

005

Over-the-scope-clip (OTSC) system в критични ендоскопски ситуации - опитът на нашия център

Иван Тишков, Петко Карагьозов

*Отделение по интервенционална гастроентерология,
Клиника по Гастроентерология, Acibadem City Clinic Болница Tokuya*

Ендоскопските клипсове са за пръв път описани от Hayashi в Япония през 1975г. Омногава в практиката са използвани и въведени различни видове клипсове. Over-the-scope-clip (OTSC) system (Ovesco Endoscopy AG, Tübingen, Germany) е за пръв път представен през 2010г, представлява нов клас ендоскопски клипове, осигуряващи значително по-голяма сила и по-добро улавяне на тъканите в сравнение с конвенционалните клипове. OTSC може да бъде използвана при остро кървене от ГИТ, ятрогенна перфорация, анастомотичен leak, хронична фистула, с добра успеваемост, алтернатива на хирургично лечение.

Представяме ретроспективна серия от случаи, които отразяват клиничният опит на нашият център с OTSC /Single center experience/: 2 случая на ятрогенна перфорация при диагностична колоноскопия, 1 случай на ятрогенна гуоденална перфорация - Stapfer тип 1, 2 случая на езофагеална перфорация /спонтанна и ятрогrena/, 1 случай на хронична ентерокутанна фистула, 1 случай на анастомотичен leak, след езофагеална резекция.

Успехът при използването OTSC зависи главно от размера и хроничността на дефекта. Представянето на тези случаи допринася за познаването на методиката и използването на OTSC в практиката.

Ключови думи: OTSC; ятрогенна перфорация; анастомотичен leak; Фистула.

008

Ендоскопско лечение на холедохолитиаза при пациенти с хирургично променена анатомия на горен ГИТ - роля на холангиоскопията

Иван Тишков, Петко Карагъозов

Аджъбадем Сити Клиник Tokuda болница

Честотата на холедохолитиазата варира от 5 до 10% при пациенти претърпили холецистектомия по повод калкулозен холецистит, и до 33% при пациенти с оствър билиарен панкреатит. За разлика от холелитиазата, тя е по-рядко бессимптомна. През последните три десетилетия ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография е утвърдена като „златен“ стандарт в лечението на холедохолитиазата. При 10-15% от пациентите екстракцията на конкрементите се определя като „трудна“ - труден достъп до п.фатери поради хирургично променена анатомия, голям размер на конкрементите >15мм, и/или множество конкременти >3, камъни позиционирани над структура и гр. ЕРХПГ при пациенти с променена анатомия на горен ГИТ - например след Билрот II резекция на стомаха, е терапевтично предизвикателство, гори и за опитни ендоскописти. Основните трудности и причина за неуспех са свързани със селективното интубиране на аферентната бримка, локализация на П.фатери, канюляция и сфинктеротомия в „обратна посока“. При тези пациенти се отчита по-висок риск от ятробенна перфорация и пост-ЕРХПГ панкреатит - именно поради това е необходима добра предварителна оценка, изработване на оптимална терапевтична стратегия и избягване на възможните усложнения. Дигиталната холангиоскопия съчетана с лазерна литотрипсия е безопасен и ефективен метод при пациенти с променена анатомия, съчетани с „трудни“ камъни, неподдаващи се на конвенционалните ендоскопски методи за екстракция. Познаването и ранното използване на тази процедура може да спести на пациента многобройни и повтарящи се сесии на ЕРХПГ, оперативни интервенции и потенциалните, свързани с тях усложнения.

Представяме вие клинични случаи на ЕРХПГ съчетана с холангиоскопия при пациенти след стомашна резекция по Билрот II. Първият е на пациент със стеноза на интрапанкреасаната част на общият жълчен канал и конкремент в g.хепатикус комуник с размери над 30мм - постигнат пълен дуктален клирънс чрез лазерна литотрипсия с холмиум лазер, а вторият с дълга аферентна бримка, трудна интубация и нестабилна позиция на гуоденоскопа.

Ключови думи: ЕРХПГ; Холедохолитиаза; Холангиоскопия; Променена анатомия

025

Перкутанска трансхепатална холангиография и билиарен дренаж при дете с билиарно усложнение след чернодробна трансплантиация – клинически случай

*В. Георгиева¹, М. Перухова¹, П. Карагъозов², Б. Георгиева¹,
Й. Узунова¹, Л. Спасов¹*

¹СУ „Св. Климент Охридски“, МФ, Болница „Лозенец“, София

²Клиника по гастроентерология, Аджибадем Сити Клиник МБАЛ Tokyga, София

Въведение: Чернодробната трансплантиация (ЧТ) е успешен метод за лечение на вродени и придобити чернодробни заболявания в краен стадий. Билиарни усложнения се наблюдават в 5 до 35% от трансплантираниите деца. Фактори, предразполагащи за появата им са: вид на графта, характеристиките на донора, Roux-en-Y анастомозата и пр. Златен стандарт в диагностиката и лечението на тези случаи е перкутанската трансхепатална холангиография (ПТХ).

Клинически случай: Представяме момче на 2 години и 6 месеца с ЧТ поради атрезия на екстракраниални жълчни пътища. Трансплантиацията е осъществена на 11-месечна възраст с графт от жив донор. Билиарната реконструкция е Roux-en-Y билиаро-ентеро анастомоза.

При рутинното проследяване на детето се установяват завишени холестазни ензими. Направеният ядрено-магнитен резонанс показва наличие на стеноза на билиарната анастомоза, разширение на интракраниалните жълчни пътища и две комуникиращи интракраниални кисти до хилуса. Извърши се ПТХ, която потвърди и детайлзира находката в графта. Под рентгенов контрол се канюлира дисталната билиарна киста и се направи опит за преминаване на стенотичния участък с търг Водач. Поради невъзможност за извършване на външно-вътрешен дренаж, като палиативна мярка се постави външен 6-Fr пигтейл катетър с цел отбременяване на жълчните пътища и съхраняване на паренхима на присадката до последваща терапевтична процедура.

Заключение: Децата с трансплантиран черен дроб са високо рискови за билиарни усложнения. Интервенционните техники за лечението им са истинско техническо предизвикателство, но те са ефективни и трябва да бъдат използвани.

Ключови думи: чернодробна трансплантиация, билиарни усложнения, перкутанска трансхепатална холангиография, билиарен дренаж

027

Роля на ехоЕоскопията при кистични лезии на панкреаса

В. Митова, И. Тишков, П. Карагъозов, К. Драганов

Аджибадем Сити Клини МБАЛ „Tokyu“

Въведение: Кистичните лезии на панкреаса могат да бъдат ненеопластични и неопластични. Благодарение на широко распространените образни методи като Компютърната томография, както и Ядреномагнитния резонанс диагностика им става по-ранна и по-точна. ЕхоЕоскопията има важно място в диференциално-диагностичен аспект. Цитологичното изследване на пунктат от тези лезии чрез тънкоиглена биопсия, ниво на амилаза и липаза, карциномбрионален антиген (СЕА) в пунктата са от съществено значение за определяне типа на лезията. Около 15 процента от кистичните лезии могат да бъдат класифицирани като кистични неоплазми, които изискват прецизно проследяване поради малигнения им потенциал. Кистичните лезии могат да бъдат: кистаденом, интрагументна папиларна муцинозна неоплазма, муцинозен кистаденом, солиден псевдонапиларен тумор и други редки видове.

Клинични случаи: Представяме два клинични случая на пациенти с недиагностирани панкреасни кистични лезии. Първият е на пациент на 44 г. с неколкократни болкови кризи, кистична зона в опашката на панкреаса с размер 30 mm. При проведената ехоЕоскопия с трансгаstralна аспирация се отчете силно завишен СЕА над 1500 UI, със супекстна комуникация с панкреасния канал, като се приема, че се касае за SB IPMN. Вторият е на пациентка на 31 г., без анамнеза за прекарани панкреатити с 25 см кистична лезия на опашката на панкреаса.

Заключение: Диагностицирането и менажирането на пациенти с кистични панкреасни лезии включва мултиисциплинарен екип от гастроентеролози, радиолози, хирурги. ЕхоЕоскопията се е превърнала в рутинна практика. Цитологията, туморните маркери и ДНК анализа могат да увеличат точността на муцинозните и малигнени кисти. Докато някои панкреасни кисти се определят като преканцерози и трябва да се резецират, други изискват прецизно клинично и образни проследяване.

Ключови думи: ехоЕоскопия, кистични лезии, панкреас