akutní cholecystitidy neopravňuje ani vysloveně k urgentnímu výkonu, ani k taktice vyčkávací, byť byla zajištěna sebelepším klinickým dohledem.

Při rozhodování o časném odstranění žlučníku vycházíme jednak ze stavu nemocného při příjmu a dále podle nárůstu patologických příznaků. Pokud hrozí perforace žlučníku, při kteru s příznaky cholangitidy, při pericholecystitidě s příznaky, které svědčí pro podbraniční hlízu, nebo při nárůstu patologických laboratorních i klinických příznaků, kde nelze jednoznačně o diagnóze rozhodnout, operujeme ihned — jakmile nám to urychlená celková příprava nemocného dovolí. V zásadě jsme nakloněni akutnímu řešení. Konzervativního způsobu léčby se však neodříkáme u starých nemocných, u nemocných s plicní nebo kardiální nedostatečností, při převažujících příznacích akutní pankreatitidy, u sporných diagnóz a v souhrnu, pokud není nárůst patologických laboratorních i klinických symptomů.

Málo pozornosti bylo v minulosti věnováno nejčastějším poruchám žlučových cest, tj. choledocholitíaze a stenozující papilitidě. Zavedení peroperační manometrie a radiografie žlučových cest, tak jak se provádí na řadě našich předních pracovišť, potvrdilo nutnost peroperační revize hepatocholedochu v indikovaných případech, a to i u výkonů prováděných v akutní fázi onemocnění.

V diferenční diagnostice akutní cholecystitidy je celá řada úskalí, která dovedla nesmírně prohloubit diagnostické rozpaky lékaře. Není to jen akutní apendicitida, penetrace nebo perforace peptického vředu, ale může to být celá řada afekcí jaterních, jako akutní hepatické krize u cirhotiků, u nemocných s infekční hepatitidou, nebo nekróza primárních i sekundárních uzlů při rakovině jater. Velmi často je nutno rozhodnout nejen z hlediska diferenciálně diagnostického, ale i z hlediska léčebného postupu mezi akutní cholecystitidou a pankreatitidou, a to jak izolovanou, tak sdruženou s akutní cholecystitidou. Hladiny pankreatických fermentů v krevním séru a v moči nejsou informací jednoznačnou. Prudký vzestup amylázy v séru nad 500 jednotek Somogyiho lze prokázat stejně často při litiázě žlučových cest bez pankreatitidy, jako při pankreatitidě bez litiázy. K odlišení akutní cholecystitidy od akutní pankreatitidy by mohla přispět nitrožilní cholangiografie, která podle Johnsona ukáže při akutní cholecystitidě náplň žlučových cest s exkluzí žlučníku, při pankreatitidě pak normální obraz. Doba náplně však bývá prodloužena, takže se náplně objeví často až po 4 hodinách po aplikaci kontrastní látky.

U prokázaných akutních pankreatitid postupujeme konzervativně. U sporných diagnóz, u náhlých příhod břišních, pokud se peroperačně prokáže čistá akutní pankreatitida, od-sáváme jen sekret z břišní dutiny. Při nálezu konkrementů ve společném žlučovodu s akutní pankreatitidou provádíme podle situace choledochotomii a konkrement odstraňujeme s následnou drenáží. V každém případě, je-li u pankreatitid peroperačně nalezeno ve žlučníku množství konkrementů s širším d. cystikus, provádíme i cholecystektomii. U nekrózy pankreatu, jde-li o hnisavou pankreatitidu — o hlízu pankreatu, drénujeme slinivku břišní transgasticky podle Jurasze.

Rozpaky nám může způsobit též situace, kdy v průběhu předoperační přípravy vymizely zjevné známky akutní cholecystitidy. Tady vycházíme ze stanoviska, že onemocnění zevních cest žlučových, většinou provázená cholelitiázou, nejsou samovolně zhojitelná a že nebezpečí a obtížnost operace se každým novým vzplanutím zánětu nebo záchvatem zvyšují s narůstajícími anatomickými i funkčními změnami. Vyčkávací i prolongovaná konzervativní léčba nejen prodlužuje hospitalizaci, ale ještě navíc ohrožuje nemocného cholangitidou, perforací žlučníku, hlízou jaterní, choledocholitíázou a všemi důsledky dlouho trvající obstrukce hepatocholedochu, které velmi nepříznivě ovlivňují jak obtížnost pozdější operativní léčby, tak i její výsledky. Výsledkem spolupráce s internisty na tomto poli by měl být takový stav, aby žlučníková anamnéza operovaných nemocných nebyla delší než jeden rok. Konzervativní léčba může totiž ne-

mocného s akutní cholecystitidou s prokázanou cholelitiázou převést pouze do asymptomatického stádia choroby, jejíž anatomický substrát nemizí a zůstává neovlivněn. Po úspěšné konzervativní léčbě odchází nemocný domů pouze zlepšen, nikoliv uzdraven, a nový záchvat, většinou velmi blízký, jej ve zhoršeném stavu vrací tam, odkud vyšel.

Proti rozhodnutí pro chirurgickou léčbu nemluví ani pokles teploty, leukocytózy, ba ani vymizení klinického nálezu na břiše. Změny těchto příznaků nevylučují mnohdy totiž ani stadium gangrény žlučníku, jak bylo opětovně potvrzeno peroperačním nálezem. Statistika ukazuje, že operaci vesměs dobře přestáli ti nemocní, kteří byli operováni do tří dnů od vzplanutí choroby. Zato u nemocných, kde se zpočátku postupovalo konzervativně, se většina stejně operaci nevyhnula, avšak za cenu dvojnásobně vyšší mortality, než byla ve skupině včas operovaných. Toto stanovisko nemůže změnit ani možnost aplikace antibiotik, zejména Tetracyklinu. Ani za jejich pomoci nelze nemocného převést bezpečně přes akutní stadium cholecystitidy, naopak byli jsme donuceni tyto nemocné urgentně operovat pro narůstající místní i celkový nález při plně vyvinutém infiltrátu.

Hodnotíme-li tedy dnešní stav chirurgické léčby nezhoubných onemocnění zevních cest žlučových, lze říci, že zlepšení jejich výsledků lze spatřovat ve dvou úsecích. Je to zejména otázka léčebného postupu u nemocných s tímto onemocněním již v ordinaci obvodního lé-

kaře. Dlouholetá anamnéza většiny operovaných ukazuje jasně na stále přetrvávající tendenci, směřující ke konzervativnímu zklidňování choroby, namísto terapie kauzální, terapie chirurgické. Za druhé je to technické vybavení chirurgických pracovišť, které dovolí splnit bezpodmínečně nutný předpoklad komplexního postupu cholecystektomie v akutní fázi onemocnění. I při urgentní cholecystektomii by měla být možnost peroperačně radiograficky vyšetřit zevní žlučové cesty, je-li k tomu sebemenší důvod anamnestický nebo peroperační.

Naše zkušenosti jsme vyjádřili v přiložené tabulce deseti let, kdy jako nejideálnější postup se nám jeví provádět cholecystektomie s odstupem dvou až tří dnů.

Problematika léčby akutní cholecystitidy je však stále složitá. Pravda je, že nemocný po operaci brzy ztrácí potíže. Výkonem odnímáme patologické ložisko a tím vylučujeme možnost dalších komplikací. Rovněž zkracujeme dobu pobytu v nemocnici i náklady na léčení a celkově snižujeme délku pracovní neschopnosti. Na straně druhé urgentní cholecystektomie vyžaduje zkušeného a teoreticky dobře připraveného chirurga — diagnostika, velice zkušeného chirurga s dobrým operačním kolektivem, dobrou laboratoř a v neposlední řadě i zkušeného anesteziologa se zkušeným personálem na pooperačním oddělení. Jsme si vědomi i toho, že krátká doba k celkovému vyšetření před akutní cholecystektomií dává možnost vzniku chyb v diagnóze.

Tab. 1

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	CELKEM
Plánovaná cholecystektomie	76	81	86	91	96	101	106	172	96	52	957
Urgentní cholecystektomie	1	1	1	1	1	1	1	/	/	3	10
Akutní cholecystektomie 12 hod.	1	1	1	1	1	2	2	1	/	5	15
24 hod.	8	14	20	27	33	40	46	14	73	57	332
36 hod.	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
48 hod.	5	6	6	6	7	8	6	5	10	10	69
Akutní cholecystektomie po přijetí do léčení	22	25	29	32	35	39	42	18	64	53	359
Cholecystostomie	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Choledochotomie s akutní cholecystektomií	4	4	5	4	5	4	5	9	5	2	47
Choledochotomie po cholecystektomii	3	2	3	4	3	2	4	6	6	2	35
CELKEM	120	134	151	166	181	197	212	225	254	184	1824