

ENDOSKOPINIS ULTRAGARSINIS BILIARINIS DRENAŽAS. KLINIKINIS ATVEJIS

Eglė Kasparaitytė², Olegas Deduchovas¹, Vitalijus Eismontas¹,
Narimantas Evaldas Samalavičius¹

¹*Klaipėdos universitetinės ligoninės pilvo ir robotinės chirurgijos skyrius,*

²*Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademija, Medicinos fakultetas*

Raktažodžiai: endoskopinis ultragarsinis biliarinis drenažas, perkutaninis transhepatinis biliarinis drenažas, endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija.

Santrauka

Pristatomas 71 metų pacientas, kuriam dėl mechaninės geltos endoskopinio ultragarso kontrolėje atliktas biliarinis drenažas. Anksčiau pacientui atlikta gastrektomija dėl skrandžio kūno adenokarcinomos. Operuojant skrandis pašalintas kartu su distaline stemplės dalimi, atlikta stemplės jungtis su tuščiąja žarna. Nors biliariniam drenažui atlikti dažniausiai taikoma endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija (ERCP) ar perkutaninis transhepatinis biliarinis drenažas (PTBD), kaip alternatyvi priemonė gali būti pasirinktas endoskopinis ultragarsinis biliarinis drenažas (EUS – BD). Renkantis, kurį metodą panaudoti, svarbu apsvarstyti tokius veiksnius, kaip techninė kompetencija, nepageidaujamų šalutinių reiškinių rizika, pooperacinės anatomicinės ypatybės [2].

Įvadas

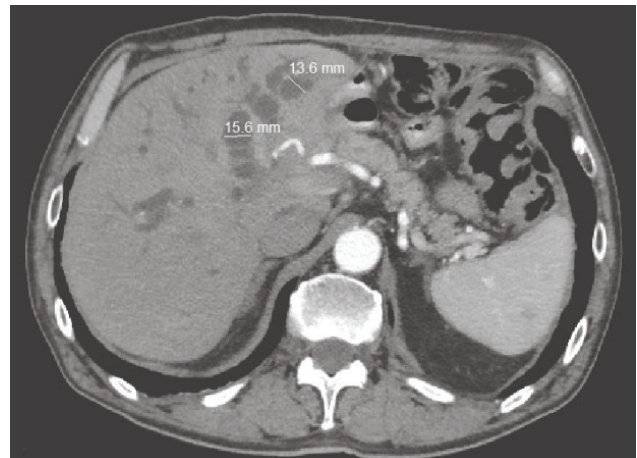
Endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija (ERCP) išlieka pagrindiniu metodu atliekant biliarinį drenažą, tačiau dėl anatomicinių ypatybių, dvylikapirštės žarnos obstrukcijos, periampulnio divertikulo, didelių tumorų [3, 1] tampa negalima. Pacientams dėl atliktos Billroth II tipo operacijos, Roux-en-Y rekonstrukcijos duodenoskopu pasiekti didįjį dvylikapirštės žarnos spenelį yra techniškai sudėtinga ar neįmanoma [1]. Perkutaninis transhepatinis biliarinis drenažas (PTBD) atliekamas esant nesėkmingai ar negalimai ERCP, tačiau siejamas su padidėjusiu sergamumu, diskomfortu, reintervencijomis [3]. Kaip alternatyvi priemonė gali būti taikomas endoskopinis ultragarsinis biliarinis drenažas (EUS – BD) [2]. EUS – BD gali būti atliekamas intrahepatiška arba ekstrahepatiška [1].

Aprašysime klinikinį atvejį, kai 71 metų mechanine gelta

sergančiam pacientui, kuriam prieš dvejus metus atlikta gastrektomija dėl skrandžio kūno adenokarcinomos, atliktas endoskopinis ultragarsinis biliarinis drenažas.

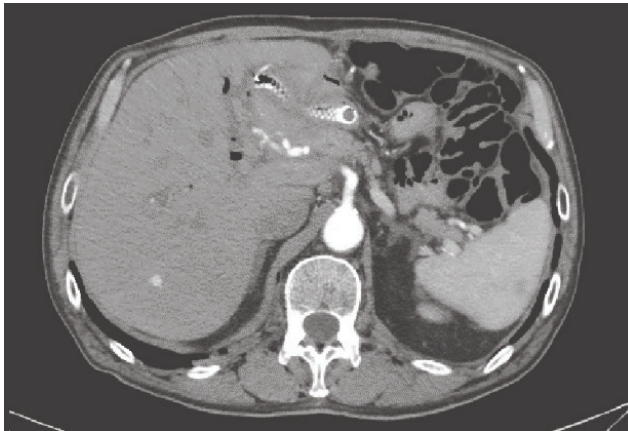
Klinikinis atvejis

2021 metų rugpjūčio mėnesį 71 metų vyras kreipėsi dėl geltos, skundėsi pilvo skausmais. Iš anamnezės žinoma, kad 2019 metais pacientui atlikta gastrektomija bendroje intubacinėje nejauroje dėl G3 skrandžio kūno adenokarcinomos, difuzinio tipo pagal Lauren. Operacijos metu skrandis pašalintas kartu su distaline stemplės dalimi, atlikta stemplės jungtis su tuščiąja žarna. Apžiūros metu oda ir junginės buvo pageltusios, palpuojant pilvas minkštas, skausmingas po dešiniuoju šonkaulių lanku. Atlikus radiologinius tyrimus, rasta biliarinės obstrukcijos požymių. Pilvo KT tyrimo metu rasta didoka, persilenkusi tulžies pūslė netolygiai sustorėjusiomis sienelėmis, išryškėjo kepenų vartų srities infiltracija. Atlikus šlapimo tyrimą, bilirubino rasta 17 $\mu\text{mol/l}$, urobilogeno 16 $\mu\text{mol/l}$. Kraujyje bendro bilirubino koncentracija siekė 247

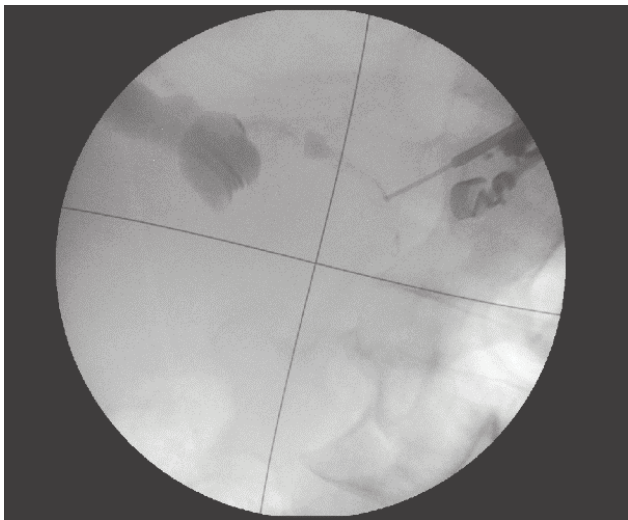


1 pav. Plėsti intrahepatiniai latakai iki 13-15 mm prieš stentavimą

$\mu\text{mol/l}$, tiesioginio bilirubino - $190 \mu\text{mol/l}$, nustatyta padidėjusi kepenų fermentų koncentracija. Pacientui diagnozuota mechaninė gelta dėl ductus choledochus obstrukcijos. Pacientas stacionarizuotas į pilvo ir robotinės chirurgijos skyrių. Skirtas konservatyvus gydymas, infuzoterapija, analgetikai, antibiotikai. Atlikta transhepatinė hepatikojejunostomija metaliniu stentu (1,2 pav.). Į kairį kepenų lataką iki bifurkacijos įvestas 100 mm ilgio 10 mm pločio stentas. Operacija atlikta endoskopinio ultragarso, rentgeno ir vaizdo kontrolėje (3 pav.). Po dviejų parų pakartojus tyrimus, kraujyje bendro bilirubino koncentracija sumažėjo iki $145,5 \mu\text{mol/l}$, tiesioginio bilirubino koncentracija iki $92,7 \mu\text{mol/l}$, kliniškai pacientas jautėsi geriau, išleistas tolimesniam ambulatoriniam gydymui. Po vienuolikos dienų pakartojus biocheminį



2 pav. Susiaurėję intrahepatiniai latakai iki 6 mm po stentavimo



3 pav. Endoskopinio ultragarso kontrolėje išpunktuotas kairys skiltinis latakas, leidžiamas kontrastas

kraujo tyrimą, tiesioginio bilirubino koncentracija rasta sumažėjusi iki $45,4 \mu\text{mol/l}$, o bendro bilirubino koncentracija sumažėjusi iki $64,3 \mu\text{mol/l}$.

Diskusija

Biliarinis drenažas, atliekamas endoskopinio ultragarso kontrolėje, dažniausiai yra sėkmingas. T. Iwashita, S. Uemura ir kt. atliktame tyrime, kurio metu remtasi 2007-2019 m. klinikiniais duomenimis, siekta palyginti EUS – ABS (endoskopinis ultragarsinis antegradinis stentavimas) ir PTBD metodus pacientams su distaline piktybine biliarine obstrukcija, techninė ir klinikinė sėkmė taikant EUS - ABS siekė po 97,1 %, atliekant PTBD atitinkamai 96,6% ir 93,1%. Tyrimo metu nustatytas neigiamų šalutinių reiškinių dažnis taikant EUS – ABS metodą siekė 11,4 %, kai taikant PTBD siekė 27,6 % [4]. Galima teigti, kad EUS ir PTBD yra efektyvūs ir patikimi metodai pacientams su biliarine obstrukcija gydyti. Perkutaninis transhepatinis išorinis drenavimas – dažniausiai taikomas metodas biliariniam drenažui atlikti. Lietuvoje endoskopinis ultragarsinis biliarinis drenažas – naujas metodas, publikacijų apie šios technikos taikymą Lietuvoje nėra.

Išvados

1. Endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija (ERCP) – standartinis metodas biliariniam drenažui pacientams su normalia anatomija atlikti [3].
2. Perkutaninis transhepatinis biliarinis drenažas (PTBD) taikomas esant negalimai ERCP, tačiau siejamas su didesne nepageidaujamų šalutinių reiškinių rizika nei ERCP [3].
3. Endoskopinis ultragarsinis biliarinis drenažas (EUS – BD) – alternatyvi priemonė, kai drenavimas taikant ERCP dėl anatominių ypatybių yra techniškai negalimas.
4. Renkantis, kurį metodą taikyti, svarbu įvertinti technines galimybes, nepageidaujamų reiškinių riziką, anatomines ypatybes.

Literatūra

1. Boulay BR, Lo SK. Endoscopic Ultrasound - Guided Biliary Drainage. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America* 2018; 28(2): 171-185.
<https://doi.org/10.1016/j.giec.2017.11.005>
2. Leung Ki EL, Napoleon B. Endoscopic ultrasound - guided biliary drainage: A change in paradigm? *World Journal Gastrointestinal Endoscopy* 2019;11(5):345-353.
<https://doi.org/10.4253/wjge.v11.i5.345>
3. Iwashita T, Doi S, Yasuda I. Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage: a review. *Clinical Journal of Gastroenterology* 2014;7(2):94-102.
<https://doi.org/10.1007/s12328-014-0467-5>
4. Iwashita T, Uemura S, Mita N, Iwasa Y, Ichikawa H, Mukai T,

Yasuda I, Shimizu M. Endoscopic ultrasound guided - antegrade biliary stenting vs percutaneous transhepatic biliary stenting for patients with surgically altered anatomy. *Journal Hepatobiliary Pancreatic Sciences* 2020;27(12): 968-976.
<https://doi.org/10.1002/jhbp.823>

**CASE REPORT: ENDOSCOPIC ULTRASOUND -
GUIDED BILIARY DRAINAGE**

**E. Kasparaitytė, O. Deduchovas, V. Eismontas,
N.E. Samalavičius**

Keywords: endoscopic ultrasound – guided biliary drainage, percutaneous transhepatic biliary drainage, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Summary

We present a 71 years old male who underwent biliary drainage under endoscopic ultrasound control for mechanical jaundice.

The patient had previously undergone gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric body. During the surgery, the stomach was removed along with the distal part of the esophagus, the esophagus was connected to jejunum. Although endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) or percutaneous transhepatic biliary drainage (PTBD) are the most commonly used methods, endoscopic ultrasonic biliary drainage (EUS - BD) may be chosen as an alternative. When choosing which method to use, it is essential to consider such factors as technical competence, risk of adverse events, postoperative anatomical features [2].

Correspondence to: o.deduchovas@gmail.com

Gauta 2021-10-04
