

616.32/.33-072.1-039.74

URGENTNÍ ENDOSKOPIE HORNÍ ČÁSTI TRÁVICÍHO TRAKTU

Oddělení chirurgie hrudní a břišní s kardiochirurgickým střediskem ČSLA
MUDr. Pavel ZADOROŽNÝ

Endoskopie horní části trávicího traktu v počátečním období svého vývoje na mnoha chirurgických pracovištích jen velmi pomalu získávala důvěru. Řada objektivních důvodů způsobovala, že ve srovnání s rtg vyšetřením se endoskopie jevila jako metoda méně výhodná jak časovou náročností a nutností celkové anestézie, tak i tím, že některé z hlediska patologie velmi významné okruhy byly špatně přehledné.

Zavedení vláknové optiky vyloučilo tyto nevýhody a endoskopie svedla už jen krátký vítězný boj se subjektivními důvody, které bránily jejímu uznání na některých chirurgických pracovištích. Zásahu o to mají zejména gastroenterologové, kteří trpělivým shromažďováním dokonalých endoskopických nálezů i dobrou vůlí orientovat se ve sféře problémů a potřeb chirurgických pracovišť prokázali, jak mimořádného významu endoskopie horních částí GIT dosáhla.

Vláknová optika a zdokonalující se technická úroveň příslušenství umožnily dále provádět endoskopické vyšetření jako urgentní z indikací, které jsou doménou chirurgie. V této formě prožívá endoskopie v oblasti chirurgické diagnostiky období bouřlivého vývoje. Logická úvaha potvrzovaná zkušenostmi

z celého světa ukazuje, že je výhodné, aby gastroskopie z urgentních indikací byla prováděna přímo na chirurgickém pracovišti. Jen tento systém umožňuje provést vyšetření v kritické situaci prakticky bez časové ztráty.

Indikací k urgentnímu endoskopickému vyšetření je v první řadě krvácení do horních částí GIT. Priorita urgentní endoskopie ve vyšetřovacím programu je všeobecně uznávána a jediný pohled do endoskopu na krvácející lézi přesvědčí i největšího skeptika, zejména tam, kde endoskopický nález překvapivě koriguje prvotní diagnostickou představu, a rázem zjedná jasno i v otázce léčebného postupu.

Urgentní endoskopie je schopna odpovědět s pohotovostí nesrovnatelnou s jinými metodami na tyto otázky:

- lokalizace zdroje krvácení,
 - jeho identifikace,
 - jeho etiologie,
 - rozhodnutí, zda krvácení pokračuje,
 - rozlišení mezi aktuálním a potenciálním zdrojem krvácení,
 - rozhodnutí o konzervativní či chirurgické léčbě,
 - rozhodnutí o operačním přístupu.
- Pohotovost a přesnost, s níž endoskopie od-

povídá na tyto otázky, ubírá na významu i tak progresivním metodám, jako je angiografie a scintigrafie. Endoskopie na rozdíl od nich prokáže nejen lézi, která je zdrojem pokračujícího krvácení, ale i zdroj proběhlého krvácení. Jiné metody jako frakcionované vyšetření sondou z různých etází trávicího traktu nebo stringtest ve srovnání s endoskopií představují jen doklady o těžké cestě za zlepšením diagnostiky krvácení do GIT.

Jinou velmi významnou indikací k urgentní gastroskopii jsou komplikace po operacích. Z nich na prvním místě stojí opět krvácení do GIT. Chirurg podle celkového stavu nemocného, intenzity i formy krvácení jistě bude moci správně rozhodnout o konzervativní léčbě či o nutné relaparotomii. Ale endoskopie, ať už ji provede sám operující nebo má možnost se jí zúčastnit, přinese trojí bezprostřední a rozhodující užitek:

- umožní podrobně vyšetřit suturu a potvrdit či vyloučit krvácení ze sutury,

- rozhodne mezi difúzním a ohraničeným krvácením,

- určí nejvhodnější místo incize k dosažení zdroje krvácení,

- a konečně užitek, který při těchto revizích pro krvácení chirurg zvláště ocení, je skutečnost, že může na vlastní oči spatřit zdroj krvácení, a bude mu vydatnou psychologickou oporou v situaci, kdy při operaci bude ošetřovat krvácení na místě špatně přístupným přímému pohledu i špatně dosažitelným.

Zvláštní indikací je prudká opakující se hematemaze všeobecně a při prokázaných jícnových varixech zvláště. Proti obojí indikaci k endoskopii bývají vznášeny námitky. Proti endoskopii při profúzní hematemaze z peptické či nádorové léze se namítá, že

1. zdroj většího krvácení se snadno nalezne i bez fibroskopie. Víme však, že to zdaleka není pravidlem. Viděli jsme nemocného, u něhož den před prudkou hematemazí byl při rtg vyšetření prokázán vřed v oblasti pyloru, při revizi pro krvácení byl tento vřed potvrzen, ale zjištěno, že není zdrojem prudkého krvácení. Šlo o hluboké subkardiální ragády Mallory-Weisova syndromu, tedy zdroj, který byl při operaci nalezen jen velmi obtížně a byl překvapením. Urgentní fibroskopie provedená před operací by byla výkon podstatně ulehčila.

2. Jako další námitka se uvádí, že přehledu žaludku brání buď objemná koagula nebo nahromadění krve, kterou nelze účinně odsát. Jistě se to může přihodit. Ve většině případů jsme však mezi atakami prudké hematemaze našli prázdný, dokonale přehledný žaludek s jasně viditelným zdrojem krvácení. Ani objemné, velmi pevné koagulum nemusí znemožňovat vyšetření. Koagulum samo signalizuje, že zdroj krvácení je v žaludku. Do duodena lze většinou proniknout mezi žaludeční stěnou a povrchem koagula. Nad to bývá vi-

dět krev prosakující zpod koagula. Jako příklad takového nálezu mohu uvést prudkou hematemazu, při níž jsme zdroj lokalizovali endoskopicky na zadní stěnu těla pod koagulem. Při operaci navazující bezprostředně na endoskopii jsme po odstranění koagula zjistili, že v předpokládaném místě je krvácení z nepravého aneurysmatu a. lienalis perforujícího do žaludku.

K otázce endoskopie u krvácení z jícnových varixů: obava internistů z urgentní endoskopie u krvácejících jícnových varixů je jistě plně oprávněná, provádí-li se vyšetření jinak, než za podmínky, že bude moci být přerušeno, dojde-li při něm ke krvácení konzervativně nezvládnutelnému, tj. na operačním sále, s možností okamžité torakotomie.

Sama námitka proti urgentní endoskopii při krvácení z jícnových varixů poněkud zjednodušuje problém. Vychází z předpokladu, že tento zdroj krvácení je jistý. Krvácení z varixů však můžeme pouze předpokládat. Nemocný s hematemazí, portální hypertenzí, prokázanými varixy a třeba i prodělaným krvácením z nich v anamnéze, může krváčet z jiného zdroje (uvádí se, že krvácení z jiného zdroje než z varixů bývá u nemocných s portální hypertenzí až 30 %).

Jako příklad mohu uvést nemocného ve stadiu jaterního selhání, v subkomatózním stavu, s hematemazí. Vyšetření jsme provedli na lůžku na oddělení intenzivní péče. Nalezli jsme rozsáhlé varixy i ve fundu bez krvácení. Těsně za pylorem byl nalezen hluboký, krvácející duodenální vřed.

Urgentní fibroskopie v současném stadiu vývoje překročila hranice klasické indikační oblasti — tj. diagnosticky, a zasahuje do terapeutické oblasti. V úvahu přicházejí tyto metody:

- farmakologická sklerotizace jícnových varixů,

- aplikace akrylátového filmu na krvácející místo,

- hemostáza kovovou svorkou,

- elektrokoagulace zdroje krvácení,

- fotokoagulace laserem.

S těmito metodami nemáme vlastní zkušenosti. Endoskopie však se nám velmi osvědčila v řešení závažné pooperační komplikace. Při píštěli v anastomóze po resekci žaludku jsme parenterální realizaci potřebovali výživnou sondou zavedenou do odvodné kličky. Sondou se nedařilo zavést ani pod rtg kontrolou, na okraji anastomózy sonda narážela a otáčela se zpět. Při fibroskopii se nám podařilo sondu pomocí bioptických klíštěk provést kritickým místem a umístit ji dostatečně daleko do odvodné kličky.

Poslední a nikoliv neméně důležitou oblastí je možnost kontroly anastomózy při pooperačních komplikacích. Není to tak důležité v břišní dutině, kde příznaky dehiscence by vedly rychle k relaparotomii. Dehiscence jícnové anastomózy je však z tohoto hlediska zálu-

nější. Výhoda fibroskopie před rtg vyšetřením s kontrastní látkou je nesporná. V jednom případě neveliké dehiscence sutury jícnu jsme našli nekrotický okraj anastomózy a jasně viditelnou dehiscenci. Při tom jsme se přesvědčili, že kolem sutury lze projít přístrojem tak šetrně, že je vyloučeno její poškození při vyšetření. Na konec uvedu několik čísel a závěr, k němuž jsme dospěli. Provedli jsme 227 vyšetření, z nich 71 urgentních, v naprosté většině pro krvácení do GIT. Etiologicky šlo převážně o peptické léze, ojediněle jsme prokázali krvácení z nádoru žaludku a dehiscenci jícnové anastomózy. Zdroj krvácení byl identifikován nebo lokalizován 61krát (86 %). Zdroj krvácení nebyl nalezen 3krát, krvácení se neopakovalo. Vyšetření bylo přerušeno pro nedostatek spolupráce nemocného dvakrát. Komplikace, které bylo nutno řešit chirurgicky nebo oběhové komplikace jsme neměli.

Závěrem lze říci, že urgentní endoskopie v indikacích, které jsem uvedl, se stala právem standardní součástí naší diagnostické činnosti. Při léčbě některých závažných pooperačních stavů s ní počítáme jako s velmi cennou metodou, která nejen velmi usnadní řešení situace, ale nemocného může ušetřit i dalšího výkonu.

Souhrn

Urgentní endoskopie horní části trávicího traktu je schopna určit nejen lokalizaci a etiologii krvácení, ale i rozhodne o dalším postupu. Rovněž při pooperačních komplikacích přinese bezprostřední a rozhodující účinek.

Z 227 vyšetření bylo 71 urgentních, zejména pro krvácení do GIT. Zdroj krvácení byl identifikován či lokalizován v 86 % (61×).