

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE CRAIOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ



TEZĂ DE DOCTORAT - rezumat

**COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICĂ: DIFICULTĂȚI,
INCIDENTE ȘI ACCIDENTE**

CONDUCĂTOR DOCTORAT:

PROF. UNIV. DR. DAN – GABRIEL MOGOȘ

STUDENT – DOCTORAND:

PREDOI ANA – MARIA

CRAIOVA

2018

CUPRINS

PARTEA GENERALĂ

1. Scopul lucrării	2
2. Date de anatomie chirurgicală a căilor biliare extrahepatice	3
3. Modificări morfopatologice in colecistită.....	3
4. Colecistectomia laparoscopică: scurt istoric, indicații, contraindicații.....	3
5. Colecistectomia laparoscopică dificilă	3
6. Incidente, accidente în cursul colecistectomiei laparoscopice	3
7. Conversia colecistectomiei laparoscopice:motive, moment.....	3
8. Complicațiile postoperatorii ale colecistectomiei laparoscopice.....	3
9. Modalități de rezolvare a leziunilor de CBEH.....	3

PARTEA SPECIALĂ

1. Introducere.....	4
2. Material și metodă	4
3. Colecistectomia laparoscopică dificilă	5
4. Conversia colecistectomiei laparoscopice	6
5. Leziuni ale căilor biliare extrahepatice	7
6. Discuții	8
7. Concluzii	9
Bibliografie selectivă.....	10

Cuvinte cheie: colecistectomie laparoscopică, conversie, leziune iatrogenă, biliragie

PARTEA GENERALĂ

SCOPUL LUCRĂRII

Teza își propune să abordeze două noțiuni sensibile ale colecistectomiei laparoscopice, noțiuni mult dezbătute și în continuă dinamică privind definirea și interpretarea lor: colecistectomia laparoscopică dificilă și conversia colecistectomiei laparoscopice.

Un alt scop al tezei este compararea rezultatelor cu alte studii statistice, unele care confirmă ideile prezentate, altele care sunt în discordanță, acestea din urmă meritând comentarii.

Partea generală este structurată în VIII capitole.

Capitolul I cuprinde noțiuni de anatomie a căilor biliare extrahepatice insistându-se asupra vascularizației și inervației acestora, precum și asupra variantelor și anomaliilor congenitale ale veziculei biliare, canalului cistic, canalelor hepatice accesorii, căii biliare principale, arterei hepatice drepte și arterei cistice. Este subliniată importanța chirurgicală a acestor elemente teoretice.

Capitolul II se referă la modificări morfopatologice în diversele forme anatomoclinice ale colecistitei litiazice (cronică și acută) și a celor alitiazice. Este prezentat succint răsunetul morfopatologic al colecistitei asupra viscerelor adiacente.

Capitolul III prezintă sistematizat indicațiile și contraindicațiile colecistectomiei laparoscopice, dintre care amintim:

Indicații: litiaza veziculară asimptomatică sau simptomatică necomplicată (indicația ideală), colecistita acută litiazică în primele zile de la debut, colecistita cronică, pancreatita acută edematoasă de cauză litiazică în primele zile de la debut, litiaza mixtă veziculară și coledociană, polipii și colesteroloza veziculară.

Dintre contraindicațiile absolute enumerăm: cele ale anesteziei generale, formele distructive ale colecistitei, colangita acută, fistulele sau echivalențele bilio—biliare sau bilodigestive, PA, carcinomul de veziculă biliară, ciroza hepatică sau discraziile sangvine; ca și contraindicații relative expunem: piocolicistita sau plastronul pericolecistic, vezicula de porțelan, imunosupresia și hipercorticismul, afecțiunile maligne ale organelor intraabdominale.

Capitolul IV prezintă în detaliu încadrarea colecistectomiei laparoscopice dificile precum și elementele care permit încadrarea acesteia: explorarea preoperatorie, explorarea intraoperatorie, importanța și indicația colangiografiei intraoperatorii.

Capitolul V prezintă incidentele și accidentele teoretice în cadrul colecistectomiei laparoscopice: incidente produse în timpul manevrării inadecvate a instrumentarului de lucru, incidente în timpul disecției elementelor triunghiului Calot sau disecției colecistului

din patul hepatic, incidente produse la extragerea colecistului, accidente de timpul leziunilor organelor învecinate sau elementelor pediculului hepatic.

Capitolul VI analizează motivele și momentul în care se realizează conversia în colecistectomia laparoscopică, discutându-se cele două tipuri ale acesteia: cea deliberată și cea de necesitate.

Capitolul VII prezintă complicațiile imediate, precoce și tardive ale colecistectomiei laparoscopice, locale și generale, specifice și nespecifice.

Complicații imediate/precoce: *locale* specifice: biliragia, coleperitoneul și icterul mecanic precoce; nespecifice – hemoragia, peritonita postoperatorie, abcesele subhepatice; *generale*: durerea postoperatorie, boala trombo-embolică, complicații cardiorespiratorii, pancreatita acută postoperatorie, etc.

Complicații tardive: icterul mecanic, litiaza reziduală a căii biliare principale, litiaza de bont cistic, eventrații postoperatorii la nivelul breșelor parietale.

Capitolul VIII se referă la modalitățile de reparare a leziunilor de căi biliare extrahepatice în cursul colecistectomiei laparoscopice.

PARTEA SPECIALĂ

Introducere

Reprezintă contribuția personală fiind un studiu statistic care se referă la istoria colecistectomiei laparoscopice de la începuturile ei (2001) în Clinica IV Chirurgie Generală.

Material și metodă

Studiul include toți pacienții supuși unei colecistectomii laparoscopice operați în Clinica de Chirurgie Generală a Spitalului Clinic C.F. din Craiova pe o perioadă de 15 ani, între 01 ianuarie 2001 și 31 decembrie 2015.

Acesta este un studiu retrospectiv în care au fost analizate datele din foile de observație ale pacienților (incluzând aici anamneza, examenul clinic și explorările paraclinice), protocoalele operatorii și buletinele histopatologice ale pieselor examinate. Datele obținute au fost introduse în fișiere de tip Excel de unde au fost prelucrate statistic. Același program Excel a permis prelucrarea statistică secundară a informațiilor – analiza

descriptivă a întregului lot cu obținerea diferiților parametri, cu reprezentarea grafică a lor, calcularea coeficientului r - Pearson de corelație, folosind comenzi ca Pivot Tables, Chart, Data analysis si Functions-Statistical.

Dintre indicatorii statistici folosiți pentru caracterizarea datelor numerice amintim: media aritmetică, deviația standard și coeficientul de variație, iar pentru compararea parametrilor numerici s-au folosit Testul t a lui Student și Testul Chi pătrat.

În continuare sunt prezentate și ilustrate grafic repartiția pe ani a colecistectomiilor laparoscopice și a celor convertite, repartiția în funcție de sex și grupe de vârstă, repartiția cazurilor în funcție de dimensiunea calculilor, de aspectul căii biliare principale, în funcție de formele colecistitei acute precum și a formelor de colecistită scleroatropică, sunt prezentate statistic numărul de cazuri cu proces aderențial pericolecistic, abordul colecistului în colecistectomia laparoscopică, precum și numărul colecistectomiilor laparoscopice dificile raportat la numărul total.

Data fiind importanta conversiei, într-un capitol separat este reprezentată repartiția acesteia pe ani, momentul conversiei, relația dintre aceasta și formele anatomoclinice ale colecistitei, precum și relația acesteia cu vârsta pacienților.

Colecistectomia laparoscopice dificilă

Fiind una din dintele țintele acestei teze, este dezbătută noțiunea de *colecistectomie dificilă* subliniindu-se modul dinamic în care a evoluat această noțiune în funcție de modificarea abilităților chirurgului laparoscopist și a mijloacelor tehnologice. Se subliniază diferența între colecistectomia dificilă laparoscopică și intervenția laparoscopică dificilă, aceasta din urmă luând în considerare dificultățile de abord ale cavității peritoneale, obezitatea, intervențiile anterioare pe abdomen, elemente care țin de tarele organice ale pacientului, etc.. Sunt prezentate în detaliu criteriile preoperatorii și intraoperatorii care permit încadrarea unei colecistectomii laparoscopice în noțiunea de colecistectomie dificilă.

În continuare sunt prezentate modalitățile de rezolvare ale unei colecistectomii laparoscopice dificile insistându-se asupra importanței alegerii momentului operator ca element care poate diminua dificultatea colecistectomiei precum și a noțiunilor de tehnică și tactică operatorie.

Sunt evidențiate ca modalități utile pentru rezolvarea unei colecistectomii dificile colecistectomia incompletă și abordul anterograd al colecistectomiei.

Următorul paragraf se referă la incidente și accidentele din timpul colecistectomiei dificile, insistându-se asupra cazurilor de leziuni de cale biliară principală. Comentându-se rezultatele colecistectomiei dificile sunt subliniate importanța modificărilor morfopatologice adiacente colecistitei litiazice, a procesului inflamator colecistic (colecistita acută flegmonoasă, gangrenoasă, sclero-atrofică, bursa Hartmann) fiind prezentate colecistectomia subtotală și cea anterogradă ca modalități de evitare a conversiei.

Conversia colecistectomiei laparoscopice

Din cele 3594 cazuri la care s-a tentat colecistectomia laparoscopică în variantele sale anterogradă, retrogradă sau bipolară, 139 s-au soldat cu conversia într-o operație clasică, deliberat sau de necesitate. Condițiile care au impus conversia au fost reprezentate de modificări anatomopatologice ale regiunii colecisto-coledociene caracteristice stadiului afecțiunii, leziunile iatrogene sau a leziunilor coexistente, dar care nu ar fi putut fi rezolvate pe cale laparoscopică.

Condițiile care au impus conversia au fost următoarele:

- intens proces aderențial pericolecistic la care participau duodenul, colonul transvers și a căror disecție extrem de dificilă s-ar fi soldat cu leziuni: 16 cazuri;
- colecistita acută gangrenoasă cu abces pericolecistic și intens proces de pediculită hepatică: 4 cazuri;
- colecistită cronică scleroatrofică cu proces de pediculită hepatică: 3 cazuri;
- echivalență de fistulă bilio-biliară sau fistulă bilio-digestivă nediagnosticate anterior intervenției: 4 cazuri;
- plagă sângerândă la nivelul feței diafragmatice a lobului drept hepatic produsă la introducerea trocarului epigastric: 1 caz;
- tumora hepatică segmentul VIII necunoscută anterior intervenției: 1 caz;
- leziune a pachetului vascular iliac stang (secționare incompletă) la introducerea trocarului optic: 1 caz;
- leziune vasculară în ligamentul gastro-colic: 1 caz;

- element surpriză – tumoră malignă baza mezenterului nedepistată la explorările preoperatorii și cu simptomatologie nespecifică – 1 caz.

Mentionăm că din cele 139 conversii, în 117 cazuri aceasta s-a făcut în mod deliberat astfel: 28 în primele 30 minute, 14 între 30 – 60 minute, 56 între 60 – 90 minute și toate cele de peste 90 minute.

Conversia de necesitate a fost făcută în 22 de cazuri, cele mai multe în intervalul de timp 60 – 90 minute, majoritatea fiind reprezentate de leziunile produse în timpul intervenției chirurgicale.

În primii ani rata de conversie a fost mai mare, aceasta fiind invers proporțională cu nivelul pregătirii chirurgilor aflați la începutul chirurgiei laparoscopice, întrucât această nouă tehnică a fost introdusă în clinica noastră în anul 2000, odată cu achiziționarea primei truse de laparoscopie. Ulterior performanțele chirurgilor au crescut, aceștia reușind soluționarea cazurilor dificile de colecistectomie pe cale laparoscopică, fără înregistrarea de incidente și accidente intraoperatorii sau complicații postoperatorii.

Calea de abord - cel mai frecvent (112 cazuri - 80,57%), conversia s-a realizat printr-o incizie subcostală dreaptă, leziunile fiind cantonate subhepatic, iar rezolvarea acestora s-a putut realiza fără abordarea restului cavității peritoneale. În 27 de cazuri conversia s-a realizat printr-o laparotomie mediană xifo-ombilicală prelungită intraoperator.

În cadrul considerațiilor personale sunt analizate în detaliu implicarea chirurgului, a pacientului, a dotării cu echipamente adecvate, a echipei chirurgicale și a echipei de anestezie în actul de decizie a conversiei. Momentului conversiei i se dedică un loc special aceasta putând fi făcută inițial după vizualizarea leziunii veziculare, după producerea de leziuni iatrogene (căi biliare, vase, viscere) și după tentativa nereușită de colecistectomie laparoscopică.

Leziuni ale căilor biliare extrahepatice

S-au înregistrat 13 cazuri de leziuni de căi biliare extrahepatice la un număr de 3594 (0,36%). Am împărțit cazurile conform clasificării Strassberg – Soper și am obținut:

- Leziuni minore, corespunzătoare tipului A: 2 cazuri;
- Leziuni majore, 11 cazuri, din care 5 aparțin tipului D și 6 aparțin tipului E. În această categorie, 6 leziuni au fost reprezentate de injurii punctiforme ale

hepatocoledocului (dintre care una a devenit leziune completă a CBP în tentativa de a fi reparată) și 6 au reprezentat leziuni complete (secțiuni sau obstrucție) ale hepatocoledocului (una fiind cea la care ne-am referit mai devreme).

Condițiile în care s-au produs leziunile au fost reprezentate de modificări anatomopatologice ale colecistului, ale pediculului și viscerelor adiacente acestuia, secundare stadiului suferinței:

- 8 cazuri de intens proces aderențial care cuprindea organele supramezocolice: ficatul prin fața și marginea inferioară a lobului drept, duoden, stomac, marele epiploon, colonul transvers;
- 6 cazuri de important proces de pediculită hepatică ce nu a permis evidențierea căii biliare principale;
- 1 caz de colecistită cronică scleroatrofică, cu vezicula biliară localizată parțial intrahepatic și pediculită hepatică;
- 1 caz de sângerare subhepatică ce a fost controlată prin trecerea unui fir transfixiant.

Dintre aceste leziuni, 6 au fost descoperite intraoperator. Rezultatele bune înregistrate în postoperator arată importanța recunoașterii intraoperatorii a leziunilor căilor biliare și bineînțeles importanța conversiei. Dat fiind numărul mic de cazuri de leziuni s-a ales prezentarea succintă a fiecăruia, luându-se în considerație modalitatea de producere, recunoașterea și modalitatea de reparare. Momentul rezolvării leziunilor de căi biliare principale rămâne în continuare un subiect de discuție, dar hepaticojejunoanastomoza pe ansă exclusă în Y a la Roux este alegerea de prima intenție a chirurgilor în repararea leziunilor majore ale ductelor biliare și acest lucru se datorează avantajelor sale: cea mai mică rată a complicațiilor postoperatorii și cea mai mare rată de reușită.(1,2,3)

Discuții

În capitolul discuții sunt prezentate comparativ cu alte statistici rezultatele obținute în colecistectomia laparoscopică dificilă, în conversia acesteia, precum și a leziunilor iatrogene de căi biliare.

In ansamblu, rezultatele fiind deseori comparabile cu alte statistici.

Concluzii

Colecistectomia laparoscopică prin modul cum s-a impus și extins, prin faptul că este ușor reproductibilă, prin modificarea indicațiilor până în forma actuală, prin rezultatele imediate și la distanță, continuă să fie chiar mai mult decât “gold standard” calificativ dat inițial și pe care unii sceptici îl considerau atunci exagerat.

Colecistectomia laparoscopică dificilă, conversia și leziunile de CBP continuă să reprezinte cele mai discutate probleme ale colecistectomiei laparoscopice, dar actual s-a reușit o mai corectă încadrare a acestor noțiuni; prin atitudinea actuală s-a redus considerabil numărul conversiilor și se încearcă o standardizare a modalităților de reparare a leziunilor de CBP

Colecistectomia laparoscopică dificilă, după o perioadă de incertitudini, apare ca o entitate bine definită și foarte apropiată de cea din chirurgia clasică.

Modificările morfopatologice ale colecistului și adiacente acestuia creează premisele dificultăților, incidentelor și accidentelor din cursul colecistectomiei laparoscopice.

Diminuarea riscurilor colecistectomiei laparoscopice dificile se poate realiza preoperator prin alegerea unui moment operator optim(când este posibil), prin perfecționarea abilităților laparoscopice ale chirurgilor și printr-o dotare cu tehnologie modernă.

Colecistectomia incompletă (la nivelul zonei infundibulocistice sau peretelui posterior) și colecistectomia anterogradă reprezintă soluții tehnice prudente și valoroase pentru colecistectomia dificilă.

Conversia rămâne deocamdată o soluție menită să suplinească deficiențele tehnologice și abilitățile chirurgului laparoscopist.

Momentul conversiei credem că trebuie să aparțină chirurgului operator care este dator să-și evalueze corect potențialul. Este probabil ca în viitor conversia să rămână exclusiv soluția pentru leziunilor de CBP;aceasta în condițiile în care actual un chirurg bine antrenat laparoscopic și beneficiind de o dotare tehnologică actualizată poate reproduce aproape toate gesturile din chirurgia clasică.

Accidentele înregistrate în colecistectomia laparoscopică nu sunt totdeauna în conexiune cu o colecistectomie laparoscopică; uneori acestea nu au legătura cu

dificultatea colecistectomiei (accidentele produse în timpul introducerii trocarelor, în timpul colecistectomiilor “obișnuite”, malformațiilor bilio-vasculare etc.). Prognosticul accidentelor este condiționat de recunoașterea acestora intraoperator, de soluția tehnică aleasă și de acuratețea gestului reparator.

Leziunea de CBP este cel mai specific accident din cursul colecistectomiei; soluțiile de rezolvare sunt condiționate de amploarea leziunii și momentul recunoașteri. Pentru leziunile punctiforme recunoscute intraoperator drenajul transcistic dublat de drenajul subhepatic “de garda” credem ca este soluția de ales. Pentru secțiuni ale CBP, anastomoza biliodigestiva (preferabil pe ansa jejunală în Y) sau anastomoza termino-terminală a celor două capete protezată de un tub Kehr ar reprezenta o modalitate de rezolvare

Momentul operator este condiționat de momentul recunoașterii leziunii. În cazul în care leziunea nu a fost recunoscută intraoperator și este posibil, credem că este benefic ca momentul operator reparator să fie cât mai la distanță de momentul producerii leziunii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- 1 Richardson MC, Bell G, Fullarton GM. (1996) Incidence and nature of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: an audit of 5913 cases. West of Scotland Laparoscopic Cholecystectomy Audit Group. Br J Surg 83:1356–1360.
- 2 Russell JC, Walsh SJ, Mattie AS, Lynch JT. (1996) Bile duct injuries, 1989–1993. A statewide experience. Connecticut laparoscopic cholecystectomy registry. Arch Surg 131:382–388.
- 3 Targarona EM, Marco C, Balagué C, Rodríguez J, Cugat E, Hoyuela C et al. (1998) How, when, and why bile duct injury occurs. A comparison between open and laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 12:322–326.