

WALDEMAR OLSZEWSKI, JAN NIELUBOWICZ

PRZYCZYNY NAWROTÓW DOLEGLIWOŚCI PO WYCIĘCIU PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO

Z I Kliniki Chirurgicznej AM w Warszawie

Kierownik: prof. dr J. Nielubowicz

Występująca po wycięciu pęcherzyka żółciowego w około 20% przypadków przemijająca żółtaczką, podwyższona ciepłota, objawy dyspeptyczne oraz bóle w okolicy prawego podżebrza znane są pod nazwą zespołu po wycięciu pęcherzyka żółciowego (w.p.ż.). Bóle mogą być różnego typu od tępych, gniotących, nieraz do typowej kolki, którą chorzy odczuwali przed operacją. Przyczyną tych zespołów mogą być pewne zmiany organiczne lub czynnościowe w drogach żółciowych lub sąsiednich narządach, powstałe w następstwie operacji lub przetrwałe wskutek ich nierozpoznania.

W I Klinice Chirurgicznej AM w Warszawie przeprowadziliśmy analizę chorych z lat 1951—1961, którzy zgłosili się do Kliniki z powodu dolegliwości po uprzednio wykonanym wycięciu pęcherzyka żółciowego. W ogólnej ocenie zwróciliśmy uwagę na: a) rodzaj zabiegu, b) okres czasu, jaki upłynął od chwili wykonania operacji do wystąpienia ponownych dolegliwości, c) rodzaj dolegliwości (ból, żółtaczką, ciepłota, przetoki), d) stan przedmiotowy, e) obraz cholangiograficzny, f) badania pracowniane (leukocytoza, poziom bilirubiny, diastazy, próby wątrobowe), g) zmiany stwierdzone w czasie wtórnego zabiegu.

W latach 1951—1961 wykonaliśmy wycięcie pęcherzyka żółciowego u 943 chorych. Liczba chorych z opisanym powyżej tzw. zespołem po wycięciu pęcherzyka żółciowego leczonych w Klinice w tym czasie wyniosła 73 osoby, co stanowi 7,9% ogólnej liczby chorych poddanych w.p.ż. Kobiety stanowiły 86%, a mężczyźni 14%. Wiek chorych wahał się u kobiet od 25 do 86 lat, u mężczyzn od 51 do 68 lat.

Nawrót dolegliwości po w.p.ż. wystąpił u 42 chorych (57%) natychmiast lub w kilka tygodni po zabiegu. Po 1 roku objął on 13 chorych (17%), po 2 latach 10 chorych (14%) i po ponad 2 latach 8 chorych (12%).

Wśród dolegliwości przeważały bóle, które odczuwali wszyscy chorzy. Były to bóle ograniczone do prawego nadbrzusza, o charakterze tępym, gniotącym, niekiedy tylko przypominające kolkę. Gorączka oraz dreszcze wystąpiły u 39 chorych (56%), żółtaczką u 30 (43%), przy czym u niektórych do 3 razy z poziomem bilirubiny do 15 mg%. Typowy obraz ostrego zapalenia dróg żółciowych stwierdziliśmy u 14 chorych (20%). Podwyższony poziom diastazy zauważyliśmy u 11 chorych (16%). Przetoka żółciowa zewnętrzna pojawiła się u 6 chorych (8,6%).

Tabela I

Rodzaj dolegliwości	w I Klin. Chir.	wg <i>Catella</i>
Bóle	100%	
Gorączka i dreszcze	56%	
Żółtaczka	43%	46%
Pełny zespół <i>cholangitis</i>	20%	20%
Podwyższony poziom diastazy	16%	15%
Przetoki żółciowe	8,6%	

Cholangiografię dożylną wykonaliśmy przed leczeniem u 31 chorych. U 20 chorych (55%) wykazała ona wyraźne zmiany, jak niewidoczność się dróg żółciowych, rozszerzenie przewodu wspólnego lub kamienie w przewodach.

Do leczenia operacyjnego skierowaliśmy 26 chorych (35%). Pozostałych 47 leczylimy zachowawczo. Sposób leczenia operacyjnego podano w tab. II.

Tabela II

Rodzaj zabiegu	Liczba chorych
Choledochotomia i drenaż	14
Choledochoduodenostomia	3
Sfinkterotomia	4
Uwolnienie przewodu wspólnego ze zrostów	2
Różne (drenaż ropnia i in.)	3
Razem	26

Tabela III

Rodzaj zmian stwierdzonych w czasie zabiegu	w I Kl. Chir.	wg <i>Catella</i>
Nieznaczno stopnia łagodne zwężenie przewodu wspólnego	65%	55%
Kamienie w przewodzie wspólnym	34%	38%
Zmiany bliznowate w brodawce Vatera	38%	21%
Zmiany w głowie trzustki	13%	
Pozostawiony przewód pęcherzykowy	13%	4%
Ropnie wątroby	17%	

W czasie zabiegu stwierdziliśmy zmiany bliznowate zwężające światło przewodu wspólnego u 15 chorych (65%), kamienie w przewodzie wspólnym u 9 (34%). Zmiany zwężające ujście w brodawce Vatera napotkaliśmy u 10 chorych (38%), zmiany w głowie trzustki u 3 chorych (13%), pozostawiony przewód pęcherzykowy lub odtworzony pęcherzyk u 3 (13%). Ropnie wątroby stwierdziliśmy u 4 chorych.

Śmiertelność pooperacyjna wyniosła 4,3%. Zmarło 3 chorych z ropniami wątroby.

OMÓWIENIE

Odsetek chorych leczonych w naszej Klinice z powodu tzw. zespołu po w.p.ż. wynosi 7,9% i jest nieco mniejszy niż w statystykach innych autorów (Catell 10—25%). Wynika to zapewne z faktu, iż objęliśmy statystyką tylko przypadki najcięższe, które bezwzględnie wymagały leczenia szpitalnego. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że aż u 57% chorych dolegliwości pojawiły się natychmiast lub w pierwszych tygodniach po operacji. Przyczyny tego stanu nie możemy wytłumaczyć z całą pewnością. Wydaje się, iż u części tych chorych dolegliwości przetrwały, ponieważ dotyczyły również narządów sąsiednich i wykonanie w.p.ż. nie mogło przynieść w tym względzie oczekiwanej poprawy. Jako przykład wymienić można współistnienie zapalenia pęcherzyka żółciowego i kamicy przewodu wspólnego, przewlekłego zapalenia trzustki lub zapalenia dróg żółciowych.

Leczenie zachowawcze polegało na stosowaniu wyłączeń przykręgosłupowych nerwów trzewnych, podawaniu środków rozkurczowych oraz częstym płukaniu dwunastnicy. Pod wpływem tego leczenia niektórzy chorzy odczuwali poprawę.

Zwraca uwagę 65% chorych, u których rozpoznano w czasie powtórnej operacji zwężenie przewodów żółciowych. Należy przez to rozumieć, że zwężenie było rozmaitego stopnia, od nieznacznego, o którym sądzono na podstawie licznych zrostów, przemieszczeń i przegięć przewodu wspólnego, do wyraźnych grubych blizn wymagających zespożeń z przewodem pokarmowym. Zwężenie przewodu wspólnego, nawet nieznaczne, wywiera znaczny wpływ na odpływ żółci z wątroby do dwunastnicy. Przekonaaliśmy się w badaniach na psach, że zwężenie przewodu wspólnego na odcinku 1 cm, nawet o 25%, powoduje w ciągu pierwszych trzech dni znaczny wzrost poziomu bilirubiny i fosfatazy zasadowej we krwi. Badania kontrolne wykonane po 8—10 tygodniach wykazywały utrzymywanie się żółtaczki. W badaniu pośmiertnym stwierdzaliśmy u zwierząt znaczne rozszerzenie dróg żółciowych oraz pęcherzyka i marskość żółciową wątroby.

Bardzo trudno jest powiedzieć, czy tzw. dyskineza dróg żółciowych powinna być uważana za jedną z przyczyn nawrotów dolegliwości po w.p.ż. Najczęściej rozpoznaje się dyskinezę u tych chorych, u których ani klinicznie, ani operacyjnie nie znaleziono przyczyny dolegliwości. Wydaje się nam dzisiaj, że w miarę coraz dokładniejszych badań śródoperacyjnych i postępu badań radiologicznych liczba tzw. dyskinez zmniejsza się znacznie.