

SINDROMUL MIRIZZI – CONSIDERAȚII DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

Liuba Strelțov – asist. univ.,

Catedra Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”, USMF „Nicolae Testemițanu”

E-mail: lstrov@ymail.com, GSM: +373069782335

Rezumat

Este prezentată experiența diagnostică și terapeutică a unui lot de 14 pacienți cu fistulă bilio-biliară, tratate în clinică în anii 1996 - 2015. În lucrare sunt prezentate aspectele clinice prevalente, ce întrunesc un anamnezic de lungă durată de litiază biliară, asociat cu pusee repetate de icter tranzitoriu caracteristic pentru litiaza căii biliare principale. Sunt elucidate metodele electiv de diagnostic preoperator a fistulelor bilio-biliare: RMN în regim colangiografic și pancrea-tocolecitocolangiografia retrogradă. Tratatamentul fistulelor bilio-biliare este chirurgical, în urgență amânată, obiectivele intervenției fiind adaptate particularităților cazului în funcție de topografia fistulei, cât și leziunile asociate ce influențează fluxul biliar principal.

Cuvinte-cheie: fistulă bilio-biliară, icter, tratament chirurgical

Summary. Consideration in diagnosis and treatment of MIRIZZI syndrome

We presented the experience of diagnosis and treatment of 14 cases of bilio-biliare fistulae treated in our clinic over a period 1996-2015. The various aspects are presented, based on the clinical signs, which is occurring after a long term gallbladder affection in association with complaints similar to those of recurrent mechanical jaundice determined by choledocal lithiasis. It is mention that the elective method of diagnosis of bilio-biliare fistula before the operation is MRI or ERCP. The treatment is exclusively by surgery, surgical tactic and technique should be adapted to each case dependend the anatomical variation of fistulae and accompaning pathology.

Key words: bilio-biliare fistula, jaundice, surgical approach

Резюме. Диагностические принципы и лечение билио-билиарных свищей

Представляется анализ 14 случаев билио-билиарных свищей подвергнутых хирургическому вмешательству на протяжении 1996 – 2015 гг. Излагаются наиболее характерные клинические аспекты, транзиторной желтухи сочетающейся с холангитом проявляющиеся при билио-билиарных свищах, у пациентов с длительным анамнезом желчекаменной болезни. ЯМР и ретроградная панкреатохолестохолагиография являются наиболее достоверными методами диагностики в предоперационном периоде. Лечение билио-билиарных свищей только хирургическое, предпочитается классическая хирургия. Тактику и технику следует приспосабливать к каждому случаю в отдельности в зависимости от анатомических особенностей свища и сопутствующей патологии.

Ключевые слова: билио-билиарные свищи, желтуха, хирургическое лечение

Introducere

Sindromul Mirizzi, relatat pentru prima dată în 1948, reprezintă o complicație tardivă și rar întâlnită în evoluția litiazei biliare, constituind aproximativ – 0,8 – 2,5% din numărul total de suferinzi de litiază biliară [1,6,8,10]. Prezența acestei complicații însă, impune probleme dificile de diagnostic și atitudine terapeutică. În diagnosticul fistulelor bilio-biliare persista concepția stabilirii diagnosticului numai intraoperator [5,6,7,8,10]. Utilizarea însă a metodelor moderne paraclinice de diagnostic, permit stabilirea diagnosticului preoperator cu confirmare certă intraoperatorie [5,6,8,10]. Este recunoscută oportunitatea pentru tratament exclusiv chirurgical [1,4,5,6,7,8,10], rămân însă discutabile obiectivele și etapele intervenției chirurgicale, necesitând proporționalizarea actului operator la topografia fistulei, leziunile asociate, care au atitudine directă asupra fluxului biliar, cât și starea biologică a pacientului.

Material și metode

Analiza include rezultatele rezolvării chirurgicale a 14 cazuri de fistulă bilio-biliară, tratate între anii 1995 - 2015, cauzate de complicații icterigene în litiaza biliară. Patologia a fost apreciată la pacienți cu vârsta peste 50 ani, cu o vechime a suferinței litiaze de 7-14 ani. În lotul studiat au fost 3 bărbați și 11 femei, raportul dintre femei /bărbați estimându-se la 5:1 (Fig. 1).

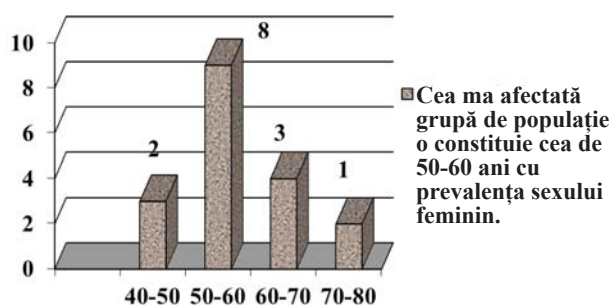


Fig. 1. Divizarea pacienților dependent de vârstă

La toți pacienții diagnosticul a fost verificat clinic: prin anamneza detaliată și examenul general și paraclinic: prin utilizarea bateriilor de teste ce confirmă prezența sindromului icteric, cu aprecierea mai minuțioasă a concomitenței sindromului de colesta- ză cu cele de: hepatocitoliză, inflamație mezenchi- mală și insuficiență hepatocelulară. Toți pacienții au fost supuși examenului ultrasonografic, care în 80% cazuri nu a dat un răspuns cert referitor cauzei de- clanșării icterului (**Fig. 2**).

Tomografia computerizată a fost utilizată în 4 ca-

zuri, relatând prezența icterului mecanic prin defoma- rea și dilatarea căilor biliare și suspiciu de coledoco- litiază (**Fig. 3**).

Pancreatocolecistocolangiografia retrogradă utili- zată în 10 cazuri și RMN în regim colangiografic în 3 cazuri au permis suspectarea diagnosticului preven- tiv preoperator (**Fig. 4 și 5**).

Confirmare certă intraoperatorie vizuală și radi- ografică prin colecistocolangiografie intraoperatorie. (**Fig. 6**).

Fistulografia postoperatorie, utilizată la a 10–12-a

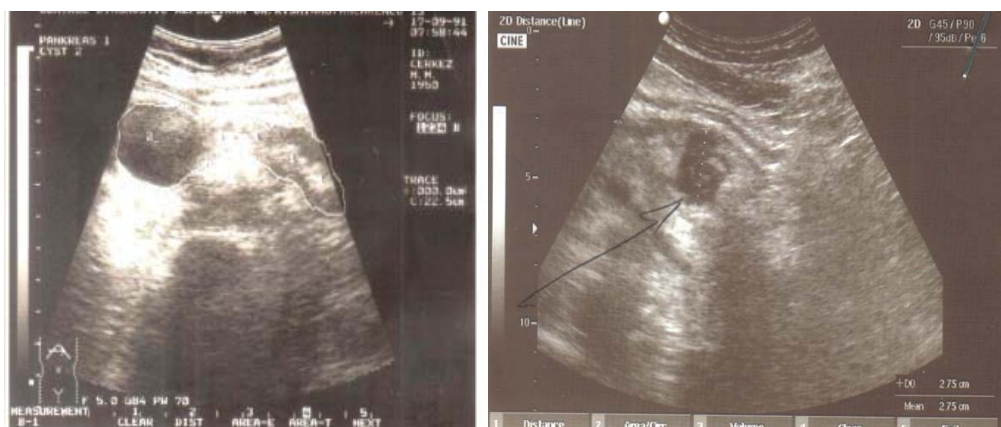


Fig. 2. Calculi giganti, veziculă biliară de dimensiuni mici

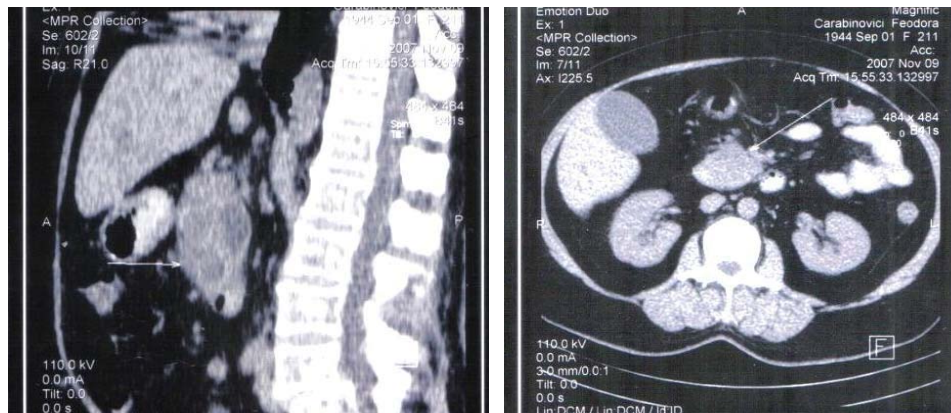


Fig. 3. Tomografia computerizată în diagnosticul litiazei colicisto-coledociene

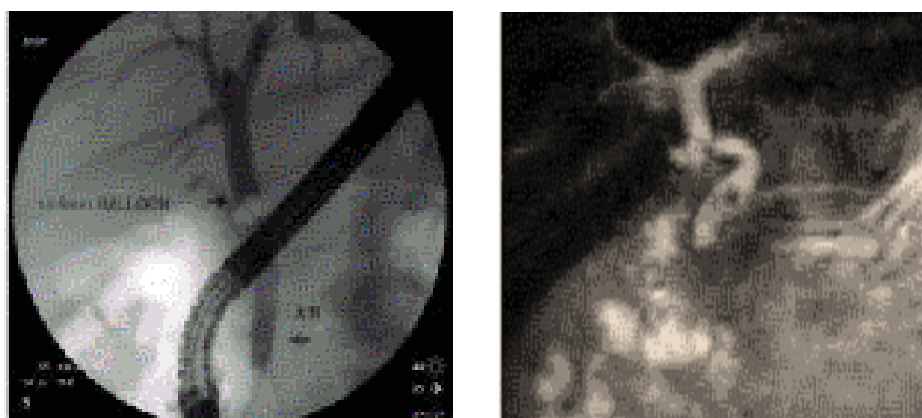


Fig. 4. Pancreatocolecistocolangiografia retrogradă în diagnosticul sindromului Mirizzi



Fig. 5. RMN – deformare și dilatare a căilor biliare, în prezența unui calcul gigant

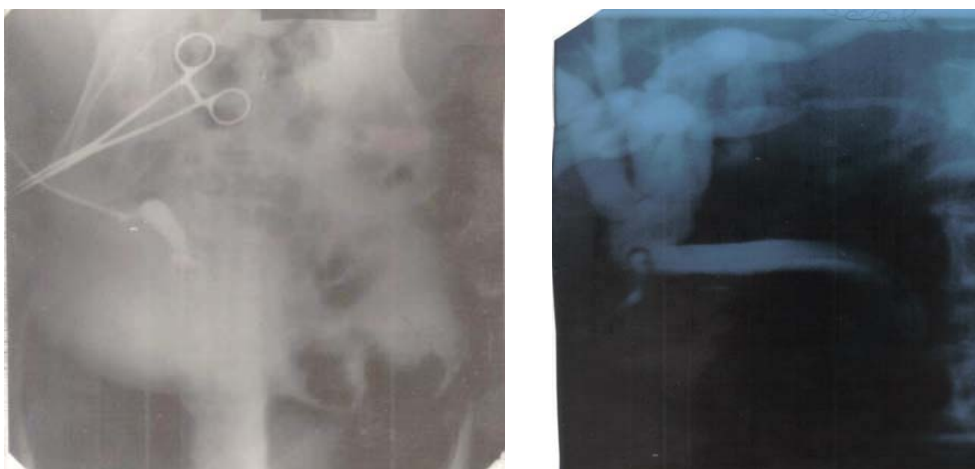


Fig. 6. Colecistocolangiografie intraoperatorie



Fig. 7. Fistulografie, cale biliară permeabilă

zi, a remarcat detalii despre pasajul biliar intern post-operator, confirmând absența dereglărilor și lipsa îngustării căii biliare principale (Fig. 7).

Rezultate

Analiza relevă evaluarea clinică a patologiei prin apariția unui sindrom icteric, caracteristic celui obstructiv asociat cu o angiocolită recidivantă, pe fundalul unei suferințe litiazice veziculare de lungă durată, între 7 și 14 ani. În toate cazurile s-a constatat

un debut insidios cu dureri caracteristice colicative, febră și frison în 90% cazuri, sindrom dispeptic biliar în 68% cazuri. La 11 pacienți s-a constatat un icter tranzitoriu cu pusee de recidivă, icterul continuu a fost constatat în 3 cazuri. O importanță primordială în manifestările clinice ale fistulei constituite o are asocierea leziunilor ce influențează fluxul biliar principal (Tab. 1).

Tabelul 1

Leziunile asociate fistulei la bolnavii din lotul de cercetare

Nr. d/o	Caracterul leziunilor asociate	n	%
1	Oddita stenozantă	5	35,7
2	Pancreatită cronică cefalică	2	14,2
3	Pancreatită acută	1	7,1
4	Ligamentită	8	57,1

Este important faptul, ca în 3 cazuri pacienții au prezentat leziuni asociate multiple. În unul dintre cazurile dificile cu icter și colangită progresivă diagnosticul a fost stabilit numai intraoperator vizual și confirmat cu colangiografie intraoperatorie. Era CPGRE a permis la 10 pacienți stabilirea diagnosticului preventiv preoperator cu confirmare certă intraoperatorie vizuală și radiologică. În cadrul CPGRE la 5 pacienți a fost efectuată papilosfincterotomia endoscopică pentru rezolvarea concomitențelor oddiene. RMN efectuată în 3 cazuri a prezentat numai diagnostic sugestiv și a necesitat într-un caz papilosfincterotomie oarbă efectuată postoperator. Am constatat următoarele varietăți anatomo-patologice ale fistulei bilio-biliare: colecisto-hepatic comun (n = 5), colecisto-coledociană (n = 4), colecisto-hepatic comun și hepatic drept (n = 1), cistico-coledocian (n = 4). Conform clasificării (Csendez 1989), am constatat următoarele grupe: tip I - 4 pacienți, tip II - 4, tip III - 5 bolnavi, tip IV - 1 pacient. Tratamentul chirurgical a impus lichidarea defectului fistulos prin utilizarea de preferință a unui lambou vezicular menajat: colecistectomia, coledocolitotomia, hepaticoplastia, drenaj Kehr în 3 cazuri; colecistectomia, coledocolitotomia, hepaticoplastia, drenaj Vișnevschi în 2 cazuri; colecistectomia, coledocolitotomia coledocoplastia, drenaj Kehr în 3 cazuri; colecistectomia, coledocolitotomia coledocoduodenoanastomoză în 2 cazuri; colecistectomia, coledocolitotomia coledocojejunoanastomoza în ansa Roux în 4 cazuri.

Postoperator la a 10-12-a zi tuturor pacienților li s-a efectuat fistulografia. Scopul investigației a fost

- demonstrarea absenței stricturii căii biliare principale și lipsa dereglărilor de pasaj biliar în perioada postoperatorie precoce. Dintre complicațiile postoperatorii evolutive menționăm: supurarea plăgii la o pacientă obeză cu diabet zaharat concomitent, un caz de pneumonie postoperatorie la o bolnavă cu un puseu sever de angiocolită, un caz de biliragie postoperatorie cu peritonită biliară, cauzată de insuficiența anastomozei coledocoduodenale, care a necesitat re-intervenții repetate cu drenare externă a căilor biliare în prima etapă cu aplicarea coledocojejunoanastomozei pe ansă Roux în etapa a doua. Decese nu s-au constatat.

Discuții

În pofida faptului, că este o complicație rar întâlnită în evoluția litiazei biliare, sindromul Mirizzi, cunoscut prin dificultate în diagnostic și tratament, este discutat frecvent.

Clasificarea sindromului MIRIZZI [Csendez 1989]:

Tip I - *confluența vezico-coledociană cu imposibilitatea aprecierii ductului cistic esențial dilatat;*

Tip II - *defectul de fistulă colecisto-coledociană compromise până la 33% din diametrul coledocului;*

Tip III - *lumenul arborelui biliar principal blocat prin defect în 34-66%;*

Tip IV - *vezicula biliară scleroatrofică sudată într-un bloc cu hepaticul drept sau calea biliară principală cu un defect ce ocupă peste 67% din lumen (Fig. 8).*

În realitate interpretarea semnelor clinice în fistula bilio-biliară este dificilă, deoarece episoade similare cu fistulizarea pot traduce; colecistita acută distructivă cu compresia căii biliare principale, sau migrarea unui calcul transcistic, manifestând fenomene de colangită, cât și litiaza căii biliare principale, prezentă printr-un calcul flotant [4, 6, 10]. Sindromul Mirizzi, odată constituită rar evoluează asimptomatic, migrarea transcistică a calculilor este cea mai frecventă cauză ce generează un sindrom coledocian superpozabil fistulei bilio-biliare, apariția

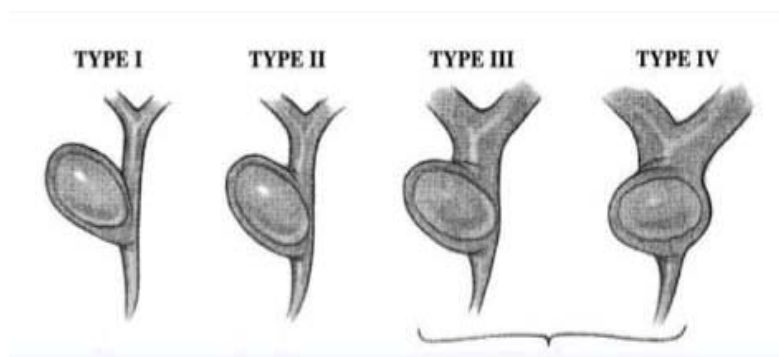


Fig. 8. Clasificarea sindromului MIRIZZI [Csendez 1989]

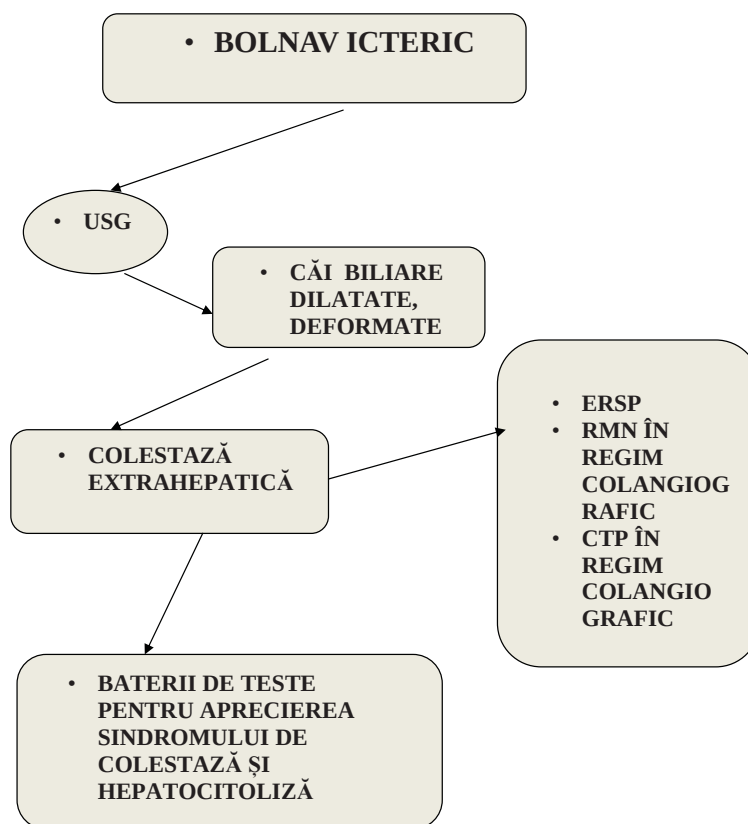


Fig. 9. Algoritm diagnostic în fistula bilio-biliară

puselor de icter tranzitoriu asociate cu semne ale unei colangite recidivante impune sugestia prezenței unui obstacol în coledoc, ce necesită confirmare sau excludere printr-o gamă mai largă de investigații. Diagnosticul clinic și paraclinic este orientat întru confirmarea prezenței sindromului de icter mecanic asociat cu simptome clinice variabile de inflamație, care la rândul său sunt și cauza ce provoacă o fistulizare. În unele cazuri, parcurgând un episod acut de constituire, fistula bilio-biliară nu totdeauna manifestă pusee de colangită recidivantă, impunându-se numai prin sindromul dispeptic biliar - 2 - 5% [4,6, 7,10], sau prin icter continuu, care mai frecvent se manifestă în cazul patologiilor concomitente; pancreatita acută, pancreatita cronică cefalică cu pusee de acutizare, cât și stenoza oddiană [2,3,6,9]. De obicei fistula bilio-biliară finalizează un lanț de complicații ale litiazei biliare, dar în unele cazuri apariția unui sindrom sever de angiocolită, relevă că patologia ar putea coexista cu o colecistită acută distructivă, ce domină tabloul clinic, de aceea algoritmul diagnostic în fistula bilio-biliară trebuie să fie bine determinat, rapid și asociat cu un tratament medicamentos apreciat dependent de patologiile coexistente [3,9,10]. În evaluarea diagnostică a unui pacient icteric, suspect pentru fistulă bilio-biliară ne-am condus de următorul algoritm (Fig. 9).

Antibiototerapia combinată în concomitență cu o

terapie de detoxicare adecvată, chiar din primele ore de debut ale patologiei vor favoriza o evoluție mai bună a pacientului și vor crea condiții intraoperatorii satisfăcătoare, odată cu diminuarea locală a procesului inflamator [4,6]. Etapa diagnosticului numai intraoperator a fistulei bilio-biliare rămâne în trecut odată cu utilizarea preoperator numai a colangiografiei perorale și intravenoase [6,8,9,10]. Lărgirea spectrului de investigații moderne în preoperator prin utilizarea tomografiei computerizate cu contrastare a căilor biliare, cât și RMN în regim colangiografic a regiunii hepatobiliopancreatice deschide o nouă pagină în diagnosticarea fistulei bilio-biliare, fiind însă costisitoare din punct de vedere financiar [1,6]. CPGRE, fiind financiar agreabilă, este însă o investigație care ne poate confirma în perioada preoperatorie suspiciunea unei fistule bilio-biliare. Exemplu sunt cele 10 cazuri diagnosticate în preoperator în clinică cu oportunitate inițială pentru chirurgia clasică, cât și rezolvarea stenozelor oddiene prin papilosfincterotomie.

Tabloul clinic intraoperator caracteristic pentru fistula bilio-biliară prezintă o veziculă de obicei sclero-atrofică sudată într-un bloc comun cu canalul hepatic drept sau calea biliară principală [Mirizzi tip II-IV], sau o confluență vezico-coledociană cu imposibilitatea aprecierii ductului cistic care este esențial dilatat [Mirizzi tip I]. În această situație,

primul gest este identificarea căii biliare principale cu studierea anatomiei acesteia în amonte și în aval de presupusa fistulă bilio-biliară [1,6]. Diagnosticul de certitudine intraoperator se bazează pe colangiografia intraoperatorie premergătoare disecției veziculei biliare. Obiectivele intervenției chirurgicale odată cu confirmarea certă a fistulei bilio-biliare sunt stabilite dependent de tipul leziunii, pentru Mirizzi tip I și II preferința fiind atribuită colecistectomiei parțiale cu menajarea unui coleret în jurul orificiului fistulos, utilizat pentru plastia defectului. Pentru Mirizzi tip III - IV preferința multor autori o reprezintă anastomozele bilio-digestive pe ansă Roux, mai puțin pledând pentru coledocoplastii și drenarea căilor biliare. Experiența noastră modestă, relevă că am pledat pentru plastia orificiului fistulos cu un coleret vezicular format în timpul colecistectomiei parțiale asociat cu drenarea căilor biliare, când dimensiunile orificiului fistulos nu depășeau 1,0 - 1,4 cm, în corespundere cu tipizarea Mirizzi I și II, iar pereții căii biliare principale prezentau calitatea necesară, adică inflamația locală regresată permitea suturarea defectului. Această oportunitate este dictată de faptul că riscul angiolitei postoperatorii în cazul aplicării derivațiilor bilio-digestive este mai mare. Susținem necesitatea aplicării anastomozelor bilio-digestive în cazul unui defect mare de cale biliară principală, cu o dilatare a ductului peste 2.0 cm, care corespunde oportunităților cunoscute pentru Mirizzi tip III - IV. Fistulografia postoperatorie, utilizată la pacienții din lot la a 10 - 12-a zi ne-a confirmat un pasaj biliar nedereglat, fără îngustare a căii biliare principale. Monitorizarea periodică confirmă rezultate bune și la distanță.

Concluzii

1. Metodele electivă în diagnosticul sugestiv al fistulelor bilio-biliare în perioada preoperatorie sunt RMN în regim colangiografic și CPGRE, diagnosticul de certitudine fiind dat de colangiografia intraoperatorie premergătoare disecției veziculei biliare.

2. Atitudinea terapeutică solicită abordare chirurgicală în urgență amânată, obiectivele intervenției fiind adaptate particularităților cazului, în funcție de topografia fistulei și complicațiile asociate.

3. Antibioterapia combinată preoperatorie în concomitență cu o terapie de reechilibrare și detoxicare adecvată chiar din primele zile de spitalizare vor favoriza condiții intraoperatorii mai bune pentru croirea coleretului vezicular folosit pentru plastie în Mirizzi I, odată cu diminuarea locală a procesului inflamator.

4. Monitorizarea periodică a pacienților în postoperator va permite aprecierea mai certă a eficacității tipului de intervenție chirurgicală odată cu absența la distanță a stricturilor și dereglărilor în pasajul biliar.

Bibliografie

1. Beltran, Marcelo A. The Relationship of Mirizzi Syndrome and Cholecystoenteric Fistula: Validation of a Modified Classification. *World Journal of Surgery*. 2008 (10):2237-43.
2. Jain, Mamta K. Acute bacterial cholangitis. *Current Treatment Options in Gastroenterology*. 2006; 9(2): 113-121. 10.1007/s11938-006-0030-7.
3. Christoforidis E. Endoscopic Management Strategies in Relation to the Severity of Acute Cholangitis. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2006;16 (5):15-16.
4. Englesbe M. Resistant pathogens in biliary obstruction: Importance of cultures to guide antibiotic therapy. *HPB Official Journal of The International Hepato Pancreato Biliary Association*. 2005; 7 (2): 144.
5. Thompson R. J. Endoscopically assisted minimally invasive surgery for gallstones. *Irish Journal of Medical Science* 2009; 178(1):85-87.
6. Karademir S., Astarcioglu H., Sökmen S., Korumay A., Tankurt E., Akpınar H., Çoker A., Astarcioglu İ. Mirizzi Syndrome Department of Internal Medicine, School of Medicine, Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey 2000; 7(1);72-77.
7. Longo O. Fistules biliaires internes spontanees, *Arch. Mal. Appart. Digue* 1970;49(5):551.
8. Naftali Z. Considerații asupra fistulelor biliare interne spontane. *Chirurgia, București*. 1974: 24 p.
9. Fayek S. A. A reliable method for handling the "difficult" cystic duct to obtain a good cholangiogram during laparoscopic cholecystectomy. *Surgical Endoscopy* 2007; 21(6):1020-2.
10. Bușu I., Mogoș D., Nemeș R. Fistulele biliobiliare. Considerații clinice și terapeutice. *Clinica chirurgie I Craiova. Chirurgie*. 1986:34-35.