

ARTICOLE ORIGINALE

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL MEGACOLEDOCULUI IDIOPATIC

ASPECTS OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF THE IDIOPATHIC MEGACHOLEDOCHUS

Adrian HOTINEANU

Conferențiar universitar

Catedra Chirurgie Nr.2, USMF "N.Testimianu"

Rezumat

La o serie de pacienți, în pofida la restabilirii fluxului biliar după PSTE, patologia biliară continuă, fiind manifestată prin colangită cronică recidivantă, icter mecanic tranzitoriu și coledocolitiază primară. Reinstalarea suferinței biliare este cauzată de refluxul conținutului duodenal printr-o papilă cu sfincter oddian distrus papilotomic, pe fundalul unei duodenostaze marcate. În perioada anilor 1992-2008 în clinică au fost spitalizați și tratați 59 bolnavi cu megacoledoc idiopatic. Toți pacienții în anamneză au suportat colecistectomie și operații repetate la căile biliare extrahepatice: PSTE, CDA. Algoritm diagnostic a inclus: ultrasonografia, CPGRE, manometria duodenală, oddiană, coledociană, colangiografia prin RMN, biliscintigrafia și investigația morfologică a coledocului. Investigațiile imagistice au demonstrat prezența duodenostazei, a refluxului duodenocoledocian, o cale biliară principală de peste 2 cm în diametru și calculi coledocieni primari, cu o papilă liber permeabilă. În toate cazurile au loc schimbări morfologice în peretele coledocian, care includ: distrofie musculară, proliferarea țesutului conjunctiv, degenerescența fibrelor nervoasă. Până în anul 1998 tratamentul megacoledocului idiopatic la 15 pacienți consta în coledocojejunostomie pe ansa a la Roux sau coledocoduodenanastomoză. Această tehnică chirurgicală nu înlătura substratul etiopatogenic, menținându-se refluxul duodenocoledocian, cu rezultate nesatisfăcătoare în majoritatea cazurilor. Aceste considerente ne-au impus să elaborăm și să implementăm o nouă tehnică chirurgicală ce înlătură refluxul alimentar în arborele biliar extrahepatic prin secționarea coledocului supraduodenal și implantarea porțiunii proximale în ansa a la Roux, cu o lungime de cel puțin 80 cm, care am implementat-o la 43 pacienți. Această metodă ne-a permis să avem rezultate bune în majoritatea cazurilor, o reintegrare socio-familială și profesională deplină.

Summary

In a group of patients from 5% to 10%, although the biliary flow was reestablished after ERS, the biliary pathology persists manifested through the clinical picture of transitory mechanical jaundice, chronic cholangitis and primary choledocholithiasis. Reinstallation of the biliary pathology is caused by the development of duodenobiliary reflux, on the background of duodenostasis and insufficiency of papilla Vater. This research was carried out for a period of 17 years (1992-2008), including a number of 59 patients, who have been treated at the N. 2 Surgery Department. All the patients underwent colecistectomy and afterwards reinterventions on biliary tract including ERS, CDA with choledocholytotomy. The diagnostical algorithm included: biochemical tests, US, ERCP, duodenography, biliscintigraphy, manometry, MRI and morphological investigation of the choledoch. The paraclinical investigations demonstrated the presence of duodenostasis and duodenal malrotation, duodenobiliary reflux, CBD over 2 cm with primary stones with a good permeability of the papilla of Oddi and with organic changes occurring on the choledochal wall, these including muscular dystrophy, degeneration of nervous fibers and installation of choledochal diffused fibrosis. The dilated CBD functionally atonic was named by us secondary megacholedoch. Until 1998 the surgical treatment in 15 patients included biliodigestiv anastomosis (CDA and choledocojejunostomosis). The results were unsatisfactory because in majority the clinical signs persisted, caused by the maintenance of the duodenobiliary reflux. This considerations allowed us to propose and implement a new operational technique which excludes the duodenobiliary reflux, consisting in supraduodenal excision of CBD with its implantation in Y loop a la Roux. This tactic of treatment allowed the recovery of the patients with socioprofessional reintegration in majority cases.

Introducere

Ponderea afecțiunilor zonei hepatobiliopancreatice a crescut semnificativ în ultimile decenii.

Unele din cele mai frecvente sunt patologiile biliare, care generează situații clinice dificile diagnostice și terapeutice.

În structura morbidității biliare boala litiazică constituie

98% și preponderent este prezentată de colecistita litiatică [1]. În 6-25% din cazuri ea se complică cu coledocolitiază, care la rândul său duce la instalarea icterului mecanic [3]. Nu mai puțin frecvente sunt afecțiunile papilei duodenale mari, care sunt reprezentate preponderent de stenoza PDM.

Manierele moderne de explorare pre- și intraoperatorii, diagnosticul imagistic, endoscopic au rezolvat cele mai dificile situații clinice, fapt ce a determinat o continuă scădere a ratei morbidității și mortalității postoperatorii.

Tehnicile endoscopice miniinvasive au permis stabilirea diagnosticului cu posibilitatea pregătirii preoperatorii, realizată prin drenare biliară, cât și soluționarea definitivă a unor cazuri clinice prin papilosfincterotomie endoscopică cu litextractie. În 95% din cazuri această metodă endoscopică soluționează situația clinică formată [4]. Dar la o serie de pacienți, de la 5% la 10%, în pofida restabilirii fluxului biliar, după PSTE, continuă boala, manifestată prin tabloul clinic a colangitei cronice recidivante și a icterului intermitent.

Această situație clinică este cauzată de distrugerea barierei de prevenire a refluxului digestiv în arborele biliar, la pacienții supuși unei papilosfincterotomii endoscopice totale. Refluxul duodenocolocian permanent duce la instalarea unei colangite cronice. Colangita la rândul ei duce la schimbări morfologice în peretele coledocian.

În același timp, în 90-95% cazuri PSTE nu s-a soldat cu apariția acestor situații și deci de rând cu insuficiența sfincterului Oddi un rol important îl are dereglarea funcției motorii duodenale, care pare a fi evidentă în duodenostază [2, 6, 7, 8].

În literatura de specialitate până în prezent nu este o lucrare care ar analiza rezultatele tardive ale PSTE și rolul patologiei duodenale în dezvoltarea colangitei cronice de reflux.

Nu este bine apreciat rolul metodelor contemporane paraclinice și instrumentale în diagnosticul complex la pacienții după papilosfincterotomie cu megacoledoc secundar. Un deosebit interes, în aprecierea stării funcționale a duodenului, sfincterului Oddi și coledocului, prezintă manometria coledociană, oddiană și duodenală și nu mai puțin importantă este hepatobiliscintigrafia secvențională. Hepatobiliscintigrafia ne permite evaluarea preoperatorie și postoperatorie a pacienților, mai ales la pacienții supuși derivațiilor biliodigestive interne [5]. Ea evaluează real funcționalitatea zonei de anastomoză biliodigestivă. O importanță majoră diagnostică aparține colangiografiei prin RMN, care este o metodă comparabilă după rezultate cu CPGRE și, în același timp, neinvazivă. În literatură nu este conturat algoritmul diagnostic de evaluare a pacienților cu colangită de reflux, care au suportat în anamneza papilosfincterotomie endoscopică. Nu sunt apreciate până la sfârșit modificările morfologice în aceste situații clinice.

Necătând la evoluția clinică dificilă, până în prezent nu este propus un tratament chirurgical bazat pe principii de etiologie și patogenie a acestei patologii, care ar duce practic la însănătoșirea pacienților.

Materiale și metode

În perioada anilor 1992-2008 în clinică au fost spitalizați 16164 pacienți cu patologii ale căilor biliare extrahepatice, dintre ei 1838 cu icter mecanic. Cu icter de genă benignă 956 bolnavi. Studiul se bazează pe analiza materialelor de observație clinică, a examenelor paraclinice efectuate, tratamentului chirurgical utilizat pe un lot de 956 cu icter obstructiv benign.

Din acest lot au fost selectați 59 de pacienți cu manifestările clinico-paraclinice de megacoledoc idiopatic.

Din lotul de 956 bolnavi, colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPGRE) a fost efectuată la 878 ($91,8 \pm 0,9\%$, $p < 0,001$) pacienți. În 669 ($70,0 \pm 1,5\%$, $p < 0,001$) cazuri s-a recurs la PSTE, care la 861 pacienți ($90,1 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$) a rezolvat blocul biliar litiatic sau stricturile benigne, asigurând însănătoșirea pacienților. Dar în 52 ($5,4 \pm 0,7\%$, $p < 0,001$) PSTE s-a dovedit a fi fără succes, deoarece peste scurt timp (de la 6 luni până la 2 ani), a recidivat icterul mecanic, colangita, care, de regulă, s-au asociat și cu litiata coledociană recidivantă.

Megacoledocul idiopatic a fost reprezentat de 59 de cazuri cu o repartitie anuală diferită, media anuală fiind $3,7 \pm 0,3$ pacienți, ($p < 0,001$).

Acești 52 de pacienți supuși PSTE și 7 pacienți la care s-a montat coledocoduodenostomia pe fundal de duodenostază au și constituit lotul de bază de studiu. În lotul de studiu au fost incluși 59 de pacienți cu sindrom postcolecistectomic, la care manifestările clinice erau dominate de icter mecanic intermitent și de colangită recidivantă, fără clarități ale substratului etiopatogenetic, iar diagnosticul și tratamentul rămânând a fi incerte.

Repartitia pe sexe a evidențiat o frecvență sporită a patologiei date la femei ($p < 0,001$). Femei au fost 33 ($55,9 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) și bărbați – 26 ($44,1 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$).

La repartizarea pe grupe de vârstă s-a observat că incidența maximă a maladiei a fost în grupul de vârstă 51-60 ani. Vârsta medie a constituit $57,6 \pm 0,7$ ani ($p < 0,001$), variind în limitele de la 31 la 80 ani.

Ținem să accentuăm, că toți pacienții au suportat în antecedente intervenții chirurgicale la căile biliare extrahepatice.

Evoluția trenantă a bolii, recidiva colicii biliare, a colangitei, a icterului, în perioada de la 1 la 3 ani, după prima operație, au necesitat reintervenții chirurgicale. Colecistectomia a fost realizată la 2 ($3,4 \pm 1,0\%$, $p < 0,01$) bolnavi. La 50 ($84,7 \pm 2,0\%$, $p < 0,001$) de bolnavi s-au efectuat PSTE cu sau fără litextractii repetate. În 7 ($11,9 \pm 1,8\%$, $p < 0,001$) cazuri s-au efectuat coledocolitotomii repetate, cu montarea coledocoduodenostomiei. Litextrațiile endoscopice pentru coledocolitiază recidivantă au fost realizate într-o singură ședință în 7 cazuri, în prize repetate (de la 2 la 10) la 18 bolnavi, în total la 25 de pacienți.

Pacienții s-au aflat în clinică, pentru investigații și tratament, având o perioadă de spitalizare care a variat între 10 și 58 zile, cu o medie de $25,4 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$) zile.

Tabloul clinic s-a instalat peste o perioadă cuprinsă între 6 luni și doi ani după papilosfincterotomie sau montarea coledocoduodenostomiei. Manifestările clinice au fost dominate de semnele colangitei cronice.

Starea pacienților la internare a fost determinată ca fiind gravă - la 6 ($10,2 \pm 1,7\%$, $p < 0,001$) bolnavi, gravitate medie - la 33 ($55,9 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) pacienți, și la restul starea a fost relativ satisfăcătoare - 18 ($30,5 \pm 2,6\%$, $p < 0,001$). Insuficiența hepatică s-a constatată la 6 ($10,2 \pm 1,7\%$, $p < 0,001$) pacienți, insuficiența hepatorenală, în diverse grade de manifestare, a fost instalat la 2 ($3,4 \pm 1,0\%$, $p < 0,01$) bolnavi, concomitent la ultimii doi au fost determinate abcese colangiogene hepatice.

Tabloul clinic era dominat de colică biliară și semnele colangitei cronice, instalată după intervenții repetate efectuate în anamneză pe căile biliare extrahepatice. Ele au fost prezentă la toți 59 ($100 \pm 0,0\%$) pacienți incluși în grupul de studiu. Icterul

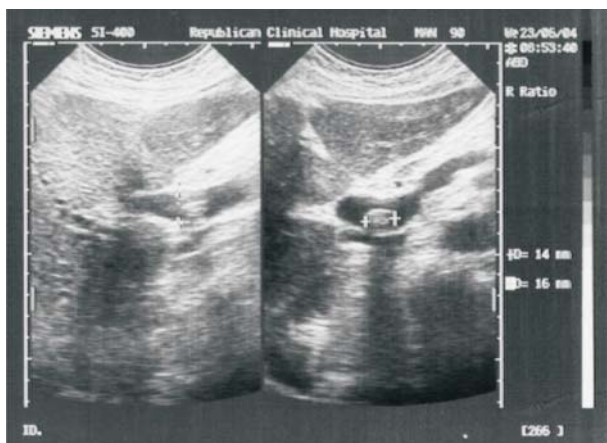


Figura 1. Ecografic: CBP= 21 mm

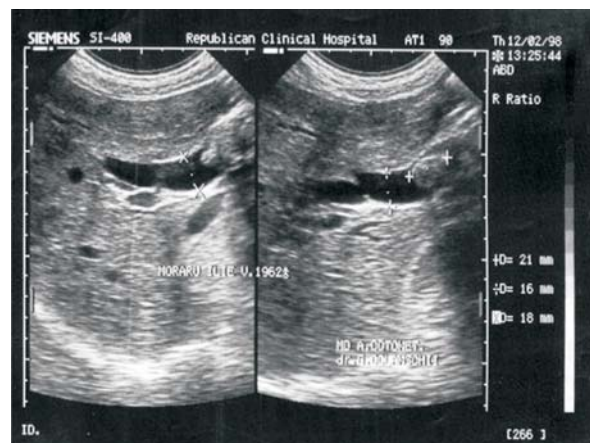


Figura 2. Ecografic: CBP=16 mm, calcul în CBP 16 mm, cu un calcul în lumen

tegumentelor și al mucoaselor vizibile la internare s-a atestat la 38 (64,4 ± 2,7%, p < 0,001) pacienți, subicterul la 7 (11,9 ± 1,8%, p < 0,001) pacienți. Icterul intermitent, din anamneză, a fost determinat la 13 (22,2 ± 2,4%, p < 0,001) bolnavi. La internare 21 (35,6 ± 2,7%, p < 0,001) bolnavi nu manifestau icter mecanic.

La examenul obiectiv al abdomenului s-au atestat dureri locale în 54 (91,5 ± 1,6%, p < 0,001) cazuri, durerile au fost localizate sub rebordul costal, cu iradiere în spate. Hepatomegalia, cauzată de colestaza îndelungată de diferit grad, a fost stabilită la 24 (40,7 ± 2,8%, p < 0,001) pacienți. Ficatul la palpate era mărit, cu o suprafață netedă și regulată, semne de ciroză colestatică la acești pacienți nu au fost determinate.

Următoarea etapă diagnostică, aplicată pacienților cu megacolecid idiopatic, a fost explorarea biochimică standardă.

Pentru determinarea etiologiei megacolecidului idiopatic și pentru definirea unei tactici curative corecte, s-a recurs la un complex de metode diagnostice imagistice. Aplicarea acestor metode se face consecutiv și în funcție de informativitatea și invazivitatea fiecărei metode utilizate. Algoritmul diagnostic este standardizat și aplicat la fiecare pacient din lotul de bază. Cu acest scop au fost folosite următoarele metode imagistice: USG, CPGRE, hepatobiliscintigrafia secvențională, manometria coledociană, oddiană și duodenală, RMN, duodenografia.

Ecografia hepatobiliară ce ne oferă posibilitatea de a determina vectorul diagnostic și curativ corect.

Cele mai importante date ecografice pentru diagnosticul megacolecidului idiopatic sunt dimensiunile căii biliare principale și prezența calculilor coledocieni. Dimensiunile căii biliare la majoritatea pacienților – în 47 (79,7 ± 2,3%, p < 0,001) cazuri au fost peste 1 cm, prezența calculilor coledocieni a fost determinată la 25 (42,4 ± 2,8%, p < 0,001) pacienți (fig. 1; 2). Valorile medii ale căii biliare principale fiind de 1,3 ± 0,1 (p < 0,001) cm.

Sensibilitatea metodei pentru aprecierea dimensiunilor căii biliare principale este de 85,1 ± 2,0% (p < 0,001). Detectarea calculilor coledocieni este cu mult mai redusă, marcând un nivel de 53,2 ± 2,8% (p < 0,001) dintre toate cazurile de coledocolitiază primară.

Colangiografia retrogradă endoscopică are un rol diagnostic deosebit, iar în situațiile necesare comportă și dimensiuni terapeutice. Ea a fost efectuată la toți 59 (100±0,0%) bolnavi. În toate cazurile a fost fixată dilatarea coledocului de la 2,0 la 5,0 cm (fig.3), cu valoare medie de 3,3 ± 0,1 (p < 0,001) cm. Coledocolitiază a fost stabilită în 25 (42,4 ± 2,8%, p < 0,001) cazuri (fig.4). La toți pacienții s-a depistat evacuarea încetinită a contrastului din arborele biliar în lipsa unui obstacol evident. Contrastarea arborelui biliar, s-a realizat cu succes la toți 59 (100±0,0%) pacienți. Sensibilitatea metodei în aprecierea dimensiunilor căii biliare principale a fost de 97,5 ± 0,9% (p < 0,001). Un avantaj al CPGRE este posibilitatea efectuării con-

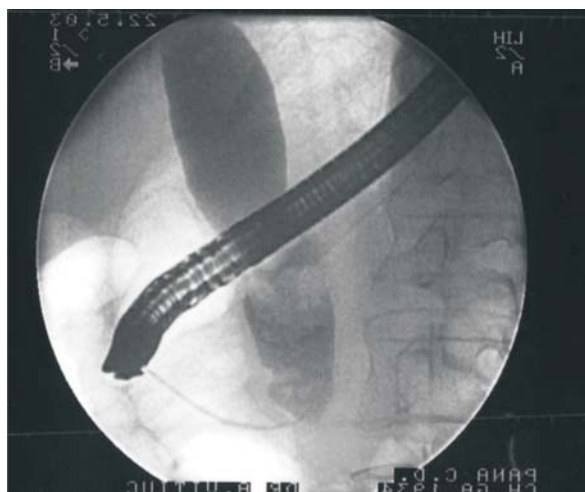


Figura 3. CPGRE – diametru CBP=35 mm

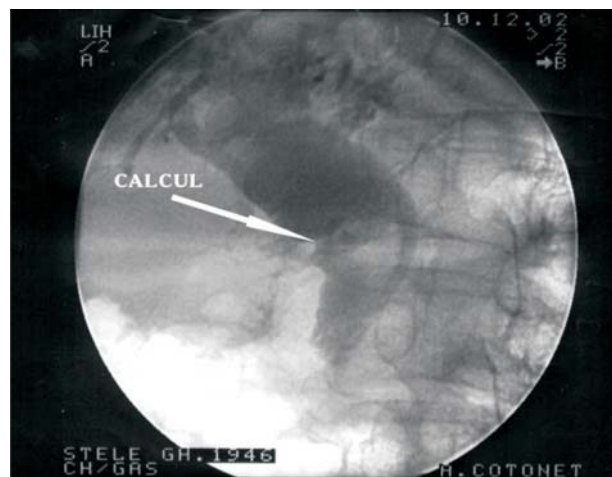


Figura 4. CPGRE – diametru CBP=40 mm., calcul în lumen

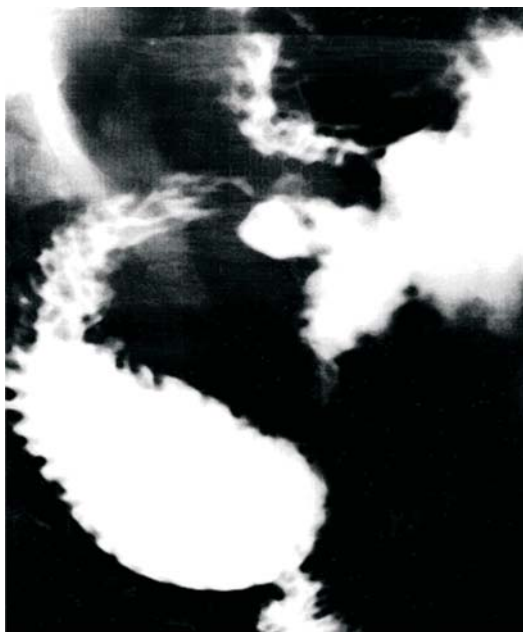


Figura 5. Duodenografia – duodenostază



Figura 6. Refluxul duodenoceledocian

comitente a manometriei coledociene, oddiene și duodenale, ceea ce reduce considerabil rata complicațiilor. În lotul nostru de studiu nu am atestat complicații motivate de CPGRE.

Manometria duodenală, oddiană și coledociană a fost efectuată la 21 ($8,6 \pm 2,2\%$, $p < 0,001$) pacienți, la 15 ($8,5 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) dintre ei s-a efectuat preoperator și intraoperator, valorile determinate fiind identice atât preoperator, cât și intraoperator. În toate cazurile s-a depistat absența barierei oddiene, presiunea fiind zero, cu micșorarea presiunii intracoledociene și o presiune duodenală elevată față de cea coledociană.

Hepatobiliscintigrafia dinamică s-a efectuat preoperator, postoperator peste 3 luni. Această metodă a fost aplicată la 22 ($37,3 \pm 2,3\%$, $p < 0,001$) bolnavi cu megacoledoc idiopatic. 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 la 9 ($11,9 \pm 1,8\%$, $p < 0,001$) pacienți cu megacoledoc. În toate cazurile s-a apreciat un coledoc cu dimensiuni de peste 2 cm.

Duodenografia, care din anul 1998 este inclusă în standardul obligatoriu de investigații instrumentale ale bolnavului cu megacoledoc, a fost efectuată la 59 ($100 \pm 0,0\%$) bolnavi. În toate cazurile a pus în evidență duodenostază (fig. 5) și malrotație duodenală. Refluxul duodenogastral a fost observat în 22 ($37,3 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$). Refluxul duodenoceledocian, stabilit radiologic la 6 ($10,2 \pm 1,7\%$, $p < 0,001$) bolnavi (fig. 6), ne denotă o abolire a funcției sfincterului Oddi.

Examenul bacteriologic este foarte important la pacienții cu semne clinico-paraclinice de colangită, în special pentru a determina tratamentul patogenetic cu antibiotice. Examenul bacteriologic a fost efectuat la 31 pacienți ($52,5 \pm 6,5\%$, $p < 0,001$). Bila pentru însămânțare a fost prelevată preoperator, în timpul CPGRE și intraoperator. La toți pacienții supuși

examenului bacteriologic a fost depistată floră microbiană practic similară cu cea intestinală. În $22,6 \pm 7,5\%$ a fost depistată *Escherichia coli*.

Duodenostaza, determinată radiologic și confirmată prin manometrie, are în consecință dereglarea funcției de alcalinizare a himusului gastric și de depresie evidentă a evacuării himusului duodenal. Mediul acid, instalat la nivelul duodenului, manifestă o agresivitate deosebită la nivelul căilor biliare. În acest scop la 22 ($37,3 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) pacienți a fost determinat titrul HCl liber în suc duodenal. La 21 ($35,6 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) pacienți valorile au variat între 4 și 10 mmol/l și numai la un ($1,7 \pm 0,7\%$, $p < 0,05$) bolnav având valoarea de 37 mmol/l cu medie de $8,9 \pm 1,3$ ($p < 0,001$) mmol/l.

La toți pacienții intraoperator s-a determinat starea căilor biliare extrahepatice. În timpul intervenției chirurgicale s-a depistat: dilatarea căii biliare extrahepatice cu care are pereții îngroșați și atonici peste 2 cm, hiperemie, edem, colangită, PDM liber permeabilă pentru sonda Doglioti Nr. 6, calculi coledocieni primari, concomitent malrotație duodenală cu prezența semnelor de duodenostază și hepatită colestatică (fig. 7, 8).

După analiza datelor clinico-paraclinice obținute și a rezultatelor examenului histopatologic putem defini megacoledocul idiopatic ca „dilatarea patologică a căilor biliare extrahepatice mai mare de 2 cm, instalată pe fundalul duodenostazei, al refluxului duodeno-coledocian amplificat după operațiile de derivare coledocoduodenale sau PSTE prin distrugerea sfincterului Oddi, manifestat clinic prin coledocolitiază recidivantă, angiocolită, icter mecanic persistent sau intermitent”. Instalarea colangitei cronice în megacoledocu, din cauza refluxului duodenoceledocian, duce la schimbări ireversibile în peretele coledocian, care se manifestă prin înlocuirea țesutului muscular cu cel conjunctiv (fig. 9, 10) și degenerescență nervoasă (fig. 11, 12). Refluxul duodenoceledocian, procesul distrofic histopatologic ireversibil al peretelui căilor biliare extrahepatice induc hipochinezie și lărgirea excesivă a CBP.

În Clinica Chirurgie nr. 2, tratamentul chirurgical al megacoledocului idiopatic a suferit schimbări odată cu parcurgerea

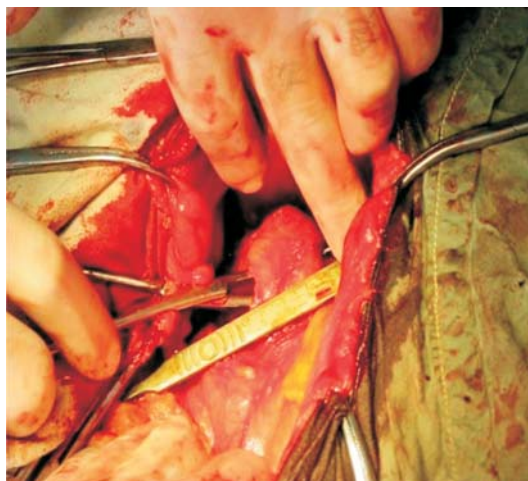


Figura 7. Imagini intraoperatorii, diametrul CBP= 30 mm

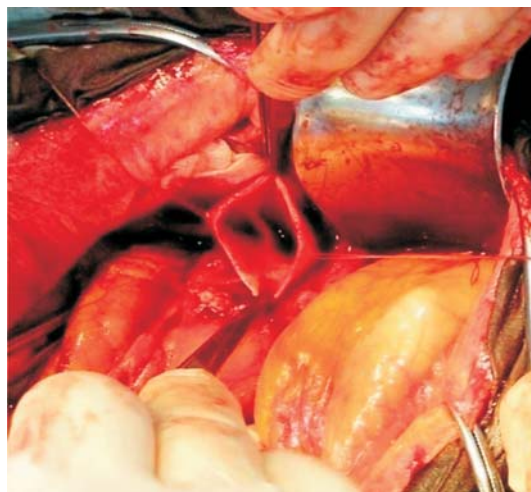


Figura 8. Imagini intraoperatorii, diametrul CBP= 40 mm

unei perioade de cercetare diagnostică, clinico-instrumentală, de laborator și morfologică, ceea ce a permis elucidarea etiologiei și a patogeniei megacoledocului secundar, ce a dus la schimbarea argumentată a tacticii chirurgicale, eligibilitatea căreia a fost confirmată prin rezultatele tratamentului chirurgical, inclusiv la distanță.

În anii 1992 – 1998, la 15 bolnavi cu tabloul clinic determinat de colangita cronică recidivantă și de icterul mecanic intermitent a survenit după PSTE, ulterior s-a manifestat prin

dilatarea excesivă a coledocului, iar la 12 pacienți prin recidiva coledocolitiazii, care a fost determinată a fi primară, s-a recurs la o intervenție chirurgicală în volum de coledocojunostomie pe ansa izolată à la Roux și în trei cazuri pe fundal de rezecție gastrică, suportată în anamneză, s-a aplicat CDA procedeu Iuraș.

Dar tehnicile chirurgicale folosite până în anul 1998 nu exclud momentele etiologice ale refluxului duodenocoledocian, care survine din cauza înlăturării barierei sfincteriene

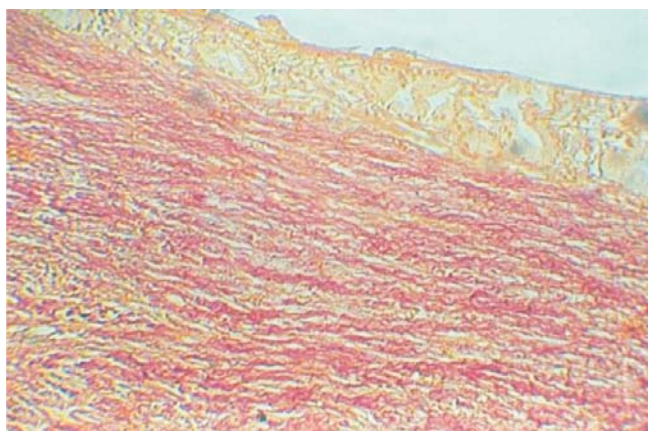


Figura 9. Schimbări ale stratului muscular, țesut conjunctiv abundent
Colorație van Gieson , obiectiv x 200

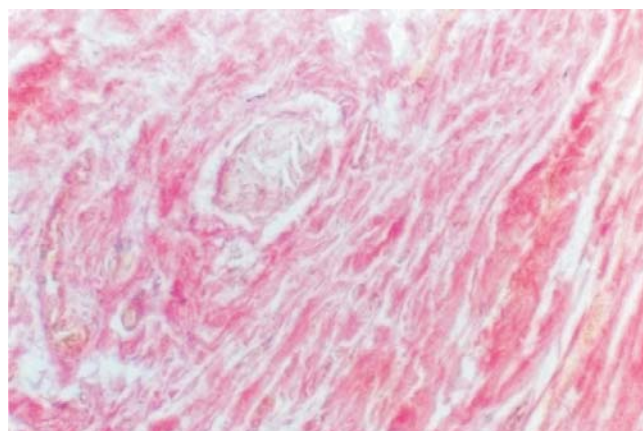


Figura 10. Predominarea rețea de țesutului fibros. Fragmentarea fibrelor de colagen și elastice. Colorație hematoxilin-eozină, obiectiv x 200

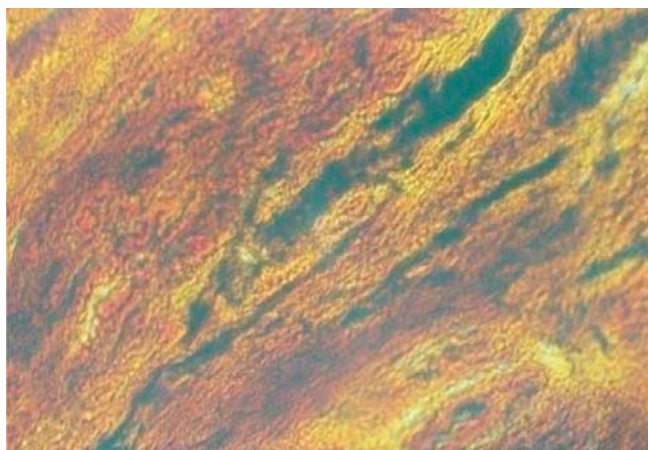


Figura 11. Structură ampulară în fibra nervoasă. Colorație Bielschowsky-Gross modificare Raskazova, obiectiv x200

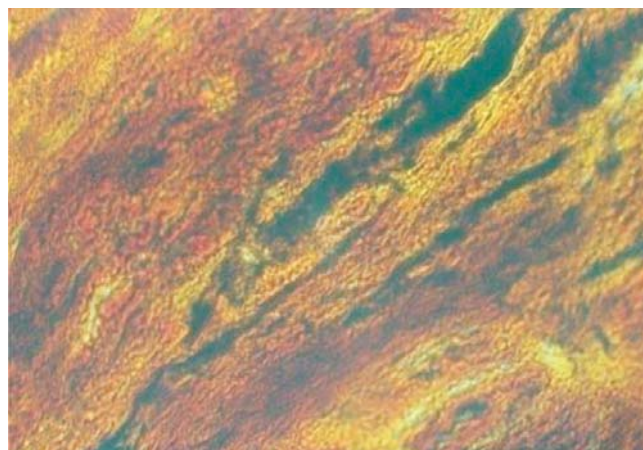


Figura 12. Amilienizare fibrelor nervoase. Colorație Bielschowsky-Gross modificare Raskazova, obiectiv x200

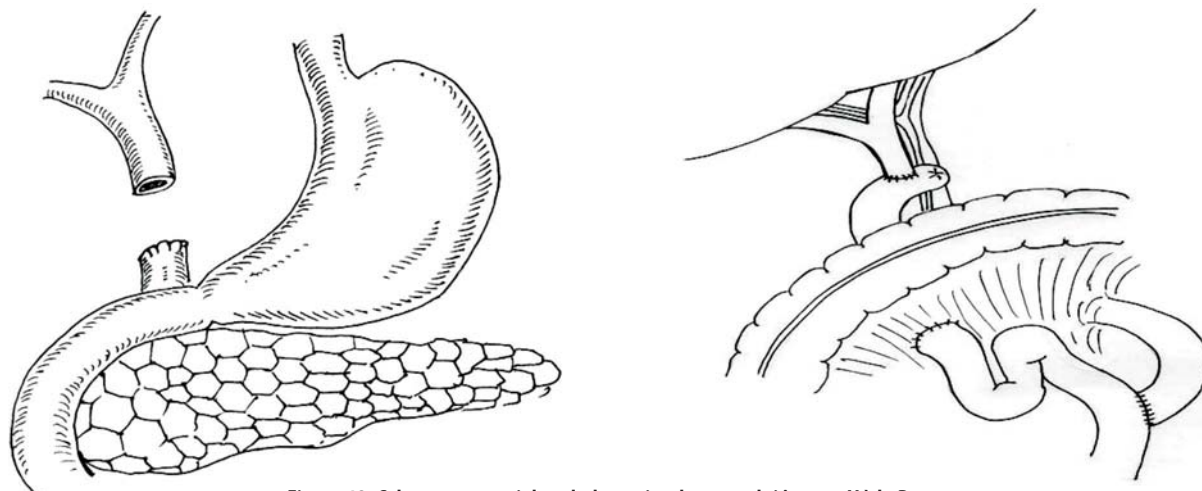


Figura 13. Schema exerezei de coledoc cu implantarea lui în ansa Y à la Roux

prin PSTE pe fundalul unei duodenostaze decompensate ce declanșează acest reflux, păstrând astfel substratul morbid biliar prin refluxul duodenal prin PDM, deteriorată funcțional și anatomic. La toți pacienții operați până în anul 1998 s-a reinstalat colangita cronică, clinic manifestată prin dureri în regiunea hipocondriacă pe dreapta, sub formă de colici, cu iradiere în spate, febră, frisoane, icter.

Particularitățile expuse ale bolii, schimbările ireversibile ale căii biliare principale în condiții de PDM permeabilă, duodenostază și reflux duodenocoledocean au indus ideea unei soluții chirurgicale netradiționale, care ar asigura fluxul biliar în tractul digestiv, excluzând duodenul. Excluderea duodenală a fost realizată prima dată în anul 1998, prin exereză de coledoc cu implantarea lui în ansa Y à la Roux (fig. 13).

Intraoperator, la toți pacienții din lotul de studiu, a fost determinat: un coledoc în diametru de peste 2 cm, cu pereții îngroșați atoni. În 21 (35,6 ± 2,7%, p < 0,001) cazuri, intraoperator, după exereza de coledoc sau coledocotomie, s-a depistat bilă cu puroi, ceea ce confirmă angiocolita acută purulentă. La 25 (42,4 ± 2,8%, p < 0,001) pacienți au fost depistați calculi de dimensiuni ce se apropiau de cele ale coledocului. În 32 (54,2 ± 2,8%, p < 0,001) cazuri în timpul intervenției chirurgicale s-au depistat semne macroscopice de hepatită colestatică. Malrotația duodenală, cu semne de duodenostază, a fost constatată intraoperator la toți pacienții incluși în studiu.

În perioada postoperatorie precoce nu am semnalat complicații grave legate de actul operator.

În concepția noastră actuală, orice bolnav cu megacoledoc trebuie supus intervenției chirurgicale – exereză de coledoc cu implantarea lui în ansa izolată à la Roux. Această decizie este argumentată prin evoluția procesului septic al colangitei cronice spre generalizare cu formarea abceselor colangiogene hepatice sau a sepsisului biliar, care și constituie cauza.

La trei pacienți, în perioada anilor 1992 – 1998, metoda de tratament chirurgical a megacoledocului idiopatic a constat în montarea coledocoduodenostomiei procedeu Iuraș.

Menționăm că această metodă de tratament, la bolnavii cu megacoledoc idiopatic care au suportat în anamneză PSTE pe fundal de duodenostază, trebuie să fie evitată din cauza recidivei semnelor clinice de colangită și de icter mecanic tranzitoriu, cu instalarea ulterioară a hepatitei colestatice cu evoluție nefavorabilă. Această metodă de tratament nu înlătură substratul etiologic al acestei patologii. Colangita a apărut atât în perioada

postoperatorie precoce, cât și în cea tardivă. Calitatea vieții la acești pacienți a fost nesatisfăcătoare. CDA propunem să nu fie aplicată în caz de megacoledoc idiopatic.

Din experiența noastră, pentru a preveni refluxul digestiv în căile biliare, care duce la instalarea colangitei și la complicații supurative prin generalizarea procesului septic în cadrul angiocolitei, este absolut necesar de a prepara o ansă izolată à la Roux, cu o lungime optimă de 80 cm. Această lungime asigură o siguranță anatomică și fiziologică care previne instalarea complicațiilor refluxului alimentar în arborele biliar. Nerespectarea acestor condiții tehnice duce la rezultate nesatisfăcătoare în perioada postoperatorie precoce și în cea tardivă.

La 43 (72,9 ± 5,8%, p < 0,001) pacienți, care au fost tratați utilizându-se noua metodă chirurgicală – exereza de coledoc cu implantarea lui în ansa Roux, am observat o dinamică pozitivă, cu dispariția semnelor clinice, care au constituit cauza suferinței de lungă durată și normalizarea testelor de laborator. Cei care au fost tratați până în anul 1998 – 15 (25,4 ± 5,7%, p < 0,001) și care nu au fost reoperați continuă să sufere multiple acutizări de colangită, însoțite de icter mecanic, se tratează conservativ, dar fără succes definitiv.

Rezultate

Analiza evoluției perioadei postoperatorii precoce, la 59 pacienți operați pentru megacoledoc idiopatic, a evidențiat dezvoltarea în 17 (28,8 ± 2,6%, p < 0,001) cazuri a complicațiilor postoperatorii.

Rata complicațiilor în perioada postoperatorie nu a fost legată de actul operator la căile biliare extrahepatice în sine, dar, în special, de starea generală a pacientului. Nici un pacient în perioada postoperatorie precoce nu a necesitat reintervenție chirurgicală.

N-am înregistrat în acest lot letalitate spitalicească în perioada postoperatorie precoce, toți pacienții operați s-au externat într-o stare generală satisfăcătoare.

Un singur pacient, din acest lot de studiu, care a suportat în anamneză PSTE și litextractii multiple nu a fost operat. După PSTE, pe fundalul unei duodenostaze, se dezvoltă colangită cronică, cauzată de refluxul duodenocoledocean, cu pusee repetate de icter mecanic. Colangita cronică duce la schimbări ireversibile în peretele coledocian cu instalarea ulterioară a colestatice și a hepatitei colestatice. La acest pacient evoluția îndelungată și avansarea suferinței biliare a dus la generalizarea

septică a colangitei, prin apariția abceselor miliare colangiogene hepatice. Această situație clinică nu a putut fi corectată terapeutic și pacientul decedează.

Pacienții din toate patru grupe de studiu au fost monitorizați pe parcursul anilor și li s-a aplicat practic aceeași indicatori de analiză a rezultatelor în perioada postoperatorie tardivă.

Am evaluat rezultatele analizând starea pacienților postoperator pe o perioadă de peste la 10 ani, estimând starea somatică a pacientului, precum și integrarea socio-familială și reabilitarea profesională.

Rezultatele la distanță au fost urmărite la toți pacienții care au suportat tratament chirurgical pentru megacolecoc secundar. Termenul observațiilor la distanță a variat, constituind peste 10 ani. Calitatea vieții la acești bolnavi în perioada postoperatorie tardivă a fost evaluată prin elaborarea unui complex de probe. În ele am inclus aspectul somatic pentru a stabili modul de acomodare a organismului la efectele intervenției chirurgicale. În acest scop a fost studiată evoluția clinică postoperatorie la acești bolnavi. Prin anamneza pacienților s-au identificat unele acuze restante sau apărute și menținute în perioada postoperatorie tardivă. Starea somatică a fost apreciată în raport cu mai multe simptome:

Lotul de studiu a fost divizat în două subgrupe:

1. *Prima subgrupă* – pacienții operați până în anul 1998, unde nu s-a înlăturat substratul etiopatologic și la care a continuat suferința biliară. Rezultatele postoperatorii le putem numi nesatisfăcătoare.

2. *Subgrupa doi* – bolnavii care au beneficiat de exereză de coledoc cu implantarea în ansa la Roux, unde am obținut rezultate bune, cu dispariția tuturor semnelor clinice a patologiei biliare atestate înainte de intervenția chirurgicală.

De menționat că rezultatele sunt direct proporționale cu metoda chirurgicală aplicată, și deci este argumentat a diviza lotul de studii în două subgrupe: prima - pacienții care au fost operați până în anul 1998 prin coledocojejunostomie pe ansa izolată la Roux sau CDA; a doua - pacienții operați după anul 1998, folosindu-se noua metodă de tratament chirurgical – exereza de coledoc cu implantarea lui în ansa Roux.

În acest lot 15 pacienți operați până în anul 1998 au avut rezultate pe care le putem numi convențional nesatisfăcătoare, deoarece la 11 (73,3 ± 11,6%, $p < 0,001$) dintre ei s-a reinstalat colica biliară, la 9 (60 ± 12,1%, $p < 0,001$) a reapărut febra și frisonul. În 11 (73,3 ± 11,6%, $p < 0,001$) cazuri a recidivat icterul mecanic asociat cu prurit cutanat – 10 (66,6 ± 11,9%, $p < 0,001$) cazuri, scaune acolice și urinări hiperchrome – 9 (60 ± 12,1%, $p < 0,001$). La 12 (80 ± 11,1%, $p < 0,001$) pacienți au apărut tulburări dispeptice. Slăbiciunea generală și astenia a fost prezentă la 10 (66,6 ± 11,9%, $p < 0,001$) bolnavi. Aceste manifestări au necesitat consum de medicamente: antibiotice, analgezice, antipiretice, tranchilizante, somnifere, enzime digestive. Din această grupă, 3 (20 ± 9,2%, $p < 0,001$) pacienți au fost reoperați, s-a efectuat exereză de coledoc cu implantarea lui în ansa la Roux. Postoperator la ei a survenit însănoșirea, au dispărut semnele clinice ale suferinței biliare.

Rezultate nesatisfăcătoare în acest lot de bolnavi ne-au determinat să analizăm multilateral și minuțios această situație clinică. După părerea noastră, atât CDA, cât și coledocojejunostomoza nu lichidează refluxul duodenocolocian. Menținerea refluxului în căile biliare a conținutului duodenal, deosebit de agresiv în duodenostază, cauzează ulterior instala-

rea colangitei cronice recidivante, cu schimbări ireversibile în peretele coledocian, litogeneză recidivantă. Aceste considerente ne-au determinat să propunem și să implementăm exereza supraduodenală de coledoc, cu implantarea lui în ansa la Roux, cu o lungime de cel puțin 80 cm, metodă care exclude refluxul himusului duodenal în arborele biliar, realizată prin exereza supraduodenală a coledocului, cu implantarea lui în ansa în Y la Roux. Conform acestei tehnici au fost operați 43 pacienți. Analiza rezultatelor, cu studierea parametrilor selectați, a relevat că la 41 (95,3 ± 4,0%, $p < 0,001$) bolnavi postoperator, pe o perioadă de doi ani nu a fost fixată colică biliară, a dispărut icterul mecanic intermitent, semnele colangitei cronice recidivante.

Într-un caz, la 6 luni de la intervenție, au reapărut colica biliară și angiocolita. Tehnica operatorie aplicată la acest bolnav a constat în exereză de coledoc cu coledocojejunostomie pe ansa Y la Roux cu o lungime de 40 cm. Anume acest moment a fost apreciat de noi drept cauză a recidivei postoperatorii a suferinței biliare, a reinstalării refluxului deja enterocolocian. S-a recurs la operație repetată, cu reconstrucția ansei în Y la Roux, lungind-o până la 80 cm. Postoperator, colica biliară și semnele angiocolitei au dispărut. Timp de patru ani pacientul este reintegrat socio-familial.

La un alt bolnav, peste un an a reapărut icterul mecanic cauzat de coledocolitiază la nivelul anastomozei.

Analizând datele obținute din grupa de pacienți supuși exerezei de coledoc, cu implantarea lui în ansa Y la Roux, putem să afirmăm că rezultatele în perioada postoperatorie tardivă sunt apreciate ca fiind bune.

Un indice ce ne-a permis să evaluăm obiectiv rezultatele obținute a fost aprecierea stării funcționale a sistemului hepatobiliar în perioada postoperatorie.

Acesta a fost stabilit prin analiza:

- ✓ testelor funcționale ale ficatului;
- ✓ examenul ultrasonor hepatobiliar;
- ✓ colangiografie prin RMN;
- ✓ hepatobiliscintigrafie dinamică.

La examenul ultrasonor la bolnavii cu rezultate clinice nesatisfăcătoare s-a depistat coledoc care rămâne dilatat, hepatomegalie, coledocolitiază.

Pentru aprecierea stării anatomice a anastomozei coledocojejunale, colangiografia prin RMN este practic unica metodă disponibilă în arsenalul diagnostic. Utilizând această metodă, am depistat la un pacient în cazul clinic prezentat mai sus, prezența calculului la nivelul gurii de anastomoză, la alți 3 (7,1 ± 4,0%, $p > 0,05$) pacienți, care au beneficiat de controlul stării anastomozei prin RMN, am stabilit o stare absolut normală a coledocojejunostomozei, cu un diametru ce corespunde valorilor inițiale aplicate.

Aprecierea, în perioada postoperatorie tardivă, a stării funcționale a zonei hepatobiliare este posibilă utilizând hepatobiliscintigrafia dinamică. Hepatobiliscintigrafia dinamică a fost efectuată la 12 (20,3 ± 5,2%, $p < 0,001$) pacienți în perioada postoperatorie tardivă, la 5 (29,4 ± 11,1%, $p < 0,05$) pacienți din prima subgrupă și la 7 (16,7 ± 5,8%, $p < 0,01$) pacienți care au beneficiat de tratamentul propus de noi. La primii 5 pacienți biliscintigrafia a fost repetată postoperator, din cauza evoluției clinice negative în perioada postoperatorie, cu reapariția semnelor clinice de colangită și icter mecanic. Imaginea ficatului, la hepatobiliscintigrafie, se prezintă cu mărirea dimensiunilor și

contrastare moderat intensivă, se remarcă încetinirea acumulării și a evacuării din ficat cu reținerea radiofarmaceuticului la nivelul CBP și a drenajului în intestin. După anul 1998, hepatobiliscintigrafia a fost efectuată la 7 ($11,9 \pm 4,2\%$, $p < 0,01$) pacienți. La un pacient la care s-a realizat coledocojejunostomoză pe o ansă cu lungimea de 40 cm am constatat aceleași modificări funcționale patologice care au fost determinate preoperator. La 6 ($14,3 \pm 5,4\%$, $p < 0,01$) bolnavi funcțional s-a atestat normalizarea imaginii la hepatobiliscintigrafie.

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

În prima subgrupă de pacienți în 7 ($46,6 \pm 11,9\%$, $p < 0,01$) cazuri nu am obținut rezultate satisfăcătoare, bolnavii fiind preocupați de boală, nefiind siguri de viitor.

Dispariția practic a tuturor semnelor clinice ale suferinței biliare în a doua subgrupă de pacienți, face ca după intervenție chirurgicală 41 ($95,3 \pm 2,4\%$, $p < 0,001$) bolnavi 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, menționarea relațiilor existente și formarea unor relații noi.

În prima subgrupă de pacienți, numai în $33,3 \pm 11,1\%$ ($p < 0,05$) cazuri au găsit un ajutor și un anturaj care îi susține, care îi face să treacă peste depresia și handicapul creat de boala respectivă. Tot în această grupă de bolnavi 6 ($40 \pm 11,6\%$ ($p < 0,01$)) sunt distanțați de familie.

Bolnavii care au fost supuși tratamentului propus de noi, în majoritatea absolută a cazurilor - 41 bolnavi ($95,3 \pm 2,4\%$, $p < 0,001$), 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 toți pacienții supuși exerezei de coledoc cu implantarea în ansa Roux și numai la 8 ($53,3 \pm 12,1\%$, $p < 0,01$) din 15 pacienți din subgrupa

de bolnavi operați până în anul 1998 am căpătat o reintegrare profesională deplină.

Letalitate postoperatorie precoce nu am înregistrat. În întreg lotul de pacienți am avut două cazuri de deces ($3,4 \pm 2,4\%$, $p > 0,05$). Un pacient a decedat neoperat, care nu a fost inclus în analiza rezultatelor în perioada postoperatorie tardivă. Alt bolnav a decedat la doi ani postoperator. Cauza decesului a fost determinată de colangita persistentă cu generalizarea procesului septic și formarea abceselor hepatice colangiogene. Mortalitatea în perioada postoperatorie tardivă a fost de 2,2%.

Concluzii

Conform rezultatelor obținute, lotul de studiu a fost divizat în două subgrupe:

1. *Prima subgrupă* – pacienții operați până în anul 1998, unde nu s-a înlăturat substratul etiopatologic și la care a continuat suferința biliară. Rezultatele postoperatorii le putem numi nesatisfăcătoare.

2. *Subgrupa doi* – bolnavii care au beneficiat de exereză de coledoc cu implantarea în ansa à la Roux, unde am obținut rezultate bune, cu dispariția tuturor semnelor clinice a patologiei biliare atestate înainte de intervenția chirurgicală.

Rezultatele obținute demonstrează corectitudinea programului propus de diagnostic și de tratament chirurgical al bolnavului cu megacoledoc secundar ce permite reducerea considerabilă a ratei morbidității și a mortalității postoperatorii precoce și tardive. Studiile aplicate ne-au permis să stabilim corelația directă între tratamentul aplicat și calitatea vieții postoperatorii. Rezultatele bune înregistrate ne-au demonstrat că exereza de coledoc cu implantarea lui în ansa à la Roux este o intervenție chirurgicală patogenetic argumentată. Ultima obligatoriu va fi de o lungime de 80 cm, element de tehnică chirurgicală ce previne refluxul jejunocoledocian și dezvoltarea colangitei. Funcționarea acestei anastomoză după principiul mecanismului de supapă, strict direcționează fluxul biliar spre jejun. Anume acest moment funcțional determină prioritatea metodei propuse de rezolvare a megacoledocului secundar față de CDA sau hepaticojejunostomoză aplicate până acum.

Bibliografie

1. Angelescu, N. Tratat de patologie chirurgicală. București, 2001, p.1899-1970.
 2. Buligescu, L. Tratat de hepato-gastroenterologie. Vol. II, 1999, p.788-852.
 3. Constantinoiu, S., Mateș I., Miron A., Voiciulescu B. Icteric litiazic. București, 1998, p.200-241.
 4. Isaac, Rajiman MD. Endoscopic management of bile duct stone: Standard technique and mechanical lithotripsy. UpToDate 10.1, February 2002, p.20-27.
 5. Jae, Seung Kim, Dae Hyuk Moon, Sung Gyu Lee et al. Hepatobiliary scintigraphy in the assessment of biliary obstruction after hepatic resection with biliary-enteric anastomosis. European Journal of Nuclear Medicine, 2000, nr.27, p.170-175.
 6. Lynthia, W. Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease. World J. Surg. 2002.
 7. Шалимов, А. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев, 1993.
 8. Гальперин, Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии, Москва, 1988, с.21.
-