

Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή σε ασθενείς με προηγηθείσα επέμβαση επι του στομάχου.

Σ. Γ. Κούλας, Ι. Τσιμογιάννης,
Γ. Γώγος - Παπάς,
Α. Παπαδονικολάκης, Ε. Κ. Τσιμογιάννης.
Χειρουργική κλινική Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων
"Γ. Χατζηκώστα"

Εισαγωγή

Η λαπαροσκοπική χειρουργική (ΛΧ), έχει προσφέρει αναμφισβήτητα πολλά πλεονεκτήματα στην μετεγχειρητική πορεία των ασθενών που υποβάλλονται σε χολοκυστεκτομή με το αισθητικό αποτέλεσμα σαφώς να υπερέχει έναντι των υπολοίπων 3-5.

Για αυτούς τους λόγους, η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή έχει πλήρως αντικαταστήσει την ανοικτή χολοκυστεκτομή¹. Οξεία χολοκυστίτιδα, παθολογική παχυσαρκία προηγηθείσα επέμβαση επί των κοιλιακών τοιχωμάτων αλλά και στο ανώτερο γαστρεντερικό σύστημα αποτελούσαν σχετικές αντενδείξεις για την διενέργεια λαπαροσκοπικής χειρουργικής, ενώ σήψη, γενικευμένη περιτονίτιδα και σοβαρές παθήσεις του αιμοποιητικού συστήματος εξακολουθούν να θεωρούνται απόλυτες αντενδείξεις 3-5.

Ο σχηματισμός λίθων εντός της χοληδόχου κύστεως αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε επέμβαση γαστρεκτομής και ιδίως σε εκείνους οι οποίοι στο παρελθόν υποβλήθηκαν σε Billroth II επέμβαση. Οι ακριβείς παράγοντες που οδηγούν σε αυξημένη επίπτωση χολολιθίασης, παραμένουν ακόμη άγνωστοι⁵⁻⁹.

Σε αυτή την μελέτη εξετάζεται η αποτελεσματικότητα της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε ασθενείς με προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση επί του στομάχου.

Μέθοδος - αποτελέσματα

Σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξουμε το επιτυχές ή μη αποτέλεσμα ασθενών που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και οι οποίοι είχαν στο παρελθόν χειρουργηθεί λόγω κάποιας πάθησης του στομάχου.

Από τον Σεπτέμβριο του 1994 έως τον Σεπτέμβριο του 2001, λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή επιχειρήθηκε σε 1389 ασθενείς. Από αυτούς 547 (24.7%) είχαν υποβληθεί σε 631 επεμβάσεις κοιλίας όπως: σκωληκοειδεκτομές (374), επεμβάσεις επί του στομάχου (23), κολεκτομές (13), ηπατεκτομές (2), σπληνεκτομές (4), ουρολογικής (17) ή γυναικολογικής φύσεως επεμβάσεις (177), και άγνωστη επέμβαση (11).

Η μέση ηλικία των 23 ασθενών (16 άνδρες και 7 γυναίκες), που χειρουργήθηκαν για γαστρική πάθηση είναι τα 63.2 χρόνια (εύρος: 32-83 έτη). Οι επεμβάσεις που υποβλήθηκαν οι ανωτέρω ασθενείς περιελάμβαναν ολική γαστρεκτομή κατά Roux-en-Y (13), βαγγοτομή και ΓΕΑ (5), βαγγοτομή και πυλωροπλαστική (2), συρραφή διατρήσεως δωδεκαδακτυλικού έλκους (2) και μία (1) εκτομή λειομύ-

Σπυρίδων Γ. Κούλας
Κ. Βάρναλη 15
45445 Ιωάννινα
Τελ: 06510 80512-4
Fax: 06510 80513
Κιν: 0945 380320

ματος στομάχου.

Οκτώ ασθενείς έπασχαν από χολοκυστίτιδα, 4 ανέπτυξαν ύδρωπα χοληδόχου κύστεως, 3 χειρουργήθηκαν λόγω εμπύθματος και οκτώ (8), χειρουργήθηκαν λόγω συμπτωματικής χολολιθίασης.

Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν προεγχειρητικά σε πλήρη κλινικο-εργαστηριακό έλεγχο καθώς και σε υπερηχοτομογραφική μελέτη χοληφόρων και παγκρέατος.

Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή ολοκληρώθηκε σε 22 από τους 23 ασθενείς (96.5%). Σε μία ασθενή, η επέμβαση μετατράπηκε σε ανοικτή λόγω ισχυρών συμφύσεων στην περιοχή του τριγώνου του Callot. Ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ανήλθε στα 117 λεπτά (67-178 λεπτά). Τρεις ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε υφολική γαστρεκτομή (2, 5 και 35 χρόνια πριν αντίστοιχα), υποβλήθηκαν την προηγούμενη του χειρουργείου σε ERCP-ES, λόγω διάτασης του χοληδόχου πόρου (εύρος χοληδόχου πόρου > 8mm).

Η παραμονή στο Νοσοκομείο ανήλθε στις 5 ημέρες (εύρος: 3-11 ημέρες), ενώ η επάνοδος στις δραστηριότητες πραγματοποιήθηκε μεταξύ 11ης και 18ης μετεγχειρητικής ημέρας.

Συζήτηση

Η επίπτωση της χολολιθίασης σε ασθενείς με προηγηθείσα γαστρεκτομή κυμαίνεται μεταξύ 10-42% και εξαρτάται από το τύπο της γαστρεκτομής αλλά και από το αν ή όχι έγινε και στελεχιαία βαγγοτομή^{5,7,8,12}. Πράγματι, όπως προκύπτει από μελέτη των Parkin και συν.¹⁰, αλλά και των Hudick and Hutchinson¹¹, ο σχηματισμός λίθων στη χοληδόχο κύστη αυξάνει μετά στελεχιαία αλλά όχι μετά εκλεκτική βαγγοτομή. Διατομή όχι μόνο του κοιλιακού κλάδου του οπισθίου πνευμονογαστρικού νεύρου, αλλά και των ηπατικών κλάδων του προσθίου πνευμονογαστρικού, φαίνεται ότι παίζουν εξέχοντα ρόλο στην ρύθμιση της τονικότητας της χοληδόχου κύστεως και εξηγούν κατά κάποιον τρόπο τα ευρήματα των μελετών^{10,11}. Σε περιπτώσεις D2-D3 resection, που συνοδεύει μια επέμβαση ολικής γαστρεκτομής, η αφαίρεση των λαμφαδένων από τα αγγεία του στομάχου αλλά και από τον τρίποδα του Haller, είναι ευρύτερη²³. Η διατομή των νευρικών ινών των ηπατικών κλάδων που έπεται του λεμφαδενικού καθαρισμού στην περιοχή της ηπατικής ακτινοβολίας πιθανό να προδιαθέτει για τον σχηματισμό λάσπης ή λίθων στην χοληδόχο κύστη^{7,13,14}. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τακτική μας είναι η προληπτική χολοκυστεκτομή.

Η έκκριση του γαστρικού υγρού προκαλεί την παραγωγή χολοκυστοκίνης στο δωδεκαδάκτυλο από την χοληδόχο κύστη. Αυτή η αύξηση της συσταλτικότητας της χοληδόχου κύστης φαίνεται ότι αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα ενάντια στον σχηματισμό λίθων⁹.

Από μελέτη των Clave and Gaspar¹⁵, ο σχηματισμός χολολίθων πραγματοποιείται τέσσερα χρόνια μετά από στελεχιαία βαγγοτομή και πυλωροπλαστική και ακόμη ότι η επίπτωση της

χολολιθίασης αυξάνει κυρίως μετά Billroth I γαστρεκτομή (3 φορές παραπάνω), χωρίς να συνυπάρχει αύξηση του σωματικού βάρους.

Όπως προκύπτει όμως από μελέτη των Miller et al⁶, λίθοι στη χοληδόχο κύστη εμφανίζονται 7-32 μήνες μετά από στελεχιαία βαγγοτομή. Από την ίδια μελέτη φαίνεται ότι ο σχηματισμός λίθων γίνεται πολύ γρήγορα μετά την επέμβαση γαστρεκτομής, όπου σε ποσοστό 79% των περιπτώσεων η διάγνωση έγινε μετά από παρακολούθηση ενός έτους.

Από εργασία των Tomprkins et al² που έγινε σε σκύλους, αναφέρεται ότι ο νεοσχηματισμός λίθων στην χοληδόχο κύστη πραγματοποιείται οκτώ εβδομάδες μετά από επέμβαση βαγγοτομής.

Εγκατάσταση πνευμοπεριτοναίου με βελόνη Veress αποτελεί απόλυτη αντένδειξη στους ασθενείς με προηγηθείσα γαστρεκτομή και οι οποίοι πρέπει να χειρουργηθούν λόγω χολολιθίασης. Η δημιουργία πνευμοπεριτοναίου κατά Hasson κρίνεται απαραίτητη στους ασθενείς αυτούς, επειδή ο κίνδυνος διατήσεως έλικας λεπτού εντέρου, (λόγω εκτεταμένων ενδοκοιλιακών συμφύσεων), είναι πολύ μεγάλος^{16,17}. Το περιτόναιο διανοίγεται κάνοντας μια μικρή τομή κάτωθεν του ομφαλικού δακτυλίου, με απ'ευθείας όραση (Hasson technique)¹⁸. Αμβλεία αποκόλληση των συμφύσεων γύρω από τον ομφαλικό δακτύλιο πραγματοποιείται δια του του εξετασθέντος δείκτη της δεξιάς (ή αριστεράς!) χειρός του χειρουργού. Μετά από αυτήν την απαραίτητη διαδικασία, το πνευμοπεριτόναιο εύκολα εγκαθίσταται¹⁶⁻¹⁸.

Σε περίπτωση ισχυρών ενδοκοιλιακών συμφύσεων, το σημείο του Palmer αποτελεί μια καλή εναλλακτική λύση. Αυτό βρίσκεται κάτωθεν του πλευρικού τόξου, στην μεσοκλειδική γραμμή στα αριστερά συνήθως του ασθενούς¹⁹.

Αρκετοί συγγραφείς συνιστούν την υποξιφοειδική προσέγγιση²⁰, επειδή οι συμφύσεις σ' αυτή τη περιοχή ενδιαφέρουν κυρίως τον αριστερό λοβό του ήπατος και όχι τις εντερικές έλικες.

Άλλοι συγγραφείς²¹, πιστεύουν ότι το πρώτο trocar είναι προτιμότερο να εισάγεται στην κοιλιά από τον δεξιό λαγόνιο βόθρο, παρακάμπτοντας τις συμφύσεις της περιοχής δια της δακτυλικής αποκόλλήσεως.

Συμπερασματικά

Οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις αναμφισβήτητα προσφέρουν σημαντικά πλεονεκτήματα στην θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών. Επεμβάσεις στην άνω κοιλία θεωρούνταν ως αντένδειξη στην προσπάθεια προσπέλασης αυτής της περιοχής με τη λαπαροσκοπική μέθοδο. Προηγηθείσα επέμβαση επί του στομάχου θεωρούμε ότι δεν αποτελεί πλέον απόλυτη αντένδειξη για την διενέργεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής.

Ασφαλής αναγνώριση των ανατομικών στοιχείων του τριγώνου του Callot και επιμελής αιμόσταση στην περιοχή αυτή, είναι στοιχεία απαραίτητα για την ασφαλή εξέταση μιας λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί

σε επέμβαση στομάχου, ή γενικότερα σε επέμβαση ανώτερου γαστρεντερικού.

Ο κίνδυνος χολολιθίασης αυξάνεται κατά τρεις φορές μετά επέμβαση γαστρεκτομής Billroth I, ή μετά στελεχιαία βαγγοτομή. Γι' αυτό το λόγο, η εκλεκτική ή η υπερεκλεκτική βαγγοτομή πρέπει να προτιμάται αντί της στελεχιαίας βαγγοτομής, ή όταν η γαστρεκτομή κρίνεται αναπόφευκτη και ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από λεμφαδενικό καθαρισμό, η προληπτική χολοκυστεκτομή είναι ιδεώδης λύση.

Περίληψη

Λαπαροσκοπική Χολοκυστεκτομή σε ασθενείς με προηγμένη επέμβαση επι του στομάχου.

Προηγηθείσα γαστρεκτομή όπως και οποιαδήποτε επέμβαση στην κοιλιακή χώρα αποτελούσε μέχρι πρότινος αντένδειξη για την διενέργεια λαπαροσκοπικής χειρουργικής (ΛΧ). Σκοπός της μελέτης μας είναι να αναδείξουμε το λειτουργικό αποτέλεσμα των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ΛΧ και οι οποίοι είχαν στο παρελθόν χειρουργηθεί λαπαροτομικά λόγω κάποιας πάθησης του στομάχου. Είκοσι τρεις ασθενείς (16 άνδρες και 7 γυναίκες), με μέση ηλικία τα 63.2 έτη (εύρος: 32-83 χρόνια), που είχαν χειρουργηθεί λόγω γαστρικής παθήσεως υποβλήθηκαν σε ΛΧ τα τελευταία 7 χρόνια. Οι επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν: γαστρεκτομές (13), στελεχιαία βαγγοτομή και γαστρεκτομή (3), ή πυλωροπλαστική (2), γαστρεκτομή λόγω λειομύωματος (1), πυλωρομυοτομή (1), βαγγοτομή-ΓΕΑ (1), λαπαροσκοπική συρραφή λόγω διατρήσεως πεπτικού έλκους (2). Ο μέσος εγχειρητικός χρόνος ανήλθε στα 117 λεπτά (67-178 λεπτά). Σε έναν ασθενή έγινε μετατροπή της επέμβασης λόγω ισχυρών συμφύσεων στην περιοχή του τριγώνου του Callot. Η παραμονή στο Νοσοκομείο ήταν 3-11 ημέρες (μ.ο: 5 ημέρες) και η επάνοδος στις δραστηριότητες πραγματοποιήθηκε σε όλους τους ασθενείς μεταξύ 11ης και 18ης μετεγχειρητικής ημέρας. Συμπερασματικά, αναγνώριση των ανατομικών στοιχείων του τριγώνου του Callot και επιμελής αιμόσταση θεωρούνται σημαντικά για την πραγματοποίηση ΛΧ σε αυτούς τους ασθενείς. Ολοκληρώνοντας, ασθενείς που στο παρελθόν χειρουργήθηκαν λόγω κάποιας γαστρικής παθολογίας, πρέπει να χειρουργούνται λαπαροσκοπικά για χολολιθίαση.

Λέξεις κλειδιά

Λαπαροσκόπηση
Γαστρεκτομή
Βαγγοτομή
Περιτοναϊκές συμφύσεις
Χολοκυστίτις

Laparoscopic Cholecystectomy in patients with a previous gastric surgery.

S.G. Koulas, P. Siakas, N. Zikos, G. Gogos, A. Papadonikolakis, E.C. Tsimoyiannis.

Department of Surgery, G. Hatzikosta General

Hospital, Ioannina, Greece.

Previous gastrectomy as well as any surgical abdominal operation has been considered as contraindication in laparoscopic cholecystectomy (LC). The purpose of this study was to evaluate the functional outcome after LC in patients who underwent previous gastric surgery. Twenty-three (16M, 7F, mean age 63.2 yrs, range 32 - 83) patients who have been operated because of gastric pathology underwent LC during the last 7 years. Surgical procedures that had been performed were: gastrectomies (13), truncal vagotomy plus gastrectomy (3), or pyloroplasty (2), gastric resection for leiomyoma (1), pyloromyotomy (1), vagotomy-gastroenterostomy (1), laparoscopic suturing of gastric ulcer perforation (2).

Three out of 23 patients with common bile duct stones, have undergone an endoscopic retrograde cholangiopancreatography- sphincterotomy (ERCP-ES) and removal of the stones with balloon catheter. Nevertheless, prior to the operation patients underwent physical examination, evaluation of their symptoms, computer tomography (CT) as well as laboratory and ultrasonographic evaluation. LC was performed successfully in 22 patients. The mean operative time was 117 minutes (range 67 to 178 minutes). One patient required conversion to open surgery because of strong adhesions in Calot's triangle. The mean hospital stay was 11 days (3-11 days). Return to the daily living activities was possible between the 11th and the 18th post-operative day in all patients. No major complications were recorded in our series and no residual or retained stones were found during a follow-up period of 4-34 months.

In conclusion, clear visualization of anatomic structures and landmarks, and scrupulous homeostasis are indispensable for a safe LC in patients with this kind of operation. We conclude that patients with previous gastric surgical procedures should be considered for laparoscopic cholecystectomy.

Βιβλιογραφία

1. Yu S.C., Chen S.C. and Wang S.M. et al. Is previous abdominal surgery a contraindication to laparoscopic cholecystectomy? *J Laparoendosc Surg* 1994, 4:31-35
2. Tompkins R.K., Kraft A.R. and Zimmerman E. et al. Clinical and biochemical evidence of increased gallstone formation after complete vagotomy. *Surgery* 1972, 71:196-200
3. Frazee R.C., Roberts J.W. and Symmons R. et al. What are the contraindications for laparoscopic cholecystectomy? *Am. J Surg* 1992, 164:491-495. Sapala M.A.,
4. Sapala J.A., and Soto A.D., et al. Cholelithiasis following subtotal gastric resection with truncal vagotomy. *Surg Gynecol Obstet* 1979, 148:36-38
5. Gatsoulis N, Koulas S, Kiparos G, et al: Laparoscopic cholecystectomy in obese and non obese patients. *Obes Surg* 1999 Oct; 9(5): 459-61

6. Miller K, Holbling N. and Hutter J. et al. Laparoscopic cholecystectomy for patients who have had previous abdominal surgery. *Surg Endosc* 1993, 7:400-403
7. Lorusso D., Misciagna G. and Noviello M.R. et al. Cholelithiasis after Billroth II gastric resection. *Surgery* 1988, 103:579-583
8. Rendberg O. and Haglund U. Gallstone disease following antrectomy and gastroduodenostomy with or without vagotomy. *Ann Surg* 1985, 201:315-318
9. Hauters P., de Neve de Roden A., and Pourbaix A. et al. Cholelithiasis: a serious complication after total gastrectomy. *Br J Surg* 1988, 75:899-900
10. Inoue K., Fuchigami A., and Higashide S. et al. Gallbladder sludge and stone formation in relation to contractile function after gastrectomy. A prospective study. *Ann. Surg* 1992, 215: 19-26.
11. Parkin GJS, Smith RB, Johnston D. Gallbladder volume and contractility after truncal, selective and highly selective (parietal-cell) vagotomy in man. *Gastroenterology* 1978; 75:608
12. Rudick J, Hutchinson JFS. Effects of vagal-nerve section on the biliary system. *Lancet* 1964;1:579
13. Williams E.J. and Irvine W.T. Functional and metabolic effects of total and selective vagotomy. *Lancet* 1966,1:1053-1057
14. Sapala M.A., Sapala J.A., and Soto A.D. et al. Cholelithiasis following subtotal gastric resection with truncal vagotomy. *Surg Gynecol Obstet* 1979, 148:36-38
15. Kodama I, Yoshida C, and Kofuji K. et al. Gallstones and gallbladder disorder after gastrectomy for gastric cancer. *Int Surg* 1996, 81:36-39
16. Clave RA, Gasper MR. Incidence of gallbladder disease after vagotomy. *Am J Surg* 1969; 118-169.
17. Reddick E.J. and Olsen D.O. Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy. *Am J Surg* 1990, 160: 485-489
18. Hasson H.M. A modified instrument and method for laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1971, 110: 886-887
19. Richard C. Frazee, MD, John W. Roberts, MD, Richard Symmons, MD, et al. What are the contraindications for laparoscopic cholecystectomy? *Am J Surg* 1992; 164: 491-494
20. Chang F.H., Lee C.L., and Soong Y.K. Use of Palmer's point for insertion of the operative laparoscope in patients with severe pelvic adhesions: experience with seventeen cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994, 1: S7.
21. Kumar S.S. Laparoscopic cholecystectomy in the densely scarred abdomen. *Am Surg* 1998, 64: 1094-1096
22. Patel M. and Smart D. Laparoscopic cholecystectomy and previous abdominal surgery: a safe technique. *Aust N Z J Surg* 1996, 66: 309-311.
23. Tsimoyiannis EC, Jabarin M, Tsimoyiannis IC, et al. Ultrasonically activated shears in extended lymphadenectomy for gastric cancer. *World J Surg* 2002 Feb; 26: (2) 158-61.