

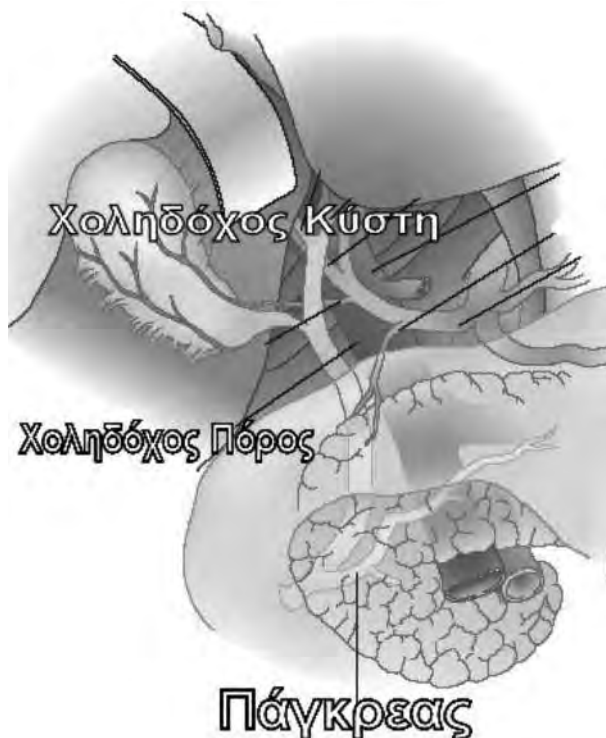
ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Ε. Κουτίνου

Νοσηλεύτρια MSc, Προισταμένη Χειρουργείου Γ. Ν. Σισμανόγλειο

1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η χοληδόχος κύστη είναι ένας αποθηκευτικός χώρος όπου διαμέσου του κυστικού πόρου αποθηκεύεται προσωρινά η χολή η οποία παράγεται από τα ηπατικά κύτταρα. Με την είσοδο του φαγητού στο πεπτικό μας σύστημα η χοληδόχος κύστη συσπάται και διαμέσου του χοληδόχου πόρου καταλήγει στην κατιούσα μοίρα του δωδεκαδάκτυλου στο φύμα του Vater. Διαταραχή της ροής ή της παραγωγής της χολής μπορεί να προκαλέσει ίκτερο. Στη χειρουργική μας ενδιαφέρει ο αποφρακτικός ίκτερος που συνήθως οφείλεται σε λιθίαση του χοληδόχου πόρου[1]



Ανατομικά στοιχεία χοληδόχου κύστεως.

Η χολή επιτελεί και συμμετέχει σε σειρά σπουδαίων λειτουργιών:

- Συμμετέχει στην υδρόλυση και απορρόφηση των λιπιδίων, με τον μηχανισμό της γαλακτοματοποίησης.

- Συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου, του σιδήρου και του χαλκού, της χοληστερόλης και των λιποδιαλυτών βιταμινών A, D, E και K.
- Ενεργοποιεί και διεγείρει την έκκριση ορισμένων πεπτικών ενζύμων (λιπάσης).
- Εξουδετερώνει το γαστρικό υγρό στο δωδεκαδάκτυλο.
- Χρησιμεύει σαν μέσο αποβολής ορισμένων στοιχείων που μεταβολίζονται στο ήπαρ.
- Οι λειτουργίες της χοληδόχου κύστης είναι η αποθήκευση, η συμπύκνωση, η απέκκριση της χολής που παράγεται από το ηπατικό κύτταρο.[2]

Χολολιθίαση είναι η παρουσία χολόλιθων στις χοληφόρους οδούς και ιδιαίτερα στην χοληδόχο κύστη. Οι λίθοι σχηματίζονται διά κατακρημνίσεως της χοληστερίνης της χολής όταν η σχέση χοληστερίνης-χολικών αλάτων διαταραχθεί. Οι κρύσταλλοι χοληστερίνης που σχηματίζονται αποτελούν τον πυρήνα για την δημιουργία λίθων.[1]

2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΧΟΛΟΛΙΘΩΝ

- Διαιτητικοί παράγοντες (σπάνια στους φυτοφάγους)
- Στάση στα χοληφόρα (κύηση, συγγενείς ανωμαλίες)
- Λοιμώξεις χοληφόρων (ανιούσες λοιμώξεις)
- Κληρονομικότητας (40% γυναίκες, 60% άντρες)
- Ξένα σώματα (ράμματα, σωλήνες Kehr)
- Διάφοροι νόσοι (διαβήτης 30%, κίρρωση 12%)[1]

Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι η φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως και αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες εισαγωγής στο Νοσοκομείο και είναι κατά συνέπεια ένα από τα συχνότερα νοσήματα που αντιμετωπίζουμε στο τμήμα των επειγόντων της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η συχνότητα της είναι 40%-60% άνω των 60 ετών και εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (4:1). Τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά εισαγωγής στον Ελλαδικό χώρο για τη χολολιθίαση και την οξεία χολοκυστίτιδα αυξήθηκαν κατά 45% και διπλασιάστηκαν για τους ηλικιωμένους ασθενείς.[3] Οι αγγλοσάξονες διδάσκουν ότι τα πέντε F που αφορούν τον τυπικό ασθενή είναι <<Fat, Fertile, Flatulent, Female, Fifty>> δηλαδή παχύσαρκη, πολύτεκνη, έντονος μετεωρισμός, γυναίκα, πενήντα.[4] Βεβαίως αυτός ο αλγόριθμος δεν έχει αξιοπιστία στην εποχή μας αφού διατροφικοί παράγοντες ιδίως οι υδατάνθρακες τον έχουν μεταβάλει.

Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι η συχνότερη επιπλοκή της χολολιθίασης. Πολλοί ασθενείς έχουν λιθίαση της χοληδόχου κύστης αλλά λίγοι εμφανίζουν πραγματική σχετική κλινική συνδρομή οξείας ή χρόνιας χολοκυστίτιδας.[5]

Στο 90% των περιπτώσεων οφείλεται σε παρατεταμένη απόφραξη του κυστικού πόρου από λίθο που έχει σαν αποτέλεσμα την φλεγμονή της χοληδόχου κύστης ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 10% στις οποίες δεν προϋπάρχει χολόλιθος αλλά θρόμβωση της κυστικής αρτηρίας ή πρωτοπαθής μικροβιακή λοίμωξη της χολής. Στο 90% των περιπτώσεων η οξεία χολοκυστίτιδα προκύπτει από την απόφραξη του κυστικού πόρου ή του θυλακίου του Hartman από χολόλιθους. Η χοληδόχος κύστη γίνεται φλεγμονώδης και διατείνεται προκαλώντας κοιλιακό πόνο και ευαισθησία. Από την ώρα που σχηματίζονται λίθοι στη χοληδόχο κύστη προκαλείται φλεγμονή του τοιχώματος της με τον λίθο να λειτουργεί ως αιτία λόγω επαφής ή απόφραξης της εξόδου. Επεισόδια χολοκυστίτιδας αποφρακτικής αιτιολογίας είναι τα συχνότερα στους πάσχοντες από χολολιθίαση. Ο λίθος που αποφράσσει το θυλάκιο ή τον κυστικό πόρο προκαλεί συμπτώματα του τύπου κωλικού, φλεγμονής του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης και επιμόλυνση της χολής.

Οι ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα απαιτούν ιατρική φροντίδα κατά την διάρκεια του επεισοδίου και εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Τα συμπτώματα είναι:

- Πόνος (στο δεξιό υποχόνδριο που επεκτείνεται προς τον ώμο).
- Σύσπαση (στο δεξιό ημιμόριο της κοιλίας).
- Πυρετός (σηψαιμικού τύπου, με ρίγος).
- Ίκτερος (χολερυθρίνη 2-5 mg %).
- Λευκοκυττάρωση (με πολυμορφοπυρήνωση).

Οι επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσει η οξεία χολοκυστίτιδα είναι:

- Εμπύημα χοληδόχου κύστης
- Γάγγραινα χοληδόχου κύστης
- Ρήξη χοληδόχου κύστης (περιχολοκυστικό απόστημα, χολοπεριτόναιο)

Οι χολοκυστίτιδες γενικά χωρίζονται σε χρόνιες και οξείες, σε λιθισιακές και μη λιθισιακές. Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στη χοληδόχο κύστη έχουν συγκεκριμένους χαρακτήρες..

Οι πρώτες αλλοιώσεις αφορούν στη δημιουργία υπορογόνιου οιδήματος αιμορραγίας και νεκρωτικών περιοχών καθώς και πάχυνση ή διάταση της χοληδόχου κύστης.[6]

Το τελικό στάδιο αφορά την εμφάνιση ίνωσης. Γάγγραινα και διάτρηση μπορούν να συμβούν την τρίτη ημέρα από την έναρξη των συμπτωμάτων οι περισσότερες όμως διατρήσεις συμβαίνουν την δεύτερη εβδομάδα. Στις περιπτώσεις αυτόματης υποχώρησης η οξεία φλεγμονή υφίεται πλήρως σε 4 εβδομάδες, ενδείξεις όμως μερικής υπολειμματικής φλεγμονής μπορούν να παρατηρηθούν για αρκετούς μήνες. Στο 90% των χοληδόχων κύστεων που αφαιρούνται σε οξεία κρίση παρατηρείται χρόνια ίνωση παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς δεν αναφέρουν την ύπαρξη συμπτωμάτων.[7] Παρόλα τα παραπάνω η αιτία της οξείας χολοκυστίτιδας δεν είναι πάντα σαφής.

Οι επιπλοκές της λιθισιακής χολοκυστίτιδας με χρόνο εξέλιξης 3 ημέρες έως 2 εβδομάδες είναι:

- Απόφραξη του κυστικού πόρου
- Ύδρωπας χοληδόχου κύστης
- Εμπύημα χοληδόχου κύστης
- Φλεγμονή του τοιχώματος της κύστης
- Απόφραξη λόγω θρόμβωσης αγγείων
- Επιμόλυνση τοιχώματος περιχολοκυστικό οίδημα
- Νέκρωση τοιχώματος
- Ρήξη τοιχώματος- περιτονίτιδα

Άλλη μορφή οξείας χολοκυστίτιδας είναι η οξεία χολοκυστίτιδα μη λιθισιακής αιτιολογίας που εμφανίζεται κυρίως σε βαριά πάσχοντες και πολυτραυματίες. Αποτελεί το 2% ως 14% των χολοκυστεκτομών που εκτελούνται για οξεία χολοκυστίτιδα. Η εμφάνιση οξείας χολοκυστίτιδας μη λιθισιακής αιτιολογίας δεν περιορίζεται σε χειρουργικούς και τραυματολογικούς ασθενείς ή σε ασθενείς της μονάδας εντατικής θεραπείας. Ο διαβήτης, τα κακοήθη νοσήματα, η αγγειίτιδα στα αγγεία της κοιλιάς, η συμφορητική καρδιά και ανεπάρκεια, η εμβολή από κρυστάλλους χοληστερόλης, η καταπληξία, η καρδιακή παύση, η χολική στάση, η θεραπεία με οπιοειδή, η υποστηρικτική θεραπεία με θετικές αναπνευστικές πιέσεις και η ολική παρεντερική διατροφή έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση της νόσου.

Τα παιδιά προσβάλλονται επίσης ιδιαίτερα μετά από κάποια ιογενή λοίμωξη.

Η παθογένεση της οξείας μη λιθισιακής χολοκυστίτιδας είναι ένα παράδειγμα συνδετής παθογένεσης.

Στην ομάδα της οξείας μη λιθισιακής χολοκυστίτιδας κατατάσσονται και εκείνες που οφείλονται σε απόφραξη του κυστικού πόρου από άλλο αίτιο πέραν του λίθου όπως τα κακοήθη νεοπλάσματα. Πρώτα συμβαίνει απόφραξη των μικρών αγγείων, και αν δεν υπάρξει γρήγορη θεραπεία η νόσος εξελίσσεται ταχύτατα σε γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα με σωματικές επιπλοκές και υψηλό βαθμό θνησιμότητας.

Έχει περιγραφεί σε:

- Απόφραξη της κυστικής αρτηρίας
- Πρωτοπαθή βακτηριδιακή λοίμωξη από E.Coli
- Πυρετός Q που προκαλείται από την Coxiella burnetii
- Λοίμωξη από κλωστηρίδια
- Λοίμωξη από σαλμονέλα τύφου
- Σε χοληδόχο κύστη με πολλαπλά διαφράγματα
- Σαν επιπλοκή αντιπηκτικής αγωγής με δημιουργία αιματοκύστης
- Προσβολή της χοληδόχου κύστης από πορφύρα Henoch – schonlein
- Από Candida albicans και actinomyces
- Από Legionella pneumonia
- Σε λεπτοσπειρωση
- Σε διαδερμική ένεση αιθανόλης για ηπατοκυτταρικό καρκίνο
- Λοίμωξη με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο
- Εμβολή κρυστάλλων χοληστερόλης
- Λοίμωξη με χλαμύδια από το γεννητικό σύστημα

- Οξεία μη λιθιοιακή χολοκυστίτιδα που συνοδεύει το σύνδρομο Churg-Strauss
- Λοίμωξη από *Campylobacter jejuni*

Στην λιθιοιακή χολοκυστίτιδα η εξέλιξη της νόσου είναι βραδύτερη σε σχέση με τη μη λιθιοιακή. Αυτό γίνεται γιατί στη λιθιοιακή χολοκυστίτιδα η ύπαρξη λίθου προκαλεί χρόνια ερεθισμό στο βλεννογόνο του τοιχώματος, ανάπτυξη χρόνιας φλεγμονής, ίνωση και πάχυνση του μυϊκού στρώματος με αποτέλεσμα της ανθεκτικότητας του τοιχώματος στην εξέλιξη της οξείας φλεγμονής. Η εξέλιξη της φλεγμονής κατά συνέπεια είναι κατά πολύ βραδύτερη και οι επιπλοκές με κύρια τη διάτρηση αργούν να επισυμβούν στην οξεία λιθιοιακή χολοκυστίτιδα, σε αντίθεση με την μη λιθιοιακή που αποτελεί πραγματικά επείγουσα κατάσταση γιατί μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα ένα λεπτό τοίχωμα υφίσταται νέκρωση και διάτρηση.

Η οξεία μη λιθιοιακή χολοκυστίτιδα εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στους βαριά πάσχοντες. Η θεραπευτική παρέμβαση φαίνεται να είναι η διαδερμική χολοκυστοστομία. Η χολοκυστεκτομή είναι η λύση όταν οι ασθενείς ανανήσουν από την υποκείμενη νόσο.

Άλλη αιτία οξείας χολοκυστίτιδας είναι η ύπαρξη χολικής λάσπης, εμφανίζεται συνήθως σε βαριά πάσχοντες και μπορεί να συνδέεται από κωλικό χοληφόρων, οξεία παγκρεατίτιδα και οξεία χολοκυστίτιδα. Η λάσπη συνήθως εξαφανίζεται με την υποχώρηση του υποκείμενου παθογενετικού παράγοντα. Η ύπαρξη λάσπης δεν καθιστά απαραίτητη την επέμβαση εκτός αν επισυμβεί οξεία χολοκυστίτιδα.

3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το ιστορικό και η κλινική διάγνωση αποτελούν σπουδαία βοηθήματα στη διάγνωση των παθήσεων των χοληφόρων. Το πρώτο σύμπτωμα είναι ο κοιλιακός πόνος στην άνω δεξιά κοιλία με αντανάκλαση ενίοτε στην γωνία της δεξιάς ωμοπλάτης και σπανιότερα στο δεξιό ώμο. Εντούτοις ο πόνος στην οξεία χολοκυστίτιδα παραμένει και συνοδεύεται από κοιλιακή ευαισθησία. Ήπιος ίκτερος υπάρχει στο 10% των ασθενών. Ο ίκτερος, που μπορεί να εμφανιστεί και ως υπίκτηρος είναι αποφρακτικού τύπου με υπέρχρωση των ούρων και αποχρωματισμό των κοπράνων με αυξημένη συνήθως την άμεση χολερυθρίνη και κνησμό. Η θερμοκρασία κυμαίνεται από 38°C ως 38,5°C. Υψηλότερος πυρετός υποδηλώνει επιπλοκή ή λανθασμένη διάγνωση. Υπάρχει ευαισθησία στην δεξιά άνω κοιλία και στο ένα τρίτο των ασθενών υπάρχει ψηλαφητή χοληδόχος κύστη. Σε άλλους η χοληδόχος κύστη δεν είναι ψηλαφητή λόγω χρόνιας ίνωσης.

Η δυσπεψία αναφέρεται στο σύνολο διαφόρων συμπτωμάτων, όπως ναυτία, μετεωρισμός, δυσκοιλιότητα και δυσανεξία σε ορισμένες τροφές, που χωρίς να είναι ειδικά για τις παθήσεις των χοληφόρων, τις συνοδεύουν σχεδόν πάντοτε ή και αποτελούν το μοναδικό τους σύμπτωμα.

Στην κλινική εξέταση ευαισθησία ή και πόνος στο δεξιό υποχόνδριο με αντίσταση και σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, όταν συνυπάρχει και οξεία φλεγμονή, είναι τα

ευρήματα κατά την πίεση και ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου.

Μερικές φορές η χοληδόχος κύστη ψηλαφάται απλώς ευαίσθητη (ύδρωπας) ή πολύ ευαίσθητη ως επώδυνη (εμπύημα). Άλλες φορές η ψηλάφηση αποκαλύπτει μάζα στο δεξιό υποχόνδριο, επώδυνη ή μη (εμπύημα ή νεοπλασία). Η χολολιθίαση συνυπάρχει πολλές φορές με άλλα νοσήματα όπως διαφραγματοκήλη η και εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου οπότε η διάγνωση του ενός νοσήματος θέτει την υποψία για τα άλλα.

4. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα λευκά αιμοσφαίρια κυμαίνονται από 12.000-15.000 ενώ πάνω από τις τιμές αυτές θα πρέπει κανείς να σκεφτεί επιπλοκή. Η χολερυθρίνη κυμαίνεται από 2-4mg/dl.

Πάνω από το όριο αυτό θα πρέπει να τίθεται υποψία λιθίασης του χοληδόχου πόρου. Συνήθως η χολερυθρίνη ανεβαίνει λόγω συνυπάρχουσας φλεγμονής του χοληδόχου πόρου. Πολλές φορές παρατηρείται μέτρια αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης.

Μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση της αμυλάσης σε 1.000 u/l μονάδες ή και περισσότερο.

5. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κοιλιακά αίτια:

- Πεπτικό έλκος με ή χωρίς διάτρηση
- Οξεία παγκρεατίτιδα
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Σπάνιες γυναικολογικές λοιμώξεις

Εξωκοιλιακά αίτια

- Έμφραγμα
- Πνευμονία

6. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

1. Απλή ακτινογραφία κοιλίας. Η εξέταση αυτή και μόνο μπορεί να δείξει το περίγραμμα της διατεταμένης χοληδόχου κύστης ή και την ύπαρξη ακτινοσκοιρών λίθων (15% των ασθενών). Στους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα μερικές φορές αποκαλύπτεται διατεταμένη έλικα λεπτού εντέρου με υδραερικά επίπεδα στο δεξιό υποχόνδριο. Μάζα κοντά στο ήπαρ μπορεί να παρατηρηθεί σε ύδρωπα ή εμπύημα της χοληδόχου κύστης. Συμπερασματικά λοιπόν η απλή ακτινογραφία κοιλίας δεξιού υποχονδρίου είναι μια απλή, γρήγορη και φθηνή εξέταση που πρέπει να γίνεται πάντοτε.

Εκτός από την απλή ακτινογραφία κοιλίας και την εξέταση αίματος που επιβάλλεται να κάνει ο ασθενής στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ακολουθεί εξειδικευμένος εργαστηριακός έλεγχος στη δευτεροβάθμια περίθαλψη όπως:

α) Χολοκυστογραφία (σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης κατόπιν χορήγησης σκιαγραφικού)

β) Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία (σκιαγράφηση της χοληδόχου κύστης και του χοληδόχου πόρου με ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού).

2. Νεότερες απεικονιστικές μέθοδοι

α) Υπερηχογράφημα

β) Υπολογιστική τομογραφία. Σε έρευνα που έγινε στις

ΗΠΑ το 2000 φάνηκε ότι η CT διαδραματίζει έναν περιορισμένο ρόλο στην πρόωρη αξιολόγηση των ασθενών με οξεία χολολιθίαση [8]

3. Επεμβατικές εξετάσεις

α) Διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία

β) Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (E.R.C.P)

Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (E.R.C.P) γίνεται μόνο σε αρρώστους με κωλικούς του δεξιού υποχονδρίου και θετικές ή αρνητικές ηπατικές δοκιμασίες και εφόσον οι εξετάσεις του υπερηχογραφήματος και της χολοκυστογραφίας είναι αρνητικές. [9] Έχει αποδειχθεί ότι η πιθανότητα χολολιθίασεως είναι 88% επί θετικών ηπατικών δοκιμασιών και 25% μόλις επί αρνητικών ηπατικών δοκιμασιών. [10]

Το ποσοστό επιτυχίας της E.R.C.P. κυμαίνεται από 75-95%, εξαρτώμενο κυρίως από την εμπειρία του ενδοσκοπού, από τα τεχνικά μέσα που διαθέτει και από την παθολογία της περιοχής.

Συνήθη αίτια αποτυχίας είναι:

- Η στένωση του φύματος του vater
- Ο όγκος της κεφαλής του παγκρέατος
- Τα δωδεκαδακτυλικά εκκολπώματα και
- Η πυλωρική στένωση

Οι ενδείξεις είναι:

α. Η E.R.C.P κάνει ταχύτερη η διάγνωση του ικτερικού ασθενούς, μια και μπορεί να πραγματοποιηθεί ανεξάρτητα από τη βαθύτητα του ικτέρου ή την κατάσταση της ηπατικής λειτουργίας. Εντοπίζει την θέση της απόφραξης των χοληφόρων και σε πολλές περιπτώσεις καθορίζει την αιτία.

β. Χρησιμοποιείται αποτελεσματικά στη διάγνωση της λιθίασης κυρίως του χοληδόχου πόρου αλλά και της χοληδόχου κύστης ή παγκρέατος.

γ. Είναι η μέθοδος εκλογής για την διεύρυνση παθήσεων των χοληφόρων, όταν δεν είναι διατεταμένα τα ενδοκαί εξωηπατικά χοληφόρα, όπως στη σκληρυντική χολαγγειίτιδα.

δ. Βοηθά μετεγχειρητικά στη διερεύνηση των συμπτωμάτων από τα χοληφόρα, ώστε να διευκρινιστεί η ύπαρξη ή όχι λίθων του χοληδόχου πόρου, στενώσεων των χοληφόρων και χοληδοχοδωδεκαδάκτυλικού συριγγίου.

ε. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση παγκρεατικών νόσων, όπως η χρόνια παγκρεατίτιδα ή η νεοπλασία.

Σαν μόνη απόλυτη αυτένδειξη αναφέρεται η ύπαρξη παγκρεατικής κύστης και αυτό για να αποφευχθεί η περίπτωση ρήξης ή δημιουργίας αποστήματος. Το ποσοστό των επιπλοκών ανέρχεται στο 5% και της θνητότητας στο 0.1-0.2%. [11]

Έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της E.R.C.P. σε παιδιά ανεξαρτήτου φύλου με χολολιθίαση και απεδείχθη ότι είναι ασφαλής ως διαγνωστική θεραπεία και μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τη διάγνωση παθήσεων χοληφόρων και παγκρέατος. [12]

7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑΣ

1. Εμπύημα

2. Διάρρηση

- Περιχολοκυστικό απόστημα
- Ελεύθερη διάρρηση - χολοπεριτόναιο
- Χολοκυστοεντερικό συρίγγιο

3. Θρόμβωση της πυλαίας φλέβας και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη

8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοπός της θεραπείας είναι η εξάλειψη της φλεγμονής και η απομάκρυνση του αίτιου που προκάλεσε την οξεία χολοκυστίτιδα, δηλαδή των λίθων. Η θεραπεία είναι συντηρητική (αντιβίωση, σπασμολυτικά, δίαιτα, κλινοστατισμός) στην οξεία φάση και χολοκυστεκτομή στην συνέχεια. Σε ηλικιωμένα άτομα ή σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει χολοκυστοστομία.

Η εξέλιξη της νόσου ποικίλει, εξαρτώμενη από την άρση ή όχι του κωλύματος, το βαθμό της δευτερογενούς μικροβιακής λοίμωξης, την ηλικία του ασθενούς και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης.

Οι περισσότερες προσβολές υποχωρούν αυτόματα χωρίς επέμβαση ή άλλου είδους θεραπεία, μερικές όμως καταλήγουν σε εμπύημα χοληδόχου κύστης, γάγγραινα ή και ρήξη της χοληδόχου κύστης (απόστημα, χολοπεριτόναιο). Η ιδέα της διάλυσης των χολόλιθων είναι πολύ παλαιά.

Κύριο συστατικό των χολόλιθων στο δυτικό ημισφαίριο είναι η χοληστερόλη που αποτελεί συνήθως το 40%-80% του βάρους του. Έχουν χορηγηθεί στο παρελθόν διάφορες ουσίες από το στόμα για τη διάλυση των λίθων της χοληδόχου κύστης [10]

Φάρμακα που έχουν χορηγηθεί από το στόμα για την διάλυση των λίθων της χοληδόχου κύστης είναι τα:

- Χολικά οξέα
- Χολικά οξέα και δίαιτα
- Κιτρικά
- Monoterpens
- Φαινοβαρβιτόλη
- Μετρονιδαζόλη

Οι πιο σημαντικές προϋποθέσεις της φαρμακευτικής αντιμετώπισης είναι οι λίθοι να είναι χοληστερολικοί (ακτινοδιαβατοί) και ο λίθος να μην είναι πολύ μεγάλος.

Μετά την εφαρμογή των υπερήχων στο θρυμματισμό των λίθων του ουροποιητικού έχει επιχειρηθεί η λιθοτριψία και στους λίθους των χοληφόρων. Σε επιλεγμένους ασθενείς με λίθους στην χοληφόρο κύστη χωρίς ασβέστιο η λιθοτριψία απεδείχθη αποτελεσματική και αρκετά ασφαλής μέθοδος. Σε συνδυασμό με την per os φαρμακευτική διάλυση των λίθων η λιθοτριψία παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα. Δεν διαλύει τους λίθους μέσα στην χοληδόχο κύστη αλλά τους θρυμματίζει σε τεμαχίδια ή άμμο, που απεκκρίνονται από τη χοληδόχο ή διαλύονται με την χορήγηση λιθολυτικών φαρμάκων. Με την χρήση των νέων λιθοθρυπτών που είναι πιο εύχρηστοι κυρίως σε ότι αφορά στη στόχευση επί των λίθων, δεν απαιτείται πλέον γενική αναισθησία ή εμβάπτιση σε νερό και έτσι η θεραπεία εφαρμόζεται χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πιθανόν

όμως οι λίθοι να επανασηματιστούν με άγνωστες επιδράσεις στους ιστούς των χοληφόρων γιατί μπορεί να προκληθεί κωλικός ή απόφραξη. Έτσι η λιθοτριψία στους χολόλιθους προσφέρει πεδίο για έρευνα.

Η χολοκυστεκτομή όμως παραμένει η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση στους ασθενείς που πάσχουν από χολολιθίαση.

9. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΝΕΩΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Σημερινός προβληματισμός είναι πότε θα πρέπει να χειρουργηθεί ο ασθενής που πάσχει από οξεία χολοκυστίτιδα.

Οι επικρατούσες απόψεις είναι:

- Συντηρητική θεραπεία και σε περίπτωση ύφεσης των συμπτωμάτων προγραμματισμένο χειρουργείο με την πάροδο 4 το λιγότερο εβδομάδων
- Χειρουργική επέμβαση σε περίπτωση που τα συμπτώματα δεν υποχωρούν ή επιβαρύνονται μαζί με την γενική κατάσταση του ασθενούς
- Χειρουργική επέμβαση στο συντομότερο χρονικό διάστημα και όχι πέραν των 72 ωρών από την έναρξη των συμπτωμάτων

Αρχικά σε όλους τους ασθενείς αρχίζει η συντηρητική θεραπεία με την χορήγηση υγρών ηλεκτρολυτών, την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και την χορήγηση αντιβιοτικών. Επειδή η νόσος υποχωρεί από μόνη της στο 60% των περιπτώσεων με την χορήγηση αντιβιοτικών και συντηρητικής αγωγής, υπάρχει μια άποψη για την αντιμετώπιση της νόσου, μετά την ύφεση της φλεγμονής εκλεκτική χολοκυστεκτομή σε δεύτερο χρόνο, την άμεση χειρουργική επέμβαση να επιφυλάσσεται για τις περιπτώσεις όπου η κατάσταση επιδεινώνεται παρά την σωστή υποστηρικτική αγωγή. Αυτά δεν ισχύουν για την μη λιθιακή χολοκυστίτιδα.

Άλλωστε φαίνεται ότι αποφεύγοντας το χειρουργείο ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς με επιβαρημένο ιστορικό με συντηρητική αγωγή, δεν αλλάζει η ποιότητα ζωής των ασθενών και ο πόνος είναι υποφερτός.[13]

Η προτιμητέα μέθοδος είναι η εφαρμογή χολοκυστεκτομής άμεσα χωρίς καθυστέρηση σε όλους τους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα [14] εκτός από εκείνους που έχουν σοβαρές αντενδείξεις από την συνύπαρξη άλλων σοβαρών ασθενειών όπως ασθενείς άντρες ηλικιωμένοι > 60 ετών > 60 kgf βάρους με σακχαρώδη διαβήτη και κίρρωση ήπατος. [15]

Έτσι πολλές μελέτες μας αποδεικνύουν ότι:

1. Η επίπτωση των εγχειρητικών επιπλοκών της οξείας χολοκυστίτιδας είναι ίδια με τις εγχειρητικές επιπλοκές της εκλεκτικής χολοκυστίτιδας.
2. Η πρώιμη επέμβαση μειώνει την συνολική διάρκεια της νόσου κατά 30 ημέρες, στην διάρκεια νοσηλείας κατά 5-7 ημέρες και το συνολικό κόστος νοσηλείας σημαντικά [16] ιδίως κάνοντας ανοιχτή επέμβαση με μικρή τομή.
3. Η θνησιμότητα είναι παρόμοια ή και ελαφρά μικρότερη στην πρώιμη επέμβαση από ότι στην εκλεκτική. Έτσι

λοιπόν δεν υπάρχει λόγος καθυστέρησης της επέμβασης. Άλλωστε σε περίπτωση καθυστέρησης δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής της επέμβασης που θα γίνει. [17]

4. Στο 30 % των ασθενών με διάγνωση οξείας χολοκυστίτιδας η γενική κατάσταση δεν επιτρέπει την επείγουσα επέμβαση λόγω συνύπαρξης άλλων νοσημάτων. [18]

Ποια μέθοδο θα επιλέξουμε;

- Ανοιχτή χολοκυστεκτομή
- Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή
- Μίνι λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή

Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αποτελεί την μέθοδο εκλογής στη θεραπεία της οξείας χολοκυστίτιδας αν γίνει έγκαιρα. [19]

Η οξεία χολοκυστίτιδα θεωρήθηκε αρχικά αντένδειξη για λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή αλλά σήμερα η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χρησιμοποιείται γενικά ακόμη και για βαριάς μορφής οξείας χολοκυστίτιδας.[20]

Ασθενείς προχωρημένης ηλικίας φαίνεται ότι είναι πιο ευάλωτοι σε οξεία χολοκυστίτιδα και η θεραπευτική ένδειξη στην ομάδα αυτών των ασθενών είναι η χειρουργική επέμβαση.[21]

Έρευνα έγινε προκειμένου να γίνει σύγκριση μίνι λαπαροτομίας με την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή όσον αφορά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο και έδειξε ότι ο χρόνος ήταν παρόμοιος και πολύ σύντομος. Η ανοιχτή επέμβαση χολοκυστεκτομής είχε μεγαλύτερο χρόνο παραμονής και μεγαλύτερη διάρκεια χειρουργείου.[22]

Η ανοιχτή χολοκυστεκτομή είναι ασφαλέστερη της λαπαροσκοπικής στο σύνολο των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας [23] εκτός εάν η επέμβαση γίνει άμεσα δηλαδή στις πρώτες 3 ημέρες από την εμφάνιση της νόσου. [24] Η λαπαροσκοπική είναι εξίσου ασφαλής με την ανοιχτή στα αρχικά στάδια της οξείας χολοκυστίτιδας [25] και λιγότερο ασφαλής στα προχωρημένα στάδια της νόσου όπου παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά μετατροπών στην ασφαλέστερη μέθοδο της ανοιχτής χολοκυστεκτομής [26]

Επίσης άμεση χειρουργική παρέμβαση χρειάζεται η οξεία χολοκυστίτιδα γαγγραινώδους αιτιολογίας. [18] Η άμεση λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών. [27]

10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία χολοκυστίτιδα είναι συνηθισμένη νόσος.

Δεν είναι σίγουρο για ποιο λόγο σε κάποιους ανθρώπους σχηματίζονται χολόλιθοι.

Η συντηρητική αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας, είναι προσωρινή και όχι μόνιμη.

Η χειρουργική αφαίρεση της χοληδόχου κύστεως είναι η πλέον κατάλληλη για τη θεραπεία της χολοκυστίτιδας.

Οι ασθενείς επανέρχονται στην εργασία τους εντός 7 ημερών μετά από λαπαροσκοπική επέμβαση, ενώ μετά από ανοιχτή χειρουργική επέμβαση ο χρόνος επανένταξης είναι ένας μήνας περίπου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεόδωρος Ντολαιζάς *Συνοπτική Χειρουργική Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990*
2. Μπάλας Π. *Χειρουργική Τόμος Β Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990*
3. Papadopoulos AA, Kateri M, Triantafylou K, Ladas D, Tzathas C, Koutras M, Ladas SD *Hospitalization rates for cholelithiasis and acute cholecystitis doubled for the age population in Greece over the past 30 years. Scand J Gastroenterol 2006 Nov; 41(11):1330-5.*
4. Αλκιβιάδης Κωστάκης *Σύγχρονη Χειρουργική Τόμος ΙΙ Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης Αθήνα 2003*
5. Shelton DK, Stadalnik Rc, West J. *Med, 1996, 165:303. Cholescintigraphy in Acute and Chronic Gallbladder Dysfunction. Hellenic Journal of Nuclear Medicine Vol 1-Jan1998*
6. Πιπερόπουλος Π. *Υπερηχογραφική διερεύνηση χολολιθίασης και χοληδοχολιθίασης. Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία Αθήνα 1990*
7. Μιχαήλ Ν. *Σέχα Τόμος ΙΙΙ Ιατρικές Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης Αθήνα 1996*
8. Pinto A, Romanos S, Vecchio W, Romano L, Pinto F, Scaflione M, Cappabianca S, Grassi R *Personal experience in 71 patients with acute cholecystitis. Radiol Med(Torino) 2000 Jan-Feb; 99(1-2):62-7*
9. Γ. Μαλαχίας – Φ. Λυσιώτης – 3ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Ηπατολογίας Αθήνα 1995
10. Ν. Σκανδάλης *Λιθίαση χοληφόρων Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας 1989*
11. Χ. Σπηλιώτης *Λιθίαση χοληφόρων Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας 1989*
12. Issa H, Al Haddad A, Al – Salem AH *Diagnostic and therapeutic E.R.C.P. in the pediatric age group. Pediatric Surg. International Dec 2006*
13. Verthus M, Soreide O, Eide GE, Nesvik I, Sondena K *Quality of life and pain in patients with acute cholecystitis. Results of a randomised clinical trial. Scand J Surg 2005;94(1):34-9*
14. Shikata S, Noguchi Y, Fukui T. *Early versus delayed cholecystectomy for acute cholecystitis : a meta – analysis of randomized controlled trials. Surg Today. 2005;35(7):553-60*
15. Ibrahim S, Hean TK, Ho LS, Ravintharan T, Chye TN, Chee CH *Risk factors for conversion to open surgery in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy World J Surg 2006 Sep;30(9):1698-704*
16. Leo J, Filipovic G, Kremetsova J, Norbland R, Soderholm M, Nilsson E. *Open cholecystectomy for all patients in the era of laparoscopic surgery- a prospective cohort study. BMC Surg. 2006 Apr 3;6:5*
17. Sekimoto M, Imanaka Y, Hirose M, Ishizaki T, Murakami G, Fukata Y; QIP Cholecystectomy Expert Group *Impact of treatment policies on patient outcomes and resource utilization in acute cholecystitis in Japanese hospitals BMC Health Serv Res. 2006 Mar. 29;6:40*
18. Aydin Y, Altaca Y, Berber I, Tekin K, Kara M, Titiz I. *Prognostic parameters for the prediction of acute gangrenous cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2006;13(2):155- 9*
19. Al Salah SM. *Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. J Coll Physicians Surg Pak. 2005 Jul; 15 (7):400-3*
20. Svanvik J. *Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Eur J Surg Suppl 2000 ;(585) :16-7*
21. Lyon C, Clark DC. *Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. American Family physician 2006 Nov 1; 74(9):1537-44*
22. Ros A, Carlsson P, Rahmqvist M, Backman K, Nilsson E. *Non-randomised patients in a cholecystectomy trial Characteristics, procedures, and outcomes. BMC Surg 2006 Dec 26;6(1):17*
23. Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S *Acute cholecystitis in the elderly. Hepatogastroenterology 2005 Jul-Aug; 52 (64):999-1004*
24. Pessaux P, Tuech JJ, Requenet N, Fauvet R, Boyer J, Arnaud JP *Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. Prospective non-randomized study. Gastroenterol Clin Biol 2000 Apr;24(4):400-3*
25. Gurusami KS, Samraj K. *Early versus delayed laparoscopic Cholecystectomy for acute cholecystitis Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD005440*
26. Wang YC, Yang HR, Chung PK, Jeng LB, Chen RJ. *Urgent laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis: time does not influence conversion rate. Surg Endosc. 2006 May;20(5):806-8. Epub 2006 Mar 16*
27. Stefanidis D, Bingener J, Richards M, Schwesinger W, Dorman J, Sirinek K. *Gangrenous cholecystitis in the decade before and after the introduction of laparoscopic cholecystectomy JSLS. 2005 Apr-Jun;9(2):169-73*