

## OBSERVAȚII ÎN LEGATURA CU EVOLUȚIA CLINICĂ A COLECISTOPATIILOR

L. Birek, P. Szabó

Frecvența frapantă a colecistopatiilor în practica policlinicilor și clinicilor medicale și chirurgicale menține mereu treaz interesul pentru această categorie de boli. Această afirmație este ilustrată și de faptul că literatura actuală abundă în lucrări referitoare la afecțiunile biliare. Dacă numeroase probleme în acest domeniu pot fi considerate ca rezolvate, unele, dimpotrivă, par a fi incomplet elucidate. Astfel, nu avem studii de sinteză asupra evoluției bolii, un aspect de cel mai mare interes pentru medicul practician, care observă de regulă numai epizode izolate din viața unui colecistopat și nu decursul întreg al bolii. De fapt numai cunoașterea reală a evoluției bolii l-ar putea ajuta pe medic într-un caz dat să rezolve în mod just cele mai delicate probleme în legătură, atât cu atitudinea terapeutică și prevenirea complicațiilor, cât și cu pronosticul bolii.

Colecistopatiile prezintă aspecte extrem de variate în decursul lor. După *Mirizzi*, fiecare colecistopat face o boală a lui, adăgiu pe cât de adevărat, pe atât de deficitar ca sursă de orientare. Studiul clinic al colecistopatiilor ni s-a părut util, tocmai pentru a ne putea forma o părere unitară asupra evoluției bolii, valabilă în condițiile noastre.

Am făcut acest studiu pe baza observației a 1716 bolnavi, urmăriți timp de 10—12 ani în raze de activitate a Clinicii medicale I. Ca metodă ne-am bazat pe foile de observație clinică, pe datele obținute prin controalele repetate ale bolnavilor rechemati și prin completarea chestionarelor tip. De asemenea am utilizat datele examenului histopatologic al unor piese obținute la operații și ale altor examinări anatomo-patologice.

Cu această metodă de lucru am căutat să lămurim:

- a) noțiunea de litiază „mută“;
- b) soarta bolnavilor tratați prin metode conservatoare;
- c) evoluția bolii la cei operați, și
- d) complicațiile colecistopatiilor.

Înainte de a intra în discuția subiectului, precizăm că în studiul nostru nu am tratat separat colecistopatiile litiázice și cele nelitiázice. În materialul nostru aceste două forme de apariție se prezintă în proporție de 1 la 1. Sintem convinși însă că litiázicele au fost mai frecvente în realitate, date fiind cunoscutele greutăți de punere în evidență a calculilor.

Vom folosi numai observațiile noastre și nu ne vom referi la imensul material bibliografic cercetat.

*Litiázicele zise „mute“* ar constitui, prin definiție, o boală latentă pentru toată viața bolnavului. De fapt însă din mute, ele pot deveni „zgomotoase“, ducând la complicații deosebit de grave. La 168 de decedați din cauza altor boli, am găsit litiază biliară în 19 cazuri. Printre cauzele de deces (10 bărbați și 9 femei între 40—70 ani) au figurat ateroscleroza în 8 cazuri, endocardita lentă în 2, ciroza hepatică și necroza pancreatică în câte 2 cazuri, în rest am găsit cele mai variate afecțiuni. Din anamneza tuturor acestor bolnavi au lipsit semnele sindroamelor biliare, deci în aparență litiázia a fost mută. Trebuie să conchidem însă că nu toate aceste cazuri pot fi etichetate ca atare, din două motive. Întii, nu avem nici o siguranță că acești bolnavi nu au prezentat într-adevăr dispepsii, colici, febră etc. neputându-ne baza întotdeauna pe datele anamnestice înregistrate în foile de observație, iar pe de altă parte, 4 dintre cei decedați au prezentat afecțiuni care nicidecum nu pot fi separate de litiázia existentă. Atît în ciroze, cît și în necrozele pancreatice, litiázia poate figura în etiopatogenie, chiar dacă nu s-a manifestat prea zgomotos în timpul vieții. Mai relevăm și faptul că la 8 din 19 bolnavi a fost prezentă o ateroscleroză gravă, boală caracteristică între altele prin tulburarea metabolismului lipidic, aspect care o apropie de litiázia biliară.

Un alt fapt care ne dovedește că noțiunea de litiáză nu înseamnă întotdeauna un prognostic bun, este observația a 6 cazuri letale care au prezentat litiázice „mute“ tot timpul vieții și la care simptomele deosebit de grave au apărut cu puțin timp înainte de deznodământul fatal, în decedele a șasea și a șaptea, moartea fiind cauzată de distrofia acută a ficatului, de peritonita prin calcul, perforații, de colecistită gangrenoasă, de ileus biliar, de peritonita biliară și de pancreatită acută.

Rezultă deci că litiázia „mută“ (dacă persistă ca atare într-o perioadă a vieții) reprezintă tot timpul un pericol potențial, cu posibilități evolutive în anumite condiții. Pericolul exacerbărilor și al complicațiilor grave crește paralel cu vîrsta. Aprecierea lui Mayo, după care „innocent gallstones-a mythe“ pare să fie adevărată.

Din aceste constatări nu trebuie să se tragă concluzia că toate litiázicele, chiar și cele descoperite accidental trebuie „sanționate“ operator. În lumina datelor arătate se pare totuși că avem un argument în plus, atunci cînd dorim să indicăm operația în unele cazuri de litiáză, extirpînd vezicile care generează simptome clinice grave, sau care pot da naștere unor complicații periculoase în anumite perioade ale vieții. Pentru evitarea complicațiilor apărute „din senin“, există o singură cale: extinderea investigațiilor clinice și asupra vezicii biliare în toate sindroamele digestive necaracteristice, cu scopul de a recunoaște și de a trata la timp colecistopatia prin toate mijloacele disponibile.

Dispariția spontană sau terapeutică a calculilor, deși a fost semnalată cu aproape un secol în urmă de diverși autori, este o excepție extrem de rară sau un deziderat încă nerealizabil. Noi nu am întîlnit astfel de surprize în cazuistica noastră.

*Colecistopatiile tratate prin metode conservatoare* prezintă perioade lungi de remisie cu exacerbări acute. Trebuie să subliniem cu toată fermitatea că tocmai litiázia este aceea care provoacă de cele mai multe ori puseul de colecistită acută. De aceea e foarte necesar să urmărim bolnavii care au făcut o colecistită acută

(puseu în care investigațiile clinice nu pot fi efectuate) tocmai pentru a stabili în intervalul dintre puseuri conduita terapeutică justă, care de multe ori se dovedește a fi chirurgicală. O intervenție „à froid” și nu în stadiul acut (cu toată insistența multor clinicieni de a pune semn de egalitate între apendicita și colecistita acută) va salva bolnavul de recidive și complicații grave, care pot să apară și să reapară în orice moment.

Noi am urmărit bolnavii cărora înainte cu 5—12 ani li se pusese diagnosticul de colecistopatie. Cei 112 bolnavi de la care am obținut date reale au putut fi împărțiți în trei categorii: a) unii care nu au urmat nici un tratament sistematic; b) alții care au urmat un tratament dietetic și medicamentos și c) o a treia categorie în care intră bolnavii care au mai beneficiat și de cure hidrominerale.

Fără să intrăm în detalii, facem următoarele constatări rezumative. Aproape 50% din cei 112 bolnavi au continuat să sufere după stabilirea diagnosticului; din acest punct de vedere, nu s-a constatat nici o diferență semnificativă între cele trei grupe.

Cifric cele constatate se prezintă astfel:

Grupa	Nr. cazurilor	Asimptomatici
a	39	18
b	48	25
c	25	8
<hr/> Total	112	51

Numai tot al doilea bolnav a avut posibilitatea să se trateze conform prescripțiilor și numai tot al patrulea a urmat o cură balneară, iar dintre aceștia numai foarte puțini cure sistematic repetate. Astfel fiind, nu ne-am putut forma o părere reală despre eficacitatea tratamentelor conservatoare, întrucât cei mai mulți bolnavi nu au epuizat nici pe departe posibilitățile acestei terapii.

Din cazurile analizate separat rezultă însă următoarele constatări: 1. respectarea unui regim dietetic poate ameliora mult soarta bolnavului; 2. curele hidrominerale la Olănești sînt deosebit de folositoare (un bolnav care a fost de cinci ori consecutiv la această stațiune a putut fi considerat clinic vindecat); 3. evoluția bolii este deosebit de capricioasă, afirmație ilustrată prin zeci de observații clinice din cazuistica noastră, din care amintim doar una:

O bolnavă de 60 ani suferă de litiază de 34 ani. La intervale de 6—7 ani a avut cîte 1—2 coli. I s-a recomandat operația de două ori, dar a refuzat-o. Oscilațiile curbei ponderale a bolnavei au reflectat schimbările survenite în starea bolii și în eficacitatea tratamentului aplicat (greutatea corporală a bolnavei a variat între 80 de kg în anul 1949, 58 kg. în 1961 și 72 kg. în 1962).

Din cele expuse reiese că bolnavii colecistopați nu pot fi lăsați singuri după stabilirea diagnosticului. Ei trebuie dispensarizați, examinați în repetate rînduri, urmăriți și ajutați în ce privește respectarea prescripțiilor strict individualizate ale mijloacelor de tratament conservator. Numai astfel vom putea urmări eficacitatea acestei terapii, a cărei obiectiv este în definitiv prevenirea intervenției chirurgicale.

*Colecistopații operați* continuă să sufere sau nu, în funcție de felul cum li s-a pus indicația. Cei operați inutil, precoce sau tardiv au neșansa de a face un sindrom postcolecistetic, risc de necontestat al colecistectomiei. Această constatare a fost confirmată și prin studiul etiopatogenic al acestui sindrom în 100 cazuri observate de noi, studiu publicat asupra căruia nu e locul să revenim (*Revista Medicală*, nr. 1, 1961).

În cadrul altor observații am reexaminat 56 de bolnavi la 1—10 ani după intervenție, și am găsit între aceștia numai 14 vindecați complet, asimptomatici, ceilalți fiind suferinzi, după cum urmează:

— 13 bolnavi au continuat să prezinte un sindrom disepptic, o hepatomegalie, și alte semne, toate însă mai atenuate decât înainte de intervenție;

— la 10 bolnavi s-a constatat aceeași stare, cei mai mulți prezentând evidente semne de neuroză și distonie neuro-vegetativă;

— 15 bolnavi au ajuns într-o stare mai gravă decât erau înainte de operație.

Aplicând criteriile din ce în ce mai exacte la stabilirea indicației vom reduce simțitor procentajul celor care continuă să sufere după intervenția chirurgicală. Ne ghidăm în această privință după criteriile expuse într-o lucrare anterioară (*Revista Medicală*, nr. 3—4, 1958).

*Complicațiile colecistopatiilor* sînt numeroase. Ele formează un capitol important în studiul evoluției bolii. Care sînt cele mai frecvente și în ce ritm evoluează boala spre aceste complicații? Iată întrebări de un real interes, la care nu se poate răspunde decât pe baza studiului detaliat al unui număr mare de cazuri. Noi am avut ocazia să observăm complicațiile la 210 bolnavi, adică la 12,21% din cazurile studiate. Această proporție ne arată numai cu aproximație frecvența complicațiilor, deoarece materialul nostru se referă în primul rînd, la bolnavi internați în clinica medicală, scăpîndu-ne astfel, atît cazurile ușoare din policlinici, cît și cele grave care ajung direct pe masa de operație. Totuși, lăcînd aceste rezerve vom arata felul complicațiilor și apoi etiologia cazurilor, care au dus la moartea bolnavului.

Felul complicațiilor observate		Etiologia cazurilor letale	
Hepatite cronice și ciroze	16	Cancer al vezicii	8
Hydrocolecist	12	Ciroză biliară	3
Litiază coledocului	40	Ileus biliar	2
Ulcăr gastro-duodenal	29	Fistule bilio-digestive	2
Colangită	10	Abces hepatic	2
Empiem al vezicii	7	Peritonită	2
Pancreatită cronică	7	Strictura coledocului	1
Pericolecistite și perihapatite	2	Perforația vezicii	1
Icter prin adenopatie hilară	1	Pancreatită acută	1
Abces hepatic	1	Colecistită gangrenoasă	1
Cazuri mortale din diferite cauze	25	Distrofie acută hepatică	2
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>Total</b>	<b>25</b>

Chiar dacă nu putem intra în discutarea raporturilor dintre cifrele arătate, avînd în vedere materialul nostru redus la număr, trebuie să relevăm frecvența deosebit de mare a îmbolnăvirilor cronice ale parenchimului hepatic, a colecistohepatopatiilor, pe care, împreună cu *Róna*, le-am găsit mai frecvent decât numeroși autori. Procentajul coalecării ficatului în bolile căilor biliare a atins, în materialul nostru 41,6%, fapt dovedit prin puseții biopsii și excindate biopsice intraoperatorii. Am putut urmări cazuri în care ciroza biliară a apărut foarte timpuriu, atunci cînd infecția și staza nu au fost combătute la timp.

Problema malignizării în litiază biliară este viu discutată. După unii, litiază e un precancer, după alții o stare precanceroasă facultativă și în sfîrșit alții neagă orice legătură între colecistopatii și cancerul vezicii și al căilor biliare. Faptul că din cele 8 cancere vezicale, boala litiazică a existat în 6 cazuri, manifestîndu-se cu mulți ani înaintea procesului malign nu pare a fi elocvent cu atît mai mult cu cît numărul litiazicilor e mare. Pe de altă parte, am găsit, la fel ca și alți autori, prezența carcinomului și în vezici nelitiazice. Am avut de asemenea un bolnav care a făcut un carcinom vezical la cîțiva ani după ce i-a fost extirpată vezica litiazică. În orice caz, teama de malignizare nu pare a fi justificată, iar indicația operatorie ca prevenire a cancerului este, după părerea noastră, nefondată, cu atît mai mult, cu cît și observațiile noastre arată că colecistectomia nu previne apariția unui proces malign la nivelul arborelui biliar.

O problemă deosebit de importantă este aceea de a surprinde momentul apariției complicațiilor grave ale colecistopatiilor. Unii autori dovedesc procentual posibilitatea apariției complicațiilor, studiind un material mai mult sau mai puțin vast, dar nu reușesc să semnaleze momentul apariției acestora. Potrivit observațiilor noastre, timpul trecut de la apariția primelor semne de boală și pînă la apariția complicațiilor este cît se poate de variat ca durată. Luînd cele mai importante dintre complicații, am întocmit tabelul următor:

Denumirea complicațiilor	Pînă la 1 an	D u p ă									
		1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani	10 ani	15 ani	20 de ani	25 de ani	
Pancreatită	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	
Hepatită cronică și ciroză	3	4	2	2	1	1	1	1	1	2	
Epiem	2	3	—	—	—	—	1	—	—	2	
Hidrocolecist	9	1	2	2	3	4	2	1	—	2	
Colangită	1	—	1	2	—	1	1	—	—	—	
Coledocolitiază	6	5	1	4	—	1	1	2	1	—	

După cum se vede colecistopatia poate exista într-o latență perfectă mulți ani înainte de apariția complicațiilor. Pe de altă parte, se remarcă din nou evoluția deosebit de capricioasă a bolii: hidrocolecistul, de pildă, poate fi primul semn, dar poate să apară numai după 25—30 de ani de la începutul sindromului clinic. Același lucru se poate spune și despre hepatita cronică satelită, sau despre empiemul vezicii. Totuși se vede că trei sferturi din complicații apar în primii cinci ani, ceea ce ar denota că acestea sînt de la început forme mai grave de boală, sau că există condiții favorabile pentru evoluția rapidă a bolii. Deși nu putem prevedea exact momentul apariției complicațiilor, totuși experiența ne arată că la bolnavii care prezintă numai simptome sporadice neînsemnate, la intervale mari, distanțate, putem suspecta evoluția spre complicații, dacă caracterul acuzelor se schimbă, dacă acestea devin mai grave, dacă apar semne locale și generale de inflamație etc.

Am mai încercat și cu altă ocazie să apreciem durata anamnezei persoanelor decedate din cauza unor afecțiuni biliare. Am constatat că anamneza, socotită de la apariția primelor semne de boală, a variat de la cîteva ore, pînă la 33 de ani, neputîndu-se găsi nici un paralelism între gravitatea procesului anatomo-patologic observat la autopsie și durata acuzelor bolnavului.

#### Concluzii

1. Colecistopatiile nu pot fi considerate afecțiuni banale și lipsite de gravitate, deoarece în evoluția lor clinică pot să survină în orice moment complicații grave, uneori mortale. Numai un tratament bine condus poate să prevină complicațiile.

2. Evoluția colecistopatiilor e condiționată de o serie de factori complecși. Aceștia determină o evoluție cît se poate de capricioasă și variată.

3. Colecistopatiile se vindecă numai excepțional, dar pot fi influențate favorabil printr-un tratament conservator susținut și bine condus. Posibilitățile oferite de acest tratament sînt departe de a fi epuizate în practica de toate zilele.

4. Aplicarea justă a tratamentului operator constituie una din modalitățile de a influența favorabil evoluția bolii și un mijloc de prevenire a complicațiilor frecvente, mai ales în stările avansate ale bolii.

Sosit la redacție: 9 iulie 1963.