

## ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

**ΘΞΕΙΑ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΑ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΤΡΙΜΗΝΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.**

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

**ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Ιωάννης Θανασάς, Μαρία Τζιομάκη, Μιχαήλ Καλινδέρης, Παύλος Κεσκερίδης, Βασιλική Σταυροπούλου, Κωνσταντίνος Κουτσογεωργόπουλος, Μιχαήλ Ευαγγέλου

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

### **Αλληλογραφία:**

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Επιμελητής Β΄ Μαιευτικής – Γυναικολογίας

Συνοικισμός Αγίας Τριάδας 3

42100 Τρίκαλα

Τηλ.: 2431029103 / 6944766469

E – Mail: thanasasg@hotmail.com

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η οξεία χολοκυστίτιδα αποτελεί τη δεύτερη πιο κοινή μη μαιευτική αιτία ερευνητικής λαπαροτομίας στην εγκυμοσύνη μετά την οξεία σκωληκοειδίτιδα.<sup>(1)</sup> Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά έγκυο τεταρτοτόκο η οποία διανύοντας την 35<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αιτιώμενη πόνο στο επιγάστριο μεγάλης έντασης και κωλικοειδούς χαρακτήρα. Το κοιλιακό άλγος συνοδευόμενο από πυρετό, ανορεξία, ναυτία και εμέτους διαπιστώθηκε περίπου από οκταώρου. Ο αποκλεισμός της πρόωρης μυομητρικής δραστηριότητας καθώς και άλλων παθήσεων που θα μπορούσαν να εκδηλωθούν με παρόμοια κλινική εικόνα σε συνδυασμό με το ιστορικό γνωστής χολοκυστοπάθειας της εγκύου έθεσαν τη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας. Η μη βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς υπό την άμεση εφαρμογή συντηρητικής θεραπείας οδήγησε ένα εικοσιτετράωρο αργότερα στην απόφαση για ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε οξεία φλεγμονή του τοιχώματος της χολοδόχου κύστης και εκτελέστηκε χολοκυστεκτομία από ομάδα ειδικών χειρουργών. Άμεσα μετεγχειρητικά η ασθενής ανέφερε απαλλαγή των συμπτωμάτων της. Την 7<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία και χωρίς σημεία έναρξης πρόωρου τοκετού η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας με οδηγία για τακτικό επανέλεγχο στο εξωτερικό ιατρείο. Διανύοντας την 39<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης γέννησε με φυσιολογικό τοκετό μετά από αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων. Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή του περιστατικού επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της οξείας χολοκυστίτιδας, αναφορικά με τη διαγνωστική προσέγγιση και την επίλυση των διαγνωστικών προβλημάτων της νόσου στην εγκυμοσύνη.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΥΡΙΑΡΧΕΙΑΣ:** οξεία χολοκυστίτιδα, εγκυμοσύνη, διαγνωστική προσέγγιση

## **ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

### **ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE ULTIMATE TRIMESTER OF PREGNANCY.**

#### **CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE**

Ioannis Thanasas, Maria Tziomaki, Mihail Kalinderis, Vasiliki Stavropoulou, Pavlos Keskerides, Konstantinos Koutsogeorgopoulos, Mihail Evagelou

Department of Obstetrics & Gynecology of General Hospital in Kozani “Mamatsio”

Acute cholecystitis is the second most common non – obstetric cause for exploratory laparotomy during pregnancy following acute appendicitis.<sup>(1)</sup> The presentation of the case regards a multigravida woman during 35<sup>th</sup> week of her fourth pregnancy that came in our emergency out – patients department with severe pain in the right upper quadrant, in the epigastrium and also pain with colic character. The abdominal pain accompanied by fever, anorexia, nausea and vomit stated 8 hours ago. The exclusion of premature myometrim activity and other diseases with similar clinical manifestations in combination with the note gallbladder disease of the woman put the diagnosis of acute cholecystitis. Immediate conservative therapy did not improve her clinical situation, therefore twenty – four hours after admission we decided to proceed with an exploratory laparotomy. The operation wall and cholocystectomy was performed by an expert surgeon’s team. The patient mentioned relief of her symptoms immediately after the operation. The postoperative clinical course was uneventful and the patient exited the hospital on the 7<sup>th</sup> day with instructions to be followed up in the outpatient clinic. During the 39<sup>th</sup> week of pregnancy our patient engendered with vaginal labor after spontaneous rupturing of membranes. In this work after the description of the case report we attempt based on modern data a brief review of the literature of acute cholecystitis, mostly concerning the diagnostic approach of the disease to the pregnancy.

**KEY WORDS:** acute cholecystitis, pregnancy, diagnostic approach

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εγκυμοσύνη υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σχηματισμού χολολίθων. Η αυξημένη επίπτωση της λιθίασης των χοληφόρων πόρων στις έγκυες πιθανότατα οφείλεται στην αύξηση του κορεσμού της χοληστερόλης στη χολή και στην ελάττωση της συσταλτικότητας 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 καθίζηση της χοληστερίνης στη χολή την οποία μετατρέπει 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>(2)</sup>

Κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης οι χολολίθοι 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 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 έγκυες ασθενείς. Εκτιμάται ότι η πάθηση είναι συχνότερη σε έγκυες προχωρημένης ηλικίας, στις παχύσαρκες έγκυες, καθώς και στις πολυτόκες. Γενικότερα, η συχνότητα εμφάνισης ασυμπτωματικής χολολιθίασης 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.<sup>(3)</sup>

Με βάση πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία εκτιμάται ότι η αναγκαιότητα χολοκυστεκτομής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αντιστοιχεί σε ποσοστό μικρότερο του 0.1% των κυήσεων που επιπλέκονται με οξεία χολοκυστίτιδα.<sup>(4)</sup>

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά έγκυο τεταρτοτόκο ηλικίας 35 ετών η οποία διανύοντας την 35<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αναφέροντας από οκτώ ωρών περίπου έντονο πόνο στο επιγάστριο επεισοδιακού χαρακτήρα. Ο πόνος συνοδευόταν από πυρετό (μέχρι 38.7° C), ναυτία, εμέτους και ανορεξία. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε ιστορικό χολολιθίασης και επαναλαμβανόμενα επεισόδια κωλικών των χοληφόρων κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα προ και μετά της σύλληψης. Οι πληροφορίες που ελήφθησαν από το μαιευτικό ιστορικό παρακολούθησης της εγκύου πιστοποιούσαν την ομαλή μέχρι τώρα εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Κατά τη γενική φυσική εξέταση η αρτηριακή πίεση και οι σφύξεις ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Διαπιστώθηκε ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου και της άνω δεξιάς κοιλιακής χώρας με θετικό το σημείο Murphy. Κατά τη μαιευτική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν πρόωρες συστολές της μήτρας. Μετά την εισαγωγή της εγκύου στην κλινική μας με το μαιευτικό υπερηχογράφημα επιβεβαιώθηκε η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου. Το αμνιακό υγρό και ο έλεγχος με Doppler της ροής του αίματος στα ομφαλικά αγγεία ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της άνω κοιλίας έδειξε ήπαρ φυσιολογικών διαστάσεων με φυσιολογική ηχοδομή και ηχογένεια. Η χοληδόχος κύστη ήταν αυξημένων διαστάσεων και οιδηματώδης με παρουσία λίθου στο εσωτερικό της, πάχυνση του τοιχώματός της και μικρή διάταση του κοινού χοληδόχου πόρου. Το πάγκρεας απεικονίστηκε χωρίς παθολογικά ευρήματα. Το υπερηχογράφημα νεφρών, ουρητήρων και ουροδόχου κύστης ήταν φυσιολογικό. Από τον επείγοντα

εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Hb 12.7gr/dl, WBC 15700/ml<sup>3</sup>, NEUT 85%, PLT 201000 ml<sup>3</sup>, PT 10.5, APTT 29.2, INR 0.97, ινωδογόνο 431mg%, Glu 107mg/dl, ουρία 35mg/dl, κρεατινίνη 0.58 mg/dl, ουρικό οξύ 3.1 mg/dl, νάτριο 139 mEq/L, κάλιο 4.1mEq/L. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ) και η C – αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) ήταν οριακά αυξημένες (23 mm/h και 1.2 mg/dl, αντίστοιχα). Ο έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας έδειξε ήπια αύξηση των επιπέδων των τρανσαμινασών και της αλκαλικής φωσφατάσης. Η αμυλάση του ορού και των ούρων ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η κλινική εξέταση από ομάδα ειδικών χειρουργών έθεσε τη διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας και η ασθενής τέθηκε υπό στενή παρακολούθηση και αντιβιοτική αγωγή με κεφαλοσπορίνη 2<sup>ης</sup> γενεάς και μετρονιδαζόλη.

Η εμφάνιση της κλινικής/εργαστηριακής εικόνας και η επιδείνωση της γενικής κατάστασης της ασθενούς ένα εικοσιτετράωρο αργότερα οδήγησαν στην απόφαση για ερευνητική λαπαροτομία. Διεγχειρητικά, διαπιστώθηκε οξεία φλεγμονή του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης επί εδάφους χολολιθίασης και εκτελέστηκε χολοκυστεκτομία. Άμεσα μετεγχειρητικά η ασθενής ανέφερε απαλλαγή των συμπτωμάτων της. Χωρίς σημεία έναρξης πρόωρης μυομητρικής δραστηριότητας εξήλθε από την κλινική μας την 7<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας με οδηγία για τακτικό επανέλεγχο στο εξωτερικό ιατρείο. Διανύοντας την 39<sup>η</sup> εβδομάδα της εγκυμοσύνης η ασθενής μας γέννησε με φυσιολογικό τοκετό μετά από αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

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 από τις μη έγκυες ασθενείς (πίνακας 1). Ο κοιλιακός πόνος αποτελεί το κυρίαρχο σύμπτωμα και παρατηρείται σχεδόν στο σύνολο των περιπτώσεων (δική μας περίπτωση). 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 κωλικών 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 παρών σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις. Παρόμοια, έμετοι και ανορεξία παρατηρούνται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Ο ίκτερος που εμφανίζεται σπάνια και είναι ήπιας μορφής οφείλεται στην απόφραξη των χοληφόρων πόρων.<sup>(5)</sup>

Το χαρακτηριστικό κλινικό σημείο Murphy (επώδυνη ψηλάφηση του ήπατος στη διάρκεια βαθιάς εισπνοής) το οποίο είναι θετικό στις περισσότερες περιπτώσεις (δική μας περίπτωση) 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 μπορούν να παρατηρηθούν και στην φυσιολογική εγκυμοσύνη. Η «φυσιολογική» λευκοκυττάρωση της κύησης μέχρι και 16000/μl 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 (δική μας περίπτωση) 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 χολερυθρίνης αποτελούν συχνά εργαστηριακά ευρήματα, τα οποία μάλιστα διαπιστώνονται από τα πρώιμα στάδια της νόσου.<sup>(6)</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  $\gamma$  – γλουταμυλ – τρανσπεπτιδάσης ( $\gamma$ GT) και της 5' νουκλεοτιδάσης (5 – NT) πάνω από τα φυσιολογικά αμετάβλητα στην εγκυμοσύνη όρια θα πρέπει να αποτελεί αξιόπιστο δείκτη νοσημάτων του ήπατος ή των χοληφόρων που χρήζουν άμεσης διερεύνησης.<sup>(7)</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 προκληθεί 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>(8)</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 ψηλάφηση των χαρακτηριστικών σημείων ευαισθησίας της νόσου και σημαντικές δυσκολίες στη διαφοροδιάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας από την οξεία σκωληκοειδίτιδα.<sup>(9)</sup> Τέλος, οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/



γυναικολογικής ή άλλης προέλευσης<sup>(10)</sup> που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία χολοκυστίτιδα στην εγκυμοσύνη φαίνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2).

Παρόλο που η διάγνωση της χολοκυστίτιδας 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 κύηση. Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως η ανίχνευση 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 (δική μας περίπτωση). 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>(11)</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 που τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι αρνητικά. Στην απόφαση για την εκτέλεση της μεθόδου κατά την 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>(12)</sup>

Πρόσφατα βιβλιογραφικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) αναμένεται μελλοντικά να συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση της οξείας κοιλίας στην κύηση και να αντικαταστήσει την «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 διάγνωση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη.<sup>(13)</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>(14)</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 σχετικά με την ασφάλεια της μεθόδου στην εγκυμοσύνη λόγω της χρήσης ιοντίζουσας ακτινοβολίας που απαιτεί η εκτέλεσή της.<sup>(15)</sup> Πρόσφατα, ο Akcakaya και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν ότι η No – Radiation ERCP σε εξειδικευμένα κέντρα με εμπειρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ασφάλεια στη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της νόσου και των επιπλοκών της, καθώς και σε άλλες ειδικές νοσολογικές καταστάσεις, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί την τοποθέτηση stent στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.<sup>(16)</sup>

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Γενικά, οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος στην εγκυμοσύνη, και ιδιαίτερα εκείνες που εμφανίζονται τυχαία κατά τη διάρκεια αυτής, όπως είναι η σκωληκοειδίτιδα, η χολοκυστίτιδα η παγκρεατίτιδα, ανεξάρτητα από την εκδήλωση ή όχι οξέος χειρουργικού προβλήματος παρουσιάζουν ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον και προκαλούν έντονο προβληματισμό και

διχογνωμία στη σύγχρονη μαιευτική πράξη. Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση της οξείας χολοκυστίτιδας στην εγκυμοσύνη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για την επιτυχή αντιμετώπιση και την πρόληψη των σοβαρών επιπλοκών. 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.

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 διαγνωστική διερεύνηση και θεραπευτική αντιμετώπιση του οξέος χειρουργικού προβλήματος, προκειμένου να διασφαλισθεί η καλύτερη υγεία τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβryo και το νεογνό.<sup>(17)</sup>

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. 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.
2. 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(2): 359 – 365.
3. Carol EH Scott – Conner, Robin Perry. Acute abdomen and pregnancy. Emedicine article. Updated: Jun 7, 2006 <http://www.emedicine.medscape.com/article/195976-overview>.
4. Λώλης ΔΕ. Οξεία χειρουργική κοιλία και κύηση. Στο: Λώλης ΔΕ. Γυναικολογία και Μαιευτική, τόμος Β΄. 2<sup>η</sup> Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, 2004: 505 – 519.
5. Gladden D, Migala AF, Beverly CS, Wolff J. Cholecystitis. Emedicine article. Updated: Aug 4, 2008 <http://www.emedicine.medscape.com/article/171886-oreview>.
6. Dietrich CS III, Hill CC, Hueman M. Surgical diseases presenting in pregnancy. *Surg Clin North Am* 2008; 88(2): 403 – 419.
7. Kondrackiene J, Kupcinskas L. Liver diseases unique to pregnancy. *Medicina (Kaunas)* 2008; 44(5): 377 – 345.
8. Cappell MS. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. *Med Clin North Am* 2008; 92(4): 889 – 923.
9. Θανασάς Ι., Καλινδέρης Μιχ., Κεσκερίδης 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.

10. Holschneider CH. Surgical Diseases and Disorders in Pregnancy. In: Decherney AH, Nauthan L, Goodwin MT, Laufer N. Current Diagnosis and Treatment Obstetrics and Gynecology. 10<sup>th</sup> Edition. New York: McGraw – Hill; 2007. Pp 417 – 431.
11. Augustin G, Majerovic M. Non – obstetrical acute abdomen during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2007; 131(1): 4 – 12.
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(6): 1705 – 1722.
13. Garcia – Bournissen F, Shrim A, Koren G. Safety of gadolinium during pregnancy. Can Fam Physician 2006; 52: 309 -310.
14. 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(976): 279 – 285.
15. 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(4): 824 – 831.
16. Akcakaya A, Ozkan OV, Okan I, Kocaman O, Sahim M. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography during pregnancy without radiation. World Gastroenterol 2009; 15(29): 3649 – 3652.
17. Holschneider CH. Χειρουργικές επεμβάσεις και επιπλοκές στη διάρκεια της κύησης. Στο: Μαμόπουλος MA, Ρούσσοι ΔΧ. Σύγχρονη διάγνωση και θεραπεία στη μαιευτική και γυναικολογία. 9<sup>η</sup> Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης, 2005: 541 – 559.

## ΠΙΝΑΚΕΣ

- κοιλιακό άλγος
- πυρετός
- ναυτία
- έμετοι
- ανορεξία
- ίκτερος
- σημείο Murphy θετικό

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

- οξεία σκωληκοειδίτιδα
- οξεία παγκρεατίτιδα
- 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

**Πίνακας 2.** Οι κυριότερες παθολογικές καταστάσεις μαιευτικής/γυναικολογικής ή άλλης προέλευσης που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την οξεία χολοκυστίτιδα στην εγκυμοσύνη.

- υπερηχογράφημα
- αξονική τομογραφία
- μαγνητική τομογραφία
- μαγνητική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (MRCP)
- ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP)
- No – Radiation ERCP

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