

## Rezultatele la distanță după colecistolitostomia laparoscopică

### I. Ciutac

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, Curs Endoscopie, USMF „Nicolae Testemițanu”

#### Late Results after Laparoscopic Cholecystolithostomy

Late results after laparoscopic cholecystolithostomy were studied in 141 senile patients with acute cholecystitis and severe comorbidities, in which radical surgery was contraindicated due to irrecoverable comorbidities. Clinical and ultrasonographic data as well as motility of the gallbladder and biliary ducts were assessed in this group of patients using intravenous cholecystocholangiography and radioisotope biliary scintigraphy, which allowed full estimations and revealed more aspects of this problem.

**Key words:** cholecystectomy laparoscopic, cholelithiasis, cholangiography, cholecystostomy, treatment outcome.

#### Отдаленные результаты после лапароскопической холецистолитостомии

В работе представлены отдаленные результаты лечения 141 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, которым была произведена щадящая лапароскопическая холецистолитостомия. Всем больным радикальная операция была противопоказана из-за крайне высокой степени операционного риска. Кроме клинических и эхографических данных была изучена сократительная и концентрационная функция желчного пузыря, путем внутривенной холецистохолангиографии и радиоизотопной билиосцинтиграфии, которые позволили более детально осветить некоторые аспекты данной проблемы.

**Ключевые слова:** холецистостомия лапароскопическая, желчнокаменная болезнь, холангиография, лечения результаты, анализ.

#### Actualitatea temei

Una dintre controversele tratamentului chirurgical al litiazei biliare rămâne utilizarea colecistolitostomiei. Majoritatea chirurgilor sunt apologetii ideii, că acest procedeu este salvator în cazul bolnavilor cu decompensare și colecistită litiazică acută.

Alți autori (1, 2) deși susțin ideea utilizării decompresiei laparoscopice sau tradiționale în faza acută a bolii, exprimă dubii în ceea ce privește posibilitatea păstrării veziculei biliare după jugularea puseului acut de colecistită acută și litextractie, în legătură cu schimbările morfologice și funcționale ale colecistului și posibilitatea recidivei bolii.

În acest context N. A. Baulin și coautorii (3), comunică rezultatele îndepărtate după colecistostomie tradițională, cu anestezie locală la 65 de bolnavi. Rezultate bune – bolnavii nu prezentau acuze, au fost în 37 (56,9 ± 6,1%) cazuri, rezultate satisfăcătoare, dureri în rebordul costal după încălcarea dietei s-au remarcat la 21 (32,3 ± 5,8%) bolnavi, iar la 7 (10,8 ± 3,8%) rezultatele au fost nesatisfăcătoare. Pentru ultima grupă de pacienți au fost caracteristice durerile permanente în rebordul costal drept, icter, febră, fistule biliare externe persistente.

Tot la acest subiect P. A. Ivanov și coautorii (5, 6) comunică despre un studiu efectuat pe 37 de bolnavi, cărora li s-a efectuat colecistostomia transhepatică decompresivă, iar mai apoi colecistostomie cu litextractie, cu incizie laparotomică minimal, până la 6 cm. Bolnavii au fost supravegheați pe un interval de până la 2 ani. La 27 (73%) bolnavi, care au fost investigați prin USG, nu au fost recidive de colecistită acută sau colecistolitiază.

O altă comunicare este consacrată rezultatelor colecistostomiei decompresive (fără litextractie) sub control USG la 27 (41,5 ± 6,1%) bolnavi (4). Timpul supravegheții a fost de la 2 până la 9 ani. Din numărul de 10 bolnavi (37%), care respectau regimul de dietă, nu prezentau acuze, 5 (18,5%)

acuzau dureri periodice, dintre care 2 (7,4%) au fost operați, iar restul 10 (37%) pacienți în acest răstimp au decedat din cauza maladiilor concomitente cardio-pulmonare.

**Scopul studiului** rezultatelor la distanță a fost să re-leve criteriile obiective de valorificare pentru aprecierea rezultatelor la bolnavii, care au suportat colecistolitostomie laparoscopice.

#### Material și metode

La un grup de 141 bolnavi cu colecistită acută litiazică de vârstă înaintată și senilă, cu maladii concomitente grave, li s-a efectuat colecistolitostomia laparoscopică (CLSL), ca și etapă preliminară și definitivă a tratamentului chirurgical. Operația radicală, colecistectomia a fost contraindicată din cauza patologiei asociate irecuperabile. CLSL a fost efectuată prin două metode: 1. CLSL aponevrotică, care constă în punționarea directă a veziculei biliare, tracțiunea fundului veziculei biliare în peretele abdominal, deschiderea veziculei cu litextractie, aplicarea colecistostomei cu fixarea pereților veziculei de aponevroză. 2. CLSL “ideală”, care constă în drenarea transparietală a veziculei biliare, înlăturarea calculilor și suturarea etanșă a defectului veziculei biliare. La o parte din pacienții cu colecistită acută litiazică, coledocolitiază și icter mecanic a fost utilizată metoda combinată laparoscopică: la prima etapă efectuată CLSL aponevrotică, iar după lichidarea icterului și ameliorarea stării generale, s-a realizat precizarea stării căii biliare principale prin fistulocolicistocolangiografie anterogradă (FCCGA), a fost aplicată papilosfincterotomia endoscopică (PSTE).

Bolnavi cu colecistită litiazică catarală au fost 20 (14,2 ± 2,9%), cu colecistită distructivă – 96 (68,1 ± 3,9%) (flegmonoasă – 83 (86,5%), gangrenoasă – 13 (13,5%) și 25 (17,7 ± 3,2%) bolnavi cu colecistită catarală și distructivă după tratament combinat laparo-endoscopic.

În afară de datele clinice și USG, la o parte din pacienți a fost evaluată motilitatea colecistului și a căilor biliare prin colecistocolangiografie intravenoasă (CCGIV) și bilioscintigrafie radioizotopică (BSGRI).

### Rezultate

#### Rezultatele la distanță după CLSL la bolnavii cu colecistită catarală

Au fost supravegheați 20 de bolnavi cu colecistită acută catarală (tab. 1).

Tabelul 1

#### Structura bolnavilor cu colecistită catarală în funcție de vârstă (%)

N = 20	Vârsta			
	61-70	71-80	81-90	91-95
Abs.	4	12	4	-
%	20,0	60,0	20,0	-

După cum se vede au prevalat bolnavii cu vârsta între 71-80 de ani. La o parte din bolnavi a fost aplicată CLSL „ideală” – 12 (60,0%) cazuri, în rest, la 8 (40,0%) - CLSL aponevrotică.

Timpul supravegheerii a fost de la un an până la 10 ani. Rezultatele au fost evaluate și apreciate după 3 criterii: bune, satisfăcătoare și nesatisfăcătoare. Rezultatele bune au fost apreciate în cazul lipsei acuzelor, indiferent de faptul dacă bolnavul respectă dieta sau nu. Rezultatele satisfăcătoare au fost remarcate în cazul lipsei sindromului algic la o respectare a regimului alimentar și apariția senzațiilor de durere sau disconfort în rebordul costal drept în caz de nerespectare a dietei. Rezultatele nesatisfăcătoare au fost semnalate în cazul durerilor periodice, în rebordul costal drept și în cazurile de restricție alimentară, precum și a altor simptome dispeptice, prezența fistulelor biliare etc.

Rezultate bune au fost în 16 (80,0 ± 8,9%, p < 0,001) cazuri. În această grupă au fost incluși 12 (75,0%) bolnavi, care au suportat CLSL „ideală”, 4 (20%) care au suportat CLSL cu fixarea pereților vezicului de aponevroză.

Rezultate satisfăcătoare au fost la 4 (20,0 ± 7,8%, p > 0,05) dintre bolnavii, care au suportat CLSL aponevrotică, ceea ce înseamnă, că rezultatele în inflamația catarală depind de tipul operației laparoscopice. În CLSL „ideală”, când după litextrație defectul vezicular este suturat etanș, iar vezicula nu este fixată, ci rămâne în poziția sa fiziologică, rezultatele sunt mai bune. Rezultate nesatisfăcătoare nu au fost (tab. 2).

Tabelul 2

#### Rezultatele tratamentului laparoscopic la distanță în colecistita catarală litiazică

Caracteristicile rezultatului	n=20		
	Abs.	P ± ES%	P
Bune	16	80,0 ± 8,9	****
Satisfăcătoare	4	20,0 ± 7,8	*
Nesatisfăcătoare	-	-	

\* p > 0,05 \*\*\*\* p < 0,001

Ținem să menționăm, că niciunul din bolnavi nu respectau dieta și aveau un mod de viață normal, calitatea vieții fiind bună. Niciun

bolnav nu s-a adresat de sinestătător la noi și nu au fost cazuri de fistule biliare. La USG vezicului biliare numai într-un singur caz s-a depistat calculoză recidivantă, care a fost rezolvată prin colecistostomie. Din această grupă am evaluat motilitatea colecistului la 12 bolnavi prin colecistocolangiografie intravenoasă (CCGIV) și bilioscintigrafie cu radioizotopi (BSGRI) (tab. 3).

Tabelul 3

#### Motilitatea vezicului biliare prin CCGIV

Indice/procedeu	Timpul de latență		Perioada de evacuare		Intensitatea contracției	
	N	P	N	P	N	P
CLSL „ideală”	7 (15 min)	-	7 (30 min)	-	7 (2/3)	-
CLSL aponevrotică	3 (20-25 min)	2 (60 min)	3 (30 min)	2 (80 min)	3 (2/3)	2 (1/2)

Evaluarea motilității vezicului biliare s-a efectuat în baza următorilor indici fiziologici (A. Lindenbraten, 1980):

- perioada de latență – intervalul dintre prânzul coleretic și declanșarea contracției (n. 5-55 min).
- perioada de evacuare – începutul contracției la evacuarea deplină a contrastului (n. 10-75 min).
- intensitatea contracției – gradul micșorării secțiunii vezicului în timpul contracției maxime (N 2/3 volum).

Examinând tabelul, se evidențiază o normalitate a tuturor indicilor de motilitate a vezicului biliare după CLSL „ideală”. Totodată conform metodelor ”fixatoare” ale pereților vezicului biliare la 5 (41,7 ± 14,2%) bolnavi, indici normali au fost constatați în 3 (60,0%) cazuri, iar la 2 (40,0%) bolnavi a avut loc prelungirea timpului dintre prânzul coleretic (2 ouă crude) și debutul contractării vezicului, precum și a perioadei de evacuare a contrastului și sunt o dovadă a hipochineziei, datorită adeziunii fundului vesicular de peretele abdominal. Tot la acești bolnavi din aceleași cauze sunt micșorați parametri fiziologici de reducere a volumului vesicular în contracție de la 2/3 (ceea ce constituie norma) până la numai 1/2.

La efectuarea biliosfincterografiei izotopice s-a determinat aceeași contracție normală la bolnavii după CLSL „ideală” și contracția diminuată a vezicului cu eliminarea întârziată a izotopilor, în 2 (16,7%) cazuri, ceea ce dovedește disfuncția hipochinetică moderată a vezicului. Din cele expuse se poate de concluzionat următoarele:

În plan clinic la majoritatea covârșitoare a bolnavilor – 80% rezultatele sunt bune, iar la 20% - satisfăcătoare.

La 83,3% pacienți motilitatea vezicului biliare controlată prin CCGIV și BSGRN este în limitele normei și numai la 16,7% se constată o hipochinezie neînsemnată. Din acest motiv CLSL în colecistita acută litiazică catarală poate fi considerată nu numai ca și etapă definitivă a tratamentului chirurgical la bolnavii cu risc operator, dar și ca operație menajantă la o serie de bolnavi.

#### Rezultatele la distanță a colecistolitostomiei în colecistita acută distructivă

Rezultatele la distanță au fost evaluate la 96 de bolnavi cu colecistită distructivă, 83 (86,5 ± 3,5%) - cu colecistită acută flegmonoasă (CAF) și 13 (13,5 ± 3,6%) - cu colecistită acută gangrenoasă (CAG), la care colecistolitostomia laparoscopică

Tabelul 4

Repartizarea bolnavilor supravegheați în dependență de vârstă și forma distructivă de inflamație

Forma de inflamație	N = 96	Vârsta bolnavilor (ani)								%
		61-70		71-80		81-90		91-95		
		Abs.	P ± ES%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Flegmonoasă	83	86,5 ± 3,5	19	22,9	47	56,6	14	16,9	3	3,6
Gangrenoasă	13	13,5 ± 3,6	4	30,8	5	38,5	3	23,1	1	7,6
Total	96	100,0 ± 0,0	23	24,0	52	54,2	17	17,7	4	4,1

a fost indicată ca etapă definitivă a tratamentului chirurgical (p < 0,001) (tab. 4).

Majoritatea bolnavilor, 52 (54,2 ± 5,1%) aveau vârsta de 71-80 ani. La toți 96 de bolnavi (100%) au fost aplicate metode „fixatoare” ale pereților fundului colecistului – CLSL cu fixarea pereților vezicului de aponevroză.

Perioada de supraveghere a durat de la 1-2 ani până la 10 ani. Perioada minimă de supraveghere a fost de aproximativ un an. În prima perioadă de timp, 1-2 ani, starea bolnavilor a fost în dependență directă de timpul de adaptare a organismului cu noile condiții de pasaj a bilei. Scopul supravegherii îndelungate de 10 ani a fost evaluarea posibilității recidivei colecistolitiazii și posibilei abțineri de la operația radicală. Rezultatele au fost apreciate conform sistemului de 3 criterii subiective: bune, satisfăcătoare și nesatisfăcătoare (tab. 5).

Tabelul 5

Rezultatul tratamentului laparoscopic la distanță

Caracteristicile rezultatelor	Forma inflamației			
	Flegmonoasă		Gangrenoasă	
	Abs.	P ± ES%	Abs.	P ± ES%
Bune	62	74,7 ± 4,8	7	53,8 ± 13,8
Satisfăcătoare	15	18	4	30,7
Nesatisfăcătoare	6	7,2	2	15,4

În tabelă este analizată starea subiectivă, caracterizată de pacienții însuși. În grupa bolnavilor cu CAF, majoritatea lor - 62 (74,7%) se simțeau bine, satisfăcător - 15 (18%), ceea ce poate fi considerat un succes al tratamentului acestei categorii de bolnavi. În timpul anchetării bolnavilor s-a observat că ei prezentau acuze preponderent cu referire la patologia concomitentă. Ancheta referitoare la rezultatele tratamentului laparoscopic, necesita o precizare deoarece pacienții începeau să descrie starea lor cu simptomatologia patologiilor asociate.

În grupa bolnavilor cu CAG rezultate „bune” au fost constatate la 7 (53,8%) pacienți, satisfăcătoare - la 4 (30,7%) pacienți, date care nu se deosebesc esențial de grupa cu CAF. Acest factor este pozitiv, având în vedere faptul, că majoritatea chirurgilor consideră colecistita gangrenoasă ca și o contraindicație absolută pentru aplicarea colecistostomiei laparoscopice. Datele vorbesc convingător despre posibilitatea efectuării acestor operații menajante cu rezultate bune și satisfăcătoare la distanță.

În ambele grupe rezultatele au fost apreciate drept nesatisfăcătoare în 8 cazuri, dintre care CAF - 6 (7,2%) pacienți

și CAG - 2 (15,4%) pacienți, din cauza durerilor periodice sau permanente în rebordul costal drept și prezența fistulelor biliare.

Evaluând motilitatea vezicului biliare cu administrarea diferitor remedii medicamentoase excitante, D. L. Lindenbraten și școala lui au stabilit, că activitatea motorie a vezicului biliare este un mecanism reflector, fin și au dovedit, că în afara actului de digestie, practic, vezicula nu se contractează. În acest mod putem stabili, că durerile în rebordul costal drept sau în zona vezicului biliare apar în rezultatul contracției la prânz. În cazul nostru ținem cont de faptul, că fundul vezicului biliare este fixat, iar în celelalte cazuri el se contractă. Acest lucru și-a găsit reflectare și în investigațiile noastre la 3 (15,8%) bolnavi, care susțineau că durerile erau provocate de activitatea fizică.

16 (84,2%) bolnavi motivau apariția durerilor cu nerespectarea dietei, iar 3 (15,8%) - cu activitatea fizică. La investigarea suplimentară a acestor bolnavi a fost depistată o hernie postoperatorie în hipocondrul drept, care a și fost factorul provocator al durerilor. Din această cauză bolnavii au fost reinternati în secția chirurgie pentru herniotomie programată. După operație bolnavii au rămas satisfăcuți de rezultatele tratamentului chirurgical.

Pentru aprecierea interdependenței dintre apariția durerilor și regimul alimentar, am verificat respectarea dietei de către bolnavi (tab. 6).

Tabelul 6

Rata bolnavilor în dependență de respectarea dietei

Caracteristica	Abs.	P ± ES%	P
Respectau dieta	15	15,6 ± 3,7	****
Neregulat	27	28,0 ± 4,6	****
Nu o respectau	54	56,2 ± 5,1	****

\*\*\*\* p < 0,001

Din tabelă se poate vedea, că mai mult de jumătate dintre bolnavi - 54 (56,2 ± 5,1%), practic, nu respectau dieta. Circa o treime dintre bolnavi evitau numai grăsimile și bucatele copioase și numai 15 (15,6 ± 3,7%) pacienți respectau dieta, în consecință nu au avut niciodată dureri în hipocondrul drept.

O altă acuză a perioadei postoperatorii a fost apariția fistulei biliare externe periodice sau permanente. Din grupa de bolnavi la externare numai la 52 (54,2 ± 5,1%) pacienți fistula s-a închis definitiv.

Conform rezultatelor anchetei s-a stabilit, că deși existența fistulei în perioada postoperatorie după frecvență ocupă locul

doi după sindromul algic periodic în hipocondrul drept, însuși bolnavii îi atribuie rolul principal. Apreciind rezultatele FCCGA în perioada postoperatorie, frecvența și durata fistulelor au fost clasificate în 3 categorii (tab. 7).

Tabelul 7

**Clasificarea fistulelor biliare externe în dependență de etiologie**

Categoria fistulei	Nr. de cazuri	Cauzele
Fistule de acomodare	15	Necesitatea acomodării pasajului biliar
Fistule veziculare	3	Obstrucția d.cistic (concrement, obliterație inflamatorie)
	4	Colecistolitiază reziduală
	5	Anomalia d.cistic (sifonopatia)
Fistule extraveziculare	5	Papilostenoză a părții distale a CBP

Fistulele de acomodare (15,6 ± 3,7%) sunt cele mai numeroase și cele, care după externarea bolnavului nu se închid timp de 3-4 săptămâni sau se închid și apar din nou în primele 5-6 luni sau până la un an. Cauzele apariției lor este procesul de acomodare a veziculei biliare la noile condiții de funcționare. În cazul dat are importanță atât fixarea fundului colecistului în peretele abdominal cât și schimbările morfologice din peretele colecistului după inflamația acută. Aceste fistule nu sunt legate de patologia veziculei biliare, a ductului cistic sau a căii biliare principale (CBP). Ele evoluează în lipsa clinicii de colecistită acută sau colică biliară. Ele nu necesită tratament special, ci numai pansamente și se vindecă de sinestător. Uneori ele apar epizodic de 2-3 ori în primul an după colecistostomie și, de obicei, după ultima închidere nu mai apar.

Apariția fistulelor veziculare (12,5 ± 3,3%), este o manifestare clinică a „deconectării” veziculei biliare, cauza apariției lor fiind vezicula biliară. Cauzele „deconectării” veziculei sunt:

Concrementele ductului cistic, care nu pot fi înlăturate în timpul colecistextractiei sau obliterația inflamatorie a ductului cistic în 3 (25,0%) cazuri.

Concrementele reziduale ale veziculei biliare din cauza sanării incomplete în timpul colecistolitostomiei. În grupa noastră, în majoritatea cazurilor, colecistolitiază reziduală a fost rezolvată în perioada postoperatorie precoce, când la FCCGA calculele au fost depistate și înlăturate sau în timpul pansamentelor în sala de operație, la inventarierea repetată a lumenului veziculei biliare. Și totuși, în pofida măsurilor de precauție, în 4 cazuri unii calculi nu au fost depistați și diagnosticați din cauza efectuării unei USG tardive. O cauză a acestui fenomen este lipsa coledocoscopului flexibil pentru realizarea unei revizii adecvate a cavității colecistului după colecistolitostomie, care are o prioritate vădită față de colecistoscopia efectuată prin laparoscop.

Anomaliile ductului cistic (duct cistic lung, îngust, spiralat), care provoacă sifonopatie și care constituie un obstacol în pasajul bilei și mențin staza biliară s-a întâlnit în 5 (41,7%) cazuri.

Fistulele extraveziculare sunt cele cauzate de patologia părții distale a CBP – papilostenoză, care a fost depistată la

FCCGA, însă din diferite motive ea nu a fost rezolvată în timpul aflării bolnavului în staționar și întâlnită la 5 (5,2 ± 2,3%) pacienți. La acești bolnavi PSTE a fost realizată mai târziu, cu lichidarea spontană a fistulelor.

Prezența fistulelor provoacă bolnavilor un discomfort fizic, precum și o insatisfacție psihologică la o parte din ei, vizavi de tratamentul laparoscopic. Rezolvarea fistulelor se efectuează în dependență de caracterul și evoluția lor (tab. 8).

Am remarcat că fistulele de acomodare, care au o evoluție tranzitorie sau periodică, se rezolvă spontan. În fistulele veziculare la 12 (12,5 ± 3,3%) bolnavi, tactica aplicată a fost diversă. În obstrucția ductului cistic de origine calculoasă sau inflamatorie, fistula are o evoluție permanentă, cu eliminări neînsemnate de mucus (fără bilă) și poate fi lichidată prin metoda mucoclației chimice, care constă în introducerea repetată a sol. de 5% iod în lumenul colecistului. În colecistolitiază reziduală se efectuează recolecistolitostomia cu excizia extraperitoneală a fistulei, iar în sifonopatia d. cistic – excizia extraperitoneală a fistulei.

Tabelul 8

**Tactica de rezolvare a fistulelor externe biliare în dependență de etiologie și evoluție**

Nr.	Caracterul fistulei	Nr. de cazuri	Evoluția	Rezolvarea
1	Fistule de acomodare	15	Tranzitorie	Închiderea spontană a fistulei
2	Fistule veziculare			
	a) Obstrucția d.cistic (concrement, obliterație inflamatorie)	3	Permanentă	Mucoclația chimică a lumenului veziculei biliare
	b) Colecistolitiază reziduală	4	Periodică	Recolecistolitostomia cu excizia extraperitoneală a fistulei
	c) Anomalie a d.cistic (sifonopatie)	5	Periodică	Excizia extraperitoneală a fistulei
3	Fistule extraveziculare	5	Periodică	PSTE

Tehnica recolecistolitostomiei și excizia extraperitoneală a fistulei este următoarea: sub anestezie locală infiltrativă, cu 2 incizii semiovale în jurul fistulei, se disecă pielea și țesutul subcutanat până la nivelul aponevrozei, unde se află fundul veziculei biliare. Pereții fundului veziculei biliare sunt mobilizați după ce ei sunt fixați cu 2 fire de reper. Fistula cu țesuturile înconjurătoare este excizată la nivelul pereților fundului, cu deschiderea în acest loc a lumenului veziculei, care se inventariază cu înlăturarea calculilor reziduali. Defectul fundului veziculei se închide cu o sutură în bursă. Plaga în limitele pielii și țesutului subcutan se suturează (una, două suturi).

În cazul fistulelor din cauza papilostenozei, acestea au fost rezolvate prin PSTE cu închiderea ulterioară spontană a fistulelor biliare. Frecvența fistulelor nu diferă de forma morfologică a colecistului.

La apicierea rezultatelor la distanță a colecistolitostomiei laparoscopice o atenție deosebită s-a atras frecvenței recidivei colecistolitiază și apariției colecistitei acute litiazice. Intervalul de 1,5 ani constituie timp suficient pentru

Tabelul 9

Repartizarea bolnavilor în dependență de recidiva colecistolitiazii

Timpul supravegherii în ani	1-2		3-5		6-9		10 și mai mult	
	Abs.	P ± ES%	Abs.	P ± ES%	Abs.	P ± ES%	Abs.	P ± ES%
Frecvența	-	-	5	5,2 ± 2,3	2	2,1 ± 1,5	1	1,0 ± 1,0

formarea concremențelor noi după colecistolitostomie, deaceia noi apreciem concremențele depistate până la 1,5 ani ca reziduale, iar după 1,5 ani - ca formate din nou - recidivante. Colecistolitiiza recidivantă a fost depistată la 8 bolnavi, din care cauză 2 au fost internați cu clinica de colecistită acută (tab. 9).

Din tabelă se poate vedea, că odată cu mărirea intervalului de timp, frecvența colecistolitiazii se reduce. Acest criteriu este important în sensul aprecierii dacă CLSL poate fi aplicată ca și etapă definitivă a tratamentului chirurgical.

În cazurile de colecistolitiiază recidivantă se efectuează re-colecistolitotomia, iar în colecistita acută recidivantă litiazică (2 cazuri) – recolecistolitostomia.

Tehnica este aproape similară cu metodele recolecistolitotomiei în colecistolitiiza reziduală, cu fistule biliare externe: sub anestezie locală, cu 2 incizii semiovale în jurul cicatricei postoperatorii este incizată pielea și țesutul subcutanat până la aponevroză. Se identifică pereții fundului veziculei biliare, care sunt mobilizați de țesuturile înconjurătoare. Fundul este fixat cu 2 fire de reper și vezicula este deschisă. Se face litextracția și controlul ei. În caz de litiază recidivantă, defectul veziculei este ermetizat cu o sutură în bursă, iar în caz de colecistită acută recidivantă, după evacuarea bilei infectate și a concremențelor, se efectuează recolecistostomia. Deoarece în toate cazurile, în timpul CLSL, peretele fundului veziculei biliare este fixat în peretele abdominal, recolecistolitotomia și recolecistolitostomia sunt niște manevre simple atraumatice, efectuate sub anestezie locală și care pot fi înfăptuite în orice interval de timp după prima operație, fără riscuri pentru pacient.

O altă grupă de 50 de bolnavi au fost investigați în condiții de ambulator și staționar pentru aprecierea stării veziculei și a căilor biliare. Prima etapă de investigație a fost USG cavității abdominale (tab. 10).

La cea mai mare parte dintre bolnavi – 23 (46,0 ± 7,0%) s-a depistat colecistita cronică alitiazică, deși clinic ei erau practic sănătoși, la 8 (16,0 ± 5,2%) pacienți au fost depistate semne de pancreatită cronică, la 2 (4,0 ± 2,8%) bolnavi, la efectuarea USG s-a identificat colesteroloza veziculei biliare, la 6 (12,0 ± 4,6%) pacienți – hepatită cronică, ciroză, la 11 (22,0 ± 5,9) - fără patologie.

A doua investigație, efectuată în staționar la 38 de bolnavi, a fost colecistocolangiografia i/v (CCGIV) (tab. 11), pentru evaluarea motilității colecistului.

Evaluând rezultatele CCGIV, am ajuns la concluzia, că în rezultatul fixării fundului veziculei biliare de aponevroză se dereglează veriga declanșatoare a unei peristaltice a veziculei biliare, care după A. Lindenbraten începe în zona fundului veziculei biliare. Din această cauză motilitatea veziculei biliare este mai lentă, iar perioada de contractare - mai lungă. Contractarea normală a veziculei biliare după prânzul coleretic

Tabelul 10

Datele USG în lotul de 50 de bolnavi investigați

Datele USG	Abs.	P ± ES%	P
Colecistită cronică alitiazică	23	46,0 ± 7,0	****
Pancreatită cronică	8	16,0 ± 5,2	**
Colesteroloză a veziculei biliare	2	4,0 ± 2,8	*
Hepatită cronică, ciroză	6	12,0 ± 4,6	**
Fără patologie	11	22,0 ± 5,9	***

\* p > 0,05 \*\*p < 0,05 \*\*\*p < 0,01 \*\*\*\* p < 0,001

Tabelul 11

Rezultatele funcției motorice a veziculei biliare la 38 de bolnavi

Volumul de contractare a veziculei biliare	Abs.	P ± ES%	P
Contractarea veziculei biliare la 2/3 (norma)	10	26,3 ± 7,1	**
Contractarea veziculei biliare la 1/2	12	31,6 ± 7,5	***
Contractarea veziculei biliare la 1/3	16	42,1 ± 8,0	****

\*\* p < 0,05 \*\*\* p < 0,01 \*\*\*\* p < 0,001

Tabelul 12

Structura funcțiilor de motorică și de concentrare a veziculei biliare la bilioscintigrafia radioizotopică

Intensitatea dereglării funcției	Funcția veziculei biliare			
	Motorică		De concentrare	
	Abs.	%	Abs.	%
Norma	7	25,0	10	35,7
Moderată	14	50,0	11	39,3
Considerabilă	7	25,0	7	25,0

s-a remarcat numai la 10 (26,3 ± 7,1%) dintre bolnavi. La 12 (31,6 ± 7,5%) pacienți dereglările motilității veziculei biliare au fost calificate ca și moderate, având în vedere contractarea veziculei biliare până la 1/2. Dereglări considerabile s-au depistat la 16 (42,1 ± 8,0%) bolnavi, la care vezicula biliară s-a contractat numai până la 1/3 și care confirmă dischinezia hipotonică a veziculei biliare.

În afară de funcția motorică, după CLSL, se dereglează și funcția de concentrație a veziculei biliare, care a fost semnalată la bilioscintigrafia radioizotopică la 28 de bolnavi (tab. 12).

Evaluând aceste 2 criterii, am ajuns la concluzia că atât funcția motorică, cât și cea de concentrație se micșorează, însă totuși motilitatea veziculei suferă mai mult în comparație cu cea de concentrație.

Ultimul element al studiului la distanță a fost cauza deceselor la pacienți.

Majoritatea bolnavilor au decedat din cauza bătrâneții – 8 (34,8%) pacienți și din cauza patologiei concomitente – 10 (43,5%) pacienți, iar 5 (21,7%) - din cauza cancerului inoperabil de diferită localizare. Niciun bolnav din grupa investigată nu a decedat din cauza colecistitei sau a complicațiilor ei. Acest fapt confirmă posibilitatea utilizării și în continuare a CLSL pentru tratamentul bolnavilor de vârstă înaintată și senilă cu risc major de operație.

#### Rezultatele la distanță după tratamentul combinat laparo-endoscopic

La 68 de bolnavi, după CLSL, la a doua etapă s-a efectuat papilosfincterotomia endoscopică cu litextractie. Din acest lot de bolnavi rezultatele la distanță au fost apreciate la 25 (36,8 ± 5,8%) de pacienți într-o perioadă de la un an până la 10 ani și mai mult. Perioada de supraveghere îndelungată permite detalizarea evoluției perioadei postoperatorii la bolnavii, care au fost expuși metodei combinate laparo-endoscopice.

Criteriul de bază al acestor rezultate a fost caracteristica proprie a stării sănătății pacienților. În timpul anchetării acestor bolnavi la domiciliu, au fost semnalate cazuri, când datele erau comunicate de rude, deoarece bolnavii erau în stare de demență senilă. Rezultatele au fost clasate în felul următor: 18 (72,0%) bolnavi caracterizau starea lor drept bună, 7 (28%) – satisfăcătoare. Semnul de bază al stării bolnavilor au fost durerile în rebordul costal drept, în dependență de regimul alimentar. La acest capitol majoritatea bolnavilor – 18 (72,0%) nu respectau dieta, 5 (20,0%) - o respectau periodic și numai 2 (18,0%) pacienți respectau regimul alimentar. În această grupă de pacienți supravegheați la 25 nu s-au depistat fistule biliare externe (100,0 ± 0,0%).

Nici la un bolnav în perioada postoperatorie nu a apărut clinica de colecistită recidivantă. Nimeni nu a fost reinternat sau operat repetat și, deci, rezultatele la distanță sunt mai favorabile la bolnavii, care au suportat numai CLSL.

Complexul de investigații în perioada postoperatorie a fost identic cu cel din grupele precedente. Rezultatele USG au demonstrat, că la 9 (36,0 ± 9,6%) bolnavi a fost depistată colecistita cronică alitiazică, la 12 (48,0 ± 9,9%) - colecistul de dimensiuni mici, iar la 4 (16,0 ± 7,3%) pacienți a fost stabilită pancreatita cronică.

Cele mai neașteptate rezultate au fost la CCGIV, efectuată la 10 bolnavi. La începutul acestor investigații, străduindu-ne să reducem riscul reacțiilor alergice la contrast, am aplicat colecistocolangiografia perorală, însă în toate cazurile, am stabilit pătrunderea neînsemnată a contrastului în duoden. În continuare am utilizat numai CCGIV. Când conform schemei tradiționale a CCGIV, după 15-20 min, am remarcat contrastul în duoden, nefiind prezent în vezicula biliară și ductul cistic, am presupus evacuarea lui rapidă prin coledoc. Acest fenomen se poate explica prin lipsa de contractare a sfincterului Oddi, a cărui fibre musculare sunt secționare în timpul PSTE. Evacuarea rapidă a contrastului din CBP ne-a impus să căutăm căi de reținere a contrastului în coledoc, utilizând proba cu morfină. Se știe, că morfina acționează asupra capacității de contractare a sfincterului Oddi prin spasmarea lui. Înainte de CCGIV, bolnavilor li se administra câte 1 ml de morfină. Rezultatele sunt elucidate în tab. 13.

Tabelul 13

#### Rezultatele colecistocolangiografiei intravenoase (CCGIV) cu aplicarea probei farmacologice cu morfină (n = 10) (%)

Nr.	Rezultatele investigațiilor	Abs.	%
1	Proba pozitivă cu contrastarea veziculei biliare și CBP	3	30,0
2	Proba negativă fără contrastarea veziculei biliare și CBP	7	70,0

După efectuarea probei farmacologice cu morfină în 3 (30,0%) cazuri am obținut contrastarea nestabilă a veziculei biliare, a ductului cistic și a căii biliare principale. În majoritatea investigațiilor, 7 (70,0%) bolnavi, chiar și după efectuarea

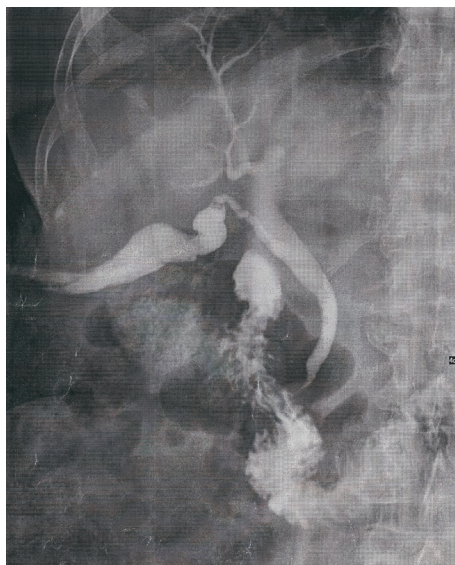


Fig. 1. Starea și dimensiunile veziculei biliare după colecistolitostomie laparoscopică.

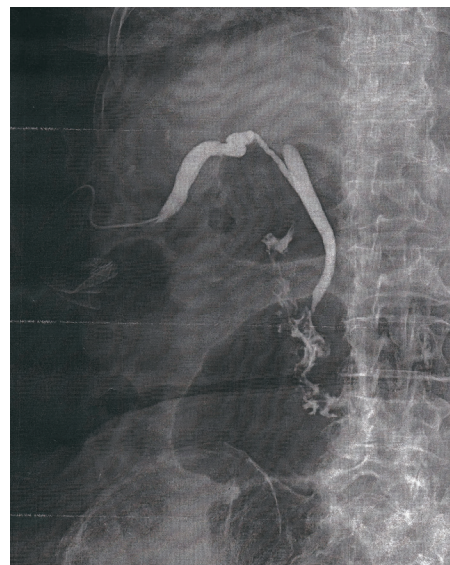


Fig. 2. Starea veziculei biliare după 1,5 luni după PSTE.

probei cu morfină, imaginea veziculei biliare și a căilor biliare a fost negativă.

În acest context putem presupune, că în plan funcțional are loc dereglarea corelației antagoniste a sfincterului ductului cistic și sfincterului Oddi. Lipsa imaginii veziculei și a căilor biliare în CCGIV, probabil, este direct proporțională cu radicalismul sfincterotomiei, cu cât incizia sfincterotomică este mai mare, cu atât mai mult și sfincterul își deteriorează funcția lui, din care cauză nici proba cu morfină nu mai poate acționa asupra contracției lui. Din cauza pasajului rapid al bilei, în lipsa obstacolului în partea distală a coledocului și a presiunii în el, conduc la o mai rară relaxare a sfincterului veziculei biliare, iar bila nu mai pătrunde în vezicula biliară sau pătrunde în cantități neînsemnate. În cazul de față nu mai avem cazul cu vezicula „deconectată” organic, ci cu varianta „fiziologică” a acestui sindrom.

Datele CCGIV au fost confirmate și la bilioscintigrafia izotopică (BSGRI). Având în vedere, că BSGI este cea mai sensibilă și demonstrativă metodă, s-a efectuat această investigație la 9 bolnavi. După cum și era de așteptat, captarea izotopului de hepatocit și transportul lui în CBP nu a fost dereglat și corespunde parametrilor fiziologici. În continuare procesul dinamicii bilei repetă datele CCGIV. În toate cazurile mișcarea contrastului prin CBP nu întâmpină obstacole, ceea ce confirmă eficacitatea sfincterotomiei, însă această mișcare se derulează în ritm rapid, atunci când izotopul pătrunde relativ repede din CBP în duoden, unde se acumula.

Putem concluziona, că PSTE duce la schimbări ale dinamicii bilei pe CBP și vezicula biliară, și a capacității de contractare a sfincterului Oddi. Vezicula biliară este ocolită de bilă cu deconectarea „fiziologică” a ei, care în fine duce la o atrofiere a organului și transformarea ei într-un rudiment biliar cu un diametru egal sau chiar mai mic decât al căilor biliare (fig 1, fig. 2).

### Concluzii

În colecistita catarală, rezultatele la distanță au fost bune în 80%, iar în 20% - satisfăcătoare;

În grupa bolnavilor cu CAF rezultatele au fost bune în 83(74,7%) cazuri, satisfăcătoare - 18%, ceea ce constituie un succes al tratamentului acestei categorii de bolnavi. În grupa bolnavilor cu CAG, rezultatele bune au fost în 53,8%, satisfăcătoare - 30,7%. Acest factor trebuie considerat pozitiv, având în vedere, că majoritatea chirurgilor consideră colecistita gangrenoasă ca și o contraindicație absolută pentru aplicarea colecistostomiei laparoscopice. În ambele grupe rezultatele au fost nesatisfăcătoare în 7,2% și 15,4% din cauza durerilor în rebordul costal drept și a fistulelor biliare;

În dependență de etiologie, fistulele biliare se clasifică în fistule de acomodare, fistule veziculare, fistule extraveziculare. Tactica de rezolvare a fistulelor biliare externe este în dependență de etiologie și evoluție. Fistulele de acomodare se închid spontan, fistulele veziculare, în dependență de cauză, necesită o mucoclație chimică a lumenului, recolecistotomia cu excizia extraperitoneală a fistulei. Fistulele extraveziculare se închid după PSTE;

La majoritatea bolnavilor cu colecistită, date la CCGIV și BSGRI, s-a constatat o dereglare a motilității și funcției de concentrație a veziculei biliare, deși, în plan clinic aceste dereglări se manifestă mai puțin;

Tratamentul formelor distructive ale colecistitei acute necesită utilizarea metodelor de „fixare” parietală a colecistostomiei, care în termene minime duc la rezolvarea procesului inflamator prin drenarea adecvată externă, iar în caz de recidivă a colecistolitiazei permite fără mari dificultăți efectuarea recolecistostomiei pentru decompresia și inventarierea veziculei biliare;

Aspectele negative ale CLSL sunt legate de colecistoliti-aza reziduală, precum și „colecistul deconectat” în ocluzia ductului cistic, din cauza calculului inclavat sau inflamației obliterante;

La bolnavii decompensați, CLSL poate fi considerată ca și etapă definitivă a tratamentului chirurgical, având în vedere rezultatele bune și satisfăcătoare în majoritatea cazurilor, cu condiția sanării totale a veziculei biliare și a căilor biliare;

La bolnavii cu rezultate nesatisfăcătoare la distanță este posibilă ameliorarea stării lor prin aplicarea recolecistolitotomiei și exciziei extraperitoneale a fistulelor biliare;

Rezultatele la distanță după metoda de tratament laparoscopic sunt în toate cazurile bune și satisfăcătoare;

CLSL realizată la bolnavii cu colecistită acută complicată, cu patologia căilor biliare și completată cu PSTE, poate fi considerată ca și tratament definitiv la bolnavii cu patologie concomitentă severă;

PSTE, ca rezultat al inciziei fibrelor sfincterului Oddi, duce la evacuarea rapidă a bilei în duoden și excluderea veziculei biliare din circuitul biliar.

### Bibliografie

1. Donald JJ, Cheslyn-Curtis S, Gillems A.R, et al. Percutaneous cholecystolithotomy: is gallstones recurrence inevitable? *Gut*. 1994;35:692-695.
2. Jangst D, del Rozo R, Dolu M.H, et al. Rapid formation of cholesterol crystals in gallbladder bile is associated with stone recurrence after laparoscopic cholecystolithotomy. *Hepatology*. 1997;25:509-513.
3. Баулин НА, Авашев НА, Баулин АА, и др. Хирургическая тактика при остром холецистите. *Хирургия*. 1991;2:12-16.
4. Васильев ВВ. Варианты хирургического лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском. *Вестн. хир.* 2007;2:31-34.
5. Иванов ПА, Склярский ВВ, Синев ЮБ. Лечение острого холецистита. *Хирургия*. 1988;9:21-24.
6. Иванов ПА, Склярский ВВ, Синев ЮБ, и др. Эндоскопические и щадящие хирургические операции при лечении больных с острым холециститом с высоким операционным риском. *Хирургия*. 1991;2:31-34.

Corresponding author

**Ciutac, Ion, dr., conferențiar**

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”

Curs Endoscopie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Chișinău, str. Toma Ciorbă, 1

Tel.: 205316

Manuscript received, July 07, 2010; revised manuscript,

December 03, 2010