

Colecistectomia laparoscopică la o bolnavă cu situs inversus total

C. Sandu, M. Toma

Secția Chirurgie II, Spitalul Județean Argeș, Romania

Rezumat

Situs inversus total este o situație rară dar posibilă, care prezintă dificultăți în diagnosticul și tratamentul colecistei litiazice, ca urmare a așezării în oglindă a organelor abdominale. În acest articol se prezintă cazul unei bolnave de 64 ani cu situs inversus și cu colecistită litiazică. Sunt descrise particularitățile clinice și imagistice, precum și cele ale intervenției chirurgicale laparoscopice, dificultăți întâmpinate de chirurgul dreptaci. Concluzia este că la acești bolnavi colecistectomia laparoscopică poate fi realizată în siguranță de un chirurg cu experiență în laparoscopie și chirurgia biliară clasică.

Cuvinte cheie: colecistectomie laparoscopică, situs inversus total

Abstract

Laparoscopic cholecystectomy to a patient with situs inversus totalis

Situs inversus totalis is a rare situation, but possible, with presents difficulties in diagnosis and treatment of gallstone, due to the location in the mirror of abdominal organs. In this material it presents the case of a woman in age of 64 years with situs inversus totalis and gallstone. There are described the clinical and imaging features, also the laparoscopic surgery with the difficulties encounter by right handed surgeon. The conclusion is that in this patients, laparoscopic cholecystec-

tomy may be performed safely by a surgeon with experience in laparoscopy and classic biliary surgery.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, situs inversus totalis

Introducere

Situs inversus total are o determinare genetică de tip autosomal recesiv și are o incidență de 1/10000 la 1/20000 cazuri (1). Se caracterizează prin transpoziția viscerelor toracice și a celor abdominale majore, cu ficatul și colecistul în stânga și splina și stomacul în dreapta. Se asociază cu anomalii cardiace sau alte afecțiuni ca în cazul sindromului Kartagener (bronșectazie, sinuzită, situs inversus) (2). În abdomenul acut este necesar să fim avertizați de această posibilitate pentru un diagnostic și tratament corect. În caz de colecistită acută durerea este localizată în cadranul superior stâng, iar în caz de apendicită acută în cadranul inferior stâng. (2,3)

Prezentare de caz

O bolnavă de 64 ani care se cunoștea cu situs inversus de la vârstă de 14 ani s-a prezentat în urgență pentru dureri în hipocondrul stâng cu iradiere în bară către epigastru și hipocondrul drept cu debut în urmă cu 3 zile. La examenul fizic al bolnavei se constată bățile vârfului cordului în spațiul V intercostal drept, iar la examinarea abdomenului manevra Murphy pozitivă în hipocondrul stâng. Examenele de laborator arată bilirubina, amilazele și numărul de globule albe în limite normale. Radiografia toracică arată dextrocardie. (Fig. 1)

Echografia în urgență arată ficatul cu vezica biliară în hipocondrul stâng și splina în hipocondrul drept. Vezica biliară este cu pereți subțiri având drept conținut multipli

Correspondență: Dr. Sandu Corneliu
Spitalul Județean Argeș
Aleea Spitalului nr. 1, Pitești, Județul Argeș
E-mail: corneliusandu@yahoo.com



Figura 1. Radiografia toracică arată dextrocardie

calculi de 2-4 mm diametru, căi biliare nedilate. Ct scan confirmă transpoziția organelor abdominale cu ficatul în dreapta și splina și stomacul în stânga abdomenului. (Fig. 2)

Tehnica operatorie

Operatorul și cameramanul sunt așezați de partea dreaptă a bolnavei, în timp ce asistentul se află de partea stângă a bolnavei. După efectuarea pneumoperitoneului până la o presiune de 12 mmHg se introduce laparoscopul prin trocarul de 10 mm printr-o incizie supraombilicală. Sub controlul laparoscopului se introduc și celelalte trocare: un trocar operator de 10 mm subxifoidian și 2 trocare accesorii pentru prehensiunea colecistului de 5 mm, unul pe linia axilară anterioară stânga în dreptul ombilicului și unul medioclavicu-



Figura 2. CT- scan arată ficatul în stânga și splina și stomacul în dreapta

lar la 3 cm sub rebordul costal stâng. În acest fel se pun trocarele în oglindă față de cum se pun pentru o laparoscopie normală (4,5,6). Ajutorul apucă cu pensa de pe linia axilară stânga fundul colecistului și îl împinge lateral către umărul stâng și cu o a doua pensă introdusă prin trocarul de pe linia medioaxilară apucă punga Hartman și o tracionează pentru a expune triunghiul Calot. Disecția triunghiului Calot se realizează prin abord anterior și posterior, acesta fiind expus prin tracțiunea pensei de pe punga Hartman de către ajutor. Se disecă, clipează și secționează primul canalul cistic și ulterior artera cistică. Se desprinde colecistul din pat secționând cu electrocauterul reflexia peritoneală de pe marginea dreaptă a colecistului și eliberându-l din pat de la dreapta spre stânga. Abordul reflexiei peritoneale de pe marginea stângă a colecistului este mai dificil, acesta fiind secționat ultimul la eliberarea colecistului din pat.

Discuții

În caz de litiază biliară la bolnavul cu situs inversus tratamentul de elecție este colecistectomia laparoscopică, ca și în cazul bolnavului clasic, dar prezintă unele particularități. Cea mai importantă particularitate la bolnavul cu situs inversus total este așezarea în oglindă a organelor abdominale, motiv pentru care și aranjarea trocarelor pentru abordul colecistectomiei laparoscopice se face în oglindă. Această așezare a trocarelor determină dificultăți în disecție pentru chirurgul dreptaci, motiv pentru care expunerea triunghiului Calot se face de către ajutor care tracionează pensa de pe bursa Hartman. După disecția și cliparea canalului cistic și a arterei cistice, eliberarea colecistului din pat s-a efectuat secționând reflexia peritoneală a marginii drepte a colecistului și continuând cu disecția de la dreapta la stânga până la reflexia peritoneală a marginii stângi a colecistului care se secționează ultima.

Unii autori (1) plasează trocarul de pe linia medioclaviculară pe linia mediană, la mijlocul distanței xifoombilicale. Punga Hartman este tracionată de mâna stângă a chirurgului folosind o pensă introdusă prin trocarul subxifoidian, în timp ce disecția se realizează prin trocarul de pe linia mediană. Astfel se adaugă un unghi de 45 grade vederii de 30 grade a laparoscopului și disecția triunghiului Calot poate fi realizată mai ușor din partea laterală având avantajul folosirii mâinii drepte.

Alți autori (1) descriu pentru chirurgul stângaci poziția între picioarele bolnavului, acesta fiind așezat în poziție Lloyd-Davis. Oms (7) compară abilitatea disecției la chirurgul dreptaci față de cel stângaci în situs inversus, cu trocarele plasate în oglindă față de situația normală. Chirurgul dreptaci este incomodat în disecția cu mâna stângă și încrucișează instrumentele în abdomen. Chirurgul stângaci este capabil să realizeze disecția atât cu mâna stângă cât și cu mâna dreaptă.

În concluzie, la imaginea bidimensională din colecistectomia laparoscopică se adaugă imaginea în oglindă ce accentuează dificultatea intervenției în caz de situs inversus total. Totuși, colecistectomia laparoscopică în caz de colecistită litiazică la bolnavi cu situs inversus total este posibilă, dacă este realizată de chirurghi cu experiență în laparoscopie și în chirurgia căilor biliare. (8,9,10)

Bibliografie

1. Aydin U, Unalp O, Yazici P, Gurcu P, Sozbilen M, Coker A. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis. *World J Gastroenterol.* 2006;12(47):7717-9.
2. Pavlidis TE, Pasarras K, Triandafyllou A, Marakis GN, Sakantarnis AK. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis in a patient with situs inversus totalis and posterior cystic artery. *Diagn Ther Endosc.* 2008;2008:465272.
3. Hamdi J, Abu Hamdan O Saudi. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis. *J Gastroenterolog.* 2009;14(1)31-2.
4. Kumar S, Fusai G. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis with left-sided gall bladder. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007;89(2):W16-8.
5. Mc Kay D, Blake G. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: a case report. *BMC Surg* 2005 Mar 17;5: 5
6. Polychronidis A, Karayannakis A, Botaitis S, Perente S, Simopoulos C. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis and previous abdominal surgery. *Surg Endosc.* 2002;16(7):1110. Epub 2002 Apr 9.
7. Oms LM, Badia JM. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: The importance of being left-handed. *Surg Endoscop.* 2003;17(11):1859-61.
8. Demetriades H, Botsios D, Dervenis C, Evagelou J, Agelopoulos S, Dadoukis J. Laparoscopic cholecystectomy in two patients with symptomatic cholelithiasis and situs inversus. *Dig Surg.* 1999;16(6):519-21.
9. Kamitani S, Tsutamoto Y, Hanasawa K, Tani T. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis with "inferior" cystic artery: a case report. *World J Gastroenterol.* 2005;11(33):5232-4
10. Pataki I, Soultan TG, Chanis W. Laparoscopic cholecystectomy in totalis situs inversus for cholecystitis. *Magy Seb.* 2010; 63(1): 23-5 [Article in Hungarian]