

Diagnosticul și tratamentul chisturilor congenitale ale căilor biliare

A. Hotineanu

Catedra Chirurgie nr. 2, USMF "Nicolae Testemițanu"

Diagnosis and Treatment of Congenital Cysts of the Biliary Tracts

Congenital biliary cysts are one part of the severe congenital pathology of the biliary tree. The Todani classification system distinguishes five morphological types of biliary cysts. Twelve patients with choledochus cysts were hospitalized and treated, 8 with type I, 1 with type IVA and 3 with type IVB. Between 1992 and 2008 there were major problems in diagnosis and surgical strategies. Diagnostic algorithm included: ultrasound, ERCP, manometry, MRI, and biliary scintigraphy. The treatment of choice in the cystic ectasia of extrahepatic biliary ducts is the excision of the segment of biliary ducts affected by cystic ectasia through the application of hepatojejunostomy on the isolated loop by Roux. This was technically performed in 4 cases by the application of a biliodigestive derivative on the loop by Roux, through which 7 cases were resolved. One patient died as a result of biliary sepsis.

Key words: congenital biliary cysts, biliary tree.

Диагностика и лечение врожденных кист желчевыводящих путей

Врожденные кистозные изменения внутри- и внепеченочных желчных протоков являются одной из наиболее тяжелых аномалий развития желчевыводящих путей. Согласно классификации Todani выделяют 5 морфологических типов кист общего желчного протока. За период с 1992 по 2008 в клинике было госпитализировано и пролечено 12 пациентов с данной патологией. Используя классификацию Todani, у 8 пациентов был установлен тип I, у 1 – тип IVA и у 3 – тип IVB. Диагностический алгоритм включал: ультразвуковое исследование, РХПГ, дуоденальная, сфинктериальная и холедоховая манометрия, ЯМР-холангиография, билиосцинтиграфия. Методом выбора при кистозных расширениях внепеченочных желчных протоков является иссечение патологически измененного участка билиарного тракта с последующим наложением гепатикоюноанастомоза на петле Ру, что и было выполнено у 4 больных; или просто наложение билиодигестивных анастомозов на петле Ру, что было выполнено у 7 больных. Один больной скончался по причине билиарного сепсиса.

Ключевые слова: врожденные кисты, желчевыводящие пути.

Introducere

Chisturile congenitale ale căilor biliare este o problemă a chirurgiei pediatrice [1], dar, în pofida acestui fapt, diagnosticul întârzie la 20% dintre pacienți în perioada adultă. Având un tablou clinic similar, tactica terapeutică poate fi diferită, la copii și la adulți. Maturii mai des suferă de patologii hepatobiliare asociate [3, 5, 6] și ei mai frecvent se internează din cauza complicațiilor intervențiilor chirurgicale suportate anterior [2, 3, 5, 7]. Toate acestea duc la un tratament tehnic mai dificil al unui pacient adult, ceea ce impune un abord medico-chirurgical complex. Tactica chirurgicală de elecție rămâne a fi în toate cazurile excizia chistului, dar în cazul chisturilor intrahepatice tehnica chirurgicală aleasă este discutabilă.

Material și metode

În perioada de studiu în clinica noastră de chirurgie au fost tratați 12 bolnavi cu megacoledoc congenital – chisturi congenitale ale căii biliare principale.

În Republica Moldova aceasta este o patologie rar întâlnită și pe parcursul anilor a avut o repartizare relativ uniformă, cu media anuală $1,3 \pm 0,2$ ($p < 0,001$) pacienți.

Conform clasificării lui Todani din 1977, în clinica noastră au fost atestate: de tipul I – 8 ($66,7 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) cazuri; de tipul IVA – 1 ($8,3 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) caz; și de tipul IVB 3 ($25,0 \pm 2,5\%$, $p < 0,001$) cazuri.

Există o diferență ($p < 0,001$) în repartizarea pe sexe a megacoledocul de genăză ereditară, femeile fiind afectate mai frecvent – 7 ($58,3 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) cazuri, pe când bărbaților le revin 5 ($41,7 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) cazuri.

Totodată, observăm o spitalizare net superioară ($p < 0,001$) a pacienților din zona rurală – 10 ($83,3 \pm 2,1\%$, $p < 0,001$) cazuri, pe când din zona urbană au fost doar 2 ($16,7 \pm 2,1\%$, $p < 0,001$) pacienți.

La repartizarea pacienților în funcție de vârstă s-a observat că incidența acestei patologii este înregistrată la pacienții cu vârsta cuprinsă între 18 și 56 de ani, vârsta medie fiind de $33,3 \pm 0,6$ ($p < 0,001$) ani, fapt ce diferă semnificativ de alte grupuri din lotul general de studiu.

Doi ($16,7 \pm 2,1\%$, $p < 0,001$) pacienți, din totalul de bolnavi cu megacoledoc de genăză congenitală au fost internați cu icter mecanic cauzat de coledocolitiază asociată. Durata icterului până la internare a fost de 13 și, respectiv, de 16 zile.

În grupul nostru de pacienți, chisturile coledociene au fost mult timp asimptomatice. Inițial, manifestările clinice au apărut după adolescență. Diagnosticul poate fi ocazional. În trei cazuri pacienții au fost internați în clinică cu chist hidatic în hilul hepatic. Debutul manifestărilor clinice a fost similar cu litiază biliară. Simptoamele sunt tipic intermitente. Cele mai frecvente simptome sunt durerile epigastrale sau în regiunea hipocondriacă pe dreapta, febră sau subfebrilitate, icter intermitent. Durerea adeseori este asociată cu febra și cu frisoane, care ce sunt semne clinice ale angiocolitei. Simptomele ca greața, voma se asociază acestei patologii.

Starea pacienților la internare a fost determinată ca fiind: severe la 1 ($8,3 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) pacient, severă medie – la 5 ($41,7 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) pacienți; și la restul 6 ($50,0 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) – starea a fost relativ satisfăcătoare. Starea severă a fost semnalată la un singur pacient cu chist coledocian de tip

IVA, fiind cauzată de generalizarea colangitei, hepatocolitiază și ale multiple abcese hepatice, care au apărut la o evoluție îndelungată a patologiei și a fost determinată de insuficiență hepatorenală. Tabloul clinic era dominat de colica biliară, instalată pe fundalul unei staze intrachistice permanente. Ea a fost prezentă la 11 ($91,7 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) pacienți, incluși în grupul de studiu. Icterul tegumentelor și al mucoaselor vizibile la internare s-a atestat la 5 ($41,7 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) pacienți. Icterul mecanic a avut un caracter intermitent. La internare 7 ($58,3 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) bolnavi nu manifestau icter mecanic.

La toți 12 ($100 \pm 0,0\%$) pacienți s-au înregistrat semnele clinice de colangită. În 9 ($75,0 \pm 2,5\%$, $p < 0,001$) cazuri au fost manifestări de subfebrilitate, în 5 ($41,7 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) cazuri s-a stabilit febra la internare, în 7 ($58,3 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) din anamneză. Frisoanele au fost prezente la 4 ($33,3 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) pacienți la internare, la 5 ($41,7 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) – din anamneză. Am constatat în 6 ($50,0 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) cazuri prezența pruritului cutanat. În observațiile noastre, urina hiper Cromă a fost estimată în 3 ($25,0 \pm 2,5\%$, $p < 0,001$) cazuri, iar prezența scaunelor acolice – la 2 ($16,7 \pm 2,1\%$, $p < 0,001$) bolnavi. La majoritatea pacienților erau vizibile semnele dispeptice gastrointestinale. Este de menționat că în 8 ($66,7 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) cazuri de observații clinice s-a înregistrat prezența inapetenței, în 7 ($58,3 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) cazuri – greața, iar la 6 ($50,0 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) pacienți – vomela. Slăbiciunea generală era determinată la 11 ($91,7 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) bolnavi.

Examenul obiectiv al abdomenului a atestat dureri locale în 7 ($58,3 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) cazuri, durerile au fost localizate sub rebordul costal, cu iradiere în spate. Durerea poate iradia în regiunea scapulară pe dreapta și se menține câteva ore. Durerea adeseori este asociată cu febra. Hepatomegalia, cauzată de colestaza îndelungată de diferit grad, a fost stabilită la 4 ($33,3 \pm 2,7\%$, $p < 0,001$) pacienți. Ficatul la palpate era mărit, cu o suprafață netedă și regulată, semne de ciroză colestatică la acești pacienți nu au fost determinate.

Examenul biochimic au fost standarde și au inclus acele examinări care sunt necesare pentru examinarea a zonei hepatobiliopancreatice la pacienți respectivi.

Diagnosticare de chist coledocian este foarte dificil și de multe ori s-a confirmat numai intraoperatoriu.

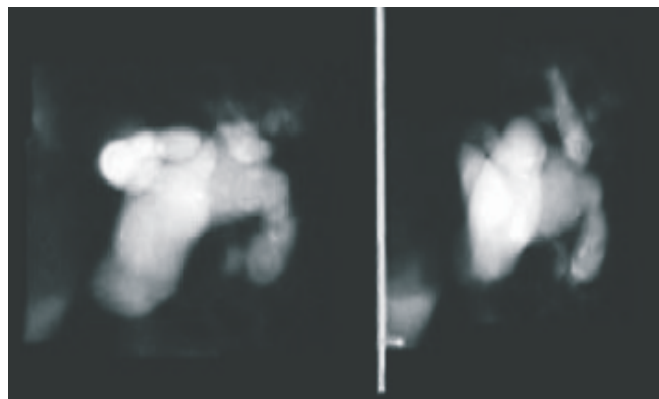


Fig. 1. RMN, ectazie cistică de cale biliară intrahepatică și extrahepatică.

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

Diagnosticarea ectaziei cistice începe cu ecografia hepatobiliară, o metodă de screening care presupune următoarele etape diagnostice.

Cele mai importante date ecografice în diagnosticarea chisturilor congenitale sunt dimensiunile căii biliare principale, care și a reprezentat dimensiunile chistului și prezența calculilor coledocieni sau a semnelor ecografice de malignizare. Dimensiunile căii biliare, la majoritatea pacienților, au fost peste 1 cm, prezența calculilor coledocieni a fost determinată la 1 ($91,7 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) pacient. Valorile medii ale căii biliare principale fiind de $2,2 \pm 0,2$ ($p < 0,001$) cm.

Sensibilitatea metodei pentru aprecierea dimensiunilor căii biliare principale este de 85,11%. Detectarea calculilor coledocieni este cu mult mai redusă, marcând un nivel de 53,19% din toate cazurile de coledocolitiază primară. Am evaluat pacienții, utilizând ecografia hepatobiliară, preoperatoriu și postoperatoriu. Împreună cu alte metode de diagnosticare imagistică, ecografia a permis monitorizarea evoluției bolnavului în corelație directă cu parametrii clinici și cei biochimici.

Colangiografia retrogradă endoscopică este standardul „de aur” în diagnosticarea acestei patologii biliare. Ea a fost efectuată la toți cei 12 ($100,0 \pm 0,0\%$) bolnavi. În 6 ($50,0 \pm 2,8\%$, $p < 0,001$) cazuri a fost fixată dilatarea chistică a coledocului, peste 4,5 cm, cu valoare medie de $4,6 \pm 0,4$ ($p < 0,001$) cm. Coledocolitiază a fost stabilită într-un ($8,3 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) caz. Sensibilitatea metodei în aprecierea dimensiunilor căii biliare principale a fost de 97,5%.

Hepatobiliscintigrafia dinamică s-a efectuat preoperatoriu, postoperatoriu peste 3 luni. Această metodă a fost aplicată la 12 ($100,0 \pm 0,0\%$) bolnavi cu megacoledoc secundar. Utilizând-o, am determinat încetinirea excreției bilei în arborele biliar și încetinirea marcantă 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.

Colangiografia prin RMN, metoda a fost folosită preoperatoriu și postoperatoriu (fig. 1) la 1 ($8,3 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) pacient, fiind apreciat chist coledocian, cu dimensiuni de peste

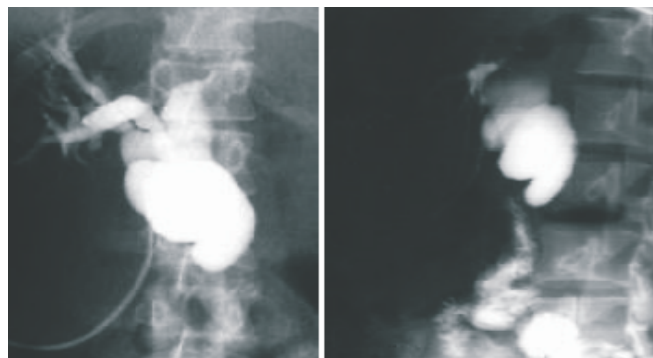


Fig. 2. Fistulocolangiografia la a 14-a zi postoperatorie.

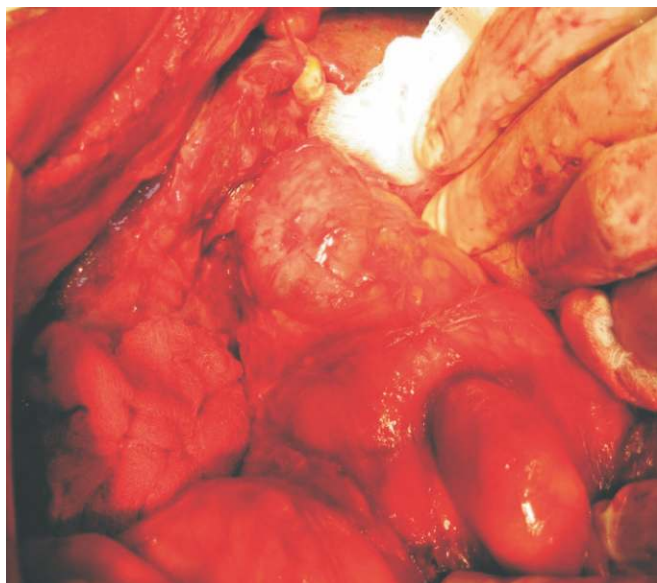


Fig. 3. Imagini intraoperatorii, chist CBP = 60 mm.

2 cm. Metoda s-a dovedit a fi una noninvazivă, fără complicații, fără administrarea substanțelor de contrast și nedepinzând de starea generală a pacientului și de intervențiile chirurgicale suportate în anamneză.

Duodenografia a fost efectuată la 11 ($91,7 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$) bolnavi. În toate cazurile a pus în evidență duodenostaza și malrotația duodenală; refluxul duodenogastral a fost stabilit în 3 ($25,0 \pm 2,5\%$, $p < 0,001$) cazuri.

Fistulocalangigrafia a fost efectuată în perioada postoperatorie; a fost efectuată la toți pacienții pentru evaluarea anastomozelor biliodigestive (fig. 2).

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 8 pacienți ($66,7 \pm 13,6\%$, $p < 0,001$). Bila pentru însămânțare a fost prelevată preoperatoriu, în timpul CPGRE, și intraoperatoriu. La toți pacienții supuși examenului bacteriologic a fost depistată floră microbiană practic similară cu cea intestinală. În 37,5% a fost depistată *Escherichia coli*.

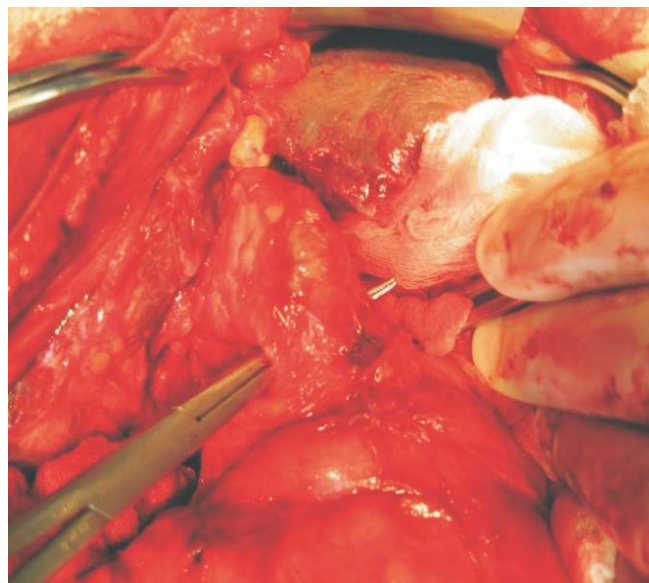


Fig. 4. Imagini intraoperatorii, mobilizarea posterioară a chistului.

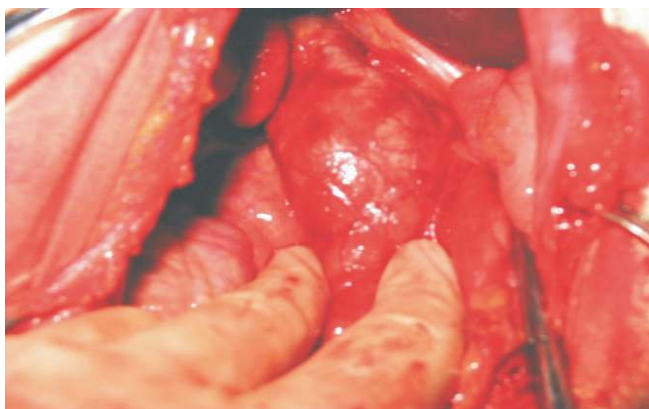


Fig. 5. Dilatarea chistică extrahepatică.

La toți pacienții intraoperatoriu s-a determinat starea căilor biliare extrahepatice. În timpul intervenției chirurgicale s-a depistat: dilatarea căii biliare extrahepatice – chist coledocian cu pereții îngroșați și atonici peste 4 cm, hiperemie, edem, colangită, calculi coledocieni primari; concomitent,

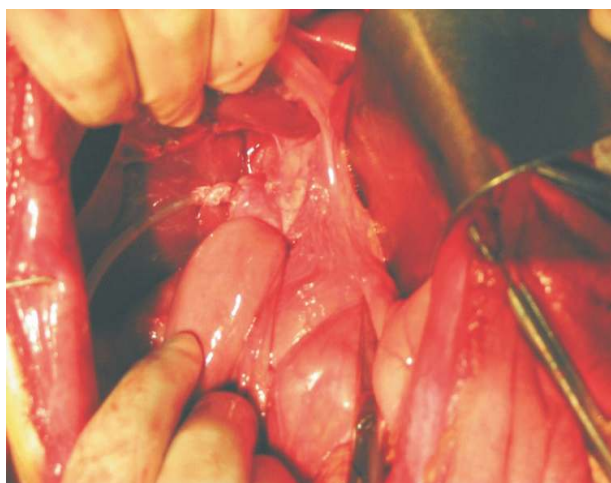
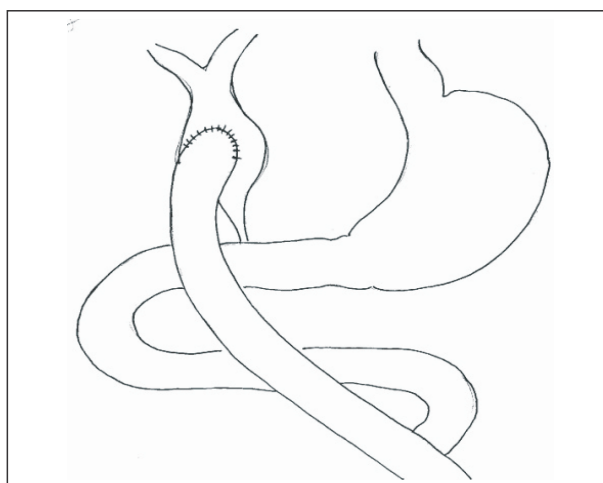


Fig. 6. Anastomoza chistojejunală.



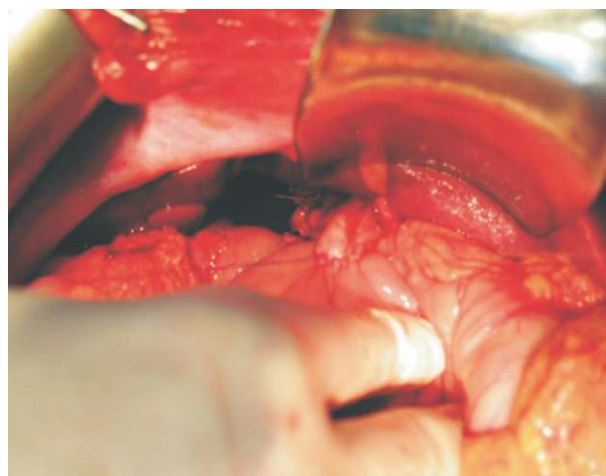
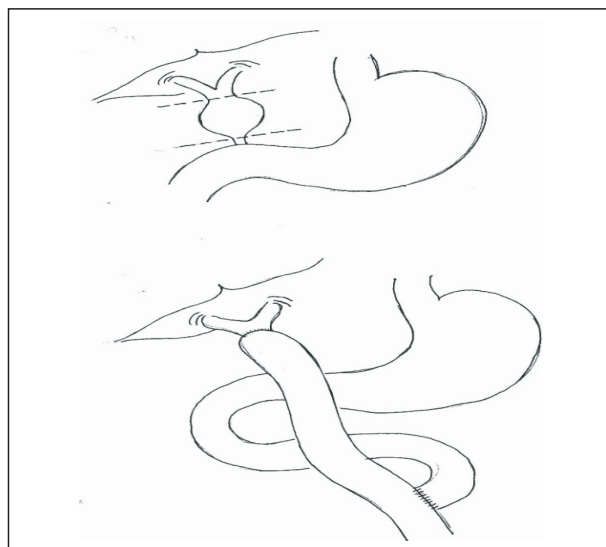


Fig. 7. Excizia chistului, chistjejunoanastomoza pe ansa izolată à la Roux, cu drenarea gurii de anastomoză, folosind drenajul de tip Holstedt.

malrotație duodenală, cu prezența semnelor de duodenostază, și hepatită colestatică. (fig. 3, 4).

Tratamentul chirurgical în acest grup a fost marcat de locul în clasificarea lui Todani. În clinica noastră am tratat pacienți cu chist coledocian, tipul I și tipul IV. În aceste două tipuri opțiunile chirurgicale posibile folosite sunt chistjejunoanastomoza pe ansa à la Roux și excizia chistului cu hepaticojejunoanastomoza pe ansa à la Roux. Chistjejunoanastomoza am utilizat-o în prima perioadă și am efectuat-o la 7 pacienți (fig. 5, 6).

Această tehnică chirurgicală nu înlătură substratul etiopatogenetic al bolii. Această cauzează continuarea verigilor patogenetice care duc la multiple complicații și în unele cazuri, la malignizare în perioada postoperatorie tardivă. Metoda de elecțiune în tratamentul acestor tipuri de chist coledocian este excizia totală chistului cu hepaticojejunoanastomoză. Analizând rezultatele în perioada postoperatorie tardivă a pacienților operați cu chistjejunoanastomoză, considerăm tehnica chirurgicală de excizie este necesară de aplicat în toate cazurile (fig. 7). Aceasta am aplicat-o în 4 cazuri.

Rezultate

La 11 (91,7±8,0%, $p < 0,001$) pacienți din acest grup complicații în perioada postoperatorie precoce nu s-au atestat.

Letalitatea în această perioadă a fost constatată într-un singur caz cauzat de septicemia abdominală și a constituit 8,3±8,0% ($p > 0,05$).

Chisturile congenitale biliare sunt patologii rare în Republica Moldova. La noi în clinică au fost tratați 12 pacienți, 11 dintre ei sunt monitorizați în permanență. Similar grupurilor de pacienți relatate anterior, pacienții cu megacoledoc de genă ereditară au fost monitorizați estimând starea somatică a pacientului, precum și integrarea socio-familială și reabilitarea profesională.

Rezultatele în perioada postoperatorie tardivă au fost analizate divizând pacienții în două subgrupuri: primul – pacienții operați prin chistjejunoanastomoză pe ansa à la Roux; și al doilea – pacienții la care s-a efectuat excizia.

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.

În acest lot 7, pacienți operați prin chistjejunoanastomoză pe ansa *à la Roux*, au avut rezultate pe care le putem numi convențional nesatisfăcătoare, deoarece la 2 (28,6±17,1%, $p > 0,05$) dintre ei s-a reinstalat colica biliară. La 3 (42,9±18,7%, $p > 0,05$) pacienți au apărut tulburările dispeptice. Aceste manifestări au necesitat la ei consum de medicamente: antibiotice, analgezice, antipiretice, tranchilizante, somnifere, enzime digestive. Până la momentul actual, în acest subgrup, nu am determinat malignizarea chistului coledocian.

Această tehnică chirurgicală nu înlătură latura etiopatogenetică, ceea ce menține suferința biliară. Rezultate nesatisfăcătoare în acest lot de bolnavi ne-au determinat să implementăm înlăturarea completă a chistului, cu hepatojeunoanastomoză pe ansa *à la Roux*, cu o lungime de cel puțin 80 cm, metodă care exclude refluxul himusului duodenal în arborele biliar. Conform acestei tehnici chirurgicale au fost operați 4 pacienți. Analiza rezultatelor, cu studierea parametrilor selectați, a relevat că doar la 1 (25,0±21,7%, $p > 0,05$) bolnav, a fost fixată colică biliară postoperatoriu, însă au dispărut icterul mecanic, semnele colangitei.

Analizând datele obținute din grupul de pacienți supus exerezei de chist coledocian, putem să afirmăm că rezultatele în perioada postoperatorie tardivă sunt apreciate ca fiind bune.

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

În perioada postoperatorie tardivă la toți pacienții din primul subgrup au fost determinate valori mărite ale ALAT-ului și ale ASAT-ului, iar la pacienții supuși exerezei de chist indici au fost în limitele normei.

Pentru aprecierea stării anatomice a anastomozei hepatojejunale sau a celei chistjejunale, colangiografia prin RMN aproape unica metodă disponibilă în arsenalul diagnostic. La toți am stabilit o stare absolut normală a hepatojeunoanastomozei sau a anastomozei chistojeunale, 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 toți pacienții în perioada postoperatorie tardivă. În primul subgrup de pacienți, biliscintigrafia a fost repetată postoperatoriu, din cauza evoluției clinice convențional negative în perioada postoperatorie. Imaginea ficatului, la hepatobiliscintigrafie, se prezintă cu mărirea dimensiunilor și cu contrastare moderat intensivă; se remarcă încetinirea acumulării și a evacuării din ficat, cu reținerea radiofarmaceuticului la nivelul chistului, și a drenajului în intestin. La toți 4 pacienți din subgrupul doi funcțional s-a atestat normalizarea imaginii la hepatobiliscintigrafie.

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

În primul subgrup de pacienți, în 42,9±18,7% ($p > 0,05$) din cazuri, la 4 pacienți nu am obținut rezultate satisfăcătoare,

bolnavii fiind preocupați uneori de boală nefiind siguri de viitor.

În al doilea subgrup de pacienți în 75,0±21,7% ($p < 0,05$) din cazuri am obținut rezultate bune.

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

În primul subgrup de pacienți, în 57,1±18,7% ($p < 0,05$) din cazuri, pacienții au găsit un ajutor și un anturaj care îi susține, care îi face să depășească depresia și handicapul creat de boala respectivă.

Bolnavii care au fost supuși tratamentului propus de noi, în majoritatea cazurilor, 75,0±21,7% ($p < 0,05$) s-au reintegrat completamente.

Letalitate postoperatorie precoce fost de 8,3±8,0% ($p < 0,05$). Cauza decesului a fost determinată de colangita persistentă, cu generalizarea procesului septic și cu formarea abceselor hepatice colangiogene.

Concluzie

Conform rezultatelor obținute, lotul de studiu îl putem diviza în două subgrupuri:

1. Primul subgrup – pacienții operați prin derivații biliare. Rezultatele postoperatorii le putem numi nesatisfăcătoare.

2. Subgrupul doi – bolnavii care au beneficiat de exereză de chist de coledoc, în care am obținut rezultate bune, cu disipariția tuturor semnelor clinice ale patologiei biliare atestate anterior intervenției chirurgicale. Analizând rezultatele tratamentului chirurgical al pacienților cu chisturi congenitale ale căii biliare principale, putem concluziona că managementul chirurgical de elecție constă în înlăturarea totală a chistului și în restabilirea fluxului biliar prin hepatojeunoanastomoză pe ansa *à la Roux*.

Bibliografie

- Altman R.P. Choledochal cyst. In: Blumgart L H (ed) Surgery of the liver and biliary tract 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1994, p. 1177-1994.
- Gigot J.F., et al. Bile duct cysts in adults. A changing spectrum of presentation. In: Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. 1996, vol. 3, p.405-411.
- Nagorney D.M., McIlrath, Adson MA. Choledochal cysts in adults. Clinical management. In: Surgery. 1984a, vol.96, p. 656-663.
- Ono J., Sakoda K., Akita H. Surgical aspect of cysti dilatation of the bile duct – An anomalous junction of the pancreatobiliary tract in adults. In: Annals of Surgery. 1982, vol.195, p.203-208.
- Powell C.S., Sawers J.L., Reynolds V.H. Management of adult choledochal cysts. In: Annals of Surgery. 1981, vol.195, p.203-208.
- Rattner D.W, Schapiro R.H, Warshaw A.L. Abnormalities of the pancreatic and biliary ducts in adult patients with choledochal cysts. In: Archives of Surgery. 1983, vol.118, p. 1068-1073.
- Todani T. et al. Congenital choledochal cyst with intrahepatic involvement. In: Archives of surgery. 1984a, vol. 119, p.1038-1043.

Adrian Hotineanu, dr., conferențiar

Catedra Chirurgie nr. 2

USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, str. N. Testemițanu, 29

Tel.: 205524

E-mail: ahotineanu@hotmail.com

Recepționat 5.12.2009