

## ARTICOLE ORIGINALE

## MEGACOLEDOC SECUNDAR: ASPECTE DE ETIOPATOGENIE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

## Rezumat

La o serie de pacienți, de la 5 % la 10 %, necătând la restabilirea fluxului biliar după PSTE, continuă suferința biliară, manifestată prin tabloul clinic de icter mecanic tranzitoriu, colangită cronică recidivantă, litiază coledociană primară. Reinstalarea patologiei biliare este cauzată de dezvoltarea refluxului duodenocole-docian pe fundalul duodenostazei și insuficienței de PDM. Studiul efectuat pe o perioadă de 10 ani (1992-2002) include un număr de 37 de bolnavi. Toți pacienții au suportat în anamneză colecistectomie și ulterior reintervenții la căile biliare care au inclus: PSTE și CDA cu coledocolitomie. Algoritmul diagnostic a inclus – teste biochimice, USG, CPGRE, duodenografia, biliscintigrafia, RMN. Investigațiile paraclinice au demonstrat prezența malrotației duodenale cu duodenostază, refluxului duodenocole-docian pe fundalul unei PDM liber permeabile, coledoc peste 2 cm cu calculi primari coledocieni. CBD dilatată, atonică funcțional a fost numită de noi „megacoledoc secundar” și este rezultatul proceselor distrofice musculare și aparatului nervos ale peretelui coledocien. Până în anul 1998 tratamentul chirurgical la 16 bolnavi a constat în montarea derivațiilor biliodigestive (coledocojejunoanastomoză și CDA). Rezultatele au fost nesatisfăcătoare deoarece la mai mult de 50 % se păstrau semnele clinice ale morbusului biliar, datorită menținerii refluxului duodenobiliar. Ultimile ne-au permis să propunem și să implementăm o nouă tehnică operatorie, care exclude refluxul himusului alimentar în arborele biliar, realizată prin exereză supraduodenală de coledoc cu implantarea lui în ansa Y a la Roux. Această tactică de tratament a permis însănătoșirea bolnavilor cu o reintegrare socioprofesională în 100 % cazuri.

Vladimir HOTINEANU\*, Adrian HOTINEANU  
(USMF „N.Testemițanu”, Catedra Chirurgie Clinică Nr. 2)

\* – doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

## 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 10 years (1992-2002), including a number of 37 patients. All the patients underwent colecistectomy and afterwards reinterventions on biliary tract including ERS, CDA with choledocholithotomy. The diagnostic algorithm included: biochemical tests, US, ERCP, duodenography, biliscintigraphy, MRI. The paraclinical investigations demonstrated the presence of duodenostasis and duodenal malrotation, duodenobiliary reflux, CBD over 2 cm with primary stones. The dilated CBD functionally atonic was named by us secondary megacoledoch. Until 1998 the surgical treatment in 16 patients included biliodigestiv anastomosis (CDA and choledocojejunoanastomosis). The results were unsatisfactory because more than in 50 % 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 100 %.

## Introducere

Afecțiunile căilor biliare intra- și extrahepatice reprezintă o parte importantă a patologiei chirurgicale contemporane.

În structura morbidității biliare boala litiazică formează 98 % și preponderent este prezentată de colecistita litiazică [1]. În același timp litiaza canaliculară este prezentă la 6-25 % din pacienții supuși colecistectomiei, care, de regulă, se complică prin icter mecanic în 61,3 – 85 % cazuri [2, 3, 4]. Din obstrucțiile benigne nu mai puțin importante rămân a fi stricturile papilei duodenale mari (PDM) – 5-10 %, stricturile cicatriciale – 0,6-13,3 %, pancreatitele – 4-10 %, iatrogeniile – 1 %, bolile congenitale – 1 % [5, 6, 7, 8, 9]. Boala, declanșată în aceste situații clinice, este determinată de instalare a icterului mecanic, colangitei, care la rândul lor pot cauza complicații imprevizibile a evoluției bolii cât și dificultăți tactice și tehnice terapeutice.

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 miniinvazive au permis stabilirea diagnosticului cu posibilitatea pregătirii preoperatorii, realizată prin drenare biliară, cât și soluționarea definitivă a unor cazuri clinice prin papilosfincterotomie endoscopică (PSTE) cu litextractie. În aceste situații clinice grație PSTE tratamentul chirurgical clasic a pierdut parțial din terenul tradițional terapeutic. Dar ținem să notăm că la o serie de pacienți, de la 5 % la 10 %, necătând la restabilirea fluxului biliar, după PSTE continua boala, manifestată prin tabloul clinic al colangitei cronice recidivante și a icterului tranzitoriu.

Starea morbidă instalată, după datele literaturii, este determinată de dereglarea în rezultatul PSTE a funcției de pompă a sfincterului Oddi, care, fiziologic direcționează fluxul în duoden și previne refluxul duodeno-coledocien. PSTE anihilează controlul sfincterian asupra fluxului biliar și, ca rezultat, eficiența drenajului biliar depinde numai de raportul dintre fluxul și defluxul biliar [10]. Raportul este favorabil dacă nu există cauze care să afecteze organic sau funcțional drenajul coledocien și motricitatea duodenală. În caz contrar efectul de drenaj este

anulat în timp, datorită refluxului digestivobiliar, care antrenează ulterior dezvoltarea angiocolitei.

În același timp, vom accentua că în 90 % cazuri PSTE nu a fost soldată de apariția acestor situații și deci de rând cu insuficiența sfincterului Oddi un rol important probabil îl are dereglarea funcției motorii duodenale, care pare a fi evidentă în duodenostază [2, 5]. După părerea noastră anume acest factor este important în dezvoltarea refluxului duodenobiliar pe fon de insuficiență a PDM cu instalarea ulterioară a colestazei, litiazei coledociene, icterului mecanic tranzitoriu și a colangitei cronice recidivante.

### Scopul

Studiul întreprins a avut drept scop studierea factorilor etiopatogenetici, schimbărilor morfofuncționale ale căii biliare principale (CBP) și ale impactului lor asupra manifestărilor clinice în lotul de bolnavi cu rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului obstrucțiilor biliare benigne distale cât și determinarea tacticii chirurgicale optime necesare restabilirii fluxului biliar și a lichidării refluxului duodenocolocean.

### Materiale și metode

În Clinica 2 Chirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu” în perioada anilor 1992-2002 au fost spitalizați 10418 bolnavi cu patologii ale căilor biliare extrahepatice, din ei 1121 (10 %) cu icter mecanic. Cu icter de geneză tumorală au fost 538 (48 %) bolnavi; icter de geneză benignă – 583 (52 %) pacienți.

În studiul dat am analizat rezultatele tratamentului la 583 bolnavi cu icter de geneză benignă. Cauza principală a icterului în acest lot de bolnavi a fost coledocolitiază – 76,5 %, urmată de strictura PDM (tab. 1).

**Tabelul 1.**

*Etiologia icterului mecanic benign, 583 cazuri*

Patologia	Numărul	Procentul
Coledocolitiază	444	76,15
Strictura PDM	39	6,67
Stricture cicatriciale	39	6,67
Iatrogenii	55	9,45
Patologii congenitale	6	1
Total	583	100 %

Din 583 bolnavi colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CPGRE) a fost realizată la 536 (92 %) pacienți. În 378 (65 %) cazuri s-a recurs la PSTE care la 341 (90,3 %) a rezolvat blocul biliar litiazic sau stricturile benigne, asigurând însănătoșirea pacienților. Dar în 37 (9,7 %) 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 sau asociat și cu litiază coledociană recidivantă.

Așadar, în atenția studiului întreprins au fost incluși 37 de pacienți cu așa numitul sindrom postcolecistectomic, la care manifestările clinice erau dominate de icter mecanic tranzitoriu și de colangită recidivantă fără clarități ale substratului etiopatogenic, iar diagnosticul și tratamentul rămânând a fi incerte. Din ei au fost 19 femei și 18 bărbați. Vârsta cuprinsă între 33-80 ani. Frecvența spitalizării acestor bolnavilor a fost de la 3 la 9 bolnavi anual (tab. 2).

Ținem să accentuăm că, toți pacienții au suportat în antecedente intervenții chirurgicale la căile biliare extrahepatice. Colectomie a fost realizată la 37 bolnavi.

**Tabelul 2.**

*Frecvența spitalizării pacienților cu SPCE în perioada anilor 1992 – 2002*

1992-1997		1998		1999		2000		2001		2002		Total 37 cazuri	
B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F	B	F
4	8	1	2	2	2	6	3	3	3	2	1	18	19

Evoluția trenantă a bolii, recidiva colicii biliare, colangitei, icterului în perioada de la 1 la 3 ani după prima operație, au necesitat reintervenții chirurgicale. La 30 de bolnavi s-au efectuat PSTE repetate cu sau fără litextractii. În 5 cazuri s-au efectuat coledocolitotomii și la 4 pacienți s-a montat coledocoduo-denoanastomoză (CDA) (tab. 3). PSTE a fost efectuată într-o singură ședință în 17 cazuri, în prize repetate (de la 2 la 10) la 13 bolnavi.

**Tabelul 3.**

*Intervențiile chirurgicale inclusiv suportate în anamneză de 37 bolnavi*

Intervenția	Nr. total	O ședință	Prize repetate
PSTE	17	11	6
PSTE cu litextractie	13	6	7
Laparotomie, coledocolitotomie	3	–	–
Coledocolitotomie + CDA	4	–	–

Tabloul clinic al bolii instalat după colecistectomie a fost dominat de colica biliară în toate 37 cazuri, iar prurit cutanat a fost fixat numai la 12 bolnavi. Scaune acolice și coluria au fost la internare la 28 de pacienți. Icter tranzitoriu au avut 30 bolnavi, iar angiocolita a fost fixată în toate cazurile. Este important să accentuăm, că în rezultatul decurgerii îndelungate a suferinței la 6 pacienți s-a dezvoltat insuficiența hepatică acută iar într-un caz insuficiența hepatorenală (tab. 4).

**Tabelul 4.**

*Manifestările clinice a SPCE persistent după PSTE la 37 bolnavi*

Manifestările clinice	Nr. de bolnavi
Colică biliară	37
Prurit cutanat	12
Icterul la internare	28
tranzitoriu în anamneză	30
Colangită	37
Insuficiență hepatică acută	6
Insuficiență hepato-renală	1
Scaune acolice	28
Colurie	28
Coledocolitiază recidivantă	21

Toți bolnavii au fost supuși unui examen paraclinic biochimic și instrumental standardizat incluzând aprecierea bilirubinei serice, indexului protrombinei, fermenților citolitici – ALAT și ASAT, ultrasonografie (USG), CPGRE, duodenografia, biliscintigrafia, rezonanța magnetică nucleară în regim de colangiografie (RMN).

Valorile bilirubinei serice la 9 pacienți a variat în limitele normei, hiperbilirubinemia de 29-40 mmol/l a fost fixată la 4

bolnavi, 40-100 – la 10 pacienți, peste 100 – la 14 pacienți. Protrombina, markerul insuficienței hepatice, a fost investigat la toți bolnavii, fiind în limitele normei în 22 cazuri, cuprinsă între 60-80 la 14 bolnavi și sub 60 la 1 pacient.

Citoliza hepatică a fost apreciată prin determinarea ASAT și ALAT, care în 11 cazuri au fost în limitele normei și la 28 depășind indicele normal de 3-5 ori.

Ecografia abdominală este apreciată de noi ca metodă screening care permite apreciere orientativă a schimbărilor dimensionale a arborelui biliar și a fost efectuată la toți pacienții.

Examenul ecografic în toate cazurile ne-a relevat prezenta: hepatomegaliei, dilatarea coledocului peste 1 cm, dilatarea căilor biliare intrahepatice, calculi biliari recidivanți (fig. 1, 2).

CPGRE rămâne a fi „gold standard”-ul diagnosticului afecțiunilor obstructive biliare extrahepatice. A fost efectuată la 33-89 % bolnavi. În toate cazurile a fost fixată dilatarea coledocului de la 2 la – 3-3,5 cm (fig. 3), coledocolitiază (fig. 4), evacuarea încetinită a contrastului în lipsa unui obstacol evident, deoarece PDM s-a dovedit a fi liber permeabilă pentru duodenoscop.

Pentru aprecierea frecvenței duodenostazei la acest lot de bolnavi și a impactului ultimei asupra funcției CBC s-a recurs la

examenul radiologic al tractului digestiv cu masa baritată – duodenografie fără relaxare farmacologică. Duodenografia, care din anul 1998 este inclusă în standardul obligatoriu de investigații instrumentale, efectuată la 20 bolnavi, a pus în evidență în toate cazurile mal rotație duodenală și reflux duodenogastral. Refluxul duodenocoledocian a fost fixat la 4 (21,1 %) bolnavi. (fig. 5, 6).

Bilioscintigrafia dinamică cu radioizotop Te99, care fiind o metodă neinvazivă, ușor de efectuat, a permis evaluarea fluxului biliar hepato-duodenal pre- și post operator. A fost efectuată la 8 (21,7 %) bolnavi în condiții de PDM permeabilă. Metoda a fixat încetinirea excreției bilei în arborele biliar, încetinirea s-au lipsa evacuării bilei în intestin (fig. 7).

Colangiografia prin RMN, efectuată la 4 (10,8 %) pacienți, a pus în evidență dilatarea a peste 2 cm a căilor biliare extrahepatice, calculi coledocieni, dereglarea evacuării bilei (fig. 8).

Așadar caracteristicile clinico-instrumentale ale insuccesului tratamentului litiazei biliare la 37 bolnavi s-au înscris prin reinstalarea coliciei biliare după colecistectomie cu recidivă ulterioară a litiazei coledociene, a icterului mecanic, colangitei în condiții de permeabilitate perfectă a PDM, obținută prin ședințe de PSTE cu litextractii repetate, soldate obligatoriu cu

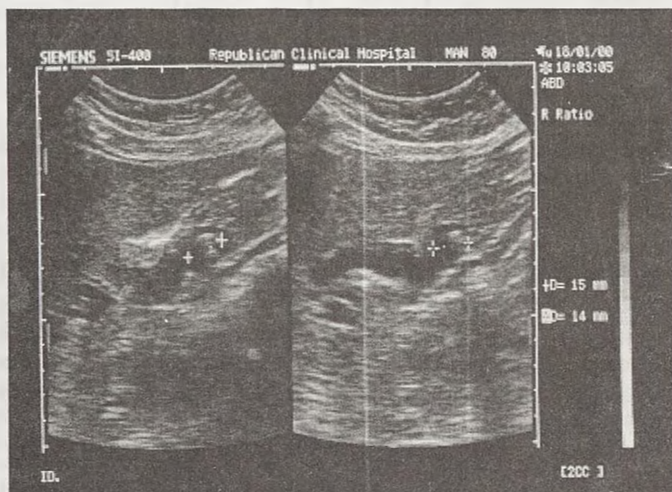


Fig. 1.

B.S., f.o. N 20632 CBP ecografic 1, 3 cm, calcul 1 cm în diametru.

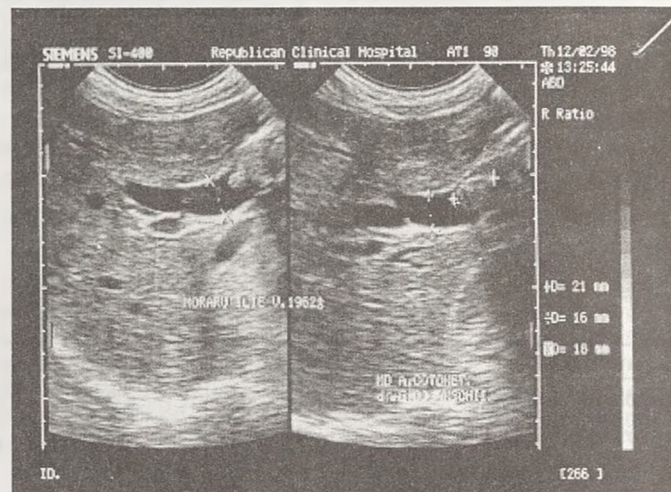


Fig. 2.

B.V., f.o. 19275 CBP ecografic 1, 6 cm, calcul 1, 5 cm în diametru.

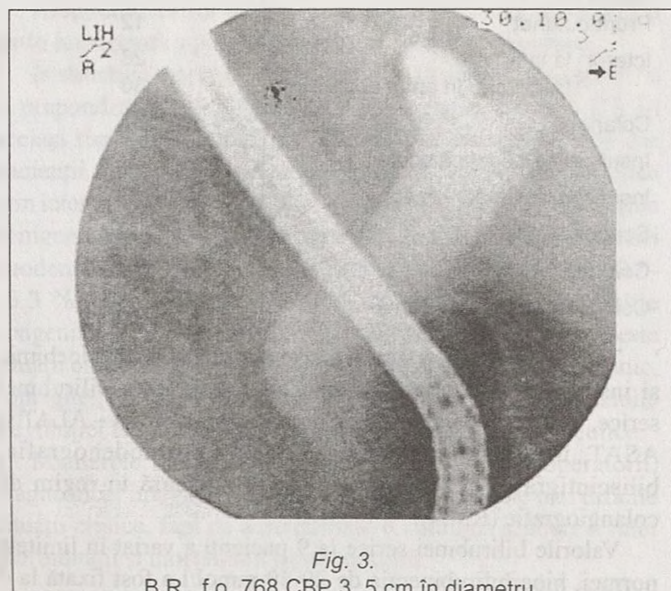


Fig. 3.

B.R., f.o. 768 CBP 3, 5 cm în diametru.

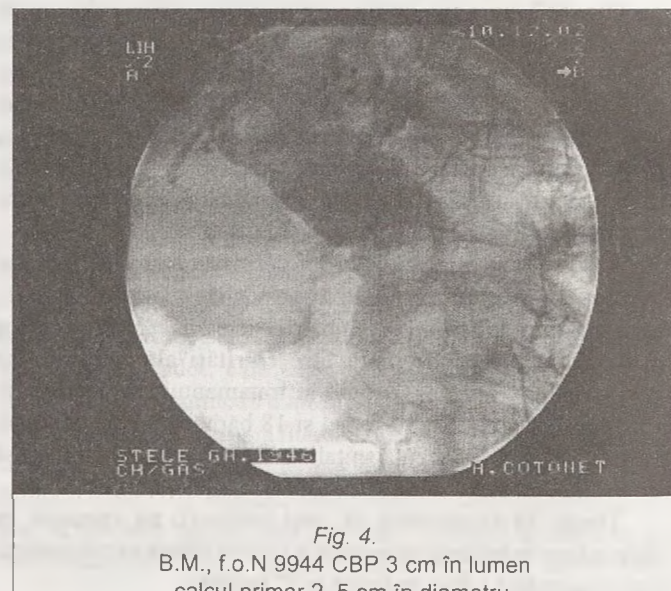


Fig. 4.

B.M., f.o.N 9944 CBP 3 cm în lumen calcul primar 2, 5 cm în diametru.



Fig. 5.

B.D., f.o.N 12846 Malrotație duodenală. Duodenostaza.



Fig. 6.

B.A., f.o.N 25647 Malrotație duodenală. Duodenostaza, reflux duodenocoloedocian.

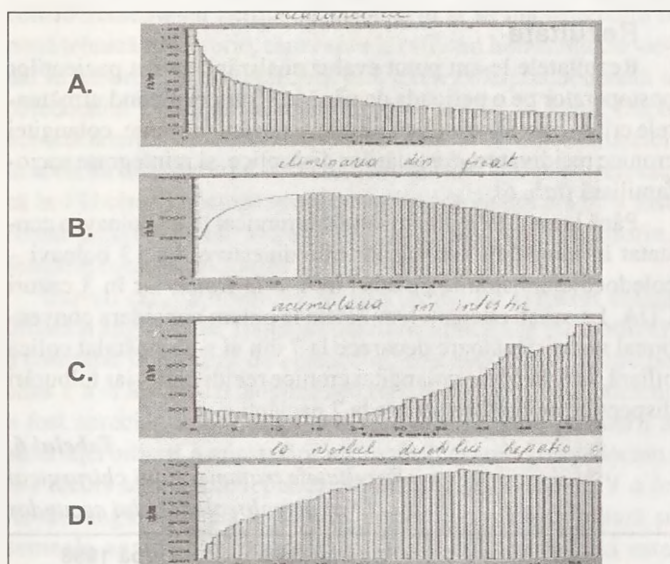


Fig. 7.

B. C., f. o. N 24101 Bilioscintigrafia dinamică. Încetinirea excreției bilei în arborele biliar, lipsa evacuației bilei în intestin.

A – clearance-ul.

C – eliminarea în intestin.

B – eliminarea din ficat.

D – la nivelul ductului hepatic comun.

dilatarea excesivă progresantă și ireversibilă a căii biliare principale.

În anii 1990-1998 aceste situații clinice au fost apreciate ca dilatare idiopatică a căilor biliare extrahepatice și la 13 bolnavi a fost aplicată coledocojejunoanastomoză cu ansa Y *a la Roux*. În trei cazuri, unde bolnavii au avut antecedente rezecție gastrică Bilioth-II, s-a aplicat CDA (tab. 5). Menționăm că tehnicile chirurgicale folosite nu lichidează momentele etiologice ale refluxului duodenocoloedocian păstrând astfel substratul morbid biliar.

Particularitățile expuse ale bolii, schimbările ireversibile ale căii biliare principale în condiții de PDM permeabilă, duode-



Fig. 8.

B. A., f. o. N 25647 Coledoc 3,5 cm, coledocolitiază.

nostaza și refluxul duodenocoloedocian au indus ideea unei soluții chirurgicale netradiționale, care ar asigura fluxul biliar în tractul digestiv, excluzând duodenul. Ideea excluderii duodenale a fost realizată prima dată în anul 1998 prin exereză de coledoc cu implantarea lui în ansa Y *a la Roux*.

Intraoperator în toate cazurile s-a stabilit hepatită colestatică, proces aderențial masiv în spațiul subhepatic. Calea biliară principală s-a prezentat cu pereții îngroșați, dilatată de la 2 la 2,5 cm la 6 bolnavi, 2,5-3 cm – 13 bolnavi, 3-5,0 cm – 17 bolnavi (fig. 9, 10). PDM liber permeabilă pentru sonda Dolioti N 6. Malrotație duodenală cu duodenostază a fost prezentă la 31

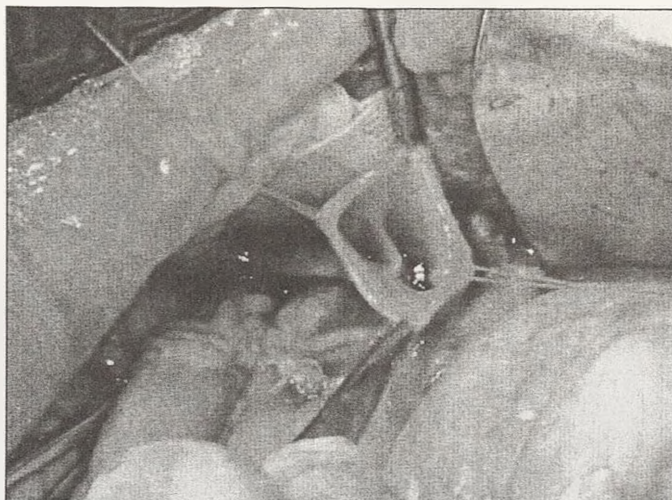


Fig. 9.  
B.C., f.o.N 24101 CBP 4, 0 cm.

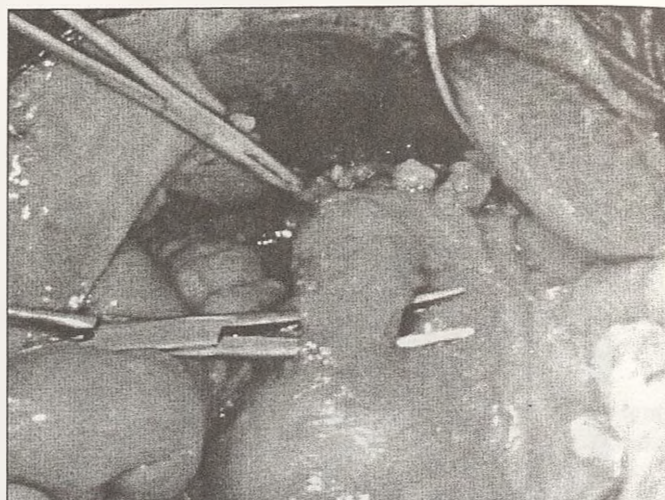


Fig. 10.  
B.S., f.o.N 25337 CBP 3 cm.

**Tabelul 5.**  
*Intervențiile chirurgicale aplicate la 36 bolnavi cu megalocolodoc secundar*

Operațiile efectuate	Anii	Numărul
Coledocojejunostomie		13
CDA pe fon de rezecție gastrică în anamneză	1992 – 1998	3
Exereză de coledoc cu implantare în ansa Y a la Roux	(din 1998)	20

din 36 pacienți. Manevrelor tehnice intraoperatorii au constat în mobilizarea coledocului cu exereza lui la nivelul supraduodenal. Bontul distal închis cu suturi separate într-un plan. Capătul proximal al coledocului sa implantat în ansa jejunală în Y a la Roux, ultima cu lungimea de 80 cm (fig. 11). Anastomoza coledocojejunală s-a efectuat în 16 cazuri termino-lateral și în 4 cazuri termino-terminal. La 11 pacienți s-a efectuat drenarea Voelker, iar la 9 pacienți nu s-a lăsat drenajul la nivelul anastomozei enterocolociene.

La 10 bolnavi intraoperator au fost prelevate biotparate din CBP. Pentru a determina starea aparatului muscular și nervos al peretelui coledocian s-a întreprins examenul histologic cu colorare după Rascozova pentru detectarea celulelor și a fibrelor nervoase și colorarea cu hematoxilina-eozină pentru aprecierea

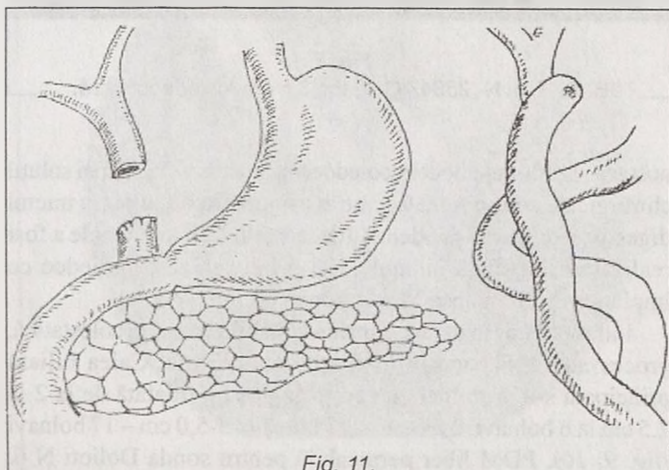


Fig. 11.

Schema exerezei de coledoc cu implantarea în ansa Y a la Roux.

stării mușchiului neted al coledocului. Examenul biotpatelor a evidențiat în toate cazurile dezvoltarea unui proces de distrofie a țesutului muscular cu înlocuirea lui cu țesut conjunctiv (fig. 12), degenerescența cu fragmentarea și vacuoliizarea totală a rețelei intramurale nervoase coledociene (fig. 13).

### Rezultate

Rezultatele le-am putut evalua analizând starea pacienților postoperator pe o perioadă de până la 10 ani evaluând următoarele criterii: recidiva colicii biliare, icterului mecanic, colangitei cronice recidivante, dereglărilor dispeptice, și reintegrare socio-familială (tab. 6).

Până la anul 1998 tratamentul chirurgical la 16 bolnavi a constat în montarea derivațiilor biliodigestive. La 13 bolnavi – coledocojejunostomie pe ansa în Y a la Roux; iar în 3 cazuri CDA. La acești pacienți rezultatele le putem considera convențional nesatisfăcătoare deoarece la 7 din ei s-a reinstalat colica biliară, la 6 semnele colangitei cronice recidivante, iar tulburări dispeptice au fost semnalate la 7 pacienți.

**Tabelul 6.**  
*Rezultatele tratamentului chirurgical al megalocolodocului secundar*

Criterii	Până la 1998 (16 bolnavi)		După 1998 (22 bolnavi)	
	Număr	Procent	Număr	Procent
Colica biliară	9	56,25	2	10
Icterul tranzitoriu	7	43,75	1	5
Colangita cronică recidivantă	9	56,25	2	10
Prurit	9	56,25		
Tulburări dispeptice	10	62,5	2	10
Colurie	7	43,75		
Scaune acolice	7	43,75		
Reintegrare socio-familială și profesională	7	43,75	20	100

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 coledocojeju-



Fig. 12.

Distrofie musculară intamurală.

noanastomoza nu înlătură refluxul duodenocoledocian, dar în ambele variante ultimul este amplificat, și realizat atât prin PDM permeabilă, cât și nouă derivație biliodigestivă. Menținerea datorită refluxului în căile biliare a conținutului duodenal, deosebit de agresiv în duodenostază, cauzează ulterior instalarea colangitei cronice recidivante cu schimbări ireversibile în peretele coledocian, litogeneză primară recidivantă. Aceste considerente ne-au permis să propunem și să implementăm o nouă tehnică operatorie, care exclude refluxul himusului duodenal în arborele biliar, realizată prin exereza supraduodenală a coledocului cu implantarea lui în ansa în *Y a la Roux*. După această tehnică au fost operați 20 pacienți. Analiza rezultatelor în acest lot de bolnavi cu studierea parametrilor selectați a relevat, că la 18 bolnavi postoperatoriu pe perioada de doi ani nu a fost fixată colică biliară, a dispărut icterul mecanic tranzitoriu, semnele colangitei cronice recidivante.

Într-un caz, la 6 luni de la intervenție, au reapărut colică biliară și angiocolită. Tehnica operatorie aplicată la acest bolnav a constatat în exereză de coledoc cu coledocojejunostomie pe ansa *Y a la Roux* cu o lungime sub 60 cm. Anume acest moment a fost apreciat de noi drept cauză a recidivei postoperatorii a suferinței biliare, a reinstalării refluxului deja enterocoledocian. S-a recurs la operație repetată cu reconstrucția ansei în *Y a la Roux*, lungind-o până la 80 cm. Postoperator colica biliară și semnele angiocolitei au dispărut. Pe durată de doi ani este reintegrat socio-familiar.

La alt bolnav peste un an de la intervenție s-a reinstalat icterul mecanic cu semnele angiocolitei. La sonografie și RMN s-a fixat prezența unui calcul gigantic la nivelul gurii de anastomoză coledocojejunală. S-a reintervenit chirurgical – enterocolodolitomie. Postoperator timp de 1 an și 6 luni starea generală bună.

Toți 20 de pacienți operați după anul 1998 sunt într-o stare generală satisfăcătoare fiind reintegrați socio-familiar.

Din 37 bolnavi a decedat un bolnav care nu a fost operat. Cauza decesului – megalocolodoc, icter mecanic, angiocolită, abcese intrahepatice colangiogene, insuficiența hepato-renală acută.

### Cazuri clinice

**Pacientul P.**, anul nașterii 1927, f.o.2118, internat pe data de 04.03.2000, cu acuze la dureri colicative în regiunea epigastrală dreaptă, febra 38,5 C, frison, slăbiciune generală, greață.



Fig. 13.

Distrofie vasculară și degenerescența fibrelor nervoase.

În anul 1994 a suportat colecistectomie pentru colecistită cronică calculoasă. În anul 1995 este spitalizat cu diagnosticul SPCE coledocolitiază, icter mecanic care a fost rezolvată prin PSTE. Recidiva coledocolitiază este fixată în anul 1999, care este rezolvată prin litextracție endoscopică pe fundalul PDM liber permeabil. La internare bilirubina – 39,8 mkmol/l; protrombina – 87 %, ALT – 1,55 mmol/l, AST – 1,25 mmol/l, ecografic s-a depistat coledoc 1,2 cm și dereglarea evacuării bilei. La CPGRE a fost evidențiat coledoc 3 cm, fără calculi. La duodenografie semne de duodenostază. S-a stabilit diagnosticul de malrotație duodenală, duodenostază, SPCE megalocolodoc, reflux duodenocoledocian, colangită recidivantă, icter tranzitoriu, hepatită cronică colestatică. Pe data de 21.03.2000 s-a intervenit chirurgical. Intraoperatoriu s-a depistat coledocul 3,5 cm în diametru fără calculi, angiocolită, PDM liber permeabil, pentru sonda Dolioti N6. S-a efectuat exereza supraduodenală a coledocului cu implantarea lui în ansa *Y a la Roux* cu lungime 80 cm. Postoperator pacientul monitorizat până în prezent, este într-o stare satisfăcătoare, reintegrat social și familial.

**Pacientul C.**, anul nașterii 1967, spitalizat 07.03.2000, f.o. N 8073. La internare acuză dureri colicative în regiunea epigastrală pe dreapta, prezența icterului tegumentelor și mucoaselor vizibile, febră 38,5 C, frison, scaun acolic, urinări hiperchrome, slăbiciune generală, greață. Din anamneză menționăm că în anul 1996 a suportat colecistectomie. Peste 7 luni – PSTE cu litextracție pentru stenoza PDM, coledocolitiază, icter mecanic, colangită. Pe parcursul anilor 1996-97 recidive repetate a colicii biliare, ca icterului mecanic tranzitoriu, colangitei. În 1997 s-a efectuat laparotomie, coledocolitomie, CDA procedeu Iuraș. Acuzele susnumite nu au dispărut. În anul 1998 s-a efectuat deconectare CDA și s-a efectuat coledocojejunostomie pe ansă *a la Roux*. Dar ulterior la pacient persistă clinica colangitei cronice recidivante. În 2000 s-a efectuat exereză de coledoc cu implantarea lui în ansa în *Y a la Roux*. Postoperatoriu a survenit însănașoșire deplină.

**Pacientul H.**, anul nașterii 1921, internat pe data de 21.XII.98. La internare – starea gravă, acuze la dureri colicative în regiunea epigastrală pe dreapta, prezența icterului tegumentelor și mucoaselor vizibile, febră 38,5 C, frison, scaun acolic, urinări hiperchrome, slăbiciune generală, greață. Din anamneză în 1992 colecistectomie, peste 8 luni PSTE cu litextracție. Pe parcursul anilor 1993-1998 recidivă repetată a colicii biliare icterului mecanic, colangitei. În 1997 s-a repetat CPGRE cu

litextracție. La internare bilirubina – 125,8 mkmol/l, protrombina – 65 %, ALT – 3,1 mmol/l, AST – 2,41 mmol/l, ecografic s-a depistat coledoc 1,2 cm și dereglarea evacuării bilei, abcese hepatice colangiogene. La CPGRE a fost evidențiat coledoc 3,5 cm fără calculi, duodenoscopul liber trece în coledoc, s-a efectuat drenare nazo-biliară. La duodenografie semne de duodenostază. Pacientul la a 6 zi de spitalizare a decedat. Diagnosticul post-mortem – SPCE. Icter mecanic. Megalocolodoc. Angiocolită. Abcese colangiogene în ficat. Șoc toxico-septic. Insuficiență hepatorenală acută.

### Discuții

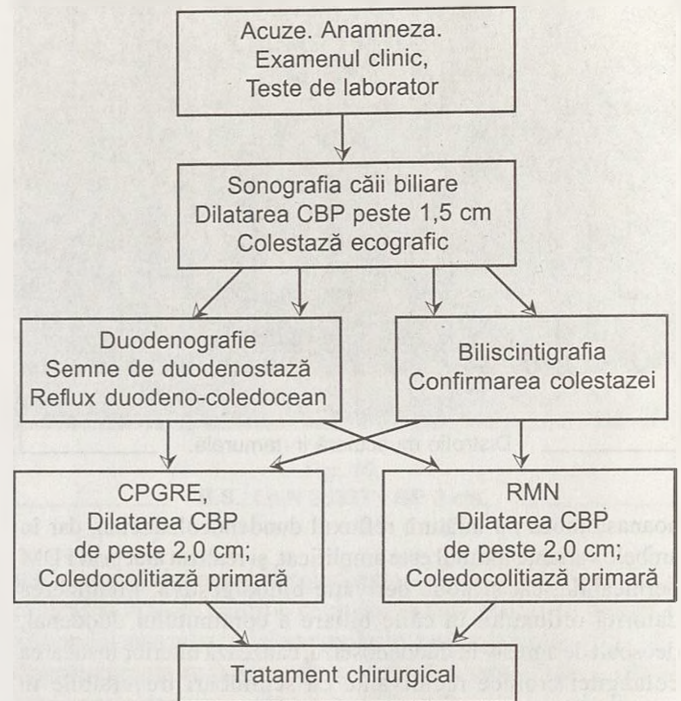
Creșterea numărului bolnavilor cu patologie a căilor biliare extrahepatice, inclusiv a complicațiilor de ordin obstructiv benign – litiatază caniculară, stricturi de PDM, stricturi cicatriceale și iatrogenii a căii biliare principale au servit drept imbold pentru dezvoltarea chirurgiei miniinvazive endoscopice a zonei hepatobiliopancreatice. PSTE a permis rezolvarea obstrucției biliare benigne în 90-95 % cazuri. Ținem însă să accentuăm, că în aceleași timp în pofida restabilirii adecvate a fluxului biliar în duoden a apărut un grup de bolnavi la care suferința biliară continuă să persiste. Nefiind clare aspectele etiologice ale stării morbide biliare persistente, am recurs la acest studiu aprofundat, care a avut ca scop determinarea stării funcționale ale duodenului și a CBP, interacțiunea lor și influența reciprocă până și după intervențiile endoscopice miniinvazive la PDM și CBP. Duodenografia ținută, la acest grup de bolnavi, a evidențiat prezența malrotației duodenale cu duodenostază, iar titrarea HCl în sucul duodenal a stabilit prezența HCl liber în limitele 10-45 mmol/l. Dar este cunoscut faptul, că PSTE din punct de vedere tehnic include în sine distrugerea aparatului sfincterian al PDM, care, la rândul său, reglează fluxul biliar într-o singură direcție coledoc – duoden. După distrugerea sfincterului Oddi pe fonul unei duodenostaze importante nu mai există nimic ce să împiedice instalarea refluxului duodenocoledocian. Refluxul duodenocoledocian la rândul său duce la pătrunderea necontrolată în căile biliare a conținutului duodenal agresiv. Se instalează colangita cronică. Ulterior datorită acestor factori au loc schimbări ireversibile în peretele căilor biliare, care se manifestă histologic prin înlocuirea țesutului muscular cu cel conjunctiv și degenerescență nervoasă. Refluxul duodenocoledocian, procesul distrofic histopatologic ireversibil ale peretelui căilor biliare extrahepatice induc hipocinezia și lărgirea excesive a CBP. Calea biliară principală dilatată, atonică funcțional a fost numită de noi „megacoledoc secundar” – MCS. Iar în „megacoledoc secundar” se instalează teren organic pentru dezvoltarea coledocolitiazii primare recidivante, colangitei cronice.

Așa dar, schimbările morfofuncționale instalate, stau la baza declanșării lanțului respectiv patofiziologic de recidivă a suferinței biliare – reinstalarea colicii biliare, hepatitei colestatice, a icterului mecanic mai frecvent cu caracter tranzitoriu, colangitei cronice recidivante.

În diagnosticul bolii o atenție deosebită se va acorda acuzelor, anamnezei și tabloului clinic. Informația obținută, de regulă, permite de a determina vectorul principal al examenului complex biochimic și instrumental al bolnavului, ținut în special în zona hepatoduodenală. Consecutivitatea procedeele de diagnostic pot fi înscrise în algoritmul de diagnostic al bolnavului cu megacoledoc secundar.

Tratamentul complex chirurgical al bolnavilor va include etapa pregătirii preoperatorii și etapa corecției chirurgicale.

### Algoritmul de diagnostic al „megacoledocului secundar”



Pregătirea preoperatorie va consta în decompresia căilor biliare extrahepatice de regulă realizată prin drenarea nazo-biliară Bayli și terapie intensivă prin administrarea antibioticelor, glucocorticoiziilor, detoxicare prin diureză forțată, corecția echilibrului hidro-salin, metabolismului energetic, sistemului de coagulare și anticoagulare a sângelui, funcției organelor vitale importante.

Tratamentul chirurgical reconstructiv efectuat în perioada 1991-1998 a constatat în derivație bilio-digestivă prin tehnica coledoco-jejuno-anastomozei cu ansa în Y a la Roux, tehnică ce presupune direcționarea fluxului biliar atât în ansa jejunală a la Roux cât și în duoden prin megalocolodocul secundar și PDM, ultima, de regulă, fiind accesibilă sondei Dolioți N6. În această tehnică chirurgicală nu este evitat refluxul duodeno-coledocian, moment etiologic fundamental al bolii, care a fost confirmat și de rezultatele nesatisfăcătoare obținute. Suferința biliara manifestată prin hepatita colestatică, colica biliară, angiocolita a persistat la 9 din 16 bolnavi, ceea ce a alcătuit 56,25 %.

Aceste rezultate cât și analiza minuțioasă a investigațiilor clinico-paraclinice au înaintat pe prim plan rezolvarea refluxului duodeno-coledocian, ceea ce de fapt a generat ideea excluderii fluxului biliar în duoden, chiar în pofida postulatului indiscutabil anatomo-fiziologic – direcția fluxului biliar este unilaterală din coledoc în duoden. În acest aspect am conceput tehnica exerezei de coledoc cu suturarea segmentului distal în orb și implantarea segmentului proximal în ansa în Y a la Roux, ultima fiind de lungime nu mai mică de 80 cm. Această tehnică chirurgicală în megacoledoc secundar a fost realizată pentru prima dată în anul 1998 la pacientul B.f.o.451. Rezultatele aplicării tehnicii descrise confirmă că această operație asigură înlăturarea oricărei verigi ce ar menține refluxul duodeno-coledocian, colangita cronică și icterul mecanic. Morbiditatea postoperatorie doar de 10 % (2 bolnavi) a fost determinată de ansa în Y a la Roux ce avea lungimea de până la 60 cm. Reconstrucția ansei cu lungimea ei până la 80 cm în operația repetată a permis însănătoșirea și a acestor bolnavi.

Monitorizarea bolnavilor pe parcursul a 5 ani cu aprecierea stării morfo-funcționale a căilor biliare extrahepatice și a gurii de anastomoză coledoco-jejunală prin RMN în regimul de colangiografie, bilioscintigrafie dinamică, examenul biochimic al bilirubinei și a fermenților ne-a permis să considerăm rezultatele postoperatorii tardive ca fiind bune. Toți bolnavii au fost reîntrași socio-profesional.

### Concluzie

1. Sub noțiunea de „megacoledoc secundar” se subînțelege dilatarea secundară patologică a căilor biliare intra- și extrahepatice cu CBP mai mare de 2 cm, instalată, de regulă, pe fundalul duodenostazei, refluxului duodeno-coledeocian amplificat după operațiile de derivare coledocoduodenale, coledoco-jejunale sau

PSTE, cu schimbări organice în peretele coledocian, ce include distrofia musculară, degenerescenta plexurilor nervoase și instalarea fibrozei difuze ale coledocului, manifestat clinic prin coledocolitiază recidivantă, angiolitită, icter mecanic persistent sau tranzitoriu.

2. Diagnosticul este complex incluzând acuzele, anamneza, tabloul clinic, datele investigațiilor de laborator și paraclinice – USG, duodenografia, CPGRE și RMN, bilioscintigrafia dinamică.

3. Tratamentul de elecție etiopatogenetic care ar garanta lichidarea refluxului duodeno-coledocian este cel chirurgical, cu exereza de coledoc și implantarea lui în ansa în *Y a la Roux* ultima cu lungimea nu mai puțin de 80 cm. Operația propusă asigură rezultate bune și reabilitarea socio-profesională a pacientului.

### Bibliografie

1. Angelescu N. *Tratat de patologie chirurgicală*. București, 2001.
2. Buligescu L. *Tratat de hepato-gastroenterologie*. Vol. II, 1999.
3. Constantinoiu S. *Icterul litiazic*. București, 1998.
4. Hotineanu V., Hotineanu A. *Megacoledoc secundar, aspecte etiologice și de tratament chirurgical*. Al XXI-lea Congres național de chirurgie, Sinaia, 2002.
5. Leonard. R. Jhonson. *Physiology of the gastrointestinal tract*. New-York, 1987.
6. Lynthia W. *Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease*. World J. Surg. 2002.
7. Roraty M. *Acute cholangitis and pancreatitis secondary to common duct stones*. World J. Surg., 1998.
8. Rosenthal R. *Options and strategies for the management of choledocholithiasis*. World J. Surg., 1998.
9. Каримов А. *Эндобилиарная хирургия в лечении механической желтухи*. *Анналы хирургической гепатологии*, 1996.
10. Майстренко Н. *Холедохолитиаз*. Санкт-Петербург, 2000.
11. Шалимов А. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*. Киев, 1993.