

Konsekwencje przypadkowego pozostawienia złogów po cholecystektomii laparoskopowej

The outcome of incidental lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy

Kryspin Mitura, Mikołaj Romańczuk

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Miejski, Siedlce

Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2007; 2 (6): 79–81

Streszczenie

Cholecystektomia laparoskopowa stanowi metodę z wyboru w leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego. Jej przewaga nad klasycznym sposobem usuwania pęcherzyka żółciowego wynika m.in. ze znacznie łagodniejszego przebiegu pooperacyjnego, tak charakterystycznego dla operacji małoinwazyjnych oraz dobrego efektu kosmetycznego. Wśród występujących powikłań śródoperacyjnych najczęściej dochodzi do przedziurawienia pęcherzyka żółciowego i wycieku żółci oraz wysypania się złogów do jamy brzusznej. Uszkodzenie pęcherzyka zwykle następuje w czasie jego preparowania (75%), a także podczas usuwania z jamy brzusznej przez otwór pępkowy. W wyniku tego może dojść do przypadkowego pozostawienia kamieni w jamie otrzewnej lub w powłokach brzucha. Obecność zakażonego złogu żółciowego może prowadzić do powstania ropnia i (lub) przetoki. Do tego powikłania może dojść w wiele miesięcy lub lat od operacji i może to wymagać ponownej interwencji chirurgicznej. W pracy przedstawiono przypadek 58-letniej chorej, która zgłosiła się na oddział z powodu dolegliwości związanych z przepukliną pępkową. Dwa lata wcześniej wykonano u niej cholecystektomię laparoskopową, po której utrzymywał się ropny wyciek z rany w okolicy pępka, a następnie doszło do pojawienia się przepukliny. Chorą zakwalifikowano do operacji naprawczej przepukliny, w trakcie której dodatkowo stwierdzono obecność w lewym śródbrzuchu ropnia o średnicy 10 cm, połączonego kanałem przetoki z ujściem w okolicy pępka. W kanale przetoki znajdował się złóg żółciowy pozostający po cholecystektomii. Pozostawienie złogów po cholecystektomii laparoskopowej może prowadzić do wystąpienia poważnych powikłań, zaś podejrzenie ich przypadkowego zagubienia w czasie operacji powinno być odnotowane w protokole operacyjnym.

Słowa kluczowe: pozostawione złogi, cholecystektomia laparoskopowa, ropień, przetoka, powikłanie.

Summary

Laparoscopic cholecystectomy is the preferred surgical technique for symptomatic cholelithiasis. The advantage over traditional cholecystectomy is mainly due to mild post-operational course – specific for minimally invasive procedures and good cosmetic effect. One of the most common complications is gallbladder perforation and bile spillage, together with gallstones. Gallbladder rupture mainly occurs during its dissection (75%) and removal from the abdominal cavity through the umbilical port. As a result accidental loss of gallstones in the peritoneal space or abdominal wall is possible. The presence of a contaminated gallstone may result in the formation of an abscess and/or fistula. Complications occur many months or years after the performed procedure and further surgical intervention may be necessary. We report a case of a 58-year-old female patient admitted due to symptomatic umbilical hernia. The patient underwent laparoscopic cholecystectomy two years earlier, followed by purulent exudation in the umbilical region, and consequently hernia occurred.

Adres do korespondencji

Kryspin Mitura, Szpital Miejski, ul. Starowiejska 15, 08-110 Siedlce, tel. +48 25 644 28 02, faks +48 25 632 85 81, e-mail: chirurgia.siedlce@gmail.com

The patient was qualified for surgery. During hernia repair we additionally noticed in the left mid-gastric region the presence of an abscess 10 cm in diameter, connected via the fistula canal with the umbilical region. A gallstone, lost during cholecystectomy, was found inside the fistula canal.

Lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy may lead to serious complications and suspicion of leaving unretrieved gallstones should be recorded in the operative notes.

Key words: *lost gallstones, laparoscopic cholecystectomy, abscess, fistula, complication.*

Wprowadzenie

Cholecystektomia laparoskopowa (ChL) jest obecnie uważana za bezpieczną metodę chirurgicznego leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego. Dzięki jej zastosowaniu obserwuje się zmniejszenie ogólnej liczby powikłań w porównaniu z metodą klasyczną, skróceniu uległ czas hospitalizacji i powrotu chorych do pełnej aktywności. Są jednak pewne powikłania, które znamienne częściej występują podczas ChL. Należą do nich: uszkodzenie głównej drogi żółciowej, wyciek żółci z kikutu przewodu pęcherzykowego, pozostawienie złogów w przewodzie żółciowym wspólnym i uszkodzenie pęcherzyka żółciowego. Najczęściej dochodzi do przypadkowego przedziurawienia ściany pęcherzyka żółciowego i związanego z tym wycieku żółci, często wraz z obecnymi w jego świetle złogami [1]. Konsekwencje pozostawienia złogów w czasie operacji w jamie otrzewnej mogą pojawić się dopiero po upływie wielu miesięcy lub lat od przeprowadzonej operacji, stanowiąc wówczas wyzwanie diagnostyczne dla chirurga.

W pracy przedstawiono przypadek leczenia chirurgicznego chorej, u której pojawił się ropień powłok jamy brzusznej i przetoki po 2 latach od przeprowadzonej ChL, na skutek przypadkowego pozostawienia kamienia żółciowego podczas operacji.

Opis przypadku

W lutym 2007 r. przyjęto na oddział 58-letnią chorą w celu planowego leczenia operacyjnego z powodu przepukliny okolicy pępka. Chora miała wykonaną 2 lata wcześniej cholecystektomię laparoskopową z powodu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego (operacja była wykonana poza Oddziałem Chirurgii Ogólnej Szpitala Miejskiego w Siedlcach, toteż autorzy nie posiadali dokumentacji z przebiegu leczenia). Po operacji obserwowano wówczas opóźnione gojenie rany okolicy pępka, utrzymujący się przez kilka miesięcy wyciek treści ropnej tej okolicy oraz samoistną ewakuację fragmentów złogów żółciowych. Okresowo występowały bóle brzucha i gorączka, które były leczone ambu-

latoryjnie. Przed upływem pół roku od operacji doszło do powstania przepukliny w okolicy pępka. Chora zgłosiła się na tutejszy oddział w celu planowego leczenia operacyjnego przepukliny, jednak ze względu na znaczną otyłość, odroczone przeprowadzenie operacji naprawczej i zalecono wcześniejszą redukcję masy ciała. Od czerwca 2006 r. stwierdzano obecność ropnej przetoki w obrębie skóry pokrywającej worek przepuklinowy i pomimo zastosowanego leczenia ambulatoryjnego nie uzyskano wygojenia przetoki ropnej.

W czasie operacji stwierdzono wielokomorowy worek przepuklinowy, zawierający pętle jelita cienkiego. Średnica wrót przepukliny wynosiła około 9 cm. Dodatkowo w lewym śródbrzuszu stwierdzono ropień powłok zlokalizowany pomiędzy mięśniem prostym brzucha a przednią blaszką pochewki. Z jamy ropnia o średnicy 10 cm ewakuowano ponad 500 ml treści ropnej (z uzyskanego materiału nie wyhodowano drobnoustrojów chorobotwórczych). Wnętrze ropnia połączone było kanałem przetoki długości 6 cm ze skórą pokrywającą worek przepuklinowy. W świetle przetoki znajdował się pojedynczy złóg żółciowy średnicy 14 mm.

Jamę ropnia wyptukano i zdrenowano. Wycięto kanał przetoki wraz z ujściem na skórze. Zawartość worka przepuklinowego odprowadzono do jamy otrzewnej, nadmiar worka usunięto. Przepuklinę zaopatrzono szwami niewchłaniającymi z wykorzystaniem własnych tkanek chorej. Zastosowano dożylną antybiotykoterapię (cefalosporyna III generacji). W przebiegu pooperacyjnym nie obserwowano powikłań.

Dyskusja

Do uszkodzenia ściany pęcherzyka żółciowego dochodzi w około 10–32% cholecystektomii laparoskopowych [2]. W blisko połowie tych przypadków obserwuje się wyciek żółci wraz ze złogami z perforowanego pęcherzyka żółciowego. Uszkodzenie pęcherzyka następuje najczęściej w czasie jego preparowania (75%), a także podczas usuwania go z jamy otrzewnej w okolicy pępka (25%) [3]. W 1/3 przypadków, naj-

prawdopodobniej wskutek desuflacyjnego ruchu dwutlenku węgla, dochodzi do umiejscowienia złogów w miejscach wprowadzanych trokarów [4].

Należy dążyć do ostrożnego preparowania pęcherzyka żółtego, natomiast w przypadku jego przedziurawienia powinno umieszczać się go w foliowej torebce przed usunięciem z jamy brzusznej. Uszkodzenie pęcherzyka żółtego i wyciek żółci wraz ze złogami powinien zmusić chirurga do podjęcia próby usunięcia wszystkich złogów. Można tego dokonać sposobem laparoskopowym – znacznym ułatwieniem jest w tej sytuacji zastosowanie optyki skośnej. Jeśli mimo podjętych, pochłaniających wiele czasu wysiłków w postaci zbierania kamieni do worka, płukania okolicy wnęki wątroby i zachyłka za prawymi segmentami wątroby, nie udaje się ewakuować licznych, bądź dużych złogów barwnikowych, zwłaszcza w przypadku ostrego zapalenia pęcherzyka żółtego, należy rozważyć konwersję do metody otwartej. Powszechnie uważa się, że pozostawione w jamie otrzewnej złogi nie stanowią istotnego zagrożenia zdrowia [5]. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa światowego D. Rice i wsp. oceniają częstość występowania powikłań związanych z pozostawieniem złogów na 0,08 do 0,6% wszystkich cholecystektomii laparoskopowych [6].

Powikłania związane z pozostawionymi złogami występują znacznie częściej w przypadku uszkodzenia zmienionego zapalnie pęcherzyka żółtego, zawierającego zakażoną treść. Do czynników ryzyka zalicza się również podeszły wiek chorego, płeć męską, obecność złogów barwnikowych, liczne złogi (>15) i ich wymiar (>15 mm) oraz umiejscowienie się złogów w pobliżu wątroby [3].

Wśród obserwowanych powikłań może dojść do wytworzenia ropnia wewnątrz- lub zewnątrzotrzewnowego, powstania przetoki zewnętrznej lub komunikującej się z innymi narządami (drogi moczowe, jelito cienkie lub grube) [7]. W piśmiennictwie opisywane są przypadki przemieszczenia pozostawionych złogów przez przeponę do klatki piersiowej lub ich umiejscowienia się w worku przepukliny pachwinowej [7].

Do wystąpienia powikłań może dojść w różnym czasie od operacji, jednak najczęściej są to powikłania odległe, obserwowane wiele miesięcy lub lat po przeprowadzonej cholecystektomii laparoskopowej. M. Horton i wsp. podają średni czas pojawienia się powikłań na 9,7 miesiąca (od 10 dni do 5 lat) [8]. Odległy czas pomiędzy operacją pierwotną a wystąpieniem objawów powoduje często opóźnienie postawienia właściwego rozpoznania, ponieważ w postępowaniu różnicowym

nie uwzględnia się możliwości pozostawienia złogów żółciowych. O ile metody badań obrazowych uwidaczniają obecność ropnia lub przetoki, to jednak nie zawsze udaje się uwidocznnić pozostawione złogi – należy zatem zwracać radiologom szczególną uwagę na taką możliwość.

W leczeniu konieczne jest zastosowanie nacięcia i drenażu ropnia, często jednak wymagane jest przeprowadzenie laparotomii w celu oceny jamy otrzewnej i usunięcia złogów. Pozostawienie na tym etapie złogów w jamie brzusznej prowadzi do nawrotu choroby [5, 8].

Wnioski

1. Zawsze należy podjąć próbę usunięcia z jamy brzusznej złogów pozostawionych w wyniku uszkodzenia pęcherzyka żółtego.
2. W piśmiennictwie nie ma zgodności co do poglądu, czy pozostawienie licznych złogów w jamie otrzewnej usprawiedliwia przeprowadzenie konwersji do metody klasycznej w przypadku braku możliwości ich laparoskopowej identyfikacji i ewakuacji.
3. Stosunkowo mały odsetek powikłań związanych z pozostawionymi złogami przemawia za tym, aby po wprowadzeniu worka plastikowego do jamy brzusznej, odnaleźć i starannie usunąć wysypane do jamy brzusznej złogi żółciowe, poświęcając na to nieraz wiele czasu, a laparotomię wykonywać tylko w przypadku wystąpienia odległych, ropnych powikłań.

Piśmiennictwo

1. Soper NJ, Flye MW, Brunt LM i wsp. Diagnosis and management of biliary complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993; 165: 663-9.
2. Loffeld RJ. The consequences of lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Neth J Med* 2006; 64: 364-6.
3. Brockmann JG, Kocher T, Senninger NJ i wsp. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2002; 16: 1226-32.
4. Diez J, Arozamena C, Gutierrez L i wsp. Lost stones during laparoscopic cholecystectomy. *HPB Surg* 1998; 11: 105-8.
5. McDonald MP, Munson JL, Sanders L i wsp. Consequences of lost gallstone. *Surg Endosc* 1997; 11: 774-7.
6. Rice DC, Memon MA, Jamison RL i wsp. Long-term consequences of intraoperative spillage of bile and gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 85-90.
7. Koc E, Suher M, Oztugut SU i wsp. Retroperitoneal abscess as a late complication following laparoscopic cholecystectomy. *Med Sci Monit* 2004; 10: 27-9.
8. Horton M, Florence MG. Unusual abscess patterns following dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1998; 175: 375-9.