

## UN NOU PROCEDEU CHIRURGICAL PENTRU REZOLVAREA OBLITERĂRII HILARE A CĂILOR BILIARE

*Z. Naftali, Gy. Huszár*

Rezolvarea icterului mecanic cauzat atât de tumorile obliterante cât și de stenozele cicatriciale hilare constituie una din cele mai grele probleme chirurgicale. Dificultățile intervenției sînt sporite de faptul că bolnavii suportă foarte greu traumatismul operator, datorită icterului trenant sau bolii canceroase.

Aceste cazuri se pot rezolva numai prin anastomoze bilio-digestive intra-hepatice. Prin rezecția parțială a ficatului se descoperă un canal biliar intra-hepatic mai mare și se creează o anastomoză cu intestinul subțire, stomacul sau cu duodenul mobilizat.

Rezolvarea unei asemenea situații aproape disperată este posibilă chiar și pentru chirurgii cei mai versați numai când există raporturi anatomice prielnice. Succesul intervenției presupune ca bolnavul să suporte bine traumatismul operator, condiție care lipsește însă în majoritatea cazurilor.

În obliterările hilare ale căilor biliare externe s-au aplicat pînă acuma următoarele procedee chirurgicale:

1. Colangio-enterostomia după metoda *Cole, Ireneus și Reynolds* (4). Confluența biliară cranială se anastomozează cu o anză jejunală montată în Y, cu ajutorul unui tub de vitaliu sau de acril.

2. Colangio-jejunotomia de tip *Longmire, Sandford* (11). În lobul stîng secționat transversal în treimea sa mijlocie, se eliberează pe o porțiune scurtă cel mai mare canal biliar care se anastomozează termino-lateral cu o anză jejunală fixată pe suprafața secționată a ficatului.

3. Intrahepato-ducto-gastrostomia lui *Dogliotti* (6). Calea biliară centrală a lobului stîng rezecat parțial se anastomozează cu mica curbură a stomacului.

4. Hepato-colangio-gastrostomia lui *Făgărășanu* (8). Hepatectomia triunghiulară e făcută pe marginea ventrală a ficatului la stînga ligamentului rotund, deschide de obicei 2—3 căi biliare mai mari. Plaga triunghiulară a ficatului se implantează în mica curbură a stomacului.

Acest procedeu poate fi aplicat mult mai ușor decît celelalte. Noi l-am utilizat în două cazuri, la bolnavii suferind de icter cauzat de o tumoră inoperabilă, și în două cazuri de atrezie completă a căilor biliare. La unul din bolnavii noștri canceroși icterul a diminuat considerabil, dar au apărut accese febrile periodice. Intervenția a asigurat o supraviețuire de cinci luni. Decesul a fost precedat de fenomene de colangită. Un nou-născut operat pentru atrezia căilor biliare a ajuns vîrsta de 3 luni.

*Sokol*, citat de *Ciobanu, Butnaru, Streianu* (2) efectuează incizia triunghiulară pe marginea ventro-caudală a lobului hepatic stîng. *Bairov* (1) prepară o cavitate adîncă de 2—3 cm pe marginea ventrală a ficatului și o implantează în curbura mică a stomacului.

5. *A. A. Salimov* (13) descoperă pe suprafața inferioară a ficatului o cale biliară subcapsulară dilatată și o anastomozează cu duodenul mobilizat, obținînd astfel rezultate bune.

6. Au fost făcute încercări pentru utilizarea vezicii biliare în vederea efectuării unei derivații biliare intrahepatice. Prima hepato-colangiocistostomie a fost executată de *Lohse*, citat de *Salimov*, (13). Cu ajutorul trocarului, acest autor a făcut prin parenchimul hepatic o fistulă în vezica biliară și a introdus un tub de drenaj, conștient pe faptul că în modul acesta se formează o fistulă între căile biliare dilatate și vezica biliară. În curînd însă bolnavul supus intervenției a decedat.

*Hayers și Coller*, citați de *Marton, Siklós*, (12) susțin că legăturile dintre căile biliare mai mari și vezica biliară, existente la embrion și obliterare mai tîrziu, se dilatează din nou în icterul mecanic și devin utilizabile în scopul efectuării derivației. În clinica noastră în anul 1959 am executat prin peretele posterior al vezicii biliare o incizie triunghiulară în parenchimul hepatic, urmîrind scopul să drenăm aceste căi biliare spre vezica biliară. Scurgerea biliară pe care am obținut-o a fost însă minimă și bolnavul a murit în ziua următoare operației, prezentînd simptome de insuficiență hepatică.

*A. A. Salimov* (13) relatează un caz în care cu ajutorul unui tub de polivinilina a anastomozat una dintre căile biliare dilatate, localizată pe suprafața inferioară a ficatului cu vezica biliară al cărei fund a fost deplasat la locul corespunzător.

La 60%, dintre bolnavii suferind de cancer primar sau secundar al căilor biliare, cărora li se face laparotomie, nu se pot încerca nici măcar operații paliative, din cauza dificultăților tehnice și a faptului că acești bolnavi suportă foarte greu traumatismul operator, (*Făgărășanu și Aloman* (7.), *Vernejoul* și

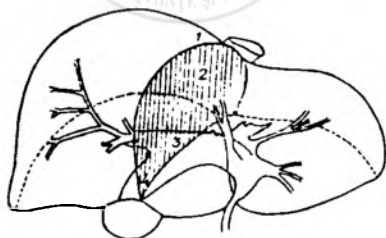
*Devin 13; Sigel 14*). De aceea am încercat să elaborăm un procedeu chirurgical cu ajutorul căruia printr-un traumatism operator numai cu ceva mai mare decât cel provocat de o simplă laparotomie, să putem rezolva obliterarea căilor biliare intrahepatice și să venim în ajutorul bolnavilor considerați și altminteri ca fiind inoperabili.

Procedeuul nostru, pentru care propunem denumirea de *fistulă hepato-colanġio-colecistică*, constă în crearea unei fistule intrahepatice, între una din căile biliare mai mari (ductul hepatic drept) și vezica biliară.

Bazele fiziologice și anatomice ale procedeuului nostru sînt următoarele:

1. Derivarea bilei dintr-un singur lob este suficientă pentru suprimarea tulburărilor clinice și umorale ale stazei biliare, deoarece lobul hepatic rămas în activitate se hipertrofiază compensatoric (*Ciobanu, Bulnaru, Streianu*, (2)).

2. Din loja vezicii biliare pînă în partea intrahepatică a hilului putem pătrunde cu acul de puncție fără să cauzăm hemoragie. Limita dintre lobul drept și stîng al ficatului este semnalată de linia Rex-Cantlie care unește loja vezicii biliare cu vena cavă inferioară (10). De aici pornește așa numita scizură principală (3) care, formînd cu suprafața inferioară a ficatului un unghi ascuțit deschis la dreapta, se extinde pînă la hil. (Fig. 1). Baza scizurii principale o constituie mijlocul unei lame conjunctive puernice, aponevroza portală, care se situează deasupra bifurcării vaselor și confluenței canalelor hepatice (fig. nr. 1). De la loja vezicii biliare pînă la marginea inferioară dreaptă a aponevrozei portale se întinde de asemenea o lamă de țesut conjunctiv, aponevroza supraveziculară. Incizînd ficatul în planul scizurii principale pînă la aponevroza portală, în afară de ramura mediană a venei hepatice localizată pe suprafață bombată a organului, nu întîlnim nici un vas mai mare (10). Înaintînd dinspre marginea inferioară a ficatului, în hil întîlnim mai întîi canalul hepatic și apoi artera hepatică și vena portă. Această succesiunea se păstrează în parenchimul hepatic și în teaca Glisson de al cărei perete consistent aderă ductul hepatic, în timp ce vena portă este inclusă în țesutul conjunctiv lax al tecii (*Koiss, Miletits*, (10)). Așa fiind, pornim cu un ac din loja vezicii biliare înaintînd în planul aponevrozei supraveziculare, ajungem pe linia corespunzătoare scizurii principale la aponevroza portală, care opune o rezistență, putînd fi simțită cu un ac mai gros. Dacă învingînd rezistența străpungem aponevroza și teaca lui *Glisson*, pătrundem în canalul hepatic drept sau în una din ramurile teritoriale ale acestuia.



*Tehnica creării fistulei hepato-colanġio-colecistice*

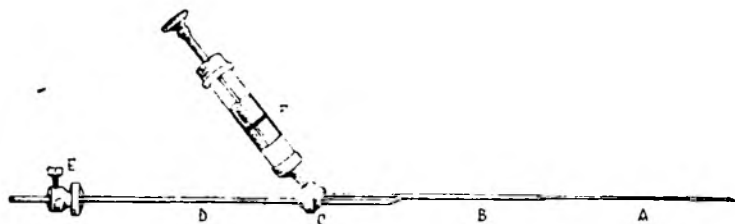
După ce ne-am convins că obliterarea căilor biliare este astfel localizată încît nu se poate efectua fără risc, nici anastomoză bilio-biliară și nici anastomoză bilio-digestivă, sectionăm peretele anterior al vezicii biliare, pe partea inferioară a corpului colecistului. Cu un ac de puncție lung de 20 cm și diametrul de 1,2 mm, montat pe siringă, pătrundem în direcția corespunzătoare scizurii principale spre hilul hepatic, în așa fel încît, în acesta vîrfurile acului să ajungă la aproximativ 3 cm de suprafața inferioară a ficatului. După ce am înaintat 8—10 cm, rezistența tecii lui *Glisson* poate fi bine simțită. Străpun-



Fig. nr. 1.

gînd cu prudență peretele, ajungem în canalul hepatic drept dilatat (fig. nr. 2.), din care se poate evacua o mare cantitate de bilă. Apoi, cu vîrfutul butonat al sondei uterine, introdus de-a lungul acului, dilatăm plaga hepatică și orificiul căii biliare, după care pornește scurgerea bilei spre vezica biliară, în prezența unei ușoare hemoragii.

Fig. Nr. 3.



Dacă canalul cistic și coledocul sînt permeabile, suturăm plaga vezicii biliare în două straturi. Dacă însă acestea sînt obliterate, sau obliterarea lor pare iminentă, atunci trebuie să executăm o anastomoză între vezica biliară și porțiunea potrivită a tubului digestiv (duoden, stomac, jejun). În vederea creării fără riscuri a unei fistule suficient de largi, am confecționat un aparat special (fig. nr. 3). Cu un ac lung de 20 cm, avînd diametrul de 1,2 mm (A) efectuăm puncția. În momentul în care în siringa F apare bila, cu ajutorul țigii C împingem acul B lung de 5 cm și gros de 2 mm. După ce am ajuns în canalul biliar reperat și cu acul B, facem cîteva mișcări înainte și înapoi cu acul gros, pentru ca în felul acesta să dilatăm fistula, avînd însă de grijă ca între timp vîrfutul acului A să pătrundă mai adînc.

*Descrierea cazului nostru.* C. D. bărbat în vîrstă de 42 de ani (foaia de observație nr. 1700/1961). Boala a debutat cu 4 luni înainte de internare, prin suferințe dispeptice și icter, care s-a accentuat mereu. La examenul bolnavului care prezintă o stare profund alterată obținem următoarele rezultate de laborator: vsh: 35/65 mm; hgl: 60%; hematii: 3.120.000; probele funcționale ale ficatului sînt intens pozitive, în urină ubg. ușor crescută; bilirubina constant intens pozitivă; bilirubina serică: 10,74%; transaminaza: 10 U; fosfataza alcalină: 24,70 U; proba cu eler: pozitivă; examenul radiologic al tractului gastro-intestinal nu arată modificări patologice. În ziua de 8 IX. 1961 bolnavul este operat cu diagnosticul de obliterare tumorală a căilor biliare și ciroză biliară.

Ficatul e foarte mărit, are culoare brună, cu nuanță verzuie, e consistent la palpare, cu marginea inferioară subțiată. În hilul hepatic se vede o tumoare aderînd de ficat, consistentă la palpare, avînd mărimea unui pumn de copil, care obliterează complet canalul hepatic. Peretele vezicii biliare goale pare intact. În treimea dreaptă a colonului transvers se observă o mamelonată, contractantă, de mărimea unui pumn de copil. Tumoarea observată în hilul hepatic este probabil o metastază a tumorii colonului.

Deschidem peretele anterior al corpului vezicii biliare. Pornind din peretele posterior înaintăm cu acul de puncție în direcția hilului și la o adîncime de 10 cm găsim un canal biliar mai mare din care se evacuează 10 ml de secreție biliară incoloră. De-a lungul acului dilatăm fistula cu o sondă uterină, în urma căreia din plaga hepatică pornește o scurgere biliară destul de abundentă. Peretele deschis al vezicii biliare îl suturăm în două straturi.

Rezecăm partea tumorală a colonului pe o lungime de 20 cm și refacem continuitatea intestinală printr-o anastomoză cap la cap. Examenul histopatologic al tumorii colonului a pus în evidență adenocancer.

La 2 zile după operație bolnavul are scaun de culoare normală și icterul regresează rapid, pentru ca după 10 zile să dispară. În a 13-a zi după operație,

în partea inferioară a plăgii ce părea că s-a vindecat primar, apare o fistula stercorală, care după 12 zile se închide.

În cursul sondajului duodenal am obținut bilă A în cantitate mică, apoi bilă B abundentă, în care s-au găsit numeroase leucocite și câteva celule epiteliale. După 8 săptămâni de la operație, bolnavul este asimptomatic, are pofta la mâncare și s-a îngrășat 8 kg. Probele funcționale hepatice sînt negative. Bilirubina totală a serului: 2 mg% (indirect: 0,80, direct 1,20 mg%) în urina ubg și bilirubina negativă; vsh: 33/85 mm; hematii: 3.200.000; hemoglobină: 70%.

Colangiografia efectuată cu biligradin după 5 săptămâni de la operație a fost negativă.

### Concluzii

Procedeu elaborat de noi se poate executa ușor din punct de vedere tehnic și nu constituie pentru bolnavi decît un traumatism operator puțin mai mare decît în cazul laparotomiei. El poate fi aplicat în cazurile de obliterare tumorală sau cicatricială a căilor biliare la nivelul hilului hepatic, atunci cînd nu există posibilități de a efectua operații de derivație. Condiția pe care o implica acest procedeu este aceea de a avea la dispoziție o vezică biliară intactă măcar parțial. În cazul în care procesul patologic obliterează canalul cistic saucoledon, trebuie să se creeze anastomoză între vezica biliară și una din porțiunile potrivite ale tractului digestiv.

În ciuda faptului că în cazul descris de noi ameliorarea s-a produs spectaculos, pentru aprecierea eficacității operației sînt necesare și alte observații. De aceea lucrarea de față are caracterul unei comunicări preliminare.

*Sosit la redacție: 23 octombrie 1961.*

### Bibliografie

1. I. G. BAIROV: Vestn. Hir. (1959), 2, 60; 2. CIOBANU ȘT., BUTNARU M., STREIANU C.: Chirurgia (1960) 3, 447; 3. CIOBANU ȘT.: Chirurgia (1957), 3, 434; 4. COLE W. H., IRENEUS C., REYNOLD J. T.: Ann. Surg. (1955), 142, 955; 5. DANICICO I., BRINZEU P., ȘTEFANOVICI B.: Chirurgia (1955), 1, 93; 6. DOGLIOTTI A. M., FOGLIATTI E.: La chirurgia della vie biliari, Minerva Medica (1958); 7. FAGARAȘANU I., ALOMAN D.: Chirurgia (1958), 3, 323; 8. FAGARAȘANU I., BURLUI D.: Chirurgia (1957), 4, 483; 9. FIRICA TH., ILIESCU G., CORLATEANU GH., GILORTEANU M., ALUNEANU I.: Chirurgia (1958), 5, 681; 10. KOISS G., MILETITS I.: Magyar Seb. (1958), 2—3, 81; 11. W. P. LONGMIRE, SANDFORD M. G.: Ann. Surg. (1949), 128, 332; 12. MARTON T., SIKLOS J.: Magyar Seb. (1959), 3, 161; 13. SALIMOV A. A.: Hirurgia (1961) 7, 32; 14. SIGEL A.: Ergebnisse f. Chirurgie und Orthopädie (1953), 38, 136; 15. VERNEJOL R. D., DEVIN R.: Les rétrécissements postopératoires des voies biliaires. Paris (1953).