



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

τεύχος

06

Μάρτιος
2016



μια πρωτοβουλία της Διοίκησης του ΟΓΑ
για την ενημέρωση του αγροτικού πληθυσμού

ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η χολή σχηματίζεται στα ηπατικά κύτταρα με κύρια συστατικά χολικά οξέα 80%, λεκιθίνη και άλλα φωσφολιπίδια κατά 16% και χοληστερόλη 4%. Σε λιθογόνο κατάσταση το ποσοστό της χοληστερόλης μπορεί να φθάσει το 10%. Τα υπόλοιπα συστατικά είναι χολερυθρίνη, πρωτεΐνες, βλέννη, ηλεκτρολύτες καθώς και φάρμακα που αποβάλλονται μέσω της χολής.

Εκκρίνεται με ένα πολύπλοκο δίκτυο χοληφόρων τριχοειδών και μεγαλύτερων χοληφόρων πόρων στον δεξιό και αριστερό ηπατικό πόρο, οι οποίοι ενώνονται με τη σειρά τους για να σχηματίσουν τον κοινό ηπατικό πόρο και εν συνεχεία το χοληδόχο πόρο. Στον χοληδόχο πόρο εκβάλλει ο κυστικός πόρος που τον συνδέει με την χοληδόχο κύστη όπου είναι και η δεξαμενή της χολής. Ο χοληδόχος πόρος εισέρχεται στο δωδεκαδάκτυλο και αφού ενωθεί με τον μείζονα παγκρεατικό πόρο, σχηματίζει τη λήκυθο του Vater, όπου στο άκρο της φέρει τον σφικτήρα του Oddi.

Η συνολική βασική ημερήσια έκκριση ηπατικής χολής είναι περίπου 500 έως 600 ml και είναι απαραίτητη για τη διάσπαση και την πέψη του λίπους της τροφής.

Σε κατάσταση νηστείας, ο σφικτήρας του Oddi συσπάται και έτσι αποτρέπεται η ροή της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο. Ταυτόχρονα αποτρέπεται η παλινδρόμηση του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στον παγκρεατικό και τον χοληδόχο πόρο και διευκολύνεται η πλήρωση της χοληδόχου κύστης. Η κανονική χωρητικότητα της χοληδόχου κύστεως είναι 30-75 ml. Ο κύριος παράγων που ελέγχει τη σύσπαση της χοληδόχου κύστης είναι μια ορμόνη που εκκρίνεται από το δωδεκαδάκτυλο, ως απάντηση στην πρόσληψη των λιπών και αμινοξέων και ονομάζεται χολοκυστοκίνη.

Ένα συχνό πρόβλημα της χοληδόχου κύστεως είναι η δημιουργία λιθίασης. Υπολογίζεται ότι το 10% περίπου των ανθρώπων άνω των 40 ετών παρουσιάζουν χολολιθίαση. Οι χολόλιθοι σχηματίζονται όταν αλλάξουν δραστικά τα συστατικά της χολής για διάφορους λόγους. Τότε δημιουργούνται συγκρίματα με σταδιακή αύξηση του μεγέθους. Οι λίθοι διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες: χοληστερινικοί με κύριο συστατικό την χοληστερόλη που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, χολερυθρινικοί με κύριο συστατικό την χολερυθρίνη και μικτοί.

Προδιαθεσικοί παράγοντες σχηματισμού χοληστερινικών και μικτών λίθων

1. Δημογραφικοί: Συχνότεροι στην βόρεια Ευρώπη και Αμερική πιθανώς οφείλεται σε οικογενείς ή κληρονομικούς παράγοντες.
2. Αυξανόμενη ηλικία: οι χολόλιθοι είναι εξαιρετικά σπάνιοι στα παιδιά εκτός από της περιπτώσεις που υπάρχει αιμολυτική νόσος. Η ηλικία των 40 ετών φαίνεται ότι είναι η ηλικία που αρχίζει να αυξάνεται σταδιακά το ποσοστό χολολιθίασης.
3. Φύλλο: Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επίπτωση σε όλες τις ομάδες ηλικιών ιδιαίτερα σε νέους ενήλικες. Μια μεγάλη μελέτη βρήκε σχέση γυναικών : ανδρών 2,9 ανάμεσα στις ηλικίες 30-39, η σχέση μειώθηκε στο 1,6 ανάμεσα στις ηλικίες 40-49 και στο 1,2 στις ηλικίες 50-59.
4. Παχυσαρκία: Παχυσαρκία (οριζόμενη ως βάρος μεγαλύτερο του 120% του ιδανικού βάρους) είναι ένας παράγοντας λόγω αυξημένης χολικής έκκρισης της χοληστερόλης.
5. Κύηση: Η κύηση είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου σχηματισμού χολόλιθων. Ο κίνδυνος σχετίζεται με τον αριθμό και την συχνότητα των κυήσεων. Σε μια μελέτη η επίπτωση της χολολιθίασης αυξάνει από 1,3 σε άτοκες έως 12,2 σε πολύτοκες γυναίκες. Αυτό οφείλεται στην αυξημένη έκκριση χοληστερόλης σαν αποτέλεσμα των οιστρογόνων καθώς και στη μειωμένη έκκριση χολικών αλάτων και στην υποκινησία της χοληδόχου κύστης σαν αποτέλεσμα της αυξημένης προγεστερόνης.

6. Αντισυλληπτικά από το στόμα και ορμονική υποκατάσταση με οιστρογόνα. Από μελέτες φαίνεται ελαφρώς προς τα άνω το ποσοστό της χολολιθίασης.
7. Απότομη απώλεια βάρους και χαμηλή θερμιδική πρόσληψη. Ο μηχανισμός δεν είναι πλήρως κατανοητός. Μπορεί όμως να μειωθεί ο κίνδυνος λαμβάνοντας ουρεοδεοξυχολικό οξύ κατά την διάρκεια της δίαιτας.
8. Σακχαρώδης διαβήτης: Δεν είναι πλήρως κατανοητό το πως ο διαβήτης ευνοεί την δημιουργία χολόλιθων. Πιθανόν συμβάλλουν οι υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων και η στάση της χολής λόγω υποκινησίας της χοληδόχου κύστης.
9. Λιπίδια ορού: Φαίνεται να αυξάνεται η πιθανότητα με την αύξηση των τριγλυκεριδίων και να μειώνεται με την αύξηση της HDL (καλή χοληστερίνη).
10. Χολερυθρίνη: Αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας χολερυθρινικών λίθων.
11. Κίρρωση: Η κίρρωση είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για χολολιθίαση. Ο αυξανόμενος κίνδυνος οφείλεται σε αρκετούς παράγοντες όπως μειωμένη σύνθεση χολικών αλάτων, υψηλά επίπεδα οιστρογόνων και επηρεασμένη σύσπαση της χοληδόχου κύστης σε απάντηση στο γεύμα.
12. Υποκινησία της χοληδόχου κύστης. Αν η χολή παραμείνει στη χοληδόχο κύστη για μεγάλη περίοδο καθιζάνει η χοληστερόλη και σχηματίζονται λίθοι.
Κοινά παραδείγματα αυτού του μηχανισμού περιλαμβάνουν το τραύμα του νωτιαίου μυελού καθώς και την παρατεταμένη νηστεία.
13. Φάρμακα κλοφιμπράτη, κεφτριαζόνη, οκτρεοτίδη το καθένα για διαφορετικό λόγο αυξάνει την επίπτωση της χολολιθίασης.
14. Αιμόλυση: Αιμολυτικές αναιμίες αυξάνουν τον κίνδυνο για χολερυθρινικούς χολόλιθους.

Προστατευτικοί παράγοντες:

1. Στατίνες: Φάρμακα που μειώνουν τη χοληστερίνη μειώνουν και τον κίνδυνο χολολιθίασης. Το όφελος φαίνεται μετά από 1 – 1,5 χρόνο χρησιμοποίησης των στατινών.
2. Καφές: Η χρήση καφέ συνοδεύεται με μειωμένο κίνδυνο χολολιθίασης. Άλλοι προστατευτικοί παράγοντες αναφέρονται η λήψη βιταμίνης C, η καθημερινή λήψη φυτικών πρωτεϊνών και ινών καθώς και η χρήση πολύ και μόνο άκωρεστων λιπαρών οξέων.

Συμπτώματα:

Οι χολόλιθοι προκαλούν συμπτώματα λόγω φλεγμονής ή απόφραξης σε περίπτωση μετανάστευσής τους στον κυστικό πόρο ή τον χοληδόχο πόρο. Το πιο ειδικό και χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο κολικός των χοληφόρων.

Η απόφραξη ενός εκ των πόρων από λίθο προκαλεί αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης και διάταση της χοληδόχου κύστης. Το επακόλουθο **άλγος** είναι έντονο και συνεχές στο επιγάστριο ή στο δεξιό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς με συχνή αντανάκλαση στην μεσοπλάτια χώρα ή τον δεξιό ώμο. Συχνά συνοδεύεται το άλγος με **ναυτία ή εμετό** και τα συμπτώματα διαρκούν από λίγα λεπτά μέχρι και μερικές ώρες.

Ο ασθενής μπορεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα να νομίζει ότι έχει πρόβλημα με το στομάχι του.

Πολλές φορές η χολολιθίαση ανακαλύπτεται τυχαία σε ασυμπτωματικά άτομα λόγω της ευρείας χρήσης των υπερήχων.

Επιπλοκές:

Οι κύριες επιπλοκές της χολολιθίασης είναι η χολοκυστίτιδα και η οξεία παγκρεατίτιδα. Πρόκειται για σοβαρές παθήσεις από τις οποίες μπορεί να κινδυνεύσει η ζωή του ασθενούς.

Θεραπεία:

Η θεραπεία της χολολιθίασης είναι χειρουργική: ανοικτή χολοκυστεκτομή και λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή καθώς και η ρομποτική αποτελούν την ηπιότερη μέθοδο προσπέλασης για την αφαίρεση της χοληδόχου κύστης μαζί με τους λίθους και είναι η επέμβαση εκλογής. Λόγω του σύντομου χρόνου νοσηλείας, του ελαττωμένου κόστους και της χαμηλής θνητότητας (<1%), αποτελεί την μέθοδο εκλογής για την πλειοψηφία των ασθενών που υποβάλλονται σε προγραμματισμένη χολοκυστεκτομή.

Δρ. Μαρία Παν. Γαρουφάλη
Χειρουργός