

Behandling af akut kolecystitis hos gravide i tredje trimester

Asger Eller¹, Susy Shim², Louise Sigvardt³, Peter Rask¹ & Michael Festersen Nielsen¹

KASUISTIK

1) Kirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg

2) Gynækologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

3) Billeddiagnostisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg

Ugeskr Læger
2016;178:V12150954

Akut kolecystitis (AC) er med en incidens på 0,1% blandt gravide en sjælden organkirurgisk komplikation i forbindelse med graviditet [1, 2]. Mens man tidligere af frygt for komplikationer var tilbageholdende med laparoskopisk kolecystektomi (LC) hos gravide i tredje trimester, anses fremskreden graviditet ikke længere som en kontraindikation for operation [2]. Laparoskopi besværliggøres i takt med, at uterus vokser i størrelse, og indgrebet er vanskeligt at foretage i tredje trimester, hvor operationen er ledsaget af en øget risiko for abort og læsion af de indre organer. Etablering af pneumoperitoneum gennem en minilaparotomi ad modum Hasson kan forsøges, men også denne procedure er vanskelig at foretage. Perkutan ultralydvejledt transhepatisk kolecystostomi (PUTC) kan udføres under hele graviditeten, og proceduren er derfor et muligt behandlingsalternativ til kvinder, hvor operation ikke kan gennemføres.

SYGEHISTORIE

En 35-årig kvinde, der var gravid i uge 36 + 1 dag og para 0, blev indlagt på en gynækologisk-obstetriske afdeling efter 14 dage med smerter og ubehag under højre kurvatur. Igennem to døgn havde der været forværring af smerterne, og hun havde haft flere opkastninger. Hun havde tidligere gennemgået en laparoskopisk appendektomi, men var ellers rask.

Patienten havde stabile vitale parametre, og ved en objektiv undersøgelse fandt man palpationssmerter over galdeblærestedet ved dyb inspiration (Murphys tegn), men ingen ømhed af uterus. Lever- og infektionstal var normale. En ultralydskanning af abdomen viste en vægfortykket, spændt galdeblære med konkrementer og ødem i galdeblærelejet.

Dagen efter forværredes smerterne, og der blev observeret en stigning i niveauet af C-reaktivt protein (CRP) til 71 mg/l. Kvinden blev sat i behandling med metronidazol og cefuroxim. Da hun var i 37. graviditetsuge blev det vurderet, at LC ikke var teknisk mulig. Der blev derfor anlagt en aflastende PUTC. Umiddelbart efter anlæggelsen blev der via drænet ud-tømt 500 ml klar galde, og hun oplevede en momentan bedring af smerterne. Efter to døgn blev hun udskrevet til hjemmet, afebril, men med en let leukocytose og marginalt forhøjet CRP-niveau. Antibiotika blev seponeret ved udskrivelsen. Drænet blev dagligt skyllet af

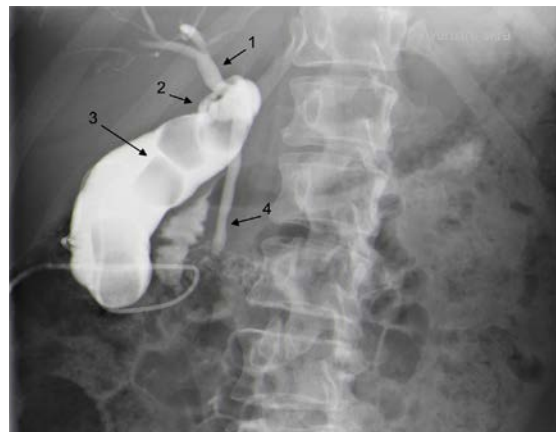
en hjemmesygeplejerske. Kvinden beholdt drænet til termin, hvor der blev udført et planlagt sectio. To uger efter indgrebet blev der gennemført en antegrad kolangiografi, som viste frit nedløb af kontrast til duodenum og en kontrastdefekt i galdeblæren over et større konkrement (**Figur 1**). Drænet blev seponeret uden efterfølgende komplikationer. Kvinden fik tre måneder efter sectio foretaget en ukompliceret LC.

DISKUSSION

Graviditet er forbundet med en øget forekomst af galdesten [3], og hos gravide er prævalensen af galdesten 5-12% [4]. Ændringer i østrogen- og progesteronniveauet fører til hypomotilitet af galdeblæren, forøget kolesterolsekretion og ændringer i galdesyresammensætningen. Disse forhold disponerer til dannelse af kolesterolsten [3]. Patofysiologisk anses galdesten for at være den væsentligste årsag til udvikling af AC, idet galdesten og sludge hindrer afløbet af galde gennem ductus cysticus [4]. På trods af den høje prævalens af galdesten forekommer AC kun hos 0,1% af de gravide [1].

FIGUR 1

Kolangiografi gennem dræn. Der ses et velplaceret galdeblæredræn og kontrastfyldt galdeblære med multiple konkrementer (3). Der ses kontrastfyldte intrahepatiske galdeveje (1) samt kontrastfyldt ductus choleduchus (4) og ductus cysticus (2) uden defekter og med frit nedløb til duodenum.



Der findes ingen danske guidelines for behandling af gravide, der har AC i tredje trimester. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons [5] anbefaler, at man vælger LC ved galdeblæresygdom uanset trimester og så tidligt i forløbet som muligt. Dette skyldes en betragtelig risiko på 92% for recidiv af symptomerne ved galdestenssygdom i første trimester samt 64% og 44% i henholdsvis andet og tredje trimester [5], derudover er der en risiko for progression til AC og galdestenspankreatitis. Galdestenspankreatitis hos gravide er ledsaget af 10-60% risiko for spontan abort [5] og 37% risiko for mortalitet [4].

Konservativ behandling med nonsteroid antiinflammatoriske stoffer kan forsøges, men der bør udvises tilbageholdenhed efter 32. graviditetsuge. Antibiotika-behandling bør overvejes, når konservativ behandling ikke fører til symptomlindring inden for 12-24 timer.

Sygehistorien viser, at det teknisk er muligt sikkert og uden væsentlig risiko for kvinden eller fosteret at foretage PUTC i tredje trimester. Behandlingen resulterer i hurtig smertelindring. Sygehistorien og den foreliggende litteratur viser, at PUTC bør overvejes hos kvinder med svær AC, hvor LC enten ikke kan gennemføres, eller hvor man skønner, at indgrebet vil være ledsaget af en uacceptabel høj risiko.

SUMMARY

Asger Eller, Susy Shim, Louise Sigvardt, Peter Rask & Michael Festersen Nielsen:

Treatment of acute cholecystitis in a third-trimester pregnant women

Ugeskr Læger 2016;178:V12150954

This case report describes a 35-year-old female with acute cholecystitis 36 weeks into her pregnancy. Laparoscopic cholecystectomy was considered but assessed not to be possible. An ultrasonic guided percutaneous transhepatic gall bladder drainage was performed resulting in immediate pain relief. The patient was discharged two days later, and the drain sat in place until a caesarian section was performed. A post-surgery cholangiography demonstrated stones in the gall bladder but no stones in the common bile duct. An uneventful laparoscopic cholecystectomy was carried out three months after surgery. The case report demonstrates that percutaneous transhepatic gall bladder drainage is a safe procedure to be considered in women with cholecystitis in which cholecystectomy is not possible or assumed to be associated with an unacceptable high risk.

KORRESPONDANCE: Michael Festersen Nielsen.

E-mail: nielsenm@post7.tele.dk

ANTAGET: 7. marts 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 18. april 2016

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Swisher SG, Schmit PJ, Hunt KK et al. Biliary disease during pregnancy. *Am J Surg* 1994;168:576-9, 580-1.
2. Veerappan A, Gawron AJ, Soper NJ et al. Delaying cholecystectomy for complicated gallstone disease in pregnancy is associated with recurrent postpartum symptoms. *J Gastrointest Surg* 2013;17:1953-9.
3. Casey BM, Cox SM. Cholecystitis in pregnancy. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1996;4:303-9.
4. Mendez-Sanchez N, Chavez-Tapia NC, Uribe M. Pregnancy and gallbladder disease. *Ann Hepatol* 2006;5:227-30.
5. Jackson H, Granger S, Price R et al. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence-based review. *Surg Endosc* 2008;22:1917-27.