

INCIDENȚA ȘI IMPORTANȚA DISCHINEZIEI DUODENALE ÎN COLELITIAZA BILIARĂ LA BĂRBAȚI

INCIDENCE AND IMPORTANCE OF THE DUODENAL DYSKINESIA IN BILIARY CHOLELITHIASIS OF MEN

Sergiu BUJOR

cercetător științific, Catedra Chirurgie N2, USMF "Nicolae Testemițanu"

SUMMARY.

They presented the results of a study conducted on a sample of 152 men with gallbladder cholelithiasis. The record in about 59.2% cases chronic obstructive duodenostasis. It indicates that chronic duodenostasis is an important etiopathogenetic factor in the development of gallbladder cholelithiasis in men. It is concluded that the diagnostic protocol in patients with chronic calculous cholecystitis requires accurate specification of the functional status of gastroduodenal area.

Rezumat.

Sunt prezentate rezultatele unui studiu realizat pe un eșantion de 152 bărbați cu colelitiază veziculară. Se consemnă în circa 59,2% observații duodenostază cronică obstructivă. Se indică, că duodenostaza cronică reprezintă un factor etiopatogenetic important în evoluția colelitiizei veziculare la bărbați. Se concluzionează, că protocolul diagnostic la pacienții cu colecistită cronică calculoasă necesită precizarea stării funcționale a zonei gastroduodenale.

Întroducere.

Afecțiune cu etiologie multivalentă, colelitiază veziculară (CLV) ocupă un loc aparte în patologia zonei hepato-bilio-pancreatice, cu o importanță marcantă în ce privește diagnosticul etiologic [1,2], cât și din punct de vedere a răsunetului și impactului complex asupra funcției organelor adiacente [3]. La ora actuală litiiza biliară rămâne a fi una dintre cele mai frecvente afecțiuni chirurgicale și gastroenterologice cu o povară importantă pentru sistemele de sănătate și practica medicală cotidiană [4,5].

În structura morbidității patologiilor chirurgicale ale organelor cavității abdominale colelitiază veziculară deține al treilea loc după apendicita acută și pancreatita acută cu o tendință clară de creștere a incidenței și prevalenței la nivel mondial [3,6].

Multifactorialitatea mecanismelor etiopatogenetice ce induc evoluția CLV determină un polimorfism simptomatic complex, inclusiv cu manifestări clinice ale dispepsiei funcționale gastro-intestinale, specificarea cărora presupune un anamnezic și examen clinic mult mai meticolos și multilateral [7,8].

Conform concepțiilor contemporane asupra etiopatogenei colelitiazei veziculare factorii de risc importanți sunt convențional divizați în două grupe [9]: 1) modificabili și 2) non-modificabili. Diverse cercetări „caz- control”, care au avut la bază metoda comparativă a celor cu litiază biliară cu cei fără, au demonstrat că formarea calculilor biliari este multifactorială [10].

Unele caracteristici, cum ar fi etnia, genetica, înaintarea în vârstă și sexul feminin nu pot fi modificate, în timp ce altele (de exemplu, dieta, activitate fizică, pierdere rapidă în greutate și obezitatea) sunt modificabile (Tab.1) [9,10].

Tabloul 1.

Factorii de risc ai litiazei biliare

Non- modificabili	Modificabili
Istoricul familial	Obezitate/sindrom metabolic/diabetus mellitus dislipidemia
Predilecție genetică	Remedii farmaceutice-ceftriaxon, octreotid, tiiazide, contraceptive
Apartenență etnică	Activitate fizică redusă
Sex feminin	Scădere rapidă a masei corporale, anorexie**
Vârsta (persoane în vârstă II** și III*)	Nutriție parenterală totală
	Dietă
	Afecțiuni de bază și stări: ciroza hepatică*, boala Crohn, diverticul duodenal și coledocan**, stări postrezecție gastrică, vagotomie trunculară, hiperparatiroidism, infecții ale arborelui biliar*, hemoliză cronică*, graviditate

*- risc de formare a calculilor pigmentari; **- risc de formare a calculilor pigmentari

Analizând literatura de specialitate disponibilă atât din surse bibliografice de tipar, cât și prin intermediul resurselor diferitor baze de date electronice (MedLine, PubMed; NCBI etc) am atestat studii sporadice referitoare colelitiazei la bărbați [2,11].

De regulă, sursele accesibile analizează problema în cauză fie pe cohorte generale ale populației (bărbați+femei), fie doar prin prizma unor particularități epidemiologice, clinico- evolutive, de tratament ș.a.m.d., la fel realizate pe eșantioane mixte [4,12]. În acest fel, la ora actuală tabloul integrat adresat problemei colelitiazei veziculare la bărbați rămâne a fi incert și necunoscut, iar datele prezentate de diverși autori adesea sunt contradictorii, sau sunt în conflict direct cu statisticile concepțiilor unanim recunoscute [13]. Anume această discrepanță a și constituit un motiv și imbold puternic pentru efectuarea cercetărilor noastre cu tentația de a elucida anumite aspecte ale problemei.

Reieșind din datele sus-prezentate **scopul studiului** a fost a estima incidența și importanța tulburărilor motilității duodenale în patofiziologia evoluției colelitiazei veziculare la bărbați.

Material și metode. În studiu au fost incluși 152 bărbați cu CLV acută și cronică, examinați și tratați chirurgical laparoscopic în perioada aa. 20010-2012 în secția Chirurgie hepato-bilio-pancreatică a Clinicii Chirurgicale N1 a Catedrei 2 Chirurgie USMF „N. Testemițanu”. Vârsta a variat între 21 și 80 ani, în mediu fiind de 51±2,5 ani (Figura 1).

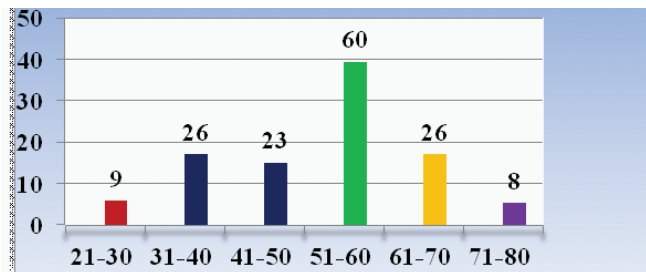


Fig. 1 Repartizarea pacienților după vârstă

Pacienții au fost spitalizați în mod programat sau de urgență respectiv în 102 (67,1%) și 50 (32,9%) cazuri. Simptomatologia în marea majoritate a cazurilor a fost sistematizată în funcție de fazele evolutive ale CLV, fiind specificate: faza tulburărilor dispeptice (n=110, 72,4%) și cea a durerilor paroxistice- colică biliară (n=42, 27,6%) cazuri respectiv. Diagnosticarea tulburărilor motorii a zonei gastro-duodenale s-a efectuat în baza

specificării semnelor clinice, confirmate ulterior prin intermediul examenului radiologic și endoscopic.

Tactica chirurgicală abordată a fost definitivată în fiecare caz în mod particular, ținând cont de indicațiile intervenției (urgentă sau programată), starea generală, comorbiditatea asociată, necesitatea pregătirii preoperatorii cu stabilizarea indicilor vitali, prezența calculilor în CBP. Astfel, în 14 (9,2%) observații s-a recurs la papilotomie endoscopică retrogradă cu litextracție, ca prima etapă a tratamentului chirurgical, ulterior fiind efectuată colecistectomia prin abord laparoscopic. În 2 (1,3%) cazuri statutul tarat al bolnavului a necesitat plasarea sa în secția ATI pentru o stabilizare a parametrilor vitali, urmată de tratamentul chirurgical propriu-zis. În tabelul 1 e reprezentată structura intervențiilor chirurgicale în lotul de studiu în conexiune cu indicațiile preoperatorii.

Tabloul 1

Specificarea pacienților în funcție de intervenție și indicațiile ei.

Intervenție	Indicații	Urgentă imediată	Urgentă amănată	Programată
Papilosfincterotomie endoscopică		-	5	9
Colecistectomie laparoscopică-			42	108
Colecistectomie clasică		-	-	-
Conversie		-	-	2
Colecistectomie cu drenarea CBP		-	-	-

Rezultate. La o abordare mai atentă a tabloului clinic au fost specificate manifestări clinice caracteristice duodenostazei cronice, cum ar fi: debut lent, asimptomatic, cu o evoluție intermitentă a sindromului algic. Durerile au avut drept trăsături distinctive fie evoluție permanentă, non- intensivă cu caracter surd, fie evoluau sub formă colicativă în regiunea epigastriului sau sub rebordul costal drept, senzație de greutate și disconfort abdominal în regiunea epimezogastriului, senzație de tensiune după îngerarea alimentelor, grețuri periodice, vomă cu bilă, eructații cu aer și conținut alimentar, amărăciune în gură preponderent în perioada matinală. Evaluat în conexiune cu intervalul de timp: debutul primelor manifestări clinice- starea generală la internare am stabilit, că un semn caracteristic duodenostazei este inapetența și scăderea masei corporale, de regulă, prezente în cazul unei evoluții de lungă durată a afecțiunii, datorate sindromului de malabsorbție intestinală. În fine, examenul fizic cu analiza semiologiei a relevat anumite elemente specifice și au permis specificarea unei triade clinice caracteristice colelitiazei veziculare în asociere cu duodenostază:

- Disconfort postprandial 152 bolnavi – 100%
- Dureri surde subcostal pe dreapta 120 bolnavi – 78,9%
- Grețuri periodice urmate de vomă 55 bolnavi – 36,2%

Au fost diagnosticate concomitent și alte afecțiuni ale zonei HBP, dintre care mai frecvent întâlnite au fost: duodenostaza și reflux duodenogastral- 90 (59,2%), boala ischemică a cordului și hipertensiune arterială- 42 (27,6%), pancreatita cronică-26 (17,1%), hepatită și ciroză hepatică de diferită etiologie-20 (13,2%), diabet zaharat-10 (6,6%), obezitate-8 (5,3%), ulcer gastro-duodenal- 6 (3,9%) cazuri respectiv (Tabloul 2)

Tabloul 2

Frecvența patologiilor asociate în lotul de studiu.

Denumirea patologiei	Numarul de cazuri	%
Duodenostaza și reflux duodenogastral	90	59,2
Boala ischemică a cordului și HTA	42	27,6
Pancreatita cronică	26	17,1
Hepatita și ciroza hepatică de diferită etiologie	20	13,2
Diabet zaharat	10	6,6
Obezitate	8	5,3
Ulcer gastro-duodenal	6	3,9

În funcție de tabloul endoscopic obținut caracterizat prin regurgitarea conținutului duodenal în stomac a fost specificat

gradul refluxului duodeno-gastral, divizat în: 1) Gradul I- reflux slab cu urme de bilă pe stomac gol- 72 (80%) cazuri; 2) Gradul II- reflux moderat, constatându-se o cantitate moderată de lichid bilios- 13 (14,4%) cazuri; 3) Gradul III- reflux pronunțat, în cazul în care s-a consemnat un reflux permanent de bilă din duoden, iar ca rezultat evidențiindu-se o cantitate considerabilă de bilă stază în stomac- 5 (5,6%) cazuri.

Datorită informativității înalte și accesibilității investigațiile radioimagistice (radioscopia polipozițională cu radiografia stomacului și duodenului) prezintă un rol extrem de important și au fost efectuate la toți cei 152 pacienți (100%) incluși în studiu cu utilizarea instalației de radiodiagnostic SIRESCOP-CX-70, «Siemens» (Germania). Doza de iradiere a cuprins 10-25 mGy, constituind în mediu 15 mGy.

În cazul pacienților cu LB și duodenostază s-a atestat înțetinirea sau lipsa evacuării substanței de contrast din duoden (Figura 2). Semiotica radiologică a duodenostazei cronice a fost evaluată cu specificarea următoarelor semne distinctive duodenostazei cronice [95,123]:

- Dilatarea lumenului duodenal;
- Prezența mișcărilor antiperistaltice;
- Reținerea suspensiei baritate în duoden peste 30 - 40 secunde;
- Reflux duodenogastric;

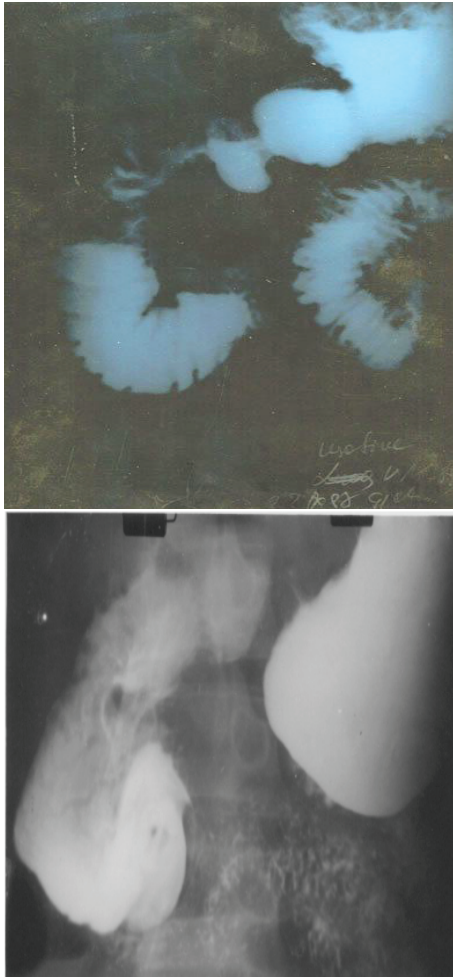


Fig.2 Radioscopia baritată a stomacului și a duodenului la pacient cu litiază biliară și duodenostază

pH- metria gastrică diurnă (24 ore) s-a efectuat la 30 pacienți cu litiază veziculară la care în timpul efectuării duodenografiei în hipotonie au fost depistate elemente de duodenostază și reflux duodenogastral. În urma analizei și sintezei rezultatelor obținute am determinat următorul tablou:

- Stomac hiperacid (pH < 1,4) în 6 (20 %) cazuri
- Stomac normoacid – (pH 1,4 – 1,9) în 7 (23,3 %) cazuri

- În restul cazurilor 17 (56,7 %) a fost apreciat stomac hipoacid pH- 2,0-6,8

La toți cei 30 pacienți au fost apreciate perioadele de alcalinizare a stomacului. Analiza detaliată a pH-gramei a determinat prezența refluxului biliar duodenogastral (Figura 3) cu durata pînă la 2 min în 14 (46,7%) cazuri și cu durata de peste 2 minute în 16 (53,3%) cazuri.

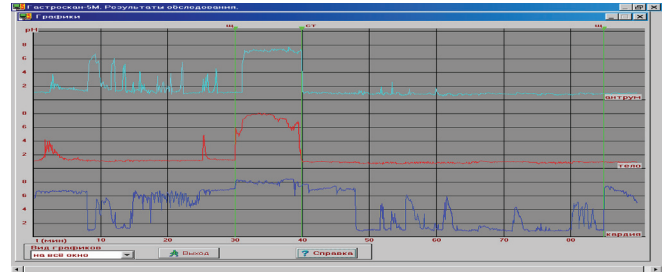


Fig.3 pH – grama cu reflux duodenogastral

La 6 pacienți (20%) a fost depistat reflux de bilă în stomac cu afectarea consecutivă a pH-ului tuturor segmentelor gastrice.

Discuții. Actualmente tabloul integrat adresat problemei colelitiarei veziculare la bărbați rămâne a fi incert și necunoscut, iar datele prezentate de diverși autori adesea sunt contradictorii, sau sunt în conflict direct cu statisticile concepțiilor unanim recunoscute [1,3,13]. Anume această discrepanță a și constituit un motiv și imbold puternic pentru efectuarea cercetărilor noastre cu tentația de a elucida anumite aspecte ale problemei.

Dezaccord evident se atestă la capitoul estimării altor factori de risc ai evoluției colelitiarei biliare la bărbați [8,9]. Astfel, dacă la femei rolul obezității, nivelului sporit de trigliceride, vârstei „de risc” și a administrării derivaților progesteronului nu sunt puse în discuție ca factori etiopatogenetici (fără excepție acceptându-se ca axiomă importanța lor), în cazul bărbaților datele realizate sunt cu adevărat contradictorii [10].

Totodată, în cercetările, ce au avut la bază eșantioane mixte de populație se indică, că persoanelor de gen masculin afectate de colelitiară le sunt caracteristice în marea majoritate a cazurilor calculi pigmentari [2,11,14], la fel ca și în cazul observațiilor clinice adresate recidivei sau evoluției colelitiarei primare a căii biliare principale [15].

În așa fel putem deduce, că la bărbați formarea calculilor e determinată în mare măsură de procesele de stazare a bilei (congestionarea biliară cu modificările sale compoziționale), indiferent de factorul cauzal- determinativ al stazei biliare, deși nu poate fi negat totalmente rolul tulburărilor metabolismului colesterinic, existind astfel o modalitate de „simbioză” a mecanismelor etiopatogenetice, care se amplifică reciproc. Multiple cercetări indică prezența refluxului duodeno- gastral (RDG) la bolnavii cu colelitiară veziculară. Incidența acestor simptome variază după diferiți autori de la 2,6% până la 80% și, deși au fost propuse mai multe ipoteze, cauza rămâne necunoscută [16]. Unii îi atribuie funcție patofiziologică defensivă, îndreptată spre micșorarea acidificării duodenului, constatându-se concomitent că RDG este caracteristic și persoanelor sănătoase [18]. Contrar alții, contestă această opinie, taxînd alcalinizarea stomacului o consideră responsabilă de micșorarea motilității gastrice [19], pierderea sa funcțională sub aspect humoral evoluat în urma proceselor fie de natură hipotrofică, fie determinate de fenomene meta- sau displastice ale mucoasei antrului sub acțiunea sărurilor biliare [9,10,14].

La ora actuală rolul refluxului duodeno- gastral la bolnavii cu CLV nu este definit și necesită specificare. În fine evoluția RDG în cadrul colelitiarei reflectă în mod direct apariția disurbațelor de contracție a regiunii antro- duodenale, creșterea presiunii intraduodenale prin cumulare de lichide, distenția peretelui duodenal, și în mod indirect semnalează inițierea unui stress hipoxic și nutrițional al mucoasei duodenale rezultate prin perturbări la nivel de micro-circulație în cadrul duodenostazei.

Concluzii:

√ la ora actuală nu există o teorie, ce ar putea explica integru mecanismele etiopatogenetice ale colelitiizei veziculare la bărbați, fiind implicați diverși factori declanșatori, cu toate că, pînă în prezent, cea mai fiabilă teorie a formării calculilor biliari e considerată concepția veziculară.

√ sumarizînd rezultatele realizate conchidem asupra rolului important al duodenului în evoluția litiizei biliare, concepție ce

rămîne subiect de discuții permanente, cu toate argumentele și contrargumentele sale, dar totuși nesoluționată pe deplin la ora actuală.

√ protocolul diagnostic la pacienții cu colecistită cronică calculoasă necesită precizarea stării funcționale a zonei gastroduodenale.

Bibliografie:

1. Stinton L.M., Shaffer E.A. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. *Gut Liver*. 2012 April; 6(2): 172–187.
2. Sun H., Tang H., Jiang S. et al. Gender and metabolic differences of gallstone diseases. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 1886-1891.
3. Angelescu N., *Tratat de patologie chirurgicala-Vol.II*, Ed. Medicala București 2003. 2013 p.
4. Bilhartz L., Horton J., Feldman M. et al. Gallstone disease and its complications. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998; p.948–972.
5. Hotineanu V. Ferdohleb A., Hotineanu A. Strategia chirurgicală în rezolvarea icterului obstructive benign. *Chirurgia*, 2005, 100, N3, Mai-Iunie, București, România, p.241-250.
6. Attili A.F., Carulli N., Roda E. et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian study on Cholelithiasis (M.I.C.O.L.). *Am.J.Epidemiol.* 1995; 141(2) : 158–165.
7. Thistle JL, Longstreth GF, Romero Y, et al. Factors that predict relief from upper abdominal pain after cholecystectomy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:891-896.
8. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь. М.: Медицина, 1983. 176 с.
9. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы. *РЖГД*. 2003. № 1. с. 81-92.
10. Dowling R.H. Review: pathogenesis of gallstones. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2000; 14(2) : 39–47.
11. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willett WC, Giovannucci EL. Weight cycling and risk of gallstone disease in men. *Arch Intern Med*. 2006; 166(21):2369-74.
12. Kratzer W., Kron M., Hay B. et al. Prevalence of cholecystolithiasis in Southwestern Germany – a sonographic survey of 2,498 persons in a rural population. *Z. Gastroenterol.* 1999; 37(12) : 1157–1162.
13. Kang JY, Ellis C, Majeed A, et al. Gallstones: an increasing problem: a study of hospital admissions in England between 1989/1990 and 1999/2000. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:561-569.
14. George J, Baillie J. Biliary and gallbladder dyskinesia. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007; 10: 322-327.
15. Gurusamy KS, Davidson BR: Surgical treatment of gallstones. *Gastroenterol. Clin North Am* 2010, 39:229–244.
16. Marschall HU, Einarsson C. Gallstone disease. *J Intern Med* 2007; 261: 529-542.
17. Van Erpecum KJ. Pathogenesis of cholesterol and pigment gallstones: an update. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*. 2011; 35(4): 281–287.
18. Селезнева Э. Я., Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (обзор литературы). *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2008, 5, с.48-55.
19. Сарванов И.А. Некоторые формы дискинезии 12-перстной кишки как причина желчной гипертензии. *Pacific Medical Journal*, 2003, 4 : 75-77.