

## Ανασκοπήσεις

## Οξεία χολοκυστίτιδα στην εγκυμοσύνη

Ι. Θανάσας  
 Μ. Τζιομάκη  
 Δ. Κυριακίδης  
 Α. Μπαμπάνης

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εγκυμοσύνη συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού χολολίθων. Κατά την εξέλιξη της κύησης οι χολόλιθοι συνήθως παραμένουν ασυμπτωματικοί. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν χρόνια φλεγμονή ή την απόφραξη του κυστικού πόρου και την εκδήλωση οξείας χολοκυστίτιδας. Η οξεία χολοκυστίτιδα αποτελεί τη δεύτερη πιο κοινή μη μαιευτική αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας στην κύηση μετά την οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η διάγνωση δεν είναι εύκολη. Η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, αλλά και οι παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές που είναι δυνατόν να παρουσιάζουν οι ηπατικές δοκιμασίες στη διάρκεια της κύησης είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης και πρόληψης των σοβαρών επιπλοκών. Το μεγάλο δίλημμα στην αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι η λήψη έγκαιρης και ορθής απόφασης για τη χειρουργική διερεύνηση της νόσου. Κύριο μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα-γυναικολόγου πρέπει να αποτελεί η σωστή ενημέρωσή του σχετικά με τον τρόπο που η πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη, ή αντίθετα να επηρεασθεί από αυτή, αλλά και η ενεργός συμμετοχή του στη διαγνωστική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία για τη μητέρα και για το έμβryo και το νεογνό. Στο παρόν άρθρο με βάση τα σύγχρονα δεδομένα επιχειρείται μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της οξείας χολοκυστίτιδας, αναφορικά κυρίως με την παθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση της νόσου στην εγκυμοσύνη.

*Όροι ευρετηρίου: οξεία χολοκυστίτιδα, εγκυμοσύνη, παθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος στην εγκυμοσύνη οι οποίες μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ίδιας της κύησης (πύρωση, σιελόρροια, υπερέμεση) ή να προϋπάρχουν (ηπατίτιδα) ή να εμφανίζονται τυχαία κατά τη διάρκεια αυτής, όπως είναι η οξεία σκωληκοειδίτιδα, η οξεία χολοκυστί-

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική,  
 Γενικό Νοσοκομείο Τριπόλεως

Αλληλογραφία:  
 Ιωάννης Κ. Θανάσας  
 Επιμελητής Β' Μαιευτικής  
 & Γυναικολογίας  
 Συνοικισμός Αγίας Τριάδας 3  
 42100 Τρίπολη  
 Τηλ.: 2431029103/6944766469  
 E-mail: thanasasg@hotmail.com  
 Κατατέθηκε: 18/11/09  
 Εγκρίθηκε: 03/12/09

τιδα, η παγκρεατίτιδα, ανεξάρτητα από τη δημιουργία ή όχι οξέος χειρουργικού προβλήματος παρουσιάζουν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον και προκαλούν έντονο προβληματισμό και διχογνωμία στη σύγχρονη μαιευτική πράξη. Οι φυσιολογικές ανατομικές, μορφολογικές, λειτουργικές, μεταβολικές, αιμοδυναμικές και βιοχημικές αλλαγές που υφίσταται ο μητρικός οργανισμός κατά την εξέλιξη της κύησης, αλλά και οι δυναμικοί κίνδυνοι τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβρυο και το νεογνό, επηρεάζουν σε άλλοτε άλλο βαθμό την κλινική εκδήλωση, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση των οξέων χειρουργικών παθήσεων στην εγκυμοσύνη. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο, καθώς και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων θεραπευτικών χειρισμών, προκειμένου να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας<sup>1</sup>.

Η οξεία χολοκυστίτιδα αποτελεί τη δεύτερη πιο κοινή μη μαιευτική αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας στην εγκυμοσύνη μετά την οξεία σκωληκοειδίτιδα. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου και η πορεία της κατά τη διάρκεια της κύησης είναι ανάλογη με εκείνη που παρατηρείται στις μη εγκυμονούσες ασθενείς. Εκτιμάται ότι η πάθηση είναι συχνότερη σε έγκυες προχωρημένης ηλικίας, στις παχύσαρκες έγκυες, καθώς και στις πολύτοκες. Γενικότερα, η συχνότητα εμφάνισης ασυμπτωματικής χολολιθίασης υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 3-4% του συνόλου των εγκύων γυναικών. Η επίπτωση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη κυμαίνεται από 1:1130 έως 1:12890 κύσεις και είναι περισσότερο συχνή στο δεύτερο και το τελευταίο τρίμηνο. Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης καθώς και στη διάρκεια της λοχείας η νόσος είναι λιγότερο συχνή<sup>2</sup>.

## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η εγκυμοσύνη συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο σχηματισμού χολολίθων. Κατά την εξέλιξη της κύησης οι χολόλιθοι συνήθως παραμένουν ασυμπτωματικοί. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν χρόνια φλεγμονή ή την απόφραξη του κυστικού πόρου και την εκδήλωση οξείας χολοκυστίτιδας. Η αυξημένη επίπτωση της λιθίασης των χοληφόρων οδών στις έγκυες πιθανότατα οφείλεται στην αύξηση του κορεσμού της χοληστερόλης στη χολή και στην ελάττωση της ουσιαστικότητας των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης, κάτω από την επίδραση των αυξημένων επιπέδων των οιστρογόνων ορμονών και της προγεστερόνης που χαρακτηρίζουν την φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη. Τα φυσιολογικά αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών της κύησης παρεμποδίζουν την έκκριση των χολικών αλάτων με αποτέλεσμα να ευνοείται η καθίζη-

ση της χοληστερίνης στη χολή, η οποία μετατρέπεται σε λιθογόνο παράγοντα.

Επιπρόσθετα, στην παθογένεση των χολολίθων κατά τη διάρκεια της κύησης φαίνεται να συμβάλλει σημαντικά και η δυσλειτουργία της χοληδόχου κύστης, η οποία αφορά στην καθυστερημένη κένωση από τη χολή που είναι πιθανότατα το αποτέλεσμα της μυοχαλαρωτικής δράσης της προγεστερόνης στις λείες μυϊκές ίνες των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης<sup>3</sup>.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη δεν είναι εύκολη. Η δυσκολία στην κλινική εξέταση των ενδοκοιλιακών οργάνων που δεν έχουν σχέση με τη μήτρα, οι φυσιολογικές μεταβολές των ανατομικών σχέσεων που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, αλλά και οι παρεκκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές που είναι δυνατόν να παρουσιάζουν οι ηπατικές δοκιμασίες στη διάρκεια της κύησης, είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την έγκαιρη και ορθή διάγνωση της νόσου. Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρόμοιες με εκείνες που αναφέρονται και από τις μη έγκυες ασθενείς (Πίνακας 1). Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα και παρατηρείται σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων. Ο πόνος χαρακτηρίζεται συνήθως από οξεία έναρξη, είναι μεγάλης έντασης, εντοπίζεται κυρίως στο επιγάστριο ή στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας και συνήθως είναι επεισοδιακού χαρακτήρα. Τα επεισόδια κολικών των χοληφόρων, τα οποία πυροδοτούνται κυρίως από τα γεύματα είναι ποικίλης έντασης, και μπορούν να διαρκέσουν από λίγα λεπτά μέχρι αρκετές ώρες. Ο πυρετός, η ναυτία, οι έμετοι και η ανορεξία αποτελούν συχνές εκδηλώσεις της νόσου που συνοδεύουν το κοιλιακό άλγος. Ο πυρετός ο οποίος συνήθως κυμαίνεται από 38°-39°C αποτελεί το πιο σταθερό συνοδό σύμπτωμα και είναι παρόν σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Παρόμοια, έμετοι και ανορεξία παρατηρούνται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Ο ίκτερος ο οποίος συνήθως εμφανίζεται σπάνια και είναι ήπιας μορφής οφείλεται στην απόφραξη των χοληφόρων οδών<sup>4</sup>.

Το χαρακτηριστικό κλινικό σημείο Murphy (επώδυνη ψηλάφηση του ήπατος στη διάρκεια βαθιάς εισπνοής) το οποίο είναι θετικό στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν αποτελεί αξιόπιστο διαγνωστικό κριτήριο για τις έγκυες ασθενείς, και ιδιαίτερα όταν αυτές διανύουν τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης. Παρόμοια, η λευκοκυττάρωση, η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ) και η θετικοποίηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) πρέπει να αξιολογούνται με ιδιαίτερη προσοχή, καθώς δεν μπορούν να παρατηρηθούν και στην φυσιολογική εγκυμοσύνη. Η «φυσιολογική» λευκοκυττάρωση της κύησης μέχρι και 16000/

**Πίνακας 1.** Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρόμοιες με εκείνες που παρατηρούνται στις μη έγκυες ασθενείς

κοιλιακό άλγος  
πυρετός  
ναυτία  
έμετοι  
ανορεξία  
ίκτερος  
σημείο Murphy θετικό

μη δυσκολεύει την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, με δεδομένο ότι ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων δεν ξεπερνά σε όλες τις περιπτώσεις οξείας χολοκυστίτιδας το όριο αυτό. Παρόλα αυτά όμως, «στροφή» του τύπου προς τα αριστερά διαπιστώνεται σε σημαντικό αριθμό περιπτώσεων και θέτει σοβαρή υποψία ύπαρξης οξείας φλεγμονής. Οι παθολογικές ηπατικές δοκιμασίες που αφορούν στην αύξηση των τρανσαμινασών και την ήπια αύξηση των επιπέδων της αλκαλικής φωσφατάσης και της χολυρεθρίνης αποτελούν συχνά εργαστηριακά ευρήματα, τα οποία μάλιστα διαπιστώνονται από τα πρώιμα στάδια της νόσου<sup>5</sup>. Γενικά, παθολογικές ηπατικές δοκιμασίες παρατηρούνται περίπου στο 3% των εγκύων, όμως σοβαρή ηπατική νόσος εκδηλώνεται σε ποσοστό περίπου 0.5%. Παρόλα αυτά όμως, κάθε αύξηση στα επίπεδα των αμινοτρανσφερασών (AST, ALT), της χολυρεθρίνης, της αλκαλικής φωσφατάσης, της γ-γλουταμυλικής τρανσπεπτιδάσης (γGT) και της 5' νουκλεοτιδάσης (5-NT) πάνω από τα φυσιολογικά αμετάβλητα στην εγκυμοσύνη όρια, θα πρέπει να αποτελέσει αξιόπιστο δείκτη νοσημάτων του ήπατος ή των χοληφόρων που χρήζουν άμεσης διερεύνησης<sup>6</sup>. Επίσης, η αύξηση των παγκρεατικών ενζύμων, και ιδιαίτερα της αμυλάσης αποτελεί ένα μη ειδικό διαγνωστικό εύρημα. Παρόμοια αύξηση είναι χαρακτηριστική στην οξεία παγκρεατίτιδα, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί και σε περιπτώσεις εντερικής απόφραξης ή διατρηθέντος πεπτικού έλκους, καταστάσεις που χρήζουν άμεσης διαφορικής διάγνωσης από την οξεία χολοκυστίτιδα προκειμένου να εξασφαλισθεί η αμεσότερη και καταλληλότερη θεραπευτική προσέγγιση της ασθενούς<sup>7</sup>. Επιπλέον, η οξεία σκωληκοειδίτιδα, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης αποτελεί σοβαρό διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Η χαρακτηριστική προοδευτική μετατόπιση του τυφλού και της σκωληκοειδούς απόφυσης προς τα πάνω, δεξιά και πίσω στο πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα που προκαλεί κατά την πρόοδο της εγκυμοσύνης η σταδιακή αύξηση του μεγέθους της μήτρας, είναι δυνατόν να δημιουργήσει σύγχυση στην ψη-

λάφηση των χαρακτηριστικών σημείων ευαισθησίας της νόσου, και κατά συνέπεια σημαντικές δυσκολίες στη διαφοροδιάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας από την οξεία σκωληκοειδίτιδα<sup>8</sup>. Τέλος, οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/γυναικολογικής ή άλλης προέλευσης<sup>9</sup> που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία χολοκυστίτιδα στην εγκυμοσύνη φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2).

Παρόλο που η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα, δεν πρέπει να αμφισβητείται η χρησιμότητα των απεικονιστικών μεθόδων (Πίνακας 3). Από τις σύγχρονες απεικονιστικές εξετάσεις, το υπερηχογράφημα (US) φαίνεται να αποτελεί την πιο κοινή, πολυτιμότερη και ασφαλέστερη εξέταση στην προσπάθεια της διαγνωστικής προσέγγισης και επίλυσης των διαγνωστικών προβλημάτων της νόσου στην εγκυμοσύνη. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως η αντίχνηυση λίθου στη χοληδόχο κύστη, η πάχυνση του τοιχώματος της κύστης, η συλλογή υγρού στην περιφέρειά της και η διάταση του κοινού χοληδόχου πόρου, είναι ενδεικτικά ύπαρξης οξείας φλεγμονής του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης. Πιο συγκεκριμένα, με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία εκτιμάται ότι η διαγνωστική αξία των υπερήχων αναφορικά με την απεικόνιση χολολίθων εντός της χοληδόχου κύστης είναι μεγάλη και υπολογίζεται ότι ξεπερνά το 95% των περιπτώσεων (95-98%)<sup>10</sup>. Επιπλέον, σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία (CT) έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να επαναληφθεί όσο συχνά κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποβοηθητικό μέσο στην εκτέλεση διαγνωστικών επεμβατικών μεθόδων, και παράλληλα δεν απαιτεί τη χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας η οποία καλό είναι να αποφεύγεται στην εγκυμοσύνη λόγω των πιθανών βλαβών που μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο. Η CT ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδος ενδέχεται να έχει εφαρμογή στις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών που τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι αρνητικά. Στην απόφαση για την εκτέλεση της μεθόδου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει πάντα να συνυπολογίζεται και το ποσοστό της ακτινοβολίας στην οποία εκτίθεται το έμβρυο, με δεδομένο ότι η έκθεση στην ακτινοβολία παρατηρείται αυξημένη όταν η σάρωση περιλαμβάνει την περιοχή της κοιλιάς, και ιδιαίτερα την κάτω κοιλία και την πύελο<sup>11</sup>.

Πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) αναμένεται μελλοντικά να συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση της οξείας κοιλιάς στην κύηση και να αντικαταστήσει τη «βλαπτική» για το έμβρυο CT. Αν και η χρήση των σκιαγραφικών ουσιών στην εγκυμοσύνη εξακολουθεί να αποτελεί ακόμη μεταξύ πολλών συγγραφέων ζήτημα έντονου προβληματισμού και διχογνωμίας, η MRI φαίνεται να αποτελεί μια αρκετά ασφαλή μέθοδο για τη

**Πίνακας 2.** Παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/γυναικολογικής και άλλης προέλευσης που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία χολοκυστίτιδα στην εγκυμοσύνη.

- οξεία σκοληχοειδίτιδα
- οξεία ηπατίτιδα
- οξεία γαστρεντερίτιδα
- νεφρολιθίαση
- πυελονεφρίτιδα
- προεκλαμψία
- εκλαμψία
- σύνδρομο HELLP
- οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης
- υπερέμεση της κύησης
- έκλυση πρόωρου τοκετού
- πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα
- χοριοαμνιονίτιδα

διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας στην κύηση<sup>12</sup>. Επιπλέον, είναι αποδεδειγμένη η συμβολή της στην εκτέλεση διαγνωστικών επεμβατικών μεθόδων, όπως είναι η μαγνητική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP). Πρόσφατα βιβλιογραφικά δεδομένα τονίζουν τη μεγάλη διαγνωστική αξία της MRCP και το συνολικό όφελος που απορρέει από την αποφυγή εκτέλεσης ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειοπαγκρεατογραφίας (ERCP) στις έγκυες ασθενείς<sup>13</sup>.

Η ERCP βοηθάει αναμφισβήτητα στον εντοπισμό και την αφαίρεση των χολολίθων με τη βοήθεια ειδικά σχεδιασμένων εργαλείων, ωστόσο όμως φαίνεται να υπάρχει έντονος προβληματισμός και διχογνωμία σχετικά με την ασφάλεια της μεθόδου στην εγκυμοσύνη λόγω της χρήσης ιοντίζουσας ακτινοβολίας που απαιτεί η εκτέλεσή της<sup>14</sup>. Πρόσφατα, ο Akcakaya και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι η Non-Radiation ERCP σε εξειδικευμένα κέντρα με εμπειρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ασφάλεια στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της χολοκυστίτιδας, καθώς και σε άλλες ειδικές νοσολογικές καταστάσεις, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί την τοποθέτηση stent στη διάρκεια της εγκυμοσύνης<sup>15</sup>.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι παρεμφερής με εκείνη που εφαρμόζεται σε μη εγκυμονούσες ασθενείς. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η συντηρητική και υποστηρικτική θεραπεία αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο αντιμετώπισης και πρόληψης των σοβαρών επιπλο-

κών της νόσου. Οι βασικές αρχές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την αναστολή λήψης τροφής από το στόμα, την προσεκτική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με καθημερινό έλεγχο του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και την παρεντερική χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών φαρμάκων. Τη θεραπεία πρώτης γραμμής αποτελούν η αμοξυκυλλίνη, η αμπικυλλίνη ή οι κεφαλοσπορίνες δεύτερης γενεάς σε συνδυασμό με μετρονιδαζόλη ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου<sup>16</sup>. Η θεραπεία της χολολιθίασης με τη χορήγηση λιθολυτικών φαρμάκων, όπως είναι το ουρσοδεοξυχολικό οξύ (ursodeoxycholic acid) και το χηνοδεοξυχολικό οξύ (chenodeoxycholic acid) πρέπει να αποφεύγεται στη διάρκεια της κύησης, αν και σε μεμονωμένα περιστατικά που χορηγήθηκαν τα συγκεκριμένα φάρμακα στο παρελθόν δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες στη μητέρα και το έμβryo<sup>17</sup>.

Το μεγάλο δίλημμα στην αντιμετώπιση της χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη είναι η λήψη έγκαιρης και ορθής απόφασης για τη χειρουργική διερεύνηση της νόσου. Οι περισσότεροι από τους ερευνητές που έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με το θέμα υποστηρίζουν ότι σε μη επιπλεγμένες καταστάσεις είναι σωστό να ακολουθηθεί συντηρητική θεραπεία, και οποιαδήποτε επεμβατική διαδικασία να αναβάλλεται μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση που η επέμβαση δεν είναι δυνατόν να αναβληθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, προτιμάται για την εκτέλεσή της το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό περιγεννητικό αποτέλεσμα<sup>18</sup>. Εκτός από την αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης, το ποσοστό της οποίας φαίνεται να ξεπερνά το 55% των περιπτώσεων (56.5%)<sup>19</sup> και τις υποτροπιάζουσες μορφές της νόσου που ανέρχονται σε ποσοστό έως και 50%<sup>20</sup>, ένδειξη άμεσης χολοκυστεκτομής αποτελούν επίσης όλες οι επιπλεγμένες καταστάσεις πλήρους απόφραξης του χοληδόχου πόρου, στις οποίες η προσφορά της χειρουργικής θεραπείας αναμένεται μεγάλη και σημαντική για την πορεία της νόσου και την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης<sup>21</sup>.

Η χειρουργική προσέγγιση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνει τόσο την ανοικτή, όσο και την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Υπό κατάλληλες συνθήκες η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή μπορεί να είναι εξίσου ασφαλής, όσο και η ανοικτή προσπέλαση με τη διαφορά ότι μάλλον πρέπει να αποφεύγεται η εκτέλεσή της στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης<sup>22</sup>. Αντίθετα, πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία συγκρίνοντας τις δύο μεθόδους συνηγορούν υπέρ της μεγαλύτερης ασφάλειας της λαπαροσκοπικής προσπέλασης στην αρχόμενη εγκυμοσύνη, στο στάδιο της οργανογένεσης<sup>23</sup>. Γενικότερα, δε βρέθηκαν να υπάρχουν στατιστικές διαφορές ανάμεσα στις δύο χειρουργικές τεχνικές σχετικά με τη διάρκεια της κύησης, το Apgar score και το βάρος γέννησης των νεογνών<sup>24</sup>. Πρόσφατα,

**Πίνακας 3.** Σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης της οξείας χολοκυστίτιδας και επίλυσης των διαγνωστικών προβλημάτων της νόσου στην κύηση.

- υπερηχογράφημα
- αξονική τομογραφία
- μαγνητική τομογραφία
- μαγνητική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP)
- ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP)
- Non-Radiation ERCP

ο Halkic και οι συνεργάτες του, αναλύοντας τα αποτελέσματα της μελέτης τους που περιελάμβανε 5 περιπτώσεις λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής στην εγκυμοσύνη για ένα διάστημα 15 ετών (1990–2005), δημοσίευσαν ότι η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή ίσως είναι πιο ασφαλής για τις έγκυες, ιδιαίτερα όταν για την εκτέλεσή της προτιμάται το δεύτερο τρίμηνο της κύησης<sup>25</sup>.

Το κύριο πλεονέκτημα της λαπαροσκοπικής μεθόδου είναι η χρήση ηπιότερων φαρμάκων για την αναισθησία με αποτέλεσμα ο κίνδυνος εμβρυικής δυσχέρειας να είναι μειωμένος. Επιπλέον, ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας, ο ηπιότερος μετεγχειρητικός πόνος, το καλύτερο διεγχειρητικό οπτικό πεδίο και η συντομότερη επανακινητοποίηση του εντέρου, και γενικότερα της ασθενούς, αποτελούν γνωστά βασικά πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής τεχνικής έναντι της ανοικτής λαπαροτομίας<sup>26</sup>. Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις για την εφαρμογή της λαπαροσκοπικής προσπέλασης φαίνεται να αποτελούν η αιμοδυναμική αστάθεια της εγκύου, οι σοβαρές καρδιοπνευμονικές παθήσεις, οι διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού και οι επιπλεγμένες μορφές της νόσου, αντίστοιχα<sup>27</sup>. Οι κάποιες ανησυχίες που είχαν εκφραστεί στο παρελθόν ως προς την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και τη χρήση του διοξειδίου του άνθρακα για τον σχηματισμό του πνευμοπεριτοναίου μέχρι σήμερα δεν έχουν επιβεβαιωθεί. Προς αυτή την κατεύθυνση ο Iafrati και οι συνεργάτες του, στην προσπάθειά τους να μειώσουν τους κινδύνους από την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης και την εν μέρει απορρόφηση του βλαπτικού για το έμβρυο αερίου, πρότειναν την λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή χωρίς τη χρήση διοξειδίου του άνθρακα<sup>28</sup>.

Τέλος, όπως ήδη προαναφέρθηκε, στην αποδεδειγμένη και αναμφισβήτητη θεραπευτική αξία της ERCP στην εγκυμοσύνη θα πρέπει να συνυπολογίζεται και ο κίνδυνος που απορρέει από την έκθεση του εμβρύου

στην ακτινοβολία. Παρόμοια, από τις νεότερες θεραπευτικές επιλογές που δοκιμάζονται για την αντιμετώπιση της οξείας χολοκυστίτιδας στη διάρκεια της κύησης είναι και η διαδερμική παρακέντηση της χοληδόχου κύστης, χωρίς όμως προς το παρόν να μπορεί να επιδείξει ικανοποιητικό και ασφαλές θεραπευτικό αποτέλεσμα<sup>19</sup>.

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας στις έγκυες εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης και την καθυστέρηση της διάγνωσης. Η καθυστερημένη διάγνωση είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, η χολαγγειίτιδα, ο σχηματισμός εμπυήματος στη χοληδόχο κύστη, η διάτρηση της χοληδόχου κύστης και η εκδήλωση γενικευμένης περιτονίτιδας και σηψαιμίας, με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας<sup>21,29</sup>. Η εμβρυική απώλεια, οι πρόωρες συστολές της μήτρας και η έκλυση πρόωρου τοκετού αργότερα κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, αποτελούν συχνές επιπλοκές οι οποίες σχετίζονται κυρίως με την εκδήλωσή της νόσου στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Χάριν στην ευρεία διάδοση τα τελευταία χρόνια της σύγχρονης διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης, η μητρική θνησιμότητα είναι εξαιρετικά σπάνια. Η αυξημένη μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα συνήθως αφορά στην καθυστερημένη διάγνωση και σε επιπλεγμένες καταστάσεις<sup>30</sup>.

Έτσι σήμερα, κύριο μέλημα του σύγχρονου μαιευτήρα-γυναικολόγου θα πρέπει να αποτελεί η σωστή ενημέρωσή του σχετικά με τον τρόπο που η πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη ή αντίθετα να επηρεασθεί από αυτή, αλλά και η ενεργός συμμετοχή του στη σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβρυο και το νεογνό<sup>31</sup>.

## Summary

*Thanasas I, Tziomaki M, Kyriakides D, Mpampanis A*  
**Acute cholecystitis in pregnancy**  
*Hellen Obstet Gynecol 22(4):148-154, 2010*

Pregnancy is related with a high risk of gallstones and biliary tract disease. During pregnancy gallstones usually remain asymptomatic. In some cases chronic inflammation or obstruction of biliary tract and manifestation of acute cholecystitis may occur. Acute cholecystitis is the second most common non-obstetric cause for exploratory laparotomy during pregnancy after acute appendicitis. Diagnosis is not easy. The difficulty during clinical examination of the internal organs which are not related with uterus or close to it, the normal

changes of the anatomical relationships caused by the gradual increase of the uterus size during pregnancy, the unusual clinical manifestations which many times mimic the gestation's normal discomfort, but also the deviations from the normal rates that the liver's tests may present during pregnancy, are able to delay the on time and right diagnosis of the disease. In the majority of the cases the conservative and supportive therapy is the better and safer method of management and prevention of serious complications of the disease. The big dilemma in treating acute cholecystitis during pregnancy is the timely and proper decision making for the surgical exploration of the disease. The modern obstetrician-gynecologist's main concern should be his proper update about the way this condition could affect the pregnancy or be affected by it, but also his active participation in the diagnostic exploration and therapeutic treatment of the acute surgical problem, in order to insure a better health for the mother and the fetus. In this article based on modern data we attempt a brief review of the literature of acute cholecystitis during pregnancy, mostly about pathogenesis, diagnosis, management and prognosis.

**Key words:** *acute cholecystitis, pregnancy, pathogenesis, diagnosis, management, prognosis.*

#### **BΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Gastrointestinal Disorders. In: Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K eds. Williams Obstetrics, 22nd Edition, McGraw – Hill, 2005; 1111–1123.
- Carol EH Scott–Conner, Robin Perry. Acute abdomen and pregnancy. Emedicine article. Updated: Jun 7, 2006 <http://emedicine.medscape.com/article/195976-overview>
- Ko CW, Beresford SA, Schulte SJ, Matsumoto AM, Lee SP. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy. *Hepatology* 2005; 41:359–365.
- Gladden D, Migala AF, Beverly CS, Wolff J. Cholecystitis. Emedicine article. Updated: Aug 4, 2008 <http://emedicine.medscape.com/article/171886-overview>
- Dietrich CS III, Hill CC, Hueman M. Surgical diseases presenting in pregnancy. *Surg Clin North Am* 2008; 88:403–419.
- Kondrackiene J, Kupcinkas L. Liver diseases unique to pregnancy. *Medicina (Kaunas)* 2008; 44:377–345.
- Cappell MS. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. *Med Clin North Am* 2008; 92:889–923.
- Θανασάς Ι., Καλινδέρης Μιχ., Κεσπερίδης Π., Σταυροπούλου Βασ., Αθανασίου Αγγ., Καλαγασίδου Σ., Κουτσογεωργόπουλος Κ., Ευαγγέλου Μιχ. Οξεία σκωληκοειδίτιδα στην κύηση. Αναφορά μιας περίπτωσης και βιβλιογραφική ανασκόπηση της διαγνωστικής προσέγγισης της νόσου. *Θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας* 2009; ΚΓ(τ-1):55–59.
- Holschneider CH. Surgical Diseases and Disorders in Pregnancy. In: Decherney AH, Nauthan L, Goodwin MT, Laufer N. Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology. 10th Edition. New York: McGraw – Hill; 2007; p417–431.
- Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 131:4–12.
- Patel SJ, Reede DL, Katz DS, Subramaniam R, Amorosa JK. Imaging the pregnant patient for nonobstetric conditions: algorithms and radiation dose considerations. *Radiographics* 2007; 27:1705–1722.
- Garcia–Bournissen F, Shrim A, Koren G. Safety of gadolinium during pregnancy. *Can Fam Physician* 2006; 52:309–310.
- Oto A, Ernst R, Ghulmiyyah L, Hughes D, Saade G, Chaljub G. The role of MR Cholangiopancreatography in the evaluation of pregnant patients with acute pancreaticobiliary disease. *Br J Radiol* 2009; 82:279–285.
- Samara ET, Stratakis J, Enele Melono JM, Mouzas IA, Perisinakis K, Damilakis J. Therapeutic ERCP and pregnancy: is the radiation risk for the conceptus trivial? *Gastrointest Endosc* 2009; 69:824–831.
- Akçakaya A, Ozkan OV, Okan I, Kocaman O, Sahim M. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography during pregnancy without radiation. *World Gastroenterol* 2009; 15:3649–3652.
- Chloptsios C, Karanasiou V, Ilias G, Kavouras N, Stamatiou K, Lebren F. Cholecystitis during pregnancy. A case report and brief review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007; 34:250–251.
- Maton PN, Iser JH, Reuben A, Saxton HM, Murphy GM, Dowling RH. Outcome of chenodeoxycholic acid (CDCA) treatment in 125 patients with radiolucent gallstones. Factors influencing efficacy, withdrawal, symptoms and side effects of post dissolution recurrence. *Medicine (Baltimore)* 1982; 61:86–97.
- Dalmia S, Dalmia R. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. *Indian J Surg* 2005; 67:225.
- Chiappetta Porras LT, Napoli ED, Canullan CM, Quesada BM, Roff HE, Alvarez Rodriguez J, Oria

- AS. Minimally invasive management of acute biliary tract disease during pregnancy. *HPB Surg* 2009; 2009:829020. Epub 2009 Jul 12.
20. Hernadez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year center experience. *J Gastrointest Surg* 2007; 11:1623–1627.
21. Derici H, Kara C, Bozdogan AD, Nazli O, Tansug T, Akca E. Diagnosis and treatment of gallbladder perforation. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 7832 – 7836.
22. Upadhyay A, Stanten S, Kazantsev G, Horoupiar R, Stanten A. Laparoscopic management of a nonobstetric emergency in the third trimester of pregnancy. *Surg Endosc* 2007; 21:1344–1348.
23. Bani Hani MN. Laparoscopic surgery for symptomatic cholelithiasis during pregnancy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007; 17:482–486.
24. Rollins MD, Chan KJ, Prince RR. Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnancy: a new standard of care. *Surg Endosc* 2004; 18:237–241.
25. Halkic N, Tempia – Caliera AA, Ksontini R, Suter M, Delaloye JF, Vuilleumier H. Laparoscopic management of appendicitis and symptomatic cholelithiasis during pregnancy. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391:467–471.
26. Bisharah M, Tulandi T. Laparoscopic surgery in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46:92–97.
27. Amoli HA, Tavakoli H, Notash AY, Far MS, Khashayar P. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy: A case series. *J Minim Access Surg* 2008; 4:9–14.
28. Iafrati MD, Yarnell R, Schwaitzberg SD. Gasless laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. *Laparoendosc Surg* 1995; 5:127–130.
29. Mohammed Hamad Al – Akeely. Management of complicated gallstone disease during pregnancy. *Saud J Gastroenterol* 2003; 9:135–138.
30. Ko C. Biliary sludge and acute pancreatitis during pregnancy. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2006; 3:53–57.
31. Holschneider CH. Χειρουργικές επεμβάσεις και επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης. Στο: Μαμόπουλος ΜΑ, Ρούσσος ΔΧ. Σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία στη μαιευτική και γυναικολογία. 9η Έκδοση, Εκδόσεις Σιώκης, 2005; 541–559.