

БИЛИЈАРНА КАЛКУЛОЗА - ДИЈАГНОСТИКА И ТЕРАПИЈА

Секулић С., Косановић Р., Лазић Б., Добричанин В.

Хируршка клиника, Медицински факултет, Универзитет у Приштини

BILIOUS CALCULOSIS - DIAGNOSTIC AND THERAPY

Секулић С., Косановић Р., Лазић Б., Добричанин В.

Clinic of surgery, Faculty of Medicine, University of Priština

SUMMARY

Background: Ultrasonography(US) is a method in diagnosis of hepatobillious tracts. Due to the construction of modern ultrasound facilities this method presents one of the most important method in this field due to the fact that it is: uninvasive method, it does not procedure harmful biological effect; it does not demand contrastive means, there are no counter indications known, and it does not provoke uneasiness to patient. Methods:200 patients were treated ultrasonographically at Surgical Clinic Faculty of Medicine in Pristina. Results: In 119(59,9%) cases calculus in gallbladder was localised ultrasonographically and in 131(65,5%) cases operatively. Calculus was found in Hartmann's place in 60 (30%) cases ultrasonographically and in 65(32,5%) cases operatively. Calculus in d.cysticus was operatively found in 4 (2,0%) cases and it was not found ultrasonographically. Solitary calculus was found ultrasonographically in 52 (26,0%) cases and it was confirmed operatively 47 (23,5%) cases. Multiple calculus was diagnosed ultrasonographically in(148 74%) cases, and operatively in 153(76,5%) cases. Anteroposterious radius of gall bladder was found ultrasonographically to be 3 or more then 5 cmm long in 109(54,5%) cases, and operatively in 111(55,5%) cases. Gallbladder wall size higher than 3 mm was found US in 149(74,5%) cases, and operatively in 137 (68,5%) cases. Choledocholithiasis was US diagnosed in 29 (53,7%) cases and operatively in 54 cases. Gallbladder carcinom was US diagnosed in 5(2,5%), and operatively found in 7 (3,5 %) cases, 6 (3,0%) gallbladder path carcinomes were not US diagnosed. Conclusion:Those results show that ultrasonography is a method of chois in gallbladder diseases treatment accuracy of the method equals 89,5% on our clinical material.

Key words: Ultrasonography (US), Gallbladder, Calculus, Operation.

САЖЕТАК

Ултрасонографија (УС) је метод у дијагностиковању хепатобилијарног тракта. Захваљујући постојању модерних апарата овај метод представља један од најважнијих у овом пољу, захваљујући чињеници, а то је: неинвазивни метод који не изазива штетни биолошки ефекат; не захтева контрастивна средства, не постоје контраиндикације и не изазива неугодност код болесника. На хируршкој клиници Медицинског факултета у Приштини ултрасонографском методом третирано је 200 болесника. Ултрасонографском методом локализован је камен жучне кесе код 119 (59,9%) болесника, а код 131 (65,5%) болесника оперативном методом. Код 60 болесника (30,0%) ултрасонографском методом камен је пронађен на Хартмановом месту, а код 65 (32,5%) болесника оперативним путем. Камен у дуктусу цистикусу је пронађен оперативним путем код 4 (2,0%) болесника, а није откривен ултрасонографском методом. Појединачна калкулоза је откривена ултрасонографском методом код 52 (26,0%) болесника, а потврђена оперативним путем код 47 (23,5%) болесника. Мултипна калкулоза је дијагностикована ултрасонографском методом код 148 (74,0%) болесника, а оперативном код 153 (76,5%) болесника. Антеро-постериорни дијаметар жучне кесе измерен ултрасонографском методом износи 3 или више од 5 цм код 109 болесника (54,5%), а оперативним путем код 111 (55,5%) болесника. Измерена дебљина зида жучне кесе била је 3 мм, а откривена је ултрасонографском методом код 149 (74,5%) болесника, а оперативним путем код 137 (68,5%) болесника. Холедохолитијаза дијагностикована је ултрасонографском методом код 29 (53,7%) болесника, а оперативним путем код 54. Карцином жучне кесе дијагностикован је ултрасонографском методом код 5 (2,5%) болесника, а оперативним путем код 7 (3,5%) болесника; код 6 (3,0%) болесника карцином жучних путева није дијагностикован ултрасонографском методом. Ови резултати показују да је ултрасонографија метода избора за дијагностиковање обољења жучне кесе и у 89,5% на нашем материјалу потврђена је хируршким методама.

Кључнe речи: Ултрасонографија (УС), Жучна кеса, Камен, Операција.

УВОД

Иако је ултразвук откривен пре рендгенских зрака, рендгенска дијагностика је читав низ година представљала основу дијагностике билијарног тракта. Ултразвук (УЗ) у дијагностици билијарног тракта увео је

Lehman. Принцип методе је у рефлектовању ултразвучних таласа, који се региструју у виду томограма на коме се запажају одступања од нормалног. За ултрасонографију не постоје контраиндикације, са успехом се изводи

без обзира на стање болесника и испитиваног органа. Не представља оптерећење или нелагодност за болесника, није познато штетно биолошко дејство, не изискује примену контрастних средстава тј, није инвазивна метода. Отежавајући фактори за извођење УЗ дијагностике су: гојазност болесника, метеоризам, свежи постоперативни шавови и баријум у цревима. Међутим, дијагностички успех је уско везан са стручношћу и искуством ултрасонографичара.

Од абдоминалних обољења посебно место заузимају болести билијарног тракта. Холелитијаза је обољење са изразитом тенденцијом раста како у нас тако и у свету. У нашој земљи данас болује 2-3% становништва са билијарном литијазом, а у порасту је и број оболелих од карцинома жучне кесе преко 2,5%. Холелитијаза заузима централно место у патологији билијарног тракта, јер све остале болести најчешће су њене последице или компликације.

Величина жучне кесе варира. Нормална дужина не прелази 10 цм (Weil) а попречни пречник до 4 цм. Нормална дебљина зида жучне кесе је 3 мм, код упадљивих процеса од 3,5 до 17 мм (Weil, Raghavendri, Worthen). Локализација калкулозе је најчешћа у жучној кеси, и ако се могу наћи у свим деловима интра и екстрахепатичним жучним водовима, или истовремено захватају цео билијарни систем (Glem). Калкулоза је солитарна или мултипла, различитог облика и величине. Pichler наводи да је преоперативни проценат УЗ дијагностике карцинома жучне кесе свега 8,6%. Бенигни тумори, као аденом, полип, липом су ретки (Yet Hsu Chang).

Према подацима из доступне литературе сигурност УЗ у дијагностици билијарне калкулозе је изнад 90% (Leopad). Налаз ултрасонографије од вредности је и када је негативан за болести билијарног тракта, јер указује на други узрок симптома, или елиминисањем неколико органа усмерава испитивање у одређеном правцу.

МАТЕРИЈАЛ, МЕТОДЕ РАДА И РЕЗУЛТАТИ

На Хируршкој клиници Медицинског факултета у Приштини обрадили смо 200 болесника са обољењима билијарног тракта. Женски пол је заступљенији (75%) у односу на мушки (25%). У животној доби између 40 - 70 година најчешће је било оболелих са тенденцијом раста броја оболелих од билијарне калкулозе према млађем узрасту. Обољења билијарног тракта била су најчешћа код домаћица (37%), пензионера (25%), радника (24%) итд. Сем клиничких симптома и других доступних дијагностичких метода билијарног тракта код свих 200 наших болесника урађена је ултрасонографија која је компарирана са оперативним налазом. Напомињем да су ултрасонографичари били из различитих здравствених установа.

Код наших болесника преоперативно је ултрасонографски калкулоза жучне кесе дијагностикована код 179 (89,5%) болесника, а оперативно код свих 200

наших болесника. У односу на локализацију калкулоза, ултрасонографски дијагностиковали смо код 119 (59,9%) а оперативно код 131 (65,5) болесника калкулозу у лумену жучне кесе. У Hartmann-овом простору је оперативно калкулоза дијагностикована код 65 (32,5%) а УЗ код 60 (30,0%) болесника. Оперативно је калкулоза у 4 (2,0%) болесника нађена у d. cysticus, док УЗ није дијагностикована. Самим тим постоји и статистичка значајност оперативног и УЗ налаза у односу на локализацију ($p < 0,001$). Солитарна калкулоза је УЗ нађена код 52 (26,0%) а оперативно потврђена код 47 (23,5%) болесника. Дијагноза мултипле калкулозе УЗ је постављена код 148 (74,0%), а оперативно нађена код 153 (76,5%) болесника. Статистички гледано постоји значајна разлика између УЗ и оперативног налаза код солитарне и мултипле калкулозе. УЗ је у 106 (53,0%) болесника дебљина жучне кесе била до 4 мм а оперативно код 108 (54,0%). Код наших болесника због обољења жучне кесе дебљина зида се у 48,5% наших болесника кретала од 4 - 6 мм, иако смо у 1,0% имали дебљину зида жучне кесе 1 мм или у 2,0% 19 мм. Дужина жучне кесе оперативно је у 159 (79,5%) била од 6-10 цм, а УЗ код 174 (87,0%). Статистички гледано постоји значајна разлика (Т тест пропорционалности = 4,13; $p < 0,001$). Такође постоји статистичка разлика УЗ и оперативног налаза антеро-постериорног пречника жучне кесе (у 88,0% износио 4 - 6 цм).

Најчешћи узрок опструктивног иктеруса код наших болесника била је холедохолитијаза. Оперативно је потврђена код 36 а УЗ нађена код 29 (53,7%) болесника. Карцином жучне кесе је дијагностикован УЗ код 5 (2,5%) , оперативно потврђен код 7 (3,5%) болесника, док код 6 (3,0%) болесника дијагноза је постављена на операционом столу.

Леталитет болесника зависио је од оперативног налаза, општег стања болесника, старост, пратеће болести и време од почетка болести. Леталитет на нашој клиници био је 1,5%.

ДИСКУСИЈА

Компаративна анализа УЗ и оперативног налаза урађена је код 200 наших болесника због болести билијарног тракта. У највећем проценту се радило о калкулози 97,3%, а калкулозној упали жучне кесе у 2,7% као и малигним обољењима. Према доступној литератури ултразвучна дијагностика билијарног тракта сигурна је у 90-95% (Leopad, Vujičić). На нашем материјалу оперативно је тачност УЗ дијагностике потврђена у 89,5% случајева.

Међутим, УЗ дијагностику је радио већи број ултрасонографиста, који су и различито едуковани. Холелитијаза је најчешћа код наших болесника старости од 40-60 година, са тенденцијом раста ка млађем животној доби. Однос полова био је 3:1 у корист женског, што наводи и Hatfield.

Дужина жучне кесе варира. Нормална дужина не прелази 10 -13 цм (Weil, Teulor), док смо ми нашли у 68,0% случајева дужину жучне кесе од 7 -10 цм УЗ и по-

од 4 - 6 cm, радило се о жучној кеси са знацима запаљења. Дебљина жучне кесе на нашем материјалу је у 76% износила преко 3 mm (нормално до 3 mm, Weill, Raghavendri), што је знак да се радило о упалном процесу (према Deithu дебљина зида од 3,5 mm узима се као почетна фаза запаљења жучне кесе).

Малигноме жучне кесе дијагностиковали смо преоперативно УЗ у свега 2,55%, док Ruiz наводи преоперативну дијагностику до 8,6% болесника ултразвучком.

ЗАКЉУЧАК

Ултрасонографску дијагнозу обољења билијарног тракта поставили смо код 89,5% наших болесника и оперативно потврдили. УЗ има великог значаја у постављању тачне преоперативне дијагнозе билијарног тракта, на тај начин олакшава и убрзава хируршки захват ка излечењу болести. С друге стране, провера УЗ налаза хируршким путем представља најбољи начин за ултрасонографисту да провери своје налазе и тако анализира узроке начињених грешки. УЗ је само једна од дијагностичких метода у постављању дијагнозе обољења билијарног тракта. Због непостојања контраиндикација за извођење, УЗ треба да има предност у односу на остале рентген дијагностике. Међутим, за тачност УЗ неопходно је знање, искуство и вестина ултрасонографисте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Akimoto S.: Intraoperative ultrasonography and ultrasonographically guided hepatectomy. *Toshiba Med. Review* 7, 1982.
2. De-Alba-Quintanilla F. et al.: Ultrasonoic evaluation of the gallbladder during pregnancy, *Ginecol. Obstet. Mex.*, 65, 1997.
3. Holt W.R., Wagner R., Homa M.: Ultrasonic diagnosis of cholelithiasis. *J. Pediatrics* 418-9, 1997.
4. Raghavendra N.B. et al: Acute cholecystitis: Sonogra-

phic-pathologic analysis., *AJR* 137, 1981.

5. Sekulić S., Kosanović R., Simić P.: Surgical treatment of choledocholithiasis, *European IHPBA congress "Hamburg '97"* 1997, 503-6.

6. Taylor K.: *Atlas of Gray-Scale ultrasonography*, Churchill Livingstone, New York- Edinburgh-London, 1978.

7. Вујичић Ц.; Компаративни дијагностички налази инвазивним и неинвазивним методама испитивања у обољењима јетре, докторска дисертација, Приштина, 1990.

8. Weil F.: *Cholelithiasis and cholecystitis u: Ultrasonography bof Digestive Diseases*, 240-63. C, V, Mosby Comp., St. Louis, 1978.

9. Larraz-Mora, E.; Mayol, J et al: *Open Biliary Tract Surgery: Multivariate Analysis of Factors Affecting Moratlity. Digestive Surgery*; 16/3/99, 204-209.

10. Smadja, Blumgart HL. *The biliary tract and the anatomy of biliary exposure*. In Blimgart HL, ed. *Surgery of the Liver and Biliary Tract*. 2nd ed. Edinburgh London Madrid Melbourne New York and Tokio: Churchill Livingstone, 1994.

11. Mueller JC, Jones AI, Long JA. *Topographic and sub-cellular anatomy of guinea pig. gallbladder. gastroenterology* 1972; 63:856-859.

12. Toouli J. *Biliary tract motility*. In: Toouli J, ed. *Surgery of the Biliary tract*. Edinburgh London Madrid Melburne New York and Tokio: Churchill Livingstone, 1993:21-32.

14. Gibney EJ. *Asymptomatic gallstones*. *Br. J Surg.* 1990; 77:368-372.

15. Coopergerg PL, Burhenne HJ. *Diagnostic technique of choice in calculous gallbladder disease*. *New England Journal of Medicine* 1980;302:1277-1279.

16. Mujabed Z, Evans JA, Whalen JP. *The non-opacified gallbladder on oral cholecystography*. *Diagnostic Radiology* 1974; 112: 1-3.

17. Sjodahl R, Tagesson C. *On the development of primary acute cholecystitis*. *Scandinavian journal of Gastroenterology* 1983;18:577-579.

18. Williamson RCN. *Acute cholecystitis*. In: Williamson RCN, Cooper MJ eds. *Emergency abdominal surgery*. Edinburg: Churchill Livingstone, 1990: 110-127.

19. Siegel MJ, Corel C, Surratt S. *Ultrasonography for acute abdominal pain in children*. *JAMA*, 1991; 266: 1987-1989.