

INFORMACJA O PLANOWANYM POSTĘPOWANIU LECZNICZYM

OPERACJA USUNIĘCIA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

1. Rozpoznanie.

Kamica żółciowa jest chorobą powszechną. Stwierdzana jest w krajach rozwiniętych u 10% ludzi powyżej 50 roku życia. Około 20% chorych z kamicią skarży się na dolegliwości dyspeptyczne i nietolerancję tłuszczów. Kolka żółciowa ma charakter przemijający i nawrotowy. Objawia się bólem w prawym podżebrzu najczęściej promieniującym do prawej łopatki i wymiotami. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego ma objawy bardziej nasilone. Objawowa kamica pęcherzyka żółciowego jest najczęstszym wskazaniem do wycięcia pęcherzyka żółciowego. Nie leczona prowadzi do powstania zapalenia pęcherzyka żółciowego z koniecznością operacji w trybie pilnym. Powikłaniem kamicy pęcherzyka żółciowego może być żółtaczka mechaniczna, zapalenie trzustki czy zapalenie otrzewnej spowodowane przedziurawieniem pęcherzyka. Przy długoletniej kamicy pęcherzyka żółciowego częściej dochodzi do powstania raka pęcherzyka żółciowego. Innym wskazaniem do usunięcia pęcherzyka żółciowego są polipy (zwłaszcza ponad 10 mm lub powiększające się w czasie obserwacji). Polipy pęcherzyka mogą prowadzić do powstania raka pęcherzyka żółciowego.

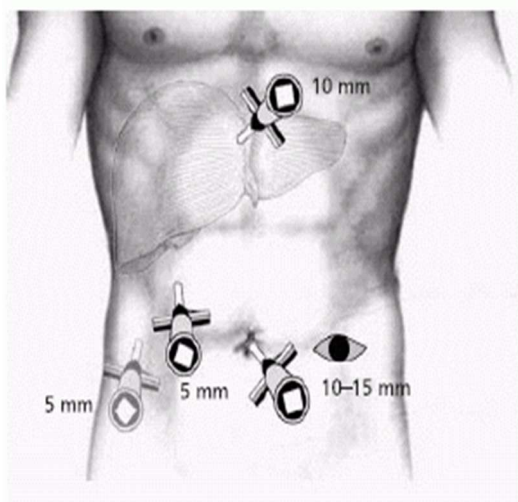
2. Rodzaj i sposób przeprowadzenia zabiegu.

Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową (cholecystektomia laparoskopowa) polega na usunięciu całego pęcherzyka żółciowego wraz z kamieniami z dostępu przez kilka otworów w jamie brzusznej. Na początku zabiegu po znieczuleniu ogólnym chorego do jamy brzusznej wkłada się igłę przez którą podaje się gaz (dwutlenek węgla) aby oddzielić od siebie narządy tam się znajdujące, które w normalnych warunkach ściśle do siebie przylegają. Następnie do jamy brzusznej wkłada się trokary („zaostrzone rurki”) przez które wprowadza się kamerę i specjalne narzędzia chirurgiczne. Chirurgi patrząc na monitor telewizyjny mogą obserwować wszystko co się dzieje w jamie brzusznej, a jednocześnie używać narzędzi, którymi operują. Wycięty pęcherzyk usuwa się na zewnątrz przez poszerzone cięcie po trokarze. W niektórych przypadkach przy podejrzeniu złożeń („kamieni”) w przewodzie żółciowym wspólnym istnieje konieczność wykonania cholangiografii śródoperacyjnej tzn. podania kontrastu do przewodu żółciowego wspólnego i obejrzenia obrazu pod skopią rentgenowską. Jeśli złoże zostanie stwierdzone w przewodzie żółciowym wspólnym to można je śródoperacyjnie ewakuować używając specjalnych narzędzi (rewizja dróg żółciowych) lub pozostawić je do usunięcia specjalną metodą endoskopową (ECPW) w okresie pooperacyjnym. W ok. 5% operacji zaistniałe okoliczności zmuszają chirurga do zamiany operacji laparoskopowej na „otwartą” w trakcie zabiegu. Najczęstszą przyczyną takich sytuacji jest niejasna anatomia preparowanych struktur lub krwawienie śródoperacyjne. Cel cholecystektomii „na otwarto” jest identyczny jak przy cholecystektomii laparoskopowej – chodzi o usunięcie całego pęcherzyka żółciowego. Jedyne co różni obie w/w metody to dostęp operacyjny. W cholecystektomii „na otwarto” dostęp do jamy brzusznej uzyskuje się przez kilkunastocentymetrowe cięcie pod prawym łukiem żebrowym.

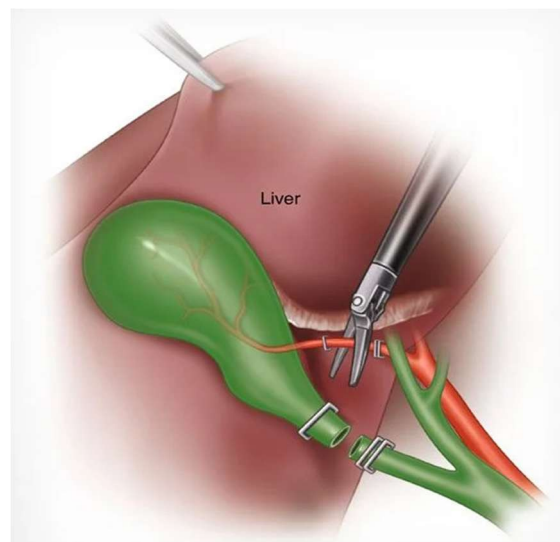
W niektórych przypadkach (np. przebyte inne operacje jamy brzusznej, wątpliwości w zakresie innych narządów jamy brzusznej) od razu kwalifikuje się chorego do operacji „na otwarto”. Wówczas operację rozpoczyna się od nacięcia pod prawym łukiem żebrowym a następnie wycina cały pęcherzyk żółciowy. W porównaniu do techniki laparoskopowej metoda „na otwarto” wiąże się z: większymi dolegliwościami bólowymi po operacji, większym ryzykiem zakażenia rany i powstania przepukliny pooperacyjnej ale jednocześnie pozwala na bezpośrednią ocenę narządów ręką chirurga. Decyzję o wyborze rodzaju techniki należy pozostawić chirurgowi, który będzie Panią/Pana operował. Należy też pamiętać, że zawsze w przypadku operacji laparoskopowej może zaistnieć konieczność klasycznego „otwarcia brzucha”.

3. Cel i oczekiwane korzyści przeprowadzenia zabiegu, rokowanie.

Celem operacji jest usunięcie w całości pęcherzyka żółciowego wraz ze złożami (lub polipami) w jego świetle. Zapobiega to możliwym powikłaniom obecności kamicy lub polipów w pęcherzyku żółciowym w przyszłości (ostre zapalenie, ropniak pęcherzyka, ostre zapalenie trzustki, rak pęcherzyka żółciowego).



Ryc. 1
Umieszczenie trokarów na brzuchu
2 Usunięcie pęcherzyka żółciowego



Ryc.

4. Sposób postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.

Przed zabiegiem operacyjnym konieczne jest wykonanie zleconych przez lekarza badań i ocena przez anestezjologa. W dniu zabiegu pacjent pozostaje na czczo. Niekiedy podawana jest profilaktyczna dawka antybiotyku, mająca na celu zminimalizowanie ryzyka powikłań infekcyjnych (u chorych, u których są wskazania) oraz inne leki mające na celu prawidłowy przebieg operacji i zmniejszenie dolegliwości bólowych. Niekiedy podczas operacji zakładany jest dren do jamy brzusznej, który usuwamy zwykle w 1-2 dobie po operacji. Po zabiegu wskazane jest jak najszybsze uruchomienie, a także odpowiednia pielęgnacja rany, która powinna być skryta pod jałowym opatrunkiem. Jeśli występuje uczucie pragnienia po wybudzeniu ze znieczulenia można normalnie pić, jeśli wieczorem wystąpi uczucie głodu – zalecamy lekki posiłek. Zalecamy wstanie z łóżka wieczorem w dniu operacji (najpierw w asyście pielęgniarki następnie samodzielnie). W przypadku operacji wykonywanych w trybie pilnym obowiązuje postępowanie zgodne z zaleceniem lekarskim. Po zabiegu w okresie adaptacji przewodu pokarmowego zalecamy dietę z niską zawartością tłuszczu.

5. Możliwe, najbardziej prawdopodobne następstwa, zagrożeniach i powikłania związane z zabiegiem.

Typowym powikłaniem cholecystektomii laparoskopowej jest **uszkodzenie przewodu żółciowego wspólnego** (występujące w 0,2-0,8% przypadków) często z towarzyszącym uszkodzeniem prawej tętnicy wątrobowej. Uszkodzenie takie może być rozpoznane podczas pierwotnej operacji lub w okresie późniejszym. Wymagane są często dodatkowe badania (ECPW, tomografia komputerowa) i operacja naprawcza dróg żółciowych (ponowna operacja polegająca na zespoleniu dróg żółciowych z jelitem). Inne powikłania to **krwawienie śródoperacyjne** lub pooperacyjne i **pooperacyjny wyciek żółci**. Powikłania te zwykle wymagają otwarcia jamy brzusznej albo w czasie zabiegu laparoskopii albo później, kiedy uszkodzenie zostanie rozpoznane. Uszkodzenie sąsiednich do pęcherzyka żółciowego narządów (np. jelita) lub naczyń krwionośnych może zdarzyć się podczas wprowadzania do jamy brzusznej igły do podawania dwutlenku węgla na początku zabiegu lub w czasie wycinania pęcherzyka żółciowego. Powikłania związane z obecnością dwutlenku węgla w jamie brzusznej w trakcie operacji są rzadkie i przemijające (nadciśnienie tętnicze, obniżenie wydolności serca, niemierność rytmu serca, zaburzenia oddechowe). Dość często zdarzają się **bóle prawego barku i łopatki**, które ustępują w ciągu 48h. Następstwem operacji może być również **zakażenie rany pooperacyjnej**, a w odległej perspektywie **przepuklina pooperacyjna**. W trakcie cholecystektomii i w okresie pooperacyjnym, jak przy każdej operacji, może dojść do zatorowości płucnej - powikłania polegającego na znacznym upośledzeniu wymiany gazowej w płucach. Każde z wymienionych powyżej powikłań w swojej konsekwencji prowadzić może do zgonu w trakcie operacji lub w okresie pooperacyjnym. Częstość i ciężkość powikłań jest większa w razie operacji w trybie pilnym (ostre zapalenie pęcherzyka, ropniak pęcherzyka żółciowego) oraz u chorych wcześniej operowanych w zakresie górnej połowy jamy brzusznej (zrosty). Zmiana zabiegu laparoskopowego na zabieg klasyczny NIE JEST POWIKŁANIEM.

6. Konsekwencje zaniechania leczenia.

W przypadku rezygnacji z wycięcia pęcherzyka żółciowego u chorego z objawową kamicą pęcherzyka żółciowego jest on narażony na powtarzające się napady kolki wątrobowej, które mogą przerodzić się w zapalenie pęcherzyka żółciowego ze wszystkimi towarzyszącymi mu powikłaniami, takimi jak ropniak pęcherzyka żółciowego, przedziurawienie pęcherzyka, przetoka między pęcherzykiem a dwunastnicą lub jelitem (zagrożona niedrożnością żółciową jelita cienkiego) i żółtaczką mechaniczną spowodowaną przejściem złożeń z pęcherzyka do przewodu żółciowego wspólnego. Drobne kamienie przesuwając się do przewodu pokarmowego mogą spowodować ostre zapalenie trzustki. Wieloletnie pozostawianie kamieni lub obecność dużych polipów w pęcherzyku żółciowym może prowadzić do raka pęcherzyka żółciowego.

7. Alternatywne metody leczenia.

Zasadniczym sposobem leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego jest leczenie operacyjne – wycięcie pęcherzyka żółciowego, którego zaletą jest wyleczenie definitywne. Leczenie zachowawcze, którego wadą jest duża częstość nawrotów, wysokie koszty i długi czas terapii polega na chemicznym rozpuszczaniu złożeń preparatami doustnymi takimi jak: kwas uro- (UDCA) i chenodezoksycholowy (CDCA). Leczenie to możliwe jest jedynie u ok. 5% chorych ze złożami cholesterolowymi słabo uwapnionymi o średnicy poniżej 10 mm i objętości złożeń < 50% pęcherzyka żółciowego.

8. Przeciwwskazania do wykonania zabiegu.

Przeciwwskazania do operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego to głównie zbyt wysokie ryzyko zabiegu operacyjnego wynikające z chorób towarzyszących (choroby serca, płuc, mózgu) oraz niekontrolowane zaburzenia krzepnięcia.

9. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci, stażyści oraz studenci kierunków medycznych. Rezydenci, stażyści oraz studenci kierunków medycznych mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta).