

*Acute afwijkingen van de galwegen*

DOOR DR J. BOEVÉ, CHIRURG TE ZWOLLE

De meest voorkomende acute afwijking van de galwegen is de acute cholecystitis. Over de behandeling hiervan bestaat nog steeds een meningsverschil tussen de conservatieve groep en de actief ingestelde groep. De conservatieve groep, die de patiënt in het acute stadium conservatief behandelt en pas later „à froid” een operatie uitvoert, verliest echter langzaam maar zeker terrein, vooral dankzij de vooruitgang op velerlei gebied, zoals vochtbalans, anesthesie en antibiotica. De actieve groep voert de operatie „à chaud” uit, daar zij meent, dat zowel voor de patiënt in verband met het optreden van complicaties, als voor de operateur wat betreft de te leveren technische prestatie de risico's geringer zijn dan wanneer men een afwachende houding aanneemt. Dit probleem wordt steeds belangrijker, omdat de acute cholecystitis vooral vaak wordt gezien in de oudere leeftijdsgroep.

Wat moet er met deze patiënten gebeuren? Thuis behandelen of opnemen in een ziekenhuis? En indien ze worden opgenomen, opereren of niet?

De acute cholecystitis wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door afsluiting van de galblaashals of de ductus cysticus door een steen. Acute cholecystitis zonder aanwezigheid van een steen, die de afvoer belemmert, is zeer zeldzaam. Dit komt voor in de loop van acute infectieziekten, zoals typhus, pneumonie, sepsis door streptokokken of coli en soms bij een virulente vorm van griep. Deze infecties vinden meestal plaats via de bloedbaan, soms via de galwegen.

De afsluiting van de galblaas is de belangrijkste factor. In de galblaas blijft bij de afsluiting een hoeveelheid gal achter. De galblaas is in staat om water uit zijn inhoud te resorberen, de concentratie van de gal stijgt en er ontstaat een chemische ontsteking, dat wil zeggen oedeem van de wand, leucocytair infiltratie, hyperemie en exsudaat. De vochtafscheiding naar het lumen van de galblaas neemt toe en de galblaas wordt groter. Deze chemische ontsteking kan leiden tot gangreen van de galblaaswand en zelfs tot een perforatie. Over dit onderwerp zijn vele proefnemingen verricht, onder andere door Womack. Hij toonde aan, dat naarmate de concentratie van galzouten in een afgesloten galblaas hoger is, de ontstekingsreactie ernstiger is. De chemische theorie vindt ook steun, doordat bacteriologisch onderzoek in de eerste dagen meestal negatieve kweken oplevert.

Wel is het opvallend, dat het gangreen het meest voorkomt aan de fundus van de galblaas en niet, zoals men zou kunnen verwachten, op de plaats, waar de steen is ingeklemd. Hiervoor is noodzake-

lijk, dat tijdens de koliek behalve een kramp van de galblaasmusculatuur ook een vaatkramp optreedt, waardoor het proces van afsterving snel voortgang heeft. Hierin ziet men tevens een verklaring voor het feit, dat de perforatie op oudere leeftijd frequenter voorkomt.

Als de galblaaswand door de chemische werking van de galzouten en door de opgetreden vaatspasmen is beschadigd, kunnen de bacteriën, uit de darm afkomstig, zich in de zieke galblaaswand vermeerderen. Dit proces treedt meestal pas op na tweemaal 24 uur. Nu komen de omliggende organen het omentum te hulp door zich tegen het zieke orgaan aan te leggen, waardoor een groter of kleiner infiltraat ontstaat, dat de rest van de buikholte beschermt tegen het optreden van een perforatie.

Wel kan zich in het infiltraat een abces ontwikkelen. Dit kan doorbreken in een darm. Het kan zijn, dat de patiënt nu herstelt, maar het kan ook het begin zijn van een galsteenileus. Hierbij slijpt een grote galsteen vanuit de galblaas in de tractus digestivus en deze loopt ergens vast tengevolge van optredende spasmen; een ileus is hiervan dan het gevolg. Soms is het noodzakelijk een abces, dat niet perforereert in de tractus digestivus, langs operatieve weg te openen. Deze diagnose is zeer moeilijk te stellen, daar de gedachten meer zullen uitgaan naar een empyeem van de galblaas. Heeft het proces een fulminant verloop, zodat het lichaam geen tijd meer heeft om een infiltraat te vormen, dan kan er een perforatie naar de vrije buikholte optreden, waardoor een gallige peritonitis ontstaat. Deze peritonitis is steriel; daarentegen geeft een doorbraak van een abces naar de vrije buikholte een bacteriële peritonitis met een veel ernstiger prognose.

In het beloop van een acute cholecystitis wordt nogal eens een lichte icterus gevonden. Deze behoort niet veroorzaakt te worden door choledochusstenen. De oorzaak is meestal een uitgebreid infiltraat met ontstekingsoedeem, dat overgrijpt op het ligamentum hepato-duodenale. Evenzo behoort de verhoging van het diastase- en glycogenase-gehalte in het bloed niet het gevolg te zijn van een pancreatitis, doch ook hier kan oedeem een afvloedbelemmering veroorzaken, waarbij mogelijk ook de sfincterkramp van de papil van Vater nog een rol speelt.

De hydrops van de galblaas ontstaat, wanneer de afsluiting geleidelijk aan plaats vindt. De galblaas vult zich langzaam met secretieproducten van het slijmvlies en wordt dus groter. Bij operatie vindt men dan ook een afgesloten galblaas, gevuld met witte gal. Wanneer deze gal geïnfecteerd raakt, ont-

staat een empyeem van de galblaas, dat geheel andere klinische verschijnselen geeft.

Bij de acute cholecystitis wordt de afsluiting vaak veroorzaakt door een solitaire steen, terwijl men bij de chronische cholecystitis meestal méér stenen zal vinden.

De diagnostiek van de acute cholecystitis kan zeer eenvoudig zijn; soms is zij echter zeer moeilijk. In de eerste plaats is de anamnese van belang. Deze kan ons leren, dat de patiënt reeds vroeger koliek-aanvallen heeft gehad en klachten had over een opgezet gevoel in de bovenbuik na het gebruik van vette maaltijden, worst of koolsoorten. Ditmaal is de aanval veel heftiger van aard en duurt langer. De patiënt ligt de rollen door het bed. De aanval van pijn is begonnen onder de ribbenboog aan de rechterzijde. De pijn trekt naar de rug en tussen de schouderbladen, soms naar de rechter schouder. De patiënt braakt dikwijls heftig, zonder dat de pijn wordt verlicht.

Bij onderzoek vindt men een klamme, bleke patiënt, die een angstige indruk maakt. De pols is frequent. Bij druk in de galblaasstreek wordt défense musculaire gevonden met loslaatpijn ter plaatse. De peristaltische geruisen zijn opgeheven. In een dergelijk geval zal er niet getwijfeld worden aan de diagnose „galsteenkolië”.

Is de anamnese echter niet zo duidelijk, dan zal men moeten differentiëren met:

1 *Perforatie van een ulcus duodeni.* Men moet zoeken naar de aanwezigheid van vrije lucht in de buik, dus naar opgeheven leverdemping. De défense musculaire breidt zich meestal verder in de buik uit, speciaal naar het rechter onderkwadrant. Het rectale toucher kan pijnlijk zijn en de patiënt heeft een saccaderende ademhaling.

2 *De niersteenkolië.* De pijn is hier gelokaliseerd in de nierloge en straalt uit in de richting van de symphyse. De urine zal erythrocyten bevatten.

3 *Acute ontsteking van een opgeslagen appendix.* Deze diagnose kan soms zeer moeilijk zijn. Vooral als de patiënt kort en dik is, zal men alleen door zeer nauwkeurige palpatie tot een goede diagnose kunnen komen.

4 *Pneumonie in de rechter onderkwab en pleuritis diaphragmatica* kunnen zeer bedriegelijk op een acute cholecystitis gelijken. Ook hier zullen anamnese en onderzoek uitkomst moeten brengen.

5 *Hartinfarct.* Ook dit moet in de differentiële diagnostiek worden betrokken, omdat bij een atypisch verloop het onderscheid bij het eerste onderzoek soms zeer moeilijk is.

Is men tot de conclusie gekomen, dat men met een galsteenkolië te maken heeft, dan zal men de pijn van de patiënt willen verlichten. Te dikwijls geeft men de patiënt nog morfine, al of niet gecom-

bineerd met atropine. Morfine verhoogt de sfincterkramp; het neemt de pijn wel weg, maar aan het eigenlijke proces verandert het niets. De atropine heeft op de sfincterkramp geen invloed, maar vermindert alleen de kramp van de galblaasspierwand. Beter kan men een spasmolyticum geven, waarbij het sterkst werkende wel Buscopan is. Dit heft zowel de sfincter- als de galblaaswandkramp op, evenals de vaatspasmen; tegen de pijn kan men dan pethidine geven.

Met deze maatregelen verdwijnt de pijn meestal en de patiënt knapt weer op. Het is mogelijk, dat de pijn na korte tijd terugkeert en dan een blijvend karakter aanneemt, doordat de steen ingeklemd blijft. Meestal treedt dan ook een temperatuursverhoging op als teken, dat zich een ontstekingsproces gaat ontwikkelen. Het klinische beeld verandert nu. De patiënt heeft een constante pijn in de galblaasstreek en de temperatuur stijgt.

Nu nadert het moment, waarop de huisarts moet beslissen wat hij met deze zieke, vaak oudere patiënt zal doen: naar een ziekenhuis sturen of thuishouden en afwachten. Immers reeds na tweemaal 24 uur kan men aannemen, dat er zich necrotische plekken in het galblaasslijmvlies gaan vormen en dat infectie van de galblaas kan optreden.

Besluit men de patiënt thuis te houden en af te wachten, dan moet men de patiënt zeer goed observeren om bij eventuele complicaties te kunnen ingrijpen. De patiënt en zijn tractus digestivus moeten zoveel mogelijk rust hebben, dat wil zeggen streng vloeibaar dieet, dus water, thee of verdunde karnemelk. De pijn kan men bestrijden met pethidine en voor de psychische rust van de patiënt dient men vooral ook een sedativum voor te schrijven.

Het middel om de pijn te verminderen en de rust te bevorderen is de ijsblaas. Deze spoort de patiënt aan rustig te blijven liggen om de ijsblaas op zijn plaats te houden en bovendien heeft het een gunstige invloed op de pijn. Verder valt op, dat de peristaltiek snel terugkeert. Deze ervaring heeft men eveneens, wanneer men een patiënt opereert onder hypothermie; ook dan keert de peristaltiek, zelfs na zeer grote ingrepen in de buik, snel terug. In enkele klinieken gaat men zelfs al zover, dat oudere patiënten, die een grote ingreep moeten ondergaan, onder hypothermie worden geopereerd. Warmteapplicatie in de vorm van een warmwaterzakje of kruik, een geliefkoosd middel, verzacht de pijn wel, maar vertraagt het weer optreden van de peristaltiek in aanzienlijke mate.

Ziet men, dat onder deze behandeling de ernst van de verschijnselen snel toeneemt, de patiënt gaat braken, de temperatuur oploopt en de pols sneller wordt, dan zal men de patiënt onverwijld in een ziekenhuis moeten laten opnemen. Hier zal men trachten de rust van de patiënt te bevorderen door middel van zuigdrainage en intraveneuze infusen, weer gecombineerd met antispasmodica.

De vraag of men aan deze patiënten antibiotica of sulfapreparaten moet geven moet in eerste instantie ontkennend worden beantwoord, daar de

inhoud van de galblaas de eerste twee dagen steriel is. Gaat de temperatuur echter oplopen, dan zal men, daar men meestal met een menginfectie te maken heeft, waarbij behalve coli ook proteus een rol speelt, breedspectrum-antibiotica moeten geven. De voorkeur verdient een preparaat uit de tetracycline-groep gecombineerd met chloramphenicol. Indien men deze therapie instelt moet men zich goed realiseren, dat deze stoffen de galblaas alleen via de intercellulaire vloeistof kunnen bereiken en niet via de lever en de galwegen, terwijl de weg via de bloedbaan door spasme van de arteriën ernstig is gestoord.

Op deze behandeling mag men dus niet al te veel vertrouwen en men moet de patiënt steeds onder strenge supervisie houden. Men moet blijven controleren, of de verschijnselen zich uitbreiden, of zich een infiltraat vormt en of de pijnlijkheid, ondanks alle conservatieve maatregelen, toeneemt.

Bij opname moet de patiënt zo snel mogelijk intern worden onderzocht, vooral omdat dit vaak oudere patiënten zijn, die afwijkingen kunnen vertonen aan hart en longen. Verder moet worden nagegaan, of de patiënt met zijn vocht- en electrolytenbalans in evenwicht is. Bovendien is het aanbevelenswaardig om na te gaan of er — speciaal bij oudere patiënten — diabetes bestaat.

Ook nu nog kan men in het ziekenhuis afwachten en trachten langs conservatieve weg het proces tot genezing te brengen, maar ook bij de beste conservatieve behandeling kunnen er complicaties optreden in de vorm van een perforatie van de galblaas, die ondanks chirurgisch ingrijpen een hoge mortaliteit heeft. Deze patiënten geraken dan snel in shock. Men vindt verschijnselen van peritonitis in de bovenbuik, die zich spoedig door de gehele buik uitbreiden. De bloeddrukdaling door gal in de peritoneaalholte is opvallend; vooral in de Franse literatuur wordt hierop gewezen. Er moet nu snel worden ingegrepen.

Naast deze vrije perforatie bestaat ook de mogelijkheid van een gedekte perforatie, dat wil zeggen de perforatie van de galblaas wordt meteen afgedekt door de lever, het colon, het duodenum of de maag. Hierin kan zich een abces, een pericholecystisch abces dus, ontwikkelen, dat aanleiding kan geven tot koude rillingen. Deze diagnose kan alleen tijdens de operatie worden bevestigd. In dat geval zijn de prikkelingsverschijnselen beperkt tot de bovenbuik. Als diagnose wordt meestal „cholecystitis acuta” gesteld, daar het niet mogelijk is langs objectieve weg de diagnose verder te verifiëren.

Wanneer alle gegevens bekend zijn, de algemene toestand van de patiënt zo goed mogelijk verbeterd is en de diagnose „cholecystitis acuta” vaststaat, dan moet men naar mijn opvatting de patiënt een vroegtijdige operatie aanraden. De volgende overwegingen zijn hierbij van belang:

1 Bij een acute cholecystitis weet men nooit, of de ontsteking door een conservatieve behandeling zal genezen of snel zal verergeren. De juiste aard

van het ontstekingsproces kan men alleen tijdens de operatie waarnemen. Men schrikt dan vaak van het verschil tussen de theorie en de werkelijkheid. Men kan soms bij de operatie een gangreneuze galblaas vinden, die klinisch bijna geen verschijnselen geeft.

2 Vroegtijdige operatie is technisch eenvoudiger doordat de fibrineuze adhaesies gemakkelijker kunnen worden losgemaakt dan de stevige fibreuze, die na een conservatieve behandeling ontstaan.

3 Het ontstoken orgaan wordt onmiddellijk verwijderd.

4 Het ziekbed is korter, hetgeen ook een economisch voordeel is.

5 De mortaliteit van de operatie is lager, indien men de patiënt vroegtijdig opereert, dat wil zeggen vóór het infiltraat-stadium. De mortaliteit is dan even laag als bij de chronische cholecystitis.

Niet alle patiënten kunnen echter vroegtijdig worden geopereerd, omdat hun algemene toestand dusdanig is, dat het risico van elke operatie te groot is. Ernstige hart- of longpatiënten zal men trachten op de bovenbeschreven wijze langs conservatieve weg tot genezing te brengen. De mortaliteit in deze gevallen is hoog (circa 10 procent).

Indien de diagnose „galblaasperforatie” wordt gesteld, zal men zo snel mogelijk met alle beschikbare middelen trachten de patiënt in een zo goed mogelijke toestand te brengen en hem daarna onmiddellijk opereren. Laat de algemene toestand van de patiënt een cholecystectomie niet toe, dan kan men volstaan met cholecystostomie, drainage van de galblaas, die echter een tweede ingreep later noodzakelijk maakt.

Samenvattend: Indien een galsteenkoliek niet op de gebruikelijke middelen reageert, is een acute cholecystitis begonnen. Deze patiënten behoren zo snel mogelijk klinisch te worden geobserveerd. Wanneer de algemene toestand dit na voorbereiden toestaat, moet tot cholecystectomie à chaud worden overgegaan.

Men zal niet tot de operatie overgaan, indien de algemene toestand van de patiënt dit niet toelaat, indien er een duidelijk infiltraat wordt gevoeld of indien de ziekte langer dan viermaal 24 uur bestaat. In deze gevallen behandel men de patiënten conservatief, dat wil zeggen met rust, niets per os, zuigdrainage, infuus, ijsblaas op de galblaasstreek en voor de pijn pethidine-atropine. In lichte gevallen kan men streng vloeibaar dieet geven. De controle tijdens de conservatieve behandeling moet zeer streng zijn, daar er bij plotselinge uitbreiding toch moet worden ingegrepen. De mortaliteit is dan echter hoog.

Indien de patiënt na conservatieve behandeling tot genezing is gekomen, zal men later, als de algemene toestand van de patiënt dit toelaat, moeten overgaan tot cholecystectomie à froid.