

Καλοήθειες στενώσεις σου Χοληδόχου Πόρου - Ιατρογενείς κακώσεις των Εξωηπατικών Χοληφόρων

Ποικίλες παθήσεις μπορεί να προκαλέσουν καλοήθη στένωση του χοληδόχου πόρου. Τυπικά παραδείγματα είναι η χρόνια παγκρεατίτιδα, η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, αυτοάνοσες παθήσεις καθώς και οι περιπτώσεις κλειστού ή ανοικτού κοιλιακού τραύματος. Η διάγνωση της φύσης της στένωσης στα αρχικά της στάδια είναι αρκετά δύσκολη και έχει ως κύριο διαγνωστικό μέσο την μαγνητική τομογραφία (MRI, MRCP). Οι καοήθειες στενώσεις του χοληδόχου πόρου εξετάζονται και αντιμετωπίζονται ανάλογα με την αιτιολογία τους.

Η συνηθέστερη αιτία καλοήθους στένωσης του χοληδόχου πόρου πάντως, είναι ο ιατρογενής τραυματισμός, συνήθως μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Οι περισσότερες κακώσεις αναγνωρίζονται διεγχειρητικά ή κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Κλινικά σημεία και επιπλοκές της κάκωσης των χοληφόρων, όπως ο ίκτερος ή η οξεία χολαγγειίτιδα, εκδηλώνονται μέσα στα πρώτα δύο χρόνια σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων. Με την κατάλληλη αντιμετώπιση τα άμεσα και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά. Η χειρουργική θεραπεία είναι επιτυχής σε πάνω από 90% των περιπτώσεων, ενώ η μη χειρουργική θεραπεία διαφυλάσσεται για ασθενείς υψηλού κινδύνου ή όταν η κάκωση είναι τεχνικά αδύνατον να διορθωθεί χειρουργικά, όπως η απόφραξη ενός ενδοηπατικού χοληφόρου. Παρ' όλα αυτά, όταν η κάκωση διαγνωσθεί με καθυστέρηση μεγάλου χρονικού διαστήματος ή όταν η θεραπευτική της αντιμετώπιση δεν είναι η κατάλληλη, επιπλέκεται με υποτροπιάζοντα επεισόδια χολαγγειίτιδας που προοδευτικά οδηγούν σε χολική κίρρωση και πυλαία υπέρταση.

Παθογένεση

Η μεγάλη πλειονότητα των ιατρογενών κακώσεων του χοληδόχου πόρου συμβαίνει κατά τη διάρκεια χολοκυστεκτομής. Η αναφερόμενη συχνότητα πριν από την επικράτηση της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής ήταν 1 ανά 800 χολοκυστεκτομές (1,25/1000). Η διάδοση της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής οδήγησε αρχικά σε μία μεγάλη αύξηση της παρατηρούμενης συχνότητας ιατρογενών κακώσεων των χοληφόρων, που για την περασμένη δεκαετία (1990-2000) ανήλθε στο 0,85% ή μία στις 120 χολοκυστεκτομές. Η συχνότητα των μειζόνων κακώσεων έφθανε το 0,55%, ενώ των λιγότερο σοβαρών ανερχόταν στο 0,3%. Σήμερα πάντως, η εκτιμώμενη συχνότητα κάκωσης των χοληφόρων μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή είναι περίπου 4 στις 1000 επεμβάσεις (0,4%) και είναι ίση ή ελάχιστα υψηλότερη για τις λαπαροσκοπικές σε σχέση με τις ανοιχτές χολοκυστεκτομές. Νεότερα πληθυσμιακά δεδομένα από την Σκανδιναβία ανεβάζουν την συχνότητα της πάθησης στο 1,5%, και δυστυχώς είναι σε σταθερότητα (steady state) (Εικ. 1, 2). Το γεγονός αυτό, είναι συνέπεια κατ' αρχήν της μείωσης της πιθανότητας κάκωσης κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής, λόγω της αυξημένης εμπειρίας των χειρουργών που την εκτελούν σήμερα, καθώς και των συσσωρευμένων τις προηγούμενες δύο δεκαετίες γνώσεων. Αξιοσημείωτο επίσης είναι το γεγονός ότι, οι ανοιχτές χολοκυστεκτομές εκτελούνται πια είτε από υπο-εκπαιδευμένους χειρουργούς είτε κυρίως αποκλειστικά σε επιλεγμένες περιπτώσεις (όπως για παράδειγμα μετά από μετατροπή λαπαροσκοπικής επέμβασης), οπότε η πιθανότητα κάκωσης των χοληφόρων στην ομάδα αυτή των ασθενών είναι αυξημένη σε σχέση με το μέσο όρο.



What is the 'steady state' of BDI rate?



Bile Duct Injuries - Incidence Laparoscopic Cholecystectomy			
• Surveys	- Deziel	(1993)	- 0.6%
	- Wherry	(1994)	- 0.52%
	- Wherry	(1996)	- 0.47%
	- Nuzzo	(2005)	- 0.4%
	- Waage	(2006)	- 0.4%

Wu YV, Linehan DC. Bile duct injuries in the era of laparoscopic cholecystectomies.

Surg Clin North Am. 2010 Aug;90(4):787-802.
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΙΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

22/11/2013



What is the 'steady state' of BDI rate?



Table 1| Cholecystectomies and annual incidence of bile duct injury, recorded in GallRiks

Year	No of cholecystectomies	No (%) of bile duct injuries		Total
		Early detection*	Delayed detection†	
2005‡	1113	1 (0.1)	7 (0.6)	8 (0.7)
2006	7680	36 (0.5)	81 (1.1)	117 (1.5)
2007	8931	21 (0.2)	94 (1.1)	115 (1.3)
2008	10 350	35 (0.3)	135 (1.3)	170 (1.6)
2009	11 823	44 (0.4)	126 (1.1)	170 (1.6)
2010	11 144	33 (0.3)	134 (1.2)	167 (1.5)
Total	51 041	170 (0.3)	577 (1.1)	747 (1.5)

*Detected during cholecystectomy.

†Detected after cholecystectomy.

‡1 May to 31 December 2005.

Björn Törnqvist et al. BMJ. 2012; 345: e6457
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΙΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

22/11/2013

Εικόνες 1, 2: Η συχνότητα των τραυμάτων των χοληφόρων

Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την αυξημένη συχνότητα και τη μεγαλύτερη βαρύτητα των κακώσεων του χοληδόχου πόρου μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Η συνήθης αιτία είναι σχεδόν πάντα η λανθασμένη αναγνώριση του χοληδόχου πόρου, του κοινού ηπατικού, του δεξιού κύριου, πρόσθιου ή οπίσθιου ή τέλος ενός επικουρικού ηπατικού πόρου ως κυστικού πόρου και η συνακόλουθη απολίνωσή του, με συνέπεια τη διαταραχή στο σύστημα ομαλής απορροής της χολής. Κύριος επιβαρυντικός παράγων έχει θεωρηθεί η αναφερόμενη ως καμπύλη εκμάθησης της επέμβασης ή αλλιώς η αρχική φάση ελλιπούς εκπαίδευσης και εμπειρίας των χειρουργών. Έχει παρατηρηθεί ότι η πιθανότητα κάκωσης των χοληφόρων από ένα συγκεκριμένο χειρουργό μειώνεται μετά την εκτέλεση των πρώτων 20 λαπαροσκοπικών χολοκυστεκτομών από αυτόν (αρχική φάση καμπύλης εκμάθησης). Παρ' όλα αυτά, επιδημιολογικές μελέτες που συνέκριναν τη συχνότητα κάκωσης των χοληφόρων στις αρχές και στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (όταν η αρχική φάση της καμπύλης εκμάθησης της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής είχε συμπληρωθεί)

έδειξαν ότι σε εκείνο το χρονικό σημείο η συχνότητα των κακώσεων παρέμενε σταθερή. Δηλαδή, η μεγαλύτερη αρχική συχνότητα κάκωσης μειώνεται μετά τις πρώτες 20 επεμβάσεις, αλλά από εκεί και πέρα παραμένει σταθερή.

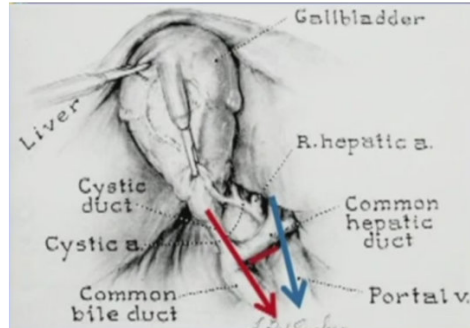
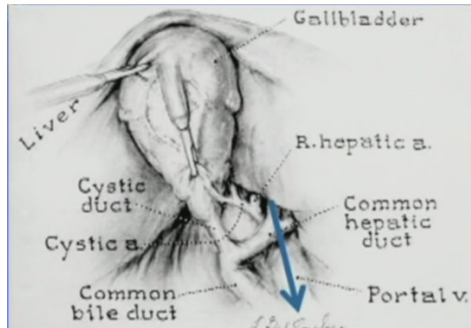
Πέραν της αρχικά μικρής εμπειρίας, υπάρχουν και περιεγχειρητικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα κάκωσης των χοληφόρων κατά τη διάρκεια μίας λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Επεμβάσεις λόγω επιπλοκών της χολολιθίασης, περιλαμβανομένων της οξείας χολοκυστίτιδας, της οξείας παγκρεατίτιδας, της χοληδοχολιθίασης με ή χωρίς χολαγγειίτιδα, συνοδεύονται από ελαφρά αυξημένο κίνδυνο κάκωσης των εξωηπατικών χοληφόρων. Η χρόνια χολοκυστίτιδα ή τα υποτροπιάζοντα επεισόδια οξείας χολοκυστίτιδας, η παχυσαρκία με την αύξηση του λίπους που εναποτίθεται στην περιοχή της πύλης του ήπατος, η κακή παρασκευή και η διεγχειρητική αιμορραγία, είναι επιπρόσθετοι παράγοντες που προκαλούν τεχνικές δυσκολίες, άρα αυξάνουν τον κίνδυνο κάκωσης των χοληφόρων, κατά τη διάρκεια μιας λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Γενικά οι επεμβάσεις σε άνδρες μεγάλης ηλικίας, με μακρύ ιστορικό και πολλαπλά προηγούμενα επεισόδια οξείας χολοκυστίτιδας συνοδεύονται από αυξημένες τεχνικές δυσκολίες και αυξημένο κίνδυνο κάκωσης.

Οι ανατομικές παραλλαγές έχουν ενοχοποιηθεί ως ένας επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας πρόκλησης ιατρογενούς κάκωσης του χοληδόχου πόρου. Ένας υπεράριθμος εξωηπατικός δεξιός κύριος, πρόσθιος ή οπίσθιος ηπατικός πόρος, που διελαύνει στο τρίγωνο του Calot πριν να εκβάλει στον κοινό ηπατικό ή το χοληδόχο πόρο, αναφέρεται συχνά ως το ανατομικό αίτιο που επισυνέβη η κάκωση. Ενίοτε, ο κυστικός πόρος εκβάλλει σε έναν υπεράριθμο δεξιό ηπατικό, ο οποίος κατά λάθος απολινώνεται και διατέμνεται ως κυστικός πόρος.

Ο παράγων που ενοχοποιείται συνήθως διεγχειρητικά είναι η έντονη έλξη στο θύλακο του Hartmann χαμηλά, που ευθειάζει τον κυστικό με τον χοληδόχο πόρο, οπότε ο χοληδόχος πόρος αναγνωρίζεται λανθασμένα ως κυστικός (ειδικά όταν αυτός είναι βραχύς), απολινώνεται και διατέμνεται περιφερικά. Στη συνέχεια, καθώς προοδευτικά αποκολλάται η χοληδόχος κύστη από την κοίτη του ήπατος, [διατέμνεται](#) (με τη διαθερμία) ο κοινός ηπατικός σε άλλοτε άλλη απόσταση από την πύλη του ήπατος (κεντρικά) (Εικ. 3, 4, 5). Σε αυτό το σημείο μπορεί να διαταμεί και η δεξιά ηπατική αρτηρία. Επίσης, με την έντονη έλξη του κυστικού μπορεί το clip της απολίνωσης του κυστικού πόρου να τοποθετηθεί εφαπτόμενα ή πάνω στο χοληδόχο πόρο, με αποτέλεσμα την ίνωση και τη συνακόλουθη στένωσή του. Άλλοι πιθανοί μηχανισμοί είναι ο τραυματισμός των ενδοηπατικών χολαγγείων του δεξιού ηπατικού λοβού, λόγω ενδοηπατικής αποκόλλησης της χοληδόχου κύστης ή η υπερβολική χρήση της διαθερμίας πλησίον του χοληδόχου πόρου με αποτέλεσμα την ινώδη στένωσή του.



Why is the Lap Chole BDI rate higher?



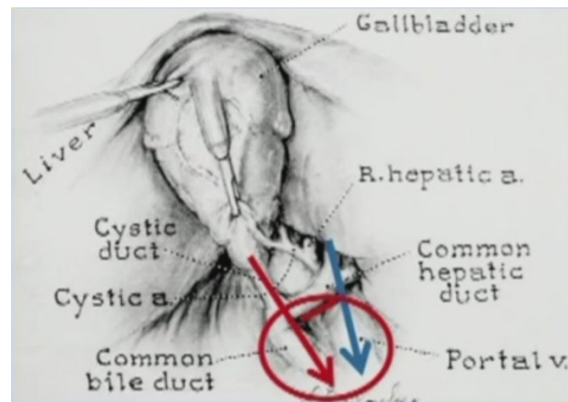
22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD



Why is the Lap Chole BDI rate higher?



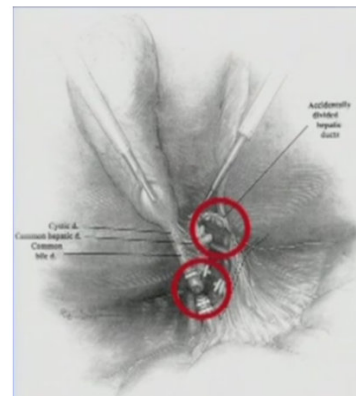
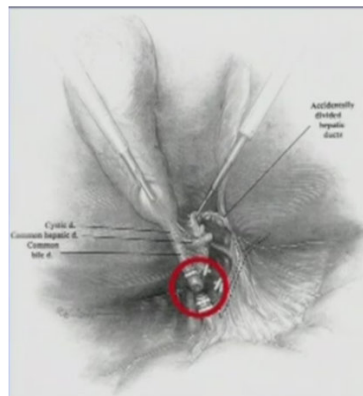
22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD



Why is the Lap Chole BDI rate higher?



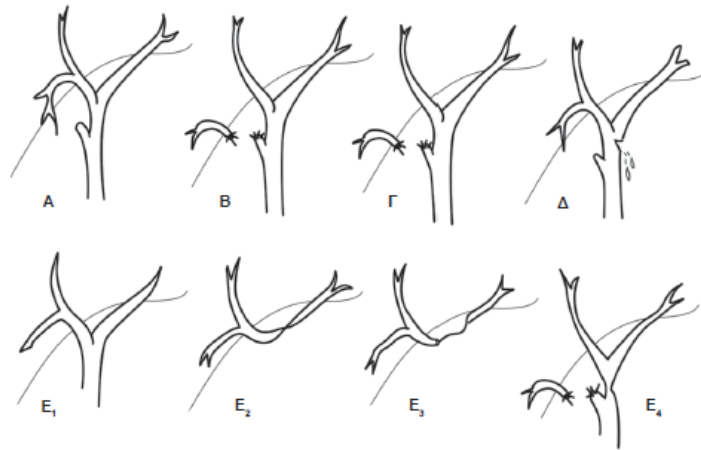
22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

Εικόνες 3, 4, 5: Ο μηχανισμός κάκωσης

Οι συνέπειες της κάκωσης των χοληφόρων καθώς και η απαραίτητη θεραπευτική στρατηγική εξαρτώνται από την ακριβή ανατομία της βλάβης. Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες κωδικοποίησης των κακώσεων των χοληφόρων, η συχνότερα δε χρησιμοποιούμενη είναι η ταξινόμηση του Strassberg η οποία δημοσιεύθηκε το 1995 στο περιοδικό του Αμερικάνικου Κολλεγίου των Χειρουργών (Εικ. 5).



Εικόνα 6: Σχηματική ταξινόμηση των κακώσεων των χοληφόρων κατά Strasberg. Α. Χολόρροια από το κολόβωμα του κυστικού πόρου. Β. Απολίνωση ενός κλάδου του δεξιού ηπατικού χωρίς χολόρροια. Γ. Απολίνωση κλάδου του δεξιού ηπατικού με χολόρροια από το περιφερικό κολόβωμα. Δ. Κάκωση του πλάγιου τοιχώματος του χοληδόχου πόρου με χολόρροια Ε . Κάκωση του κοινού ηπατικού 2 εκατοστά περιφερικά της συμβολής - Κάκωση του κοινού ηπατικού σε απόσταση μικρότερη των 2 εκατοστών από τη συμβολή των ηπατικών Ε . Κάκωση της συμβολής των ηπατικών χωρίς κατάργηση της επικοινωνίας του συστήματος του δεξιού με το σύστημα του αριστερού ηπατικού Ε . Κάκωση της συμβολής των ηπατικών με διακοπή της επικοινωνίας του δεξιού με τον αριστερό ηπατικό και Ε κάκωση του κοινού ηπατικού σε συνδυασμό με απολίνωση κάποιου τμηματικού κλάδου των χοληφόρων (π.χ. δεξιός οπίσθιος ηπατικός).

Για την αποφυγή των ιατρογενών κακώσεων των χοληφόρων κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής έχουν προταθεί τουλάχιστον 4 στρατηγικές. Η συστηματική χρήση της διεγχειρητικής χολαγγειογραφίας είναι η πρώτη στρατηγική που προτάθηκε για τη μείωση της συχνότητας της κάκωσης των χοληφόρων και κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής όπως επί σειρά ετών εφαρμοζόταν και με την ανοιχτή χολοκυστεκτομή. Η τακτική αυτή έχει αναφερθεί ότι οδηγεί σε μείωση της συχνότητας κάκωσης κατά 50%. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να συνεκτιμηθεί η παράταση του χειρουργικού χρόνου, η σχετική αύξηση της τεχνικής δυσκολίας της επέμβασης, καθώς και η σημαντική πιθανότητα να μην είναι παντού και πάντα διαθέσιμος ο απαιτούμενος εξοπλισμός για τη διενέργεια της λαπαροσκοπικής διεγχειρητικής χολαγγειογραφίας. Επίσης, με αυτόν τον τρόπο μπορεί να μειώνεται η συχνότητα και η έκταση των κακώσεων των χοληφόρων, αλλά σε καμία περίπτωση αυτές δεν καταργούνται εντελώς, ακόμα και με τη συστηματική εκτέλεση της χολαγγειογραφίας. Ο λόγος είναι ότι συχνά με την χολαγγειογραφία **δεν** αναγνωρίζεται η λανθασμένη διεγχειρητική εκτίμηση της ανατομίας από το χειρουργό. Σήμερα πιστεύουμε ότι η χρήση της διεγχειρητικής χολαγγειογραφίας **δεν** έχει αποδείξει ότι συμβάλλει στατιστικά σημαντικά στην μείωση των κακώσεων του χοληδόχου πόρου, συνεπώς οι περισσότεροι χειρουργοί δεν εκτελούν διεγχειρητική

χολαγγειογραφία ως διαδικασία ρουτίνας (Εικ. 7, 8)



The JAMA Network



From: Intraoperative Cholangiography and Risk of Common Bile Duct Injury During Cholecystectomy

JAMA. 2003;289(13):1639-1644. doi:10.1001/jama.289.13.1639

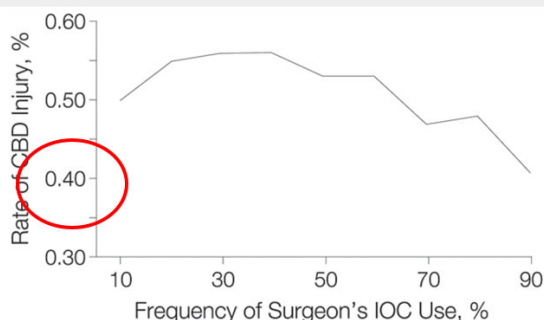


Figure Legend: Frequency of Use of Intraoperative Cholangiography (IOC) by Surgeons and the Rate of Common Bile Duct Injury (CBD)

Date of download: 11/1/2013

Copyright © 2012 American Medical Association. All rights reserved.

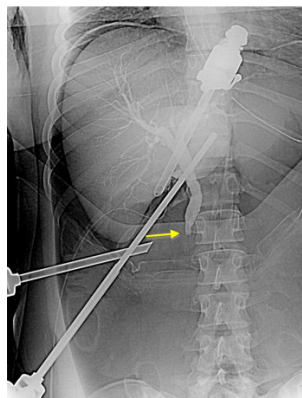
ES FELEKOURAS MD



Role of IOC?



- Data since 1992 (NIH Lap Chole Consensus Panel) and forward have never proven 'routine' IOC safer,
- but IOC can help when biliary anatomy is unclear



22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

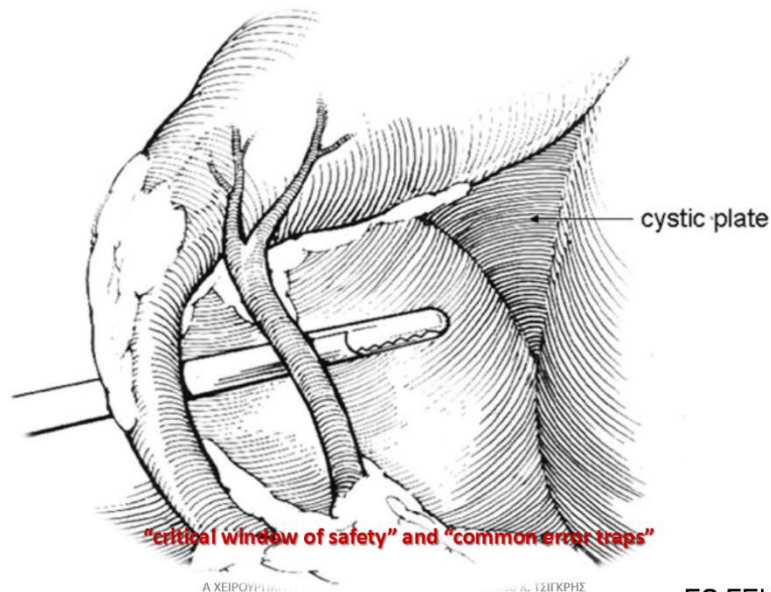
Εικόνες 7, 8: Ο ρόλος της διεγχειρητικής χολαγγειογραφίας (IOC)

Πέραν της διεγχειρητικής χολαγγειογραφίας έχει προταθεί, για την αποφυγή των ιατρογενών κακώσεων του χοληδόχου πόρου μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, η παρασκευή της συμβολής κυστικού- κοινού ηπατικού-χοληδόχου πόρου, η οποία όμως είναι μία πρακτικά ανεφάρμοστη και δυνητικά επικίνδυνη στρατηγική για να εκτελεστεί συλλήβδην σε όλες τις λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές.

Η τεχνική πλήρους αναγνώρισης της συμβολής του αυχένα της χοληδόχου κύστης με τον κυστικό πόρο (infundibular technique) είναι μία άλλη στρατηγική, η οποία όμως έχει επίσης μειονεκτήματα. Για παράδειγμα, έχει περιγραφεί το σύνδρομο του κρυμμένου (βραχύ και περιελιγμένου) κυστικού πόρου ή υπάρχουν περιπτώσεις αδυναμίας έλξης του θυλάκου του Hartmann λόγω ενσφηνωμένου λίθου ή λόγω οξείας φλεγμονής, καταστάσεις που

οδηγούν σε λανθασμένη αναγνώριση της συμβολής του θυλάκου του Hartmann με τον κυστικό πόρο και συνακόλουθη απολίνωση του χοληδόχου πόρου.

Η ασφαλέστερη στρατηγική θεωρείται ότι είναι η αναφερόμενη τεχνική της «κρίσιμης όψης» (critical view technique), όπου πριν από την απολίνωση του αναγνωρισθέντος ως κυστικού πόρου στοιχείου, γίνεται αποκόλληση του κατωτέρου τμήματος της χοληδόχου κύστης από την κοίτη της και από την ηπατική πύλη. Με αυτόν τον τρόπο, επιβεβαιώνεται η απουσία άλλου ανατομικού στοιχείου, το οποίο να πορεύεται μεταξύ της χοληδόχου κύστης και της πύλης του ήπατος (άρα να είναι ο κοινός ηπατικός ή κάποιος κλάδος του). (Εικ. 9, 10)

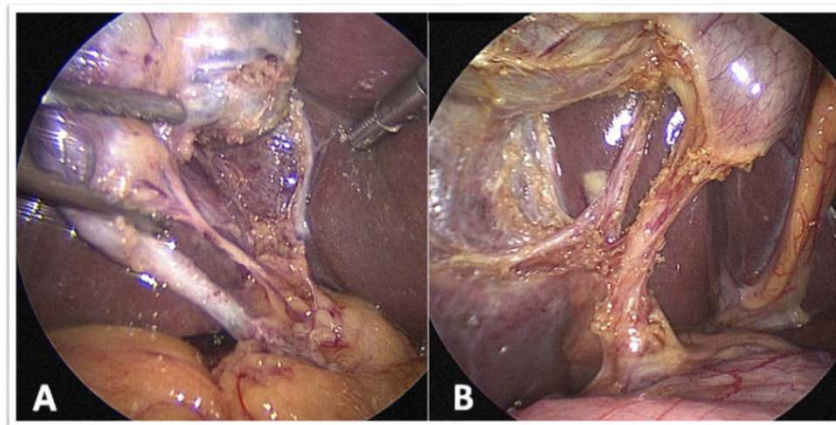


23/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΙΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ΕΠΙΜΕΤΡΗΣ ΚΑΘ. Α. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD



“critical window of safety” and “common error traps”

23/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΙΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

Εικόνες 9, 10: Η τεχνική της «κρίσιμης όψης» (critical view technique)

Σε κάθε περίπτωση πάντως, η προσεκτική παρασκευή όλων των στοιχείων του τριγώνου του Calot και ιδιαίτερως της συμβολής κυστικού πόρου-θυλάκου του Hartmann, πριν από την απολίνωση οποιουδήποτε στοιχείου πρέπει να είναι το αυστηρά τηρούμενο μέτρο κατά

τη διάρκεια κάθε λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Επειδή οι τοπικές συνθήκες δεν είναι πάντα ευνοϊκές, γι' αυτό είναι απαραίτητη η δυνατότητα εναλλακτικών λύσεων από τον χειρουργό, όπως η μερική χολοκυστεκτομή ή η μετατροπή της επέμβασης σε ανοικτή, αν αυτό κρίνεται απαραίτητο για την ασφάλεια του ασθενούς. Η συνεχής υπόμνηση ότι ο σκοπός της εγχείρησης είναι η ασφαλής αφαίρεση της χοληδόχου κύστης και όχι η λαπαροσκοπική προσπέλαση, είναι ο ασφαλέστερος γνώμονας για την αποφυγή μίας ιατρογενούς κάκωσης του χοληδόχου πόρου κατά τη διάρκεια μιας λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής.

Ίσως στην προσπάθεια των χειρουργών να μειώσουν την πιθανότητα κάκωσης των χοληφόρων κατά τη διάρκεια λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής είναι χρήσιμη η υπόμνηση του τρόπου λειτουργίας των πιλότων της πολιτικής αεροπορίας. Για την αποφυγή των αεροπορικών δυστυχημάτων έχουν καθορισθεί κανόνες, οι οποίοι απαγορεύουν την εξέλιξη μιας διαδικασίας (stopping rules), όταν δεν πληρούνται κάποιες αυστηρές προϋποθέσεις. Για παράδειγμα, όταν γίνεται η προσγείωση ενός αεροπλάνου πρέπει, από ένα αυστηρά καθορισμένο ύψος και κάτω, να είναι ορατός ο διάδρομος προσγείωσης. Σε αντίθετη περίπτωση γίνεται υποχρεωτική εκτροπή της πτήσης σε άλλο αεροδρόμιο (abortion of landing). Να σημειωθεί ότι το ύψος αυτό δεν είναι διαπραγματεύσιμο («5-10 μέτρα ακόμα μήπως και φανεί») και ότι η προσγείωση με μειωμένη ορατότητα δεν σημαίνει υποχρεωτικά ατύχημα, αλλά σημαίνει **απαγορευτικά αυξημένο κίνδυνο**. Ο καθορισμός απαγορευτικών κανόνων στη χειρουργική δεν είναι τόσο εύκολος, αλλά η εφαρμογή ενός αντίστοιχου τρόπου σκέψης για την αποφυγή της συνέχισης μιας χειρουργικής επέμβασης σε συνθήκες αυξημένου κινδύνου είναι κάτι απολύτως εφικτό. Στην κατεύθυνση αυτή μπορούν να τεθούν σημεία συναγερμού, με προκαθορισμένες οδούς διαφυγής. Για παράδειγμα, επί εμφάνισης τεχνικής δυσκολίας θα πρέπει να προσκαλείται και άλλος χειρουργός, δυνητικά πιο έμπειρος, για συμβουλή και βοήθεια. Να σημειωθεί εδώ ότι ο αριθμός των αγωγών σε βάρους του χειρουργού, μετά από κάκωση των χοληφόρων είναι πολύ μικρότερος όταν στην επέμβαση παρίσταται και δεύτερος έμπειρος χειρουργός, ενώ σε αυτήν την περίπτωση και η κατηγορία της αμέλειας είναι πολύ πιο δύσκολο να στοιχειοθετεί. Επί μη ασφαλούς αναγνώρισης του κυστικού πόρου και της κυστικής αρτηρίας με μία από τις προηγουμένως περιγραφείσες τεχνικές, η επέμβαση μετατρέπεται σε ανοικτή (τα προβλήματα του ασθενούς από τη μετατροπή είναι ασήμαντα σε σχέση με εκείνα από μία κάκωση των χοληφόρων). Επί μη ασφαλούς αναγνώρισης των στοιχείων σε ανοικτή χολοκυστεκτομή ή όταν δεν υπάρχει η εμπειρία, μπορεί πάντα να εκτελείται χολοκυστοστομία ή μερική χολοκυστεκτομή. Με μία θεσμοθέτηση αυτών ή κάποιων παρεμφερών απαγορευτικών κανόνων, μπορεί να αυξηθεί ο αριθμός των ανοικτών χολοκυστεκτομών στην εποχή της πλήρους επικράτησης των λαπαροσκοπικών τεχνικών σε όλο το φάσμα της χειρουργικής, αλλά θα επιτευχθεί ο σκοπός, ο οποίος δεν μπορεί να είναι άλλος από την αποφυγή των ιατρογενών κακώσεων των χοληφόρων, σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό χολοκυστεκτομών.

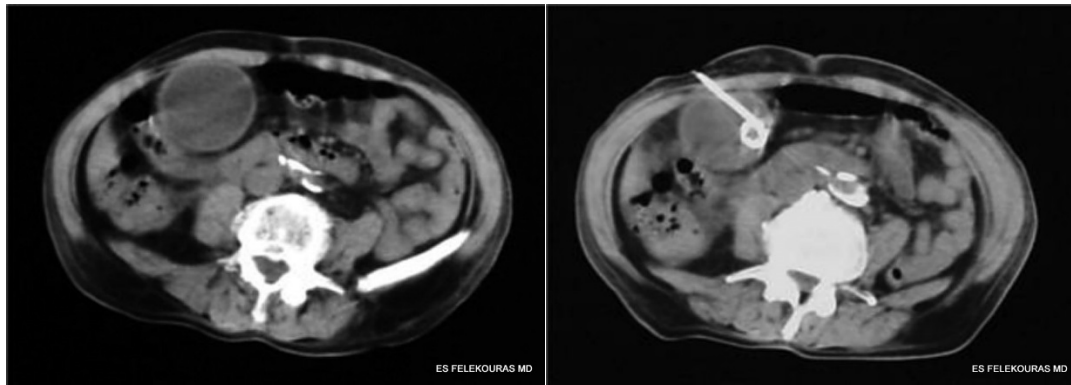
Κακώσεις του χοληδόχου πόρου μπορούν να συμβούν και μετά από άλλες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις, εκτός της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής. Το σημείο της χοληδοχοτομής για τη διερεύνηση του χοληδόχου πόρου είναι ένα τυπικό παράδειγμα. Άλλες επεμβάσεις, όπως μία εργώδης γαστρεκτομή για έλκος δωδεκαδακτύλου με μία πολύ δύσκολη, περιφερική σύγκλιση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος μπορεί επίσης, αν και όχι συχνά, να οδηγήσουν σε ιατρογενή στένωση του χοληδόχου πόρου. Τέλος καλοήθης στένωση μπορεί να συμβεί σε άλλοτε άλλο χρόνο μετά από χολοπεπτική αναστόμωση ή στο σημείο ενσφήνωσης ενός χοληδοχόλιθου στο χοληδόχο πόρο.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα από την κάκωση του χοληδόχου πόρου μπορεί να εμφανισθεί διεγχειρητικά, στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο ή αρκετούς μήνες μετά από τη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Περίπου το 25% των μειζόνων κακώσεων αναγνωρίζονται διεγχειρητικά λόγω χολόρροιας, καθυστερημένης αναγνώρισης της σωστής ανατομίας ή αναγνωρίζονται στη διεγχειρητική χολαγγειογραφία. Στους υπόλοιπους ασθενείς η κλινική εικόνα γίνεται εμφανής σε άλλοτε άλλο χρονικό σημείο της μετεγχειρητικής περιόδου. Ασθενείς με χολόρροια από το κολόβωμα του κυστικού πόρου, διατομή επικουρικού ή τμηματικού έκτοπου δεξιού ηπατικού πόρου ή με κάκωση του πλάγιου τοιχώματος του χοληδόχου πόρου, συνήθως παρουσιάζουν κλινική συνδρομή που περιλαμβάνει, πόνο στο δεξιό υποχόνδριο ή διάχυτο κοιλιακό άλγος, πυρετό και ίσως υπερχολερυθριναιμία που προκαλείται από συλλογή χολής (χόλωμα, biloma). Εικόνα συμβατή με χολοπεριτόναιο μπορεί να παρουσιασθεί μέσα στην πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα. Να σημειωθεί ότι τα κλινικά συμπτώματα από την εξέταση της κοιλίας στην αρχή μπορεί να είναι ιδιαίτερα αμβλυγρά, λόγω της μη ερεθιστικής φύσης της χολής. Επίσης μπορεί να εμφανισθεί χολόρροια από την παροχέτευση ή από το αντιστόμιο της αν αυτή έχει αφαιρεθεί. Κάθε ασθενής με μετεωρισμό ή ανορεξία που επιμένει αρκετές ημέρες μετά από χολοκυστεκτομή, πρέπει να θεωρείται ύποπτος για χολόρροια ή χολοπεριτόναιο. Όταν η κάκωση αφορά αποκλειστικά σε ή περιλαμβάνει πλήρη διατομή και απολίνωση του κοινού ηπατικού ή του χοληδόχου πόρου χωρίς συνοδό χολόρροια, προεξάρχει η εικόνα του αποφρακτικού ικτέρου. Σπανιότερα οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν μήνες ή χρόνια μετά τη χολοκυστεκτομή εικόνα χολαγγειίτιδας ή χολικής κίρρωσης, λόγω στένωσης του χοληδόχου πόρου.

Διαγνωστική προσπέλαση

Η πρώτη διαγνωστική προσπέλαση σε ασθενείς με υποψία χολόρροιας ενδοκοιλιακά, γίνεται με υπερηχοτομογράφημα ή αξονική τομογραφία κοιλίας, που μπορεί να αναδείξει συλλογή περιτοναϊκού υγρού, συλλογή χολής ή ενδοκοιλιακό απόστημα. Όλες οι περιηπατικές ή άλλες ενδοκοιλιακές συλλογές υγρού πρέπει να παρακεντώνονται και να παροχετεύονται (Εικ. 11). Συνεχής ροή χολώδους υγρού στον καθετήρα παροχέτευσης ενδοκοιλιακής συλλογής, είναι ενδεικτική συνεχούς χολόρροιας, και δεν χρειάζεται να επιβεβαιωθεί με κάποιες εξετάσεις όπως παλιότερα γινόταν με σπινθηρογραφική μελέτη με Tc-IDA scan ή συριγγογραφία. Συνήθως ακολουθεί (σήμερα πλέον) MRI άνω κοιλίας και MRCP που εντοπίζει το σημείο της χολόρροιας και σκιαγραφεί την ανατομία του χοληφόρου δένδρου (κυρίως κεντρικά το σπουδαιότερο, αλλά και περιφερικά) (Εικ. 12). Έτσι έχουμε την χαρτογράφηση των ενδοηπατικών και εξωηπατικών χοληφόρων και την διάγνωση μας. Βασισμένοι σε αυτά πρέπει να σταδιοποιήσουμε το τραύμα- στένωση των χοληφόρων και εν συνεχεία να προχωρήσουμε στην ανάλογη θεραπεία του και των επιπλοκών αυτού. Η παλιότερη προσέγγιση με ERCP όλων των τραυμάτων των χοληφόρων έχει σήμερα καταργηθεί και η ERCP διενεργείται μόνον όταν ένας έμπειρος και εξειδικευμένος χειρουργός ΗΠΧ θεωρεί ότι στην παρούσα περίπτωση η ERCP έχει θεραπευτικό ρόλο. Σήμερα σε όλη την Ελλάδα υπάρχουν οι δυνατότητες διενέργειας MRI, MRCP.



Εικόνα 11: Χολώδης συλλογή (biloma) μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Εικ. 23.56. Η ίδια συλλογή μετά από παρακέντηση και τοποθέτηση καθετήρα rigtail για την παροχέτευσή της.



MRCP, MRI



22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

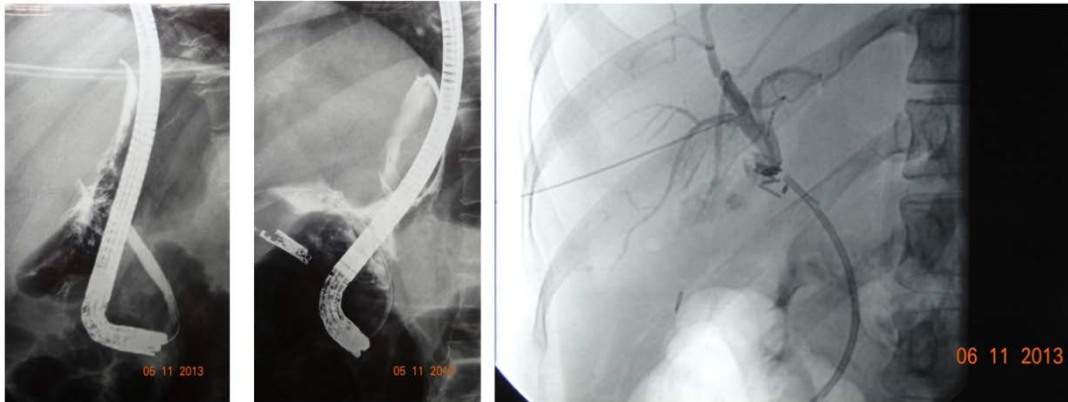
Εικόνα 12: MRCP σε ασθενείς με τραύμα χοληφόρων

Παλιότερα ο ρόλος της ERCP ήταν πιο σημαντικός μια και η μέθοδος εντοπίζει το σημείο της χολόρροιας και σκιαγραφεί την ανατομία του χοληφόρου δένδρου (συνήθως κάτωθεν της βλάβης και περιστασιακά ύπερθεν αυτής), ενώ ενίοτε δίνει και τη θεραπεία με μία απλή σφικκτηροτομή και την τοποθέτηση ενός stent που γίνεται συνήθως στις περιφερικές κακώσεις των εξωηπατικών χοληφόρων (προς το 12/λο). Σήμερα ο διαγνωστικός ρόλος της

ERCP ιδία στην οξεία φάση είναι περιορισμένος (Εικ. 13)



ERCP???



23/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ. Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

Εικόνα 13: ERCP σε ασθενή με τραύμα χοληφόρων

Η διαγνωστική προσπέλαση στον ικτερικό ασθενή με υποψία κάκωσης του χοληδόχου πόρου είναι διαφορετική. Το προεξάρχον εύρημα στο υπερηχογράφημα και στην αξονική τομογραφία κοιλίας είναι η διάταση είτε των ενδοηπατικών είτε των εξωηπατικών χοληφόρων ή και των δύο. Το επίπεδο της βλάβης μπορεί να καθορισθεί από το ύψος που αρχίζει η διάταση, ενώ ο βαθμός διάτασης των ενδοηπατικών χοληφόρων σε κάθε ένα ηπατικό λοβό μπορεί να διευκρινίσει αν η βλάβη αφορά τον κοινό ηπατικό, στο δεξιό ηπατικό ή σε κάποιο τμηματικό ή υποτμηματικό κλάδο ή τέλος σε κάποιο επικουρικό (aberrant) χοληφόρο. Η MRI, MRCP έχουν και εδώ κυρίαρχο ρόλο όσον αφορά την διάγνωση, την εκτίμηση του βαθμού της κάκωσης και το επίπεδο της καθώς και την αναγνώριση συνοδών βλαβών (όπως αγγειακό τραύμα) (Εικ. 14, 15). Η ERCP ως διαγνωστικό μέσο έχει πιο περιορισμένη αξία όπως και σε περιπτώσεις κεντρικής ή ενδοηπατικής απόφραξης (Εικ. 16) ή PTC (Εικ. 17), που στην περίπτωση μας όμως μπορούν να βοηθήσουν στην αναγνώριση της ανατομίας και στον καθορισμό του επιπέδου της βλάβης που θα καθορίσει και την ακολουθητέα θεραπευτική στρατηγική, ενώ μπορεί να βοηθήσει και στην προσωρινή ή οριστική ανακούφιση από τον ίκτερο με την τοποθέτηση ενός πλαστικού stent χοληφόρων.

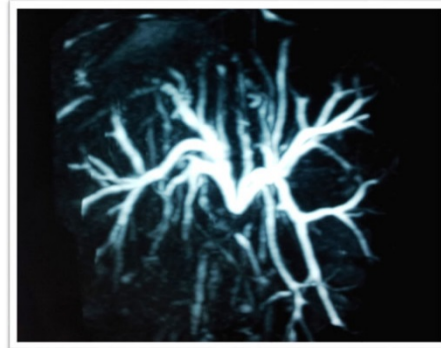


Diagnosis



IMAGING:

- US-doppler
- Abdominal CT:
 - free-fluid → BILE LEAK
 - hepatic artery and portal vein injuries
- ERCP: confirm BDI
- Percutaneous transhepatic cholangiography (PTC):
 - confirm BDI
 - define biliary anatomy
- MRCP:
 - sensitivity 85-100%
 - gold standard before surgical repair



22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

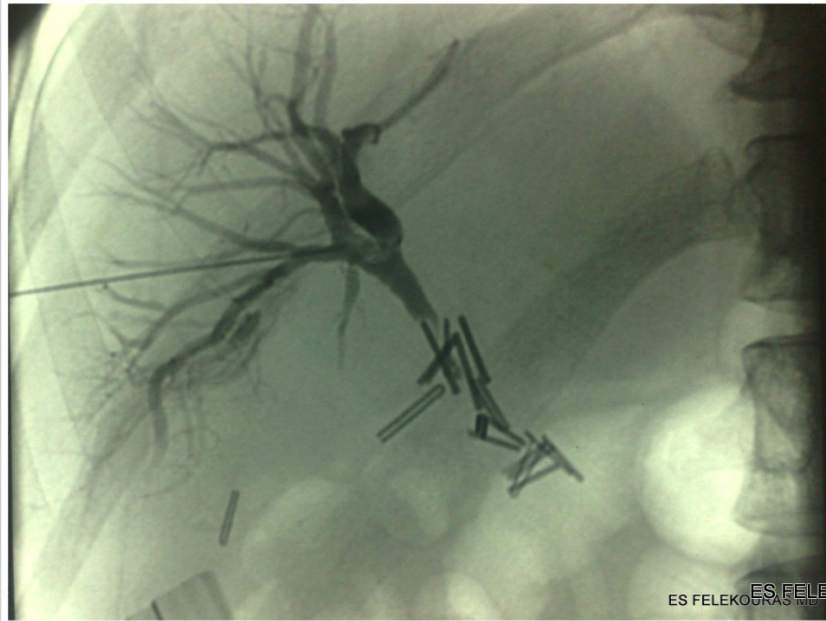


Εικόνες 14, 15: MRCP σε ασθενή με κάκωση του κοινού ηπατικού πόρου στο επίπεδο της συμβολής των ηπατικών και συνοδό διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων (κάκωση Strassberg E).

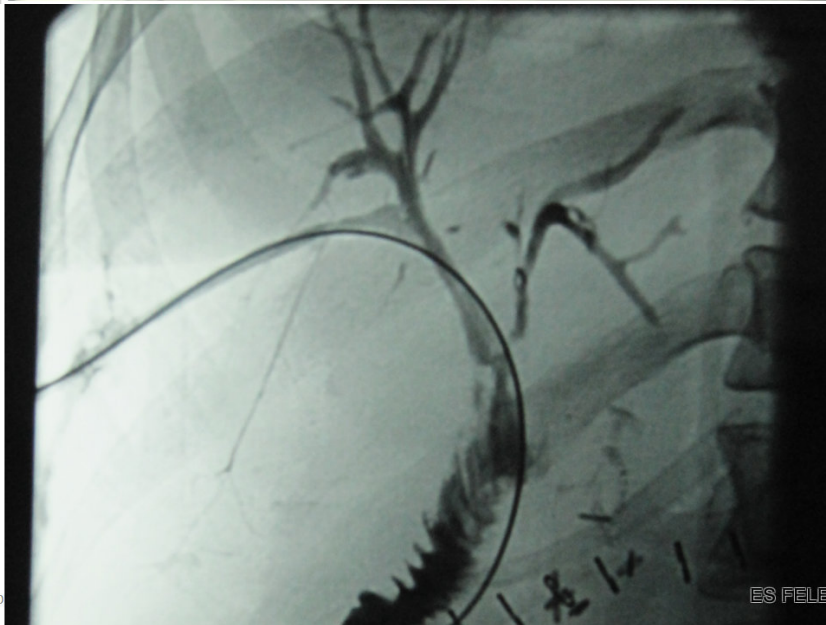


Εικόνα 16: Εικόνα ERCP σε ασθενή με κάκωση (πλήρη διατομή) του χοληδόχου πόρου. Διακρίνεται μόνο ο περιφερικός χοληδόχος πόρος, καθώς και μεγάλος αριθμός clips. Τα κεντρικότερα χοληφόρα δεν μπορούν να απεικονισθούν με την ERCP.



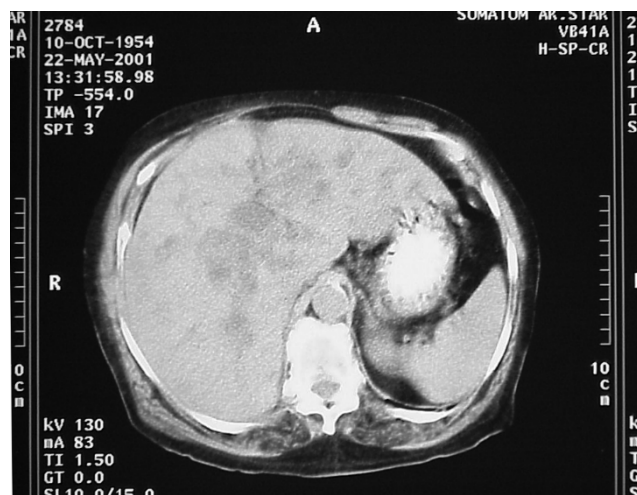


ES FELEKOURAS MD



ES FELEKOURAS MD

Εικόνες 17, 18, 19: PTC σε ασθενείς με κάκωση των χοληφόρων Ε κατά Strassberg.



Εικόνα 20: Αξονική τομογραφία κοιλίας σε ασθενή με κάκωση των χοληφόρων μετά από χολοκυστεκτομή. Απεικονίζεται η μεγάλη διάταση των ενδοηπατικών χοληφόρων και στους δύο ηπατικούς λοβούς.

Θεραπεία

Η κατάλληλη θεραπεία της κάκωσης του χοληφόρου δένδρου εξαρτάται από το χρόνο της διάγνωσής της σε σχέση με εκείνον της επέμβασης που την προκάλεσε, καθώς και από τον τύπο, την έκταση και το επίπεδο της βλάβης. Η απλή χολόρροια από το κολόβωμα του κυστικού πόρου αντιμετωπίζεται σχεδόν πάντα με τη διαδερμική παροχέτευση τυχόν υπάρχουσας συλλογής και την ενδοσκοπική τοποθέτηση ενδοπρόθεσης (με ERCP) για τη μείωση των περιφερικών πιέσεων στο χοληδόχο πόρο, που οδηγεί στη σύγκλιση του χοληφόρου συριγγίου σε διάστημα λίγων ημερών. Βλάβες στο πλάγιο τοίχωμα του χοληδόχου πόρου (μερική διατομή) μπορούν να αντιμετωπισθούν με συρραφή μετά από τοποθέτηση σωλήνα Kehr. Ο σωλήνας Kehr μπορεί να τοποθετηθεί είτε δια της βλάβης και να συρραφεί το υπόλοιπο μήκος της τρώσης του χοληδόχου πόρου ένθεν κακείθεν του σωλήνα είτε να διεκβληθεί μέσω αντιστομίου σε ένα άλλο σημείο όταν η βλάβη είναι πιο εκτεταμένη. Θεωρητικά, χοληφόρα με διάμετρο μικρότερη των 3 χιλιοστών παροχετεύουν ένα τμήμα του ήπατος ή και λιγότερο από ένα τμήμα ηπατικού παρεγχύματος, μπορούν δε με ασφάλεια να απολινωθούν, ενώ χοληφόρα με μεγαλύτερη διάμετρο παροχετεύουν περισσότερα του ενός τμήματα του ήπατος και πρέπει να αναστομώνονται. Στην πράξη, γίνεται προσπάθεια αναστόμωσης όλων των ανευρισκόμενων χοληφόρων με βλάβη, ειδικά όταν οι επεμβάσεις αποκατάστασης γίνονται σε εξειδικευμένα κέντρα χειρουργικής ΗΠΧ, όπου είναι διαθέσιμη η τεχνική επάρκεια και η εμπειρία.

Μείζονες κακώσεις των χοληφόρων περιλαμβανομένης της πλήρους διατομής του κοινού ηπατικού ή του χοληδόχου πόρου, που αναγνωρίζονται διεγχειρητικά, πρέπει να διορθώνονται κατά τη διάρκεια της ίδιας χειρουργικής επέμβασης, υπό τον όρο ότι είναι διαθέσιμος χειρουργός με την απαιτούμενη εμπειρία και γνώση. Για βλάβες που αναγνωρίζονται στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο μπορεί, αν υπάρχει η απαιτούμενη εμπειρία, να γίνει άμεση χειρουργική αποκατάσταση, που ενδεχομένως θα επιτρέψει και τη σύγχρονη διόρθωση τυχόν συνυπάρχουσας αγγειακής βλάβης (απολίνωση ηπατικής αρτηρίας, θρόμβωση πυλαίας φλεβός) (Εικ. 21, 22). Εναλλακτικά, μπορεί να γίνει διαδερμική διηπατική παροχέτευση των χοληφόρων για την αντιμετώπιση του ικτέρου και χειρουργική αποκατάσταση μετά από χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων, μετά την υποχώρηση των τοπικών φλεγμονωδών φαινομένων στο ίδιο ή σε άλλο εξειδικευμένο κέντρο. Η τάση στα εξειδικευμένα κέντρα είναι εκείνη της άμεσης αποκατάστασης. Η χειρουργική αποκατάσταση έχει ως σκοπό την εκτέλεση μίας χολοπεπτικής αναστόμωσης με καλή βλεννογονική προσέγγιση του εντερικού βλεννογόνου με το βλεννογόνο των χοληφόρων, χωρίς τάση και με καλή αιμάτωση (Εικ. 23, 24, 25, 26, 27). Η αποκατάσταση της συνέχειας των χοληφόρων με τη χρήση απευθείας χολοχολικής αναστόμωσης είναι εξαιρετικά σπάνια. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κάκωση να μην έχει προκαλέσει απώλεια ιστού κατά μήκος του χοληφόρου δένδρου, μια και η πιθανότητα ανάπτυξης μετεγχειρητικής στένωσης ή διαφυγής χολής σε αυτήν την περίπτωση είναι εξαιρετικά μεγάλη. Στο πλείστον των περιπτώσεων κατασκευάζονται μία ή περισσότερες ηπατικοηστιδικές αναστομώσεις ή μία χοληδοχονηστιδική αναστόμωση κατά Roux-en-Y. Τυχόν διηπατικά stents που έχουν τοποθετηθεί ενδοσκοπικά πριν από τη χειρουργική αποκατάσταση της βλάβης, βοηθούν στην εντόπιση των στομών των διαταμένων χοληφόρων, ειδικά όταν αυτά είναι ενδοηπατικά. Τα stents αυτά διατηρούνται συνήθως

και στη μετεγχειρητική περίοδο για ναρθηκοποίηση της αναστόμωσης καθώς και για τη διευκόλυνση τυχόν μετεγχειρητικών απεικονίσεων ή άλλων παρεμβάσεων, όπως η διαστολή ή η περαιτέρω ναρθηκοποίηση μιας στένωσης.



Vascular Injury



- The presence of hepatic arterial injury is a **predictor of poor outcome of BDI repair**
- Patients with biliary and vascular injuries may even require **liver resection or transplantation**



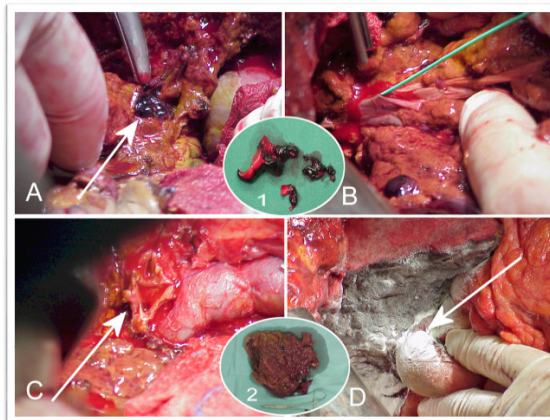
22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD



...but this one you can not do it



Felekouras E, et al. South Med J. 2007 Mar;100(3):317-20.

22/11/2013

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

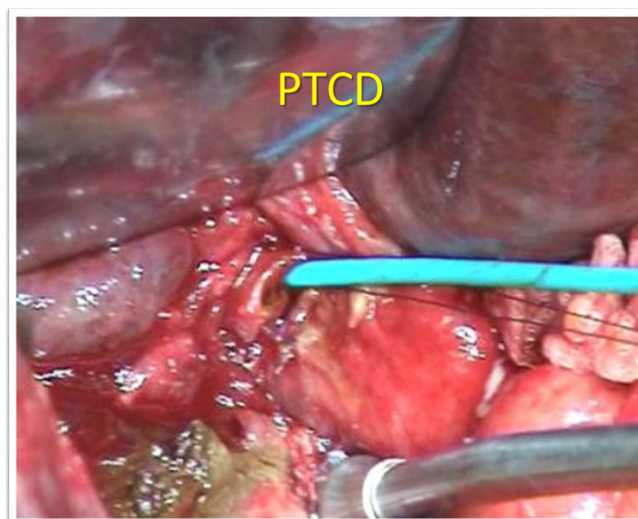
Εικόνες 21, 22: Απολίνωση της ΔΗΑ σε ασθενή στην λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή και κάτω απολίνωση και διατομή ΧΠ, δεξιάς ηπατικής αρτηρίας και θρόμβωση ΠΦ και διενέργεια δεξιάς ηπατεκτομής

Αποτελέσματα

Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της χειρουργικής αποκατάστασης των ιατρογενών κακώσεων του χοληφόρου δένδρου είναι πολύ ικανοποιητικά (>90% επιτυχία πλήρους αποκατάστασης). Η περιεγχειρητική θνητότητα των επεμβάσεων αυτών στις περισσότερες μεγάλες σειρές είναι < 1%. Η συνήθης περιεγχειρητική νοσηρότητα περιλαμβάνει τη χολαγγειίτιδα, τα υποδιαφραγματικά και υφηπατικά αποστήματα, τη χολόρροια και την αιμοχολία. Η μακροπρόθεσμη παρακολούθηση των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε

χειρουργική ή και ενδοσκοπική θεραπεία μιας κάκωσης των χοληφόρων είναι απαραίτητη για την εκτίμηση του απώτερου μετεγχειρητικού αποτελέσματος. Υπάρχει πάντα η πιθανότητα εμφάνισης επαναστένωσης της χολοπεπτικής αναστόμωσης, που μπορεί να επισυμβεί οποτεδήποτε μετεγχειρητικά. Συνήθως όμως συμβαίνει μέσα στην πρώτη διαετία. Σε μεγάλη σειρά ασθενών, το ποσοστό απαλλαγής από τον ίκτερο και τις χολαγγειίτιδες μετά από χειρουργική αποκατάσταση ιατρογενών κακώσεων στο χοληφόρο δένδρο ήταν 91%. Πολλοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν το απώτερο αποτέλεσμα. Κακώσεις στο επίπεδο της συμβολής των ηπατικών ή πάνω από αυτό έχουν λιγότερο καλά αποτελέσματα σε σχέση με περιφερικότερες βλάβες. Η διαδερμική επίσης θεραπεία με διαστολές ή τοποθέτηση stents παρέχει καλά αποτελέσματα στα δύο τρίτα (64%) των ασθενών.

Όσον αφορά στην ποιότητα της ζωής, δυστυχώς οι ασθενείς με κάκωση των χοληφόρων έχουν λιγότερο καλή ποιότητα ζωής, σε σχέση με εκείνους που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς επιπλοκές. Παρά το γεγονός ότι οι ασθενείς συνήθως θεραπεύονται οριστικά από τον ίκτερο και τα μακροπρόθεσμα λειτουργικά αποτελέσματα της χολοπεπτικής αναστόμωσης είναι συνήθως καλά, έχουν κακή ποιότητα ζωής που οφείλεται εκτός από τις οργανικές βλάβες και σε ψυχολογικούς παράγοντες. Η πιθανότητα ανάπτυξης δευτεροπαθούς χολικής κίρρωσης λόγω υποτροπιαζόντων επεισοδίων χολαγγειίτιδας επί εστενωμένων χολοπεπτικών αναστομώνσεων, η οποία μπορεί να απαιτήσει μεταμόσχευση ήπατος λόγω ηπατικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, μπορεί να είναι σπάνια αλλά πάντα υπαρκτή. Για τον λόγο αυτό οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά από εξειδικευμένο χειρουργό ΗΠΧ με εργαστηριακές εξετάσεις κυρίως, και περιοδικά με MRI, MRCP (Εικ. 28).

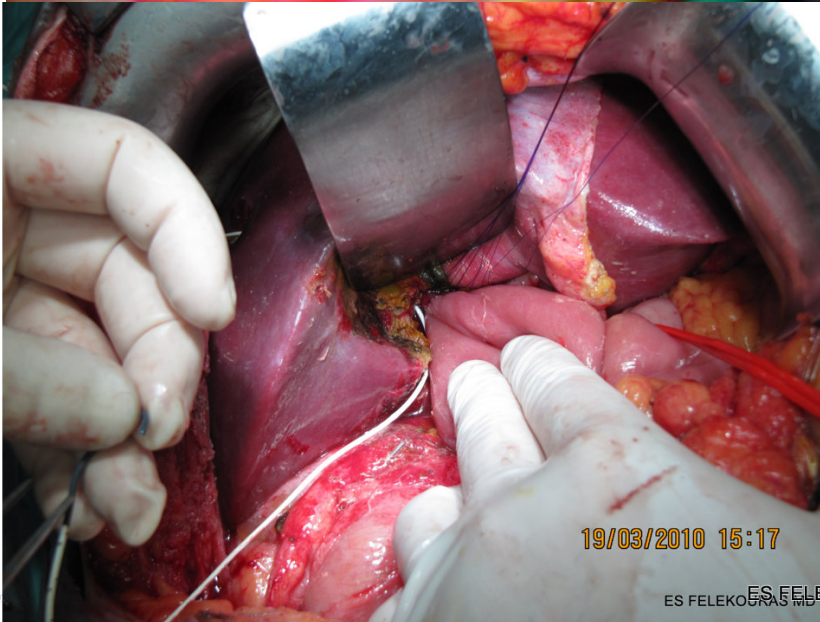
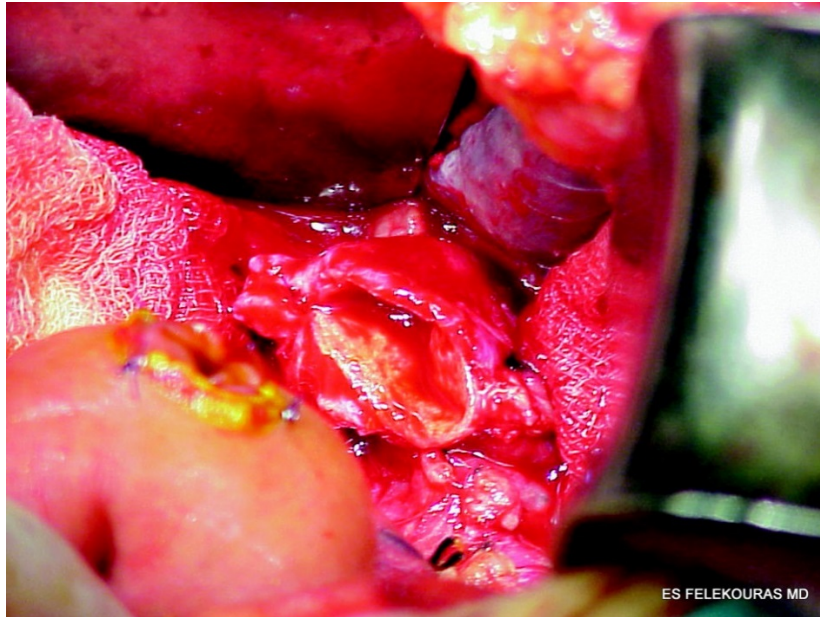


22/11/2013

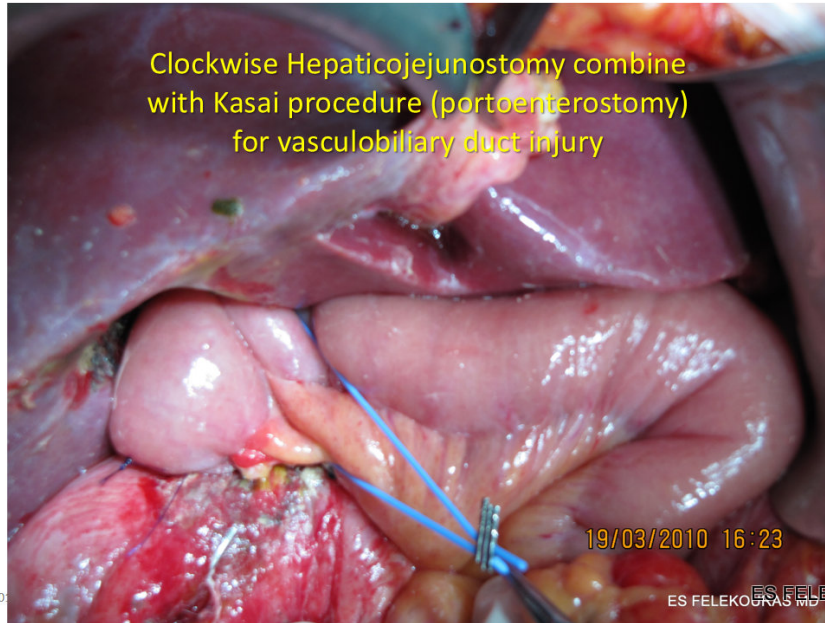
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΓΡΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ. Χ. ΤΖΙΦΚΗΣ

ES FELEKOURAS MD

Εικόνα 23: Διεγχειρητική εικόνα σε ασθενή με κάκωση του χοληδόχου πόρου. Διακρίνονται ο καθετήρας της PTCD και τα πρώτα ράμματα αποκατάστασης .



Εικόνες 24, 25: Προετοιμασία για την κατασκευή χοληδοχονηστιδικής αναστόμωσης. Διακρίνεται η διανοιχθείσα εντερική έλικα και ο προς αναστόμωση ηπατικός πόρος. Με τον καθετήρα PTCD στην δεύτερη εικόνα



Εικόνες 26, 27: Αποκατάσταση ασθενούς μετά από τραύμα χοληφόρων με αναστραμμένη επέμβαση Kasai δεξιά και η PTC μετά από ένα μήνα



Clockwise Hepaticojejunostomy combine
with Kasai procedure (portoenterostomy)
for vasculobiliary duct injury



Follow up MRI MRCP

Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΙΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

22/11/2013

Εικόνα 28: Η παρακολούθηση με MRCP

Στο κέντρο μας η εμπειρία στην αποκατάσταση των ιατρογενών κακώσεων των χοληφόρων τα τελευταία 20 χρόνια είναι πολύ μεγάλη. Ομάδα εξειδικευμένων χειρουργών, ενδοσκοπών και επεμβατικών ακτινολόγων κάνουν ότι πρέπει για να αποκατασταθεί η φυσιολογική ζωή των ασθενών μας. Το κέντρο μας δέχεται ασθενείς από όλη την Ελλάδα και η εμπειρία μας από το 1991 έχει παρουσιασθεί με 3 μελέτες^{1,2,3} μέχρι σήμερα.

Παρόλα που η σειρά αυτή των ασθενών μας είναι σε απόλυτη συμβατότητα με τα διεθνή δεδομένα πρέπει να τονίσουμε ότι οι κακώσεις των χοληφόρων έχουν και νοσηρότητα και θνητότητα και αυτή εκφράζεται με μελέτες μεγάλης διάρκειας όπως αυτή πιο κάτω (Εικ. 29)

¹ Α' Βραβείο για την μελέτη: Ιατρογενείς κακώσεις των χοληφόρων: 20ετής εμπειρία, που παρουσιάστηκε στο 10^ο Συνέδριο της EHPBA στο Belgrade, Servia 29-31 Μαΐου 2013. (Submitted for publication)

² Emergency liver resection for combined biliary and vascular injury following laparoscopic cholecystectomy: case report and review of the literature. Felekouras E, Megas T, Michail OP, Papaconstantinou I, Nikiteas N, Dimitroulis D, Griniatsos J, Tsechpenakis A, Kouraklis G. South Med J. 2007 Mar;100(3):317-20.

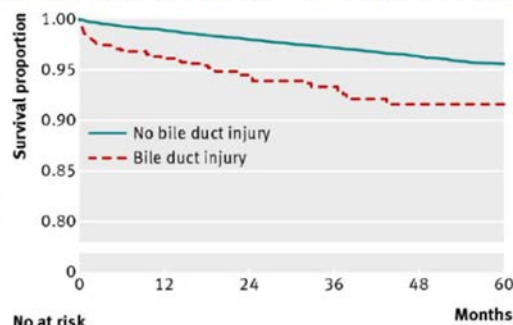
³ Bile duct injuries associated with laparoscopic and open cholecystectomy: an 11-year experience in one institute. Diamantis T, Tsigris C, Kiriakopoulos A, Papalambros E, Bramis J, Michail P, Felekouras E, Griniatsos J, Rosenberg T, Kalahanis N, Giannopoulos A, Bakoyiannis C, Bastounis E. Surg Today. 2005; 35(10):841-5.



Survival in patients after cholecystectomy, with and without bile duct injury



Björn Törnqvist et al.
Effect of intended
intraoperative
cholangiography and early
detection of bile duct injury
on survival after
cholecystectomy:
population based cohort
study.
BMJ. 2012; 345: e6457



51.041 Chole

No at risk			
No bile duct injury			
50 287	33 139	15 665	2309
Bile duct injury			
747	473	198	25

Björn Törnqvist et al. BMJ. 2012; 345: e6457
Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ ΛΑΪΚΟ, Δ/ντής Καθ Χ. ΤΣΙΓΚΡΗΣ

ES FELEKOURAS MD

22/11/2013

Εικόνα 29: Η επιβίωση των ασθενών με τραύμα χοληφόρων

Συνεπώς πάνω από όλα, στην δυσάρεστη αυτή επιπλοκή της χειρουργικής των χοληφόρων για μια συχνή νόσο μπορούμε να δώσουμε λύση αλλά πάνω από όλα η αποφυγή της είναι το κλειδί. Όμως η παγκόσμια χειρουργική κοινότητα δεν μπορεί να εξαλείψει ακόμα την νόσο.

ΕΣ Φελέκουρας

Αν. καθ. Χειρουργικής

Α' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ

ΠΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

<http://surgery.gr/>