

## Ectazia căii biliare principale în megacoledocul de geneză benignă

A. Hotineanu

Catedra Chirurgie nr. 2, USMF "Nicolae Testemițanu"

### The Main Bile Duct Ectasia in the Treating Benign Megacholedoc

This paper analyzes 128 patients with benign megacholedocus who were treated in Surgical Clinic N 2 of the State Medical and Pharmaceutical University "Nicolae Testemițanu" during the period 1992-2008. Definite diagnosis was established by using the following diagnostic algorithm: ultrasound, ERCP with preoperative decompression, in complicated cases MRI or CT, preoperative decompression via PST, naso-biliary drainage or stenting. Complex therapeutical management permitted adequate preoperative preparing, determined by the decreasing or disappearing of obstructive jaundice and the normalisation of metabolic and saline disturbance. Surgical treatment of benign megacholedocus depends on the etiological factor and is limited to hepaticojejunostomy or hepaticojejunostomy and pancreatojejunostomy on doubled loop Roux and cephalic pancreatoduodenectomy. Argumentation of algorithm application in this group of patients was demonstrated via satisfactory results, which permitted complete or partial rehabilitation of these patients. In our statistics we recorded 3 cases of death  $1,6 \pm 1,1\%$ , ( $p > 0,05$ ), caused by acute hepatorenal insufficiency and septic complication.

**Key words:** bile ducts, pancreatojejunostomy, jejunostomy, anastomosis, Roux-en-Y.

### Расширение общего желчного протока доброкачественного генеза

За период с 1992 по 2008 год в клинике кафедры хирургии №2 Госмедфарм университета им. Н. А. Тестемицану было проведено лечение 128 пациентов с мегалохоледоком, обусловленным доброкачественной желчной обструкцией. Окончательный диагноз устанавливался согласно следующего алгоритма: ультразвуковое исследование, РХПГ с предоперационной декомпрессией, в затруднительных ситуациях ЯМР-холангиография или КТ. Предоперационная декомпрессия проводилась посредством ПСТ, назо-билиарный дренаж или эндостентирование. Комплекс лечебных мероприятий обеспечил адекватную предоперационную подготовку, уменьшение или исчезновение механической желтухи и нормализацию метаболических и водно-солевых нарушений. Хирургическое лечение мегалохоледоха доброкачественного генеза зависит от этиологических факторов и сводится к наложению гепатикоюноанастомоза на петле Ру или формированию гепатикоюноанастомоза и панкреатоеюноанастомоза на дважды расщепленной петле Ру, и панкреатодуоденальной резекции. Корректность предложенного нами алгоритма подтверждает хорошие результаты лечения, что позволило частично или полностью реабилитироваться больным из данной группы. В нашем исследовании смертность составила  $1,6 \pm 1,1\%$ , ( $p > 0,05$ ) (3 случая), обусловленные острой печеночнопочечной недостаточностью и септическими осложнениями.

**Ключевые слова:** желчные протоки, панкреатоеюностомия, еюностомия, анастомоз Y-образный по Ру.

### Introducere

Obstrucția biliară benignă poate fi cauzată de coledocolitiază sau stricturi biliare benigne. Stricturile biliare rămân a fi o problemă dificilă de management chirurgical. Aceste situații clinice nu permit rezolvări de scurtă durată, ci necesită reconstrucții durabile cu succes bine definit, având în vedere că majoritatea pacienților sunt într-o stare de sănătate satisfăcătoare și așteaptă o supraviețuire pentru mai mulți ani. Mulți pacienți sunt de o vârstă tânără, ceea ce implică și probleme sociale, care prin rezolvarea lor îmbunătățesc productivitatea acestor bolnavi. Managementul curativ inadecvat poate duce la complicații severe ca ciroza biliară, hipertensiunea portală sau colangita recurentă, despre care am vorbit mai sus. Intervențiile repetate de multe ori reduc rata succesului în timp. Orice metodă de reconstrucție trebuie să fie efectuată în cadrul centrelor specializate, de către chirurghi experimentați în domeniu. Cele mai bune rezultate se obțin prin efectuarea unui diagnostic precoce, unui management terapeutic și chirurgical matur la prima reconstrucție.

Stricturile biliare pot fi solitare, dar și multiple, cauzele acestor stricturi pot fi diferite [1, 2]:

- ✓ Stricturi congenitale;
- ✓ Stricturi iatrogene postoperatorii;
- ✓ Stricturi posttraumatice;

- ✓ Stricturi post manipulații endoscopice;
- ✓ Stricturi inflamatorii;
- ✓ Colangită primară sclerozantă;
- ✓ Stricturi induse de radiație;
- ✓ Stenoza de PDM.

Dilatarea căilor biliare principale este provocată de stricturile distale, cauzate de coledocolitiază și pancreatita cronică.

### Materiale și metode

Grupul de pacienți cu megacoledoc de geneză benignă a fost reprezentat de 128 de pacienți, dintre care 46 ( $35,9 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) cu megacoledoc, cauzat de pancreatita cronică cefalică, 34 ( $26,6 \pm 2,5\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți cu coledocolitiază și 48 ( $37,5 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți cu megacoledoc, cauzat de stricturi inflamatorii benigne distale.

Repartizarea conform vârstei pacienților cu megacoledoc de geneză benignă, în perioada de studiu a fost următoarea, cu media anuală  $12,8 \pm 0,4\%$ , ( $p < 0,001$ ) pacienți.

Din numărul total de bolnavi cu megacoledoc de geneză benignă, incluși în studiu, bărbați au fost 75 ( $58,6 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ), femei - 53 ( $41,4 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ), ceea ce denotă o afecțiune mai sporită a persoanelor de sex masculin ( $p < 0,001$ ).

În dependență de subgrup, există variații semnificative în raport cu grupul general. În subgrupul de pacienți, în care

cauza megacoledocului era pancreatita cronică cefalică, prevalau bărbații, 38 ( $82,6 \pm 2,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri, iar femeile - 8 ( $17,4 \pm 2,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri. Un raport diferit ne oferă subgrupul de pacienți, cauza etiologică a megacoledocului fiind coledocolitiază, în care persoanele de sex feminin erau majoritare, 22 ( $64,7 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) dintre cazuri, iar persoanele de sex masculin, erau minoritare - 12 ( $35,3 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri. Megacoledocul cauzat de stricturi inflamatorii afectează în mod egal ambele sexe.

La repartizarea pacienților, conform grupelor de vârstă s-a observat, că incidența maximă a patologiei a fost remarcată în grupul de vârstă de 61-70 ani. Sub aspectul vârstei extensia este foarte mare, cu limitele între 18 și 81 de ani, vârsta medie generală fiind  $58,3 \pm 0,8$  ( $p < 0,001$ ) ani. În lotul de studiu vârsta medie a constituit, la pacienții cu coledocolitiază -  $59,1 \pm 0,7$  ( $p < 0,001$ ) ani, la pacienții cu pancreatită cronică cefalică -  $60,3 \pm 0,8$  ( $p < 0,001$ ) ani și  $55,8 \pm 0,8\%$ , ( $p < 0,001$ ) ani, la bolnavii cu stricturi inflamatorii coledociene distale, variind între limitele de 30-80 ani, la pacienții cu megacoledoc, cauzat de coledocolitiază, între limitele de 32-81 ani, la pacienții cu pancreatită cronică cefalică - în limitele de 18-81 ani, la pacienții cu megacoledoc, cauzat de stricturile inflamatorii benigne de coledoc distal.

Din antecedentele bolnavilor am reținut: pacienții cu coledocolitiază au suportat în anamneză în 18 ( $52,9 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri colecistectomie. Colecistita cronică calculoasă și coledocolitiază concomitent au fost prezente într-un singur ( $2,9 \pm 1,0\%$ ,  $p < 0,01$ ) caz.

În majoritatea cazurilor, la pacienții cu pancreatită cronică cefalică, am depistat etilismul, care a fost prezent în 28 ( $60,9 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri, în 5 ( $10,9 \pm 1,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri-malrotație duodenală și duodenostază, în 20 ( $43,5 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri. Analiza acestor componente a demonstrat, că factorii etiologici de bază în pancreatita cronică cefalică sunt anume etilismul și duodenostaza pe fundalul malrotației duodenale deseori decompensate.

Mai mult de jumătate 26 ( $56,5 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) din pacienții din ultimul subgrup au suportat în anamneză intervenții în zona hepatobiliopancreatică.



Fig. 1. Pancreatită cronică cefalică, CBP = 1,2 cm.

Pacienții cu megacoledoc de geneză benignă, se pot diviza în trei subgrupuri: pacienții cu coledocolitiază, bolnavii cu pancreatită cronică pseudotumorală și cei cu stenoze benigne distale. Aceste subgrupuri sunt constituite pe baza elementelor etiologice. Tabloul clinic al acestor pacienți este diferit, în dependență de factorul cauzal, dar la internare prezentau multe tangențe, în special de apariție a icterului mecanic prin compresie sau obstrucție.

Datele clinice obținute în urma examenului clinic al pacientului, ne-au determinat să suspectăm în majoritatea cazurilor prezența unei patologii de etiologie benignă a zonei hepatobiliopancreatice.

La pacienții cu pancreatită cronică cefalică, tabloul clinic a fost dominat de simptomul de bază - durerea abdominală, care a fost prezentă la toți pacienții, cu o zonă de dislocare caracteristică pancreatitei cefalice.

Sindromul doloar a fost localizat în epigastru și hipocondrul drept, cu iradiere în formă de centură. Caracterul durerii este permanent, rezistă chiar și la analgezice, se intensifică după alimentație.

Datorită interconexiunii strânse între pancreas și sistemul digestiv, în 6 ( $13,0 \pm 1,9\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri au fost prezente semnele dispeptice, cum ar fi inapetența, balonările, greața, voma.

Cea mai importantă exprimare clinică, care a dus la adresarea pacientului la noi în clinică, a fost icterul mecanic. Icterul apare, de obicei, după o criză dureroasă. Acest fenomen apare datorită compresiei căii biliare principale de către capul pancreasului patologic schimbat. În acest subgrup de pacienți icterul mecanic a fost prezent în 32 ( $69,6 \pm 2,6\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri. Obstrucția biliară îndelungată poate induce instalarea colangitei, care se manifestă clinic prin febră și frisoane.

La examenul fizic al pacienților, în 45 ( $97,8 \pm 0,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri, s-a depistat o scădere ponderală, cauzată de reducerea aportului caloric în condițiile de insuficiență exocrină.

Tumoarea palpabilă a fost individualizată la toți pacienții în 46 ( $100,0 \pm 0,0\%$ ) cazuri, fiind mobilă și doloară.

Diabetul zaharat a fost satelitul acestei patologii într-un singur ( $2,2 \pm 0,8\%$ ,  $p < 0,05$ ) caz.

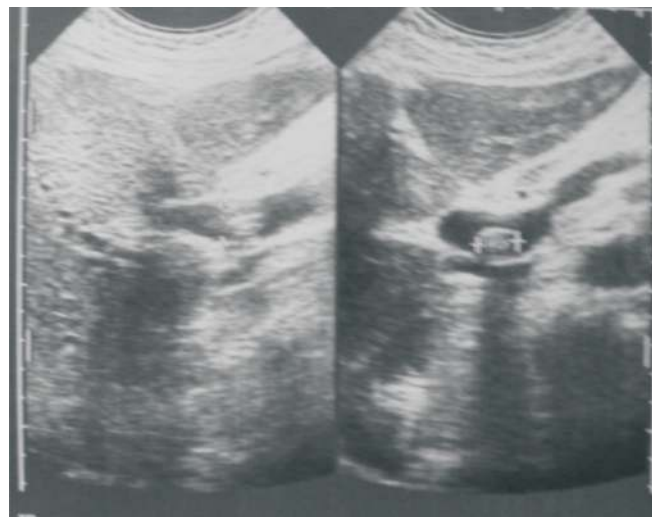


Fig. 2. Coledocolitiază, CBP = 1,3 cm.

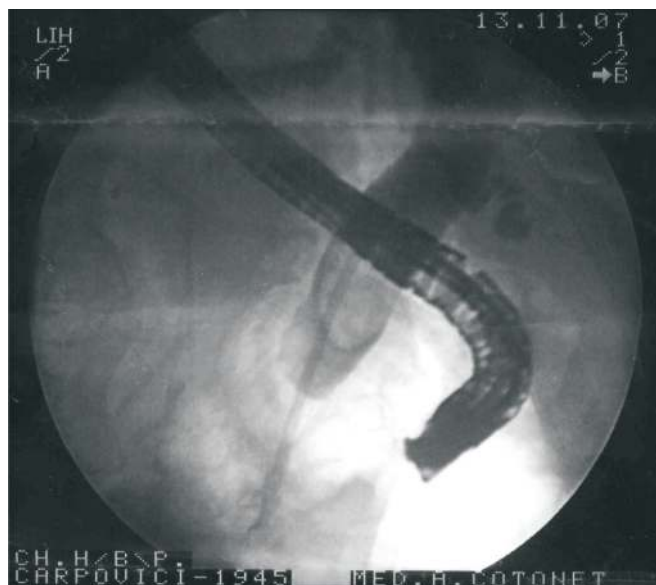


Fig. 3. CPGRE, coledocolitiază, diametru CBP=35 mm.

Un alt subgrup de pacienți sunt cei cu megacoledoc de genă benignă, cauzat de coledocolitiază. Tabloul clinic al acestui subgrup de pacienți a fost marcat de manifestările clasice ale acestei patologii.

Acest subgrup de pacienți a fost dominat de prezența și manifestările clinice ale icterului mecanic, care a fost prezent la 22 ( $64,7 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți și s-a asociat cu angiolitiază în 9 ( $26,5 \pm 2,5\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri. Colica biliară a fost prezentă la toți pacienții – 34 ( $100,0 \pm 0,0\%$ ) cazuri.

Ultimul subgrup de pacienți a fost cel cu stricturi inflamatorii ale căii biliare principale distale. Evoluția clinică la acești pacienți era dominată de icterul mecanic, instaurat datorită stricturii intracoledociene distale.

Examenle biochimice au fost standarde și au inclus acele examinări, care sunt necesare pentru examinarea pacienților zonei hepatobiliopancreatice.

Diagnosticul imagistic al megacoledocului de genă benignă a depins de factorul etiologic, dar întrunește aceleași etape.

În aprecierea unui diagnostic corect au fost folosite următoarele metode imagistice: USG, CPGRE, hepatobiliscintigrafia secvențială, RMN, TC, duodenografia.

Diagnosticul megacoledocului începe cu ecografia hepatobiliară (fig. 1, 2), o metodă screening, care ne direcționează spre următoarele etape diagnostice:

Cele mai importante date ecografice pentru diagnosticul megacoledocului sunt dimensiunile căii biliare principale. Dimensiunile căii biliare la 2/3 pacienți – 79 ( $61,7 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri, erau de peste 1 cm, prezența calculilor coledocieni a fost determinată la 59 ( $46,1 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți. Valorile medii ale căii biliare principale fiind de  $1,4 \pm 0,1$ , ( $p < 0,001$ ) cm.

Sensibilitatea metodei pentru aprecierea dimensiunilor căii biliare principale este de 85,11%. Detectarea calculilor coledocieni este cu mult mai redusă, marcând un nivel de 53,19% dintre toate cazurile de coledocolitiază primară. Am evaluat pacienții, utilizând ecografia hepatobiliară, preoperator și postoperator. Împreună cu alte metode de diagnostic imagis-



Fig. 4. Strictură distală coledocienă.

tic, ecografia a permis monitorizarea evoluției bolnavului în corelație directă cu parametrii clinici și cei biochimici.

Colangiografia retrogradă endoscopică este standardul de aur în diagnosticul acestei patologii biliare. Ea a fost efectuată la 127 ( $99,2 \pm 0,5\%$ ,  $p < 0,001$ ) bolnavi. În 6 ( $4,7 \pm 1,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri a fost fixată dilatarea coledocului de peste 4,5 cm (fig. 3), cu valoare medie de  $2,7 \pm 0,1$ . Coledocolitiază a fost stabilită în 59 ( $46,1 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri. Stricturile inflamatorii de coledoc distal au fost determinate în 33 ( $25,8 \pm 2,5\%$ ,  $p < 0,001$ ) dintre cazuri, iar stricturile prin obstrucție extrinsecă au fost detectate în 46 ( $35,9 \pm 2,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) dintre cazuri. Sensibilitatea metodei în aprecierea dimensiunilor căii biliare principale a fost de 97,5%.

Hepatobiliscintigrafia dinamică s-a efectuat preoperator, postoperator, peste 3 luni. Această metodă a fost aplicată la 12 ( $9,4 \pm 1,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) bolnavi cu megacoledoc secundar. Utilizând-o, am determinat încetinirea excreției bilei în arborele biliar și încetinirea marcată sau lipsa evacuării radiofarmaceuticului în intestin.

Sensibilitatea hepatobiliscintigrafiei, în lotul de studiu, pentru aprecierea colestazei, este de 100%. Această metodă este foarte utilă în arsenalul diagnostic complex împreună cu celelalte metode incluse în algoritmul diagnostic al megacoledocului secundar.

RMN a fost folosită preoperator și postoperator (fig. 4) la 1 ( $0,8 \pm 0,5\%$ ,  $p > 0,05$ ) singur pacient s-a depistat un chist coledocien cu dimensiuni de peste 2 cm. Metoda s-a dovedit a fi una noninvazivă, fără complicații, fără administrarea substanțelor de contrast și, nedepinzând de starea generală a pacientului și de intervențiile chirurgicale suportate în anamneză.

TC metoda de diagnostic, care permite diferențierea pancreatitei cronice cefalice de cancerul pancreatic. A fost efectuată la 14 ( $10,9 \pm 1,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți cu pancreatită cronică pseudotumorală (fig. 5).

Duodenografia a fost efectuată la 79 ( $61,7 \pm 2,8\%$ ,  $p < 0,001$ ) bolnavi. În 35 ( $27,3 \pm 2,5\%$ ,  $p < 0,001$ ) de cazuri a pus

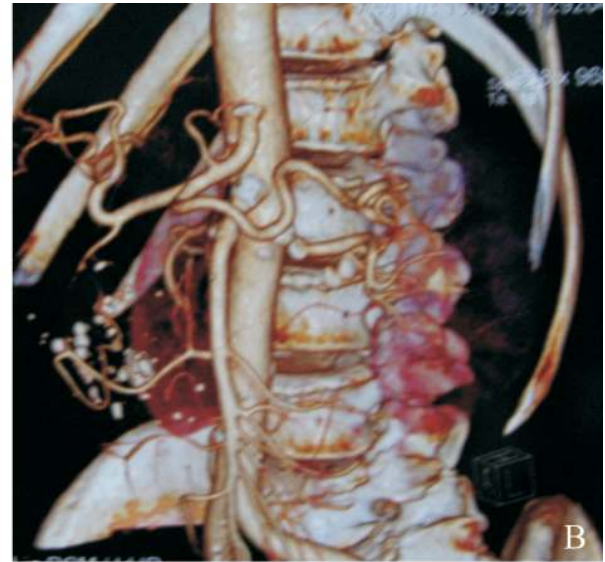


Fig. 5. TC regim standard (A), regim angiografie (B), pancreatită cronică cefalică, calcinate în cefal.

în evidență duodenostaza (fig. 3.35), în 9 ( $7,0 \pm 1,5\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri - malrotație duodenală și în 3 ( $2,3 \pm 0,9\%$ ,  $p < 0,01$ ) cazuri - reflux duodenogastral.

La toți pacienții intraoperator s-a determinat starea căilor biliare extrahepatice și prezența unei formațiuni benigne de volum în capul pancreasului. În timpul intervenției chirurgicale s-a depistat: dilatarea căii biliare principale, care are pereții îngroșați, cu un diametru de peste 2 cm, în unele cazuri hiperemie, edem, colangită, calculi coledocieni secundari, concomitent în unele cazuri malrotație duodenală cu prezența semnelor de duodenostază și hepatită colestatică (fig. 6, 7). Prin palpație se determină coledocolitiază și în cazurile de pancreatită cronică - o formațiune cefalopancreatică de volum.

Histologic - au fost prelevate, din toate trei subgrupuri de pacienți, porțiuni de cale biliară principală. În toate cazurile, datorită unui proces obstructiv de lungă durată, demonstrat prin evoluția patologiei și dimensiunilor excesive ale căii biliare principale, au fost schimbări ireversibile, care se manifestă prin înlocuirea țesutului muscular cu cel conjunctiv și degenerescență nervoasă. Aceste schimbări morfopatologice sunt determinante în aprecierea managementului chirurgical. În majoritatea cazurilor au loc modificări atrofice ale fibrelor nervoase, datorate fibrozei spațiului perineural adiacent sub formă de capsulă conjunctivă (fig. 8). În unele cazuri se observă și proliferarea stromei conjunctive, care amintește proliferările în cadrul fibroamelor, ceea ce duce concomitent la stenozarea și obliterarea lumenului CBP distal (fig. 9).

În cazurile de pancreatită cronică un rol important îl are biopsia din capul pancreasului. Aceasta este primordială în diferențierea de cancerul cefalopancreatic.

Examenul histologic al materialelor bioptice, recoltate intraoperator din diferite regiuni ale pancreasului, a fost efectuat în toate cazurile de pancreatită cronică cefalică (100%).

Tratamentul acestui grup de pacienți a evaluat pe parcursul anilor și a depins de înțelegerea rezultatelor la distanță de fiecare subgrup de pacienți.

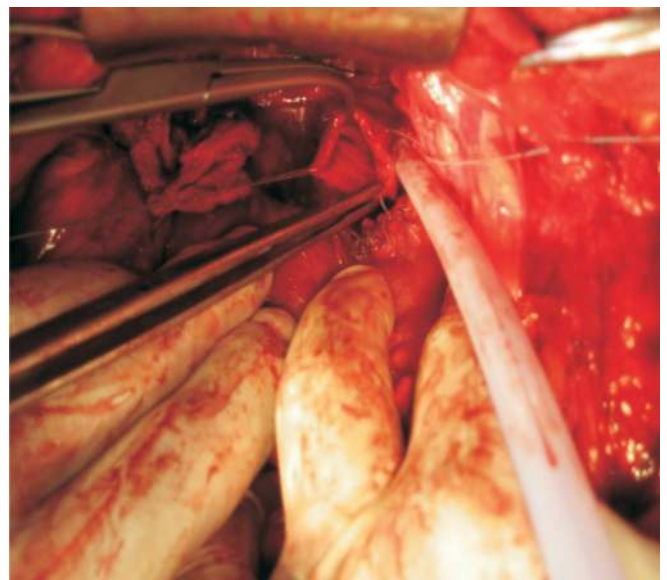


Fig. 6. Imagini intraoperatorii, diametrul CBP = 30 mm.

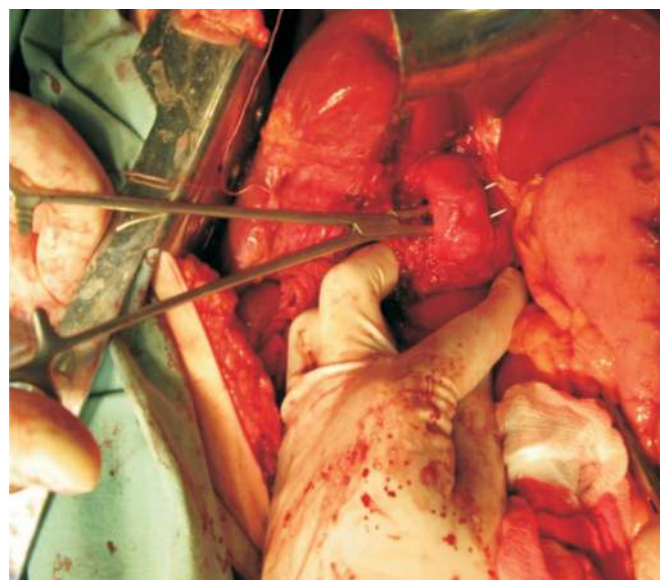
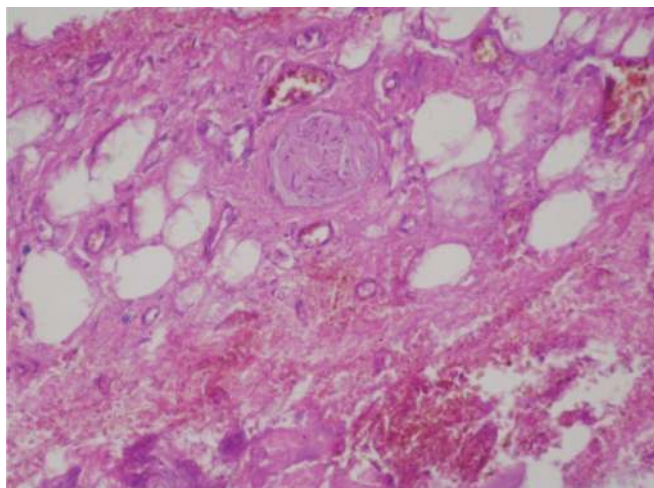


Fig. 7. Imagini intraoperatorii, diametrul CBP = 40 mm.



**Fig. 8. Fibroza spațiului perineural adiacent sub formă de capsulă conjunctivă. Colorație hematoxilinel-eozin. x 200.**

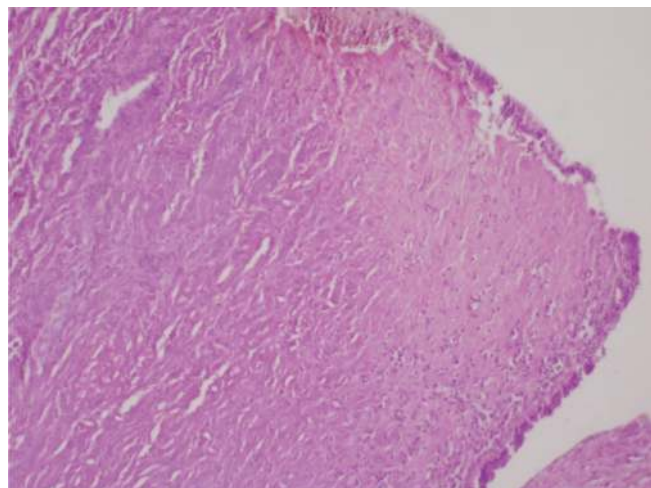
Fiecare subgrup de pacienți se împarte respectiv în două subgrupuri. În primul subgrup de pacienți, indiferent de nozologie, întrunim pacienții operați prin tehnici chirurgicale, pe care le foloseam până la o perioadă, când am analizat rezultatele la distanță, utilizând aceste variante chirurgicale clasice. În subgrupul doi de pacienți au fost aplicate acele tehnici chirurgicale, pe care le considerăm de elecție în tratamentul megacoledocului de geneză benignă.

Indicațiile pentru operație, în lotul nostru de studiu, au fost în cele mai multe cazuri obstrucția biliară, cauzată de pancreatita cronică cefalică, coledocolitiază sau stricturile biliare benigne distale. Obstrucția biliară a fost manifestată prin icter mecanic, cu sau fără asociere de colangită. Indicațiile pentru intervenția chirurgicală în cadrul pancreatitei cronice cefalice sunt icterul mecanic, cu sau fără asocierea sindromului dolo. Coledocolitiază, asociată cu colica biliară, a constituit o indicație absolută pentru rezolvarea chirurgicală. Stricturile biliare distale, care duc la dilatări semnificative ale căii biliare principale, sunt acele cazuri, care necesită reconstrucție chirurgicală dificilă.

Tratamentul chirurgical al megacoledocului de geneză benignă a avut ca scop înlăturarea sau ocolirea obstacolului biliar, micșorarea sau abolirea sindromului algic în cazul pancreatitei cronice cefalice.

Tratamentul megacoledocului, cauzat de pancreatita cronică cefalică, a evaluat pe parcursul acumulării experienței și analiza rezultatelor la distanță. La începutul studiului tratamentul megacoledocului de etiologie benignă, cauzat de pancreatita cronică cefalică, a fost axat pe înlăturarea icterului mecanic, care a fost realizat de o derivație biliodigestivă. Varianta tehnică, care a fost realizată din startul studiului, a fost colecistojejunoanastomoza pe ansa omega cu clamparea ansei aferente tip Șalimov. Dar această variantă tehnică nu a adus rezolvarea definitivă a patologiei de bază și a icterului mecanic.

Ulterior, studiind deficiențele tehnicii chirurgicale analizate mai sus, am schimbat evolutiv varianta chirurgicală prin aplicarea hepaticojejunoanastomozei pe ansa Roux. În pofida faptului, că icterul mecanic și suferința biliară au fost rezolvate prin această tehnică chirurgicală, nu am reușit înlăturarea problemei pancreatitei cronice pseudotumorale cefalice.



**Fig. 9. Proliferarea stromei conjunctive. Colorație hematoxilinel-eozin. x 200.**

Ținem să accentuăm, că tabloul clinic al acestei maladii este marcat de sindromul algic, care rezultă dintr-o hipertensiune wirsungiană, pe aceste considerente ne-am bazat în selecția tratamentului optimal nu numai prin rezolvarea suferinței biliare, care a fost manifestată clinic prin icter mecanic și morfologic prin megacoledoc, dar și în rezolvarea problemelor, cauzate de patologia pancreatică. Toate acestea ne impun un abord tehnic mult mai complex, utilizând tehnici chirurgicale mai laborioase.

Variantele tehnice, pe care le considerăm acceptabile în această situație clinică, sunt hepaticojejunoanastomoza și pancreatojejunoanastomoza pe ansa bispiculată à la Roux, duodepancreatectomia cefalică (fig.10), în special în cazurile de imposibilitate a diferențierii cancerului de cap de pancreas de o pancreatită pseudotumorală, dar și din considerentele, că cefalul pancreatic este peace-makerul sindromului algic și, înlăturându-l, rezolvăm una din problemele principale ale suferinței acestor pacienți.

Varianta tehnică, care a rezolvat situația clinică și a fost tolerată de acești pacienți, a fost hepaticojejunoanastomoza și pancreatojejunoanastomoza pe ansa bispiculată à la Roux (fig. 11).

Această variantă tehnică propune să înlătore obstacolul biliar printr-o hepaticojejunoanastomoză pe ansă bispiculată. Această anastomoză a fost efectuată, de fiecare dată, într-un plan. Drenarea gurii de anastomoză am preferat-o în majoritatea cazurilor, fie prin metoda tip Rhobson sau transcistică. Insistăm asupra drenării gurii de anastomoză în toate cazurile pentru a evita o dehiscentă eventuală. Această drenare ne permite să micșorăm sarcina asupra hepaticojejunoanastomozei, micșorând rata postoperatorie.

În efectuarea pancreatojejunoanastomozei, o problemă ar fi identificarea și mobilizarea ductului pancreatic. Aceasta este posibil de realizat prin utilizarea examenului ultrasonor intraoperator cu o pancreatografie concomitentă, dacă e necesară. Drenajul larg al ductului pancreatic este una din condițiile succesului acestei etape a actului chirurgical. Pentru aceasta este necesară evidențierea pancreasului pe întreaga întindere, ca ulterior să se repereze prin aspirație canalul Wirsung. Se

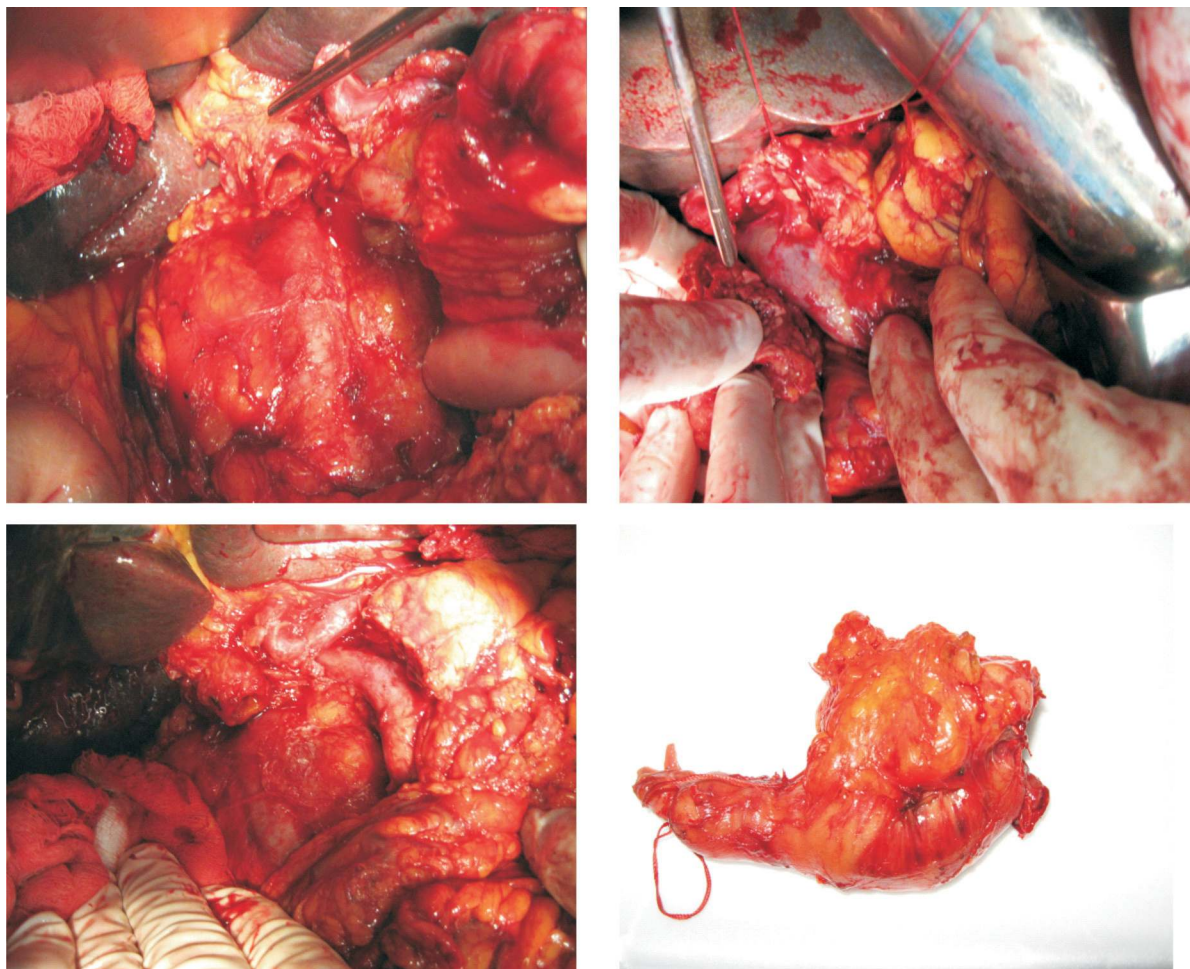


Fig.10. Duodenopancreatectomia cefalică, varianta de reconstrucție Child.

efectuează o incizie în partea ventrală a canalului Wirsung, care se secționează apoi complet, atât spre coadă, cât și spre regiunea cefalică, cât mai aproape de duoden.

Ductul pancreatic a fost anastomozat cu anșa pregătită de o lungime de 80 cm, care a fost trecută transmezocolic, astfel încât anastomoza cu pancreasul să se facă ușor și fără tensiune și tracțiune. Tehnic este necesar ca sutura să nu prindă o masă mai mare de parenchim pancreatic și ducturi mici pancreatice, ceea ce poate să genereze dereglarea drenării lor. Distanța între suturi a fost de până la 5 mm. Această anastomoză nu a fost drenată, dar s-au plasat drenaje de siguranță perianastomotice.

Pacienții cu megacoledoc de genă benignă, cauzat de coledocolitiază, au beneficiat de două tehnici chirurgicale: coledocolitomie cu drenare și, după analiza rezultatelor, aplicarea în situațiile posibile a hepaticojejunostomiei pe anșă Roux.

Prima tehnică chirurgicală nu a adus rezultate postoperatorii satisfăcătoare la distanță, ceea ce ne-a obligat să analizăm situația clinică formată și să schimbăm managementul chirurgical.

Această tehnică chirurgicală nu înlătură factorul etiopatogenic, care cauzează declanșarea patologiei biliare și, în scopul rezolvării acestei situații clinice formate, a fost aplicată altă tehnică chirurgicală, care a permis să obținem rezultate acceptabile.

Această tehnică operatorie a fost posibilă la pacienții, care nu au semne clinico-radiologice de duodenostază. În prezența acestor semne este necesar de a efectua exereza supraduodenală de coledoc cu implantarea lui în anșa Roux, ceea ce ne oferă posibilitatea să evităm colangita cronică instaurată datorită unui reflux duodenobiliar.

Ultima nozologie, din acest grup de pacienți, reprezentat prin stricturile benigne distale biliare, a beneficiat din start de un tratament standard reprezentat, prin hepaticojejunostomoză pe anșa Roux, care a avut un succes postoperator atât în perioada postoperatorie precoce, cât și în cea tardivă, dar care a depins de respectarea dimensiunilor minime de anșă Roux de 80 cm, ceea ce previne refluxul alimentar în căile biliare.

Rata complicațiilor precoce postoperatorii a constituit 22 (17,2 ± 2,1%, p < 0,001) cazuri din numărul total al bolnavilor cu megacoledoc de genă benignă. Aceste situații clinice au necesitat măsuri terapeutice prompte și chiar, în unele cazuri, intervenție chirurgicală repetată.

Analiza minuțioasă a perioadei postoperatorii precoce la 22 (17,2 ± 2,1%, p < 0,001) dintre pacienții cu megacoledoc de genă benignă, a evidențiat dezvoltarea următoarelor complicații în perioada postoperatorie precoce.

Fistulele biliare au fost prezente în 8 (6,3 ± 2,1%, p < 0,001) cazuri și au fost cauzate de deficiențe tehnice. Toate

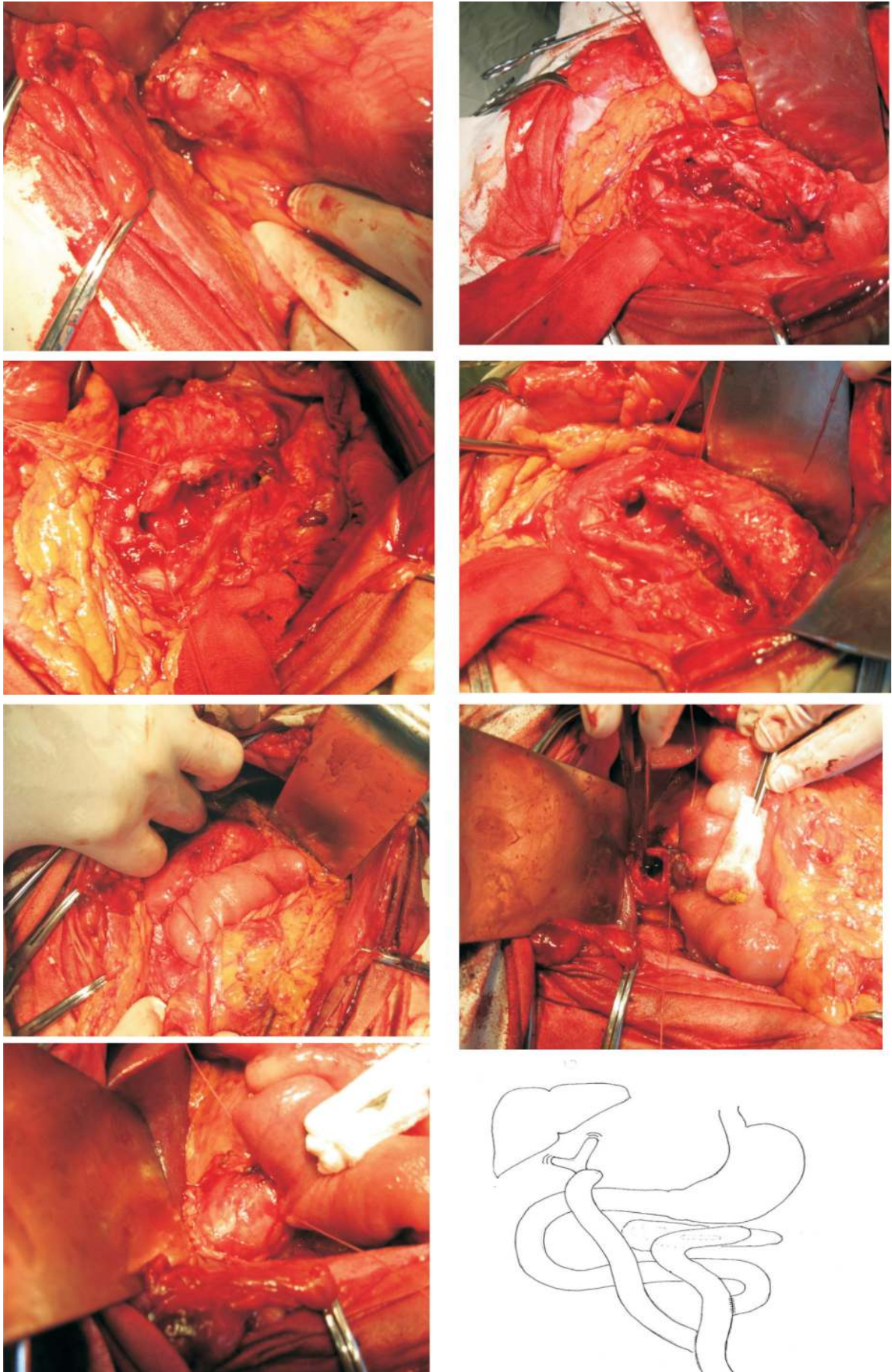


Fig. 11. Hepatico- și pancreatico- jejunoanastomoza pe ansa bispiculată Roux.

fistulele biliare au fost dirijate, datorită unei drenări adecvate a zonei perianastomotice.

Fistule pancreatice au fost prezente la 1 ( $0,8 \pm 0,8\%$ ,  $p > 0,05$ ) pacient în acest grup de studiu.

Rezultatele postoperatorii ale tratamentului chirurgical au fost în majoritatea cazurilor favorabile. În 108 ( $97,3 \pm 0,9\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri a dispărut icterul mecanic și numai în 2 ( $1,6 \pm 1,1\%$ ,  $p > 0,05$ ) cazuri, când a progresat insuficiența hepatorenală acută, icterul a progresat postoperator și s-a soldat cu deces.

Letalitatea în perioada postoperatorie precoce a constituit  $1,6 \pm 1,1\%$ , ( $p > 0,05$ ) și este explicabilă și acceptabilă. Toate trei cazuri de deces au fost asociate de icter mecanic, angiocolită și insuficiență hepatorenală acută, în toate aceste cazuri nu s-a reușit o decompresie preoperatorie și acești pacienți au fost operați în mod urgent, după obținerea indicilor minimi de operabilitate. Decesul a survenit pe fundalul icterului mecanic, a angiocolitei și a insuficienței hepatorenale.

Ceea ce este mai important constă în evaluarea și constatarea în ce măsură tratamentul aplicat acestor pacienți a ameliorat calitatea vieții bolnavilor, operați în perioada postoperatorie tardivă. Calitatea vieții la acești bolnavi a fost evaluată în conformitate cu dimensiunea somatică, cea psihoafectivă, socio-familiară și reabilitarea profesională.

Rezultatele la distanță au fost urmărite la toți pacienții, care au suportat tratament chirurgical pentru megacoledoc de etiologie benignă. Starea somatică a fost apreciată în raport cu mai multe simptome. Prin anamneza bolnavilor s-au identificat unele acuze restante sau apărute în perioada postoperatorie tardivă.

De menționat că rezultatele sunt direct proporționale cu metoda chirurgicală aplicată, și deci este argumentată divizarea lotului de studiu în două subgrupuri:

1. Pacienții care au fost operați prin variantele tehnice propuse de noi.

2. Pacienții operați prin celelalte variante tehnice.

În acest lot la 56 ( $35,9 \pm 4,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți din subgrupul doi am avut rezultate, pe care le putem numi nesatisfăcătoare sau convențional nesatisfăcătoare, deoarece la ei s-a instalat sindromul doli, la 32 ( $17,2 \pm 3,3\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți au apărut febra și frisoanele. În 31 ( $16,4 \pm 3,3\%$ ,  $p < 0,001$ ) cazuri a recidivat icterul mecanic, asociat cu prurit cutanat, scaune acolice și urinări hiperchrome. La 10 ( $7,8 \pm 2,4\%$ ,  $p < 0,01$ ) pacienți au apărut tulburări dispeptice și în final la 1 ( $0,8 \pm 0,8\%$ ,  $p > 0,05$ ) pacient a apărut obstrucția duodenală. Slăbiciunea generală și astenia a fost prezentă la 29 ( $22,7 \pm 3,7\%$ ,  $p < 0,001$ ) bolnavi. Aceste manifestări au necesitat la toți 56 ( $35,9 \pm 4,2\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți administrare de medicamente. Din acest grup, 21 ( $18,0 \pm 3,4\%$ ,  $p < 0,001$ ) pacienți au fost operați din nou și lichidată cauza icterului mecanic. Postoperatoriu la ei a survenit îmbunătățirea stării generale.

Analizând datele obținute în primele subgrupuri de pacienți, la care rezultatele tratamentului aplicat le putem numi nesatisfăcătoare, am fost nevoiți să modificăm managementul chirurgical în dependență de factorul etiologic prin implementarea tehnicilor chirurgicale descrise mai sus. În aceste cazuri putem să afirmăm că rezultatele în perioada postope-

ratorie tardivă sunt apreciate ca fiind bune, confirmate și prin examenul de laborator și instrumental, aplicat postoperatoriu cu regularitate la toate subgrupurile de pacienți.

Evaluarea calității vieții a fost posibilă la fiecare dintre pacienții operați la noi în clinică.

Am studiat, în perioada postoperatorie, latura psihoafectivă a acestor pacienți. Dimensiunea psihoafectivă reprezintă modul, în care bolnavul își recunoaște și își acceptă boala ca pe o realitate a existenței sale.

În al doilea subgrup de pacienți, în majoritatea cazurilor, nu am obținut rezultate satisfăcătoare, bolnavii fiind preocupați de boală, nefiind siguri de viitor.

Dispariția, practic a tuturor semnelor clinice ale suferinței biliare în primul subgrup de pacienți, face ca după intervenția chirurgicală bolnavii să devină optimiști, situație explicată prin ameliorarea condiției fizice și psihologice, cu apariția noii perspective pozitive de viață.

Un rol important în aprecierea rezultatelor la distanță o are calitatea relațiilor familiale, menținerea relațiilor existente și formarea unor relații noi.

În subgrupul de pacienți numărul doi, majoritatea lor au găsit un ajutor și un anturaj, care-i susține, și-i face să treacă peste depresia și handicapul, creat de boala respectivă.

Bolnavii care au fost supuși tratamentului propus de noi, în majoritatea cazurilor, s-au reintegrat completamente socio-familial și numai un pacient, la care patologia nu a cedat, a avut rezultate negative în perioada postoperatorie tardivă.

Reabilitarea profesională a fost posibilă la  $67,7 \pm 5,8\%$  ( $p < 0,001$ ) pacienți, supuși tratamentului de elecție selectat, pe care îl aplicăm conform nozologiei. Am obținut o reintegrare profesională bună.

## Concluzie

Managementul chirurgical în megacoledocul de geneză benignă depinde de factoul etiologic și se reduce la aplicarea hepaticojejunoanastomozelor pe ansă sau la montarea hepaticojejunoanastomozelor și pancreatojejunoanastomozelor pe ansă bispiculată Roux și duodenpancreatectomia cefalică, în special în imposibilitatea diferențierii patologiei de cancerul de cap de pancreas. Corectitudinea aplicării algoritmului creativ de elecție, la acest grup de pacienți, a fost demonstrată prin rezultate bune, ceea ce a permis reabilitarea totală sau parțială a acestor pacienți.

## Bibliografie

1. Blumgart LH, Imrie CW, McKay AJ. Surgical management of chronic pancreatitis. *Journal of Clinical Surgery*. 1982;1:229-235.
2. Blumbargt LH, Fong Y. Surgery of the liver and biliary tract. London. 2000;100- 455.

**Adrian Hotineanu, dr., conferențiar**

Catedra Chirurgie nr. 2

USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, str. N. Testemițanu, 29

Tel.: 205524

E-mail: ahotineanu@hotmail.com

Recepționat 5.02.2010