

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ CASE REPORT

ДВОЕН ЖЛЪЧЕН МЕХУР, ОПЕРИРАН УСПЕШНО ЛАПАРОСКОПСКИ – ДИСКУСИЯ ВЪРХУ АНОМАЛИЯТА

В. Тасев, Д. Буланов, А. Тасева и В. Солункин

Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“ – София
Медицински университет – София

DOUBLE GALLBLADDER OPERATED SUCCESSFULLY LAPAROSCOPICALLY – DISCUSSION ON THE ANOMALY

V. Tasev, D. Bulanov, A. Taseva and V. Solunkin

Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, University Hospital “Alexandrovskia” – Sofia
Medical University – Sofia

Резюме: Двойният жлъчен мехур е рядка анатомична малформация. Тя може да бъде идентифицирана предоперативно с образни методи, но от друга страна, невинаги това се случва. Практиката показва, че в такива случаи се очаква да има и други аномалии в развитието на хепатобилиарната система, най-вече що се отнася до екстрахепаталните жлъчни пътища и разположението на хепаталните артерии и артерия цистика. Поради това една такава находка може да постави оперативния екип на изпитание. Описваните ятрогенни лезии при миниинвазивна холецистектомия не намаляват във времето, което ни даде основание да представим такъв клиничен случай. Целта на това съобщение е да изясним възможните варианти при аномалията и да поставим на обсъждане въпроса – докъде с лапароскопска техника. Представяме случай на млада жена, страдаща от няколко години от жлъчни кризи. Ехографски се установяват калкули в жлъчния мехур. Двойният жлъчен мехур се идентифицира интраоперативно. Операцията е завършена успешно лапароскопски. В заключение считаме, че всеки хирургичен екип трябва да намери адекватния баланс между клиничния опит с лапароскопските операции, техническата оборудваност и възможности, от една страна, и стремежа за успешно завършване на оперативната интервенция – от друга страна, дори и това да налага конверсия, в интерес на здравето на болния.

Ключови думи: лапароскопска холецистектомия, аномалия, жлъчен мехур

Адрес за кореспонденция: Доц. д-р Владимир Тасев, дм, Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“, 1431 София, бул. “Св. Г. Софийски” 1, тел.: 02 9230262, e-mail: vntasev@abv.bg

История на статията: получена: 19.03.2012 г.

одобрена: 19.03.2012 г.

Summary: Double gallbladder is a rare anatomical malformation. It can be identified by preoperative imaging methods, but on the other hand that doesn't always happen. Experience shows that in such cases is expected to have other developmental abnormalities of the hepatobiliary system, especially with regard to the extrahepatic bile ducts and location of the hepatic artery and the cystic artery. Therefore, such a finding might put the operational team to the test. Described iatrogenic lesions in minimal invasive cholecystectomy do not diminish over time, which gave us reason to introduce such a clinical case. The purpose of this communication is to clarify the possible variants of this anomaly and put to the discussion – “how far with the laparoscopic technique?” We present the case of a young woman suffering from biliary crises for several years. Echographically calculi can be established in the gallbladder. The double gallbladder can be identified intraoperatively. The operation is completed successfully laparoscopically. In conclusion, we believe that every surgical team must find adequate balance between clinical experience with laparoscopic operations, technical equipment and opportunities on the one hand and the desire for successful completion of the surgery on the other, even if that requires conversion, in the interest of the patient's health.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, anomaly, gallbladder

Address for correspondence: Assoc. Prof. Vladimir Tasev, MD, PhD, Clinic of General, Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, University Hospital “Alexandrovskia”, 1 “Sv. G. Sofiuski” str., Bg – 1431 Sofia, tel.: +359 2 9230262, e-mail: vntasev@abv.bg

Article history: received: 19.03.2012

accepted: 19.03.2012

Аномалиите на билиарната система и най-вече тези на екстрахепаталните пътища и жлъчния мехур са предизвикателство за хирурзите. Те се съчетават нерядко и с други форми на аномалии, особено при анатомичните и топографоанатомичните взаимоотношения на хепаталната артерия и артерия цистика. Двойният жлъчен мехур е особено рядка аномалия, която се среща 1 на 4000 случая [3]. Поради това може да възникнат диагностични и оперативни проблеми при данни за холецистит. Описан е случай, при който неустановеният при холецистектомия допълнителен жлъчен мехур се проявява по-късно с клиничната картина на рецидивиращ остър холецистит [7]. Тези проблеми, които поставят на изпитание хирургичните екипи, са с особена тежест на фона на ненамаляващите ятрогенни лезии, съпътстващи миниинвазивната холецистектомия в широката практика [8]. Това ни даде основание да представим клиничен случай на двоен жлъчен мехур, да изясним възможните варианти на тази аномалия и да обсъдим въпроса – докъде с лапароскопска техника.

Касае се за жена на 40 години, ИЗ № 18003/1008 от 12.07.2006 г., постъпила в Клиниката по повод болки и тежест в дясното подребрие, понякога съчетани с гадене и повръщане, без пожълтяване по кожата и склерите. Давността на оплакванията е 1 година. От физикалното изследване – корем мек,

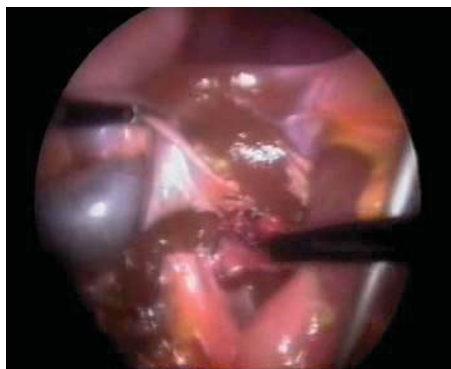
леко болезнен в дясното подребрие при дълбока палпация, без данни за перитонеално дразнене. Лабораторните изследвания – в референтни граници. Ехография на коремните органи – жлъчен мехур със задебелени стени, изпълнен с множество конкременти. Болната бе оперирана – оперативен протокол № 1583/13.07.2006 г., със стандартен лапароскопски сет за холецистектомия. По време на лапароскопската експлорация се установи двоен фундус (фиг. 1), а след отстраняване на перихолециститните сраствания – фактически двоен жлъчен мехур, с общ инфундибулум и дуктус цистикус (фиг. 2). След внимателна дисекция в зоната на *trigonum Calot* се идентифицира и *a. cystica* на обичайното си място. Дуктус цистикус и артерия цистика се клипсирала и прерязаха по стандартния начин, след което се отстрани жлъчният мехур (фиг. 3, фиг. 4). Операцията завърши успешно лапароскопски, като не се установиха други аномалии в зоната на интервениране. При разрязването на двойния жлъчен мехур постоперативно и в двата се установиха множество камъни. Гладък следоперативен период, пациентката бе изписана на 3-тия следоперативен ден. Резултат от хистологичното изследване на жлъчния мехур Во № 2967/14. 07. 2006 г. – жлъчен мехур с дължина 6,5 cm с втори (двоен лумен), свързващи се в областта на шийката.



Фиг. 1. Двоен фундус на жлъчния мехур



Фиг. 2. Двоен жлъчен мехур с общ инфундибулум и дуктус цистикус



Фиг. 3. Клипсирани и прерязани дуктус цистикус и артерия цистика

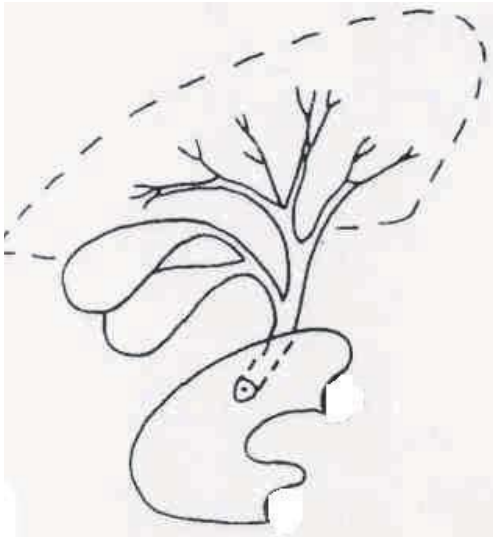


Фиг. 4. Отстранен жлъчен мехур

ОБСЪЖДАНЕ

Двойният жлъчен мехур като анатомична аномалия не се представя с някаква специфична клинична картина. Според някои автори няма предиспозиция за холелитиаза и/или холецистит [3], но други виждат такава в някои варианти на аномалията [4], както и проява на различна патология в различните жлъчни мехури [1]. Ето защо познаването на тези варианти е от голямо значение за адекватната оценка в диагностичен и лечебен план. Описват се [5, 10] два основни типа на дуплициран жлъчен мехур – тип I (истинска дупликация) и тип II. Тип I има три варианта – Y подтип, при който двата дуктус цистикус на отделните два жлъчни мехура се вливат в общ дуктус цистикус, след което следва общият жлъчен ка-

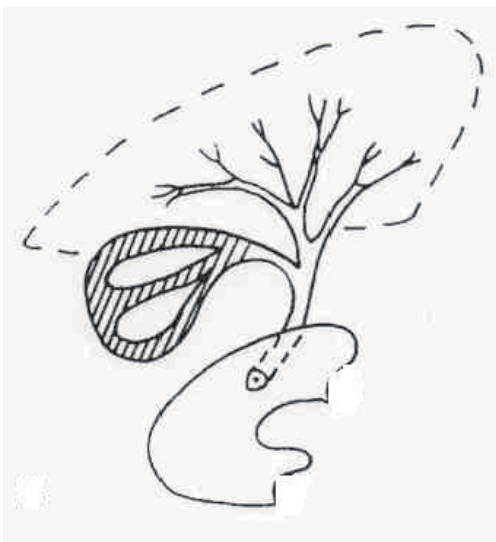
нал (фиг. 5); V подтип с външна септа и V подтип с вътрешна септа, разделящи мехура на два, с общи дуктус цистикус, вливащи се в общия жлъчен канал (фиг. 6, 7). Тип II се подразделя на: H подтип, при който двата отделни жлъчни мехура имат отделни дуктус цистикус, а те разделно се вливат в общия жлъчен канал (фиг. 8); Дуоденален подтип, при който дуктус цистикус на единия жлъчен мехур се влива директно в дуоденума, а другият е с нормално вливане (фиг. 9); Трабекуларен подтип – дуктус цистикус на допълнителния жлъчен мехур се влива в десния интрахепатален хепатикус (фиг. 10). Предоперативното разпознаване на аномалията и на съответния подтип има императивно значение за намаляване на риска от интраоперативни усложнения. В нашия случай това не бе установено предоперативно.



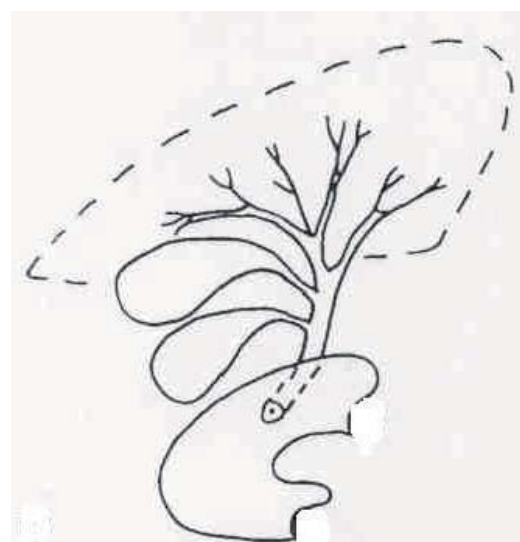
Фиг. 5. Тип I, Y подтип



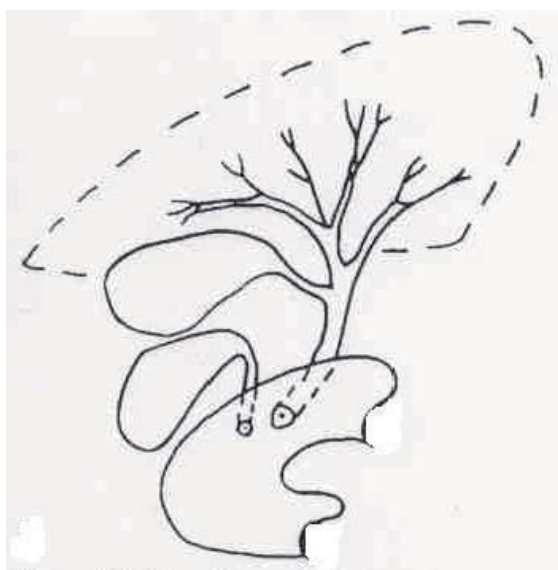
Фиг. 6. Тип I, V подтип с външна септа



Фиг. 7. Тип I, V подтип с вътрешна септа



Фиг. 8. Тип II, H подтип



Фиг. 9. Тип II, дуоденален подтип



Фиг. 10. Тип II, трабекуларен подтип

Ехографски бе установена само холелитиазата. Интраоперативната находка причисляваме към тип I, V подтип с вътрешна септа, т.е. истински двоен жлъчен мехур с общ инфундибулум и дуктус цистикус, вливащ се в общия жлъчен канал. При съмнение за такава аномалия от ехографския преглед някои автори предлагат да се уточнят анатомичните взаимоотношения предоперативно с РПХГ, което е предпоставка за редуциране на ятрогенните лезии [9]. Ехографията и КАТ рядко допринасят за точната диагноза [5]. Интраоперативната холангиография изисква допълнителни инструментални, а и технически възможности. Когато тя е възможна, трябва да се използва за верифициране на разположението на анатомичните структури. По-често в практиката се установява аномалията тип I, с превалиране в женския пол [5, 6], което е обяснимо и съвпада и с данните от нашия случай. Двата жлъчни мехура може да изглеждат правилно разположени в жлъчното ложе, както бе в случая, който описваме, и най-често това се наблюдава в тип I. Но са възможни доста вариабилни локализации за дублициращия мехур, особено при тип II [5]. Изключително редки са случаите на инцидентно интраоперативно установяване на двоен жлъчен мехур [2], които излагат на сериозен риск пациента, а оперативния екип – на изпитание. Той в такъв случай трябва да прояви

висока степен на квалификация в лапароскопската техника и независимо че лапароскопската холецистектомия днес е златен стандарт, трябва да прецени навреме кога да премине към конверсия в интерес на здравето на болния.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Gautam, A., et al Double gallbladder with two disease processes. – Indian J. Gastro-enterol., **618**, 1999, 179.
2. Garcia, J. et al. Double gallbladder treated successfully by laparoscopy. – J. Laparoendoscop. Surg., **3**, 1993, 153-155.
3. Gross, R. Congenital anomalies of the gall-bladder. A review of 148 cases with a report of double gall-bladder. – Arch. Surg., **32**, 1936, 131-59.
4. Harlaftis, N., S. Gray et R. Olafon. Three cases of unsuspected double gallbladder. – Am. Surg., **42**, 1976, 177-231.
5. Miyajima, N. et al. Experience with laparoscopic double gallbladder removal. – Surg. Endosc., **9**, 1995, 63-66.
6. Puente, S. et G. Bannura. Radiological anatomy of the biliary tract: Variations and congenital abnormalities. – World J. Surg., **7**, 1982, 271-276.
7. Silvis, R. et al. Re-operation for symptomatic double gallbladder. – Surg. Endosc., **10**, 1996, 336-337.
8. Takeyuki, M. et al. Analysis of bile duct injuries (Stewart-Way classification) during laparoscopic cholecystectomy. – J. Hepatobiliary Pancreat. Surg., **13**, 2006, 427-434.
9. Udelsman, R. et P. Sugarbaker. Congenital duplication of the gallbladder associated with an anomalous right hepatic artery. – Am. J. Surg., **149**, 1985, 512-815.
10. Uesolneux, G. et al. Duplication of the gallbladder. A case report. – Gastroenterology Research and Practice, 2009.