

CHIRURGICKÉ PROBLÉMY EXPLORACE EXTRAHEPATICKÝCH ŽLUČOVÝCH CEST

Pplk. MUDr. Zdeněk NEJEZCHLEB

Frekvence výskytu kamenů žlučníku a žlučových cest má v posledních letech celosvětově vzrůstající tendenci, vyvolanou pravděpodobně nesprávnou skladbou výživy a civilizačními faktory. Toto onemocnění představuje v současné době jednu z nejvýznamnějších kapitol břišní chirurgie. V popředí stojí snaha o trvalé zlepšování chirurgické diagnostiky a techniky v léčbě tohoto onemocnění, s cílem snížit operační riziko a vyhnout se opakovaným výkonům. Přísná indikace, účelná předoperační i pooperační léčba, nejmodernější boj s infekcí a dokonalá narkotizační technika snižují pooperační mortalitu na zlomky procenta.

Jako chirurgové pokládáme za svou zvláštní povinnost stanovit včasnou operační indikaci, tj. dovést nemocného k operaci včas, ne pouze bez ireparabilního poškození jater, nýbrž i bez jakéhokoliv poškození vůbec. Operace nemá být posledním útočištěm v léčbě onemocnění, nýbrž nejlepší léčebnou metodou.

Prostá cholelitiáza, kdy je onemocnění lokalizováno pouze v samotném žlučníku, pozbývá neustálým zlepšováním chirurgické techniky své problematičnosti a její morbidita a mortalita jsou sníženy na minimum. Naopak obstrukční žloutenka je nesporně závažnou komplikací cholelitiázy. Nemocní s ikterem patří do skupiny zvláště ohrožených nemocných.

Trvale problematickým zůstává průkaz dokonalé průchodnosti intrahepatických i extrahepatických žlučových cest a Vaterovy papily během operace. Dosud užívané diagnostické způsoby, jako palpce, sondáž a výplachy, nestačí k tomu, aby postcholecystektomické obtíže vysvětlily, tím méně jim předešly. Je navržena celá škála diagnostických a chirurgickotechnických postupů, které mají situace v extrahepatických žlučových cestách včas, tj. před ukončením výkonu objasnit a případně překážky odstranit. Chirurgové jsou k tomuto upřesnění předoperační i peroperační diagnostiky donucováni faktem, že choledocholitiáza provází 24 % všech onemocnění žlučových cest a že v celých 58 % byly rutinní biliární endoskopii dokázány zbytkové kameny, nenalezené obvyklými diagnostickými i exploračními postupy.

Ke zpřesnění diagnostiky předem prokázaných, předpokládaných a konečně i nepředpokládaných překážek ve žlučových cestách je doporučována kombinace rentgenologických i instrumentárních zásahů. Většina autorů se shoduje v tom, že žádná z používaných metod

není sama o sobě dostatečně spolehlivá pro velké množství a etiologickou různorodost poruch žlučového traktu.

Shrnutím výsledků všech užívaných pomocných vyšetření, tj. radiomanometrie, přímé cholangiografie a cholangioskopie, se ukazuje, že obvyklými způsoby nenalezené a pooperačně retinované konkrementy jsou lokalizovány nejčastěji v intrahepatických žlučovodech. Význam dokonalého uvolnění žlučovodů při primární choledochotomii nemůže být dostatečně zdůrazněn, protože i za použití složité techniky se u druhotně operovaných nemocných v 50 % případů nepodařilo odstranit všechny konkrementy, i když byly předem nebo během operace prokázány.

Skupina břišních chirurgů nemocnice v Los Angeles (Cedars-Sinai Medical Center) vypracovala a u 123 onemocnění žlučových cest aplikovala plánovitý, systematický operační postup, založený na Glassmanově principu stažení konkrementů z užších úseků žlučovodu do úseku širšího, kde je extrakce snadnější. Současně jsou zde zařazeny diagnostické i terapeutické úkony, umožňující lokalizaci konkrementů, jejich uvolnění a odstranění.

Navržený postup obsahuje tyto fáze:

- I. Předexplorační cholangiogram
- II. Operativní explorace:
 - a) palpce a tzv. „dojení kamene“
 - b) sání
 - c) užití extrakční lžičky
 - d) užití Randallových kleští na kámen
 - e) užití Fogarthyho balonkového katetru
 - f) výplach
 - g) vysoká choledochotomie
- III. Endoskopie:
 - a) reexplorace
 - zavedení endoskopu
 - přímá endoskopická kontrola
 - b) závěrečná endoskopie
- IV. Závěrečná cholangiografie.

Již z tohoto schématu vidíme, že navržený postup sice vyčerpává takřka všechny diagnostické i terapeutické možnosti chirurgického přístupu k choledocholitiáze, že však klade nesmírné nároky na operační čas a technické vybavení chirurga.

Sled navrhovaných manévřů je zaměřen tak, aby co nejvíce snížil tendenci k perifernímu zaklínění konkrementů ve žlučovodu, způsoběnému obvyklou instrumentální explorační naslepo.

Dovolte, abych blíže osvětlil některé z navržených postupů:

I. Počáteční peroperační cholangiografie se provádí nejčastěji pahýlem cystiku; není-li cystikus k dispozici, užijeme punkční jehly. Doporučuje se nízká koncentrace kontrastního média (20 %), při střední voltáži 70—75 Kv) 100 mA. K zlepšení náplně intrahepatických žlučovodů je někdy nutný dočasný uzávěr společného žlučovodu nehmoždící cévní svorkou.

Nyní k vlastnímu operačnímu postupu:

a) Palpací a expresí snadno extrahujeme kameny uložené v blízkosti choledochu, tj. v extrahepatické části žlučovodu.

b) Sání provádíme zavedením flexibilního odsavače do žlučovodu až k překážce a po uzavření bočního ventilu za energického sání odsavač vytahujeme. Manévr opakujeme tak dlouho, až se žádné další kameny neextrahují.

c) Užití extrační lžičky nevyžaduje bližší vysvětlení.

d) Kleště na ledvinové kameny jsou velmi vhodné k extrakci předem lokalizovaných a snadno dosažitelných kamenů. Jako nástroj k exploraci se příliš nehodí, protože mohou kámen periferně zatlačit a zaklínit; navíc mohou poranit stěny žlučovodu.

e) Fogarthyho balonkový katetr, opatřený na konci nafukovacím balonkem, je na kovovém vodiči, patřičně zahnutém, zaveden nad překážku. Pak se vodič odstraní, balonek nafoukne a katetr pomalu vytahuje. Někdy je nutná simultánní dvojité intubace za rentgenografické kontroly. I zde je možnost poranění stěny žlučovodu s následným krvácením z jaterního parenchymu. Při provádění naslepo není však ani tento způsob suverénní metodou.

f) Výplach se provádí jednak retrográdně zavedením jemného katetru za překážku, nebo

přímo zavedením velkého kalibru do žlučovodu a rázným vstříknutím roztoku, následováním okamžitým vytažením katetru, čímž dosáhneme roztažení ductu a zpětného vyplavení kamene.

g) Vysoká choledochotomie je někdy nutná k dosažení výše hepatálně uložených a zaklíněných kamenů.

III. Endoskopie flexibilním fibrooptickým choledochoskopem se rutinně provádí po ukončení shora uvedených manipulací. Nástroj v průměru 6 mm obsahuje optiku, osvětlení a irigaci. Zavádí se choledochotomickou incizí směrem hepatálním a umožňuje přehled rozvětvení intrahepatických žlučovodů a pochopitelně i lokalizaci dříve nezjištěných koncrementů. Ty pak lze již obvykle poměrně snadno odstranit obvyklými postupy.

I zde je někdy nutná spolupráce se zavedeným endoskopem.

IV. Závěrečná cholangiografie se provádí přes zavedenou T drenáž před uzavřením operační rány. Defekty v náplni a neplnění některých větví žlučovodu nemusí být po precizně provedené endoskopii brány v úvahu. Tam však, kde rentgenolog interpretuje kontrastní stín jako retinovaný kámen, je reexplorace nutná.

Tímto sdělením, které zdaleka nevyčerpává celou problematiku chirurgie žlučových cest, jsem chtěl upozornit na velikou obtížnost tohoto úseku břišní chirurgie, podmíněnou jemnou a složitou strukturou těchto orgánů, jejich častými anatomickými odchylkami a komplikovanými funkčními vztahy. Při stále vzrůstající frekvenci tohoto onemocnění, které nabývá charakteru speciálního, se čím dál tím více ukazuje potřeba preciznějšího a lépe fundovaného přístupu k této otázce.