

Clinica chirurgicală nr. II și Chirurgie cardio-vasculară din Tirgu Mureș
(cond.: prof. dr. I. Pop D. Popa, doctor docent, membru corespondent al
Academiei de științe medicale)

CONSIDERAȚII ASUPRA TACTICII OPERATORII ÎN CHISTUL HIDATIC AL FICATULUI DESCHIS ÎN ARBORELE BILIAR

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

Chistul hidatic al ficatului este recunoscut ca o afecțiune benignă. Nu rareori însă, el determină stări morbide interminabile (6). Se poate vorbi chiar de „malignitatea“ chistului hidatic (9). Astăzi, pe lângă accentuarea gravității complicațiilor chistului hidatic al ficatului (4), asistăm și la o creștere a frecvenței acestora (3, 6, 13).

Cauzele constatărilor menționate se găsesc în întârzierea nejustificată cu care unii bolnavi acceptă intervenția chirurgicală și în practicarea unor intervenții chirurgicale incomplete.

Deoarece există încă discuții asupra tacticii operatorii în chistul hidatic al ficatului deschis în arborele biliar, găsim potrivit să prezentăm observația clinică a 5 bolnavi cu asemenea complicație. Din anamneza lor se pot desprinde învățăminte practice valoroase.

Obs. nr. 1: M. I., 25 de ani, se internează cu fistulă bilio-cutanată lombară dreaptă, după o plagă prin glonte și icter. Fistulografia pune în evidență o cavitate în umbra ficatului. Laparotomie. Se constată un chist hidatic al ficatului, drenat la exterior prin fistulă și în coledoc. Coledocul destins, obstruat terminal, de resturi hidatice. Coledocotomie, extracția particulelor hidatice, drenaj Kehr. Evacuarea pungii chistului, marsupializare. Vindecare.

Obst. nr. 2: G. M., 55 de ani, se internează cu o fistulă biliară cutanată după marsupializarea unui chist hidatic supurat al ficatului, fără icter. Numeroasele și diversele tentative de a trata fistula, în diferite servicii chirurgicale, au eșuat. Starea generală este alterată, fistula având un debit mare. Laparotomie. Coledoc obstruat de un fragment de membrană parazitată ratatinată. Coledocotomie. Dezobstruare. Drenaj Kehr. Postoperator, insuficiență hepatorenală, deces.

Obs. nr. 3: P. M., 50 de ani, prezintă de 5 ani un sindrom dispeptic dureros cu colorit biliar. Este internat cu icter și febră. Laparotomie. Chist hidatic al ficatului, evacuat parțial. Coledoc dilatat. Colangiografia transcolecistică peroperatorie scoate în evidență un obstacol în coledoc, iar arborele biliar comunică cu chistul. Chistotomie. Toaleta îngrijită a cavității restante. Coledocotomie. Dezobstrucția coledocului (resturi de mem-

brană a parazitului). Drenaj Kehr. Colangiografie peroperatorie de control pe tubul Kehr. Pe clișeu apare imaginea tipică a odditei stenozante. Sfinc-teropapilectomie parțială transduodenală. Vindecare.

Obs. nr. 4: A. L., 46 de ani, face pe fondul unui sindrom dispeptic estompat, în urma unui efort fizic, o colică hepatobiliară însoțită de urticarie. Colica se repetă înainte de internare și în scurt timp se instalează icterul. Colangiografia peroperatorie neconcludentă. Scintigrafia și splenoportografia pun în evidență o tumoare rotundă în ficat. Laparotomie. Chist hidatic exteriorizat pe fața convexă a lobului hepatic drept. Coledoc dilatat. Colangiografia arată comunicarea intrahepatică a arborelui biliar cu cavitatea chistului și o imagine caracteristică de oddită scleroasă stenozantă, fără alt obstacol intracoledocian. Chistotomie. Coledocotomie. Sfinc-teropapilectomie parțială transduodenală, drenaj Kehr. Vindecare.

Obs. nr. 5: M. A., 51 de ani, are în antecedente icter repetat. Se internează cu o tumoare a hipocondrului drept, durere continuă și febră. Radiografia simplă pune în evidență două imagini calcare în umbra ficatului. Colangiografia preoperatorie i.v. conchide asupra unui colecist exclus. Laparotomie. Vezicula biliară plină cu vezicule hidatice. Comunică larg cu chistul hidatic din ficat. Coledocul liber la examenul palpatoric și instrumental. Chistotomie. Colecistectomie. Explorarea coledocului prin bontul cistic și divulsia sfincterului Oddi. Vindecare.

Frecvența deschiderii chistului hidatic în arborele biliar este relativ mare (3, 8, 9, 10). *Kourias* o evaluează la 8,5%. Ca măsură preventivă se impune ca bolnavii suspecti de chist hidatic al ficatului să fie spitalizați. Serviciile spitalicești dispun de mijloace suverane de diagnostic (colangiografie, scintigrafie, splenoportografie și probele biologice specifice clasice).

Chistul hidatic al ficatului se poate deschide în căile biliare intrahepatice (3 din cazurile prezentate), sau în căile biliare extrahepatice: în hepatocoledoc (obs. 1), în vezicula biliară (obs. 5). Ruptura directă în coledoc este excepțională (11). De regulă, manifestarea deschiderii chistului hidatic în căile biliare este reprezentată de icter. Icterul este cauzat fie de elementele hidatice, fie de oddita scleroasă stenozantă, sau de amândouă. Absența icterului nu exclude totdeauna deschiderea chistului hidatic în arborele biliar. Icterul poate lipsi în prezența unei fistule biliocutanate (obs. 2) sau când chistul este deschis în colecist (obs. 5). Într-un caz, examenul histologic a pus în evidență o colecistită flegmonoasă (obs. 5). Colecistita acută hidatică a mai fost semnalată și de alți autori (3, 8, 9).

Sucesiunea momentelor procesului de fistulizare a chistului hidatic hepatic în arborele biliar este cunoscută (3, 6, 10). Chistul hidatic al ficatului, în evoluția sa, poate exercita efecte negative asupra căii biliare principale prin mai multe mecanisme, care interferează de multe ori: tulburări disinergetice ale sfincterului Oddi, coledocită consecutivă iritației conținutului chistic revărsat și adenită pericoledociană secundară.

Asocierea odditei scleroase stenozante — cu sau fără obstacol coledocian — evoluției chistului hidatic al ficatului (2 din obs. noastre) este semnalată din ce în ce mai frecvent (3, 6). *Kourias* o întâlnește în 4,15% a cazurilor pe un total de 1037 chisturi hidatice (9).

Din aceste motive, astăzi toată lumea este de acord cu abordarea bi-

polară în chistul hidatic al ficatului. Numai astfel pot să fie evidențiate și tratate la timp modificările secundare sau asociate ale căilor biliare extra-hepatice. Asocierea posibilă și a odditei scleroase a ridicat două probleme asupra cărora chirurgii încă nu au căzut de acord: 1. indicația colangiografiei peroperatorii și 2. atitudinea față de sfincterul Oddi.

Noi practicăm colangiografia peroperatorie în toate cazurile de chist hidatic deschis în arborele biliar și o completăm — după dezobstrucția coledocului — cu explorarea instrumentală. De asemenea o practicăm și la bolnavii cu chist hidatic al ficatului necomplicat, la cele mai discrete modificări ale căii biliare principale. Oddita stenozantă se poate instala și după iritația numai a lichidului hidatic (chisturi acefalochiste) sau printr-un mecanism dissinergic (chist hidatic hepatic necomplicat). Nu este obligatorie prezența de vezicule sau fragmente de membrană hidatică în coledocul terminal, așa cum susțin *Burlui* și alții.

Atitudinea chirurgilor față de sfincterul Oddi la bolnavii cu chist hidatic hepatic oscilează între „sfincteroplastie oddiană“ de principiu (6) și negația completă a necesității ei.

Noi practicăm sfincteropilectomie parțială transduodenală în chistul hidatic, complicat sau necomplicat, în următoarele împrejurări:

— când datele conjugate ale colangiografiei peroperatorii și ale explorării instrumentale oferă indicii precise de stenoză oddiană asociată;

— când tratarea cavității reziduale este incompletă (chisturi profunde, chisturi care după deschidere în arborele biliar nu mai pot fi găsite).

Numai un asemenea tratament chirurgical complex și judicios individualizat poate asigura vindecarea bolnavilor de la prima intervenție chirurgicală.

Sosit la redacție: 15 iunie 1972.

Bibliografie

1. GOURGEON R., CATALANO H., GUNTZ M.: *J. Chir.* (1961), 81, 2, 153;
2. BOURGEON R., CATALANO H., GUNTZ M., MOUIEL J.: *Ann. Chir.* (1961), 13—14, 861;
3. BURLUI D., RAȚIU O., CONDIESCU M., BUSU GR.: *Chirurgia* (1967), 5, 403;
4. CSIZÉR Z., RAVAI E.: *Rev. Med.* (1972), 78, 1, 7;
5. DEMIRLEAU I.: *Mém. Acad. Chir.* (1964), 1—3, 69;
6. GOINARD P., PELISSIER G.: *Mém. Acad. Chir.* (1958), 84, 619;
7. GUEDJ R., GOINARD P., MORVAN F., BOGAERT J.: *J. Chir.* (1967), 93, 191;
8. JUVARA I., RĂDULESCU D.: *Chirurgia* (1964), 4, 561;
9. KOURIAS B.: *J. Chir.* (1967), 1—2, 35, 10;
10. KOURIAS B., PEVERETOS P.: *Lyon Chir.* (1969), 2, 221;
11. LEGER L., CACHIN M., DETRIE P.: *J. Chir.* (1960), 1, 32;
12. MALLET—GUY P., GIGNOUX M., BERNARD L.: *Lyon Chir.* (1966), 82, 161;
13. NAFTALI Z., NAGY FR.: *Rev. Med.* (1960), 2, 283.