



Příprava pacienta k ERCP, sledování po výkonu **a následné komplikace po výkonu**

ERCP je endoskopická metoda k vyšetření žlučových cest a pankreatického vývodného systému transduodenální cestou využívající rentgenologické vyšetření k zobrazení pankreatobiliárního systému. Na diagnostické vyšetření zpravidla navazuje při jednom sezení i terapeutický zákrok, na který musí být nemocní připraveni (papilosfinkterotomie, duodenobiliární drenáž, nasobiliární drenáž, extrakce konkrementů, mechanická litotrypse, cytobrushing, drenáž cystoidu atd.).

Příprava nemocných před výkonem

- podepsaný informovaný souhlas k výkonu nemocným i ošetřujícím či indikujícím lékařem po důsledném vysvětlení charakteru výkonu, přípravě k výkonu a možných následných komplikací
- žádanka na vyšetření z elektronického systému Medea, chorobopis či RTG dokumentace
- před vyšetřením 6 hodin nejíst a nekouřit
- 2 hodiny před vyšetřením nepít
- nemocní s diabetem mellitem léčení perorálními antidiabetiky nedostávají ranní léky až do obnovení perorálního příjmu, v případě inzulinodependentního diabetu či nutnosti podávat insulin je nutná korekce insulinoterapie či podávání vyvázaného insulinu s glukosou do obnovení perorálního příjmu
- 2 hodiny před vyšetřením možno podat nezbytné léky: antiarytmika, nitráty, ATB, antiepileptika, při těžké hypertenzi i antihypertenziva
- léky ovlivňující hemostázu jsou před vyšetřením vysazeny: antiagregancia a kumariny 5 dnů před výkonem s event. podáváním LMWH do INR 1,5 (v případě dlouhodobé antikoagulační léčby nepodávat Kanavit ke korekci protrombinového času)
NSAID v kombinaci s kys. acetylsalicylovou vysadit 5 dnů před výkonem při normální hladině trombocytů
NOAK vysadit 1 den před výkonem s možností podávání LMWH po výkonu
LMWH nepodávat 4 hodiny před výkonem
* v případě ikteru a zvýšeného INR podávání Kanavitu 3 dny před výkonem a v den výkonu či event. plasmy 2 hodiny před výkonem
- před vyšetřením odebrat KO, INR, APTT fakultativně bi, ALT, AST, ALP, GTTP, amylasa S
- v případě oběhové nestability je nemocný před výkonem monitorován na JIP chirurgického či interního oddělení a během výkonu monitorován na endoskopickém pracovišti (domluva s endoskopujícím lékařem o event. substituci krevních derivátů , plasmy či trombokoncentrátů)
- v případě provedení výkonu v celkové anestezii je přítomen přímo u výkonu anesteziolog, který provádí i analgosedaci
- u žen ve fertilním věku nutný údaj o event. graviditě, po porodu údaj o laktaci.
- Alergologická anamnéza s údajem reakce na RTG kontrastní látky v minulosti, event. při pozitivním údaji příprava před vyšetřením: kortikoidy, antihistaminika

- ATB léčba před ERCP vždy u nemocných s obstrukčním ikterem nebo s pseudocystou pankreatu – chinolony 750mg 60-90 min. před výkonem nebo parenterálně 30 min. před výkonem (Ampicillin 2g, Cefoperazon 1-2 g, Ciprofloxacin 200 mg, Tazocin 1-2 g)
- vždy před výkonem zavedení periferní žilní linky (flexila)

Opatření po výkonu

- 30 minut po odeznění analgosedace možný příjem tekutin + pravidelná medikace
- spasmolytické infuze dle klinického stavu nemocného
- za 6 hodin po výkonu vyšetření amylasy v seru s obnovením příjmu per os
- v případě hyperamylasemie možný příjem tekutin, per os strava druhý den po biochemickém odběru amylasy (v případě persistující elevace odběr lipasy k vyloučení indukované pankreatitidy - postup jako u akutní pankreatitidy + ATB)
- časné komplikace po ERCP – krvácení do GIT po papilosfinkterotomii či precutě papily, indukovaná pankreatitida, perforace do retroperitonea – zejména po precutě papily či obtížné duodenobiliární drenáži (CT břicha s kontrastem, CRP, leukocytosa + klinika)
- proplachy nazobiliárního drénu či nazocystického drénu 4x denně dle doporučení endoskopujícího lékaře
- kontrola celkového stavu po déletrvajícím výkonu s nutností prolongované analgosedace či po celkové anestezii (většinou nemocní observováni na JIP)