

Εμφυσηματική χολοκυστίτιδα (ΕΧ) και Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ)

Γ. Σκαραγκάς
Δ. Καραγιάννη
Ρ. Παπαδόπουλος
Γ. Τζατζάγου
Σ. Καρακουλάκης
Ε. Ρεπαντά

Περίληψη

Η ΕΧ είναι μια βαρεία νεκρωτικού τύπου οξεία βακτηριακή χολοκυστίτιδα που χαρακτηρίζεται από παρουσία αέρα στον αυλό της χοληδόχου κύστης, το τοίχωμα ή τους περιχολοκυστικούς ιστούς. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους διαβητικούς άνδρες και μπορεί να οδηγήσει σε γάγγραινα και διάτρηση της χοληδόχου κύστης. Σκοπός της εργασίας μας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ΕΧ σε διαβητικό ασθενή τύπου 2 και η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

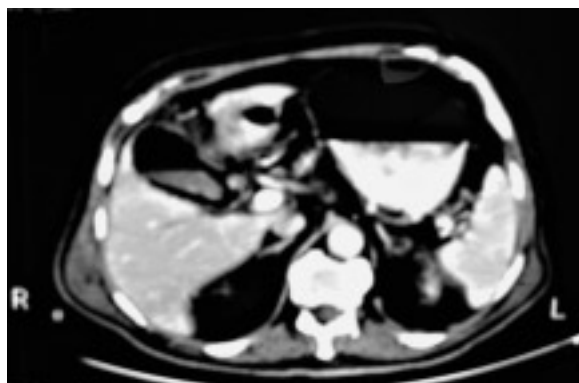
Η ΕΧ ορίζεται ως βαρεία οξεία βακτηριακή χολοκυστίτιδα με παρουσία αέρα στην χοληδόχο κύστη, το τοίχωμά της ή τους περιχολοκυστικούς ιστούς· προϋπόθεση είναι η απουσία μη φυσιολογικής επικοινωνίας μεταξύ χοληφόρου και γαστρεντερικού συστήματος¹⁻². Συνοδεύεται από δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές όπως ρήξη της χοληδόχου προς το περιτόναιο και επακόλουθη περιτονίτιδα και, αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, από σηπτική καταπληξία³⁻⁶. Είναι σχετικά σπάνια αφού αφορά το 1% του συνόλου των χολοκυστίτιδων αλλά, βαρεία νοσολογική οντότητα με θνησιμότητα που ανέρχεται στο 15-25%. Αφορμή για την παρούσα εργασία αποτέλεσε η νοσηλεία ηλικιωμένου διαβητικού (τύπου 2) ασθενούς με ΕΧ στην κλινική μας. Τα περιστατικά ΕΧ αφορούν διαβητικούς ασθενείς σε ποσοστό 38-55%⁷⁻¹⁰. Περιγράφηκε το 1901 από τον Stotz ενώ μέχρι το 1971 είχαν περιγραφεί μόλις 164 περιπτώσεις ΕΧ στην διεθνή βιβλιογραφία. Σήμερα η ΕΧ αναγνωρίζεται συχνότερα καθώς και προωμότερα¹¹⁻¹³. Τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα θέτουν την συζήτηση για την θεραπευτική αντιμετώπιση της ΕΧ σε νέα βάση.

Υλικό και μέθοδοι

Το υλικό μας αποτέλεσε περίπτωση διαβητικού ασθενούς που νοσηλεύτηκε στην κλινική μας.

Πρόκειται για άνδρα ασθενή 76 ετών με ΣΔ τύπου 2 από το 1985 με πτωχή γλυκαιμική ρύθμιση (αντιδιαβητικά δισκία: γλιβενκλαμίδη 22,5 mg ημερησίως) που εμφάνισε το 1985 ΑΕΕ χωρίς υπολειπόμενη σημειολογία, το 2001 καταρράκτη και το 2002 καρδιακή ανεπάρκεια (τεκμηριωμένη με υπερηχογράφημα καρδιάς) και ΗΚΓ με ευρήματα προσθίου εμφράγματος μυοκαρδίου. Ο ασθενής

Β' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο
Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου»
Θεσσαλονίκης



Εικόνα 1

εισάγεται στην κλινική μας με: εμπύρετο (θ:39°C) άλγος δεξιού υποχονδρίου και πλευροδυνία, ευαισθησία και αντίσταση στο δεξιό υποχόνδριο και ελαττωμένους εντερικούς ήχους. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: σάκχαρο ορού: 325 mg/dl, σακχαρουρία (1000 mg/dl), χωρίς παρουσία οξόνης στα ούρα. Λευκοκυττάρωση με WBC: 16,8 K/μl, (Πολ: 86%) και HbA1c: 9,8 g/dl.

Από τον απεικονιστικό έλεγχο στην Α/α θώρακος βρέθηκαν: αύξηση του ΚΘΔ και γραμμοειδείς ατελεκτασίες Αρ. μεσοπνευμονικών πεδίων ενώ η Α/α κοιλίας σε όρθια θέση ήταν χωρίς τυπικά υγραερικά επίπεδα. Η αξονική τομογραφία άνω/κάτω κοιλίας έδειξε διατεταμένη χοληδόχο κύστη με παρουσία αέρα στον αυλό της και στον περιχολοκυστικό χώρο, παρουσία υπόπυκνου υλικού στον περιαγγειακό – περιπυλαίο χώρο του ήπατος καθώς και μικρή συλλογή υγρού περιηπατικά. Τα παραπάνω ευρήματα ήταν συμβατά με οξεία εμφυσηματική χολοκυστίτιδα (Εικ. 1).

Ακολουθήθηκε συντηρητική αγωγή με τριπλή αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία: κεφοξιτίνη, οφλοξασίνη, μετρονιδαζόλη ενώ ο ασθενής εντάχθηκε σε εντατικό σχήμα ινσουλινοθεραπείας (συνδυασμό ινσουλίνης ταχείας δράσης και ενδιάμεσης δράσης). Παρατηρήθηκε υποχώρηση του άλγους δεξιού υποχονδρίου, υποχώρηση του εμπυρέτου από την 3^η ημέρα θεραπείας, ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου του αίματος. Η όλη εξέλιξη του περιστατικού υπήρξε πολύ καλή.

Συζήτηση

Η ΕΧ είναι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας οντότητα. Παθογενετικοί παράγοντες θεωρούνται η ισχαιμία απότοκος απόφραξης της κυστικής αρτηρίας ή γάγγραινας του τοιχώματος της κύστης και η ανάπτυξη λοίμωξης από αεριογόνα μικρό-

βια¹. Ακόμη στην παθογένεση της ΕΧ συζητούνται η παρουσία λιθίασης της χοληδόχου κύστης καθώς και ο αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης, λόγω ανοσοκαταστολής (ΣΔ)^{2,12,14} και μεγάλης ηλικίας¹.

Η οξεία χολοκυστίτιδα προκαλεί οίδημα που ελαττώνει την φλεβική/λεμφική επαναφορά από την κύστη με σταδιακή μείωση της αρτηριακής παροχής. Η παραγωγή αερίου αρχίζει όταν το ισχαιμο τοίχωμα της κύστεως αποικίζεται με αεριογόνα βακτήρια. Εν συνεχεία εγκαθίσταται λοίμωξη. Αρχικά η παραγωγή αερίων περιορίζεται στο τοίχωμα της χοληδόχου, ενώ κατόπιν επεκτείνεται στον αυλό με διάταση του τοιχώματος. Τελικά επέρχεται σπητική νέκρωση του κυστικού βλεννογόνου, γάγγραινα και διάτρηση.

Μικροοργανισμοί που απομονώνονται συχνότερα είναι: κλωστηρίδια, E.Coli, και ορισμένα είδη klebsiella. Σπανιότερα αίτια είναι εντερόκοκκοι, σταφυλόκοκκοι και αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι^{2,12}.

Η ΕΧ εμφανίζεται σε ηλικιωμένους (60 ετών ή μεγαλύτερους άνδρες)^{1,5}. Η αναλογία άνδρες/γυναίκες είναι 3-5/1⁴, σε αντίθεση με την τυπική οξεία χολοκυστίτιδα (ΟΧ) που είναι 7 φορές συχνότερη στις γυναίκες.

Οι κλινικές εκδηλώσεις δεν διαφέρουν από αυτές της τυπικής ΟΧ^{2,3}. Ο πόνος αρχίζει συνήθως ως κωλικός των χοληφόρων που ταχέως επιδεινώνεται. Σταδιακά επικεντρώνεται στο δεξιό υποχόνδριο και είναι δυνατό να αντανακλά στην ωμοπλατιαία χώρα και ιδιαίτερα στην δεξιά ωμοπλάτη ή τον δεξιό ώμο. Ανορεξία και ναυτία είναι σχετικά συχνά συμπτώματα. Οι έμετοι είναι επίσης συχνοί και μπορεί να οδηγήσουν σε αφυδάτωση. Ο ίκτερος είναι ίσως σπάνιος στα πρώιμα στάδια, αλλά μπορεί να εμφανιστεί όταν το φλεγμονώδες αιτιολογίας οίδημα καταλάβει τα χοληφόρα αγγεία και τους πέριξ αυτών λεμφαδένες. Συνήθως είναι και η συνύπαρξη εμπυρέτου με ρίγος ή φρίκια. Διόγκωση και ευαισθησία της χοληδόχου υπάρχει στο 25-50% των περιπτώσεων. Η πίεση στο δεξιό υποχόνδριο δεν προκαλεί απαραίτητα πόνο ή το σημείο του Murphy. Η ερμηνεία αυτών των φαινομένων ίσως να σχετίζεται με την διαβητική νευροπάθεια¹. Τέλος μπορεί να υπάρχει κοιλιακή διάταση καθώς και ελάττωση των εντερικών ήχων λόγω παραλυτικού ειλεού.

Η γάγγραινα της χοληδόχου είναι αποτέλεσμα της τοιχωματικής ισχαιμίας και της ιστικής νέκρωσης. Αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την διάτρηση, η οποία, όμως μπορεί να συμβεί και

πριν την εμφάνιση της γάγγραινας. Σε κάθε περίπτωση η διάτρηση εκδηλώνεται με γενικευμένα σημεία περιτοναϊσμού. Τοπικές διατρήσεις μπορεί να περιχαρακωθούν από επίπλουν ενώ βακτηριακή επιλοίωξη του εκκνωθέντος περιεχομένου της χοληδόχου μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία αποστήματος.

Από τα εργαστηριακά ευρήματα υπάρχει υπεργλυκαιμία ενώ συνήθως είναι και η λευκοκυττάρωση που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα εκσεσημασμένη. Οι ηπατικές δοκιμασίες είναι συνήθως φυσιολογικές εκτός αν συνυπάρχει χολόσταση ή ηπατοκυτταρική βλάβη.

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας είναι δυνατό να εμφανίζει την κλασική εικόνα μιας χοληδόχου κύστης με παρουσία αέρα στον αυλό της ή και στον περιχολοκυστικό χώρο⁹. Στις περισσότερες πάντως περιπτώσεις η απλή ακτινογραφία κοιλίας δεν είναι διαγνωστική².

Η χρήση των υπερήχων είναι πιο ειδική στην απεικόνιση της ΕΧ και μπορεί να δείξει την παρουσία αέρα στον αυλό ή το τοίχωμα της χοληδόχου⁶. Εξέταση εκλογής πάντως θεωρείται η αξονική τομογραφία κοιλίας γιατί μπορεί να ανιχνεύσει ακόμη και μικρά ποσά αέρα στο κυστικό τοίχωμα βοηθώντας στην πρωιμότερη διάγνωση της νοσολογικής αυτής οντότητας.

Η αντιμετώπιση είναι κυρίως χειρουργική, όμως ορισμένες σύγχρονες αναφορές (καθώς και η αντιμετώπιση του δικού μας περιστατικού) υποδηλώνουν την δυνατότητα της συντηρητικής αντιμετώπισης².

Ουσιαστικής σημασίας είναι η κάλυψη με αντιμικροβιακά χημειοθεραπευτικά, ιδιαίτερα με ανθεκτικά στις β-λακταμάσες ή με συνδυασμούς που το φάσμα δράσης τους περιλαμβάνει αναερόβιους και gram (-) μικροοργανισμούς καθώς και η ένταξη του ασθενούς σε εντατικό σχήμα ινσουλινοθεραπείας¹². Ακόμη σημαντικός είναι ο ρόλος της υποστηρικτικής αγωγής με αναπλήρωση των υγρών και διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών (όπου αυτές υπάρχουν).

Οι παραπάνω θεραπευτικοί χειρισμοί είναι βασικοί στην σταθεροποίηση του ασθενούς. Επειδή όμως ο κίνδυνος της διάτρησης πάντα ελοχεύει, και η επίπτωση μιας τέτοιας επιπλοκής στην επιβίωση του ασθενούς είναι αποφασιστική, ο ρόλος του χειρουργού ως συμβούλου ή θεράποντος ιατρού είναι ουσιώδης¹⁵. Ο λόγος που καθιστά σήμερα όχι απαραίτητα αναγκαία την χει-

ρουργική αντιμετώπιση είναι η πρωιμότερη διάγνωση της ΕΧ λόγω της εξέλιξης των απεικονιστικών μεθόδων. Έτσι είναι δυνατό να αποτρέπεται η εξέλιξη της νόσου προς τις πλέον επικίνδυνες επιπλοκές της. Στα πλαίσια αυτά πρέπει να αναφερθεί ότι στο συγκεκριμένο περιστατικό η αγωγή ήταν συντηρητική, λόγω της καλής εξέλιξης της υγείας του ασθενούς και αφού πάντως διερευνήθηκε και η εναλλακτική λύση της χειρουργικής παρέμβασης.

Abstract

Skaragkas G, Karagianni D, Papadopoulos R, Tzatzagou G, Karakoulakis S, Repanta H. Emphysematous cholecystitis, report of a case in a diabetic patient. Hellen Diabetol Chron 2004; 1: 83 - 86.

Emphysematous cholecystitis is a severe necrotizing form of acute cholecystitis with gas accumulation in the lumen and the wall of the gallbladder. It occurs especially in the elderly diabetic men. We describe a case of emphysematous cholecystitis in a 76 years old diabetic man with type 2 diabetes. The patient had a good response after several days of conservative management with intravenous hydration and antibiotic chemotherapy. Surgical management has been employed in most of the reported cases in the literature but in earlier recognized cases conservative management may have a role.

Βιβλιογραφία

1. Van Dyck P, Vanhoenacker P, et al. Acute Emphysematous Cholecystitis J BR-BTR Apr; 84(2): 77.
2. Gill KS, Chapman AH, et al. The changing face of Emphysematous Cholecystitis Br J Radiol 1997; 70: 986-91.
3. Garcia-Sancho Tellez L, et al. Acute Emphysematous Cholecystitis report of twenty cases Hepatogastroenterology 1999; 46 (28): 2144-8.
4. Ruby S, Gladstone A, et al. Emphysematous Cholecystitis a case report JAMA 1983; 249: 248-9.
5. Lee B, et al. Emphysematous Cholecystitis a case report and review of the literature NY St J Med 1992; 92: 406-7.
6. Wu CS, et al. Effervescent gallbladder sonographic findings in emphysematous cholecystitis J Clin Ultrasound 1998; 26(5): 272-5.
7. Wheat LJ. Infection and Diabetes Mellitus Diabetes Care 1980; 3 (1): 187-97.
8. Cheah JS, Thai AC, et al. Infections in diabetes with special reference to diabetics in Singapore Ann Acad Med Sing 1985; 14(2): 240-6.
9. Yeatman T. Emphysematous Cholecystitis a case report and review of the literature Am J Emerg Med.
10. Lorenz RW, Steffen HM. Emphysematous Cholecystitis diagnostic problems and differential diagnosis of gallbladder gas accumulations. Hepatogastroenterology

- 1990; 37 (suppl 2): 103-6.
11. *Danse E, Laterre PF.* Emphysematous Cholecystitis N Engl J Med 1999; 341:1126.
 12. *Nirmal Joshi, Caputo GM, et al.* Infections in Patients with Diabetes Mellitus N Engl J Med 1999; 341: 1906-12.
 13. *Thomas LR, et al.* Chest pain with a surprising course N Engl J Med 1999; 341: 1134-8.
 14. *Eliopoulos G, et al.* Emphysematous Cholecystitis (infections in the diabetic patient) Infectious Diseases vol III, Issue 4 June 1997.
 15. *Yosimaki Ikuta et al.* A case of Emphysematous Cholecystitis treated with laparoscopic holocystectomy after transhepatic gallblader drainage. Jpn J Gastroenterology Surg 2002; 35: 1404-1407, (abstract).

Λέξεις κλειδιά:

Σακχαρώδης διαβήτης
Χολοκυστίτις

Key words:

Diabetes mellitus
Cholecystitis