

Jatrogenne śmiertelne powikłania po cholecystektomii laparoskopowej

Lethal, iatrogenic complications of laparoscopic cholecystectomy

Jacek Bierca, Bartosz Kowalski, Anna Kosim, Jan Zmora

Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala na Solcu w Warszawie

Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2006; 1: 10–12

Streszczenie

W pracy przedstawiono 2 śmiertelne przypadki powikłań po cholecystektomii laparoskopowej, spowodowane jatrogenną perforacją poprzecznicy oraz jatrogennym uszkodzeniem aorty brzusznej, do których doszło podczas insuflacji za pomocą igły Verresa. Oba przypadki różniły się między sobą przebiegiem klinicznym, natomiast u podstawy obu powikłań leżał błąd techniczny popełniony przez operatora. Powikłania przytrafiły się doświadczonym chirurgom podczas przeprowadzania odpowiednio 45. i 215. cholecystektomii laparoskopowej. Do przedstawionych śmiertelnych powikłań doszło w 9. i 10. roku stosowania tej metody.

Słowa kluczowe: cholecystektomia laparoskopowa, powikłania, perforacja poprzecznicy, uszkodzenie aorty brzusznej.

Abstract

Two cases of lethal complications caused by iatrogenic perforation of the transverse colon and iatrogenic injury of the abdominal aorta after laparoscopic cholecystectomy are presented. Both of them occurred during insufflation with the help of a Veress needle. They differed in their clinical course but both of them were essentially caused by a technical mistake committed by the operator. These lethal complications happened to an experienced group of 2 surgeons who performed 45-th and 215-th laparoscopic cholecystectomy in their career respectively. The presented lethal complications of laparoscopic cholecystectomy were observed in the 9-th and 10-th year of performing this procedure respectively.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, complications, perforation of transverse colon, injury of abdominal aorta.

Wstęp

Cholecystektomia laparoskopowa wkrótce po pierwszym zastosowaniu stała się uznanym złotym standardem operacyjnego leczenia objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego. Jest metodą bezpieczną, małoinwazyjną, lecz zdarzają się również po-

wikłania, w tym śmiertelne [1–3]. Mimo że od przeprowadzenia w Polsce pierwszej cholecystektomii laparoskopowej minęło prawie 14 lat, znaleźliśmy tylko 3 prace opisujące śmiertelne powikłania tego zabiegu [4–6]. Udokumentowana (na podstawie wyników wielośrodkowych badań) w literaturze świato-

Adres do korespondencji

dr med. J. Bierca, Oddział Chirurgii Ogólnej Szpitala na Solcu, ul. Solec 93, 00-832 Warszawa, tel. +48 22 625 77 68, +48 22 625 70 75, e-mail: jacekbierca@op.pl

wej śmiertelność cholecystektomii laparoskopowej wynosi od 0,06 do 0,16% [1, 7].

Cel pracy

Celem przedstawianej pracy jest analiza przyczyn śmiertelnych powikłań cholecystektomii laparoskopowej na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala na Solcu w Warszawie.

Materiał i metody

Od 22 lutego 1994 r. do 15 lutego 2005 r. przeprowadzono 1 767 cholecystektomii laparoskopowych u pacjentów z objawową kamicą pęcherzyka żółciowego. U 20 (1,13%) z nich doszło do istotnych powikłań wymagających ponownej interwencji chirurgicznej. W 2 (0,11%) przypadkach – w jatrogenym uszkodzeniu poprzeczniczy oraz jatrogenym uszkodzeniu aorty brzusznej – powikłania okazały się śmiertelne.

Przypadek I

68-letnia chora z cukrzycą insulinozależną, której 9 lat wcześniej usunięto macicę z przydatkami z powodu raka szyjki macicy, została przyjęta na oddział z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych z towarzyszącą żółtaczką. Opisywane zmiany potwierdzone zostały w badaniu USG. Jako wstęp do leczenia kamicy żółciowej wykonano ECPW, usuwając mający 5 mm ztóg z przewodu żółciowego wspólnego. Zabieg endoskopowy pacjentka zniosła dobrze, uzyskano normalizację wartości bilirubiny, ustąpiły też dolegliwości bólowe. Chorą zakwalifikowano do planowej cholecystektomii laparoskopowej. Po dokonaniu insuflacji za pomocą igły Veressa oraz wprowadzeniu optyki przez trokar w okolicy pępka dokonano konwersji ze względu na obecność bardzo licznych zrostów obejmujących całą jamę otrzewnową. Bez śródoperacyjnych komplikacji przeprowadzono klasyczną cholecystektomię z cięcia przezprostnego w prawym nadbrzuszu. Przebieg pooperacyjny powikłany był utrzymującymi się dolegliwościami bólowymi o miernym nasileniu, anemizacją (w USG obraz odpowiadający niewielkiemu krwiakowi w okolicy łoża po pęcherzyku), wzrostem temperatury ciała do 38,5°C oraz pojawieniem się objawów otrzewnowych. Chorą w 6. dobie po cholecystektomii zakwalifikowano do relaparotomii. W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono perforację poprzeczniczy o średnicy ok. 5 mm, zlokalizowaną na brzegu krezko-

wym 5 cm od zagięcia wątrobowego oraz zhemolizowany krwiak w ww. okolicy. Wykonano hemikolektomię prawostronną, ewakuowano krwiak, wypłukano i zdrenowano jamę otrzewnową. Przebieg pooperacyjny powikłany był ropieniem rany. W 11. dobie po relaparotomii w związku z ewakuacją przez otwór po drenie ok. 30–50 ml brunatnej treści postawiono przypuszczenie, że istnieje przetoka jelitowa w miejscu zespolenia, co nie zostało potwierdzone w badaniu kontrastowym (wlew doodbytniczy z uropoliną). Mimo intensywnego leczenia pacjentka zmarła w 25. dobie po cholecystektomii i 19. dobie po hemikolektomii prawostronnej w przebiegu niewydolności wielonarządowej potwierdzonej w badaniu sekcyjnym.

Omówienie

Na podstawie dogłębnej analizy przypadku należy stwierdzić, że pierwotną przyczyną tak dramatycznego w skutkach powikłania było jatrogenne uszkodzenie poprzeczniczy igłą Veressa oraz przeoczenie tego faktu w trakcie cholecystektomii klasycznej. Przyczynami niezbyt nasilonych objawów klinicznych perforacji poprzeczniczy były najprawdopodobniej liczne zrosty oraz przedziurawienie *pustego* jelita. Anemizacja była wynikiem krwawienia z uszkodzonej ściany jelita grubego. Istniały również obiektywnie niekorzystne czynniki prognostyczne, do których zaliczono cukrzycę insulinozależną, żółtaczkę mechaniczną i chorobę nowotworową w wywiadzie. Te obciążenia i błąd techniczny operatora – chirurga z 10-letnim stażem pracy na oddziale, przeprowadzającego 45. cholecystektomię laparoskopową – doprowadziły do zgonu pacjentki.

Przypadek II

71-letnia otyła chora została przyjęta na oddział w trybie ostrego dyżuru z powodu ostrego nawrotowego zapalenia trzustki w przebiegu kamicy pęcherzyka żółciowego. Po ustąpieniu dolegliwości i normalizacji parametrów biochemicznych, pacjentkę zakwalifikowano do planowej cholecystektomii laparoskopowej. Mimo 4-krotnej próby wprowadzenia igły Veressa, nie udało się wytworzyć odmy otrzewnowej. W związku z tym podjęto decyzję o insuflacji *na otwarto*. Po wprowadzeniu trokaru w okolicy pępka pojawiła się krew. Zamieniono laparoskopię na laparotomię z cięcia pośrodkowego. Zauważono krew w jamie otrzewnowej, a w przestrzeni zaotrzewnowej krwiak, którego objętość oceniono na 500–600 ml. Uciśnięto aortę

brzuszną. W trakcie kontroli jamy otrzewnowej ciśnienie skurczowe krwi obniżyło się gwałtownie do wartości nieoznaczalnych i utrzymywało się na tym poziomie przez 10–11 min. Po tym okresie na skutek podjętych zabiegów resuscytacyjnych wartość ciśnienia wróciła do normy. Ewakuowano krwiak z przestrzeni zaotrzewnowej, odstąpięto aortę i stwierdzono uszkodzenie (o średnicy 5 mm) jej przedniej ściany oraz ściany tylnobocznej lewej (o średnicy 3 mm). Obrażenia te zlokalizowano ok. 3 cm powyżej podziątu aorty na tętnice biodrowe. Po zaklemowaniu aorty i naczyń biodrowych zszyciu rozdzierające się z powodu rozległych zmian miażdżycowych zranienia.

Po operacji pacjentka została przekazana na OIOM, gdzie zmarła w 1. dobie pooperacyjnej na skutek śmierci mózgowej.

Omówienie

Błąd techniczny polegający na uszkodzeniu aorty brzusznej igłą Veressa przytrafił się bardzo doświadczonemu chirurgowi z 25 -letnim doświadczeniem (wykonywany zabieg był 215. cholecystektomią laparoskopową w jego karierze). Przyczyną trudności podczas insuflacji była znaczna otyłość pacjentki i niemożność odpowiedniego uniesienia powłok. Stan taki powinien być wskazaniem do insuflacji *na otwarto*.

Dwa przypadki cholecystektomii laparoskopowej zakończonej zgonem pacjentek różniły się przebiegiem klinicznym, natomiast u podstawy obu powikłań leżał błąd techniczny popełniony przez operatora. Do przedstawionych śmiertelnych powikłań doszło w 9. i 10. roku stosowania tej metody na oddziale.

Wnioski

1. Przyczyną obu śmiertelnych powikłań cholecystektomii laparoskopowej były błędy techniczne popełnione przez doświadczonych operatorów podczas insuflacji.
2. Różny przebieg kliniczny wynikał z odmienności uszkodzonych narządów.
3. Intensywniejszy nadzór nad przebiegiem pooperacyjnym w pierwszym przypadku oraz zwiększona *czujność chirurgiczno-anestryzjologiczna* w drugim dawały szansę uniknięcia tych dramatycznych powikłań.

Piśmiennictwo

1. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, Schwartz JS, Williams SV. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis. *Ann Surg* 1996; 224: 609-620.

2. Perissat J. Laparoscopic cholecystectomy: the European experience. *Am. J. Surg* 1993; 165: 444-451.
3. Usal H, Sayad P, Hayek N, Hallak A, Huie F, Ferzli G. Major vascular injuries during laparoscopic cholecystectomy. An institutional review of experience with 2589 procedures and literature review. *Surg Endosc* 1998; 12: 960-962.
4. Różycki D. Zgon w szóstej dobie po cholecystektomii laparoskopowej. *Przegląd Lekarski* 1996; 53: 833-834.
5. Modrzejewski A, Borowski M., Strusiński M. Zgon po cholecystektomii laparoskopowej. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1993; 5: 483-485.
6. Lewandowski J, Matulewicz A. Śmiertelne powikłanie po cholecystektomii laparoskopowej. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1994; 7: 716-718.
7. Mintz M. Risks and prophylaxis in laparoscopy: a survey of 100 000 cases. *J Reprod Med* 1997; 5: 271-285.