

616-036.11-072

POSTAVENÍ ENDOSKOPIE V LÉČBĚ AKUTNÍCH STAVŮ

MUDr. Miroslav ZAVORAL
II. interní oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(primář: MUDr. M. Zavoral)

Gastroenterolog se v každodenní praxi setkává s celou řadou akutních stavů, které lze bezprostředně řešit endoskopicky, tj. oproti chirurgickému přístupu relativně méně invazivně. Nejčastější takovou příhodou je krvácení do trávicí trubice, obstrukce žlučových cest a akutní pankreatitida. Na

druhé straně mohou endoskopické metody přispět k nutriční podpoře pacientů po chirurgickém výkonu, kdy je zavedením nasojejunální sondy zajištěna rychlejší realimentace.

Krvácení do zažívací trubice je akutní příhodou, která nemocného bezprostředně ohrožuje na životě.

Podstatně častěji nacházíme zdroj krvácení v horní části trávicí trubice, kde primát drží peptický vřed a jícnové varixy, které úhrnem představují asi 50 % všech krvácivých příhod. Vyšší věk, komorbidita a hemodynamický stav při přijetí tvoří základ skórovacích systémů, které se používají pro stanovení prognózy a rizika opětovného krvácení.

K řešení krvácejících vředových lézí byla vyvinuta celá řada endoskopických technik. Zlatý standard do dnešních dnů představuje injekční stavění krvácení, kdy je do okrajů vředu aplikován roztok adrenalinu 1:10 000, často v kombinaci s instilací polidokanolu do středu léze. V některých zemích je používán etanol, pokusy byly provedeny i s roztokem NaCl. Mezi méně rozšířené techniky patří klipování, používání tkáňových lepidel, koagulace bipolární elektrodou či v poslední době slibně se rozvíjející argon plazma koagulace. U peptických lézí se vzhledem k ovlivnění koagulačních parametrů hodnotou pH doporučuje parenterální podávání inhibitorů protonové pumpy.

Při hemostáze u krvácejících jícnových varixů se v poslední době prosazuje endoskopická ligace gumovými kroužky, spojená s nižším počtem komplikací. Nové aplikátory, které umožňují aplikaci 6 a více kroužků, jsou velmi komfortní jak pro pacienta, tak pro endoskopistu. Klasická sklerotizace polidokanolem aplikovaným intravariceálně však stále představuje zlatý standard. Sledované parametry - počet komplikací, procento pacientů s opětovným krvácením a počet sezení nutných k eradikaci varixů - svědčí mírně ve prospěch endoskopické ligace. V případě selhání endoskopické terapie je namístě zvážit urgentní zavedení transjugulárního portosystémového shuntu - TIPSu. U všech krvácivých příhod je třeba úzce spolupracovat s chirurgem - jedině týmový přístup zajistí optimální volbu léčebné strategie.

U pacientů s akutně vzniklou obstrukcí žlučových cest s cholangitidou nabízí endoskopie rovněž řešení. Po provedení endoskopické papilosfinkterotomie se podle povahy obstrukce provádí buď trypse a extrakce konkrementů, nebo je stenotický úsek překlenut endoprotézou. Nasobiliární drenáž pak umožňuje aplikaci léčiv přímo do žlučových cest.

Akutní pankreatitida je indikací k urgentní ERCP jen v případě těžké formy biliární pankreatitidy. Výsledky posledních studií naznačují, že v jiném případě z endoskopické léčby nemají nemocní profit. Akutní pankreatitida vyžaduje multidisciplinární přístup a intenzivní bilanční a antibiotickou terapii.

Poměrně často se setkáváme s akutně vzniklými ileozními stavy při stenózách trávicí trubice. Jejich etiologie je většinou nádorová. Tyto stenózy je

možno dilatovat balónkovými či bougieovými dilatátory, laserovou či argon plazma koagulací lze redukovat nádorovou masu, a obnovit tak pasáž postiženým úsekem. Stenózu lze překlenout rovněž různými typy endoprotéz.

Vzácně se setkáváme s iatrogenními lézemi při chirurgických, zejména laparoskopických výkonech na žlučovém systému. Biliární píštěl můžeme s úspěchem léčit buď papilosfinkterotomií nebo zavedením endoprotézy, která je po uzávěru odstraněna.

Méně často se u dospělých pacientů setkáváme s problematikou cizích těles. Tělesa ostrá, rozměrná, u kterých není reálný předpoklad pasáže per vias naturales, stejně jako tělesa, která se po natrávení žaludeční kyselinou mohou stát nebezpečnými, je třeba odstranit. Existuje celá řada endoskopických instrumentů, které usnadňují fragmentaci a extrakci cizích těles. Při těchto výkonech je pravidlem používání tzv. overtube, plastické trubičky, která překrývá endoskop a umožňuje vytažení i ostrého tělesa s minimálním rizikem poškození jícnu. Nezřídka je však nutno cizí tělesa odstranit chirurgicky.

K zajištění nutriční podpory u pacientů na jednotkách intenzivní péče je možno endoskopicky zavést nasojejunální sondu k podávání enterální výživy, jsou propracovány i techniky pro provedení perkutánní endoskopické gastrotomie.

Z výše uvedených metod jsou v Ústřední vojenské nemocnici v Praze dostupné téměř všechny. Endoskopická léčba krvácení v oblasti horní části trávicí trubice je dostupná 7 dní v týdnu po 24 hodin, kolonoskopie, ERCP a příslušné léčebné modalita v pracovní době.

Literatura

1. SLEISENGER, M.H., et al.: *Gastrointestinal and Liver Disease*. 6th ed. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1998.
2. COSTAMAGNA, G.: What To Do when the Papilla Bleeds after Endoscopic Sphincterotomy. *Endoscopy*, 1998, vol. 30, p. 40-42.
3. MONDARDIN, A., et al.: Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding and Forrest's Classification: Diagnostic Agreement Between Endoscopists from the Same Area. *Endoscopy*, 1998, vol. 30, p. 508-513.
4. PESCATORE, P., et al.: Fibrin Sealing in Peptic Ulcer Bleeding: The Fate of the Clot. *Endoscopy*, 1998, vol. 30, p. 519-524.

Klíčová slova: Krvácení do trávicího traktu; Peptický vřed; Jícnové varixy; Endoskopická hemostáza; Obstrukce žlučových cest; Cholangitida; Papilosfinkterotomie; Nasojejunální sonda.

Do redakce došlo 23. 11. 1998