

9. L.V.Vynokurova, I.E.Trubitsyna, A.V.Hubina, B.Z.Chikunova. *Functional pancreatic insufficiency and its correction depending on the stage of chronic pancreatitis*. In: Russkiy meditsinsky zhurnal, 2010, № 13, p. 837-840.
10. Huberhrits N. B. *Chronic alcoholic pancreatitis. Uchenie zametki*. In: Materialy 2-ogo mezhdistsiplinarnogo rossiiskogo konhressa. "Chelovek, alcohol, kurenie i pishchevye addiktzii", 24-25 aprilie, 2008, p. 16-26.
11. Vinokurova L. V., I. E. Trubitsina. *The clinical course and therapy of chronic pancreatitis depending on the stage of the disease*. In: Ledashchii vrach, 2010, № 2, p. 45-49.
12. Schneider A., J. M. Lohr, M. V. Singer. *The M-ANNHEIN — classification of chronic pancreatitis: Introduction of a unifying classification system based on review of previous classification of the disease*. In: J. Gastroenterol., 2007, vol. 42, № 2, p. 101-119.

повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков. Клиническое обследование пациентов включало несколько этапов: 1) этиопатогенетическая диагностика; 2) предоперационная декомпрессия желчевыводящих путей; 3) реконструктивная хирургия. В случаях желчных стриктур, после купирования желтухи и желчных инфекций, проводили реконструктивные операции, напрямую зависящие от уровня обструкции, предпочтительно гепатикоюнональные анастомозы на изолированной петле Roux. Послеоперационная летальность была отмечена в 6 (2,63%) случаях. Ятрогенные повреждения имеют сложную эволюцию, с большим числом хирургических операций. Необходимо приложить усилия для своевременной диагностики и профилактики септических осложнений. На первом этапе предложено применить декомпрессию желчевыводящих путей, а после – купирование воспалительного процесса, проводят реконструктивные операции.

Ключевые слова: хирургическое лечение, стриктуры, желчные протоки

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL LEZIUNILOR ȘI STRICTURILOR CĂILOR BILIARE MAGISTRALE

Alexandru FERDOHLEB,
Catedra 2 Chirurgie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie N.
Testemițanu

Summary

Surgical treatment of lesions and strictures of the main biliary ducts

During 1980-2013 year, were hospitalized 233 patients biliary lesions and benign biliary strictures in the Clinic 1 2nd Department of Surgery of SMPU "N. Testemițanu". Clinical evaluation included several consecutive steps: 1) setting the etiopathogenic diagnosis; 2) pre-operative decompression of the biliary tree; 3) reconstructive surgical act. In case of biliary strictures, following the cut of jaundice and biliary infection, bilio-digestive derivations have been performed according to the level of the obstacle, preferring the bilio-jejunal on isolated loop in Y a la Roux. The post-operative lethality was of 6 (2.63%) cases.

The lesions of the biliary ducts have a complicated evolution, with many surgical interventions and hospital confinements. effort is needed in order to trace them timely and to prevent septic complications. In the first stage decompression of the biliary tree is performed and following the cut of the inflammatory process, bilio-digestive reconstruction is done.

Keywords: surgical treatment, strictures, biliary ducts

Резюме

Хирургическое лечение повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков

За период 1980-2013 г., на кафедре Хирургии № 2, клинической базе № 1, ГМФУ им. «Н. Тестемицану» было госпитализировано 233 больных с ятрогенными

Introducere

Odată cu prima colecistectomie efectuată în 1882 de către Langenbuch, s-au deschis noi posibilități de terapie a leziunilor iatrogene de cale biliară magistrală (LICBM). În 1899 s-a înregistrat prima reparație reușită a unei astfel de leziuni. De atunci, această tematică a fost dezbătută pe larg în articole și tratate de specialitate, atât în literatura internațională, cât și în cea autohtonă.

Principiile tehnicilor chirurgicale pe parcursul mai multor decenii au fost aduse la o cizelare impresionantă. S-a standardizat și tehnica realizării colecistectomiilor, însă ponderea leziunilor căilor biliare rămâne totuși constantă pe parcursul ultimelor decenii – 0,1-0,8% cazuri.

Colecistectomia clasică a fost un standard de aur în tratamentul colecistitei calculoase mai mult de 100 de ani. Promovarea pe scară largă a colecistectomiei laparoscopice a reaprins controversa din chirurgia clasică. Odată cu introducerea primei colecistectomii laparoscopice de către Erich Mühe von Böblingen (Germania) în 1985 și apoi de P. Mouret (Franța) în 1987 în practica medicală, s-a constatat o ascensiune uimitoare a acestei tehnologii, care devine doar în câțiva ani un nou standard de tratament, acceptat unanim. Astfel, la moment în țările dezvoltate se apreciază un nivel de 95% de colecistectomie laparoscopice din totalul efectuat [1, 3, 4, 5].

Literatura de specialitate prezintă o abundență de date statistice și de interpretări și concluzii privitoare la incidența, factorii de risc și mecanismele de producere a LICBM, oferind totodată și recomandări pentru a preveni o astfel de eventualitate.

Până la era laparoscopică, frecvența leziunilor căilor biliare, ca urmare a unei colecistectomii tradiționale, pe parcursul ultimelor decenii a fost un

indice constant și era echivalat cu un caz la 300-500 operații (0,2-0,3%). Introducerea colecistectomiei laparoscopice a fost urmată de o creștere de 2-5 ori a frecvenței leziunilor iatrogene, fapt marcant mai ales în perioada de "învățare" a tehnicii laparoscopice. Această tehnică a schimbat și caracterul mecanismelor leziunilor căilor biliare, măbind gravitatea acestora. A crescut ponderea leziunilor înalte cu mare deficit de materie biliară. Au apărut leziuni motivate de efectul diatermocoagulării excesive. Am remarcat apariția leziunilor combinare – atât ale căilor biliare, cât și ale vaselor sangvine.

Astfel, studiul nostru se axează pe ceea ce se întâmplă după ce leziunea a fost produsă. Vom expune toate tacticile chirurgicale aplicate atât în perioada imediată de la leziune, cât și cele din perioadele tardive și stricturile biliare. LICBM sunt cauza principală a stricturilor biliare benigne (SBB). SBB în 95% cazuri apar în urma unor leziuni provocate de actul operator, îndeosebi cu ocazia intervențiilor laborioase pe căile biliare.

Traumatismul căii biliare principale (CBP) în 80-90% din cazuri este consecința unei colecistectomii. În cazul colecistectomiilor tradiționale, ponderea traumatismelor căilor biliare magistrale (CBM) constituie 0,8 – 1%, în colecistectomiile celioscopice – 0,22 – 3%. După Ничитайло М.Е., 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 hepatopancreatoduodenală, rata traumatismelor este de 1%. În 0,1–9,1% din cazuri traumatismul CBM apare în urma unei rezecții gastrice [6-9].

SBB reprezintă o afecțiune destul de frecventă. Soarta pacienților cu această afecțiune este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenții chirurgicale repetate, prezenta icterului complicat cu angiocolită purulentă, a sepsisului biliar, cu evoluția unei insuficiențe hepatice progresive [3, 7, 8].

Cele mai frecvente cauze ale traumatismelor CBE sunt condițiile dificile intraoperatorii, variațiile anatomice ale vaselor sangvine și ale sistemului ductal biliar, hemoragiile dificile intraoperatorii, plastroanele inflamatorii subhepatice, motivate de procese inflamatorii acute. Gradul afectării CBE intraoperatoriu este determinat de nivelul profesional al chirurgului, capacitatea de orientare în situația topografo-anatomică, în corelația vaselor sangvine și a arborelui biliar, în special în procesele inflamator-destructive din vezicula biliară, ce implică și ligamentul hepatoduodenal. Niciun chirurg nu este scutit de acest accident, așa încât cunoașterea mecanismului de lezare, a posibilităților de prevenire și a celor de rezolvare chirurgicală intră în obligația tuturor chirurgilor care își asumă responsabilitatea unor astfel de operații [2, 5, 6].

După Bismuth [2], se disting 5 tipuri de stricturi ale CBE de geneză iatrogenă:

Tipul 1 – strictură joasă (pediculară), cu un bont biliar superior mai lung de 2 cm. Ea survine mai ales în rezecțiile gastrice pentru ulcerul postbulbar.

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

Tipul 3 – strictură hilară înaltă: este practic lipsită de bontul biliar, dar omunicarea dintre cele două ducte hepatice nu este afectată. Așadar, confluența biliară este respectată.

Tipul 4 – strictura convergenței biliare reprezintă consecința leziunilor. Comunicarea dintre ductele hepatice stâng și drept este întreruptă.

Tipul 5 – în cazul unor anomalii ale căilor biliare (ca 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:

- tipul A – leziuni ale ductului cistic sau ale canalelor aberante din patul hepatic al veziculei;
- tipul B – ligatura de canal segmentar aberant al lobului drept;
- tipul C – secțiunea unui astfel de canal;
- tipul D – leziuni laterale ale CBP;
- tipul 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 confluența hepaticelor);

E2 – leziune coledociană situată imediat sub confluența;

E3 – leziunea canalului hepatic deasupra confluenței cu păstrarea integrității ultimului;

E4 – leziunea celor două canale hepatice;

E5 – leziunea canalului hepatic drept anormalic.

S-a dovedit a fi o clasificare mai bine adaptată cerințelor clinicilor chirurgicale și mai utilă în serviciile multidisciplinare pentru analiza și evaluarea leziunilor iatrogene ale căilor biliare. Această clasificare are o răspândire largă, în ultimii ani, în serviciile chirurgicale. Unicul neajuns al acestui sistem de clasificare este că e prea specializată și astfel devine incomodă în practica cotidiană chirurgicală [6, 7].

Law W.Y., Lai E.C.H. (2007) au propus în clasificarea lor să se includă, alături de leziunile biliare, și cele combinate cu leziuni vasculare, să se prezinte leziunile mici în raport cu cele mari, să se delimiteze leziunile fără defecte de țesut de cele cu defect de țesut biliar. Clasificarea a inclus cinci grupe de bază, după următoarele criterii:

- I. Bilioragie din bontul cistic sau din ducturi mici, din patul vezicii biliare;
- II. Leziuni parțiale ale peretelui coledocian sau ale ductului hepatic comun cu (2a), sau fără (2b) defecte tisulare;
- III. Trisecțiuni de coledoc sau hepatic comun cu (3a) sau fără (3b) pierderi de țesut;
- IV. Leziuni ale ductului hepatic drept/stâng cu (4a) sau fără (4b) pierderi de țesut;
- V. Leziuni ale ducturilor biliare combinate cu cele ale vaselor sangvine.

Avantajele acestei clasificări constau în relatarea gradului de leziune în ordine crescândă, în corelare cu mecanismele, tipul lezării, punând pe treapta de sus leziunile combinate cu cele vasculare, ca fiind cele mai dificile [7].

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, ceea ce impune apariția în perioada postoperatorie a unui lanț de complicații grave, ce duc la un sfârșit letal în 1-40% cazuri [3, 4, 7].

În articol se face o analiză critică a experienței de peste 25 de ani a clinicii Catedrei *Chirurgie nr. 2 a USMF N. Testemițanu*. Se încearcă a pune în lumină, pe lângă cifrele seci ale unor date statistice, suferința umană pe care o implică LICBM, precum și dificultățile de îngrijire și tratament pe care le implică.

Material și metode

În Clinica 1, Catedra 2 *Chirurgie a USMF N. Testemițanu*, în perioada 1980-2013 au fost spitalizați 233 pacienți cu LCBM și SBB. În 95,28% cazuri pacienți au fost primar tratați și apoi transferați din alte servicii chirurgicale. La un volum de peste 21456 de colecistectomii efectuate în clinică, am constatat 11 (0,05%) cazuri proprii de LCBM. Repartiția pe sexe a relevat o predominare evidentă a femeilor – 154 (67,54%) față de 74 (32,46%) bărbați. Vârsta pacienților a variat între 25 și 81 de ani, cu media de $53,18 \pm 1,58$ ani. Ponderea pacienților în etate a fost la nivel de 50% din lotul examinat. 56,3% din cei cu leziuni biliare au suferit o intervenție chirurgicală pentru o colecistită acută. 95% au fost leziuni biliare majore, clasele D-E după Strasberg.

Cele 11 cazuri de LCBM „proprii” au constat în: secțiuni de coledoc (3), plăgi laterale coledociene (4), clipări de CBP (3), suturare parțială (1). În 10 cazuri leziunile s-au produs ca urmare a unei intervenții chirurgicale efectuate în urgență. Intraoperator s-au asociat cu o reacție inflamatorie în zona triunghiului Calot, hemoragii intraoperatorii cu hemostază dificilă. Leziunea a fost recunoscută imediat în 6 cazuri, prin apariția bilei în câmpul operatoriu. La 5 pacienți s-a recurs la restabilirea integrității arborelui biliar cu

plastie pe tub de dren Kehr. În celălalt caz a fost o cale biliară dilatată și s-a recurs la hepaticojejunostomie pe ansa Roux.

În alte 5 cazuri LCBM a fost apreciată devreme, în primele 24-72 de ore, prin bilioragii importante pe drenajul de siguranță (3), creșterea icterului mecanic (2). În toate cazurile s-a recurs la intervenție chirurgicală repetată, cu realizarea unui drenaj biliar extern adecvat al CBP. Doar la un pacient leziunea a fost apreciată peste 6 luni, cu evoluția unei stricturi biliare ce a necesitat o reconstrucție biliară. Dint cele 11 cazuri, o reconstrucție ulterioară a fost necesară doar la 6 pacienți, care a fost realizată prin ansa jejunală a la Roux.

În 15 cazuri, bolnavii au fost transferați din alte servicii cu tablou clinic de peritonită biliară generalizată, sepsis biliar. După o pregătire intensivă în serviciul de reanimare, cu atingerea indicilor minimali de operabilitate, pacienții au fost operați. În toate observațiile s-a efectuat asanarea focarului septic, cu instalarea unei hepatostome externe și microjejunostomei parietale tip Delany pentru un bypass biliojejunal temporar. După 6 luni de monitorizare și tratament la ambulatoriu, am recurs la etapa reconstrucțiilor biliare.

În 35 de cazuri, pacienții au fost internați primar cu un tablou clinic de icter mecanic, sepsis biliar. În toate situațiile s-a recurs, ca primă etapă, la drenarea externă a arborelui biliar și realizarea operației reconstructive în etapa a doua, peste 2-3 luni. În marea majoritate am optat pentru evitarea pierderilor mari de bilă și am aplicat un bypass biliojejunal, fie imediat, fie mai târziu – în funcție de gravitatea pacientului.

În 62 de cazuri am avut pacienți cu fistule biliare externe postoperatorii. Tactica adoptată a fost trecerea din fistulă nedirijată la o fistulă biliară format extern. Doar în situațiile de fistule totale am recurs la instalarea unui bypass în etapa a doua. Termenul pentru etapa reconstructivă era evaluat individual în fiecare caz.

Din toate cazurile de LCBM analizate, în 228 de cazuri am remarcat trecerea procesului lezional în strictură biliară. Toți acești pacienți la etapa reconstructivă au fost supuși unui examen sonografic, ce a permis identificarea căilor biliare intrahepatice și extrahepatice distale, identificarea cauzei și a nivelului obstructiv.

Diagnosticul topic al leziunilor iatrogene ale CBE a fost stabilit opacifiind direct sistemul biliar prin colangio-pancreaticografie 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 am recurs la colangiografia percutanată transhepatică (CPT). În cazurile dificultăților de informativitate a ERCP sau CPT în lipsa unei fistule biliare, apelăm la biliscintigrafia dinamică și colangiografia prin rezonanță magnetică nucleară – 11,27% cazuri (*figura 1*).

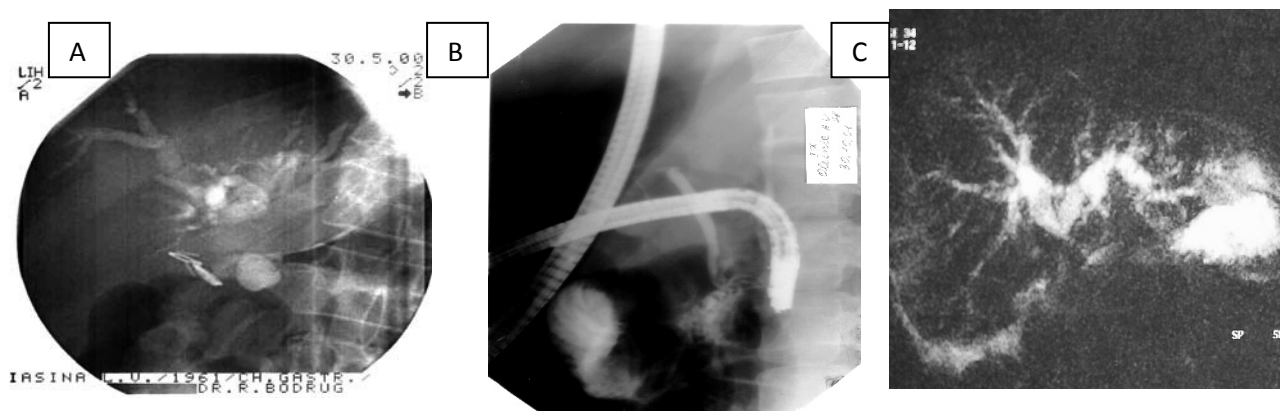


Figura 1. Strictură a CBP (A – CPT; B – ERCP; C – CRMN)

Principiile evaluării diagnosticului etiopatogenic urmate de noi ne-au permis stabilirea următoarei repartiții a localizării stricturilor după Bismuth: tip I – 63 (27,2%) cazuri, tip II – 86 (37,72%), tip III – 66 (30%), tip IV – 14 (5,08%) cazuri.

Conduita medico-chirurgicală a fost strict individuală în fiecare caz clinic. În complexul curativ a fost inclusă terapia intensivă de infuzie și corecție a funcției hepatice, terapia medicală antiinfecțioasă, decompresia miniinvasivă prin remedii endoscopice (drenarea nazobiliară (9,39%), aplicarea stentării endoscopice (8,45%), dilatarea stenozei prin balonașul Fogarty (3,29%)) sau prin intermediul remediilor percutanate ale arborelui biliar (14,8%), cu realizarea actului chirurgical reconstructiv în condiții favorabile, cu risc minim de complicații posibile.

Pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv am luat în considerație obligatoriu următorii factori locali, intraoperatorii: sediul stricturii, extinderea ei, gradul de dilatare și gradul afectării sclero-inflamatorii a extremității proximale a hepaticocoledocului, prezența sau lipsa unei fistule biliare externe, prezența sau lipsa afecțiunilor supurative locale. Termenul mediu de la ultima intervenție chirurgicală până la reconstrucție, inclusiv de la cea lezională a fost în medie $4,5 \pm 1,56$ luni.

În centrele chirurgicale, până în prezent nu există o părere comună bine definită în privința soluțiilor chirurgicale în rezolvarea stricturilor biliare.

Excizia segmentului cicatrizat, cu anastomoză „cap-la-cap” a hepaticocoledocului pare soluția cea mai simplă, dar cu rezultate tardive nu prea încurajatoare și în prezent practic nu este folosită [4]. Astfel, Warren (1982) arată că rezultatele pe care le-a obținut au fost cu mult inferioare celor din hepaticojejunostomii și că în 50% din cazuri stenoza a recidivat. Consemnând eșecuri după acest procedeu, majoritatea cercetătorilor opinează pentru suprimarea sa din tehnica chirurgicală. Anastomozele biliojejunale reprezintă grupa de procedee tehnice care se bucură de cea mai largă utilizare în restabilirea tranzitului biliar în SBB [7, 8].

Conduita chirurgicală s-a axat pe nivelul stricturii, prelungirea procesului de scleroză a CBP. În

perioada 1980-1990, pentru soluționarea SBB de tip I am efectuat coledocoduodenostomia după procedeul luraș (14-5,57% cazuri), iar pentru SBB de tipurile II-V – derivațiile biliojejunale pe ansă în Omega (40-18,78% cazuri). În cazul stricturilor de tipurile II-V s-a recurs la o drenare obligatorie a gurii de anastomoză prin procedeul Praderi-Smith. Din 1990 până în 2004, pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv am executat derivațiile biliodigestive cu ansa jejunală exclusă în Y a la Roux. Astfel, 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 sau 26,29% cazuri) și tip III (46 sau 21,6% cazuri) s-a preferat hepaticojejunostomia a la Roux. În cazul stricturilor de tip IV, sesizate la 13 (6,1%) pacienți, a fost realizată bihepaticojejunostomia pe ansa exclusă în Y a la Roux.

Din punct de vedere tehnic, anastomozele biliojejunale pe ansă în Omega sunt mai simple decât cele pe ansă exclusă în Y a la Roux, deoarece lipsește timpul de pregătire a vascularizației ansei excluse. Cu toate acestea, rezultatele obținute nu ating aceleași performanțe calitative. Am sesizat pentru procedeul dat câteva inconveniente: se scoate din funcțiune circa 1 m din jejun; pe ansa aferentă, între fistula Braun și zona de strictură, apare un „fund de sac”, ce poate avea repercusiune cunoscută a ansei oarbe, apariția unui cerc vicios legat de prezența refluxului enterobiliar, cu evaluarea angiocolitei cronice și a cirozei biliare. Rezultatele la distanță în lotul de 54 pacienți, tratați în perioada 1980-1990: în 25 (11,74%) cazuri tablou clinic de angiocolită cronică persistentă și în 5 (2,35%) – observații ale cirozei biliare.

Aceste complicații majore ne-au impus să revizuiam principiile tehnicii chirurgicale aplicate și metoda de drenare a gurii de anastomoză. Din anii '90 am recurs la aplicarea în practică a derivațiilor biliojejunale pe ansă 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 realizată corect exclude complet tensiunea la nivelul anastomozii, minimizează riscul bilioragiei și al fistulelor postoperatorii la nivelul gurii de anastomoză. Afrontarea mucoaselor la nivelul anastomozii exclude o eventuală stenozare postoperatorie la distanță. Am preferat drenajul gurii de anastomoză după procedeul Voelker din considerentele că este mai puțin traumatizant, este perfect funcțional hidrodinamic, durează puțin. Evaluarea clinică de perspectivă a acestor pacienți a permis de a revizui din anul 1995 indicațiile pentru drenajul gurii de anastomoză. Drenarea 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 SBB de tip IV.

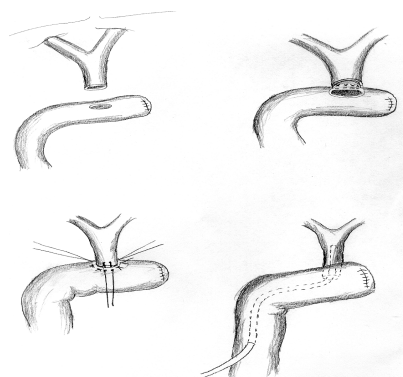


Figura 2. Hepaticojejunostomie cu drenare pr. Voelker (schemă)

În legătură cu creșterea numărului de leziuni înalte, dificil de soluționat tehnic, deseori având concomitent leziuni vasculare, am revizuit principiile de aplicare a anastomozelor biliodigestive. Pe parcursul ultimilor 5 ani recurgem la o mobilizare hilară înaltă, cu principiile metodei Hepp-Couinaud cu aplicarea anastomozelor lărgite atât pe canalul stâng, cât și pe cel drept. Un principiu de bază pentru aceste anastomozes este aplicarea suturii atraumatice de tip PDS- 4/0, 5/0 într-un singur plan, cu o afrontare minuțioasă a mucoaselor și excluderea totală a țesutului sclerotic inițial.

Rezultate obținute

În cazul a 47 (20,61%) stricturi de tip I, am apelat la coledocojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată Roux. La toți acești pacienți am depistat o dilatare a coledocului cu peste 2 cm și situație favorabilă locală anatomică, ceea ce ne-a permis să ne abținem de la drenajul anastomotic. Pentru 60 (26,32%) 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 (figura 2). Prezența dilatării

ductului hepatic comun de peste 2 cm, ne-a permis să finalizăm intervenția fără drenaj transanastomotic în 30 de cazuri. În celelalte 30 cazuri am avut fistule biliare externe totale, creându-se dificultăți tehnice intraoperatorii sporite. La toți pacienții a fost un proces fibroscleros exprimat local, lipsa dilatării arborelui biliar proximal (sub 15 mm), cu implicarea extremității proximale în procesul sclero-cicatricial major. Aceste probleme au fost soluționate prin aplicarea unei hepaticojejunostome latero-laterale pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu o drenare transanastomotică obligatorie după Voelker.

În cazul a 53 (23,25%) pacienți cu stenoze de tip III, modalitatea tehnică a depins direct de dimensiunea extremității proximale de la hilul hepatic și de gradul implicării lui în procesul cicatricial. Astfel, la 38 (16,67%) pacienți am avut un bont dilatat, proeminent de la hilul hepatic la 1 cm, fără o implicare majoră în procesul cicatricial. În toate cazurile am recurs la hepaticojejunostomia termino-laterală pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu o protejare transanastomotică după Voelker. La ceilalți 15 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 – 14 (6,14%) cazuri. Dificultățile erau sporite de procesul cicatricial fibros prezent, de lipsa ductului hepatic comun și implicarea joncțiunii ducturilor hepatice drept și stâng în procesul cicatricial. S-a recurs la puncția hilului hepatic, pentru evidențierea confluenței canalelor hepatice și efectuarea colangiografiei intraoperatorii obligatorii pentru identificarea precisă topică a elementelor arborelui biliar. Au fost mobilizate elementele hilului hepatic, cu prepararea plăcii hilare Couinaud și diferențierea separată a ductului hepatic drept și a celui stâng. Se face tracțiunea în jos a plăcuței hilare, apoi deschiderea ambelor canale hepatice și montarea bihepaticojejunostomiei pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice după Voelker.

Am determinat complicații în 14 (6,14%) cazuri. La 10 (4,39%) pacienți – supurații postoperatorii, soluționate prin asanare chirurgicală; 4 (1,75%) 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 atins 6 (2,63%) pacienți, fiind cauzată de progresarea insuficienței hepatice pe fond de angiocolită cronică.

Discuții

Leziunile biliare sunt caracterizate de un grad mare de severitate, cu tendință de localizare proximală în creștere pe parcursul ultimilor ani. Majoritatea intervențiilor reparatorii asupra căilor biliare și de drenaj temporare necesită o nouă operație de reconstrucție biliodigestivă.

Factorii implicați în lezarea ducturilor biliare sunt multipli și pot fi grupați în trei categorii: factorii ce țin de chirurgul-operator și de situația intraoperatorie; factorii ce țin de situația anatomică a pacientului și cei referitori la complicațiile inflamatorii locale. Factorii care țin de situația anatomică sunt reprezentați de: obezitate, sex, vârstă, statut biologic, variantele anatomice locale. Obezitatea, prin prezența adipozităților periviscerale, poate favoriza leziunile biliare prin dificultățile de disecție intraoperatorie, identificare a elementelor anatomice. Durata litiazei favorizează procentul înalt al proceselor locale scleroatofice, al fistulelor biliobiliare. Variantele anatomice sunt reprezentate de anomaliiile colecistului, hepatocolodocului și ale vaselor sangvine.

Dintre factorii ce țin de operator, experiența chirurgicală are un rol important. Au o influență mare și modalitățile tehnicii laparoscopice: imaginea bidimensională, dispariția simțului tactil, abordul pediculului hepatic dinspre inferior și lateral, utilizarea electrocauterului în triunghiul Calot, precum și instrumentariul laparoscopic.

Repararea leziunilor biliare provoacă probleme în raport cu tipul și localizarea acestora. Recunoașterea și repararea lor imediată sau timpurie scade cu mult rata morbidității și mortalității postoperatorii. Metodele de reparație a unor astfel de leziuni sunt reconstructive, de substituție a defectului lezional, de plastie biliobiliară și de drenaj adecvat extern. În situația unei leziuni laterale sau arsuri electrice, sutura orificiului și drenajul transcistic soluționează problema. Asocierea unei stentări endoscopice permite soluționarea acestei probleme. Secțiunea totală a CBP impune rezolvarea pe cale deschisă. În funcție de localizare, se pot folosi mai multe metode: sutura termino-terminală cu un eventual drenaj, plastia CBP pe tubul de drenaj Kehr, implantarea primară a CBP în ansa jejunală a la Roux.

Repararea CBP la prima etapă ne permite, în majoritatea cazurilor, doar o paleație de etapă. Pe parcurs se dezvoltă strictura inflamatorie de cale biliară – motiv pentru următoarea etapă de tratament chirurgical. Reconstrucția biliodigestivă, bazată pe ansa jejunală a la Roux, este un remediu de bază în această patologie. Este o anastomoză delicată, ce folosește un component biliar implicat în procesul sclerofibros. Se folosesc preparări minuțioase, ce permit utilizarea unui sector de CBP lipsită de scleroză cu un perete intact. Firele se aplică în suturi ordinare, într-un singur plan de tip PDS – 4/0, 5/0, urmate de instalarea drenajului transanastomotic protector.

Concluzii

1. LICBM reprezintă o problemă dificilă pentru chirurgia contemporană. Ele conduc la un număr mare de intervenții chirurgicale sau miniinvasive, cu reinternări frecvente. Complicația prognostică cea mai gravă este peritonita biliară cu sepsisul biliar. Ele necesită tratament etapizat al patologiei: bypass biliodigestiv și mai apoi reconstrucția biliară.

2. Stricurile benigne ale căilor biliare extrahepatice (SBB) reprezintă o evoluție la distanță a LICBM, afecțiune importantă, cu caracter sever al evoluției clinice și risc major de reintervenții cu intenție reparatorie, ce conferă o importanță majoră tacticii chirurgicale aplicate în soluționarea lor.

3. Tratamentul chirurgical al SBB este în raport direct cu nivelul localizării. Pentru stricurile de tip I este optimă coledocojejunostomia 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 cu o extindere semnificativă a stricturii în sus, 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 a celui stâng. Pentru stricurile de tip IV este preferată aplicarea bihepaticojejunostomiei pe ansa izolată Roux și drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice.

Bibliografie

1. Turcu F., Dragomirescu C., Pletea S., Bănescu B. *Problematika leziunilor iatrogene de cale biliară principală, sau o imagine a unui vârf de aisberg*. În: Chirurgia, 2011, nr. 2 (106), p. 187-194.
2. Bismuth Henri. *Biliary stryctures: classification based on the principles of surgical treatment*. In: World J. Surg., 2001, vol. 25, p. 1241-1244.
3. Lillemoe K.D. *Benign post-operative bile duct strictures*. In: Baillieres Clin. Gastroenter., 1997, nr. 11, p. 749.
4. Tocchi M.D., Costa G., Lerpre L., Liotta G. et al. *The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benign bile duct strictures*. In: Annals of surgery, 1996, vol. 224, p.162-167.
5. Hotineanu V., Ferdohleb A., Cotonets A., Hotineanu A. *Iatrogenic injuries of biliary ducts-experience of surgery*. In: Вісник Морської Медицини, 2001, nr. 2, p. 347-350.
6. Zhi-Qiang Huang, Xiao-Qiang Huang. *Changing patters of traumatic bile duct injuries: a review of forty years experience*. In: World J. Gastroenter., 2002, nr. 8(1), p. 5-12.
7. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. *Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия*. Киев, 2006, 559 с.
8. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. *Хирургическое лечение поврежденных и стриктур желчных протоков после холецистэктомии*. В: Альманах Института хирургии имени А. В. Вишневского, 2008, т. 3, № 3, с. 71-76.
9. Шалимов А.А., В.М. Копчак, В.П. Сердюк, И.В. Хомяк, А.И. Дронов. *Рубцовые стриктуры протоков: наш опыт лечения*. В: Анналы хирургической гепатологии, 2000, т. 5, № 1, с. 85-89.