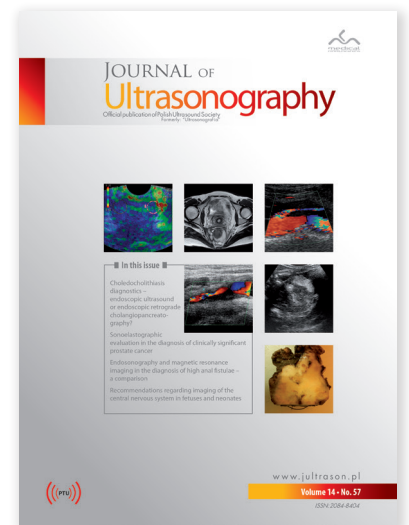


**Komentarz redakcyjny do artykułu Andrzeja Smereczyńskiego, Teresy Starzyńskiej, Katarzyny Kołaczyk i Józefa Kładnego pt.: Rola ultrasonografii w ocenie powikłań po laparoskopowym usunięciu pęcherzyka żółciowego**

**Editorial Comment on: Andrzej Smereczyński, Teresa Starzyńska, Katarzyna Kołaczyk and Józef Kładny Role of sonography in assessing complications after laparoscopic cholecystectomy**

Wiesław Tarnowski

*Klinika Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie*



Cholecystektomia laparoskopowa (*laparoscopic cholecystectomy*, LC), wprowadzona do arsenału operacji chirurgicznych w roku 1987, stała się złotym standardem w leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego. Pomimo niewątpliwych korzyści dla pacjentów nie jest jednak pozbawiona powikłań. Rodzaj powikłań po operacji klasycznej, tzn. „otwartej” i po LC, nie różni się w istotny sposób. Różnica polega raczej na częstości ich występowania. Jednym z powikłań, z którym mamy najczęściej do czynienia, jest zbiornik płynu w łożu pooperacyjnej pod wątrobą. Aby temu zapobiec, zwykle pozostawia się dren pod wątrobą. Od lat wierzono, że jest to właściwe postępowanie, ale według doniesień z piśmiennictwa z lat ostatnich wydaje się, że pozostawienie drenu po planowej cholecystektomii laparoskopowej może czynić więcej szkody niż przynosić korzyści. Ponadto może dawać złudne poczucie bezpieczeństwa, ponieważ jesteśmy przekonani, że w przypadku np. krwotoku będziemy mieli kontrolę nad sytuacją<sup>(1)</sup>. W praktyce w przypadku intensywnego krwawienia pooperacyjnego do jamy otrzewnej cienki dren Redona, jaki zwykle zostaje po operacji, ulega zatkaniu skrzepiną, a decyzję podejmujemy na podstawie stanu klinicznego pacjenta lub badań obrazowych (w tym USG), w których stwierdzamy nie tylko zbiornik pod wątrobą, ale dodatkowo wolny płyn w jamie otrzewnej.

Otrzewna wydziela znaczne ilości płynu otrzewnego na dobę, który zostaje całkowicie wchłonięty, głównie kanałami limfatycznymi w jej części przeponowej. Dlatego zbiornik płynu surowiczego nie powinien stanowić powodu do niepokoju. Wchłonie się on bez żadnych konsekwencji dla pacjenta. Zauważono, że pozostawienie drenu w łożu po cholecystektomii prowokuje zwiększone wydzielanie płynu. Co więcej Fraser i wsp. stwierdzili, że pozostawienie drenu może prowokować wyciek żółci z drobnych przewodów żółciowych z łożu po pęcherzyku<sup>(2)</sup>. Jeśli dodatkowo drenaż ma charakter ssący, jest istotnym czynnikiem ryzyka przecieku żółci. Thiebe i Eggert zaobserwowali, że pozostawienie

Laparoscopic cholecystectomy (LC) was introduced to the arsenal of surgical techniques in 1987 and has become the gold standard in treating cholecystolithiasis. In spite of undoubted benefits for patients, it is not a complication-free procedure. The type of complications after a classical, i.e. “open” surgery and LC do not differ in a significant way. The difference lies in their prevalence. One of the most common complications is a fluid collection in the gallbladder bed under the liver. To prevent it from developing, a drain is usually placed under the liver. For many years, it was believed that such a practice is correct, but recent reports indicate that leaving the drain after a planned laparoscopic cholecystectomy may do more damage rather than be beneficial. Moreover, it may give a false impression of safety since we are convinced that we remain in control over the situation in case of, for instance, a hemorrhage<sup>(1)</sup>. In fact, when the postoperative bleeding to the peritoneal cavity is intense, a thin Redon drain, which usually remains inserted after the procedure, may become occluded by a thrombus. Decisions are made based on the patient’s clinical condition or imaging examinations (including sonography) which can reveal not only a fluid collection under the liver, but also free fluid in the peritoneal cavity.

The peritoneum secretes considerable amounts of peritoneal fluid daily. It becomes absorbed completely mainly via the lymphatic channels in the diaphragmatic region. Therefore, detection of a collection of serous fluid should not be alarming. It will absorb with no consequences for the patient. It has been observed that leaving a drain in the gallbladder bed causes increased fluid secretion. Moreover, Fraser *et al.* claim that such a practice may provoke bile leakage form slight bile ducts in the gallbladder bed<sup>(2)</sup>. If it is a suction drain the risk of bile leakage is significant. Thiebe and Eggert observed that leaving the drain caused fluid to accumulate in the gallbladder bed in 44% of cases

drenu powodowało występowanie zbiorników w łoży w 44% przypadków w porównaniu z 4,1% w grupie bez drenu<sup>(3)</sup>. Swoje wyniki potwierdzili badaniami ultrasonograficznymi, gdzie częstość występowania zbiorników w grupie z drenem w ciągu pierwszych 24 godzin po operacji była znacząco większa niż w grupie bez drenu. Nieco inną sytuację kliniczną mamy, jeśli oprócz objawów ultrasonograficznych pojawiają się objawy podrażnienia otrzewnej. Zwykle mamy wówczas do czynienia z przeciekiem treści żółciowej, czy to z uszkodzonych dróg żółciowych, czy to z przewodów Luschki. W takiej sytuacji pomocna może być interwencja endoskopowa lub nakłucie i drenaż zbiornika pod kontrolą USG. Jeśli z obecnością zbiornika współwystępują gorączka i ogólne objawy zakażenia, najprawdopodobniej doszło do wytworzenia się ropnia pod wątrobą. Także w tej sytuacji konieczna będzie interwencja chirurgiczna.

Korzyści z pozostawienia drenu w otrzewnej po niepowiklanej cholecystektomii są zatem niewielkie. W licznych badaniach wykazano, że niepozostawienie drenu skutkuje mniejszymi dolegliwościami bólowymi, lepszym komfortem pacjenta, mniejszym odsetkiem powikłań oraz szybszym wypisem ze szpitala. Co więcej, dolegliwości bólowe związane z obecnością drenu są przyczyną ograniczenia ruchomości klatki piersiowej po stronie prawej i częstszym występowaniem infekcji oddechowych.

Wartość badania ultrasonograficznego w ocenie zbiorników w jamie otrzewnej po operacji laparoskopowej pęcherzyka żółciowego jest trudna do przecenienia. Jest to proste, powtarzane, bezpieczne i (w doświadczonych rękach) znakomite narzędzie diagnostyczno-terapeutyczne. Jednakże nie należy interpretować tego badania w oderwaniu od obrazu klinicznego. Mądre połączenie tych elementów pozwoli uniknąć wielu niepotrzebnych działań instrumentalnych, które nie zawsze skutkują oczekiwanym efektem terapeutycznym. Przedstawione w pracy Smereczyńskiego i wsp.<sup>(4)</sup> uwagi i wskazówki dotyczące wykorzystania różnych narzędzi diagnostycznych w okresie pooperacyjnym, a w szczególności w diagnostyce powikłań, mają ogromny walor praktyczny i są przydatne dla każdego chirurga niezależnie od stopnia zaawansowania zawodowego.

## Piśmiennictwo/References

1. Shamim M: Routine sub-hepatic drainage versus no drainage after laparoscopic cholecystectomy: open, randomized, clinical trial. *Indian J Surg* 2013, 75: 22–27.
2. Fraser I, Everson NW, Nash JR: A randomised prospective trial of two drainage methods after cholecystectomy. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 183–185.
3. Thiebe U, Eggert A: Drainage after laparoscopic cholecystectomy. *Minimal Invasive Chirurgie* 1994; 3: 90–92.
4. Smereczyński A, Starzyńska T, Kołaczyk K, Kładny J: Role of sonography in assessing complications after laparoscopic cholecystectomy. *J Ultrason* 2014; 57: 152–162.