

Αυτόματη ρήξη χοληδόχου πόρου στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο

Β. Παπανικολάου, Δ. Κουταρέλος, Χρ. Γαρυφάλλου, Δ. Μωραϊτίδης, Δ. Μαϊντάς, Ι. Βαρδούλης

Χειρουργική Κλινική, «Αχιλλοπούλειο» Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

Περιγράφεται περίπτωση αυτόματης ρήξης της τελικής μοίρας του χοληδόχου πόρου, η οποία οδήγησε στη δημιουργία οπισθοπεριτοναϊκού αποστήματος και έδωσε κλινικά ευρήματα περισφιγμένης μπροκίλης.

Τονίζεται η δυνατότητα της ακριβούς εντόπισης της ρήξης με το σπινθηρογράφημα με Tc

^{99m}-HIDA που απεκκρίνεται με τη χολή και συζητούνται οι παθογενετικοί μηχανισμοί και οι στόχοι της χειρουργικής αντιμετώπισης της εξαιρετικά σπάνιας αυτής επιπλοκής.

Ιπποκράτεια 2001, 5 (1): 30-34

Αυτόματη ρήξη του χοληδόχου πόρου στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο

Η αυτόματη ρήξη του χοληδόχου πόρου (ΧΠ) είναι σπάνια, ιδιαίτερα μάλιστα όταν συμβαίνει σε ασθενείς χωρίς προηγούμενη επέμβαση στα χοληφόρα. Η οπισθοπεριτοναϊκή ωστόσο ρήξη του τελικού τμήματός του είναι ακόμη σπανιότερη¹ και αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όταν εκδηλώνεται κλινικά με εικόνα περισφιγμένης μπροκίλης, όπως συνέβαινε με την περίπτωση που παρουσιάζεται.

Περιγραφή περίπτωσης

Πρόκειται για άνδρα, ηλικίας 64 ετών, με ιστορικό έντονου επιγαστρικού άλγους από πενθήμερο, το οποίο αντανάκλούσε στη δεξιά οσφυϊκή χώρα. Την προηγούμενη της εισαγωγής του ασθενούς στην κλινική το άλγος εντοπίστηκε στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και συνοδεύονταν από εμέτους, ρίγος και υψηλό πυρετό. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε βαριά γενική κατάσταση, με ευαισθησία στην εν τω βάθει ψηλάφηση του δεξιού λαγονίου βόθρου, χωρίς όμως μυϊκή αντίσταση. Υπήρχε ελαφρά υπικτερική χροιά των επιπεφυκώτων και την επομένη ημέρα παρουσιάστηκε επώδυνη διόγκωση στην περιοχή του δεξιού μηριαίου τριγώνου αμέσως κάτω από το

βουβωνικό σύνδεσμο, η οποία έδινε την εντύπωση περισφιγμένης μπροκίλης. Η γενική κατάσταση του ασθενούς εξακολούθησε να είναι βαριά, με ταχύπνοια, υψηλό πυρετό, αρτηριακή πίεση 90/50 mmHg και σφυγείς 130/min. Η κοιλιά παρουσίαζε μέτριο μετεωρισμό και υπήρχε σημαντική ελάττωση του περισταλτισμού του εντέρου. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκοκυττάρωση (10200 λευκά/mm³) με 85% πολυμορφοπύρνα, αύξηση της ολικής χολερυθρίνης (3,9 mg% - άμεση 3,2 mg%) και ελαφρώς αυξημένη αλκαλική φωσφατάση (140 U/L). Ο υπόλοιπος συνήθης εργαστηριακός έλεγχος ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Με τη διάγνωση περισφιγμένη μπροκίλη με νεκρωμένο περιεχόμενο και εγκατάσταση τοπικής περιτονίτιδας, ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Με τοπική αναισθησία διερευνήθηκε η περιοχή και διαπιστώθηκε διάχυτη μόνο διήθηση των μαλακών μοριών με πυώδες χολοβαφές υγρό, χωρίς την παρουσία κηλικού σάκου. Με τα ευρήματα αυτά και με συνεκτίμηση των κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων αποφασίστηκε η διενέργεια ερευνητικής λαπαροτομής, κατά την οποία διαπιστώθηκε η ύπαρξη μικρής ποσότητας αντιδραστικού υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Στον οπισθοπεριτοναϊκό όμως χώρο και στην περιοχή του δεξιού λαγονοφοίτη μν βρέθηκε ευμεγέθης πυώδης συλλογή με διάχυτη χολώδη

δίθηση. Στην υπόλοιπη έρευνα της κοιλιάς βρέθηκαν φηλαφρητοί χολόλιθοι στη χοληδόχο κύστη και στο χοληδόχο πόρο με έντονη φλεγμονώδη αντίδραση στα ανατομικά στοιχεία της περιοχής. Η παραπέρα διερεύνηση για την αποκάλυψη του σημείου διαφυγής της χολής στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο κρίθηκε επικίνδυνη και έτσι, μετά την ευρεία παροχέτευση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου και της ελάσσονος πυέλου, έγινε συρραφή των εγχειρητικών τραυμάτων.

Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή με ταχεία βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Η παροχέτευση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου απέδιδε ημερησίως 600-1100 ml χολώδους υγρού, το οποίο, σύμφωνα με τα εγχειρητικά ευρήματα, θα έπρεπε να προέρχεται από ρήξη του περιφερικού τμήματος (παγκρεατική μοίρα) του ΧΠ ή του οπισθίου τοιχώματος (οπισθοπεριτοναϊκή μοίρα) του δωδεκαδακτύλου. Η έγχυση σκιαγραφικής ουσίας από το σωλήνα παροχέτευσης έδειξε μεν τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και τις αποστηματικές συλλογές, όχι όμως και την επικοινωνία (Εικ. 1). Η χορήγηση από το στόμα κυανού του μεθυλενίου δεν έδωσε χρώση στο υγρό της παροχέτευσης και η χορήγηση γαστρογραφικής δεν σκιαγράφησε τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Στο σπινθηρογράφημα ήπατος - χοληφόρων με Tc 99m-HIDA τα χοληφόρα αγγεία και η χοληδόχος κύστη δεν απεικονίστηκαν, δεν παρατηρήθηκε δίοδος του ραδιοφαρμάκου στο έντερο και, 1 ώρα μετά τη χορήγηση, σημειώθηκε διάχυτη κατανομή του στη δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα και συγκέντρωση στη συνέχεια στον καθετήρα της παροχέτευσης και το σάκο συλλογής της χολής (Εικ. 2, 3).

Τα ευρήματα αυτά έθεσαν τη διάγνωση της διαφυγής χολής από υπάρχουσα ρήξη στην οπισθοπεριτοναϊκή μοίρα του ΧΠ και 6 εβδομάδες από την πρώτη επέμβαση, με σταθεροποιημένη πλέον τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την αποδρομή των σπηκτικών φαινομένων, αποφασίστηκε η επανεπέμβαση για οριστική αποκατάσταση της βλάβης. Η χοληδόχος κύστη ήταν πλήρης χολολίθων και αφαιρέθηκε. Στη διερεύνηση του ΧΠ βρέθηκαν επίσης πολλαπλοί χολόλιθοι, οι οποίοι και αφαιρέθηκαν, πλην όμως εξακολουθούσε να υπάρχει αδυναμία προσπέλασης προς το δωδεκαδάκτυλο και κατά τη διεγχειρητική χολαγγειογραφία διαπιστώθηκε έλλειμμα πληρώσεως στην παγκρεατική μοίρα του ΧΠ. Μετά την αφαίρεση ενσφηνωμένου λίθου (μεγάλους φουντουκιού) αποκαλύφθηκε έλλειμμα (0,3



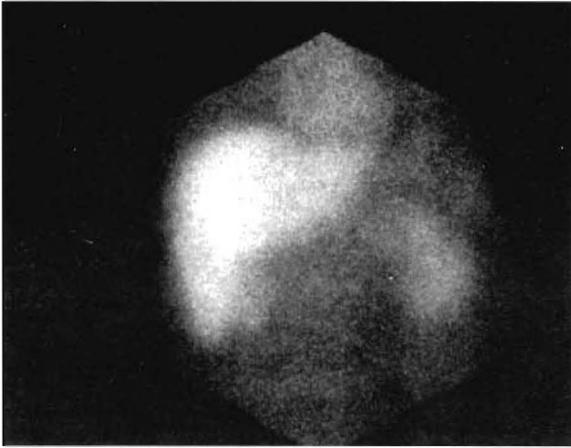
Εικ. 1. Αποστηματικές κοιλότητες στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο μετά από έγχυση σκιαστικού μέσω της παροχέτευσης.

× 0,2 εκ.) στο οπίσθιο τοίχωμα της τελικής μοίρας του ΧΠ, το οποίο οδηγούσε σε επικοινωνία με τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Τοποθετήθηκε σωλήνας Kehr, έγινε πλαγιο-πλάγια αναστόμωση του διατεταμένου (2,2 εκ.) ΧΠ με το δωδεκαδάκτυλο και παροχετεύτηκε η περιοχή της ρήξης.

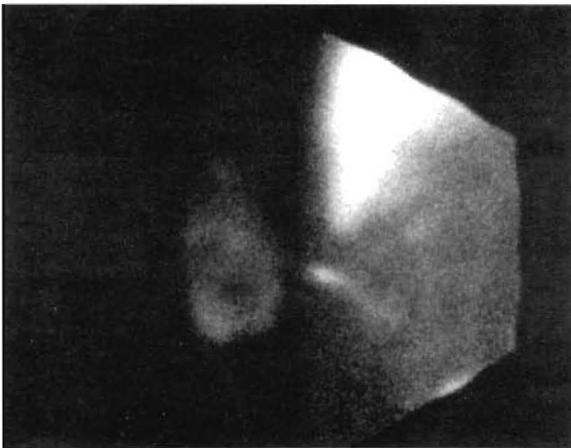
Η μετεγχειρητική πορεία υπήρξε ομαλή. Η ροή της χολής από την παροχέτευση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου σταμάτησε. Η χολαγγειογραφία από το σωλήνα Kehr έδειξε ελεύθερη βατότητα προς το δωδεκαδάκτυλο και καλή σκιαγράφιση του χοληφόρου δένδρου (Εικ. 4). Καλή επίσης βατότητα της χολοπεπτικής αναστόμωσης και των χοληφόρων έδειξε ο έλεγχος με βαριούχο γέυμα (Εικ. 5) και το σπινθηρογράφημα (HIDA scan) ήπατος-χοληφόρων (Εικ. 6).

Συζήτηση

Η αυτόματη ρήξη του ΧΠ είναι εξαιρετικά σπάνια. Σε πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας από τους Paladugu και συν.² βρέ-



Εικ. 2. Δεν απεικονίζονται τα χοληφόρα στο σπινθηρογράφημα ήπατος-χοληφόρων.



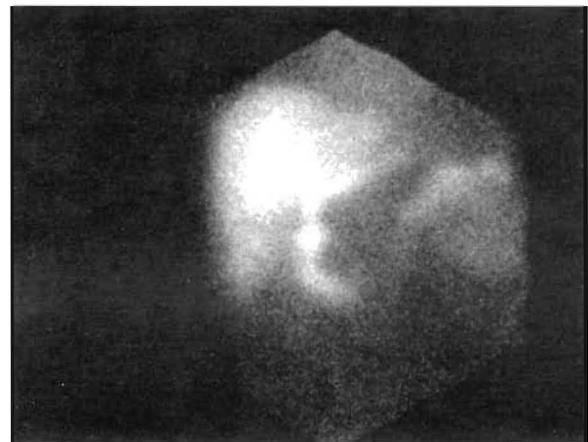
Εικ. 3. Σπινθηρογράφημα ήπατος - χοληφόρων. Συγκέντρωση του ραδιοφαρμάκου στο σωλήνα παροχέτευσης και στο σάκο συλλογής της χολής.



Εικ. 5. Απεικόνιση της χολοπεπτικής αναστόμωσης και των χοληφόρων μετά από βαριούχο γέυμα.



Εικ. 4. Χολαγγειογραφία μέσω του Kehl με καλή βατότητα προς το δωδεκαδάκτυλο και χωρίς σημεία διαφυγής στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.



Εικ. 6. Σπινθηρογράφημα ήπατος - χοληφόρων. Απεικόνιση των χοληφόρων και δίοδος του ραδιοφαρμάκου στο δωδεκαδάκτυλο.

θηκαν 27 περιπτώσεις αυτόματης ρήξης των χοληφόρων, στην πλειονότητα των οποίων συνυπήρχε χολολιθίαση και φλεγμονή (84%). Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την επιπλοκή αυτή φαίνεται να είναι η ύπαρξη εκκολπώματος του ΧΠ, η νέκρωση του τοιχώματός του από θρόμβωση των αγγείων του, η αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης από κώλυμα στο φύμα του Vater και η αυτοπεψία του τοιχώματός του από παλινδρόμηση των παγκρεατικών υγρών³⁻⁵.

Στην περίπτωση που παρουσιάζεται φαίνεται ότι η πίεση από τον ενσφηνωμένο χολόλιθο και η τοπική θρόμβωση των αγγείων του τοιχώματος του ΧΠ από τη συνυπάρχουσα φλεγμονή αποτέλεσαν τους προδιαθεσικούς παράγοντες, οι οποίοι, σε συνδυασμό με την αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης από την απόφραξη, οδήγησαν στη νέκρωση του τμήματος αυτού του ΧΠ και τη διαφυγή του σπυτικού περιεχομένου του στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.

Η κλινική εκδήλωση της σπάνιας αυτής επιπλοκής είναι ανάλογη με το μέγεθος της ρήξης, την ποσότητα και την έκταση της διαφυγής της χολής. Η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη και αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον όταν η ρήξη αφορά στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Η κλινική εικόνα εκδηλώνεται με άτυπη, αμβληχρή συμπτωματολογία και στη συνέχεια επιδεινώνεται ραγδαία μετά την εμφάνιση των φλεγμονωδών φαινομένων, τα οποία καθιστούν τη διάγνωση ακόμα πιο δύσκολη. Σε μια δεύτερη περίπτωση αυτόματης οπισθοπεριτοναϊκής ρήξης του ΧΠ, που βρέθηκε στην προσιτή σε μας βιβλιογραφία⁶ περιγράφεται η εικόνα ευμεγέθους εγκυστωμένης χολώδους συλλογής στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, χωρίς όμως την ιδιαιτερότητα της περίπτωσης που παρουσιάζεται με προβολή της συλλογής στο μπριαίο τρίγωνο, η οποία και μας οδήγησε στην εσφαλμένη διάγνωση της περισιφιγμένης μηροκήλης με νεκρωμένο κοίλο σπλάγγχο και συνοδό περιτονίτιδα.

Η σπανιότητα της επιπλοκής αυτής και η εκδήλωσή της με την εικόνα της οξείας κοιλίας δεν επιτρέπουν συνήθως ακριβή προεγχειρητική διάγνωση. Σε όλες όμως τις περιπτώσεις απαιτείται επείγουσα χειρουργική επέμβαση, η οποία προσδιορίζεται από τη βαρύτητα της κλινικής κατάστασης, τα τοπικά ευρήματα και την υποκείμενη παθολογία του χοληφόρου συστήματος. Στην περίπτωση που περιγράφεται θεωρήθηκε επιβεβλημένη η αναβολή της οριστικής επέμβασης μέχρι τη σταθεροποίηση της γενικής κατά-

στασης του ασθενούς και την υποχώρηση των φλεγμονωδών φαινομένων. Τονίζεται η ουσιαστική συμβολή του με 99m Tc HIDA σπινθηρογράφηματος στον εντοπισμό της θέσης της διαφυγής της χολής και στον προγραμματισμό της επανέμβασης για την αποκατάσταση της βλάβης. Στη δεύτερη αυτή επέμβαση δεν ήταν δυνατή η πρωτογενής σύγκλειση του ελλείμματος του τοιχώματος του ΧΠ, αλλά αντιμετωπίστηκε η χολολιθίαση, παροχετεύτηκε η χολή στο δωδεκαδάκτυλο και ο ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Η διαφυγή χολής από την οπισθοπεριτοναϊκή παροχέτευση και το κατευθυνόμενο χολικό συρίγγιο σταμάτησε και ο έλεγχος που έγινε με 99m Tc HIDA σπινθηρογράφημα ήπατος - χοληφόρων έδειξε καλή απεικόνιση του χοληφόρου δένδρου και καλή βατότητα της χολοπεπτικής αναστόμωσης, χωρίς κανένα σημείο διαφυγής. Ο ασθενής έλαβε εξιτήριο 15 ημέρες μετά την επέμβαση και στον τελευταίο επανέλεγχο, μετά διαετία, ήταν απόλυτα υγιής.

Η εμπειρία μας αυτή, σε συνδυασμό και με την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, δείχνει ότι η παροχέτευση του ΧΠ, η θεραπεία της υποκείμενης νόσου των χοληφόρων και η σύγκλειση ή όχι του ελλείμματος, ανάλογα με τα τοπικά ευρήματα, αποτελούν την ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση της σπάνιας αυτής επιπλοκής.

ABSTRACT

Papanicolaou V, Koutarelos D, Garyfallou Chr, Moraitidis D, Maintas D, Vardoulis J. Retroperitoneal spontaneous rupture of common bile duct. Hippokratia 2001, 5 (1): 30-34

Spontaneous rupture of the common bile duct is an extremely rare condition. An unusual case of this complication with the formation of a large retroperitoneal abscess presenting with clinical findings of strangulated femoral hernia is described. Hepatic iminodiacetic acid scan (Tc 99m-HIDA) was the most reliable test to show the extravasation of the bile and to confirm the perforation site. The possible etiology and the goals of operative treatment are discussed.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Spira AI. Spontaneous rupture of the common bile duct. Ann Surg 1976, 183: 433-435

2. Paladugu R, Rau A, Schein M, Wise L. Spontaneous perforation of the hepatic duct in adults. *Dig Surg* 1998, 15: 417-420
3. Suarez L, Detmer DE, Jarrett F. Surgical management of spontaneous hepatic duct perforations. *Ann Surg* 1981, 194: 176-179
4. Chu CS. Spontaneous perforation of the common hepatic duct: Report of seven cases. *Surg Gastroenterol* 1984, 3: 69-76
5. Hasegawa T, Udatsu Y, Kamiyama M, et al. Does pancreatico-biliary maljunction play a role in spontaneous perforation of the bile duct in children? *Pediatr Surg Int* 2000, 16: 550-553
6. Satake K, Ikehara T, Shim K, et al. A large retroperitoneal encapsulation of bile from a spontaneous perforation of the common bile duct. *Am J Gastroenterol* 1985, 80: 279-283

Αλληλογραφία

B. Παπανικολάου
Λασκαράτου 27
546 46 Θεσσαλονίκη

Corresponding author

Papanikolaou V,
27 Laskaratou str
546 46 Thessaloniki
Greece