



Titel:	Cholelithiasis hos børn
Forfattergruppe:	Aksel Lange, Vibeke Wewer
Kontaktperson:	Lars Folmer Hansen
Fagligt ansvarlige DPS-udvalg:	Gastroenterologiudvalget

Cholelithiasis hos børn

Indholdsfortegnelse

Resume	1
Baggrund	1
Symptomer og objektive fund	1
Differentialdiagnoser	2
Undersøgelser	2
Behandling	2
Monitorering	2
Referencer	2
Interessekonflikter	3
Appendiks	3

Resume

Cholelithiasis er galdestenssygdom, hvor sten dannes i galdeblæren.

Galdeblærens væsentligste funktion er at koncentrere galden ved vand- og natrium absorption. Der kan herunder dannes krystaller af galdebestanddele (kolesterol, galdepigmenter og calciumsalte), der kan udfældes som sten.

Stenene deles traditionelt i enten kolesterol sten eller pigment sten (sort eller brun). Hyppigst forekomne er blandingssten, der indeholder alle dele. Sorte pigmentsten forekommer i forbindelse med hæmolytiske sygdomme.

Størstedelen af stenene findes i galdeblæren. Mindre end 6 % okkluderer de store fraførende galdegange.

En række sygdomme eller tilstande disponerer til stendannelse som hæmolytiske sygdomme, cystisk fibrose, parenteral ernæring, progressiv familiær intrahepatisk cholestase (PFIC) og galdesalte syntese defekt (GSD).

Stenene kan være asymptomatiske og findes som tilfældigt fund i forbindelse med ultralydsscanning.

Baggrund

Cholelithiasis forekommer sjældent hos børn (prævalens 0,1 % - 0,6 %), men incidensen stiger med alderen. I de sidste dekader er incidensen hos børn vist at være stigende. Incidensen hos adipøse børn er høj (2 %).

Symptomer og objektive fund

De hyppigste symptomer er vedvarende eller sporadiske smerter i højre øvre kvadrant med eller

uden kvalme og/eller opkastninger. Andre symptomer er uspecifikke abdominale klager. Sjældnere ses icterus eller trivselsproblemer. Hos børn ses sjældnere spiserelaterede klager end hos voksne.

Differentialdiagnoser

Basal højresidig pneumoni og appendicitis med høj lokalisation af appendix. Sjældnere forkomne diagnoser i barnealderen er pancreatitis, nyresten, cholecystitis, ulcus duodeni og ventrikuli.

Undersøgelser

Påvisning af galdesten hos børn adskiller sig ikke væsentligt fra voksne. Galdesten påvises hos børn ved hjælp af ultralydsskanning af abdomen. Undersøgelsen, der påviser 98 % af stenene, er non-invasiv og accepteres godt af børnene.

Ultralyd kan ikke altid afsløre choledochussten, hvorfor der ved mistanke om choledochussten anvendes magnetisk resonans cholangio-pancreaticografi (MRCP), endoskopisk ultralyd (EUS) eller endoskopisk retrograd cholangio-pancreaticografi (ERCP).

En del kolesterolsten er ikke røntgenfaste, hvorfor mange ikke påvises ved røntgen.

Gentagen undersøgelse med ultralyd anbefales til specielt udsatte grupper (spherocytose, seglcelle anæmi, transplanterede).

Biokemi med henblik på ætiologi:

Na, K, creatinin, carbamid, Ca²⁺, fosfat

Hæmoglobin, hæmatokrit, MCV, MCHC, retikulocytter, erythrocyt morfologi (evt. udstrygning)

ALAT, bilirubin, kolesterol, triglycerid, gammaglutamyl transferase

Ved mistanke om hæmolytisk sygdom:

Hæmoglobinelektroforese, osmotisk resistens, transferrin, ferritin, L+D, basiske fosfataser.

Ved mistanke om PFIC eller GSD:

Total galdesalt i plasma evt. fraktioneret galdesalt i urin.

Behandling

Asymptomatiske:

Drejer det sig om idiopatisk cholelithiasis kan man afvente forløbet uden behandling.

Ved hereditær sfærocytose anbefales fjernelse af galdeblæren i forbindelse med splenectomi.

Ved asymptomatisk galdesten hos børn i kortvarig parenteral ernæring kan spontan opløsning af sten ses. Medicinsk behandling med ursodeoxycholsyre kan overvejes.

Øvrig medicinsk behandling er endnu ikke sikkert anvendeligt til børn.

Symptomatisk:

Laparoskopisk cholecystektomi på specialafdeling anbefales.

Ved postoperative "galdestensanfald" uden fund af sten i galdeveje kan man forsøge med medicinsk behandling med isosorbidnitrat (dilatation af glat muskulatur).

Monitorering

Galdesten hos børn som er asymptomatiske eller har ukarakteristiske symptomer følges med UL, ALAT, bilirubin og amylase 1-2 gange årligt, indtil galdestenen forsvinder spontant.

Ved tegn på obstruktion eller karakteristiske symptomer fortages henvises til gastro-kirurgisk vurdering.

Referencer

- Wewer AV, Hovendal CP, Pærregaard A. Galdesten hos børn. Ugeskr Læger 2005;167/42:2625-6
- Gilger MA. Diseases of the gallbladder. I: Wyllie R, Hyams JS. Pediatric Gastrointestinal and Liver diseases. Third Edition 2006. Saunders.
- Kumar R, Nguyen K, Shun A. Gallstones and common bile duct calculi in infancy and childhood. Aust N.Z. J. Surg. 2000;70: 188-91
- Kaechle V et al. Prevalence of gallbladder stone disease in obese children and adolescents: influence of the degree of obesity, sex and pubertal development. JPGN 2006; 42: 66-70
- Clas D, Hould FS, Rosenthal L, Arzoumanian A, Fried GM: Nifedipine inhibits cholecystokinin-induced gallbladder contractions. J Surg Res 1989; 46: 479-83.

Interessekonflikter

Ingen

Appendiks