

immediately after ERCP diagnosis in all 3 patients with a CDL pathologic ERCP diagnosis, the initial endoscopic papillotomy (EPT) performed in the standard procedure (as in normal anatomy). Subsequently, endoscopic extraction of all CDL from hepatocholedocus to duodenum was performed. Overall the ERCP was completely successful in all 3 of the 3 (100% of 3) patients who initially started endoscopic therapy. There were no complications in our group of 3 patients. For ERCP in patients with BI stomach resection, we had 100% success rate of diagnostic and therapeutic ERCP in all of these patients (3 CDL patients).

Key words: endoscopic diagnostics, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic treatment, stomach resection according to Billroth I.

Úvod

Resekce žaludku podle Billrotha I (B I) se provádí velice zřídka. Při této operaci se odstraní pouze antrum žaludku a pylorus, a žaludek je k duodenu napojen podél velké křivky, což znázorňuje Obr. 1.

Soubor nemocných a metodika

U pacientů se stavem po resekcí žaludku podle B I trvalo studium souboru 20 let (listopad roku 1994 – prosinec roku 2014). V práci byli retrospektivně hodnoceni 3 pacienti po resekcí žaludku podle B I, kdy indikací k této operaci byla ve všech 3 případech nehojící se ulcerace prepylorické oblasti žaludku.

Při ERCP jsme používali standardní endoskopy i endoskopická instrumentária jako u normální anatomické situace.

Z endoskopů jsme tedy používali videoduodenoskopy – videolateroskopy (tedy endoskopy s laterální optikou) Olympus, TJF 140, TJF 160, nebo TJF 180 – kdy se vždy jednalo o terapeutický videolateroskop, s širokým terapeutickým kanálem (o průměru 4,2 mm).

Základní technika ERCP a následných terapeutických endoskopických výkonů byla v našem i zahraničním písemnictví opakovaně popsána (1–7).

K premedikaci jsme používali midazolam 2,5–5 mg a butylscopolamin 20–40 mg frakcionovaně intravenózně periferní kanylou, a při bolestivé reakci pak fentanyl 0,1 mg intravenózně.

K RTG zobrazení pankreatobiliárního systému při ERCP jsme používali neionizovanou jodovou kontrastní látku Omnipaque 300.

Endoskopickou papilotomii (EPT) jsme prováděli vždy standardním způsobem, tedy jako u normální anatomie.

Konkrementy byly z hepatocholedochu extrahovány Dormia košíky nebo extrakčními balonky. V případě výskytu příliš objemného konkrementu jsme nejprve provedli jeho mechanickou litotrypsi.

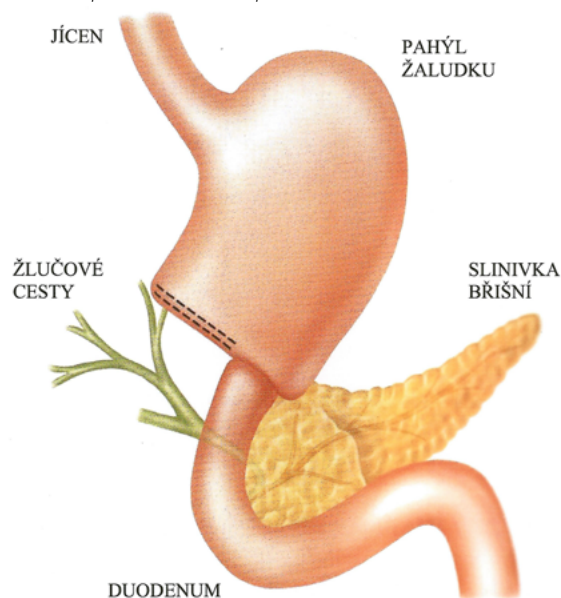
Charakteristiku našeho souboru 3 pacientů po resekcí žaludku podle B I uvádí Tab. 1.

Výsledky

V našem souboru 3 pacientů byla indikací k provedení ERCP u všech těchto 3 nemocných cholestáza. Konkrétně se vždy jednalo o bolesti charakteru biliární koliky, které byly následovány vznikem obstrukčního ikteru. Na sonografii byla vždy přítomna dilatace extrahepatálních žlučovýchodů se suspektní choledocholitiazou (CDL).

U těchto 3 nemocných po resekcí žaludku podle B I jsme tedy při ERCP dosáhli 100% kanylační úspěšnosti – tedy u 3 pacientů ze 3 (tedy 100% úspěšnost diagnostické ERCP). U všech těchto 3 pacientů byla při ERCP nalezena CDL.

Obr. 1. Stav po resekcí žaludku podle Billrotha I



Tab. 1. Pacienti po resekcí žaludku podle Billrotha I

CHARAKTERISTIKA SOUBORU 3 pacientů po resekcí žaludku dle B I			
	Počet	%	Průměrný věk
Muži	2	67	74
Ženy	1	33	70
Celkem	3	100	72

Dále pak u všech těchto 3 pacientů s patologickým nálezem CDL na ERCP byla bezprostředně po diagnostické ERCP realizována endoskopická léčba, jejímž úvodním krokem byla vždy standardním způsobem (tedy jako u normální anatomie) provedená suficientní endoskopická papilotomie (EPT). Následně byla provedena endoskopická extrakce veškeré CDL z hepatocholedochu do duodena.

Celkem byla tedy terapeutická ERCP kompletně úspěšná u všech 3 pacientů ze 3 (100% ze 3), u kterých byla původně endoskopická léčba zahájena.

V našem souboru 3 pacientů se nevyskytly žádné komplikace, a to ani perprocedurální, ani postprocedurální.

Diskuze

U pacientů po resekcí žaludku podle B I je posun endoskopu do duodena typicky snazší než u normální anatomie gastrointestinálního traktu, ale vizualizace Vaterovy papily (VP) je obtížnější. Jak papila minor, tak VP jsou z pochopitelných důvodů umístěny více proximálně než u normální anatomie. Při zkrácení endoskopu je možné vidět VP po razantní rotaci endoskopu ve směru hodinových ručiček. Při chybění pyloru je