

Abdominalfistel syv år efter kolecystektomi

Reservelæge Kirsten Hougård & overlæge Magnus Bergenfeldt

Herlev Hospital, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling

Resume

En 64-årig kvinde blev opereret for recidiverende fistler på højre side af abdomen, som viste sig at indeholde flere galdesten. Patienten havde syv år tidligere fået foretaget laparoskopisk kolecystektomi, men journalen manglede, og hun havde ikke yderligere oplysninger. Skånsom kirurgi og ikke efterladte galdesten er vigtigt, da dette kan give problemer selv efter flere år. Evt. spild af galdesten skal omhyggeligt journalføres, og patienten skal informeres. Tilfældet illustrerer også problemet med behandling på flere sygehuse og vigtigheden af at indhente oplysninger om tidligere udredning og behandling.

Perforation af galdeblæren under laparoskopisk kolecystektomi (LC) med spild af galdesten til frit peritoneum er en kendt, men sjælden årsag til fisteldannelse og abscedering [1]. I denne kasuistik beskriver vi en sygehistorie, hvor spildte galdesten gav problemer med abscesser og fisteldannelse syv år efter LC.

Sygehistorie

En 64-årig kvinde blev indlagt i dagkirurgisk regi til excision af recidiverende fistler på højre side af abdomen. Der havde ikke været feber eller forhøjede infektionstal. En præoperativ ultralydskanning viste absces, og der var ikke mistanke om fremmedlegemer. Patienten havde kronisk obstruktiv lungesygdom, insulinkrævende diabetes mellitus og havde tidligere haft abscesser i regio genitalis. Grundet galdestenspankreatitis havde hun syv år før fået foretaget LC. Hun var to år tidligere blevet opereret akut for ekstraperitoneal absces i bugvæggen uden komplikationer. Efterfølgende blev der dannet et fistelsystem.

Ved vor operation fandt vi fra hud til peritonealniveau store fistelsystemer indeholdende galdesten. Fistelvævet blev excideret. Ved histologi blev der påvist benignt fistelvæv med akut og kronisk inflammation. Efter operationen viste det sig, at patienten (i et andet speciale og på et andet sygehus) få måneder før første operation for absces i bugvæggen var blevet udredt for smerter under højre kurvatur. En computertomografi (CT) viste en ansamling, og ultralydskanning viste slagskyggegivende konkrementer tæt ved højre leverlap. Da biopsi fra området kun viste benign fibrose blev undersøgelsen af patienten afsluttet. Nøje gennemgang af tidligere operationsbeskrivelse fra LC viste, at der havde været spild af galdesten.

Figur 1. Computertomografi af abdomen, som viser fistelsystem i højre flanke og ved højre leverlaps kaudale overflade.



Figur 2. Galdesten, som blev fjernet fra fistelsystemet.



Et år efter vor operation fik patienten recidiv af infektion. En ny CT viste en fistel i bugvæggen. Fistlen mandede ud i et område med konkrementer nær højre leverlap (**Figur 1**). Ved reoperationen blev der udført laparotomi og excision af galdesten og fistelsystem gående mod højre leverlap (**Figur 2**). Ved klinisk kontrol og CT efter syv måneder var der ingen tegn på infektion eller efterladte galdesten i området.

Diskussion

Spild af galdesten kan ske, hvis galdeblæren perforerer under LC. Dette er relativt hyppigt forekommende; i studier angives der frekvenser på 10-32% [2, 3]. Den store variation tyder på, at det kan være et underrapporteret fænomen. Trods den hyppige forekomst af perforation og spild af galdestene forårsager de sjældent komplikationer som absces og fisteldannelse. Resultaterne af studier tyder på, at det sker i 5% af tilfældene med spildte galdesten [2]. Symptomerne kommer oftest inden for få måneder. Årsagen til dette er ukendt. Der findes dyreforsøg, som tyder på, at galdesten med tiden kan blive opløst og optaget via peritonealhulen [4].

Hos vores patient havde man primært ikke mistanke om galdesten som årsag til fistelsystemet, og fundet af galdesten var en peroperativ overraskelse. Årsagerne hertil var flere: 1) Patienten havde diabetes mellitus og havde kendte abscesser i andre regioner, 2) resultatet af en præoperativ ultralydskanning var upåfaldende, og 3) første henvendelse var fem år efter LC. Patienten var uvidende om de spildte galdesten og op-

lyste intet om den tidligere billeddiagnostik. Hun fortalte om den tidligere leverbiopsi, men at der ikke var fundet grund til yderligere udredning. Da denne udredning var i et andet speciale og på et andet sygehus, var disse oplysninger ikke umiddelbart tilgængelige. Tilfældet illustrerer således også problemet med patienter, som behandles på flere sygehuse, og vigtigheden af at indhente oplysninger om tidligere udredning og behandling. Retrospektivt kan det siges, at den tidligere udredning ikke blev fuldt anvendt i behandlingen af denne patient. Ved ankomsten til vores sygehus gennemskuede man ikke umiddelbart den komplekse situation, ellers ville CT-billedet formentlig have ført til en hurtigere og mere adækvat behandling af patienten.

Forebyggelse af perforation af galdeblæren fremstår som en vigtig del ved LC. Instrumentering af galdeblæren skal gøres med stor forsigtighed, og man bør anvende grasper med stor overflade og uskarpe tænder. Især dissektionen i planet mellem galdeblære og lever bør gøres forsigtigt. Spild af galdesten alene indikerer dog ikke konvertering til åben kirurgi [2-4], da de spildte sten kan fjernes laparoskopisk vha. teknikker som 30-graders-optik, leverretraktion og skylning [2]. Billeddiagnostisk er CT og ultralydskanning vigtige redskaber ved mistanke om absces og efterladte galdesten [5].

Vi konkluderer: 1) Ved spild af galdesten peroperativt skal dette omhyggeligt journalføres, og patienten skal informeres, 2) ved vedvarende helingsproblemer i cikatrice og fistler, abscesser, smerter eller udfyldning i abdomen selv flere år efter galdekirurgi bør spildte galdesten have i mente, og 3) skånsom behandling af galdeblæren er vigtig for at forebygge de nævnte komplikationer.

Summary

Kirsten Hougård & Magnus Bergenfeldt:

Fistulas on the abdomen 7 years after laparoscopic cholecystectomy

Ugeskr Læger 2008;170(36):1-2

A 64-year old female presented with fistulas on the abdomen 7 years after laparoscopic cholecystectomy. During fistula excision, several gallstones were found. Scrutiny of the medical records revealed that spillage of gallstones had occurred during the cholecystectomy. We conclude that spilled gallstones may cause fistulas or abscesses even several years after cholecystectomy. Preventive measures such as gentle handling of the gallbladder and vigorous efforts to retrieve all lost gallstones seem important.

Korrespondance: *Magnus Bergenfeldt*, Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling D, Herlev Hospital, DK-2730 Herlev. E-mail: maber@herlevhosp.kbhamt.dk

Antaget: 25. januar 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Hillingsø JG, Kristiansen VB. Absces i højre flanke, senkomplikation til laparoskopisk kolecystektomi. Ugeskr Læger 1999;161:4520-1.

2. Horton M, Florence MG. Unusual abscess patterns following dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1998;175:375-9.
3. Schafer M, Suter C, Klaiber C et al. Spilled gallstones after laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 1998;12:305-9.
4. Welch N, Hinder RA, Fitzgibbons RJ et al. Gallstones in the peritoneal cavity. Surg Laparosc Endosc 1991;1:246-7.
5. Brochmann JG, Kocher T, Senninger NJ et al. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc 2002;16:1226-32.