

Clinica Chirurgicală nr. 1 (cond.: prof. dr. E.V. Bancu, doctor docent) din
Tîrgu-Mureş

PROBLEME EPIDEMIOLOGICE ŞI TEHNICE CHIRURGICALE ÎN LEGĂTURA CU CHISTUL HIDATIC HEPATIC ÎN CLINICA CHIRURGICALĂ NR. 1 TÎRGU-MUREŞ PE PERIOADA 1977—1987

E.V. Bancu, A. K. Keresztessy, T. Grozescu, C. Copotoiu, M. Baghiu,
S. Bancu, T. Bara, M. Eşianu, M. Coroş

Material şi metodă

Pe o perioadă de 11 ani (1977—1987) în Clinica Chirurgicală nr. 1 Tîrgu-Mureş, au fost internaţi şi operaţi 77 de bolnavi cu chist hidatic hepatic (CHH). În aceeaşi perioadă au fost operaţi 81 bolnavi cu chist hidatic pulmonar (fig. nr. 1).

Studiul nostru clinic se referă la 50 de dosare, randomizate, care au putut fi studiate pe perioada respectivă şi care au avut o documentaţie acceptabilă. Specificăm că pe cele 27 de cazuri care nu au putut fi studiate nu a existat nici un deces. S-au luat în studiu o serie de factori: sex, vîrstă, durata scursă de la debut la internare, examene paraclinice, diagnostic intraoperator, tipul intervenţiei efectuate, aspectul intraoperator, complicaţii şi mortalitate postoperatorie, durata de spitalizare (fig. nr. 2).

Rezultate

Au fost înregistraţi în statistica noastră 22 de bărbaţi şi 28 de femei. Limitele de vîrstă au fost de 10 şi 70 de ani, cu o medie de 41 ani (fig. nr. 3).

Bolnavii au fost operaţi în urgenţă în 4 situaţii, şi 46 din ei „la rece” (fig. nr. 4). În urgenţă, cele 4 cazuri au prezentat chisturi hidatice hepatice complicate, astfel:

- CHH rupt în CBP cu colici, icter, febră;
- CHH supurat interpretat ca o colecistită acută;
- CHH rupt în cavitatea peritoneală cu hidatohemoperitoneu;
- CHH supurat interpretat ca ulcer duodenal perforat acoperit, cu abces periulceros.

Din cite se observă, diagnosticul de chist hidatic complicat nu s-a pus niciodată în urgenţă.

În ceea ce priveşte operaţiile „la rece”, diagnosticul preoperator înaintea anului 1980 s-a bazat mai ales pe reacţii biologice (R. Casoni, eozinofilie) şi scintigrafia hepatică. Aceste determinări paraclinice au

CHISTUL HIDATIC HEPATIC (CHH)

CLINICA CHIRURGICALĂ NR 1
TG MURES

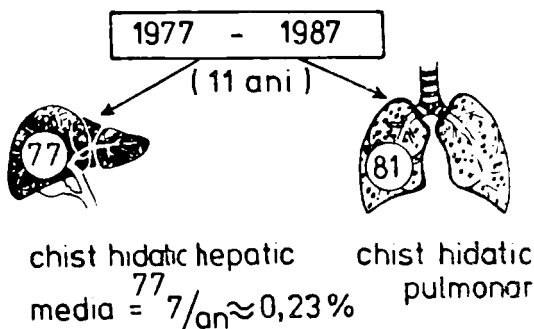


Figura nr. 1

CHISTUL HIDATIC HEPATIC

CLINICA CHIRURGICALĂ NR 1
TG. MURES

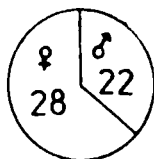
Aspectele studiate

- 1 - vîrstă, sex
- 2 - perioada de la debutul bolii la internare
- 3 - metodele paraclinice de diagnosticare
- 4 - diagnosticul intraoperator
- 5 - caracteristicile chistului
- 6 - tipul de operație
- 7 - complicații postoperatorii
- 8 - decese postoperatorii
- 9 - durata de spitalizare

Figura nr. 2

CHISTUL HIDATIC HEPATIC
CLINICA CHIRURGICALĂ NR. 1 TG-MUREȘ

- raportul dintre sexe



- grupe de vîrstă

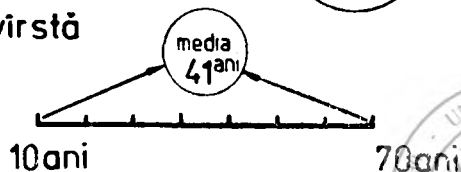


Figura nr. 3

CHISTUL HIDATIC HEPATIC
CLINICA CHIRURGICALĂ NR. 1 TG-MUREȘ

50 bolnavi $\left\{ \begin{array}{l} 46 \text{ operații „la rece”} \\ 4 \text{ operații în urgență} \end{array} \right.$

- 1 CHH rupt în CBC cu colici, icter, fibră
- 2 CHH supurat interpretat ca colicistită ac
- 3 CHH rupt în cavitatea peritoneală
- 4 CHH supurat interpretat ca ulcer dd. perforat acoperit cu abces

Figura nr. 4

CHIST HIDATIC HEPATIC
(LOCALIZARE)

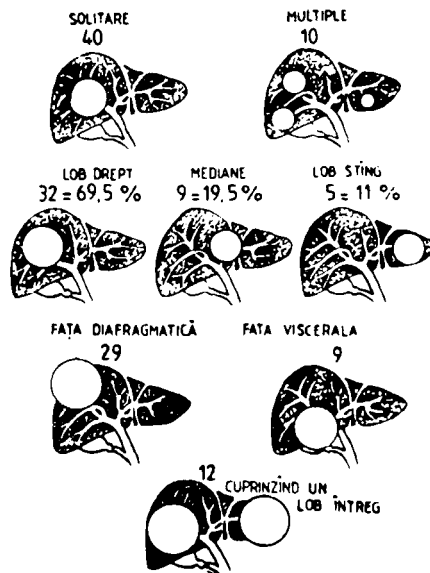


Figura nr. 5

dat multe cauze de eroare și nu ne-au înlesnit o deschidere spre un diagnostic mai ușor. Saltul calitativ se produce după 1980, datorită ecografiei. Prin ecografie diagnosticul a fost mult ușurat datorită aspectului caracteristic al imaginii ecografice. Metoda de investigație permite o intervenție mai precoce încă în faza subclinică a bolii. Această realizare deosebită are însă și unele neajunsuri. Bolnavii diagnosticați în timpător, într-un stadiu precoce, beneficiază imediat de intervenție chirurgicală, care în astfel de situații descoperă de multe ori chisturi hidatice centrale înconjurată de o lamă groasă de țesut hepatic. Abordul chistului uneori se face cu dificultate și se impun măsuri mai delicate hemostatice. Tratarea cavității restante după îndepărtarea chistului devine mai dificilă fiind nevoie în astfel de cazuri de plombaje bune cu epiploon. Chistoperichistectomia, ca și metodele de aplatizare a chistului sînt iluzorii.

Intraoperator au fost găsite chisturi solitare la 40 bolnavi (80%) și chisturi multiple la 10 (20%), acestea fiind localizate în 6 cazuri în lobul drept și în 4 cazuri în ambii lobi (fig. nr. 5).

Din totalul celor 50 de chisturi hidatice hepatice, 37 au fost localizate în lobul drept (80,5%) și 9 în lobul stîng (19,5%). Dimensiunea medie a diametrului chisturilor a fost de 10 cm, cu limita extremă de 30 cm (lobul drept și sectorul paramedian stîng) 85% din chisturile hidatice hepatice au fost fertile.

Localizarea chisturilor față de ficat a fost în 29 de situații pe fața convexă, diafragmatică (58%), în 9 pe fața inferioară a ficatului (18%) și în 12 cazuri cuprindeau lobul în întregime, fiind interesate ambele fețe, parenchinul hepatic fiind redus la o lamă subțire de țesut.

Am consemnat 25 de bolnavi (50%) purtători de chisturi complicate, astfel (fig. nr. 6):

— CHH suprainfectate	12 (24%);
— CHH rupte în cavitatea peritoneală	2 (4%);
— CHH rupte în CBP	8 (10%);
— CHH degenerate sclerocalcic	3 (6%).

Observații operatorii

Am precizat mai sus că în 4 cazuri s-a intervenit de urgență pentru complicații acute ale chisturilor.

Calea de abord folosită a fost laparotomia subcostală dreaptă în 21 cazuri, laparotomia tip Barraya în 15 cazuri, toracofrenolaparotomia la 12 bolnavi și toracotomia dreaptă simplă la 2 bolnavi cu CHH recidivite subdiafragmatic (fig. nr. 7).

Dorim să precizăm că numărul mare de toracofrenolaparotomii (TFL) se datorește situațiilor în care CHH erau foarte mari și pentru prepararea și tratarea corectă prin aplatizare a cavității, necesitau un abord foarte larg. Nu am avut neajunsuri din cauza TFL; din contră TFL dreaptă ni se pare mai benignă decît cea stîngă, iar deschiderea rebordului costal este necesară deoarece toracotomia și laparotomia luate separat sînt insuficiente din cauza aderențelor masive ale chistului la cupola diafragmatică. TFL ne permite secționarea ligamentului triangular al ficatului, pătrunderea în zonele extraperitoneale ale lobului

CHISTUL HIDATIC HEPATIC

CLINICA CHIRURGICALĂ NR 1
TG MURES

Complicațiile chisturilor :

25 = 50% din 50 chisturi

- | | | | |
|----|-----------------------------------|----|-------|
| 1. | supranfecția | 12 | (24%) |
| 2. | rupte în CBP | 8 | (10%) |
| 3. | rupte în cavitatea
peritoneală | 2 | (4%) |
| 4. | degenerescență fibro-
calcarea | 3 | (6%) |

CHISTURI FERTILE = 85%

CHIST HIDATIC HEPATIC

CLINICA CHIRURGICALĂ NR 1
TG MURES

sub costală dreaptă

21



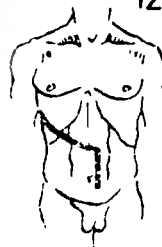
tip Barrage

15



toracofrenolaparotomie

12



toracotomie dr.
simplă

2



Figura nr. 6

Figura nr. 7

drept, de la extremitatea inferioară a lobului spre vena suprahepatică dreaptă, răsturnarea înspre stînga a ficatului cu prepararea în scopul vizualizării venei cave inferioare și asigurarea unui confort operator care să ne scutească de gesturi riscante preoperatorii cu ocazia tratării perichistului.

Toracotomia dreaptă simplă ne-a dat satisfacții în 2 cazuri, în care am ocolit fostul cîmp operator abdominal care era intens adeziv; atacînd prin torace cupola diafragmatică și am rezolvat astfel chistul prin drenaj transpleural.

Tipurile de operații practicate pe cele 50 de cazuri au fost (fig. nr. 8):

— chistoperichistectomia de aplatizare (Lagrot) la 26 bolnavi;

— chistoperichistectomia ideală (Napalkov) în 14 cazuri;

— chistoperichistectomia totală după deschiderea chistului (Iovanovitch) la 4 bolnavi;

— chistojejunostomie în 2 cazuri;

— chistogastrostomie la un bolnav;

— hepatectomii stîngi ca operații suplimentare în 5 cazuri (din care unul hepatectomie reglată largă stîngă);

— hepatectomii drepte în 2 cazuri (1 atipică + 1 reglată cu

OPERAȚIA	NR	DRENAJ BILIAR EXTERN Kehr	NR ZILE SPITALIZARE		COMPLICAȚII	DECESE
			< 30	> 30		
CHISTOPERICHISTECTOMIE PARȚIALĂ "MAR. TT. LAGROT"	26	11	18	8	absces subfrenic, supurata plăgă, fistulă bilară	romă hepatică 1
PERICHISTECTOMIE TOTALĂ NAPALKOV	14	3	14	0	0	insuficiență hepatică 1
IOVANOVITCH	4	—	4	0	0	0
HEPATECTOMIE STÎNGĂ	5	1	4	1	0	0
HEPATECTOMIE DREAPTĂ	2	0	1	1	0	0
CHISTOJEJUNOSTOMIE	2	0	1	1	0	0
CHISTOGASTROSTOMIE	1	0	1	1	0	0
MARSUPIALIZARE STRÎMTĂ (RIVAS)	3	1	0	3	pac. cu insuficiență de masă și greutăți	0
TOTAL	57	15	43	14	7	2

Figura nr. 8

interesarea parțială a sectorului paramedian stg.);

— marsupializarea strîmtă (Rivas) în 3 cazuri.

Operații complementare: — au fost efectuate colecistectomii la 19 bolnavi (din care 3 erau litiazice) și coledocotomii cu drenaj Kehr în 15 cazuri.

Am dori să precizăm că în majoritatea cazurilor în care am practicat chistoperichistectomie totală, fără deschiderea chistului, au fost sacrificate și unele teritorii hepatice mai puțin importante, la bolnavii la care abordul CHH s-a făcut de obicei prin TFL.

Chistojejunostomia și chistogastrostomia au fost efectuate pentru CHH cu localizare hilară în care elementele hilului hepatic coafau convexitatea chistului, iar extensia chistului în ficat fiind mare și tratarea cavității restante fiind foarte dificilă, fără acest drenaj intern.

În cazul celor 5 hepatectomii stîngi de 4 ori s-au efectuat hepatectomii atipice, iar la o bolnavă care prezenta 2 chisturi hidatice lobare stîngi cu perete sclerocalcic și conținut infectat, s-a practicat hepatectomie lobară stîngă reglată.

Mergînd razant cu chistul profund a fost necesară sacrificarea unui trunchi portal mare care s-a soldat cu modificarea de culoare intensă a

intregului lob stîng restant pînă la 2 laturi de deget spre dreapta ligamentului falciform. În continuarea intervenției s-a preparat vena suprahepatică și ramurile stîngi ale porței, arterei hepatice și canalului hepatic și s-a efectuat hepatectomia stîngă reglată. Evoluția postoperatorie favorabilă.

La o bolnavă de 18 ani cu CHH gigant al lobului drept infectat s-a efectuat de la început o hepatectomie reglată dreaptă cu sacrificarea unui teritoriu paramedian stîng, în total 70% din ficat, fiind cea mai mare hepatectomie reglată efectuată în clinica noastră.

În toate cazurile în care există o fistulă biliară, sau aceasta este invizibilă, dar a apărut bilă în cavitatea chistului, sau a fost necesară rezecția unui teritoriu hepatic important, se efectuează colecistectomia și coledocotomia de explorare, care se termină prin drenaj Kehr.

Complicații (fig. nr. 9):

La unul din bolnavi a apărut șocul anafilactic în momentul punționării intraoperatorii a chistului, iar la un alt bolnav s-a produs ruperea chistului în timpul mobilizării.

Postoperator au fost observate următoarele complicații:

— abces subfrenic la 3 bolnavi care au necesitat re-intervenții, cu un deces;

— supurația plăgii la 2 bolnavi;

— embolie pulmonară și deces la un bolnav;

— fistulă biliară la un caz;

— episoade febrile rezolvate conservativ la 8 bolnavi.

Mortalitate:

Pe cele 50 de cazuri de CHH studiate au fost înregistrate 2 decese (4%).

— O bolnavă de 66 ani operată în urgență cu CHH rupt în cavitatea peritoneală.

Se practică chistoperichistectomia parțială Lagrot dar în săptămîna a 3-a face un abces subfrenic pentru care se reintervine și bolnava decedează în ziua a 28-a prin comă și stare septică.

— O bolnavă de 55 ani, cu CHH lobar drept gigant la care s-a practicat chistoperichistectomia Napalkov, face embolie pulmonară în ziua a 12-a postoperator urmată de stop cardiorespirator.

Media zilelor de spitalizare a fost de 27, cu limite între 9 și 60 zile.

CHIST HIDATIC HEPATIC

CLINICA CHIRURGICALĂ NR 1
TG MUREȘ

Complicații:

intraoperatorii:

- 1 Șoc anafilactic la punționarea chistului
- 2 Ruperea chistului în timpul mobilizării

postoperatorii:

- 1 abces subfrenic
- 2 supurația plăgii
- 3 care au necesitat re-intervenție (1 deces)
3. pneumonie 1
- 4 episoade febrile tranzitorii 8
- 5 fistulă biliară 1
- 6 embolie pulmonară 1 (deces)

Figura nr. 9

Discuții

Studiul clinic al bolnavilor internați cu CHH pe o perioadă de 11 ani (1977—1987) în Clinica Chirurgicală nr. I. din Tirgu-Mureș, arată că în clinica sus amintită mai există preocupări deosebite în ceea ce privește tratamentul chistului hidatic hepatic care survine cu o medie anuală de 7 bolnavi. Dacă raportăm această cifră la cazuistica clinicii, ea nu reprezintă o problemă deosebită, dar dacă ne gândim la apariția bolii în etapa actuală pe întreg teritoriul țării, în care și cazuistica noastră se încadrează prin cele 77 cazuri, am putea spune că infestația cu *Echinococcus* mai reprezintă la noi o problemă care necesită rezolvare cât mai urgentă. Problemele de epidemiologie ridicate de boală nu revin în sarcina chirurgilor ci, mai ales, altor specialiști și nu totdeauna din rețeaua sanitară.

Se pare că și în cazuistica noastră localizarea pulmonară este mai frecventă decât cea hepatică, dar că diferența numerică dintre cele două localizări nu este esențială (82/77).

În cazuistica noastră afecțiunea survine mai mult la femei decât la bărbați.

Nu se poate preciza o limită de timp a debutului pînă la internare în serviciul de chirurgie, totuși se poate afirma că perioada subclinică a bolii este de foarte lungă durată. În ultimul timp, se internează bolnavi fără o simptomatologie evidentă, datorită depistărilor ecografice.

Majoritatea bolnavilor sînt internați ca și cazuri cronice (46 din 50). În cele cîteva cazuri (4) internate în urgență, nu s-a pus niciodată diagnosticul preoperator de chist hidatic complicat cu abdomen acut. Putem afirma că ecografia reprezintă un salt calitativ deosebit în diagnosticul CHH.

Din studiul nostru se constată că majoritatea chisturilor sînt solitare și că localizarea predilectă este în lobul drept, aceasta confirmînd din nou teza românească a laminării singelui portal.

În ultimul timp, datorită ecografiei apar în clinică chisturi de dimensiuni mici și cu localizare centrală.

Majoritatea chisturilor hidatice hepatice operate în clinica noastră (85%) sînt fertile, iar o jumătate din ele au fost complicate, dintre care numai 4 au necesitat operații de urgență.

Calea de abord folosită de cele mai multe ori a fost laparotomia subcostală, dar în orice împrejurare, cînd situația locală reclamă un confort chirurgical sporit, practicăm toracofrenolaparotomia. De aceea, în prezent, preferăm laparotomia tip Barraya (15 cazuri) prelungită în TFL la nevoie (laparotomie mediană mijlocie cu debridare laterală dreaptă spre rebordul costal drept transrectal, secționînd dreptul abdominal spre extremitatea anterioară a coastei) (9).

Metoda cea mai des folosită a fost aplatizarea cavității restante (Lagrot) (în 26 cazuri). Aceasta ni se pare cea mai bună metodă în cazul CHH mari. Celelalte metode care reclamă chistoperichistectomie sînt operații mai pretențioase, care trebuie făcute de chirurghi obișnuiți cu chirurgia exerezelor hepatice. Folosirea marelui epiploon prin decolare coloepiploică de pe jumătatea dreaptă a colonului ni se pare judicioasă. Epiploonul poate fi folosit pentru a tapeta o zonă de hepatectomie, o zonă limitată de perichist aplatizat, avînd grijă ca drenurile să fie pla-

sate între epiploon și perichist precum și între epiploon și diafragm. În cazul chisturilor centrale cu lamă groasă hepatică, epiploonul va servi ca plombă a cavității restante și va fi trecut spre cavitatea restantă fie peste fața convexă a ficatului, fie printr-un foraj, acolo unde poate fi efectuat convenabil.

Sînt multe situații în care pentru o reușită bună postoperatorie e nevoie de curaj și iscusință în chirurgia chistului hidatic hepatic.

Au fost înregistrate diferite complicații la 15 bolnavi, dintre care unele au fost de mai mică importanță (stări febrile postoperatorii 8 cazuri).

Au decedat 2 bolnavi, dînd o mortalitate globală de 2,60% din cei 77 bolnavi operați pentru chisturi hidatice hepatice în 11 ani.

Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de 27 zile, cu limitele între 9 și 60 zile. Se constată că bolnavii cu chist hidatic hepatic operat, necesită cele mai multe zile de internare postoperator dintre toate îmbolnăvirile chirurgicale, care sînt totuși comparabile cu cele ale bolnavilor cu rezecții rectale abdominoperineale pentru cancer rectal.

Bibliografie

1. Bancu E.V. și colab.: Chirurgia (1975), 20, 12; 2. Buligescu D., Roșca Monica: Boiile ficatului, căilor biliare și pancreasului. Ed. Medicală, București, 1977; 3. Făgărășanu I., Ionescu-Bujor C., Aloman D., Albu E.: Chirurgia ficatului și a căilor biliare intrahepatice. Ed. Acad. R.S.R., București, 1967; 5. Gütgemann A., Käufer C., Prange C.H., Raschke E., Bücheler E., Biersach J.H.: Langenbecks Arch. Chir. (1976), 340, 285; 6. Juvara I., Rădulescu D., Prișcu A.L.: Probleme medico-chirurgicale de patologie hepatobilieră. Ed. Medicală, București, 1969, 151; 7. Kassai Y., Koshimo I., Kawanischi N., Sakamoto H., Sasaki E., Kumagi M.: An. Surg. (1980), 191, 2, 145; 8. Kolowski L., Bähr R., Kummer D.: Chirurg (1979), 50, 140; 9. Toader C., Turdeanu N., Fodor I.: Chirurgia (1971), 20, 3, 201; 10. Viard H., Claudon R., Rifle C., Sgro J.C.: Lyon Chir. (1970), 66, 4, 288.

V.E. Bancu, A.K. Keresztessy, T. Grozescu, C. Copotoiu, M. Baghiu, Ș. Bancu, T. Bara, M. Eșianu, M. Coroș

EPIDEMIOLOGICAL AND SURGICAL TECHNICAL ISSUES CONCERNING THE HEPATIC HYDATIC CYST AT THE CLINIC OF SURGERY NR. 1, TIRGU-MUREȘ, BETWEEN 1977—1987

During 11 years (1977—1987) 77hepatic hydatic cyst /HHC/ patients were hospitalized and operated on, and so were 81 cases with pulmobaric hydatic cyst.

The files of 50 HHC cases were studied; in the remainder of 27 cases no post-operative death was found.

The average age of the patients was 41 years, — males 22, females 28. Single cysts — 40; multiple cysts — 10. In the right lobe 32, in the left lobe 5 and 9 median cysts. Their complications: 12 suprainfections, 8 ruptured in CBP, 2 ruptured in the peritoneal cavity, 3 with calcarous degeneracy, so that in 4 cases emergency surgical interventions were required.

Types of interventions performed: partial cystopericystectomy /Lagrot/: 26; total cystopericystectomy /Napalkov/: 14; /Iovanovitch/: 4; tight marsupialization

(Rivas): 3; cystojejunostomy: 2; cystogastrostomy: 1; left hepatectomy: 5 (one of which was regulated); right hepatectomy: 2 (1 regulated). Complementary operations: cholecystectomy = 19, choledochotomy with Kehr's drainage = 15 cases.

Intraoperative complications occurred in 2 cases: one anaphylactic shock solved favourably and one cyst rupture during mobilization.

Postoperative complications appeared in 7 patients (14%), of which 3 with subfrenic abscess requiring re-interventions, 2 suppurations of the wound and one biliary fistula.

There were 2 early postoperative deaths (4% mortality), one due to pulmonary embolism on the 12th day after the operation, and the other one caused by toxico-septic shock after evacuated subfrenic abscess at 3 weeks after the first operation.
