

616.36-008.51-079.4:617.55-072.1

VÝZNAM LAPAROSKOPIE V DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTICE OBSTRUKČNÍHO IKTERU

Podplukovník MUDr. Jan CHAROUSEK
vnitřní oddělení vojenské nemocnice v Olomouci

V oblasti diferenciální diagnostiky žloutenek zůstává v současné době jedním z největších problémů rozlišení příčiny některých případů obstrukčního ikteru. K poruše odtoku žluče z jater do duodena nemusí totiž dojít jenom na podkladě blokady mimojaterních žlučových cest — tj. tzv. posthepatální nebo extrahepatální cholestáza — ale i při poruše průchodnosti drobných žlučovodů nebo transportu žluče jaterní buňkou přímo v játrech — tzv. cholestáza intrahepatální.

Příčinou extrahepatální cholestázy bývá nejčastěji kámen zaklíněný v choledochu nebo ve společném hepatiku, dále nádory hlavy pankreatu, papilly Vaterské, choledochu nebo společného hepatiku, vzácněji karcinom žlučníku prorůstající do žlučových cest nebo jiné procesy — poranění žlučových cest, útlak zvětšenými uzlinami, ascaris v choledochu apod.

Intrahepatální cholestáza, která se dnes diagnostikuje stále častěji, bývá průvodním jevem u tzv. cholestatické formy virusové hepatitidy a u toxického poškození jater některými léky — mimo vzácnější příčiny.

Z extrahepatálních příčin cholestázy většinou nedělá potíže stanovení diagnózy při cholelitiáze — již podle anamnézy, fyzikálního nálezu apod. Za povšimnutí stojí, že blokáda jednoho z obou hepatiků nestačí k vyvolání příznaků kompletní obstrukce. Jaterní lalok, ze kterého dále volně odtéká žluč, převezme funkci laloku vyřazeného, který postupně atrofuje [1].

Z intrahepatálních příčin obstrukčního ikteru je možno již na podkladě anamnézy alespoň pomýšlet na lékové poškození jater. V těchto případech bývá i při intenzivním ikteru celkový stav nemocného poměrně dobrý, obstrukce většinou nebývá úplná a během 2–4 týdnů žloutenka obvykle spontánně odezní.

Největší potíže dělá rozlišení dvou poměrně častých forem obstrukčního ikteru:

1. Intrahepatální cholestázy při cholestatické formě virusové hepatitidy (zvláště v současné době, kdy se takové případy vyskytují jen sporadicky, bez epidemiologické souvislosti).

2. Extrahepatální obstrukce nádorem, která také většinou probíhá plíživě, bezbolestně.

V řadě případů není možno tyto dva stavy rozlišit ani použitím všech klinicko-biochemických vyšetření a někdy přinese objasnění až probatorní laparotomie. Je známou zkušeností, že při úplném obstrukčním ikteru není v nejasných případech možno chirurgickou revizi odkládat déle než 5–6 týdnů, neklesá-li hladina bilirubinu v séru [1,11]. Po této době dochází v játrech k ireverzibilním změnám — k sekundárnímu zánětu s produkcí vaziva v okolí drobných intrahepatálních žlučovodů a při déle trvající obstrukci může tento stav vyústit až do sekundární biliární cirhózy. Na druhé straně však pro nemocné s cholestatickou formou virusové hepatitidy není bez nebezpečí zátěž vyplývající z chirurgického traumatu a anestézie při revizi žlučových cest, protože v těchto případech jde většinou o těžkou protrahovanou formu nejenom s městnáním žluče v drobných nitrojaterních žlučovodech, ale i o současné výrazné poškození až ložiskové nekrózy jaterního parenchymu. V literatuře byla popsána řada případů cholestatické hepatitidy, které skončily po chirurgické revizi exitem [11].

Potíže při diferenciální diagnostice cholestatické hepatitidy a extrahepatální nádorové obstrukce dokresluje tabulka, kde jsou srovnány některé nálezy u obou stavů s orientačním zhodnocením významnosti jednotlivých nálezů (—, +, ++), podle vlastních zkušeností i literárních údajů [1, 5, 6, 9, 10] (Tab.).

Ze subjektivních údajů není mezi oběma skupinami rozdíl; na výši onemocnění bývá častější

Tabulka

**Nálezy u cholestatické hepatitidy
a extrahepatální (nádorové) obstrukce**

Nález	Cholestatická hepatitis	Extrahepatální obstrukce
Bolest	+—	+—
Dyspepsie	+	+
Svědění	+	++
Váhový úbytek	++	++
Hepatomegalie	++	++
Hyperbilirubinémie	++	++
Transaminázy	++	+
Thymol	+—	+—
Alkalická fosfatáza	++	++
Cholesterol	+	+
Rtg zažívacího traktu	—	+—

jen svědění u 2. skupiny. Při několikátýdenním trvání choroby může dojít k výraznému váhovému úbytku rovněž u obou stavů.

Z objektivního nálezu zjišťujeme zřetelnou hepatomegalii v obou případech; splenomegalie může svědčit pro virusovou hepatitis, častěji však nebývá přítomná. Z laboratorních nálezů je značná hyperbilirubinémie pravidlem u obou stavů. Aktivita sérových transamináz bývá výrazně zvýšena nejen u virusové hepatitidy, ale často i u extrahepatální obstrukce — v prvním případě snad déle přetrvává, ale ne vždy (9, 10). Ze zákalových reakcí nebývá Thymol výrazně zvýšen ani v první, ani v druhé skupině, někdy je dokonce normální pro přítomnost stabilizujících faktorů v séru u cholestázy (3). Zvýšení aktivity alkalické fosfatázy a hladiny cholesterolu v séru je typické pro cholestázu všeobecně a oba stavy rovněž neodliší. Z rentgenologických vyšetření není cholecystografie ani biligrafie při kompletní cholestáze pozitivní pro hepatobiliární blok, rtg pasáž žaludkem a dvanáctníkem může pomoci k diagnóze nádoru (např. hlavy pankreatu) asi v 50 % případů. Z rentgenologických vyšetření přichází v úvahu ještě perkutánní transhepatální cholangiografie, která je údajně velmi spolehlivá, avšak pro technickou náročnost se provádí jen na nemnoha pracovištích. Mimoto je tento výkon poměrně často komplikován rozvojem biliární peritonitidy (2, 8).

Z uvedeného obrazu vyplývá, že z těchto vyšetření někdy žádné nepodporí diferenciální diagnózu na jednu ani na druhou stranu.

V klinické praxi bývají užívány ještě další diagnostické postupy:

Terapeutický pokus nasazením kortikoidů v léčbě. Teoretickým předpokladem této metody je hlavně protizánětlivý účinek kortikoidů u virusové hepatitidy, dále ovlivnění metabolismu bilirubinu apod. s možností následného ústupu ikteru. Léčba kortikoidy je však i u řady případů cholestatické hepatitidy bez účinku (asi u 30 až 40 %), takže pak vzniká falešný dojem o mechanickém charakteru ikteru (9).

Necílená jaterní biopsie by byla další možnou metodou v diferenciální diagnostice, ale právě

u obstrukčních typů žloutenky je relativně kontraindikována, protože při přetlaku žluče v játrech prosakuje žluč po punkci jater do peritonea a může pak dojít k rozvoji biliární peritonitidy. Toto nebezpečí hrozí jen u extrahepatální obstrukce — při intrahepatální stáze nebývá žluč v drobných žlučovodech pod tlakem.

Cennou vyšetřovací metodou v rukou internisty je v těchto případech laparoskopie, doplněná podle potřeby cílenou jaterní biopsií. Je to výkon, který nemocného zatěžuje jen minimálně, protože jde o krátkodobé vyšetření prováděné jen v místním znecitnění a laparoskopem se proniká do břišní dutiny jen nepatrným otvorem. Nemocného s příp. virusovou hepatitidou proto chrání před zbytečným rizikem laparotomie, na druhé straně i u extrahepatální obstrukce přispívá k odhadu vyhlídek chirurgické léčby (např. při zjištění metastáz nádoru v játrech, karcinomu žlučníku apod.) a zkracuje dobu rozhodování k případné chirurgické revizi (9, 11).

Jaké jsou laparoskopické obrazy těchto dvou stavů (4, 7, 11)?

U extrahepatální obstrukce většinou zjišťujeme velká játra, do 5.—6. týdne trvání obstrukce ještě hladká, lesklá, výrazně šedo-zeleně až tmavě zeleně zbarvená, s jemnou běložlutavou síťovinou v jaterním pouzdru (z rozšířených lymfatických cest). Žlučník — pokud není deformován chronickým zánětem, kdy může někdy být zaujatý v adherovaném omentu — bývá maximálně rozepjatý a výrazně promínuje pod jaterním okrajem. Laparoskopicky jsou také dobře patrné nádorové metastázy v játrech nebo karcinom žlučníku.

Přímou příčinu obstrukce v těchto případech však není většinou možno laparoskopicky zjistit, její objasnění zůstává i dnes doménou chirurgické revize.

Při cholestatické formě virusové hepatitidy bývají játra rovněž zvětšena, povrch je však matný, bez lesku, někdy s perihepatitickými povlaky. Barva jater bývá difúzně červená, při současné výraznější cholestáze má jaterní povrch vzhled pestré mozaiky — mezi zarudlými políčky jaterního parenchymu jsou zelenavé cholestatické skvrny a bělavá síťovina fibrinu. Při rozsáhlejší ložiskové nekróze parenchymu je povrch nerovný, mezi zachovaným jaterním parenchymem jsou bělošedavé vpadliny kolabovaných ložisek nekrotické jaterní tkáně. Tento nález může ještě podpořit histologické vyšetření vzorku ze současně provedené cílené jaterní biopsie, která není v těchto případech kontraindikována. Žlučník je většinou malý, kolabovaný, jen vzácně velký, ale na rozdíl od extrahepatální obstrukce ochablý, atonický.

Pro názornost uvádím několik případů nemocných s obstrukční žloutenkou vyšetřených u nás v poslední době, u nichž byly klinické i laboratorní projevy velmi podobné, ale přesto šlo o rozdílné choroby.

1. H. A., 43letý muž. Po několik dní trvajících celkových neurčitých potížích (únavnost, nechutenství, tlak v nadbřišku) postupně zežloutl.

Hospitalizován na infekční klinice pro podezření na virusovou hepatitis. Ikterus se dále stupňoval, přidal se svědění, stolice střídavě hypocholelická až acholická. Léčba Prednisonem nevedla ke zlepšení, proto byl asi po 4 týdnech od počátku onemocnění přeložen k nám. Na váze ubyl asi 2 kg. Z výsledků vyšetření: Játro + 2 prsty, palpačně citlivá, slezina nehmatná. Moč: Ubg +, bilirubin ++, FW 12/20, bilirubin v séru 15 mg%, Thymol 2,0 j., transaminázy GOT 5,2 mM, GPT 7,9 mM, alkalická fosfatáza 21,3 j., cholesterol 284 mg%. Rtg zažívacího traktu byl normální. Při laparoskopii byla zjištěna velká hladká játra, výrazně tmavozelená, lesklá, jen s jemnou bělavou síťovinou v pouzdru, žlučník enormně rozepjatý, jemný. Nález svědčil pro zřetelnou extrahepatální obstrukci, proto byla provedena chirurgická revize, při které byl zjištěn karcinom hlavy pankreatu.

2. D. M., 68letá žena. Potíže začaly asi měsíc před hospitalizací stupňujícím se nechutenstvím, nauzeou, občasným zvracením, po 14 dnech postupně zežloutla, stolice byla acholická. Ubyla na váze 15 kg. Z výsledků vyšetření: Játro + 2 prsty, citlivá, slezina nehmatná. Moč: Ubg ++, bilirubin ++, FW 34/54, bilirubin v séru 17,4 mg%, Thymol 5,9 j., transaminázy GOT 7,4 mM, GPT 10,4 mM, alkalická fosfatáza 19,7 j., cholesterol 300 mg%. Rtg zažívacího traktu byl normální. Při laparoskopii játra zvětšená, povrch drobně zrnitý, bez lesku, barva šedočervená. Zblízka mezi poněkud prominujícími drobnými červenými ostrůvky jaterní tkáně bělavá síťovina zmnokozného vaziva a zelené cholestatické skvrny, žlučník hypotonický, jinak beze změn. Nález svědčil pro cholestatickou formu hepatitidy, současně provedená biopsie tento nález potvrdila.

3. K. A., 48letý muž. Onemocnění začalo 2 měsíce před vyšetřením nechutenstvím, slabostí, asi po 3 týdnech se objevil postupně narůstající ikterus, hypocholelická stolice, svědění. Ubyl na váze 7 kg. Z vyšetření: Játro + 2 prsty, pravděpodobně zvětšený žlučník lehce palpačně citlivý. Moč: Ubg +, bilirubin +, FW 60/90, bilirubin v séru 8,3 mg%, Thymol 2,9 j., transaminázy GOT 3,0 mM, GPT 3,25 mM, alkalická fosfatáza 32,2 j. Rtg vyšetření zažívacího traktu ukázalo defiguraci prepylorického antra žaludku, asi zvětšeným žlučníkem. Při laparoskopii játra mírně zvětšená, povrch hladký, barva zelenohnědá. Zblízka struktura parenchymu zachována, mezi lalůčky výrazná cholestáza. Žlučník enormně rozepjatý, zkalený. Nález svědčil pro inkompletní extrahepatální obstrukci. Při chirurgické revizi byl pak prokázán karcinom Vaterovy papilly.

4. Š. M., 45letá žena. Udává asi 2 roky občasný tlak v nadbříšku po jídle. 3 týdny před vyšetřením se objevila zimnice, teplota 39°, následovaná záchvatem žlučnickové koliky, která spontánně ustoupila. V dalších dnech začal postupně narůstat ikterus, stolice acholická, současně

tlak v pravém podžebří. Při vyšetření byl ikterus velmi výrazný, játra + 1 prst, nebolestivá, palpační citlivost v krajině žlučníku. Moč: Ubg +, bilirubin ++, FW 5/21, bilirubin v séru 16,5 mg%, Thymol 7,5 j., transaminázy GOT 13,8 mM, GPT 18,4 mM, cholesterol 150 mg%, alkalická fosfatáza 14,7 j. Laparoskopicky byla zjištěna zřetelná cholestatická hepatitis (nález podobný jako u 2. případu), mimoto žlučník svraštlý chronickým zánětem s adhezemi k jaternímu okraji. Biopsie jater potvrdila diagnózu cholestatické hepatitidy.

V tomto případě tedy šlo o kombinaci dvou chorob — chronické cholecystitidy s občasnými dyspeptickými potížemi a akutní cholestatické hepatitidy.

5. O. H., 52letá nemocná. Po několik dní trvajících neurčitých potížích (slabost, nechutenství, průjem) začala progresivně žloutnout, přidalo se úporné svědění, stolice acholická. Konzervativní léčba nevedla k úpravě, nemocná ubyla na váze asi 12 kg. Z vyšetření (provedených ambulantně v OÚNZ): Játro + 2 prsty, citlivá, slezina nehmatná. Moč: Ubg +—, bilirubin ++, FW 40/60, bilirubin v séru 12 mg%, Thymol 3,1 j., alkalická fosfatáza 34 j., cholesterol 292 mg%, transaminázy GOT 2,4 mM, GPT 2,6 mM. Rtg vyšetření zažívacího traktu bylo normální, žlučník se při biligrafii nezobrazil. Po 6 týdnech neúspěšné konzervativní léčby byla obvodním lékařem pro podezření na extrahepatální obstrukci žlučových cest doporučena chirurgická revize žlučových cest, při které byl zjištěn normální žlučník a volné mimojaterní žlučovody. Histologické vyšetření excize prokázalo cholestatickou formu hepatitidy.

Nálezy u této nemocné svědčily převážně pro extrahepatální, snad i maligní obstrukci (značný úbytek na váze, vysoká FW, nízké hodnoty transamináz, ostatní nálezy typické pro obstrukční ikterus), ale přesto šlo o cholestatickou formu hepatitidy. U této nemocné by byla ke stanovení diagnózy rozhodně vhodnější laparoskopie než chirurgická revize žlučových cest. Po operaci byla doléčována u nás, ještě asi 2 měsíce po výkonu přetrvával ikterus s výraznou alterací celkového stavu, než došlo k postupné úpravě. K protrahovanému průběhu choroby pravděpodobně podstatně přispěl chirurgický zásah.

Uvedené případy potvrzují významný přínos laparoskopie k diferenciální diagnostice těchto stavů. Podle literárních údajů (11) nejsou laparoskopické nálezy u všech případů vždy jednoznačné. Cholestáza nemusí být kompletní, neprojeví se pak homogenním tmavě zeleným zbarvením jater. Intenzita zelenavého zbarvení jater záleží také na délce trvání ikteru i na tloušťce a transparenenci jaterního pouzdra. Rovněž je laparoskopicky i biopticky obtížné odlišit některé případy toxického poškození jater s intrahepatální obstrukcí od obstrukce extrahepatální, zvláště inkompletní, které vyřeší definitivně někdy až chirurgická revize. Tyto případy

jsou však poměrně vzácné, a cenu laparoskopie proto výrazně nesnižují.

Etiologii extrahepatální obstrukce většinou není možno laparoskopicky prokázat. Výjimkou jsou maligní procesy, které při současné obstrukci mimojaterních žlučových cest metastazují do jater a jsou patrné na jaterním povrchu. Příčinu většiny ostatních takových případů může objasnit jedině probatorní laparotomie.

Závěrem je možno tvrdit, že u těch případů protrahovaného obstrukčního ikteru, kdy nevede k objasnění příčiny celá paleta klinických i laboratorních vyšetření, je velmi cenná laparoskopie doplněná případně cílenou jaterní biopsií. U většiny takových případů umožní odlišení obstrukce extrahepatální od intrahepatální. Nemocné s intrahepatální obstrukcí pak uchrání před zbytečným zatížením vyplývajícím z chirurgické revize žlučových cest. Stanovení bližší příčiny extrahepatální cholestázy zůstává i nadále doménou probatorní laparotomie.

(Předneseno zkráceně na konferenci vojenských internistů v Košicích dne 6. 10. 1967).

Literatura

1. Hoenig, V.: Choroby jater a žlučových cest v praxi. Praha, SZdN 1966.
2. Hoenig, V.: Pomocná vyšetření u jaterních chorob. Praktický lékař, 46, 1966, 15:572—575.
3. Hoenig, V.: Ke smyslu jaterní funkční diagnostiky. Praktický lékař, 46, 1966, 6:201—204.
4. Houbal, V.: Infekční hepatitis. Praha, SZdN 1954.
5. Chlumský, J., Lorenc, J.: Příspěvek k syndromu nitro-jaterní cholestázy. Vnitřní lékařství, 10, 1964, 5:460 až 466.
6. Ježek, P., Továrek, J.: Serumfermente bei cholangiolitischer Form der Hepatitis. Zschr. ges. inn. Med., 21, 1966, 4:111—113.
7. Kalk, H., Wildhirt, E.: Lehrbuch und Atlas der Laparoskopie und Leberpunktion. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1962.
8. Rohner, A.: A propos de la cholangiographie transhépatique. Schw. med. Wschr., 98, 1968, 8:297—301.
9. Soušek, O., Hazuka, V.: Virusová hepatitida a nádory podjaterní krajiny. Vnitřní lékařství, 12, 1966, 10:980 až 985.
10. Vido, J. a sp.: Sledování některých biochemických ukazatelů v séru při kompletní obstrukci žlučových cest. Čs. gastroent. výž., 18, 1964, 4:209—214.
11. Wildhirt, E.: Bedeutung und Wert der Laparoskopie und gezielten Leberpunktion. Stuttgart, G. Thieme Verlag 1964.