

CONSIDERATII ASUPRA UNUI CAZ DE DILATAȚIE CHISTICĂ CONGENITALĂ A COLEDOCULUI*

A. Kelemen, A. Kerekes, Șt. Maksay

Dilatația chistică congenitală a coledocului este o anomalie rară. Pînă în anul 1965 am adunat 424 de cazuri din literatura de specialitate, din care numai 104 aparțin vîrstei sub 14 ani. La noi în țară *Economu* și colab. au publicat în 1957 două cazuri operate la sugari.

Prezentăm cazul nostru, găsindu-l interesant atît pentru raritatea, cît și pentru modul de rezolvare cu succes prin extirpare, procedeu care este grevat în general de o mortalitate foarte ridicată.

Fetița H. S., în vîrstă de 13 luni, se internează la data de 29 III. 1965 (F. O. nr. 291) pentru tumoare abdominală, meteorism, constipații și stare febrilă. Din antecedente se relevă doar enterocolite repetate.

La examenul clinic copilul prezintă o dezvoltare corespunzătoare vîrstei. Sub rebordul costal drept se palpează o tumoare nemobilizabilă cu reliefare transparietală, de mărimea unui cap de copil, de consistență renitentă, cu suprafețe netede.

Examenul radiologic pune în evidență o umbră omogenă subdiafragmatică dreaptă bine delimitată, care depășește cu două laturi de degete creasta iliacă, respectiv marginea stîngă a coloanei vertebrale. Prin urografie se exclud afecțiunile tumorale renale. Examenul de laborator nu ne furnizează date concludente.

În ziua de 12. IV. 1965 se intervine cu diagnosticul de tumoare abdominală. La deschiderea cavității peritoneale se găsește o formațiune chistică de mărimea unui cap de copil, care prin aderențe are relații intime cu duodenul, hilul ficatului, cecul și anexele drepte: potcoava duodenului și pancreasul sînt dislocate medial. Chiar și după adezioliză, chistul își păstrează o conexiune intimă cu hilul hepatic, respectiv vezicula biliară și canalul hepatic, care este dilatat cît un police de adult. Pe baza celor constatate ne dăm seama că avem de a face cu o dilatație chistică a coledocului, cu toate că abuzarea acestuia în duoden nu s-a putut pune în evidență. Se procedează la extirparea chistului, urmată de hepatico-duodenostomie termino-laterală.

Evoluția postoperatorie normală. Rezultatul examenului histopatologic (L. Schuller): stromă de țesut conjunctiv lax și dens, pe alocuri fibre musculare netede, cu infiltrație difuză de mononucleare (limfocite, plasmocite, histiocite) și ce-

* Comunicare prezentată la U.S.S.M. subfiliala Tg.-Mures, secția de ortopedie-traumatologie și chirurgie infantilă, în ședința din 2. VII. 1965.

lule eozinofile. Semne de inflamație. Probele de laborator: diastaza în singe 16 U.W., în materii fecale 20 U.W. Pasajul baritat: umplere retrogradă (dinspre duoden) a ambelor canale hepatice.

În ziua a 45-a după operație, bolnava părăsește clinica vindecată. La controlul executat după o lună, fetița prezintă o stare de sănătate fără acuze.

Discuții

Notiuni fiziopatologice. Cercetările recente au arătat că dilatația chistică a coledocului este rezultatul unui obstacol cu efect colostatic la nivelul segmentului terminal al coledocului, care poate fi o stenoză valvulară, acalazie a sfincterului Oddi, cuduri etc. (*Tran Ngoc Ninh* și colab.). Această malformație, etichetată de mulți autori drept „idiopatică”, nu este de natură constituțională și nici consecința unei insuficiențe neuro-musculare (*Oberniedermayr, Grob*). Ea reprezintă o modificare secundară a peretelui coledocian în urma unei obstrucții incomplete — și eventual intermitente — a porțiunii terminale a coledocului, fapt dovedit radio-mașometric de către *Caroli* și *Marcoulides*. Obstrucția, la început incompletă, se transformă în cursul evoluției bolii de obicei într-un obstacol complet, provocând creșterea chistului, apariția icterului și a durerilor.

Fapte anatomice. Dilatația coledociană cunoaște o formă sferoidă și una ovoidă. Chistul poate fi localizat între două extremități de calibru normal ale coledocului; uneori dilatația interesează întreaga porțiune supraiacentă a segmentului obstruat. Indiferent de forma și sediul chistului, este important faptul că în toate cazurile există un fund de sac situat dedesubtul abuzării coledocului în duoden, fapt care — prin stagnarea bilei — crează un teren favorabil formării calculilor și infectării chistului.

Date histologice. Din numărul redus al cazurilor histologice prelucrate (total 9) s-au putut observa modificări identice cu cele constatate de noi, adică dispariția stratului epitelial, infiltrații cu polinucleare, numeroase eozinofile, fibre elastice și musculare.

Simptomatologia se caracterizează prin triada: tumoare, durere și icter, la care se mai asociază uneori și febra.

Diagnosticul diferențial se face cu chistul hidatic, colecistita, tumorii intra- și retroperitoneale, precum și alte formațiuni chistice.

Tratamentul este chirurgical. Drenajul simplu sau marsupializarea sînt metode părăsite. Dintre derivațiile interne, chisto-duodenostomia este o metodă relativ simplă și ușor de executat. Ablația segmentului chistic dilatat, urmată de hepatico-duodenostomie este grevată de o mare mortalitate (37.5%).

Concluzii

1. Dilatația chistică congenitală a coledocului este o anomalie rară, observația noastră fiind a 105-a din literatura de specialitate (din punct de vedere al vîrstei copilului) și cea de-a treia în țara noastră.

2. Se remarcă caracterul oligosimptomatic al cazului, care s-a manifestat doar prin constipații rebele, balonări și stare febrilă, tabloul clinic fiind completat ulterior cu punerea în evidență a tumorii. Se relevă absența icterului, a scaunelor acolice și a durerilor.

3. În privința soluționării cazului — deși majoritatea autorilor recomandă chisto-duodenostomia ca metodă de elecție — noi am recurs la extirparea chistului, urmată de hepatico-duodenostomie. Am fost siliți să alegem această cale din cauza imposibilității de identificare — în primele faze ale operației — a naturii exacte a chistului, acesta fiind inclavat cu volumul său exagerat în micul bazin și fixat prin numeroase aderențe la organele din vecinătate.

Nu am recurs la puncția chistului, dat fiind aspectul inflamator al peretelui său, fapt care nu ne-a permis să excludem cu siguranță existența unui chist mezențial sau ovarian, eventual unei dedublări intestinale supurate.

Sosit la redacție: 9 martie 1966.

Bibliografie

1. BENSON C. D., MUSTARD W. T., RAVITCH M. M., SNYDER W. H., WELCH K. J. jr.: Pediatric Surgery, Ed. Year Book Medical Publishers Inc., Chicago (1962);
2. ECONOMU TH., NICULESCU N., BOTEZ R., BOGDAN A., ROLEA R.: Chirurgia (1957), 1. 23;
3. GROB M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie, Verlag Georg Thieme, Stuttgart (1957);
4. GROSS R. E.: Surgery of Infancy and Childhood, Phil, London (1953);
5. KAZÁR G.: Magyar Sebészet (1950), 3, 298;
6. MALLET-GUY P., REBOUILLET J., ROSOWSKI F.: Lyon Chir. (1961), 57, 15;
7. OBERNIEDERMAYR A.: Lehrbuch der Kinderchirurgie und Orthopädie des Kindesalters, Berlin, Göttingen, Heidelberg (1959);
8. TRAN NGOC NINH, PHAM BIEN TAM, FEROLDI J., LICHTENBERGER R. P.: Ann. Chir. Inf. (1964), 5, 4, 245: