

ASPECTELE ACTUALE ALE PERITONITELOR BILIARE*

P. Papahagi, S. Dașchievici, N. Mühle, A. Martzy

Termenul de peritonită biliară (PB) înglobează toate revărsatele biliare intraperitoneale libere, provenite de la nivelul căilor biliare intra- sau extra-hepatice. Se exclud așa dar epanșamentele generalizate de origine duodenală (fistule sau traumatisme), precum și cele limitate în regiunea subhepatică, deci acelea care fac parte din categoria peritonitelor localizate.

Considerăm necesar să subliniem faptul că termenul de PB este mai ales o noțiune clinică, traducând reacția peritoneală față de revărsatul biliar, indiferent dacă este asociat sau nu cu factorul septic.

În cazuistica de urgență a Clinicii de chirurgie din Tg.-Mureș am întâlnit în perioada dintre 1. I. 1960—31. XII. 1964. 10 cazuri de PB care se încadrează în definiția de mai sus. Raportate la totalitatea peritonitelor acute difuze internate în aceeași perioadă (380), aceste 10 observații reprezintă un procent de 3,8% care se apropie de datele diverselor statistici similare.

Pe baza analizei cazurilor de mai sus și folosind datele cele mai recente din literatură, ne-am propus să discutăm unele aspecte ridicate de PB, pe care le-am considerat interesante, importante și actuale.

A) Privitor la etiopatogenie trebuie remarcate de la început unele particularități ale statisticii noastre:

— frecvența mai mare la sexul masculin (80%);

— vîrsta medie de 51 ani. cu extreme între 28—81 ani. doar 4 bolnavi depășind 60 ani;

* Lucrare prezentată la Consfătuirea regională din 22—23. V. 1965. Lacul Roșu.

— asociația cu litiaza biliară doar într-un singur caz.

Aceste aspecte sînt în contradicție cu datele clasice conform cărora PB este apanajul sexului feminin, al vîrstei înaintate (medie 60—65 ani) și al terenului litiazic.

Astfel Roux găsește la 70% din cazuri o vîrstă medie de 60 ani. Prof. Turai găsește la 21 peritonite biliare 16 femei și 5 bărbați, dintre care 16 bolnavi peste 60 ani și la 74% litiază asociată. În statistica prof. Fircă 11 din 16 bolnavi prezentau o litiază biliară, fapt care-l determină să afirme, ca de altfel majoritatea autorilor, că: „Peritonita biliară recunoaște drept cauză principală litiaza”.

Nu am găsit nici o explicație valabilă pentru aceste aspecte în statistica noastră; s-ar putea eventual incrimina:

— statistica prea mică,

— caracterul întîmplător al acestor aspecte etiologice pe seria studiată de noi,

— incidența particulară a afecțiunilor biliare în regiunea noastră.

Aceste fapte trebuie lămurite.

Pentru noi însă aceste aspecte sînt importante în sensul că sprijină convingerea pe care ne-am format-o asupra rolului cu totul modest pe care-l joacă elementul vîrstă, sex sau antecedente litiazice în afirmarea sau infirmarea etiologiei biliare a unei peritonite.

Referindu-se doar la PB prin perforație spontană de coledoc, Olivier constată și el că majoritatea observațiilor privesc bolnavi de vîrstă medie sau chiar între 20—30 ani, contravenind astfel datelor clasice.

B) La seria noastră de bolnavi cauza principală a PB a fost inflamația acută a căilor biliare extrahepatice, interesînd în 7 cazuri colecistul sub formă de leziuni macroscopice evidente (4 colecistite ulcero-flegmonoase, o colecistită gangrenoasă și 2 colecistite catarale). La 3 din aceste 7 observații existau leziuni inflamatorii acute și la nivelul coledocului, dezvoltate pe fondul unor coledocite cronice. La un caz am găsit leziuni traumatiche ale căilor biliare intrahepatice. La alte două cazuri existau doar leziuni microscopice la nivelul colecistului: colecistită cronică și respectiv acută catarală — iar macroscopic o puternică infiltrație cu bilă a peretilor veziculei.

C) În cele 7 observații cu colecistite acute procesul inflamator a fost consecința: 1. infecției pe cale sanguină (un caz) de la o hidrosadenită); 2. infecției pe cale ascendentă (3 cazuri) care prezentau un icter mecanic cu fenomene de angiolitită mai mult sau mai puțin evidentă; 3. infecției posibile pe cale ascendentă în celelalte trei cazuri.

D) Mecanismul producerii revărsatului biliar a permis clasificarea PB studiată de noi în:

— peritonite prin leziune traumatică: 1 caz;

— peritonite prin perforație: 5 cazuri;

— peritonite fără perforație evidentă: 4 cazuri.

Patru din cele 5 perforații interesau colecistul și s-au dezvoltat pe fondul unei inflamații acute ulcero-flegmonoase sau gangrenoase. La cel de al 5-lea caz era vorba despre perforația unui canal hepatic, situat în apropierea peretelui vezicular, consecința a unui proces eroziv calculos în asociere cu factorul inflamator.

Aceste constatări confirmă datele din literatură privind frecvența mare a perforațiilor la nivelul colecistului (91% după Turai) și caracterul excepțional al interesării coledocului sau a altor segmente.

Aspectul perforațiilor (mici, neregulate) și apariția lor pe fondul unor inflamații acute subliniază rolul factorului inflamator și vascular în determinismul perforațiilor veziculare, spre deosebire de cele care apar la nivelul coledocului sau canalelor hepatice care ar fi consecința asocierii factorilor mecanici (eroziune) cu cei vasculari.

E) Referitor la peritonitele fără perforație, în literatura cercetată există o serie de ipoteze mai mult sau mai puțin plauzibile și verificate prin observații clinice sau experimentale.

Pentru *Clavel*, care neagă realitatea acestor peritonite, perforația ar exista întotdeauna, dar ea nu poate fi adesea pusă în evidență, fie datorită sediului ei greu accesibil explorării intraoperatorii, fie datorită unei lipse de suprapunere între soluția de continuitate de la nivelul arborelui biliar cu cea peritoneală.

După *Meyer-Meyes* ar fi vorba despre perforații rapid acoperite, iar după *Bizard* perforații rapid cicatrizate.

Majoritatea observațiilor moderne (*Beckendorf, Koch, Wend* etc.) tind să reducă rolul transudării bilei prin pereții veziculei în favoarea perforațiilor microscopice și în special a aceloră situație pe segmente biliare greu accesibile explorării.

Cu toate acestea există incontestabil cazuri în care mecanismul transudării nu poate fi negat. Observațiile clinice și experimentale ale lui *Clairmont, von Haberer, Leriche-Langeron, Brocq-Moulouquet, Sabadini* etc. sînt în acest sens edificatoare.

Pentru *Leriche-Langeron* transudarea este consecința unei hipertensiuni biliare de origine mecanică sau funcțională: distensia veziculară duce la o deplasare celulară a epitelului mucoasei (cu păstrarea acesteia), generînd o lărgire a spațiilor intercelulare; în aceste condiții se realizează vezicula poroasă descrisă de *Clairmont* și *von Haberer* prin care transudează bila.

Pentru *Moulouquet-Brocq* vezicula poroasă s-ar realiza sub acțiunea procesului inflamator ce interesează întregul perete vezicular sau doar mucoasa. Bila ar deveni și ea ultrafiltrabilă ca urmare a acțiunii diastazelor microbiene. Pe acest fond de colecist poros orice puseu hipertensiv la nivelul arborelui biliar duce la transudarea bilei.

La două din cazurile noastre mecanismul transudării reiese în mod evident ca urmare a următorilor factori:

- lipsa perforațiilor macroscopice la nivelul colecistului;
- existența unei infiltrații cu bilă a colecistului; bilă ce părea a musti pe suprafața colecistului;
- existența unei stări de laxitate a structurii pereților colecistului (la examenul histopatologic);
- prezența hipertensiunii în arborele biliar.

După părerea noastră mecanismul transudării în patologia PB poate fi incriminat cu siguranță doar în cazurile în care găsim:

- semnele unei hipertensiuni (colecist în tensiune, căi biliare dilatate);
- o infiltrație cu bilă a pereților colecistici;
- lipsa perforațiilor și la examenul microscopic.

Toate celelalte cazuri (cum au fost și 2 din observațiile noastre la care a lipsit una din condițiile de mai sus și în special infiltrația biliară a colecistului), chiar dacă nu s-au pus în evidență perforații macroscopice, este mai prudent a fi etichetate peritonite fără perforații evidente, dar posibile.

În multe situații de acest fel în care planează un dubiu asupra existenței sau absenței perforației, *Firică* recomandă executarea unei colangiogrammetrii peroperatorii, care poate pune în evidență perforații disimulate.

Necesitatea unui diagnostic etiologic precis se impune în fața oricărui tablou de peritonită, întrucît de el depinde alegerea căii de acces în vederea tratării leziunii cauzale, evitîndu-se astfel manevrele intraoperatorii inutile și traumatizante.

Plecînd de la acest deziderat ne-am propus ca pe baza analizei cazuisticii noastre să încercăm a stabili criteriile cît mai precise pentru determinarea etiologiei biliare a peritonitelor.

Diagnosticul preoperator corect a fost pus în 6 cazuri, deci într-un procent de 60%. Cifra este cu mult mai mare decît cele găsite în literatură, dar faptul se explică la multe dintre cazuri prin circumstanțe extrem de favorabile pentru diagnostic (existența icterului mecanic în 3 observații sau evoluția progresivă de la colecistită acută spre peritonită în cursul internării).

În cele 4 cazuri unde diagnosticul nu a putut fi pus cu precizie, tabloul clinic polimorf și neconcludent a dat naștere la confuzii.

În astfel de cazuri este de real folos cercetarea pigmentilor biliari și mai ales a sărurilor biliare în urină, semn căruia de obicei nu i se acordă importanță sau care nici măcar nu este cercetat.

În absența antecedentelor hepatite sau a unui icter mecanic recent, prezența pigmentilor și sărurilor în urina unui bolnav peritoneal nu poate avea decît o singură origine: resorbția bilei din cavitatea peritoneală.

Bazîndu-ne pe constanța acestui simptom, în comparație cu alte semne considerate specifice în PB (bradicardie, subicter, caracterul durerilor la debut și a contracturii maxime în hipochondrul drept), care sînt extrem de variabile în funcție de teren, vîrstă și vechimea procesului, subliniem importanța examenului urinei în toate cazurile cu diagnostic etiologic neclar. Astfel s-ar evita multe greșeli de diagnostic, ca și în cele 4 cazuri din seria noastră, care au condus la laparotomie și incizii atipice, la traumatizarea inutilă a bolnavului.

Ne permitem a sublinia încă o dată importanța cu totul secundară a factorilor vîrstă, sex, antecedente și teren litiazic în stabilirea etiologiei peritonitei.

Referîndu-ne la posibilitatea unui diagnostic al mecanismului peritonitei biliare, credem că evoluția în doi sau mai mulți timpi, separați prin intervale libere, despre care vorbesc o serie de autori (*Olivier*) nu poate constitui un argument în favoarea peritonitelor fără perforație. Acest diagnostic nu poate fi stabilit decît intraoperator, pe baza aspectului colecistului (infiltrație cu bilă) și a existenței hipertensiunii în arborele biliar. La nici unul din cazurile noastre de peritonite fără perforație nu am întîlnit particularități clinice sau evolutive.

În legătură cu gravitatea deosebită a PB, subliniată și de clasici, impresia noastră, confirmată de analiza celor 10 observații și sprijinită pe o serie de date din literatura recentă, este că ea depinde mai puțin de caracterul particular al PB decît de factorul bolnav și mai ales de vechimea procesului peritoneal.

În lipsa unui tratament activ și precoce, toate peritonitele, indiferent de etiologia lor, se agravează progresiv și devin pasibile de o mortalitate cu cît mai mare cu cît intervenția este mai tardivă.

În ameliorarea prognosticului PB, în afara precocității tratamentului chirurgical, un rol deosebit îi revine anesteziei moderne și reanimării, care asigură condiții optime pentru actul chirurgical, prin pregătirea preoperator corectă și prin limitarea riscului operator. De asemenea, tratamentul postoperator științific, permițînd o reechilibrare a tuturor tulburărilor hidroionice și nutritive a dus la o scădere importantă a mortalității, chiar și la acele cazuri care odinioară prezentau greutatea în privința resurselor terapeutice.

Importanța vechimii procesului peritoneal și a condițiilor actuale de tratament reiese din diferența de mortalitate înregistrată la seria noastră

(30%) în comparație cu cea a anului 1957 (de 100%), an în care asistența de urgență era încă la un nivel necorespunzător, iar serviciul de anestezie și reanimare nu exista. De asemenea trebuie arătat că la două din cele trei decese din seria analizată, tratamentul complex reanimator și chirurgical a fost instituit cu întârziere, fapt care explică eșecul. De altfel toate statisticele din ultimii ani subliniază în ameliorarea rezultatelor importanța celor doi factori: precocitatea și complexitatea tratamentului.

Problemele de tratament în peritonita biliară. Dacă în etiologia altor peritonite tratamentul profilactic este dificil de realizat, peritonita biliară beneficiază în mare măsură de un astfel de tratament. Ținând seamă că în marea majoritate a cazurilor PB este o complicație a diverselor afecțiuni cronice sau acute ale căilor biliare, credem că tratamentul preventiv trebuie să se adreseze acestor afecțiuni. Este vorba mai ales de litiaza biliară, icterul mecanic de diferite cauze și colecistita acută.

Prelungirea fără rost a tratamentului medical la o litiază favorizează apariția celor mai diverse complicații, printre care inflamațiile acute ale căilor biliare și peritonită biliară; din acest motiv credem că orice litiază diagnosticată trebuie operată.

Același lucru este valabil și pentru icterul mecanic, unde intervenția chirurgicală poate fi întârziată din diferite motive: procesul de angiocolită frecvent asociat poate precipita apariția P.B., așa cum s-a întâmplat la 3 cazuri din seria noastră.

În privința colecistitelor acute toți autorii sînt de acord asupra necesității intervenției chirurgicale, problema discutată rămîne însă alegerea momentului operator. Vechea atitudine de răcire a procesului acut urmată de intervenție după 1—6 luni (*Stalport*) este din ce în ce mai mult abandonată. A încerca să răcești o colecistită acută, înseamnă a expune bolnavul la pericolul apariției unei peritonite mascate de tratamentul antibiotic. Acesta este motivul pentru care în prezent aproape toți chirurgii (*Malet-Guy, M. Popescu, Patel, Arianoft, Ţurai, Pedinelli* etc.) au adoptat principiul intervenției în urgența imediată sau întârziată. Nu vom discuta avantajele sau dezavantajele fiecăreia din aceste două atitudini. Important este ca în prezența oricărei colecistite acute să se intervină cît mai rapid, dacă bolnavul este echilibrat, într-un interval ce nu trebuie să depășească două, trei zile de la debutul afecțiunii.

Tratamentul activ al peritonitelor trebuie să vizeze pe cît posibil, în afara evacuării epanșamentului, și tratamentul complet al afecțiunii biliare. În condițiile actuale ale organizării serviciului de urgență și ale unui tratament reanimator complex, trebuie să renunțăm la dictonul clasic „în urgență să ne limităm la minimum” și să promovăm o atitudine de tratament activ și complet al leziunilor biliare, ca și cînd nu ar exista peritonită (*Moreaux*). În acest sens credem că tratamentul peritonitei biliare impune și tratamentul leziunii cauzale. În principiu se pot executa pe un bolnav bine echilibrat și în anestezie generală intervenții complexe inclusiv aneostoze și sfinctero-plastii, dictate de situația locală și de datele colangiografiei peroperatorii, explorare la care nu trebuie să renunțăm decît în situații cu totul particulare. Din cele de mai sus reiese că indicația intervențiilor paliative (colecistostomie, colecistectomie subtotală și parțială, simple drenaje) trebuie redusă la minimum doar la cazurile foarte grave și care nu răspund la reanimarea peroperatorie.

Peritonitele biliare fără perforații pun o problemă particulară de tratament în sensul necesității de a realiza o decompresie a căilor biliare. În această privință *Olivier* consideră colecistostomia ca intervenția de elecție, în timp ce alții (*Firică* etc.) practică fie colecistostomia, fie colecistectomia în asociere cu coledocotomie și drenaj extern, în funcție de starea lezională a colecistului și de starea bolnavului. Avînd în vedere că leziunile colecistului sînt aproape constante chiar și în acele cazuri în care ele sînt doar microscopice, credem că realizarea

colecistectomiei este necesară (atunci cînd starea generală a bolnavului o permite) și trebuie urmată de rezolvarea cauzei mecanice a hipertensiunii sau de un drenaj transcistic, cînd hipertensiunea este de natură funcțională. Din acest motiv recomandăm încă o dată cu căldură colangiografia peroperatorie, metodă de explorare extrem de prețioasă în alegerea tacticii chirurgicale.

În privința drenajului credem că este absolut indicat în peritonitele biliare, deoarece previne coleragiile postoperatorii posibile și limitează iritația peritoneală (peritonita seroasă de reacție), dată de resturile epanșamentului biliar.

Tratamentul antibiotic va respecta regulile devenite clasice în cazurile în care se asociază factorul septic. Acolo unde revărsatul biliar este aseptice, credem că întrebuițarea antibioticelor nu este obligatorie.

Sosit la redacție: 4 decembrie 1965.

Bibliografie

1. COURTY L., LANGERON P., BARERY A.: Arch. Mal. App. Dig. (1954), 43, 661;
2. DRAGOMIR D., OLISA E., IONESCU I.: Rev. Med. Chir. (1963), 2;
3. FIRICĂ T., MUNTEANU V.: Chirurgia (1957), 6;
4. MONDOR: Diagnostics Urgents, Ed. Masson et Cie, (1957);
5. MOREAUX J.: Encicl. Med. Chir. (1959) tome Foie;
6. MUREȘAN I., BUCȘA M., BLINDU R.: Timișoara Medicală (1963), 1;
7. OLIVIER CL.: Chirurgie des voies biliaires extra- et intra-hépatiques. Ed. Masson et Cie. (1961). 565;
8. ȚURAI I., PAPAHAĞI E., CALALB A.: Urgențe Chirurgicale, Ed. I.M.F. București (1963).

