



Algoritmus u iatrogenního poranění žlučových cest po cholecystektomii

Moravčík P., Hlavsa J., Kala Z., Kodýtková A.

Chirurgická klinika LF MU a Fakultní nemocnice Brno

CELOSVĚTOVÁ INCIDENCE IATROGENNÍHO PORANĚNÍ ŽLUČOVODŮ , ČR

- CHCE 0,4% (0,2-0,7)
LCHCE 0,7% (0,3-1,1)
- V ČR přes 25000 cholecystektomií / rok
- 50 - 275 pacientů / rok

RIZIKOVÉ FAKTORY

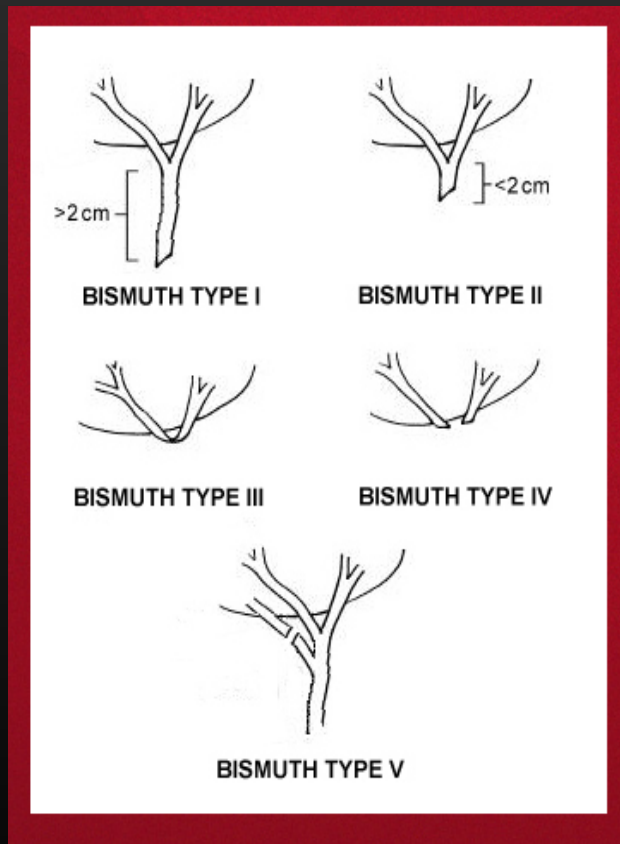
- Přítomnost patologie (akutní event. chronický zánět)
- Obezita
- Ženské pohlaví
- Anatomická varianta žlučového stromu či cévního zásobení
- Nebezpečný chirurg

PORANĚNÍ ŽLUČOVÝCH CEST - ZRÁDNOSTI

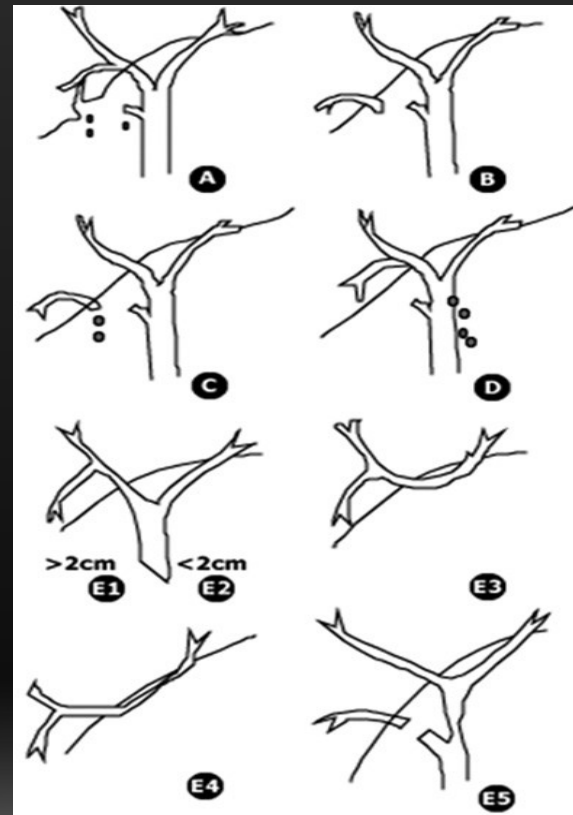
- Většinou není rozpoznáno peroperačně (pouze 25-30%)
 - Přidružené poranění cév- komplexní léze žlučových cest
 - Možnost vzniku biliární peritonitidy event. biliární píštěle
 - Pozdní manifestace – recid. cholangitidy
 - Možnost rozvoje sekundární biliární cirhozy
-

KLASIFIKACE PORANĚNÍ ŽLUČOVODŮ

- Dle Bismutha



- Dle Strasberga



- Stewart-way

MOŽNOSTI ŘEŠENÍ - DOPORUČENÍ

- Zdůrazněn multioborový přístup
- Bez ztráty kontinuity žlučového stromu: intervenčně radiologické či endoskopické
- Úplné přerušení či ztrátové poranění žlučovodu: chirurgické řešení..... časně pooperačně vs. odloženě po přechodné drenáži subhepatického prostoru (při otevřeném poranění žlučovodu) či po dilataci žl.cest (při zaklipování žlučovodu)

NAŠE ZKUŠENOSTI (2010-2016)

- Celkem 10 pacientů (9 operovaných extramurálně)
- 80 % ženy
- BMI 26,6 (21,6-33,9)
- 8x elektivní LCHCE, 1x akutní klasická CHCE, 1x urologická operace – nefrektomie + CHCE
- 2x léze rozeznány peroperačně
- 6x potvrzeno dle CT i poranění pravé větve hepatiky

NAŠE ZKUŠENOSTI – ŘEŠENÍ

- Při přerušení ev. ztrátovém defektu do 2 cm s možností volné anastomózy po předchozím Kocherově manévru byla 3x volena anastomóza choledochu E-T-E (vždy pojištěna T-drenem)
- Ostatní léze byly řešeny s ohledem na jejich vztah k bifurkaci žlučovodů pomocí HJA E-T-S na exkludovanou kličku Y-Roux (1x použita Wolkerova drenáž)

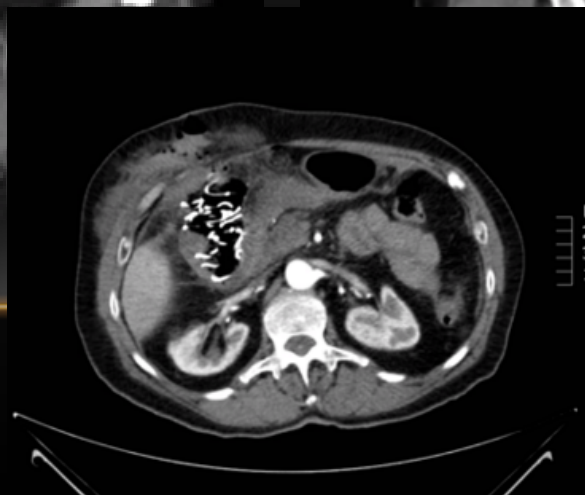
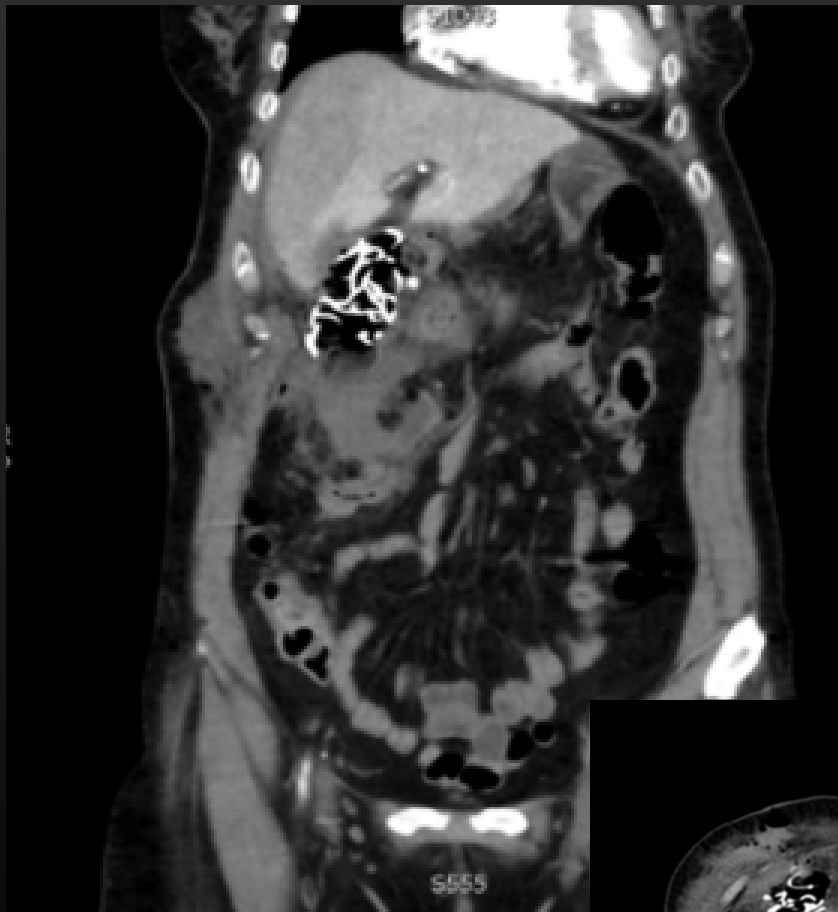
NAŠE ZKUŠENOSTI – MORBIDITA & MORTALITA

- **Mortalita: 0%**
- **Morbidity: 30%**
- **2x stenoza v anastomoze:**
HJA – řešeno PTD a opak. dilatacemi,
anastomoza choledochu ETE- řešeno PTD a následnou HJA
- **1x readmise pro febrilie** při nekroze 2 ložisek
jaterního parenchymu po předchozím poranění pravostranné
hepatiky – konzervativní řešení

KAZUISTIKA

- 69-letá pacientka operovaná extramurálně
- Elektivní LCHCE
- Peroperačně zánětlivý infiltrát žlučníku, konverze. Po provedení CHCE nezastavitelné krvácení z lůžka v oblasti hilu.
- Tamponáda, překlad na UPV cestou urgentního příjmu do FN Brno

NA UP DOPLNĚNO AKUTNÍ CT BŘICHA S IV KONTRASTEM



- Z urgentního příjmu poté na operační sál
- Peroperačně ve shodě s CT krvácení z větve pravé jaterní tepny, ligována.
- Dále objektivizována léze hepatocholedochu, obnovení kontinuity pomocí hepato-choledochoanastomozy ETE jednotlivými stehy, T dren.
- Pooperačně stabilizace na JIP, bez komplikací
- T dren extrahován za 1 měsíc

JAKÝ JE OPTIMÁLNÍ ALGORITMUS PŘI LÉZI ŽLUČOVÝCH CEST

- Individuální přístup
 - Multioborová spolupráce (před i pooperačně)
 - Kvalitní vyšetření pacienta – pokud je to možné pak předoperačně vždy ERCP a CTag
 - Chirurgické řešení pokud možno s odkladem po předchozí drenáži subhepatického prostoru ev. po dilatci žlučových cest
 - Vhodný timing – definitivní terapie před rozvojem biliární cirhozy
 - Pooperační dispenzarizace pacientů
-

DĚKUJI ZA POZORNOST