

13. *Bonino F, Brunetto MR, Negro F i sur.* Hepatitis C virus infection and disease: Diagnostic problems. *J Hepatol* 1993;17(Suppl 3):78–82.
14. *Czaja AJ.* Chronic hepatitis C virus infection – a disease in waiting? *N Engl J Med* 1992;327:1949–50.
15. *Alter MJ.* Community acquired viral hepatitis B and C in United States. *Gut* 1993;94(Suppl 2):17–9.
16. *Lefkowitz JH, Schiff ER, Davis GL i sur.* Pathological diagnosis of chronic hepatitis C: a multicenter comparative study with hepatitis B. *Gastroenterology*, 1993;104:595–603.
17. *Scherlock S.* Viral hepatitis C. *Curr. Opin. Gastroenterol.*1993;9:341–48.
18. *Bonino F, Colorado M, Bellati G i sur.* Problems in diagnosing viral hepatitis. *Gut* 1993;34(Suppl 2):36–8.
19. *Palmović D, Košutić Z.* Akutni non-A, non-B hepatitis na području Zagreba – Rezultati obrade 67 bolesnika. *Liječ Vjesn* 1985;107:327–32.
20. *Kajiwara E, Akagi K, Tsuji H, Murai K i sur.* Low activity of GGT in serum of acute intrahepatic cholestasis. *Enzyme*, 1991;45:39–46.
21. *Alter HJ, Jett BW, Polito AJ i sur.* Analysis of the role of hepatitis C virus in transfusion-associated hepatitis. U: Hollinger FB, Lemon SM, Margolis HS, ur. *Viral Hepatitis and Liver Disease*, Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1991, 396–402.
22. *Lau JY, Davis GL, Kniffen J i sur.* Significance of serum hepatitis C virus RNA levels in chronic hepatitis C. *Lancet* 1993;341:464–5.
23. *Hagiwara H, Hayashi N, Mita E i sur.* Quantitative analysis of hepatitis C virus RNA in serum during interferon alpha therapy. *Gastroenterology* 1993;104:877–83.
24. *Brechot C.* PCR for the diagnosis of viral hepatitis B and C. *Gut* 1993;34(Suppl 2):39–44.
25. *Trepo C, Zouhin F, Alonso C, Petit M, Pichaud C i sur.* Diagnostic markers of viral hepatitis B and C. *Gut*, 1993;34(Suppl 2):20–5.
26. *Hadziyannis SJ, Giannoulis G, Hadziyannis E i sur.* Hepatitis C virus infection in Greece and its role in chronic liver disease and hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 1993;17(Suppl 3):72–7.
27. *Gerber MA.* Relation of hepatitis C virus to hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 1993;17(Suppl 3):108–11.
28. *Poynard T, Bedossa P, Opolon P.* Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. *Lancet* 1997;349:825–32.
29. *Poynard T, McHutchison J, Davis GL i sur.* Impact of interferon alfa-2b and ribavirin on progression of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology*. 2000;32:1131–7.
30. *Deinsoff JL, Isselbacher KJ.* Chronic hepatitis U: Fauci AS i sur., ur. *Harrison's principles of internal medicine*. New York:McGraw-Hill; 1998, str. 1696–1704.
31. *Coppola R, Rizzeto M, Bradley DW.* Hepatitis C. U: Crivelli O, ur. *Viral hepatitis handbook*. Salhegin Italy: Sorin Biomedica Diagnostics; 1996, str.105–11.
32. *Deinsoff JL, Isselbacher KJ.* Chronic Hepatitis. U: Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, ur. *Harrison's principles of internal medicine* 15th ed. New York:McGraw-Hill Professional; 2001, str. 1478–83.

LAPAROSKOPSKO ZBRINJAVANJE KOLECISTODUODENALNE FISTULE – PRIKAZ SLUČAJA

LAPAROSCOPIC REPAIR OF A CHOLECYSTODUODENAL FISTULA – A CASE REPORT

ŽELJKO BUŠIĆ, DRAŽEN SERVIS, IGOR STIPANČIĆ, VLATKA BUŠIĆ*

Deskriptori: Crijevna fistula – kirurgija; Duodenalne bolesti – kirurgija; Bilijarna fistula – kirurgija; Laparoskopjska kolecistektomija

Sažetak. Iako se kolecistoduodenalna fistula tradicionalno smatra kontraindikacijom za laparoskopjsku kolecistektomiju, u literaturi se mogu naći prikazi njezina uspješnog laparoskopjskog zbrinjavanja, bez obzira na to da li je ustanovljena preoperativno ili intraoperativno. Ovdje prikazujemo slučaj preoperativno ustanovljene i potvrđene kolecistoduodenalne fistule koja je uspješno riješena elektivnim laparoskopjskim zahvatom, s pomoću staplera Endo-GIA 35. Time se i mi pridružujemo sve većem broju kirurga s mišljenjem da kolecistoduodenalna fistula, pogotovo ako je ustanovljena preoperativno, nije kontraindikacija za laparoskopjsku kolecistektomiju.

Descriptors: Intestinal fistula – surgery; Duodenal diseases – surgery; Biliary fistula – surgery; Cholecystectomy, laparoscopic

Summary. Although cholecystoduodenal fistula is traditionally considered a contraindication for laparoscopic cholecystectomy, literature search reveals reports of cholecystoduodenal fistulae successfully repaired laparoscopically, regardless whether cholecystoduodenal fistula was diagnosed before or during operation. Here we present a case of preoperatively diagnosed and confirmed cholecystoduodenal fistula that was successfully repaired during elective laparoscopic cholecystectomy using an Endo-GIA 35 stapling device. Thus we side with the growing number of surgeons who do not consider cholecystoduodenal fistula to be a contraindication for laparoscopic cholecystectomy.

Liječ Vjesn 2004;126:304–306

Kolecistoduodenalna fistula (CDF) rijetka je komplikacija kolecistitijaze. Njezina učestalost u novijim prikazima u literaturi varira od 0,2 do 1,3%.^{1–3} Osim s kolecistitijazom, CDF je povezana i s duodenalnom ulkusnom bolesti.^{4,5} Ne postoje specifični simptomi koji bi upućivali na CDF, nego se ona često ustanovi tek prilikom operacije.² Nalazi koji mogu upućivati na CDF jesu pneumobilija i malen, fibroziran žučni mjehur koji atherira na okolne organe. Pretraga izbora pri sumnji na CDF je endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija.⁶

Nakon uvođenja laparoskopjske kolecistektomije kao metode zbrinjavanja kolecistitijaze CDF je bila jedna od kontraindikacija za pokušaj laparoskopjske kolecistektomije.⁷ S vremenom

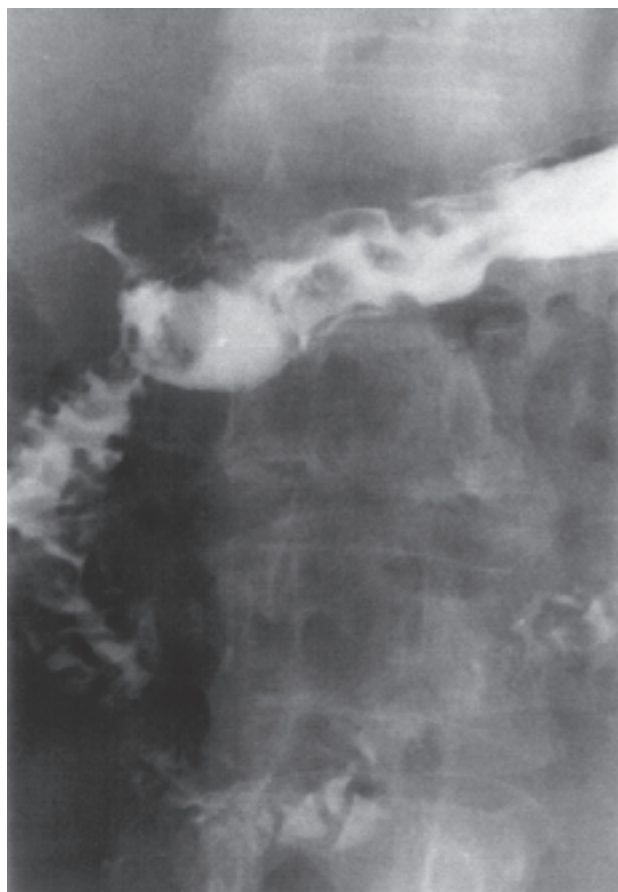
su se u literaturi počeli javljati prikazi uspješnog zbrinjavanja CDF laparoskopjskim putem.^{8–12} U zadnje vrijeme i rezultati multicentričnih studija^{1,3} pokazuju da se CDF može riješiti laparoskopjskim zahvatom. Mi ovdje prikazujemo slučaj bolesnice s preoperativno potvrđenom CDF koja je bez komplikacija zbrinuta laparoskopjskim putem.

* **Klinička bolnica Dubrava, Odjel za abdominalnu kirurgiju II.** (doc. dr. sc. Željko Bušić, dr. med.; mr. sc. Dražen Servis, dr. med.; doc. dr. sc. Igor Stipančić, dr. med.; Vlatka Bušić, studentica medicine)

Adresa za dopisivanje: Dr. Ž. Bušić, Klinička bolnica Dubrava, Odjel za abdominalnu kirurgiju II., Avenija Gojka Šuška 6, 10000 Zagreb
Primljeno 12. prosinca 2003., prihvaćeno 29. srpnja 2004.

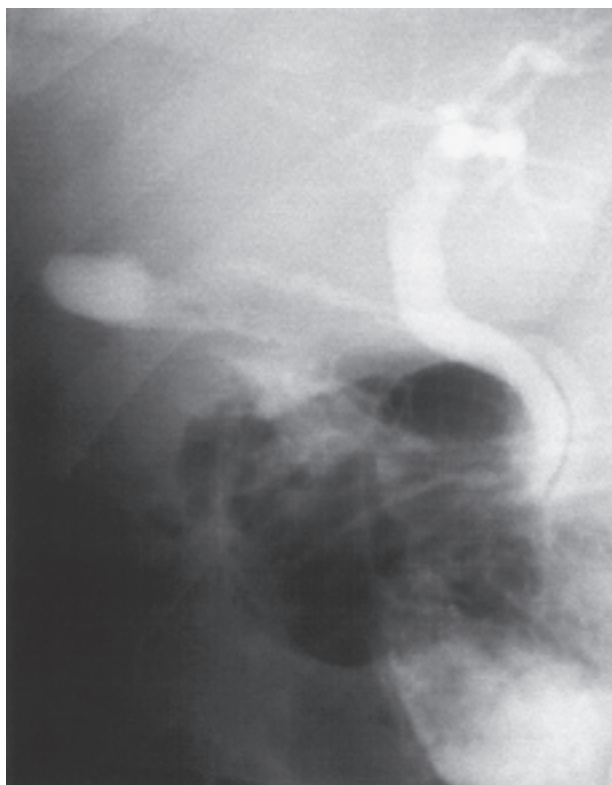
Prikaz slučaja

Bolesnica stara 64 godine došla je u hitnu službu KB Dubrava zbog meteorizma i osjećaja pritiska u gornjem dijelu abdomena, praćenih mučninom, koji su trajali oko mjesec dana. U tom periodu nije povraćala, svakodnevno je imala urednu stolicu. Nije bila febrilna niti je imala zimice ili tresavice. Bolesnici je 9 godina ranije ustanovljena kolelitijaza. Prilikom fizikalnog pregleda abdomen je bio iznad razine prsnog koša, distendiran, na palpaciju mekan i bezbolan, uz urednu peristaltiku. Učinjena je laboratorijska obrada koja nije bila specifična. Učinili smo ultrazvučni pregled abdomena, na kojem se zbog izrazitog meteorizma nisu uspjeli prikazati jetra, žučni mjehur, žučni vodovi ni gušterača. Zatim smo učinili CT abdomena, koji je pokazao uredan nalaz jetre, intrahepatalne i ekstrahepatalne žučne vodove bez znakova dilatacije, ali s prisutnim zrakom. Žučni mjehur bio je malen, skvrčen, naslonjen na duodenum, bez znakova litijaze i također s prisutnim zrakom. S obzirom na prisutnost zraka u bilijarnom stablu i ranije ustanovljenu kolelitijazu koja na CT pregledu nije potvrđena, posumnjali smo na fistulu između bilijarnog stabla i probavnog trakta te smo učinili pasažu želuca i duodenuma gastrografinom. Pasažom se potvrdila manja količina zraka u žučnim vodovima te se ustanovio lateralno smješten fistulozni otvor u početnom dijelu silaznog dijela duodenuma (slika 1). Bolesnica je nakon toga smještena u internu kliniku radi daljnje dijagnostičke obrade.



Slika 1. Pasaža želuca i duodenuma gastrografinom gdje se na početnom silaznom dijelu duodenuma prikazao fistulozni kanal koji se proteže prema lateralno i gore

Figure 1. Gastric and duodenal passage with gastrographin. In the initial descending part of the duodenum a fistulous channel is seen, extending laterally and upwards



Slika 2. Detalj endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije. Vidi se kontrastom prikazani d. choledochus i intrahepatični žučni vodovi te d. cysticus i žučni mjehur. Od infundibuluma žučnog mjehura vidi se istjecanje kontrasta prema početnom silaznom dijelu duodenuma

Figure 2. A detail of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Contrast shows d. choledochus and intrahepatic biliary ducts, d. cysticus and gallbladder. The contrast flows out from infundibulum of the gallbladder towards the initial descending part of the duodenum

Obrada je uključila ezofagogastroduodenoskopiju koja je u želucu prikazala edem uz brojne plitke erozije u antralnom dijelu te obilni refluks žuči. Bulbarni i postbulbarni segment duodenuma bili su uredni. Dalje je učinjena endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija, gdje se prikazalo uredno bilijarno stablo, s fistuloznim kanalom između infundibuluma žučnog mjehura i duodenuma, kroz koji je prolazio kontrast (slika 2).

Nakon definitivno dokazane kolecistoduodenalne fistule, bolesnica se premjestila na naš odjel. Nakon preoperativne pripreme, pristupili smo laparoskopskoj operaciji. Nakon uvođenja četiriju troakara na standardnim mjestima za laparoskopsku kolecistektomiju, prikazali smo malen, skvrčen žučni mjehur pokriven velikim omentumom. Prilikom odvajanja omentuma od žučnog mjehura prikazali smo fistulu između infundibuluma žučnog mjehura i duodenuma. Omentum smo do kraja odvojili od žučnog mjehura, a fistulu ispreparirali u cijelosti. Zatim su se ispreparirali i ductus cysticus i arteria cystica. Tek tada smo fistulu presjekli endo-GIA 35 staplerom, i to na njezinu duodenalnom kraju, tako da smo staplerom zahvatili i dio stijenke duodenuma. Na taj je način fistulozni otvor s okolnom stijenkom odvojen od duodenuma.

Zatim su se presjekli i ductus cysticus i arteria cystica, nakon postavljanja metalnih kopča. Žučni mjehur smo odvojili od njegove lože i izvadili kroz umbilikalno smješten troakar. Provjerili smo hemostazu i nakon ispiranja trbušnog prostora kroz jedan od troakara postavili dren. U žučnom mjehuru nismo našli kamence, koji su najvjerojatnije prešli u duodenum kroz

pronađeni fistulozni otvor, širok oko 15 mm. Izvađeni žučni mjehur i fistulozni kanal poslali smo na patohistološku obradu.

Rani postoperativni tijek je protekao uredno. Dren smo odstranili 3. postoperativnog dana. Bolesnica je 6. postoperativnog dana otpuštena kući. Patohistološki nalaz potvrdio je kolecistoduodenalnu fistulu, uz promjene u žučnom mjehuru koje su odgovarale kroničnom kolecistitisu.

Od operacije je prošlo 18 mjeseci, a bolesnica je na kasnijim redovitim kontrolama bila bez tegoba.

Rasprava

Usprkos tomu što je prilikom razvitka metode laparoskopске kolecistektomije postojanje CDF označeno kao jedna od kontraindikacija za laparoskopsku kolecistektomiju, u literaturi se ubrzo javljaju prikazi pojedinačnih slučajeva gdje je CDF zbrinuta laparoskopskim putem. Tako već 1991. godine Velez objavljuje prikaz laparoskopskog rješavanja CDF.⁸ Tri godine kasnije Sharma objavljuje seriju od pet slučajeva fistula, koje su se pokušale riješiti laparoskopski, od kojih su samo dva bila uspješna.⁹ Kako se s vremenom tehnika laparoskopskih zahvata sve više razvijala, kasniji prikazi laparoskopskog zbrinjavanja CDF više nisu spominjali potrebu za konverzijom, tako je Chikamori prikazao slučaj gdje je CDF preoperativno dokazana i uspješno laparoskopski zbrinuta.¹² I intraoperativno otkrivena CDF počinje se uspješno rješavati laparoskopski, tako Carlei prikazuje pet,¹⁰ a Crouch¹¹ dva slučaja uspješno zbrinute intraoperativno ustanovljene CDF. I na kraju, objavljenе studije s većim brojem zbrinutih CDF^{1,3} također pokazuju da je laparoskopsko zbrinjavanje CDF suvereno, iako još uvijek opterećeno velikim postotkom konverzija. Preporučeni način zbrinjavanja CDF je upravo uz pomoć staplera, kao i u našem slučaju. Nakon uspješnog laparoskopskog zbrinjavanja

preoperativno dokazane CDF i mi se pridružujemo stajalištu da se CDF, osobito ako je preoperativno dokazana, više ne može smatrati kontraindikacijom za laparoskopsku kolecistektomiju.

LITERATURA

1. *Angrisani L, Corcione F, Tartaglia A i sur.* Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2001;15:1038–41.
2. *Dorrance HR, Lingam MK, Hair A, Oien K, O'Dwyer PJ.* Acquired abnormalities of the biliary tract from chronic gallstone disease. *J Am Coll Surg* 1999;189:269–73.
3. *Moreno Ruis FJ, del Rey Moreno A, Suescun Garcia RM i sur.* Treatment of cholecystoduodenal fistula in the era of laparoscopy. *Rev Esp Enferm Dig* 2001;93:715–20.
4. *Page JE, Dow J, Dundas DD.* Ulcerogenic choledochoduodenal fistula. *Clin Radiol* 1989;40:58–60.
5. *Topal U, Savci G, Sadikoglu MY, Tuncel E.* Choledochoduodenal fistula secondary to duodenal peptic ulcer. A case report. *Acta Radiol* 1997;38:1007–9.
6. *Yamashita H, Chijiwa K, Ogawa Y, Kuroki S, Tanaka M.* The internal biliary fistula-reappraisal of incidence, type, diagnosis and management of 33 consecutive cases. *HPB Surg* 1997;10:143–7.
7. *Cappuccino H, Cargill S, Nguyen T.* Laparoscopic cholecystectomy: 563 cases at a community teaching hospital and a review of 12,201 cases in the literature. Monmouth Medical Center Laparoscopic Cholecystectomy Group.
8. *Velez M, Mule J, Brandon J, Kannegieter L.* Laparoscopic repair of a cholecystoduodenal fistula. *Surg Endosc* 1991;5:221–3.
9. *Sharma A, Sullivan M, English H, Foley R.* Laparoscopic repair of cholecystoduodenal fistulae. *Surg Laparosc Endosc* 1994;4:433–5.
10. *Carlei F, Lezoche E, Lomanto D i sur.* Cholecystoenteric fistula is not a contraindication for laparoscopic cholecystectomy: report of five cases treated by laparoscopic approach. *Surg Laparosc Endosc* 1997;7:403–6.
11. *Crouch DS, Kuhnke M.* Laparoscopic repair of cholecystoduodenal fistula: report of two cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2000;10:223–6.
12. *Chikamori F, Okumiyama K, Inoue A, Kuniyoshi N.* Laparoscopic cholecystofistulectomy for preoperatively diagnosed cholecystoduodenal fistula. *J Gastroenterol* 2001;36:125–8.

* * *

Vijesti News

Glavni odbor Hrvatskoga liječničkog zbora
Povjerenstvo za odličja i priznanja Hrvatskoga liječničkog zbora

raspisuje

NATJEČAJ

za odličja i priznanja Hrvatskoga liječničkog zbora u 2005. godini

Na temelju Pravilnika o odličjima i priznanjima Hrvatskoga liječničkog zbora, usvojenog 3. travnja 2002. godine, prijedlozi podružnica i stručnih društava Hrvatskoga liječničkog zbora za odličja i priznanja Zbora dostavljaju se Glavnom odboru HLZ-a, Povjerenstvu za odličja i priznanja, najkasnije do 31. listopada 2005. godine, s ispunjenim upitnikom za predlaganje odličja. Kasnije pristigli i nepotpuni prijedlozi neće se uzeti u razmatranje.

Odličja i priznanja bit će usvojena i objavljena na 114. redovitoj Godišnjoj skupštini Hrvatskoga liječničkog zbora 26. veljače 2006. godine.

Upitnici za predlaganje odličja mogu se podići u Tajništvu HLZ-a u Zagrebu.