

# Akalkulozni holecistitis

## Acalculous cholecystitis

Andreja Voler<sup>1</sup>, Miroslav Vujasinović, Martin Tretjak

Oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec  
Gastroenterolog 2012; 1: 38–40

*Ključne besede:* žolčnik, akalkulozni holecistitis

*Keywords:* gallbladder, acalculous cholecystitis

### IZVLEČEK

Akalkulozni holecistitis je akutna nekroinflamatorna bolezen žolčnika z večfaktorsko patogenezo, brez dokazanih prisotnosti žolčnih kamnov v žolčniku. Predstavlja 10 % vseh akutnih holecistitisev. Najpogosteje se pojavlja pri starejših bolnikih ob sepsah, večjih operacijah, hudih opeklinah in ob paranteralni prehrani. Akalkulozni holecistitis ima večjo smrtnost kot kalkulozni holecistitis. Glavna diagnostična preiskava je ultrazvočni pregled trebuha, terapija izbora je laparaskopska holecistektomija. V prispevku prikazujemo primer bolnice z akalkuloznim holecistitisom in podajamo pregled literature.

### ABSTRACT

Acalculous cholecystitis is an acute necroinflammatory disease of the gallbladder with a multifactorial pathogenesis, without evidence of calculi in gallbladder. It represents 10% of all cases of acute cholecystitis. A higher frequency of acalculous cholecystitis is reported in elderly persons with sepsis, after major surgeries, severe burn injuries and with parenteral nutrition. It is usually associated with higher mortality rates than calculous cholecystitis. Ultrasonography is the investigation of first choice. The main treatment is laparoscopic cholecystectomy. We present a patient with acalculous cholecystitis and review of the literature.

### UVOD

Akalkulozni holecistitis (AH) je akutna nekroinflamatorna bolezen žolčnika z večfaktorsko patogenezo. Predstavlja 10 % vseh akutnih holecistitisev in je povezan z večjo morbiditeto in mortaliteto (1). Najpogosteje zbolijo kritično bolni in imunokompromitirani bolniki (2, 3). Klinična slika je podobna kalkulozni obliki bolezni. V laboratorijskih izvidih izstopajo levkocitoza s pomikom v levo in patološki jetrni testi, ki so bolj pogosti kot pri kalkulozni obliki vnetja (1). Ultrazvočni izvid

značilen za AH predstavlja odsotnost konkrementov ali zgoščenega žolča, zadebeljeno steno žolčnika (>5 mm) in prosto tekočino ob žolčniku (1). Patogeneza bolezni ni popolnoma pojasnjena. Zdi se da sta najverjetnejša dejavnika staza žolčnih izvodil in ishemija žolčnika (4,5).

### PRIKAZ PRIMERA

75-letna bolnica je bila marca 2010 sprejeta na Oddelek za interno medicino Splošne bolnišnice Slovenj Gradec zaradi diagnostike in zdravljenja

<sup>1</sup>Andreja Voler, dr. med.

Oddelek za interno medicino, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec,  
Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec

dva dni trajajočih stalnih bolečin v trebuhu ob povišanih vnetnih parametrih, respiratorni insuficienci in z znanimi soobolenji (aterijska hipertenzija, insulinško neodvisna sladkorna bolezen tipa 2, kronična ledvična insuficienca, ishemična bolezen srca, kronična anemija). Bolečina je bila lokalizirana predvsem pod desnim rebrnim lokom in v zgornjem delu trebuha. Pred prihodom v urgentno ambulanto je enkrat bruhal. Ob pregledu je bila afebrilna, trebuh je bil nad nivojem prsnega koša, palpatorno mehak, občutljiv pod desnim rebrnim lokom in v epigastriju. Ob sprejemu je imela naslednje laboratorijske izvide: levkociti 10,6, C-reaktivni protein 304,8mg/L, prokalcitonin 0,99 ng/ml, hemoglobin 73 g/L. Vrednosti amilaze, lipaze in jetrnih testov so bile v mejah normale. Hematest svetlorjavega blata je bil negativen. Ultrazvočna preiskava (UZ) trebuha je pokazala distendiran žolčnik (vzdolžna velikost 11 centimetrov), z zadebljeno steno ter obilnejše in ehogenejšje maščevje ob fundusu žolčnika. V sprednjem subhepatičnem prostoru je bila vidna majhna količina proste tekočine. V lumnu žolčnika ni bilo patološke vsebine; žolčna izvodila niso bila razširjena. Začeli smo s parenteralno antibiotično terapijo z amoksicilinom in klavulansko kislino in bolnico premestili na kirurški oddelek zaradi operativnega posega. Opravljena je bila klasična laparotomija, ugotovljen je bil gangrenozni holecistitis. Po operaciji je bila zaradi številnih spremljajočih boleznih sprejeta v Enoto za intenzivno terapijo. Postala je hemodinamsko nestabilna, diureze so se slabšale, prav tako se je poglobila respiratorna insuficienca. Razvila se je multiorganska odpoved, bila je kontrolirano ventilirana. Kljub vsem podpornim ukrepom je 27. dne zdravljenja umrla.

## RAZPRAVA

Jasnega vzroka za nastanek AH pri naši bolnici nismo ugotovili. Čeprav je bila starejša in je imela več kroničnih boleznih, ki so dejavniki tveganja za AH, nismo ugotovili znakov eventuelne akutne okužbe ali imunokompromitirajočih boleznih, ki bi lahko povzročile AH (tabeli 1 in 2). Čeprav patologija boleznih ni popolnoma jasna, je vrsto let v strokovni literaturi prevladovalo prepričanje da je razvoj AH povezan le s

Tabela 1: Dejavniki tveganja za nastanek akutnega akalkuloznega holecistitisa

Table 1: Risk factors for acute acalculous cholecystitis

opekline
porod
ishemična bolezen srca
sladkorna bolezen
imunosupresija
poškodbe
mehanska ventilacija
večkratne transfuzije
večji operativni posegi
sepsa
popolna parenteralna prehrana
vaskulitis

Tabela 2: Okužbe s povečanim tveganjem za akalkulozni holecistitis

Table 2: Infections predisposing to acalculous cholecystitis

Campylobacter jejuni
Candida
Clostridium perfringens
Cryptosporidium
Cytomegalovirus
Epstein – Barr virus
Hepatitis A in B
Isospora
Leptospirosis
Vročica Q
Salmonella enteritidis
Vibrio cholerae
Tifus

kritično bolnimi, imunokompromitiranimi bolniki in pri bolnikih z okužbami. Izsledki novejših študij potrjujejo, da se lahko AH razvije tudi pri osebah brez zgoraj omenjenih stanj in da je največje število bolnikov sprejetih preko urgentne ambulante iz domačega okolja (6). Klinična slika pri naši bolnici je bila značilna za AH in je popolnoma enaka kot pri kalkulozni obliki boleznih (6). V laboratorijskih izvidih je bila

pričakovano prisotna blaga levkocitoza in povišan C reaktivni protein, vendar ob normalnih vrednostih prokalcitonina in jetrnih testov. Bolezen smo potrdili zahvaljujoč klinični sliki in izvidu izkušenega radiologa, ki je kljub zelo slabi ultrazvočni preglednosti zaradi zaplinitvenosti črevesja, ugotovil distendiran žolčnik brez patološke vsebine v notranjosti z obilnejšim in ehogenejšim maščevjem ob fundusu in prisotnost proste tekočine subhepatično. Zaradi klinično in ultrazvočno potrjene bolezn se za dodatno diagnostiko (računalniška tomografija) nismo odločili. Kljub kirurškem zdravljenju, katerem je sledila mehanska ventilacija in zdravljenje v Enoti za intenzivno terapijo je bolnica umrla. Smrtnost pri akalkuloznem holecistitisu je odvisna od hitrosti postavitve diagnoze, spremljajočih bolezn in kirurškega stanja bolnika, pri kritično bolnih pa dosega do 90 %. Nekroza, perforacija ali gangrena žolčnika so pogosto prisotne že v času postavljanja diagnoze (7). Zapleti so bolj verjetni pri starejših pacientih z visokimi vrednostmi levkocitov (8). UZ trebuha ima visoko senzitivnost in specifičnost za postavljanje diagnoze AH (9), v nejasnih primerih si lahko pomagamo z računalniško tomografijo. Zdravljenje bolezn je kirurško.

## Literatura

1. Afdahal NH author, Angulo P section editor, Travis AC deputy editor. Acalculous cholecystitis. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com), dostop maj 2010
2. Shapiro MJ, Luchtefeld WB, Kurzweil S, Kaminski DL, Durham RM, Mazuski JE. Acute acalculous cholecystitis in the critically ill. *Am Surg* 1994; 60: 335–339.
3. Nash JA, Cohen SA. Gallbladder and biliary tract disease in AIDS. *Gastroenterol Clin North Am* 1997; 26: 323–35
4. Glenn F, Becker CG. Acute acalculous cholecystitis: An increasing entity. *Ann Surg* 1982; 195: 131–136.
5. Venkataramani A, Strong RM, Anderson DS, Gilmore IT, Stokes K, Hofmann AF . Abnormal duodenal bile composition in patients with acalculous chronic cholecystitis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 434 - 41
6. Ganpathi IS, Diddapur RK, Eugene H, Karim M. Acute acalculous cholecystitis: challenging the myths. *HPB (Oxford)* 2007; 9:131–4.
7. Kalliafas S, Ziegler DW, Flancaum L, Choban PS. Acute acalculous cholecystitis: incidence, risk factors, diagnosis and outcome. *Am Surg* 1998; 64:471–5
8. Wang AJ, Wang TE, Lin CC, Lin SC, Shih SC Clinical predictors of severe gallbladder complications in acute acalculous cholecystitis. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2821–3
9. Mirvis SE, Vainright JR, Nelson AW, Johnston GS, Shorr R, Rodriguez A, et al. The diagnosis of acute acalculous cholecystitis: a comparison of sonography, scintigraphy, and CT. *AJR Am J Roentgenol.* 1986;147:1171–5