
Katedra i Zakład Radiologii. Wydział Lekarski. Akademia Medyczna w Lublinie
Kierownik: doc. dr med. Stanisław Bryc

Stanisław BRYC, Zofia BIEGANOWSKA,
Kazimiera PŁOCKA, Bernard JAKUBIUK,
Irena DAROSZEWSKA

Ocena przydatności badania tomograficznego w radiodiagnostyce pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych

Оценка пригодности томографического исследования для радиодиагностики
желчного пузыря и желчных путей

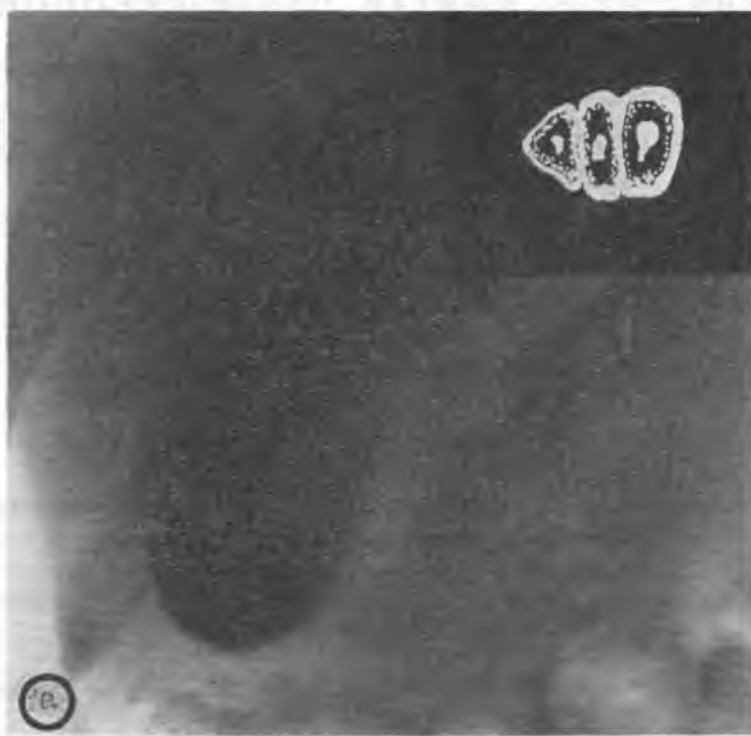
An Evaluation of Tomographic Examinations in Radiodiagnosis of the Pathology
of the Gall Bladder and Bile Ducts

W celu rozpoznawania szeregu stanów chorobowych pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych stosujemy różnorodne techniki badania radiologicznego. Metodą pozwalającą na przyżyciowe uwidocznienie tych narządów jest cholecystografia doustna i dożylna. W pewnych stanach chorobowych duże znaczenie rozpoznawcze posiada cholangiografia śródoperacyjna. Ma to szczególnie miejsce w przypadkach niewykrycia na zdjęciach cholecystograficznych zarówno metodą doustną, jak i dożylną kamieni w pęcherzyku żółciowym, a zwłaszcza w przewodzie żółciowym wspólnym. Z piśmiennictwa wynika, że w 10% do 20% przypadków kamica nie jest rozpoznawana na zdjęciach sumacyjnych cholecystograficznych, a nawet podczas zabiegu operacyjnego (2, 6).

W celu zmniejszenia omyłek wynikających z zakresu wydolności tych metod stosuje się w szeregu ośrodkach badania warstwowe. Ich wartość jest oceniana różnie (1, 12). Celem naszego doniesienia jest wykazanie przydatności techniki tomograficznej w doustnych badaniach cholecystograficznych u chorych podejrzanych klinicznie o procesy chorobowe pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych.

MATERIAŁ I METODY

Materiał obejmuje 48 chorych, u których wykonano ze wskazań klinicznych doustną cholecystografię według przyjętych ogólnie zasad (9, 11). Jako środka cieniującego używano „cystobil” w ilości od 3 do 6 g w zależności od wagi ciała. Mężczyzn było 7, kobiet — 41. Wiek badanych wahał się w granicach od 20 do 58 lat, przy czym średnio wynosił 35 lat.



Ryc. 1. Przypadek I. a — cholecystografia sumacyjna, b — schemat tomogramu; objaśnienia w tekście
Case I. a — plain cholecystography, b — scheme of tomography; explanations in the text

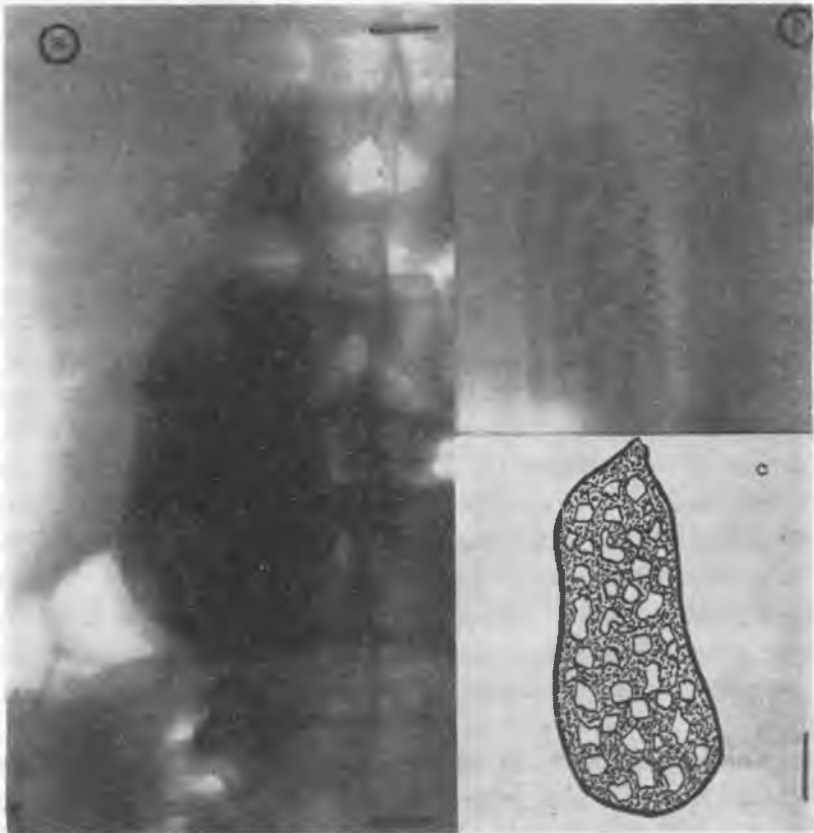
Bezpośrednio po ukończeniu badania cholecystograficznego dokonywano badań tomograficznych w kilku warstwach. Ułożenie chorego było identyczne jak podczas zwykłej cholecystografii sumacyjnej. Pęcherzyk żółciowy był widoczny na głębokości od 3 do 4 cm zależnie od budowy anatomicznej chorego. Przewód żółciowy wspólny w początkowym odcinku najczęściej znajdował się w naszym materiale na głębokości od 6 do 7 cm. Przewód ten częściej uwidaczniał się na zdjęciach warstwowych w porównaniu ze zdjęciami standardowymi. Szerokość jego wahała się w granicach od 3 do 12 mm. Za normę można według niektórych autorów uważać szerokość przewodu żółciowego wspólnego do 7 mm (10). Inni uważają za górną granicę normy szerokość 12 mm (8).

Na podstawie zdjęć cholecystograficznych rozpoznano nie cieniujące kamienie w pęcherzyku żółciowym u 6 osób, zaś w drogach żółciowych u 1 chorego. Badaniem warstwowym wykryto u dalszych 2 osób kamieć

pęcherzyka żółciowego i u 1 chorego w przewodzie pęcherzykowym. Dla przedstawienia wartości badania warstwowego podajemy własne przypadki:

Przypadek 1 — Chora H. K., lat 28 (nr hist. chor. 278/40) została przyjęta do III Kliniki Chorób Wewnętrznych w Lublinie (kierownik: doc. dr med. W. Szewczykowski) z powodu dolegliwości charakterystycznych dla stanu zapalnego pęcherzyka i dróg żółciowych. Badania laboratoryjne w granicach normy. Zdjęcie przeglądowe podżebrza prawego nie wykazało zmian patologicznych. W badaniu cholecystograficznym wykazano w okolicy dna pęcherzyka obecność uchyłkowatego tworu wielkości wiśni (ryc. 1 a). Na zdjęciach warstwowych w obrębie uchyłka zostały uwidocznione konkrementy żółciowe (ryc. 1 b).

Przypadek 2 — Chora O. M., lat 26 (nr hist. chor. 3479) przyjęta do II Kliniki Chirurgicznej AM w Lublinie (kierownik: doc. dr med. M. Zakryś) z podejrzeniem kamicy żółciowej. Badania laboratoryjne w granicach normy. Wykonana



Ryc. 2. Przypadek II. a — cholecystografia sumacyjna, b — tomogram,
c — schemat tomogramu; objaśnienia w tekście

Case II a plain cholecystography, b — tomography, c — scheme of tomography;
explanations in the text

doustna cholecystografią wykazała prawidłowe wypełnienie żółcią jodową pęcherzyka żółciowego (ryc. 2 a). Na zdjęciu tomograficznym na głębokości 4 cm uwidocznione zostały drobne mnogie przejaśnienia odpowiadające konkretnym żółciowym (ryc. 2 b, c). Zabieg operacyjny w pełni potwierdził rozpoznanie radiologiczne.

OMÓWIENIE

Z przedstawionego materiału i piśmiennictwa wynika, że badanie warstwowe zwiększa w szeregu przypadkach pewność wniosków rozpoznawczych w porównaniu z badaniem sumacyjnym cholecystograficznym. W niektórych przypadkach jest to jedyna metoda umożliwiająca rozpoznanie ujawniając obrazy radiologiczne, niewidoczne na zdjęciach cholecystograficznych wykonanych zwykłą techniką. Wiadomo, że na zdjęciach sumacyjnych cholecystograficznych do najczęstszych przyczyn, obniżających wartość diagnostyczną należą takie czynniki jak: niskie stężenie żółci cieniującej, przesłonięcie obrazu dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego gazami jelitowymi, kałem lub moczem cieniującym, znajdującym się w prawej miednicy nerkowej. Także wydalona do dwunastnicy żółć jodowa wpływa niekorzystnie, powodując zatarcie obrazu sumacyjnego.

Wpływ tych czynników może być znacznie złagodzony bądź zupełnie wyeliminowany przy pomocy badania warstwowego. Niekiedy cienie i przejaśnienia spowodowane przez treść w przewodzie pokarmowym nie tylko przesłaniają obraz przewodów żółciowych i pęcherzyka, ale nierazko bywają przyczyną złudnych obrazów radiologicznych kamicy. W tych przypadkach decydujące znaczenie w prawidłowym rozpoznaniu posiada badanie warstwowe (4, 5, 7). Badanie to ma jednak i ujemne strony. Jest bardziej kosztowne, czasochłonne i może być wykonane jedynie w większych zakładach rtg. Również nie bez znaczenia jest dodatkowe napromieniowanie badanego promieniami X. Dlatego też wydaje się nam, że badanie takie winno ograniczać się jedynie do przypadków, w których na zdjęciach sumacyjnych cholecystograficznych nie wykazano zmian patologicznych, natomiast istnieją ku temu uzasadnione objawy kliniczne.

Należy nadmienić także, że nie zawsze drobne nie cieniujące kamienie mogą być uwidocznione na zdjęciach tomograficznych. W tych przypadkach dobre rezultaty uzyskać można drogą stosowania warstw przekroju wynoszących 0,5 cm. W naszych warunkach uważamy, że wystarcza do uzyskania dobrego rozpoznania wykonanie około 5 zdjęć warstwowych w typowym ułożeniu chorego na brzuchu na głębokościach od 3 do 7 cm.

PIŚMIENNICTWO

1. Ahlemann H. R., Lange L.: Fortschr. Röntgenstr. 78, 554, 1953.
2. Byrne R. V.: Am. J. Surg. 78, 1949.
3. Candon J., Pelissier M.: J. Radiol. Electrol. 39, 847, 1958.
4. Cabanis H. W.: Forstsch. Röntgenstr. 87, 465, 1957.
5. Gładysz B.: Tomografia. PZWL, W-wa 1962.
6. Hess W.: Operative Cholangiographie. Georg. Thieme, Stuttgart 1955.
7. Jones J. D. B., Manton D. J., Pick E. J.: Brit. J. Radiol. 33, 386, 1960.
8. Kocou T.: Pol. Przeg. Radiol. i Med. Nukl. 32, 245, 1968.
9. Murczyński Cz.: Rentgenologia kliniczna. T. I, II. PZWL, W-wa 1950.
10. Skorzyński K.: XIX Zjazd Radiologów Polskich w Lublinie, PZWL, Warszawa 1960, 151.
11. Stenhouse D.: Brit. J. Radiol. 29, 345, 498, 1956.
12. Zgliczyński S. L.: Radiologia, PZWL, W-wa 1967, 238.

Otrzymano 23 VII 1968.

РЕЗЮМЕ

Исследования проводились на 48 больных. Полученные результаты и литературные данные позволяют сделать вывод о том, что томографические исследования можно проводить лишь тогда, когда обычная холецистография не позволяет обнаружить патологических изменений, а клиническая картина указывает на наличие болезненного процесса.

SUMMARY

The paper presents an evaluation of the usefulness of tomographic examinations in radiodiagnosis of the gall bladder and bile ducts as applied on 48 patients. Tomographic examinations ought to be performed only in those cases in which plain procedure does not reveal any abnormalities.

