

PROBLEMATICA STRICTURILOR IATROGENE ALE CĂII BILIARE PRINCIPALE ÎN PRACTICA CHIRURGICALĂ

Alexandru FERDOHLEB,

Catedra 2 Chirurgie, USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The problem of iatrogenic bile duct strictures in surgical practice

The aim of our study was to sensitize surgeons and gastroenterologists to the difficulties of settling iatrogenic benign biliary strictures.

Over the last 20 years, were hospitalized 228 patients and benign biliary strictures in the Clinic 1 2nd Department of Surgery of SMPU "N. Testemițanu". Clinical evaluation included several consecutive steps: 1) setting the ethiopatogenic diagnosis; 2) pre-operative decompression of the biliary tree; 3) reconstructive surgical act. In case of biliary strictures, following the cut of jaundice and biliary infection, bilio-digestive derivations have been performed according to the level of the obstacle, preferring the bilio-jejunal on isolated loop in Y a la Roux. The post-operative lethality was of 6 (2.63%) cases.

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

Keywords: biliary strictures, hepaticojejunostomy, biliary duct

Резюме

Проблема ятрогенных стриктур желчных протоков в хирургической практике

Цель данного исследования заключалась в информировании хирургов, гастроэнтерологов о сложностях ре-

шения ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков.

За период последних 20 лет, на кафедре Хирургии № 2, клинической базе № 1 ГУМФ им. «Николае Тестемицану» было госпитализировано 228 больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков. Клиническое обследование пациентов включало несколько последовательных этапов: 1) этиопатогенетическая диагностика; 2) предоперационная декомпрессия желчевыводящих путей; 3) реконструктивная хирургия. В случаях желчных стриктур, после купирования желтухи и желчных инфекций, проводили реконструктивные операции, напрямую зависимые от уровня обструкции, предпочтительно гепатикоюнальные анастомозы на изолированной петле Roux. Послеоперационная летальность была отмечена в 6 (2,63%) случаях.

Ятрогенные повреждения имеют сложную эволюцию, с большим числом хирургических операций, требующие многочисленные госпитализации. Необходимо приложить усилия для своевременной диагностики и профилактики септических осложнений. На первом этапе предложено применить декомпрессию желчевыводящих путей, а после купирования воспалительного процесса, проводят реконструктивные операции.

Ключевые слова: стриктуры желчных протоков, гепатикоюно-анастомоз, желчный проток

Introducere

Odată cu prima colecistectomie efectuată în 1882 de Langenbuch, s-a deschis calea pentru leziunile iatrogene de cale biliară magistrală (LICBM). În 1899 s-a înregistrat prima reparație reușită a unei astfel de leziuni. De atunci, această tematică a fost larg dezbătută în articole și tratate de specialitate, atât în literatura internațională, cât și în cea națională.

Literatura de specialitate prezintă o abundență de date statistice și de interpretări și concluzii privitoare la incidența, factorii de risc și mecanismele de producere a leziunilor iatrogene de cale biliară, oferind totodată și recomandări pentru a preveni o astfel de de complicație majoră. În acest context, studiul nostru se axează pe ceea ce se întâmplă după ce leziunea a fost deja produsă și pe modalitatea chirurgicală de soluționare a stricturilor biliare [1-4].

Principiile tehnicilor chirurgicale, pe parcursul mai multor decenii, au fost aduse la o cizelare impresionată. S-a standardizat și tehnica realizării colecistectomiilor, dar, în pofida acestui fapt, ponderea leziunilor căilor biliare rămâne constantă pe parcursul ultimelor decenii – 0,1-0.8% din cazuri. Colecistectomia clasică a fost un standard de aur în tratamentul colecistitei calculoase mai mult de 100 de ani. Promovarea pe scară largă a colecistectomiei laparoscopice a reaprins controversesele din chirurgia

clasică. Odată cu introducerea primei colecistectomii laparoscopice de Erich Mühe von Böblingen (Germania) în 1985, și apoi de P. Mouret (Franța) în 1987 în practica medicală, s-a constatat o ascensiune uimitoare a acestei tehnologii, care devine doar în câțiva ani un nou standard de tratament, acceptat unanim de toți. La moment se apreciază în țările dezvoltate un nivel de 95% de colecistectomii laparoscopice din totalul efectuat [5, 8, 9, 10].

Până la era laparoscopică, frecvența leziunilor cailor biliare, ca urmare a unei colecistectomii tradiționale, pe parcursul ultimelor decenii a fost un indice constant și era echivalent cu un caz la 300-500 operații (0,2-0,3%). Introducerea colecistectomiei laparoscopice a fost urmată de o creștere de 2-5 ori a frecvenței leziunilor iatrogene, fapt marcant mai ales în perioada de „învățare” a tehnicii laparoscopice. Această tehnică a mai schimbat și caracterul mecanismelor leziunilor cailor biliare și măbind gravitatea acestora. A crescut ponderea leziunilor înalte cu mare deficit de materie biliară. Au apărut leziuni motivate de efectul diatermocoagulării excesive. Am remarcat apariția leziunilor combinate atât a cailor biliare cât și a vaselor sangvine.

Condiții în care pot surveni traumatisme ale căii biliare principale:

- Cale de acces necorespunzătoare pentru intervenția pe calea biliară principală (6);
- Confuzia dintre canalul cistic și calea biliară principală subțire, pusă în tensiune secundar fracționării fundului vezicii biliare în colecistectomie;
- Ligatura cisticului împreună cu calea biliară principală subțire;
- Dezinserția canalului cistic la nivelul inserției sale în calea biliară principală;
- Disecția necorespunzătoare a canalului cistic acolat de calea biliară principală;
- Hemoragia intraoperatorie: din artera cistică, din vasele juxtacoledociene, când se execută dezlipirea canalului cistic de calea biliară principală, sau prin lezarea arterei hepatice drepte;
- Colecistectomiile dificile cu pediculită;
- Ligatura canalului hepatic și /sau a arterei hepatice drepte;
- Drenajul cu tub Kehr incorect plasat;
- Dilacerarea căii biliare principale în timpul extragerii unui calcul mare ce depășește coledocotomia;
- Nerecunoașterea unei fistule bilio-biliare [6, 7].

Cel mai frecvent, stenozele căii biliare principale afectează canalul hepatic și joncțiunea cistico-hepatică. Cea mai completă clasificare a stenozelor aparține lui H. Bismuth [2]:

Tipul 1. *Strictură joasă* (pediculară), cu bont biliar superior mai lung de 2 cm

Tipul 2. *Strictură mijlocie* (subhilară), cu bont biliar proximal mai scurt de 2 cm

Tipul 3. *Strictură înaltă* (hilară) lipsită de bont biliar, dar cu comunicare păstrată între ductele hepatice.

Aceste 3 tipuri mai sunt numite *leziuni pediculare ale căii biliare principale*.

Tipul 4. Strictura convergenței biliare datorată leziunilor radiculotrunculare, comunicarea dintre ductele hepatice fiind întreruptă prin dezvoltarea de țesut fibros. Tipul 4 prezintă două variante:

a) canalele hepatice sunt apropiate prin extremitățile lor când scleroza este localizată la zona de convergență;

b) canalele hepatice sunt îndepărtate când scleroza se extinde pe aceste canale.

Tipul 5. În cazul unor anomalii ale cailor biliare, ramura segmentară dreaptă poate fi separată de restul arborelui biliar prin strictură [3, 6, 9].

Forma și mărimea stenozei depind de gradul și de tipul leziunii inițiale. În urma unei ligaturi sau secțiuni, leziunile sclero-inflamatorii sunt puțin extinse. Dacă scleroza este consecința unor fistule biliare, a unor abcese subhepatice de vecinătate sau a reintervențiilor multiple, procesul va afecta calea biliară principală pe o lungime mai mare.

Obstrucția parțială sau totală a lumenului biliar, retracția bontului biliar și dilatarea suprastricturală reprezintă caracterele morfologice cele mai importante ale stenozelor biliare. Stenozele incomplete (necircumferențiale) păstrează un grad limitat de permeabilitate, cele complete, dezvoltând-se circumferențiar, suprimă permeabilitatea căii biliare. Stenozele pot fi asociate cu fistule ce apar din cauza stocării bilei în bontul biliar suprastenotic și creării unui traiect de drenaj. Retracția bontului biliar apare secundar procesului de scleroză. Bontul distal se retractează spre pancreas, iar cel proximal – spre hil [4, 5, 8, 9].

La nivelul canalelor biliare magistrale, după leziune se constată o creștere a diametrului de cale biliară supraobstacol, o îngroșare a peretelui canalicular, o majorare a numărului celulelor conjunctive proliferative și o creștere a de fibre elastice. Unul din aspectele importante relevante la nivelul canalului biliar este prezența infiltratului inflamator din perete. Ultimul este cel mai evident primele 3-4 săptămâni și care se ameliorează la a 3-a lună postoperatorie. Inflamația din perete apare la nivelul firului, clamei din perete și este lămurită prin prezența corpului străin, iar infiltratul neutrofilic din peretele ductal este sesizat la distanță de fir. Acest lucru este cauzat

de plaga de cale biliară și iritarea de către sărurile biliare din acumulările de bilă, de presiunea crescută endocolodociană. Acești factori declanșează un răspuns inflamator nespecific, similar unui infiltrat periportal din parenchimul hepatic. Aceste fenomene ne argumentează tactica de a recurge la o intervenție reconstructivă la o distanță de la actul lezional de cel puțin 3 luni, iar în unele situații – și de 6 luni postoperatorii [11].

În articolul de față prezentăm o analiză critică a experienței de peste 20 de ani a Clinicii *Chirurgie 2* a USMF N. Testemițanu. Încercăm să punem în lumină, pe lângă cifrele seci ale unor date statistice, suferința umană pe care o implică stricturile biliare iatrogene, precum și dificultățile de îngrijire și tratament pe care le implică.

Material și metode

În Clinica 1 Catedra 2 *Chirurgie* a USMF N. Testemițanu, în perioada ultimilor 20 de ani au fost spitalizați 228 pacienți cu LCBM și SBB. 95,28% pacienți au fost primar tratați și apoi transferați din alte servicii chirurgicale. Repartiția pe sexe a relevat o predominare evidentă a femeilor – 154 (67,54%) cazuri față de 74 (32,46%) bărbați. Vârsta pacienților a variat între 25 și 81 ani, alcătuind o medie de $53,18 \pm 1,58$ ani. Ponderea pacienților în etate a fost la nivel de 50% din tot lotul examinat. 56,3% din cei cu leziuni biliare au suferit o intervenție chirurgicală pentru o colecistită acută. 95% au prezentat leziuni biliare majore, clasele D-E după Strasberg.

Diagnosticul local al leziunilor iatrogene ale CBE s-a stabilit opacifiind direct sistemul biliar prin colangio-pancreaticografie endoscopică retrogradă (ERCP 80%), colangio-fistulografie (27,23%), iar la bolnavii cu rezecție gastrică – procedeul Billrot II în anamneză și în lipsa unei fistule externe recurgem la colangiografia percutanată transhepatică (CPT24 10,91%). În cazurile dificultăților informative ale ERCP sau CPT în lipsa unei fistule biliare, apelăm la biliscintigrafia dinamică și colangiografia prin rezonanță magnetică nucleară (11,27% cazuri).

Principiile evaluării diagnosticului etiopatogenetic urmate de noi au permis stabilirea următoarei repartiții a localizării stricturilor după Bismuth: tip I – 62 (27,22%) cazuri, tip II – 86 (37,72%) cazuri, tip III – 66 (30%), tip IV – 14 (5,08%) cazuri.

Conduita medico-chirurgicală a fost strict individuală în fiecare caz clinic. În complexul curativ a fost inclusă terapia intensivă de infuzii și corecție a funcției hepatice, terapia medicală antiinfecțioasă, decompresiunea miniinvasivă prin remedii endoscopice (drenarea nazo-biliară (9,39%), aplicarea stentării endoscopice (8,45%), dilatarea stenozei prin

balonașul Fogarthy (3,29%)) sau prin intermediul remediilor percutanate ale arborelui biliar (14,8%), cu realizarea actului chirurgical reconstructiv în condiții favorabile, cu risc minim de complicații posibile (figura 1).



Figura 1. Stentare endoscopică a CBP

Actualmente, stricturile biliare postoperatorii sunt soluționate prin intervenții reconstructive, formând diverse derivații biliodigestive. Derivațiile reconstructive subînțeleg formarea stomelor între porțiunea proximală a arborelui biliar și tractul digestiv. Experiența chirurgiei mondiale, ce se cunoaște de peste 100 de ani, a evoluat de la stomele cu duodenumul, stomacul, colonul la un standard recunoscut, și anume *derivațiile biliojejunale*. Ultimele au fost studiate aprofundat în ultimele decenii și-au demonstrat eficiența în reconstrucțiile biliare. În particular, a fost demonstrată superioritatea ansei jejunale a la Roux, cu brațul ei de peste 80 cm. Derivațiile cu ansa jejunale Roux devin un standard de aur pentru această chirurgie (figura 2).

Pacienții cu stricturi biliare postoperatorii necesită obligatoriu o reconstrucție biliodigestivă. Un factor major pentru stabilirea momentului reconstructiv este timpul ce a trecut de la ultima

intervenție. Reconstrucția biliară este realizată la un termen de 3-6 luni de la intervenția precedentă. Dar sunt situații când pacienții au trecut prin complicații septice majore, având drept urmare un proces inflamator de durată al spațiului subhepatic, fibroză locală nematurată. Aceste cazuri necesită deseori un termen mai mare de pauză, care poate ajunge până la 6 luni. Acest termen se va defini individual pentru fiecare pacient.

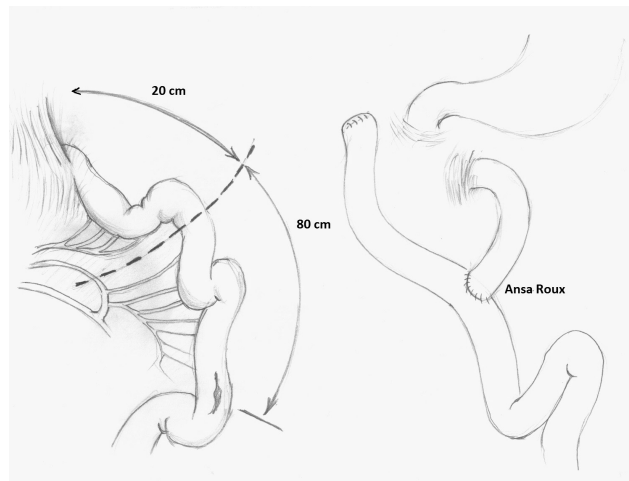


Figura 2. Ansa jejunală Roux

Orice reconstrucție de cale biliară trebuie să îndeplinească următoarele cerințe: a) excizia țesutului fibros din calea biliară proximală; b) realizarea unei anastomoze largi; c) prezența unei mucoase intacte, fără procese inflamatorii la toate 360° ale liniei de anastomoză; d) o bună vascularizare pe linia de sutură; e) lipsa tensiunii la linia de anastomoză. Orice chirurg trebuie să tindă ca aceste principii să fie respectate integral. La sigur că sunt și cazuri dificile, unde practic este imposibilă realizarea tuturor manipulațiilor. Este cert că excizia țesutului cicatricial și excluderea tensiunii la nivel de anastomoză pot fi obținute aproape întotdeauna.

În situațiile în care nu sunt respectate aceste principii, din motive de complexitate de caz, se recomandă de folosit tehnicile Hepp-Couinaud sau Smith Marlow. Aplicarea suturilor pe linia de anastomoză se va face, de regulă, termino-lateral față de ansă. Suturile atraumatice vor permite instalarea unei stome într-un plan. După finalizarea buzei posterioare, dacă calea biliară e mai mică de 15 mm, e necesar de drenat obligatoriu gura de anastomoză. Experiența ultimelor decenii a permis refuzul drenărilor de carcasă în „U”, ca fiind foarte traumatice, iar păstrarea lor îndelungată în arborele biliar facilitează colangita cronică și favorizează ciroza biliară. Folosirea acestora este foarte limitată și vizează cazurile în care este imposibil de aplicat o anastomoză funcțională, având un risc mare de stenoză la distanță. Actualmente sunt

în vogă drenările gurii de anastomoză cu efecte bune hidrodinamice și cu aplicare minim traumatizantă pentru arborele biliar. În experiența noastră, dăm prioritate procedurii Veolker. Folosim de regulă tuburi de silicon de dimensiuni 16 Fr. Durata aflării drenajului este individuală, de regulă nu depășește 6 săptămâni.

Pentru stricturile Bismuth tipurile I și II, o hepaticojejunostomie end-to-side, folosind canalul hepatic și ansa Roux, este deja o normă total recunoscută. În aceste situații de regulă dispunem de un bont destul de „lung”, care se ajustează bine la mucoasa intestinală. Chirurgul are o rezervă în manevrele de preparare a bontului hepatic comun, pentru a aplica suturile doar pe țesut sănătos. În cazul a 62 (27,2%) pacienți cu stricturi de tip I, am apelat la coledocojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată Roux.

La 35 pacienți am atestat o dilatare a coledocului de peste 2 cm și o situație favorabilă locală anatomică, ce ne-a permis de a ne abține de la drenajul transanastomotic. Pentru 86 (37,72%) cazuri de stricturi tip II, varianta tehnică de rezolvare a situației clinice a depins de prelungirea stricturii. Situația intraoperatorie ne-a impus aplicarea hepaticojejunostomiei termino-laterale cu ansa exclusă în Y a la Roux. Prezența dilatării ductului hepatic comun de peste 2 cm ne-a îngăduit să finalizăm intervenția fără drenaj transanastomotic în 36 de cazuri.

Pentru stricturile înalte Bismuth tipurile III și IV, realizarea hepaticojejunostomiei se confruntă cu faptul că bontul biliar are dimensiuni mici, un proces de fibroză major. Pentru așa situații a fost propusă tehnica Hepp-Couinaud. Intraoperatoriu se prepară marginea segmentului IV hepatic și ligamentul hepatogastric. În locul trecerii ligamentului hepatogastric în fascia glisoniană se formează plăcuța hilară.

Se prepară plăcuța hilară și prin intersecția ei se va ajunge la joncțiunea canalelor hepatice. Se va continua disecția pe canalul stâng, acesta fiind maximal dezgolit de țesuturi. Metoda se bazează pe faptul că canalul stâng, de regulă, este în afara parenchimului hepatic. Se va diseca țesutul fibros de la partea de jos a canalului hepatic comun. Bontul hepatic eliberat va permite realizarea metodei Petersen – introducerea în lumen a unei sonde metalice. Ultima va ușura la maximum evidențierea canalului stâng.

După aceasta, peretele anterior al ductului stâng se va inciza. Incizia se va începe de la joncțiunea canalelor în sus pe stânga. Manevra ne va permite să facem o gură de anastomoză adecvată după dimensiuni. Recurgem la o stomie latero-laterală cu suturi ordinare într-un singur plan. De regulă, aceste derivații înalte necesită obligatoriu o drenare a gurii de anastomoză. Drenarea se va face pe un termen de până la 6 săptămâni.

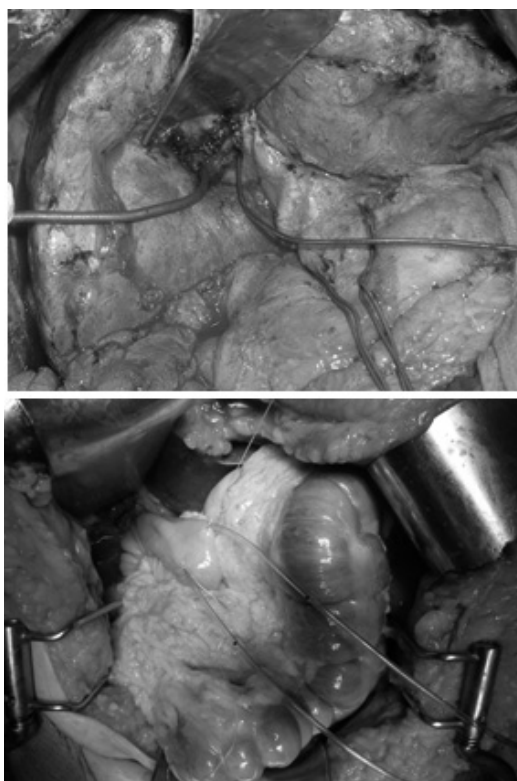


Figura 3. *Strictură Bismuth IV, imagini intraoperatorii*

De regulă, tehnica Hepp-Couinaud permite o afrontare ideală a mucoaselor și evită stricturele de anastomoză la distanță. În experiența noastră de 66 (30%) pacienți cu stenoze de tip III, modalitatea tehnică a fost în dependență directă de dimensiunea extremității proximale de la hilul hepatic și de gradul implicării lui în procesul cicatricial. Astfel, la 43 pacienți am recurs la aplicarea hepaticojejunostomiei termino-laterale pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu o protejare transanastomotică după Voelker. La ceilalți 23 bolnavi am avut un bond sub 1 cm, cu un proces cicatricial major. S-a recurs la mobilizarea hilului hepatic, cu aplicarea unei hepaticojejunostomii hilare, prelungite pe ductul stâng, pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu o drenare separată a ambelor ducturi hepatice după procedeul Voelker.

Cele mai dificile cazuri din punct de vedere tehnic au fost stricturele de tip IV – 14 (5,08%) cazuri (figura 3). Dificultățile erau sporite de procesul cicatricial fibros prezent, de lipsa ductului hepatic drept și stâng în procesul cicatricial. Tehnica utilizată a permis individualizarea pediculului hepatic, apoi identificarea și disecția arterei hepatice până în hil și secționarea plăcii hilare, pentru a putea individualiza hepaticul drept și stâng, cu identificarea și explorarea CBP cu exploratorul metallic. S-a recurs la montarea bihepaticojejunostomiei pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice după Voelker. Un principiu

de bază pentru aceste anastomoze a fost aplicarea suturii atraumatice de tip PDS-4/0, 5/0 într-un singur plan cu o afrontare minuțioasă a mucoaselor și excluderea totală a țesutului sclerotic inițial.

În toate cazurile, intraoperatoriu a fost prelevat material histologic din zona stricturii biliare. La microscopia optică am constatat următoarele modificări patomorfologice: celule conjunctive proliferative la nivel de strictură, țesut conjunctiv ce implică toate straturile peretelui coledocian, prezența unui număr mare de fibre elastice conjunctive, peretele de cale biliară îngroșat și schimbat cicatricial (figura 4).



Figura 4. *Fibroză cu implicarea tuturor straturilor coledociene (colorație hematoxilin-eozin x 200)*

Un aspect important pentru actul chirurgical reconstructiv și pentru conduita postoperatorie este lipsa sau prezența infiltratului inflamator peribiliar și nemijlocit din peretele biliar. Prezența locală a fenomenelor necrotico-inflamatorii, a inflamației locale de gradul 2 după indicele Knodell este o premisă pentru un rezultat postoperatoriu modest, cu o eventuală complicație la distanță.

Rezultate obținute

Stricturele iatrogene ale căilor biliare sunt benigne doar histologic, altfel ele au un caracter clinic asemenea maladiilor maligne: tendință spre progresie, sunt severe prin răsunetul lor general, dificil de corectat chirurgical și cu tendință de recidivă, sunt prezente complicații severe postoperatorii. De aceea, menționăm că prima intervenție reconstructivă trebuie să fie radicală, rezolvând strictura.

În perioada postoperatorie am determinat complicații în 14 (6,14%) cazuri. La 10 (4,39%) pacienți erau prezente supurații postoperatorii, care au fost soluționate prin asanare chirurgicală; 4 (1,75%) cazuri de dehiscență parțială anastomotică, cauzată de deficiențele tehnice intraoperatorii, prezența inflamației țesuturilor și a angiocolitei, care au fost rezolvate conservativ, grație aplicării drenării transanastomotice și drenării de siguranță a spațiului subhepatic. Letalitatea postoperatorie a fost de 6 (2,63%) cazuri, fiind cauzată de progre-

sarea insuficienței hepatice pe fond de angiocolită acută.

Evaluarea clinică postoperatorie de perspectivă a inclus: 1) latura psihoafectivă; 2) latura socială; 3) starea funcțională a sistemului hepato-biliar, apreciat pe baza testelor funcționale ale ficatului, sonografiei, iar în cazurile suspecte sonografic la obstrucție mecanică efectuăm colangigrafia prin rezonanță magnetică nucleară și scintigrafie secvențială hepato-biliară.

Evaluarea rezultatelor la distanță a fost posibilă pe un lot de 174 (76,3%) de pacienți. Pentru evaluare am aplicat un test standardizat de tipul Euro-Qo1 și SF-36. În baza rezultatelor obținute, am delimitat pacienții în 3 grupuri clinice: 1 grup a inclus 133(76,4%) de bolnavi cu rezultate bune; în grupul doi – 29 (16,67%) de bolnavi cu rezultate satisfăcătoare; grupul trei – 12 (6,9%) bolnavi cu rezultate nesatisfăcătoare. Rezultat bun a fost fixat la pacienții cu reabilitare completă somatică, psihologică, sociofamilială și funcțională a sistemului hepato-biliar. În grupul doi am stabilit în dimensiunea somatică persistența durerilor periodice la 29 (16,67%) de pacienți, a semnelor dispeptice – la 18 bolnavi. Sonografic s-a stabilit doar semne de hepatomegalie în 14 cazuri.

Grupul trei s-a manifestat prin apariția icterului obstructiv și angiocolitei cu evoluția spre stări septice. În 4 cazuri a debutat icterul mecanic, motivat de calculul firului de sutură a liniei de anastomoză. Am recurs la revizia anastomozei cu hepaticolitomie. Evoluția clinică postoperatorie a fost satisfăcătoare. Alți 7 pacienți au prezentat tablou de icter mecanic tranzitoriu, motivat de strictura gurii de anastomoză. Am efectuat rehepaticostomie cu ansa exclusă în Y a la Roux, cu drenare separată a ambelor canale hepatice. Și un singur caz a fost prezentat de refluxul enterobiliar, cu evaluarea unei colangite de reflux grave. Situația e motivată de ansa jejunală a ansei Roux sub 60 cm, ce a necesitat o reconstrucție în ansă cu brațul de 80 cm. Evoluția clinică în toate cazurile a fost satisfăcătoare. Aplicarea unui program unic de evaluare postoperatorie, bazat pe testele Euro-Qo 1 și SF-36, în experiența noastră a asigurat îmbunătățirea considerabilă a rezultatelor tratamentului chirurgical, precum și lichidarea efectivă și calitativă a complicațiilor survenite în perioada tardivă.

Discuții

Stricturile iatrogene ale căilor biliare magistrale sunt caracterizate de un grad mare de severitate, cu tendință de localizare proximală în creștere pe parcursul ultimilor ani. Majoritatea intervențiilor

reparatorie asupra căilor biliare și de drenaj temporar necesită o nouă intervenție de reconstrucție biliodigestivă [1, 4, 5, 9].

Repararea leziunilor biliare ridică probleme deosebite în raport cu tipul și localizarea acestora. Este important de remarcat faptul că recunoașterea și repararea imediată sau timpurie a lor scade mult rata morbidității și mortalității postoperatorii. Metodele de reparație a unor astfel de leziuni sunt reconstructive, de substituție a defectului lezional, de plastie bilio-biliară și de drenaj adecvat extern. În situația unei leziuni laterale sau arsuri electrice, sutura orificiului și drenajul transcistic soluționează problema. Asocieră unei stentări endoscopice permite o consolidare a soluționării acestei probleme. Secțiunea totală a CBP impune rezolvarea pe cale deschisă. În funcție de localizare, se pot folosi mai multe metode: sutura termino-terminală cu un eventual drenaj, plastia CBP pe tubul de drenaj Kehr, implantarea primară a CBP în ansa jejunală a la Roux [3, 6, 7, 9].

Pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv se iau în considerație obligatoriu următorii factori intraoperatorii: sediul stricturii, extinderea stricturii, gradul de dilatare, gradul afectării sclero-inflamatorii a extremității proximale a hepato-coledocului, prezența sau lipsa unei fistule biliare externe, prezența afecțiunilor supurative locale [3, 4, 5, 8, 10, 11].

Reconstrucția biliodigestivă, bazată pe ansa jejunală a la Roux, s-a adeverit ca un remediu de bază în această patologie dificilă. Este o anastomoză delicată, ce folosește un component biliar implicat în proces sclero-fibros. Se folosesc preparări minuțioase, ce permit utilizarea unui sector de CBP lipsită de scleroză, cu un perete intact. Firele se aplică în suturi ordinare, într-un singur plan de tip PDS- 4/0, 5/0, urmate de instalarea drenajului transanastomotiv protectiv.

Actul chirurgical reconstructiv e posibil de realizat cu succes doar în situațiile în care procesele active de inflamație locală și de focare septice lipsesc. E important de a recurge la reconstrucție la cel puțin 3 luni de la iatrogenie. În această perioadă trebuie ca pacienții să aibă asigurat un drenaj adecvat al bilei intrahepatice fie prin fistulă externă, fie prin stentare internă. În mai multe studii s-a demonstrat că, având o asanare ideală și un drenaj adecvat al bilei din zona de leziune, numai atunci vom putea ajunge la o pregătire adecvată a canalelor biliare pentru actul reconstructiv [5, 7, 11].

Concluzii

Stricturile iatrogene biliare reprezintă o filă dificilă a chirurgiei contemporane. Ele conduc

la un număr mare de intervenții chirurgicale sau miniinvazive, cu reinternări frecvente. Complicația prognostică cea mai gravă este peritonita biliară cu sepsisul biliar. Ea conduce la tratamentul etapizat al patologiei: bypassul biliodigestiv și mai apoi reconstrucția biliară.

Actul chirurgical reconstructiv poate fi realizat doar în condiție de soluționare a inflamației locale și a complicațiilor septice locale. Un termen optim de maturare a țesutului cicatricial al căilor biliare și de stopare a inflamației locale este de 3-6 luni. Orice persistență a proceselor inflamatorii locale sau a complicațiilor septice locale inevitabil va duce la complicații severe în perioada postoperatorie și la o derivație biliodigestivă compromisă.

Tratamentul chirurgical al stricturilor iatrogene biliare este în raport direct cu nivelul localizării. Pentru stricturile de tip I este optimă coledocojejunostomia termino-laterală cu ansa izolată în Y a la Roux. Pentru cele de tip II, soluția constă în coledocojejunostomia pe ansa izolată în Y a la Roux, iar în situațiile în care avem o extindere a stricturii în sus destul de importantă, am recurs la hepaticojejunostomie pe ansa izolată în Y a la Roux. La pacienții cu stenoze de tip III se recurge la hepaticojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată în Y a la Roux, cu o protejare transanastomotică separată a ductelor hepatice drept și stâng. Pentru stricturile de tip IV este preferată aplicarea bihepaticojejunostomiei pe ansa izolată Roux și drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice.

Evaluarea postoperatorie la distanță a calității vieții acestor pacienți este absolut necesară. Având un program bine ajustat, vom putea evita în timp util cele mai serioase complicații posibile. În baza acestor studii vom putea asigura o mai bună reintegrare socială a acestor pacienți.

Bibliografie

1. Angelescu N., Bordea A., Popa E., Jitea N., Burcos T., Mircea N. *Leziuni iatrogene ale căilor biliare*. În: Chirurgia, 2003, nr. 98, p. 9.
2. F. Turcu, C. Dragomirescu, S. Pletea, B. Bănescu. *Problematika leziunilor iatrogene de cale biliară principală, sau o imagine a unui vârf de aisberg*. În: Chirurgia, 2011, nr. 2(106), p. 187-194.
3. Henri Bismuth. *Biliary stricture: classification based on the principles of surgical treatment*. In: World J. Surg., 2001, Vol. 25, p. 1241-1244.
4. Hotineanu V., Ferdohleb A., Hotineanu A. *Managementul chirurgical în stricturile benigne ale căilor biliare extrahepatice*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, nr. 4(27), 2010, p. 23-27.
5. Lillemo K.D. *Benign post-operative bile duct strictures*. In: Baillieres Clin. Gastroenterology, 1997, nr. 11, p. 749.
6. Miguel Angel Mercado, Ismael Dominguez. *Classification and management of bile duct injuries*. In: World J. Gastrointest. Surgery, 2011 April 27; nr. 3(4), p. 43-48.
7. Schwartz D.A., Petersen B.T., Poterucha J.J. *Endoscopic therapy of anastomotic bile duct strictures occurring after liver transplantation*. In: Gastrointest. Endosc., 2000 Feb.; nr. 51(2), p. 169-174.
8. Tocchi A., Mazzone G., Liotta G. *Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting*. In: Arch. Surg., 2000 Feb.; nr. 135(2), p. 153-157.
9. William R. *Jarnagin, Blumgart's surgery of the liver, biliary tract, and pancreas*. 2-Volume Set, 5th., 2012, p. 616-669.
10. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. *Хирургическое лечение поврежденных и стриктур желчных протоков после холецистэктомии*. В: Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского, 2008 г., т. 3, № 3, с. 71-76.
11. Marius-Horațiu Stanca. *Stenozele căilor biliare extrahepatice*. Cluj-Napoca, 2011, p. 26.

Alexandru Ferdohleb,

Catedra 2 Chirurgie

Tel.: 79401361

E-mail: alexandru.ferdohleb@gmail.com