

Management žlučových cest

Typická patogeneze akutní biliární pankreatitidy spočívá ve tvorbě žlučových konkrementů ve žlučníku a jejich následném vycestování do žlučových cest, přičemž velikost daného konkrémentu je většinou dostatečně malá na to, aby byla možná jeho pasáž přes Vaterskou papilu. Při této různě dlouhé obstrukci dochází k průniku žluče do pankreatického vývodu, aktivaci pankreatických enzymů a vzniku akutní pankreatitidy. Konkrement ve většině případů projde do duodena. Nezřídka však ze žlučníku simultánně migruje více kamenů, které mohou ve žlučových cestách perzistovat a stát se tak příčinou recidivy akutní pankreatitidy, obstrukčního ikteru či akutní cholangitidy.

V péči o žlučové cesty jsou klíčovými kroky správná indikace a načasování ERCP a současně rozhodnutí o provedení cholecystektomie a jejím optimálním termínu.

Klinické studie prokázaly, že ERCP zlepšuje přežití a snižuje morbiditu pouze u nemocných s kombinací akutní pankreatitidy a akutní cholangitidy. U nemocných s akutní cholangitidou je ERCP indikováno do 24 hodin, u nemocných v septickém šoku do 12 hodin (4, 5).

Naopak řada studií neprokázala přínos ERCP u akutní biliární pankreatitidy bez současné akutní cholangitidy. V této situaci výkon nezlepšuje prognózu a jeho indikace má opodstatnění pouze při potvrzené přítomnosti choledocholitiázy. Nejvyšší senzitivitu pro její detekci má endosonografie (EUS), alternativou je magnetická rezonanční cholangiopankreatografie (MRCP). Transabdominální ultrasonografie ani CT vyšetření nedokážou choledocholitiázu spolehlivě vyloučit.

V minulosti bylo ERCP často prováděno preventivně s cílem snížit riziko recidivy akutní pankreatitidy nově migrujícím konkrémentem ze žlučníku. Randomizované studie však opakovaně prokázaly, že při vyloučení choledocholitiázy pomocí EUS či MRCP a následném provedení časně cholecystektomie je riziko recidivy nízké a samotná operace bez ERCP je bezpečnou cestou. Tento přístup má významnou výhodu v tom, že se nemocný vyhne ERCP, které je spojeno s nezanedbatelným rizikem komplikací, včetně těch závažných. V současnosti je proto snaha o provedení cholecystektomie během stejné hospitalizace, v jejímž průběhu je léčena akutní biliární pankreatitida.

ERCP jako prevence recidivy přichází v úvahu zejména u pacientů, kteří nemohou podstoupit cholecystektomii – například při nekrotizující pankreatidě vyžadující dlouhodobou léčbu lokálních komplikací nebo při jiných závažných kontraindikacích chirurgického výkonu. Jak již bylo řečeno, přibližně 80 % akutních biliárních pankreatitid má lehký průběh, většina nemocných je tedy vhodná k časně cholecystektomii.

Další indikací ERCP v průběhu akutní biliární pankreatitidy je perzistující nebo progredující hyperbilirubinemie přetrvávající déle než 72 hodin. Za hranici pro provedení výkonu je považován celkový bilirubin nad 51 $\mu\text{mol/l}$.

Současná strategie managementu žlučových cest tedy směřuje k výrazné redukci neindikovaných ERCP a k řešení rizika recidivy především pomocí časně cholecystektomie. V klinické praxi to však znamená vyšší nároky na organizaci péče, zejména na chirurgických pracovištích, a potřebu překonat přetrvávající obavy z časněho operačního řešení, typicky do dvou týdnů od začátku onemocnění. Dalším úkolem je posílení role endosonografie v diagnostickém algoritmu.

U lehké akutní biliární pankreatitidy je indikována cholecystektomie za stejné hospitalizace. Odklad by měl být pro riziko recurence obtíží (do 90 dní od dimise má až 18 % nemocných novou biliární příhodu včetně AP) zvažován pouze ve výjimečných případech. V případě komplikované biliární pankreatitidy má být cholecystektomie odložena až do pomnutí aktivního zánětu.

Management nekrotizující pankreatitidy

Jak bylo uvedeno výše, akutní pankreatická nekróza se obvykle během 3–4 týdnů ohraničuje fibroinflatorní membránou, čímž vzniká ohraničená nekrotická kolekce – walled-off pancreatic necrosis (WOPN).

V průběhu prvního týdne onemocnění bývá nekróza zpravidla sterilní. V dalším průběhu však může dojít k její infekci, nejčastěji na podkladě bakteriální translokace. Bylo prokázáno, že profylaktické podávání antibiotik vzniku infekce nezabraňuje, a proto není doporučováno. Diagnóza infikované pankreatické nekrózy (IPN) vychází z komplexního zhodnocení klinického stavu, vývoje laboratorních zánětlivých parametrů a zobrazovacích metod.

Na infekci nekrózy je nutno pomýšlet při zhoršení klinického stavu po 7–10 dnech od počátku obtíží, zejména při nově vzniklých horečkách, leukocytóze, elevaci prokalcitoninu (hodnoty > 3,5 ng/ml vykazují senzitivitu 90 % a specifitu 89 % pro IPN) a známkách sepse. Přítomnost plynu v nekrotické kolekci je vysoce specifická pro infekci a může být důsledkem poruchy integrity trávicí trubice nebo aktivity plyn produkujících bakterií.

Úvodní léčba infikované nekrózy je konzervativní a spočívá v podávání antibiotik bez okamžité drenážní intervence. Uplatňuje se strategie „step-up approach“ – delay, drain, debride – tedy postup odložený, maximálně konzervativní a stupňovaný. Prvním krokem (delay) je antibiotická terapie, adekvátní nutriční podpora a komplexní intenzivní péče. Při nedostatečné odpovědi následuje drenáž (drain) a v případě jejího selhání mechanické odstranění nekrotéz (debride).

Obr. 1. Management ABP algoritmus

