

Operační výkony na žlučníku a žlučových cestách

Punkce žlučníku

- Indikuje se stále méně často.
- Provádí se diagnosticky nebo terapeuticky.
- Peroperačně nebo laparoskopicky.
- Diagnostika – odběr materiálu na kultivaci, aplikace kontrastu pro cholecystocholangiografii.

Cholecystotomie

- Dnes se prakticky neprovádí.
- Od odstranění kaménků ze žlučníku u cholelitiázy.

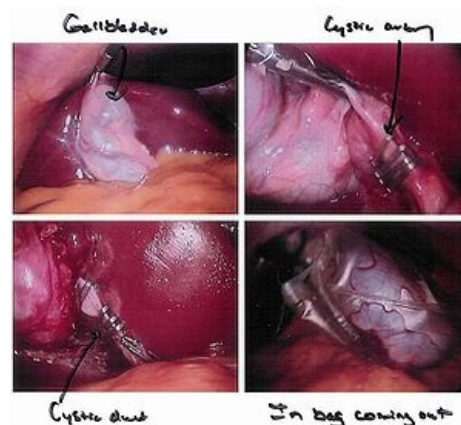
Cholecystostomie

- Když je potřeba drenovat žlučník navenek (akutní pankreatitida, těžký zánět).
- Je-li třeba provést co nejrychlejší výkon pro celkový stav pacienta.
- Po odstranění kamenů a ověření průchodnosti ductus cysticus – založíme silnější drén, fixovaný vodotěsně tabákovým stehem do cholecystostomie.

Cholecystektomie

 Podrobnější informace naleznete na stránce Cholecystektomie.

- Poprvé provedena v r. 1882 v Berlíně, u nás poprvé prof. Maydl (1891).
- Šikmý nebo transrektální řez v pravém podžebří, příp. z horní střední laparotomie.
- Volíme postup antegrádní nebo retrográdní:
- Retrográdní postup:
 - Po nastřížení peritonea u krčku vypreparujeme a. cystica, podvážeme, protněme,
 - to samé provedeme s ductus cysticus,
 - žlučník uvolníme z lůžka směrem k fundu (tedy retrográdně – jdeme odzadu dopředu).
- Antegrádní postup – žlučník uvolňujeme ve směru opačném – od fundu ke krčku, až nakonec ligujeme ductus a arterii.
- Nad lůžkem sešijeme peritoneum, k lůžku založíme dren (odvod žluči z aberantních žlučovodů, výpotek, krev).
- V cystiku necháváme kanylu k diagnostice průchodnosti cest a papily.



Cholecystektomie

Urgentní cholecystektomie

- Při známkách progresu zánětu, peritonitidy.
- Jde o život zachraňující výkon.

Akutní cholecystektomie

- Do 72 h po začátku onemocnění.
- Předcházíme jí možným komplikacím vedoucím z urgentní operace.
- Úmrtnost je malá, nepřesahuje 1 %.
- Nebezpečí je u akutní exacerbace chronického zánětu – okolí je celé posrostlé a je nebezpečí poranění důležitých struktur v oblasti lig. hepatoduodenale (v. portae, a. hepatica, choledochus).
- Obvykle se navíc jedná o staré lidi nepřipravené k operaci.
- Musí se tedy dobře zvážít – musí být dobré vybavení a personál – nutný je rtg, příp. peroperační sonograf.

Odložená cholecystektomie

- Mezi devátým a dvanáctým dnem po začátku onemocnění při jedné hospitalizaci.
 - Mezi 3. a 9. dnem nemá cenu operovat, protože je okolí žlučníku postižené zánětem, poslepuvané s okolními orgány a operátor by se obtížně orientoval; v tomto období se operuje jen urgentně.
- Předchází opakovaným exacerbacím a opakovaným hospitalizacím.

Plánovaná (pozdní) cholecystektomie

- Nejdříve za 3 týdny při další hospitalizaci.
- Ve stádiu – „v klidu“ na „vychladlém“ žlučníku.

Choledochotomie

- Podélné proříznutí choledochu.
- Lze provést kdekoli, nejčastěji supraduodenálně (choledochus má čtyři úseky – část intamurální, část pankreatickou, část za duodenem a část nad duodenem).
- Můžeme ohledat žlučové sondou, kleštěmi, lžičkou, endoskopem
- Uzávěr provádíme vstřebatelným materiálem – buď primárně (prostě zašijeme) nebo častěji tam šoupneme T-dren (Kehrova drenáž).
 - Drenáž povoluje odtok žluči po operaci, kdy je spasmus papily, za několik dní se dren prostě tahem vytáhne.
 - Tou dírkou sice bude nějaká žluč vytékat, ale srůsty, které vznikly kolem T-drenu, nedovolí dostat se někam dál... do 24 h se to spontánně uzavře.

Papilotomie a papilosfinkterotomie (PT + PST)

- Provádí se transduodenálně, po uvolnění dvanátníku jako **ERCP** (endoskopické retrográdní cholangiopankreatografie), na zavedené sondě choledochotomií.
- Pokud nastříháme asi 0,5 cm – papilotomie.
- Pokud nastříháme víc, protneme i sval – papilosfinkterotomie.
- Neměl by se nikdy protnout celý svěrač – může pak docházet k refluxu a k cholangitidám, které jsou obtížně léčitelné.

Divulze (dilatace) papily

- Pozánětlivé či posttraumatické zúžení papily.
- Lze rozšířit sondami postupně zvětšujícími průměr.

Anastomózy

- **Anastomózy žlučníku a žlučovýchodů:**
 - Při maligním uzávěru dolní části žlučovýchodů, dočasné řešení při ikteru před radikálním výkonem.
 - Žlučník nebo žlučový napojíme na GIT (pars horizontalis duodeni, antrum žaludku, střevní klička).
 - Pokud je indikací benigní onemocnění volíme napojení na Rouxovu anastomózu, abychom předešli cholangitidám.
- **Anastomózy hilové:**
 - Mezi zbytkem ductus hepaticus communis a exkludovanou kličkou dle Rouxe.
 - Při nutnosti resekovat žlučový.
 - Výkon technicky náročný, časté komplikace a nutné reoperace.
- **Anastomózy intrahepatální** – jako únik v nouzi, při nádorem jaterního hilu.
 - Střevní klička vpravo nebo žaludek vlevo našijeme na klínovitě seřízlou část okraje jater.
 - Přetlakem v játrech se často ty odtokové žlučové dilatají a těmi se to pak drenuje do GIT.
- **Plastiky žlučovýchodů** – když je zúžení, nejčastěji po iatrogeních lézích.
 - Místo stenózy protneme podélně a sešijeme příčně, musíme pod ni vytvořit endoplastiku, kterou tam umístíme transpapilárně a pak vyjmeme asi po půl roce.



ERCP dilatace vývodu žlučového v duodenu



Vynětí kamene z Oddiho svěrače (ERCP)

Odkazy

- Žlučové cesty
- Cholelitiáza
- Cholangitida
- Ikterus
- Zánětlivá onemocnění žlučníku a žlučových cest

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 5.5.2010]. <<http://jirben.wz.cz>>.



kontrastní RTG - žlučové cesty, kameny ve žlučníku