

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja Cholecystitis, cholangitis

Készítette: A Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

1. Definíció

A fogalom alatt az epehólyag, illetve az epeutak gyulladását értjük, ami lehet akut vagy krónikus. Az akut gyulladás mind gyakoriságát, mind veszélyességét illetően sokkal fontosabb, mint a krónikus. Emellett ha a minősítő jelzőt (akut vagy krónikus) nem használjuk, akkor általában az orvosi közvélemény az akut gyulladást érti. A krónikus gyulladás panaszokat okozó volta egyértelműen nem bizonyított, és emiatt a terápiás tennivalók is bizonytalanok. Mindezen okok miatt a továbbiakban *cholecystitis* és *cholangitis* alatt az epehólyag és az epeutak akut gyulladását értjük.

2. A betegség leírása

Incidencia/Prevalencia/Morbiditás/Mortalitás Magyarországon

Cholecystitis az epeköves betegek mintegy 5%-ánál, azaz a felnőtt lakosság 0,5–1%-ánál alakul ki az élet folyamán. A *cholangitis* gyakorisága a felnőtt lakosság 1–2 ezrelékére becsülhető.

3. Kiváltó tényezők

A betegség létrejöttében az epehólyag, illetve epeutak kiürülési zavarának elsődleges jelentősége van, ezt a zavart túlnyomó többségben kő okozza. Az epeutak esetében a kő mellett a posztoperatív heges szűkület, valamint a tumor is szerepet játszik, és az esetek több mint felében az elzáródás mellett iatrogén ok (pl. ERCP) is kimutatható.

II. Diagnózis

1. Anamnézis

Cholecystitis esetében jellegzetes, cholangitisnél gyanút keltő.

2. Fizikális vizsgálatok

Cholecystitis esetén jellegzetes, cholangitisnél kevésbé, de mindenképpen gyanút keltő.

3. Kötelező diagnosztikai vizsgálatok

3.1. Laboratóriumi vizsgálatok

A cholecystitist nem bizonyítják, de a gyulladós tünetek az anamnézis és status alapján támadt feltételezést erősítik.

A cholangitis jellegzetes laboratóriumi tünetegyüttesel jár, ami az anamnézissel és statussal együtt a betegséget nagy valószínűséggel igazolja. Ennek ellenére a választandó kezelés miatt további műszeres, diagnosztikus tevékenység szükséges.

3.2. Képalkotó vizsgálatok

3.2.1. Hasi UH-vizsgálat

A hasi UH-vizsgálatnak mind a szenzitivitása, mind pedig a specificitása a cholecystitis

diagnózisában meghaladja a 90%-ot. Emiatt a vizsgálat negatív vagy pozitív volta eldönti azt a kérdést, hogy a betegnek van-e cholecystitise, vagy nincs.

3.2.2. Hasi szonográfia

A cholangitis vonatkozásában az első műszeres vizsgálat ugyancsak a hasi szonográfia. A hasi UH-vizsgálat nem is annyira az epeutak gyulladásának tényét, mint inkább a gyulladásra hajlamosító elzáródás tényét és helyét igazolja. Ilyen tekintetben a vizsgálat specificitása megközelíti a 90%-ot, szenzitivitása azonban csak 60% körüli.

4. Egyéb

4.1. ERCP

Cholecystitis miatt szükségtelen.

Cholangitis esetén diagnosztikus informativitás miatt is el kell végezni.

5. Kiegészítő diagnosztikai vizsgálatok

5.1. CT, CT-kolangiográfia, MR-kolangiográfia

Cholecystitis miatt rendszerint szükségtelen.

Cholangitisnél terápiás konzekvenciájuk miatt szükségesek lehetnek, ha az ERCP anatómiai, technikai ok miatt nem végezhető.

5.2. Koleszcintigráfia

Cholecystitis esetén – kétséges UH-lelet mellett – kivételesen szükséges lehet.

III. Kezelés

A) NEM GYÓGYSZERES KEZELÉS

1. Fizikai aktivitás

Konzervatív kezelés esetén ágynyugalom javasolt.

2. Diéta

Mind műtéti, mind konzervatív kezelés esetén javasolt.

B) GYÓGYSZERES KEZELÉS

1. Ajánlott gyógyszeres kezelés

Amennyiben bármely okból a tünetek kezdetétől számított 24, de legkésőbb 48 órán belül műtét nem végezhető, a kezelés elsősorban konzervatív (ágynyugalom, diéta, antibiotikum-kezelés) a heveny tünetek megszűntéig. Utóbbi elérése után elektív műtéti megoldás (cholecystectomy) szükséges.

C) SEBÉSZETI KEZELÉS

1. Műtéti indikáció

A cholecystitis kezelése műtéti, ami megítélés szerint lehet a hagyományos laparotomiával végzett cholecystectomy, vagy a laparoskopos cholecystectomy. Mindenképpen a laparoskopos megoldás élvez elsőbbséget.

A műtét sürgős, azaz lehetőség szerint a tünetek kezdetétől számított 24, de legkésőbb 48 órán belül el kell végezni. Amennyiben bármilyen ok miatt ezen időintervallumban a műtét nem végezhető, a kezelés elsősorban konzervatív a heveny tünetek megszűntéig. Utóbbi elérése után elektív műtéti megoldás (cholecystectomy) szükséges.

A cholecystitis nem műtéti, invazív kezelése (punkcióval az epehólyag leszívása, endoszkópos megoldás) csak kivételesen, egyéni megítélés szerint végezhető.

A cholangitis kezelésénél az elsődleges cél feltétlenül az epeutak dekompresziója.

Ennek módjai:

- Az elsődlegesen választandó terápiás ERCP során az elzáródás megszüntetése (kőeltávolítás, nasobiliaris drén, endoprotézis).
- Amennyiben ERCP anatómiai okból nem végezhető, műtéti dekompreszió (kőeltávolítás, biliodigestív anasztomózis) szükséges.
- Akár terápiás ERCP-re, akár műtetre kerül sor, ezt mihamarabb, lehetőség szerint 1-2 napon belül el kell végezni. Az idő haladtával ugyanis egyre nagyobb a szövődményként előforduló májtályog és biliaris nephropathia kialakulásának veszélye.

2. Műtéti előkészítés

Diéta, szükség szerint folyadék-, elektrolit- és kalóriapótlás, valamint kiegészítő antibiotikum-kezelés szükséges.

3. Posztoperációs teendők

Diéta, szükség szerint folyadék-, elektrolit- és kalóriapótlás, valamint kiegészítő antibiotikum-kezelés szükséges.

A szakmai protokoll érvényessége: 2008. december 31.