

LEZIUNILE IATROGENE ALE CĂILOR BILIARE

Eugen Guţu – dr. hab. în medicină, prof. univ.,

Vladimir Iacub – dr. în medicină, conf. univ.,

Vasile Guzun – dr. în medicină,

Veaceslav Popa,

Catedra Chirurgie Generală Semiologie, USMF “Nicolae Testemiţanu”

GSM: 079456356, E-mail: gutsu@rambler.ru

Rezumat

Leziunile iatrogene ale căilor biliare reprezintă o complicație severă a colecistectomiei, și sunt asociate cu o mortalitate înaltă, complicații grave precoce și la distanță și, durata crescută a spitalizării bolnavilor. Este tipic, că leziunile minore ale căilor biliare sunt diagnosticate la 1-3 zile postoperator, pe când cele majore – nemijlocit intraoperator. Pentru colecistectomia laparoscopică este caracteristică stabilirea leziunilor biliare majore intraoperator în toate cazurile, pe când în colecistectomie deschisă – doar la o treime din bolnavi. Pentru corecția leziunilor minore mai indicate sunt procedeele de restabilire, iar pentru cele majore – intervențiile reconstructive și, în primul rând – hepaticojejunostomie pe ansa Roux.

Cuvinte-cheie: leziunile iatrogene, căile biliare

Summary. Iatrogenic injuries of bile ducts

Iatrogenic injuries of bile ducts are a severe complication of cholecystectomy, which are associated with high mortality, serious early and distant complications, and prolonged patients hospital stay. It is typical that minor biliary injuries are diagnosed in 1-3 days postoperatively, while major ones – intraoperatively. For laparoscopic cholecystectomy is characteristic determining the major billiary lesions intraoperatively in all cases, while in open cholecystectomy – only in one third of patients. For correction of minor biliary injuries are most suitable application of restorative procedures and for the major – reconstructive surgery, and primarely – the Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

Key words: iatrogenic injuries, bile ducts

Резюме. Ятрогенные повреждения желчных протоков

Ятрогенные повреждения желчных протоков являются тяжелым осложнением холецистэктомии, и сопровождаются высокой летальностью, серьезными ранними и поздними осложнениями и повышенной продолжительностью госпитализации больных. Незначительные повреждения желчных протоков типично

diagnoștișuruntă în period 1-3 zile după operație, în to vreme căcă semnificative – непосредственно во время хирургического вмешательства. Характерно, что при лапароскопической холецистэктомии значительные повреждения желчных протоков были распознаны во время операции во всех случаях, в то время как при открытой холецистэктомии – лишь у трети больных. Для коррекции незначительных повреждений желчных протоков наиболее показанным является применение восстановительных операций, тогда как для значительных – реконструктивных вмешательств, и, прежде всего – гепатикожежуностомии на кишечной петле по Ру.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения, желчные протоки

Introducere

Leziunile căilor biliare (LCB) pot să se producă în timpul intervențiilor chirurgicale pe stomac, pancreas sau ficat, dar majoritatea (80-90%) din acestea sunt legate cu colecistectomie [2]. Numărul LCB a crescut brusc în anii 1990 odată cu implementarea pe larg a colecistectomiei laparoscopice (CEL). Deși, este statistic nesemnificativ, incidența raportată a LCB iatrogene în CEL este dublă comparativ cu colecistectomia deschisă (CED) – 0,6% vs 0,3%, respectiv [1]. LCB reprezintă o problemă medicală complexă, care afectează dramatic evoluția postoperatorie și calitatea vieții a pacienților, și uneori poate duce chiar la deces [3].

Scopul studiului a fost în determinarea incidenței și severității traumatismului biliar iatrogen, analiza eficacității diagnosticului și rezultatelor managementului reconstructiv al pacienților cu LCB.

Material și metode. Lucrarea se bazează pe analiza datelor pre-, intra- și postoperatorie a 13 pacienți cu LCB confirmate, aflați în Clinica Chirurgie Generală la baza IMSP Spitalul Clinic Municipal nr.1, în perioada anilor 2005-2012. Femei au fost 10 (76,9%), bărbați – 3 (23,1%). Vârsta pacienților a variat între 27 și 80 de ani și, constituia în mediu 56,9 ani. Toți pacienții au fost operați pentru litiaza veziculară simptomatică sau complicată cu un proces inflamator. Astfel, colecistită acută calculoasă (CAC) gangrenoasă au avut 3 bolnavi, CAC flegmonoasă – 5, colecistită cronică calculoasă (CCC) – 5. Din numărul total de 1441 CEL efectuate în spital în perioada respectivă, LCB s-au produs în 8 (0,55%) cazuri, ceea ce constituie un raport de 1:180 cazuri. CED au fost efectuate în număr de 221, traumatismul biliar iatrogen fiind constatat în 5 (2,26%) cazuri, ceea ce constituie un raport de 1:44. Totodată, pacienții selectați inițial pentru CED au avut schimbări locale majore, ce au fost considerate ca contraindicații pentru abord laparoscopic în 3 cazuri (CAC gangrenoasă – 1, CAC flegmonoasă – 1 și CAC însoțită cu icter mecanic – 1), sau au avut conversie de la CEL la CED încă până la producerea leziunii (2 cazuri).

Factorii care nemijlocit au contribuit la apariția LCB la pacienții din lotul de studiu au fost: prezența locală a plastronului inflamator perivezical (6 cazuri), apariția hemoragiei intraoperatorii (1 caz) și prezența

anomaliei biliare congenitale confirmate (1 caz). În 5 (38,5%) observații factorii de risc nu au fost identificați.

LCB la pacienții din lotul de studiu au fost clasificate conform Bismuth [5]: s-au depistat 4 (30,7%) pacienți cu leziune Bismuth I (leziune localizată cu 2 cm mai distal de joncțiunea ducturilor hepatice), 2 (15,4%) pacienți cu leziune Bismuth II (leziune localizată mai puțin de 2 cm de la joncțiune), 1 pacient cu leziune Bismuth III (leziunea este la nivelul bifurcației, însă aceasta este păstrată) și 2 pacienți cu leziune Bismuth V (leziunea ductului aberant). Însă, dezavantajul major al sistemului Bismuth constă în imposibilitatea clasificării multor LCB: la 4 (30,7%) bolnavi din studiul nostru.

Conform clasificării Strasberg [4] s-a determinat: 1 pacient cu leziune tip C (traumatismul ductului aberant sau sectoral), 3 pacienți cu leziune tip D (traumatism lateral al ducturilor biliare extrahepatice) și, încă 9 pacienți cu leziunile de tip E, care repetă clasificarea Bismuth.

Suplimentar a fost utilizată clasificarea LCB după Necitailo [6][4], care le divizează în leziuni majore (7 cazuri) și minore (6). Cele minore sunt traumatismul ducturilor accesorii (sau A, B, C, D, E5 după Strasberg), iar cele majore reprezintă traumatismul ducturilor magistrale (Strasberg E1-4), care la rândul său pot fi totale sau parțiale.

Rezultate. În cadrul CEL raportul între traumatismul biliar major și cel minor a fost 4:4 cazuri, iar în CED – 3:2 (diferența este nesemnificativă). Doar 5 (38,5%) din LCB au fost depistate în timpul procedurii chirurgicale primar. În același timp, majoritatea LCB majore au fost diagnosticate intraoperator – 5 cazuri (71,4%). Încă în 2 observații LCB majore au fost depistate foarte tardiv (la a 12-ea și a 15-ea zi postoperator, respectiv). În același timp, intraoperator au fost depistate toate 4 LCB majore produse în timpul CEL, și numai 1 din 3 leziuni – în CED ($P = 0,09$). Viceversa, nici într-un caz traumatismele minore nu au fost stabilite intraoperator ($p < 0,01$ cu indice respectiv în LCB majore), fiind diagnosticate tipic la prima (2 cazuri) și la a treia (3 cazuri) zi a perioadei postoperatorii. Doar într-un caz LCB minoră a fost determinată la a 14-ea zi postoperator.

În 5 cazuri vizualizării intraoperatorii LCB au fost rezolvate chirurgical imediat. Biliografia postoperatorie exteriorizată prin dren a sugerat prezența traumatismului la 7 bolnavi. Dintre ei relaparotomie (la a 1-3 zi) s-a efectuat în 3 cazuri, laparoscopie diagnostică urmată de laparotomie (în perioada 1-3 zile) – în 2 cazuri, colangiografie endoscopică retrogradă urmată de laparotomie (la a 12-15 zi) – în 2 cazuri. Încă la un pacient LCB s-a evidențiat prin apariția icterului mecanic și, după efectuarea colangiografiei endoscopice retrograde bolnavul a fost supus laparotomiei la a 14-ea zi după intervenție primară.

Tratamentul chirurgical a LCB minore s-a efectuat în 6 cazuri: s-au utilizat operațiile de restabilire, care au constat în suturarea defectului cu drenarea coledocului procedeul Halsted (4 pacienți), sutura defectului cu drenarea coledocului procedeul Kher (un pacient) și ligaturarea ductului biliar aberant (1 caz). La 7 bolnavi cu LCB majore au fost efectuate operațiile reconstructive: hepaticojejunostomia termino-laterală pe ansa Roux (în 6 cazuri) și anastomoza bilio-biliară pe stent – într-un caz.

La 2 (15,4%) pacienți din lotul de studiu a survenit decesul, ambii cu LCB majore. Cauzele decesului fiind trombembolia arterei pulmonare și insuficiența renală acută. Durata internării a variat de la 6 zile până la 28 zile cu o medie de $16,4 \pm 1,9$ zile, fiind semnificativ mai mare la pacienții cu leziunile majore ($19,6 \pm 2,5$ zile vs $16,4 \pm 1,9$ zile la bolnavii cu LCB minore).

Complicațiile la distanță au fost stricturile căilor biliare, apărute la 2 pacienți din lotul de studiu: după anastomoza bilio-biliară (1) și hepaticojejunostomie (1). Aceste complicații au fost rezolvate în ambele cazuri prin aplicarea hepaticojejunooanastomozei. Perioada de timp de la efectuarea primei operații de rezolvare a LCB și până la apariția stricturii a fost de 8 și 6 luni respectiv.

Discuții și concluzii. Este stabilit, că unul dintre factorii majorării LCB în ultimul timp constă în implementarea largă a CEL [1]. Surprinzător, în studiul de față incidența LCB a fost cel puțin de 4 ori mai mare în cadrul CED comparativ cu CEL. Totodată, CEL a devenit un standard de tratament al bolnavilor cu litiaza biliară, inclusiv complicate cu inflamație acută. În aceste condiții, pacienții selectați inițial pentru CED au avut schimbări locale majore, ce au fost considerate ca contraindicații pentru abord laparoscopic sau ca motiv către conversie.

Multiple clasificări au fost elaborate pentru descrierea severității leziunilor biliare în epoca pre- și postlaparoscopică [4][5][6]. Rezultatele studiului au demonstrat justificarea utilizării clasificării Strasberg în comparație cu sistemul Bismuth, deoarece aceas-

ta permite gradarea severității LCB în toate situațiile clinice.

Se consideră, că leziunile în cazul CEL sunt mai grave, decât în CED, ceea ce este cauzată de "traumatismul laparoscopic clasic", incomplet sau complet [7]. Însă în lucrarea noastră, diferența în raportul LCB majore vs minore între CEL și CED nu a fost notată.

Evident, că diagnosticul oportun al traumatismului biliar iatrogen se poate asocia cu ameliorarea rezultatelor tratamentului, prin repararea sau reconstrucția timpurie, reducerea complicațiilor locale și sistemice eventuale. Din nefericire, întârzierea diagnosticului este comună. Astfel, doar în 11-25% LCB sunt depistate în timpul intervenției chirurgicale primare [1][8]. În studiul de față frecvența stabilirii LCB intraoperator a constituit 38,5%. În același timp, toate cazurile de diagnosticare intraoperatorie s-au referit la LCB majore, cu transecția totală a hepaticocoledocului. Important, că abordul laparoscopic s-a asociat cu o rată mai înaltă a stabilirii leziunii în timpul operației primare, decât în intervenție deschisă.

Alegerea tacticii curative depinde de mai mulți factori: severitatea traumatismului biliar, timpul trecut până la diagnosticarea leziunii, procedee sau operații în antecedente pentru corecția inițială a traumatismului, apariția complicațiilor, starea generală a pacientului [8][2][7]. Intervențiile chirurgicale efectuate în cazul LCB pot fi divizate în 3 tipuri: (1) Intervenții de restabilire (sudurarea ductului, operația Heineke-Mikulicz, anastomoza bilio-biliară; închiderea plastică a defectului); (2) Intervenții reconstructive (anastomozele bilio-digestive); (3) Intervenții minim-invazive endoscopice sau radiologice [6]. În studiul prezent, pentru corecția LCB minore au fost utilizate procedee de restabilire, iar pentru cele majore – reconstructive și, în primul rând – hepaticojejunostomie pe ansa Roux.

Așadar, LCB iatrogene reprezintă o complicație severă a colecistectomiei și, sunt asociate cu o mortalitate înaltă, complicații grave precoce și la distanță și, durata crescută a spitalizării bolnavilor. Condiția importantă pentru corecție reușită a LCB și prevenirea complicațiilor este diagnosticarea precoce intraoperatorie a iatrogeniei. Actualmente managementul optimal al pacienților cu LCB majore rămâne reconstrucția chirurgicală.

Bibliografie

1. Mercado M.A., Chan C., Orozco H., et al. *Acute bile duct injury. The need for a high repair.* Surg. Endosc., 2003; 17(9):1351-5.
2. Karvonen J., Gullichsen R., Laine S., et al. *Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: primary and long-term results from a single institution.* Surg. Endosc., 2007; 21(7):1069-73.

3. Flum D.R., Cheadle A., Prael C., et al. *Bile duct injury during cholecystectomy and survival in medicare beneficiaries*. JAMA. 2003; 290(16):2168-73.
4. Strasberg S.M., Hertl M., Soper N.J. *An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy*. J. Am. Coll. Surg., 1995; 180(1):101-25.
5. Bismuth H. *Postoperative strictures of the bile ducts*. In: Blumgart LH, editor. *The Biliary Tract V*. New York, NY: Churchill-Livingstone, 1982: 209-18.
6. Нечитайло М.Е., Скумс А.В. *Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия*. Киев: Макомб, 2006: с. 344.
7. Lillemoe K.D., Melton G.B., Cameron J.L. et al. *Postoperative bile duct strictures: management and outcome in the 1990s*. Ann. Surg., 2000; 232(3):430-41.
8. Rauws E.A., Gouma D.J. *Endoscopic and surgical management of bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy*. Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol., 2004; 18(5):829-46.