

Indeterminált choledochus stricturák diagnoszikája

Kovács János dr., Szegedi László dr.

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktatókórház, I. sz. Belgyógyászat, Nyíregyháza

Correspondence: dr.szegedi.laszlo@szszbmk.hu

Az egyértelműen benignus és malignus choledochus szűkületek mellett elkülöníthető az indeterminált choledochus stricturák csoportja, ami alatt a hagyományos, ERCP során elérhető mintavételi eljárásokkal (kefecitológia, intraductalis biopszia) egyértelműen nem diagnosztizálható szűkületeket értünk (1). Ezen esetek további tisztázására alkalmas az epeutak pontosabb vizsgálatára kifejlesztett intraductalis kolangioszkópia. Az eljárás alatt közvetlenül a ductus choledochusba vezethető az eszköz, ami direkt vizualizációt tesz lehetővé. Ezáltal többek között lehetővé válik célzott biopszia vétele, ami nagyobb diagnosztikus pontosságot eredményez. Az eljárás egyik formája során a duodenoszkóp munkacsatornáján keresztül kolangioszkópot vezetünk az epeúrendszerbe, másik formájában egy ultravékony endoszkóp szájon keresztüli levezetése történik. Előzetes sphincterotomia mindkét esetben szükséges, valamint vezetődrót használatát is javasolják (2, 3).

A nyíregyházi Jósa András Oktatókórház I. sz. Belgyógyászat Gasztroenterológiáján 2017. július 1. óta végzünk kolangioszkópos vizsgálatokat. Az elvégzett 14 vizsgálatból 5 esetben volt a diagnózis az indeterminált strictura. Esetismertetésünkben 31 éves fiatal betegünk kórtörténetét mutatjuk be.

KULCSSZAVAK: kolangioszkópia, choledochus szűkület

Diagnostics of indeterminate choledochus strictures

In addition to the obviously benign and malign common bile duct (CBD) strictures there is a so called indeterminate CBD strictures group, that covers those which cannot be definitely diagnosed with conventional ERCP sampling methods (brushing, intraductal biopsy). In these cases intraductal cholangioscopy is more suitable for a more accurate diagnosis. As a special endoscopic method a device is directly inserted into the CBD allowing direct visualisation. This allows targeted biopsies resulting greater diagnostic accuracy. One form of the procedure is to introduce a cholangioscope into the bile duct via the accessory channel of the duodenoscopy, the other possibility is introducing an ultraslim endoscope through the mouth. Previous sphincterotomy is required in both cases, and the use of a guide wire is also recommended.

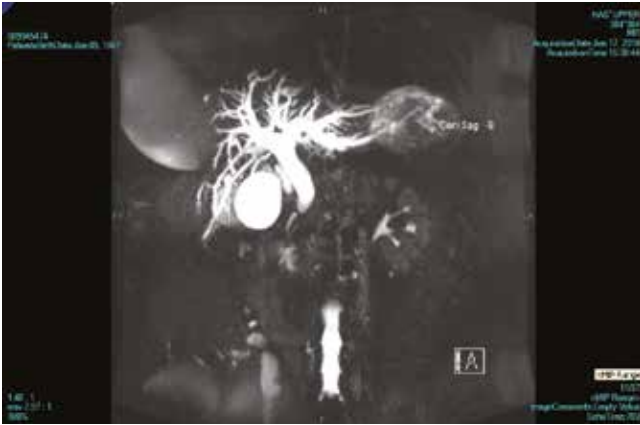
Since 1 July 2017 we have performed 14 cholangioscopies in our department. 5 of the 14 examined cases were diagnosed as indeterminate stricture. We present the medical history of 31 year old young patient in our case report.

KEYWORDS: cholangioscopy, choledochus stricture

Esetismertetés

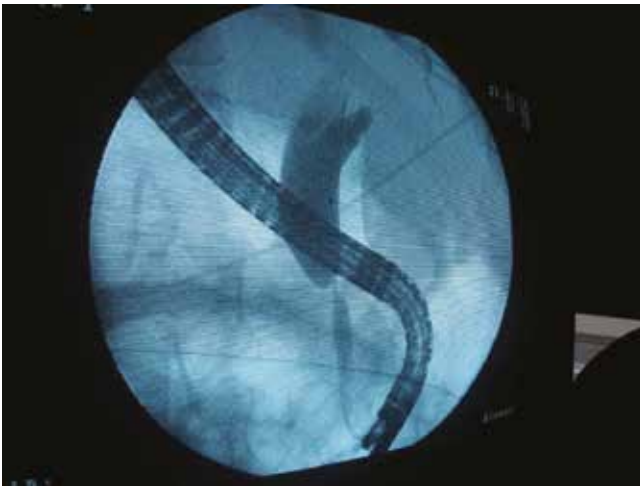
M. M. 31 éves betegünk anamnézisében nagyobb belgyógyászati megbetegedés nem szerepel. Antikoncipienst szedett. 2017 októberében kezdődtek panaszai egyre fokozódó bőrviszketéssel. Bőrgyógyászati, majd hepatológiai szakrendelés vizsgálta, laborvizsgálat során magas cholestaticus enzimeket találtak. Az elvégzett hasi UH érdemi kórosat nem igazolt. Ambuláns kivizsgálása indult, amely

során az elvégzett hepatitis B- és C-, EBV-, CMV-fertőzés szerológia, Toxoplasma szerológia, részletes immunszerológia, valamint tárolási betegségek irányában végzett vizsgálatok negatív eredményt adtak. Tumormarkerek normális tartományon belüliek voltak. Fokozódó bőrviszketés és emelkedő AP, gGT értékek miatt MR-kolangiográfia történt, amely intra- és extrahepaticus epeúttágulatot, disztális choledochus szűkületet igazolt (1. ábra). ERCP során az epeutak kanülálását követően a ductus choledochus

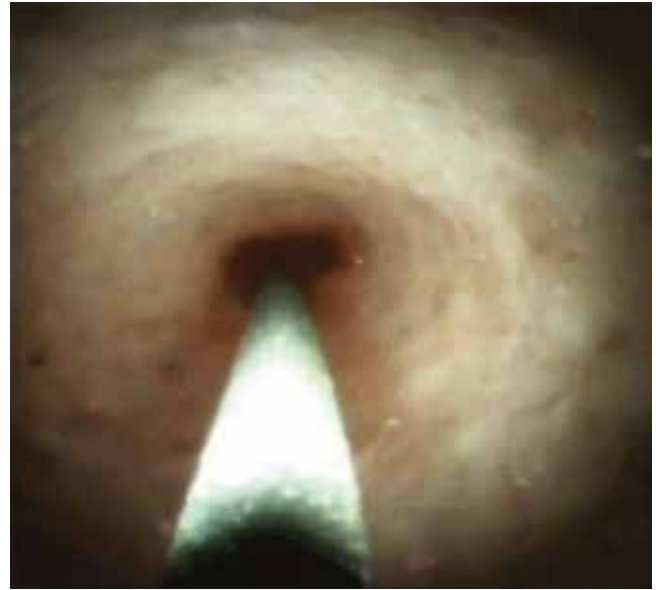


1. ábra: Indeterminált choledochus MRCP képe

disztális 1 cm-es cérvékony szűkületét, felette 18-20 mm-re tágult hepatocholedochust, jelzetten tágabb intrahepaticus ágrendszerrel láttunk (2. ábra). EST után SpyGlass® kolangioszkópot vezettünk a szűkült szakaszig, amelynek nyálkahártyája hyperaemiás, kissé villosus megjelenésű volt, biopsziát vettünk (Spybite) (3. ábra). A kolangioszkóp átvezethető volt a szűkületen a proximális részbe. Az eszköz eltávolítását követően biztonsági okokból kefecitológiai mintavétel is történt a szűkült szakaszból. Az elfolyási akadályt 7 cm-es 11,5 Fr plastic stent behelyezésével hidaljuk át, amelyen át jó elfolyás indult. A beavatkozást követően májenzim-eltérései lényegesen javultak, bőrvizsgálata megszűnt. Kefecitológiai eredménye enyhe reaktív atípiát mutató epeút nyálkahártyát véleményezett, szövettanilag a sorozatmetszetben vizsgált szövetrészletben kissé vizenyős, néhány apró fibrinthrombust is tartalmazó



2. ábra: Indeterminált choledochus ERCP képe



3. ábra: Indeterminált choledochus kolangioszkópos képe

kapillárisal rendelkező tunica propria és szabályos felszíni és tubularis mirigyhám volt látható. Neoplasticus folyamat egyik mintából sem volt igazolható. Kontrollvizsgálat során, gyakorlatilag panaszmentes volt, laborokban obstrukciós enzimszintjei lényegében normalizálódtak. Ismételt kefecitológiai mintavételt, illetve biopsziát tervezünk a három hónap múlva esedékes stentcsere alkalmával.

Megbeszélés

A talált elváltozás nem az általunk elsőre gondolt primer szklerotizáló cholangitis diagnózisa mellett szólt. Sem az MRCP-, sem az ERCP-s kép nem szólt emellett, sem a szerológiai vizsgálatok nem támasztották ezt alá. A kórkép háttere egyelőre nem teljesen tisztázott, további eredményt a kontroll epeúti intervenció során remélünk, illetve a körlefolástól várunk.

Következtetések

Az egyvizsgálós intraductalis kolangioszkópia egy igen értékes, hasznos eljárás az úgynevezett indeterminált choledochus szűkületek diagnosztikájában. Rutinszerű használatát egyelőre a finanszírozás megoldatlansága, az eszközök és egyszerhasználatos kiegészítők magas költsége, a vizsgálat viszonylagos időigényessége akadályozza (4).

Irodalom

1. William R. Brugge, et al. Bile duct strictures. Medscape (online: <https://emedicine.medscape.com/article/186850-overview>)
2. Deprez Pierre H, et al. The economic impact of using single-operator cholangioscopy for the treatment of difficult bile duct stones and diagno-

- sis of indeterminate bile duct strictures. Endoscopy 2018; 50: 109–118.
3. Parsi MA. Direct peroral cholangioscopy. World J Gastrointest Endosc 2014; 6: 1–5.
4. Navaneethan U, Hasan MK, Kommaraju K, et al. Digital, single operator cholangiopancreaticoscopy in the diagnosis and management of pancreaticobiliary disorders: a multicentre clinical experience (with video). Gastrointest Endosc 2016; 84: 649–655.