



Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej  
w Kędzierzynie-Koźlu

## WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO (CHOLECYSTEKTOMIA)

### OPIS ZABIEGU

Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową polega na usunięciu całego pęcherzyka żółciowego wraz z kamieniami z dostępu przez kilka otworów w jamie brzusznej. Na początku zabiegu po znieczuleniu ogólnym chorego („uśpieniu”) do jamy brzusznej wkłuwają się igły 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 wkłuwają 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 okolicy pępka. W niektórych przypadkach przy podejrzeniu złogów („kamieni”) w przewodzie żółciowym wspólnym istnieje konieczność wykonania cholangiografii śródoperacyjnej tzn. podania kontrastu do przewodu żółciowego wspólnego i obejrzenia obrazu pod skopią rentgenowską. Jeśli złogi zostaną 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.

### MOŻLIWE POWIKŁANIA

Każdy zabieg chirurgiczny (operacja) może wiązać się z następstwami, które są wynikiem choroby lub leczenia (mogą wystąpić na każdym etapie diagnostyki i leczenia) oraz z powikłaniami, które choć nie są wynikiem błędu to są zdarzeniami niepożądanymi (występują z różną częstością). Zabieg operacyjny nie przebiega identycznie u każdego chorego. Zależy to od wielu czynników. Między innymi od wielkości guzków krwawniczych, od tego czy operacja jest przeprowadzana pierwszy raz czy mamy do czynienia z nawrotem choroby. Różne, trudne do przewidzenia trudności techniczne występujące podczas zabiegu operacyjnego mogą spowodować, że pomimo starań lekarzy podczas operacji, jak i po jej zakończeniu może dojść do wystąpienia powikłań.

Typowym powikłaniem cholecystektomii laparoskopowej jest uszkodzenie przewodu żółciowego wspólnego (występujące w 0,2-0,8% przypadków) często z towarzyszącym uszkodzeniem prawej tętnicy wątrobowej. 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 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). 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.

Po operacji przez co najmniej 6 tygodni zaleca się znaczne ograniczenie wysiłków fizycznych oraz przestrzeganie diety lekkostrawnej (nic tłustego i smażonego, nie groch, kapusta, fasola). Po tym okresie dieta może być rozszerzana stopniowo do normalnej, zwiększana powinna być również aktywność fizyczna. U chorych z infekcją rany pooperacyjnej i/lub nie ograniczających wysiłków fizycznych we wczesnym okresie pooperacyjnym może dojść do powstania przepukliny brzusznej. Pojawiająca się późno po operacji żółtaczka, gorączka, bóle, podwyższone próby wątrobowe, zazwyczaj świadczą o obecności złogów (kamieni) w przewodzie wątrobowym wspólnym lub o zwężeniu przewodu wątrobowego wspólnego na skutek uszkodzenia w trakcie przebytej operacji. Tzw. zespół po cholecystektomii jest określeniem zespołu objawów – głównie bólów w nadbrzuszu, które czasem rozwijają się po cholecystektomii lub utrzymują się mimo wycięcia pęcherzyka żółciowego, które zwykle nie mają związku z drogami żółciowymi, a są najczęściej

wywołane przez przepuklinę rozworu przełykowego przepony, chorobę wrzodową, zapalenie trzustki, zespół jelita wrażliwego, nietolerancję pokarmową. Czasami objawy mogą być związane z drogami żółciowymi i są wówczas wywołane: kamieniem w przewodzie żółciowym wspólnym, długim kikutem przewodu pęcherzykowego, lub zwężeniem dróg żółciowych. 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 żółtaczka mechaniczna spowodowana przejściem złogów z pęcherzyka do przewodu żółciowego wspólnego.