

ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Η χοληδόχος κύστη είναι ένα όργανο-δεξαμενή μέσα στην οποία συγκεντρώνεται και αποθηκεύεται η χολή η οποία παράγεται στο ήπαρ. Μέσα στην χοληδόχο κύστη η χολή συμπυκνώνεται. Κατά την διάρκεια του φαγητού οι συσπάσεις του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης με την ταυτόχρονη χαλάρωση του σφιγκτήρα του Oddi προκαλούνε την έκκριση της χολής στον δωδεκαδάκτυλο και εν συνεχεία στο λεπτό έντερο για να γίνει η πέψη των τροφών.

Η χολολιθίαση ή κοινώς **οι πέτρες στην χοληδόχο κύστη** είναι κοινή πάθηση. Από στατιστικά δεδομένα φαίνεται ότι η χολολιθίαση βρίσκεται σε σταθερή αύξηση τα τελευταία 40 χρόνια. Στον σύγχρονο δυτικό κόσμο η συχνότητά της φτάνει το 40% ενώ σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών μπορεί να φτάσει το 60%.

Επιδημιολογικά, η χολολιθίαση είναι συχνότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες (4:1). Αυτό πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα του ορμονολογικού κλίματος. Νεαρές γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών όπως και πολύτεκνες προσβάλλονται συχνότερα. Οι ορμόνες επηρεάζουν την σύνθεση της χολής αλλά και την κινητικότητα τη χοληδόχου κύστης και μάλιστα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η παχυσαρκία αυξάνει κατά 3 περίπου φορές την δημιουργία χολολίθων όπως επίσης και μια δίαιτα πλούσια σε λιπαρά και υδατάνθρακες και ιδιαίτερα πτωχή σε φυτικές ίνες.

Υπάρχουν επίσης διάφορες παθήσεις και νόσοι που προδιαθέτουν την δημιουργία χολολίθων όπως εκτεταμένες εντερεκτομές, κίρρωση του ήπατος, αιμολυτικές αναιμίες κ.λ.π.

Οι χολόλιθοι μπορεί να είναι:

- χοληστερινικοί (μονήρεις, μοροειδείς, κιλινδρικοί ή ωσειδείς με ακτινωτή εσωτερική δομή, κιτρινόχρωμοι)
- χολερυθρινικοί (συνήθως πολλαπλοί, μικροί, ακανόνιστοι, σκουρόχρωμοι ή μαύροι)
- μικτοί. Είναι οι πιο συχνοί, πολλαπλοί, πολυεδρικοί.

Η χολολιθίαση μπορεί να παραμείνει ακόμη και για πολύ καιρό **ασυμπτωματική**. Σ' αυτή την περίπτωση αποτελεί **τυχαίο εύρημα** στα πλαίσια απεικονιστικών εξετάσεων (υπέρηχος, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία) για άλλες παθολογικές καταστάσεις ή για κάποια ακαθόριστα κοιλιακά ενοχλήματα. Έτσι έρχονται στο φώς ασυμπτωματικοί ασθενείς με χολολιθίαση που ίσως δεν θα παρουσίαζαν ποτέ ενοχλήσεις και έτσι θα παρέμειναν αδιάγνωστοι.

ΟΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Οξεία λιθιασική χολοκυστίτιδα είναι η πιο συχνή εμφάνιση της νόσου σε ποσοστό 90-95%. Οφείλεται σε οξεία απόφραξη του κυστικού πόρου από μια πέτρα μικρή ή μεγάλη ή από πυκνή χολική λάσπη. Εκδηλώνεται με αιφνίδια έναρξη του πόνου-**κωλικός ήπατος**- στο δεξιό υποχόνδριο (στην δεξιά άνω κοιλία) που αντανακλά συνήθως στην δεξιά ωμοπλάτη και συνοδεύεται από έμετο, ναυτία. Διαρκεί από λίγα λεπτά έως μερικές ώρες και περνάει μόνος του ή με την χορήγηση φαρμάκων από τον ιατρό. Κατά την ψηλάφηση υπάρχει ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο, θετικό σημείο Murphay, πυρετός (37,5-38,5 C).

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί η πρώτη εμφάνιση να γίνει με μία από τις **επιπλοκές** της χολολιθίασης, όπως ο ύδρωπας, το εμπύημα της χοληδόχου κύστης, ο αποφρακτικός ίκτερος, η οξεία λιθιασική παγκρεατίτιδα, το χολοπεπτικό συρίγγιο, ο ειλεός εκ χολολίθου, το χολοπεριτόναιο, η σηπτική χολαγγειίτιδα, ακόμη και ο καρκίνος της χοληδόχου κύστεως.

Η χρόνια χολοκυστίτιδα εκδηλώνεται με επεισόδια πόνου στο δεξιό υποχόνδριο που επεκτείνεται στο επιγάστριο με αντανάκλαση στην δεξιά ωμοπλάτη. Συνήθως αναφέρονται δυσπεπτικά ενοχλήματα ιδίως μετά από λιπαρά γεύματα, φούσκωμα, ερυγές (ρεψίματα) κ.λ.π. Ο πόνος είναι συνεχής και όχι με εξάρσεις και υφέσεις όπως στον κωλικό των χοληφόρων. Η χρόνια χολοκυστίτιδα είναι δυνατόν να μεταπέσει σε

οξεία χολοκυστίτιδα ή να οδηγήσει σε μία από τις προαναφερόμενες επιπλοκές. Η χρόνια παρουσία λίθων στην χοληδόχο κύστη ενοχοποιείται για την ανάπτυξη καρκίνου σε ποσοστό έως 2%.

Η αλιθιασική χολοκυστίτιδα είναι σπάνια (2-12% όλων των περιπτώσεων) και αφορά συνήθως ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μ.Ε.Θ. (μονάδα εντατικής θεραπείας) σε βαρέως πάσχοντες από εγκαύματα, σε σηπτική κατάσταση, σε βαρεία μετεγχειρητική ή μετατραυματική κατάσταση, που βρίσκονται σε παρεντερική διατροφή.

Χοληδοχολιθίαση είναι η παρουσία λίθων στα εξωηπατικά χοληφόρα αγγεία. Συνήθως πρόκειται περί λίθων που προέρχονται από την χοληδόχο κύστη που μετακινήθηκαν δια μέσω του κυστικού πόρου πριν ή μετά ή κατά την διάρκεια της χολοκυστεκτομής. Σε ένα πολύ μικρό ποσοστό αυτοί οι λίθοι δημιουργούνται απ'ευθείας στον χοληδόχο πόρο.

Η διάγνωση τη χοληδοχολιθίασης γίνεται με την βοήθεια των **υπερήχων** που διαθέτουν πολύ υψηλή ειδικότητα στην ανάδειξη της χοληδοχολιθίασης, της χολικής λάσπης, της πάχυνσης του τοιχώματος (οίδημα) της χοληδόχου και της περιχολοκυστικής φλεγμονώδους αντίδρασης.

Στις **εργαστηριακές εξετάσεις** παρατηρείται λευκοκυττάρωση (>10.000 wbc/l). Επηρεασμένες μπορεί να είναι και οι τιμές της χολερυθρίνης, της αλκαλικής φωσφατάσης, των τρανσαμινασών και της αμυλάσης.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η θεραπεία της οξείας χολοκυστίτιδας ξεκινά με την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και του ύδατος, την χορήγηση ενδοφλεβίων αντιβιοτικών για την πρόληψη των επιπλοκών. Ο θεράπων χειρουργός θα λάβει υπόψη όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες για να αποφασίσει το πότε θα γίνει το χειρουργείο.

Η μεγάλη εμπειρία που έχει αποκτηθεί στην **λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή** καθιέρωσε αυτή την τεχνική ως μέθοδο εκλογής για το σύνολο των επεμβάσεων στην χοληδόχο κύστη. Σε ειδικές και μόνο περιπτώσεις και για την ασφάλεια του ασθενούς γίνεται μετατροπή της επέμβασης σε ανοικτή. Σπάνια μπορεί να διενεργηθεί εξ'αρχής ανοικτή χολοκυστεκτομή και αυτό μόνο όταν συνυπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες και ιδιαίτερες συνθήκες.

Μετά το χειρουργείο δίδεται στον ασθενή ένα διαιτολόγιο, όχι ιδιαίτερα αυστηρό, που θα ακολουθήσει για μια εβδομάδα περίπου και μετά σταδιακά θα επανέλθει στην κανονική του διατροφή.

Ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του σε μερικές ημέρες.