

TRAJTIMI I KOLECISTITIT AKUT ALKULOZ

— RAMAZAN XHAJA —

(Klinika e kirurgjisë së përgjithshme, Spitali klinik nr. 2 — Tiranë)

Kalkuloza e fshikzës së tëmthit dhe e rrugëve të tij është një sëmundje që takohet shpesh në praktikën mjekësore. Ajo zë vendin e dytë ndër patologjitë kronike të traktit tretës, pas ulcerës duodenale (13). Nga të dhënat anatomo-patologjike, rezulton se 8-10% e njerëzve janë të prekur nga kjo sëmundje, ndërsa në moshat mbi 60 vjeç ajo haset deri në 20% të rasteve (4). Ecuria klinike e kalkulozës biliare paraqitet e larmishme. Ajo mund të jetë e heshtur gjatë gjithë jetës, mund të shfaqet me shenjat karakteristike të sëmundjes, pa krijuar shumë vështirësi diagnostike, por ka raste me ndërlikime të cilat vështirësojnë diferencimin e hershëm me mjaft patologji të tjera (1,13,14,19). Për këto arsye, kolecistiti kalkuloz bëhet objekt i mjekëve të përgjithshëm gastro-hepatologë, radiologë dhe kirurgë.

Në drejtim të fizpatologjisë së formimit të gurit dhe të përsosjes së metodave diagnostike, janë bërë përparime të dukshme. Megjithatë mbetet ende i hapur problemi i taktikës së trajtimit të kolecistitit akut kalkuloz (1,2,3). Gjatë 20 vjetëve të fundit në klinikat e Spitalit nr. 2 ka pasur një evoluim të qëndrimit ndaj kolecisteve akute kalkuloze. Pikërisht për të analizuar taktikat e trajtimit të tyre dhe për të vënë në dukje përparësitë e kolecistektomisë së hershme ndaj ndërhyrjes kirurgjikale në fazën e ftohtë, ndërmorëm këtë studim.

Materiali dhe metoda

Kemi marrë në studim 885 raste me kolecistit kalkuloz të shtruar në Spitalin nr. 2 për një periudhë 14-vjeçare. Studimi ka karakter retrospektiv (duke analizuar kartelat klinike) dhe prespektiv për rastet ku është zbatuar kolecistektomia e hershme në të dyja klinikat, e kirurgjisë nga viti 1983 deri në vitin 1986.

Për qëllime studimore, kemi bërë ndarje në tri periudha, që përkojnë me taktikat e ndryshme të trajtimit të kolecistit akut kalkuloz. periudha e parë përfshin rastet e shtruara në vitet 1967-1969, kur kole-

cistiti akut operohej në mënyrë urgjente. Periudha e dytë, 1976-1982, përfshin rastet kur ndiqej taktika klasike, d.m.th. fillimisht synohej «ftohja» e inflamimit, pastaj në një etapë tjetër, kryhej operimi i planifikuar. Në periudhën e tretë, 1982-1986, është ndjekur taktika e operimit brenda 2-3 ditëve të para të shtrimit në spital, pra kolecistektomia e hershme.

Rezultatet

Nga analiza e materialit të studiuar prej 885 rastesh, rezulton se 571 të sëmurë janë shtruar urgjent me kolecistit akut dhe 314 shtrime janë bërë të planifikuara.

Në vitet 1967-1969, nga 92 shtrime me kolecistit akut, 31 raste i janë nështruar ndërhyrjes urgjente, 26 të sëmurë janë operuar si të planifikuar, ndërsa 35 të tjerë janë trajtuar në mënyrë konservative me antibiotikë.

Gjatë periudhës pasoperatore, në 31 rastet e operuar urgjent është përdorur antibioterapia me penicilinë dhe streptomycinë mesatarisht për 9 ditë. Ndërsa ndonjë rast i veçantë ka marrë rifocinë për 5-6 ditë. Ditëqëndrimi i tyre në spital ka qenë 10-27 ditë (mesatarisht 16 ditë). Dy prej tyre kanë vdekur në periudhën pasoperatore. Pra, vdekshmëria e rasteve të operuar urgjent ka qenë 6.4%. Në një rast që u bë orvatje për të ndjekur taktikën e ftohjes, duke e trajtuar me tetraciklinë, ditën e dhjetë ndodhi gangrena e kolecistës, për të cilën u operua. Rastin po e përshkruajmë më poshtë:

I sëmuri N.A., 48 vjeç u shtrua urgjent në Spitalin nr. 2 më 24.4.1968 me kartelë nr. 1940. Në shtrim ankohej për dhimbje të forta nën harkun brinjor të djathtë, ethe me të dridhura, përshtjellim dhe të vjella. Lokalisht kishte mbrojtje muskulare. Temperatura i ishte 37.8°C. Nga të dhënat laboratorike, binte në sy leukocitoza 13 000, me devijim të mjaftë të formulës leukocitare dhe SR 38 mm/orë. Provat funksionale të mëlçisë ishin brenda kufijve të normës. Të sëmurit iu fillua tetraciklina dhe u mbajt në vëzhgim. Ditët e para gjendja shkoi relativisht mirë, por nga dita e dhjetë u rëndua, çka imponoi ndërhyrjen kirurgjikale, që konstatoi kolecistit gangrenoz. Për periudhën 1976-1982 nga 385 të sëmurët e shtruar me kolecistit akut 177 janë operuar. Në 26 prej tyre është bërë ndërhyrje urgjent e detyruar.

Në 53 raste ndërhyrja është bërë gjysmëurgjente, d.m.th. disa ditë pas shtrimit në spital. Ndërhyrja kirurgjikale në një shtrim të dytë, pas «ftohjes» së inflamimit, është zbatuar në 98 të sëmurë. Për këtë qëllim është përdorur penicilina me streptomycinë në 74 raste, penicilina me CAF në 8 raste, streptomicina me CAF në 6 raste, tetraciklina në 10 raste. Kohëzgjatja e antibioterapisë ka qenë 7-13 ditë (mesatarisht 8 ditë). Ditëqëndrimi i tyre në spital ishte 11-43 ditë (mesatarisht 24 ditë), kurse vdekshmëria 4.8%. Nga 410 të sëmurët e analizuar për periudhën 1983-1986, rezulton se kolecistektomia e hershme është zbatuar në 88 raste. Të tjerët janë operuar si të planifikuar ose janë trajtuar konservativisht. Kolecistektomia e hershme është realizuar 2-3 ditë pas shtrimit. Kjo kohë është e mjaftueshme për të bërë ekza-

minimet e domosdoshme për saktësimin e diagnozës së kolecistitit kalkuloz dhe për zbulimin e sëmundjeve të tjera shoqëruese. Këta të sëmurë janë trajtuar me penicilinë, CAF, tetraciklinë, baktrinë, flagyl, gentamicinë etj. Kohëzgjatja e antibioterapisë ka qenë 3-8 ditë (mesatarisht 5 ditë). Ditëqëndrimi në spital ka qenë 9-13 (mesatarisht 15 ditë), kurse vdekshmëria 1.1%.

Diskutim

Nga analiza e materialit të studiuar vërejmë se rastet me kalkulozë biliare po shtohen. Kjo vjen jo vetëm nga diagnostikimi më i mirë me ECHO etj, por edhe nga rritja e jetëgjatësisë së popullit. Faktorët që ndikojnë në formimin e gurëve të tëmthit janë të shumtë. Moshë dhe trashëgimia luajnë rolin e tyre (1,5,18,20). Moshat e avancuara janë më të predispozura për kalkulozë. Gjithashtu, në këto moshë ndërlikimet janë më të shpeshta (1,5,10,17). Këtë dukuri e kemi ndeshur edhe në të sëmurët tanë.

Kështu, në të moshuarit kemi gjetur 8 raste me kolecistit të shpuar, 6 me gangrenë të kolecistës, 4 me pankreatit dhe 1 me abces nën mëlçior. Kjo, veç të tjerash, ndodh edhe për faktin se diagnostikimi i ndërlikimeve vështirësohet pasi ka një mospërputhshmëri ndërmjet klinikës, që është e varfër, dhe procesit anatomopatologjik të avancuar (8,17,18,20).

Kalkuloza favorizohet edhe nga prerja e stomakut, pasojë e stazës ose keqthithjes (1,7,16,18). Këtë e kemi gjetur edhe në 31 raste të tilla. Ndikimi hormonal në formimin e kalkulit, sikurse ndodh gjatë barrës, pranohet nga mjaft autorë (5,13,18,20). Ne kemi takuar kalkulozë biliare me kolecistit akut në 4 gra shtatzëna. Diabeti, obeziteti, anemia hemolitike, drepanocitoza, infeksionet etj. gjithashtu luajnë rol në drejtim të formimit të kalkulozës (1,7,10,18,19,20).

Të gjithë këta faktorë të veçantë ose të përzier ndikojnë në formimin e bilës litogjene, duke bërë të ndryshojnë raportin e njërës prej përbërësve të mishelës dhe të krijohen kushte për precipitimin e kalkulit (1,13,18). Kur këtë kalkulit i shtohet edhe infeksioni bakterial, zhvillohet kolecistiti akut, shkaktarët kryesorë të të cilit janë *E. coli*, enterokokët, klebsiella, anaerobët etj. (1,5,19). Në bilikulturat e kërkuara prej nesh kemi gjetur 17 raste me *E. coli* dhe 3 raste me klebsiella.

Lidhur me taktikën e trajtimit të kolecistitit akut, vitet e fundit vërehet zbatimi i kolecistektomisë së hershme (13,14). Kjo taktikë ka disa përparësi në krahasim me atë klasiken, të cilat i kemi vërtetuar edhe në praktikën kirurgjikale. Kështu, ajo pengon zhvillimin e inflamimit qysh në fazën fillestare (6,8,17), ndërpret ecurinë e pafavorshme, që mund të vërehet sidomos në të moshuarit (8,9), ku diagnostikimi i hershëm i ndërlikimeve të atypëratyshme është i vështirë, sikurse ka ndodhur edhe në rastet tona. Kolecistektomia e hershme është më e lehtë nga ana teknike, çka shpjegohet me edemën e mureve të kolecistës dhe stazën venoze, duke krijuar plane të mira preparimi (7,8,11,12,17). Dihet se, me kalimin e orëve dhe ditëve, vendin e edemës e zë indi lidhor dhe formohen ngjitjet me organet fqinje, gjë që e vështirëson aktin operator (8,11,15).

Në sajë të kësaj teknike, ulet ditëqëndrimi në spital. Ndërsa ditëqëndrimi i të sëmurëve të trajtuar me taktikën klasike është mesatarisht 24 ditë, ditëqëndrimi i rasteve me kolecistektomi të hershme është mesatarisht 15 ditë. Për këtë të fundit, duhet theksuar se kemi pasur 8 raste me kalkul të koledokut, të cilat kanë shtruar ditëqëndrimin në spital. Në të kundërt do ta kishim edhe në ditëqëndrim më të ulët, sikurse vënë re autorë të tjerë, që e kanë 10 ditë (8,9,17).

Duke kryer kolecistektominë e hershme, ulet paafësia e përkohshme në punë, sepse i sëmuri merr vetëm një herë pushim pas daljes dhe jo 2-3 herë, siç ndodh në rastet e tjera, kur shtrihet disa herë në spital. Nga ana tjetër, pakësohet sasia e antibiotikëve të përdorur, sikurse kemi vënë në dukje, nga 8 ditë në 5 ditë. Pra, ulet edhe kuota e mjekimit për çdo të sëmurë.

I sëmuri përgatitet për operim njësoj si i planifikuari, ekzaminohet për sistemet më të rëndësishme, vihet në dukje sëmundja shoqëruese e mundshme dhe operohet nga ekipi më i specializuar e në kushte më optimale. Të gjitha këto shënojnë një përparësi edhe ndaj taktikës së ndërhyrjes urgjente.

Përfundime

1) Taktika më e drejtë për trajtimin e kolecistit akut është kolecistektomia e hershme. Ajo mund të realizohet ndërmjet ditës së 2-të dhe të 4-të, kohë e mjaftueshme për kryerjen e ekzaminimeve të nevojshme, si ECHO, EKG, analizat biokimike etj.

2) Kjo taktikë ka kosto më të ulët, sepse ul ditëqëndrimin, paafësinë e përkohshme dhe përdorimin e antibiotikëve.

3) Ajo realizohet teknikisht më mirë edhe mënjanon disa ndërlikime të mundshme të taktikës klasike.

Dorëzuar në redaksi më 9.7.1987

BIBLIOGRAFIA

- 1) Adhami J.: Kolelitiaza. Traktati i sëmundjeve të brendshme Tiranë, 1974, 3, 202.
- 2) Auberdin Y.: Le chloramphenicol et ses dérivés. La revue du praticien, 1977, 45, 2917.
- 3) Bouanchaud D.H.: Généralités sur le mode d'action des antibiotiques antibactériens. La revue du praticien, 1977, 43, 2794.
- 4) Coppo M.: Epatite satellite e cirrosi biliare. Minerva medica giuliana, 1972, 94, 5292.
- 5) Gerolami A.: Les voies biliaires. Nê: «Foie, pancréas et voies biliaires». Paris, 1980, 189.
- 6) Hausset B.: Les cyclines. La revue du praticien, 1977, 45, 292.
- 7) Hollender L.: Etude évolutive de la chirurgie biliaire. Journal de chirurgie, 1983, 1, 84.

- 8) Lechaux Y.: Les indications chirurgicales dans la cholecistite aigue. Revue du praticien, 1974, 2, 154.
- 9) Lauri J.: Lithiase vésiculaire (de recontre) et chirurgie. Annales de chirurgie, 1982, 3, 226.
- 10) Maigne C.: Le chirurgie de la lithiase biliaire dans les sujets de plus de 75 ans. Annales de chirurgie, 1982, 1, 221.
- 11) Mc. Nair T.: Chirurgia d'urgenza di Hamilton Bailey. Roma, 1976, 623.
- 12) Millat B.: Les cholecystites postopératoires. Journal de chirurgie, 1983, 3, 240.
- 13) Resuli B.: Mekanizmat fizpatologjike të çregullimeve të mëlcisë. Tiranë, 1986, 60.
- 14) Reutchnick P.: Association d'antibiotiques. Médecine et hygiène 1987, 45, 719.
- 15) Salemler Y.: Le syndrome de Mirizzi. Problèmes diagnostiques Médecine, chirurgie digestive, 1987, 3, 170.
- 16) Sturniolo O.: L'association ulcère gastroduodénale lithiase biliaire. Journal de chirurgie, 1983, 5, 240.
- 17) Spiro H.: Gastroenterologia — clinica. Roma, 1967, 203.
- 18) Stefanini F.: La calcolosi biliare. Nê: «Medicina Clinica». Torino, 1980, 561.
- 19) Sorice F.: Infezioni delle vie biliari. Nê: «Malattie infettive» Torino, 1985, 152.
- 20) Talman J.M.: Hirurgija zhelčnogo puzirja i zhelčnih protokov. Leningrad, 1962, 77.

Summary

TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

The paper discusses the pathology of calculosis of the gall bladders and the rest of the biliary tract, its frequency and sex distribution, and some of its predisposing factors, citing examples from the author's experience. It analyses the use of antibiotics during the whole course of treatment, surgical or medical. It points out the advantages of early cystectomy as compared with the classical method. The former has proved superior in reducing the inflammatory period and in preventing other complications by performing at an early stage a surgical act, that is indispensable, it is technically simpler and offers economic and other advantages by period of invalidity and by reducing the use of antibiotics.

Résumé

TRAITEMENT DE LA CHOLECYSTITE AIGUË CALCULEUSE

L'article décrit la calculeuse de la vésicule et des voies biliaires, sa fréquence, sa répartition selon le sexe, l'âge. Les auteurs analysent les facteurs favorisant la formation des calculs et les résultats obtenus par l'utilisation des antibiotiques dans divers étapes de la maladie soit chez un traitement médical. Il est mis en évidence les avantages de la cholecystectomie précoce envers ceux obtenus par la cholecystectomie classique: réduction de l'inflammation dès la période initiale en évitant ainsi les complications; il est techniquement plus facile d'intervenir à cette période et aussi plus économique: réduction des frais médicaux (jours d'hospitalisations, arrêts de travail, un moindre emploi des antibiotiques).