

Εμφυσηματώδης Χολοκυστίτιδα

(Περιγραφή ενός περιστατικού στο Γ. Ν. Κερκύρας)

Π. Ζερβός,
Γ. Ηλιάδης,
Θ. Δημητρίου,
Σπ. Καρύδης,
Ι. Παπαγεωργίου,
Κ. Καββαδίας

Περίληψη: Η εμφυσηματώδης χολοκυστίτιδα (ΕΧ) είναι μια σχετικά σπάνια και σοβαρή μορφή οξείας χολοκυστίτιδας που οφείλεται σε λοίμωξη από αεριογόνους μικροοργανισμούς. Αντίθετα με την οξεία χολοκυστίτιδα αφορά κυρίως ηλικιωμένους διαβητικούς ασθενείς και σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα διάτρησης και υψηλή θνητότητα. Περιγράφεται περίπτωση 74χρονου άνδρα που προσήλθε με κλινική εικόνα οξείας κοιλίας και η διαγνωστική προσπέλαση του οποίου έγινε κυρίως μέσω της α/α κοιλίας, γρήγορα και με ακρίβεια.

Εισαγωγή

Η ΕΧ είναι μια σοβαρή λοίμωξη της χοληδόχου κύστεως που αφορά το 1% των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας. Η πρώτη περίπτωση περιγράφηκε το 1901 από τον A.Stoltz⁴.

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία αέρα στον αυλό, στο τοίχωμα και στους γειτονικούς ιστούς της χοληδόχου κύστεως επί απουσίας παθολογικής χολοπεπτικής επικοινωνίας^{1,2,3}.

Ο αέρας παράγεται από αναερόβια βακτήρια που διηθούν το βλεννογόνο του οργάνου.

Η α/α κοιλίας, το υπερηχογράφημα (u/s) και η αξονική τομογραφία έχουν χαρακτηριστικά ευρήματα και θέτουν με ακρίβεια τη διάγνωση.

Περίπτωση

Ανδρας 74 ετών προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αιτιώμενος εμέτους και κοιλιακό άλγος από 24ώρου.

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε εικόνα οξείας κοιλίας .

Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε : λευκά αιμοσφαίρια 16.600/ mm³ , σάκχαρο 140 mg/dl και φυσιολογικές τιμές ηπατικών ενζύμων και χοληρυθίνης .

Ακολούθησε υπερηχογράφημα (ως απεικονιστική μέθοδος πρώτης γραμμής) από το οποίο τέθηκε η υπόνοια ύπαρξης αέρα εντός της χοληδόχου κύστεως και των ενδοηπατικών χοληφόρων, ενώ ήταν θετικό το u/s σημείο Murphy.

Η διάγνωση τίθεται από τη χαρακτηριστική εικόνα της α/α κοιλίας η οποία ανέδειξε υγραερικό επίπεδο στην ανατομική θέση της χοληδόχου κύστεως και παρουσία αέρα στο τοίχωμα αυτής . (εικόνες : 1,2)

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε εργώδη πλην όμως πετυχημένη χολοκυστεκτομή .

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή.

Ακτινολογικό Εργαστήριο
Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας

Συζήτηση

Η ΕΧ αποτελεί σπάνια και σοβαρή φλεγμονή της χοληδόχου κύστεως που συμβαίνει στο 1% των περιπτώσεων οξείας χολοκυστίτιδας. Σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα (50%) και θνητότητα (25%) καθώς επιπλέκεται συχνά με γάγγραινα και διάτρηση^{1,6,7}. Αντίθετα με τη κοινή μορφή οξείας χολοκυστίτιδος προσβάλλει πιο συχνά άντρες (Α:Γ - 7:3) στην 6η-7η δεκαετία που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη^{8,9,10}. Η αλιθιασική μορφή της χολοκυστίτιδας εκδηλώνεται 2-3 φορές συχνότερα ως εμφυσματώδης παρά ως οξεία ή χρόνια^{5,8}.

Τα συχνότερα μικρόβια που ενέχονται είναι τα Clostridium sp. και λιγότερο συχνά: Klebsiella, E.Coli, Enterobacter sp., Pseudomonas sp.^{5,7}. Τα εν λόγω βακτήρια αποικίζουν τη χοληδόχο κύστη μέσω της αιματογενούς, λεμφαγγειακής ή χοληφόρου οδού. Οσον αφορά την παθογένεια της νόσου υπάρχει η αγγειακή υπόθεση σύμφωνα με την οποία η απόφραξη της κυστικής αρτηρίας είναι αυτή που ευθύνεται για την ισχαιμία, η οποία αποτελεί ιδανικό υπόστρωμα για την ανάπτυξη αεριογόνων βακτηρίων^{2,8}.

Η κλινική εικόνα της νόσου είναι ίδια με την κοινή χολοκυστίτιδα, αλλά ταχέως εξελισσόμενη και με εντονότερο κοιλιακό άλγος. Συχνά συνοδεύεται από σήψη.

Σε ένα μικρό ποσοστό ωστόσο η συμπτωματολογία είναι φτωχή².

Επομένως η διάγνωση τίθεται κυρίως με τον απεικονιστικό έλεγχο. Τα ακτινολογικά ευρήματα ακολουθούν τρία στάδια: Αέρας στον αυλό της χοληδόχου κύστεως (στάδιο 1), αέρας στο τοίχωμα του οργάνου (στάδιο 2), και στους γειτονικούς ιστούς (στάδιο 3)³.

Επιπλέον στην α/α κοιλίας μπορεί να απεικονιστεί υγραερικό επίπεδο ή και αέρας στα ενδοηπατικά χοληφόρα (εικόνες α/α : 1,2,3).

Το u/s αναδεικνύει αέρα στην ανατομική θέση της χοληδόχου κύστεως συχνά νωρίτερα από την α/α κοιλίας, αλλά μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα ως αέρας εντός του πεπτικού σωλήνα λόγω της τοπογραφίας του οργάνου (εικόνες u/s : 1,2,3,4).

Η αξονική τομογραφία είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος στην ανάδειξη του αέρα και θέτει με ακρίβεια τη διάγνωση¹ (εικόνες ct : 1,2,3,4).

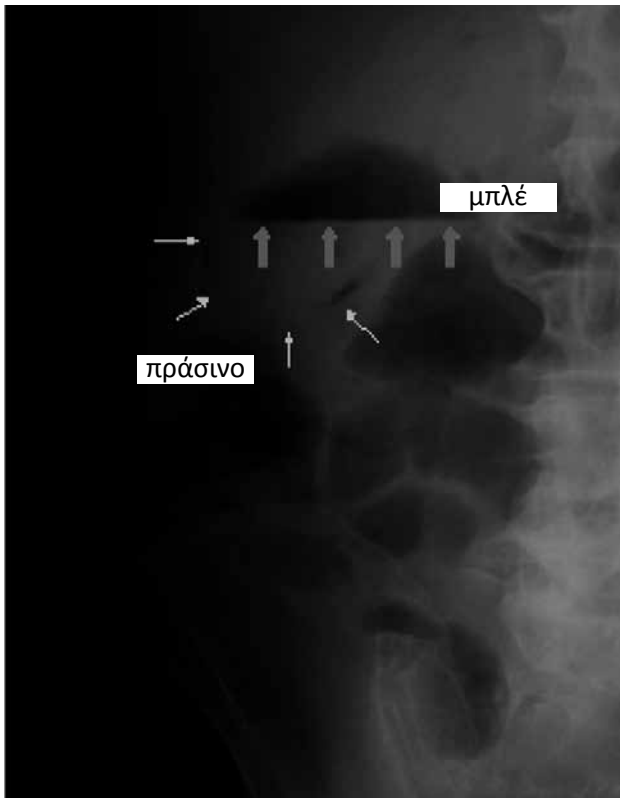
Η δδχ πρέπει να γίνει από καταστάσεις που προκαλούν αέρα εντός του χοληφόρου δέντρου όπως: χολοπεπτικό συρίγγιο ή αναστόμωση, ανεπάρκεια του σφιγκτήρα του Oddi, πρόσφατη δίοδος λίθου, πρόσφατη ERCP¹⁰.

Η ανοικτή χολοκυστεκτομή σε συνδυασμό με κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή καθώς και ο έλεγχος του σακχάρου του αίματος είναι η θεραπεία εκλογής με χαμηλά ποσοστά θνητότητας^{7,11}.

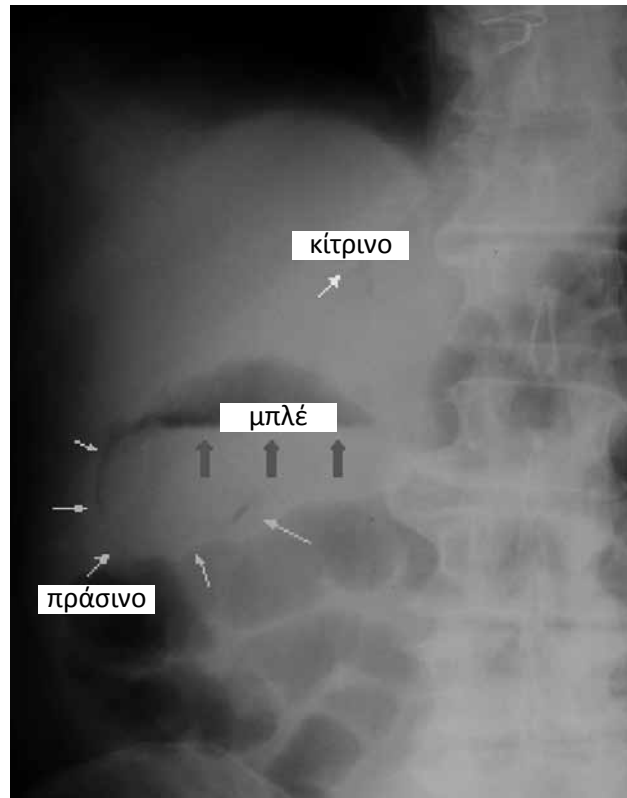
Συμπερασματικά, η ΕΧ είναι κατάσταση σοβαρή και επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς.

Είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη διάγνωση δεδομένης της υψηλής πιθανότητας μετατροπής της σε γαγγραινώδη χολοκυστίτιδα (30 φορές περισσότερο σε σχέση με την οξεία λιθιασική μορφή), ενώ 5 φορές συχνότερος είναι ο κίνδυνος διάτρησης του οργάνου¹.

Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στον απεικονιστικό έλεγχο, ενώ είναι από τις λίγες περιπτώσεις όπου η α/α κοιλίας μπορεί από μόνη της να θέσει τη διάγνωση άμεσα εξοικονομώντας χρόνο για τον ασθενή και το χειρουργό.



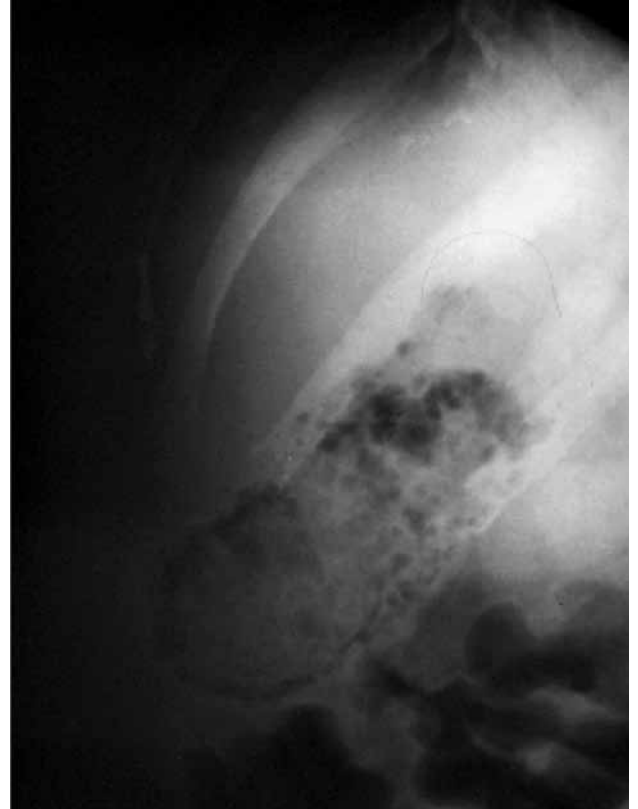
Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα α/α 1



Εικόνα α/α 2



Εικόνα α/α 3



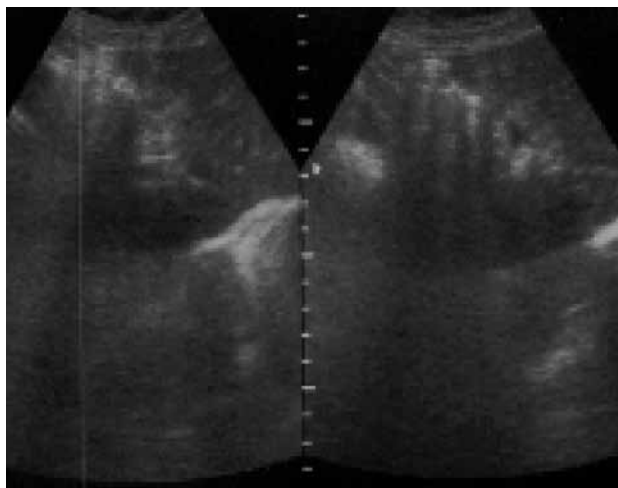
Εικόνα u/s 1



Εικόνα u/s 2



Εικόνα u/s 3



Εικόνα u/s 4



Εικόνα ct1



Εικόνα ct2



Εικόνα ct3

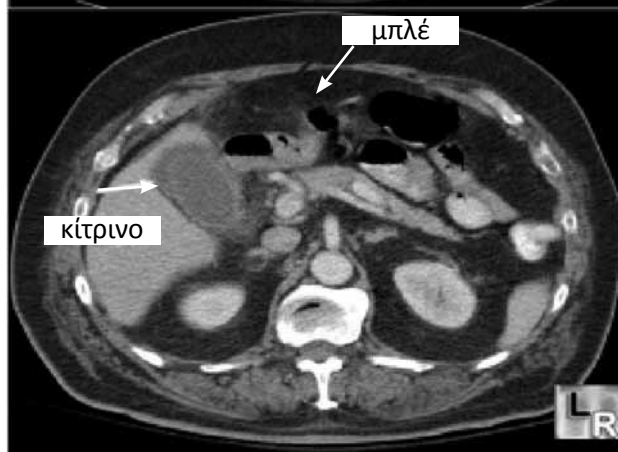
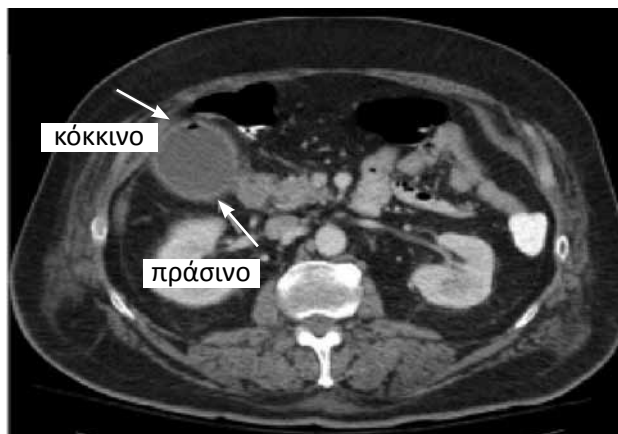
Ευρήματα της υπολογιστικής τομογραφίας

Το κόκκινο βελάκι δείχνει τον αέρα στο εσωτερικό της χοληδόχου κύστης.

Το πράσινο απεικονίζει την πάχυνση του τοιχώματος του οργάνου.

Το κίτρινο βελάκι μας δείχνει το περιχολοκυστικό οίδημα.

Τέλος, το μπλε απεικονίζει την περιχολοκυστική αντίδραση



Εικόνα ct4

Emphysematous Cholecystitis: An unusual presentation of a rare disease

**P. Zervos, G. Iliadis, Th. Dimitriou, S. Karidis,
I. Papageorgiou, K. Kavadias**

Abstract

We report a case of radiological diagnosis of emphysematous cholecystitis, a relatively rare form of acute cholecystitis, in a 74-year-old man. The purpose of this article is to highlight a case of emphysematous cholecystitis in an unexpected population and discuss the clinical features, the diagnostic methods and the treatment.

Case Report

We report the case of a 74-year-old male, who initially presented with abdominal pain and vomiting, in the absence of fever. The patient was submitted to an abdominal ultrasound scan due to a presumed biliary colic. Laboratory tests demonstrated elevated values of WBC (>16,000) and fasting glucose. The U/S scan demonstrated thickening of the gallbladder wall and presence of air in the gallbladder lumen. The radiologist asks for an abdominal X-ray and diagnoses the case of Emphysematous Cholecystitis.

Discussion

Emphysematous Cholecystitis (EC) is a severe infectious condition of the gallbladder, which occurs in approximately 1% of cases acute cholecystitis. EC is characterized by the presence of gas in the lumen of the gallbladder, as well as in its wall or adjacent tissues, in the absence of abnormal communication among the digestive and biliary system. This gas is produced by anaerobic bacteria (most often by the Clostridia species) that invade the organ's mucosa. These bacteria colonize the gallbladder via the bloodstream, lymphatics, or through bile itself. There is a vascular hypothesis for this entity, in which the primary insult would be occlusion of the cystic artery. An ischemic gallbladder is thought to offer an ideal environment for the proliferation of gas-forming bacteria.

The clinical presentation of the EC is similar to an acute cholecystitis attack, except for a rapid evolution of symptoms and a more severe abdominal pain. Radiological evaluation is the cornerstone of diagnosis. The demonstration of gas in the gallbladder, through plain abdominal X-ray is diagnostic of EC.

Plain X-rays are not commonly used to diagnose gallbladder disease, but they might demonstrate abnormal gas formation amongst the gallbladder tissue, air-fluid levels and curved lines of gas in the wall of the organ. The radiological findings of EC can be described

by the presence of gas inside the gallbladder, in the gallbladder wall and in the adjacent tissues.

Conclusion

In summary, there is no report of diagnosis being made through high clinical suspicion, without radiological workup. It should be emphasized that there may be inability to visualize the gallbladder in particular cases suggesting acute cholecystitis. In the case reported, the failure to diagnose the pathology in the ultrasound scan occurred probably due to gas in the topography and thickening of the gallbladder wall. A judicious search for images that might suggest abnormal gas in the right upper quadrant with the use of simple radiologic workup, could save precious time in the evaluation of patients with such condition.

Βιβλιογραφία

1. Gill KS, Chapman AH, Weston MJ: The changing face of emphysematous cholecystitis. *Br J Radiol* 1997;70:986-991.
2. Jolly BT, Love JN. Emphysematous cholecystitis in an elderly woman: case report and review of the literature. *J Emerg Med* 1993;11: 593-7.
3. Hunter GD, Nardi GL. Acute emphysematous cholecystitis: an ultrasonic diagnosis. *Am J Roentgenol* 1980;134:592.
4. Stoltz A. Über Gasbildung in den Gallenwegen. *Virchow Arch A. Pathol, Anat. Histopathol*, 1901,165:90-5.
5. Mentzer R. M., Golden G. T., Chandler J. G., Horsey J. S. A comparative appraisal of emphysematous cholecystitis. *Am J Surg*, 1975,129: 10-5.
6. Bedirli A., Sakrak O., Sozuer E. M., Kerek M., Guler I. Factors effecting the complications in the natural history of acute cholecystitis. *Hepatogastroenterology*, 2001, 48: 1275-8.
7. Garcia-Sancho Tellez L., Rodriguez-Montes J. A., Fernandez De Lis S., Garcia-Sancho Martin L. Acute emphysematous cholecystitis. Report of twenty cases. *Hepatogastroenterology* 1999,46: 2144-8.
8. Waisberg J, Bento JA, Oriente R, et al. Colecistite aguda enfisematosa. Relato de um caso e revisao da literatura. *Arq Gastroenterol* 1987; 24:30-35.
9. Mammen L, Watkins GE. Case of the month: emphysematous cholecystitis. *Appl Radiol* 2000; Oct 36-38.
10. Abengowe CU, McMamon PJM. Acute emphysematous cholecystitis. *Can Med Assoc J* 1974;111: 1112. , *Am J Surg* 1966; 111: 410-414.