

Postcholecystectomy Syndrome

(מתוך סביסטון מהדורה 17 והאתר E-Medicine - מאמר מאת Steen W Jensen)

מונח המתאר הופעה של סימפטומים לאחר ניתוח כריתת כיס מרה – ייתכן המשך של הסימפטומים הקודמים (שנחשבו כנגרמים בשל בעיה בכיס המרה), הופעת סימפטומים חדשים שבאופן רגיל מיוחסים לבעיות בכיס המרה, או הופעת סימפטומים כתוצאה מהסרת כיס המרה (כגון גסטריטיס או שלשול).
PCS הינה אבחנה ראשונית ובד"כ זמנית. רצוי לבצע אבחנה אורגנית או פונקציונלית לאחר בירור מלא, וב-95% מהחולים ניתן לזהות את הסיבה לתסמינים.
חשוב לבצע בירור טרום ניתוחי על מנת לצמצם את היקף הבעיה ויש ליידע את המטופל על אפשרות של תסמינים פוסטאופרטיביים, שעלולים להופיע מייד לאחר הניתוח אך גם חודשים עד שנים אחריו.

שכיחות:

חזרה של כאבים וסימפטומים אחרים אחרי cholecystectomy דווחה ב-20% מהחולים. יחד עם זאת, עם השיפור בהדמיית דרכי המרה בעשור האחרון, ההיארעות של "postcholecystectomy syndrome" ירדה (סביסטון), ע"פ Jensen השכיחות היא 10-15%.

גורמי סיכון:

נעשו מחקרים רבים על מנת לאפיין את החולים המפתחים PCS במטרה ליצור שיטה להערכת הסיכון, אך המידע שנאסף ברובו אינו תואם בין המחקרים. עם זאת, הדעה הרווחת היא שכל שהאבחנה הפרהאופרטיבית מוצקה יותר, הסיכון ל-PCS נמוך יותר.
חלק מהגורמים שעלו במחקרים:

- ניתוח דחוף
- PCS מופיע יותר בחולים בהם לא נמצאו אבנים במהלך הניתוח.
- סימפטומים הקיימים זמן ארוך יותר טרם הניתוח.
- מקרים בהם מבוצע כולדוקוטומי.
- גיל צעיר יותר.
- נשים.

לא נמצאה שכיחות מוגברת של PCS בחולים עם ניתוח קודם, שפכת מרה או אבנים במהלך הניתוח ולא נמצא קשר בין אופי הסימפטומים הקדם ניתוחיים ובין הסינדרום.

אטיולוגיה וקליניקה:

- שינוי בזרימת המרה כתוצאה מאיבוד תפקוד הרזרבואר של כיס המרה. הסימפטומים מופיעים לאורך מערכת העיכול:
 1. ב-Upper GI: גסטריטיס, אזופגיטיס ובחילה.
 2. ב-Lower GI: ייתכנו שלשול, כאב בטן עוויתי וריבוי גזים.בנוסף, הודגם כי ריכוז המרה בקיבה בצום עולה, ובחולים עם PCS נמדד ריכוז גבוה יותר.
- כאב אפיזודי ב-RUQ, המלווה בצהבת וצמרמורת זמן קצר לאחר כריתת כיס המרה קשור בד"כ להישארות של אבן בדרכי המרה, נזק לדרכי המרה או דליפה.
- כאב אפיגסטרי חריף ללא צהבת יכול להיות עקב פנקריאטיטיס לא מזוהית, כיב פפטי, GERD, נאורומה של הפצע או אפילו IBS.
- בעבר גדם ארוך של ה-cystic duct נחשב כמקור לסימפטומים. כיום, עם השימוש בטכניקה הלפרוסקופית, משאירים גדם cystic duct ארוך במטרה למנוע נזק לדרכי המרה והדבר לא גרם לעליה בשכיחות של סימפטומים לאחר הניתוח.
- בקבוצה קטנה של חולים יש כאב ביליארי עקשני לאחר הניתוח עקב אנמליות של הספינקטר על שם Oddi.

Anatomy	Etiology
Gallbladder remnant and cystic duct	Residual or reformed gallbladder Stump cholelithiasis Neuroma
Liver	Fatty infiltration of liver Hepatitis Hydrohepatosis Cirrhosis Chronic idiopathic jaundice Gilbert disease Dubin-Johnson syndrome Hepatolithiasis Sclerosing cholangitis Cyst
Biliary tract	Cholangitis Adhesions Strictures Trauma Cyst Malignancy and cholangiocarcinoma Obstruction Choledocholithiasis Dilation without obstruction Hypertension or nonspecific dilation Dyskinesia Fistula
Periampullary	Sphincter of Oddi dyskinesia, spasm, or hypertrophy Sphincter of Oddi stricture Papilloma Cancer
Pancreas	Pancreatitis Pancreatic stone Pancreatic cancer
Esophagus	Aerophagia Diaphragmatic hernia Hiatal hernia Achalasia
Stomach	Bile gastritis PUD Gastric cancer
Duodenum	Adhesions Duodenal diverticula Irritable bowel disease
Small bowel	Adhesions Incisional hernia Irritable bowel disease
Colon	Constipation Diarrhea Incisional hernia Irritable bowel disease
Vascular	Intestinal angina Coronary angina

Nerve	Neuroma Intercostal neuralgia Spinal nerve lesions Sympathetic imbalance Neurosis Psychic tension or anxiety
Bone	Arthritis
Other	Adrenal cancer Thyrotoxicosis 20% organ other than hepatobiliary or pancreatic Unknown Erroneous preoperative diagnosis

בירור:

רצוי לבצע בירור מקיף על מנת לזהות את הסיבה המדוייקת לסימפטומים ולשלול סיבוכים חמורים של הניתוח. ניתוח חוזר נחשב כ-last resort.

א. אנמנזה ובדיקה פיזיקלית:

חשוב לקבל מחדש אנמנזה מקיפה, כולל זו שנלקחה טרם הניתוח. יש לשים לב לבירור ולאבחנה הטרומ-ניתוחיים, לממצאי הניתוח, לבדיקה הפתולוגית ולכל בעיה פוסט-ניתוחית.

ב. בדיקות מעבדה:

- CBC – על מנת לחפש אטיולוגיה זיהומית
- כימיה – כולל תפקודי כבד וקרישה (לזיהוי מחלה של הכבד או העץ הביליארי), אמילאז, ליפאז.
- תפקודי תריס.
- במידה והסימפטומים אקוטיים וחמורים – דם לגזים ואנזימי לב.
- ג. **אק"ג** – לזיהוי בעיה קרדיאלית. במידה ומאנמנזה/בדיקה פיזיקלית עולה אינדיקציה, יש לשקול גם ביצוע הולטר-אק"ג.

ד. הדמיה:

- CXR – לשלילת פתולוגיה ריאתית, דיאפרגמטית או מדיאסטינלית.
- צילום בטן ריק
- בחולים עם בעיות גב או ארתריטיס, יש לבצע צילום חוליות.
- בחולים עם כאב ב-RUQ, יש לשקול צילום עם בליעת בריום (אם כי פחות בשימוש היום בגלל האפשרות לבצע בדיקות אנדוסקופיות).
- US – מבוצע כמעט בכל המקרים (מהיר, לא חודרני, זול ומאפשר הערכה של הכבד, דרכי מרה, לבלב והסביבה הקרובה).
- באופן שכיח מוצאים הרחבה של ה-CBD ל-10-12 מ"מ (תקין – 6-7 מ"מ).
- CT – מאפשר זיהוי של פנקראטיטיס כרונית/פסאודוציסטה (כאשר באנמנזה יש סיפור של פנקראטיטיס בעבר או אלקוהוליזם).
- MRCP
- חוקן בריום – בחולים עם כאב בטן תחתונה.
- HIDA – מאפשרת זיהוי בעיות בריקון המרה, אך לא יכולה להבדיל בין דיסקינזיה לבין פגם בספינקטר ע"ש אודי.

ה. בדיקה אנדוסקופית –

- **גסטרואדנוסקופיה** מאפשרת הערכה של הרירית לאורך ה-UGI, והדגמת האמפולה ע"ש וואטר.
- **ERCP** – לפחות 50% מהחולים עם PCS סובלים ממחלה ביליארית, במרבית המקרים פונקציונאלית, וניתן לבצע גם מנומטריה של האמפולה ודרכי המרה.

- הכולדוקוס אמור לפנות את חומר הניגוד תוך 45 דק', אורך הספינקטר התקין הוא 5-10 מ"מ, ולחצים תקינים הם נמוכים מ-30 מ"מ כספית. ניתן לבצע פעולות טיפוליות כגון הוצאת אבנים, הרחבת היצרויות או ספינקטרוטומיה (במקרים של דיסקינזיה או סטנוזיס).
- קולונוסקופיה – מאפשרת זיהוי קוליטיס ונטילת ביופסיה מהאיליום הטרימינלי (IBD).
- ו. PTC – משמש במקרים שבהם ERCP נכשל או שלא ניתן לביצוע.
- ז. אנגיוגרפיה – תבוצע בחשד למחלה ווסקולרית כמו אנגינה אינטסטיןלית.

טיפול:

יש לטפל בהתאם לאבחנה שניתנה לאחר הבירור.

א. טיפול תרופתי:

- IBD – אנטיספזמודים או סדטיבים.
- שלשול בלבד – ניתן לתת כולסטייראמין.
- GERD או גסטריטיס – PPI, חסמי H2, אנטאצידות.
- דיספפסיה

ב. טיפול כירורגי:

- ERCP – הפרוצדורה השכיחה, אבחנתי וטיפולי.
- ניתוח אקספלורטיבי – כמפלט אחרון, בחולים ללא אבחנה וללא תגובה לטיפול תרופתי.
- Transduodenal sphincteroplasty – בחולים עם ERCP תקין, ולפרוטומיה תקינה.