Terapie žlučových kamenů

Farmakoterapie

Podávají se preparáty obsahující kyselinu chenodeoxycholovou a ursodeoxycholovou. Jejich podávání inhibuje tvorbu jaterního cholesterolu inhibicí HMG-CoA reduktázy a naopak zvýšení syntézy žlučových kyselin. Terapie by měla být vyhrazena pro pacienty s cholesterolovými konkrementy o malém průměru (pod 5 mm).

Endoskopická terapie

Ze společného žlučovodu mohou být konkrementy odstraněny klasickou ERCP s papilosfinkterotomií. Nutné je si uvědomit, že i při úspěšném řešení choledocholithiázy je vysoké riziko recidivy obtíží, není-li provedena cholecystektomie s odstupem.

Extrakorporální litotrypse

Extrakorporální litotrypse (ESWL) umožní fragmentovat konkrementy na částice o průměru menším než 3 mm. Zákrok bývá kombinován s dlouhodobější farmakoterapií s cílem rozpustit drobné fragmenty. Nejvhodnějším cílovým pacientem je jedinec s izolovaným konkrementem o velikosti 5-20mm.

Chirurgická terapie

Základním zákrokem léčby žlučových kamenů je cholecystektomie. U pacientů s akutními obtížemi se většinou čeká na jejich ústup a poté je snaha o časnější operaci. Delší čekací doba zvyšuje riziko recidivy biliárních obtíží. Metodou volby je **laparoskopická cholecystektomie**, která byla poprvé provedena Mouretem v roce 1987 ve Francii.

Laparoskopická cholecystektomie je spojena s kratší dobou hospitalizace a rekonvalescence, na druhou stranu je u ní vyšší riziko poškození žlučového stromu (2-6x).

Po vytvoření kapnoperitonea a zavedení trokarů je nutno identifikovat žlučník, ductus cystikus a cystickou tepnu (arteria cystica) v tzv. Calotově trojúhelníku. Ductus cysticus i arterie se ligují, následně se provede disekce žlučníku a jeho vytažení místem incize.

Indikace: Základní indikací je symptomatická cholelithiáza (biliární koliky, další komplikace včetně akutní pankreatitidy) a symptomatická cholecystitida.

Konraindikace: Naprostou kontraindikací je neschopnost podstoupit anestézii, nebo závažná koagulopatie. Relativní kontraindikací laparoskopické cholecystektomie jsou pozánětlivé změny v oblasti žlučníku, které brání laparoskopickému přístupu, a difúzní peritonitida.

Konverze: Konverze znamená přechod z laparoskopické cholecystektomie na klasickou laparotomickou cholecystektomii. Důvodem jsou perioperační komplikace, perioperační zjištění významných srůstů, nebo perioperační zjištění přítomné cirhózy s předpokládanou portální hypertenzí.

Komplikace:

1. **Poranění žlučových cest**

2. **Krvácení**

3. **Peroperační perforace žlučníku**

4. **Kýla v jizvě** (pozdní komplikace)

Poranění žlučových cest – Může dojít k poškození ductus hepaticus dexter, ductus hepaticus communis a ductus choledochus. Rizika jsou častější u laparoskopického než u laparotomického přístupu.

Rizikovými faktory jsou abnormní anatomie žlučových cest, přítomná patologie jako je chronický nebo akutní zánět při operaci a nedostatečná erudice operatéra.

Bergmannova klasifikace poranění žlučových cest:

Typ A: sáknutí z pahýlu ductus cystikus

Typ B: sáknutí z hepatocholedochu bez přítomnosti stenózy

Typ C: stenóza hepatocholedochu bez leaku

Typ D: kompletní přerušení hepatocholedochu

Hlavními projevy poranění žlučových cest představují zevní biliární píštěl, **kolekce žluči v peritoneu** a **obstrukční ikterus** (s- nebo bez příznaků cholangoitidy).

V diagnostice poranění žlučových cest je ideální ERCP, kromě toho se využívá CT vyšetření břicha.

Léčba postcholecystektomického leaku je zejména endoskopická a spočívá ve snížení gradientu mezi duodenem a žlučovými cestami – papilosfinkterotomie, či transpapilární drenáž.

Léčba biliárních striktur je obtížný a dlouhodobý proces. Základem terapie je opět endoskopická papilosfinkterotomie, zavedení plastového stentu a jeho pravidelné výměny.

Rekonstrukce zcelap řerušených žlučových cest se provádí suturou defektu s pojistným T drénem či stentem, přímou suturou žlučovodu, nebo pomocí hepatikojejunoanastomózy na exkludovanou kličku jejuna dle Rouxe.