

## Krwotok do jamy otrzewnej. Rzadkie powikłanie zapalenia pęcherzyka żółciowego

Haemorrhage to the peritoneal cavity. Rare complication of gallbladder perforation

Łukasz Łebkowski, Paweł Białek, Robert M. Proczka, Jerzy A. Polański

II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2008; 3 (3): 142–145

### Streszczenie

Perforacja pęcherzyka żółciowego dotyczy około 2% chorych z ostrym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Perforację skutkującą masywnym krwawieniem do jamy otrzewnej opisano na przykładzie 43 przypadków, w tym jednego występującego w Polsce. W pracy przedstawiono mężczyznę, u którego wystąpiła przezwątrobowa perforacja pęcherzyka żółciowego z krwotokiem do jamy otrzewnej.

**Słowa kluczowe:** laparoscopia diagnostyczna, perforacja, pęcherzyk żółciowy, krwotok.

### Summary

Perforation of the gallbladder occurs in 2% of cases of acute gallbladder disease. Rupture of the gallbladder with massive haemoperitoneum is rare, with fewer than 43 cases reported in the literature including one in Poland. We report a case of transhepatic rupture of the gallbladder with haemoperitoneum.

**Key words:** diagnostic laparoscopy, perforation, gallbladder, haemorrhage.

### Wprowadzenie

Masywny krwotok do jamy otrzewnej jako powikłanie zapalenia pęcherzyka żółciowego występuje niezmiernie rzadko. Przypadek przedstawiony poniżej jest czterdziestym trzecim opisanym w piśmiennictwie światowym [1–6], a drugim w Polsce [7].

### Opis przypadku

Chorego, lat 80, przyjęto do kliniki w ramach ostrego dyżuru z powodu wstrząsu hipowolemicznego i ob-

jawów zapalenia otrzewnej. Chory przed przyjęciem przebywał na oddziale chorób wewnętrznych, gdzie był diagnozowany w związku z trwającymi od 2 dni bólami w nadbrzuszu. Wiarygodny wywiad z chorym był niemożliwy do zebrania ze względu na przebyty pół roku wcześniej udar niedokrwienny mózgu z niedowładem połowicznym prawostronnym i afazją typu mieszanego. Chory był również leczony z powodu nadciśnienia tętniczego.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono – stan ogólny średnio ciężki, rytm serca HR 100/min, ciśnienie-

#### Adres do korespondencji

lek. med. Łukasz Łebkowski, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Stępińska 19/25, 00-739 Warszawa, e-mail: lebkowski@wp.pl

nie tętnicze RR 90/50, brzuch napięty, z żywą obroną mięśniową w nadbrzuszu i prawym górnym kwadrancie, ze ściszoną perystaltyką bez wyczuwalnych oporów patologicznych. Nie odnotowano żadnych śladów urazu ściany klatki piersiowej i jamy brzusznej. Wyniki badań laboratoryjnych przedstawiono w tab. I. W badaniu EKG ustalono rytm zatokowy miarowy 100/min, bez cech niedokrwienia mięśnia serca.

Przeprowadzono badanie rentgenograficzne klatki piersiowej (zdjęcie w pozycji leżącej). Na jego podstawie stwierdzono zaburzenia upowietrzenia środkowych i dolnych przysercowych partii płuca prawego, nieduże zmiany podobnego charakteru po stronie lewej, ponadto aortę miażdżycową, serce lewokomorowe.

W badaniu ultrasonograficznym rozpoznano pęcherzyk żółciowy wypełniony niejednorodnymi masami o pogrubiałej ścianie, odcinek przewodu żółciowego wspólnego poszerzony do 15 mm i nieposzerzone drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe. W sąsiedztwie dna pęcherzyka żółciowego odnotowano niejednorodną masę o wymiarach 4 × 7,5 cm oraz umiarkowaną ilość wolnego płynu nad śledzioną i w miednicy mniejszej międzypęłowo. Wykonano laparocentezę diagnostyczną (ang. *abdominal tap*) z wkłucia pod pępkiem, uzyskując wypływ krwi. Chorego zakwalifikowano do operacji w trybie doraźnym ze wstępnym rozpoznaniem uszkodzenia wątroby lub śledziony.

Zdecydowano się na zabieg metodą laparoskopową. Odmę otrzewnową 12 mm Hg wytworzono przez port do laparocentezy. Wkłuto trokar 10 mm pod pępkiem, przez który wprowadzono kamerę 30°. Następnie pod kontrolą wzroku wkłuto trokar 5 mm w lewym śródbrzuszu. Stwierdzono dużą liczbę skrzepów i ilość krwi w jamie otrzewnej zakrywających wnękę i brzeg



**Ryc. 1.** Obraz przedstawiający okolice podprzeponową prawą

**Tab. I.** Wyniki badań laboratoryjnych

WBC	9,68 K/ $\mu$ l
RBC	3,03 K/ $\mu$ l
HGB	9,9 g/dl
HCT	28%
PLT	187 K/ $\mu$ l
AST	52 IU/l
bilirubina	0,5 mg/dl

wątroby (ryc. 1.). Nie podjęto próby preparowania w tej okolicy. Dodatkowo górna powierzchnia wątroby przykryta była siną, jednolitą masą sugerującą możliwość pęknięcia guza (ryc. 2.). W lewej okolicy podprzeponowej zaobserwowano dużą ilość krwi. Wkłuto dodatkowy trokar 5 mm w lewym śródbrzuszu, przez który wprowadzono ssak, odsysając około 300 ml krwi. To pozwoliło uwidocznić śledzionę bez cech uszkodzenia (ryc. 3.).

Wobec niejasnej oceny wnęki wątroby zdecydowano się na konwersję do laparotomii. Cięciem Kochera otwarto jamę otrzewnej, znajdując dużą liczbę skrzepów i ilość krwi. Łączna jej utrata wyniosła około 2000 ml. Zlokalizowana wcześniej sina masa pokrywająca brzeg wątroby okazała się wymodelowanym skrzepem, który w czasie laparoskopii oddzielony od powierzchni przeponowej mógł sprawiać wrażenie guza wątroby. Delikatnie usunięto całą masę, docierając do wnęki wątroby. Nie odnaleziono całego pęcherzyka żółciowego, jedynie jego fragmenty oraz tylną rozerwaną ścianę drążącą do łoży. Nie odnaleziono złożeń żółciowych i źródła aktywnego krwawienia,



**Ryc. 2.** Okolica nadwątrobowa. Nie uwidoczniło wyraźnie brzegu wątroby



**Ryc. 3.** Okolice podprzeponowa lewa. Duża ilość krwi. Śledziona niewidoczna. Stan przed odsysaniem

choć obraz wnęki wątroby sugerował przetorebkowe pęknięcie jej mięszu. Usunięto odnalezione fragmenty pęcherzyka żółciowego. Pozostawiono dren we wnęce wątroby, a ranę zeszyto warstwowo.

Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Chorego wypisano w 10. dobie po zabiegu. W badaniu histopatologicznym wykazano ropowicze zapalenie pęcherzyka żółciowego.

## Dyskusja

Perforacja pęcherzyka żółciowego w ostrym stanie zapalnym jest jednostką chorobową dobrze znaną i dotyczy 2–10% osób [8]. Niemeier zaproponował w 1934 r. system klasyfikacji przedziurawienia pęcherzyka żółciowego. Według tej klasyfikacji typ I stanowiło przedziurawienie przewlekłe z wytworzeniem przetoki do jelita lub skóry, typem II określano przedziurawienie podostre z wytworzeniem ropnia i nacieku przykrywającego miejsce przedziurawienia, a III – przedziurawienie ostre do wolnej jamy otrzewnej [9]. U osób z zapaleniem pęcherzyka żółciowego najczęściej występuje typ II. Obserwuje się go u 2,2–15,6% chorych [2, 7]. Wśród czynników ryzyka wymienia się wcześniejsze epizody zapalenia pęcherzyka żółciowego, zaawansowany wiek, płęć męską, współistniejące choroby, uogólnioną miażdżycę, tętniak tętnicy pęcherzykowej, proces nowotworowy oraz zaburzenia immunologiczne [2, 3, 6, 7].

Uważa się, że u podłoża wystąpienia przedziurawienia pęcherzyka żółciowego leży zaburzony odpływ żylny z jego ściany, która jest obrzęknięta w procesie zapalnym. Martwica powstaje najczęściej w kontakcie z kamieniem żółciowym, o czym może świadczyć fakt odnajdywania otworów w kieszonce Hartmanna, gdzie najczęściej gro-

madzą się złogi. Drugim osłabionym miejscem jest najmniej unaczyniona okolica dna [5, 6, 10].

Przedstawiony przypadek należy do niezmiernie rzadkiej grupy przedziurawienia pęcherzyka żółciowego z krwotokiem do jamy otrzewnej. Najczęstszym powodem tak masywnego krwotoku jest uszkodzenie tętnicy pęcherzykowej lub mięszu wątroby. W prezentowanym przypadku uszkodzenie wątroby było przyczyną perforacji pęcherzyka żółciowego [11].

Przedoperacyjne ustalenie właściwego rozpoznania jest bardzo trudne i zwykle stanowi zaskoczenie dla operatora podczas zabiegu. Dotychczas opisano jedynie jeden przypadek trafnej diagnozy przedoperacyjnej [6, 12].

W przypadku omawianego chorego podejrzewano uszkodzenie narządów mięszowych w postaci pęknięcia i krwotoku, na co wskazywał jego ogólny stan, objawy wyrównanego wstrząsu hipowolemicznego, badanie USG oraz dodatni wynik laparocentezy diagnostycznej. Laparoscopia okazała się w tym przypadku bezpiecznym narzędziem diagnostycznym pozwalającym potwierdzić wstępne rozpoznanie uszkodzenia narządu mięszowego. Za jej pomocą wykluczono możliwość uszkodzenia śledziony, a konwersja i wybór miejsca wykonania laparotomii był ściśle ukierunkowany. Istotny jest fakt, że brak zmysłu dotyku uniemożliwił ocenę brzegu wątroby wraz ze skrzepem imitującym guz.

Przedstawiona w niniejszym artykule historia choroby 80-letniego mężczyzny potwierdza skuteczność wykonywania szybkiej diagnostyki z używaniem metod wideoskopowych w przypadkach wątpliwych związanych z uszkodzeniem narządów mięszowych jamy brzusznej.

## Piśmiennictwo

1. Meier K, Krause U, Holtmann G, Eigler FW. Upper gastrointestinal haemorrhage caused by necrotizing cholecystitis with gallstone perforation into the duodenum. *Chirurg* 1997; 68: 1035-6.
2. Roderick G, Syme RG, Thomas EJ. Massive hemoperitoneum from transhepatic perforation of the gallbladder: a rare complication of cholelithiasis. *Surgery* 1989; 105: 556-9.
3. Shiina S, Hisada T, Tagawa K i wsp. Massive intraperitoneal hemorrhage due to rupture of the gallbladder. *Rofo* 1987; 147: 568-9.
4. Christ JE, Malik P, Romero C, Hines GL. Perforated cholecystitis mimicking ruptured abdominal aortic aneurysm. *Int Surg* 1981; 66: 263-6.
5. Fitts WT Jr, DeMuth WE Jr, Ravdin IS. Hemoperitoneum from perforation of the gallbladder. *AMA Arch Surg* 1951; 63: 702-5.
6. Behera A, Gupta NM. Haemoperitoneum and haemobilia due to cystic artery tear associated with gall bladder perforation in acute cholecystitis complicating pregnancy. *Eur J Surg* 1991; 157: 619-20.

7. Chaber A, Berak K, Olejnik P. Hemoperitoneum during the course of gallbladder perforation. *Pol Tyg Lek* 1994; 49: 532-3.
8. Wig JD, Chowdhary A, Talwar BL. Gall bladder perforations. *Aust N Z J Surg* 1984; 54: 531-4.
9. Niemeier OW. Acute free perforation of the gall bladder. *Ann Surg* 1934; 99: 922-4.
10. Mailer R. Spontaneous rupture of gall bladder perforation with massive intraperitoneal haemorrhage. *Br J Surg* 1940; 27: 91.
11. Stout SL, Hibbard JS. Perforations of the gallbladder occurring in a general surgical practice in a moderate sized community. *Surgery* 1943; 13: 734-40.
12. Howard A, Griffin HP, Brown N. Ruptured gallbladder with massive intraperitoneal haemorrhage with recovery. *Gastroenterology* 1952; 20: 174.