

Съвременен диагностично-терапевтичен подход при конкрети в жълчните пътища

П. Карагъзов, Ив. Тишков, Кр. Стоянова

Втора клиника по вътрешни болести, Отделение по гастроентерология
МБАЛ „Токуда болница“ - София

Последните 30 години се наблюдава значителен напредък в лечението на болести, свързани с жълчни камъни. Ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография (ERCP) се превърна в широкодостъпна и рутинна проце-дюра, като същевременно отворената холецистектомия се замени до голяма степен от лапароскопския подход, който може да включва или не лапароскопска експлорация на общия жълчен канал (LCBDE). В допълнение, новите техники за образна диагностика, като например магнитно-резонансна холангииография (MRCP) и ендоскопски ултразвук (EUS), предлагат възможност за много точно изобразяване на жълчната система. В резултат на това лекарите днес са изправени пред редица възможности за диагностика и лечение на пациенти с конкрети в жълчните пътища.

Характеристика на жълчните конкрети

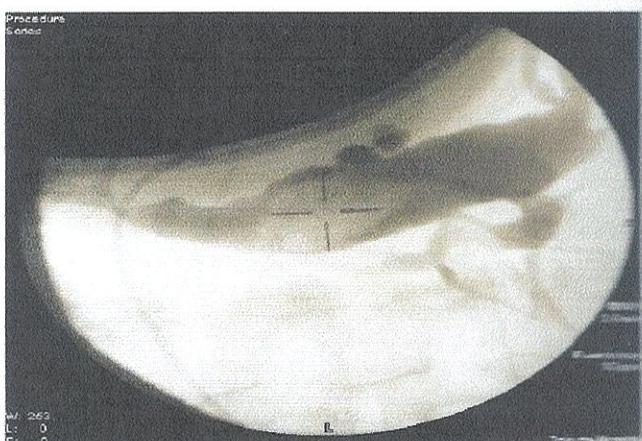
Конкрементите в жълчния мехур се срещат при около 15% от населението, като честотата варира в зависимост от възрастта, пола и етническата принадлежност. По-голямата част от хората с камъни в жълчния мехур не знаят за тяхното съществуване. При над 10-години период на проследяване само 15-26% от първоначално асимптомните индивиди ще развият билиарна колика. Появата на болка възвестява началото на периодично възвръщаща се симптоматика при повечето от пациентите, както и идентифицира тези, изложени на риск от по-сериозни усложнения като панкреатит, холецистит и запушване на жълчните пътища. При над 10-годишна давност на холедохолитиазата подобни усложнения може да се очакват при 2-3% от пациентите с първоначално безсимптомна форма на болестта. Именно тези наблюдения дават основанието да се препоръчва холецистектомия на всички пациенти със симптоматични жълчни камъни, с изключение на тези с висок оперативен рисков.

В западните страни конкретите в жълчните канали (CBDs) обикновено произхождат от жълчния мехур и впоследствие мигрират. Такива вторични камъни трябва да бъдат разграничени от първичните, които се развиват де ново в билиарната система. Първичните камъни са по-често срещани в населението от Югоизточна Азия, имат различен състав, в сравнение с вторичните, и може да бъдат следствие на билиарна инфекция и стаза.

Честотата на холедохолитиазата при пациенти със симптоматични камъни в жълчния мехур варира, но вероятно е между 10 и 20%. При пациенти без жълтеница с нормални канали при трансабдоминална ехография честотата на CBDs по време на холецистектомия е малко вероятно да надвишава 5%.

В сравнение с камъните в жълчния мехур, природата на вторичните CBDs не е добре изяснена. При една трета от пациентите с CBDs по време на холецистектомия те преминават спонтанно в рамките на 6 седмици от операцията. Не е известно с каква честота камъните влизат в общия жълчен канал (CBD) и защо някои камъни преминават безсимптомно в дванайсетопърстника, а други не го правят. Когато конкретните камъни станат симптоматични, последствията често са сериозни и могат да включват болка, частична или тотална билиарна обструкция, холанgit, чернодробни абсцеси и панкреатит. Хронична обструкция може да предизвика вторична билиарна цироза и портална хипертония.

Поради това се препоръчва, че когато пациентите показват симптоми и изследванията докажат дуктални камъни, трябва да се извърши екстракция. Това важи дори и в (редките) случаи, в които се е развита цироза. След обеславане на хронична билиарна обструкция е наблюдавано обратно развитие на чернодробна фиброза.



(Фиг. 1) Холедохолитиаза – рентгенов образ.

Karagyozov P., I.Tishkov, Z. Georgieva et al. Direct peroral pancreatoscopy with a pediatric gastroscope for preoperative evaluation of the pancreatic duct in a patient with pancreatic intraductal papillary mucinous neoplasm. Endoscopy 2015;47 (S01):E598-599.

Абстракт

IPMN са кистични неоплазми ангажиращи панкреасната дуктална система. Засягат по - често главният панкреасен канал - d. Wirsungianus, но могат да възникнат и в d. Santorini. Характеризират се с висок малигнен потенциал, интрандуктален растеж и секреция на обилно количество мукус/слуз. Честотата на IPMN е неясна - около 10-15%. Известни са три основни типа IPMN на базата техните образни и хистологични характеристики: MD-IPMN (main-duct IPMN) - засягащ главния панкреасен канал , BD-IPMN (branch- duct- IPMN) - ангажиращ страничните канали и MT-IPMN(mixed type-IPMN)- смесен тип. Компютърната томография (CT), Магнитният резонанс (MRI) и Магнитно-резонансната холангиопанкреатография (MRCP) са първата стъпка за коректна оценка при наличие на панкреасна кистична лезия. Ендоскопските методи са следващата стъпка при диагностиката на IPMN. С помощта на пероралната панкреатоскопия се осъществява директна визуализация на панкреасния канал, таргетно взимане на биопсии и се определя последващия терапевтичен подход. Представяме клиничен случай на 70 годишен мъж, който постъпи в нашето отделение с оплакване от коремна болка и фебрилитет с давност от около 1 седмица. От проведените образни изследвания се установи дифузно дилатиран д. панкреатикус от 40мм до 60мм в опашката на панкреаса. При пациентът се проведе ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP), при която се установи обилно количество мукус, излизашо от папиля Фатери. Последва поставяне на 9фр. назопанкреатичен дрен с аспирация на мукус за микробиологично и цитологично изследване. След стабилизиране на общото състояние на пациента се проведе перорална панкреатоскопия с помощта на педиатричен гастроскоп. По време на процедурата се установи полипоидна структура в дисталната част на д. панкреатикус и екстремна дилатация на канала в областта на опашката на панкреаса. Биопсийте потвърдиха диагнозата IPMN . Процедурата завърши с поставяне на 10-12фр. двоен пигтейл в лумена на д. панкреатикус. Пациентът се дехоспитализира в подобreno общо състояние и се насочи за оперативно лечение.