

616.366-002.1-089-036.8

K OTÁZKÁM ČASNÉHO CHIRURGICKÉHO LÉČENÍ AKUTNÍCH ONEMOCNĚNÍ ŽLUČNÍKU

Mjr. MUDr. M. MATOUŠEK, MUDr. J. JECH, MUDr. J. FLACH
Oddělení pro chirurgii hrudní a břišní s kardiochirurgickým střediskem
Ústřední vojenská nemocnice Praha
(náčelník: plk. MUDr. Jiří Burda)

Otázka chirurgického léčení akutních onemocnění žlučníku není dosud jednoznačně zodpovězena. Proti dlouho uznávanému názoru o dobrých výsledcích konzervativní léčby se objevuje snaha o aktivnější chirurgický postup. V některých krajních případech zastávají autoři u těchto onemocnění postup jako při akutním zánětu červu. Pro konzervativní postup mluví obavy z vysokého rizika akutní operace a obavy z technických obtíží operativního výkonu. Při konzervativním postupu se operuje v období klidu, tj. až za 6—8 týdnů po odeznění akutních příznaků. Zastánci konzervativního postupu operují až v těch případech, kde celkové a místní příznaky jsou takové, že laparotomie je vynucená. Indikace k vynucenému či urgentnímu výkonu je dána příznaky peritonitidy z perforace žlučníku, abscedující pericholecystitidou, empyémem tam, kde narůstají hrozivě rychle celkové a místní příznaky. Akutní výkony jsou pak ty, které provádíme do 3 dnů od vzplanutí choroby nebo její recidivy.

Podmínky, s nimiž k operaci přistupujeme, jsou dány přesnou diagnózou, zvážení kontraindikací a možností krátkodobé předoperační přípravy, včetně nezbytných předoperačních vyšetření. Takto indikované akutní operace se pak svým rizikem ani výsledky podstatně neliší od operací plánovaných. Proti nim mají výhodu ve zkrácení celkové doby léčby a zkrácení pracovní neschopnosti, i když ekonomické důsledky nesmí stát v popředí indikace akutní cholecystektomie. Konzervativní léčení akutní cholecystitidy vede často i k dalšímu odložení operace a je na dostatečně velkých souborech prokázáno, že existuje přímá závislost úspěchu chirurgické léčby i ve smyslu pozdních komplikací na délce předoperační anamnézy. Oddalováním operace přibývá pacientu let a závislost rizika operace na věku je všeobecně známá. Většina autorů pokládá za neoprávněný postup, při němž se operují nemocní po stanovení diagnózy akutní cholecystitidy ihned, protože není respektována nutná předoperační příprava a málo

se věnuje pozornost celkovému stavu nemocného. V těchto případech se riziko pro nemocného zvyšuje a výsledky chirurgického léčení se zhoršují. Na druhé straně nelze ani zjistit kolika vážným komplikacím bylo díky akutní cholecystektomii zabráněno, zejména biliárním peritonitidám, které dělají z akutních výkonů urgentní s vysokou mortalitou. Prostá cholecystektomie, včetně takto indikovaných akutních, má úmrtnost nižší než 0,5 %, zatímco u komplikovaných onemocnění mortalita stoupá až 8krát. (Pavrovský).

Metoda a klinický materiál

V období let 1969—1978 bylo na našem oddělení hospitalizováno celkem 182 nemocných s akutní cholecystitidou. Toto číslo je ve skutečnosti vyšší, protože nejsou zahrnuti nemocní hospitalizovaní na interním oddělení, kteří byli vyšetřováni konziliárně. Z těchto 182 nemocných bylo 112 mužů a 69 žen. Tento počet neodpovídá běžným statistikám, které udávají poměr 3 : 1 ve prospěch žen. Je to způsobeno profilem hospitalizovaných, který je dán charakterem našeho ústavu. U těchto nemocných byla ve 40 případech provedena cholecystektomie, u jednoho cholecystostomie a 141 bylo léčeno konzervativně.

Zabývali jsme se pouze skupinou operovaných, která se rozpadá na dvě podskupiny podle naléhavosti výkonu. Toto rozdělení je patrné v tabulce 1. 13 pacientům byl proveden chirurgický výkon, kdy u těchto nemocných převládaly v celkovém i místním nálezu známky postupujícího zánětu s hrozící peritonitidou ze skryté nebo volné perforace do dutiny břišní, kdy indikace byla dána zcela nepochybně. U 28 pacientů byla zahájena konzervativní terapie a výkon v akutním stadiu byl indikován, protože klinický obraz přetrvával nebo jevil progresi. Konzervativní terapie spočívala ve výluce stravy, infúzní terapii, lokální hypotermii a ve spazmolyticích. Antibiotika před operací byla nasazena u 23 nemocných.

Pro indikaci k operaci u akutního onemocnění žlučníku je potřebná znalost anamnézy, abychom na základě klinického nálezu zhodnotili stav nemocného a při potvrzení diagnózy se rozhodli včas k operaci.

Anamnestické údaje zachycuje tabulka 2. Zde je patrné, že před operací byla RTG prokázána cholecystolitiáza celkem u 28 nemocných. Typickou anamnézu, ale bez RTG vyšetření, mělo 9 nemocných. Pro obtíže vzniklé poprvé v životě byli operováni 4 nemocní, z toho 3 urgentně a 1 nemocný akutně, kde byl přesvědčivý hydrops. Urgentně operovaní měli vyjádřeny všechny známky zánětlivé náhlé příhody břišní a není třeba toto podrobněji rozvádět. Akutně operovaní měli v 72,6 % zvýšenou teplotu, leukocytózu přes 11,0 jsme našli v 57,6 %. U tzv. afebrilních šlo převážně o protrahovanou biliární koliku s počínající pericholecystitidou či

Tab. 1

—	Počet nemocných	Muži	Ženy	Věkové rozmezí
Skupina léčebných konzervativně	141	84	57	82–19
Urgentní výkon	13	8	5	74–20
Akutní výkon	28	20	5	36–57
Celkem	182	112	69	—

Tab. 2

Anamnéza	Akutní operace	Urgentní operace
RTG prokázána cholecystolitiáza	16	3
RTG a funkce žlučníku	6	3
Biliární koliky	5	4
Obtíže vzniklé poprvé v životě	1	3
Celkem	28	13

s nasedajícím hydropsem, kdy nebyly ještě vyjádřeny všechny zánětlivé příznaky.

Výsledky

V žádné skupině nezemřel žádný nemocný. U všech nemocných byla provedena cholecystektomie, pouze u jednoho nemocného, který byl operován urgentně, byla provedena cholecystostomie pro obrovský abscedující pericholecystický infiltrát. V pooperačním období měl dlouhotrvající žlučovou píštěl, která se nakonec uzavřela. Ovšem v druhé době musela být provedena pro opakované koliky plánovaná CHE. Průměrná doba hospitalizace akutně operovaných byla 9,2 dne. U 3 nemocných jsme měli hnisavou komplikaci v ráně a u 2 bronchopneumonii. U 12 urgentních CHE potvrdil makroskopický a mikroskopický nález flegmonózní až gangrenózní změny žlučníku. Tyto výsledky spolu s histologickými nálezy u akutních výkonů jsou zachyceny v tabulce 3.

Při srovnání histologického nálezu s makroskopickým nálezem nenacházíme podstatných rozdílů mezi klasifikací flegmonózních a gangrenózních cholecystitid. Při histologické diagnóze chronické cholecystitidy a fibroproliferativní pericholecystitidy popisuje však chirurg často hydropicky rozepjatý žlučník, edematózní prosáknutí stěny s výpotkem v okolí.

V další tabulce 4 je zachycena doba, která

Tab. 3

	Urgentní výkony	Akutní výkony
Chronický zánět s fibroproduktivními změnami	1	17
Flegmonózní zánět	8	10
Gangrenózní cholecystitida	3	1
Celkem	12	28

Tab. 4

Časový interval	Počet pacientů operovaných akutně	Počet pacientů operovaných urgentně	Celkem
Do 24 h operováno	12	–	12
Do 48 h operováno	15	2	17
Do 72 h operováno	1	3	4
Po 72 h operováno	–	8	8

uplynula od začátků příznaků k operaci. Zde je patrné, že převážně urgentní výkony byly řešeny po 72 hodinách, kdy konzervativní léčba selhala a výkon se stal vynuceným. Tyto výkony byly v převážné většině technicky obtížné pro pokročilé zánětlivé změny, hlavně v junkci, kde je nebezpečí poranění žlučových cest. Naopak včas indikované akutní CHE, tj. do 48 až 72 h, až na výjimky, se podstatně nelišily v obtížnosti operace od operací plánovaných, i když údaje hodnotící stupeň obtížnosti jsou také závislé na subjektivním odhadu operujícího.

Diskuse

Z uvedeného souboru je skupina 13 nemocných urgentně operovaných bez jakýchkoliv pochybností o účelu operace. Klinický náález a obraz svědčící o prudkém zánětu se šířením do volné dutiny břišní nenechává na pochybách žádného chirurga, že operace je jediným východiskem, jak zabránit nepříznivému průběhu onemocnění. Druhou skupinou jsou ti nemocní přicházející s příznaky akutního onemocnění žlučníku, u kterých po zahájení konzervativního léčení dochází k rychlému ústupu příznaků. To dovoluje vyčkat s operací po vhodném intervalu a doplnění vyšetření, včetně cholecystografie, pokud nebyla cholelitiáza prokázána již dříve. Zbývá skupina nemocných, u nichž je možno uvážit akutní výkon z několika hledisek:

1. Stanovení přesné diagnózy — situace je lehčí u těch, kde již vyšetřením cholelitiáza prokázána byla a jde o opakované příznaky onemocnění.
2. Zvážit celkový stav nemocného na základě interního vyšetření.
3. Pravidelným sledováním stanovit při konzervativním léčení postup onemocnění v prvních 24–48 hodinách.

Tam, kde je možné provést sonografické vyšetření, můžeme u nemocných s prvním projevem onemocnění nebo u těch, kteří nebyli ještě vyšetřeni, poměrně spolehlivě stanovit diagnózu.

Akutní operace jsme indikovali u těch nemocných, u nichž nejpozději do 48 hodin klinický náález neustoupil nebo se zhoršoval. Dále u těch, kde náález rezistence svědčil pro akutní hydrops s nebezpečím perforace. Neoperujeme u těch nemocných, kteří již přicházejí s vyvinutým infiltrátem v krajině žlučníku a náález svědčí pro ohraničený zánět, kdy, pokud nebyl výkon vynucený, má tato indikace vysoké operační riziko. Někdy bude velice obtížné stanovit přesně začátek onemocnění. A i když se budeme řídit klinickým nálezem, vývojem onemocnění a laboratorními výsledky, nemusíme vždy odhadnout stupeň a rychlost zánětlivých změn. Proto se čas od času stane, že tzv. akutní CHE bude technicky obtížná pro pokročilé zánětlivé změny. Někdy naopak probíhá onemocnění vysloveně floridně a těžko lze docílit tzv. klidového intervalu, ale to vše přináší chirurgie žlučových cest sama sebou.

Naše skupina operovaných je poměrně malá, což omezuje obecnější závěry. Také profil nemocných neodpovídá věkově statistikám uváděných v literatuře. Náš věkový průměr je nižší, je menší procento osob starších 50 let, zatímco právě cholecystektomie u starších nemocných ovlivňuje nejvíce výsledky chirurgického léčení, kdy již po 48 hodinách u těchto nemocných dochází ke snížení kompenzačních mechanismů, zvláště jestliže mají řadu přidružených onemocnění.

U všech našich nemocných, až na jednoho, byla provedena cholecystektomie, kdy zaznamenáváme, že obtížnost výkonu stoupá s délkou doby, kdy zvláště po 48–72 hodinách se rozvíjejí výrazně zánětlivé změny negativně ovlivňující techniku operace. Cholecystektomií považujeme za definitivní řešení pro nemocného. Pooperační průběh byl u všech operovaných bez závažnějších komplikací. Cholecystostomií považujeme za řešení nouzové, mající své nevýhody ve vyšší morbiditě i mortalitě, i když tato skutečnost je ovlivňována především tím, že se provádí při špatném celkovém stavu nebo při místním nálezu, který vylučuje provedení CHE. Další nevýhodou je, že v druhé době se nezřídka nevyhneme CHE, i když někteří autoři udávají procento trvale vyléčených po cholecystostomií až v 80 %. Akutní cholecystektomie u našich nemocných má výsledky, které jsou srovnatelné s výsledky operací plánovaných. K vý-

hodám akutních operací patří zkrácení léčby o dobu, která je potřebná ke konzervativnímu léčení o interval asi 6—8 týdnů, než je možno přistoupit k plánované operaci. Aby bylo dosaženo příznivých výsledků a nestoupalo riziko akutních operací, je nutno podle uvedených zásad postupovat individuálně, brát v úvahu výsledek základního předoperačního vyšetření a dodržovat krátkodobou předoperační přípravu, zvláště u nemocných vyšší věkové skupiny. Antibiotika byla nasazena předoperačně u více než poloviny nemocných. Ve srovnání se skupinou bez antibiotik neovlivnila ATB průběh onemocnění. Klinicky nebyly zjištěny známky ikteru u žádného operovaného, ovšem laboratorně jsme zjistili nepatrně zvýšené hodnoty nepřímého bilirubinu u 6 nemocných, i když rutinně jsme vyšetření hodnot bilirubinu neprováděli u všech nemocných. Práce sledující výskyt ikteru při akutní cholecystitidě udávají poměrně nízké procento výskytu choledocholitiázy při současně zjištěných vyšších hodnotách nepřímého bilirubinu. Nález žloutenky nebývá způsoben překážkou ve žlučových cestách a vysvětlení při negativním cholangiografickém nálezu je možno hledat ve vlastním zánětu žlučníku nebo v přechodné lehké jaterní lézi.

Souhrn

Tato práce v souladu s udanou literaturou se snaží dokázat, že akutní cholecystektomie pro akutní cholecystitidu výrazně zkracuje nemocnost pacientů s cholelitiázou a že akutní výkony nejsou významně technicky obtížnější a po nezbytné přípravě, kterou stavy těchto pacientů časově většinou dovolují, nestoupá riziko u takto operovaných. Je samozřejmé, že snaha po konzervativním postupu u pacientů s vážným přidruženým onemocněním převažuje.

Závěrem bychom chtěli říci, že po zvážení všech pro a proti, by se k této akutní operaci mělo přistupovat častěji, než je na četných pracovištích, včetně našeho ústavu, zvykem.

Literatura

1. Barták, L.: Význam včasné operace cholelithiasy ve světle pooperačních obtíží. Čs. gastroenterologie, 1961, 4, s. 262.
2. Bittmann, O.: Výsledky včasného chirurgického výkonu u cholecystitidy a cholelithiasy. Rozhl. Chir., 1965, 3, s. 155.
3. Dljačenko, P. K.: Neotložnye zadači ekstremnoj diagnostiky i lečenija ostrogo cholecystita. Věst. Chir., 1975, 8, s. 21.
4. Fry, D. E. - Cox, R. A. - Harbrecht, P. J.: Empyema of gallbladder: A complication in the natural history of acute cholecystitis. Am. J. Surg., 141, 1981, s. 366.
5. Gagic, N. - Frey, C. F. - Gaines, R.: Acute cholecystitis. Surg. Gyn. Obst., 1975, 140, s. 868.
6. Gardner, B. - Masur, R. - Fujimoto, J.: Factors influencing the timing of cholecystectomy in acute cholecystitis. Am. J. Surg., 125, 1973, s. 730.
7. Klingensmith, W. - Watkins, W.: Cholecystectomy in acute cholecystitis. Arch. Surg., 92, 1966, s. 689.
8. Kudr, J. - Stark, J.: Naše zkušenosti s operacemi akutně zaníceného žlučníku. Rozhl. Chir., 44, 1965, s. 188.
9. Malström, P. - Olsson, A. M.: Cholecystostomy for acute cholecystitis. Am. J. Surg., 126, 1973, s. 397.
10. Nahodil, V. - Veselý, J.: Hodnocení operací žlučníku a žlučových cest v akutním stadiu zánětu. Rozhl. Chir., 60, 1981, 2, s. 75.
11. Niederle, B.: Chirurgie žlučových cest. Praha, Avicenum 1977.
12. Plessis, - Jersky, P. J.: The management of acute cholecystitis. Surg. Clin. North Am., 53, 1973, s. 1071.
13. Skilling, J. C. - Williams, J. C. - Hinslaw, J. R.: Efektivita poroperative cholangiography. Am. J. Surg., 137, 1979, s. 107.
14. Reiss, R. - Pikelnie, S. - Engelberg, M.: The value of early surgery and routine operative cholangiography in the management of acute cholecystitis. World J. Surg., 3, 1979, s. 107.
15. Suchý, T. - Šimkovič, D.: Příspěvek k polemice o vhodnosti včasné chirurgické léčby akutní cholecystitidy. Rozhl. Chir., 60, 1981, 7, s. 446.
16. Šerý, Z. - Král, V. - Entner, M.: Naše zkušenosti s chirurgickou léčbou akutní cholecystitidy. Rozhl. Chir., 56, 1977, 3, s. 203.
17. Zacharov, A. A.: Rezultaty operativnogo lečenija bolnyh požilogo i starčeskogo vozrasta s ostrym cholecystitom. Věst. Chir., 1974, 7, s. 29.

Klíčová slova: Akutní onemocnění žlučníku; Cholecystektomie; Cholecystostomie.