

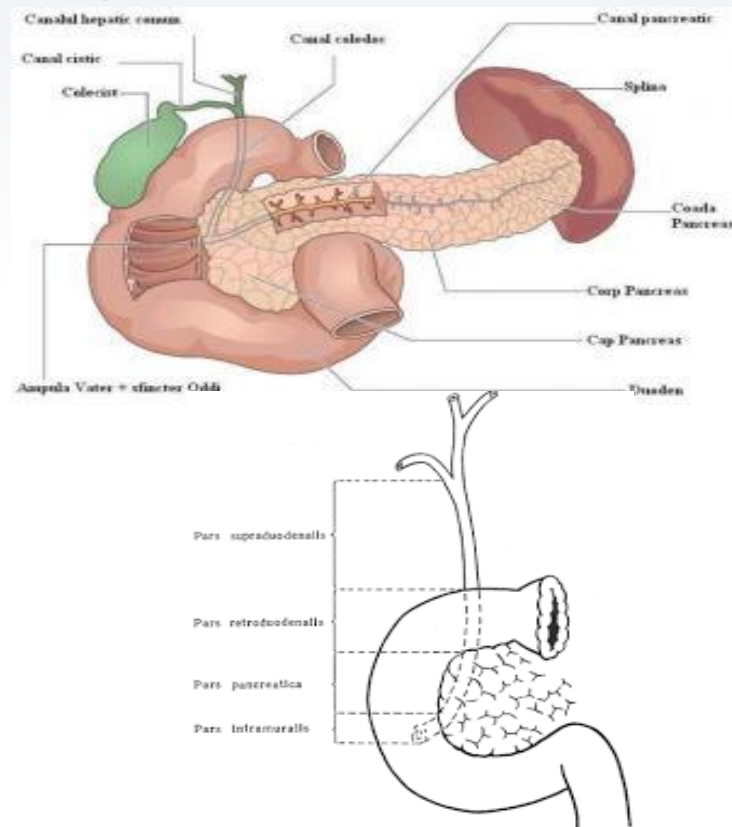


Coledocolitiaza. Icterul mecanic. Colangita.

**Doctor habilitat în științe medicale,
Profesor universitar Alin Bour**

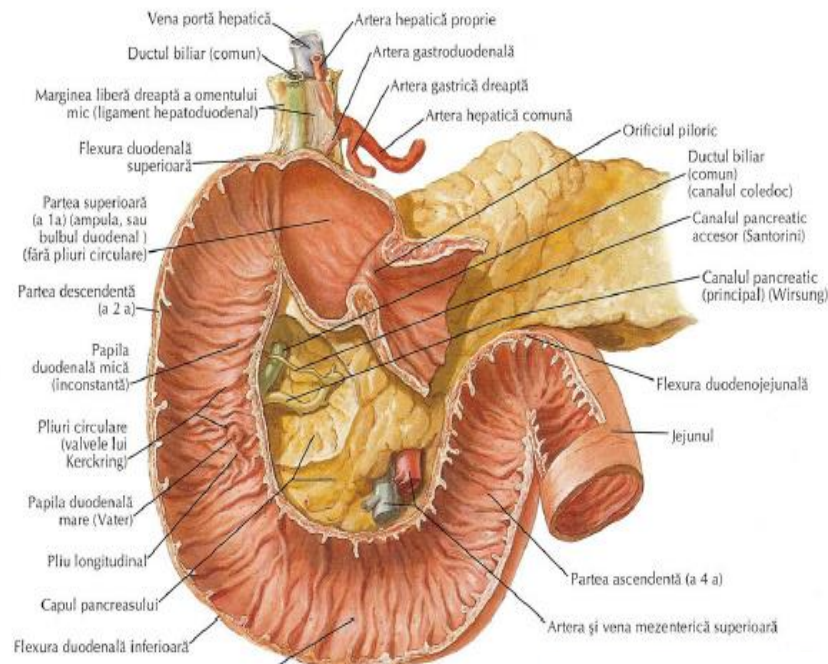
Noțiuni anatomo-fiziologice


- ▶ Coledocul reprezintă porțiunea din calea biliară principală (CBP) cuprinsă între joncțiunea canalului hepatic comun cu canalul cistic și deschiderea acesteia în duoden, cu o lungime ce variază între 6-8 cm și calibru variabil de pînă la 0,5 cm, fiind mai larg proximal și mai îngust distal, datorită îngroșării progresive a pereților coledocului spre vărsare în duoden.
- ▶ Coledocul prezintă 4 porțiuni: intraepiploică (la nivelul marginii drepte a ligamentului hepato-duodenal) sau supraduodenală, retroduodenală, retpancreatică și intramurală (în peretele duodenal).



Noțiuni anatomo-fiziologice

- ▶ Coledocul se varsă în duoden fie singur, fie împreună cu canalul pancreatic Wirsung prin ampula lui Vater, situată la aproximativ 7-10 cm de la pilor.
- ▶ Ampula Vater (ampula hepatopancreatică) proemină în lumenul duodenului, devenind parte constituantă a papilei duodenale mari (PDM) și e prevăzută cu un complex sfincterian - sfincterul Oddi, care împiedică refluxul duodenal în canalele bilio-pancreatice.
- ▶ Prin orificiul PDM, nictimeral, în duoden se varsă bila (700-1000 ml/24 ore).





*Coledocoliti*za sau litiaza
coledociană este definită ca
prezența calculilor în coledoc.

Etiologie

- ▶ Din punct de vedere etiologic sunt cunoscute două tipuri de litiază a căii biliare principale: litiaza primitivă sau autohtonă și litiaza secundară sau migrată, la care se adaugă litiaza postoperatorie, restantă și recidivată.
- ▶ Formarea calculilor coledocieni primari este rară deoarece în CBP nu se întrunesc condițiile favorabile litogenezei. Calculii autohtoni au o formă ovoidă sau rotunjită, culoare brun-gălbuie, pământie și se sfarmă cu ușurință (conținut scăzut de colesterină < 25%), formând nămol biliar. Se însoțesc de dilatarea CBP (20-25 mm) în absența unui obstacol coledocian. În 5-10% cazuri sunt concomitenți cu litiaza veziculară.

Etiologie

- ▶ Migrarea calculilor din vezicula biliară reprezintă sursa principală a litiazei CBP în peste 90% cazuri.
- ▶ Microcalculii pot trece ductul cistic fără modificarea calibrului și fără colici biliare.
- ▶ Calculii mici (3-5 mm) determină dilatarea ductului cistic, pasajul fiind însoțit de colici și de episoade icterice.
- ▶ Calculii mijlocii (5-20 mm) ajung în CBP doar prin intermediul unei fistule bilio-biliare. Calculii veziculari sunt bine formați și nu sunt friabili.

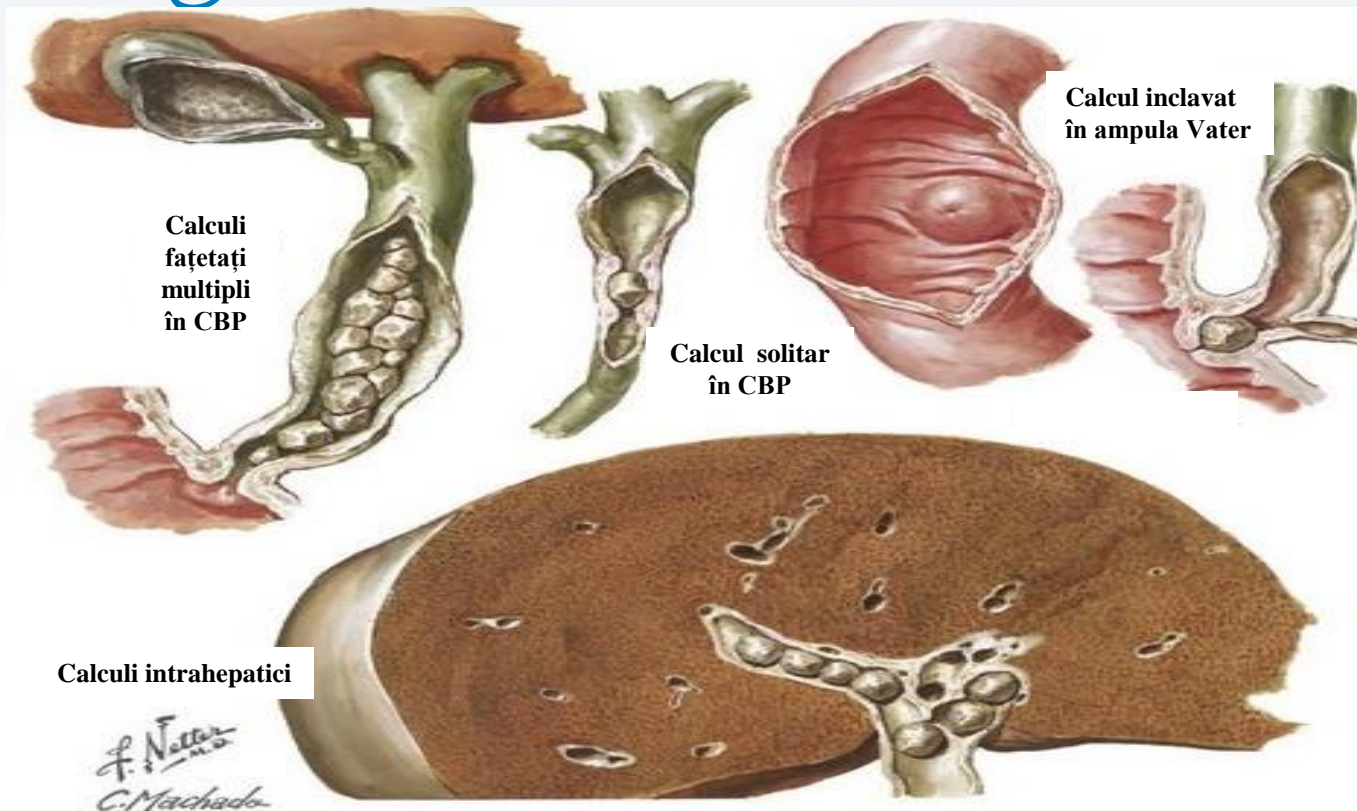
Etiologie

- ▶ **Calculii coledocieni** proveniți din căile biliare intrahepatice pot fi autohtoni sau de migrare.
- ▶ **Calculii autohtoni** sunt de natură pigmentară și se formează în unele boli parazitare sau în boala Caroli (dilatate sacciforme a canalelor biliare din lobul hepatic stâng).
- ▶ **Litiază de migrație** provine din calculii coledocieni care spontan sau în timpul explorării intraoperatorii (palparea coledocului), pătrund în căile intrahepatice.

Etiologie

- ▶ De excepție, calculii pancreatici eliminați în ampula Vater pot urca în CBP.
- ▶ Litiaza reziduală constă în prezența în CBP a unor calculi uitați sau nediagnosticsați în cursul colecistectomiei.
- ▶ Litiaza recidivată a căii biliare principale este excepțională și reprezintă calculi care s-au format după o primă intervenție în CBP. Recidiva este consecutivă de obicei unui obstacol în calea scurgerii bilei (stenoză coledociană, pancreatită cronică, oddită scleroasă).

Etiologie



▶ Patogenie

- ▶ Calculii coledocieni de sinestătător nu realizează niciodată obstrucție completă a ductului biliar.
- ▶ În funcție de numărul, sediul, consistența și în special mobilitatea lor în CBP, are loc iritarea pereților coledocului cu dezvoltarea edemului (coledocita) și ulterior a fibrozei pereților ce provoacă îngustarea lumenului CBP și stenoizarea sfincterului Oddi.
- ▶ Ca urmare, evacuarea bilei este perturbată, crește presiunea în coledoc cu dilatarea acestuia deasupra obstacolului, se declanșează reacțiile inflamatorii și se formează un mediu favorabil pentru dezvoltarea infecției (colangita).

Clasificarea anatomo-clinică a litiazei coledocului:

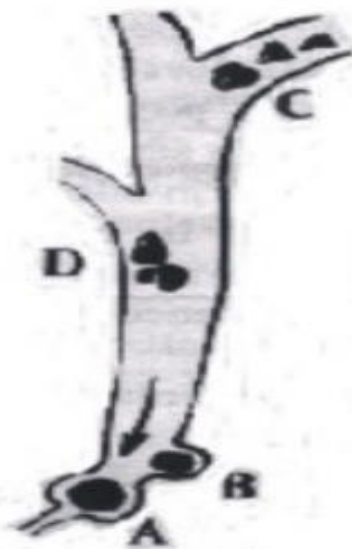
- ▶ **Forma comună** (simplă sau favorabilă) se caracterizează prin prezența calculilor migrați, unici sau multipli, nesfărâncioși, peretele coledocian nu este modificat, astfel obstrucția coledociană lipsește sau este parțială și pasageră.
- ▶ **Forma complexă** consemnează prezența calculilor autohtoni (friabili) sau migrați cu situații particulare (inclavați în papilă, fugiți în căile biliare intrahepatice sau conținuți într-un diverticul al coledocului terminal). Colangita, coledocita și afectarea organelor adiacente sunt prezente.
- ▶ **Forma malignă** (împietruirea coledociană) este o formă rară, în care CBP este dilatată, atonă, plină de calculi, realizând "megacoledocul", ce poate atinge dimensiunile lumenului intestinal (3-4 cm).

Clasificarea anatomo-clinică a litiazei coledocului:

Forma comună



Forma complexă



Forma malignă



Forma complexă: A- calculi inclavați în papilă, B – calculi conținuți într-un diverticul al coledocului terminal, C - calculi în căile biliare intrahepatice, D - calculi autohtoni.

► *Tablou clinic*

- !!!** Coledocolitiiza este însoțită de manifestări clinice numai în condițiile în care are loc obstrucția CBP și dereglarea pasajului biliar spre duoden.
- ▶ *Durerea* apare în cca 80% din litiazele coledociene.
 - ▶ Se instalează de obicei brusc, la 3-5 ore după cină, foarte frecvent către miezul nopții.
 - ▶ Este localizată în hipocondrul drept cu iradiere în epigastru și periombilical, precede instalarea icterului, fiind la rândul ei precedată de febră și frison, complex simptomatic cunoscut în literatură sub denumirea de triada Charcot-Villard sau sindrom coledocian major.

► *Tablou clinic*

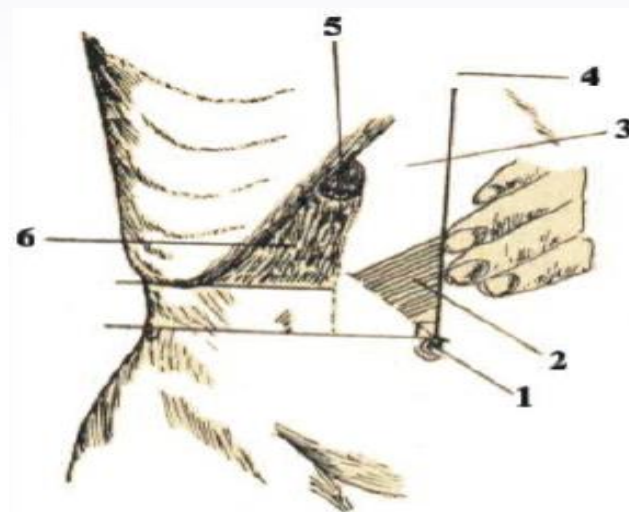
- ▶ Durerea este vie, atroce, are caracter de crampă, este continuă, fara paroxisme (evoluează în platou) și se exacerbează la mișcare.
- ▶ Durata crizei dureroase este de la câteva minute la 1-2 ore.
- ▶ *Febra* întâlnită în formele de litiază complicate cu angiocolită sau colecistita acută, apare în pusee, este înaltă (38-39°C) și aproape întotdeauna însoțită de frison. Sunt caracteristice accesesele febrile intermitente, cu un ritm de apariție neregulat. Suprainfecția se datorează în special stazei biliare și în mod secundar intervenției bacteriilor gram-negative.

► *Tablou clinic*

- ▶ ***Icterul sclerotegumentar*** este semnul major, care apare după 12-24 ore de la colică. De obicei este discret și pasager atunci când este produs de calculii mobili din coledoc. Este variabil, prezentând remisiuni legate de mobilizarea calculilor (eliminarea lor în duoden) sau de retrocedarea spasmului și a edemului. Urinile sunt hipercrome, scaunele hipocolice și este prezent pruritul cutanat.
- ▶ Sindromul coledocian major nu este strict specific litiazei CBP, ci el este în linii mari același pentru substrate lezionale foarte diferite ale ductului biliar.

Tablou clinic

- ▶ Examenul obiectiv este în general sărac.
- ▶ Inspectia evidențiază un icter sau un subicter sclero-tegumentar.
- ▶ La palparea abdomenului, hipocondrul drept este sensibil, mai cu seama în triunghiul Chauffard.



Proiecția parietală a durerii biliare:

1. umbilic
2. zonă pancreatico-coledociană
3. mușchi drept abdominal
4. xifoid
5. punct vezicular
6. zonă veziculară

Forme clinice

Deosebim forme clinice icterigene (manifeste) și forme aicterigene (disimulate).

I. Formele icterigene

- ▶ *Forma clasică se caracterizează prin prezența sindromului coledocian major (triada Charcot-Villard): durere, febră, icter.*
- ▶ *Icterul prin inclavarea calculilor în papilă: Obstacolul oddian produce distensia CBP, a căilor biliare intrahepatice și o creștere a presiunii biliare – tradusă clinic prin apariția colicilor. Icterul este mai intens, mai prelungit, mai puțin variabil decât în cazul calculilor mobili.*
- ▶ *Litiaza coledociană asociată cu colecistita acută.*

Forme clinice

- ▶ *Litiază CBP asociată cu litiază intrahepatică.*
- ▶ *Forma cu icter izolat* **evoluează oligosimptomatic. După o scurtă perioadă prodromală caracterizată printr-o jenă dureroasă în hipocondrul drept, apare colorația icterică. Curba termică este normală, iar pruritul este adeseori intens.**
- ▶ *Formele grave* **ale litiazei coledociene se datorează asocierii cu pancreatita acută sau cu angiolocolita acută.**

Forme clinice

II. Formele disimulate:

- ▶ *Forma frustă* se caracterizează prin colici biliare cu puseuri subfebrile și manifestări de stază biliară discrete –subicter scleral, urini hiperchrome.
- ▶ *Forma febrilă pură* –după colici sau în lipsa acestora apare un episod febril neexplicat. Cu cât puseele febrile sunt mai dese și mai intense cu atât prezența litiazei coledociene este mai probabilă.

▶ *Forme clinice*

- ▶ *Forma dispeptică* **are tablou clinic dominat de sindrom dispeptic (balonări postprandiale, mai ales după consumul alimentelor bogate în lipide, eructații, constipatii care alternează cu perioade de diaree, astenie).**
- ▶ *Forma cașectizantă* **este o formă rară, ce se caracterizează prin colici biliare asociate cu scădere ponderală marcată (15-20 kg în 2-3 luni).**
- ▶ *Forma latentă (mută)* **e reprezentată de calculi asimptomatici, care după mai mulți ani determină o ciroză biliară cu insuficiență hepatică sau cu hipertensiune portală.**

Diagnostic

- ▶ Diagnosticul este mult ușurat cînd coledocolitiaza este manifestată clinic (triada caracteristică angiolitei: durere, febră, frison) și pune probleme deosebite în cazul litiazei disimulate.
- ▶ Litiaza disimulată este consemnată cu o frecvență de 6-10% din bolnavii cu litiază veziculară și reprezintă aproximativ 40% din litiazele CBP.

Diagnostic

Investigații paraclinice:

- ▶ Analiza generală a sângelui poate fi relevantă la pacienții cu colecistită acută, angiolită sau pancreatita acută edematoasă secundară obstrucției prin calcul inclavat în papilă, unde se determină leucocitoză, devierea formulei leucocitare spre stînga.
- ▶ Analiza biochimică a sângelui evidențiază:
- ▶ Hiperbilirubinemie moderată pe contul fracției directe ale bilirubinei și nivel crescut al fosfatazei alcaline - *sindrom de colestază*;
- ▶ Creșterea transaminazelor serice (ALAT, ASAT) - *sindrom de hepatocitoliză* (datorită colestazei hepatice);
- ▶ Creșterea moderată a amilazei pancreatice - reacție pancreatică.

► *Diagnostic imagistic*

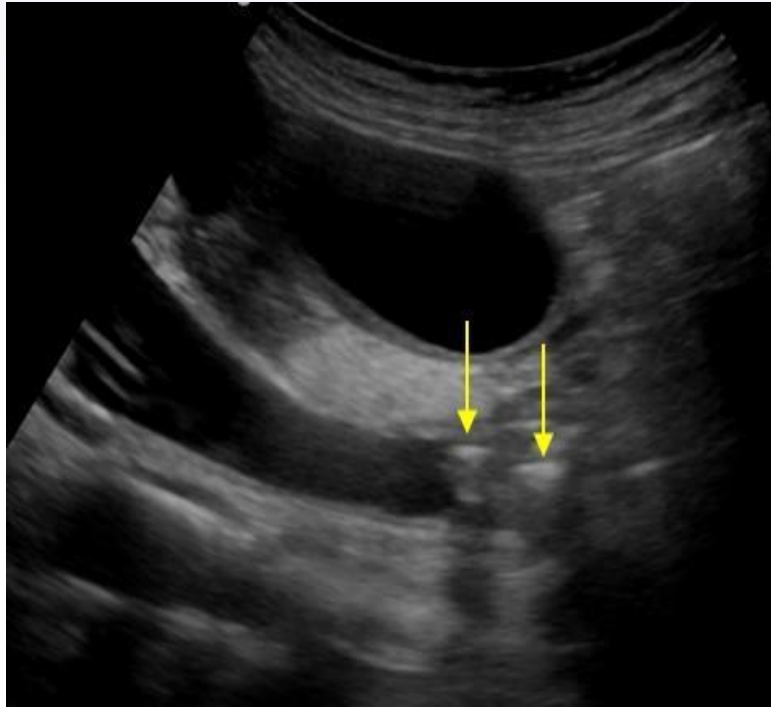
- ▶ *Colangiografia intravenoasă* **este o metodă de opacifiere rapidă a colecistului și CBP, La 10-20 de minute după injectarea substanței de contrast se opacifică coledocul, iar după 30-60 de minute devine vizibilă și vezicula biliară.**
- ▶ **Vizualizarea CBP este însă inconstantă și variabilă.**
- ▶ **Este limitată de hiperbilirubinemie, situație în care hepatocitul nu poate extrage substanța de contrast din sânge, hiperfuncție tiroidiană și intoleranța la iod.**



Diagnostic imagistic

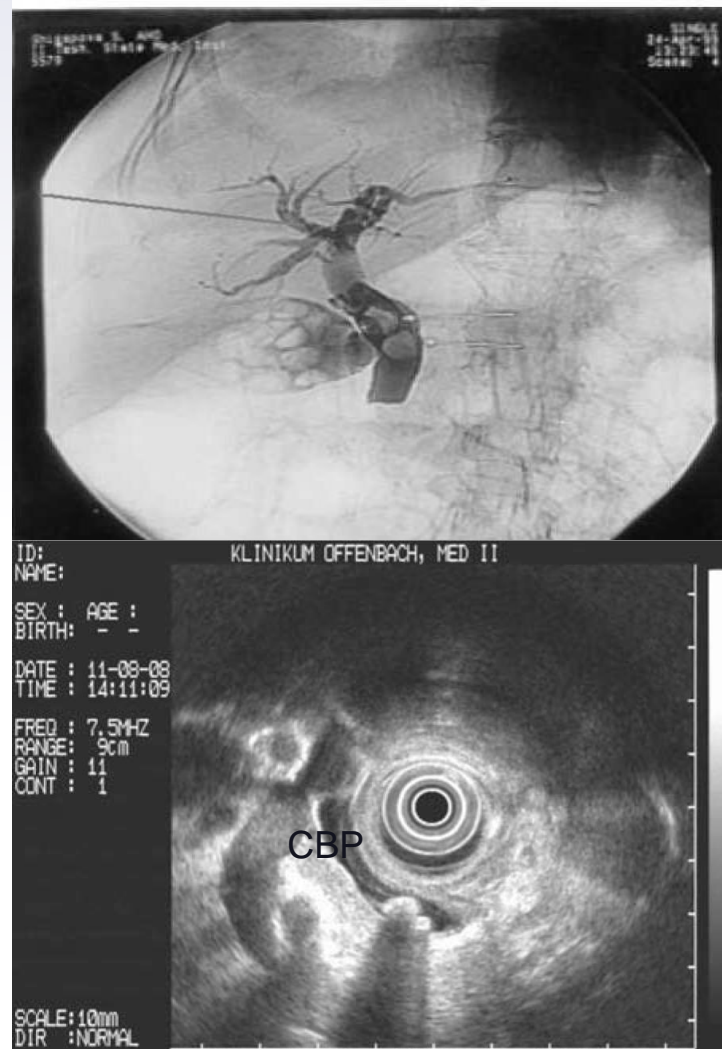
- ▶ *Ecografia abdominală* este o metodă imagistică non-invazivă, rapidă care permite vizualizarea veziculei biliare, ficatului, căilor biliare și pancreasului.
- ▶ Nu este limitată de prezența icterului și are acuratețe deosebită în evidențierea dilatației căilor biliare intra- și extrahepatice.
- ▶ Calculii apar ca imagini hiperecogene cu con de umbră distal, mai clar vizibili în coledocul dilatat datorită fluidului biliar transonic.
- ▶ Fiind mai frecvent întâlniți în treimea inferioară a căii biliare principale sunt mai dificil de vizualizat datorită aerului din duoden sau parenchimului hepatic.

Ecografia abdominală



Diagnostic imagistic

- ▶ Colangiografia transparietohepatică **se indică când căile biliare intrahepatice sunt dilatate.**
- ▶ Ecografia endoscopică (ecoendoscopia, EcoEDS) **are o acuratețe deosebită pentru diagnosticul litiazei coledociene, ce permite o vizualizare mai exactă a căilor biliare distale și a capului pancreasului.**



Diagnostic imagistic

- ▶ *Tomografia computerizată* **are o utilitate limitată în diagnosticul suferințelor biliare.**
- ▶ **Permite obținerea unor imagini mai concludente decât ultrasonografia la bolnavii obezi sau la cei la care aerocolia maschează căile biliare.**
- ▶ **De asemenea metoda permite o vizualizare bună a coledocului retroduodenal permițând aprecierea exactă a diametrului sau.**
- ▶ **Calculii de colesterină nu pot fi vizualizați prin tomografie computerizată deoarece nu pot fi diferențiați de colesterolul din bilă (sunt detectați ultrasonografic).**
- ▶ **Calculii conținând săruri de calciu pot fi vizualizați până la un diametru de 1 mm.**

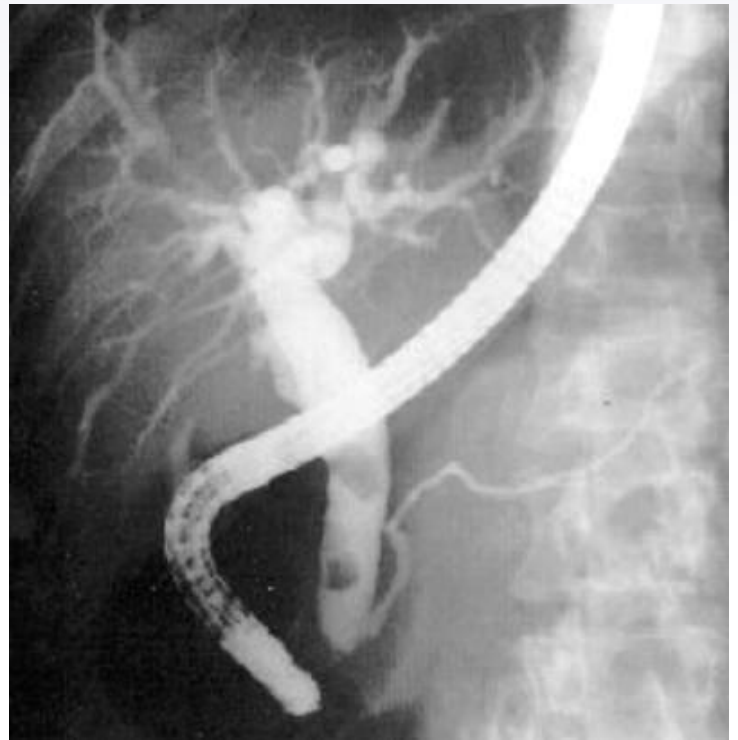
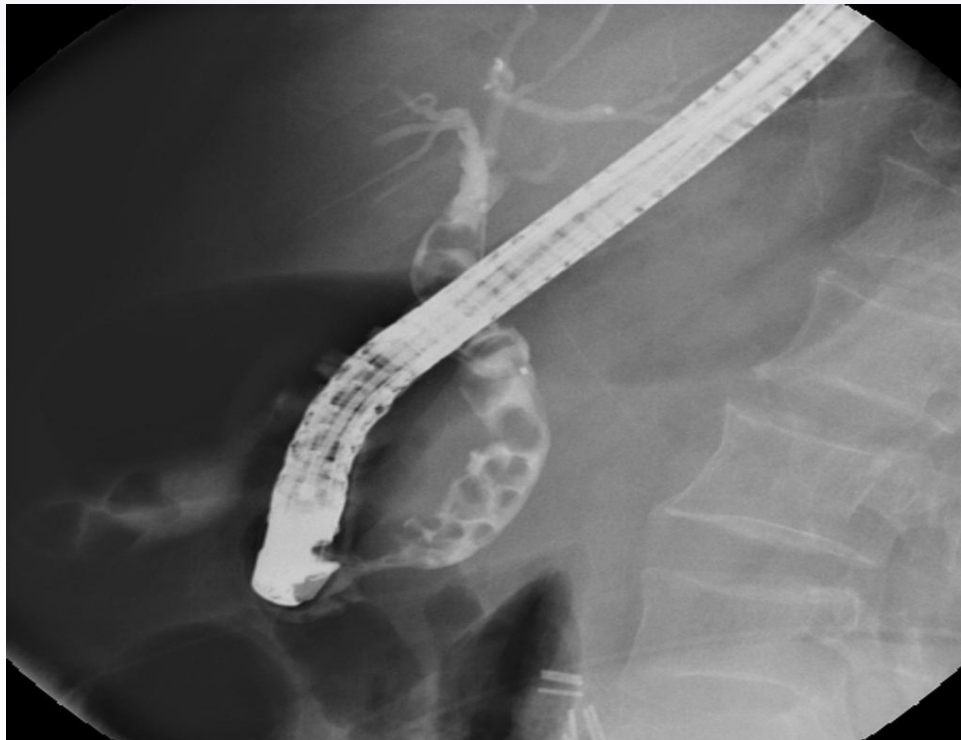
Tomografia computerizată



► *Diagnostic imagistic*

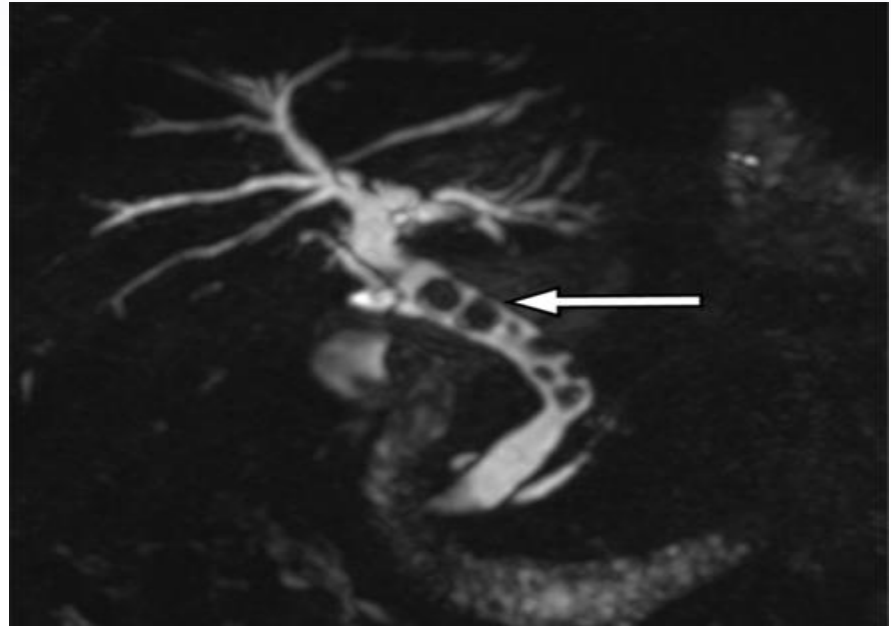
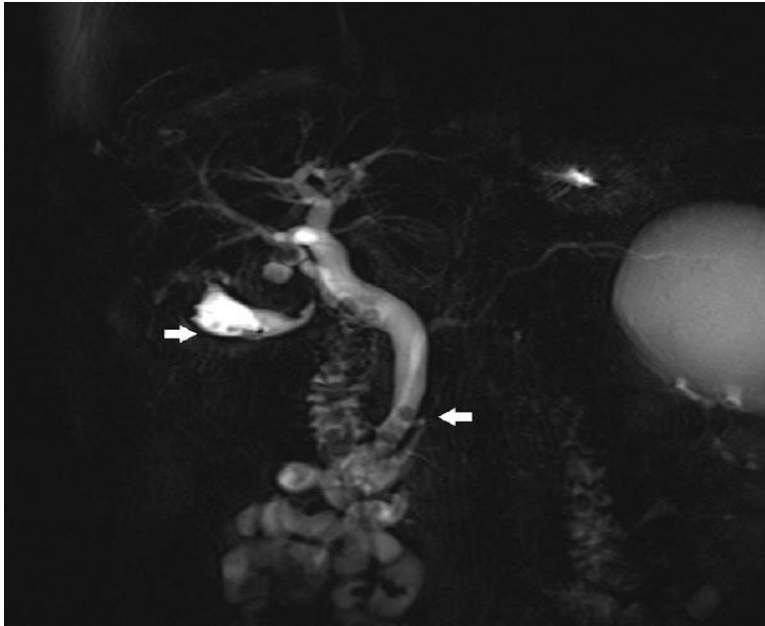
- ▶ *Colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP)* **permite atât explorarea arborelui biliar cât și a celui pancreatic.**
- ▶ **Se obține o colangiografie de bună calitate prin care se identifică litiaza CBP, stenozele oddiene benigne, stricturile căilor biliare, leziunile canceroase, compresiunile la nivelul coledocului terminal, colangita sclerozantă, ascaridoza coledocului.**
- ▶ **Când se constată prezența calculilor coledocieni, există posibilitatea efectuării imediate a sfincterotomiei endoscopice și a extragerii calculilor cu sonda Dormia.**
- ▶ **De asemenea se poate asigura drenajul biliar prin plasarea unei sonde nazo-biliare, utilă în tratamentul angiolitei.**

Colangiopancreatografia retrograda endoscópica (ERCP)



► *Diagnostic imagistic*

- *Colangiografia prin rezonanță magnetică nucleară* **este mai puțin invazivă și mai precisă decât ERCP.**



► *Diagnostic intraoperator*

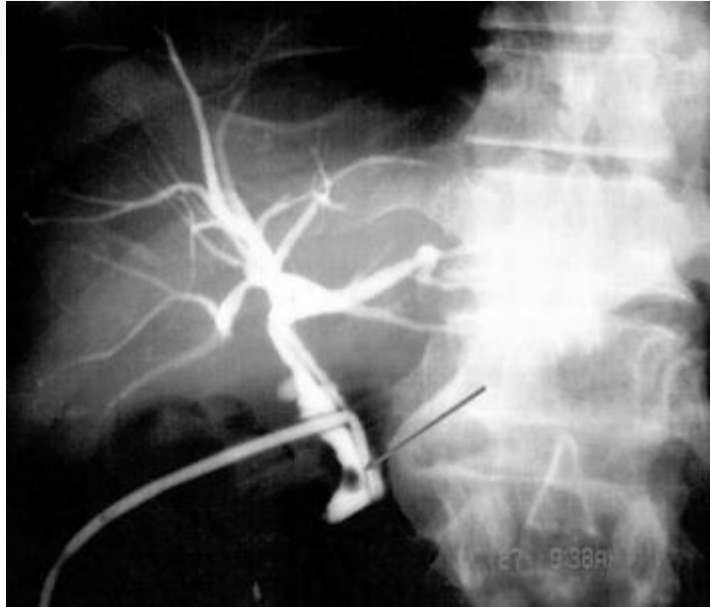
Explorarea intraoperatorie a CBP **este necesară de a fi efectuată în cazurile pacienților supuși colecistectomiilor urgente cu suspecție de coledocolitiază (ultrasonografic dilatarea căilor biliare, microlitiază veziculară, anamnestic – icter tranzitor precedat de colici biliare sau sindrom colestatic fără semne clinice de icter), care au prezentat contraindicații pentru efectuarea ERCP.**

► *Diagnostic intraoperator*

Diagnosticul intraoperator va presupune:

- ▶ **Palparea coledocului la nivelul ligamentului hepato – duodenal cu determinarea calibrului acestuia (dilatarea ce depășește 12 mm sugerează existența unui obstacol mecanic).**
- ▶ **Sondajul diagnostic al papilei cu sondă de cauciuc cu diametrul de 3 mm.**
- ▶ **Colangiografie intraoperatorie prin ductul cistic sau printr-un orificiu de coledocotomie.**
- ▶ **Coledocoscopie cu coledoscop flexibil cu diametrul de 3 mm.**
- ▶ **Ultrasonografie intraoperatorie.**
- ▶ **Explorare invazivă instrumentală a CBP transcistic sau prin coledocotomie.**

▶ Colangiografie intraoperatorie



▶ Coledocoscopie



▶ *Tratamentul*

Tratamentul litiazei CBP trebuie să realizeze următoarele deziderate:

- ▶ **Înlăturarea colecistului considerat sediul principal al procesului de litogeneză -colecistectomia.**
- ▶ **Dezobstrucția căii biliare principale prin evacuarea tuturor calculilor de la acest nivel – coledocolitotomia.**
- ▶ **Asigurarea unui drenaj biliar eficient.**

▶ *Tratamentul*

Pregătirea preoperatorie în condițiile existenței icterului trebuie să vizeze următoarele:

- ▶ Reechilibrarea hidroelectrolitică cu soluții cristaloide și coloide,
- ▶ Corectarea coagulării prin administrarea parenterală de vitamina K,
- ▶ Antibioterapia în formele complicate cu colecistită acută, angiocolita sau pancreatită acută,
- ▶ Tratamentul afecțiunilor asociate (cardiovasculare, pulmonare, diabet etc.).

▶ *Tratamentul*

În adoptarea procedurii chirurgicale, se va ține cont de forma anatomo-clinică a litiazei CBP.

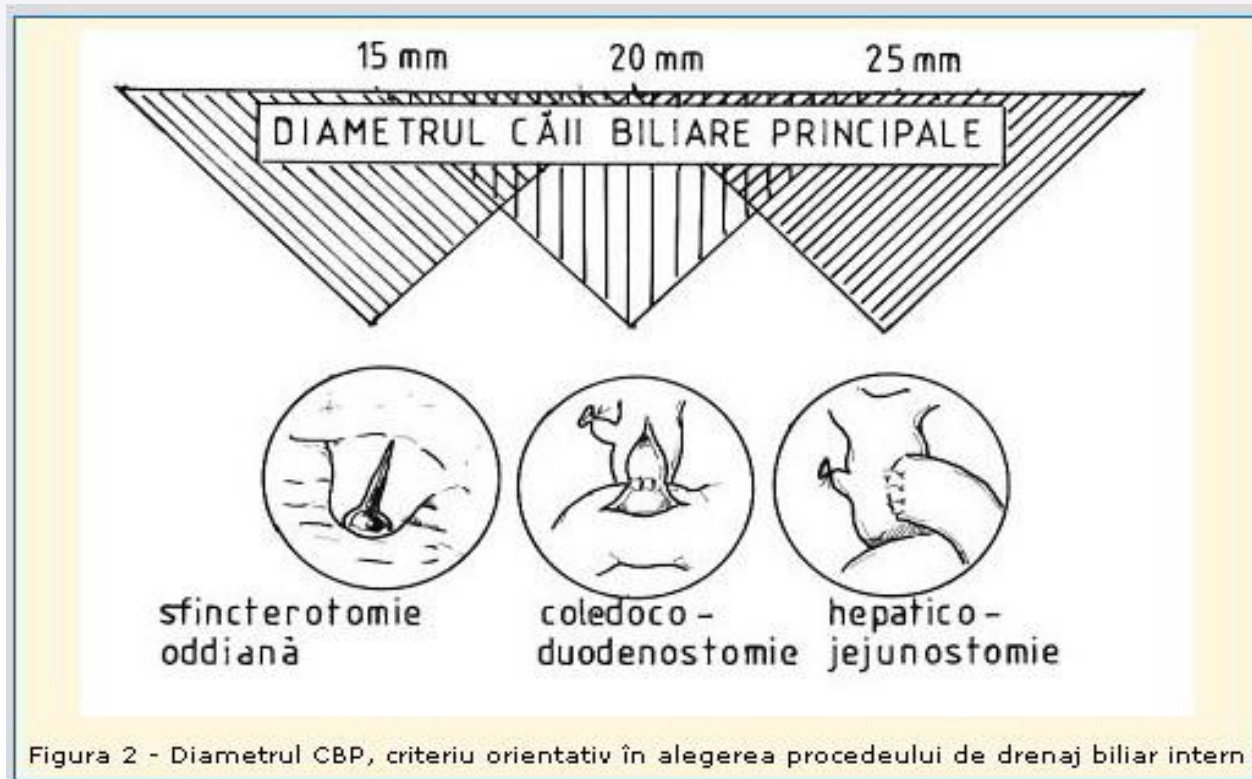
- ▶ Astfel, în forma favorabilă, coledocotomia și extragerea calculilor (coledocolitotomia) urmată de drenaj Kehr este metoda de elecție.
- ▶ În forma complexă, sunt necesare intervenții complexe de tipul derivațiilor biliare interne ca de exemplu sfincterotomia oddiană transduodenală sau coledocoduodenostomia.
- ▶ În forma malignă, mai ales în prezența unui megacoledoc, hepatojejunostomia pe ansa exclusă în Y à la Roux reprezintă standardul de aur.

▶ *Tratamentul*

În tratamentul obstrucțiilor coledociene benigne, un criteriu orientativ în alegerea metodei de drenaj biliar intern îl reprezintă dilatarea CBP:

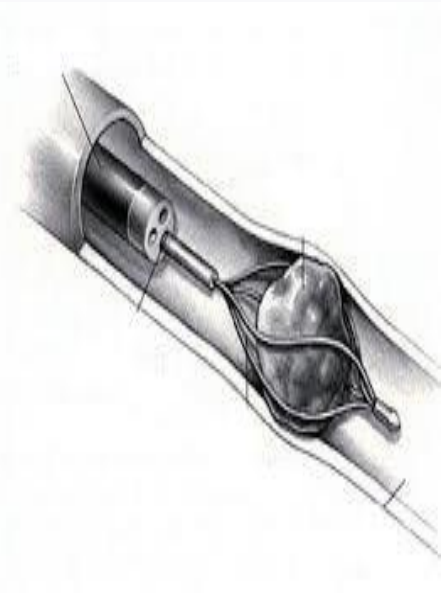
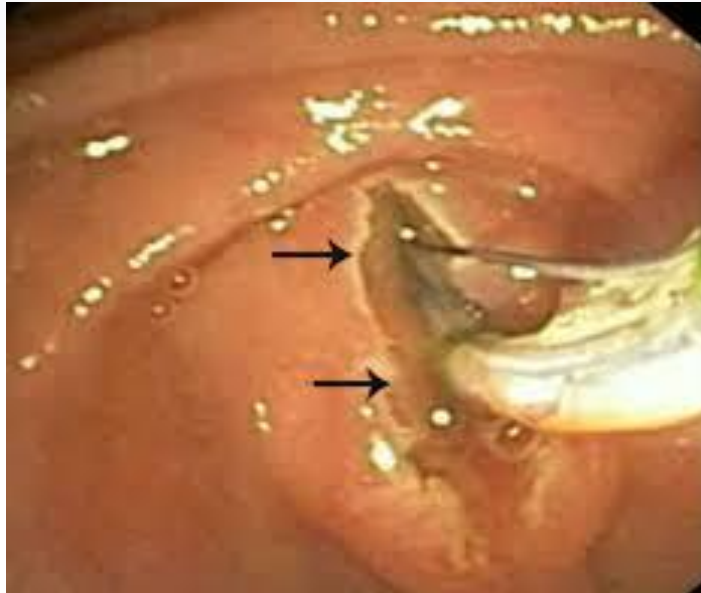
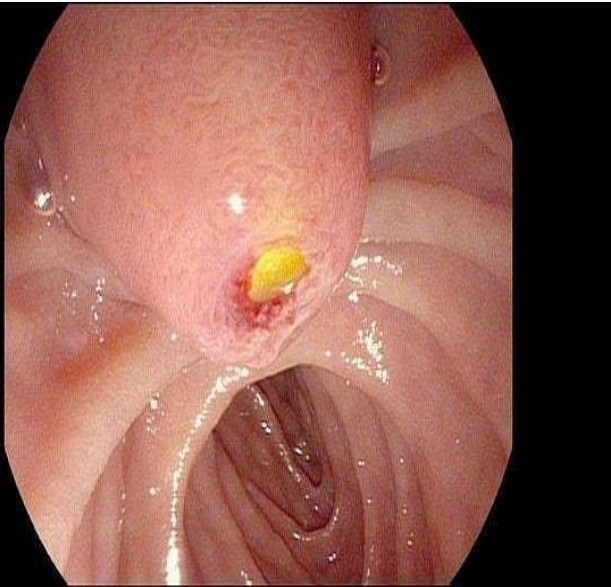
- a) în dilatațiile până la 15 mm diametru, se recomandă exclusiv intervențiile pe papilă – sfincterotomia oddiană. Coledocoduodenostomia este ferm contraindicată la asemenea dimensiuni ale ductului biliar, deoarece este necesară o gură de anastomoză largă și permeabilă (18-25 mm) pentru a preveni instalarea stazei biliare și apariția angiocolitei.
- b) la o dilatare a CBP cuprinsă între 16-25 mm diametru este indicată coledocoduodenostomia.
- c) în dilatațiile atone de peste 25 mm, se recomandă *hepaticojejunostomia pe ansa exclusă în Y a la Roux*, care reprezintă metoda de elecție mai ales atunci când este prezentă și împietruirea coledociană.

Tratamentul



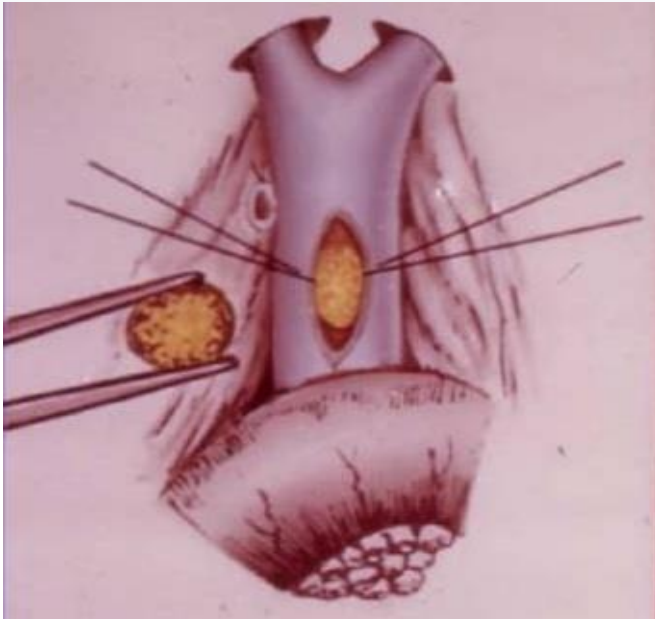
▶ *Tratamentul*

Sfincterotomia oddiană



Tratamentul

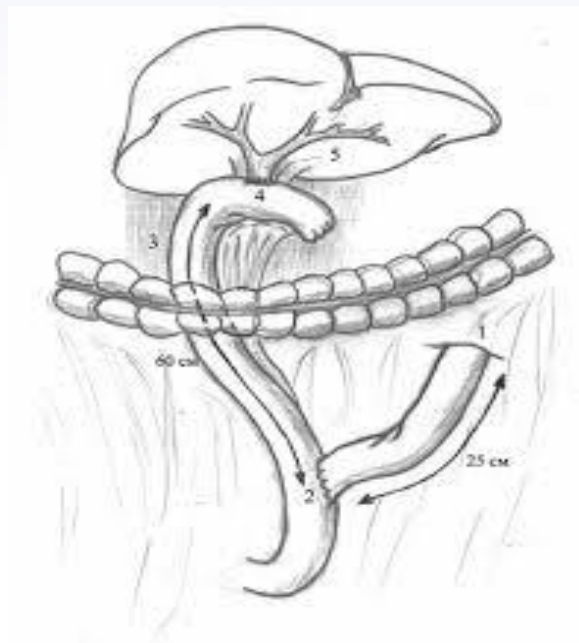
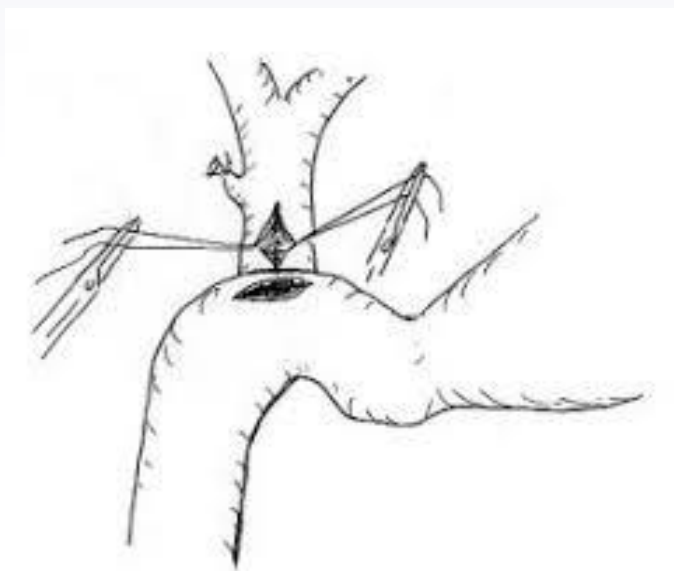
Coledocolitotomia



Tratamentul

Coledocoduodenostomia

Hepatojejunostomia



▶ *Tratament*

- ▶ La pacienții cu litiază manifestă, este de preferat abordul inițial endoscopic prin colangiopancreatografie retrogradă, urmată de sfincterotomie pe această cale și de tehnici de extragere a calculilor. La interval de 24-72 de ore de la manevra endoscopică, este indicată colecistectomia laparoscopică. Această atitudine, este cea mai agreată în momentul de față pentru rezolvarea litiazei coledociene diagnosticată preoperator și se numește tratamentul secvențial al litiazei biliare. Este de dorit ca intervalul de 24-72 ore între intervenții să fie respectat, depășirea acestei limite expunând la două riscuri: posibilitatea migrării altor calculi și apariția unei colecistite acute prin iritația chimică produsă de substanța de contrast.
- ▶ Pacienții cu litiază disimulată, pot beneficia de colangiopancreatografia endoscopică retrogradă la etapa diagnostică, iar dacă este evidențiată coledocolitiaza, atitudinea terapeutică este identică cu cea din cazurile cu litiază manifestă de CBP.

Tratamentul

- ▶ O a doua abordare terapeutică a litiazei de cale biliară principală este cea exclusiv laparoscopică - atât pentru litiaza veziculară cât și pentru litiaza canalară. Este considerată soluția ideală, datorită rezolvării totale prin procedee miniminvazive, într-o singură etapă a pacientului, dar și datorită menajării sfincterului oddian.
- ▶ Ultima posibilitate terapeutică este abordarea convențională și va fi indicată când celelalte două sunt contraindicate: coledoc peste 20 mm, împietruire coledociană, fistulă bilio-biliară, etc.

Tratamentul

Dacă intraoperator sunt descoperiti calculi în calea biliară principală, sunt trei posibilități terapeutice:

- A.** Continuarea operației pe cale laparoscopică. Tratamentul laparoscopic al litiazei coledociene se poate face prin extragerea transcistică a calculilor (dacă este posibil) sau prin coledocotomie laparoscopică.
- B.** Se poate face doar colecistectomia laparoscopică, urmând ca, ulterior intervenției să se extragă calculii din coledoc prin sfincterotomie endoscopică sau prin intervenția chirurgicală pe cale deschisă.
- C.** Convertirea la operația deschisă se face atunci când:
 - diametrul CBP este sub 10 mm sau peste 20 mm.
 - împietruire coledociană.
 - fistula biliară.
 - nu există dotare sau experiență pentru abordarea laparoscopică a CBP.

Tipuri de drenaje externe

După locul introducerii drenului în coledoc, felul lui, orientarea capătului intern și alte particularități deosebim diverse tipuri de drenaj extern:

- ▶ drenaj tip Halstedt - introducerea unui dren simplu cu diametru de 2-3 mm prin ductul cistic, orientat spre papila oddiană;
- ▶ drenajul tip Lane - același tub, cu aceeași orientare numai că trecut prin incizia longitudinală a coledocului mai jos de ductul cistic;
- ▶ drenaj tip Kehr - are forma unui T, ramura scurtă se introduce tot prin incizia longitudinală în coledoc, iar ramura lungă se exteriorizează;
- ▶ drenaj tip Robson-Vișnevski - un tub cu mai multe orificii se introduce prin incizia longitudinală a coledocului, capătul intern fiind orientat spre hil, iar uneori și în unul din canalele hepatice;
- ▶ drenaj tip Praderi-Smitt - capătul intern al drenului de polietilen, găurit se află în lumenul coledocului mai sus de sutura lui, iar cel extern este exteriorizat transhepatic.

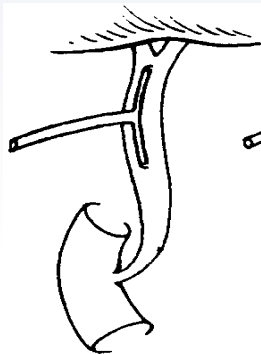
Drenajul coledocian extern se menține timp de 12-18 zile. Îndepărtarea drenajului se recomandă numai după ce ne-am convins clinic și colangiografic de permeabilitatea căilor biliare.

Tipuri de drenaje transpapilare

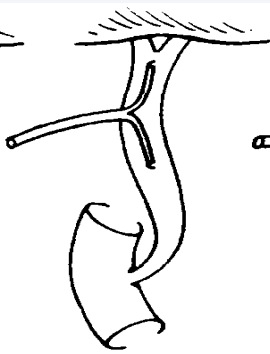
În multe cazuri (după papilosfincterotomie transduodenală, plastia căilor biliare ș.a.) pot fi aplicate drenaje transpapilare:

- ▶ tip Cattell-Champau - drenul în formă de T unul din capetele tubului din interiorul coledocului coboară prin papilă în duoden, pe când celălalt tub se exteriorizează prin incizia coledocului;
- ▶ tip Doliotti - un tub simplu cu multe orificii parietale coboară din coledoc în duoden prin papilă pe când celălalt capăt se exteriorizează;
- ▶ tip Voelker - tubul simplu se introduce în coledoc astfel încât capătul lui cranial să depășească înspre hil orificiul de coledocotomie, iar extremitatea sa caudală să se exteriorizeze după ce a străbătut papila printr-o incizie punctiformă a peretelui ventral al duodenului;
- ▶ tip Calmers - ca și Voelker, însă când extremitatea caudală este exteriorizată prin incizia stomacului;
- ▶ tip Bailleys-Smirnov-Eristavi - când capătul caudal este scos transduodenogastronazal;
- ▶ tip du Val - proteză internă cu tub pierdut: tubul se introduce prin coledocotomia supraduodenală, capătul cranial este introdus în ductul hepatic, iar cel distal ajunge în duodenul pînă la ligamentul Treitz sau chiar în jejun.

Tipuri de drenaje



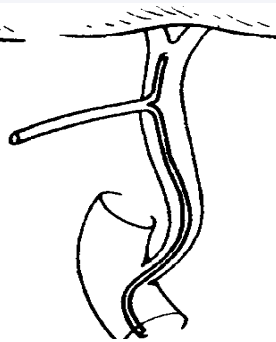
Kehr



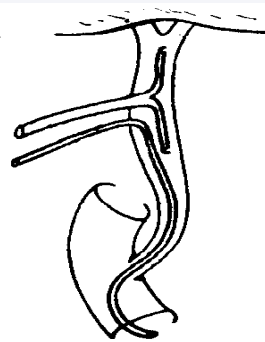
Kehr din tub Nelaton



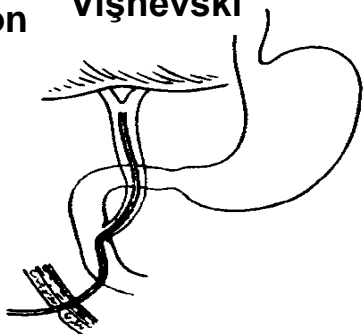
Robson-Višnevski



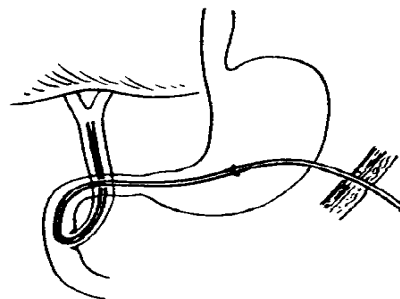
Cattell-Champau



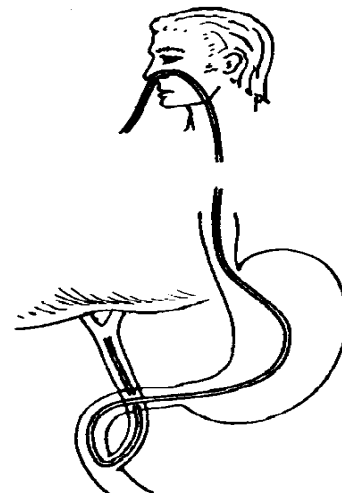
Mollowitz



Voelker



Calmers



Bailleys-Smirnov-Eristavi

► Complicațiile litiazei CBP

I. Mecanice – icterul mecanic

II. Inflamatorii – colangita acută

III. Alte:

- ▶ Ciroza biliară secundată consecință a repetării colangitelor și dezvoltării fibrozei.
- ▶ Stenoză oddiană benignă cicatrizarea ulcerațiilor ce însoțesc inclavarea calculilor în papilă.
- ▶ Pancreatita acută în urma pasajului repetat al microcalculilor prin sfincterul oddian sau inclavării la acest nivel.



Icterul mecanic

(obstructiv sau posthepatic) este un sindrom caracterizat prin obstrucția parțială sau completă a fluxului biliar către tubul digestiv.

Etiologie

Se poate datora unor cauze:

➤ Benigne:

- ▶ pancreatită acută,
- ▶ pancreatită cronică pseudo-tumorală,
- ▶ litiază coledociană,
- ▶ parazitoză hepato-biliară

➤ Maligne:

- cancer de cap de pancreas,
- carcinom hepatocelular,
- colangiocarcinom,
- ampulom vaterian.

Patogenie

- ▶ Obstrucția mecanică a fluxului biliar în duoden conduce la stază biliară (colestază secundară extrahepatică) și la o creștere a presiunii biliare peste 270 mm coloană de apă, ce duce la dilatarea și ruperea capilarelor biliare cu pătrunderea bilei în sânge sau în circuitul limfatic – stare de colemie.
- ▶ Bilirubina directă în valori crescute este una dintre componentele de bază generice de colemie.
- ▶ Conținutul normal al bilirubinei în plasmă este sub 16 $\mu\text{mol/l}$ (1mg%).
- ▶ Nivelul sub 50 $\mu\text{mol/l}$ (3 mg%) nu duce la depunerea evidentă tisulară a pigmentului, manifestând numai un subicter.
- ▶ Icterul devine manifest la valori peste această limită. În cazul obstrucției complete a căilor biliare, nivelul bilirubinei crește zilnic cu 30-40 $\mu\text{mol} / \text{h}$ (până la 150 $\mu\text{mol} / \text{l}$, apoi rata scade).
- ▶ De menționat faptul că, bilirubina directă, fiind hidrosolubilă, colorează mai intens tegumentele, spre deosebire de fracția indirectă și se elimină renal cu determinarea urinelor hipercrome („culoarea berii”).

Patogenie

- ▶ Datorită obstrucției mecanice a tractului biliar stercobilina nu este formată și, prin urmare, nu este excretată în masele fecale scaunele fiind decolorate, acolice.
- ▶ În primele zile ale icterului obstructiv, se observă o creștere a nivelului transaminazelor.
- ▶ Acest lucru se explică printr-o creștere pe termen scurt (3-5 zile) a permeabilității membranelor hepatocitare și eliberarea acestor enzime.
- ▶ Menținerea îndelungată a presiunii în căile biliare duce la dereglarea funcției hepatocitelor cu afectarea procesului de conjugare a bilirubinei libere, ce determină creșterea valorilor serice a bilirubinei indirecte.
- ▶ În această perioadă poate surveni necroza hepatocitelor cu creșterea repetată a nivelurilor de transaminaze.

Diagnostic

A. Criterii clinice:

Principale:

- ▶ Culoarea galbenă a tegumentelor, mucoaselor și sclerelor (apreciată la lumină naturală);
- ▶ Urini hipercrome (colurie);
- ▶ Scaune decolorate (acolice).

Secundare:

- ▶ Prurit;
- ▶ Colică biliară;
- ▶ Tumoră palpabilă

▶ Diagnostic

B. Criterii paraclinice:

- ▶ **Dozarea fracționată a bilirubinei serice cu creșterea bilirubinei totale și a celei directe (conjugate);**
- ▶ **Dozarea fosfatazei alcaline serice cu creșterea acesteia;**
- ▶ **Ecografie hepato-biliară;**
- ▶ **Colangiografie retrogradă endoscopică (ERCP).**

Diagnostic diferențial

criterii	Icter hemolitic (prehepatic)	Icter parenchimos (hepatic)	Icter mecanic (posthepatic, obstructiv)
Anamneza	Apariția icterului în copilărie.	- Contact cu substanțe toxice. -Consum de alcool. -Markeri virali pozitivi.	-Colici biliare însoțite de icter. -Intervenții chirurgicale pe căile biliare. -Scădere ponderală.
Debut	Brusc cu anemie, uneori febră și frison.	Insidios după o perioadă de greșuri și inapetență.	Brusc, progresiv după accese de durere în litiiza CBP. Lent, în caz de neoplasm.
Nuanța icterului	Galben-palid,ca lămâia	Roșietică	Verzuie
Intensitatea icterului	Minimă	Moderată	Moderată la severă
Febra	În crize hemolitice	Moderată	Pronunțată
Prurit	Lipsește	Intermitent	Pronunțat
Ficatul	Normal sau hepatomegalie ușoară	Mărit, normal sau micșorat	Normal sau Mărit
Splina	Mărită	Uneori mărită	Normală
Durere în regiunea hipocondrului drept	Lipsește	Uneori	Frecvent
Culoare urina	Obișnuită. Poate fi închisă în urobilinurie.	Închisă (prezentă bilirubina liberă)	Închisă (prezentă bilirubina conjugată)
Urobilinurie	Pronunțat	Poate fi	Lipsește
Culoare materii fecale	Normală sau închisă (nivel crescut de stercobilină)	Deschisă (nivel diminuat de stercobilină și crescut de lipide).	Acolic (lipsa stercobilinei și nivel crescut de lipide).
Bilirubinemia	Directă-, Indirectă +++	Directă+, Indirectă +++	Directă+++, Indirectă +
Valorile fosfatazei alcaline	Normale	Crescute moderat	Crescute considerabil
Transaminzele	Normale	Crescute considerabil	Crescute moderat
Anemie	Pronunțată	Rar	Moderată

Tratamentul

Tratamentul chirurgical reprezintă principala opțiune terapeutică în icterul obstructiv și are următoarele obiective:

- ▶ **Ridicarea obstacolului și decompresiunea căii biliare principale.**
- ▶ **Restabilirea fluxului biliar.**

Complicațiile

Complicații infecțioase:

1. Angiocolita, cu evoluție gravă spre forma toxicoseptică, cu insuficiența hepatorenală rapid progresivă.
2. Colecistita acută declanșată de obstrucția brutală a CBP.

Complicații toxice:

1. Ciroza biliara secundară
2. Encefalopatie hepatică.

Angiocolita

Angiocolita (franceză) sau colangita (engleză) este o infecție bacteriană acută a căilor biliare extrahepatice.

Angiocolita reprezintă riscul major al tuturor litiazelor coledociene.

Ea survine mai frecvent în cazul calculilor multipli și la vârstnici.

Tabloul clinic

După substratul anatomopatologic și după tabloul clinic distingem doua variante: forma catarală și forma purulentă.

Angiocolita catarală este o forma mai ușoară, dar cu mare potențial de agravare. Bolnavii acuză dureri în hipocondrul drept, iar febra nu depășește 38-39°C. Icterul este prezent și se datorează hepatitei angiocolitice și obstrucției litiazice. Hepatomegalia este moderată, dar sensibilă. Prezența semnelor de angiocolita acută impune instituirea de urgență a tratamentului cu antibiotice și a drenajului biliar.

Tabloul clinic

Întârzierea actului terapeutic duce la trecerea în forma de *angiocolită acută purulentă*. Semnul principal este febra care apare în accese: frison solemn urmat de ascensiune termică până la 40-41 °C, tahicardie, după care urmează transpirații abundente și revenirea la normal. În plin acces hemocultura este pozitivă. Accesele pot reveni la 3-4 zile realizând febra terță sau cuartă. Icterul este aproape totdeauna prezent și se accentuează după accesele febrile, fiind de intensitate medie. Durerea în hipocondrul drept este foarte vie, însoțită uneori de semne de iritație peritoneală.

Acestor semne coledociene majore (*triada Charcot*) li se asociază hipotensiunea arterială (eventual starea de șoc) și o stare confuză care prin agravare progresivă trece în comă. Se realizează astfel pentada descrisă de *Reynolds* și *Dargan*

Diagnostic

- ❑ Testele de laborator evidențiază o leucocitoză în jur de 20 000/mm³, VSH mult crescut, fosfataza alcalină cu un titru ridicat, tulburările hidroelectrolitice prezente și hemoculturile pozitive.
- ❑ Însămânțările bacteriologice din bilă evidențiază o floră microbiană de origine intestinală: Escherichia Coli, Klebsiella, enterobacter și streptococcus fecalis (enterococul), clostridium perfringens și bacteroides fragilis.
- ❑ Aceasta floră determină complicații septice loco-regionale și la distanță.

Complicațiile

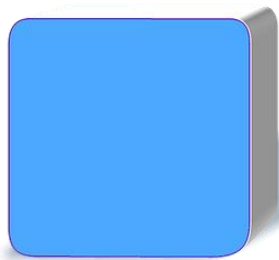
- ❑ Dintre complicațiile locale cel mai frecvent se întâlnesc abceselor hepatice multiple, mici și mari (hepatita supurată) cu un prognostic extrem de grav.
- ❑ Este de asemenea posibilă apariția pileflebitei și chiar a peritonitei.
- ❑ Penetrarea florei în circulația generală determină apariția înșămânțărilor septice la distanță: abcese cerebrale, bronhopneumonii, endocardita și leziuni renale.
- ❑ Interesarea rinichiului este o complicație extrem de gravă. Se instalează nefropatia hepatogenă, consecință a endotoxinemiei. Excesul de endotoxine, determină depunerea unor depozite de fibrină în vasele corticalei renale și apariția leziunilor de necroză, care clinic se manifestă prin apariția oligo-anuriei și a hiperazotemiei, iar în ultimă instanță se instalează insuficiența hepato-renală (angiocolita ictero-uremigenă descrisă de Caroli).

Tratamentul

- ❑ **Tratamentul etiologic consta în administrare de antibiotice și în restabilirea chirurgicală a drenajului biliar.**
- ❑ **Dintre antibiotice ampicilina va fi preferata dată fiind eliminarea sa pe cale biliara.**
- ❑ **Poate fi asociată cu gentamicina care acționează asupra germenilor aerobi Gram-negativi.**
- ❑ **De asemenea ampicilina poate fi asociată cu Metronidazolul a carui spectru vizeaza germenii anaerobi Gram-negativi.**
- ❑ **Cefalosporinele de asemenea au o eficiență crescută.**

Tratamentul

- ❑ Amploarea actului chirurgical depinde de starea generală a bolnavului.
- ❑ În cazurile în care starea generală este alterată se va practica doar o intenție minimă cu scopul decompresiunii biliare.
- ❑ Cea mai puțin nocivă intenție de drenaj ar fi colecistostomia decompresivă cu condiția ca cisticul să fie permeabil.
- ❑ Coledocotomia urmată de drenajul Kehr în scop de decomprimare reprezintă o altă șansă pentru supraviețuire.
- ❑ Drenajul percutan sau endoscopic, practicat după o sfincterotomie endoscopică, oferă o alternativă eficientă.
- ❑ Atunci când există abcese hepatice ce ating o dimensiune decelabilă, se impune și drenarea lor chirurgicală.
- ❑ Dacă bolnavii supraviețuiesc operației de drenaj, după ce se obține reechilibrarea lor biologică, se va practica într-o a doua etapă o intervenție chirurgicală radicală.





Mulțumesc pentru
atenție !