

UNELE ASPECTE ALE REINTERVENȚIILOR PE CĂILE BILIARE EXTRAHEPATICE

dr. C. Pană, dr. I. Pop D. Popa, dr. T. Georgescu

Problema reintervențiilor pe căile biliare extrahepatice a fost dezbătută de numeroși autori (1—6, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18). Cel de al XII-lea Congres Național de Chirurgie (1968) îmbie chirurgii la utilizarea cît mai largă a metodelor moderne de investigație pentru a preveni suferința colecistectomizațiilor.

Incidența suferinței colecistectomizațiilor a scăzut simțitor în ultimul timp, ca o consecință firească a perfecționării metodelor de investigație. Cu toate acestea, suferințele după colecistectomie continuă să rămînă în centrul preocupării chirurgilor din 3 motive: 1. ele exercită repercursiuni severe asupra arborelui biliar, ficatului și pancreasului, 2. colangiografia, așa cum se practică obișnuit are limite și 3. chirurgia biliară se mai practică în servicii chirurgicale nedotate încă cu mijloace moderne de investigație intraoperatorie.

Aceasta fiind situația generală, am găsit oportun să prezentăm și experiența noastră în această problemă.

Între anii 1968 și 1971, în Clinica chirurgicală nr. II și Chirurgie cardiovasculară din Tîrgu Mureș, au fost executate reintervenții chirurgicale pe căile biliare extrahepatice la 12 bolnavi, ceea ce reprezintă 4,3 % din totalul de 278 de bolnavi operați pentru afecțiuni ale căilor biliare extrahepatice.

Acest procent nu este real, deoarece din cele 12 reintervenții pe căile biliare, 10 au parvenit de la alte servicii de chirurgie.

Cauzele, uneori asociate, stabilite la reintervenție au fost: litiază coledociană — 8; oddită scleroasă — 5; neocolecist — 4; ciroză biliară — 2; coledocită scleroasă — 2 și stenoza orificiului de implantare a coledocului secționat în timpul unei rezecții dificile de stomac — 1.

Nu intenționăm să reluăm dezbaterile obișnuite pe marginea unei statistici de reintervenții. Dorim să prezentăm numai unele aspecte desprinse din statistica noastră și care credem că ar putea contribui la scăderea în continuare a incidenței suferințelor colecistectomizaților

Valoarea colangiografiei peroperatorii în ce privește completivitatea inventarii modificărilor arborelui biliar nu poate fi contestată. Renunțarea la colangiografia peroperatorie din motive obiective (afecțiuni acute) sau de ordin subiectiv (absența icterului în antecedente, căi biliare nemodificate la inspecție și palpație), duce la mari neajunsuri. Leziunea reziduală expune la reintervenții, uneori în stare de accentuată fragilitate biologică, știut fiind că, ea poate să transforme un bolnav „coledocian“ în bolnav „hepatic“ (14), ceea ce sporește mult riscul operator. Instrucțiv din acest punct de vedere găsim una din observațiile noastre.

Obs. I. Bolnava T. M., de 59 de ani, a fost colecistectomizată pentru litiază biliară în 1952; în 1957 se reintervine chirurgical și se practică coledocotomie, extracția calculilor coledocieni și drenaj Kehr; în 1969, la a 2-a reintervenție, se constată cu ajutorul colangiografiei peroperatorii: calcul coledocian, oddită scleroasă stenzantă, neocolecist și ciroză biliară. Se extirpă neocolecistul, se extrage calculul prin coledocotomie, se practică sfincteropapilectomia parțială transduodenală cu drenaj biliar extern. Starea bolnavei s-a ameliorat evident în decurs de numai un an. Menționăm că acestei bolnave i s-a făcut colangiografie peroperatorie numai cu ocazia celei de a 2-a reintervenții.

Practica demonstrează că și colangiografia peroperatorie, așa cum este practică obișnuit (numai cu două expuneri, prima imediat după injectarea substanței de contrast și a 2-a după 3 minute interval) are limite. Îi pot scăpa unele leziuni asociate, care sînt cauze recunoscute de suferințe postoperatorii. Noi am întilnit la doi bolnavi situații particulare, în care colangiografia peroperatorie obișnuită a oferit indici incomplete.

Obs. II. Bolnavul R. I., de 70 de ani, este colecistectomizat pentru litiază biliară, fără colangiografie peroperatorie, în 1967. În 1970, se reintervine pentru angiocolită. Coledocul are un diametru de 2 cm. Colangiografia peroperatorie pune în evidență un calcul coledocian. Coledocotomie, extracția calculului, drenaj Kehr. Rezolvarea este considerată completă. Starea bolnavului după operație rămîne neschimbată. Controlul colangiografic pe tubul Kehr, a 7-a zi de la operație, evidențiază un calcul rezidual în coledoc mai mic decît cel extras. Nu încapă nici o îndoială că acest calcul a existat în coledoc și în urmă cu 7 zile. Coloana groasă de substanță de contrast într-un coledoc atît de dilatat l-a mascat înglobîndu-l. O nouă reintervenție urmată de extirparea calculului rezidual este necesară.

Această din urmă reintervenție ar fi fost evitată în două feluri: prima expunere radiografică după 2 ml substanță de contrast, după *Martin* (18), ar fi vizualizat toți calculii existenți la reintervenția precedentă, sau prin efectuarea unei colangiografii peroperatorii de control, care ar fi pus în evidență calculul rămas, așa cum a fost vizualizat la colangiografia de control a 7-a zi de la operație.

Colangiografia peroperatorie de control mai are și un alt avantaj tot atît de prețios: ea pune în evidență leziunile asociate litiazei coledocului, care

la prima colangiografie peroperatorie pot fi mascate. Noi practicăm în ultimul timp sistematic cu satisfacție colangiografia peroperatorie de control.

Obs. III. Bolnava S. S., de 41 de ani, prezintă litiază biliară de indicație chirurgicală. În 1970, i se practică colecistectomie, coledocotomie, și extracția calculilor coledocieni cu colangiografie peroperatorie obișnuită. Suferința persistă și după 6 luni se instalează angiocolita. Se reintervine chirurgical și se găsește un neocolecist, iar colangiografia peroperatorie, evidențiază și o oddită scleroasă stenozantă. Extirparea neocolecistului, sfincteropaplectomie parțială transduodenală, drenaj Kehr. Ameliorare evidentă începând imediat după operație.

Efectuarea unei colangiografii peroperatorii de control ar fi pus în evidență oddita scleroasă încă cu ocazia primei intervenții chirurgicale.

Noi considerăm extrem de utilă colangiografia peroperatorie de control în chirurgia căii biliare principale, cu atât mai mult cu cât practica scoate la iveală o incidență demnă de luat în considerație a leziunilor asociate ale arborelui biliar. Colangiografia peroperatorie de control apare ca unic mijloc de asigurare asupra restaurării permeabilității joncțiunii biliopancreatice, scopul final al chirurgiei biliare înainte de a termina intervenția chirurgicală.

Un alt aspect particular al cazuisticii noastre îl constituie frecvența relativ mare (aproape 30 %) a prezenței neocolecistului la reintervenții pe căile biliare. Interpretarea diferită a mecanismului formării neocolecistului (10, 11, 13, 14) are implicații în aprecierea rolului său în apariția suferințelor colecistectomizaților.

Sub acest raport semnificația cazurilor noastre de neocolecist crește, deoarece în 3 din 4 cazuri neocolecistul a fost asociat cu o cauză de stază biliară coledociană. Asociația neocolecistului cu o cauză de stază biliară susține ipoteza acelor autori, care sînt de părere că bontul cistic restant nu duce obligator la suferințe postoperatorii. Dispoziția anatomică a abuzerii cistului în hepaticul comun în unghi foarte ascuțit, ca și practicarea colecistectomiei în condiții dificile de colecistită gangrenoasă, pediculită, sînt împrejurări care pot favoriza lăsarea unui bont cistic mai lung în mîna celui mai experimentat chirurg. Nu toți acești bolnavi continuă să sufere, fapt demonstrat de constatările făcute la relaparotomii de alte indicații. Continuă să sufere numai acei bolnavi la care există concomitent și o litiază coledociană sau stenoză oddiană reziduală.

În asemenea situație devine inerentă întrebarea: care este adevărata cauză a suferinței colecistectomizatului, neocolecistul sau obstacolul coledocian rezidual? Noi atribuim un rol primordial obstacolului coledocian. Staza coledociană duce la creșterea presiunii în arborele biliar și deci la creșterea în volum a bontului cistic lung, ducînd la formarea neocolecistului. De aceea, pentru noi, prezența neocolecistului constituie o indicație în plus pentru explorarea amănunțită peroperatorie a căii biliare principale. Rezolvarea cazurilor numai prin extirparea neocolecistului ni se pare iluzorie.

Concluzii

1. Chirurgia biliară a făcut progrese mari în urma utilizării sistematice a colangiografiei peroperatorii. Reducerea incidenței reintervențiilor pe căile biliare extrahepatice o demonstrează.

2. Renunțarea la colangiografia peroperatorie trebuie să fie excepțională și bazată numai pe grija de a nu face mai rău bolnavului.

3. Colangiografia peroperatorie, așa cum se practică de obicei, are limite, care pot fi și trebuie eliminate prin expuneri radiografice și în timpul injectării substanței de contrast, ca și prin practicarea sistematică a colangiografiei peroperatorii de control (înainte de a termina operația).

4. Prezența neocolecistului la reintervenții reprezintă o indicație în plus pentru colangiografia peroperatorie el fiind frecvent asociat cu unele obstacole coledociene reziduale.

Sosit la redacție: 2 iunie 1972.

Bibliografie

1. BANCU E., POP D., POPA I., PĂPAI Z., GROZESCU T., GLIGA V., SEUCHEA: *Rev. Med.* (1970), 3—4, 248; 2. BARTLETT M. K., QUIENBY W. C.: *J. Chir.* (1964), 2, 234; 3. BURLUI D., CONSTANTINESCU C., STRUTENSCHI T., SUIARIU G.: *Chirurgia* (1970), 4, 337; 4. FĂGĂRAȘANU I.: *Chirurgia* (1963), 4, 481; 5. FIRICĂ TH., GRĂDINARU V.: *Chirurgia* (1969), 7, 613; 6. GLENN FR.: *Ann. Surg.* (1967), 2, 161; 7. HEPP J.: *Mém. Acad. Chir.* (1964), 11—12, 335; 8. HIVET M.: *Ann. Chir.* (1966), 19—21, 1077; 9. IONESCU-BUJOR C., MUSTA E., GAVRILIU D.: *Chirurgia* (1971), 12, 1083; 10. JUVARA I., RĂDULESCU P., RADU C.: *Chirurgia* (1969), 12, 1057; 11. JUVARA I., RĂDULESCU P., PRIȘCU AL.: *Boala hepato-biliară postoperatorie*, Ed. Med., București, 1972; 12. LONGO O.: *Mém. Acad. Chir.* (1962), 16, 17; 13. MIRIZZI P. L.: *Mém. Acad. Chir.* (1956), 82, 911; 14. NANA A., MIRCIOIU C.: *Reintervențiile în chirurgia hepatobiliară. Comunicare prezentată la al XII-lea Congres Național de Chirurgie*, București, mai 1968; 15. OLIVIER CL.: *J. Chir.* (1968), 3, 249; 16. RAȚIU O.: *Chirurgia* (1962), 5, 661; 17. SETLACEC D., POPA GH., MEDIANU D.: *Considerații asupra reintervențiilor în chirurgia căilor biliare. Comunicare prezentată la al XII-lea Congres Național de Chirurgie*, București, mai 1968; 18. * * * *Montpellier Chir.* (1970), 5, 427.