

Operacje technikami laparoskopowymi wykonywane w trybie nagłym – 2 lata własnych doświadczeń

Laparoscopic interventions in urgent patients – 2 years of our experience

Grzegorz Jurga, Stanisław Fabiszewicz, Mariusz Łazarz, Jacek Pawlak

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Zachodni im. Jana Pawła II, Grodzisk Mazowiecki

Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2007; 2 (3): 119–121

Streszczenie

Wprowadzenie: Podczas 2 lat pracy Oddziału Chirurgii Ogólnej wykonano 502 zabiegi w ramach ostrego dyżuru. 138 pacjentów operowano metodą laparoskopową.

Cel pracy: Możliwość wykorzystania technik wideoskopowych w operacjach przeprowadzanych podczas ostrych dyżurów.

Materiał i metody: Grupę badaną stanowiło 138 pacjentów operowanych techniką laparoskopową w dniu przyjęcia na oddział w ramach ostrego dyżuru. Zabiegowi poddano 74 kobiety w wieku od 17 do 81 lat i 64 mężczyzn w wieku od 14 do 78 lat. Podczas ostrego dyżuru w pierwszym roku pracy wykonano 46 zabiegów laparoskopowych, w drugim 92.

Wyniki: Z powodu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego operowano 96 pacjentów. Cholecystektomię laparoskopową wykonano u 53 chorych. U 27 z nich stwierdzono ropniak pęcherzyka, u 8 wodniak, a u 18 ostre zapalenie na tle kamicy. W 5 przypadkach wykonano konwersję. Usunięcie wyrostka przeprowadzono u 121 pacjentów. Techniką laparoskopową operowano 69 chorych, w tym 9 w asyście laparoskopii. W 36 przypadkach stwierdzono ropowicze lub zgorzelinowe zapalenie wyrostka, u 33 pacjentów – ostre zapalenie wyrostka. U 10 chorych przyczyną dolegliwości było zapalenie węzłów chłonnych krezki jelita cienkiego. W 4 przypadkach wykonano konwersję. U 2 pacjentów laparoskopowo zeszyto perforacje wrzodu odźwiernika, u 5 uwolniono zrosty będące przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego. W 9 przypadkach wykonano laparoskopię diagnostyczną.

Wnioski: Operacje techniką laparoskopową stanowią coraz większy procent zabiegów wykonywanych w ramach ostrego dyżuru. Warunkiem jest całodobowy dostęp do narzędzi laparoskopowych.

Słowa kluczowe: laparoscopia, ostry dyżur, cholecystektomia laparoskopowa, appendektomia laparoskopowa.

Summary

Introduction: During two years of work of the General Surgery Ward, 502 emergency operations were performed. Laparoscopy was conducted in 138 patients.

Aim: To assess the potential of using videoscopy techniques in “emergency” operations.

Materials and methods: 138 patients were analysed, in which emergency laparoscopy was conducted on admission to the ward. 74 female patients aged 17 to 81, and 64 male patients between 14 and 78 were operated on. During the first year, 46 emergency laparoscopies were performed, and in the second year 92 operations of this kind were made.

Results: 96 patients were operated on due to acute cholecystitis. Laparoscopic cholecystectomy was conducted in 53 patients. 27 patients were diagnosed with empyema of gallbladder, 8 hygroma and 18 acute inflammation due to cholecystolithiasis. In 5 cases conversion was performed. Appendectomies were made in 121 patients and 69 were

Adres do korespondencji

Grzegorz Jurga, Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Zachodni im. Jana Pawła II, ul. Daleka 11, 05-825 Grodzisk Mazowiecki, tel. +48 22 755 92 10, faks +48 22 755 92 19, e-mail: chirurgia@szpitalzachodni.pl

operated on by laparoscopy. 61 laparoscopic appendectomies were performed and 9 appendectomies were laparoscopy assisted. In 36 cases phlegmonous or gangrenous appendicitis and in 33 patients acute appendicitis was observed. 10 patients complained of lymphadenitis. Conversion was performed in 4 cases. In two cases, perforations of pylorus ulcer were sutured and in 5 cases adhesions, which were the cause of obstruction of the digestive tract, were released. In 9 cases diagnostic laparoscopy was made.

Conclusions: *Laparoscopic surgeries constitute an increasing percentage of emergency operations. There is only one condition that has to be fulfilled to make them possible and that is 24 hour availability of laparoscopy.*

Key words: *laparoscopy, emergency service, laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic appendectomy.*

Wprowadzenie

Chirurgię wideoskopową, umożliwiającą zmniejszenie urazu operacyjnego, skrócenie pobytu pacjenta, a tym samym ograniczenie kosztów hospitalizacji oraz dokładność eksploracji jamy brzusznej, coraz częściej wykorzystuje się w zabiegach wykonywanych ze wskazań doraźnych [1]. Wiąże się to również z coraz większym doświadczeniem chirurgów w stosowaniu tej techniki oraz całodobowym dostępem do sprzętu laparoskopowego w wielu ośrodkach w kraju. Technika wideoskopowa umożliwia leczenie wielu ostrych schorzeń jamy brzusznej (zapalenia pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, perforacji przewodu pokarmowego, niedrożności zrostowej). Jest także nieocenionym narzędziem diagnostycznym (urazy brzucha, schorzenia ginekologiczne) [2].

Podczas 2 lat pracy Oddziału Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Zachodnim w Grodzisku Mazowieckim wykonano łącznie 502 zabiegi w trybie nagłym. Metodą laparoskopową operowano 138 pacjentów (27%).

Cel pracy

Celem opracowania jest prezentacja i omówienie operacji technikami wideoskopowymi wykonanych w ramach ostrego dyżuru.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 138 pacjentów przyjętych na oddział podczas ostrego dyżuru, operowanych techniką laparoskopową w ciągu 12 godzin od chwili przyjęcia. Zabiegowi poddano 74 kobiety w wieku od 17 do 81 lat i 64 mężczyzn w wieku od 14 do 78 lat. Z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego operowano 69 chorych (50%), ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego – 53 (38%), niedrożności przewodu pokarmowego – 5 (3,6%), z perforacją odźwiernika – 2 (1,5%) i innych schorzeń jamy brzusznej – 9 (6,5%).

Appendektomię wykonywano z użyciem 3 trokarów (optycznego – okolica pępka, 10 mm nad prawym kolcem biodrowym i 5 mm nad spojeniem łonowym) lub w przypadku operacji *video-assist* z użyciem 2 trokarów (optycznego i 10 mm). Krezeczkę przecinano nożem harmonicznym lub Ligasure, na podstawie wyrostka zakładano pętlę endoloop lub podwiązkę z węzłem Roedera. Wyrostek usuwano przez trokar optyczny lub 10 mm. Zabieg trwał od 20 do 90 minut (średnio 35 minut), a pobyt pacjenta na oddziale od 2 do 5 dni (w większości przypadków w 2. dobie usuwano dren brzuszny, w 3. wypisywano pacjenta do domu). Technika *video-assist* polegała na wydobyciu wyrostka przez trokar (optyczny lub roboczy) na zewnątrz jamy brzusznej, tradycyjnym zaopatrzeniu kątnicy i jej odprowadzeniu do jamy otrzewnej – warunkiem zastosowania jest ruchomość kątnicy i średnica zmienionego zapalnie wyrostka, umożliwiającą jego wprowadzenie do światła trokara.

Cholecystektomię wykonywano z dostępu standardowego. Pęcherzyk najczęściej nakłuwano laparoskopową igłą punkcyjną z pobraniem treści do badania bakteriologicznego.

Technika operacyjna nie różniła się od zabiegów wykonywanych w trybie planowym. Zabieg trwał od 30 do 120 minut (średnio 50 minut), a średni pobyt pacjentów po zabiegu 2 dni. Do operacji uwolnienia zrostów kwalifikowano pacjentów z podejrzeniem niedrożności spowodowanej nielicznymi zrostami – najczęściej po appendektomii lub operacjach ginekologicznych. Trokar optyczny umiejscawiano w okolicy pępka, a trokary robocze (2×5 mm) w zależności od lokalizacji przeszczki (najczęściej w lewym podbrzuszu). Zabieg trwał od 20 do 45 minut. Pacjentów wypisano do domu w 2. lub 3. dniu po operacji. Nie stwierdzono powikłań wczesnych lub późnych po tym rodzaju zabiegu.

Zeszyte perforacji wykonano z użyciem 2 trokarów – 5 i 10 mm – położonych w prawym śródbrzuszu, przy użyciu imadła laparoskopowego, szwem Ticron 2-0. Zakładano 2 szwy na otwór perforacyjny, doszywając

do drugiego szwu fragment sieci. Wielokrotnie jamę otrzewnej wypłukiwano roztworem betadiny. Zakładano 2 dreny brzuszne – 16 lub 18 – w okolicę perforacji i do zatoki Douglasa. Zgębnik żołądkowy utrzymywano 2 dni po zabiegu. Chorych wypisano w 4. dobie po zabiegu. W pozostałych przypadkach laparoskopowo stwierdzono pękniętą torbiel jajnika (u 4 pacjentek), w 4 przypadkach pourazowych (rany klute) nie stwierdzono obrażeń narządów jamy brzusznej, w jednym przypadku po rozpoznaniu guza jelita cienkiego jako przyczyny niedrożności wykonano konwersję i przez niewielką laparotomię usunięto przeszkodę. W pierwszym roku pracy wykonano 46, a w drugim 92 zabiegi laparoskopowe podczas ostrego dyżuru.

Wyniki

Laparoskopowe usunięcie wyrostka robaczkowego wykonano u 69 pacjentów, w tym 9 w asyście laparoskopii, co stanowi 57% wszystkich chorych operowanych z rozpoznaniem zapalenia wyrostka. Ropowicze i zgorzelinowe zapalenie wyrostka stwierdzono u 36 pacjentów (52%), ostre zapalenie u 23 (33%), a zmiany zapalne w węzłach chłonnych krezki bez wyraźnych zmian w wyrostku u 10 (14%) (w tych przypadkach wykonano również appendektomię). W 4 przypadkach (5,8%) zgorzelinowego zapalenia wyrostka wykonano konwersję z powodu dużego nacieku okolicy operowanej. Jedna pacjentka wymagała laparotomii w 5. dobie po zabiegu z powodu licznych ropni wewnątrzbrzusznych – kontrola kątńicy wykazała prawidłowe zamknięcie kikuta wyrostka. Nie stwierdzono powikłań ropnych w miejscu wprowadzania trokarów.

Cholecystektomię laparoskopową wykonano u 53 osób, co stanowi 55% wszystkich chorych operowanych doraźnie z rozpoznaniem ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego. W 27 przypadkach (51%) stwierdzono ropniak pęcherzyka, w 8 (15%) wodniak, w 18 (34%) ostre zapalenie na tle kamicy pęcherzyka. U 5 pacjentów (9%) wykonano konwersję z powodu dużego nacieku zapalnego i niemożności identyfikacji struktur trójkąta Calota. W jednym przypadku zgorzelinowego zapalenia pęcherzyka z ropniem okołopęcherzykowym doszło do uszkodzenia dróg żółciowych. U 2 chorych operowanych z powodu ropniaka pęcherzyka doszło do powikłań późnych. Były to ropnie okołowątrobowe, z czego jeden drenowano przez laparotomię, a drugi drenaż założono laparoskopowo. Nie stwierdzono powikłań ropnych w miejscach wprowadzania trokarów.

Z 6 przypadków zakwalifikowanych do laparoskopowej operacji niedrożności w 5 uwolniono pojedynczy zrost będący przyczyną choroby, natomiast w jednym po stwierdzeniu guza jelita cienkiego usunięto zmianę po wykonaniu niewielkiej laparotomii. Nie stwierdzono powikłań wczesnych lub późnych po tych zabiegach.

W 2 przypadkach laparoskopowego zeszyca perforacji odźwiernika nie stwierdzono powikłań wczesnych lub późnych po zabiegu.

Pacjenci po laparoskopiiach diagnostycznych nie wymagali dalszego leczenia z powodu błędnego rozpoznania podczas zabiegu.

Wnioski

Coraz większy procent zabiegów doraźnych wykonuje się technikami laparoskopowymi [3]. Bardzo ważne jest wykorzystanie tej techniki jako narzędzia diagnostycznego z możliwością zamiany na zabieg leczniczy (laparoskopowy lub po wykonaniu *celowanej* laparotomii). Liczba powikłań po operacjach laparoskopowych okazuje się być porównywalna lub mniejsza z powikłaniami po zabiegach technikami otwartymi [4, 5].

Wykonywanie większości zabiegów w czasie ostrego dyżuru nie wymaga specjalnego dodatkowego osprzętu laparoskopowego i jest możliwe w większości ośrodków mających 24-godzinny dostęp do sali laparoskopowej. Operacje laparoskopowe, takie jak appendektomia, wykonywane z asystą doświadczonego chirurga, są znakomitym modelem nauczania chirurgii laparoskopowej [6]. Możliwe, że dzięki nabywaniu coraz większego doświadczenia przez operatorów, techniki laparoskopowe staną się standardem w większości zabiegów wykonywanych w ramach ostrego dyżuru.

Piśmiennictwo

1. Golash V, Willson PD. Early laparoscopy as a routine procedure in the management of acute abdominal pain. *Surg Endosc* 2005; 19: 882-5.
2. Majewski W. Diagnostyka i leczenie urazów jamy brzusznej z zastosowaniem laparoskopii w oddziale ogólnochirurgicznym. Komentarz: Kostewicz W. *Pol Przegl Chir* 2002; 74: 136-49.
3. Budzyński A, Bobrzyński A, Rembiasz K i wsp. Operacje laparoskopowe ze wskazań nagłych. *Przegl Lek* 2003; 60: 20-5.
4. Kirshtein B, Bayme M, Mayer T i wsp. Laparoscopic treatment of gastroduodenal perforations: comparison with conventional surgery. *Surg Endosc* 2005; 19: 1487-90.
5. Olmi S, Magnone S, Bertolini A i wsp. Laparoscopic versus open appendectomy in acute appendicitis. *Surg Endosc* 2005; 19: 1193-5.
6. Carasco-Prats M, Soria Aledo V, Lujan-Mompean i wsp. Role of appendectomy in training for laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2003; 17: 111-4.