

Cholecystolitiáza, indikace k cholecystektomii

MUDr. Zuzana Adamová, Ph.D.

Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice, a. s.

Cholecystolitiáza postihuje asi 20 % evropské populace. Pokud je léčena neadekvátně, může být příčinou značné morbidity. Nejčastější komplikací je biliární kolika, následovaná akutní cholecystitidou, choledocholitiázou, pankreatitidou. Pravidelná fyzická aktivita a vhodná dieta snižuje riziko vzniku konkrementů. Ze zobrazovacích metod je základní ultrazvuk. Biliární kolika, cholecystitida a žlučnickové polypy jsou důvodem k laparoskopické cholecystektomii, v případě cholecystitidy ideálně během prvních 24 hodin. Asymptomatictí pacienti na operační sál nepatří.

Klíčová slova: cholecystolitiáza, cholecystektomie, polypy žlučníku.

Gallstone disease, cholecystectomy indication

Gallbladder disease affects up to 20% of the European population and, if managed incorrectly, can lead to high rates of morbidity. The most common complications of gallstones include biliary colic, acute cholecystitis, common bile duct stones, and gallstone pancreatitis. Regular physical activity and an appropriate diet are the most important measures for the prevention of gallstone disease. Ultrasound is the initial imaging modality of choice. Biliary colic, acute cholecystitis and bigger gallbladder polyps are best treated with laparoscopic cholecystectomy, cholecystitis ideally in the first 24 hours. Asymptomatic patients do not belong to the operation theatre.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, gallbladder polyps.

Úvod

Cholecystolitiáza je nejčastějším onemocněním žlučového stromu. Jedná se o onemocnění dlouho známé, vyskytující se především v ekonomicky vyspělých zemích. Podle Evropské společnosti pro studium jater (European Association for the Study of the Liver – EASL) postihuje asi 20 % Evropanů. Současně je to nejčastější gastroenterologická příčina hospitalizace (1). A to navzdory faktu, že u méně než poloviny jedinců má cholecystolitiáza symptomatický průběh (někdy se uvádí pouze u 30 %). Symptomy se objeví během roku u 1–4 % postižených, během 20 let od diagnózy se klinicky projeví u 20 % (2).

Nejčastěji se diagnostikuje mezi 40.–60. rokem věku, 3–4× častěji u žen. Podle údajů ÚZIS bylo v České republice v roce 2017 s diagnózou cholecystolitiázy (K80) hospitalizováno celkem 32 552 pacientů, na chirurgických odděleních

25 072, průměrná doba hospitalizace byla 5 dnů. Operováno bylo 19 505 pacientů, komplikace se objevily u 2,9 %. Na tuto diagnózu zemřelo 189 pacientů (bez ohledu na léčbu).

Jak je patrné z výše uvedených dat, jedná se o rozšířené onemocnění, přesto nepanuje vždy jasná shoda v indikaci a načasování cholecystektomie.

Etiologie, epidemiologie, prevence

Nejčastějším typem konkrementů jsou cholesterolové (90–95 % v hospodářsky vyspělých společnostech). Litiáza z černého pigmentu je typická pro pacienty s hemolytickým onemocněním, event. cirhózou. Další typ je formován z hnědého pigmentu, vyskytuje se nikoliv ve žlučníku, ale v choledochu u pacientů po cholecystektomii, u nemocných s primární

sklerotizující cholangitidou či chronickou cholangitidou.

Obezita, fyzická aktivita, dietní faktory

Vyšší BMI představuje rizikový faktor pro růst cholesterolových konkrementů, symptomatickou cholecystolitiázu, zejména u žen (3). Diabetes mellitus 2. typu a inzulinová rezistence taktéž zvyšují riziko těchto konkrementů, nezávisle na váze či obvodu pasu (4). Naopak pravidelná fyzická aktivita riziko vzniku konkrementů snižuje (5–7). Patofyziologicky lze tento fakt zdůvodnit tak, že hyperinzulinemie zvyšuje sekreci cholesterolu do žluče a pravidelné cvičení snižuje hladinu inzulinu. Také pravidelné stravování má za následek pravidelné vyprazdňování žlučníku. Vliv jednotlivých složek potravy je obtížné prokazovat. Ovoce a zelenina snad

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Zuzana Adamová, Ph.D., adamovaz@gmail.com

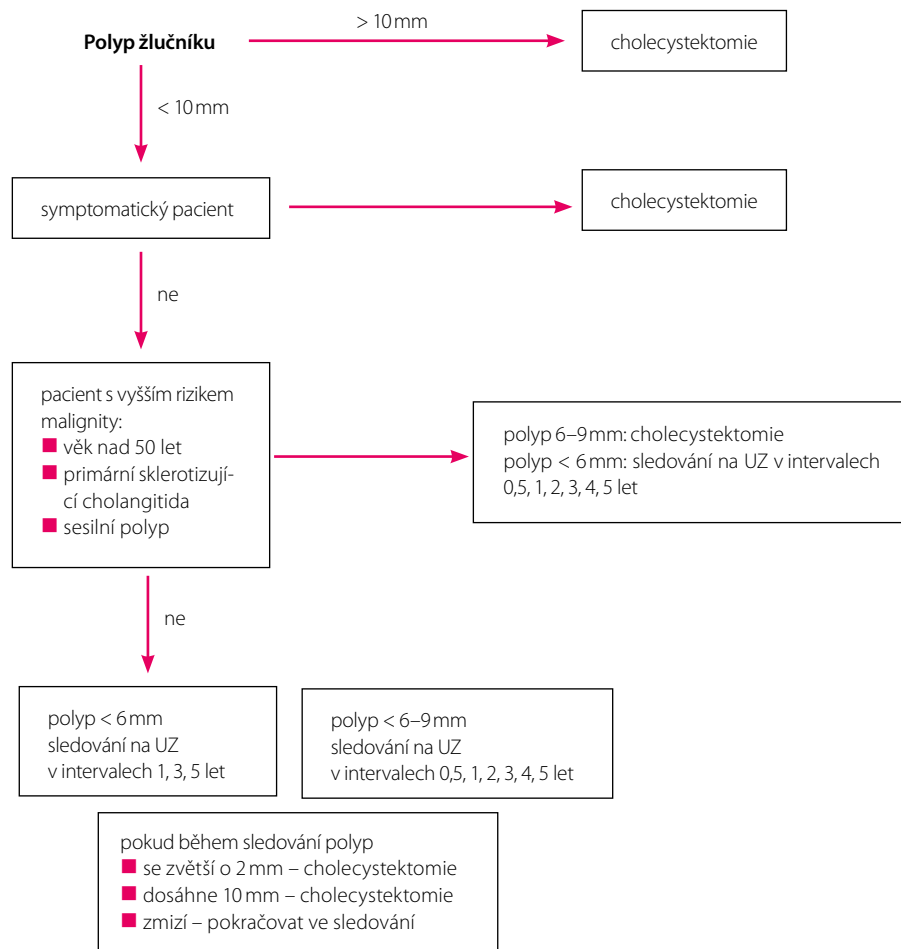
Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice, a. s., Nemocniční 955, 755 01 Vsetín

Cit. zkr: Med. praxi 2020; 17(5): 333–335

Článek přijat redakcí: 6. 5. 2020

Článek přijat k publikaci: 16. 7. 2020

Graf 1. Diagnosticko-léčebný postup u polypů žlučníku (dle doporučení těchto společností: European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery–European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE))



mají protektivní efekt, riziko litíazy by dle některých studií měl snižovat vitamin C (8), rostlinné oleje (9), ořechy (10).

Rizikové populace

Nejen obezita, ale i rychlé hubnutí, typické pro bariatrické operace či extrémně hypokalorickou stravu, s sebou nese vysoké riziko cholecystolitíazy. Toto je jedna z mála indikací k preventivnímu podávání kys. ursodeoxycholové, a to až do dosažení stabilní váhy – dle metaanalýzy z roku 2014 (11). Nicméně je to cenově náročná cesta. Preventivní cholecystektomie doporučována u těchto pacientů není, takže nejčastěji je volena elektivní cholecystektomie u symptomatických pacientů.

Další rizikovou skupinou jsou pacienti léčení somatostatinovými analogy, které zpomalují střevní aktivitu, vyprazdňování žlučníku a způsobují litogenní změny ve žluči (12).

Hormonální léčba menopauzálních žen má za cíl snížit riziko kardiovaskulárních chorob

a osteoporózy, riziko vzniku cholecystolitíazy však zvyšuje. Z tohoto faktu nevyplývá indikace k léčbě kys. ursodeoxycholovou ani k elektivní cholecystektomii, pouze je třeba o tomto vědět a v případě potíží zavčas reagovat.

Diagnostika

Pro biliární koliku je charakteristická náhle vzniklá bolest v pravém kvadrantu, typicky nastupující cca hodinu po jídle, někdy budící nemocné ze spánku. Může vyzařovat do zad a pod pravou lopatku. Pokud trvá déle, pak již lze pomyšlet na cholecystitidu. Bolest může být doprovázena nauzeou, zvracením. Potíže jako pyróza, meteorismus či flatulence jsou pacienty často popisovány, ale nejsou typické pro tuto diagnózu a mohou přetrvávat i po cholecystektomii.

Klinické vyšetření u prosté biliární koliky může být nenápadné, u cholecystitidy je přítomna palpační bolest v pravém podžebří (Murphyho příznak).

Laboratorní testy jsou pro diagnostiku prosté biliární koliky nepřínosné, měly být v nor-

mě. Elevace zánětlivých parametrů svědčí pro cholecystitidu, zvýšené hodnoty bilirubinu a obstrukčních jaterních enzymů nacházíme u obstrukčního ikteru, choledocholitíazy.

Ze zobrazovacích vyšetření je jednoznačnou metodou volby ultrazvuk, který má senzitivitu více než 95 %, specificitu až 100 % (13). CT vyšetření je někdy používáno z diagnostických rozpaků v případě akutní cholecystitidy, spíše než o konkrementy samotné, jde o popis rozšířené stěny, emfyzému či abscesu. Výjimečně můžeme indikovat endoskopické ultrazvukové vyšetření, toto může být užitečné u pacientů s recidivující pankreatitidou a negativním nálezem na abdominálním ultrazvuku. Další možností v podobné indikaci je magnetická rezonance.

Léčba

Farmakoterapie

Disoluční terapie kyselinou ursodeoxycholovou (Ursosan) sice může být funkční u drobných konkrementů, ale i po dobu léčby mohou být pacienti symptomatictí. Hlavním problémem je časná rekurence po ukončení užívání, protože podmínky pro tvorbu konkrementů většinou přetrvávají. Proto je tato léčba jen zřídka indikována (14).

Při biliární kolice podáváme běžná analgetika, na našem pracovišti nejčastěji metamizol (Novalgin) nebo jeho kombinovaný preparát (Algifen, Analgin).

Cholecystektomie

Pacienti po proběhlé biliární atace mají 50% pravděpodobnost, že se bude opakovat. Podstatnější je riziko komplikací, jako akutní cholecystitida, choledocholitíaza, cholangitida a pankreatitida, které se objevují s frekvencí 0,5–3 % za rok (15–16). Závažnost těchto komplikací by nás měla vést k elektivní laparoskopické cholecystektomii.

Poměrně velkou skupinu tvoří pacienti s náhodně zjištěnou cholecystolitíazou. Vzhledem k tomu, že u nich je rozvoj výše uvedených komplikací nižší (0,1–0,3 % za rok) (16), převyšuje u nich riziko perioperačních komplikací možný benefit z preventivní cholecystektomie (17). Protože u nás je i nízké riziko vzniku karcinomu žlučníku, není profylaktická cholecystektomie doporučována ani z tohoto důvodu (naopak se popisuje vyšší riziko karcinomu v colon ascendens).

Pacienti s porcelánovým žlučníkem však z onkologického hlediska už kandidáty cholecystektomie jsou. Až ve 20 % žlučníků s kalcifikovanou stěnou je nalezen karcinom (18). I velké konkrementy (větší než 3 cm) zvyšují riziko malignity asi 10× (13).

Jiným problémem je nález polypů ve žlučníku. Polyp žlučníku lze nalézt u 1–7 % populace, z toho jen 5 % tvoří adenomy, které považujeme za prekancerózu (pokud je nalezeno polypů více, spíše se jedná o cholesterolové polypy, nikoliv adenomy). Dle současných doporučení by k operační léčbě měl vést polyp větší než 1 cm nebo větší než 6 mm, který se postupně zvětšuje (19). Pouze u pacientů s primární sklerotizující

cholangoitidou postupujeme aktivněji, protože u nich je riziko malignizace těchto slizničních lézí podstatně vyšší. Souhrnné doporučení hned několika evropských společností stran postupu u žlučníkových polypů je uvedeno v grafu 1 (20).

Další otázkou je načasování operace. Pacienti po proběhlé biliární kolice by měli být operováni v krátkém časovém horizontu s cílem zabránit recidivě. U pacientů s akutní cholecystitidou je ideální čas k cholecystektomii během prvních 24 h, maximálně 72 h od začátku symptomů. Pokud se v daném časovém intervalu nedostanou na operační sál, pak pro riziko komplikací je upřednostňován výkon až po 6 týdnech. Pacienti po ERCP pro choledocholitíazu jsou

operováni taktéž ideálně do 72 h, pokud nejsou známky komplikací po endoskopickém výkonu.

Závěr

Problematika cholecystolitíazy je samozřejmě daleko obsáhlejší, zejména pokud se týká možných komplikací a jejich léčby. To se však většinou již děje na lůžkových odděleních a patří do rukou lékařů příslušných specializací. Cílem tohoto sdělení bylo spíše upozornit na to, že náhodný nález konkrémentů či drobných polypů u pacientů bez odpovídajících symptomů není důvodem k operační intervenci. Naopak pacienti s proběhlou biliární kolikou či s větším polypem žlučníku na operační sál rozhodně patří.

LITERATURA

1. European Association for the Study of the Liver (EASL): EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol* 2016; 65: 146–181.
2. Attili AF, De Santis A, Capri R, et al. The natural history of gallstones: the GREPCO experience. The GREPCO Group. *Hepatology* 1995; 21: 655–660.
3. Stender S, Nordestgaard BG, Tybjaerg-Hansen A. Elevated body mass index as a causal risk factor for symptomatic gallstone disease: a mendelian randomization study. *Hepatology* 2013; 58: 2133–2141.
4. Weikert C, Weikert S, Schulze MB, et al. Presence of gallstones or kidney stones and risk of type 2 diabetes. *Am J Epidemiol* 2010; 171: 447–454.
5. Leitzmann MF, Rimm EB, Willett WC, et al. Recreational physical activity and the risk of cholecystectomy in women. *N Engl J Med* 1999; 341: 777–784.
6. Leitzmann MF, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Ann Intern Med* 1998; 128: 417–425.
7. Storti KL, Brach JS, FitzGerald SJ, et al. Physical activity and decreased risk of clinical gallstone disease among postme-

nopausal women. *Prev Med* 2005; 41: 772–777.

8. Simon JA, Hudes ES. Serum ascorbic acid and gallbladder disease prevalence among US adults: the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Arch Intern Med* 2000; 160: 931–936.

9. Misciagna G, Centonze S, Leoci C, et al. Diet, physical activity, and gallstones – A population-based, case-control study in southern Italy. *Am J Clin Nutr* 1999; 69: 120–126.

10. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willett WC, Giovannucci EL. The effect of long-term intake of cis unsaturated fats on the risk for gallstone disease in men: a prospective cohort study. *Ann Intern Med* 2004; 141: 514–522.

11. Stokes CS, Gluud LL, Casper M, Lammert F. Ursodeoxycholic acid and diets higher in fat prevent gallbladder stones during weight loss: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12: 1090–1100.

12. Attanasio R, Mainolfi A, Grimaldi F, et al. Somatostatin analogs and gallstones: a retrospective survey on a large series of acromegalic patients. *J Endocrinol Invest* 2008; 31: 704–710.

13. Gutt C, Schläfer S, Lammert F. The Treatment of Gallstone Disease. *Dtsch Arztebl Int.* 2020; 117(9): 148–158. doi: 10.3238/

arztebl.2020.0148.

14. Marek J. Farmakoterapie vnitřních nemocí. 4. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada 2010: 208 s.

15. Festi D, Reggiani ML, Attili AF, et al. Natural history of gallstone disease: expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 719–724.

16. Friedman GD, Raviola CA, Fireman B. Prognosis of gallstones with mild or no symptoms: 25 years of follow-up in a health maintenance organization. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 127–136.

17. Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D. Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. *Ann Intern Med* 1983; 99: 199–204.

18. Ashur H, Siegal B, Oland Y, Adam YG. Calcified gallbladder (porcelain gallbladder). *Arch Surg* 1978; 113: 594–596.

19. Wiles R, Varadpande M, Muly S, Webb J. Growth rate and malignant potential of small gallbladder polyps – systematic review of evidence. *Surgeon* 2014; 12: 221–226.

20. Wiles R, Thoeni FR, Barbu ST, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps. *Eur Radiol* 2017; 27: 3856–3866.