Dysfunkce Oddiho svěrače

Dysfunkce Oddiho svěrače je popsána jako benigní a akalkulózní (tj. bez přítomnosti žlučových kamenů) obstrukce žlučových cest a-nebo pankreatického vývodu, která je spojená se zvýšeným tonem v oblasti Oddiho svěrače.

Oddiho svěrač byl poprvé popsán italským studentem medicíny. Anatomicky se jedná o vrstvu hladké svaloviny obklopující Vaterskou ampulu (sfinkter ampuly), distální choledochus (biliární sfinkter) a pankreatický vývod (pankreatický sfinkter).

Význam Oddiho svěrače je v regulací odtoku žluče a udržování nízkého intraduktálního tlaku, usnadnění odtoku žluči ze žlučovodu do žlučníku během epizod lačnění a zabránění průniku duodenálního obsahu do žlučových cest. Kontrola Oddiho svěrače se zřejmě děje na podkladě hormonální regulace (zejména cholecystokinin) a nervové regulace (vlákna parasympatiku).

Z hormonů mají na Oddiho svěrač stimulační efekt zejména gastrin, sekretin, motilin, neuropeptid Y a substance P. Z léků a dalších sloučenin podobně účinkuje morfin, fentanyl a alkohol.

Tlumící efekt má z hormonů především cholecystokinin, glukagon a sekretin, z léků atropin, nitráty a blokátory kalciového kanálu.

Kritéria

Milwaukee klasifikace

Rozlišuje tři typy pacientů s dysfunkcí Oddiho svěrače.

Typ I – Přítomny obtíže + alespoň 2x zvýšené transaminázy + dilatace d. choledochus nad 10mm + prodloužený odtok kontrastu z d.choledochus

Typ II – Přítomny obtíže + 1-2 z předchozích kritérií

Typ III – Jsou přítomny pouze subjektivní obtíže bez dalších výše zmíněných kritérií

Kritéria Rome III

V roce 2006 byla stanovena kritéria dysfunkcí žlučových cest jako je dysfunkce žlučníku, dysfunkce biliární části Oddiho svěrače a dysfunkce pankreatické části Oddiho svěrače.

Epizody obtíží trvající 30 minut a více

Obtíže mají rekurentní charakter

Bolest narušuje denní aktivity pacienta

Bolesti neustanou po defekaci, při změnách polohy, nebo po užití anacid

Je vyloučený jiný chorobný stav

Projevy

Dysfunkce Oddiho svěrače postihuje asi 10% pacientů s bolestmi pravého břišního kvadrantu následujícími provedenou cholecystektomii. Typickým pacientem je žena středního věku. Bolest je lokalizována do epigastria a pravého podžebří, trvá od 30 minut až po několik hodin.

Někdy se objevuje nevolnost a zvracení. Fyzikální nález bývá nespecifický. V krevních náběrech můžeme najít lehkou elevaci aminotransferáz, zobrazovací metod mohou prokázat lehkou dilataci žlučovodu.

Diagnostika

Sekreční zobrazovací metody

Podstatou je úvaha, že po podání stravy bohaté na tuky, nebo po injekční aplikaci cholecystokininu dojde ke kontrakci žlučníku a odtok žluči do doudena spolu s relaxací Oddiho svěrače. Je-li přítomna dysfunkce Oddiho svěrače, měla by se objevit následná dilatace žlučovodu, kterou můžeme změřit pomocí transkutánního ultrazvuku, při endosonografii, nebo při MRCP.

Hepatobiliární scintigrafie

Principem je určení průtoku žluči žlučovodem pomocí detekce radionuklidu. Některé studie prokázaly dobrou senzitivu a specifitu, jiné nikoliv.

ERCP s manometrií Oddiho svěrače

Je zlatým standardem v diagnostice dysfunkce Oddiho svěrače. Vzhledem k možným komplikacím a invazivitě by mělo být vyšetření provedeno tehdy, pokud jsou obtíže pacienta závažné a pokud by v případě abnormálního tonu svěrače byla indikována sfinkterotomie. Technika vyšetření se příliš neliší od klasického ERCP vyšetření, v předstihu 8-12 hodin by měly být vysazen léky, které mohou mít vliv na tonus svěrače. Důležité je cílené nasondování ductus choledochus s a ductus pancreticus manometrickým katétrem a ověření cholangiogramem a pankreeatogramem. Následně se katétr postupně vysunuje a měří se tlak v oblasti Oddiho svěrače. Kromě bazálního tlaku jsou měřeny i frekvence a amplitudy kontrakcí. Za normálních okolností by bazální tonus neměl překročit **35-40 mm Hg**.

Za významnou komplikaci lze považovat vznik akutní pankreatitidy, jejíž riziko je vyšší než u standardního ERCP. Riziko lze snížit užitím aspiračního katétru a případně dočasným zavedením stentu (byla-li během zákroku provedena sfinkterotomie).

Terapie

Farmakoterapie

Uvažuje se o efektu **blokátorů kalciového kanálu** a **nitrátů**, zejména byl studován efekt nifedipinu. Výsledky studií jsou zatím nicméně ne zcela průkazné.

Chirurgie

Dříve se jednalo o metodu první volby v terapii dysfunkce Oddiho svěrače. Podstatou bylo provedení **transduodenální biliární sfinkteroplastiky** a **transampulární septoplastiky**. I přes prokazatelný lokální benefit je dnes chirurgický přístup nahrazován endoskopickou terapií.

Endoskopie

Principem je provedení ERCP s endoskopickou **sfinkterotomií**. Je otázkou, kdy u jednotlivých pacientů sfinkterotomii provést, nicméně platí konsenzus, že u pacientů typu I dle Milwaukee klasifikace (tj. při obtížích, prokázané dilataci žlučových cest a při zvýšené hodnotě sérových aminotransferáz) by měla být sfinkteroromie provedena i bez předchozí manometrie. Kromě sfinkterotomie se zkoušela **balónová dilatace** a **stenting**, ovšem kvůli vysokým rizikům komplikací se tyto metody neprovádí. U pacientů typu III dle Milwaukee klasifikace byla zkoušena **intrasfinkterická aplikace botulotoxinu** s dočasným efektem na snížení tonu svěrače a zlepšení odtoku žluči.

Dysfunkce Oddiho svěrače a rekurentní pankreatitida

Dysfunkce Oddiho svěrače nepochybně souvisí s recidivující akutní pankreatitidou. Diferenciální diagnóza recidivující pankreatitidy je pochopitelně široká a musí být vyloučeny jiné patologie jako je vliv alkoholu, klasická cholelithiáza, mikrolithiáza, tumory, pancreas divisum, subklinická chronická pankreatitida a hypertriglyceridémie.

U idiopatické rekurentní akutní pankreatitidy byla dysfunkce Oddiho svěrače popsána asi ve 30% případů. U chronické pankreatitidy byl také časnější nález zvýšeného tlaku Oddiho svěrače, není však zatím jasně prokázané, která ze změn je primární, a vztah dysfunkce Oddiho svěrače a chronické pankreatitidy není zatím jasně stanoven.