

DIVERTICOLUL JUXTAPAPILAR ȘI RISCURILE ASOCIERII CU LITIAZA BILIARĂ

Gheorghe Ghidirim – acad. AȘ RM, prof. univ., dr. hab. șt. med.¹,
Ala Suman – asist. univ., dr. șt. med.¹, Ion Gagauz – conf. cercet., dr. șt. med.¹,
Sergiu Suman – conf. univ., dr. șt. med.², Diana Zagadailov – șef secției imagistică²,
Victor Gafton – șef secției chirurgie²,

¹ Catedra Chirurgie Nr. 1 „Nicolae Anestiadi”,
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, Universitatea de Stat de Medicină și
Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

² IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

E-mail: ala.suman@usmf.md GSM: +373 79434819

Rezumat

După evaluarea datelor a 790 de fișe de observații ale pacienților cu litiază biliară, toți au suportat colangiopancreatografie retrogradă endoscopică (CPGRE). Pentru a evalua influența diverticulelor duodenali juxtapapilari și litiaza biliară pacienții au fost divizați în două grupe: I grupă cu litiază biliară (n=600) și pacienți fără litiază biliară (n=190). Cu diverticuli duodenali juxtapapili 222 pacienți au fost în I grup ceea ce a constituit 28,1% (n=600), iar 28 au fost în grupul II – 3,5% (n=190). Dintre cei 600 de pacienți din grupul I, au suferit de pancreatită post-CPGRE – 28,5%, iar la pacienții fără DDJP tabloul clinic de pancreatită acută a fost prezent în – 12,6%. Rata de eșec la canularea papilei duodenale mari a fost, semnificativă la pacienții cu DDJP (9,5%), în comparație cu cei fără DDJP (5,3%). În **concluzie**: diverticulul duodenal juxtapapilar se determină mai frecvent la subiecții de vârstă senilă și longevivi, inclusiv și la pacienții cu litiază biliară. Pancreatita post-CPGR se dezvoltă mai frecvent la pacienți cu diverticul duodenal juxtapapilar, la fel și canularea papilei duodenale mari.

Cuvinte-cheie: litiază biliară, diverticul duodenal juxtapapilar, pancreatită

Summary. Juxtapapillary duodenal diverticula risk development of biliary stone

After evaluating data, 790 patients who underwent ERCP were divided into two groups: biliary stone disease (group I, n = 600) and non-stone biliary diseases (group II, n = 190). In group I, rates of post-ERCP pancreatitis, cannulation failure, follow up were compared according to the presence of JPDD. In results, the incidence of JPDD in group I (28,1%) was significantly higher than in group II (3,5%). The frequencies of JPDD were increased with age in all groups, and reached statistical significance in group I. In group I, rates of post-ERCP pancreatitis were significantly higher in patients with JPDD (28,5%) compared to JPDD negative (12,6%). The cannulation failure rate was also higher in patients with JPDD (9,5%) compared to JPDD negative (5,3%). In **conclusion**, JPDD develops with aging and risks biliary stone formation. JPDD also seems to be associated with post-ERCP pancreatitis, cannulation failure and biliary.

Key words: biliary stone, juxtapapillary duodenal diverticula, pancreatitis

Резюме. Двенадцатиперстный юстопопиллярный дивертикул сопутствующий желчекаменной болезни

После оценки данных 790 историй болезни, пациентов с желчнокаменной болезнью и перенесенной эндоскопической холангиопанкреатографией ретроградной (ЭХПГЕ). Для оценки влияния двенадцатиперстного юстопопиллярного дивертикула, пациенты были разделены на две группы: первая группа с желчекаменной болезнью (N = 600) и больных без желчекаменной болезни (n = 190). С юстопопиллярным дивертикулосом двенадцатиперстной кишки – 222 пациентов были в первой группе, которые составляли 28,1% (N = 600) и 28 были в группе II – 3,5% (N = 190). Из 600 пациентов в I группе с острым панкреатитом после ЭХПГЕ – 28,5 %, а у пациентов II группы – 12,6 %. Катетеризация большого дуоденального сосочка было невозможно в I группе (9,5 %) по сравнению с II группой (5,3%). В **заключение**: Двенадцатиперстный юстопопиллярный дивертикул определяется чаще у пожилых пациентов. Острый панкреатит после ЭХПГЕ и катетеризация большого дуоденального сосочка было невозможно чаще развивается у пациентов с двенадцатиперстным юстопопиллярным дивертикулосом.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, двенадцатиперстный юстопопиллярный дивертикул, панкреатит

Introducere. Pentru prima dată, diverticulul duodenal juxtapapilar a fost menționat de Chomall în 1710, dar primul raport bine documentat a fost efectuat de Morgagni în 1762.

Odată cu progresul medicinei, diverticulul duodenal juxtapapilar tinde să ocupe o poziție tot mai importantă în sfera gastroenterologiei clinice. După colon, duodenul ocupă locul doi printre organele tractului digestiv fiind urmat de jejun, ileon și stomac [10, 3].

Diverticulul duodenal se întâlnește la aproximativ 25% dintre pacienți, dar în majoritatea cazurilor este asimptomatic. Astfel, DDJP sunt considerate a fi achiziționate în deceniile ulterioare ale vieții, cu incidența de vârf care apare la persoanele cu vârsta cuprinsă între 50 – 60 de ani [10-6]. Atunci când sunt manifestate complicațiile, diagnosticarea timpurie este esențială pentru un tratament de succes.

Sunt cunoscute mai multe clasificări ale diverticulelor duodenali [13, 14]:

I – primare și secundare. Cele primare sunt numite adevărate, pe când majoritatea diverticulelor secundare, sau falși, sunt cauzate de ulceratii duodenale cronice – așa-numitul diverticul prestenotic. Acestea apar mai frecvent în ultimele decenii de viață, cu incidență de vârf între 50 și 60 de ani și crește odată cu vârsta, și nu există o predispoziție de gen.

II – extraluminali și intraluminali. Diverticuli intraluminali (DDI) sunt rezultatul unor remanieri incomplete ale duodenului embrionar, în urma cărora rămân o serie de „buzunare” interne sau diafragme incomplete ce dilată peretele, în urma presiunii exer-

citate de trecerea chimusului alimentar prin lumenul duodenal. Se întâlnesc mult mai rar, în literatură fiind descrise cel mult 100 cazuri și sunt localizați, de cele mai dese ori în duodenul descendent (D2).

Diverticuli duodenali extraluminali (DDE) sunt dobândiți și se formează prin hernierea mucoasei, de regulă, la nivelul penetrării peretelui duodenal ale vaselor sangvine. Prin aceasta și se explică localizarea diverticulului preponderent pe suprafața concavă și cu „hernierea” lui retroperitoneală a sacului diverticular. Circa 75% din DDE sunt amplasați în raza de 2 cm de la papila duodenală mare și se mai clasifică în periampulari și juxtapapilari. Diverticuli periampulari sunt adiacenți sau conțin în sacul diverticular *papilla Vateri*. Cei juxtapapilari sunt situați pe o rază de 2 cm de papila duodenală mare, dar fără situarea ei în diverticol.

III. Clasificarea endoscopică a diverticulilor juxtapapilari (**Fig. 1**):

- Tipul unu – papila localizată în diverticulul (a,b,c,d – cadranele de localizare);
- Tipul doi – papila localizată pe marginea diverticulului;
- Tipul trei – papila în apropierea diverticulului.

Estimările actuale plasează prevalența globală a diverticulilor duodenali juxtapapilari de la 12% până la 21%, în funcție de metoda de identificare [9]. Cu toate acestea, astfel de statistici au fost culese în principal din studiile pe pacienți cu calculi biliari sau cu alte boli ale tractului biliar și nu au inclus persoane sănătoase.

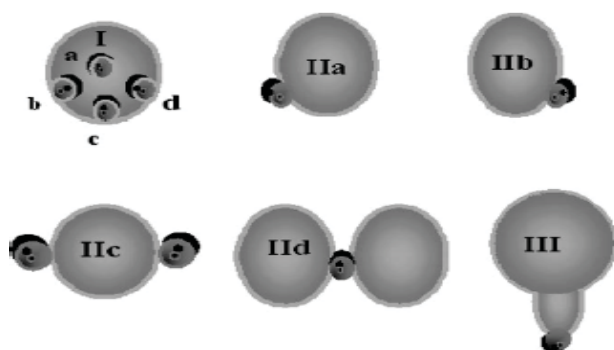


Fig. 1. Clasificarea endoscopică a diverticulelor juxtapapilare și raportul lor cu papila duodenală mare (J. Boix, et al., 2006)

Deși, diverticolii duodenali juxtapapilari nu provoacă simptome specifice de la sine, uneori se asociază cu, calculi de cale biliară principală, și o incidență sporită a complicațiilor în timpul canulării papilei duodenale în colangiopancreatografie retrogradă endoscopică [7-10].

Studiul actual a fost conceput pentru a compara incidența relativă a diverticolilor duodenali juxtapapilari la pacienți cu litiază biliară.

Scopul studiului. Evaluarea diverticulilor duodenali juxtapapilari la pacienții cu litiază biliară primară sau recidivantă.

Material și metode. Rezultatele analizei retrospective a fișelor medicale pentru perioada 2010 – 2014, din IMSP IMU. În urma examinării a 790 de fișe, toți pacienții ce au suportat CPGRE. Vârsta pacienților supuși analizei a variat de la 51 ani până la 74 de ani. Pentru a evalua influența diverticolilor duodenali juxtapapilari și a litiazei biliare, pacienții au fost divizați în două grupe: I grupă cu litiază biliară (n=600), care au inclus pacienți cu calculi al căii biliare principale (CBP) și calculi al veziculei biliare, sau nămol al CBP care necesitau CPGRE. A II-a grupă, fără litiază biliară (n=190) a inclus cazuri cu afecțiuni necauzate de calculi (anomalii ale căilor biliare, tumori maligne ale tractului biliar, pancreatită non-biliară și stricturi de cale biliară principală).

Tipul diverticolilor duodenali juxtapapilari a fost

definit prin apropierea de papila duodenală majoră (Fig. 2): cu papila în spațiul diverticular (tip 1), cu papila pe marginea diverticolului (tip 2) și papilei adiacent diverticolului (tipul 3) (Fig. 1,2) [2].

Frecvența diverticolului duodenal juxtapapilar (DDJP), indiferent de tipul sau, a fost determinat în ambele grupe. Date clinice suplimentare - inclusiv vârsta, sexul, diametru CBP, tip DDJP, pancreatită acută post-CPGRE, rata de eșec a canulării papilei duodenale mare – au fost, de asemenea, înregistrate mai frecvent la pacienții cu DDJP. Au fost examinați pacienții cu pancreatită acută post-CPGRE, unde prezintă dureri abdominale post-procedural cu durată mai mult de 24 de ore, iar altitudine a nivelului seric al amilazei a fost de cel puțin trei ori mai mare decât valoarea normală [3].

Rezultate. În total, 250 de pacienți (31,6%) au fost diagnosticați cu DDJP determinat la CPGRE. Dintre acești pacienți, 222 au fost în grupa I (n = 600; 28,1%), iar 28 au fost în lotul II (n = 190; 3,5%). Nu a fost nici o diferență semnificativă de vârstă între grupe. În general, la pacienții cu DDJP rata a fost semnificativ mai mare la grupul I față de grupul II (P = 0,005). Aceste rezultate sugerează puternic o asociere între DDJP și litiaza biliară.

Frecvența DDJP asemenea, a fost observată să crească cu vârsta la toate grupele, atingând semnificație statistică în grupele I și II (P < 0,001). Prevalența relativă a DDJP s-a dovedit a fi de 13,5% la pacienții cu vârsta sub 50 de ani, iar 44,9% la pacienții cu vârste cuprinse între 70-79 ani. În grupul cu litiază biliară (grupa I), vârsta medie a pacienților cu DDJP (69.58 ± 10.83) a fost semnificativ mai mare (7 ani) decât omologii lor lipsesc DDJP (62.26 ± 15.00) (P < 0,001). Diametru CBP a fost (13.41 ± 4.12 mm). În combinație, aceste rezultate sugerează că DDJP se dezvoltă cu înaintarea în vârstă și sunt asociate cu stază biliară și formarea de calculi biliari.

Din cei 600 de pacienți din grupul I, 79 (13,1%) au suferit de post-ERCP pancreatită – 28,5% dintre pacienții cu DDJP s-a dezvoltat pancreatita acută post-ERCP, iar la pacienți fără DDJP la – 12,6%



Fig. 2. Tipul diverticolilor duodenali (vizualizați la examenul endoscopic)

($P = 0,043$). În general, rata de eșec la canularea papilei duodenale mari a fost, semnificativ la pacienți cu DDJP (9,9%) în comparație cu cei fără DDJP (5,3%) ($P = 0,034$). Ratele pancreatita post-CPGRE au fost, în funcție de subtipurile JPDD după cum urmează: 9,4% (3/32) de tip 1, 20,2% (20/99) de tip 2 și 19,8% (18/91) de tip 3 ($P = 0,360$). Cu toate acestea, rata de eșec în canularea papilei duodenale mari a fost: tip 1 (7/32, 21,9%) decât de tip 2 (7/99, 7,1%) și tipul 3 (8/91, 8,8%) ($P = 0,039$).

Concluzii. Diverticolii duodenali juxtapapilari se determină mai frecvent cu înaintarea în vârstă și la pacienții cu litiază biliară. Dezvoltarea pancreatitei acute post-CPGRE este mai frecventă la pacienți cu DDJP, ca în lipsa lor la fel și eșecul canulării papilei duodenale mari.

Discuții. Al doilea segment al duodenului este comun și frecvența diverticulilor este mai mare, cu cele mai multe leziuni clasificate ca diverticuli juxtapapilari duodenali [11-12]. În prezent, diverticulii duodenali sunt considerați că crește prevalența cu vârstă și sunt o formă de proces degenerativ care implică structuri de sprijin locale ce duc la dezvoltarea de DDJP. În studiul de față, prevalența relativă a DDJP a fost semnificativ mai mare în grupul persoanelor în vârstă.

Clinic, DDJP au fost cunoscute asociate cu litiază biliară, deoarece contribuie la disfuncția sfincterului Oddi, tulburări a fluxului biliar și creșterea ulterioară a riscului ascendent a infecției bacteriene din duoden [7-8]. Van Basten și Stockbrugger [15] au raportat prezența de calculi în ductul biliar concomitent în 53% dintre pacienți cu DDJP și 22% dintre pacienții fără DDJP. În studiul de față, prevalența DDJP a fost, de asemenea semnificativ mai mare în rândul pacienților cu litiază biliară (76%), în comparație cu pacienții cu alte boli comorbide non-biliare (24%). Ca atare, aceste rezultate sugerează o relație strânsă între DDJP, litiaza biliară și vârsta pacientului.

Bibliografie

1. Boere I., Rosekrans P.A., Bac D.J. *Recurrent bacterial cholangitis due to a juxtapapillary diverticulum*. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002; 14:189–190.
2. Boix J., Lorenzo-Zúñiga V., Añãos F., Domènech E., Morillas R.M., Gassull M.A. *Impact of perampillary duodenal diverticula at endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a proposed classification of perampillary*

pullary duodenal diverticula. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2006; 16: 208–211.

3. Cotton P.B., Lehman G., Vennes J., Geenen J.E., Russell R.C., Meyers W.C., Liguory C. *Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus*. Gastrointest Endosc. 1991; 37: 383–393.

4. Cheshire N.J., Glezer G. *Diverticula, volvulus, superior mesenteric artery syndrome and foreign bodies. Main-goats abdominal operation*. 10th ed. London: Prentice Hall International (UK) Limited. 2003; 916–921.

5. Dimiropoulos S., Pilpilidis I., Galanis I., Tsolkas P., Papagiannis A., Paroutoglou G., Vasiliadis I., et al. *Endoscopic sphincterotomy in patients with "acalculus" cholangitis associated with juxtapapillary diverticula*. Hepatogastroenterology. 2004; 51: 649–651.

6. Târcoveanu E. *Tratamentul minim invaziv al litiazei căii biliare principale tratament în echpă*. 2015: <http://www.laparosurg.ro>

7. Kim M.H., Myung S.J., Seo D.W., Lee S.K., Kim Y.S., Lee M.H., Yoo B.M. *Association of periampillary diverticula with primary choledocholithiasis but not with secondary choledocholithiasis*. Endoscopy. 1998; 30: 601–604.

8. Miyazaki S., Sakamoto T., Miyata M., Yamasaki Y. *Function of the sphincter of Oddi in patients with juxtapapillary duodenal diverticula: evaluation by intraoperative biliary manometry under a duodenal pressure load*. World J Surg. 1995; 19: 307–312.

9. Lobo D.N., Balfour T.W., Iftikhar S.Y., Rowlands B.J. *Periampillary diverticula and pancreaticobiliary disease*. Br J Surg. 1999; 86: 588–597.

10. Lane J.E., Ajjan M., Sedghi S. *GI bleeding from duodenal diverticula*. Am J Gastroenterol. 2001; 96: 2799–2800.

11. Pimparkar B.D. *Diverticulosis of the small intestine*. Bokus HL, Berd JE, editors. Gastroenterology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1976; 437–458.

12. Turcu F. *Tehnica "Rendez-vous" în abordul laparo-endoscopic al litiazei colecistocolodociene*. Chirurgia, 2000; 95(5): 463–467.

13. Sugiyama M., Atomi Y. *Periampillary diverticula cause pancreaticobiliary reflux*. Scand J Gastroenterol. 2001; 36: 994–997.

14. Yoneyama F., Miyata K., Ohta H., Takeuchi E., Yamada T., Kobayashi Y. *Excision of a juxtapapillary duodenal diverticulum causing biliary obstruction: report of three cases*. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2004; 11: 69–72.

15. Van Basten J.P., Stockbrugger R. *Relationship between duodenal diverticuli, gallstones and duodenal and pancreaticobiliary disorders*. Ned Tijdschr Geneesk. 1996; 140: 1122–1125.