

STRATEGIA CHIRURGICALĂ ÎN STRICTURILE IATROGENE ALE CĂII BILIARE PRINCIPALE

Alexandru Ferdohleb – conf. univ., dr. șt. med.,

Catedra de chirurgie nr. 2, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

tel. +37379401361, alexandru.ferdohleb@gmail.com

Rezumat

Scopul studiului dat a fost de a sensibiliza specialiștii chirurghi, gastroenterologi asupra strategiei chirurgicale adresate stricturilor iatrogene a căii biliare principale. **Metode.** În perioada ultimilor 20 de ani, în Clinica 1 Catedra nr. 2 Chirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu” au fost spitalizați 228 pacienți cu stricturi iatrogene a căilor biliare. Evaluarea clinică a bolnavilor a inclus câteva etape consecutive: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresia preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv. În cazul stricturilor biliare, după cuparea icterului și a infecției biliare, am efectuat derivațiile biliodigestive în dependență directă de nivelul obstacolului, preferând cele biliojejunale pe ansa izolată în Y a la Roux. Letalitatea postoperatorie a fost marcată în 6 (2,63%) cazuri. **Concluzii.** Stricturile iatrogene a căii biliare principale au o evoluție complicată, cu multe intervenții chirurgicale, necesitând numeroase internări. Trebuie de depus eforturi pentru a fi depistate în timp oportun și a preveni complicațiile septică. În prima etapă se va recurge la decompresie de arbore biliar, iar după cuparea procesului inflamator se va realiza reconstrucția biliodigestivă.

Cuvinte-cheie: stricturi biliare, hepaticojejunostomie, cale biliară

Summary. Surgical strategy in iatrogenic strictures of the main biliary ducts

The aim of our study was to sensitize surgeons and gastroenterologists to the difficulties of settling iatrogenic benign biliary strictures. **Methods.** Over the last 20 years, were hospitalized 228 patients and benign biliary strictures in the Clinic 1 2nd Department of Surgery of SMPU „Nicolae Testemițanu”. Clinical evaluation included several consecutive steps: 1) setting the etiopathogenic diagnosis; 2) pre-operative decompression of the biliary tree; 3) reconstructive surgical act. In case of biliary strictures, following the cut of jaundice and biliary infection, bilio-digestive derivations have been performed according to the level of the obstacle, preferring the bilio-jejunal on isolated loop in Y a la Roux. The post-operative lethality was of 6 (2,63%) cases. **Conclusions.** The iatrogenic biliary strictures of the biliary ducts have a complicated evolution, with many surgical interventions and hospital confinements. effort is needed in order to trace them timely and to prevent septic complications. In the first stage, decompression of the biliary tree is performed and following the cut of the inflammatory process, bilio-digestive reconstruction is done.

Key words: biliary strictures, hepaticojejunostomy, biliary duct

Резюме. Стратегия хирургического лечения ятрогенных стриктур желчных протоков

Цель данного исследования заключалась, в информирование хирургов, гастроэнтерологов о сложностях решения ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков. Методы. За период последних 20 лет, на кафедре Хирургии № 2, клинической базе № 1, ГМФУ им. «Николае Тестемицану» было госпитализировано 228 больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктур желчных протоков. Клиническое обследование пациентов включало несколько последовательных этапов: 1) этиопатогенетическая диагностика; 2) предоперационная декомпрессия желчевыводящих путей; 3) реконструктивная хирургия. В случаях желчных стриктур, после купирования желтухи и желчных инфекций, проводили реконструктивные операции, напрямую зависящие от уровня обструкции, предпочтительно гепатикојеюнальные анастомозы на изолированной петле Roux. Послеоперационная летальность была отмечена у 6 (2,63%) случаев. **Выводы.** Ятрогенные повреждения имеют сложную эволюцию, с большим числом хирургическим операций, требующие многочисленные госпитализации. Необходимо приложить усилия для своевременного диагностики и профилактики септических осложнений. На первом этапе предложено применить декомпрессию желчевыводящих путей, а после купирования воспалительного процесса, проводят реконструктивные операции.

Ключевые слова: стриктуры желчных протоков, гепатикојеюно-анастомоз, желчный проток

Introducere. Stenozele iatrogene sunt consecința unor leziuni accidentale necunoscute, sau rezultatul tratamentului neadecvat al leziunilor recunoscute la nivelul căilor biliare extrahepatice. Traumatismul operator interesează integritatea morfologică și implicit funcțională a căii biliare principale. Deși benigne, din punct de vedere histologic, stenozele au tendin-

ța de progresiune și determină complicații severe. În 90% din cazuri, traumatismul căii biliare principale apare în urma unei colecistectomii, mai rar după intervenții pe cale biliară principală, stomac sau duoden [1, 2, 3, 4].

O dată cu prima colecistectomie efectuată în 1882 de Langenbuch s-a deschis calea pentru leziunile ia-

trogene de cale biliară magistrală (LICBM). În 1899 s-a înregistrat prima reparație reușită de a unei astfel de leziuni. De atunci această tematică a fost larg dezbătută în articole și tratate de specialitate, atât în literatura internațională, cât și în cea națională.

Clar că principiile tehnicilor chirurgicale pe parcursul mai multor decenii au fost aduse la o cizelare impresionantă. S-a standardizat și tehnica realizării colecistectomiilor, dar necăutând la acest fapt ponderea leziunilor căilor biliare rămâne constantă pe parcursul ultimilor decenii de 0,1-0,8% din cazuri. Colecistectomia clasică a fost un standard de aur în tratamentul colecistitei calculoase mai mult de 100 de ani. Promovarea pe scară largă a colecistectomiei laparoscopice a reaprins controversele din chirurgia clasică. Odată cu introducerea primei colecistectomii laparoscopice de Erich Mühe von Böblingen (Germania) în 1985 și apoi de P.Mouret (Franța) în 1987 în practica medicală, s-a constatat o ascensiune uimitoare a acestei tehnologii, care devine doar în câțiva ani un nou standard de tratament, acceptat unanim de toți. La moment, se apreciază în țările dezvoltate un nivel de 95% de colecistectomii laparoscopice din totalul efectuat [5, 8, 9, 10].

Până la era laparoscopică frecvența leziunilor cailor biliare, ca urmare a unei colecistectomii tradiționale, pe parcursul ultimilor decenii a fost un indice constant și era echivalat cu un caz la 300-500 operații (0,2-0,3%). Introducerea colecistectomiei laparoscopice a fost urmată de o creștere de 2-5 ori a frecvenței leziunilor iatrogene, fapt marcant, mai ales, în perioada de "învățare" a tehnicii laparoscopice. Această tehnică a mai schimbat și caracterul mecanismelor leziunilor cailor biliare și măbind gravitatea acestora. A crescut ponderea leziunilor înalte cu mare deficit de materie biliară. Au apărut leziuni motivate de efectul diatermocoagulării excesive. Am remarcat apariția leziunilor combinare atât a cailor biliare, cât și a vaselor sanguine.

Condiții în care pot surveni traumatismele căii biliare principale:

- Cale de acces necorespunzătoare pentru intervenția pe calea biliară principală [6];
- Confuzia dintre canalul cistic și calea biliară principală subțire, pusă în tensiune secundar fracționării fundului vezicii biliare în colecistectomie;
- Ligătura cisticului împreună cu calea biliară principală subțire;
- Dezinserția canalului cistic la nivelul inserției sale în calea biliară principală;
- Disecția necorespunzătoare a canalului cistic acolat de calea biliară principală;
- Hemoragia intraoperatorie: din artera cistică, din vasele juxtacoledociene, când se execută dezli-

pirea canalului cistic de calea biliară principală, sau prin lezarea arterei hepatice drepte;

- Colecistectomiile dificile cu pediculită;
- Ligatura canalului hepatic și /sau arterei hepatice drepte;
- Drenajul cu tub Kehr incorect plasat;
- Dilacerarea căii biliare principale în timpul extragerii unui calcul mare ce depășește coledocotomia; Nerecunoașterea unei fistule bilio-biliare [6, 7].

Cel mai frecvent, stenozele căii biliare principale interesează canalul hepatic și joncțiunea cisticohepatică. Cea mai completă clasificare a stenozelor aparține lui H. Bismuth [2]:

Tipul 1: Strictură joasă (pediculară), cu bont biliar superior mai lung de 2 cm.

Tipul 2: Strictură mijlocie (subhilară), cu bont biliar proximal mai scurt de 2 cm.

Tipul 3: Strictură înaltă (hilară) lipsită de bont biliar, dar cu comunicare între ductele hepatice păstrată. Aceste 3 tipuri mai sunt numite leziuni pediculare ale căii biliare principale.

Tipul 4: Strictura convergenței biliare datorată leziunilor radiculotrunculare, comunicarea între ductele hepatice fiind întreruptă prin dezvoltarea de țesut fibros. Tipul 4 prezintă două variante:

a) canalele hepatice sunt apropiate prin extremitățile lor când scleroza este localizată la zona de convergență.

b) canalele hepatice sunt îndepărtate când scleroza se extinde pe canalele hepatice.

Tipul 5: În cazul unor anomalii ale cailor biliare, ramura segmentară dreaptă poate fi separată de restul arborelui biliar prin strictură [3, 6, 9].

Forma și întinderea stenozei depind de gradul și de tipul leziunii inițiale. În urma unei ligaturi sau secțiuni, leziunile scleroinflamatorii sunt puțin extinse. Dacă scleroza este consecința unor fistule biliare, a unor abcese subhepatice de vecinătate sau a reintervențiilor multiple, procesul va interesa calea biliară principală pe o lungime mai mare. Obstrucția parțială sau totală a lumenului biliar, retractor bontului biliar și dilatarea suprastricturală reprezintă caracterele morfologice cele mai importante ale stenozelor biliare. Stenozele incomplete (necircumferențiale) păstrează un grad limitat de permeabilitate, cele complete dezvoltându-se circumferențiar, suprimă permeabilitatea căii biliare. Stenozele pot fi asociate cu fistule ce apar datorită stocării bilei în bontul biliar suprastenotic și creării unui traiect de drenaj. Retracția bontului biliar apare secundar procesului de scleroză. Bontul distal se retractă spre pancreas, iar cel proximal spre hil [4, 5, 8, 9].

Articolul de față este, o analiză critică a experienței de peste 25 ani ai Clinicei Chirurgice nr. 2 a USMF

„Nicolae Testemițanu”, încearcă să pună în lumină, pe lângă cifrele seci ale unor date statistice, suferința umană, pe care o implică stricturile biliare iatrogene, cât și dificultățile de îngrijire și tratament pe care le implică.

Material și metode. În Clinica1 Catedra 2 Chirurgie a USMF „Nicolae Testemițanu” în perioada ultimilor 20 de ani au fost spitalizați 228 pacienți cu LCBM și SBB. În 95,28% pacienți au fost primar tratați și apoi transferați în alte servicii chirurgicale. Repartiția pe sexe a relevat o predominare evidentă a femeilor-154 (67,54%) cazuri față de 74 (32,46%) bărbați. Vârsta pacienților a variat între 25-81 de ani alcătuind o medie de $53,18 \pm 1,58$ ani. Pondere pacienților în etate a fost la nivel de 50% din tot lotul examinat. 56,3% din pacienții cu leziuni biliare au suferit o intervenție chirurgicală pentru o colecistită acută. 95% au reprezentat leziuni biliare majore, clasele D-E după Strasberg.

Diagnosticul topic al leziunilor iatrogene a CBP s-a stabilit opacifiind direct sistemul biliar prin colangiopancreatografie endoscopică retrogradă (ERCP-80%), colangiofistulografie (27,23%), iar la bolnavii cu rezecție gastrică procedeul Billrot II în anamneză și în lipsa unei fistule externe recurgem la colangiografia percutană transhepatică (CPT 24 - 10,91%). În cazurile dificultăților informative a ERCP, sau CPT în lipsa unei fistule biliare, apelăm la biliscintigrafia dinamică și colangiografia prin rezonanță magnitonucleară - 11,27% cazuri.

Principiile evaluării diagnosticului etiopatogenetic urmate de noi a permis stabilirea următoarei repartiții a localizării stricturilor după Bismuth: tip I - 62(27,22%) cazuri, tip II- 86(37,72%) cazuri, tip III - 66(30,00%) cazuri, tip IV - 14(5,08%) cazuri. Conduita medico-chirurgicală a fost strict individuală în fiecare caz clinic. În complexul curativ a fost inclusă terapia intensivă de infuzii și corecție a funcției hepatice, terapia medicală antiinfecțioasă, decompresiunea miniinvazivă prin remediile endoscopice (drenarea nasobiliară (9,39%), aplicarea stentării endoscopice (8,45%), dilatarea stenozei prin balonașul Fogarthy (3,29%), sau prin intermediul remediilor percutane a arborelui biliar (14,8%), cu realizarea acutului chirurgical reconstructiv în condiții favorabile cu risc minim ale complicațiilor posibile (Fig. 1. a și b).

Actualmente stricturile biliare postoperatorii sunt soluționate prin intervenții reconstructive, formând diverse derivații biliodigestive. Derivațiile reconstructive subînțeleg formarea de stomii între porțiunea proximală a arborelui biliar cu tractul digestiv. Experiința chirurgiei mondiale, ce cunoaște de peste 100 de ani, a evaluat de la stomiile cu duodenul, stomacul,



a)



b)

Fig. 1. Stentare endoscopică a căilor biliare principale (CBP)

colonul la un standard recunoscut și, anume derivațiile biliojejunale. Ultimele au fost studiate aprofundat în ultimele decenii și au demonstrat eficiența sa în reconstrucțiile biliare. În particular a fost demonstrată superioritatea ansei jejunale a la Roux, cu brațul ei de peste 80 cm. Derivațiile cu ansa jejunale Roux devin o normă de aur pentru această chirurgie (Fig. 2).

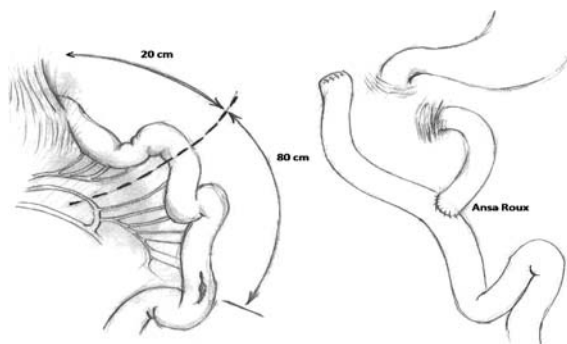


Fig. 2. Ansa jejunale Roux

Pacienții cu stricturi biliare postoperatorii necesită obligatoriu o reconstrucție biliodigestivă. Un factor major pentru stabilirea momentului reconstructiv este timpul ce a trecut de la ultima intervenție. Reconstrucția biliară este realizată la un termen de 3-6 luni de la intervenția precedentă. Dar sunt situații când pacienții au trecut prin complicații septice majore, având drept urmare un proces inflamator de durată a spațiului subhepatic, fibroză locală nematurată. Aceste cazuri necesită deseori un termen mai mare de pauză și care poate ajunge până la 6 luni. Acest termen se va defini individual pentru fiecare pacient.

Orice reconstrucție de cale biliară trebuie să îndeplinească următoarele cerințe: a) excizia țesutului fibros din calea biliară proximală; b) realizarea unei anastomoze largi; c) prezența unei mucoase intacte, fără procese inflamatorii la toate 360° a liniei de anastomoză; d) o bună vascularizare pe linia de sutură; e) lipsa tensiunii la linia de anastomoză. Orice chirurg trebuie să-și tindă ca aceste principii să fie respectate integral. La sigur că sunt și cazuri dificile, unde practic este imposibilă realizarea tuturor. Este cert că excizia țesutului cicatricial și excluderea tensiunii la nivel de anastomoză pot fi obținute aproape întotdeauna.

În situațiile când nu sunt respectate aceste principii, din motive de complexitate de caz, se recomandă de folosit tehnicile Hepp-Couinaud sau Smith Marlow. Aplicare suturilor pe linia de anastomoză se va face de regulă termino-lateral față de ansă. Sutura atraumatică vor permite instalarea unei stomii într-un plan. După finisare buzei posterioare, dacă cale biliară e mai mică de 15 mm e necesar de drenat obligatoriu gura de anastomoză. Experiența ultimilor decenii a permis refuzul de drenările de carcasă în „U”, ca fiind foarte traumatice, iar păstrarea lor îndelungată în arborele biliar facilitează colangita cronică și favorizează ciroza biliară. Folosirea acestor este foarte limitată și vizează cazurile unde este imposibil de aplicat o anastomoză funcțională, având un risc mare de stenoză la distanță. Actualmente sunt în vogă drenările de gură de anastomoză cu efecte bune hidrodinamice și cu aplicare minim traumatizantă pentru arborele biliar. În experiența noastră dăm prioritate procedurii Veolker. Folosim de regulă tuburi de silicon de dimensiuni 16 Fr. Durata aflării a drenajului este individuală, de regulă nu depășește 6 săptămâni (Fig. 3).

Pentru stricturile Bismuth tip I și II o hepaticojunostomie end-to-side, folosind canalul hepatic și ansa Roux, este deja o normă total recunoscută. În aceste situații de regulă dispunem de un bont destul de „lung”, care bine se ajustează la mucoasa intestinală. Chirurgul are o rezervă în manevrele de preparare a bontului hepatic comun pentru a aplica suturile doar pe țesut

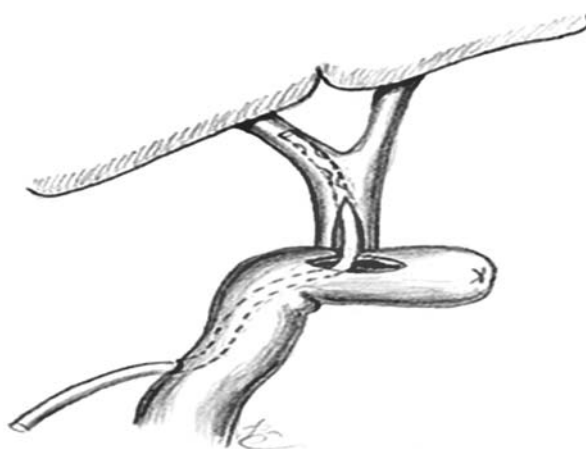


Fig. 3. Hepaticojunostomie cu drenare tip Voelker

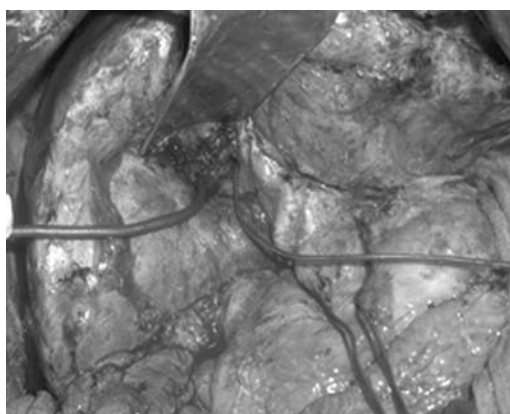
sănătos. În cazul a 62 (27,2%) pacienți cu stricturi de tip I am apelat la coledocojunostomie termino-laterală pe ansa izolată Roux. La 35 pacienți am avut o dilatare a coledocului de peste 2 cm și o situație favorabilă locală anatomică, ce ne-a permis de a ne abține de la drenajul transanastomotic. Pentru 86 (37,72%) cazuri de stricturi tip II varianta tehnică de rezolvare a situației clinice a depins de prelungirea stricturii. Situația intraoperatorie ne-a impus aplicarea hepaticojunostomiei termino-laterale cu ansa exclusă în Y a la Roux. Prezența dilatării ductului hepatic comun de peste 2 cm, ne-a îngăduit să-și finisăm intervenția fără drenaj transanastomotic în 36 de cazuri.

Pentru stricturile înalte Bismuth tip III și IV realizarea hepaticojunostomiei se confruntă cu faptul că bontul biliar are dimensiuni mici, un proces de fibroză major. Pentru așa situații a fost propusă tehnica Hepp-Couinaud. Intraoperator se prepară marginea segmentului IV hepatic și ligamentul hepatogastric. În locul trecerii ligamentului hepatogastric în fascia glissoniană se formează plăcuța hilară. Se prepară plăcuța hilară și prin intersecția ei se va ajunge la joncțiunea canalelor hepatice. Se va continua disecția pe canalul stâng, ultimul fiind maximal dezgolit de țesuturi. Metoda se bazează pe faptul că canalul stâng de regulă este în afara parenchimului hepatic. Se va diseca țesutul fibros de la partea de jos a canalului hepatic comun. Bontul hepatic eliberat va permite realizarea metodei Petersen- introducerea în lumen a unei sonde metalice.

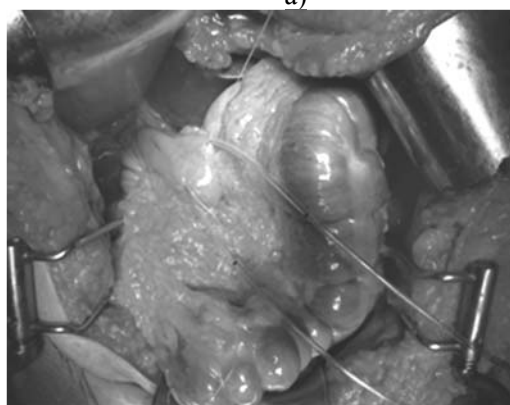
Ultima va ușura la maximum evidențierea canalului stâng. După aceasta peretele anterior al ductului stâng se va inciza. Incizia se va începe de la joncțiunea canalelor în sus pe stângul. Manevra ne va permite să facem o gură de anastomoză adecvată după dimensiuni. Recurgem la o stomie latero-laterală cu suturi ordinare într-un singur plan. De regulă aceste derivații înalte necesită obligatoriu o drenare a gurii de anastomoză. Drenarea se va face pe un termen de

până la 6 săptămâni. De regulă tehnica Hepp-Couinaud permite o afrontare ideală a mucoaselor și evită stricturile de anastomoză la distanță. În experiența noastră de 66 (30%) pacienți cu stenoze de tip III, modalitatea tehnică a fost în dependență directă de dimensiunea extremității proximale de la hilul hepatic și gradul implicării lui în procesul cicatricial. Așa, la 43 pacienți am recurs la aplicarea hepatico-jejunostomiei termino-laterale pe ansa exclusă în Y a la Roux cu o protejare transanastomotică după Voelker. La ceilalți 23 pacienți am avut un bond sub 1cm cu un proces cicatricial major. S-a recurs la mobilizarea hilului hepatic, cu aplicarea unei hepaticojejunostomii hilare, prelungite pe ductul stâng, pe ansa exclusă în Y a la Roux, cu o drenare separată a ambilor ducturi hepatice după procedeul Veolker.

Cele mai dificile cazuri din punct de vedere tehnic au fost stricturile de tip IV – 14 (5,08%) cazuri (Fig. 4. a și b).



a)



b)

Fig. 4. *Strictură Bismuth IV (imagini intraoperatorii)*

Dificultățile erau sporite de procesul cicatricial fibros prezent, de lipsa ductului hepatic comun și implicarea joncțiunii ductului hepatic drept și stâng în procesul cicatricial. Tehnica utilizată a permis individualizarea pediculului hepatic, apoi identificarea și disecția arterei hepatice până în hil, și secționarea plăcii hilare pentru a putea individualiza hepaticul drept

și stâng cu identificarea și explorarea CBP cu exploratorul metalic. S-a recurs la montarea bihepaticojejunostomiei pe ansa exclusă în Y a la Roux cu drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice după Voelker. Un principiu de bază pentru aceste anastomoze a fost aplicarea suturii atraumatice de tip PDS- 4/0 și 5/0 într-un singur plan cu o afrontare minuțioasă a mucoaselor și excluderea totală a țesutului sclerotic inițial.

Rezultate. În perioada postoperatorie am apreciat complicațiile în 14 (6,14%) de cazuri. La 10 (4,39%) pacienți supurații postoperatorii, care au fost soluționate prin asanarea chirurgicală; 4 (1,75%) cazuri de dehiscență parțială anastomotică, cauzate de deficiențele tehnice intraoperatorii, prezența inflamației țesuturilor și a angiocolitei, care au fost rezolvate conservativ, grație aplicării drenării transanastomotice și drenării de siguranță a spațiului subhepatic. Letalitatea postoperatorie a fost marcată în 6 (2,63%) cazuri, fiind cauzată de progresarea insuficienței hepatice pe fond de angiocolită acută.

Evaluarea clinică postoperatorie de perspectivă a inclus: 1) latura psiho-afectivă; 2) latura socială; 3) starea funcțională a sistemului hepato-biliar, apreciat pe baza testelor funcționale a ficatului, sonografiei, iar în cazurile suspecte sonografic la obstrucție mecanică efectuăm colangigrafia prin rezonanță magnito-nucleară și scintigrafia secvențială hepato-biliară.

Evaluarea rezultatelor la distanță a fost posibilă pe un lot de 174 (76,3%) de pacienți. În baza rezultatelor obținute am delimitat pacienții în 3 grupe clinice: 1-ul grup a inclus 133 (76,4%) de bolnavi cu rezultate bune; în grupul doi-29 (16,67%) de bolnavi cu rezultate satisfăcătoare; grupul trei -12 (6,9%) bolnavi cu rezultate nesatisfăcătoare. Rezultat bun a fost fixat la pacienții cu reabilitare completă somatică, psihologică, socio-familială și funcțională a sistemului hepatobiliar. În grupul doi am stabilit în dimensiunea somatică persistența durerilor periodice la 29(16,67%) de pacienți, a semnelor dispeptice la 18 bolnavi. Sonografic s-a stabilit doar semne de hepatomegalie în 14 cazuri. Grupul trei s-a manifestat prin apariția icterului obstructiv și angiocolitei cu evoluția spre stări septică. În 4cazuri a debutat icterul mecanic motivat de calcul a firului de sutură a liniei de anastomoză. Am recurs la revizia anastomozei cu hepaticolitomie. Evoluția clinică postoperatorie a fost satisfăcătoare. Alții 7 pacienți au prezentat tabloul de icter mecanic tranzitoriu, motivat de strictura gurii de anastomoză. Am efectuat rehepaticostomie cu ansa exclusă în Y a la Roux, cu drenare separată a ambelor canale hepatice. Și un singur caz a fost prezentat de refluxul entero-biliar cu evaluarea unei colangite de reflux grave. Situația motivat de ansa jejunală a

ansei Roux sub 60 cm, ce a necesitat o reconstrucție în ansă cu brațul de 80 cm. Evoluția clinică în toate cazurile a fost satisfăcătoare. Aplicarea unui program unic de evaluare postoperatorie în experiența noastră a asigurat îmbunătățirea considerabilă a rezultatelor tratamentului chirurgical, cât și lichidarea efectivă și calitativă a complicațiilor survenite în perioada tardivă.

Discuții. Stricturile iatrogene a căilor biliare magistrale sunt caracterizate de un grad mare de severitate, cu tendință de localizare proximală în creștere pe parcursul ultimilor ani. Majoritatea intervenției reparatorii asupra căilor biliare și de drenaj temporara necesită o nouă intervenție de reconstrucție bilio-digestivă [1, 4, 5, 9].

Repararea leziunilor biliare ridică probleme deosebite, în raport cu tipul și localizarea acestora. Important de remarcat este faptul că recunoașterea și repararea imediată sau precoce a lor scade mult rata morbidității și mortalității postoperatorii. Metodele de reparație, a unor astfel de leziuni sunt reconstructive, de substituție a defectului lezional, de plastie bilio-biliară și de drenaj adecvat extern. În situația unei leziuni laterale sau arsuri electrice, sutura orificiului și drenajul transcistic soluționează problema. Asocierea unei stentari endoscopice permite o consolidare a soluționării acestei probleme. Secțiunea totală a CBP impune rezolvarea pe cale deschisă. În funcție de localizare se pot folosi mai multe metode: sutura termino-terminală cu un eventual drenaj, plastia CBP pe tubul de drenaj Kehr, implantarea primară a CBP în ansa jejunală a la Roux [3, 6, 7, 9].

Pentru realizarea actului chirurgical reconstructiv se iau în considerație obligatoriu următorii factori intraoperatorii: sediul stricturii, extinderea stricturii, gradul de dilatare suprastenotic, gradul afectării sclero+inflamatorii a extrimității proximale a hepato-coledocului, prezența sau lipsa unei fistule biliare externe, prezența afecțiunilor separative locale [3, 4, 5, 8, 10].

Reconstrucția biliodigestivă, bazată pe ansa jejunală a la Roux, s-a adevărit ca un remediu de bază în această patologie dificilă. Este o anastomoză delicată, ce folosește un component biliar implicat în proces sclero-fibros. Se folosesc preparări minuțioase, ce permite folosirea unui sector de CBP lipsită de scleroză cu un perete intact. Firele se aplică în suturi ordinare, într-un singur plan de tip PDS- 4/0 și 5/0, urmate de instalarea drenajului transanastomotic protectiv.

Concluzii. Stricturile iatrogene biliare reprezintă o filă dificilă a chirurgiei hepatobiliare contemporane. Ele conduc la un număr mare de intervenții chirurgicale deschise sau miniinvazive endoscopice, cu reinternări frecvente. Complicația pronostică, cea

mai gravă, este peritonita biliară cu sepsisul biliar. Ele conduc la tratamentul etapizat al patologiei: bypassul biliodigestiv și mai apoi reconstrucția biliară.

Tratamentul chirurgical al stricturilor iatrogene biliare este în raport direct cu nivelul localizării. Pentru stricturile de tip I este optimă coledocojejunostomie termino-laterală cu ansa izolată în Y a la Roux. Pentru cele de tip II soluția constă în coledocojejunostomie pe ansa izolată în Y a la Roux, iar în situațiile în care avem o extindere a stricturii în sus destul de importantă, am recurs la hepaticojejunostomie pe ansa izolată în Y a la Roux. La pacienții cu stenoze de tip III se recurge la hepaticojejunostomie termino-laterală pe ansa izolată în Y a la Roux cu o protejare transanastomotică separată a ductului hepatic drept și stâng. Pentru stricturile de tip IV este preferată aplicarea bihepaticojejunostomiei pe ansa izolată Roux și drenarea obligatorie transanastomotică a ambelor canale hepatice.

Bibliografie

1. Angelescu, N.; Bordea, A.; Popa, E.; Jitea, N.; Burcos, T.; Mircea, N. *Leziuni iatrogene ale căilor biliare*. Chirurgia, București, 2003, p. 98-99.
2. Turcu, F.; Dragomirescu, C.; Pletea, S.; Bănescu, B. *Problematika leziunilor iatrogene de cale biliară principală, sau o imagine a unui vârf de aisberg*. Chirurgia, București, 2011, nr.2.(106), p.187-194.
3. Henri Bismuth, M.D., *Biliary stricture: classification based on the principles of surgical treatment*. World J.Surg. 2001, Volume 25, p. 1241-1244.
4. Hotineanu, V.; Ferdohleb, A.; Hotineanu, A. *Managmentul chirurgical în stricturile benigne ale căilor biliare extrahepatice*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, științe medicale nr.4 (27), 2010, p. 23-27.
5. Lillemoe, K.D., *Benign post-operative bile duct strictures*. Baillieres Clin.Gastroenterology, 1997, 11, p. 749.
6. Miguel Angel Mercado; Ismael Dominguez. *Classification and management of bile duct injuries*. World J gastrointest Surgery 2011 Aprilie 27; 3(4), p. 43-48.
7. Schwartz D.A., Petersen B.T., Poterucha J.J., *Endoscopic therapy of anastomotic bile duct strictures occurring after liver transplantation*. Gastrointest Endosc 2000 Feb; 51(2): 169-74.
8. Tocchi, A.; Mazzoni, G.; Liotta, G. *Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting*. Arch Surg 2000 Feb; 135(2), p. 153-157.
9. William R. Jarnagin, *Blumgart's surgery of the liver, biliary tract, and pancreas: 2-Volume Set*, 5th. 2012, p. 616-669.
10. Ничитайло, М.Е.; Скумс, А.В. *Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии*. Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского, 2008, Т3, №3, с. 71-76.