

Οξεία Χολοκυστίτιδα: από τα ΤΕΠ στο Χειρουργείο

Χαρίση Ε.¹, Μαρνέρας Χ.², Υφαντής Α.³, Αρβανίτης Γ.⁴.

1. M.Sc Νοσηλεύτρια, Παν/κό Νοσοκομείο Λάρισας

2. M.Sc Νοσηλεύτη, Παν/κό Νοσοκομείο Ρίου, Πάτρα

3. M.Sc Νοσηλευτής, ΑΣΠΑΙΤΕ, Βόλος

4. Νοσηλεύτης Τ.Ε. Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γενικά: Η λιθίαση των χοληφόρων αποτελεί ένα από τα συχνότερα νοσήματα παγκοσμίως. Η χολοκυστεκτομή είναι η κύρια μέθοδος αντιμετώπισης. Η λαπαροσκοπική χειρουργική την τελευταία δεκαετία θεωρείται η μέθοδος εκλογής στις περισσότερες περιπτώσεις.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 112 ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ του ΠΓΝΛ και στους οποίους ετέθη η διάγνωση λιθιασικής πάθησης των χοληφόρων. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ανοικτού και κλειστού τύπου ερωτήσεις. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα SPSS 16.0.

Αποτελέσματα: Το 54,5% των ασθενών ήταν γυναίκες. Στην πλειοψηφία των ασθενών το υπερηχογράφημα είχε ευρήματα θετικά για λιθίαση, ενώ ποσοστό 52,7% παρουσίασε λευκοκυττάρωση. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς εισήχθησαν στη χειρουργική κλινική, όπου και οι περισσότεροι υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών εκείνων, που είχαν παρουσιάσει ανάλογο επεισόδιο στο παρελθόν, είχε ήδη υποβληθεί σε διαγνωστικό υπερηχογράφημα, ενώ μισοί περίπου ασθενείς διέθεταν τον ανάλογο εργαστηριακό έλεγχο, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα του νοσήματος και η επικινδυνότητα των επιπλοκών του επιβάλλουν την επισταμένη διερεύνηση ασθενούς που παρουσιάζει συμπτώματα ύποπτα λιθιάσεως.

Λέξεις Κλειδιά: Λιθίαση Χοληφόρων, Λαπαροσκόπηση, Νοσηλεία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λιθίαση των χοληφόρων αποτελεί χειρουργικό νόσημα με σημαντικό κόστος για τη δημόσια υγεία (Schirmer 2005, Παπαδόπουλος 2006). Τα τελευταία χρόνια έχει συντελεστεί θεαματική πρόοδος, όσον αφορά το κεφάλαιο της χειρουργικής αντιμετώπισης, με τις παλαι-

ότερες τεχνικές να περιορίζονται σε συγκεκριμένες ενδείξεις, και τη λαπαροσκοπική χειρουργική να κατέχει πλέον πρωτεία. (Mulvihill 1994, Robertson 1998, Liguori 2003) Ωστόσο, η συμβολή της έγκαιρης διάγνωσης στην αποφυγή των επιπλοκών του κόστους και της ταλαιπωρίας του ασθενούς παραμέ-

νει σημαντική. Γι' αυτό και η έγκαιρη διάγνωση των ασθενών με χολολιθίαση και η σωστή καθοδήγησή τους αποτελούν το πρώτο ουσιαστικό βήμα για τη θεραπεία τους (Vennessan 2006). Η διάγνωση της νόσου με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους γίνεται σχετικά εύκολα, αλλά εναπόκειται στον κλινικό ιατρό να θέσει την υποψία, αλλά και να συσχετίσει τα συμπτώματα με την ύπαρξη χολολιθίων, προς αποφυγή διαγνωστικής πλάνης (Festi 1999 Berger 2004, Gurta 2004). Επίσης ο ενδελεχής εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος για την διάγνωση επικίνδυνων επιπλοκών, όπως η παγκρεατίτιδα. Η επισταμένη διερεύνηση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο αναμένεται να ελαχιστοποιήσει τις επιπλοκές και να οδηγήσει τον ασθενή στη συντομότερη θεραπευτική οδό. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αποτυπωθούν οι σύγχρονες τάσεις, αλλά και τα τυχόν προβλήματα στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ασθενών με λιθίαση των χοληφόρων οδών. Στόχος ήταν να συλλεχθούν πληροφορίες που αφορούν στην πρωτοβάθμια αντιμετώπιση ασθενών με προβλήματα των χοληφόρων, εντός και εκτός νοσοκομείου, καθώς και να καταγραφεί η πορεία αυτών των ασθενών, από τη στιγμή της προσέλευσης τους στα ΤΕΠ, μέχρι και την έξοδό τους από το νοσοκομείο, είτε έχει μεσολαβήσει χειρουργική επέμβαση είτε όχι.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα μελέτη είναι προοπτική και τα στοιχεία συλλέχτηκαν προοπτικά μέσα από ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στους ασθενείς που προσήλθαν στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Παθολογικού και Χειρουργικού τομέα του Παν/κού Γενικού

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα

Φύλο	N	%	M.O ± TA
Άνδρες	51	(45,5%)	
Γυναίκες	61	(54,5%)	
Ηλικία			63,7 ± 16,5
Κατοικία			
Λάρισα	75	(67 %)	
Υπόλοιπη Θεσσαλία	28	(25 %)	
Εκτός Θεσσαλίας	4	(3,6 %)	
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτοι Γυμνασίου	89	(84,7%)	
Απόφοιτοι λυκείου	11	(10,5 %)	
Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	5	(4,8%)	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Ηλικιακή διαφορά ανδρών και γυναικών

	N	Ηλικία (M.O ± TA)
Άνδρες	51	60,7 ± 15,8
Γυναίκες	61	67,3 ± 16,8
P<0.05		t-test

Νοσοκομείου Λάρισας, κατά το διάστημα 1/1/2007 έως 15/10/2007. Εντοπίστηκαν 112 ασθενείς που έφεραν τη διάγνωση οξεία χολοκυστίτιδα/κολικός χοληφόρων. (Το σύνολο των ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΠ κατά τη δεδομένη χρονική περίοδο ήταν 18.849). Στους ασθενείς της μελέτης διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 26 ανοικτού τύπου ερωτήσεις, το οποίο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα. Απαντήθηκε το σύνολο των ερωτηματολογίων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

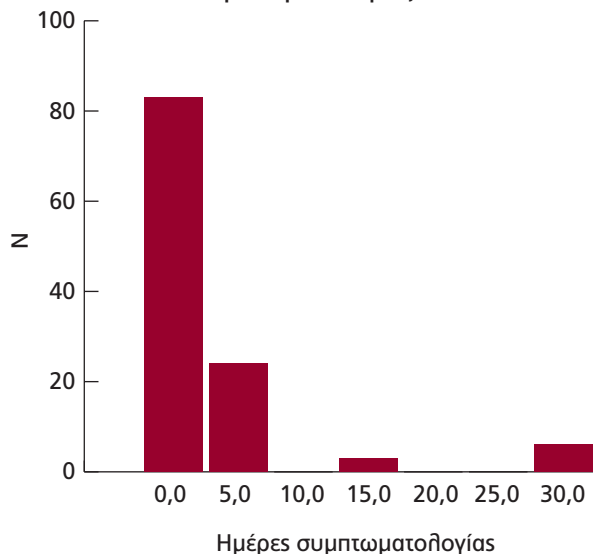
Κωδικοποίηση και Επεξεργασία:

Αρχικά οι μεταβλητές κωδικοποιήθηκαν, σύμφωνα με τη σειρά εμφάνισής τους στα χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια. Αναλόγως των αναγκών δημιουργήθηκαν και παράγωγες μεταβλητές με αντίστοιχη κωδικοποίηση. Εφαρμόστηκε η περιγραφική στατιστική και κατασκευάστηκαν πίνακες συχνοτήτων για τα γενικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του δείγματος και για τα επιμέρους νοσολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που έλαβαν μέρος στη έρευνα.

Οι συγκρίσεις έγιναν με τις δοκιμασίες T-test και χ^2 , ενώ για τους τετράπτυχους πίνακες χρησιμοποιή-

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Κλινικοεργαστηριακά στοιχεία του χολοκυστοπαθούς

Διάγνωση	N	(%)
Κωλικός	62/112	(54,9%)
Χολοκυστίτιδα	50/112	(44,2%)
Προηγούμενη διάγνωση		
<i>Προηγούμενος εργαστηριακός έλεγχος</i>	35 /112	(31%)
Βιοχημικός	26/35	(74,2%)
Υπερηχογράφημα	30/35	(85,7%)
Τωρινά εργαστηριακά ευρήματα		
Αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων	59/112	(52.7%)
SGOT	39/112	(34.8%)
SGPT	47/112	(42%)
LDH	72/112	(64,3%)
Άμεση υπερχολερυθριναιμία	38/112	(33.9%)

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Χρόνος προηγηθείσης συμπτωματολογίας


ήθηκε η διόρθωση συνέχεια στο Yates. Το επίπεδο σημαντικότητας ήταν το 0,05. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το πρόγραμμα SPSS for Windows, 13.0 έκδοση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το ποσοστό των ασθενών με διάγνωση οξείας χολοκυτίτιδας που τελικά εισήχθη στην κλινική, ήταν 0.6%, επί του συνόλου των ασθενών που προσήλθαν στη δοθείσα χρονική περίοδο. Στον πίνακα 1 φαίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στην πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες τρίτης ηλικίας, κάτοικοι Λάρισας. Επρόκειτο κυρίως για αποφοίτους δημοτικού (πίνακας 1). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τις γυναίκες να είναι κατά μέσο όρο μια δεκαετία μεγαλύτερες των ανδρών (πίνακας 2).

Στο σύνολο σχεδόν των ασθενών η συμπτωματολογία ξεκινούσε τις 5 τελευταίες ημέρες πριν από την προσέλευσή τους στα ΤΕΠ. Στον κατακόρυφο άξονα αντι-

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Προηγούμενη διάγνωση και υπερηχογραφικός έλεγχος στο παρελθόν

Υπερηχογραφικός έλεγχος στο παρελθόν			
Διάγνωση στο παρελθόν	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
ΝΑΙ	29	6	35
ΟΧΙ	1	76	77
Σύνολο	30	82	112
P < 0.05			χ ²

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Προηγούμενη διάγνωση και βιοχημικός έλεγχος στο παρελθόν

Βιοχημικός έλεγχος στο παρελθόν			
Διάγνωση στο παρελθόν	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
ΝΑΙ	24	11	35
ΟΧΙ	2	75	77
Σύνολο	26	86	112
P < 0.05			χ ²

στοιχεί ο αριθμός των ασθενών (N)-γράφημα 1. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάστηκε με το λεγόμενο κολικό των χοληφόρων, με λευκοκυττάρωση και άνοδο των τιμών της γαλακτικής δευδρογονάσης (LDH). Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν πόνο κατά της στιγμή της προσέλευσης στα ΤΕΠ (πίνακας 3).

Οι περισσότεροι ασθενείς με σχετική διάγνωση, είχαν υποβληθεί σε υπερηχογράφημα στο παρελθόν, όπως και σε βιοχημικό έλεγχο, σε ποσοστό που διέφερε στατιστικά σημαντικά, σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν διάγνωση (πίνακας 4). Οι συστάσεις των ιατρών στους ασθενείς που διαγνώστηκαν με «επεισόδιο δεξιού υποχονδρίου» και χολολιθίαση περιλάμβαναν νοσηλεία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και δίαιτας, και μόνο διαιτητικές οδηγίες σε 8 περιπτώσεις. Χοληδοχολιθίαση είχαν λίγοι ασθενείς. Στους μισούς σχεδόν ασθενείς βρέθηκε πάχυνση και οίδημα του τοιχώματος της χοληδόχου κύστης με ή χωρίς λιθίαση. Η παρουσία χολικής λάσπης ανερχόταν στο 18% περίπου (πίνακας 7). Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών εισήχθη στη χειρουργική κλινική (πίνακας 8). Μετά την εξέταση στα ΤΕΠ, οι περισσότεροι ασθενείς εισήχθησαν στην κλινική και είτε υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, είτε τους δόθηκε εξιτήριο μετά από νοσηλεία. Μόνο ένας ασθενής αποχώρησε από τα ΤΕΠ με οδηγίες. Τα σχετικά στοιχεία αναφέρονται στον πίνακα 9.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Επιδημιολογία

Η χολολιθίαση αποτελεί ένα από τα πιο συνθισιμένα προβλήματα υγείας, που οδηγεί σε χειρουργική

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Συστάσεις

Σύσταση	N
Νοσηλεία	19 (54,3%)
Φαρμακευτική αγωγή	1 (2,8%)
Συνδυασμός δίαιτας και φαρμακευτικής αγωγής	7 (20,0%)
Μόνο διατροφή	8 (22,9%)
Σύνολο	35 άτομα

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Υπερηχογραφικά ευρήματα στους ασθενείς της μελέτης (όπως προέκυψαν από το υπερηχογράφημα εντός του νοσοκομείου)

Ευρήματα	N	(%)
Λιθίαση χοληδόχου κύστης «λάσπη»	37/112	[33,0%]
Πάχυνση και οίδημα σε συνδυασμό με λιθίαση /λάσπη	51/112	[45,5%]
Χοληδοχολιθίαση	4/112	[3,6%]
Παγκρεατίτιδα *	2/112	[1,7%]

* ανεξαρτήτως της παρουσίας άλλων ευρημάτων

επέμβαση. Συνολικά στις ΗΠΑ ο επιπολασμός της χολολιθίασης υπολογίζεται σε 10-15%. Σύμφωνα με στατιστικές στην Ευρώπη η έκταση του προβλήματος αρχίζει από 5,8% στις Μεσογειακές χώρες και φθάνει στο 21% στις βόρειες (Νορβηγία) (Schirmer 2005). Έχει αποδειχθεί ότι η παρουσία λίθων στη χοληδόχο κύστη αυξάνει με το πέρασμα της ηλικίας. Υπολογίζεται ότι το 20% των ενηλίκων πάνω από τα 40 και το 30% των ενηλίκων πάνω από τα 70 έχουν χολόλιθους (Schirmer 2005). Ο επιπολασμός γενικά υπολογίζεται στο 18,8% στις γυναίκες και 9,5% στους άνδρες ηλικίας 30-69 ετών. Όπως προκύπτει και από ελληνικές μελέτες, στις μεγάλες ηλικίες η συχνότητα των χολολιθίων είναι σημαντικά αυξημένη, το ίδιο και η νοσηρότητα και επικινδυνότητα των επιπλοκών (Paradourou 2006, Gourgiotis 2007). Όσον αφορά την κατανομή στα δύο φύλα, στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας η αναλογία ανδρών γυναικών είναι περίπου 1:4, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες τα ποσοστά σχεδόν εξισώνονται. (Schirmer 2005, Barbara 1987) Στην παρούσα μελέτη ο αριθμός των ατόμων με χολολιθίαση που έρχοταν εισαγωγής στο νοσοκομείο ανερχόταν σε 60/00.

Κλινικές εκδηλώσεις της χολολιθίασης

Παρά τις πολλές προσπάθειες να αποσαφηνιστούν οι κλινικές εκδηλώσεις της χολολιθίασης, το ζήτημα παραμένει ακόμα ανοικτό, ενώ αμφισβητείται ακόμα και η ύπαρξη συμπτωμάτων ειδικών της παρουσίας

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κλινική εισαγωγής

	N	%
Παθολογική	3	2,7
Γαστρεντερολογική	7	6,3
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	100	89,3
Έξοδος μετά την εξέταση στα ΤΕΠ	2	1,8
Σύνολο	112	100

χολολιθίων (Schofield 1986, Gruber 1996, Yusoff 2003). Οι χολόλιθοι συχνά δεν προκαλούν συμπτώματα, ενώ οι πάσχοντες συνήθως αγνοούν την ύπαρξή τους. Στη δική μας μελέτη βρέθηκε ότι κοινό σύμπτωμα στο σύνολο των ασθενών ήταν ο πόνος. Σε μελέτη στην Ιταλία που περιέλαβε 30.000 περίπου άτομα ηλικίας 30-60 ετών βρέθηκε ότι η επιγαστραλγία και το άλγος δεξιού υποχονδρίου, μαζί με κάποιου βαθμού δυσανεξία στις τηγαντές τροφές και στα λιπαρά εν γένει σχετιζόνταν θετικά με την παρουσία χολολιθίων. Σ' αυτήν τη μελέτη επιβεβαιώθηκαν μερικά ακόμα χαρακτηριστικά του άλγους, όπως η ακτινοβόληση του στο δεξί ώμο, η έναρξή του αμέσως μετά τα γεύματα, το ότι δεν υφίσταται με την εντερική κινητικότητα, κ.α. (Festi 1999) Παρόλα αυτά, η σύνδεση του άλγους με την παρουσία χολολιθίων αμφισβητείται. Έχει βρεθεί ότι το 61% των ασθενών με χολολιθίαση, αλλά και 45% των ασθενών χωρίς λιθίαση αναφέρουν κωλικό χοληφόρων. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι χολόλιθοι ούτε είναι οι αποκλειστικοί υπεύθυνοι των συμπτωμάτων ούτε τα συμπτώματα ανακουφίζονται πάντα με την αφαίρεσή τους. Το ποσοστό αυτών που δεν αναφέρουν ανακούφιση μετά χολοκυστεκτομή κυμαίνεται από 6-27%, ενώ συμπτώματα που δεν σχετίζονται με τον πόνο παραμένουν σε ποσοστό 45% των ασθενών (Berger 2004).

Εργαστηριακή διερεύνηση

Μέθοδος εκλογής για τη διαπίστωση των χολολιθίων είναι το υπερηχογράφημα που έχει μια ευαισθησία και διαγνωστική ακρίβεια της τάξης του 90-95%. Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία, προκειμένου για χοληδοχολιθίαση φθάνει το 92% (Bortoff 2000). Το υπερηχογράφημα θεωρείται αναγκαίο για την τεκμηρίωση της διάγνωσης, αλλά και τους θεραπευτικούς χειρισμούς που θα ακολουθήσουν. Στην παρούσα μελέτη, όλοι οι ασθενείς πλην έξι ατόμων που έφεραν τη διάγνωση της χολολιθίασης είχαν ήδη υποβληθεί σε υπερηχογράφημα. Σε βιοχημικό έλεγχο είχε υποβληθεί το 23% του συνόλου των εξετασθέντων, ενώ από τους

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Νοσηλεία ασθενών και είδος χειρουργικής επέμβασης

Σύνολο ασθενών (N)	112
Νοσηλεύτηκαν	107 (96%)
Χειρουργική επέμβαση	78 (73%)
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή	66 (59%)
Νοσηλεία, Εξιτήριο και προγραμματισμός χειρουργικής επέμβασης	14 (12.5%)
Χωρίς νοσηλεία, προγραμματισμός χειρουργικής επέμβασης	4 (3,6%)
Χωρίς νοσηλεία (απλές οδηγίες)	1 (0,9%)

ήδη διαγνωσθέντες έντεκα (ποσοστό 31%) δεν είχαν βιοχημικό έλεγχο.

Διεθνώς το υπερηχογράφημα θεωρείται απολύτως αναγκαίο για τη διάγνωση. Ωστόσο παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων που εγείρουν υποψία για χολολιθίαση, υπάρχουν πολλά ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, όσον αφορά την ευαισθησία και ειδικότητα της φυσικής εξέτασης και του ιστορικού στη συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα, όπως αποδεικνύεται από τον υπερηχογραφικό έλεγχο (Connor 1998). Σε μια μελέτη, ζητήθηκε από γενικούς γιατρούς ζητήθηκε να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο πριν και μετά τη διενέργεια του υπερηχογραφικού ελέγχου. Ως ασθενείς με αναμενόμενους χολόλιθους χαρακτηρίστηκαν όσοι βρέθηκαν να πάσχουν από χολολιθίαση και στους οποίους είχε τεθεί η κλινική υποψία χολολιθίασης, ενώ ως ασθενείς με μη αναμενόμενους χολόλιθους χαρακτηρίστηκαν όσοι βρέθηκαν να έχουν χολολιθίαση, ενώ ο γιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν είχε θέσει σχετική υποψία. Χολόλιθοι ανιχνεύτηκαν στο 29% εκείνων που εμφάνισαν την κλινική υποψία και στο 11% όσων δεν είχαν σχετική κλινική εικόνα. Εκείνοι στους οποίους τελικά βρέθηκαν χολόλιθοι, ήταν κυρίως γυναίκες, είχαν συμπτωματολογία (κύρια πόνο) και είχαν παρεπεμφθεί σε ειδικό ιατρό. Οι ασθενείς με μη αναμενόμενη χολολιθίαση ήταν στην πλειοψηφία τους άνδρες, είχαν λιγότερες αιτιάσεις για άλγος δεξιού υποχονδρίου και δεν είχαν ιστορικό χολοκυστεκτομής (Speets 2007).

Στην παρούσα μελέτη λάσπη στη χοληδόχο κύστη είχε το 18% περίπου των ασθενών, ενώ μόνο λίθους το 33%. Σε όλους τους ασθενείς διαπιστώθηκε κάποιο υπερηχομογραφικό εύρημα, κυρίως πάχυνση και οίδημα της χοληδόχου κύστης.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Τελικά μόνο το 20-30% των ατόμων με χολολιθίαση θα χρειαστούν αντιμετώπιση στη διάρκεια της ζωής τους, υποδηλώνοντας ότι η χολολιθίαση θα μπορούσε ακόμα να θεωρηθεί και ως μια καλοήθης κατάσταση (Gurta 2004). Η ανάλυση του ιστορικού ατόμων με χολολιθίαση από διεθνείς μελέτες δείχνει ότι ένα ποσοστό της τάξης του 20-35% εκείνων που διαγνώστηκαν με χολολιθίαση, η οποία ωστόσο δεν αντιμετωπίστηκε, ανέπτυξε στη συνέχεια κάποια επιπλοκή (Schirmer 2005, Mulvihill 1994). Αν και οι γενικές αρχές αντιμετώπισης της χολολιθίασης δεν έχουν αλλάξει στην πάροδο του χρόνου, οι επεμβατικές τεχνικές δεν έχουν αλλάξει. Η λαπαροσκοπική χειρουργική και η ERCP παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της χολολιθίασης (Robertson 1998, Mulvihill 1994). Στην παρούσα μελέτη, η πλειοψηφία των ασθενών υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Είναι ασφαλής μέθοδος, ενώ όσον αφορά την αύξηση των ιατρογενών τραυματισμών

του κυστικού πόρου, και ο κυστικός πόρος προστατεύεται από κακώσεις αν η εκτομή γίνει επιμελώς (Karvonen 2007). Φαίνεται να υπερτερεί των κλασικών μεθόδων στο θέμα της γρήγορης επιστροφής στην εργασία και την ταχεία κινητοποίηση του ασθενούς και φέρεται ως η μέθοδος εκλογής για την οξεία χολοκυστίτιδα (Gourgiotis 2007, Somasekar 2002, Liguori 2003). Τα κύρια πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι: αποφυγή της χειρουργικής τομής, λιγότερο επιβαρυντική εγχείρηση, μικρότερος χρόνος νοσηλείας, λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος, χαμηλότερο οικονομικό κόστος, ταχύτερη ανάρρωση, καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα, γρήγορη επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες (Liguori 2003, Lublin 2004, Aspevik 2005). Η πρόοδος στις διαγνωστικές και εγχειρητικές στρατηγικές έχει οδηγήσει σε διαχρονική μείωση της θνητότητας στη χώρα μας, παρά την αύξηση των εισαγωγών για νοσηλεία των χολοκυστοπαθών. Ο μέσος όρος εισαγωγών στο νοσοκομείο για χολολιθίαση έχει αυξηθεί την τελευταία 20ετία στη χώρα μας (Papadopoulos 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα των ασθενών που προσέρχονται στα επείγοντα των γενικών νοσοκομείων με την ένδειξη «επεισόδιο δεξιού υποχονδρίου». Η πλειοψηφία των ασθενών εμφανίζει θετικά υπερηχογραφικά ευρήματα. Η αντιμετώπιση της νόσου είναι κατεξοχήν χειρουργική, με τη λαπαροσκοπική χειρουργική να πραγματοποιείται στις περισσότερες περιπτώσεις. Οι ηλικιωμένες γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των ασθενών. Η επισταμένη διερεύνηση στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συμβάλλει στη σωστή θεραπευτική καθοδήγηση των ασθενών και στην αποφυγή των επιπλοκών. Ένας πλήρης εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος. Η τεχνολογική πρόοδος στο θέμα των χειρουργικών επεμβάσεων αναμένεται στο μέλλον να ελαχιστοποιήσει την ταλαιπωρία των ασθενών με λιθιασική χολοκυστοπάθεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aspevik, R.K., Irtun, 2005. Complaints before and after cholecystectomy. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2005, 125(10),1333-5
2. Barbara, L., Sama, C., Morselli, Labate, A.M., Taroni, F., Rusticali, A.G., Festi, D., Sapio, C., Roda, E., Banterle, C., Puci, A., et al 1987. A population study on the prevalence of gallstone disease: the Sirmione Study. *Hepatology* 7(5):913-7
3. Berger, M.Y., Olde, Hartman, T.C., van der Velden, J.J., Bohnen, A.M., 2004. Is biliary pain exclusively related to gallbladder stones? A controlled prospective study. *Br J Gen Pract.* 54(505),574-9.
4. Bortoff, G.A, Chen, M.Y., 2000. Ott DJ, Wolfman NT, Routh WDGallbladder stones: imaging and intervention. *Radiographics.* 20(3),751-66.
5. Connor, S.E., Banerjee, A.K., 1998. General practitioner requests for upper abdominal ultrasound: their effect on clinical outcome. *Br J Radiol.* 71(850),1021-5.
6. Festi, D., Sottili, S., Colecchia, A., Attili, A., Mazzella, G., Roda, E.,

- Romano, F., 1999. Clinical manifestations of gallstone disease: evidence from the multicenter Italian study on cholelithiasis (MICOL). *Hepatology*. 30(4),839-46
7. Gourgiotis, S., Dimopoulos, N., Germanos, S., Vougas, V., Alfaras, P., 2007. Hadjiyannakis E. Laparoscopic cholecystectomy: a safe approach for management of acute cholecystitis. *JLS*. 11(2),219-24.
 8. Gruber, P.J., R.A., 1996. Silverman and S. Gottesfeld et al., Presence of fever and leukocytosis in acute cholecystitis. *Ann Emerg Med* 28(3),273-277.
 9. Gupta, S.K., Shukla, V.K., 2004. Silent gallstones: a therapeutic dilemma. *Trop Gastroenterol*. 25(2),65-8
 10. Karvonen, J., Gullichsen, R., Laine, S., Salminen, P., Grönroos, J.M., 2007. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: primary and long-term results from a single institution. *Surg Endosc*. 21(7),1069-73.
 11. Keus, F., Gooszen, H.G., Van Laarhoven, C.J. 2009. Systematic review: open, small-incision or laparoscopic cholecystectomy for symptomatic cholelithiasis. *Aliment Pharmacol Ther*. 29(4),359-78
 12. Liguori, G., Bortul, M., Castiglia, D., 2003. The treatment of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Ital Chir*. 74(5),517-21
 13. Lublin, M., Crawford, D.L., Hiatt, J.R., Phillips, E.H., 2004. Symptoms before and after laparoscopic cholecystectomy for gallstones. *Am Surg*. 70(10),863-6
 14. Mulvihill, S.J., 1994. Laparoscopic management of gallstone disease. *Semin Gastrointest Dis*. 5(3),120-7
 15. Papadopoulos, A.A., Kateri, M., Triantafyllou, K., Ladas, D., Tzathas, C., Koutras, M., Ladas, S.D., 2006. Hospitalization rates for cholelithiasis and acute cholecystitis doubled for the aged population in Greece over the past 30 years. *Scand J Gastroenterol*. 41(11),1330-5.
 16. Robertson, G.S., Wemyss-Holden, S.A., Maddern, G.J., 1998. The best management for "crescendo biliary colic" is urgent laparoscopic cholecystectomy. *Postgrad Med J*. 74(877):681-2
 17. Schirmer, B.D., Winters, K.L., Edlich, R.F., 2005. Cholelithiasis and cholecystitis. *Long Term Eff Med Implants*. 15(3),329-38.
 18. Schofield, P.F., N.R., 1986. Hulton and A.D. Baidam, Is it acute cholecystitis?, *Ann R Coll Surg Engl* 68 (1), 14-16.
 19. Somasekar, K., Shankar, P.J., Foster, M.E., Lewis, M.H., 2002. Costs of waiting for gall bladder surgery. *Postgrad Med J*. 78(925),668-9.
 20. Speets, A.M., Van der Graaf, Y., Hoes, A.W., Kalmijn, S., De Wit, N.J., Mali, W.P., 2007. Expected and unexpected gallstones in primary care. *Scand J Gastroenterol*. 42(3),351-5.
 21. Tenconi, S.M., Boni, L., Colombo, E.M., Dionigi, G., Rovera, F., Cassinotti, E. 2008. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: current indications and patients' selection. *Int J Surg*. 6 Suppl 1, S86-8.
 22. Venneman, N.G., van Erpecum, K.J., 2006. Gallstone disease: Primary and secondary prevention. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 20(6),1063-73.
 23. Yusoff, L.F., J.S., Barkun and A.N., Barkun., 2003. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. *Gastroenterol Clin North Am* 32(4), 1145-1168.