

CAZURI CLINICE

DUODENOSTAZA PE FONDAL DE MALROTAȚIE DUODENALĂ LA BOLNAVUL LITIAZIC: CAZ CLINIC

THE DUODENOSTASIS DRIVEN BY DUODENAL MALROTATION IN LITHIASIC PATIENT: A CASE REPORT.

Sergiu BUJOR

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

SUMMARY

We present a clinical case of a lithiasic patient with duodenostasis caused by duodenal malrotation. It indicates that chronic duodenostasis is an important etiopathogenetic factor in the development of gallbladder cholelithiasis in men. It is concluded that the diagnostic protocol in patients with chronic calculous cholecystitis requires accurate specification of the functional status of gastroduodenal area.

REZUMAT

Se prezintă un caz clinic de duodenostază pe fondal de malrotație duodenală la bolnavul litiazic. Se indică, că duodenostaza cronică reprezintă un factor etiopatogenetic important în evoluția colelitiizei veziculare la bărbați. Se concluzionează, că protocolul diagnostic la pacienții cu colecistită cronică calculoasă necesită precizarea stării funcționale a zonei gastroduodenale.

Întroducere

Problema stabilirii diagnosticului etiopatogenetic al litiazei biliare la bărbați rămâne la ora actuală neelucidată pe deplin, subiectul în cauză fiind reflectat în literatura de specialitate prin publicații sporadice și efectuate, de regulă, pe un eșantion mixt de pacienți [1-4]. Aparent simplă, bazată pe screeningul ultrasonor depistarea propriu-zisă a calculilor nu prezintă careva dificultăți, pe când elucidarea mecanismelor, ce stau la baza acestui fenomen la persoanele de gen masculin denotă opinii diferite și discutabile [5-7].

Factorii de risc, ce conduc către litogeneza biliară sunt bine specificați și unanim recunoscuți în cazul genului feminin, cum ar fi: vârsta-35-50 ani, obezitatea cu dislipidemii, administrarea contraceptivelor etc. [9-11]. Însă aceste condiții esențiale, care determină etiopatogenia colelitiizei biliare nu pot fi extrapolate simplist în cazul bărbaților, și deci în acest context e rezonabilă presupunerea involvării altor mecanisme, care diferă la persoanele de gen masculin comparativ cu femeii.

Privită din acest punct de vedere, etiopatogenia colecistitei cronice calculoase la bărbați presupune existența unor condiții patofiziologice, ce ar determina modificarea viscozității bilei, stazarea ei cu fenomene de precipitare a particulelor biliare constituente, și nu în ultima măsură perturbarea evacuării sale pe arborele biliar. Astfel, se impune concluzia implicării directe a duodenului în fiziopatologia colelitiizei vezicale. Din aceste considerente am considerat util prezentarea unui caz clinic de malrotație duodenală cu duodenostază cronică la un bărbat cu colecistită cronică calculoasă, care din punctul nostru de vedere a evoluat anume din cauza tulburărilor funcționale și motorii a zonei gastro-duodenale. Astfel, analizat critic, protocolul de diagnostic la bolnavul litiazic necesită aprecierea preoperatorie obligatorie a statutului funcțional duodenal, și în caz de necesitate fie complinirea colecistectomiei cu gest

chirurgical asupra duodenului, fie corecția medicamentoasă a duodenostazei cronice compensate.

Caz clinic

Pacientul F., 52 ani, nr f/o 5256, spitalizat programat cu acuze la dureri periodice, de intensitate moderată, cu caracter colicativ în regiunea subreborului costal drept; amărăciune matinală în cavitatea bucală; senzație de plenitudine în regiunea epigastrală cu iradiere în mesogastru pe dreapta; disconfort abdominal postprandial. La internare bolnavul remarcă grețuri recurente postalimentare, uneori vome cu caracter bilios, din acuze generale- lipsa poftei de mâncare, fatigabilitate.

Istoricul bolii și antecedentele denotă: durata afecțiunii circa 3 ani, când accidental au fost depistați calculi vezicali în cadrul ecografiei de rutină, reflux- biliar periodic. S-a tratat conservativ cu efect periodic, refuzând inițial tratamentul chirurgical. Tractul gastro- intestinal în decursul acestui răstimp nu a fost investigat. În perioada de circa 5-6 luni premergătoare spitalizării starea generală s-a înrăutățit progresiv, evoluind și accentuându-se acuzele sus- numite, fapt ce a și determinat acordul către intervenție chirurgicală.

Scorul ReQuest simplificat = 1

Obiectiv: la examenul clinic starea generală la momentul internării a fost catalogată ca relativ satisfăcătoare. Psiho- emoțional labil. Tegumentele obișnuite, pal-roze. Statutul ponderal nu denotă obezitate, indicele masei corporale fiind sub 25. Respirație veziculară bilateral, raluri nu-s. FR-17 pe minut. Ps- 74, ritmic; TA- 130/80 mm Hg. Limbă moderat saburată. Abdomenul simetric, participă la respirație. La palpație e moale, sensibil în epigastriu și în regiunea subreborului costal drept fără semne de iritare a peritoneului. Ficatul și splina nu se palpează. Peristaltica auscultată vie. Evaluările fiziologice în limitele normei.

Indicii de laborator nu atestă careva devieri, fiind în limitele normei.

Analiza obiectivă denotă forma clinico- evolutivă cu predominarea semnelor clinice caracteristice duodenostazei și disfuncției gastro-intestinale pe fondal de calculi biliari "silențioși".

USG: ficat de dimensiuni și reflectivitate ecografică în limitele normei. V.biliară conține multipli calculi de diferite dimensiuni, de la 2-3 mm pînă la 9-10 mm cu con ultrasonografic tipic. Pereții vezicii moderat îngroșați, fără semne de inflamație acută.

Reieșind din antecedenta refluxului duodeno-gastral a fost investigată „țintit” zona gastro-duodenală. *Semiotica radioimagică* a fost caracteristică duodenostazei și mal rotației duodenale (conform clasificăției acad.V.Hotineanu): flexura duodeno-jejunală poziționată pe stînga de coloana vertebrală, deplasată cranial la nivelul L2-L3, unghiul duodeno- jejunal cu lamela Treitz obtuz, mai mare de 90°. Spasm izolat în segmentul duodenal descendent și la nivelul FDJ, mișcări pendulare cu exacerbarea amplitudinii între 2 puncte de proiecție- zona spasmată (porțiunea descendentă) și FDJ, reținere de golire cu mișcări antiperistaltice și reflux duodeno- gastral (figura 1).

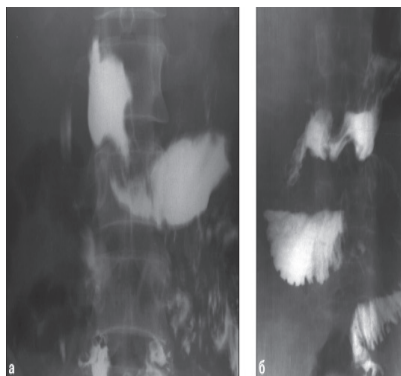


Fig.1 Duodenostază prin malrotație duodenală (duodenografie standardă)

Ulterior malrotația duodenală cu duodenostază a fost confirmată în cadrul duodenografiei tridimensionale prin CT (figura 2).

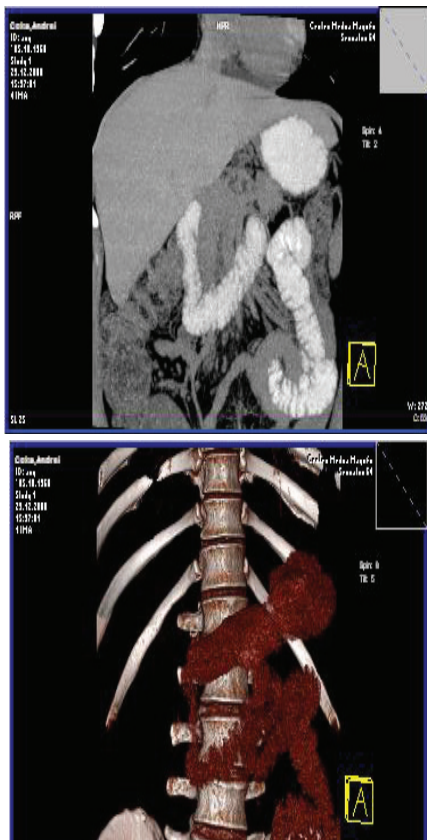


Fig.2 Duodenostază prin malrotație duodenală (duodenografie tridimensională prin CT)

Examenul endoscopic denotă reflux- duodeno-gastral gr.II, caracterizat prin cantitate moderată de lichid bilios spumos în lumenul stomacal și mișcări pendulare antiperistaltice (figura 3).

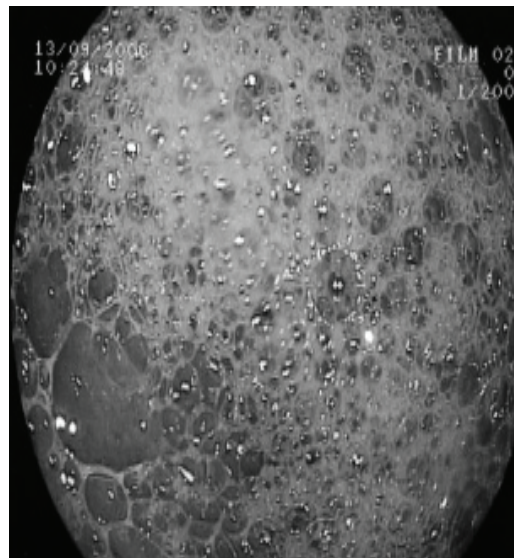


Fig.3 FEGDS: reflux duodeno- gastral gr.II

Bolnavul este supus intervenției chirurgicale- colecistectomie laparoscopică. Perioda postoperatorie a decurs cu evoluție favorabilă, fără complicații, cu rezultate bune la distanță. Manifestările duodenostazei au fost corijate medicamentos prin medicarea spasmolitice și prokinetice. Examenul endoscopic postoperator în termeni de 1 lună denotă reflux duodeno-gastral slab cu urme de bilă pe stomac gol, fără semne clinice patognomonice obstrucției cronice duodenale.

Concluzii: unul din factorii de risc ai evoluției litiazei biliare la bărbați constituie dereglările de motilitate gastro-duodenală, soldate cu duodenostază cronică și dischinezie biliară. Protocolul de diagnostic la bolnavul cu litiază biliară veziculară necesită evaluarea funcțională a zonei gastro-duodenale. Corecția rațională și oportună acestor perturbări pot contribui reducerii frecvenței sindromului postcolecistectomic și ameliorării calității vieții pacienților colecistectomizați.

Bibliografie:

1. Sun H., Tang H., Jiang S. et al. Gender and metabolic differences of gallstone diseases. World J Gastroenterol 2009; 15: 1886-1891.
2. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willett WC, Giovannucci EL. Weight cycling and risk of gallstone disease in men. Arch Intern Med. 2006 Nov 27;166(21):2369-2374.
3. Sahi T, Puffenbarger RS Jr, Hseih CC, Lee IM. Body mass index, cigarette smoking and other characteristics as predictors of self-reported, physician-diagnosed gallbladder disease in male college alumni. Am J Epidemiol 1998; 147: 644-651.
4. ChangY, Sung E., Ryu S. et al. Insulin Resistance is Associated with Gallstones Even in Non-obese, Non-diabetic Korean Men J Korean Med Sci 2008; 23: 644-650.
5. Berger M.Y., van der Velden J.J., Lijmer J.G. et al. Abdominal symptoms: do they predict gallstones? A systematic review. Scand. J. Gastroenterol. 2000. 35 : 70-76.
6. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willett WC, Giovannucci EL. Prospective study of abdominal adiposity and gallstone disease in US men. Am J Clin Nutr 2004; 80: 38-44.
7. Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder stone disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2006;20:981-996.
8. Fornari F, Cividri G, Buscarini E, Cavanna L, Imberti D, Rossi S, Sbolli G, Di Stasi M, Buscarini L. Cirrhosis of the liver. A risk factor for development of cholelithiasis in males. Dig Dis Sci 1990; 35: 1403-1408.
9. Novacek G. Gender and gallstone disease. Wien Med Wochenschr 2006; 156: 527-533.
10. Ko CW. Risk factors for gallstone-related hospitalization during pregnancy and the postpartum. Am J Gastroenterol 2006; 101: 2263-2268.
11. Kratzer W, Mason RA, Kächele V. Prevalence of gallstones in sonographic surveys worldwide. J Clin Ultrasound 1999;27:1-7.