



**COLECISTITE AGUDA:
Como e quando operar**

Orlando Jorge M. Torres
Professor Livre-Docente
Núcleo de Estudos do Fígado - UFMA

Colecistite aguda

Clínico

Dor aguda e sensibilidade no QSD

Temperatura na admissão > 37,5°C e/ou

Contagem de leucócitos > 10.000

Ultrassonografia

Cálculo em vesícula espessada ou edemaciada

Murphy sonográfico positivo

Coleção fluida peri-colecística

Histopatológico

Confirma colecistite aguda



QUANDO OPERAR

Precoce: na mesma internação
Tardio: esfriar o processo

Quando operar?

	48 hs	7-45 dias	p
Morbidade (%)	11,8%	34,4%	<0,001
Conversão			NS
Mortalidade			NS
Tempo internação(d)	5,4 d	10,0 d	<0,001
Custos (€)	2919	4262	<0,001

Quando operar?

22.202 pacientes

	Em 7 dias	Tardio
Risco de lesão VB (%)	0,28	0,53
Conversão		NS
Risco de Morte (%)	1,36	1,88
Tempo internação(d)	1,9 d a menos	

Quando operar?

A operação precoce tem apresentado resultados favoráveis quando relacionado à morbidade, tempo de internação, mortalidade, risco de lesão de via biliar e custo.

1.Gutt CN, et al. Ann Surg 2013;258:385-91

2.de Mestral C, et al. Ann Surg 2013

Como operar?

Laparoscopia X Laparotomia

Siddiqui T, et al. Am J Surg 2008;195:40-7.

Cushieri A, et al. Am J Surg 1991;161:385-8

Cox MR, et al. Ann Surg 1993;218:630-4

Wang YC et al. Surg Endosc 2006;20:806-8



Risco de conversão

Table 3

Comparison of preoperative clinical & laboratory factors in patients undergoing successful versus failed early laparoscopic cholecystectomy.

	Early laparoscopic cholecystectomy		p-Value
	Successful	Failed	
Mean age (years)	33.5	35.7	0.292
Sex			
Male	1	3	0.022
Female	39	7	
Mean preoperative duration of symptoms (days) ^a	2.7	2.8	0.971
Mean WBC count ($\times 1000/\text{ml}$) ^a	13.55	14.03	0.422
Mean serum alkaline phosphatase (kA/ml) ^a	8.8	10	0.113
Mean serum amylase (IU/ml) ^a	96.97	118.5	0.086
Mean serum CRP (mg/dl) ^a	2.38	5.04	0.002

Bold values signify statistically significant values.

^a At the time of admission.

Como operar?

Aspectos técnicos:

- Visão crítica de segurança
- Checklist

Strasberg SM, et al. HPB 2011;13:1-14.

Connor SJ, et al. HPB 2013

Laparoscopic Cholecystectomy Checklist

to accompany the WHO Surgical Safety Checklist

PRE-INCISION

After WHO Surgical Safety Checklist

Surgeon to:

- Review liver function tests
- Review radiological imaging
- Confirm whether gallbladder is likely to be contracted

PRE-DISSECTION

Surgeon to confirm with assistant:

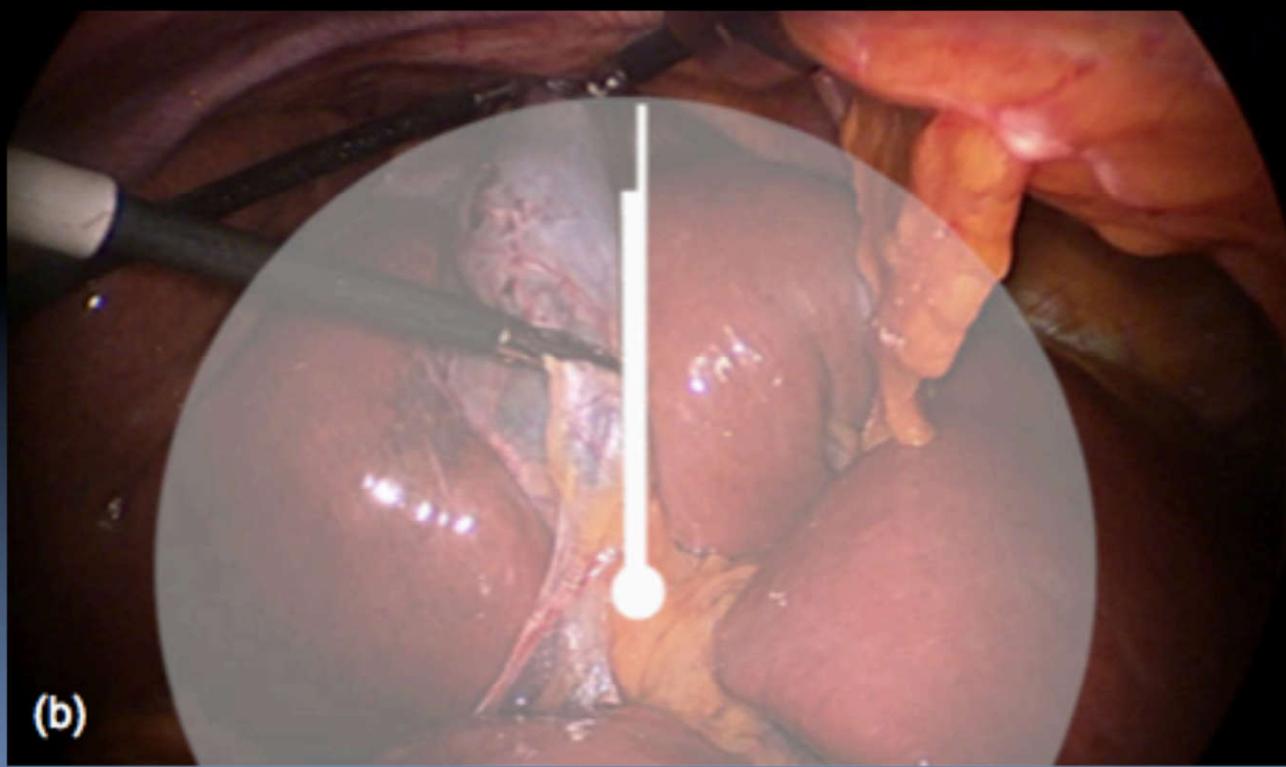
- Fundus retracted to 10 o'clock
- Hartmann's pouch lifted up and across to origin of segment IV pedicle
- Line between Rouviere's sulcus and base of segment IV identified
- Safe level of dissection identified
- Posterior leaf of peritoneum covering hepatobiliary triangle can be released

Colecistectomia segura

1. Utilize ótica de 30°
2. Assistente experiente

Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).
4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.
5. Liberar o folheto posterior do peritôneo que cobre o triângulo hepatobiliar.
6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.





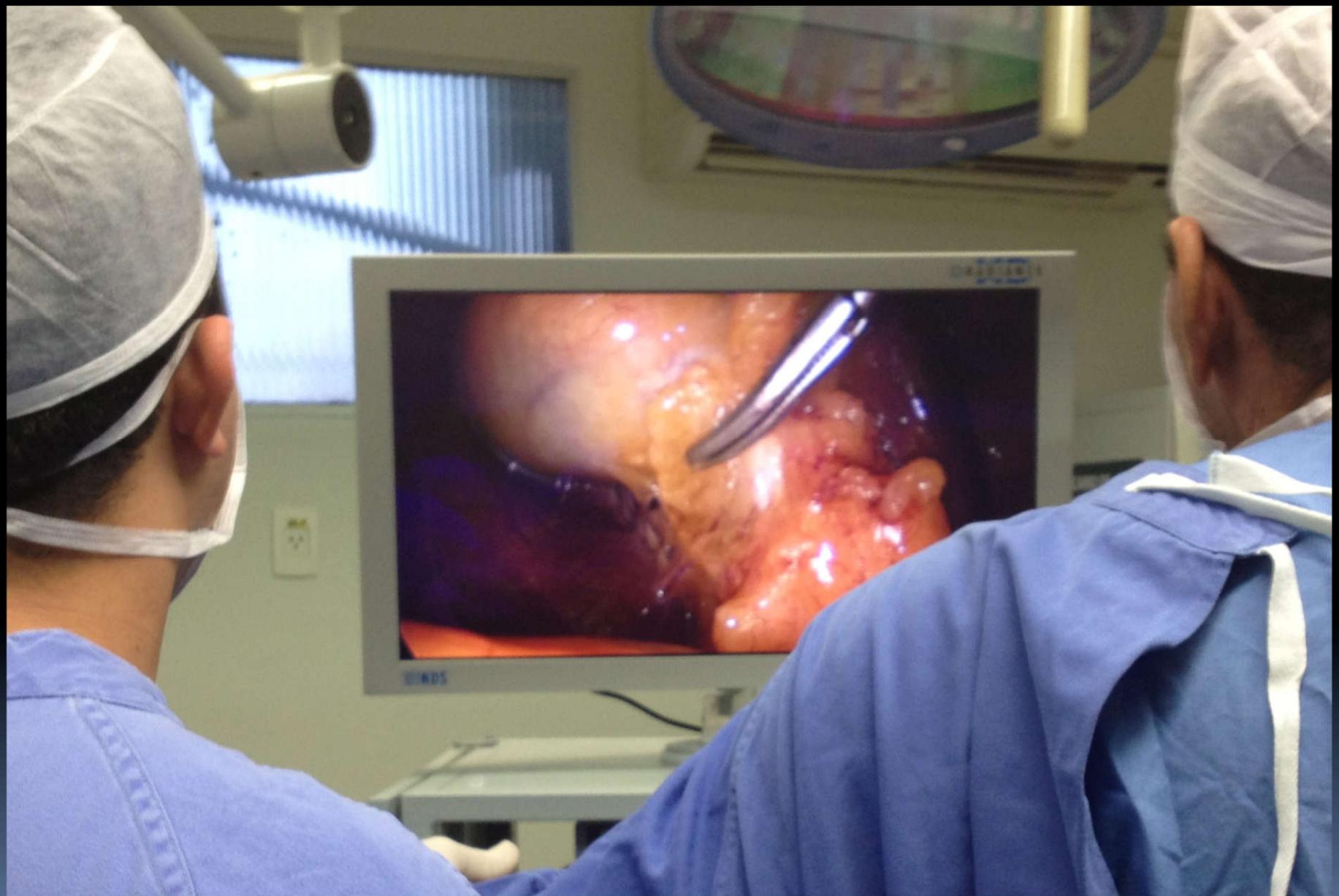
Apresentação da Colecistite Aguda caso - 01

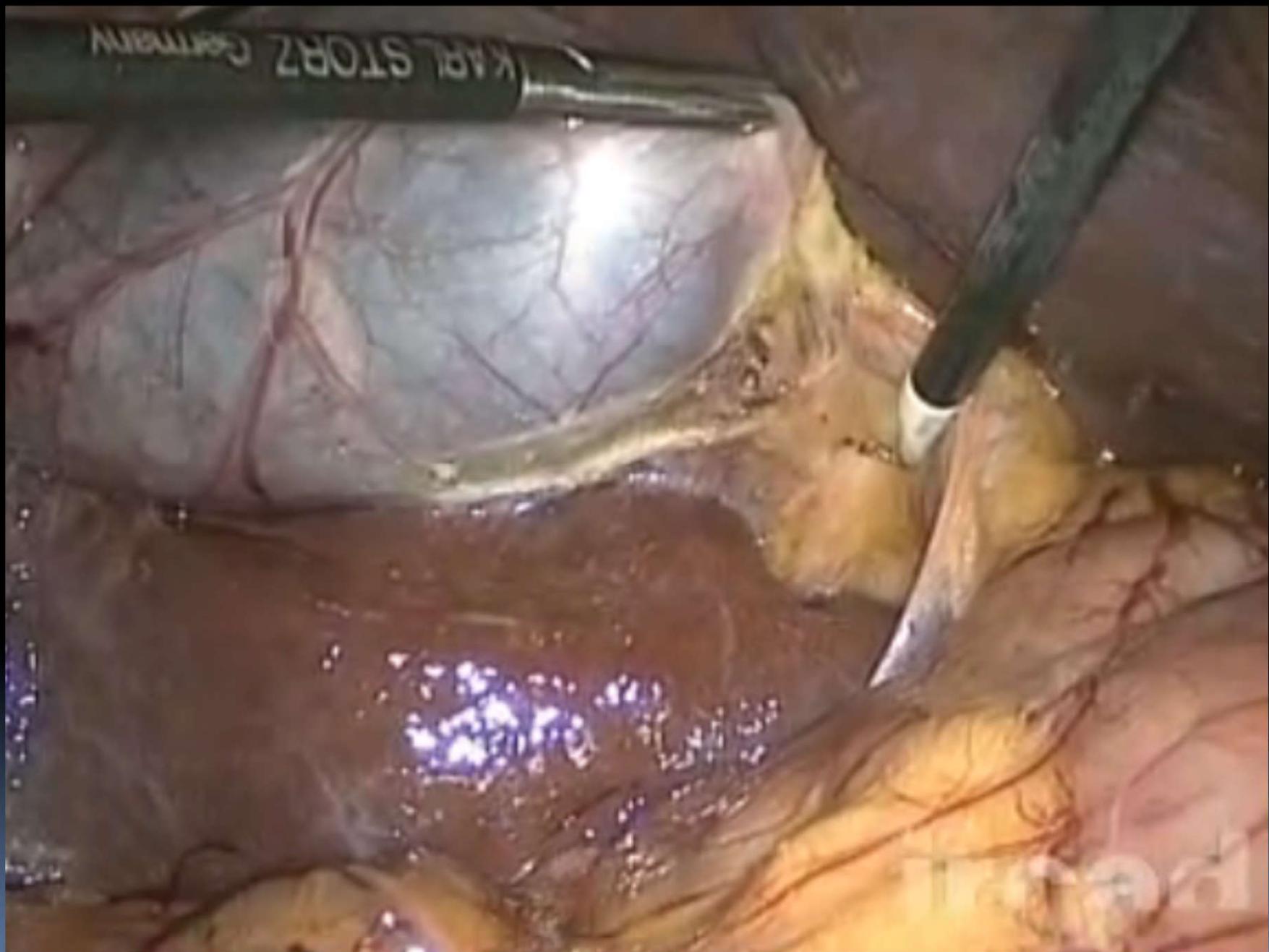
Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).
4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.
5. Liberar o folheto posterior do peritôneo que cobre o triângulo hepatobiliar.
6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.

Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).
4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.
5. Liberar o folheto posterior do peritôneo que cobre o triângulo hepatobiliar.
6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.



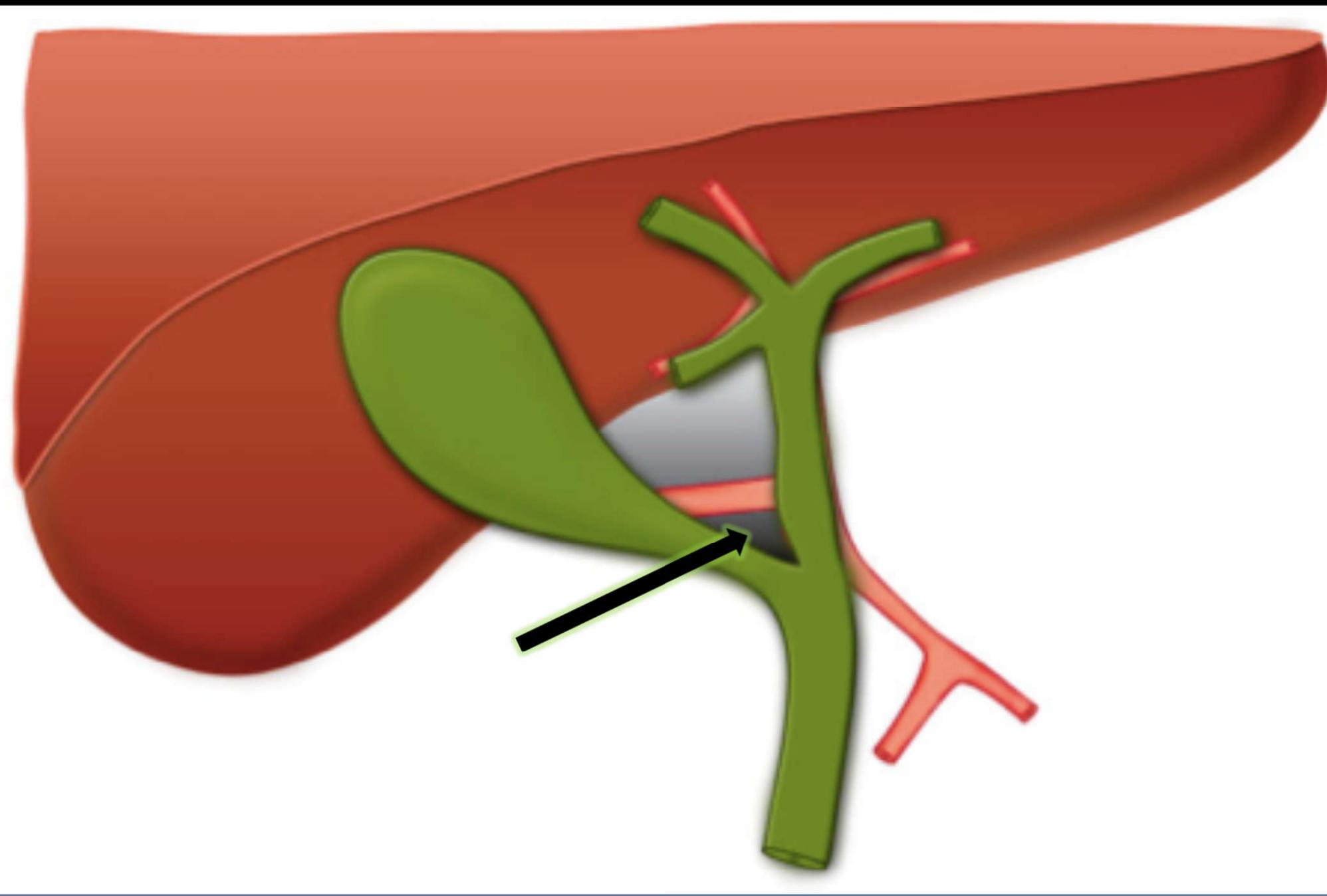




abordagem do pediculo - caso 05

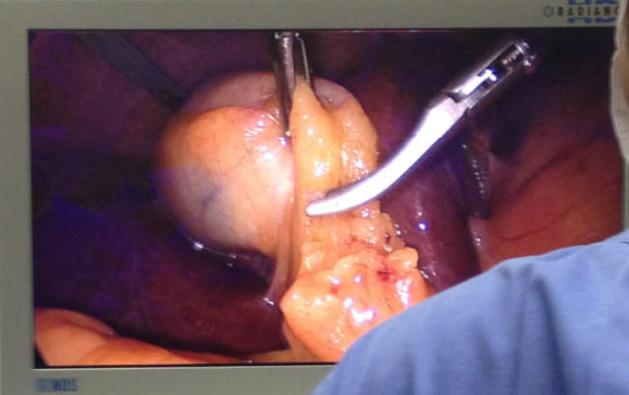
Colecistectomia segura

3. Promova retração lateral do fundo da vesícula (posição de 10 horas).
4. Dissecção lateral ao linfonodo cístico.
5. Liberar o folheto posterior do peritôneo que cobre o triângulo hepatobiliar.
6. Dissecção na borda da vesícula na janela entre a artéria cística e o ducto cístico.



Colecistectomia segura

7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.





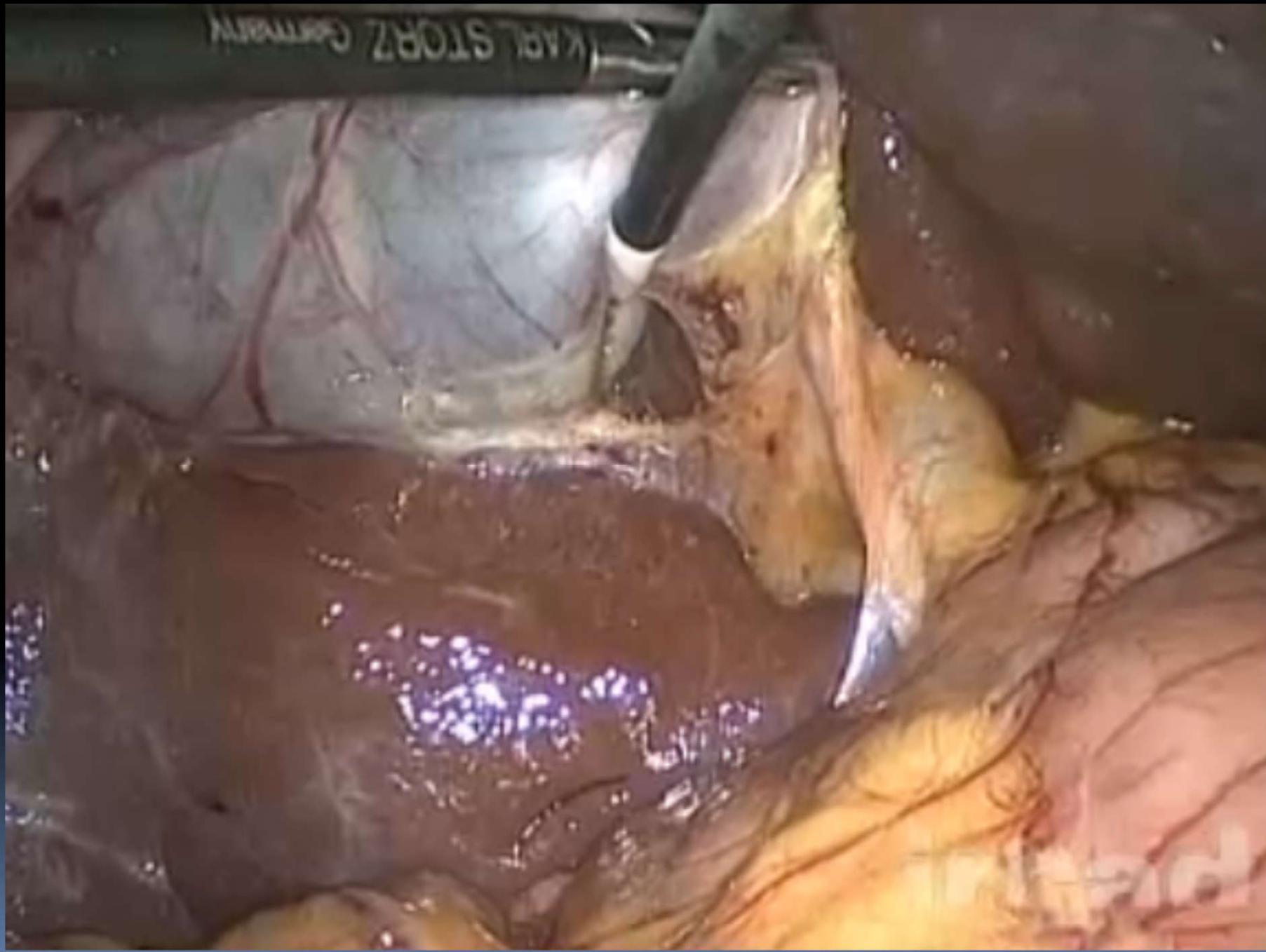
NDS

Colecistectomia segura

7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.

Colecistectomia segura

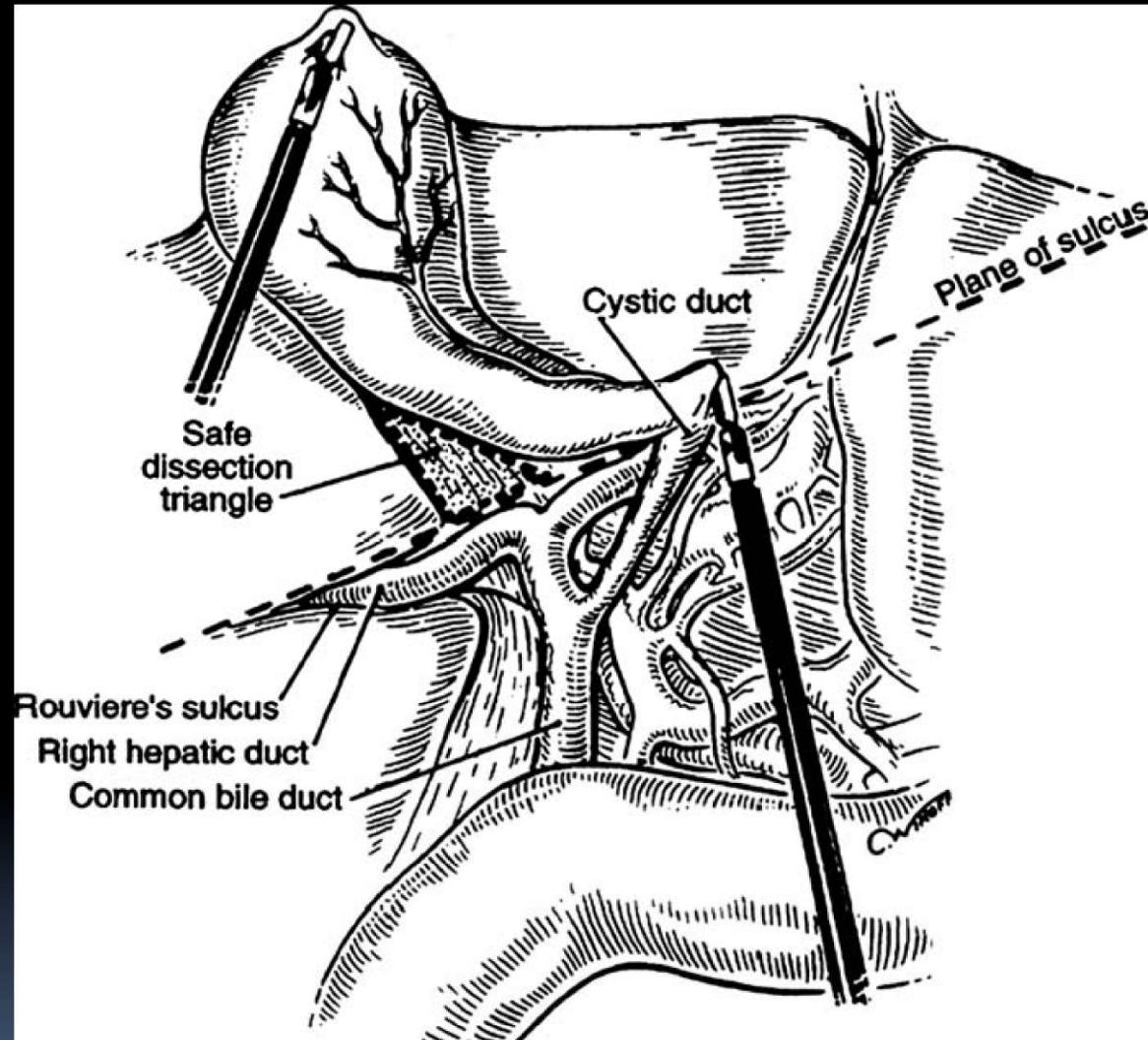
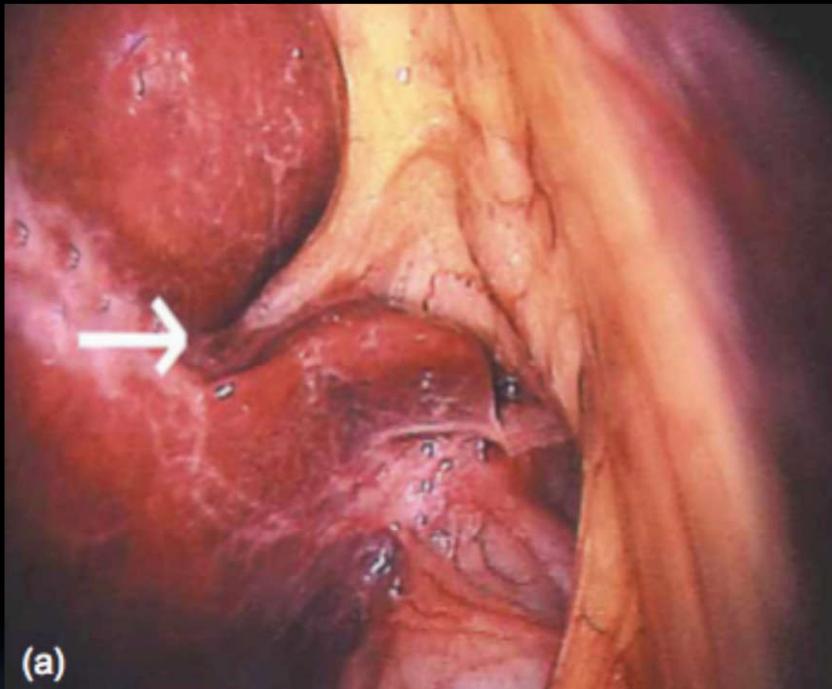
7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.



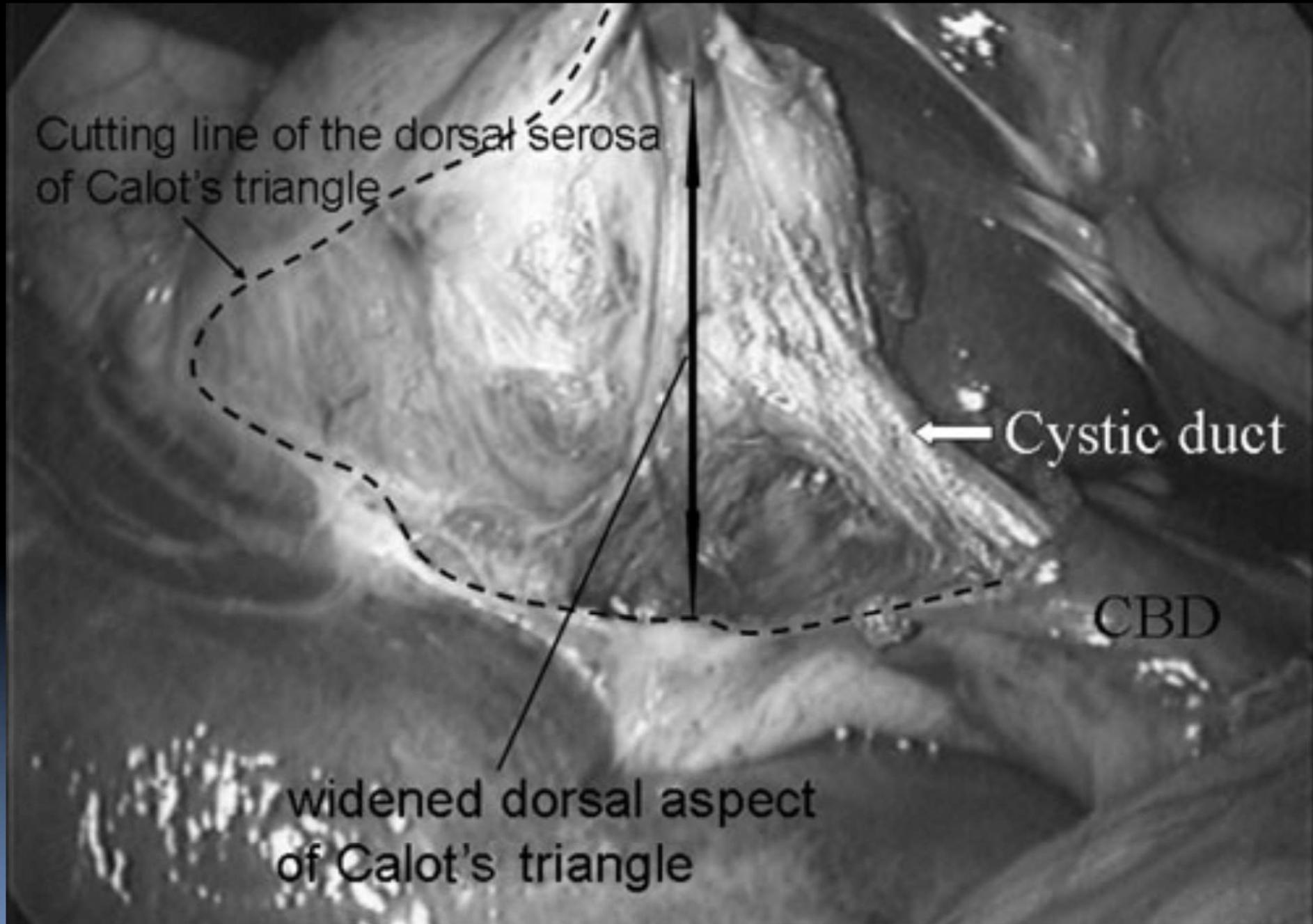
Colecistectomia segura

7. Dissecção colecisto-ducto cístico em direção à via biliar.
8. Evitar uso de bisturi elétrico
9. Liberar o peritôneo anterior e posterior.
10. Identificar a linha entre o sulco de Rouviere e a base do segmento IV.

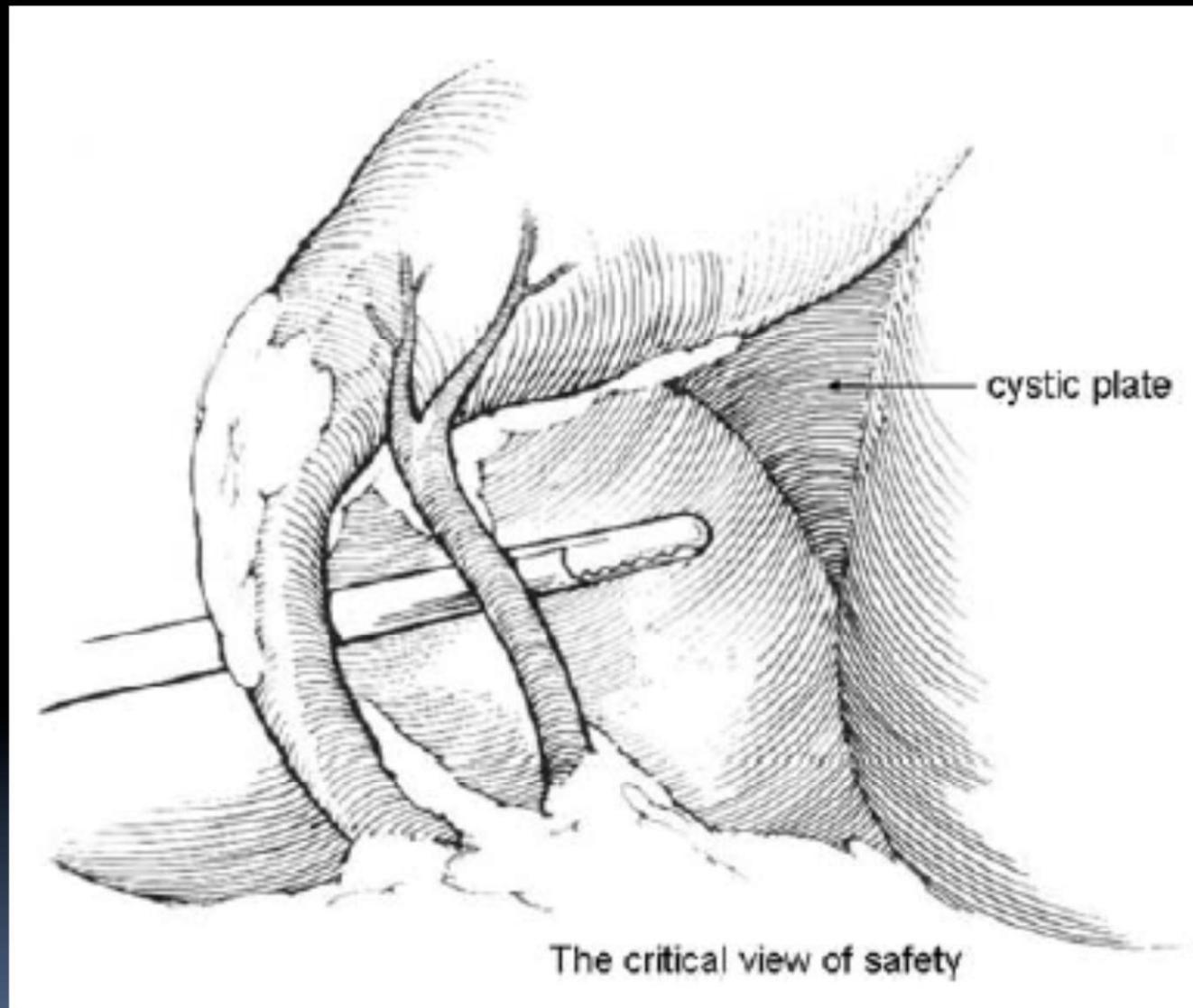
Visão crítica de segurança



Visão crítica de segurança



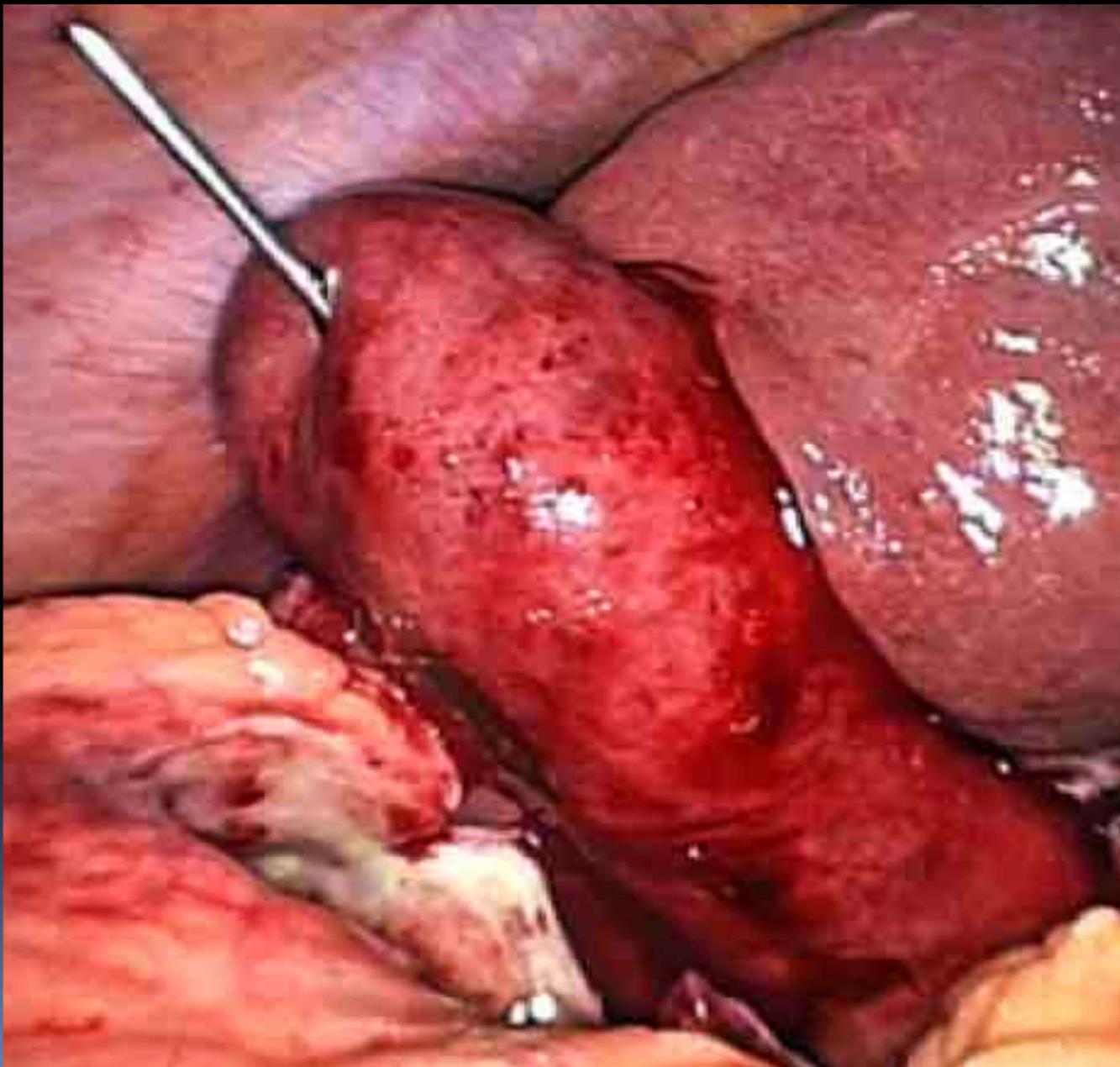
Visão crítica de segurança





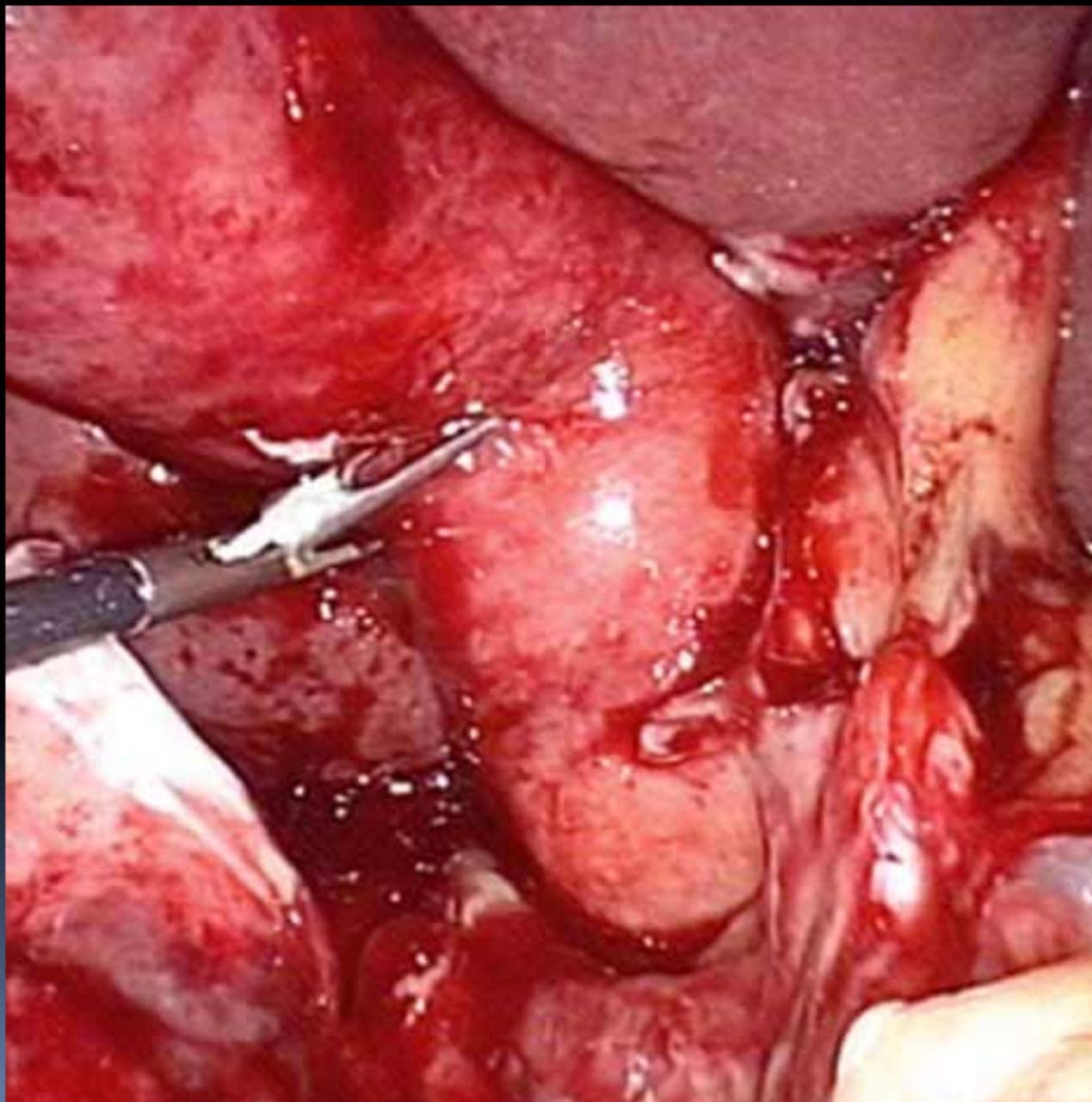
**Dissecção pedículo biliar difícil
caso - 04**

Esvaziar a vesícula





Cálculo impactado na bolsa de Hartmann



Colecistectomia segura

11. Evite dissecção do lado esquerdo do ligamento hepatoduodenal.
12. Utilize colangiografia de rotina.

Surgeon to consider:

- Performing intraoperative cholangiogram (IOC) and confirm with **assistant**:
 1. Flow into duodenum
 2. Proximal hepatic duct visualized
 3. Three hepatic ducts are seen proximally, including right posterior sectoral
 4. No filling defects within common bile duct
 5. Presence of spiral valves within cystic duct

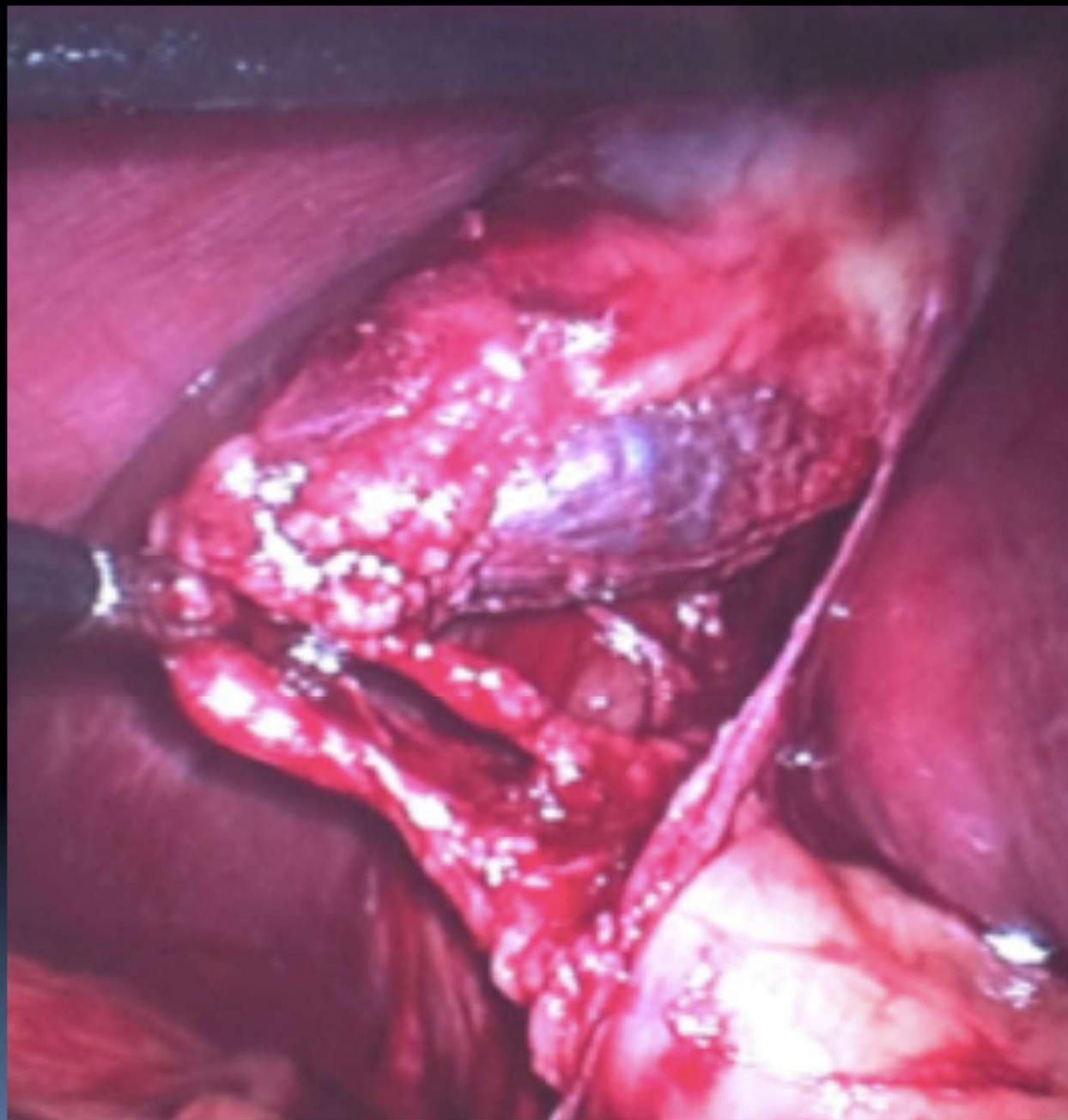


Colecistectomia segura

Utilize hidrodissecção



**Dissecção pedículo biliar difícil
caso - 04**

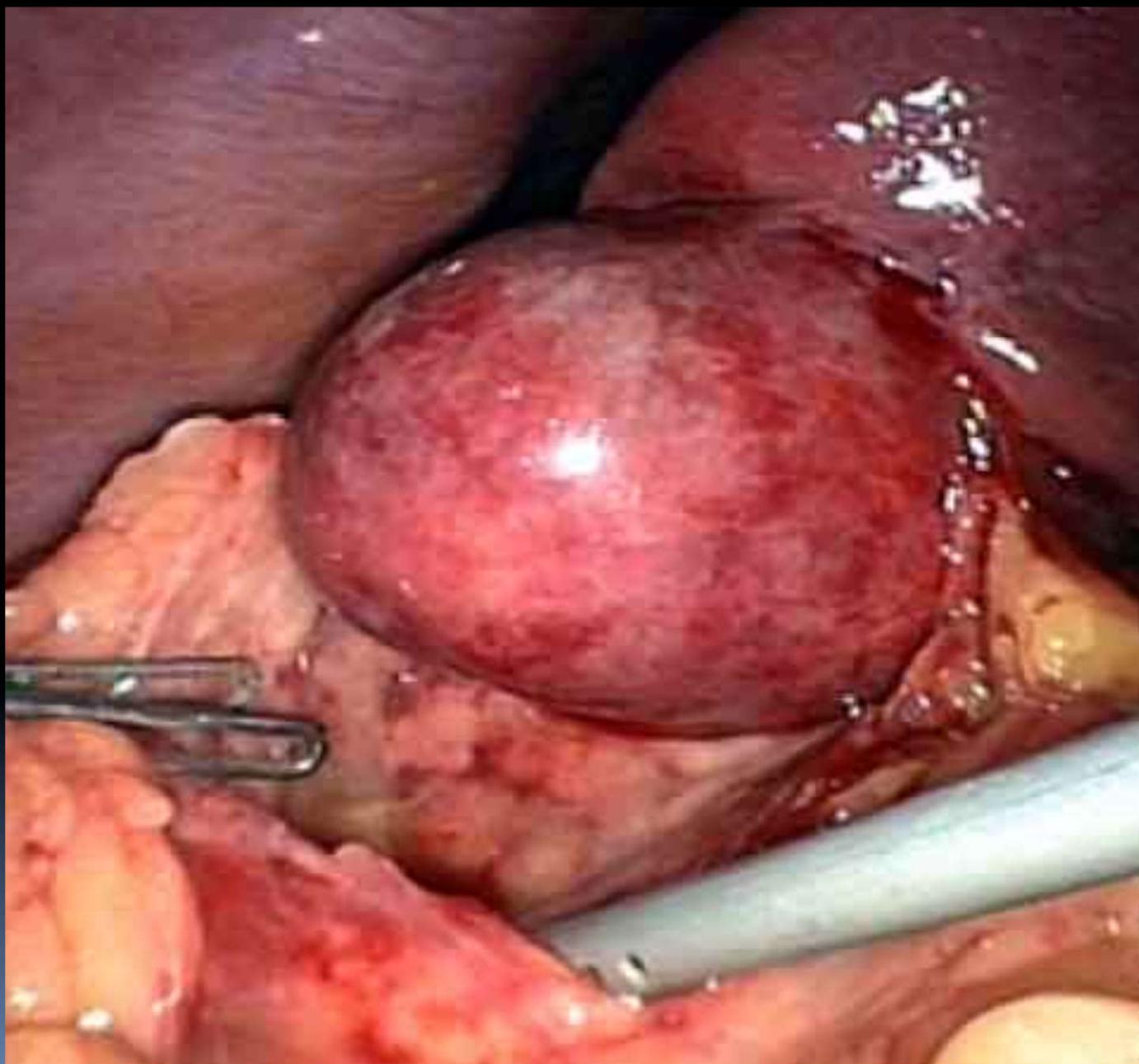




Dissecção do leito Hepatico

13. Prefira colecistectomia subtotal a colecistectomia fundo-cística

Colecistectomia fundo-cística



ORIGINAL ARTICLE

'Extreme' vasculobiliary injuries: association with fundus-down cholecystectomy in severely inflamed gallbladders

Steven M. Strasberg¹ & Dirk J. Gouma²

¹Section of Hepatopancreatobiliary Surgery, Washington University in St Louis, Saint Louis, MO, USA and ²Department of Surgery, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands

Conclusions: Extreme vasculobiliary injuries tend to occur when fundus-down cholecystectomy is performed in the presence of severe inflammation. Contractive inflammation thickens and shortens the cystic plate, making separation of the gallbladder from the liver hazardous.

Colecistectomia subtotal

Biliary

Role of laparoscopic subtotal cholecystectomy in the treatment of complicated cholecystitis

Wu Ji, Ling-Tang Li and Jie-Shou Li

Nanjing, China

BACKGROUND: Laparoscopic cholecystectomy (LC) has become the "gold standard" in treating benign

had acute calculic cholecystitis, 47 had chronic calculic atrophy cholecystitis, and 71 had polypus. Seventeen

14. Desenvolva cultura de segurança

Antes de clivar o ducto cístico

**Confirmar visão crítica
com o assistente**



A presentation slide showing an endoscopic view of the gallbladder during a surgical procedure. The gallbladder is visible, appearing slightly distended or inflamed. Surgical instruments, including a grasper and a suction/irrigation tube, are positioned around the organ. The background shows the interior of the abdominal cavity.

Apresentação da Colecistite Aguda
Caso - 05

A colecistectomia na colecistite aguda sempre será um desafio. A operação por videolaparoscopia deve ser a indicada e sempre obedecer os padrões de segurança até o momento bem estabelecidos.



www.drorlandotorres.com.br

Obrigado!