

Die schwierige Cholezystektomie

- Duplikatur von Arteria cystica und Ductus cysticus -

J. Tegelbeckers, K. Peitgen

Einleitung: Anatomische Varianten des Ductus cysticus und der Arteria cystica sind selten, ihre Vielfalt groß (s. Abb.1). Mögliche Varianten sind Duplikaturen des Ductus cysticus, der Gallenblase sowie zahlreiche Variationsmöglichkeiten der Arteria cystica. Unklar ist bisher, wie mit solchen Varianten in laparoskopischer Technik umgegangen werden kann. Wir berichten über eine laparoskopische Cholezystektomie wegen einer akuten Cholezystitis, bei der Duplikaturen des Ductus cysticus und der Arteria cystica festgestellt wurde. Über Duplikaturen des D. cysticus wurden bisher erst in 5 Publikationen mit 15 Fällen berichtet, die Kombination der Duplikaturen ist noch unbeschrieben.

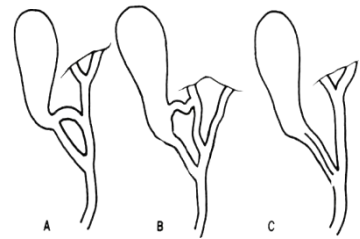


Abb. 1: Varianten des Ductus cysticus (nach Skandalakis 1972)

Patientin: Eine 47-jährige Patientin klagte seit zwei Tagen über anhaltende rechtsseitige Oberbauchbeschwerden. Klinisch bestand das typische Bild einer akuten Cholezystitis. Im Ultraschall wurde eine deutlich verdickte Gallenblasenwand festgestellt. Es wurde am gleichen Tag die laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt.

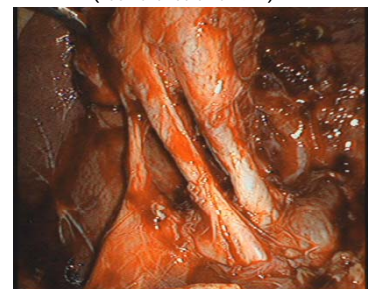


Abb. 2: Ductus cysticus-Duplikatur

OP-Methode: Bei der laparoskopischen Cholezystektomie fand sich zunächst ein doppelter Ductus cysticus, welcher langstreckig bis an die Einmündung des D.choledochus (DHC) einerseits und in die Gallenblase andererseits präpariert wurde (Abb.2). Bei der kompletten Auspräparation des Calot'schen Dreiecks wurde das Gallenblasenbett retrograd bis zur Hälfte präpariert, hierbei fand sich eine Arteria cystica aus der A.hep.dextra kommend an typischer Stelle, sowie eine weitere A. cystica dorsolateral, wahrscheinlich aus der A.mesenterica superior kommend (Abb.3). Vor Clipping und Dissektion der zwei Ductus cystici und der beiden Arteriae cysticae wurde der DHC bis in die Hepaticusgabelung freipräpariert, erst dann erfolgte die Durchtrennung (Abb.4).

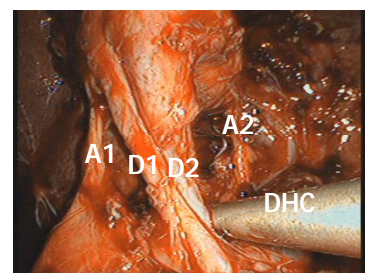


Abb. 3: A1+A2: Arteria cystica ; D1+D2: Ductus cystikus

Ergebnis: Der postoperative Verlauf war unauffällig, die Patientin wurde am 2. postoperativen Tag beschwerdefrei bei normaler Sonographie sowie normalen Blutwerten entlassen. Eine Kontrolluntersuchung nach 2 Wochen war ebenfalls unauffällig.

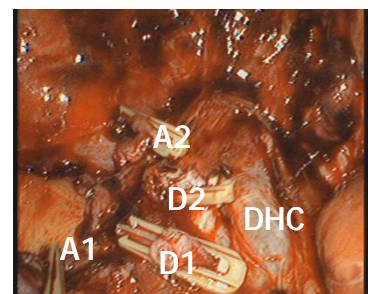


Abb. 4: A1+A2: A. cystica, D1+D2: D. cystikus, DHC: Ductus hepatocholedochus (nach Durchtrennung)

Literatur

- 1:Lobo EJ, Herbelli FA, Goldenberg A, Kobata MH, Trivino T.: Laparoscopic cholecystectomy in a patient with a duplicated cystic duct. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2000 Oct;10(5):326-8.
- 2:Momiya T, Souda S, Yoshikawa Y, Kuratani T, Toda K, Koma M.:Injury to a duplicated cystic duct during laparoscopic cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc. 1996 Aug;6(4):315-7.
- 3: Ng JW, Yeung GH, Lee WM, Tse S. Isolated duplications of the cystic duct: case report and implications in laparoscopic cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc. 1996 Aug;6(4):310-4.
- 4: Kubota Y. Duplication of the cystic duct detected by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Endoscopy. 1991 Sep;23(5):308.
- 5:Steger C. A very unusual anomaly of the cystic duct (clinical observation of the duplication of the cystic duct). Ann Ital Chir. 1956;33(11):980-8.

Schlussfolgerung:

Anatomische Varianten der Gallenblase und Gallenwege sind selten; Duplikaturen des Ductus cysticus sind noch seltener (bisher weniger als 15 Fälle in 5 Publikationen weltweit) und bringen gerade bei laparoskopischer Operationstechnik besondere Probleme mit sich. Diese besondere, bisher unbeschriebene anatomische Konstellation zeigt erneut die Notwendigkeit der klaren Präparation aller Strukturen des Calot'schen Dreiecks vor Durchtrennung einzelner Strukturen. Auch anatomischen Varianten kann so sicher Rechnung getragen werden.