

Epesebészet

Surgery of the biliary tract

DR. HARSÁNYI LÁSZLÓ

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A 2008. év epesebészeti közleményeiben igazi újdonság csak az erősen technológiától függő beavatkozásokkal kapcsolatban található. Az eszközös innovációk – pl. az egyportos műtéti technikák, NOTES, robottechnika – azonban ma még legfeljebb klinikai kísérleti stádiumban lévő fejlesztések. Ezek mindegyike egyelőre rendkívül költséges eljárás, elvi alapjaik sem mindenben tisztázottak, ezért a leggazdagabb egészségüggyel rendelkező országokban sem jutottak még el a rutinszerű alkalmazásig. Részben ezért, részben mert a NOTES-technikával külön fejezet is foglalkozik, alább majd csak érintőlegesen foglalkozunk ezekkel az innovációkkal.

A részletesebben feldolgozott témák „örökzöldek”: LC-iatrogenia és annak elhárítása az epesebészetben, az epeútkövesség ellátása, cholangiocarcinoma.

Epeútsérülés

Napjaink aktív sebészeinek derékhadra már önálló szakemberként élhet-e, élheti meg szakmája két-három paradigma-váltását: szemünk előtt vált a cholecystectomy „arany standard”-jává a laparoscopos műtét (LC), jelenleg épp a robotsebészet gyakorlati kibontakozása zajlik, és egy-két éve már elkezdtek a klinikai vizsgálatokat a NOTES-eszme elhivatottjai is. Az LC és a nyitott epeműtét (OC) összehasonlítást vitathatatlanul a laparoscopos technika prioritását támasztja alá. Egyáltalán nem ennyire egyértelmű azonban a helyzet, ha az összehasonlítást speciális szempontok szerint tesszük: amíg az epeútsérülés aránya OC technikával 0,07–0,9% közé tehető, addig LC-re kerülőknél ennek esélye 0,16–2,35% közötti (Nuzzo)! Ezt a szövődmenyesély-növekedést kizárólag a technika rovására kell írni. Nehezen feloldható dilemma, hogy összességében tényleg pozitív szaldót jelent-e, ha az LC előnyeivel szemben a mérleg másik serpenyőjét 2-3-szor több – Littmann klasszikus kifejezését használva – eperokkant billenti le. A jelenleg terjedő új technikák is magukban hordozzák azokat az – előre nem is mindig látható – sajátos veszélyeket, szövődmenyeket, amelyek majd döntően befolyásolják klinikai értékük, helyük meghatározását. *Referens* ezért is szentel kiemelt figyelmet ebben az évben az LC során bekövetkező epeútsérülésekkel (bile duct in-

jury = BDI) foglalkozó, egyébként meglepően sok közleménynek.

Az epeút sebészi elláthatósága szempontjából Bismuth beosztása a legelfogadottabb:

- I. típus: a sérülés távolsága a hepaticus villától ≥ 2 cm
- II. típus: a sérülés távolsága a hepaticus villától < 2 cm
- III. típus: a hepaticus villa részlegesen ép
- IV. típus: a hepaticus villa teljesen destruált, a két főág szeparáltan nyílt meg
- V. típus: a jobb oldali nagyág stricturája kombinálódva az I–III. sérüléstípusok valamelyikével
- VI. típus: a jobb főág izolált sérülése.

Tercier centrumban, egyetemi klinikán dolgozó római szerzők 12 év alatt észlelt 77 epeútsérülés (53,4 év átlag-életkorú, 48 nő- és 29 férfi beteg) ellátásának tapasztalatairól számolnak be. A betegek közül 85,6% (66 beteg) major sérülést szenvedett el, a részletes elemzés közülük 65 esettel foglalkozik. Minden betegről prospektív adatgyűjtés történt a BDI jellegére vonatkozóan: az LC körülményei, a BDI felismerésének ideje, Bismuth-beosztás, első ellátás típusa, kivizsgálási (labor, képalkotó) leletek. Az első két évben 4 havonta, további három évig félévente, majd évente ellenőrizték a kimenetelt minősítő következő paramétereket: személyes (életminőségi, tüneti stb.) adatszolgáltatás, labor, rutinszerű máj-UH, MRCP indokolt esetekben. Az ellátott sérülések típusa az 1. táblázatban látható.

A BDI-t csak az esetek kisebb részében (27/66 – 40,9%) ismerték fel műtét közben; ezzel a betegek csak-

1. táblázat. Az epeútsérülések megoszlása (Nuzzo 2008)

Bismuth-típus	Betegszám	%
I.	4	6,1
II.	15	22,7
III.	36	54,6
IV.	9	13,6
II+III+IV.	60	96,3!!
V.	0	0,0
VI.	2	3,0

nem kétharmada esett az azonnali, végleges ellátás lehetőségétől. Figyelemre méltó adat, hogy a 66 beteg a végleges ellátás előtt 200-nál több előzetes – retrograd, percutan, műtéti – intervenció kísérlet történt! 40 beteg próbálkozott sebészi beavatkozással: noha az LC-éra kezdete óta egybehangozóak a tapasztalatok és az ajánlások arra vonatkozóan, hogy a sérült epeút – bármennyire csábító, akár Kehr-cső feletti – elsődleges rekonstrukciója szigorúan ellenjavallt, 24/40 esetben itt is sikertelen primer varrat után történt a végleges ellátás. Azt pedig, hogy az epeúti helyreállító sebészet speciális szakértelmet igénylő feladat, ez a közlemény is bizonyítja: az elsődlegesen megkísérelt 16/40 hepatico-jejunostomia után is újabb műtétre volt szükség. Végül a szerzők által BDI miatt ellátott összes beteg 85,4%-a szorult ismételt, immár végleges műtétre. A megoldást a bifurcatio szintjében vagy annál magasabban végzett biliodigestiv anastomosis – azaz hepatico-jejunostomia, közte 2 esetben a menthetetlen állapotú jobb májlebens resectiója – jelentette. Korai műtéti szövődmény (cholangitis-sepsis, átmeneti epesipoly, illetve májelégtelenség) 4,6%-ban fordult elő, halálozás nélkül. A 41 operált beteg közül 32-nél tartósan jó, 3-nél kielégítő eredmény volt tapasztalható. 6 beteg véglegesen nem gyógyult: esetükben a kiújuló strictura és recidív cholangitisek ellátására percutan transhepaticus tágitást-stentelést választottak; transzplantációt indokló májkárosodás nem alakult ki.

Míg mára kellő bizonyító erővel alátámasztott álláspont, hogy az epeút-rekonstrukció speciális szakértelmet kívánó feladat, az továbbra is vitatható, hogy a beavatkozásnak mi az optimális időzítése. Az előző közlemény szerzői inkább az azonnali, tehát a sérüléssel egyidejűleg elvégzett rekonstrukció mellett érvelnek, mert a halasztott ellátásig gyakorlatilag elkerülhetetlenül fellép enyhébb-súlyosabb epeúti septicus szövődmény, ami a korai és késői műtéti eredményeket egyaránt ronthatja. Izraeli szerzők – 29 esetre vonatkozó retrospektív – közleményében a BDI-esetek felismerésének időpontja: 14/29 intraoperatív, 15/29 késői diagnózis. Tapasztalataik alapján az „elektív” műtét (a sérülés után >8 hónappal) szignifikánsan jobb eredményekkel jár, mint az „azonnali” vagy a „késleltetett” (8 héten belüli) helyreállítás (Goykhan). A 2. táblázat adataiból világosan kitűnik, hogy a gyakorlatlan kézzel végzett azonnali helyreállítás (megkísérlése!) mindenképpen kerülendő.

2. táblázat. Az epeút-rekonstrukció időzítésének, illetve végzője epesebészeti gyakorlatának összefüggése a tartós eredményességgel

Eredmény (%):	Jó	Elfogadható	Rossz
Azonnali műtét	36	21	42
Késleltetett műtét	0	60	40
Elektív műtét	90	10	–
Epesebész	61	30	9
Általános sebész	–	–	100

Referens véleménye szerint az időzítés kérdésében elég nehéz tisztán látni. Az ép anatómiájú, vékony falú choledochus preparálása, anastomizálása sokszor nehezebb, mint a már dilatált vezeték vastagabb falán dolgozni. Azonnali rekonstrukció elhatározása után komolyan mérlegelendő nagy gyakorlatú, „stresszmentes” segítség igénybevétele is. A különféle időzítésű helyreállítások eredményeinek összevetését pedig az a körülmény is nehezíti, hogy azok nem randomizált vizsgálatokban, nem szabad döntési helyzetben történt választás után születnek.

Míg az előző két közlemény tercier ellátási hely tapasztalatait összegzi, s így bizonyos értelemben „szelektált” beteganyagról szól, addig más vonatkozásokban (is) tanulságos ázsiai szerzők anyaga (Tantia). A közlemény egyrészt az elmúlt években egyre gyakrabban kiemelkedően nagy betegszámokról beszámoló indiai gyakorlathoz tudósít, másrészt egy intézmény anyaga („single institute experience”). A magas technikai színvonalról két adat árulkodik: a 13305 LC során fellépett 52 epeútsérülés 0,39%-os arányt jelent, aminek nagyobb részét azonnal (32/52) felismerték, és csak 38%-nyi a késedelmes felismerés (20/52). Helyreállítási stratégiájuk az irodalomban általában ajánlottaktól különbözik. 9/52 (!) esetben primer rekonstrukciót végeztek, ebből egyben Kehr-cső felett; emellett csak 7 azonnali biliodigestiv anastomosis képzése történt. Ugyancsak figyelemre méltó, hogy a műtét közben felismert sérülések csaknem harmadát (9/32) laparoscoposan meg is oldották: közte 5 Kehr-cső-implantáció és 2-2 primer varrat-, illetve choledoch-jejunostomia történt.

Az epeút-revizíó taktikája: idejétmúltak-e a kehri alapelvek?

Több mint száz éve tekintjük az epesebészet alapelveinek a Kehr által megfogalmazott „klasszikus” alapelveket. Ezek között is legidőtállóbbnak talán a közös epevezeték revíziójának szabályai bizonyultak. E szerint az extrahepaticus epeút megnyitása – és főként transpapillaris tágitás, manipuláció – után a rekonstrukció háromféle módon történhet: 1. primer varrattal, 2. Kehr-cső visszahagyásával, illetve 3. biliodigestiv anastomosis képzésével. E három elvi lehetőség közül a sebészek többsége nem preferálja a primer varratot, mondván: a Vater-papillában történő manipulációt óhatatlanul átmeneti papillaoedema követi, ez elfolyási akadályt okoz, illetve jelentős következményes intraluminális nyomásfokozódással jár, aminek a varratvonal feszülése és varratelégelenség (epecsorgás) lehet a következménye. Különös, hogy ezt a teóriát randomizált, prospektív vizsgálatok próbájának eddig nem nagyon vetették alá.

Nottinghami szerzők is retrospektív módszerrel elemezték 158 epeútkövességben szenvedő beteg ellátásának tapasztalatait (Ahmed). 91 beteg Kehr-csővel ellátásban, 67 primer choledochus-varratban részesült. A szövődményarány 20/91 (22%), illetve 6/67 (9%) volt, ami szignifikáns különbségnek bizonyult. Szövődményként epesorgás, a Kehr-drain kimozdulása, illetve a T-cső átvarrása mi-