

## DESPRE FISTULELE BILIARE

F. Lax, Z. Szeceji

În literatura de specialitate sînt relatate din ce în ce mai des cazuri de fistule biliare colecisto-duodenale, decelate radiologic. Deși tabloul clinic prezintă o simptomatologie necaracteristică, dureri vagi în regiunea hipocondrului drept, balonări postprandiale, grețuri și vărsături, subfebrilități, totuși examenul radiologic elucidează diagnosticul în urma injectării retrograde a căilor biliare cu o suspensie baritată. Umplerea retrogradă nu se realizează însă prea frecvent. Asemenea cazuri sînt în general relevate în literatura radiologică și numărul lor nu e prea mare. În realitate sînt mai frecvente cazurile care rămîn nepublicate. *Bormann și Riegler*, la 30340 autopsii au observat 67 fistule biliare, dintre care numai foarte puține au fost diagnosticate în viață. După *Rudolf*, fistula biliară ar fi episodul tardiv al colecistitei calculoase în 65% din cazuri. Dificultatea diagnosticului constă în lipsa umplerii retrograde a căilor biliare — prin fistulă. Avem însă un semn radiologic mult mai caracteristic prezent în toate cazurile, și acesta este pneumocolangia — umplerea căilor biliare cu gaze, — care însă în marea majoritate a cazurilor poate fi pusă în evidență numai prin radiografiile regiunii hepatice.

*Observația 1.* G. L. bolnavă în vîrstă de 49 de ani, acuză dureri în regiunea hipocondrului drept, de ani de zile. În aprilie 1956 i se face ablația sînelui stîng pentru neoplasm mamar (adenocarcinom). La 1 lună după intervenție bolnava face un icter, fund internată în secția de hepatită și tratată conservativ. După 4 luni — suspecind ocluzia mecanică a căilor extrahepatice (prin neoplasm) — se face o laparotomie. Se constată un empiem al vezicii biliare, care comprimă coledocul, se execută colecistectomie, după care starea bolnavei se ameliorează rapid, asimptomatic 1 an și 3 luni. La controlul efectuat la 3 ianuarie 1958, bolnava acuză dureri postprandiale în regiunea hipocondrului drept, avînd greață și vărsături, balonări și inapetență. Analizele de laborator pun în evidență o VSH crescută 1 h: 32 mm, 2 h: 59 mm și funcții hepatice normale, secreție gastrică normacidă, urina normală. Radioscopia gastrică arată la nivelul flexurii inferioare a duodenului un spasm accentuat, care este urmat de o umplere retrogradă a căilor biliare prin prințul baritat. După 4 săptămîni de tratament conservator suferințele menținîndu-se se intervine chirurgical (*Péterfi*). Se recurge la rezecția gastrică cu anastomoză Y pentru evitarea refluxului. După operație, în ciuda faptului că bolnava e asimptomatică, umplerea căilor biliare cu aer se menține.

*Observația 2.* Bolnavul G. Zs. în vîrstă de 64 de ani, a prezentat crize colecistice cu ani în urmă; una dintre acestea (cea din 1947) a fost deosebit de violentă, fiind urmată de o lungă perioadă febrilă. În ianuarie 1958, consecutiv unei bronhopneumonii gripale, bolnavul devine subicteric, face febră intermitentă și acuză dureri epigastrice incerte. Stabilindu-se diagnosticul prezumptiv de colangită, i se aplică un tratament clinic cu antibiotice și tubaje duodenale, sub efectul cărora durerile și subicterul dispar. La acele două colangio-colecistografii efectuate nu se observă căile biliare. Scurt timp după părăsirea clinicii, acuzele reapar, bolnavul prezintă frisoane, febrilitate pînă la 39°, subicter. Radiografia regiunii ficatului arată umplerea căilor biliare cu aer. Suspecîndu-se o fistulă biliară, se intervine chirurgical (*Pápai Z.*); la operație se observă perforația vezicii biliare atrofice de mărimea unei alune în duoden. După colecistectomia și sutura perforației plaga se vindecă per primam. La 2 luni după intervenție, bolnavul e complet restabilit.

Pătrunderea bariului sau a aerului în căile biliare este posibilă:

1. după colecisto-duodenostomie;
2. în cazurile de insuficiența sfincterului Oddi, — și
3. în cazurile de fistulă biliară spontană.

Pe noi ne interesează ultimele două cazuri și ne vom ocupa numai de ele. Insuficiența sfincterului Oddi, poate fi *funcțională* când se instalează datorită distoniilor neurovegetative, sau *organică*, dacă este cauzată de aderențe, infiltrații tumorale sau infiltrații de natură inflamatorie. În condiții normale în căile biliare domină o presiune internă mai mare cu 60 mm/apă, decât cea existentă în duoden. În condiții patologice presiunea duodenală poate crește, însă sfincterul Oddi e capabil să contracareze și o suprapresiune de 120 mm/apă. În timpul digestiei presiunea intraduodenală crește. Pentru desfășurarea normală a digestiei intră în funcțiune reflexul Ochsner, fapt care se manifestă printr-un spasm sfincterian la limita inferioară a duodenului descendent. Acest reflex, ca și alte stări similare, care datorită strangularii parțiale sau stenozei cicatriciale favorizează instalarea stenozei duodenale, pot constitui baza mecanismului reflex de umplere retrogradă a căilor biliare prin sfincterul lui Oddi. Evident că atit timp cît funcția sfincterului e intactă, acest reflux nu se produce, dar în cazul cînd activitatea lui normală este slăbită fie de o tumoare localizată în sfincterul Oddi, fie de o infiltrație inflamatorie (*Raber—Eber*) au observat un caz de abces perisfincterian) sau de un proces cicatricial, refluxul se produce ușor.

Fistulele biliare interne sînt mult mai frecvente, cauza lor fiind în majoritatea cazurilor colecistite calculoase. După unii autori, această complicație este dese întîlnită (*Răduleț* 65%, *Raber* 80%). Mai rare sînt perforațiile ulcerelor duodenale și ca raritate extremă sînt menționate perforațiile tumorilor în căile biliare (cazul lui *Leichner—Csákány*). Din cele 153 fistule biliare interne relatate de *Judd* și *Burden*, numai una a fost cauzată de perforație neoplazică.

Fistula poate comunica cu duodenul cu colonul sau excepțional cu stomacul, fiecare avînd un tablou clinic specific.

În introducere am accentuat că semnele clinice nu sînt caracteristice. anamneza minuțioasă poate însă decela momentul producerii fistulei. Bolnavii cu antecedente personale vechi, la care crizele au fost urmate de subicter, vor semnala o criză forte, după care au avut o lungă perioadă de acalmie, care a fost deseori însoțită de stări febrile cu pusee de colangită, de intoleranță față de grăsimi și ouă, de mici dispepsii și senzații de plin în regiunea hipocondrului drept. Fistulele colecistocolice se manifestă prin scaune diareice cu conținut de bilă.

Trebuie să notăm părerea unanimă a autorilor referitor la raritatea infecțiilor ascendente (*Raber—Hauswald—Eber, Răduleț—Cojocaru, Bedescu, Anatescu, Juvara—Schiau* și colab.). *Juvara* și *Schiau* afirmă chiar că nu este nici o legătură între cantitatea refluxului și suferința clinică. Din cei 13 bolnavi observați de ei, numai unul a prezentat o infecție ascendentă provocînd colangită, dar și acesta după 4 luni de tratament, s-a vindecat.

*Sosit la redacție: 23 iunie 1958.*

#### Bibliografie

1. L. GONDARD: J. Radiol. 38, 718 (1957); 2. I. JUVARA, S. SCHIAU<sup>1</sup>, D. STOFNESCUS, M. DEBAU, GH. TEJU, S. WEINTRAUB: Radiologia 2. 125 (1957); 3. R. NADAL, S. HEPP ET GUY GÉRARD: J. Radiol. 38, 854 (1957); 4. PAPP ENDRE: în curs de apariție); 5. R. RABER, R. EBER: J. Radiol. 38. 760 (1957); 6. R. RABER, R. HAUSWALD, R. EBER: J. Radiol. 38, 779 (1957); 7. F. RADULEȚ, L. COJOCARU, V. PREDESCU, C. ANATESCU: (în curs de apariție); 8. WEILNE LEICHER ZSUZSA, CSAKANY GYÖRGY: Magy. Radiologia 3. 170 (1956).

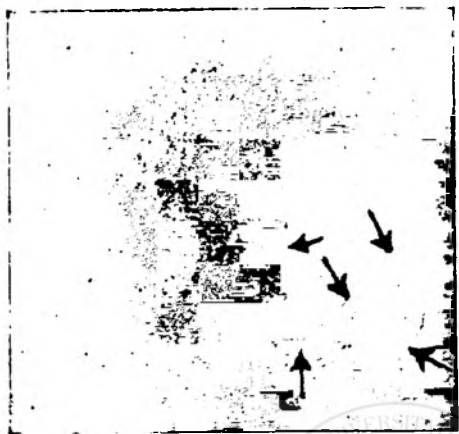


Fig. nr. 1. - Pe fotografie se observă căile biliare pline de aer.



Fig. nr. 2. - Substanța de contrast pătrunsă în căile biliare

