

22. Neamtu Carmen. Diagnosticul și managementul chirurgical al pseudochistului de pancreas. Teza de doctorat. Chișinău, Moldova, 2006:140
23. Croitoru A., Angelescu M., Ionița D. et al. Obținți chirurgicale în pseudochistele pancreatice. Materialele Congresului al XXII-lea Național de Chirurgie. Supliment al revistei „Chirurgia”, Tg. Mureș-Sovata, România, 2004, vol.99 (2):142.
24. Pop Gh. Pseudochist pancreatic. Editura Mega, Cluj-Napoca, 2007:160.
25. Șurlin V., Georgescu, E., Margaritescu, D., Cartu, A., Săftoiu, Georgescu, I. Modalități terapeutice actuale în pseudochistul pancreatic. Revista Craiova medicală vol 10(4), 2008: 285-290.
26. Giovannini M, Pesenti, C, Rolland, AL, Moutardier, V, Delpero, JR: Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocysts or pancreatic abscesses using a therapeutic echo endoscope. Endoscopy 2001(33):473-477
27. Sharma SS, Bhargawa, N., Govil A. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst: A long-term follow-up. Endoscopy 2002;34:203-207.
28. Munteanu D., Iancu C. Stenoze maligne ale treimii proximale a căilor biliare extrahepatice – rezultate. Quo Vadis, Vol. 4(1): 30-33
29. Ghidirim Gh., Harabara C. Terapia intensivă postoperatorie la pacienții cu formațiuni de volum cefalopancreatice. Revista „Chirurgia”, Tg.Mureș-Sovata, România, 2004, vol.99, (2):185.
30. Beuran M., Chiotoroiu A., Constantinescu G., Jinescu G., Murgu C., Vartosu C., Diaconescu B., Rosu O. Minimally Invasive Approaches To The Treatment Of Pancreatic Pseudocysts. The XXV Congres Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj –Napoca, Romania, 2010:242
31. Bordea A., Jitea N., Cristian D., Dimitriu V., Aslan Denis, Angelescu N., Burcos T. Therapeutical approach in bilio-digestive anastomosis failure for benign diseases. Cluj –Napoca, România, 2010:152
32. Bratucu E., Marincas M., Doha Cl., Prunoiu V. The necessity of the retropancreatic approach in suppurative pancreatitis. Congresul Național de Chirurgie. Ediția XXV. Volum de rezumate. Chirurgia. Cluj –Napoca, România, 2010:159
33. Cîrdeiu, C., Zavate M., Păcurariu M., Gonta St., Pavel O., Pavell, Ghods M. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. Congresul Național de Chirurgie. Ediția XXV. Volum de rezumate. Chirurgia. Cluj –Napoca, România, 2010:163
34. Ghidirim GH., Gherac A., Scerbina R., Suman A. ERCPG and EST in the pathology treatment of biliopancreatics area particularities, prophylaxis of complications. The XXV Congres Surgical International. Chirurgia. Abstracts Book. Cluj –Napoca, Romania, 2010:180
35. Sârbru, V., Dima S., Atchie M., Balaban D., Ghelberg M., Grasa C., Botea F., Pasăre R., Nicolae GH. Date preliminare despre tratamentul diabetului postpancreatectomie prin autotransplant de insule pancreatice. Revista Chirurgia. 6/2005, 100:587-593.
36. Вишневикий В.А., Кубышкин В.А., Данилов М.В. Эволюция методов завершения панкреатодуоденальной резекции. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Москва, Россия, 2000:32 - 33.
37. Губергриц Н.Б. Клиническая панкреатология. ООО «Лебедь», Донецк, 2000:265-281
38. Данилов М.И., Фёдоров, В.Д., «Хирургия поджелудочной железы», Москва, Медицина, 1995:7 – 402.
39. Даценко Б.М., Тамм Т.И. Клинико-морфологическое обоснование выбора методики хирургического лечения хронического панкреатита. Вісник морської медицині № 2, Одесса, Україна, 2003:121 - 124.
40. Дука Р.В. Отдаленные результаты оперативного лечения больных с осложненными формами хронического панкреатита. Вісник морської медицині № 2, Одесса, Україна, 2003:157.
41. Копчак В.М., Хомяк И.В., Мошковский Г.Ю. Острый некротический панкреатит. Роль мининвазивных вмешательств в хирургическом лечении. Materialele Congresului al XIX-lea a Asociației Chirurgilor „N. Anestiadi”, I Congres de Endoscopie din Republica Moldova. Chișinău, Moldova, 2003:45 - 46.
42. Нестеренко, Ю.А., Глабай, В.П. Хронический панкреатит. Медицина. Москва, Россия, 2000:5-177.
43. Опыт клинического применения Октреотида. ЗАО „Фарм-Синтез”. Сборник статей № 2. Москва, Россия, 2003:3 - 16.
44. Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Казаков В.С., Припа В.М., Котонец А.П. Хронический кальцифицирующий панкреатит: Аспекты диагностики и лечения. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Москва, Россия, 2000:149 - 150.
45. Хотиняну В.Ф., Карагац З.Ф., Припа В.М., Котонец А.П. К вопросу диагностики и лечения хронического кальцифицирующего панкреатита. „Вісник морської медицині”, Одесса, Україна, 2003, (2):325 - 329.
46. Фёдоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов, Р.З., «Хирургическая панкреатология», Москва, Медицина, 1999:125-186
47. Шалимов А.А., Копчак В.М., Тодуров И.М. и др. Хронический панкреатит. Опыт хирургического лечения. Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. Москва, Россия, 2000, стр.155 - 156.

TACTICA CHIRURGICALĂ ÎN STRICTURILE BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

SURGICAL TACTICS IN BENIGN STRICTURES OF EXTRAHEPATIC BILIARY DUCTS

Vladimir HOTINEANU, Alexandru FERDOHLEB

Clinica 1 Catedra 2 Chirurgie

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Testemițanu”

Rezumat

În perioada anilor 1980-2010, în Clinica 1 Catedra 2 Chirurgie a USMF „N.Testemițanu” au fost internați 213 pacienți cu stricturi benigne ale căilor biliare extrahepatice (SBCBE). Evaluarea clinică a bolnavilor a inclus câteva etape consecutive: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresia preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv. În cazul SBCBE, după cuparea icterului și a infecției biliare, am efectuat derivațiile bilio-digestive în dependență directă de nivelul obstacolului, acordând preferința celor bilio-jejunale pe ansa izolată în Y a la Roux. Letalitatea postoperatorie a fost înregistrată în 6 (2.82%) cazuri.

Summary

213 patients with benign strictures of extrahepatic biliary ducts, (BSEBD) during the period of 1980-2010 years, were hospitalized in surgical clinic 2 of State Medical University „N. Testemitanu”. The clinical evaluation of patients included several consecutive stages: 1) establishing of etiopathogenic diagnosis; 2) preoperative biliary ducts decompression; 3) reconstructive surgery. In cases of BSEBD after managing the jaundice and biliary infection biliodigestive derivations were performed, directly depending on the level of obstruction, bilijejunal ones on the loop by Roux being preferred. Postoperative lethality made up 2.82 % (n=6).

Actualitatea temei

SBCBE reprezintă o afecțiune importantă și destul de frecventă. Soarta acestor pacienți este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenții chirurgicale repetate, prezența icterului complicat cu angiocolită purulentă, sepsisului biliar, cu evoluția unei insuficiențe hepatice progresive.

Stricturile biliare, în 95% cazuri, apar în urma unor leziuni provocate de actul operator, îndeosebi cu ocazia intervențiilor laborioase pe căile biliare [1,3,7,11,14,18,19,22,23,24]. Traumatismul căii biliare principale (CBP) în 80-90% dintre cazuri este consecința unei colecistectomii [3,6,10,18]. În cazul colecistectomiilor tradiționale ponderea traumatismelor căilor biliare extrahepatice (CBE) constituie 0,8%-1%. În colecistectomiile celioscopice 0,22%-3% [2,10,13,14,18,20]. După A.A.Шалимов 1993 ponderea traumatismului în cazul unei colecistectomii acute a fost de 53,6%, iar în cazul unei colecistectomii cronice de 31,5%. În lotul total al pacienților operați în zona hepato-pancreato-duodenală rata traumatismelor este de 1%. [21,24]. În 0,1 – 9,1% dintre cazuri, traumatismul CBEH apare în urma unei rezecții gastrice [20,24]. Soarta acestor pacienți este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenții chirurgicale repetate, prezența icterului complicat cu angiocolită purulentă, sepsis biliar, cu evoluția unei insuficiențe hepatice progresive, cirozei hepatice cu hipertensiune portală [4,5,10,16,18,14].

Cele mai frecvente cauze ale traumatismelor CBE sunt condițiile dificile intraoperatorii, variațiile anatomice ale vaselor sanguine și sistemului ductal biliar, hemoragii dificile intraoperatorii, plastroane inflamatorii subhepatice, motivate de procese inflamatorii acute [2,10, 14,18,22]. Un alt motiv al afectării CBE intraoperator este nivelul profesional al chirurgului, capacității de orientare în situația topografo-anatomica, în corelația vaselor sanguine și a arborelui biliar, în special în procesele inflamator- distructive din vezicula biliară, ce implică și ligamentul hepato-duodenal. Nici un chirurg nu este scutit de un astfel de accident [1,14,8,18], așa încât cunoașterea mecanismului de producere a leziunilor, a posibilităților de prevenire și a celor de rezolvare chirurgicală intră în obligația tuturor chirurgilor, care își asumă responsabilitatea unor astfel de operații [9,14,17,22,18].

După Bismuth [4,5] vom distinge 5 tipuri de stricturi ale CBE de genă iatrogenă:

1. Tip 1 - strictură joasă (pediculară), cu un bont biliar superior mai lung de 2 cm. Ea survine mai ales în rezecțiile gastrice pentru ulcerele postbulbare.

2. Tip2 -strictură mijlocie (subhilară), cu bontul biliar proximal mai scurt de 2 cm.

3. Tip3-strictură hilară (înaltă, este practic lipsită de bontul biliar, dar comunicarea dintre cele două ducturi hepatice nu este afectată. Așadar, confluența biliară este respectată.

4. Tip4-strictura convergenței biliare reprezintă consecința

leziunilor. Comunicarea dintre ducturile hepatice stâng și drept este întreruptă .

5. Tip5- în cazul unor anomalii ale căilor biliare (de exemplu în convergențele etajate), ramura segmentară dreaptă poate fi separată de restul arborelui biliar prin strictură.

În anul 1995, Strasberg și colaboratorii propun și promovează o nouă clasificare bazată pe cea a lui Bismuth, dar care conține și alte tipuri de leziuni ale căilor biliare ce apar și în urma colecistectomiei laparoscopice. Strasberg clasifică leziunile biliare iatrogene astfel:

- tip A: leziuni ale ductului cistic sau ale canalelor aberante din patul hepatic al veziculei;
- tip B: ligatura de canal segmentar aberant al lobului drept;
- tip C: secțiunea unui astfel de canal;
- tip D: leziuni laterale ale CBP;
- Tip E: secțiuni sau obstrucții (ligaturi) complete ale CBP. Acest tip se subdivide, în funcție de locul leziunii, asemănător cu clasificarea lui Bismuth.
- E1- leziune coledociană joasă (la 2 cm. sub confluentul hepaticelor);
- E2 – leziune coledociană situată imediat sub confluent;
- E3 – leziunea canalului hepatic deasupra confluentului cu păstrarea integrității ultimului;
- E4 - leziunea celor două canale hepatice;
- E5 – leziunea canalului hepatic drept anomalic.

S-a dovedit o clasificare mai bine adaptată cerințelor clinicilor chirurgicale și mai utilă în serviciile multidisciplinare, în analiza și evaluarea leziunilor iatrogene a căilor biliare. Această clasificare a înregistrat o răspândire largă în ultimii ani, fiind aplicată pe larg în serviciile chirurgicale. Unicul neajuns al acestui sistem de clasificare este faptul ca aceasta s-a dovedit a fi prea specializată și incomodă în practica cotidiană chirurgicală. [22]

Stabilirea unor date concrete despre traumatismul CBE este un proces dificil, deoarece nu toate cazurile sunt date publicității în literatura de specialitate. Deseori traumatismul nu este observat de chirurg în timpul operației primare, ce determina apariția în perioada timpurie postoperatorie a unui lanț de complicații grave, ce duc la un sfârșit letal 1 - 40% cazuri [1,3,22].

Stenozele benigne netraumatice ale căii biliare principale constituie un grup eterogen, în care sunt incluse o serie de entități bine definite. Astfel, din punct de vedere etiopatogenetic se pot clasifica în congenitale, autoinflamatorii, compresiune pancreatică, idiopatice. Rata generală a lor, de regulă, nu depășește nivelul de 5% dintre toate stenozele căii biliare principale. Sunt incluse în rândul patologiilor rar întâlnite [12,19,15].

Obiectivele

Stabilirea managementului chirurgical optim în soluționarea stricturilor benigne a căilor biliare extrahepatice.

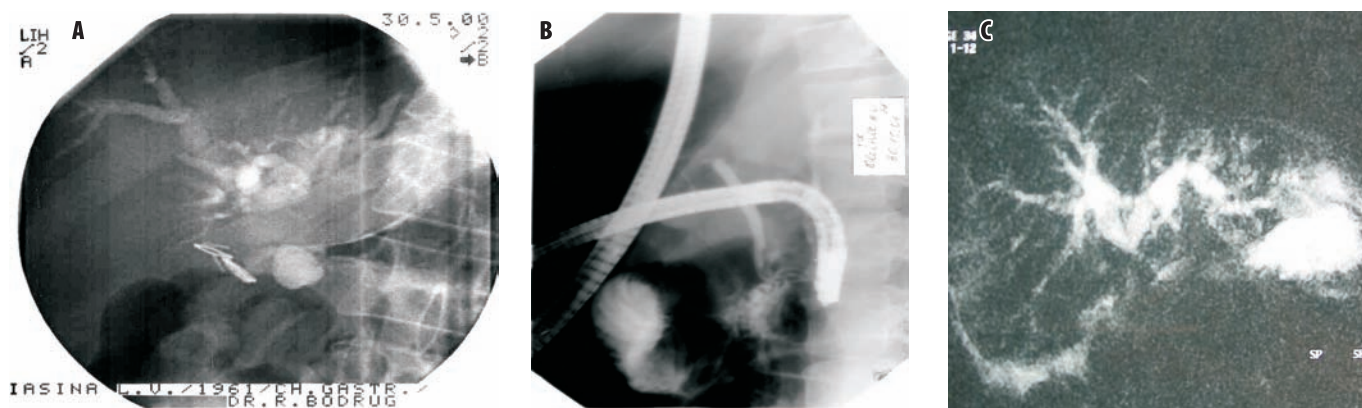


Figura 1. Strictură a CBP (A-CPT; B- ERCP; C-CRMN)

Material și metode

În Clinica 1 Catedra 2 Chirurgie a USMF „N. Testemițanu”, în perioada anilor 1980-2010, au fost internați 213 pacienți cu SBCBE. În 94,84% pacienții au fost mai întâi tratați și apoi transferații din alte servicii chirurgicale. Distribuția pe sexe a relevat o predominare evidentă a femeilor-144 (67,61%) cazuri față de 69 (32,39%) bărbați. Vârsta pacienților a variat între 25-81 ani, alcătuind o medie de $53,18 \pm 1,58$ ani. Ponderea pacienților în etate a fost la nivel de 50% din tot lotul examinat.

Toți pacienții au fost supuși unui examen sonografic, ce a permis identificarea căilor biliare intrahepatice și extrahepatice distale, identificarea orientativă a cauzei și nivelului obstructiv. Diagnosticul topic al leziunilor iatrogene a CBE s-a stabilit opacifiind direct sistemul biliar prin colangio-pancreatografic endoscopică retrogradă (ERCP(80%)), colangio-fistulografie (27,23%), iar la bolnavii cu rezecție gastrică, procedeul Billrot II în anamneză și, în lipsa unei fistule externe, recurgem la colangiografia percutană transhepatică (CPT). În cazurile dificultăților informative ale ERCP, sau CPT în lipsa unei fistule biliare, apelăm la biliscintigrafia dinamică și colangiografia prin rezonanță magneto-nucleară -11,27% cazuri (Fig.1).

Principiile evaluării diagnosticului etiopatogenetic urmate de noi au permis stabilirea următoarei repartii a localizării stricturilor după Bismuth: tip I- 58 (27,23%) cazuri, tip II- 80 (37,56%) cazuri, tip III- 62 (29,11%) cazuri, tip IV-13 (6,1%) cazuri.

Conduita medico-chirurgicală a fost strict individuală în fiecare caz clinic. În complexul curativ a fost inclusă terapia intensivă de infuzii și corecție a funcției hepatice, terapia medicală antiinfecțioasă, decompresiunea mini-invazivă prin remediile endoscopice (drenarea nasobiliară (9,39%), aplicarea stentării endoscopice (8,45%), dilatarea stenozei prin balonașul Fogarthy (3,29%)), sau prin intermediul remediilor percutane a arborelui biliar (14,8%), cu realizarea actului chirurgical reconstructiv în condiții favorabile cu risc minim de complicații. Pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv am luat în considerație obligatoriu următorii factori locali, intraoperatorii: sediul stricturii, extinderea stricturii, gradul de dilatare și gradul afectării sclero-inflamatorii a extremității proximale a hepatico-coledocului, prezența sau lipsa unei fistule biliare externe, prezența sau lipsa afecțiunilor supurative locale. Perioada medie de la ultima intervenție chirurgicală până la reconstrucție, inclusiv de la cea lezională, a fost în mediu de $4,5 \pm 1,56$ luni.

În centrele chirurgicale până în prezent nu exista o părere comună bine definită în privința soluțiilor chirurgicale în rezolvarea stricturilor biliare [2,3,4,5,22,23].

Excizia segmentului cicatrizat, cu anastomoză „cap-la-cap” a hepaticoledocului pare soluția cea mai simplă, dar cu rezultate tardive nu prea încurajatoare și, în prezent, practic nu este folosită [4,5,11,23]. Astfel, Warren (1982) arată că rezultatele pe care le-a obținut au fost cu mult mai inferioare celor din hepatico-jejunostomie și că, în 50% dintre cazuri, stenoza a recidivat. Consemnând eșecuri după acest procedeu, majoritatea cercetătorilor opinează chiar pentru suprimarea sa din tehnica chirurgicală. Anastomozele bilio-jejunale reprezintă grupul de procedee tehnice, care se bucură de cea mai largă utilizare în restabilirea tranzitului biliar în SBCBE.

Conduita chirurgicală aplicată s-a axat pe nivelul stricturii, prelungirea procesului de scleroză a CBP. În perioada anilor 1980-1990, pentru soluționarea SBCBE de tip I, am efectuat coledocoduodenostomia după procedeul Iuraș (14-5,57% cazuri), iar pentru SBCBE de tip II-V derivațiile bilio-jejunale pe ansă în Omega (40-18,78% cazuri). În cazul stricturilor de tip II-V s-a recurs la o drenare obligatorie a gurii de anastomoză, preferând procedeul Praderi-Smith. Din anul 1990 până 2004, pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv, am executat derivațiile bilio-digestive cu ansa jejunală exclusă în Y a la Roux. Așa pentru stricturile de tip I în 44 (20,66%) cazuri s-a recurs la coledocojejunostomie cu ansa jejunală exclusă în Y a la Roux. Pentru stricturile de tip II (56 (26,29%) cazuri) și tip III (46 (21,6%) cazuri) s-a preferat hepaticojejunostomia a la Roux. În cazul stricturilor de tip IV, depistate la 13 (6,1%) pacienți, s-a realizat bihepaticojejunostomia pe ansa exclusă în Y a la Roux.

Rezultate

Din punct de vedere tehnic, anastomozele bilio-jejunale pe ansă în Omega sunt mai simple, decât cele pe ansă exclusă în Y a la Roux, deoarece lipsește timpul de pregătire al vascularizației ansei excluse. Cu toate acestea, rezultatele obținute nu ating aceleași performanțe calitative. Am sesizat pentru procedeu dat câteva inconveniente: se scoate din funcție circa 1m din jejun; pe ansa aferentă, între fistula Braun și zona de strictură apare un „fund de sac”, care poate avea repercursiuni cunoscute asupra ansei orbe, apariția unui cerc vicios legat de prezența refluxului entero-biliar; cu evaluarea angiocolitei cronice și a cirozei biliare. Rezultatele la distanță a lotului de 54 pacienți, tratați în perioada anilor 1980-1990, au stabilit în 25 (11,74%) de cazuri tabloul clinic de angiocolită cronică persistentă și în 5 (2,35%) observații ale cirozei biliare.

Aceste complicații majore ne-au impus să revizuim principiile tehnicii chirurgicale aplicate și ale metodei de drenare a gurii de anastomoză. Din anii 90 am recurs la aplicarea în practică a derivațiilor bilio-jejunale pe ansa în „Y” a la Roux, cu drenarea gurii de anastomoză, după procedeul Voelker. Ne-am bazat pe faptul, deja cunoscut, că segmentul jejunal, datorită peristaltice, provoacă o presiune negativă endoluminală, ceea ce stimulează fluxul biliar în intestin. Mișcările peristaltice într-o direcție pe parcursul unui segment de ansă, de cel puțin 80 cm., joacă rolul unei supape, ce împiedică refluxul digestiv. Ansa corect realizată exclude complet tensiunea la nivelul anastomozei, minimizează riscul biliariagiei și a fistulelor postoperatorii la nivelul gurii de anastomoză. Afrontarea mucoaselor la nivelul anastomozei exclude o eventuală stenozare postoperatorie la distanță. Am preferat drenajul gurii de anastomoză după procedeul Voelker deoarece acesta este mai puțin traumatic, hidrodinamic este perfect funcțional, necesită o durată mică de aplicare. Evaluarea clinică de perspectivă a acestor pacienți a permis, din anul 1995, revizuirea indicațiilor pentru drenajul gurii de anastomoză. Drenarea gurii de anastomoză a devenit obligatorie doar în următoarele situații: CBP este dilatată până la 15 mm., anastomoză aplicată este îngustă (20 mm.); segmentele anastomozate sunt aplicate cu tensiune și cu dificultăți tehnice locale și în cazul SBCBE de tip IV.

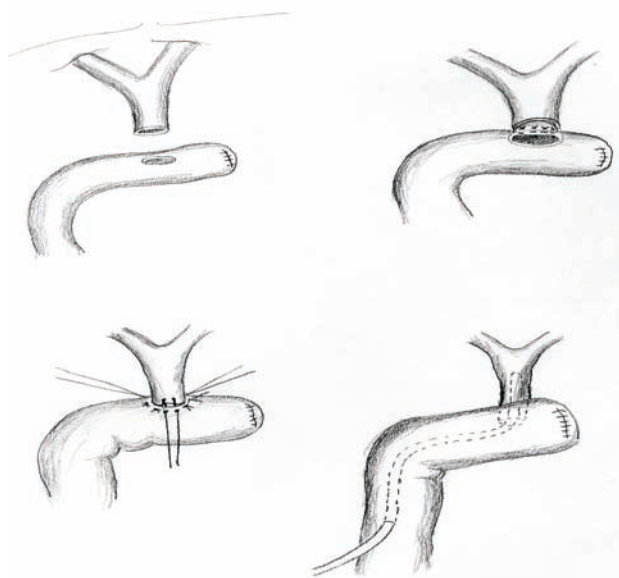


Figura 2. Hepaticojejunostomie cu drenare pr. Voelker (schemă)

În cazul a 44 (20,66%) stricturi de tip I am apelat la coledo-cojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată Roux. La toți acești pacienți am avut o dilatare a coledocului de peste 2 cm. și situație favorabilă locală anatomică, ceea ce ne-a permis să ne abținem de la drenajul anastomotic. Pentru 56 (26,29%) cazuri de stricturi tip II varianta tehnică de rezolvare a situației clinice a depins de prelungirea stricturii. Situația intraoperatorie ne-a impus aplicarea hepaticojejunostomiei termino-laterale cu ansa exclusă în Y a la Roux (Fig.2). Prezența dilatării ductului hepatic comun de peste 2 cm., ne-a permis să finisăm intervenția fără drenaj transanastomotic în 26 de cazuri. În celelalte 30 cazuri am avut fistule biliare externe totale, creându-se dificultăți tehnice sporite intraoperatorii. La toți pacienții a existat un proces fibro-scleros exprimat local, lipsa dilatării arborelui biliar proximal (sub 15 mm.), cu implicarea extremității

proximale în procesul sclero-cicatricial major. Aceste situații au fost soluționate prin aplicarea unei hepaticojejunostome termino-laterale pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu o drenare transanastomotică obligatorie după Voelker.

În cazul a 46 (21,6%) pacienți cu stenoze de tip III, modalitatea tehnică a fost în dependență directă de dimensiunea extremității proximale de la hilul hepatic și gradul implicării lui în procesul cicatricial. Astfel, la 38 (14,08%) pacienți am avut un bont dilatat, proeminent de hilul hepatic la 1 cm., fără o implicare majoră în procesul cicatricial. În toate cazurile am recurs la aplicarea hepaticojejunostomiei termino-laterale pe ansa exclusă în Y a la Roux cu o protecție transanastomotică după Voelker. La ceilalți 8 pacienți am avut un bont sub 1 cm. cu un proces cicatricial major. S-a recurs la mobilizarea hilului hepatic, cu aplicarea unei hepaticojejunostomii hilare, prelungite pe ductul stâng, pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu o drenare separată a ambilor ducturi hepatice.

Cele mai dificile cazuri din punct de vedere tehnic au fost stricturile de tip IV – 13 (6,1%) cazuri. Dificultățile erau sporite de procesul cicatricial fibros prezent, de lipsa ductului hepatic comun și implicarea joncțiunii ductului hepatic drept și stâng în procesul cicatricial. S-a recurs la puncția hilului hepatic pentru evidențierea confluenței canalelor hepatice și efectuarea unei colangiografii intraoperatorii obligatorii, pentru identificarea precisă topică a elementelor arborelui biliar. S-au mobilizat elementele hilului hepatic, cu prepararea plăcii hilare Couinaud și diferențierea separată a ductului hepatic drept și stâng. Se face tracțiunea în jos a plăcuței hilare, apoi deschiderea ambilor canale hepatice și montarea bihepaticojejunostomiei pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice după Voelker.

Am depistat complicații în 14 (6,57%) de cazuri. La 10 (5,04%) pacienți supurații postoperatorii, care au fost soluționate prin asanarea chirurgicală; 4(1,88%) cazuri de dehiscentă parțială anastomotică, cauzate de deficiențele tehnice intraoperatorii, prezența inflamației țesuturilor și a angiocolitei, care au fost rezolvate conservativ, grație aplicării drenării transanastomotice și drenării de siguranță a spațiului subhepatic. Letalitatea postoperatorie a fost înregistrată în 6 (2,82%) cazuri, fiind cauzată de progresarea insuficienței hepatice pe fond de angiocolită cronică.



Figura 3. Calcul pe fir de sutură a gurii de anastomoză

În principiile tratamentului chirurgical contemporan, a devenit deja o normă asigurarea unui confort de perspectivă al vieții pacientului postoperator. Acest concept a inclus bunăstarea fizică, integrarea în viața familială și socială a pacienților operați. Studiul a fost posibil pe un eșantion de 105 (51,72%) pacienți cu o durată evaluată de maximum 11 ani. Am elaborat un complex de probe pentru stabilirea postoperator a calității vieții bolnavilor. În ele am inclus aspectul somatic pentru stabilirea modului de acomodare a organismului la efectele restabilirii chirurgicale a fluxului biliar în tubul digestiv. În acest scop, am studiat anamneza, persistența sau apariția celor noi. Am studiat și latura psiho-afectivă, pentru stabilirea modului în care bolnavul își recunoaște și acceptă boala. Dimensiunea socială, pentru studierea gradului reîncadrării în activitatea socială utilă. Aspectul reabilitării familiale, ce a cuprins calitatea relațiilor în familie postoperator. Și obligatoriu a fost apreciat starea funcțională a sistemului hepato-biliar. Ultimul a fost apreciat pe baza testelor funcționale ale ficatului, sonografiei, iar în cazurile dificile de diagnostic sau suspecte sonografic la obstrucție mecanică, recurgeam la CRMN și biliscintigrafia dinamică. Analiza retrospectivă a rezultatelor obținute a permis distribuire pacienților în 3 grupe consecutive. În primul grup au fost incluși 82 (78.1%) de pacienți cu rezultate bune, în grupul doi-19 (18.1%) de pacienți cu rezultate satisfăcătoare, grupul trei -4 (3,81%) pacienți cu rezultate nesatisfăcătoare. Rezultat bun a fost stabilit la pacienții cu reabilitare completă somatică, psihologică, socio-familială și funcțională a sistemului hepato-biliar. Schimbările apreciate în grupul II (19(18.1%)) cazuri au fost explicate prin prezența maladiilor concomitente și vârsta înaintată a pacienților. În general, am atestat reabilitarea pacienților drept satisfăcătoare, care necesită monitorizare în condiții ambulatorii, fără indicații pentru intervenții chirurgicale repetate. Grupul trei -4 (3,81%) pacienți cu rezultate nesatisfăcătoare, care au manifestat, la diferite etape după operație, recidiva suferinței biliare: la 3 pacienți s-au diagnosticat calculi pe fir de sutură, la alți 3 pacienți - stricturi ale gurii de anastomoză și într-un caz a fost prezent refluxul entero-biliar, cu evaluarea unei colangite de reflux. Toate cazurile au necesitat tratament chirurgical repetat. Așa în 3 cazuri de calculi pe fir

de sutură am recurs la revizia anastomozei cu hepaticolitomie (Fig.3). În celelalte 3 cazuri de strictură a hepaticojejunostomiei am recurs la revizia paticojeunoanastomozei cu lichidarea stricturii. Iar prezența refluxului entero-biliar, cu evaluarea unei colangite de reflux, situație motivată de ansa jejunală a ansei Roux sub 60 cm., a necesitat o reconstrucție în ansă cu brațul de 80 cm. Rezultatul postoperator de perspectivă a fost stabilit drept satisfăcător în toate observațiile din grupul trei.

Concluzii

1. Stricturile benigne ale căilor biliare extrahepatice (SBCBE) reprezintă o afecțiune importantă și destul de frecventă. Caracterul sever al evoluției bolnavilor cu SBCBE și riscurile majore ale reintervențiilor cu intenție reparatorie, conferă o importanță majoră managementului chirurgical optim în soluționarea lor.

2. Algoritmul diagnostic al SBCBE include câteva etape consecutive: I etapă - testarea biochimică, examenul sonografic hepato-biliar; II etapă - realizăm contrastarea directă a arborelui biliar, executând ERCP sau CPT sau colangiofistulografie, iar în cazurile de dificultăți de diagnostic se va efectua CRMN.

3. Pregătirea preoperatorie a pacienților cu SBCBE se va realiza prin decompresiunea mini-invazivă a arborelui biliar (drenajul naso-biliar, stentare endoscopică sau hepatostomă percutană transhepatică), tratamentul antibacterian și farmacoterapeutic de detoxifiere și corecție a funcției hepatice.

4. Tratamentul chirurgical al SBCBE a fost în raport direct cu nivelul localizării. Pentru stricturile de tip I este optimă coledocojejunostomie termino-laterală cu ansa izolată în Y a la Roux. Pentru cele de tip II soluția constă în coledocojejunostomie pe ansa izolată în Y a la Roux, iar în situațiile în care avem o extindere a stricturii în sus destul de importantă, am recurs la hepaticojejunostomie pe ansa izolată în Y a la Roux. La pacienții cu stenoze de tip III se recurge la hepaticojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată în Y a la Roux, cu o protejare transanastomotică separată a ductului hepatic drept și stâng. Pentru stricturile de tip IV este preferată aplicarea bihepaticojejunostomiei pe ansa izolată Roux și drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice.

Bibliografie

1. Duca Sergiu.-Sindromul Biliarilor operați, profilaxie, diagnostic, tratament. Cluj1992, p.204
2. Gian Massimo Gazzaniga MD, Marco Filauro MD, Lorenzo Mori MD.-Surgical treatment of iatrogenic lesion of the proximal common bile duct. World J. Surg. 2001, Volume 25, p.1254-1259;
3. Gustavo A. Quintero, MD, M. Sc., Jose Felix Patino, MD.-Surgical management of benign strictures of the biliary tract. World J. Surg. 2001, Volume 25, p.1245-1250
4. Henri Bismuth - Postoperative strictures of the bile duct. In The Biliary tract. Clinical Surgery International, Vol.5, Blumgart, L.H., editor, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1982, p.209-218
5. Henri Bismuth, M.D.-Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment. World J. Surg. 2001, Volume25, p.1241-1244
6. I. Juvara - Chirurgia căilor biliare extrahepatice. București, 1989, p.367
7. JE Monteiro da Cunha.-Surgical treatment of cicatricial biliary strictures. Hepato-Gastroenterology 1998, volume 45, p.1452-1456
8. Lee S., Chari S.R., et all. - Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am.J.Surg., 1993, 165, p.527-532
9. Lee T.G.-Operative complications and quality improvement. Am.J. Surg., 1996;171, p.545-547
10. Lillemoe, K.D.-Benign post-operative bile duct strictures. Baillieres Clin. Gastroenterology, 1997, 11, p.749
11. Marian Dorin, Șerban Bancu, Leonard Azamfirei. - Chirurgia icterului mecanic, cercetări clinice și experimentale. București, 1999, p.359
12. Moser A.J.- Benign biliary strictures. Curr. Treat. Options Gastroenterology 2001 oct,Vol.4(5), p.377-387
13. Puia I., S. Duca, C. Iancu și al. - Colecistectomia laparoscopică și leziunile arborelui biliar. Curier Medical 2002, Nr1, p.10-12
14. Shamiyeh A., Wayand W. - Laparoscopic cholecystectomy: early and late complications and their treatment. Langenbecks Arch Surg 2004(389): 164-171
15. Singeto Maeda - Idiopathic Benign biliary stricture. J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 1998, Vol. 5, p.463-466
16. Tocchi, M.D., Costa G. Lerpri L. Liotta G. et al.-The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures. Annals of surgery 1996, Vol. 224, p.162-167
17. V. Hotineanu, A. Ferdohleb, A. Cotonets, A. Hotineanu- Iatrogenic injuries of biliary ducts-experience of surgery. Вісник Морської Медицини, №2, Odessa, 2001, p. 347-350
18. Zhi-Qiang Huang, Xiao-Qiang Huang -Changing patters of traumatic bile duct injuries: a review of fourty years experience. World J. Gastroenterol. 2002;8(1):5-12
19. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. -Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М.Медицина1987, 334с.

20. Дундаров З.А., Горностаев П.В. и др. - Повторные реконструктивные операции на желчных протоках. *Анналы Хирургической Гепатологии*, 1998 том.3, № 3, с.275
21. Курбанбердыев К.К. -Интраоперационный хроматический способ диагностики ятрогенного микроповреждения холедоха. *Анналы Хирургической Гепатологии*.1998, том.3, №3, с.78
22. Ничитайло М.Е., Скумс А.В.- Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия Киев 2006, 559с.
23. Шалимов А.А., В.М.Копчак, В.П.Сердюк, И.В.Хомяк, А.И.Дронов- Рубцовые стриктуры протоков: наш опыт лечения. *Анналы хирургической гепатологии*, 2000г, том.5, №1, с. 85-89
24. Шалимов А.А. Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В.- Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев 1993, 508с.

ATITUDINEA MEDICO-CHIRURGICALĂ CONTEMPORANĂ ÎN COLITA ULCEROASĂ NESPECIFICĂ

THE CONTEMPORARY THERAPEUTIC AND SURGICAL ATTITUDE IN NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

Vladimir HOTINEANU, Tudor TIMIȘ

USMF «Nicolae Testemițeanu», Catedra 2 Chirurgie

Rezumat

Colita ulceroasă nespecifică prin etiopatogeneza neclară, caracterul empiric al farmacoterapiei bolii cu eșecuri multiple, particularitățile evolutive cu transcendență frecventă în complicații grave, care impun operații seriata care cauzează invaliditate în rândul persoanelor tinere, apte de muncă, constituie o oportunitate a gastroenterologiei moderne. Evidența clinico-paraclinică de durată a pacienților, selecția argumentată a timpului operator optim și procedului chirurgical, ne-a permis de a spori rata colectomiilor programate cu caracter reconstructiv primar până la 60.8%, de a reduce complicațiile și letalitatea postoperatorie după reconstrucții până la 16.7% și 3.6% respectiv. Rezultatele postoperatorii la distanță au fost urmărite la 26 (89.6%) din 29 pacienți, care au suportat etapa reconstructivă. Termenii observației au constituit 8 ani. Analizând rezultatele postoperatorii la distanță, am ajuns la concluzia că ele sunt bune la 23 (58.9%) bolnavi, satisfăcătoare – la 11 (28.2%) bolnavi, nesatisfăcătoare – la 5 (12.9%) bolnavi.

Summary

Because of its unknown etiology and pathogenesis, empirical character of conservative therapy with multiple failures, evolutional peculiarities with transcendence in severe complications which require serial surgical interventions, followed by a high level of disability, ulcerative colitis became an advantage of modern gastroenterology. Long time clinical and instrumental supervision of patients; scientifically motivate selection of the surgery time and the type of surgical intervention allowed us to increase the rate of programmed colectomies with primary reconstructive surgeries up to 60.8%, to reduce the frequency of postoperative complications and lethality after reconstructions down to 16.7% and 3.6% respectively. Late postoperative results were recorded in 26 (89.6%) from 29 patients who underwent reconstructive surgery. The period of observation was of 10 years. We concluded that late postoperative results are good in 23 (58.9%) patients, satisfactory – in 11 (28.2%) patients, unsatisfactory – in 5 (12.9%) patients respectively.

Introducere

Colita ulceroasă nespecifică reprezintă o inflamație cronică nespecifică a colonului, care se caracterizează prin etiopatogeneza obscură, evoluție cronică recidivantă cu ondulări de sezon. Punctul de plecare este întotdeauna rectul, pentru ca recăderile evolutive ordinare să implice tot traiectul colic, cu ulcerarea difuză și sclerozarea mucoasei și submucoasei, scurtarea intestinului, stenoizarea lumenului, pierderea capacităților funcționale, dezvoltarea complicațiilor *locale (intestinale)* și *sistemice (extraintestinale)*.^{1,8,13/}

Frecvența colitei ulceroase nespecifice constituie 80 cazuri la 100000 locuitori (de 2 ori mai mare ca boala Crohn) ^{1,3,8/}

Anual se depistează 10 cazuri noi de colită ulceroasă nespecifică la 100000 locuitori cu tendință de creștere a frecvenței;

La majoritatea bolnavilor, colita ulceroasă nespecifică primar este diagnosticată la vârsta de 15-30 ani, iar printre bolnavii aflați la evidență, predomină persoanele în vârstă de 55-70 ani;

Între bolnavii cu colită ulceroasă nespecifică proctita și colita distală se întâlnesc mai frecvent, decât colita totală, mai ales la bătrâni;