



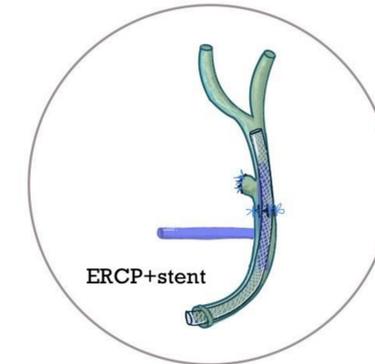
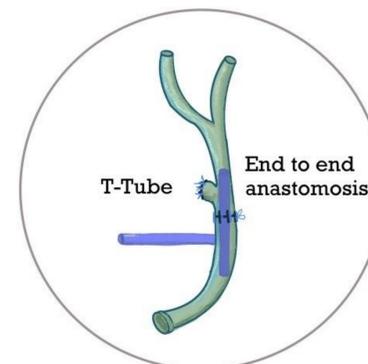
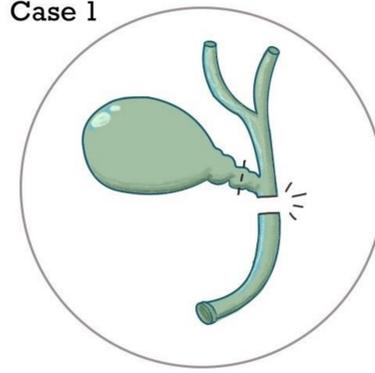
Οι κακώσεις των εξωηπατικών χοληφόρων κατά τη χολοκυστεκτομή αποτελούν σοβαρή επιπλοκή με αυξημένη νοσηρότητα, θνητότητα και μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η αντιμετώπιση τους εξαρτάται από τον **τύπο της κάκωσης**, τη **χρονική στιγμή** που διαγιγνώσκονται και την **εμπειρία** του χειρουργού.

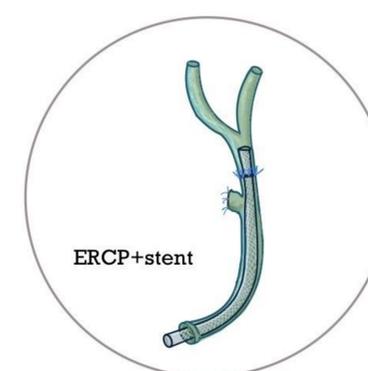
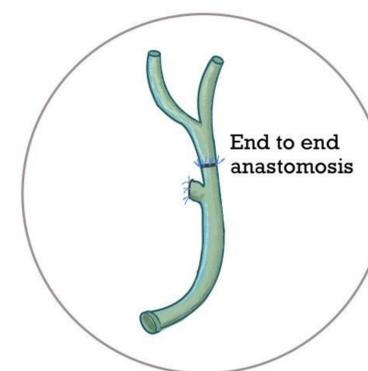
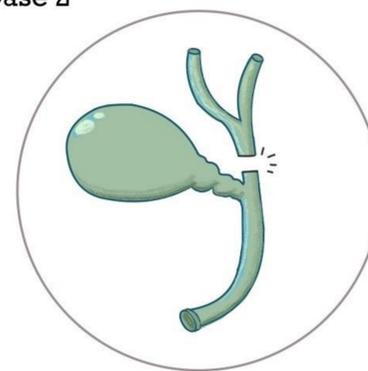
**1<sup>ο</sup> Περιστατικό:** Άρρεν 53 ετών υπεβλήθη σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή λόγω πολλαπλών επεισοδίων χολοκυστίτιδας. Διεγχειρητικά διαπιστώνεται ότι ο αυχένας της χοληδόχου κύστης εφάπτεται με το χοληδόχο πόρο (Mirizzi τύπου Ι), και ο τελευταίος εκλαμβάνεται ως κυστικός οπότε και ακολουθεί πλήρης διατομή του. Η κάκωση γίνεται αντιληπτή διεγχειρητικά και αποφασίζεται η άμεση επιδιόρθωση με **τελικοτελική αναστόμωση**, τοποθέτηση **T tube** (σωλήνας Kehr) και **τοποθέτηση παροχέτευσης** παρά την αναστόμωση. Ακολούθως διενεργήθηκε **χολαγγειογραφία μετεγχειρητικά, τοποθέτηση ενδοπρόθεσης - Stent** με ERCP και αφαίρεση σωλήνα Kehr. Η ενδοπρόθεση αφαιρέθηκε μετά από 6 μήνες, και ο ασθενής 15 μήνες μετά την επέμβαση είναι σε άριστη κλινική κατάσταση.

**2<sup>ο</sup> Περιστατικό:** Θήλυ 71 ετών όπου διεγχειρητικά αναγνωρίζεται λίθος ενσφηνωμένος στον αυχένα ο οποίος εμποδίζει την κατάλληλη έλξη της χοληδόχου κύστης, ο χοληδόχος πόρος εκλαμβάνεται ως κυστικός και ακολουθεί διατομή του. Λόγω της μικρής διαμέτρου του αυλού και αδυναμίας τοποθέτησης σωλήνα Kehr, αποφασίζεται η δημιουργία **τελικοτελικής αναστόμωσης** και **διενέργεια ERCP μετεγχειρητικά**. Το δεύτερο περιστατικό, αντιμετωπίστηκε μόνο με τοποθέτηση ενδοπρόθεσης για 6 μήνες, η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, χωρίς επιπλοκές μετά την αφαίρεση του stent.

Case 1



Case 2



Δέσποινα Σπερδούλη

► Και στις δύο περιπτώσεις η **αδυναμία δημιουργίας του παραθύρου ασφαλείας (critical view of safety)** οδήγησε στις συγκεκριμένες κακώσεις. Όταν οι κακώσεις αυτές αναγνωρίζονται διεγχειρητικά , και υπάρχει ελάχιστη ιστική βλάβη, μπορούν να αντιμετωπιστούν με **τελικοτελική αναστόμωση** και **τοποθέτηση ενδοπρόθεσης**.

► Η **χολοπεπτική αναστόμωση κατά Roux en Y** , είναι η **επέμβαση που προτείνεται, αλλά σε επιλεγμένα περιστατικά η τελικοτελική αναστόμωση φαίνεται να έχει εξίσου καλά αποτελέσματα**.

## Ιατρογενής Κάκωση Χοληδόχου Πόρου

- 0.4%-1.5% - λαπαροσκοπικές χολοκυστεκτομές
- 0.2-0.3% - ανοικτές χολοκυστεκτομές
- Επέγον χειρουργείο > Τακτικό

**Διάγνωση:** → Διεγχειρητικά (25%)  
 → Μετεγχειρητικά

**Κλινική Εικόνα:** **χολόρροια ή αποφρακτικός ίκτερος**

**Πρόληψη:**

- Παράθυρο ασφαλείας** (critical view of safety- μερικές φορές είναι εφικτό μόνο στο 50%)
- Επεμβάσεις διάσωσης (bail out procedure):** Πρώτα κινητοποίηση του πυθμένα , Μερική Χολοκυστεκτομή
- Μετατροπή σε ανοικτή**

**Αντιμετώπιση**

- Άμεση τελικοτελική αναστόμωση με/ ή χωρίς T tube σε μικρή ιστική βλάβη.
- Χολοπεπτική αναστόμωση σε περίπτωση μεγάλου βαθμού κάκωσης (Strasberg E)

**Χολοπεπτική αναστόμωση κατά Roux en Y**

→ Η πιο συχνή αναστόμωση στις περιπτώσεις κακώσεων των χοληφόρων, κυρίως σε μεγάλου βαθμού βλάβες

**Αρνητικά :** απώλεια βάρους, διαταραχές στην έκκριση των ορμονών από το γαστρεντερικό , δυσπορρόφηση, υποτροπιάζοντα επεισόδια χολαγγειίτιδας, δωδεκαδακτυλικά έλκη, αδυναμία διενέργειας ενδοσκοπικού ελέγχου (ERCP) της αναστόμωσης μετεγχειρητικά.

**Τελικοτελική αναστόμωση**

Ίσως να προτιμάται σε σχέση με τη Roux en Y υπό προϋποθέσεις: ●

- διεγχειρητική διάγνωση,
- μικρή ιστική βλάβη,
- υγιή αναστομωτικά όρια,
- απώλεια τάσης.

**Αρνητικά:** μέχρι και 80% στένωση μετεγχειρητικά

Καθοριστικός ο ρόλος της **ERCP**, για την σφιγκτηροτομή και τοποθέτηση Stent , μετεγχειρητικά διαστολές