

Colecistita în sarcină

Colecystitis during pregnancy

Marius Moga, Ioan Giurgiu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie Braşov

Abstract

Cholecystitis is a relatively uncommon disease in pregnancy, but its presence can seriously modify the course and outcome of the pregnancy. Cholecystitis and acute cholecystitis, can be difficult to recognize, due to the lack of the maternal body reactivity, although it is a serious condition. Ultrasound examination has the most important role in the diagnosis.

Once diagnosed, the initial treatment plan should be conservative: antibiotics, digestive re-pause and supportive therapy. Subsequent management depends on the gestational age.

Surgical therapy, when needed, should not be

delayed, and, if possible, planned during the second trimester, for a better outcome. Surgery performed under emergent conditions has poorer results. Laparoscopic surgery should be taken into consideration, being more elegant and less harmful. Due to the new findings and the development of new techniques, laparoscopy is becoming the new election method in the surgical treatment of cholecystitis in pregnancy.

Keywords: acute cholecystitis, pregnancy, ultrasound examination, conservative therapy, laparoscopic surgery.

Colecistita se defineşte ca inflamaţia veziculei biliare, şi - în 90% din cazuri - este consecinţa litiazei biliare (veziculare)^(1-10, 13,21,22).

Nu este o afecţiune frecvent asociată sarcinii, dar când se asociază sarcinii, poate modifica major cursul acesteia.

Incidenţa acestei afecţiuni este de 0,02-0,16% din totalul sarcinilor^(2,4). Două treimi din cazuri survin la multipare, iar mai mult de o treime au un istoric de litiază biliară^(2,6,7,8,21, 22).

Pentru apariţia colecistitei sunt necesari doi factori: staza biliară şi infecţia.

După cum am mai menţionat, 90% din colecistite apar ca o consecinţă a litiazei biliare. Restul de 10% sunt alitiazice, datorându-se însă aceluiaşi mecanism: evacuarea deficitară a colecistului. Pot fi primitive (malformaţii ale colecistului, anomalii de implantare a cisticului, anomalii de pedicul hepatic) sau secundare unor stări septice (infecţii cu Salmonella Typhi) ce asociază o infecţie paralizantă a colecistului sau parazitoze (lamblia, ascarizi, chist hidatic rupt cu hidaticolice etc.) sau post-operatorii şi post-traumatice (cu remanierea anatomiei locale)⁽³⁾.

Litiaza biliară constituie cauza principală de stază biliară la gravide. Ea apare la 2,5-11% dintre gravide, fiind ca frecvenţă a doua afecţiune chirurgicală ne-obstetricală în sarcină, după apendicita acută^(1-10,13, 21,22).

Sarcina creează condiţii propice litogenezei: progesteronul scade contractilitatea veziculară şi relaxează musculatura tubului digestiv, estrogenii alterează raportul colesterol/acizi biliari din bilă, cu creşterea primului, rezultând astfel bila litogenă, suprasaturată în colesterol. De asemenea, estrogenii afectează resorbţia apei din vezica biliară prin inhibarea ATP-azei Na/K dependente⁽⁴⁾. De asemenea, multiparitatea pare a favoriza apariţia litiazei biliare.

Cu toate acestea, litiaza veziculară poate rămâne asimptomatică într-un procent destul de mare (20%)⁽³⁾. Pentru apariţia colecistitei, este necesară şi infecţia.

Infecţia se produce prin contiguitate (prin CBP, din duoden), pe cale sangvină (portală) sau limfatică. Proliferarea microbiană este stimulată de apariţia unei "cavităţi septice închise" - colecistul incapabil să-şi elimine conţinutul.

De altfel, există studii care arată că în măsura în care bila infectată se elimină în duoden, nu va surveni un proces inflamator acut⁽³⁾.

Germenii implicaţi sunt E. Coli, Klebsiella, anaerobi, stafilococi, realizând monoinfecţii sau, cel mai frecvent, infecţii polimicrobiene⁽¹⁾.

Infecţia poate interesa mucoasa, submucoasa, musculara, până la seroasă, în funcţie de patogenitatea agentului microbian şi de perioada scursă de la apariţia acesteia. Se poate ajunge la perforaţie şi peritonită biliară, cu riscuri majore atât pentru mamă, cât şi pentru făt.

Clinica litiazei biliare şi a colecistitei la gravide nu diferă faţă de pacientele negravidă. Totuşi, la gravide, particularitatea constă în faptul că anumite simptome sunt puse în seama sarcinii, diagnosticul de suferinţă biliară fiind astfel întârziat^{(2,4-7)(21,22)}.

De asemenea, anergia de sarcină face ca anumite semne şi simptome să nu se manifeste plenar sau să nu se manifeste deloc. S-au citat cazuri când la diagnosticul de colecistită s-a ajuns prin excludere, tabloul clinic sugerând o dispepsie banală^(6,10,21,22).



Dispepsia, intoleranța la alimente bogate în grăsimi, durerile în hipocondrul drept iradiate în epigastru sau interscapulo-vertebral sunt manifestări comune, în colecistită apărând febra, frisonul, uneori apărare musculară localizată și evidențierea palpatorie a veziculei biliare destinse (S. Murphy).

Subicterul sau icterul datorate colecistitei sau coledocolitiazii apar în numai 5% din cazuri^(2,6,10,21).

Cazurile cu evoluție gravă pot prezenta semne și simptome caracteristice peritonitei și sepsisului.

Modificările biologice sunt discrete. Litiția biliară necomplicată nu alterează testele funcționale hepatice și nu determină apariția sindromului de colestază⁽⁴⁾.

Concentrația fosfatazei alcaline este ușor crescută în sarcină datorită producției la nivel placentar a unei izoenzime; de aceea nu are valoare diagnostică deosebită, ba chiar generând uneori confuzii^(2,4,6,7,8,21,22).

Colecistita acută se asociază cu leucocitoză cu neutrofilie și devierea spre stânga a formulei leucocitare, creșterea concentrației de bilirubină, modificări ale testelor hepatice și o creștere ușoară a amilazelor. De menționat faptul că în sarcină apare leucocitoză în mod fiziologic (se acceptă până la 15.000/mm³), de aceea devierea spre stânga a formulei leucocitare este mai utilă pentru diagnostic decât nivelul leucocitozei în sine^(2,6,22).

Hemoculturile pot identifica germele, dar au valoare doar în fazele avansate, grave (sepsis cu bacteriemie), atunci când sarcina este de obicei compromisă și accentul se pune pe salvarea mamei⁽²⁾⁽³⁾⁽⁸⁾⁽²²⁾.

Biliculturile, obținute prin puncție, pot fi utile, dar sunt riscante prin posibilitatea de diseminare a infecției⁽³⁾.

Explorările imagistice, mai ales ecografia, sunt de un real folos.

Ecografia decelează prezența calcu-

lor, staza biliară (prin dilatarea CB și a colecistului), îngroșarea pereților colecistului (caracteristic peste 3 mm în colecistita acută), precum și prezența bulelor de gaz în cazul infecției cu anaerobi. În cazul litiției biliare, ecografia prezintă o sensibilitate de 95-99%. Având în vedere că ecografia este lipsită de riscuri în sarcină, ea rămâne metoda imagistică de elecție^(2,3,4,9,10,21,22).

Colecistita acută litiatică cu calcul inclavat infundibular

Aceeași patologie, dar cu edem parietal mai marcat.

Colecistita gangrenoasă

Explorările radiologice sunt rare, datorită riscului fetal. Totuși, riscul fetal asociat radiografiilor de rutină și colangiografiei este minim^(2,6,7,8,22). Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP) confirmă diagnosticul de litiția coledociană și poate elimina calculii^(4,15,20,21). De asemenea, fătul poate fi protejat prin "șorturi" de plumb plasate în calea fasciculului de raze X^{(4)(9)(10)(11)(12)(31,32)}.

Diagnosticul pozitiv se pune pe baza examenului clinic și a examenului ecografic, explorările biochimice și bacteriologice arătând răsunsetul asupra organismului matern și, eventual, agentul infecțios.

În diagnosticul diferențial trebuie avute în vedere alte suferințe ce se pot acompania de icter și teste hepatice alterate, cum ar fi hepatitele virale acute, colestaza intrahepatică de sarcină, degenerescența hepatică acută grasă, sdr. HELLP sau de durere abdominală, ca aceea din apendicita acută, ulcerul peptic, pancreatită, pielonefrită sau chiar din litiția veziculară necomplicată (neinfectată).

Dispepsia apare relativ frecvent în sarcină, deci va trebui identificate semnele și simptomele caracteristice patologiei biliare: intoleranță la mâncăruri grase, durerile în hipocondru drept iradiate specific, steatoree etc.^(2,4,6-10,21,22).

S-a constatat creșterea incidenței avorturilor și nașterilor premature la gravidele cu colecistită acută, față de sarcinile fără factori de risc.

Aceasta se explică prin conjugarea factorilor implicați: iritativ și infecțios. Pot apărea contracții uterine insta-

late prematur, hipoperfuzie uterină și transplacentară, infecție transplacentară sau acțiune a toxinelor bacteriene transplacentare. Toate acestea se pot solda cu avort, moarte fetală in utero, naștere prematură, deficite de creștere sau sechele în post-partum.

Rata complicațiilor crește o dată cu vârsta gestațională.

Contracțiile uterine complică evoluția în peste 60-70% din cazuri dacă vârsta gestațională este mai mare de 24 de săptămâni.

Moartea fătului are o incidență crescută în primul trimestru de sarcină când apare la aproximativ 5% din cazuri.

Riscul nașterii premature a fost raportat în literatură între 5% și 45% în cazul intervențiilor chirurgicale la nivelul abdomenului (respectiv la nivelul hipocondrului drept)⁽²¹⁾.

Mortalitatea maternă nu diferă de cea întâlnită la femeile negravidă, iar mortalitatea fetală (chiar și după intervenție chirurgicală) se situează la 5-9% din cazuri^(6,7,10,21,22).

Complicațiile redutabile sunt reprezentate de perforația piocolicistului, cu dezvoltarea peritonitei generalizate și respectiv septicemia, cu evoluție gravă, mergând până la MSOF și deces.

În aceste cazuri, accentul se pune pe salvarea mamei și abia apoi salvarea sarcinii. Oricum, în aceste situații, supraviețuirea fetală și ducerea sarcinii la termen sunt excepționale^(2,3,8,13,21).

Pusee repetate de colecistită acută, tratate, duc în final la colecistită cronică și remanieri importante loco-regionale, printre care colecistul sclero-atrofic (exclus funcțional) și pediculita "lemnoasă", cu probleme deosebite în cazul unei eventuale operații^(4,7,8,10,21).

Litiția biliară asimptomatică nu necesită tratament. Dizolvarea calculilor cu acid chenodezoxicolic și ursodezoxicolic era proscrisă datorită presupuselor efecte asupra sarcinii, prin traversarea barierei placentare. Totuși, studii recente arată că acidul ursodezoxicolic poate fi folosit în sarcină, mai ales pentru corectarea raportului acizilor biliari și combaterea litogenezei.

În cazul colecistitei acute, tratamentul este inițial conservator: repaus alimentar, sondă nazo-gastrică, medicație antibiotică, antispastică, analgetică^(2,4-7,11-13,21,22).

Terapia medicamentoasă duce la remisiune în 80% din cazuri, intervenția chirurgicală, devenind însă obligatorie după naștere^(2,4,10,13,21,22). Un studiu efectuat la Massachusetts General Hospital pe 23 de cazuri a arătat că tratamentul medicamentos a dus la remisiunea simptomelor și că toate pacientele au născut la termen⁽²⁾.

Pe de altă parte, un studiu realizat pe o perioadă de 11 ani, pe 54 de gravide cu litiază biliară, arată că 58% dintre ele au prezentat recurențe (colici) și 27% au necesitat 2-3 spitalizări⁽²⁾.

Un studiu realizat de Swisher și colaboratorii arată că rata recăderilor după tratament conservator scade o dată cu creșterea vârstei sarcinii (92% în trimestrul I, 64% în trimestrul II, 44% în trimestrul III)⁽²⁾.

Alegerea antibioticului este dictată în parte de trimestrul de sarcină^{(1),(2),(4),(5)}. Cloramfenicolul și Tetraciclina trebuie evitate în primul trimestru, în timp ce sulfamidele sunt proscrie în trimestrele II și III.

Multă vreme a fost recomandată ca terapie inițială combinația dintre o penicilină și un aminoglicozid, combinație bazată empiric pe faptul că penicilina acționează pe Gram pozitivi și amonoglicozidul pe Gram negativi. Ampicilina ar trebui să acopere majoritatea anaerobilor și speciile de enterococi.

Preocupările privind nefrotoxicitatea aminoglicozidelor, precum și descoperirea de noi cefalosporine, mai potente, au "detronat" combinația inițială. Se folosesc cu succes Cephepime, Cefoperazonă, precum și peniciline cu spectru larg sau cu inhibitor de beta-lactamază (Piperacilină, Augmentin), ca și monoterapie, fără efecte nefrotoxice^(11,12).

Consensul general este de a iniția antibioterapia cu o beta-lactamină cu spectru larg^(2,6,7,11,12,21,22).

Tratatul chirurgical este controversat în sarcină. Totuși, el trebuie luat în considerație din cauza riscului de acutizare și a posibilelor complicații^(1-8,14,15,17-19).

După unii autori, 30% până la 35% din gravidele cu colecistită sau 1/15.000-1/5.000 din totalul sarcinilor necesită intervenție chirurgicală. Indicațiile operatorii includ: colici biliare recurente, colecistita acută severă, icter obstructiv, pancreatita biliară, peritonita biliară sau diagnostic incert^(2, 14,15,17,18,22).

Deoarece incidența avorturilor spontane scade în cel de al II-lea trimestru de sarcină, acesta este privit ca și perioada de elecție pentru intervenția chirurgicală.

Există, de asemenea, controverse privind abordul chirurgical: clasic sau laparoscopic.

Centrele cu mai puțină experiență în abordul laparoscopic (datorită diverșilor factori, inclusiv economici, cum ar fi și cele din România) preferă colecistectomia clasică, motivând dificultățile de ordin anatomic generate de uterul gravid^(4,5).

Ca și în cazul litiazei biliare și al complicațiilor sale la populația generală, colecistectomia laparoscopică tinde să devină noua metodă de elecție și în cazul colecistitei în sarcină. Se vor folosi pneumoperitoneul cu presiune scăzută a dioxidului de carbon, poziția Trendelenburg inversat și decubit lateral stâng. În timpul operației va fi disponibilă monitorizarea BCF și CUD.

Poziționarea troacelor nu diferă de cea de la femeile negravidă. Colangiografia se va efectua numai dacă se suspectează calculi coledocieni, și atunci cu protecție ("scut" de plumb pe abdomenul inferior, pentru protecția fătului)^(2,6-9,13,22).

Tocoliza intra și perioperatorie se face de asemenea empiric, cu rezultate controversate. Unii autori afirmă că tocoliza este inefficientă^(6,10,21,22), în timp ce alții recomandă folosirea de beta2-simpatomimetice⁽⁷⁻⁹⁾ și chiar a Indometacinului⁽²⁾.

Laparoscopia are însă limitări și contraindicații: bolnavii cu antecedente de intervenție chirurgicale supravezicologice, la cei cu plastron vezicular. Drept complicații post-operatorii, se citează: leziuni ale hepatocoledocului, abcese subfrenice, fistule biliare de origine cistică, hemoragii și supurații ale plăgii supraombilicale.

Mortalitatea maternă nu diferă de cea de la femeile negravidă, iar cea fetală este în jur de 5%. La fel și morbiditatea maternă⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

În cazul colecistectomiei clasice, urmată de explorarea instrumentală a CBP se constată o mortalitate maternă de 15% și cea fetală de 60%⁽²⁾. Acești indici vor descrește probabil prin folosirea chirurgiei laparoscopice, sficterotomiei endoscopice sau plasării endoscopice de stenturi biliare la femeile gravide^(2, 15,20,22).



Diverși autori au publicat studii în care toate pacientele operate laparoscopic au dus sarcina la termen, fără complicații^(2, 14,15,17-19).

De asemenea, recuperarea post-operatorie este mai rapidă.

Se pare că nu tehnica operatorie în sine este răspunzătoare pentru avorturi, prematuritate, morbiditate și mortalitate maternă și fetală, ci severitatea bolii. Totuși, în perioada post-operatorie riscul trombozelor venoase este mai ridicat decât la populația generală^(3,4).

Anestezia, efectuată și condusă corect, nu pare să influențeze evoluția sarcinii, la fel ca și durata intervenției⁽²⁾.

Concluzii

Afecțiunile biliare în sarcină, deși rare, trebuie luate în considerație datorită complicațiilor pe care le pot genera.

Atunci când apar, riscă să nu fie diagnosticate corect și în timp util, fiind confundate cu manifestări benigne ale sarcinii sau pur și simplu trec neobservate.

Colecistita în sarcină poate îmbrăca diverse forme, de gravități diferite, mergând de la cazuri care remit spontan (în cazul reluării fluxului biliar) până la forme grave, peritonice și/sau septicemice, care nu numai că vor compromite sarcina, dar pun în pericol supraviețuirea maternă.

Tratamentul este modulat de forma clinică, fiind preferat cel conservator, care nu supune gravida riscului chirurgical, dar cu posibile recurențe, iar la nevoie se intervine chirurgical, cu rezultate relativ bune și caracter definitiv (fără recurențe).

Chirurgia laparoscopică tinde să se impună ca metodă de elecție^(2, 15,17-19).

Diagnosticarea și tratamentul corect și prompt al acestei afecțiuni cu potențial letal permit neinfluențarea cursului și a dezvoltării sarcinii, aceasta putând fi dusă la termen în condiții și cu rezultate bune.

Bibliografie selectivă

- 1 - Harrison "Principiile Medicinii Interne", ediția XIV, Ed. Teora, București, 2001
- 2 - Cherry & Merkatz's "Complications of pregnancy", 5th edition, Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2000
- 3 - "Tratat de patologie chirurgicală" sub red. N. Angelescu, Ed. Medicală, București, 2003
- 4 - "Afecțiuni medicale asociate sarcinii" sub red. R. Vlădăreanu, ediția II, Ed. Info Medica, București, 2002
- 5 - "Obstetrică și ginecologie" sub red. I. Surcel, Ed. Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2005
- 6 - Swisher SG, Schmit PJ, Hunt KK, Hiyama DT, Benion RS, Swisher EM, Thompson JE : Biliary disease during pregnancy. Am J surg 168:576-579, 1994.
- 7 - Stauffer RA, Adams A, Wygal J, Lavery JP : Gallbladder disease in pregnancy. Am J Obstet gynecol 144:661-665, 1982.
- 8 - Valdivieso V, Covarrubias C, Siegel F, Cruz F : Pregnancy and cholelithiasis: Pathogenesis and natural course of gallstones diagnosed in early puerperium. Hepatology 17:1-4, 1993.
- 9 - Friley MD, Douglas G : Acute cholecystitis in pregnancy and the puerperium. Am Surg 38:314-317, 1972.
- 10 - Landers D, Carmona R, Crombleholme W, Lim R : Acute cholecystitis in pregnancy. Obstet Gynecol 69: 131-133, 1987.
- 11 - Yellin Ae, Berne TV, Appleman Md, et al : A randomized study of cefepime versus the combination of gentamicin and mezlocillin as an adjunct to surgical treatment in patients with acute cholecystitis. Surg Gynecol Obstet 177(s): 23-29, 1993.
- 12 - Thompson JE Jr, Pitt HA, Doty JE, Coleman J, Irving C : Broad spectrum penicillin as an adequate therapy for acute cholangitis. Surg Gynecol Obstet 171:275-282, 1990.
- 13 - Hiatt JR, Hiatt JC, Williams RA, Klein SR : Biliary disease in pregnancy: Strategy for surgical management. Am J Surg 151: 263-265, 1986.
- 14 - Morrell Dg, Mullins JR, Harrison PB : Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy in symptomatic patients. Surgery 112:856-859, 1992.
- 15 - Baillie J, Cairns SR, Putnam WS, Cotton PB : Endoscopic management of cholelithiasis during pregnancy. Surg Gynecol Obstet 171:1-4, 1990.
- 16 - Golschmiedt M, Wolf L, Shires T : Treatment of symptomatic cholelithiasis during pregnancy. Gastrointest Endosc 39:812-814, 1993.
- 17 - Elerding SC : Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. Am J Surg 165:625-627, 1993.
- 18 - Rusher AH, Fields B, Henson K : Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. Contraindicated or indicated? J Arkansas Med Soc 89: 383-384, 1993.
- 19 - Martin IG, Dexter SP, Momahon MJ. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. A safe option during the second trimester? Surg Endosc 1996; 10 : 508 -10
- 20 - Liberman MA, Phillips EH, Carroll B. Management of choledocholithiasis during pregnancy: a new protocol in the endoscopic era. J Laparoendosc Surg 1995; 5:39399-403
- 21 - Swisher SG, Schmit PJ, Hunt KK, Hiyama DT, Benion RS, Swisher EM. Biliary disease during pregnancy. Am J Surg 1994; 168:576-81
- 22 - Davis A, Katz VL, Cox R. Gallbladder disease in pregnancy. J Reprod Med 1995; 40:159-62

Urinal Akut

NOU

**Primul ajutor
în timpul episoadelor
acute cauzate de infecțiile
urinare**



Urinal Akut conține o componentă activă complet nouă **HI-PAC™**, o formă concentrată de extract din merișor (*Vaccinium macrocarpon*), care are un efect benefic în cazul disconfortului datorat neașteptatelor și puternicelor episoade acute cauzate de infecțiile urinare.

Conținutul de extract aferentă dozei zilnice este echivalentă cu aproximativ **144.000 mg de fructe proaspete**.

Urinal - Un secret ce-l poți împărtăși!

WALMARK®

www.walmark.ro

Urinal Akut este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul.