

Operativno liječenje akutnog kolecistitisa

Desetogodišnje iskustvo

Željko Hodalić

Medicinski centar, Vinkovci

Stručni rad

UDK 616.366-002

Prispjelo: 3. ožujka 1986.

U radu su prikazana 354 bolesnika operirana zbog akutnog kolecistitisa i utvrđuje se da je morbiditet uz ranu operaciju bio nizak.

Analiziran je utjecaj ikterusa, pankreatitisa, primjene antibiotika i kliničke slike na rezultate rane operacije kod akutnog kolecistitisa.

Došli smo do sljedećih zaključaka:

1. Preoperativna primjena antibiotika ne smanjuje

broj komplikacija, a može maskirati razvoj kliničke slike koja zahtijeva hitnu operaciju.

2. Pankreatitis, ikterus, ili oboje, ne predstavljaju kontraindikaciju za ranu operaciju.

3. Rana operacija je preporučljiva, jer efikasno snižava morbiditet i dužinu hospitalizacije.

4. Kolecistostomija u lokalnoj anesteziji mogla bi ponekad biti vrlo korisna.

Ključne riječi: akutni kolecistitis, operativno liječenje

Kolelitijaza je u našim krajevima neobično česta bolest, te zbog epidemiologije, morbiditeta, brojnih komplikacija i mogućeg mortaliteta zaslužuje našu izrazitu pažnju.

Među operiranim bolesnicima na našem odjelu kolecistektomiranih ima gotovo koliko i apendektomiranih, a od prvih znatan broj otpada na kolelitijazu s komplikacijama, gdje najznačajnije mjesto zauzima akutni kolecistitis.

Poznato je da je kolelitijaza uzrok akutnog kolecistitisa u 95,0% slučajeva.^{3, 4, 7} Kamenac se uklještiti u vratu žučnjaka ili u ductus cysticusu, na što se nadoveže poznati patoanatomski krug zbivanja: spazmi žučnjaka, eksudacija, pojava pankreasnih enzima u visokoj koncentraciji,⁷ pojava lizolecitina,⁷ povećana koncentracija kolesterola i žučnih soli, povećan intraluminalni tlak, kemijska upala sluznice, mehaničko oštećenje sluznice pritiskom kamenca, ishemijska stijenka žučnjaka, ascendirajuća infekcija, gangrena, perforacija, perikolecistitični absces, difuzni peritonitis i drugo.

Prema literaturi^{3, 4, 7} u preostalih 50% slučajeva uzrok je ascendirajuća infekcija u kritično bolesnih i politraumatiziranih^{3, 7} bolesnika, a kao raritet je torzija žučnjaka oko svog hilusa (jedno vlastito opažanje), a opisan je i slučaj akutne gangrenozne upale žučnjaka u novorođenčeta zbog upalne opstrukcije cistikusa, kao prvi takav slučaj u svjetskoj literaturi.⁵

U ovom radu provedena je analiza akutnih kolecistitisa operiranih na našem odjelu tijekom 10 godina, tj. od 1. I 1976—31. XII 1985. godine, uspoređujući ih sa brojem ukupnih kolecistektomija i analizirajući etiologiju, komplikacije, morbiditet, mortalitet i način liječenja.

Samo je posebi razumljivo da je optimalni lijek za akutni kolecistitis radikalna operacija, no od toga se stava ponekad ipak mora odustati, i to u onim rijetkim slučajevima kada smo sigurni da bolesnik taj zahvat ne može preživjeti, ali i u tim slučajevima, uz konzervativni tretman, stoji nam na raspolaganju izuzetno korisna operacija, a to je kolecistostomija u lokalnoj anesteziji,^{3, 5, 6} što nažalost nismo ni jednom koristili u spomenutom vremenskom razdoblju.

U našoj medicinskoj problematici, kroz relativno dugo vremensko razdoblje, bilo je slučajeva koji zahtijevaju da se ova mogućnost kirurškog liječenja ne ispusti iz vida.

Kako populacija stari, tako stari i grupa bolesnika sa akutnim kolecistitisom, a prema svježim podacima iz literature,^{5, 6} mortalitet je u tim slučajevima visok, pravilno indicirana kolecistostomija u lokalnoj anesteziji vjerojatno bi reducirala mortalitet.

I danas se još mogu naći disonantni tonovi u pogledu optimalnog termina za kirurški zahvat, iako i literatura^{3, 5, 6} i stavovi mnogih uglednih kirurških ustanova preferiraju ranu operaciju, čemu smo se i mi u analiziranom razdoblju priklonili.

Svaki od ovih pristupa problemu optimalnog termina za operaciju ima svoje dobre argumente, no čini nam se da rana operacija predstavlja najefikasnije rješenje. Na taj način izbjegavamo rizik komplikacija i recidiva, brzo rješavamo bolesnika te go ba, skraćujemo vrijeme liječenja, a operiramo u terenu gdje upalni proces još nije doveo do težih promjena, koje bi predstavljale tehničku teškoću.

Vrlo su rijetki slučajevi gdje je revizija koledokusa tehnički preriskantna ili nemoguća.^{3, 5} Mortalitet rane operacije (0,5—1,0%)³ tek je statistički nešto viši nego kod intervalne (0,2—0,3%)³ tj. kod operacije u tzv. hladnom stadiju, 6—12 tjedana nakon smirenja upalnih znakova.

Uvijek ima vremena za osnovnu dijagnostičku obradu i preoperativnu pripremu, a riskantnog bolesnika će teška bolest sigurno dovesti u još teže stanje, pogotovo stare osobe i dijabetičare.³

Problem akutnog kolecistitisa, kombiniranog sa ikterusom i pankreatitisom (češće lakši pankreatitis kao sekundarna pojava, rjeđe akutni bilijarni pankreatitis), također je predmet mnogih rasprava prema navodima iz literature⁵ i našim iskustvima oni ne predstavljaju kontraindikaciju za ranu operaciju i ne igraju značajnu ulogu u stavci mortaliteta, iako se uloga infekcije i operativne traume ne smije zanemariti.

Pitanje uloge antibiotika također nije jedinstveno prihvaćeno. Jasno je da oni ne mogu spriječiti razvoj gangrene ili perforacije žučnjaka, ali mogu maskirati razvoj bolesti.

Sadržaj žučnjaka je ionako u otprilike 50,0% slučajeva sterilan,³ odnosi se na sadržaj akutno upaljenog žučnjaka (podatak iz literature). Naši kriteriji za postavljanje dijagnoze akutnog kolecistitisa navedeni su u daljnjem izlaganju, a oslanjaju se na intraoperativni nalaz i patohistološki opis.

Mi smo davali antibiotika preoperativno u slučajevima gdje je klinička slika bila burna: visoka temperatura i leukocitoza, težak lokalni nalaz, disturbirano opće stanje, a postoperativno kod nalaza empijema, perikolecistitičnog abscesa, peritonitisa ili kolangitisa.

NAŠ MATERIJAL

Tijekom analiziranog razdoblja na našem odjelu izvršeno je 1595 kolecistektomija, od čega su 1405 bile žene, a 190 muškarci, odnosno 88,0:12,0%. Od toga broja na akutne kolecistitise otpada 354 bolesnika ili 23,0%. Omjer ženskih prema muškim bolesnicima ovdje je drugačiji, 72,0:28,0%. Ne bi se moglo tvrditi da muškarci češće dobivaju akutni kolecistitis od žena, ali možda dolaze na operaciju teže nego žene, odnosno češće stižu tek u velikoj nuždi.

Usput navodim opažanje da smo operirali dosta muškaraca sa teškim akutnim kolecistitisom, koji su ranije imali resekciju želuca po metodi Billroth II. Točan broj nije moguće utvrditi zbog manjkavosti u postojećoj medicinskoj dokumentaciji. Opažanje bi, vjerujem, zaslužilo detaljniju analizu.

Također usputno navodim podatak da smo od 1595 kolecistektomija, u 23 slučaja našli rak žučnog mjehura, što iznosi cca 1,3% od ukupnog broja (tablica 1).

Tablica 2. prikazuje operativne dijagnoze u 354 bolesnika, operiranih zbog akutnog kolecistitisa.

Broj bolesnika sa popratnim ikterusom je dosta uočljiv, no ipak znatno manji nego što se navodi u literaturi,⁵ dok popratnih pankreatitisa ima malo. U 204 slučaja postavljena je samo dijagnoza Cholecystitis acuta, a odnosi se na nalaze gdje je stijenka žučnjaka akutno inflamirana, deblja od 3 mm, s uklještenim kamencem, ili bez njega.

Tablica 3. prikazuje primijenjene terapijske procedure u liječenju akutnog kolecistitisa.

U svim slučajevima sa povišenim bilirubinom činjena je intraoperativna kolangiografija (ukupno 51). Koledokus je otvaran u 38 slučajeva, od čega je u 32 bolesnika nađena koledokolitijaza.

Transduodenalna papiloplastika rađena je u slučajevima gdje papila Vateri nije bila prolazna za kontrast, niti tanku sondi.

Od cijele serije operiranih bolesnika umrlo je 8, 6 žena i 2 muškarca. Jedna smrt zbilja se na operacionom stolu, a na obdukciji je nađena masivna pulmonalna embolija.

Ostali bolesnici umrli su pod slikom biološke iscrpljenosti organizma, koji nije mogao reparirati bolest ni operativnu traumu (tablica 4).

Akutni akalkulozni kolecistitis našli smo u 4 slučaja, odnosno cca 1,1%, što je znatno manje od podataka iz literature,^{3,5,7} gdje se čak uočava da je incidenca akutnog akalkuloznog kolecistitisa u porastu.⁴

U zaključku bih naveo da su nam kriteriji za postavljanje dijagnoze akutnog kolecistitisa bili sljedeći: akutni simptomi u trajanju manjem od 7 dana, jaka lokalna bolna osjetljivost, defans muskulature ili palpatorni nalaz u području žučnog mjehura.

Dijagnozu smo postavljali intravenoznom biligrafijom (prikaz žučnjaka je isključivao akutni kolecistitis), a u novije vrijeme ultrazvukom.

Odlučivali smo se u pravilu za ranu operaciju, obično unutar 7 dana, nakon uobičajene preoperativne obrade i pripreme.

TABLICA 1.

Ukupni broj kolecistektomija (1976—1985. godine)

Ukupni broj kolecistektomija	m	190 (12,0%)	1595
	ž	1405 (88,0%)	
Akutni kolecistitis	m	98 (28,0%)	354 (23,0%)
	ž	256 (72,0%)	
Karcinom	m	5	23 (1,3%)
	ž	18	

TABLICA 2.

Naša patologija kod operiranih akutnih kolecistitisa

SINE CALCULO	4
ICTERUS	51
PANCREATITIS	8
GANGRAENA	90
GANGR. + PERF	20
EMPHYEMA	40
ABCESSUS PERICHOLE CYST.	10
PERITONITIS DIFF.	18
CHOLECYST. AC.	204
CHOLEDOCHOLITHIASIS	32

TABLICA 3.

Terapeutski postupci pri kirurškom liječenju akutnog kolecistitisa

CHOLECYSTECT + DRAINAGE	354
CHOLEDOCHOTOMIA	38
PAILLOPLASTICA TRANSDUODENALIS	14

TABLICA 4.

Mortalitet na 354 kolecistektomije zbog akutnog kolecistitisa

Spol		
m	2	8 (2,3%)
ž	6	

Sve smo bolesnike drenirali, svi su preparati patohistološki analizirani.

Bakteriološku pretragu nismo radili redovito, jer nam se pokazalo da rutinska bakteriološka analiza nema veliku praktičnu vrijednost.

Antibiotika smo ordinirali u oko 50% slučajeva, sa indikacijama kao što je ranije navedeno.

Uz kolecistektomiju smo, kada je bilo potrebno, radili i dodatne operativne procedure.

Od smetnji u postoperativnom tijeku najčešće se javljao kašalj, podržaja u grlu, te u rijetkim slučajevima infekcija rane i usporeni oporavak.

Dužina hospitalizacije nakon kirurškog zahvata iznosila je od 9—21 dan, ovisno o tome da li je koledokus bio dreniran ili ne.

Od 8 umrlih bolesnika niti jedan nije umro od neposrednih postoperativnih komplikacija. Za jednu smrt odgovorna je masivna pulmonalna embolija, preostalih 7 bolesnika imalo je izrazito težak kirurški nalaz (gangrena, empiem, perforacija, peritonitis), loš kardio-respiratorni status, leziju jetre, podmaklu aterosklerotsku bolest, diabetes.

Relativno niski mortalitet i rijetke komplikacije, uvjeren sam da opravdavaju naš dosadašnji stav.

LITERATURA

1. Corlette MB. Cholecystectomy in a Community Hospital. Am J Surg 1980; 140(3):419.
2. Czendes A, Sepulveda A. Intraluminal Gallbladder Pressure Measurements in Patients with chronic or acute Cholecystitis. Am J Surg 1980; 139(3):383-4.
3. Davis. Christopher's Textbook of Surgery. W B Saunders co. Philadelphia, London, Toronto, 1075-6.
4. Deitch EA, Engel MJ. Acute Acalculous Cholecystitis. Ultrasonic Diagnosis. Am J Surg 1981; 142(2):290.

5. Gardner B, Masur Richard, Fujimoto J. Factors influencing the Timing of Cholecystectomy in Acute Cholecystitis. Am J Surg 1973; 125(6):730-3.
6. Malsström P, Olsson MA. Cholecystectomy for Acute Cholecystitis. Am J Surg 1973; 126(3):397-402.

7. Matolo MN, La Morte WW, Wolfe BM. Acute and Chronic Cholecystitis. Surg Clin North Am 1981; 61(4).
8. Washburn ME, Barcia PJ. Uncommon Cause of a Right Upper Quadrant Abdominal Mass in the Newborn: Acute Cholecystitis. Am J Surg 1980; 140(5):704-5.

Abstract

THE TEN-YEAR EXPERIENCE IN THE OPERATIVE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Željko Hodalić

Medical Centre, Vinkovci

A review of 354 patients with acute cholecystitis operated upon is presented. The material shows that the morbidity with an early operation was low. The factors as jaundice, pancreatitis or both, the use of antibiotics and clinical signs were analysed to determine their influence on the results of an early operation.

We have come to following conclusions:

1. Preoperative antibiotics do not decrease the complication rate and may mask the signs necessary to indicate an early operation.
2. Pancreatitis, jaundice or both not constitute a contraindication to an early operation.
3. An early operation is recommended because it effectively reduces the morbidity and the length of the hospital stay.
4. The cholecystectomy in local anesthesia may sometimes be very useful.

Key words: acute cholecystitis, operative treatment

Received: March 3, 1986