

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΟΛΗΔΟΧΟΛΙΘΙΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΗΣ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΠΟΡΟΥ ΜΕ ERCP ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΡΘΟΤΟΠΙΚΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ

Σωτηρόπουλος Χ, Κωνσταντάκης Χ, Θεοχάρης Γ, Τριάντος Χ, Θωμόπουλος Κ.
Γαστρεντερολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Yu, Z. Y., Zhang, M., Qin, Y. S., Zhou, X. P., Cai, M. Y., Yu, S. F., Ke, Q. H., & Zheng, S. S. (2013). Risk factors of choledocholithiasis formation after liver transplantation. *Hepatobiliary & pancreatic diseases international: HBPD INT*, 12(2), 215–217.
2. Eminler, A. T., Parlak, E., Koksak, A. S., Toka, B., & Uslan, M. I. (2017). Endoscopic treatment of biliary stones in patients with liver transplantation. *Surgical endoscopy*, 31(3), 1327–1335.
3. Nezami, N., Benchetrit, L., Latich, I., & Schlachter, T. (2019). Cholangiolithiasis postliver transplantation: Successful treatment utilizing percutaneous transhepatic cholangioscopy and laser lithotripsy. *Radiology case reports*, 14(12), 1459–1466.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

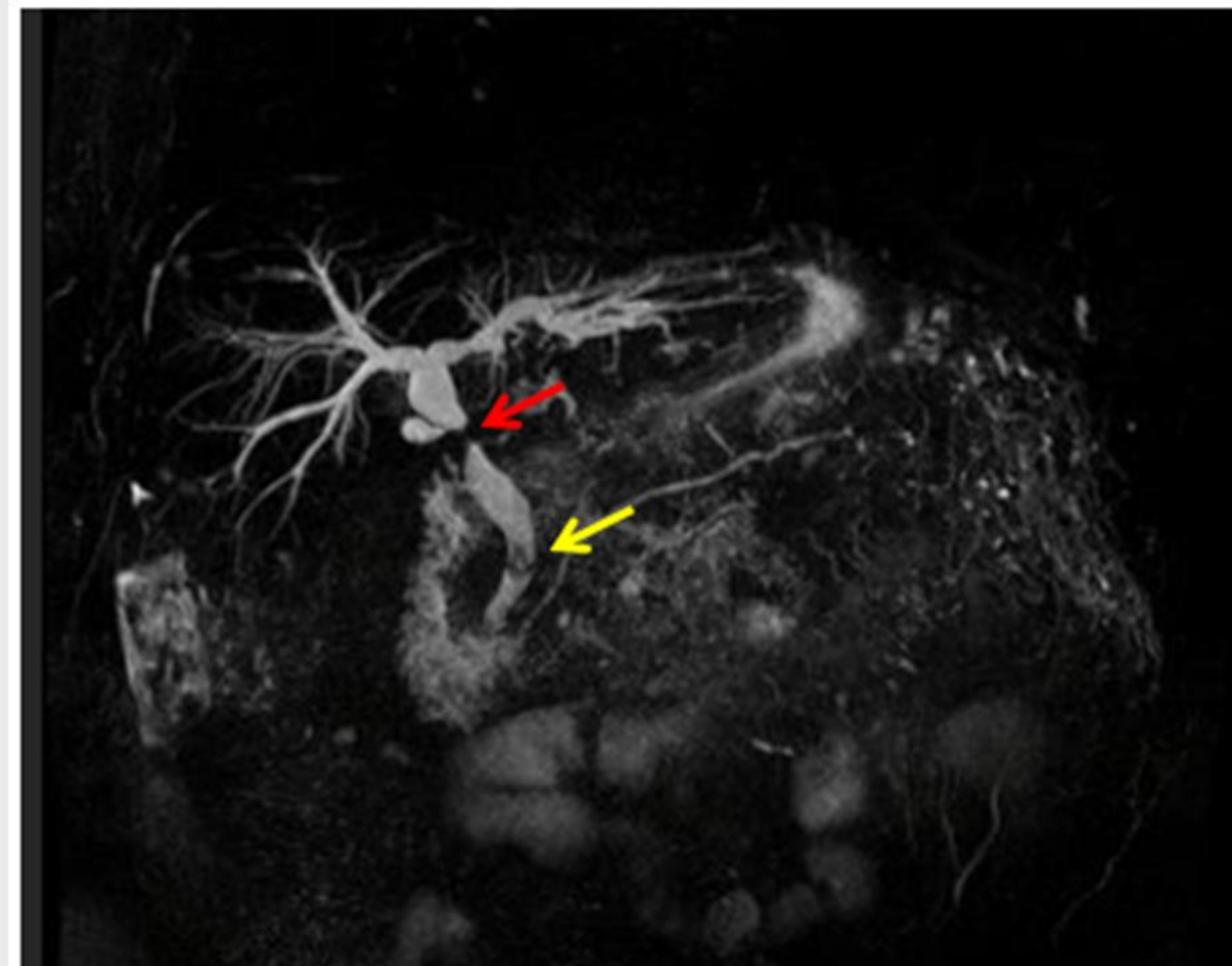
Σωτηρόπουλος Χρήστος, Ειδικευόμενος
Γαστρεντερολογίας
Γαστρεντερολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα
e-mail: cr.sotiropoulos@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επιπλοκές των χοληφόρων αναπτύσσονται στο 10-40% των ασθενών μετά από μεταμόσχευση ήπατος. Οι στενώσεις των χοληφόρων, οι διαφυγές και η λιθίαση είναι οι πιο συχνοί τύποι επιπλοκών. Η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί από μόνη της παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη χοληδοχολιθίασης, η οποία επηρεάζει το 1,8-18% των μεταμοσχευθέντων και είναι συνήθως επακόλουθη στενώσεων της αναστόμωσης του χοληδόχου πόρου.¹⁻³

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αναφέρουμε την περίπτωση άνδρα 58 ετών, με ιστορικό χολοκυστεκτομής και ορθοτοπικής μεταμόσχευσης ήπατος σε έδαφος αιθυλικής κίρρωσης και ηπατίτιδας C υπό αγωγή με κυκλοσπορίνη και MMF, ο οποίος προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω άλγους δεξιού υποχονδρίου με συνοδούς εμέτους και ίκτερο. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε διαταραχή της ηπατικής βιοχημείας με αύξηση των χολοστατικών ενζύμων (SGOT: 145 U/l, SGPT: 178 U/l, γ-GT: 658 U/l, ALP: 411 U/l, TBL: 3,4 mg/dl, DBL: 2,8 mg/dl), ενώ από τον απεικονιστικό έλεγχο με MRCP (Εικόνα) αναδείχθηκε αναστομωτική στένωση στο αρχικό τμήμα του χοληδόχου πόρου (κόκκινο βέλος), με διάταση του υπερκείμενου κοινού ηπατικού πόρου αλλά και του υποκείμενου χοληδόχου πόρου, με έλλειμμα δ~9χιλ στην κατώτερη μοίρα του χοληδόχου πόρου, συμβατό πρωτίστως με λίθο (κίτρινο βέλος) και μικρή διεύρυνση των κύριων ηπατικών και των περιφερικών χοληφόρων. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ERCP όπου έγινε σφιγκτηροτομή, ακολούθησε σκιαγράφιση που ανέδειξε την προαναφερθείσα στένωση στο αρχικό τμήμα του χοληδόχου πόρου, όπου έγινε αεροδιαστολή με μπαλόνι στα 6 mm, και διάταση του υποκείμενου χοληδόχου πόρου με ελλείμματα σκιαγράφισης συμβατά με λίθους. Πραγματοποιήθηκε καθαρισμός με καθετήρα μπαλόνι που απέδωσε πολλαπλούς λίθους, ενώ ετέθη προφυλακτικά πλαστική ενδοπρόθεση 10εκ. μήκους και 10 Fr. διαμέτρου. Ο ασθενής εμφάνισε ανεπίπλεκτη νοσηλεία και έλαβε εξιτήριο, ενώ 6 μήνες μετά έγινε νέα ERCP για αφαίρεση της ενδοπρόθεσης με χολαγγειογράφημα που ανέδειξε βελτίωση της στένωσης χωρίς νέα ελλείμματα σκιαγράφισης.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η στένωση των χοληφόρων μετά από μεταμόσχευση ήπατος είναι ένας παράγοντας υψηλού κινδύνου για χοληδοχολιθίαση. Παρά την ιδιαιτερότητα των ασθενών αυτών, η ERCP αποτελεί μια ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο αντιμετώπισης χοληδοχολιθίασης μετά από μεταμόσχευση ήπατος.