

Diagnostika a léčba cholecystolitiázy

prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

Klinika hepatogastroenterologie IKEM, Praha

Prevalence cholelitiázy je 10–20%. Výskyt stoupá s věkem, více jsou postiženy ženy. Nejčastější jsou cholesterolové konkrementy, dalšími rizikovými faktory jsou gravidita a redukce příjmu potravy. Černé pigmentové konkrementy se vyskytují při cirhóze a hemolytické anémii, hnědé vznikají ve žlučovodech při zánětu. Většina postižených je asymptomatická, příznaky a komplikace zahrnují koliky, dyspepsii, cholecystitidu, cholangitidu, absces, biliární ileus a karcinom žlučníku. Suverénní diagnostickou metodou v případě cholecystolitiázy je ultrasonografie, u komplikací z pozření na obstrukci žlučových cest a při cholecystektomii se podle situace zvažují vyšetření žlučových cest magnetickou rezonancí, CT, rtg, či endosonografickou sondou. Řešením symptomatické cholecystolitiázy je cholecystektomie, u asymptomatických postižených se zvažuje v případě velkých konkrementů, bariatrické operace a kolekomie. U cholecystitidy by se měla přednostně indikovat časná cholecystektomie, konzervativní léčba zahrnuje spasmolytika, parenterální výživu a antibiotika. V případě vysokého operačního rizika se provádí transabdominální či transpapilární drenáž. Riziko onemocnění, jeho komplikací a operace se zvyšuje s věkem a komorbiditami.

Klíčová slova: cholecystolitiáza, choledocholitiáza, cholecystektomie, ERCP, endosonografie.

Diagnosis and treatment of cholecystolithiasis

The prevalence of cholelithiasis is 10–20%. It rises with age, with women being affected more often than men. Cholesterol stones are most common, other risk factors include pregnancy and reduced food intake. Black pigmented stones occur in cirrhosis and haemolytic anaemia, brown ones arise in the bile duct during inflammation. Most patients are asymptomatic; the symptoms and complications include colics, dyspepsia, cholecystitis, cholangitis, abscess, biliary ileus and gallbladder cancer. The superior diagnostic method for cholecystolithiasis is ultrasonography; in case of complications related to possible biliary obstruction and during cholecystectomy, investigations of the bile duct with magnetic resonance imaging, CT, radiography or endosonography are considered. Symptomatic cholecystolithiasis is managed with cholecystectomy, in asymptomatic cases bariatric surgery and colectomy are considered in case of large stones. In cholecystitis, early cholecystectomy should be the preferred method; conservative treatment involves spasmolytics, parenteral nutrition and antibiotics. When there is a high operative risk, transabdominal or transpapillary drainage is performed. The risk of the disease, its complications and surgery increases with age and comorbidities.

Key words: cholecystolithiasis, choledocholithiasis, cholecystectomy, ERCP, endosonography.

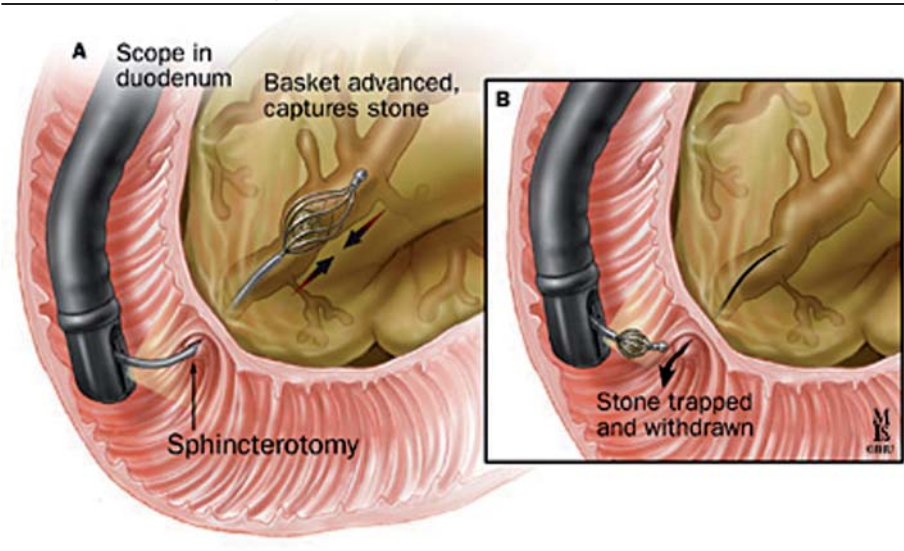
Med. Pro Praxi 2010; 7(5): 235–237

1. DEFINICE
Cholelitiázou se označuje přítomnost žlučových kamenů ve žlučových cestách. Většinou se jedná o postižení žlučníku (cholecystolitiáza), méně často se kameny vyskytují ve žlučových cestách obvykle vycestováním, vzácně se zde samostatně tvoří (choledocholitiáza, hepatikolitiáza).
2. EPIDEMIOLOGIE
Prevalence cholelitiázy je v naší civilizační oblasti 10–20%. Výskyt stoupá s věkem, ve středním věku je postižení žen 2–3x častější, ve vysokém věku je rozdíl v prevalenci obou pohlaví menší. V Evropě (a u nás) tvoří cholesterolové kameny až 95 %, v USA o něco méně (častější jsou černé), v Asii jsou běžné hnědé konkrementy (nad 10%), které jsou u nás častější jen u cirhotiků.
3. ZÁVAŽNOST
Závažnost onemocnění se odvíjí od různé klinické manifestace. Většina postižených (přibližně 65 %) je celoživotně bez obtíží. Koliky či dyspepsie jsou epizodicky či chronicky obtěžující symptomy bez adekvátního komplikujícího morfologického korelátu. Cholecystitida reaguje na antibiotickou léčbu, operace obou projevů cholecystolitiázy znamená plnou úzdavu. Mortalita cholecystitidy a perioperační je relevantní ve vysokém věku a u komorbidit. Karcinom žlučníku je většinou neoperabilní a neléčitelný. Akutní biliární pankreatitida akutní cholangitida jsou závažná onemocnění s několikaprocentní mortalitou. Biliární ileus se vyskytuje u starých lidí a mortalita je poměrně značná.
4. ETIOPATOGENEZE
Cholesterolové kameny, které jsou rtg nekontrastní, tvoří v naší civilizační oblasti 80–90 % všech konkrementů. Většinové smíšené konkrementy obsahují až 20 % dalších látek jako mucin, kalciumpalmitát, kalciumbilirubinát a kalciumkarbonát. Bývají facetované, žlutohnědé, vícečetné. Čistě cholesterolové konkrementy jsou solitérní, vejčitého tvaru, světlé. Etiopatogeneze cholesterolové cholelitiázy je multifaktoriální. Játra secernují žluč hypersaturovanou cholesterolem, který tvoří krystaly mimo fyziologické transportní struktury. Dalšími faktory jsou tendence k nukleaci a poruchy motility žlučníku (například při těhotenství nebo po bariatrické operaci) se stázou. Krystaly retinované ve žlučníku agregují v konkrementy. Usazenina měnící tvar a akustický stín se nazývá sludge („bláto“). Další agregací vznikají ohraničené konkrementy.

Obrázek 1. Choledocholitíza při ERCP



Obrázek 2. Schéma endoskopického odstranění konkrementů ze žlučového



4. ETIOPATOGENEZE

Černé konkrementy obsahují polymery bilirubinu a kalciové soli, tmavě hnědé konkrementy obsahují především kalcium bilirubinát, mastné kyseliny a cholesterol. Černé kameny vypadají jako uhlí a tvoří se ve velké většině ve žlučníku. Hnědé konkrementy jsou křehké, obsahují více cholesterolu a tvoří se často ve žlučových cestách nad stenózou. Nikdy se netvoří oba hlavní typy konkrementů současně.

5. ETIOLOGICKÁ KLASIFIKACE

- A. Cholesterolové konkrementy čisté a smíšené
- B. Pigmentové konkrementy černé a hnědé

6. RIZIKOVÉ FAKTORY

U cholesterolových konkrementů jimi jsou ženské pohlaví, estrogeny, těhotenství, vyšší věk, obezita, parenterální výživa, aktivní redukce váhy (bariatrická operace).
U pigmentových konkrementů rizikové faktory zahrnují vyšší věk, ženské pohlaví, hemolýzu (sférocytóza, srpkovitá anémie), cirhózu, parenterální výživu, u hnědých konkrementů infekci žlučových cest a extrahepatální cholestázu.

7. KLINICKÝ OBRAZ

Biliární kolika je příznačnou manifestací. Dyspepsie je méně specifická. Běžným projevem je cholecystitida. Komplikace souvisí s choledocholitíazou. Jsou jimi obstrukční ikterus, cholangitida, abscesy jater, akutní pankreatitida a biliární ileus. Zejména u porcelánového žlučníku hrozí karcinom.

8. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

V terénu jakékoliv jiné příčiny epizodické abdominální bolesti či akutního zánětu. Současnými diagnostickými metodami je diagnóza cholecystolitíazy snadná a záměna za jiné onemocnění by měla být výjimečná. Drobné konkrementy mohou například při pankreatidě uniknout pozornosti. Analyzovat všechny souvislosti u komplikací může být obtížné.

9. DIAGNOSTIKA

Ultrasonografie je suverénní metodou volby u cholecystolitíazy. Konkrementy jsou také rozpoznatelné metodami CT a MR. Konkrementy žlučových cest by se měly vždy zvažovat při akutní pankreatidě, cholangitidě a před cholecystektomií. Citlivost ultrasonografie je zde nedostatečná. Provádí se magneticko-rezonanční cholangiopankreatografie (MRCP), v průběhu cholecystektomie cholangiografie nebo vyšetření ultrazvukovou sondou. Zejména sonografická sonda v průběhu laparoskopie a endoskopická ultrasonografie vykazují v diagnostice choledocholitíazy vysokou sensitivitu i specificitu. Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP) již není primární diagnostickou metodou. Cholecystitidu a další zánětlivé komplikace doprovází laboratorní známky zánětu, obstrukci žlučových cest laboratorní známky cholestázy.

10. LÉČBA

Dyspepsie: Nеспецифická léčba. **Biliární kolika:** Symptomatically spasmolytika, pokud možno intravenózně. Symptomatická litiáza je indikací k jejímu odstranění. Cholecystektomie se provádí klasicky z otevřeného přístupu, který v 80–90 % nahradila laparoskopie. Indikovaná je u symptomatické litiázy. Asymptomatická cholecystolitiáza se zvažuje k cholecystektomii při konkrementech větších než 25 mm, při bariatrické operaci a kolektomii, které akcentují riziko obtíží. Základem léčby cholecystitidy (a dalších zánětlivých komplikací) jsou tekutiny, analgetika, parenterální výživa a antibiotika. Z nich nejvhodnější jsou chinolony, ceftriaxon případně s metronidazolem, piperacilin a tazobactam a amoxicilin-clavulanát. Laparoskopickou cholecystektomii lze provádět v časně fázi (nejlépe do tří dnů) nebo po uplynutí šesti týdnů. Časná cholecystektomie se považuje za výhodnější a léčba je méně nákladná. U těžkého stavu a při komorbiditách se provádí drenáž žlučníku transabdominálně či endoskopicky transpapilárně a přes ductus cysticus. Dříve doporučené dizoluce a léčba rázovou vlnou byly opuštěny. Poměr vynucené konverze na standardní cholecystektomii se pohybuje do 20 %. Léčba choledocholitiázy spočívá v endoskopické papilotomii a extrakci konkrementů.

Literatura

1. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Br J Surg 2010; 97: 141–150.
2. Sherlocková S, Dooley J. Nemoci jater a žlučových cest. Nadační fond České hepatologické společnosti. 2004: 597–623.

prof. MUDr. Julius Špičák, CSc.

Klinika hepatogastroenterologie IKEM
Václavská 1958/9, 140 21 Praha 4
julius.spicak@ikem.cz

