

Clinica medicală I. din Tg. Mureș (cond.: prof. P. Dóczy, doctor în științe medicale)

TULBURARI DUPA COLECISTECTOMIE

L. Birek

Rezultatele examenelor de control efectuate după colecistectomie arată că aproape 30% dintre persoanele colecistectomizate continuă să aibă suferințe și că 10% dintre ele prezintă tulburări destul de grave care le diminuează considerabil capacitatea de muncă. De asemenea în 6—7% reintervenția este inevitabilă.

Numeroși fiziologi, interniști și chirurghi s-au ocupat de problema cauzei și prevenirii suferințelor postcolecistectomice. Cele mai multe dintre comunicările apărute în prima jumătate a secolului nostru s-au bazat pe o tehnică învechită și au înbrățșat un material clinic furnizat numai de cazurile în care au fost executate reintervenții, și tocmai de aceea aceste studii nu prezintă decît o valoare redusă. Din punct de vedere etiopatologic sînt mai valoroase studiile apărute în ultimul deceniu. Progresul înregistrat se datorează următoarelor 2 împrejurări:

1. Dezvoltarea tehnicii de examinare a căilor biliare a îmbogățit cu procedee noi posibilitățile diagnostice. Dintre acestea trebuie amintită în primul rînd colangiografia intra-venoasă cu ajutorul căreia căile biliare pot fi făcute vizibile și după colecistectomie, astfel încît avem posibilitatea să studiem modificările anatomice și tulburările funcționale ale vezicii biliare. Pe radiografiile pregătite după injectarea substanței de contrast (biligratinul) se pot vedea deseori bine concremențele, stricturile, modificările de calibru, lumen și leziunile din teritoriul sfincterului Oddi. Urmărind dinamica evacuării putem obține date valoroase și în legătură cu tulburările de motilitate ale căilor biliare. De asemenea sînt deosebit de utile sondajele duodenale fracționate, executate cu multă grijă în urma cărora putem obține o justă orientare în ceea ce privește tonusul sfincterului lui Oddi mai ales în cazurile cînd datele obținute sînt coroborate cu rezultatele colangiografiei. Aplicînd concomitent aceste două procedee putem decide dacă pentru înlăturarea tulburărilor de scurgere a bilei este necesară o reintervenție sau ajunge tratamentul conservativ. În cursul reintervenției inevitabile, chirurgul se orientează prin colangiografia intraoperatorie și prin măsurarea tensiunii existente în coledoc. Toate acestea fac posibilă înlăturarea calculilor ascunși în diverticulu căilor biliare și rezolvarea rațională a tulburărilor funcționale din teritoriul papilei Vater. Nu dispunem de experiență proprie în ceea ce privește coledocoscopia și colangiografia transhepatică.

2. Procedeelor de examinare recentă, amintite mai sus se datorează și progresul la care am ajuns în justa interpretare a dischineziilor căilor biliare. Cu toate că importanța acestora a fost relevată încă la începutul secolului nostru (*Westphal, Pavel, Nanu-Muscel*), totuși date anatomo-patologice concrete nu au adus decît cercetările din ultimii ani. Azi știm că tonusul patologic al sfincterului lui Oddi numai rareori are un caracter primar, în majoritatea cazurilor el este întreținut de reflexe care însoțesc modificările anatomice ale coledocului, pancreasului sau tractului gastro-intestinal. Recent s-a dovedit că hipoxemia diminuează secreția biliară și intensifică tonusul sfincterului Oddi. (*Maros* și colabora-

torii). Este importantă și observația că tulburările funcționale de tonus care la început au un caracter exclusiv funcțional pot cauza modificări anatomice ireversibile dacă persistă timp mai îndelungat.

La bolnavii internați în clinica noastră în ultimii 10 ani din cauza suferințelor post-colecistectomice, în 17 cazuri cauza acuzelor a fost lămurită în urma reintervenției. În 83 de cazuri diagnosticul a fost stabilit pe baza rezultatelor examenelor de laborator. Scopul studiului nostru este dublu: pe de o parte bazați pe propria noastră experiență dorim să interpretăm procedeele moderne de diagnostic, iar pe de altă parte ne propunem să analizăm cauza și frecvența suferințelor postcolecistectomice.

Clasificarea etiopatogenică a tulburărilor consecutive colecistectomiilor este dificilă deoarece deseori producerea suferințelor se datorează mai multor leziuni anatomice și tulburărilor funcționale ce li se asociază acestora. Tocmai de aceea clasificările propuse pe baza diferitelor examinări sînt de cele mai multe ori complicate sau forțate. Ținînd seama de experiența practică, considerăm că este foarte important să stabilim dacă la baza acestor suferințe se găsesc leziuni organice sau funcționale ale căilor biliare extrahepatice sau atecțiuni extrabiliare din partea altor organe abdominale. Aceste din urmă se pot întîlni și înainte de operație ca afecțiuni hepatice sau pancreatice, boala ulceroasă, care însoțesc colecistopatia înaintea extirpării colecistului. Ilustrăm acest punct de vedere în tabelul de mai jos în care sînt cuprinse date referitoare la frecvența îmbolnăvirilor căilor biliare extrahepatice (I) și la frecvența afecțiunilor independente de acestea (II).

Cauzele suferințelor observate după colecistectomie:

I. *Îmbolnăvirile căilor biliare extrahepatice*

Coledocolitiază	16
Strictura coledocului	4
Cicatrici de comprimare	3
Cicatrici comprimante + limfadenite	2
Bont cistic	5
Colangită	
" cu origine cunoscută	11
" " " necunoscută	7
Dischinezie hipotonică	4
" hipertonică	1
" amfotonică	2

II. *Tablouri clinice extrabiliare*

Stenoză duodenală	2
Ulcer gastric	3
Ulcer piloric	4
Ulcer duodenal	7
Paraziți	7
Hepatită cronică	10
Perihepatită	1
Pancreatită	2
Gastrită anacidă	8
Gastrită hiperacidă	1
	100

I. Incontestabil că printre cauzele suferințelor postcolecistectomice găsim în ordinea importanței: afecțiuni organice ale căilor biliare extrahepatice și mult mai rar modificări cu caracter funcțional primar. Dacă aceste suferințe se manifestă clinic prin binecunoscutul sindrom coledocian: dureri colice, febră însoțită eventual de frisoane și icter, atunci stabilirea diagnosticului nu întîmpină dificultăți. În asemenea cazuri se suspectează de la început o tulburare a permeabilității cauzată de obturarea căilor biliare. Trebuie să contăm pe următoarele stări:

a) Simptomele amintite sînt cauzate de cele mai multe ori de un calcul neîndepărtat în cursul operației sau format după colecistectomie, uneori la scurt timp după intervenția chirurgicală iar alteori la cîteva luni sau chiar vișiva ani după aceea. Potrivit părerii general acceptate, în marea majoritate a cazurilor este vorba de un concrement existent și la operație dar uitat înăuntru. Această uitare poate avea două cauze: prima cauză constă în faptul că cea mai mare parte a calculilor care cauzează uneori simptome îndroaiante după asemenea operații nu tulbură fluxul biliar înainte de extirparea vezicii biliare. De aceea chirurgul nu explorează coledocul iar pe de altă parte nici medicul internist nu propune explorarea minuțioasă a căilor biliare. Atît timp cît funcția de reglare a presiunii este păstrată, măcar parțial, de vezica biliară, sistemul căilor biliare este scutit de oscilațiile de presiune, mai mari. După îndepărtarea colecistului însă funcția vicariantă a coledocului impune necesitatea unor modificări bruște violente de tonicitate, starea spastică ce survine în asemenea cazuri poate întregi obturarea cauzată de calcul și dezvoltă sindromul caracteristic. O altă cauză poate fi greutatea explorării căilor biliare. Cu ajutorul metodelor chirurgicale clasice: palparea, sondajul și spălarea căilor biliare nu se pot pune în evidență decît cu mare greutate calculii sau concremențele de dimensiuni mici ascunși uneori în teritoriul sfincterului Oddi în pungile diverticuliforme iar alteori în ramurile ductului hepatic. Pentru decelarea lor este absolut necesară colangiografia intraoperatorie (care nici ea nu dă uneori rezultate concludente). În monografia lui Hess se spune că de la introducerea aplicării colangiografiei intraoperatorii calculii se găsesc în coledoc și în hepatic de trei ori mai frecvent decît înainte. Mallet-Guy a extirpat calcul din coledoc tot la al 6-lea bolnav reoperat, iar Rathke tot la al 5-lea. În materialul nostru clinic sindromul postcolecistectomic a fost cauzat de calcul în 16% a cazurilor. Trebuie să notăm că în majoritatea cazurilor extirparea vezicii biliare s-a executat înainte de extinderea radiometriei operatorii introdusă la noi de Făgărășanu, Birzu și Bucur. Se pare că și pericolul recidivei calculoase este mai mare atunci cînd din coledoc s-a extirpat calcul chiar în cursul colecistectomiei.

În diagnosticul recidivei litiazice un progres considerabil îl constituie colangiografia intravenoasă îndeosebi dacă e executată după administrarea în prealabil de morfină și dacă în cazurile dubioase este întregită de tomografie. (Hloucal și Hrdina propun o adîncime de 6—11 cm.) În general coledocul cu calculi depășește 10 mm dar nu și dimensiunea de 1½ cm. Mărimea lui este normală numai într-o cincime a radiografiilor. Calculul se găsește cel mai frecvent în porțiunea distală a coledocului și de aceea de obicei aici se observă imaginea lacunară rotundă, ovală sau neregulată. Evident că numai rezultatul pozitiv poate fi apreciat. De asemenea și insuficiența sfincteriană care se dezvoltă ca o complicație poate împiedica umplerea cu substanță de contrast a căilor biliare, fapt confirmat și de următoarea observație:

T. E. agricultor în vîrstă de 50 de ani prezintă după 4 ani de la operație semnele sindromului unei coiangite. Biligrafia intravenoasă arată la 10 minute după administrare umplerea unui mic bont cistic de mărimea unei alune, substanța opacă fiind vizibilă și în duoden. Umplerea căilor biliare nu se observă nici după 20, 30, 45 și 60 de minute. La reintervenție se constată că coledocul are dimensiunile unui intestin subțire, iar în porțiunea sa inferioară se găsește un conglomerat de mărimea unei nuci, format din mai mulți calculi și din masă biliară păstoasă. Ramura stîngă a canalului hepatic, avînd grosimea degetului arătător, e plină cu concremente dure de mărimea boabelor de mazăre. În ciuda conglomeratului litiazic foarte extins substanța de contrast a înaintat, a putut să pătrundă prin coledoc, dar din cauza insuficienței odiene căile biliare nu s-au umplut.

În caz de umplere insuficientă prin colangiografie sîntem obligați să ne limităm la datele mai puțin certe furnizate de sondajul duodenal. Suspiciunea clinică a litiazei coledociene este îndreptățită de prezența bilirubinatului de calciu în bilă, fiind susținută de numărul mare al granulelor și al cristalelor de colesterină. În asemenea cazuri colangiografia efectuată în timpul reintervenției este insuficientă.

b) Cicatricele pericoledociene și strictura căilor biliare. Cicatricile care apar de-a lungul căilor biliare extinzîndu-se și în peretele acestora și cauzînd deseori stricturi sînt con-

consecințele intervențiilor executate în condiții tehnice dificile. De cele mai multe ori însă este vorba de o comunicație instalată încă în cursul colecistectomiei, care se produce din cauza unei pericolecistite ce se extinde și spre hilul hepatic și ligamentul gastro-duodenal. Țesutul proliferativ inflamator conținând noduli limfatici mari, țesut granulomatos cu limfadenită ce se observă în jurul coledocului poate să constituie chiar în cursul colecistectomiei semnul apariției ulterioare a stricturii căilor biliare. Experiența noastră arată că limfadenita pericoledociană și pericoledocistică este gravă îndeosebi atunci când afecțiunii biliare i se asociază și un ulcer duodenal. Procesul poate să rămână activ și după colecistectomie așa cum o dedește prezența limfadenitei la reintervenții.

Țesutul de granulație duce la compresie și spasm iar cicatrizarea cauzează instalarea tulburărilor de pasaj, la stricturi. În funcție de gradul stricturii poate să apară un icter cu colangită de intensitate variabilă sau intermitent. Strictura anatomică provoacă numai rareori un obstacol de pasaj complet, apariția și gravitatea simptomelor depinzând de colangita ce apare ca o complicație. Fazele de colangită se repetă deseori la intervale de 2—3 luni și uneori durează numai câteva zile. Spre deosebire de litiază, icterul nu este însoțit în general de dureri dar o complicație colangitică gravă poate să cauzeze și colici violente.

Prin colangiografia intravenoasă se constată cinduri și pe atocuri dilatări sau contururi neregulate în funcție de locul și extinderea stricturii. În sedimentul bilei se găsesc numeroase elemente de inflamație.

Pronosticul stricturilor este sever din două motive. În primul rînd strictura produce cea mai gravă complicație hepatică, ciroza biliară (din cele 6 cazuri de ciroză biliară 4 au fost consecutive stricturii), iar în al doilea rînd stricturile reclamă din partea chirurgilor o deosebită îndemnare și inventivitate tehnică fiind greu rezolvabile pe cale chirurgicală. Dacă la reintervenție se constată că procesul inflamator pericoledocian este încă activ, atunci pronosticul operației este destul de nefavorabil deoarece în asemenea cazuri se periclitează și permeabilitatea anastomozei coledoco-duodenale devenită necesară. Tocmai de aceea în cazurile acestea chiar în ciuda intervențiilor repetate persistă o fisură biliară cronică sau recidivantă cu toate consecințele ei.

C. *Boala sfincterului.* Leziunile anatomice și funcționale ale sfincterului Oddi, pe care *Mallet-Guy* le cuprinde sub denumirea generală de „boala sfincterului“ pot să cauzeze deseori tulburări ale scurgerii fluxului bilei. *Schondube* și *Varela-Lopez* constată că tot al treilea colecistectomizat prezintă suferințe cauzate de această boală. Frecvența cicatricii milimetrice (odită, papilită stenotizantă) cauzînd stenoza porțiunii coledociene distale și a teritoriului papilar este dovedită de colangiografia intraoperatorie. Datele obținute în urma umplerii biliare și a manometriei efectuate în cursul colecistectomiilor arată că boala sfincterului este de obicei prezentă la extirparea vezicii biliare putînd fi însă și cauza exclusivă a suferințelor postoperatorii. Strictura cicatricială ca atare, sau spasmul suprapus precum și ridicarea presiunii intracanaliculară pot duce și în aceste cazuri la colici biliare tipice, iar prin suprainfecție la instalarea unui sindrom colangitic. Strictura cicatricială a porțiunii distale este pusă în evidență deseori și de o colangiografie intravenoasă caracteristică. Pe radiografiu se observă dilatarea căilor biliare și staza substanței de contrast. Coledocul este mai lat de 10 mm, iar arborizațiile canalului hepatic sînt mai lărgite. Din cauza cicatricii papilare substanța de contrast apare în duoden, mai tîrziu ca de obicei, în general după o oră, iar umplerea căilor biliare se poate vedea bine și după 2—3 ore de la administrarea injectiei. Din cauza dilatării apărute deasupra stenozei opacifierea porțiunii distale prezintă imaginea tipică în virf de țigară. Sondajul duodenal minutat semnaleză de asemenea împiedicarea scurgerii biliare: „timpul Oddi închis“ este prelungit iar cantitatea fracțiilor biliare este minimă.

Frecvența tulburărilor exclusiv funcționale ale sfincterului Oddi și importanța ei etiopatogenică nu sînt încă elucidate. Mai de mult se credea că cea mai frecventă cauză a suferințelor postcolecistectomice este așa-numita dischinezie primară independentă de leziunea organică. Astăzi în schimb se accentuează importanța tulburărilor funcționale asociate

modificărilor anatomice, tulburări care au deci un caracter secundar. (Hess, *Sprüche. Schau*). Cauza acestor puncte de vedere contradictorii rezidă în diversitatea metodelor de examinare. Primele examinări metodice au fost efectuate de Rost care în 1913 a stabilit că la ciini după extirparea vezicii biliare tonusul sfincterului Oddi este diminuat. La o bună parte din animalele colecistectomizate insuficiența sfincterului a fost persistentă. În alte cazuri însă după câteva luni tonusul sfincterian a revenit devenind chiar spastic.

După colecistectomie putem conta și la oameni pe hipotonia oddiană. La 13 bolnavi observați de noi am examinat tonusul sfincterian în primele săptămâni după operație cu ajutorul colangiografiei și al sondajului duodenal minutat. În 11 cazuri am găsit un sfincter hipotonic. Aceste persoane nu au prezentat în timpul examenului nici o suferință. Pre-dispoziția hipotonică poate persista chiar câțiva ani după colecistectomie. La mai mult de 50% dintre bolnavii care au revenit din cauza suferințelor colecistectomice am stabilit un sfincter lax și numai la o treime un tonus sfincterian accentuat.

Concluziile desprinse din experiențele pe animale pot fi aplicate numai parțial în patologia umană. În condiții experimentale este vorba de acțiunea pe care o exercită extirparea colecistului sănătos asupra căilor biliare sănătoase. În materialul clinic însă afecțiunea coledocică ireversibilă apare deseori ca o complicație a colecistitei. Spasticitatea sfincterului este intensificată mai ales de coledochita și oddita care însoțesc litiaza coledocului. Hipertonia poate să persiste și după îndepărtarea vezicii biliare; altelei însă paralel cu ameliorarea leziunii anatomice se restabilește și tonusul sfincterian.

Această posibilitate este ilustrată de cazul unei bolnave în vîrsta de 60 de ani care a fost controlată în repetate rânduri. Din cauza unor colici biliare repetate timp de 24 de ani fiind însoțite de 3 ori de icter bolnava a fost colecistectomizată. La operație a fost extirpată o veziculă plină cu concremente și mai mulți calculi din coledoc. La primul examen de control efectuat după 4 săptămîni de la intervenție se constată un timp Oddi prelungit pînă la 30 de minute. Biligrafinul injectat i. v. se poate vedea și după 1 ore în căile biliare dilatate. La examenul de control făcut cu 5 luni mai tîrziu timpul Oddi a scăzut la 10 minute, iar evacuarea căilor biliare de un calibru normal s-a produs în timp de o oră.

Potrivit datelor existente în manuale dischinezia hipertonică a sfincterului Oddi cauzează accese spastice asemănătoare colicilor litiazice, pe cînd insuficiența aparatului de închidere în urma scurgerii continue a bilei poate produce un sindrom diareic — dispeptic. Această constatare este valabilă pentru marea majoritate a cazurilor. Dar trebuie să notăm că dischinezia hipotonică nu cauzează deseori nici un simptom-suferință. Este eronat de a califica orice diaree survenită la un colecistectomizat drept hipotonia oddiană. Diareea biliară tipică am găsit și la bolnavii cu normotonie sau chiar cu hipertonie sfincteriană. Observațiile noastre denotă că diareea poate fi cauzată nu numai de o scurgere permanentă de bilă ci și de o scurgere intermitentă concentrată a acesteia.

Diagnosticul de laborator al disfuncțiilor sfincteriene se confirmă prin rezultatele sondajului și ale colangiografiei completate cu examinările iarmacodinamice. La fel ca și oddita ce cauzează stenoza sfincterul hipertonic poate produce dilatarea căilor biliare și staza substanței de contrast din ele. În cazuri de dischinezie pură dilatarea se limitează numai la coledoc fără să atingă hepaticul și cu atît mai puțin ramificațiile intrahepatice ale acestora. Dischinezia primară se diferențiază de stenoza cicatricială în funcție de gradul în care tonusul sfincterian poate fi influențat pe cale medicamentuoasă. Spasmul este înlăturat sub efectul antispasmodicelor (de exp. al nitriților), iar substanța de contrast pătrunde în duoden. Morfina injectată subcutanat măbind tonusul sfincterian intensifică dilatarea căilor biliare. În caz de spasm sfincterian, la sondaj, scurgerea bilei apare numai după un interval de timp lung în urma administrării sulfatului sau a insulațiilor de ulei, iar altelei numai datorită injectării intraduodenale a novocainei sau sub efectul nitriților.

Insuficiența oddiană poate fi identificată destul de ușor: după instilarea sulfatului prin sondă sfincterul nu se închide decît pentru scurt timp sau de loc, iar în urma administrării anterioare a morfinei împreună cu biligrafina se obține opacifierea căilor biliare.

Nu amintim decât pe scurt problema dischineziilor secundare asociate afecțiunilor organice ale căilor biliare, pancreasului și duodenului. Caracterul lor se schimbă în funcție de natura și topografia leziunii. În legătură cu aceasta dorim să subliniem două fapte. În litrază coledociană distonia nu are întotdeauna un caracter spastic. Concrementul de dimensiuni mai mari localizat în porțiunea inferioară a coledocului poate să cauzeze o dilatare atît de pronunțată a căilor biliare comune, încît aceasta duce uneori la insuficiența sfincteriană.

Insuficiența sfincteriană mai poate fi cauzată și de cicatricele pericoledociene, comprimarea duodenului sau de proliferarea țesuturilor cauzînd stenoză, astfel încît țesutul proliferativ cicatricial din jurul duodenului și din ligatura hepato-duodenală crează un teren favorabil pentru infecție ascendentă prin papila insuficient închisă.

Decelarea cauzei dischineziilor odidiene întîmpină deseori greutăți. Radiomanometria nu lănuirește întotdeauna faptul dacă disfuncția este primară sau constituie o tulburare funcțională asociată leziunilor organice. E. din ce în ce mai răspîndită părerea potrivit căreia tulburarea de tonus, la început exclusiv funcțională, poate cauza cu timpul hipertrofia musculară a porțiunii distale a coledocului și ca un rezultat al stenozei consecutive stenoza cicatricială.

În cazurile de dischinezie primară examenul minuțios al bolnavului descoperă deseori anomalii endocrine (hipertirozism, hiperfoliculinie), care prin distonia vegetativă a sistemului nervos accentuează tendința spre anomalie de tonus. Neglijarea tulburărilor endocrine patologice poate periclită rezultatul tratamentului.

d) Bontul cistic. O atenție deosebită trebuie acordată rolului etiopatogenic al bontului cistic. Se știe încă de mult că porțiunea cistică restantă la operație și partea apreciazabilă a colului din vecinătate se poate dilata luînd forma unui chist, putînd ajunge uneori mărimea colecistului. Histologic această formație se compune din resturile cistice și ale vezicii biliare. (*Schöndube*). *Pavel și Dumitrescu* o consideră un regenerat capabil numai de concentrare și contracție, iar alți autori (*Schöndube*) cred că este vorba numai de un rezervor care reglează presiunea din căile biliare. Înainte de introducerea colangiografiei bonturile cistice erau foarte rar relatate dar astăzi știm că prezența lor este frecventă.

Studiînd condițiile de umplere și de evacuare, concentrația de bilirubină și sedimentele din conținutul lor, precum și suferințele bolnavilor, am stabilit următoarele în legătură cu apariția și importanța etiopatogenică a bontului. Pe cele mai multe colangiograme am constatat un coledoc și hepatic de dimensiuni normale dar cu o evacuare frenantă, prezentînd uneori semne care indicau hipertonia porțiunii distale a coledocului. În cursul sondujului duodenal fracționat minutat am găsit intensificarea tonusului sfincterian care de multe ori s-a deschis numai după injeclarea novocainiei. De aceea trebuie să adoptăm părerea autorilor care susțin că formarea bontului constituie o consecință a hipertensiunii căilor biliare. Această constatare devine probabilă și dacă studiem relațiile de evacuare a bontului: evacuarea conținutului bontului se efectuează de obicei concomitent cu aceea a căilor biliare. Potrivit observațiilor noastre acest sincronism este tulburat numai de modificările secundare ale bontului. La doi bolnavi am observat stagnarea substanței de contrast și după golirea căilor biliare. Ambii bolnavi semnalau dureri de natură pericolectestică, iar în sedimentul bilei lor am găsit multe leucocite, semn al inflamației bontului. Din materialul studiat rezultă dealfel că bontul cistic nu cauzează întotdeauna suferințe chiar nici atunci cînd este însoțit de dischinezia sfincterului. Simptomele se produc numai atunci cînd în peretele lui există o inflamație, dacă în lumen se formează calculul sau cînd datorită aderențelor cicatriciale bontul se frînge instalîndu-se eventual tulburări de evacuare. Această complicație este semnalată de conținutul proteic al sedimentelor biliare deseori hiperconcentrate care se evacuează după injeclarea sulfatului sau a uleiului. Două cazuri ale noastre ilustrează rolul infecției. La doi bolnavi care nu au prezentat simptome de bont cistic am găsit nimic patologic în bilă. În schimb în cazurile în care bolnavii au fost internați din cauza simptomelor am găsit sedimente care indicau o infecție a căilor biliare. Constatarea că bontul cistic devine clinic manifest, datorită unei infecții secundare este ilustrată de alte două observații ale noastre: la o bolnavă cu bont cistic asimptomatic apar colici

în perioada de convalescență după o bronhopneumonie, iar într-un alt caz sindromul colangitic a fost declanșat de o sinusită purulentă. Ambele bolnave au fost asimptomatice pînă la apariția infecției căilor respiratorii superioare. Simptomele pot să fie provocate și de inflamarea peretelui bontului. În formațiile neuromatoase apărute în cursul proceselor regenerative atipice în peretele colecistului bolnav (*Maros și Lăzăr*) pot să se formeze și în bontul cistic cauzînd o permanentă excitație patologică pentru tot aparatul sistemului hepato biliar.

Astăzi se consideră că bontul cistic este o complicație frecventă a colecistectomiei. Aceasta poate să cauzeze simptome ca urmare a leziunilor anatomice secundare ce se dezvoltă în ele. Dar trebuie să notăm că suferințele postcolecistectomice nu pot fi indentificate cu bonturile ce se observă pe colangiogramă. Numai dacă în bila mai întinsecată ce se obține după administrare de sulfat sau de ulei sînt prezente elemente inflamatoare atunci corelația dintre bont și suferințe pare verosimilă.

e) Colangita. Aceasta este infecția căilor biliare este frecventă la colecistectomizați. Erisoanele și infecția cauzatoare de icter îi determină pe bolnavi să se prezinte la examen medical. În schimb varianta mai ușoară dominată de simptomul subfebrilității rămîne mult timp netratată, în parte datorită faptului că bolnavul nu îi acordă importanța cuvenită, și mai cu seamă din cauza greutăților ce se întîmpină la stabilirea diagnosticului. În asemenea cazuri numai examenul minuțios al sedimentelor biliare poate decela cauza subfebrilității prevenind pericolul instalării complicației hepatice.

Cea mai frecventă cauză al colangitei este litiaza coledociană. Descoperirea acestora nu provoacă decît rareori dificultăți, deoarece tabloul clinic este dominat de colici caracteristice. În caz de sindrom fără spasme dar manifestat printr-un icter intens suspectăm în primul rînd o strictură cicatricială a coledocului. Rareori în geneza colangitei intervine pancreatita sau lambliaza. În cazuri excepționale cînd colangita este întretinută de lambliază trebuie să se recurgă din nou la examenul biliar. De asemenea tot procedeele moderne de sondaj pot să elucideze una din cauzele frecvente ale infecției biliare ascendente: insuficiența sfîcterului Oddi. Hipotonia sfîcteriană poate constitui cauza colangitei nu numai în lunile următoare operației ci și după ani de la executarea colecistectomiei. Experiența noastră confirmă întru totul frecvența formelor denumite de Pavel colangite tardive.

Din 18 cazuri de colangită fără litiază, în 5 am găsit stricturi, în 4 dischinezii sfîcteriene, în 1 periduodenită, în 1 pancreatită și în 1 lamblie. La 7 bolnavi nu am reușit să punem în evidență etiologia colangitei, deoarece în timpul examenelor nu am constatat nici obturarea căilor biliare și nici semne care să indice disfuncția sfîcterului. Se poate presupune că această colangită „criptogenetică“ poate fi pusă în legătură cu relaxările intermitente ale sfîcterului, cu duodenitele pasajere sau cu baciliocolul apărute datorită infecțiilor căilor respiratorii superioare.

Diagnosticul și tratamentul precoce al colangitei sînt importante deoarece astfel se pot preveni complicațiile hepatice. Chiar și cea mai ușoară infecție a căilor biliare prezintă importanță pentru parenchimul hepatic. Aproape la toți bolnavii cu sindrom postcolecistectomic am găsit hepatomegalie independent de faptul dacă s-au pus în evidență sau nu semne de infecție. În marea majoritate a cazurilor datele examenului clinic și de laborator au arătat numai o ușoară distrofie și semne de modificări cicatriciale, întrucît rezultatul probelor de labilitate serică și hepatice sau fost în general negative sau au arătat tulburări minime.

În 10% din cazurile noastre coroborînd datele clinice și de laborator am putut pune în evidență o hepatită cronică activă.

În materialul nostru ciroze biliare am găsit numai în coledocolitiază și strictura biliară netratată.



II. A doua grupă mare a suferințelor postcolecistectomice o constituie afecțiunile tractului gastro-intestinal ale ficatului și ale pancreasului care formează consecințele sau bolile

de acompaniament ale maladiilor căilor biliare. Multe dintre ele sînt complicații ale bolii de bază fiind prezente chiar înainte de operație. Aici trebuie enumerate leziunile parenchimului hepatic asociate infecției căilor biliare, pancreatita care tulbură deseori permeabilitatea porțiunii inferioare a coledocului, gastrita anacidă sau hipoacidă, ulcerul gastric sau duodenal, constipația cronică sau parazitozele. Dorim doar să menționăm faptul că nu este corect să căutăm cauza suferințelor postcolecistectomice numai în indicația eronată sau în tehnica operatorie, deoarece prin tratamentul complicațiilor amintite sau al bolilor de acompaniament bolnavii pot deveni asimptomatici. Datele cuprinse în tabel demonstrează că putem conta deseori pe această posibilitate. De asemenea se constată și frecvența incidenței concomitente simultane a afecțiunii căilor biliare și a bolii ulcerose. Dintre bolnavii controlați 14% au suferit de ulcer piloro-duodenal și mai rar de ulcer al curburii mici. Afecțiunile căilor biliare sînt însoțite de hipoaciditate și de aceea prezența hiperacidității la colecistopatii este de natură să ne facă a suspecta un ulcer. Se știe că în boala ulcerosă tulburările hepatice funcționale sînt foarte frecvente. *Kayser* a constatat o proporție de 64%, iar *Maros* de 63%. Acest fapt trebuie luat în considerare la suferințele postcolecistectomice de origine ulcerosă.

În general diagnosticul afecțiunilor de origine extrabilară după colecistectomie necesită o deosebită prudență și o tehnică de laborator foarte minuțioasă. Așa de exemplu pancreatita cronică nu prezintă decît excepțional semnele clasice ale insuficienței pancreasului; la stabilirea diagnosticului ei este necesară determinarea conținutului în fermenți al tubului pancreatic. Experiența noastră nu confirmă părerea acelor clinicieni care consideră pancreatita cronică ca una dintre cele mai frecvente complicații.

Atragem în mod deosebit atenția asupra importanței parazitozelor. Rareori tulburările pasajului coledocian pot fi cauzate de un ascarid pătruns în căile biliare (și în materialul nostru figurează o asemenea observație). Mai importantă însă este punerea în evidență a lambliazei care poate cauza nu numai enterită ci și colangită. Amintim ca o curiozitate că în excizatul hepatic al unui bolnav colecistectomizat am găsit parazitul *linguatuilla serrata* inclus într-un țesut de granulație.

În ceea ce privește importanța patologică a aderențelor postoperative azi e depășit punctul de vedere potrivit căruia o mare parte a suferințelor postcolecistectomice ar fi cauzate de aderențe. Aderențele în plăci cauzează simptome numai în mod excepțional. În schimb periviscerita extinsă piloroantrală și duodenală poate cauza tulburări de motilitate gastro-intestinală și prin antrenarea porțiunii distale a coledocului periclitează atât permeabilitatea căilor biliare cît și activitatea sfincterului. În două cazuri examenul radiologic a pus în evidență în teritoriul piloro—duodenal o cicatrice deformantă atât de gravă încît aceasta a justificat durerile accentuate odată cu schimbarea poziției. Într-un alt caz reintervenția a elucidat cauza colicilor postcolecistectomice: dilatarea coledocului pînă la grosimea unui deget fiind cauzată de fixarea, aderența și comprimarea duodenului.

Periviscerita poate cauza greutatea de diagnostic și din alte motive. Aderențele care datorită pericolecistitei fixează vezica biliară în vecinătatea pilorului încă înainte de operație îngreunează foarte mult, la fel ca și cicatricile apărute după colecistectomie, confirmarea radiologică a bolii ulcerose suspectate clinic. Această împrejurare este cu atât mai derutantă, cu cît hiperaciditatea sucului gastric se constată rareori în ulcerul asociat colecistopatiei.

Principii de profilaxie și tratament.

Dorim să subliniem numai principiile de bază. Numărul persoanelor care suferă după colecistectomie poate fi considerabil redus printr-o indicație și o tehnică operatorie precisă. Este eronat să se îndepărteze o vezică biliară fără calcul și cu funcțiunile normale. După cum tot eronat este tratamentul conservativ al litiazei biliare care întreține colangita. Nici încercarea de eliminare a calculilor coledocieni care cauzează o infecție ușoară nu trebuie prelungită mult timp. Stricturnle cicatriciale care cauzează colestază impun o intervenție chirurgicală urgentă. De asemenea și hipertonia sfincteriană rebelă care nu reacționează la antispasmodice reclamă executarea operației.

Pentru prevenirea suferințelor postoperatorii chirurgul nu poate să renunțe la radiomanometria interoperatorie. Datele acestea sînt foarte importante și la fixarea tratamentului postoperator. Colectectomia nu înseamnă stîrșitul tratamentului, deoarece bolnavul va trebui să urmeze multe luni după operație un regim dietetic indicat, și să rămînă sub control medical. Cura de apă efectuată cîteva luni după operație este un mijloc profilactic eficace.

Premiza tratamentului eficace al suferințelor postcolectectomice o constituie un diagnostic anatomic și funcțional precis, chiar dacă uneori trebuie să se execute o reintervenție. Numai prin repermabilizarea căilor biliare, printr-un tratament antinfecțios eficace și combătînd cu mijloace corespunzătoare afecțiunile gastro-intestinale sau hepato-pancreatice vom asigura o conduită terapeutică justă bazată pe principii curativo-profilactice.

Sosit la redacție: 1 februarie 1961.