

Laparoskopik xolesistektomiyadan sonrakı paraumblikal troakar yerində boğulmuş Rixter yırtığı təsadüfi

Sarıyeva K.H.*

***e-mail: mirvari_86@mail.ru**

Azərbaycan Tibb Universiteti, 2-ci cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Təqdim edilmiş klinik müşahidə öddəşi xəstəliyinin cərrahi müalicəsində geniş tətbiq olunan minimal invaziv üsul – laparoskopik xolesistektomiyanın əməliyyatdan sonra rast gəlinən fəsadlardan olan troakar yeri yırtıqlarının profilaktikası, diaqnostikası və müalicəsi baxımından praktik əhəmiyyət kəsb edir. Troakar yeri yırtıqlarının yaranmasında bir sıra amillərlə yanaşı, alətlərin qarın boşluğuna salındığı yaranın böyük ölçüdə olması, əməliyyatın yekununda aponevroz dəliklərinin açıq saxlanması və ya kip tikilməməsi də mühüm rol oynayır. Kompüter tomoqrafiyası troakar yeri yırtıqlarının diaqnostikasına həlledici müayinə üsulu kimi qiymətləndirilir.

Açar sözlər: laparoskopik xolesistektomiya, Rixter yırtığı, hernioplastika.

Keçən əsrin sonlarından təklif olunmuş laparoskopik xolesistektomiya effektiv əməliyyat üsulu kimi tezliklə yayılaraq xolesistolitiyazın müalicəsində seçim müdaxilə üsuluna çevrildi.

Lakin, bütün üstünlükləri ilə yanaşı bu əməliyyatla bağlı bir sıra səciyyəvi fəsadlar da yarandı ki, laparoskopiyadan sonrakı troakar yeri yırtıqları belə arzuolunmaz fəsadlardandır.

Laparoskopiya əməliyyatdan sonra troakarların qarın boşluğuna salındığı nöqtələrdə yaranmış yırtıqlar əbiyyatda müxtəlif adlarla ifadə olunsada, əksər məqalələrdə bu fəsad “troakar yeri yırtıqları” adlandırılır.

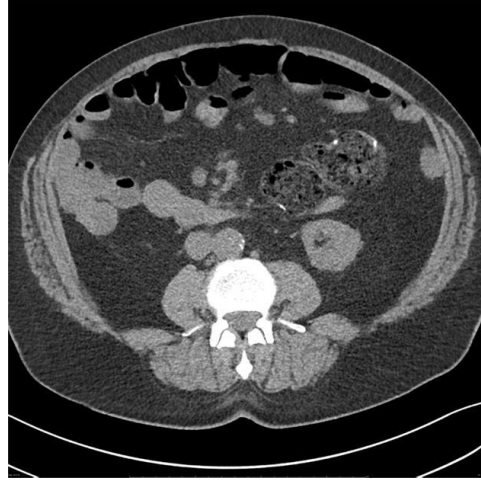
Laparoskopiyadan sonrakı troakar yeri yırtıqların rastgəlmə tezliyi 0,14%-lə 20% arasında tərəddüd edir [1].

Əksər hallarda belə yırtıqlar praumblikl sahədə 10 mm-lik troakar yerində yaranır. Laparoskopiyadan sonrakı yırtıqların əməmləgəlmə səbəblərini morbid piylənmə, qarın divarının zəifliyi, qarındaxili təzyiqin artması (qəbzlik, meteorizm, öskürək) troakar dəliyinin açıq saxlanması, yaranın irinləməsi və digər amillərlə əlaqələndirirlər [2, 3]. Ədəbiyyatda troakar yerinin boğulmuş yırtıqları haqqında məlumatlar azdır [4].

Təcrübəmizdə rastlaşdığımız troakar yerində boğulmuş Rixter yırtığı hadisəsini təqdim edirik.

Xəstə Z, 79 yaşında 26.05.2018-ci il tarixində klinikaya “Kəskin daşlı xolesistit” diaqnozu ilə qəbul olunmuşdur. Xəstənin söylədiyinə görə səkkiz gün əvvəl qarının epiqstral və sağ qabırğaaltı nahiyələrində şiddətli ağrılar baş vermiş bununla yanaşı ürəkbulanma, qusma, hərarətin 38°C -yə qədər qalxması müşahidə olunmuşdur. Ambulator şəraitdə ultrasəs müayinəsindən keçmiş, öd kisəsində daş aşkarlanmışdır. Daxil olarkən xəstənin ümumi vəziyyəti kafidir. Rəngi avazımış, nəbzi 88, AT – 160/90 mm c. süt, qanda leykositoz – $14,68 \cdot 10^9/1$, Ers – 3 mm/saat, ümumi bilirubin 0,7 mq/dl, ALT – 16,3 U/L, AST – 20,8 U/L, ALP – 105 U/L, protrombin indeksi – 102%, HbsAg – neqativ, AntiHCV – neqativ. Təkrar aparılmış ultrasəs müayinəsinin nəticəsi “Steatohepatoz, kəskin daşlı xolesistit”. Qısamüddətli əməliyyatönü hazırlıqdan sonra, 26.05.2018-ci il tarixində, intubasion narkoz altında, təcili əməliyyat – laparoskopik xolesistektomiya icra edildi. Əməliyyat zamanı böyümüş, bərk konsistensiyalı, səthi xırda düyünlü, nahamar olan qaraciyər aşkarlandı (qaraciyər sirrozu). Öd kisəsi bir qədər böyümüş divarı qalınlaşmış, ətrafında azacıq seroz maye var (kəskin daşlı xolesistit). Əməliyyat çətin, lakin fəsadsız keçdi. Öd kisəsi böyük olduğundan, para-umblikal, 10 mm-lik trokar yerində, aponevroz dəliyi təxminən 2-3 sm kranial istiqamətdə genəldilməklə xaric edildi. Aponevroz yarığı 3 ədəd ikiqat polipropilen sapla tikildi. Əməliyyatdan sonrakı dövrü xəstə rahat keçirdi. Qarın boşluğuna qoyulan drenaj boru əməliyyatın ertəsi günü xaric edildi və 28.05.2018-ci il tarixində xəstə kafi vəziyyətdə evə yazıldı. Əməliyyatdan 7 gün sonra xəstə qarındakı tutmaşəkili ağrılar, köpmə, ürəkbulanma şikayətləri ilə yenidən klinikaya müraciət etdi. Daxil olarkən xəstənin ümumi vəziyyəti orta ağırlıqdadır. Dili qurutəhər, ərplidir. Qarını bir qədər köpmüş, elastiki gərgindir. Troakar yerlərindəki yaralarda patoloji dəyişiklik qeyd edilmir. Paraumblikal yaradaki, sarğı azacıq seroz ifrazatla bulanmışdır. Perkussiyada timpanit qeyd edilir. Qarın boşluğunun rentgenoloji müayinəsində bağırsağ keçməzliyi əlamətləri – Kloyber kasacıqları, nazik bağırsağ ilgəklərinin pnevmatizasiyası aşkarlandı.

Bağıracaq keçməzliyinin səbəbini araşdırmaq məqsədilə xəstəyə qarın boşluğunun kontrastlı kompüter tomoqrafiyası icra edildi. Bu müayinədə paraumbliikal troakar yarası yerində nazik bağıracaq ilgəyinin bir divarının aponevroz qatındakı defektdən dəri altına çıxması və Rixter yırtığı şəklində boğulması qeyd edildi (şək. 1 və 2).



Şək. 1. Qarın boşluğunun kontrastlı kompüter tomoqrafiyası: bağıracaq keçməzliyi əlamətləri – nazik bağıracaq ilgəklərinin pnevmatizasiyası.



Şək. 2. Qarın boşluğunun kontrastlı kompüter tomoqrafiyası: bağıracaq keçməzliyi əlamətləri – nazik bağıracaq ilgəyinin bir divarının aponevroz qatındakı defektdən dəri altına çıxması və Rixter yırtığı şəklində boğulması.

Bu diaqnozla xəstə 05.06.2018-ci il tarixində təcili əməliyyata götürüldü. İntubasion narkoz altında göbəküstü nahiyədəki dəri yarasının tikişləri söküldükdə yaraya az miqdarda iysiz seroz maye axını qeyd edildi. Yaranın dibində tünd çəhrayı rəngli nazik bağırsağ ilgəyi aşkarlandı. Bəlli oldu ki, bağırsağ ilgəyinin divarı aponevroz qatına qoyulmuş iki tikiş arasındakı, diametri təxminən 1,5 sm olan dəlikdən, bayıra çıxıb və boğulub. Bu dəlikdən yuxarı və aşağı yerləşən iki polipropilen tikişlər kəsilib götürülməklə yara bir qədər genişləndirildi (şək. 3).



Şək. 3. Nazik bağırsağ ilgəyinin boğulmuş divarı.

Boğulmuş bağırsağ ilgəyinin rənginin bərpa olunması, onun səthində xarakter parıltılıının saxlanması, peristaltika hərəkətlərinin olduğunu nəzərə alaraq, aponevroz yarasını bir qədər genişləndirməklə, bağırsağ qarın boşluğuna salındı. Aponevroz yarasının bir qədər genişləndirildiyini, onun kənarlarının qoyulmuş tikişlərlə zədələndiyini, bu təbəqənin nazik olduğunu nəzərə alaraq, gələcəkdə yırtığın residivinin profilaktikası məqsədilə herniaalloplastika edilməsi qərara alındı. Yırtıq qapısının 5×6 sm ölçülü polipropilen torla “inline” şəklində plastikası aparıldı. Xəstədə qaraciyər sirrozu olduğunu nəzərə alaraq aponevroz yarasının kənarları torlu təbəqə üzərindən propilen saplarla kip şəkildə tikildi.

Əməliyyatdan sonrakı gediş fəsadsız oldu. Bağırsağ keçməməzliyi əlamətləri çox da qabarıq olmadığından tezliklə ləğv olundu. Əməliyyatdan 2 gün

sonra xəstə evə yazıldı. Bu əməliyyatdan bir il sonra xəstəyə baxış keçirildi. Xəstə şikayətsizdir. Yırtığın residivi qeyd edilmir.

Müzakirə. Keçən əsrin 90-cı illərində klinikaya daxil edilmiş laparoskopik xolesistektomiya tədricən açıq xolesistektomiyanı əvəzləyərək xolesistolitiazın müalicəsində “qızıl standart” a çevrildi. Yeni, minimal invaziv üsul geniş şəkildə istifadə olunduqca, onun da, yırtıqlar kimi, fəsadları yrandı. Ədəbiyyatda “troakar yeri yırtıqları” kimi adlandırılmış bu fəsadın rastgəlmə tezliyinə dair müxtəlif statistik rəqəmlər göstərilərsə, əslində onun real rastgəlmə tezliyi daha çox ola bilər. Belə xəstələrin bir qisminə yırtıqlar simptomuz keçir və ya onlar ilkin cərraha mürciət etmirlər. Troakar yeri yırtıqlarının təxminən 90%-dən çox hallarda 10 mm və daha böyük ölçülü trokar yerində, əsasən də paraumblikal sahədə rast gəlinir [2].

Təqdim olunan klinik müşahidə, fikrimizcə iki məqamla maraqlı görünür. Birincisi, xəstədə əməliyyatdan əvvəlki müayinələrdə aşkarlanmayan qaraciyər sirrozunun mövcudluğu. Xəstənin anamnezində sirrozun etioloji amilləri qeyd edilməyib. O, hepatit virusları daşıyıcısı deyil və alkahol qəbul etmir. Əməliyyatönu iki dəfə aparılmış ultrasəs müayinəsində qaraciyərdəki dəyişikliklər steatohepatoz kimi dəyərləndirilmiş, qaraciyərin biokimyəvi göstəricilərində xüsusi dəyişiklik qeyd edilmişdir. Kriptogen sirroz kimi dəyərləndirilən qaraciyər xəstəliyi pasiyentdə gizli keçmişdir.

İkinci məqam isə yırtığın başvermə səbəbidir. Biz, laparoskopik xolesistektomiya əməliyyatında öd kisəsini, adətən, paraumblikal troakar dəliyindən, lazım olduqda, onu kranial istiqamətdə genişləndirməklə xaric edirik. Yekunda aponevroz yarası kip şəkildə ikiqat polipropilen sapla 6-8 düyünlü tikişlə qapanır.

Təqdim olunan xəstədə bağırsağ divarı aponevroz yarasının iki tikişi arasındakı təxminən 1,5 sm-lik dəlikdən xaricə çıxaraq boğulmuşdur. Görünür, birinci əməliyyatda aponevroz qatına qoyulmuş tikişlərdən biri açılmış və ya tikişlər aralı qoyulmuşdur.

Xəstədən sorğu apardıqda aydın oldu, ki, birinci əməliyyatdan sonrakı ilk günlərdə, onda kəskin öskürək tutmaları olmuş, meteorizm qeyd edilmişdir. Ola bilsin ki, bu iki amil qarın daxili təzyiqi artıraraq yırtığın yaranmasına səbəb olmuşdur.

Onu da qeyd edək ki, ədəbiyyatda, xüsusən keçmiş dövrlərin mənbələrində, rast gəldiyimiz klinik müşahidə yırtıq kimi yox, eventerasiya kimi dəyərləndirilir. Laparoskopik cərrahiyyə əməliyyatla bağlı yırtıqlarla həsr olunmuş ədəbiyyat mənbələrinin yalnız birində də fəsadın klassifikasiyasına rast gəldik [5]. Bu növ yırtıqların təsnifatında troakar yeri yırtıqlarının 3 növü ayırd edilir. Birinci növ erkən yırtıqlar periton qatı və aponevroz təbəqələrinin defektindən yaranır (bizim müşahidəmizki kimi).

İkinci növ – gec dövrdə yaranan yırtıqlar. Bunlar birinci müdaxilədən bir neçə ayla bir neçə il arasında törənir və klassik yırtıq şəklində olur.

Üçüncü növ yırtıqlar zamanı troakar yerində qarın divarının bütün qatları açılır və qarın boşluğu üzvləri (bağırsağ, böyük piylik) xaricə çıxır.

Əlbəttə ki bu klassifikasiya mübahisəli cəhətlərdən kənar deyildir. Lakin, o troakar dəliyi yırtıqlarının diaqnozunun qoyuluşunda istifadə oluna bilər.

Troakar yerinin Rixter yırtıqları əksər hallarda erkən yırtıqlar şəklində olur. Kompüter tamaqrafiyasından istifadə etməklə bu növ yırtıqların dəqiq diaqnozunu qoyub, geniş laparotomiya aparmadan troakar yerindəki kiçik kəsiklə onu ləğv etmək olar. Bizim təqdim etdiyimiz klinik müşahidə buna bir misaldır.

Laparoskopiya əməliyyatdan sonrakı troakar yeri yırtıqlarının yaranmasının bir neçə risk amili ayırd edilmişdir [5]. Bura troakarların konstruksiyasından tutmuş əməliyyat texnikası və pasiyentin özü ilə bağlı səbəblər aid edilir.

Lakin ümumi fikir belədir ki, 10 mm-lik və bundan böyük defektlər səhih şəkildə, sorulmayan sapla kip tikilməli, aponevroz defekti çox böyük, fasial təbəqənin özü nazik olarsa onda preventiv alloplastika üsulundan istifadə edilməlidir.

ƏDƏBİYYAT – ЛІТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Chatzimavroudis G., Parazoiis B., Galanis I. et al. Trocar Site hernia following laparoscopic cholecystectomy: a 10-year Single center experience // *Hernia*, 2017, vol. 21, p 925-932
2. Buntiq D.M. Port-Site Hernia following laparoscopic cholecystectomy // *JLS*, 2010, 14(4): 490-497
3. Boldo E., Perez de Lucia G., Aracil J.P et al. Trocar Site hernia after laparoscopic hernia repair // *Surg Endosc.* 2007;21(5):798 – 800
4. Капиштарь А.В. “Ущемленная грыжа Рихтера параумбликального троакарного доступа после видеолaparоскопической холецистэктомии // *Ukrainan Journal of surgery* 2012 3(18) Pp. 41-43.
5. Tonouchi H., Ohmori Y., Kobayashi M., Kusunoki M. Trocar site hernia // *Arch. Surg.* 2004;139 (11):1248–1256.

SUMMARY

Strangulated Richter’s hernia on the spot paraumbilical trocar after laparoscopic cholecystectomy

Sariyeva K.H

Azerbaijan Medical University, Department of surgical diseases 2, Baku, Azerbaijan

This clinical observation is interesting and has practical significance in prevention, diagnosis and treatment of hernias at the site of trocar holes, after laparoscopic cholecystectomy. In the formation of hernias at the site of trocar holes, along with other factors, the most important role is played by the size of the holes and not tight or not suturing the aponeurosis. Computed tomography plays a crucial role in the diagnosis of trocar hole hernias.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, strangulated Richter’s hernia, hernioplasty.

РЕЗЮМЕ

Ущемленная грыжа Рихтера на месте параумбликального троакара после лапароскопической холецистэктомии

Сарыева К.Г.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра хирургических болезней 2, Баку, Азербайджан

Данное клиническое наблюдение имеет практическое значение в постановке диагноза, в профилактике и лечении грыж на месте троакарных отверстий, после лапароскопической холецистэктомии. В образовании грыж на месте троакарных отверстий, наряду с другими факторами большую роль играют размеры троакарных отверстий, не плотное зашивание

апоневроза. Компьютерная томография играет решающую роль в диагностике грыж на месте троакарных отверстий.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, грыжа Рихтера, герниопластика.

Redaksiyaya daxil olub: 23.01.2020

Çapa tövsiyə olunub: 17.02.2020

Rəyçi: prof. S.A.Əliyev