Chirurgia (2010) 105: 187-190
Nr. 2, Martie - Aprilie
Copyright© Celsius

Sarcina - factor favorizant al litiazei biliare

T. Constantinescu[1], E. Brătucu[2], M. Toma[1], C. Olteanu[1], A. Stoiculescu[1]

[1]Secția Chirurgie, Spitalul Județean Piteşti
[2]Institutul Oncologic Bucureşti

Rezumat

Obiectiv: Scopul studiului efectuat este de a depista cât de mult influențează sarcina apariția litiazei biliare la femeile tinere.
Material şi metodă: Acest studiu retrospectiv a fost realizat în perioada ianuarie 2007 - aprilie 2009 în cele două secții de chirugie ale Spitalului Județean Piteşti şi a fost bazat pe analiza foilor de observație şi a protocoalelor operatorii. În această perioadă s-au efectuat 762 colecistectomii din care 348 pe cale laparoscopică şi 414 clasic.
Rezultate: Din cele 605 paciente, 10 paciente au fost operate în primele 6 luni după naştere. Colecistectomiile la cele 10 paciente s-au efectuat pe cale laparoscopică. Două paciente au prezentat icter postoperator. Sub tratament medicamentos la o pacientă s-a remis icterul în a treia zi postoperator. La a doua pacientă cu icter s-a practicat endoscopie retrogradă de cale biliară principală in a cincea zi postoperator.
Concluzii: În timpul sarcinii apar modificări funționale profunde gastro-intestinale, ale veziculei biliare şi pancreasului. Ca urmare acestor modificări se pot forma calculi la nivelul veziculei biliare ce pot declanşa simptomatologia caracteristică: colici biliare, icter, febră, vărsături.

Cuvinte cheie: litiaza biliară, sarcina

Abstract

Pregnancy - a factor in favour of biliary lithiasis

Objective: the purpose of the analysis accomplished is to identify how much pregnancy influences the occurrence of gravel at young women.
Material and method: this retrospective analysis was realized between January 2007 and April 2009 in the two surgery departments of Pitesti county Hospital and it was based on the analysis of the medical history and operational standards. During this period, there were operated 762 cholecystectomys, out of which, 348 through laparoscopics and 414 usual.
Results: out of 605 female patients, 10 patients were operated during the first 6 months after giving birth. The cholecystectomys at 10 patients were realized through laparoscopics. Two patients had postoperatoric icterus. Under medical treatment icterus was relegated in the 3 postoperator day. The second patient who had icterus, a retrograde endoscopy of common biliary duct was aplied in the 5 a postoperator day
Conclusions: During pregnancy period, profound functional gastro intestinal, gall bladder and pancreas changes occur. Following this changes, there can be formed gravel which can lead the characteristic symptomatology: gall bladder colic, icterus, fever, vomit.

Key words: gravel, pregnancy

Corespondență: Dr. Teodor Constantinescu
Secția Chirurgie Generală
Spitalul Județean Piteşti, Argeş
E-mail: teodorcatalin@gmail.com

Introducere

Litiaza veziculară este mai frecventă la femei decât la bărbați (1-5). Această diferență începe la pubertate. Cauzele litiazei

veziculei biliare sunt:

- tulburările metabolice ce modifică raportul componentelor biliare cu precipitarea unora dintre ele;
- cauze mecanice, fie prin scăderea contracției veziculare, fie obstacole din zona cervico-cistică.

Aceşti factori se pot asocia şi determina apariția nucleilor – precursorii calculilor veziculari biliari. Surplusul de colesterol din bilă sau scăderea acizilor biliari şi lecitinei pot favoriza apariția nucleilor colesterinici. De obicei calculii biliari sunt micşti conținând şi pigmenți biliari, calciu, proteine, mucus. Staza biliară şi infecția secundare insuficienței de evacuare veziculară favorizează modificarea balanței colesterol/acizi biliari.

Sarcina poate determina reducerea evacuării veziculare cu stază biliară secundară şi infecție, lucruri similare producându-se şi în cursul prizei îndelungate de contraceptive (12).

Multe studii epidemiologice au evidențiat asocierea între dezvoltarea calculilor veziculei biliare şi sarcină (3,4,6,7). Litiaza biliară apare la 2,5 – 11% dintre gravide fiind a doua afecțiune chirurgicală neobstreticală în sarcină, după apendicita acută (8-11).

Pentru a clarifica influența sarcinii asupra litiazei veziculei biliare am facut un studiu prospectiv ce a urmărit incidența şi factorii de risc pentru calculii veziculari biliari din cursul sarcinii şi în primul an după naştere.

Material și Metodă

În perioada ianuarie 2007 – aprilie 2009 s-au efectuat în cele două secții de chirurgie ale spitalului județean Piteşti 762 colecistectomii din care 348 s-au efectuat pe cale laparoscopică şi 414 clasic. Din cele 605 paciente, 10 paciente au fost operate în primele 6 luni după naştere pe cale laparoscopică. Am realizat un studiu retrospectiv bazat pe analiza foilor de observație şi a protocoalelor operatorii. Scopul studiului este de a depista cât de mult influențează sarcina apariției litiazei biliare la femeile tinere. La pacientele internate s-au efectuat investigațiile: recoltare sânge pentru analiza biochimică (hemogramă, glicemie, transaminaze, bilirubină, amilazemie), examenul ecografic abdominal, radioscopia cord – pulmon, electrocardiogramă. Modificările biochimice sangvine și imagistice a pacientelor selectate în acest studiu sunt reflectate în *Tabelul 1*. Pentru eşantionul de cele 10 paciente perioada de spitalizare a fost scurtă de 3-4 zile cu excepția celor două paciente care au prezentat icter postoperator.

Din punct de vedere imagistic echografia abdominală evidențiază prezența calculilor, staza biliară (dilatarea căilor biliare şi a colecistului), îngroşarea pereților veziculei biliare (peste 3 mm în colecistita acută) sau prezența bulelor de gaz în infecția cu anaerobi. echografia abdominală este metoda imegistică de elecție fiind total lipsită de riscuri pentru sarcină (8, 9, 13-15)

Rezultate

Din cei 762 pacienți, 605 au fost femei şi 157 bărbați. Cele 10 paciente la care colecistectomia s-a efectuat în primele 6 luni după naştere au avut vârste cuprinse între 19 şi 30 ani. Pacientele s-au internat ca urmare a repetării colicilor biliare şi au relatat că au avut dureri asemănătoare în ultima perioadă a sarcinii. Şase paciente au declarat că litiaza veziculară a fost depistată în cursul sarcinii cu ocazia examenelor echografice abdominale efectuate pentru urmărirea sarcinii. Examenul echografic abdominal a evidențiat calculi mici la nivelul veziculei biliare. La toate cele 10 paciente colecistectomia s-a efectuat pe cale laparoscopică cu evoluție bună postoperatorie, excepție făcând două paciente care au prezentat icter postoperator. Sub tratament medicamentos la o pacientă s-a remis icterul in a cincea zi postoperator. La cea de a doua pacientă cu icter în a cincea zi postoperator s-a practicat endoscopie retrogradă de cale biliară principală cu extragere de calculi mici – manevră efectuată la Spitalul de Urgență Floreasca – secția Gastroenterologie.

Discuții

Patologia biliară este dominată de litiaza biliară care survine la proximativ 20% din populația matură afectând aproximativ 20 - 25 milioane oameni după vârsta de 40 ani predominant sexul feminin (12). Factorii care favorizează litogeneza din cursul sarcinii sunt: progesteronul scade contractilitatea veziculei biliare şi relaxează musculatura tubului digestiv; estrogenii altereaza raportul colesterol/acizi biliari din bilă favorizând

Tabelul 1.

Nume	Vârsta	Icter	Bilirubină	TGO	TGP	Amilazemie	Leucocite	Calculi/dim
D.E.	22	+	4,64	114	210	609	5090	3-4 mm
R.E.	26	-	N	21	31	52	9700	9-11mm
L.S.	29	-	N	17	3	46	6360	12-13 mm
M.I.	26	+	2,9	100	205	670	7800	Microlitiază veziculară
G.C.	22	-	N	20	15	99	10800	10-12 mm
R.F.	26	-	N	18	28	56	7100	Microlitiază veziculară
V.E.	24	-	N	19	27	71	8500	118 mm
C.A.	23	-	N	16	14	42	7900	14 mm
M.L.	27	-	N	17	14	86	6700	6-8 mm
D.N.	23	-	N	21	39	79	7100	8-10 mm

creşterea colesterolului şi afecteaza absoţia apei din vezicula biliară prin inhibarea ATP-azei Na/K dependentă (9).

În formarea calculilor veziculari intervin factori multipli, fiind necesară existenţa unei interfeţe care favorizează cristalizarea (epitelii, leucocite, germeni, paraziţi) la care se asociază o insuficienţă evacuatorie veziculară fie prin hipo-sistolia rezervorului biliar sau prin obstrucţia sifonului vezicular. Sarcina este capabilă să determine reducerea capacităţii de ejecţie, determinând staza biliară. Acelaşi lucru se întâmplă în cazul prizei îndelungate de contraceptive minim 2 ani (12).

Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă confirmă diagnosticul de litiază coledociană şi extirpă calculi (9,14, 16,17). În ultimul timp se recomandă colangioRMN pentru confirmarea litiazei coledociene investigaţie fără implicaţii asupra regiunii sfincterului Oddi.

Puseele repetate de colecistită acută tratate medicamentos pot să duca la colecistită cronică cu remaniere importantă loco-regională, colecistul sclero-atrofic (exclus funcţional), pediculita lemnoasă dificil de rezolvat chirurgical (9, 14, 17). Litiaza biliară asimptomatică se urmăreşte în cursul sarcinii şi se temporizează intervenţia operatorie pâna după naştere. Dacă apare colecistita acută litiazică, terapia iniţială este conservatoare: repaus alimentar, antibiotice, antispastice, analgetice (9, 14).

Afecţiunile datorate litiazei biliare din cursul sarcinii sunt rare, iar manegementul terapeutic al acestora este controversat. Deşi s-au raportat complicaţii perioperatorii şi pierderea fetală, publicaţiile recente recomandă terapia chirurgicală atunci când are indicaţii. Studiul efectuat de Carlos A. Cosenza şi colaboratorii pe un lot de 32 paciente, femei gravide ce au fost operate de litiază biliară complicată între ianuarie 1993 şi decembrie 1997 din care 12 paciente pe cale laparoscopică şi 20 chirurgical clasic confirmă cele spuse anterior. Şapte paciente au necesitat explorarea căii biliare principale şi coledocotomia intraoperatorie datorită litiazei coledociene. Rezultatele acestui studiu sunt: nu s-au înregistrat mortalităţi materne; un singur făt a fost avortat la o pacientă cu litiază biliară şi pancreatită care a fost operată clasic in a 14-a săptămână de gestaţie. În concluzie când apare o astfel de patologie la femeia gravidă este necesară implicarea rapidă a unei echipe mixte obstretician, chirurg, anestezist-reanimator. Cu tratamentul adecvat inclusiv colecistectomie dacă există indicaţie operatorie şi monitorizarea pre şi post operatorie fetală (24).

Tratamentul chirurgical în sarcină este controversat indicaţiile operatorii fiind: colicile biliare recurente, colecistita acuta severă, icterul obstructiv, pancreatita biliară, peritonita biliară sau diagnosticul incert (16, 18-20).

Tratamentul medicamentos duce la remisiune în 80% din cazuri şi se practică intervenţia chirurgicală obligatoriu după naştere (9, 10, 15).

Litiaza biliară asimptomatică depistată cu ocazia examenelor echografice abdominale ce urmăresc evoluţia sarcinii nu necesită tratament. În cazul declanşării simptomatologiei biliare tratamentul iniţial este conservator: repaus alimentar, sondă de aspiraţie nazo-gastrică, antispastice, analgetice, antibiotice.

Studiul clinic efectuat la Massachusetts General Hospital pe 23 de cazuri a demonstrat că terapia medicamentoasă a dus la remisiunea simptomelor şi că toate pacientele au născut la termen. Studiul clinic al lui Swisher şi colab. au arătat că rata recidivelora scăzut cu vârsta sarcinii (92% în primul trimestru, 64% în trimestrul doi şi 44% în trimestrul trei)(18).

Şase studii ce au comparat tratamentul conservator cu tratamentul chirurgical al colecistitei acute au arătat că nu există modificări semnificative în incidenţa neşterii premature (3,5%vs 6%, p = 33) sau a mortalităţii fetale(2,2%vs 1,2%, p = 57). Nu s-au înregistrat mortalităţi materne sau fetale în 20 de cazuri de colecistectomie laparoscopică şi 9 cazuri de endoscopie retrogradă de cale biliară principală. Colecistectomia laparoscopică este o procedură sigură în toate trimestrele. În 12 cazuri de pancreatită acută de etiologie biliară mortalitatea fetală a fost de 8% vs 2.6%, p=28 în grupurile cu tratament conservator şi respectiv în grupul chirurgical sugerând necesitatea intervenţiei chirurgicale rapide (21)

Nivelul crescut de estrogeni determină modificări ale compoziţiei biliare. Staza biliară din cursul sarcinii cu retenţie biliară favorizează cristalizarea şi în final formarea calculilor veziculari. După naştere compoziţia biliară şi motilitatea veziculei biliare revin la normal astfel încât o evoluţie posibilă este ca nămolul biliar şi calculi mici se pot elimina sau dizolva. Dispariţia spontană a calculilor a fost evidenţiată de Lee şi colab. la pacientele negravide cu dureri abdominale. Calculii veziculari biliari pot trece în intestinul subţire. Sunt studii care au evidenţiat o rată crescută de dispariţie spontană a calculilor în prima lună dupa naştere – Alberto Maranghini şi colab. Concluzia acestui studiu este ca în cursul sarcinii noroiul biliar este frecvent asimptomatic şi dispare spontan după naştere. Calculii veziculari care apar în cursul sarcinii sunt asociaţi cu colici biliare şi pot să dispară spontan după sarcina (22).

În timpul sarcinii se înregistrează modificări fiziologice profunde ale tractului gastro-intestinal, funcţiei veziculei biliare şi pancreasului, fapt ce complică diagnosticul şi tratamentul eficient al diverselor patologii gastro-intestinale şi biliare. În colecistita acută se pot înregistra următoarele modificări ale tabloului biologic: leucocitoză cu neutrofilie, devierea spre stânga a formulei leucocitare, creşterea bilirubinei, a amilazelor şi alterarea testelor hepatice. O leucocitoză până la 15000 pe mm^2 se consideră în limite fiziologice în timpul sarcinii, dar devierea formulei leucocitare spre stânga este utilă diagnosticului (10,15,18). Explorările radiologice în cursul sarcinii sunt rare datorită riscului fetal deşi fătul poate fi protejat prin şorţuri de plumb plasate corespunzător. Diagnosticul pozitiv al afecţiunii biliare este tranşat de examenul clinic, echografic abdominal şi tabloul biologic. Este important să se facă diferenţierea şi cu alte afecţiuni ce pot fi însoţite de icter şi teste hepatice alterate cum ar fi: hepatitele virale acute, colestaza intrahepatică de sarcină sau alte cauze de dureri abdominale: apendicita acută, ulcer duodenal în puseu acut, pancreatită acută, pielonefrită acută. Dacă diagnosticul afecţiunii nu se pune în timp util şi nu se iniţiază tratamentul medicamentos trebuie avut în vedere şi posibilitatea evolutivă – uneori mascată de imunitatea scăzută a gravidei – către com-

plicații grave cum ar fi: peritonita generalizată prin perforația colecistului, septicemia, insuficiența organică multiplă şi chiar decesul. În astfel de situații dramatice primordial este salvarea mamei şi apoi a fătului (8,10,11,18).

Deşi sarcina nu predispune femeia gravidă la colecistită acută sau pancreatită acută creşte riscul litiazei veziculare şi noroiului biliar. Colecistita acută şi pancreatita acută pot avea un impact mare asupra mortalității şi morbidității fetale. Cunoaşterea acestor modificari fiziologice şi managementul acestor afecțiunii reprezintă cheia evoluției favorabile pentru naşterea la termen în bune condiții a femeii gravide (23).

Concluzii

Litiaza biliară este o afecțiune frecventă, predominantă la femei. În timpul sarcinii apar modificări funcționale profunde gastro-intestinale, ale veziculei biliare şi pancreasului. Ca urmare acestor modificări se pot forma calculi la nivelul veziculei biliare responsabili de simptomatologia caracteristică: colici biliare, icter, febră, vărsături. Sarcina este responsabilă de apariția patologiei biliare la aceste femei tinere. Cunoaşterea acestor modificări fiziologice şi managementul afecțiunilor biliare reprezintă cheia evoluției favorabile către naşterea la termen în bune condiții a femeii gravide. Manifestările clinice ale litiazei bliare din sarcină trebuiesc luate în considerare tocmai datorită comlicațiilor grave ce pot apare: perforația colecistului, peritonita generalizată, septicemia, insuficiența organică multiplă. Tratamentul este variat în funcție de forma clinică. Se preferă tratamentul conservator care nu supune gravida riscului chirurgical şi doar la nevoie se efectuează interventia chirurgicală. Metoda operatorie de elecție este colecistectomia laparoscopică. Diagnosticul rapid şi terapia corectă permit neinfluențarea cursului sarcinii. Tratamentul chirurgical în sarcină este controversat, indicațiile operatorii fiind: colicile biliare recurente, colecistita acută severă, icterul obstructiv, pancreatita biliară, peritonita biliară sau disgnosticul incert. Tratamentul medicamentos poate să ducă la remisiunea simptomatologiei în 80% din cazuri şi se practica intervenția chirurgicală obligatoriu după naştere.

Bibliografie

1. Bennion LJ, Grundy SM. Risk factors for the development of cholelithiasis in man (first and second of two parts). N Engl J Med. 1978;299(21,22):1161-7, 1221-7.
2. Bockus HL, Willard WB, Metzger HN. Role of infection and of disturbed cholesterol metabolism in gallstones genesis. Pa Med J. 1935;39:482-93.
3. Friedman GD, Kannel WB, Dawber TR. The epidemiology of gallbladder disease: observations in the Framingham Study. J Chronic Dis. 1966;19:273-92.
4. Barbara L, Sama C, Morselli Labate AM, Taroni F, Rusticelli AG, Festi D, et al. A population study on the prevalence of gallstones disease: the Sirmione Study. Hepatology. 1987; 7:913-7.
5. Mauer KR, Everhart JE, Ezzati TM, Johannes RS, Knowler WC, Larson DL, et al. Prevalence of gallstone disease in Hispanic population in the United States. Gastroenterology. 1989;96:487-92.
6. The Rome Group for Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO). The epidemiology of gallstones disease in Rome, Italy. Part II. Factors associated with the disease. Hepatology. 1988;8:907-13.
7. Jorgensen T. Gallstones in a Danish population: fertility period, pregnancies and exogenous female sex hormones. Gut. 1989;30: 433-9.
8. Angelescu N, editor. Tratat de patologie chirurgicală. București:Ed. Medicală; 2003.
9. Vladareanu R, editor. Afecțiuni medicale asociate sarcinii. ediția II. București:Ed. Info Medica; 2002.
10 Swisher SG, Schmit PJ, Hunt KK, Hiyama DT, Bennion RS, Swisher EM, Thompson JE: Biliary disease during pregnancy. Am J Surg. 1994;168:576-579.
11. Valdivieso V, Covarrubias C, Siegel F, Cruz F. Pregnancy and cholelithiasis: Pathogenesis and natural course of gallstones diagnosed in early puerperium. Hepatology. 1993;17:1-4.
12. Brătucu E, Ungureanu D. Litiaza veziculară. În: Tratat de patologie chirurgicală, sub red. N. Angelescu, vol. 2. București:Ed. Medicală; 2001. p. 1915 – 1916.
13. Friley MD, Douglas G. Acute cholecystitis in pregnancy and the puerperium. Am Surg. 1972;38:314-317.
14. Swinsher SG, Schmit PJ, Hunt KK, Hiyama DT, Benion RS, Swinsher EM. Biliary disease during pregnancy. Am J Surg. 1994;168:576-81.
15. Davis A, Katz VL, Cox R. Gallbladder disease in pregnancy. J Reprod Med. 1995;40:159-62.
16. Baillie J, Cairns SR, Putnam WS, Cotton PB. Endoscopic management of cholelithiasis during pregnancy. Surg Gynecol Obstet. 1990;171:1-4.
17. Liberman MA, Phillips EH, Carroll B, Fallas M, Rosenthal R. Management of choledocholitiasis during pregnancy: a new protocol in the endoscopic era. J Laparoendosc Surg. 1995; 5(6):399-403.
18. Cherry & Merkatz's. Complications of pregnancy. 5th edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
19. Morrell Dg, Mullins JR, Harrison PB. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy in symptomatic patients. Surgery. 1992;112:856-859.
20. Rusher AH, Fields B, Henson K. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy. Contraindicated or indicated? J Arkansas Med Soc. 1993;89:383-384.
21. Date RS, Kaushal M, Ramesh A. A review of the management of gallstone disease and its complications in prenancy. Am J Surg. 2008;196(4):599-608. Epub 2008 Jul 9. Comment in: Am J Surg. 2009;198(1):154-5.
22. Maringhini A, Ciambra M, Baccelliere P, Raimondo M, Orlando A, Tinè F, et al. Biliary sludge and gallstones in pregnancy: incidence, risk factors, and natural history. Ann Intern Med. 1993;119(2):116-20.
23. Ramin KD, Ramsey PS. Disease of the gallbladder and pancreas in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2001;28(3):571-80.
24. Cosenza CA, Saffari B, Jabbour N, Stain SC, Garry D, Parekh D, et al. Surgical management of biliary gallstone disease during pregnancy. Am J Surg. 1999;178(6):545-8.