

Urgentní endoskopická papilosfinkterotomie u osob starších 70 let

P. Dítě¹, Z. Papík², M. Kunovská¹, I. Novotný¹, B. Kianička³, P. Piskač⁴, V. Zbořil¹, M. Zavoral⁵

¹ Interní gastroenterologická klinika FN Brno, pracoviště Bobunice, přednosta prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.

² II. interní klinika Lékařské fakulty UK a FN, Hradec Králové, přednosta prof. MUDr. Jaroslav Malý, CSc.

³ Gastroenterologické oddělení FN u sv. Anny, Brno, přednosta prim. MUDr. Vladimír Bednařík

⁴ II. chirurgická klinika Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny, Brno, přednosta doc. MUDr. Jindřich Leypold, CSc.

⁵ II. interní oddělení, Klinika gastroenterologie a hepatologie 1. lékařské fakulty UK a ÚVN, Praha, přednosta doc. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D.

Souhrn: Terapeutická endoskopie akutních stavů pankreatobiliárních je zastoupena v naprosté většině případů endoskopickou papilosfinkterotomií provedenou po verifikaci nálezu v biliárních a pankreatických vývodech endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografií. Endoskopický výkon je ovšem výkonem invazivním, nemocné zatěžujícím, a proto i provázený možnými komplikacemi. U osob vysokého věku je rizikovým faktorem výkonu nepochybně polymorbidita, zvláště onemocnění kardiovaskulárního aparátu a nemoci bronchopulmonální. V prospektivní studii osob starších 70 let s akutní cholangiitidou a akutní biliární pankreatitidou těžkého stupně jsme hodnotili bezpečnost výkonu a jeho efektivitu stran ovlivnění průběhu nemoci. Prokázali jsme, že endoskopická papilosfinkterotomie u uvedených stavů je i u osob vyššího věku výkonem bezpečným, významně příznivě ovlivňujícím další rozvoj nemoci. Přesto však platí, že u rizikových skupin osob by výkon měl být prováděn tam, kde má endoskopující lékař dostatek zkušeností a pracoviště je zajištěno zázemím intenzivní medicíny.

Klíčová slova: pankreatitida – cholangiitida – endoskopická papilotomie – starší populace

Urgent endoscopic papilosphincterotomy in individuals older than 70 years

Summary: Therapeutic endoscopy of acute pancreatobiliary conditions is represented in absolute majority of cases by endoscopic papilosphincterotomy performed after verification of finding in biliary duct and pancreatic duct by means of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Endoscopic operation is, of course, invasive performance that burdens the patients; therefore it is also accompanied with possible complications. In elderly individuals a risk factor of performance is undoubtedly polymorbidity, especially cardiovascular and bronchopulmonary diseases. In prospective study with individuals older than 70 years with acute cholangitis and acute biliary pancreatitis we evaluated performance safety and its effectivity as regards to the influence on the course of disease. We demonstrated that endoscopic papilosphincterotomy in mentioned conditions is safe performance, significantly favourably inflicting further development of the disease even in elderly patients. Nevertheless it is accepted that this performance in risk groups of individuals should be performed in the site, where the doctor-endoscopist has enough experience and the site is provided with the intensive medical care facility.

Key words: pancreatitis – cholangitis – endoscopic papilotomy – elderly population

Úvod

Endoskopická terapie obstrukce žlučových cest, včetně léčby akutní biliární pankreatitidy, patří k vysoce efektivním výkonům, jejichž invazivnost je nepochybně menší než chirurgický výkon [2]. Přesto je endoskopická papilosfinkterotomie (EPS) výkonem invazivním s možnými komplikacemi, a to zvláště u polymorbidních osob [1,4,7].

Indukovaná akutní pankreatitida vzniká v důsledku přetlaku v sekundárních pankreatických vývodech

buď v důsledku instilace nadměrného objemu kontrastu do pankreatického vývodu a vyvoláním tzv. parenchymové fáze, kdy je kontrast patrný v parenchymu žlázy, při dysfunkci Oddiho svěrače, anebo při jiné překážce v odtoku pankreatické šťávy do duodena neodstraněné výkonem.

Diagnostická endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP), která terapeutickému výkonu na žlučových cestách předchází, je nejčastěji komplikována vznikem akutní pankreatitidy.

Endoskopická terapie je první metodou volby akutní biliární pankreatitidy a s výjimkou studie Fölschovy et al [8] ostatní prospektivní studie prokázaly zásadní terapeutický benefit [6,11,12]. Komplikace endoskopické papilosfinkterotomie s extrakcí konkrementu je uváděna v 5 % léčených osob [7].

Endoskopický výkon vede však nepochybně i k zátěži kardiovaskulárního aparátu, bývá provázen tachykardií, hypertenzní reakcí, snížením saturace krve kyslíkem apod. Výkon

Tab. 1. Charakteristika souboru vyšetřených osob.

muži	věk	ženy	věk
15	70–79	31	73–82

proto přináší zátěž kardiakům, nemocným s plicním emfyzémem nebo chronickou bronchitidou a hypertoniikům. Mezi rizikové osoby proto patří starší osoby, u nichž je polymorbidita zvláště častá [16].

V rámci prospektivní studie sledující efekt urgentní papilosfinkterotomie u skupiny osob s akutní cholangitidou a akutní biliární pankreatitidou jsme zhodnotili úspěšnost a bezpečnost standardně provedené endoskopické papilosfinkterotomie ve vztahu k věku a přítomné polymorbiditě.

Materiál a metodika

Celkem v 5 endoskopických centrech, která rutinně provádějí urgentní endoskopickou papilosfinkterotomii, byl v období 1. 1. 2000 – 31. 10. 2003 ošetřen soubor 46 osob starších 70 let, indikovaných k akutní endoskopické papilosfinkterotomii. Mezi kritérii zařazení do studie byly tyto požadavky:

1. nemocní starší 70 let;
2. nemocní bez známek respirační nedostatečnosti;
3. nemocní déle než 1 měsíc po infarktu myokardu;
4. nemocní bez manifestních známek kardiální dekompenzace v době výkonu;
5. nemocní bez nálezu akutní tromboflebitidy;
6. nemocní s akutní pankreatitidou, jestliže byla hodnota CRP vyšší než 150 mg/l a sonografický a CT obraz potvrdil akutní nekrotizující pankreatitidu.

Do studie nebyli zařazeni nemocní, kteří při přijetí do nemocnice měli závažnou dekompenzovanou ischemickou chorobu srdeční a chorobou

Tab. 2. Přidružené diagnózy osob léčených endoskopicky.

přidružená diagnóza	počet osob
ischemická nemoc srdeční	18 (39,1%)
arteriální hypertenze kompenzovaná	5 (10,9 %)
stav po cévní mozkové příhodě	1 (2,4 %)
chronická bronchitida a plicní emfyzém	22 (47,8 %)

Nemocní rozdělení dle počtu přidružených diagnóz (N = 46).

2 a více přidružené diagnózy	3 a více přidružených diagnóz
40 (86,9%)	6 (13,1%)

bronchopulmonální, závažnou koagulopatií (INR vyšší než 2,0; hodnoty trombocytů v krevním obraze menší $60 \times 10^9/l$). Naopak kontraindikací výkonu nebyla přítomnost ischemické nemoci srdeční, kardiální subkompenzace, chronická bronchitida, arteriální hypertenze kompenzovaná, stav po cévní mozkové příhodě.

Vlastní endoskopický výkon byl proveden po předchozí aplikaci Dormica v dávce 2,5–5,0 mg, střevní peristaltika byla dle potřeby ovlivněna podáním Buscolysinu v dávce 10–20 mg i.v.

Po provedení papilosfinkterotomie byl k extrakci kaménku z ductus choledochus použit Dormia košík, ev. extrakční balonek.

Charakteristiku souboru ukazuje tab. 1, nejmladšímu z ošetřených osob bylo 70 let, nejstarší nemocné 82 let.

Všechny osoby, které jsou zařazeny do souboru, trpěly alespoň jednou z tzv. přidružených chorob, 40 nemocných mělo diagnostikovány 2 přidružené nemoci a u 6 jedinců byly přítomny 3 přidružené nemoci (tab. 2).

Úspěšnost endoskopického výkonu a jeho komplikace byly hodnoceny ve skupině osob s diagnózou akutní cholangitidy (36 nemocných) a ve skupině 10 osob s akutní biliární pankreatitidou. Nemocní s akutní cholangitidou byly endoskopicky ošetřeny pod clonou antibiotika, 33 osob pod clonou cefalosporinu 3. generace, 2 nemocní byli léčeni meropenem

a jednomu nemocnému byl v době ošetření podáván ampicilin.

Výsledky

A. Skupina osob s akutní cholangitidou

U této skupiny osob byla ve 33 případech provedena „standardní“ papilosfinkterotomie, nejčastěji papilotomem erlangenského typu, u 3 nemocných byla použita technika pre-cut. Extrakce litiázy byla provedena Dormia košíkem nebo balonkem.

Komplikace výkonu se vyskytla u 2 nemocných. V obou případech se jednalo o krvácení (tab. 3). Krvácení z místa řezu bylo ošetřeno jehlou a instalací roztoku adrenalinu, které vedlo k definitivnímu zastavení krvácení.

B. Skupina osob s akutní biliární pankreatitidou

10 nemocných s akutní biliární pankreatitidou bylo ošetřeno ne později než 48 hodin od vzniku symptomů. Papilotomie byla provedena úspěšně standardním papilotomem u 10 osob, u 9 osob se zdařilo odstranit choledocholitiázu v 1. sezení, v jednom případě bylo nutné stav řešit přechodně nazobiliární drenáží a následně v 2. sezení byla choledocholitiáza dořešena.

Komplikace výkonu ukazuje tab. 4. Kromě již zmíněného kamene, který se v papile zaklínil a byl odstraněn v 2. sezení, došlo v jednom případě ke vzniku výraznějšího krvácení, avšak i tento stav byl konzervativně zvládnut a krvácení bylo zastaveno.

Hodnotíme-li úspěšnost výkonu

z pohledu technického provedení, byla úspěšnost 100 %, tj. u všech ošetřených byla choledocholitíza odstraněna. Komplikace se vyskytly u 4 osob, tj. 8,7 %. Zásadní je ovšem skutečnost, že ani u jednoho z ošetřených nedošlo ke zhoršení kardiopulmonálního onemocnění, k dekompenzaci arteriální hypertenze či progresi některé z výše uvedených chorob.

Diskuse

V současné diagnostice pankreatobiliárních onemocnění jsou především využívány metody neinvazivní, zvláště nukleárně-magnetická-cholangio-pankreatografie (NMR-CP). Přesto v případech, ve kterých je důvodné očekávat, že endoskopický diagnostický výkon bude následován výkonem terapeutickým, je ERCP prvou metodou volby [13,14], která patří mezi metody invazivní.

V literatuře jsou komplikace ERCP vyšetření nízké, většinou nepřesahují 0,5 %, terapeutická endoskopická papilosfinkterotomie má výskyt komplikací uváděn v rozmezí 2,5 %–10 %, přitom mortalita nečiní více než 2,2 % [13]. Tyto údaje jsou samozřejmě závislé na řadě faktorů, z nichž zřejmě nejvýznamnější je zkušenost výkon provádějícího endoskopisty [3,10,15,17]. Mezi nejčastější komplikace diagnostické ERCP patří akutní pankreatitida a krvácení. U terapeutické ERCP je nutno přidat perforaci stěny duodena, zaklínění kamene v nedostatečně papilotomovaném ústí Vaterovy papily a cholangitidu.

U starších osob je vlastní endoskopické vyšetření nepochybně zatěžujícím výkonem, protože u starší populace je častá polymorbidita.

Zvláště časté je onemocnění ischemickou nemocí srdeční, arteriální hypertenzí, sníženy mohou být funkce respirační. Tato skutečnost je obecnou limitací provádění všech endoskopických invazivních výkonů terapeutických i diagnostických. Proto je v literatuře u zvláště riziko-

Tab. 3. Komplikace endoskopické terapie u nemocných s akutní cholangitidou.

	počet	%
krvácení	2	5,5
perforace	0	0,0
zaklíněný kámen	0	0,0
úmrtí	0	0,0

Průměrná doba hospitalizace 5 dní (4–7 dní).

vých a starších osob alternativou terapeutická pankreatobiliární endoskopie např. dlouhodobá endoskopická drenáž bez extrakce kamenů, nebo transhepatální drenáž žlučových cest [5,16].

Naše práce, která je součástí multicentrické prospektivní studie, sledující terapeutický efekt urgentní papilosfinkterotomie u osob s akutní cholangitidou a akutní pankreatitidou, měla za cíl u prospektivně sledovaného souboru osob starších 70 let (věkové rozmezí 70–82 let) sledovat efektivitu výkonu stran dynamiky nemoci a současně zhodnotit bezpečnost endoskopické papilosfinkterotomie.

Potvrdili jsme, že endoskopická papilosfinkterotomie je výkonem bezpečným i u osob vysokého věku, výkonem, který jak u skupiny osob s akutní cholangitidou, což lze předpokládat, tak u skupiny osob s akutní biliární pankreatitidou, příznivě ovlivní průběh nemoci.

Ve skupině osob s akutní biliární pankreatitidou byla nejdelší doba hospitalizace po výkonu 8 dní u nemocného, kterému se nezdařilo odstranit kámen z ductus choledochus v prvním sezení.

Ve 46členném souboru ošetřených se vyskytly celkem 4 komplikace, z tohoto ve 3 případech se jednalo o krvácení po výkonu, které bylo zvládnuto vždy konzervativně, 1krát se vyskytlo zaklínění kamene v nedostatečně širokém papilotomovaném

Tab. 4. Akutní biliární pankreatitida – komplikace výkonu časně.

	počet	%
krvácení	1	10,0
perforace	0	0,0
zaklínění kamene	1	10,0

Průměrná doba hospitalizace 7 dní (4–8 dní).

U nemocného se zaklíněním kamene v oblasti biliárního ústí byl zaveden nazobiliární drén a výkon opakován za 48 hodin a konkrément odstraněn.

ústí ductus choledochus, s nutností přechodné nazobiliární drenáže.

Pokud jde o možné zhoršení přidružených chorob v souvislosti s endoskopickým výkonem, nebylo ani v jednom případě nutné změnit medikaci nebo zvýšit dávky léků.

Nedošlo k dekompenzaci krevního tlaku u stávajících hyperteniků, nezaznamenali jsme, kromě tachykardie, která u většiny ošetřených byla přítomna i těsně před vyšetřením, žádné klinicky závažné arytmie.

Na základě těchto výsledků konstatujeme, že endoskopická papilosfinkterotomie, prováděná jako akutní terapeutický výkon, je bezpečným zákrokem s vysokou úspěšností ovlivnění průběhu akutní cholangitidy a akutní biliární pankreatitidy u osob pokročilého věku.

Práce vznikla v rámci řešení grantového projektu IGA NK 7339–3.

Literatura

1. Bonder J, Nix GAJJ, de Ridder MAJ. Endoscopic papilotomy for common bile duct stones factors influencing the complication rate. Endoscopy 1994; 26: 209–216.
2. Classen M, Demling L. Endoskopische Sphinkterotomie der Papilla Vater und Steinextraktion aus dem Ductus choledocus. Dtsch Med Wochenschr 1974; 99: 469–477.
3. Cotton PB, Williams CB. Practical Gastrointestinal Endoscopy. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1992.

4. Cotton PB, Lehmann G, Vennes J et al. Endoscopic sphincterotomy complication and their management an attempt at consensus. *Gastrointest Endosc* 1991; 10: 383–393.
5. Cotton PB. Stents for stones: short-term good, long-term uncertain. *Gastrointest Endosc* 1995; 42: 272–274.
6. Fan ST, Lai ESC, Mok FPT et al. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papilotomy. *N Engl J Med* 1993; 328: 228–232.
7. Freeman ML, Nelson DR, Sherman S et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med* 1996; 335: 909–918.
8. Fölsch UR, Nitsche R, Ludtke R et al. and the German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. *N Engl J Med* 1997; 336: 237–242.
9. Chopra KB, Peters RA, O'Toole PA et al. Randomized study of endoscopic biliary endoprosthesis versus duct clearance for bile duct stones in high risk patients. *Lancet* 1996; 348: 791–793.
10. Lee JG, Leung JW. Endoscopic management of common bile duct stones. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1996; 6: 43–45.
11. Neoptolemus JP, London NJ, James D et al. Controlled trial of urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due gallstones. *Lancet* 1998; ii: 979–983.
12. Nowak A, Nowakowska-Dulawa E, Marck T et al. Final results of the prospective, randomized controlled study on endoscopic sphincterotomy versus conventional management in acute biliary pancreatitis. *Gastroenterology* 1995; 108: A380.
13. Ponsky JL. Endoscopic management of common bile duct stones. *World J Surg* 1992; 16: 1060–1065.
14. Seitz U, Bapaye A, Bohnacker S et al. Advances in therapeutic endoscopic treatment of common bile duct stones. *World J Surg* 1998; 22: 1133–1144.
15. Skála I, Pirk F, Skála J. Endoskopické léčebné výkony na Vaterské papile a žlučovodech. *Novinky v medicíně*. Praha: Avicenum 1990.
16. Van Steenberg W, Pelemans W, Fevery J. Endoscopic biliary endoprosthesis in elderly patients with large bile duct stones. A long-term follow-up. *J Am Geriatric Soc* 1992; 40: 57–60.
17. Vavrečka A. Diagnostická a léčebná endoskopia žlučových cest a pankreasu. *Martin: Osvieta* 1983.

prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.
www.fnbrno.cz
e-mail: pdite@fnbrno.cz

Doručeno do redakce: 15. 9. 2004
Přijato po recenzi: 29. 9. 2004

www.doctorupdate.cz