ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ

**I. ΜΑΡΟΥΛΗΣ**

# Χολολιθίαση, Χρόνια Χολοκυστίτιδα

**Γενικά Στοιχεία**

* Πάνω από 20 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ, έχουν πέτρες στη χοληδόχο κύστη (Χ.Κ.) και κάθε χρόνο γίνονται περίπου 300.000 εγχειρήσεις γι αυτή την πάθηση, ενώ συμβαίνουν 6.000 θάνατοι σαν αποτέλεσμα των επιπλοκών ή της θεραπείας της λιθίασης των χοληφόρων.
* Η συχνότητα της χολολιθίασης αυξάνει με την ηλικία. Το 20% των γυναικών και το 5% των ανδρών ηλικίας 50-65 πάσχουν από χολολιθίαση.
* Στην πλειονότητα (75%) των αρρώστων, οι χολόλιθοι είναι χοληστερινικοί ή μικτοί, ενώ στο 25% αμιγείς χολερυθρινικοί. Ανεξάρτητα όμως από τη σύσταση, προκαλούν τα ίδια κλινικά συμπτώματα.

Η χρόνια χολοκυστίτιδα είναι ο πιο κοινός τύπος συμπτωματικής πάθησης της χοληδόχου κύστης και στο πλείστον των περιπτώσεων συνδυάζεται με χολολιθίαση. Η πάθηση χαρακτηρίζεται από παροδικούς κωλικούς των χοληφόρων, λόγω επαναλαμβανόμενων μικρών επεισοδίων απόφραξης από χολόλιθο του κυστικού πόρου, που προκαλούν φλεγμονή του τοιχώματος της Χ.Κ., με επακόλουθο πάχυνση του τοιχώματος, κυτταρική διήθηση, απώλεια της ελαστικότητας και ίνωση. Βέβαια, μπορεί οι φλεγμονώδεις αυτές αλλαγές του τοιχώματος της Χ.Κ. να βρεθούν και σε ασθενείς με ασυμπτωματική χολολιθίαση, όπως μπορεί να βρεθεί φυσιολογικό σχετικά τοίχωμα, σε ασθενείς με επαναλαμβανόμενους κωλικούς.

# Συμπτώματα και Σημεία

Ο κωλικός των χοληφόρων, αποτελεί το χαρακτηριστικό σύμπτωμα. Πρόκειται για πόνο που ξεκινά ξαφνικά και υφίεται προοδευτικά, είναι συνεχής όχι διαλείπων και διαρκεί από μερικά λεπτά έως αρκετές ώρες. Συμβαίνει συνήθως μετά από γεύμα, (ενώ μπορεί να συμβεί και ανεξάρτητα από αυτό), συνοδεύεται δε από ναυτία και έμετο.

Ο πόνος εντοπίζεται συνήθως στο δεξιό υποχόνδριο (κωλικός δεξιού υποχονδρίου), μπορεί όμως και στο επιγάστριο, αριστερό υποχόνδριο ή στην προκάρδιο χώρα, αντανακλά δε στην πλάτη ή στην ωμοπλάτη, ενώ σε ερεθισμό του διαφράγματος, ο πόνος εντοπίζεται στο σύστοιχο ώμο. Σε σοβαρό επεισόδιο ο ασθενής στριφογυρίζει στο κρεβάτι αλλάζοντας συνεχώς θέση προσπαθώντας να ανακουφιστεί.

Στην ψηλάφηση υπάρχει ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο.

Άλλα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει ασθενής με χολολιθίαση είναι: δυσανεξία στα λιπαρά γεύματα, δυσπεψία, ερυγές, οπισθοστερνικός καύσος, τυμπανισμός. Τα συμπτώματα αυτά όμως δεν είναι τυπικά της χολολιθίασης, καθ’ ότι εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις.

# Εργαστηριακά Ευρήματα

Το υπερηχογράφημα ήπατος-χοληφόρων αποτελεί την εξέταση εκλογής που θα αναδείξει τους λίθους στο 95% των περιπτώσεων.

Η χολοκυστογραφία έχει ένδειξη όταν το υπερηχογράφημα είναι διφορούμενο, ή σε περιπτώσεις τυπικής συμπτωματολογίας με φυσιολογικό υπερηχογράφημα.

Στο 2% των περιπτώσεων χολολιθίασης, το υπερηχογράφημα και η χολοκυστογραφία είναι φυσιολογικά. Εάν παρ’ όλα αυτά υπάρχει κλινική υποψία, θα πρέπει να γίνει ERCP, ή, καθετηριασμός του δωδεκαδάκτυλου και λήψη χολής για εξέταση στο μικροσκόπιο (κρύσταλλοι χοληστερόλης ή χολερυθρινικά κοκκία).

# Διαφορική Διάγνωση

Ο κωλικός των χοληφόρων θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από πόνο: δωδεκαδακτυλικού έλκους, διαφραγματοκήλης, παγκρεατίτιδας και εμφράγματος μυοκαρδίου. Σπανιότερες παθήσεις που πρέπει να Δ.Δ.: οστεοαρθρίτιδα, παθήσεις σπονδύλων Θ6-Θ10, οισοφαγικός σπασμός, όγκος στομάχου, ευερέθιστο κόλον και καρκίνος τυφλού ή ανιόντος κόλου.

Το ΗΚΓ, η γαστροσκόπηση, η κολονοσκόπηση ή ο ακτινολογικός έλεγχος της ΣΣ θα ξεκαθαρίσουν το πρόβλημα.

# Επιπλοκές

Η χολολιθίαση και η χρόνια χολοκυστίτιδα, προδιαθέτουν σε οξεία χολοκυστίτιδα, χοληδοχολιθίαση και (μετά από πολλά χρόνια) αδενοκαρκίνωμα της Χ.Κ. Όσο μακρύτερος ο χρόνος ύπαρξης των χολόλιθων, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα πρόκλησης επιπλοκών.

# Θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία (χολοκυστεκτομή) ενδείκνυται στην πλειονότητα των συμπτωματικών ασθενών.

Η χολοκυστεκτομή σήμερα θα πρέπει να γίνεται λαπαροσκοπικά, εκτός και υπάρχει αντένδειξη (πχ. συμφύσεις) ή είναι ανέφικτο να γίνει, οπότε θα πρέπει να γίνει λαπαροτομία. Το όφελος για τον ασθενή που χειρουργείται με τη λαπαροσκοπική μέθοδο είναι, το μικρότερο χειρουργικό τραύμα στο κοιλιακό τοίχωμα, ο μικρότερος έως ελάχιστος μετεγχειρητικός πόνος, ο μικρότερος χρόνος νοσοκομειακής νοσηλείας και αποχής από την εργασία και το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

Στη διάρκεια του χειρουργείου θα πρέπει να γίνεται διεγχειρητική χολαγγειογραφία προκειμένου να αποκλεισθεί η ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο (Χ.Π.). Ειδικότερα με την χολαγγειογραφία που γίνεται μετά από καθετηριασμό του κυστικού πόρου και έγχυση σκιαγραφικού, ελέγχεται η όλη ανατομία του χοληφόρου δένδρου, το εύρος του χοληδόχου πόρου και των χολαγγείων, η βατότητα του σκιαγραφικού δια του φύματος του Vater στο δωδεκαδάκτυλο και η ύπαρξη σκιαγραφικών ελλειμμάτων (συνήθως λίθων) στα χολαγγεία. Η ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο και γενικά στα χολαγγεία, επιβάλλει τη διερεύνηση του χοληδόχου πόρου (ΔΧΠ).

Ασθενής με συμπτωματική χολολιθίαση, έως ότου υποβληθεί σε χολοκυστεκτομή, οφείλει να αποφεύγει τα λιπαρά γεύματα, τα αυγά και το λάδι, τα οποία προκαλούν σύσπαση της χοληδόχου κύστης και κινητοποίηση των λίθων με επακόλουθο πιθανό κωλικό. Η διαιτητική αυτή αγωγή δεν εξαφανίζει, αλλά μειώνει την πιθανότητα των επεισοδίων.

Μετά την χολοκυστεκτομή, το 95% των ασθενών απαλλάσσεται από τα συμπτώματα.

Η νοσηρότητα και η θνητότητα της απλής χολοκυστεκτομής είναι πολύ χαμηλή. Η εγχειρητική θνητότητα είναι περίπου 0,1% για ασθενείς κάτω των 50 ετών και 0,5% γι’ αυτούς άνω των 50. Το πλείστον των θανάτων είναι αποτέλεσμα των συνοδών προβλημάτων.

Για την αντιμετώπιση της χολολιθίασης έχουν δοκιμασθεί επίσης η διάλυση των χολόλιθων και λιθοθρυψία.

Η διάλυση γίνεται με χορήγηση χολικών οξέων από το στόμα (π.χ. χηνοδεσοξυχολικό οξύ) με στόχο τη μείωση της έκκρισης χοληστερόλης από το ήπαρ, οπότε μειώνεται ο κορεσμός της χολής σε χοληστερόλη και έτσι προκαλείται διάλυση των λίθων μέσα 6-24 μήνες. Οι προς διάλυση χολόλιθοι πρέπει να είναι μικροί (<5mm), χοληστερινικοί, χωρίς ασβέστιο. Επίσης θα πρέπει να είναι ανοικτός ο κυστικός πόρος. Περίπου 15% των ασθενών με χολολιθίαση είναι υποψήφιοι γι’ αυτή τη θεραπεία. Η διάλυση των λίθων επιτυγχάνεται στο 50% των επιλεγμένων ασθενών μετά από 2 χρόνια θεραπείας, ενώ, μετά από 5 χρόνια στο 50% η λιθίαση υποτροπιάζει. Για τον λόγο αυτό και δεδομένης της τοξικότητας των χολικών οξέων, ο τρόπος αυτός θεραπείας της χολολιθίασης σπάνια εφαρμόζεται.

Με την λιθοθρυψία προκαλείται θρυμματισμός των χολόλιθων μέσα στη χοληδόχο κύστη, που στη συνέχεια διαλύονται με την χορήγηση χολικών οξέων. Πλήρης εξαφάνιση των χολόλιθων επιτυγχάνεται μετά από 9 μήνες θεραπείας στο 25% των επιλεγμένων ασθενών, όμως μεγάλο ποσοστό υποτροπιάζει. Για το λόγο αυτό σήμερα σπανιότατα εφαρμόζεται.

# Ασυμπτωματική Χολολιθίαση

Πρόκειται για την τυχαία ανακάλυψη χολολιθίασης σ’ έναν ασυμπτωματικό ασθενή, κατά την διάρκεια διαγνωστικής διερεύνησης για κάποιο άλλο λόγο.

Κάθε χρόνο περίπου 2% των ασθενών με ασυμπτωματική χολολιθίαση αναπτύσσουν συμπτώματα, συνήθως κωλικό χοληφόρων ή σπανιότερα επιπλοκές της χολολιθίασης.

Ποια θα πρέπει να είναι η σύσταση σε ασυμπτωματικό ασθενή με χολολιθίαση;

Ο ασθενής αυτός έχει σχετική ένδειξη χειρουργείου, όχι απόλυτη. Δηλαδή, δεν χρειάζεται να υποβληθεί σε προφυλακτική χολοκυστεκτομή, ιδίως αν πρόκειται για άτομο τρίτης ηλικίας, ή/και με συνοδά καρδιοαναπνευστικά ή άλλα προβλήματα που αυξάνουν τον κίνδυνο του χειρουργείου. Η απόφαση υπέρ του χειρουργείου βαρύνει αν: 1) οι λίθοι είναι

διαμέτρου >2εκ. ( διότι πιο συχνά απ’ ότι οι μικροί λίθοι μπορεί να προκαλέσουν οξεία χολοκυστίτιδα) 2) υπάρχει μικρολιθίαση (κίνδυνος οξείας παγκρεατίτιδας 3) η χοληδόχος κύστη είναι αποτιτανωμένη (συχνότερη ανάπτυξη καρκίνου της Χ.Κ.) και 4) ο ασθενής είναι μικρής ηλικίας.

# Οξεία χολοκυστίτιδα

Η οξεία χολοκυστίτιδα ξεκινάει με ένα επεισόδιο κωλικού χοληφόρων, αλλά είναι πιο παρατεταμένη και σοβαρή κατάσταση. Στο 80% των περιπτώσεων αναπτύσσεται μετά από ενσφήνωση λίθου στο θύλακο του Hartman και απόφραξη του κυστικού πόρου. Η εξέλιξη θα εξαρτηθεί: 1) από το αν θα υποχωρήσει η απόφραξη, 2) από την έκταση της δευτερογενούς βακτηριακής εισβολής, 3) από την ηλικία του ασθενούς και 4) από την παρουσία άλλων επιβαρυντικών παραγόντων όπως ο διαβήτης. Ένα μεγάλο ποσοστό υποχωρεί αυτόματα ή με φαρμακευτική αγωγή.

Οι παθολογοανατομική εικόνα συνίσταται σε υπορογόνιο οίδημα, αιμορραγία και κατά τόπους νέκρωση του βλεννογόνου. Ακολουθεί διήθηση από πολυμορφοπύρηνα, με τελική κατάληξη, την ανάπτυξη ίνωσης.

Η οξεία χολοκυστίτιδα μπορεί να υποχωρήσει αυτόματα, όμως τα βασικά στοιχεία της φλεγμονής υποχωρούν μετά από ένα μήνα, ενώ ήπια στοιχεία φλεγμονής μένουν για αρκετούς μήνες. Γάγγραινα και διάτρηση μπορεί να συμβεί κατά την 2η εβδομάδα από την εισβολή, μπορεί όμως να αναπτυχθεί και σύντομα γύρω στην 3η ημέρα.

Το αίτιο που προκαλεί την οξεία χολοκυστίτιδα δεν έχει ξεκαθαρισθεί. Παρ’ ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπάρχει απόφραξη του κυστικού πόρου, σε πειραματικές μελέτες έχει δειχθεί ότι αυτή δεν οδηγεί σε οξεία χολοκυστίτιδα, εκτός αν, η χοληδόχος κύστη είναι γεμάτη με συμπυκνωμένη χολή, ή χολή κορεσμένη με χοληστερόλη.

Έχει αναφερθεί ότι ο τραυματισμός του βλεννογόνου της Χ.Κ. από τους λίθους, οδηγεί σε απελευθέρωση φωσφολιπάσης από τα βλεννογονικά κύτταρα, η οποία μετατρέπει την λεκιθίνη της χολής σε λυσολεκιθίνη που αποτελεί τοξικό παράγοντα που ενοχοποιείται για φλεγμονή.

Τα μικρόβια σίγουρα έχουν κάποιο ρόλο, όμως ο ρόλος τους στα πρώιμα στάδια της οξείας χολοκυστίτιδας είναι μικρός.

Στο 20% των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας δεν υπάρχει χολολιθίαση (αλιθιασική χολοκυστίτιδα). Συμβαίνει συνήθως σε ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλο αίτιο, όπως τραυματίες και ασθενείς που παίρνουν ολική παρεντερική διατροφή. Σπάνια μπορεί να συμβεί λόγω απόφραξης του κυστικού πόρου από άλλο αίτιο (π.χ. όγκος), από απόφραξη της κυστικής αρτηρίας, ή, από πρωτογενή μικροβιακή λοίμωξη από κολοβακτηρίδιο, κλωστρίδια, ή σπάνια από σαλμονέλα τύφου.

Η αλιθιασική χολοκυστίτιδα εξελίσσεται ταχύτατα σε γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα και σηπτικές επιπλοκές, γι’ αυτό χρειάζεται γρήγορη χειρουργική αντιμετώπιση, διότι όσο παραμένει, το ποσοστό θνητότητας αυξάνει.

# Συμπτώματα και Σημεία

* Πόνος στο δεξιό υποχόνδριο που μερικές φορές συνοδεύεται από πόνο στην δεξιά ωμοπλάτη. Η διαφορά του πόνου αυτού από τον κωλικό των χοληφόρων συνίσταται στο ότι ο πόνος αυτός επιμένει. Ναυτία και έμετοι υπάρχουν στο 50% των περιπτώσεων. Ήπιου βαθμού ίκτερος υπάρχει στο 10% των περιπτώσεων και οφείλεται σε επέκταση του οιδήματος και της φλεγμονής στον κοινό ηπατικό πόρο. Ο πυρετός φθάνει 38 – 38.5 0C, ενώ ψηλότερος πυρετός με ρίγος υποδηλώνουν επιπλοκή της χολοκυστίτιδας ή άλλη παθολογία.
* Ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου και μυϊκή αντίσταση.
* Ψηλαφητή χοληδόχος κύστη στο 1/3 των περιπτώσεων (μπορεί να μην είναι εφικτό αν υπάρχει μυϊκή αντίσταση, ενώ δεν υπάρχει σε ίνωση της χοληδόχου κύστης από προηγηθείσες φλεγμονές, που εμποδίζει τη διάτασή της).
* Σημείο Murphy.

# Eργαστηριακά ευρήματα:

* Αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων (12.000 – 15.000) Ο φυσιολογικός αριθμός λευκών δεν είναι σπάνιος, όμως τιμές πάνω από 15.000 δείχνουν επιπλοκή.
* Στο 10% των περιπτώσεων υπάρχει αύξηση της χολερυθρίνης 2-4mg/dl. Μεγαλύτερη αύξηση υποδηλώνει χοληδοχολιθίαση.
* Ήπια αύξηση της ALP μπορεί να συμβεί.
* Σπάνια η αμυλάση του ορού μπορεί να αυξηθεί στις 1000 μονάδες/dl ή περισσότερο, υποχωρεί όμως γρήγορα.
* Εξέταση εκλογής είναι το υπερηχογράφημα που δείχνει εκτός από τους λίθους, πάχυνση του τοιχώματος της Χ.Κ. και περιχολοκυστικό οίδημα. Επίσης μπορεί να εντοπίσει κατά πόσο το σημείο της μεγίστης ευαισθησίας βρίσκεται στη Χ.Κ. (υπερηχογραφικό Murphy).
* To ραδιοϊσοτοπικό σπινθηρογράφημα (π.χ. ΗΙDA) εάν αναδείξει τη Χ.Κ., η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας αποκλείεται εκτός από σπάνιες περιπτώσεις αλιθιασικής χολοκυστίτιδας. Ψευδώς θετικό σπινθηρογράφημα έχουμε σε χοληδόχο χωρίς φλεγμονή αλλά γεμάτη λίθους και σε οξεία παγκρεατίτιδα λιθιασικής αιτιολογίας.

# Δ.Δ.

* Οξύ πεπτικό έλκος με ή χωρίς διάτρηση.
* Οξεία παγκρεατίτιδα (οι δύο παθήσεις μπορεί να συνυπάρχουν).
* Οξεία σκωληκοειδίτιδα (σε ψηλή θέση τυφλού)
* Έμφραγμα μυοκαρδίου
* Πνευμονία βάσης

# Επιπλοκές

Α) Εμπύημα (πυώδης χολοκυστίτις). Ο άρρωστος είναι τοξικός και παρουσιάζει ψηλό πυρετό 39 – 40 0C με ρίγος και λευκοκυττάρωση πάνω από 15.000.

Β) Διάτρηση. Συμβαίνει στο 10% των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας και μπορεί να είναι:

1. Εντοπισμένη με δημιουργία περιχολοκυστικού αποστήματος. Αποτελεί τον πιο κοινό τύπο διάτρησης και η εμφάνισή της συνοδεύεται από χειροτέρευση της κλινικής εικόνας (τοξικότητα, πυρετό 39 – 40 0C, ρίγος ψηλαφητή μάζα στο δεξιό υποχόνδριο). Η θεραπεία συνίσταται σε χολοκυστεκτομή επειγόντως και παροχέτευση του αποστήματος, αν όμως η γενική κατάσταση του αρρώστου δεν το επιτρέπει, μπορεί να γίνει διαδερμική χολοκυστοστομία και παροχέτευση του αποστήματος.
2. Ελεύθερη διάτρηση. Συμβαίνει στο 1 – 2% των αρρώστων, συνήθως τις πρώτες μέρες από την έναρξη της οξείας χολοκυστίτιδας, όταν αναπτύσσεται γάγγραινα πριν η χοληδόχος κύστη απομονωθεί από την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα με την ανάπτυξη συμφύσεων με τα γύρω όργανα. Όταν ασθενής με εντοπισμένο πόνο στο δεξιό υποχόνδριο παρουσιάσει ξαφνικά διάχυτο πόνο και ευαισθησία σ’ όλη την κοιλιά, τότε πιθανότατα έχει συμβεί ελεύθερη διάτρηση. Ο ασθενής αυτός έχει ένδειξη άμεσης λαπαροτομίας και διενέργειας χολοκυστεκτομής αν η γενική κατάσταση το επιτρέπει, διαφορετικά γίνεται χολοκυστοστομία. Όσο πρωιμότερη η εγχείρηση, τόσο καλύτερη η πρόγνωση.
3. Διάτρηση σε κοίλο όργανο και ανάπτυξη χολοκυστο-εντερικού συριγγίου. Αυτό συμβαίνει όταν έχουν αναπτυχθεί συμφύσεις μεταξύ της φλεγμαίνουσας Χ.Κ. και του γειτνιάζοντος κοίλου σπλάχνου (στομάχου, 12/δακτύλου, κόλου), οπότε η διάτρηση γίνεται μέσα στον αυλό του οργάνου αυτού. Το γεγονός αυτό ακολουθείται από ύφεση των συμπτωμάτων, ενώ η παρουσία του συριγγίου δεν δημιουργεί συμπτώματα, εκτός και αν η Χ.Κ. παραμένει ακόμη μερικώς αποφραγμένη. Αν το περιεχόμενο της Χ.Κ. ήταν ένας ή περισσότεροι ευμεγέθεις χολόλιθοι που πέρασαν στο έντερο, είναι δυνατόν να ακολουθήσει ειλεός από χολόλιθο, αν ο λίθος αυτός ενσφηνωθεί σε κάποιο σημείο του ΓΕΣ (συνήθως στην ειλεοτυφλική βαλβίδα ή σε σημείο που υπάρχει στένωση λόγω σύμφυσης). Ο ειλεός αντιμετωπίζεται με επείγουσα εγχείρηση και αφαίρεση του λίθου μετά από εντεροτομή. Παράλληλα ελέγχεται το κεντρικό έντερο για ύπαρξη και άλλων λίθων που μπορεί να δημιουργήσουν υποτροπή του ειλεού μετεγχειρητικά. Στη φάση αυτή δεν υπάρχει ένδειξη χολοκυστεκτομής, θα γίνει όμως σε δεύτερο χρόνο αν συνεχισθούν τα συμπτώματα από τη χοληδόχο κύστη (περίπου στο 30% των περιπτώσεων).

Το συρίγγιο σπάνια δημιουργεί προβλήματα και στη πλειονότητα κλείνει αυτόματα.

Λόγω της κακής γενικής κατάστασης των αρρώστων ο ειλεός από χολόλιθο έχει θνητότητα 20%.

Η δημιουργία χολοκυστο – εντερικού συριγγίου μπορεί να διαγνωσθεί με την απλή ακτινογραφία κοιλίας όπου φαίνεται αέρας στα χοληφόρα.

Στη πλειονότητα των περιπτώσεων το συρίγγιο ανακαλύπτεται τυχαία όταν ο ασθενής χειρουργηθεί για συμπτωματική χολοκυστοπάθεια, οπότε γίνεται χολοκυστεκτομή και σύγκλειση του συριγγίου.

# Θεραπεία

Αρχικά η οξεία χολοκυστίτιδα χρειάζεται ενδοβλέβια υποστήριξη με υγρά ηλεκτρολύτες, αντιβιοτικά και ρινογαστρική αναρρόφηση. Επειδή στο 60% η πάθηση υποχωρεί αυτόματα, η μία θεραπευτική προσέγγιση είναι να αντιμετωπισθεί ο ασθενής συντηρητικά με προοπτική να χειρουργηθεί (χολοκυστεκτομή) σε δεύτερο χρόνο, μετά την ανάρρωσή του, εκτός και αν η κατάσταση δεν υποχωρεί ή αναπτυχθεί επιπλοκή.

Η εναλλακτική λύση είναι η διενέργεια χολοκυστεκτομής στην οξεία φάση, σ’ όλους τους ασθενείς με οξεία χολοκυστίτιδα, εκτός και αν υπάρχει αντένδειξη (π.χ. σοβαρά συνοδά προβλήματα).

Τα πλεονεκτήματα της άμεσης χολοκυστεκτομής στην οξεία φάση είναι:

1. Μείωση κατά 30 ημέρες του συνολικού χρόνου που ο ασθενής πάσχει, μείωση κατά 5-7 ημέρες της νοσοκομειακής νοσηλείας και κατά πολύ του συνολικού κόστους.
2. Τα τεχνικά προβλήματα και οι επιπλοκές δεν είναι περισσότερες με την πρώιμη χειρουργική αντιμετώπιση, απ’ ότι με την απώτερη.
3. Η θνητότητα είναι μικρότερη με την πρώιμη χολοκυστεκτομή, διότι, όταν η συντηρητική αντιμετώπιση αποτύχει ή αναπτυχθεί επιπλοκή, η εγχείρηση θα γίνει με επιβαρημένη τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Περίπου στο 30% των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας, η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει χειρουργείο, οπότε η εγχείρηση αναβάλλεται έως ότου ρυθμισθούν τα συνοδά προβλήματα, εκτός και αν η κατάσταση χειροτερεύει, οπότε πρέπει να δοθεί λύση με άλλο τρόπο (π.χ. χολοκυστοστομία διαδερμικά). Περίπου 10% των ασθενών χρειάζονται επειγόντως εγχείρηση λόγω επιπλοκών ή λόγω αλιθιασικής χολοκυστίτιδας.

Στο χειρουργείο, εκτός της χολοκυστεκτομής, όταν υπάρχει υποψία ύπαρξης λίθου στο χοληδόχο πόρο (15% των ασθενών με οξεία χολοκυστίτιδα), θα πρέπει ταυτόχρονα να γίνεται και διεγχειρητική χολαγγειογραφία και ανάλογα διενέργεια διερεύνησης του χοληδόχου πόρου.

Ασθενείς με βαριά χολοκυστίτιδα και συνοδά προβλήματα που δεν επιτρέπουν την επείγουσα χολοκυστεκτομή, μπορεί να υποβληθούν σε διαδερμική χολοκυστοστομία, δηλαδή σε τοποθέτηση καθετήρα στη χοληδόχο κύστη κάτω από U/S ή CT-scan καθοδήγηση, οπότε παροχετεύεται το περιεχόμενο της χοληδόχου κύστης (χολή ή πύον ) και η φλεγμονή υποχωρεί. Η χολοκυστεκτομή θα πρέπει να γίνει σε δεύτερο χρόνο, διότι τη στιγμή που παραμένουν οι χολόλιθοι, σίγουρα θα υπάρξουν μελλοντικές προσβολές.

# Πρόγνωση.

Η συνολική θνητότητα της οξείας χολοκυστίτιδας είναι 5% και αφορά άτομα άνω των 60 ετών με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα ή άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η μη ελεγχόμενη σήψη με περιτονίτιδα ή αποστήματα είναι οι τοπικοί παράγοντες που ευθύνονται για τους θανάτους.

# Εμφυσηματική Χολοκυστίτιδα (Ε.Χ)

Πρόκειται για σπάνια παθολογική κατάσταση, όπου υπάρχουν φυσαλίδες αέρα από αναερόβιο φλεγμονή στον αυλό της Χ.Κ., στο τοίχωμα, στον περιχολοκυστικό χώρο και σπάνια στα χολαγγεία. Τα κλωστρίδια είναι οι συνηθέστεροι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί, αλλά και το κολοβακτηρίδιο και οι αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι μπορεί να ευθύνονται. Το 20% των ασθενών πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ στους άνδρες η συχνότητα εμφάνισης είναι τριπλάσια αυτής των γυναικών. Στην Ε.Χ. έχουμε βακτηριακή λοίμωξη ευθύς εξ αρχής σε αντίθεση με την κοινή οξεία χολοκυστίτιδα, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει λιθίαση της Χ.Κ.

Η Ε.Χ. αρχίζει ξαφνικά με οξύ πόνο στο δεξιό υποχόνδριο που γρήγορα αυξάνει σε ένταση, ψηλό πυρετό και λευκοκυττάρωση. Ο ασθενής είναι γενικά πιο τοξικός απ’ ότι αυτός με απλή οξεία χολοκυστίτιδα.

Στην απλή ακτινογραφία κοιλιάς φαίνεται αέρας που περιγράφει το τοίχωμα της Χ.Κ. και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να φανεί στον αυλό της υδραερικό επίπεδο. Η κλινική εικόνα και τα ευρήματα στην απλή ακτινογραφία κοιλιάς βάζουν τη διάγνωση, ενώ σε αμφιβολία, βοηθάει η αξονική τομογραφία. Η θεραπεία συνίσταται στην εφαρμογή γενικών υποστηρικτικών μέτρων (ΙV υγρά, μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών για κλωστρίδια κλπ μικρόβια) και επείγουσα χολοκυστεκτομή ή επί αντένδειξης χολοκυστοστομία διαδερμικά.

Η θνητότητα είναι ψηλότερη απ’ ότι στην απλή οξεία χολοκυστίτιδα.

# Οξεία Χολαγγειΐτιδα

Πρόκειται για βακτηριακή φλεγμονή των χοληφόρων που πάντοτε υποδηλώνει απόφραξη, καθ’ όσον σε απουσία απόφραξης, ακόμα και βαριά βακτηριακή μόλυνση των χολαγγείων δεν προκαλεί συμπτώματα. Η απόφραξη συνήθως είναι μερική μπορεί όμως να είναι και πλήρης και προκαλείται από λίθο, στένωση ή νεόπλασμα. Άλλες λιγότερο συχνές αιτίες μπορεί να είναι η χρόνια παγκρεατίτιδα, η στένωση στο φύμα του Vater η παγκρεατική ψευδοκύστη, το εκκόπλωμα του 12δακτύλου, η συγγενής κύστη του χοληδόχου πόρου και η παρασίτωση, ενώ μπορεί να προκληθεί ιατρογενώς με τη διενέργεια χολαγγειογραφίας από το σωλήνα Τ (Kehr) ή με την διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία. Βέβαια κάθε απόφραξη δεν συνοδεύεται από χολαγγειΐτιδα παρά μόνο σε περιπτώσεις που τα χοληφόρα έχουν αποικισθεί από μικρόβια. Γι’ αυτό, μόνο το 15% των νεοπλασματικών αποφράξεων συνοδεύονται από χολαγγειΐτιδα.

Με την απόφραξη αυξάνει η πίεση μέσα στα χολαγγεία και τα μικρόβια που πολλαπλασιάζονται και αυξάνουν με τη στάση, εισέρχονται στη συστηματική κυκλοφορία μέσω των ηπατικών κολποειδών. Είναι λοιπόν προφανές ότι η χολαγγειογραφία, επειδή αυξάνει την πίεση μέσα στα χοληφόρα, είναι επικίνδυνη και δεν θα πρέπει να γίνεται στην οξεία φάση της χολαγγειΐτιδας.

# Κλινική εικόνα

Κωλικός χοληφόρων, ίκτερος και πυρετός με ρίγος (τριάδα Charcot), είναι η χαρακτηριστική κλινική εικόνα της οξείας χολαγγειΐτιδας και εμφανίζεται πλήρης στο 70% των περιπτώσεων. Συνοδεύεται από λευκοκυττάρωση, αύξηση της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης. Οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί κατά σειρά συχνότητας είναι το κολοβακτηρίδιο, η κλεμπσιέλλα, η ψευδομανάδα, οι εντερόκοκκοι και ο πρωτέας. Η παρουσία αναερόβιων (vacteroides fragilis κλπ) που βρίσκονται στο 25% των περιπτώσεων συσχετίζεται με προηγηθείσες επεμβάσεις στα χοληφόρα (κυρίως χολοπεπτική αναστόμωση) και βαρύτερη κλινική εικόνα. Στο 50% των περιπτώσεων απομονώνονται δύο μικρόβια στις καλλιέργειες, σε περίπτωση δε βακτηριαιμίας, τα μικρόβια που απομονώνονται στο αίμα είναι τα ίδια με αυτά της χολής.

Για τις βαριές περιπτώσεις χολαγγειΐτιδας όπου οι κλινικές εκδηλώσεις από τη σήψη καλύπτουν αυτές από τα χοληφόρα, χρησιμοποιείται ο όρος «πυώδης χολαγγειΐτιδα», της οποίας η χαρακτηριστική κλινική εικόνα συνίσταται σε κοιλιακό πόνο, ίκτερο, πυρετό με ρίγος, διανοητική σύγχυση ή λήθαργο και shock ( πεντάδα Reynold). Επειδή δε προεξάρχουν τα συμπτώματα της σήψης έναντι αυτών των χοληφόρων, η διάγνωση πολλές φορές διαφεύγει.

# Θεραπεία

Η ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών ελέγχει την πλειονότητα των περιπτώσεων σε συνδυασμό με τα γενικά υποστηρικτικά μέτρα.

Η πυώδης χολαγγειΐτιδα, ή αυτή που δεν υποχωρεί με τα αντιβιοτικά, χρειάζεται επειγόντως παροχέτευση του χοληδόχου πόρου (επείγουσα ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή ή επί αδυναμίας, χειρουργική παροχέτευση εφ’ όσον το αίτιο είναι λιθίαση. Σε περίπτωση νεοπλασματικής απόφραξης, χρειάζεται παροχέτευση μέσω διαδερμικής διηπατικής τοποθέτησης καθετήρα στο χοληδόχο πόρο).

Επείγουσα παροχέτευση χρειάζεται το 10% των περιπτώσεων, ενώ, στο 90% η χολαγγειΐτιδα υποχωρεί με τα αντιβιοτικά και μετά από διερεύνηση αποφασίζεται η ενδοσκοπική ή χειρουργική αντιμετώπιση του αιτίου.

# Χοληδοχολίαση

Το 15% των ασθενών με χολολιθίαση έχουν και πέτρες στα χολαγγεία, ενώ μόνο το 5% των ασθενών με λιθίαση των πόρων δεν έχει πέτρες στη χοληδόχο κύστη. Οι λίθοι των χολαγγείων μπορεί να δημιουργήθηκαν εξ αρχής σ’ αυτά (πρωτογενής λιθίαση χολαγγείων), είναι δε οι λίθοι αυτοί συνηθέστερα χολερυθρινικοί, ή, μπορεί να μετανάστευσαν από τη χοληδόχο κύστη που είναι και το συνηθέστερο (δευτερογενής λιθίαση χολαγγείων) και οι οποίοι είναι είτε χοληστερινικοί (στην πλειονότητα), είτε χολερυθρινικοί. Στο 60% οι λίθοι των

χολαγγείων είναι χοληστερινικοί και στο 40% χολερυθρινικοί. Η παρουσία χολερυθρινικών λίθων στο χοληδόχο πόρο συνοδεύεται από βαρύτερη κλινική εικόνα.

# Παθοφυσιολογικά επακόλουθα

Είναι δυνατόν να υπάρχουν για χρόνια λίθοι στο Χ.Π. και τα πιθανώς δημιουργούμενα μηχανικά προβλήματα να αντιρροπούνται, έτσι ώστε εκτός από μια διάταση του πόρου, να μην υπάρχει άλλη εκδήλωση. Επειδή όμως κάθε λίθος μέσα στο Χ.Π. τείνει να αποβληθεί προς το έντερο, αυτό δημιουργεί τις διάφορες εκδηλώσεις.

Όπως είναι γνωστό, ο Χ.Π. στα τελευταία 1-2 cm έχει εύρος περίπου 2-3 mm, είναι δηλαδή σημαντικά στενότερος από το υπερκείμενο τμήμα του (του οποίου το εύρος κυμαίνεται από 5- 6mm μέχρι 10-11mm το ανώτερο φυσιολογικό όριο) . Οπότε, πολλοί λίθοι που μπορούν να περάσουν με ευχέρεια το ευρύ τμήμα του Χ.Π., τείνουν να εμβολισθούν στο τελικό τμήμα του, με επακόλουθο την απόφραξη του πόρου. Το παράδοξο είναι ότι η απόφραξη συνήθως δεν είναι πλήρης, αλλά μερική ή διαλείπουσα.

Στη συνέχεια, ένα μεγάλο ποσοστό λίθων μετά από μια θορυβώδη πορεία (κωλικός, ίκτερος), καταφέρνει να περάσει στο 12/δάκτυλο, οπότε τα συμπτώματα υποχωρούν άμεσα.

Μπορεί όμως ο λίθος να μην καταφέρει να περάσει αφ’ ενός λόγω μεγέθους και αφ’ εταίρου διότι ο εμβολισμός του προκαλεί ταυτόχρονα σπασμό του σφιγκτήρα του Oddi και οίδημα στην περιοχή, οπότε η διέλευσή του γίνεται ακόμη πιο προβληματική. Στην περίπτωση αυτή αυξάνει γρήγορα η ενδοαυλική πίεση στα χοληφόρα, η οποία όταν υπερβεί τα 35 cm HO, προκαλεί αναστολή έκκρισης χολής με επακόλουθο αποφρακτικό ίκτερο, συνεχώς επιδεινούμενο.

Μια άλλη εκδοχή είναι, ο λίθος να προκαλεί ατελή ``χρόνια`` απόφραξη του Χ.Π., που σημαίνει ότι ο λίθος εμποδίζει την ομαλή ροή της χολής στο 12/δάκτυλο αφ’ ενός λόγω της παρουσίας του, αφ’ εταίρου λόγω των αλλοιώσεων που μπορεί να προκληθούν τόσο στο τοίχωμα του πόρου, όσο και στο σφιγκτήρα του Oddi (οίδημα, φλεγμονή, ουλώδεις στενώσεις). Επακόλουθο αυτών είναι η διάταση του πόρου κεντρικότερα της απόφραξης και η χρόνια στάση χολής στα εξωηπατικά και ενδοηπατικά χοληφόρα.

Ένα άλλο επίσης σημαντικό ποσοστό λίθων, δεν μπορεί λόγω μεγέθους να μπει καν στο στενό τμήμα του Χ.Π., οπότε παλινδρομεί ελεύθερα προς τα πάνω και προς τα κάτω παραμένοντας στο υπερκείμενο ευρύ τμήμα του Χ.Π.. Άρα, η παρουσία λίθου/ων μέσα στο Χ.Π., μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ατελή (συνήθως), ή την πλήρη απόφραξη, ή τίποτα.

# Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της χοληδοχολιθίασης εξαρτάται από την συμπεριφορά του/των λίθου/ων μέσα στον πόρο.

Το 50% των ασθενών με χοληδοχολιθίαση παραμένει χωρίς συμπτώματα ενώ οι λοιποί μπορεί να εμφανίσουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα και σημεία που προξενούνται από απόφραξη της ροής της χολής ή του παγκρεατικού υγρού. Κωλικός χοληφόρων, ίκτερος με υπέρχρωση ούρων και (σε πλήρη απόφραξη) αποχρωματισμό κοπράνων, παγκρεατίτιδα, ενδεχομένως συνδυαζόμενα με σημεία φλεγμονής (χολαγγειΐτιδα). Ο κωλικός των χοληφόρων οφείλεται σε ταχεία αύξηση της πίεσης στα χοληφόρα λόγω της απόφραξης. Ο μηχανισμός πρόκλησης είναι ίδιος ανεξάρτητα αν η απόφραξη έχει γίνει στον χοληδόχο πόρο ή στον αυχένα της χοληδόχου κύστης. (οπότε στην δεύτερη περίπτωση αυξάνει η πίεση μέσα στον αυλό της Χ.Κ.). Για τον λόγο αυτό δεν μπορεί να ξεχωρίσει κανείς αν πρόκειται για απόφραξη του Χ.Π ή της Χ.Κ. Ο πόνος έχει ίδια εντόπιση, κατανομή και αντανάκλαση. Αν όμως συνοδευτεί από διαλείποντα πυρετό με ρίγος ή ίκτερο, σε συνδυασμό με παροδική υπέρχρωση ούρων με ή χωρίς αποχρωματισμό κοπράνων, τότε μάλλον πρόκειται για χοληδοχολιθίαση. Σε χρονίζουσα απόφραξη εμφανίζεται και κνησμός, πιο έντονος στα άκρα απ’ ότι στον κορμό και ο οποίος εμφανίζεται συνήθως όταν κάνει ζέστη και το άτομο ιδρώνει. Πάντως, ο κνησμός εμφανίζεται συχνότερα σε απόφραξη από νεόπλασμα. Κατά την ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου υπάρχει ευαισθησία αλλά ηπιότερη απ’ ότι στην οξεία χολοκυστίτιδα, μπορεί όμως να υπάρχει ευαίσθητο διογκωμένο ήπαρ. Ψηλαφητή χοληδόχος κύστη δεν είναι σύνηθες εύρημα στον αποφρακτικό ίκτερο από λιθίαση διότι η απόφραξη είναι συνήθως μερική και παροδική και επιπλέον λόγω της ίνωσης η Χ.Κ. γίνεται ανελαστική, χωρίς δυνατότητα ιδιαίτερης διάτασης, σε αντίθεση με την απόφραξη από Ca. Για τους ίδιους λόγους και η διάταση του κοινού ηπατικού κεντρικά της απόφραξης από λίθο, δεν φθάνει τις τεράστιες διαστάσεις των νεοπλασματικών αποφράξεων.

# Εργαστηριακά Ευρήματα

Λευκοκυττάρωση 15.000-20.000 ή και περισσότερο είναι συνήθης

Αύξηση χολερυθρίνης παρατηρείται μέσα στο πρώτο 24ωρο από την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Συνήθως το επίπεδο της παραμένει κάτω των 10 mg/dl, με συνήθεις τιμές 2-4 mg/dl. Κυριαρχεί η άμεση χολερυθρίνη, αλλά συνήθως αυξάνει και η έμμεση. Οι τιμές της χολερυθρίνης δεν φθάνουν τα επίπεδα των αποφράξεων από κακοήθεις παθήσεις, διότι η απόφραξη από λιθίαση είναι ατελής και παροδική, προκαλώντας διαλείποντα ίκτερο που αποτελεί χαρακτηριστικό διαφοδιαγνωστικό γνώρισμα μεταξύ κακοήθους (λιθιασικής) και κακοήθους απόφραξης. Η αλκαλική φωσφατάση (ALP) αυξάνει επίσης και μπορεί να είναι η μόνη βιοχημική διαταραχή σε απόφραξη χωρίς ίκτερο. Όταν η απόφραξη λυθεί, η ALP θα επανέλθει στο φυσιολογικό σε 1-2 εβδομάδες όπως και η χολερυθρίνη, ενώ παραμένει αυξημένη αν η απόφραξη δεν λυθεί τελείως. Μέσου επιπέδου αύξηση παρατηρείται και στη SGOT και SGPT, σπάνια δε, το επίπεδο της SGOT θα φθάσει παροδικά της 1000 μονάδες.

Οι ακτινοσκιεροί χολόλιθοι μπορεί να φανούν στην απλή ακτινογραφία κοιλιάς ή το CT-scan. Το U/S θα δείξει τους λίθους στη Χ.Κ και (ανάλογα με το βαθμό απόφραξης) την διάταση των χολαγγείων κεντρικά. Όμως U/S και CT δεν έχουν ευαισθησία στο να αναδείξουν τους λίθους στο χοληδόχο πόρο. H μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP), αποτελεί μια μη επεμβατική εξέταση για εκτίμηση του χοληφόρου δένδρου και του παγκρεατικού πόρου και η οποία λόγω της ακρίβειάς της κερδίζει συνεχώς έδαφος. Η εξέταση εκλογής για ανάδειξη του επιπέδου της απόφραξης είναι η ERCP, μέσω της οποίας μπορεί να αφαιρεθούν και οι λίθοι από το χοληδόχο πόρο, οπότε στη συνέχεια, να υποβληθεί ο ασθενής σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Βέβαια η ERCP σαν επεμβατική μέθοδος έχει και επιπλοκές (χολαγγειίτιδα, παγκρεατίτιδα, ρήξη 12δακτύλου), για το λόγο αυτό, τελευταία, όπου υπάρχει η δυνατότητα και η εμπειρία, προηγείται η MRCP και αν βρεθεί πρόβλημα στο χοληδόχο πόρο, ακολουθεί η ERCP προκειμένου να δώσει λύση στο πρόβλημα. Βέβαια στη διάρκεια του χειρουργείου της χολοκυστεκτομής, μπορεί να γίνει διεγχειρητική χολαγγειογραφία δια του κυστικού πόρου, για έλεγχο του χοληδόχου πόρου..

# Διαφορική Διάγνωση

Αμυλάση όρου πάνω από 500 μονάδες/dl μπορεί να οφείλεται σε οξεία παγκρεατίτιδα, οξεία χολοκυστίτιδα ή χοληδοχολιθίαση. Ο συνδυασμός και με άλλες εκδηλώσεις παγκρεατικής νόσου οδηγούν στην διάγνωση της παγκρεατίτιδας.

Η αλκοολική κίρρωση ή η οξεία αλκοολική ηπατίτιδα μπορεί να εμφανιστούν με ίκτερο, ευαισθησία στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας και λευκοκυττάρωσης. Η Δ.Δ από την χολαγγειΐτιδα είναι αδύνατη με μόνο την κλινική εικόνα. Ιστορικό πρόσφατης κατάχρησης αλκοόλ υποδηλώνει οξύ ηπατικό πρόβλημα. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με βιοψία ήπατος διαδερμικά. Ενδοηπατική χολόσταση από: φάρμακα, εγκυμοσύνη, χρόνια ενεργό ηπατίτιδα ή πρωτοπαθή χολική κίρρωση δύσκολα θα διαφοροδιαγνωσθούν από την εξωηπατική απόφραξη και μόνο η ERCP θα βάλει την διάγνωση και κυρίως, εάν το U/S δεν αναδείξει χολολιθίαση. Ίκτερος που παραμένει για 4-6 εβδομάδες, πιθανότατα οφείλεται σε μηχανικό πρόβλημα, διότι συνήθως, ασθενείς με ενδοηπατική χολόσταση βελτιώνονται στο διάστημα αυτό, εκτός και αν η χολαγγειογραφία (ERCP) αποκλείσει την απόφραξη των βασικών χολαγγείων.

Διαλείπων ίκτερος και χολαγγειΐτιδα μετά χολοκυστεκτομή συνηγορεί για παραμονή λίθου στον χοληδόχο πόρο ή στένωση, οπότε χρειάζεται ERCP. Διαλείποντα ίκτερο με ή χωρίς χολαγγειΐτιδα, μπορεί να προκαλέσει και η ρήξη εχινόκοκκου κύστης ήπατος στα χοληφόρα.

Αντίθετα, ο όγκος των χοληφόρων, συνήθως προκαλεί προοδευτικά επιτεινόμενο ίκτερο, δίχως κωλικό ή πυρετό. Ο ίκτερος φθάνει σε πολύ ψηλά επίπεδα (>15mg/dl), πολύ σπάνια υποχωρεί, ενώ, το μέγεθος του πόρου κεντρικά της απόφραξης φθάνει σε τεράστιες διαστάσεις. Μόνο ο όγκος του φύματος του Vater μπορεί στα αρχικά μόνο στάδια να προκαλέσει διαλείποντα ίκτερο, λόγω νέκρωσης τμήματος του όγκου που προκαλεί την απόφραξη, οπότε απελευθερώνεται προσωρινά το αποφραγμένο τμήμα του Χ.Π..

# Επιπλοκές

Ενδοηπατικά αποστήματα σε μακρά παραμονή λοίμωξης στα χοληφόρα. Ηπατική

ανεπάρκεια ή δευτεροπαθής χολική κίρρωση μπορεί να αναπτυχθεί σε παραμένουσα μακρόχρονη απόφραξη. Επειδή δε η απόφραξη συνήθως είναι διαλείπουσα και ατελής, η κίρρωση θα αναπτυχθεί μετά από αρκετά χρόνια παραμονής του αποφρακτικού αιτίου χωρίς θεραπεία.

Η οξεία παγκρεατίτιδα αποτελεί επίσης μια συνήθη επιπλοκή της λιθίασης των χοληφόρων. Σπάνιες επιπλοκές αποτελούν: η αιμοχολία και η διάβρωση του τοιχώματος του Χ.Π. λόγω

πίεσης από λίθο, στο επίπεδο του φύματος του Vater και η είσοδος στο 12/δάκτυλο του λίθου ο οποίος εάν είναι ευμεγέθης, μπορεί να προκαλέσει ειλεό από χολόλιθο.

# Θεραπεία

Ο τυπικός ασθενής με χοληδοχολιθίαση εμφανίζεται με κλινική εικόνα χολαγγειΐτιδας. Το U/S δείχνει χολολιθίαση. Ο ασθενής αυτός χρειάζεται χολοκυστεκτομή και διερεύνηση του χοληδόχου πόρου (Δ.Χ.Π.), εφ’ όσον με την διεγχειρητική χολαγγειογραφία δια του κυστικού πόρου, ή με το διεγχειρητικό U/S, αναδειχθούν λίθοι στο Χ.Π. Η διεγχειρητική χολαγγειογραφία θα δώσει πληροφορίες: για την ανατομία του χοληφόρου δένδρου, για την ύπαρξη ή όχι στενώσεων, σκιαγραφικών ελλειμμάτων (λίθοι κλπ) καθώς και για την βατότητα του σκιαγραφικού μέσω του φύματος του Vater προς το 12/δάκτυλο.

Η ΔΧΠ συνίσταται σε διάνοιξη επιμήκη του χοληδόχου πόρου, αφαίρεση των λίθων (με έκπλυση με φυσιολογικό ορό, με λιθολαβίδες, με καθετήρα Fogarty) και σύγκλιση του ανοίγματος του πόρου με ράμματα. Για καλύτερο έλεγχο του χοληδόχου πόρου και των χολαγγείων, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το χοληδοχοσκόπιο. Οι χειρισμοί για τον καθαρισμό του χοληδόχου πόρου μπορεί να προκαλέσουν οίδημα στην περιοχή του Vater με αποτέλεσμα δυσκολία στην εύκολη διέλευση της χολής προς το 12/δάκτυλο οπότε θα αυξηθούν οι πιέσεις μέσα στο χοληδόχο πόρο ( ατελής απόφραξη) και υπάρχει κίνδυνος διαφυγής χολής από την περιοχή συρραφής του Χ.Π προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Για αποφυγή του γεγονότος αυτού και προκειμένου να υπάρχει η δυνατότητα μετεγχειρητικής χολαγγειογραφίας, η σύγκλειση του ανοίγματος του Χ.Π. γίνεται μετά από τοποθέτηση ενός σωλήνα Τ (Kehr), του οποίου το οριζόντιο σκέλος βρίσκεται μέσα στο X.Π και το κάθετο φέρεται έξω, μέσω του κοιλιακού τοιχώματος. Με τον τρόπο αυτόν η χολή του Χ.Π ρέει αφ’ ενός προς το 12/λο αλλά και προς τα έξω, μέσω του σωλήνα Τ με αποτέλεσμα τη διατήρηση χαμηλών πιέσεων στο Χ.Π.. Ακολουθεί μια νέα χολαγγειογραφία στο χειρουργείο και εφ’ όσον όλα είναι καλά, κλείνεται ο ασθενής.

Η χολαγγειογραφία επαναλαμβάνεται περίπου 7-10 ημέρες μετά και εφ’ όσον είναι καλή, αρχίζει προοδευτικά να κλείνεται ο σωλήνας Τ, οπότε η χολή διοχετεύεται όλη μέσω της φυσιολογικής οδού στο 12/λο, όταν 1-2 ημέρες μετά τη χολαγγειογραφία έχει κλεισθεί τελείως ο σωλήνας Τ. Ο σωλήνας Τ αφήνεται στη θέση του (κλειστός) έως ότου εξασφαλισθεί ότι έχει αναπτυχθεί στεγανός πόρος γύρω από το σωλήνα καθ’ όλο το μήκος του, οπότε ο σωλήνας αφαιρείται με ένα απλό τράβηγμα ( η δημιουργία του πόρου γύρω από το σωλήνα αποτελεί την προσπάθεια του οργανισμού να απομονώσει το ξένο αυτό σώμα από την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα).

Μετά την αφαίρεση του σωλήνα, μια μικρή ποσότητα χολής μπορεί να διαφεύγει για 1-2 ημέρες από το δερματικό στόμιο του πόρου (σημείο του δέρματος απ’ όπου έβγαινε ο σωλήνας), γρήγορα όμως σταματάει, μια και τα τοιχώματα του πόρου συμπίπτουν μετά την αφαίρεση του σωλήνα και χρειάζονται αυξημένες πιέσεις μέσα στο σύστημα προκειμένου να φθάσει η χολή στο δερματικό στόμιο. Γι’ αυτό, η χολή προτιμάει τον ευκολότερο δρόμο μέσω του φύματος του Vater προς το 12/δακτυλο. Αν χολή εξακολουθεί να ρέει για αρκετές ημέρες από το δερματικό στόμιο μετά την αφαίρεση του σωλήνα Τ, σημαίνει ότι υπάρχουν αυξημένες πιέσεις στο χοληφόρο σύστημα, μάλλον αποτέλεσμα απόφραξης, συνήθως από παραμένοντα λίθο που διέφυγε στο χειρουργείο αλλά και που δεν εντοπίσθηκε με τις δια του Kehr χολαγγειογραφίες. Στην περίπτωση αυτή η αφαίρεση του λίθου /ων, θα γίνει είτε μέσω ERCP είτε μέσω του πόρου του σωλήνα Τ με ειδικό καθετήρα που έχει στην άκρη του

``καλάθι``, 4-6 εβδομάδες αργότερα.

Σε περίπτωση που στο χειρουργείο διαπιστωθεί ότι υπάρχει λίθος ενσφηνωμένος στο φύμα Vater και δεν μπορεί να αποκολληθεί, μπορεί να γίνει διάνοιξη του 12/δάκτυλου και διενέργεια σφιγκτηροτομής στο σφιγκτήρα του Oddi (χειρουργική σφιγκτηροτομή), αφαίρεσης του λίθου και σφιγκτηροπλαστικής (τοποθέτηση ραμμάτων στα χείλη της τομής). Εναλλακτική λύση (σε ηλικιωμένα και βεβαρημένα άτομα) αποτελεί η διενέργεια χολοπεπτικής αναστόμωσης [αναστόμωση του ανοίγματος του πόρου ή με το 12/δάκτυλο (χοληδόχο-12/δακτυλοστόμια) ή με τη νήστιδα (χοληδόχο-νηστιδική αναστόμωση)]. Χολοπεπτική αναστόμωση ή σφιγκτηροτομή θα πρέπει να γίνει και στην περίπτωση που υπάρχει στένωση στο σφιγκτήρα του Oddi λόγω ίνωσης από χρόνιες φλεγμονές συνεπεία της χοληδοχολιθίασης.

Σήμερα τόσο η χολοκυστεκτομή όσο και η ΔΧΠ μπορεί να γίνουν λαπαροσκοπικά. Η λαπαροσκοπική ΔΧΠ μπορεί να γίνει είτε μέσω του κυστικού πόρου, ή με χοληδοχοτομή (όπως και με την ανοικτή μέθοδο), εφ’ όσον ο Χ.Π είναι διατεταμένος (>1,5cm). Εναλλακτικά, εάν δεν υπάρχει εμπειρία στη λαπαροσκοπική ΔΧΠ, μπορεί να γίνει ο καθαρισμός του Χ.Π.

μετά από ERCP και σφιγκτηροτομή και στη συνέχεια να γίνει η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή.

Ασθενής με χοληδοχολιθίαση που έχει υποβληθεί στο παρελθόν σε χολοκυστεκτομή, θα αντιμετωπισθεί καλύτερα με ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή. Συγκεκριμένα γίνεται ERCP, καθετηριάζεται το φύμα του Vater και γίνεται τομή 1cm στον σφιγκτήρα του Oddi μέσω σύρματος διαθερμίας. Το άνοιγμα αυτό επιτρέπει τη διάβαση των λίθων από την Χ.Π. στο 12/δάκτυλο. Αν όμως οι λίθοι είναι >2 εκατοστά δεν μπορεί να αφαιρεθούν, οπότε, ή θα σπάσουν μέσω ειδικού καθετήρα, ή, ο ασθενής θα υποβληθεί σε λαπαροτομία και χειρουργική ΔΧΠ. Σε περίπτωση λιθίασης των ενδοηπατικών πόρων και στένωσης λόγω χρόνιας παραμονή των λίθων, οι λίθοι δεν μπορούν να αφαιρεθούν, οπότε μπορεί να χρειασθεί εκτομή του προσβεβλημένου λοβού προκειμένου να λυθεί το πρόβλημα.

# Σύνδρομο μετά από χολοκυστεκτομή

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για ασθενείς που εξακολουθούν να παρουσιάζουν συμπτώματα μετά από τη χολοκυστεκτομή. Η συνήθης αιτία της μη υποχώρησης των ενοχλημάτων μετά το χειρουργείο, είναι η λανθασμένη προεγχειρητική διάγνωση της χρόνιας χολοκυστοπάθειας.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι, το μόνο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της χρόνιας χολοκυστίτιδας είναι ο κωλικός των χοληφόρων και αυτό το σύμπτωμα οφείλει να περάσει μετά τη χολοκυστεκτομή. Συμπτώματα όπως δυσπεψία, δυσανεξία στα λιπαρά, ερυγές, φουσκώματα κλπ., μπορεί να παραμείνουν και μετά την χολοκυστεκτομή, καθ’ όσον μπορεί να οφείλονται σε άλλα, συνήθως μη οργανικά αίτια και όχι στη χολολιθίαση. Η παρουσία όμως έντονου πόνου είναι πιθανό να οφείλεται σε οργανικό αίτιο. Ο συνδυασμός δε με διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας, με ίκτερο ή με χολαγγειΐτιδα, μπορεί να υποδηλώνει παραμονή προβλήματος στα χοληφόρα, οπότε χρειάζεται διερεύνηση με ERCP. Συνηθέστερα αίτια αποτελούν η χοληδοχολιθίαση, η στένωση του Χ.Π. και η χρόνια παγκρεατίτιδα. Επίσης η δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi μπορεί να ευθύνεται για τον πόνο και θα πρέπει να ερευνηθεί με μανομετρία του Χ.Π. Η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή μπορεί να λύσει το πρόβλημα του πόνου στην συγκεκριμένη περίπτωση.

# Καλοήθεις όγκοι ή ψευδοόγκοι της χοληδόχου κύστης

Διάφορες βλάβες μπορεί να εμφανισθούν στην χολοκυστογραφία ή στο U/S, στο τοίχωμα της Χ.Κ. Η Δ.Δ. από λίθους βασίζεται στο κατά πόσο αλλάζουν θέση με την αλλαγή της στάσης του σώματος του ασθενή, μια και οι λίθοι δεν είναι καθηλωμένοι στο τοίχωμα.

# Πολύποδες

Συνήθως δεν πρόκειται για αληθή νεοπλάσματα αλλά για χοληστερινικούς πολύποδες που αποτελούν μια μορφή χοληστερόλωσης. Συγκεκριμένα πρόκειται για σύμπλεγμα μακροφάγων γεμάτων λιπίδια, που βρίσκονται στον υποβλεννογόνιο (λιποφόρα θηλώματα). Δεν έχει ξεκαθαρισθεί κατά πόσο η κατάσταση αυτή προδιαθέτει σε μελλοντική λιθίαση, ή κατά πόσο ευθύνεται για πόνους, ή αυτοί είναι αποτέλεσμα λειτουργικής διαταραχή της Χ.Κ..

Φλεγμονώδεις πολύποδες σπάνια μπορεί να αναπτυχθούν στη Χ.Κ..

Αδενωματώδεις πολύποδες με μίσχο που αποτελούν αληθή νεοπλάσματα μπορεί να αναπτυχθούν στη Χ.Κ και οι οποίοι μπορεί να είναι θηλώδεις ή μη θηλώδεις ιστολογικά. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αδενωματωδών πολυπόδων της Χ.Κ., που συνδυάζονται με καρκίνο in situ.

Πολύποδες που ξεπερνούν σε διάμετρο το 1εκ, είναι ύποπτοι για καρκίνο.

# Αδενομυωμάτωση της Χ.Κ.

Πρόκειται για σπάνια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των αδένων της Χ.Κ. αλλά και γενικά του μυϊκού τοιχώματός της. Συνώνυμα της κατάστασης αυτής αποτελούν η αδενομύωση της Χ.Κ., η αδενωματώδης υπερπλασία, η υπερπλαστική χολοκυστίτιδα και η εκκολπωμάτωση της Χ.Κ..

Παρ’ ότι συνήθως η κατάσταση αυτή είναι ασυμπτωματική, εν τούτοις μπορεί να ευθύνεται για πόνο στην άνω κοιλιά.

Στη χολοκυστογραφία παρουσιάζεται με την εικόνα μιας ελαφράς ενδοτοιχωματικής κάμψης, η οποία συχνά εμφανίζει κεντρική ομφαλοποίηση. Τα στοιχεία αυτά συνήθως εντοπίζονται στον πυθμένα της Χ.Κ., μπορεί όμως και οπουδήποτε.

Η θεραπεία συνίσταται σε χολοκυστεκτομή.

# Πορσελανοειδής - αποτιτανωμένη - Χ.Κ.

Αποτελεί συνήθως εύρημα στην απλή ακτινογραφία της κοιλιάς, που γίνεται για άτυπα ενοχλήματα της περιοχής, ή, για κάποιο άλλο λόγο.

Συνήθως πρόκειται για εναπόθεση αλάτων ασβεστίου στο τοίχωμα της Χ.Κ., ή μπορεί η Χ.Κ. να είναι γεμάτη με ασβέστιο.

Η κλινική εικόνα μπορεί να συνίσταται σε ήπια κοιλιακά άλγη στην περιοχή, μπορεί όμως να είναι ανύπαρκτη, όπως και τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης.

Η θεραπεία της πορσελανοειδούς Χ.Κ. είναι η χολοκυστεκτομή, η ένδειξη της οποίας είναι απόλυτη, διότι αποτελεί πραγματικά προκαρκινική κατάσταση.

# Χοληστερόλωσης – χοληστερίνωση – της Χ.Κ.

Πρόκειται για εναπόθεση εστέρων χοληστερόλης στο βλεννογόνο της Χ.Κ. (ιστολογικό

εύρημα). Μπορεί όμως συνδυαζόμενη και με χημικές μεταβολές του τοιχώματος της Χ.Κ., να πάρει τελικά τη μορφή φράουλας (Χ.Κ. δίκην φράουλας). Στο 50% συνυπάρχει με χολολιθίαση.

Η κλινική εικόνα μοιάζει με αυτήν της χρόνιας χολοκυστίτιδας. Η θεραπεία συνίσταται σε χολοκυστεκτομή.

# Κακώσεις Χοληδόχου πόρου και στενώσεις

Η κάκωση του Χ.Π και η στένωση που ακολουθεί, είναι στην πλειονότητα (95%) αποτέλεσμα τραυματισμού στο χειρουργείο (χειρουργικό τραύμα). Σπάνια μπορεί να οφείλεται σε τραύμα κοιλίας ( κυρίως διατιτραίνον) καθώς επίσης και μετά από διάβρωση του πόρου από χολόλιθο. Τα τελευταία χρόνια με την αύξηση του αριθμού των λαπαροσκοπικών χολοκυστεκτομών, έχει αυξηθεί το ποσοστό τραυματισμού του Χ.Π.. Το σύνηθες λάθος στο χειρουργείο είναι, ή το να εκληφθεί ο Χ.Π για κυστικός και να απολινωθεί ( με τοποθέτηση Clip) και στη συνέχεια να διαταμεί, ή να τοποθετηθούν τα Clips ακριβώς στη συμβολή κυστικού - Χ.Π., με αποτέλεσμα την στένωση του Χ.Π. λόγω της αναπτυσσόμενης ίνωσης, η οποία βέβαια εκδηλώνεται αργότερα. Κάτι που επίσης μπορεί να συμβεί είναι η κάκωση του δεξιού ηπατικού πόρου, ή η διαφυγή χολής από το κολόβωμα του κυστικού.

# Συμπτώματα και Σημεία.

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από το τι έχει προκληθεί ( απολίνωση, στένωση, διαφυγή χολής).

Η απολίνωση θα εκδηλωθεί με ίκτερο γρήγορα επιδεινούμενο, ενδεχομένως και χολαγγειΐτιδα, ενώ η στένωση θα προκαλέσει διαλείποντα ίκτερο και χολαγγειΐτιδα, εβδομάδες ή μήνες μετά το χειρουργείο.

Σε διαφυγή χολής στην περιτοναϊκή κοιλότητα θα αναπτυχθεί χολοπεριτόναιο, που θα εκδηλωθεί με διάταση κοιλιάς, ειλεό, πόνο και ήπιο ίκτερο, ενώ σπάνια μπορεί να εκδηλωθεί με χολώδη περιτονίτιδα. Η διάγνωση του χολοπεριτοναίου θα γίνει με τη διαπίστωση υγρού στην κοιλιά με την αξονική τομογραφία ή το υπερηχογράφημα και την αναρρόφηση χολής μετά από παρακέντηση.

Σε στένωση ή απολίνωση του πόρου χωρίς διαφυγή χολής, θα διαπιστωθεί διάταση κεντρικά του πόρου και των ενδοηπατικών χολαγγείων στο U/S ή στο CT. Η Δ.Δ θα πρέπει να γίνει ( στην περίπτωση της στένωσης ή της απολίνωσης του Χ.Π) από την χοληδοχολιθίαση. Η διάγνωση τεκμηριώνεται με την ERCP, ή τη διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία.

# Αντιμετώπιση

Η κάκωση του Χ.Π. θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με εκτομή του τραυματισθέντος τμήματος και διενέργεια μιας ηπατικό-νηστιδικής αναστόμωσης Roux en Y, σε υγιές τμήμα του ηπατικού πόρου. Σε περίπτωση στένωσης, εάν υπάρχει αντένδειξη για χειρουργείο,

μπορεί να επιχειρηθεί η διαστολή με μπαλόνι, συνήθως μέσω της διαδερμικής διηπατικής οδού.

# Επιπλοκές

Σε παραμονή του χολοπεριτοναίου, αναπτύσσεται χολώδης περιτονίτιδα και ενδοκοιλιακά αποστήματα. Η στένωση, ή οι συχνές χολαγγειΐτιδες, οδηγούν σε ενδοηπατικά αποστήματα και θάνατο από σήψη.

# Πρόγνωση

Η νοσηρότητα μετά από κάκωση του Χ.Π. είναι ψηλή, ενώ η θνητότητα φθάνει στο 5%.

# Ασυνήθη αίτια απόφραξης χοληδόχου πόρου

**Συγγενείς κύστεις Χ.Π.**

Η συγγενής κυστική διάταση των εξωηπατικών χοληφόρων μπορεί να έχει τη μορφή μιας ατρακτοειδούς διάτασης του Χ.Π ή και του κοινού ηπατικού, ή, τη μορφή εκκολπώματος του Χ.Π., ή τη μορφή κυστικής διάτασης της ενδοδωδεκαδακτυλικής μοίρας του Χ.Π.. Η διάμετρος των κύστεων ή των κυστικών διατάσεων κυμαίνεται από 3-25 εκ., με χωρητικότητα από λίγα ml έως μερικά λίτρα χολής.

Περίπου το 30% των συγγενών αυτών κύστεων δίνει τα πρώτα συμπτώματα στην ενήλικο ζωή, τα οποία συνίστανται σε ίκτερο, χολαγγειΐτιδα και ψηλαφητή μάζα στα δεξιό υποχόνδριο. Η διάγνωση γίνεται με ERCP ή με διαδερμική διηπατική χολαγγειογραφία.

Η αντιμετώπιση συνίσταται σε εκτομή της κύστης ή της κυστικής διάτασης και διενέργεια μιας ηπατικο-νηστιδικής αναστόμωσης R en Y. Αν δεν είναι εφικτό να γίνει εκτομή (τεχνικά προβλήματα, γενική κατάσταση), μπορεί να γίνει αναστόμωση της κύστης με το έντερο. Επειδή όμως μπορεί να συμβεί κακοήθης εξαλλαγή σε ψηλό ποσοστό, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια εκτομής της κύστης.

# Νόσος Caroli

Η νόσος Caroli είναι ένας άλλος τύπος συγγενούς κυστικής νόσου η οποία όμως αφορά τα ενδοηπατικά χοληφόρα και χαρακτηρίζεται από ανάπτυξη κύστεων ή κυστικών διατάσεων αυτών. Μπορεί να εντοπίζεται στον έναν ή και στους δυο ηπατιτικούς λοβούς, ή ακόμη και σε ένα τμήμα του ήπατος. Η ανωμαλία αυτή των χοληφόρων μπορεί να είναι το μοναδικό εύρημα, συνήθως όμως συνδυάζεται με συγγενή ηπατική ίνωση και μυελική νεφρική νόσο, οπότε οι πρώτες εκδηλώσεις εμφανίζονται σε παιδική ή εφηβική ηλικία με επιπλοκές από την πυλαία υπέρταση.

Οι έχοντες μοναδικό πρόβλημα αυτό των χοληφόρων, παρουσιάζουν χολαγγειΐτιδα ή αποφρακτικό ίκτερο σαν πρώτη εκδήλωση.

Οριστική χειρουργική θεραπεία υπάρχει μόνο στην περίπτωση που η νόσος είναι εντοπισμένη σε ένα τμήμα ή ένα λοβό του ήπατος, οπότε μπορεί να γίνει εκτομή. Διαφορετικά, η κατά διαστήματα χορήγηση αντιβιοτικών για τις χολαγγειΐτιδες, αποτελεί τη συνήθη θεραπευτική αγωγή.

# Παγκρεατίτιδα

Η παγκρεατίτιδα μπορεί να προκαλέσει απόφραξη της ενδοπαγκρεατικής μοίρας του Χ.Π. λόγω φλεγμονώδους εξοίδησης, εγκλωβισμού του στην ουλώδη εξεργασία, ή λόγω πίεσής του από αναπτυχθείσα ψευδοκύστη.

Ο άρρωστος παρουσιάζει ανώδυνο ίκτερο ή χολαγγιΐτιδα. Η Δ.Δ θα γίνει από την χοληδοχολιθίαση και την εξ αυτής οξεία παγκρεατίτιδα (δευτερογενή). Ο ίκτερος που οφείλεται στην παγκρεατίτιδα υποχωρεί συνήθως σε 2 εβδομάδες. Ο ίκτερος που επιμένει μετά από οξεία παγκρεατίτιδα, υποδηλώνει την ανάπτυξη ψευδοκύστης, ή υποκείμενη χρόνια παγκρεατίτιδα με απόφραξη από ίνωση, ή νεόπλασμα που προκαλεί απόφραξη.

Η διάγνωση της στένωσης του Χ.Π. γίνεται με την ERCP, όπου εκτός από τη στένωση στην ενδοπαγκρεατική μοίρα του Χ.Π, φαίνεται και η διάταση αυτού κεντρικά. Αν φανεί στένωση στην ERCP και η χολερυθρίνη και η αλκαλική φωσφατάση παραμένουν σε επίπεδα πάνω από το 2πλάσιο του φυσιολογικού για περισσότερο από 2 μήνες, χρειάζεται χειρουργική διόρθωση, δηλαδή χοληδόχο –12/δακτυλική αναστόμωση.

Σε αρρώστους με αποφρακτικό ίκτερο και ψευδοκύστη, η παροχέτευση της ψευδοκύστης λύνει το πρόβλημα. Αν όμως συνυπάρχει και στένωση του Χ.Π. λόγω ίνωσης (που θα φανεί

στην διεγχειρητική χολαγγειογραφία μετά την παροχέτευση της ψευδοκύστης), θα πρέπει να γίνει και χοληδοχο12/δακτυλική αναστόμωση.

# Αιμοχολία

Αιμοχολία σημαίνει παρουσία αίματος μέσα στα χολαγγεία, το οποίο για να συμβεί απαιτείται η ύπαρξη επικοινωνίας μεταξύ αιμοφόρων και χοληφόρων αγγείων. Η επικοινωνία αυτή μπορεί να δημιουργηθεί είτε ενδοηπατικά, είτε στην περιοχή του ηπατο12/δακτυλικού συνδέσμου, είτε στη χοληδόχο κύστη.

Η αιμοχολία συνήθως είναι τραυματικής αιτιολογίας, μπορεί να εμφανισθεί δε αρκετές εβδομάδες μετά από ένα θλαστικό ηπατικό τραύμα, που θα προκαλέσει ένα υποκάψιο ή ενδοπαρεγχυματικό αιμάτωμα στο ήπαρ (λόγω ρήξης αιμοφόρων αγγείων αλλά και χολαγγείων). Το αιμάτωμα λόγω της πίεσης που θα ασκεί, θα προκαλέσει νέκρωση του γύρω ηπατικού παρεγχύματος και βλάβη μεγαλύτερων χολαγγείων, δια των οποίων τελικά θα τείνει να παροχετευτεί το αιμάτωμα. Αλλά και μια διατιτραίνουσα κάκωση [μαχαίρι, πυροβόλο όπλο, παρακέντηση με βελόνη (ιατρογενές τραύμα)] του ήπατος ή του ηπατο12δακτυλικού συνδέσμου, μπορεί να φέρει σε άμεση επικοινωνία ένα αρτηριακό κλάδο με ένα χολαγγείο, οπότε η διαφορά των πιέσεων θα οδηγήσει στην είσοδο αρτηριακού αίματος μέσα στα χοληφόρα (αρτηριοχολαγγειακή επικοινωνία – αιμορραγία).

Επίσης ένα ενδοαυλικό νεόπλασμα των εξωηπατικών χοληφόρων (αδένωμα, πολύποδας, κλπ) μπορεί να προκαλέσει αιμοχολία με απ’ ευθείας αιμορραγία του νεοπλάσματος, όπως και οι χολόλιθοι, είτε με απ’ ευθείας τραυματισμό του τοιχώματος των χοληφόρων (μικρής έντασης αιμορραγία), είτε μετά από διάβρωση του τοιχώματος των αγγείων από το λίθο.

Άλλη αιτία αποτελούν τα ανευρύσματα (αληθή και ψευδή, ενδο- και εξω-ηπατικά) της ηπατικής αρτηρίας, που μπορεί να ραγούν απ’ ευθείας, ή μετά από πίεση και διάβρωση του τοιχώματος και πρόκληση βαριάς αιμοχολίας, και τέλος οι φλεγμονώδεις εξεργασίες ήπατος χοληφόρων και οι παρασιτικές νόσοι (εχινόκοκκος, αμοιβάδωση, σχιστοσωμίαση).

# Παθοφυσιολογικά επακόλουθα

Εκτός από την απώλεια αίματος που συνήθως είναι μεγάλη (πρόκληση shock), η παρουσία αίματος μέσα στα χοληφόρα και ο σχηματισμός πηγμάτων (μέχρι να διέλθει το αίμα στο 12δάκτυλο), προκαλούν οξεία απόφραξη με κωλικούς και χολόσταση. Τελικά πήγματα και φρέσκο αίμα περνάνε συνεχώς προς το 12δάκτυλο.

# Κλινική εικόνα – Διαγνωστική διερεύνηση

Η αιμοχολία εμφανίζεται με τη χαρακτηριστική τριάδα: κωλικός χοληφόρων, ίκτερος και μικρή ή μεγάλη αιμορραγία ανωτέρου πεπτικού (αιματέμεση, μέλαινες κενώσεις). Εάν έχει προηγηθεί εγχείρηση και παροχέτευση των χοληφόρων (σωλήνας Kehr) και αναπτυχθεί αιμοχολία, αυτή εκδηλώνεται με παροχή αίματος από τον σωλήνα παροχέτευσης.

Η λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού (τραυματισμός κλπ), βάζει την υποψία της κατάστασης αυτής, που θα τεκμηριωθεί με ενδοσκοπική μελέτη του ανωτέρου πεπτικού, η οποία θα αποκλείσει την ύπαρξη άλλης εστίας αιμορραγίας, ενώ θα εντοπίσει έξοδο αίματος από το φύμα του Vater. Στη συνέχεια χρειάζεται υπερεκλεκτική αγγειογραφία της ηπατικής αρτηρίας, για ανάδειξη του αιμορραγούντος κλάδου και σχεδιασμό της αντιμετώπισης.

# Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της αιμοχολίας μπορεί να γίνει με εμβολισμό του αιμορραγούντος αγγείου με μεταλλικά σπειροειδή ελάσματα, gelfoam, ή πήγματα αυτόλογου αίματος, στη φάση της διενέργειας της αγγειογραφίας.

Σε αποτυχία, επιβάλλεται η χειρουργική αντιμετώπιση, όπου μπορεί να επιχειρηθεί ή η άμεση απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου, ή, η απολίνωση κεντρικά στην πύλη του ήπατος, του κλάδου απ’ όπου τροφοδοτείται το αγγείο που αιμορραγεί.

# Εκκόλπωμα Δωδεκαδακτύλου

Το εκκόλπωμα του 12δακτύλου εντοπίζεται συνήθως στην έσω επιφάνεια του 12δακτύλου, 2 cm γύρω από την εκβολή του Χ.Π., σε μερικές περιπτώσεις δε, ο Χ.Π. εκβάλει μέσα στο εκκόλπωμα. Γενικά το εκκόλπωμα είναι αβλαβές. Σπανιότατα η στρέβλωση της εκβολής του πόρου, ή η απόφραξή της από εντερόλιθο που σχηματίζεται μέσα στο εκκόλπωμα, μπορεί να δημιουργήσουν συμπτώματα απόφραξης του Χ.Π..

Ο ασφαλέστερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος είναι η χοληδοχο-12δακτυλοστική αναστόμωση, ή η χοληδοχο-νηστιδική αναστόμωση κατά R en Y.

# Ασκαρίαση

Η ασκαρίαση μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα απόφραξης του Χ.Π. και χολαγγειΐτιδα, όταν οι σκώληκες περάσουν από το 12δάκτυλο στο Χ.Π..

Στην απλή ακτινογραφία κοιλιάς, μπορεί να φανεί αέρας στα χοληφόρα.

Η θεραπεία στοχεύει αρχικά στον έλεγχο της χολαγγειΐτιδας με αντιβιοτικά και στη συνέχεια αντιμετώπιση της ασκαρίασης με ανθελμινθικά φάρμακα (μεμπενδαζόλη, αλμπενδαζόλη). Εάν η χολαγγειΐτιδα δεν υποχωρεί με τα αντιβιοτικά, θα πρέπει να γίνει ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή και προσπάθεια εκρίζωσης των σκωλήκων. Εάν και αυτή η μέθοδος είναι ανεπιτυχής και ο ασθενής παραμένει σηπτικός, θα πρέπει να γίνει λαπαροτομία και χειρουργικός καθαρισμός των πόρων.

# Σκληρυντική Χολαγγειΐτιδα (Σ.Χ.)

Η σκληρυντική χολαγγειΐτιδα είναι μια σπάνια, χρόνια πάθηση, άγνωστης αιτιολογίας, που χαρακτηρίζεται από μη βακτηριακή φλεγμονώδη στένωση των χοληφόρων. Στο 60% των περιπτώσεων συμβαίνει σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, ενώ σπανιότερα συνυπάρχει με θυρεοειδίτιδα, οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, καθώς και ίνωση μεσοθωρακίου. Προσβάλλει κυρίως άνδρες (αναλογία 3:1 σε σχέση με τις γυναίκες), ηλικίας 20 – 50 ετών. Συνήθως προσβάλλεται όλο το χοληφόρο δένδρο από τη φλεγμονώδη εξεργασία, η οποία προκαλεί ανώμαλες στενώσεις του αυλού των χολαγγείων. Οι βλάβες εντοπίζονται και στα ενδοηπατικά και στα εξωηπατικά χολαγγεία και δεν είναι τόσο μικρής έκτασης που να θυμίζουν μετατραυματική ή νεοπλασματική στένωση. Το τοίχωμα του προσβεβλημένου χολαγγείου παρουσιάζει αυξημένη συγκέντρωση κολλαγόνου και κυτταρική διήθηση από λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα, ίσως και ηωσινόφιλα, με αποτέλεσμα πάχυνση του τοιχώματος σε βάρος του αυλού, ενώ στη ψηλάφηση δίνει την αίσθηση μιας ξυλώδους σκληρίας.

# Κλινική εικόνα και εργαστηριακή διερεύνηση

Στις εξάρσεις παρουσιάζεται ίκτερος μέσης βαρύτητας, προοδευτικά επιδεινούμενος και κνησμός. Συμπτώματα βακτηριακής χολαγγειΐτιδας είναι σπάνια αν δεν έχει προηγηθεί επέμβαση στα χοληφόρα.

Τα εργαστηριακά ευρήματα είναι τα τυπικά της χολόστασης, με αύξηση της χολερυθρίνης σε επίπεδα γύρω στα 4 mg/dl ( σπάνια ξεπερνάει τα 10 mg/dl) και αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης.

Η ERCP δίνει χαρακτηριστική εικόνα στενώσεων και ανωμαλιών κομβολογιοειδούς μορφής.

Η βιοψία ήπατος μπορεί να δείξει περιχολαγγειΐτιδα και εικόνα χολόστασης, όχι όμως ειδικές της νόσου αλλαγές της ιστολογικής εικόνας του ήπατος.

# Επιπλοκές

Λιθίαση και αδενοκαρκίνωμα των χολαγγείων. Το αδενοκαρκίνωμα είναι πιο συχνό σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Επίσης οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και σκληρυντική χολαγγειΐτιδα, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για δυσπλασία του βλεννογόνου και καρκίνου του κόλου, απ’ ότι αυτοί με ελκώδη κολίτιδα δίχως σκληρυντική χολαγγειΐτιδα.

# Θεραπεία

Η χορήγηση ουρσοδεσοξυχολικού οξέος 10 mg/kg/ ημέρα, βελτιώνει τα συμπτώματα και τις βιοχημικές διαταραχές. Η χορήγηση χολεστυραμίνης βοηθάει στην ανακούφιση από τον κνησμό.

Σε βασικές στενώσεις, μπορεί να επιχειρηθεί διαστολή με μπαλόνι διαδερμικά διηπατικά.

Αν η νόσος εντοπίζεται περιφερικά στο χοληδόχο πόρο και υπάρχει κεντρική διάταση του πόρου, μπορεί να γίνει ηπατικο-νηστιδική αναστόμωση R en Y. Σε βαριά όμως ενδοηπατική νόσο, έχει ένδειξη η μεταμόσχευση του ήπατος, με καλά αποτελέσματα.

# Πρόγνωση

Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν πλήρη ύφεση της νόσου, ενώ άλλοι, μετά από μη επαρκή λύση του προβλήματος μετά από χειρουργική επέμβαση, παρουσιάζουν χολαγγειακές κρίσεις, που αντιμετωπίζονται κατά διαστήματα με αντιβιοτικά. Τέλος πολλοί ασθενείς, μετά από πολλά χρόνια με ίκτερο, καταλήγουν σε δευτερογενή χολική κίρρωση.

# Λειτουργικές διαταραχές και στένωση

**του σφιγκτήρα του Oddi**

Η στένωση του σφιγκτήρα του Oddi έχει ενοχοποιηθεί σαν αιτία πόνου, καθώς και άλλων εκδηλώσεων σχετιζόμενων με απόφραξη του σφιγκτήρα και συχνά θεωρείται σαν μια αιτία συνδρόμου μετά χολοκυστεκτομή. Μερικές περιπτώσεις στένωσης είναι ιδιοπαθείς, ενώ άλλες μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραύματος από χολόλιθους.

Θεωρείται ότι ένας ασθενής έχει στένωση του σφιγκτήρα του Oddi όταν, παρουσιάζει δευτερογενείς εκδηλώσεις απόφραξης χοληφόρων (πχ ίκτερο, χολαγγειΐτιδα, αύξηση αλκαλικής φωσφατάσης), χωρίς να έχει χολόλιθους, ή άλλη αιτία απόφραξης και η χολαγγειογραφία δείχνει διάταση του κοινού ηπατικού.

Δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi, μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει ένας ασθενής, όταν παρουσιάζει πόνο σαν κωλικό χοληφόρων διάρκειας 1-3 ωρών, που μερικές φορές εμφανίζεται μετά το γεύμα, ενδεχομένως και χωρίς άλλα αντικειμενικά ευρήματα και που δεν βελτιώνεται μετά τη χολοκυστεκτομή. Η παθογένεια των συμπτωμάτων αυτών, θεωρείται όμοια με αυτήν της δυσκινησίας του οισοφάγου και του συνδρόμου του ευερέθιστου εντέρου. Οπωσδήποτε πριν καταλήξει κανείς στην παραπάνω διάγνωση, θα πρέπει πρώτα να αποκλείσει την παραμονή λίθου στον πόρο και την παγκρεατική νόσο.

Η διάγνωση της δυσλειτουργίας του σφιγκτήρα του Oddi μπορεί να τεκμηριωθεί με τη μανομετρία του σφιγκτήρα του Oddi.

Οι ασθενείς ταξινομούνται σε μια από τρεις κατηγορίες, ανάλογα με την παρουσία τριών αντικειμενικών ευρημάτων απόφραξης των χοληφόρων:

* 1. παθολογικές εργαστηριακές εξετάσεις ηπατικής βιοχημείας,
  2. παράταση ( >45 λεπτά) του χρόνου κένωσης του χοληδόχου πόρου από το σκιαγραφικό μετά από ERCP,
  3. διάμετρος χοληδόχου πόρου πάνω από 12 mm.

Στην κατηγορία I, ταξινομούνται οι ασθενείς που παρουσιάζουν και τα τρία ευρήματα. Στην κατηγορία II, αυτοί με ένα ή δύο ευρήματα και στην κατηγορία III οι ασθενείς με κανένα εύρημα.

Οι ασθενείς της κατηγορίας I, πρέπει να υποβληθούν σε σφιγκτηροτομή, χωρίς να κάνουν μανομετρία, διότι έχει βρεθεί ότι όλοι έχουν παθολογική κινητικότητα του σφιγκτήρα του Oddi. Η σφιγκτηροτομή θα πρέπει να γίνεται ενδοσκοπικά, εφ’ όσον αυτό είναι εφικτό.

Οι ασθενείς κατηγορίας II, θα πρέπει να υποβληθούν σε μανομετρία, προκειμένου να βρεθεί ποιος ασθενής θα βελτιωθεί μετά τη σφιγκτηροτομή. Περίπου 50% των ασθενών κατηγορίας II έχουν αυξημένες πιέσεις στο σφιγκτήρα και είναι αυτοί που ανακουφίζονται μετά τη σφιγκτηροτομή.

Το σπινθηρογράφημα με 99mTc μετά από προηγούμενη χορήγηση χολοκυστοκινίνης, είναι επίσης ακριβές διαγνωστικά [ραδιοϊσοτοπική (λειτουργική) χολαγγειογραφία]. Ελέγχεται και βαθμολογείται ο ρυθμός διόδου του ραδιοϊσοτόπου σε διάφορες φάσεις (εμφάνιση και κάθαρση μέσω του ήπατος, του χοληδόχου πόρου και του εντέρου). Τα φυσιολογικά όρια κυμαίνονται από 0-5 και τα παθολογικά από 6-12.

Τελικά, σε καλά τεκμηριωμένες περιπτώσεις δυσλειτουργίας του σφιγκτήρα του Oddi, έχει ένδειξη και είναι πραγματικά θεραπευτική, η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή.

ΜΑΡΤΙΟΣ 2013.