

COLECISTECTOMII NEJUSTIFICATE, PREMATURE ȘI TARDIVE

I. Birek, L. Rona

Problema atît de mult discutată a indicației operatorie în colecistopatii este actuală și în zilele noastre din mai multe puncte de vedere. Datele statistice din țara noastră și din literatura mondială arată că în ultimii ani numărul afecțiunilor biliare a crescut considerabil. O consolare în această situație o constituie faptul că noile procedee de tehnică chirurgicală și metodele de diagnostic utilizate pe scară din ce în ce mai largă (colangiografia și radiomanometria) vor duce fără îndoială la o ameliorare apreciabilă a rezultatelor imediate și îndepărtate. Dar trebuie să subliniem că realizarea acestui deziderat este posibilă numai dacă indicațiile operatorii se bazează pe principii patofiziologice bine fundamentate. Atît datele existente în literatură cît și observațiile noastre arată ca în acest domeniu mai este încă mult de făcut. În fiecare zi întîlnim cazuri care ilustrează frecvența operațiilor nejustificate, timpurii sau tardive.

Pentru a stabili justetea indicației operatorie și a alegerii momentului optim al intervenției chirurgicale, am controlat datele referitoare la 100 de bolnavi colecistectomizați. Deși analiza unui material clinic destul de modest nu este suficientă pentru a formula concluzii statistice, totuși ea poate să furnizeze unele indicații interesante cu caracter de orientare. Din cele 100 de cazuri studiate, în 7 cazuri intervenția chirurgicală a fost inutilă, în 5 prea timpurie, iar în 31 tardivă. După părerea noastră colecistectomia a fost efectuată la timp și în mod corespunzător numai în 57 de cazuri.

Colecistectomii cu indicație operatorie eronată.

Operația este inutilă în cazurile de așa-zisă *dischinezie pură*. Johnson folosește pentru aceste cazuri denumirea de „boală inexistentă”, accentuînd lipsa completă a leziunilor organice. De asemenea și chirurgul *Saliscev* susține ferm că afecțiunile biliare funcționale trebuie tratate conservator. De la această regulă nu este voie să ne abatem nici chiar atunci, cînd simptomele clinice sînt

rebele sau cînd bolnavul, pierzîndu-și răbdarea, urgentează efectuarea intervenției. Numai în cazuri excepționale și ca ultim refugiu se poate încerca unul din numeroasele tipuri de operație cu rezultate incerte, recomandate în caz de dischinezii.

Este inutil să se extirpe o vezică biliară fără calcul, care funcționează bine. (Pavel, Moch, Brown). Aceste intervenții duc la suferințe postoperatorii interminabile (Duclos, Hartmann, Petit-Dutaillis).

Pentru a ilustra un caz cu vîrstă de 34 ani a fost operată în anul de două ori. Prima intervenție de coledoco-duodenostomie s-a făcut din cauza unei dischinezii biliare post-hepatitice, care i-a cauzat suferințe ușoare timp doar de cîteva luni, a doua operație a fost efectuată din cauza intensificării acuzelor. Postoperator starea bolnavei s-a înrăutățit. Mai amintim că bolnava prezenta și semnele unei distonii neuro-vegetative grave, care ar fi trebuit să fie luată de asemenea în considerare la stabilirea indicației operatorii.

În alte două cazuri, indicația operațoare eronată se datorește insuficienței examenelor premergătoare intervenției, adică unui diagnostic greșit. În unul din aceste cazuri, modificările vezicii biliare au fost cauzate de o compresie externă, cancer hepatic. În celalalt caz, gazele intestinale, mitau calculi biliari și am stabilit un diagnostic greșit de calculoză biliară. Evident că în acest caz eroarea a fost remediată prin păstrarea vezicii biliare.

În alte cazuri, tabloului radiologic pericolectistic i-am atribuit, în mod greșit, o origine organică, iar laparotomia a decelat raporturi anatomice normale.

Operații executate prematur.

În ultimul timp s-a scris mult despre necesitatea de a interveni cît mai precoce în colecistopatiile cronice. Această atitudine în general este justificată, deoarece și din studierea materialului nostru rezultă că o conduită conservatoare exagerată este destul de frecventă și dăunătoare. Ar fi însă exagerat să spunem că intervenția precoce trebuie să fie o regulă valabilă în toate cazurile. O operație efectuată prea de timpuriu poate avea și ea consecințe nefavorabile, în primul rînd atunci cînd în prezența unei colecistite cronice fără calcul, activitatea vezicii biliare este încă păstrată, antecedentele personale cuprind o perioadă scurtă, accesele sînt rare și evoluează sub o formă afebrilă și anicterică.

S-a dovedit experimental că afectarea progresivă și scăderea activității vezicii biliare este însoțită de adaptarea treptată a căilor biliare la noua situație survenită. Dacă operația se execută prea devreme, această reacție de adaptare nu mai are loc și poate să producă numeroase dischinezii postoperatorie. Cu toate că în materialul nostru am găsit astfel de cazuri numai în proporție de 5%, considerăm totuși că acestei probleme trebuie să i se acorde importanță.

Ca exemplu, menționăm cazul unei femei de 36 ani, care a fost operată după un an și jumătate de la apariția simptomelor. Prezența unei colecistite cronice fără calcul a fost în mod cert stabilită, iar rezultatul colecistografiei și sondajelor duodenale au arătat că vezica biliară și-a păstrat activitatea; accesele erau rare, neînsoțite de febră și icter. După operație am observat apariția unor grave dischinezii.

Se pune întrebarea: în cît timp vezica biliară își pierde capacitatea funcțională și „se maturizează” pentru operație? După toate probabilitățile, la această întrebare nu se poate da un răspuns precis. În cazurile noastre (inclusiv și calculozele) semnele cele mai sigure ale suprimării activității vezicii biliare, adică neumplerea vezicii cu substanțe de contrast și lipsa de evacuare a bilei B, s-au dezvoltat într-un interval de 1—5 ani. Acest timp se scurtează dacă survin exacerbări acute repetate, colangite, stări subicterice etc. Observațiile noastre arată că oportunitatea operației este semnalată de o modificare

netă a tabloului clinic, caracterizată prin permanentizarea unor dureri, stări febrile și simptome dispeptice, care înainte aveau un caracter sporadic.

Considerăm că o operație este prematură și în cazurile complet asimptomatice de „calculi muți”. În asemenea cazuri, intervenția trebuie executată numai atunci dacă bolnavul mai prezintă și o afecțiune în a cărei declanșare vezica biliară consituie un focar de infecție sau punctul de plecare al unor reflexe patologice. În materialul nostru vezica biliară calculoasă, dar altminteri asimptomatică, a întreținut poliartrite și paniculite. *Pavel și Păunescu-Podeanu* au observat o angină pectorală de aceeași origine. În astfel de cazuri, chirurgical decide cu ocazia intervenției, dacă este necesară efectuarea colecistectomiei (de ex. din cauza unei vezici biliare inflamate), sau dacă este suficientă îndepărtarea calculului. În legătură cu „calculii muți” trebuie să notăm că aceștia, după o perioadă de latență care durează uneori câteva decenii, se pot manifesta prin complicații tardive la bătrânețe, când șansele de reușită a intervenției sînt simțitor diminuate. (*Lahey, Colcock, Glenn, Stefanics* etc.). De aceea, unii autori recomandă ca extirparea calculilor muți sau cel puțin a acelor care cauzează unele suferințe minore să se efectueze înainte de vîrsta de 50 de ani. Evident că principiul, după care un calcul biliar complet asimptomatic și depistat incidental nu constituie o indicație operatorie, își păstrează valabilitatea.

În schimb, calculoza biliară care provoacă simptome clinice trebuie să fie tratată de regulă chirurgical, apreciindu-se situația de la caz la caz.

Operații tardive. Cazuri în care colecistectomia a fost executată prea tîrziu am întîlnit într-un număr surprinzător de mare (31 bolnavi). Ce pericole implică o atitudine exesiv conservatoare? Complicațiile afecțiunilor biliare și în primul rînd ale calculozelor sînt în general bine cunoscute. Vom menționa doar unele mai frecvente. Dacă în vezica biliară se află numeroși calculi mici, este foarte probabil că aceștia, inclavindu-se în coledoc, vor cauza o stază biliară latentă sau un icter mecanic. Aceasta poate duce nu numai la inflamația acută a vezicii biliare, la abcese hepatice și la abcese subfrenice, ci poate să evolueze latent, provocînd colangiohepatită cronică sau ciroză biliară. De aceea noi credem că în toate cazurile în care calculii biliari sînt de dimensiuni mici și cînd în antecedente se găsesc crize însoțite de icter sau de simptome colangitice, orice amînare a operației este dăunătoare.

La unul din bolnavii noștri colicile hepatice repetate, însoțite de icter și de simptome colangitice, au persistat timp de 8 ani, și în ciuda acestui fapt, intervenția a fost amînată mereu. Bolnava în vîrstă de 42 de ani a fost internată în clinica noastră cu icter mecanic și semne de colangită. Icterul mecanic nu a cedat sub efectul tratamentului conservator și de aceea cu toată starea generală rea, am fost siliți să optăm pentru operație. În cursul intervenției, atît în vezica biliară cît și în coledoc s-au găsit calculi mici și cu toate că intervenția a decurs în bune condiții, bolnava a murit după cîteva zile, ca urmare a stării generale și a funcțiunilor hepatice alterate. La autopsie s-au pus în evidență abcese hepatice multiple.

În alte cazuri inflamațiile vezicii biliare, cuprinzînd și teritoriile din vecinătate, pot cauza complicații serioase. Deseori întîlnim cazuri în care intervenția chirurgicală a fost amînată ani de-a rîndul, deși colicile repetate au fost însoțite de stare febrilă și de exacerbații colangitice, iar numărul leucocitelor și valoarea VSH au continuat să fie crescute în permanentă, chiar și în perioadele de acalmie. În asemenea cazuri, chirurgical descoperă de obicei o vezică biliară puternic fixată în aderențe, fapt care îngreunează în mare măsură desfășurarea tehnică a intervenției. Inflamația extinsă și asupra căilor biliare principale cauzează strictura, stenoza coledocului și pierderea elasticității pereților canalelor biliare. Indignarea chirurgicalului în fața unor dificultăți de această natură, create prin tergiversarea operației, este complet justificată, deoarece succesul intervențiilor executate în astfel de împrejurări pare a fi cu totul incert.

Menționăm ca exemplul cazul unui bolnav al nostru în vîrstă de 54 de ani, la care inflamația vezicii a debutat cu 2 ani în urmă, fiind însoțită de stări febrile și simptome colangitice. Operația a fost amînată din cauze cardiace (semne ECG și aritmie extrasistolice). Subliniem că aceste simptome cardiace în afecțiunile biliare se produc deseori fără nici un substrat organic, datorită mecanismului reflex viscero-visceral. La laparotomie s-a găsit o vezică biliară complet aderentă, ratatinată, precum și un coledoc gros, cu pereți scleroși, inclavat în aderențe. După operație suferințele bolnavului au persistat, observîndu-se o stază biliară parțială și semne de colangiohepatită cronică.

Punctul de plecare cel mai frecvent al complicațiilor îl constituie infecția vezicii biliare și a căilor biliare. *Ockin* și *Rufanov* au arătat că prezența și evoluția infecției și inflamațiilor consecutive diminuează considerabil posibilitățile de vindecare postoperatorie. Tocmai de aceea subliniem cât se poate de stăruitor importanța semnelor clinice angiocolitice, știindu-se că acestea atrag de cele mai multe ori atenția asupra prezenței infecției și inflamației active. Ele ne avertizează totodată despre posibilitatea apariției unor complicații grave. (v. evoluția bolii într-un caz relatat mai jos).

Perforația vezicii biliare în organele din vecinătate precum și apariția unei fistule colecisto-duodenale, poate să se producă tot ca urmare a unui tratament conservator prea îndelungat. Astfel de complicații am observat la 2 dintre bolnavii noștri operați. Evident că ele influențează negativ, atît executarea intervenției, cît și rezultatele îndepărtate. Aceeași situație se constată și în complicațiile pancreatice acute sau cronice, care și ele sînt frecvente la bolnavii noștri operați.

Numeroase observații mai vechi ca și cele recente în legătură cu leziunile hepatice care însoțesc afecțiunile vezicii biliare (*Albot, Caroli, Graham, Miasnikov, Papilian, Tieszta*) arată că frecvența acestora atinge uneori 15—30%. În schimb, trebuie să notăm că pozitivitatea probelor funcționale nu trădează leziunile hepatice decît în 35% a cazurilor. (*Tzamaluka*). De aceea punerea lor în evidență se face cu ajutorul biopsiei. Dintre 130 de bolnavi operați din cauza afecțiunilor biliare, la 46,1% am găsit simptome indicînd leziuni hepatice cronice. Tabloul histologic al leziunilor hepatice cronice se agravează paralel cu durata evoluției bolii.

O bolnavă în vîrstă de 47 ani simte în urmă cu 11 ani, după o naștere, primele semne de dispepsie biliară. A avut colici și icter, iar acuzele dispeptice au fost constante. În urmă cu 5 ani, se recomandă operația, dar bolnava refuză. La internare se constată hepato-splenomegalie, probe funcționale hepatice parțial pozitive, bila A și B infectată cu colibacili, precum și numeroase opacități calculoase. La operație se găsesc mulți calculi, o vezică biliară cu leziuni grave, licat consistent la palpare cu suprafața nodulară, iar la examenul histologic ciroză evoluată.

În unele cazuri, examinările noastre anatomo-patologice efectuate pe material obținut prin puncții postoperatorie, au arătat o ameliorare a leziunilor hepatice. Și *Kayser* relatează reversibilitatea postoperatorie a acestor leziuni.

Din toate acestea rezultă, căt atît în prevenirea leziunilor hepatice cît și în vindecarea afecțiunilor hepatice deja apărute, stabilirea indicației operatorie constituie un factor important. Efectuînd la timp intervenția chirurgicală reușim să prevenim nu numai complicațiile acute și grave, ci și afecțiunile hepatice care deși insidioase, latente, pot totuși să cauzeze o hepatită cronică sau ciroză, la fel de periculoase.

Nu trebuie să uităm nici faptul că amînarea executării operației poate să creeze și ea o situație grea, din cauza bolilor cardio-vasculare ce apar paralel cu înaintarea în vîrstă. Mortalitatea în colecistectomiile executate la o vîrstă

înaintată nu este numai de 0,6—1%, așa cum se obține azi, datorită tehnicii chirurgicale perfecționate, ci mult mai ridicată (după Fischer și White 21%, după Kyrle 27%). O mortalitate la fel de ridicată prezintă și complicațiile biliare și hepatice, ce survin din ce în ce mai frecvent, paralel cu vîrsta. Este just ca un bolnav biliar mai în vîrstă să fie considerat în același timp un bolnav cardiovascular potențial și pe baza acestui criteriu să se fixeze termenul executării intervenției. Am avut un bolnav care în vîrstă de 67 ani a prezentat concomitent cu perforația vezicii biliare, o gravă decompensare cardiacă. După părerea noastră colecistectomiile, trebuie efectuate cel mai tîrziu pînă la vîrsta de 55 de ani.

De sigur că în majoritatea cazurilor amînarea operației se datorește bolnavilor. În materialul nostru figurează un caz în care, în ciuda acceselor repetate de 2—3 ori pe lună, bolnavul s-a internat în clinică numai după opt ani. Un alt bolnav a amînat numai un an operația recomandată, timp care a fost suficient pentru ca frisoanele și subfebrilitatea de origine colangitică să creeze o situație cu grave complicații operative: abces subfrenic, abces hepatic și empiem toracic.

Trebuie însă să recunoaștem că în unele cazuri, cauza este conservativismul medicului curant. Mulți medici, invocînd frecvența sindromului postcolecistectomic, amînă executarea intervenției și nu recunosc că deseori acest sindrom sau apariția altor complicații grave se datorește tocmai amînării operației.

Uneori amînarea intervenției este cauzată de dificultățile de diagnostic, în timp ce chiar și în serviciile ce dispun de laboratoare foarte bine dotate. În materialul nostru am găsit 3 bolnavi tratați în secții de contagioase pentru hepatită epidemică și numai după cîțiva ani s-a constatat că ei sufereau de icter mecanic, din cauza unei calculoze biliare.

Trebuie să amintim și bolnavii supuși unei colecisto-duodenostomii din diferite cauze. Această intervenție este mai degrabă dăunătoare decît favorabilă. În unul din cazurile noastre ea a avut drept rezultat un abces hepatic, iar în altul ciroză colangitică. Într-un alt caz, după operație au apărut colici alite de grave, încît bolnavul a încercat în repetate rînduri să se sinucidă.

Dorim să spunem cîteva cuvinte despre atitudinea care trebuie adoptată în cazurile de colecistopatie acută.

E din ce în ce mai mare numărul comunicărilor în care inflamațiile acute ale vezicii biliare sînt considerate o boală chirurgicală care solicită o intervenție urgentă. Numeroși autori sînt de părere că această situație este asemănătoare cu aceea a apendicitei acute. Ei susțin că o intervenție chirurgicală urgentă este necesară, atît din cauza complicațiilor catastrofale, cît și a consecințelor îndepărtate. Acești autori afirmă că o inflamație acută este urmată întotdeauna de o inflamație cronică al cărei tratament conservator este din ce în ce mai puțin eficient, o dată cu cronicizarea.

Experiența noastră de pînă acum nu pledează pentru judiciositatea acestei atitudini. În majoritatea cazurilor noastre tratamentul medicamentos aplicat cu energie a împiedicat complicațiile acute cu evoluție catastrofală, ducînd uneori chiar la o vindecare completă. În cazuri acute, bolnavul trebuie ținut firește sub observație permanentă, dar intervenția chirurgicală o recomandăm numai atunci cînd tratamentul conservator este ineficient, cînd se observă semne peritoneale acute și cînd există pericolul apariției simptomelor septicemiei. Observațiile noastre în cursul mai multor ani, arată că această atitudine circumspectă nu este primejdioasă, ci dimpotrivă uneori utilă în ceea ce privește rezultatele îndepărtate.

Prin tabloul clinic al colecistitei acute se poate exterioriza atît colecistita reversibilă catarală medicală, cît și inflamația acută a vechii afecțiuni biliare, de cele mai multe ori calculoase. În timp ce în prima eventualitate, intervenția chirurgicală este complet nejustificată, în cea din urmă, expec-

tativa este îndreptăţită, evident dacă nu apar simptomele care constituie o indicaţie absolută (apărare musculară, curbă termică septică, dureri rebele). Se ştie de altfel că după perioada acută, operaţia poate fi executată în condiţii mult mai bune. Nu ne vom ocupa aici amănunţit de icterul mecanic, dar amintim că el solicită o intervenţie urgentă (după Pavel în interval de 15 zile).

Date fiind toate cele de mai sus se pune întrebarea: cînd se execută la timp colecistectomia? La această întrebare putem răspunde numai dacă vom rezuma atitudinea noastră în legătură cu indicaţiile operatorie, bazîndu-ne atît pe datele existente în literatură, cît şi pe observaţiile noastre.

1. În dischineziile vezicii biliare de natură funcţională, ca şi în cazurile diagnosticate, drept pericolecistite numai pe baza examenului radiologic, optăm pentru tratamentul conservator, evitînd în limita posibilităţilor operaţia.

2. În inflamaţiile cronice necalculoase ale vezicii aplicăm tratamentul conservator, atunci cînd examenul radiologic şi sondajele duodenale arată că vezica biliară şi-a păstrat activitatea şi cînd datele anamnestice îmbrăţişează o perioadă scurtă, exacerbările sînt rare, şi neînsoţite de febrilitate, de icter sau de alte complicaţii.

Recomandăm executarea operaţiei fără întîrziere, cînd activitatea vezicii biliare este suprimată, durerile sînt frecvente, fiind asociate stării febrile, icterului şi altor semne colangitice, cînd se observă simptome care indică leziuni hepatice sau pancreatice sau cînd leziunile vezicii biliare constituie o infecţie de focar.

3. O calculoză complet asimptomatică nu constituie încă o indicaţie operatorie, în schimb calculozele însoţite de simptome solicită efectuarea operaţiei în majoritatea cazurilor. Nu este permis să aşteptăm apariţia complicaţiilor grave, prin intervenţia executată la timp, trebuie să prevenim leziunile mecanice inflamatoare sau cele care afectează parenchimul hepatic.

4. În inflamaţiile acute ale vezicii biliare aplicăm la început un tratament conservator energetic şi nu recomandăm intervenţia chirurgicală decît atunci cînd acest tratament este ineficace, sau dacă apariţia complicaţiilor acute şi grave pare iminentă.

5. Extirparea vezicii biliare executată la timp este una dintre metodele eficiente de prevenire a sindromului postcolecistectomic.

Sosit la redacţie: 25 decembrie 1961.

Bibliografia la autori.