



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
“NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

Litiaza biliară. Colecistita acută.

Alin Bour

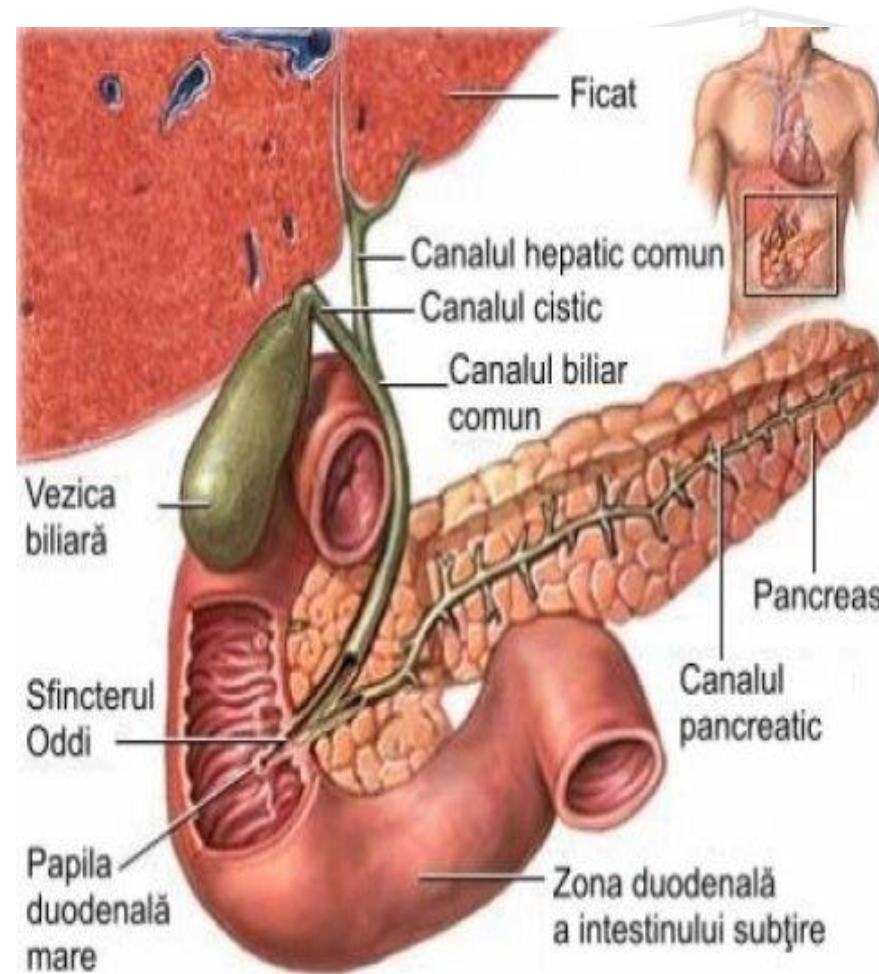
Dr.hab.șt.med, Profesor universitar,

Șef catedră de Chirurgie nr.5



Noțiuni anatomo-fiziologice

- **Vezicula biliară** sau **colecistul** este un rezervor cu o lungime de aproximativ 7-8 cm și o lățime de 4 cm, situată în fosa vezicii biliare, pe fața viscerală a ficatului.
- Capacitatea ei este de 50-60 ml.
- Colecistul are rolul de a concentra bila, prin absorbția de apă și secreție de mucină și de a depozita bila în perioadele interdigestive.

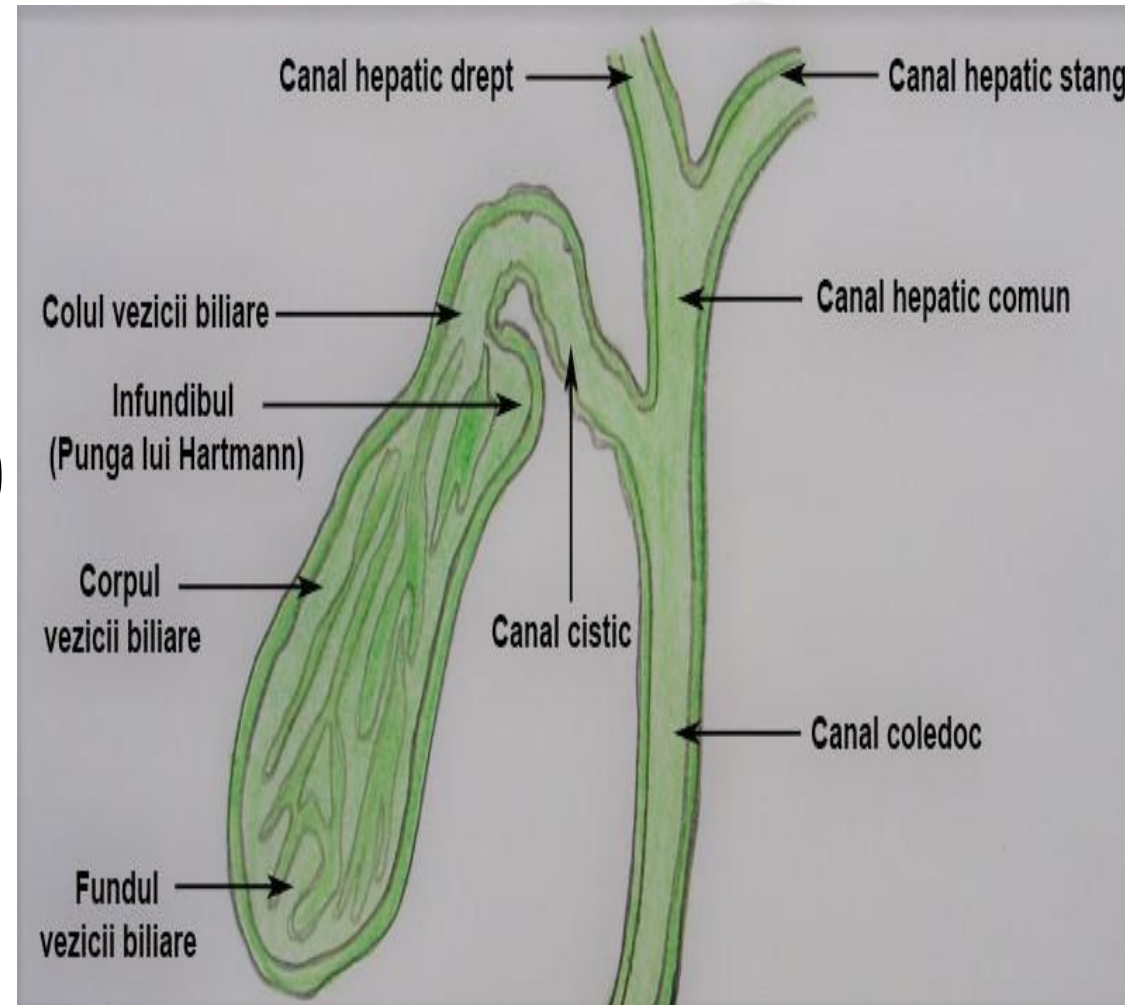




Noțiuni anatomo-fiziologice

Colecistului i se descriu trei porțiuni:

- fundul
- corpul (aderă de patul hepatic printr-un strat de țesut conjunctiv lax)
- colul (infundibul sau pungă Hartmann, care se continuă cu ductul cistic).





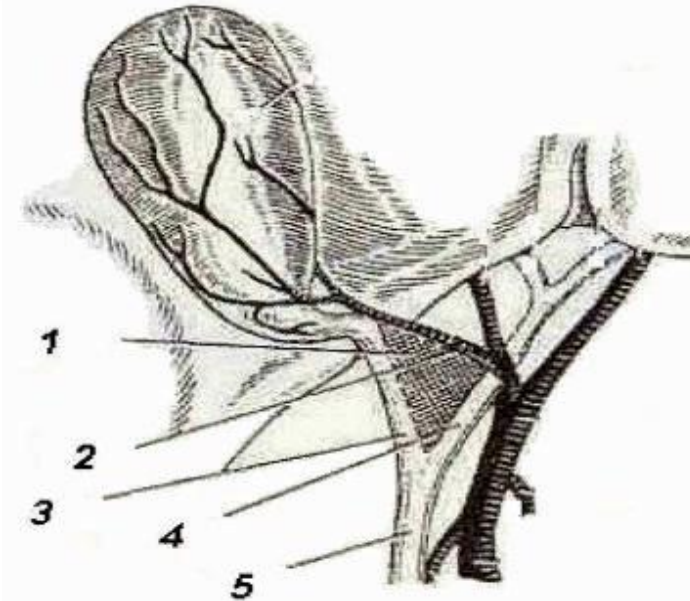
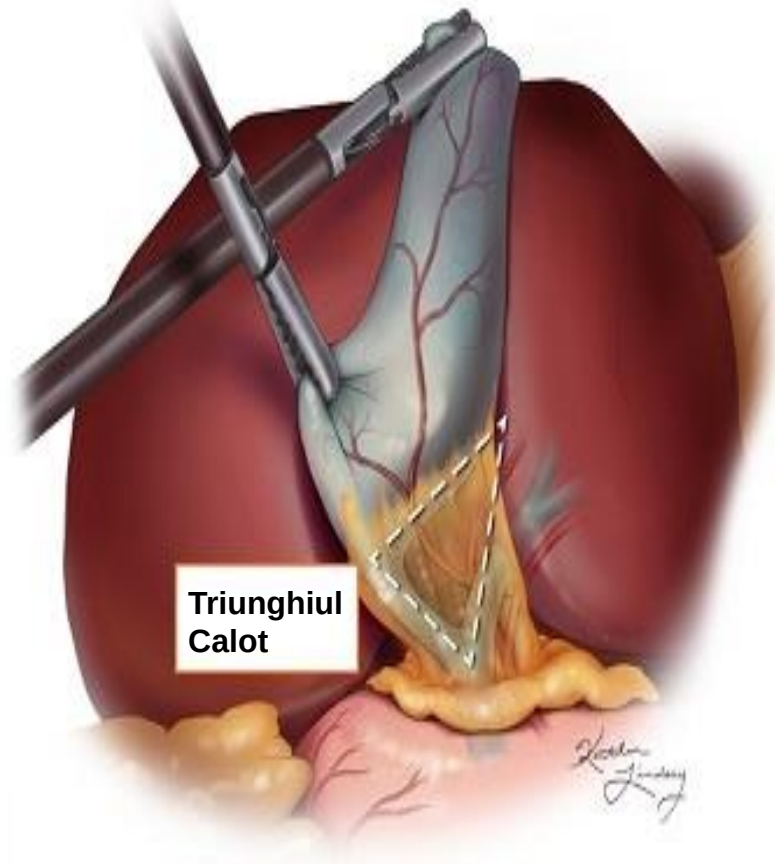
Noțiuni anatomo-fiziologice

- Vezicula biliară este irigată de artera cistică, avînd originea în artera hepatică dreaptă.
- Artera cistică apare de obicei pe sub canalul hepatic comun, formînd împreună cu ductul hepatic comun și cu ductul cistic un *triunghi „biliovascular”* – *Calot*. Acest triunghi conține ramura dreaptă a arterei hepatice și a venei porte și un ganglion voluminos Mascagni.
- Întoarcerea venoasă a veziculei biliare este asigurată de mici vene care se dirijează direct în ficat și de o venă cistică mai voluminoasă, care drenează în ramura dreaptă a venei porte.
- Limfa drenează direct în ficat.
- Nervii veziculei biliare provin din plexul celiac.



Noțiuni anatomo-fiziologice

Triunghiul Calot



1. Triunghiul Calot
2. Artera cistică
3. Ductul cistic
4. Ductul hepatic comun
5. Coledoc



Noțiuni anatomo-fiziologice

- Bila reprezintă o soluție coloidală secretată de către hepatocite și compusă din apă, pigmenți biliari, săruri biliare, colesterol, lecitină, acizi grași, mucină.
- Rolul bilei constă în:
 - emulsionarea grăsimilor,
 - activarea lipazelor,
 - favorizarea absorbției acizilor grași, vitaminelor liposolubile (A, D, E, K) și a colesterolului,
 - stimularea peristaltismului intestinal,
 - neutralizarea sucului gastric acid.
- Volumul normal al secreției biliare pentru adultul sănătos este de 250-1100 ml zilnic.



Noțiuni anatomo-fiziologice

- În cursul ingestiei alimentare și după ingestie vezica biliară se contractă un timp mai îndelungat și determină eliberarea bilei în duoden.
- În perioadele interdigestive au loc contracții scurte ale vezicii biliare.
- Evacuarea bilei este controlată prin mecanism nervos și umoral.
- Nervul vag determină contracția veziculei biliare și relaxarea sfincterului Oddi, iar simpaticul are efecte inverse.
- Factorul umoral responsabil de evacuarea bilei este colecistokinina (CCK), care are acțiune stimulatorie directă asupra musculaturii veziculare și reduce rezistența sfincterului Oddi.
- Un alt hormon cu acțiune asupra veziculei biliare este polipeptidul pancreatic (secretat de pancreasul endocrin) care are efecte opuse CCK.



Litიაზა ბილარა

Definiție. Epidemiologie.

- **LITIAZA BILIARĂ** sau **COLELITIAZA** este o patologie caracterizată prin formarea calculilor în canalele biliare și vezicula biliară din cauza alterării compoziției coloidale a bilei, cu diminuarea ponderii sărurilor biliare și creșterea cantității de colesterol.
- Este o patologie frecventă.
- Afectează 10-15% din populația adultă.
- Incidența litiazei biliare crește cu vârsta pacienților și este maximală la bătrâni.
- Femeile sunt afectate de colelitiază de 4-5 ori mai frecvent, decât bărbații.



Litiaza biliară

Etiopatogenie.

Factorii care favorizează formarea calculilor sunt:

- ✓ patologii asociate cu stază biliară,
- ✓ infecția căilor biliare,
- ✓ vârsta înaintată,
- ✓ sexul feminin,
- ✓ obezitatea,
- ✓ diabetul zaharat,
- ✓ graviditatea,
- ✓ vagotomia chirurgicală sau rezecția gastrică
- ✓ nutriția parenterală totală,
- ✓ pierderea rapidă a masei corporale,
- ✓ alimentația excesivă sau bogată în grăsimi,
- ✓ Etc.



Litiaza biliară Etiopatogenie.

- Creșterea raportului colesterol/săruri biliare se datorează:
 - creșterii concentrației de colesterol ca urmare a sintezei crescute de colesterol sau a inhibării procesului de esterificare a colesterolului (de exemplu, de către progesteron în cursul sarcinii, ca urmare a inhibării acetil-CoA-colesterol acetyl transferaza - ACAT);
 - reducerii producției de săruri biliare: boala Crohn, rezecții intestinale, alimentație parenterală.
- De asemenea, creșterea secreției de mucus (stimulată de prostaglandine) determină creșterea numărului de nuclei de cristalizare și formare de calculi.



Litiaza biliară

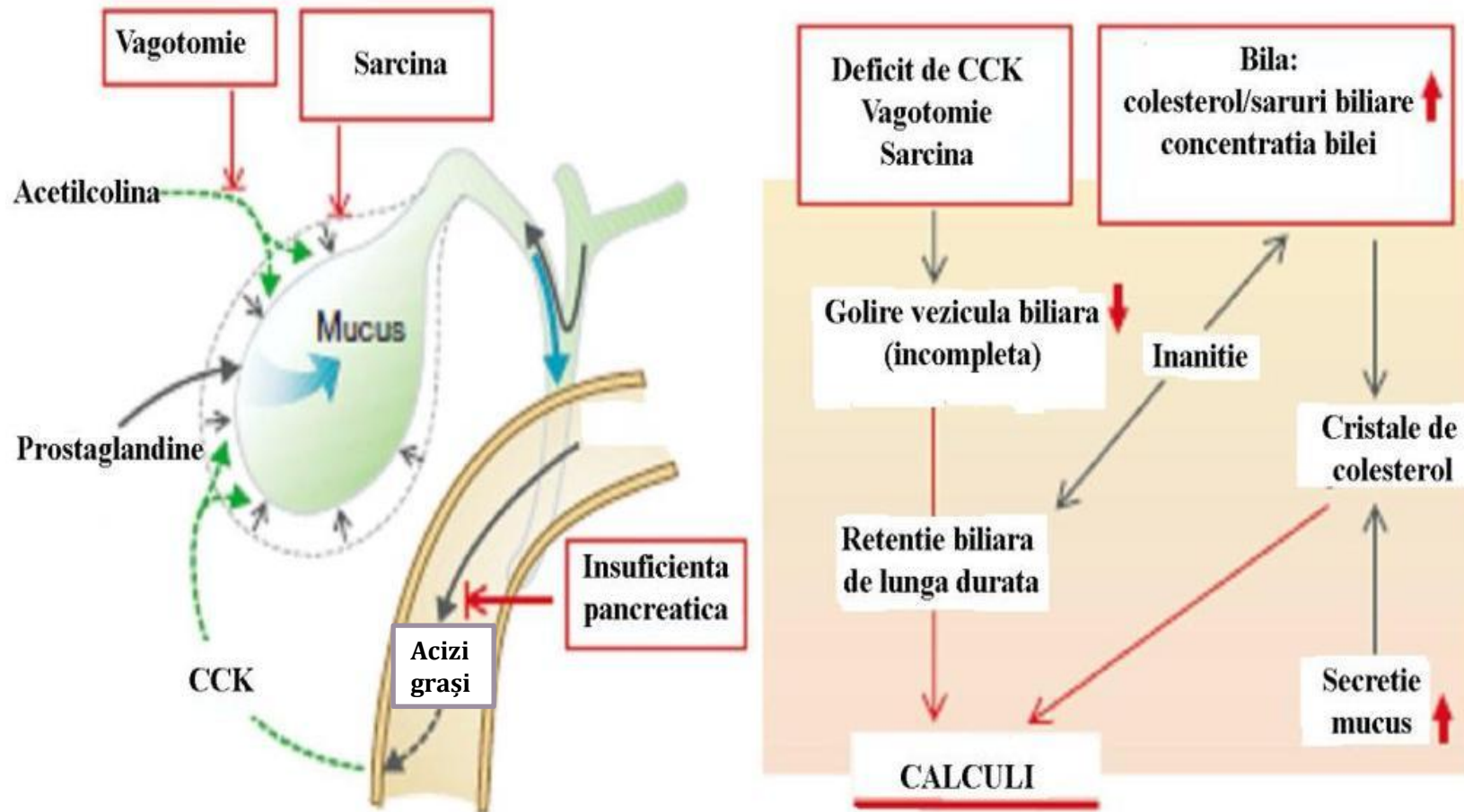
Etiopatogenie.

- Tulburările de golire ale veziculei biliare se datorează:
 - eliberării unei cantități insuficiente de colecistokinină (CCK) astfel, contractilitatea musculaturii netede din pereții veziculei biliare este redusă;
 - - vagotomiei neselectivă a cărei consecință este absența mediatorului chimic –acetilcolina – răspunzător de stimulul de contracție.
- Nu doar absența golirii sau golirea ocazională a veziculei biliare ci și evacuarea incompletă a conținutului vezicular face ca bila să staționeze mai mult timp în vezicula biliară, ceea ce predispune la precipitarea cristalelor și formarea calculilor.



Litიაზa biliară

Etiopatogenie.

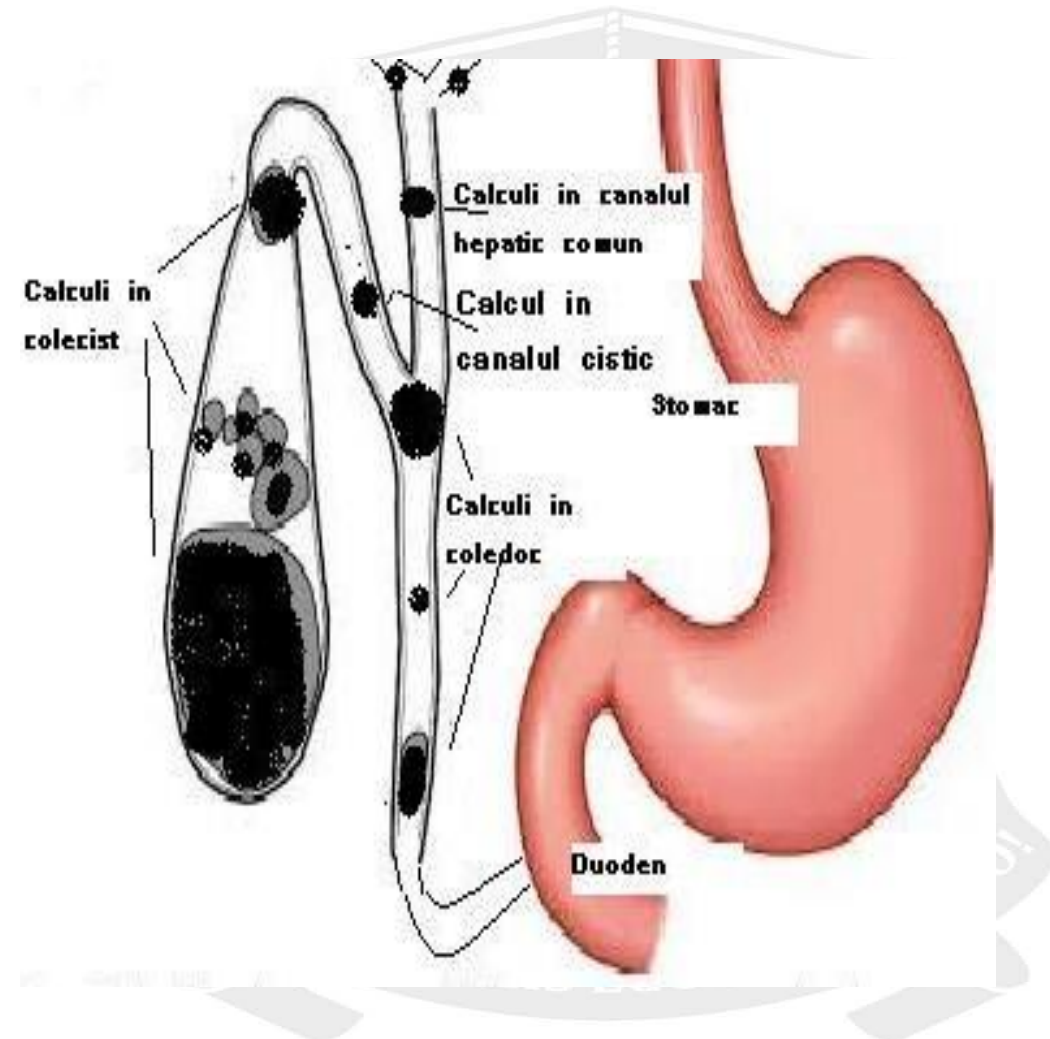




Litiaza biliară

Etiopatogenie.

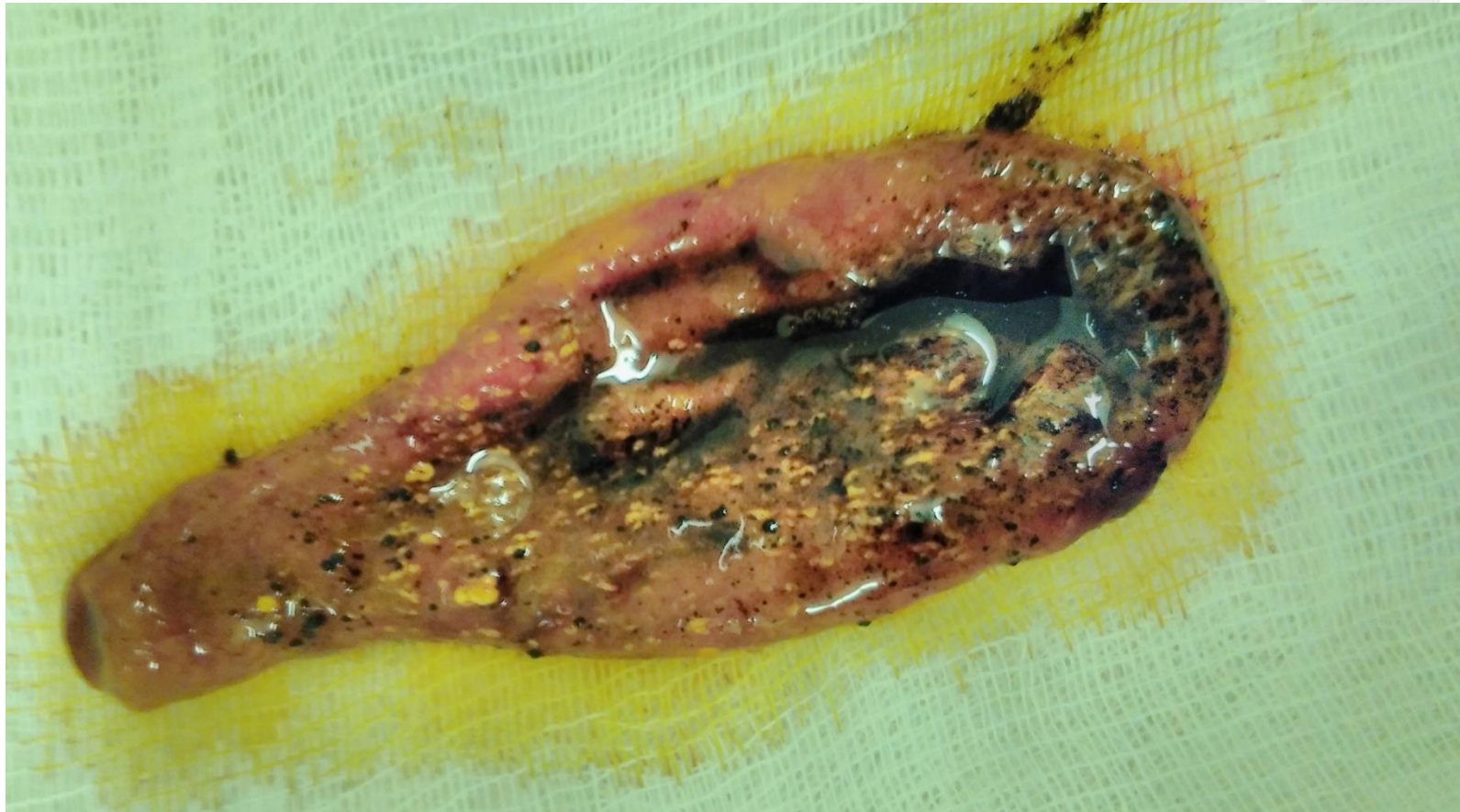
- Calculii se pot forma în orice porțiune a căilor biliare (ducturile intra- sau extrahepatice), dar locul predominant al formării acestora este **vezicula biliară**.
- În 80% calculii conțin prevalent colesterol (deschiși la culoare), în 10% cazuri predomină pigmentii biliari (bruni sau negri), în restul cazurilor sunt micști.





Tipuri de calculi după dimensiuni

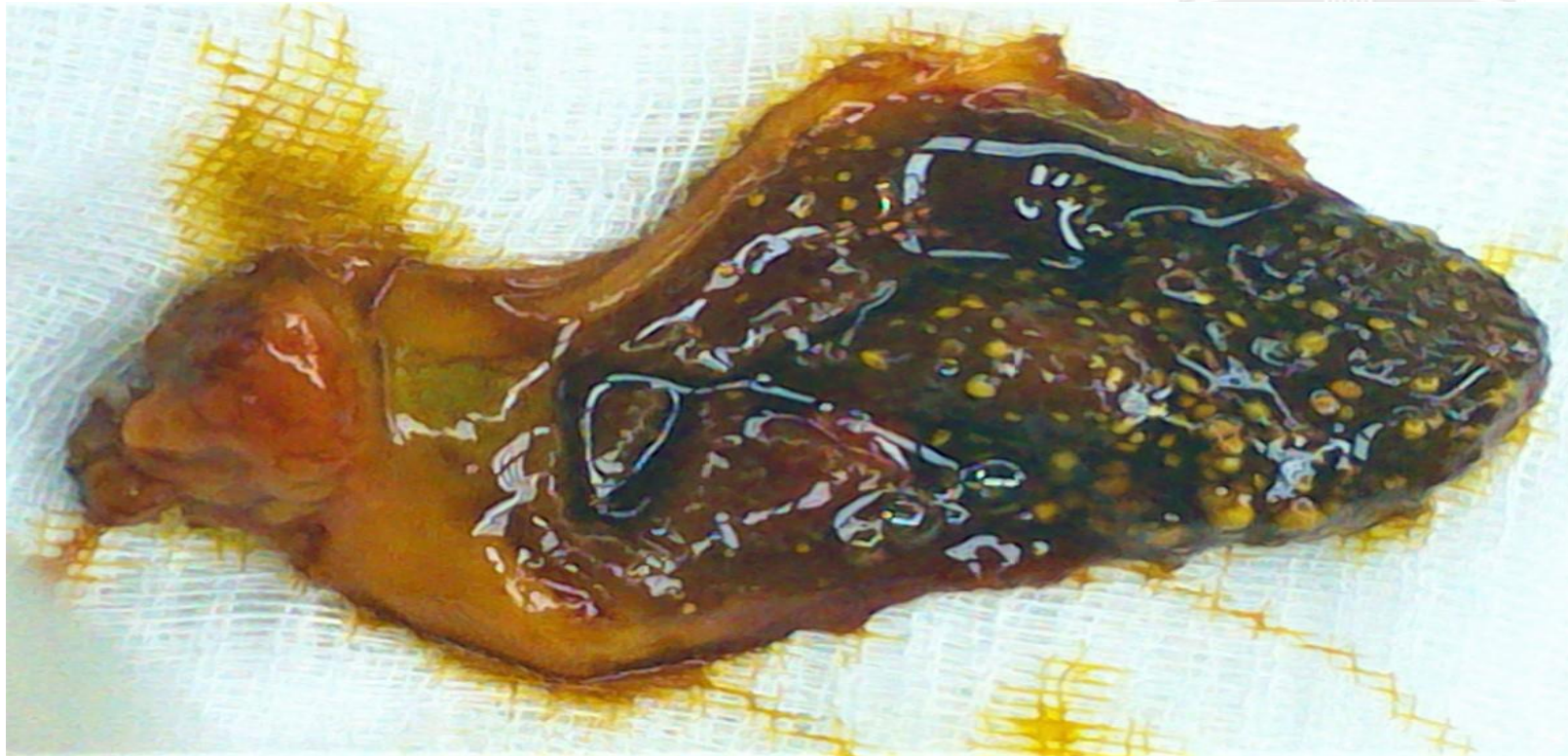
1. Microlitiază sau sludge (calculi < 3 mm în diametru)
- pot trece ductul cistic și sfincterul oddian.





Tipuri de calculi după dimensiuni

2. Calculi mici (3-5 mm în diametru) - pot trece liber ductul cistic, la papilă se pot inclava și provoca colici.





Tipuri de calculi după dimensiuni

3. Calculi mijlocii (5-20 mm în diametru) - se pot inclava în infundibulul veziculei biliare, producând hidropsul vezicular.





Tipuri de calculi după dimensiuni

4. Calculi mari, (>20 mm în diametru), produc ulceratii de decubit a mucoasei colecistului, favorizând dezvoltarea unei colecistite acute sau a unei fistule biliodigestive.





Litიაზა ბილარა

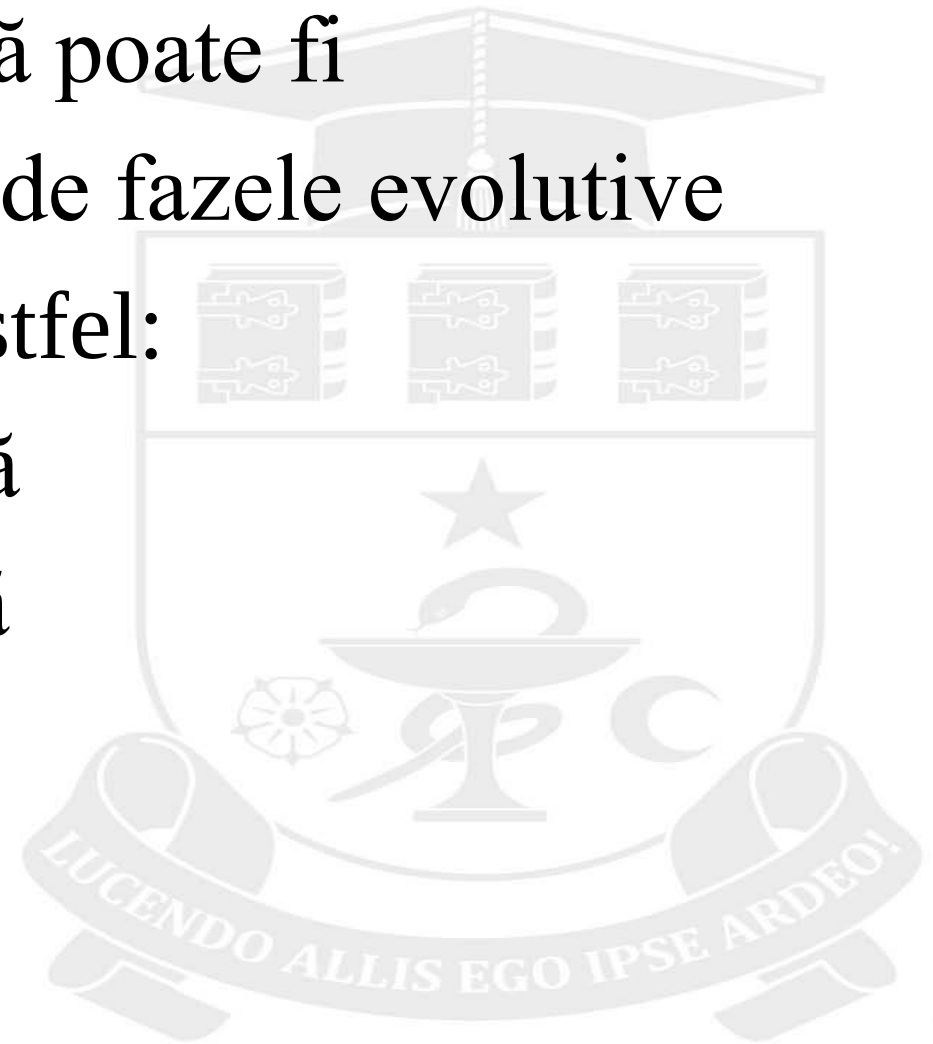
Tablou clinic.

Simptomatologia clinică poate fi sistematizată în funcție de fazele evolutive ale litiazei veziculare astfel:

I. Litიაზა asimptomatică

II. Litიაზა simptomatică

III. Litიაზა complicată.





Litiaza asimptomatică

- descoperită întâmplător prin ecografie abdominală, sau mai rar intraoperator
- este fie complet lipsită de simptome, fie asociată cu simptome dispeptice nespecifice (balonări, eructații, intoleranță la grăsimi, flatulență).
- rata de dezvoltare a simptomelor este de 1,5-2% pe an
- rata de dezvoltare a complicațiilor este de 0,3-1,2% pe an.



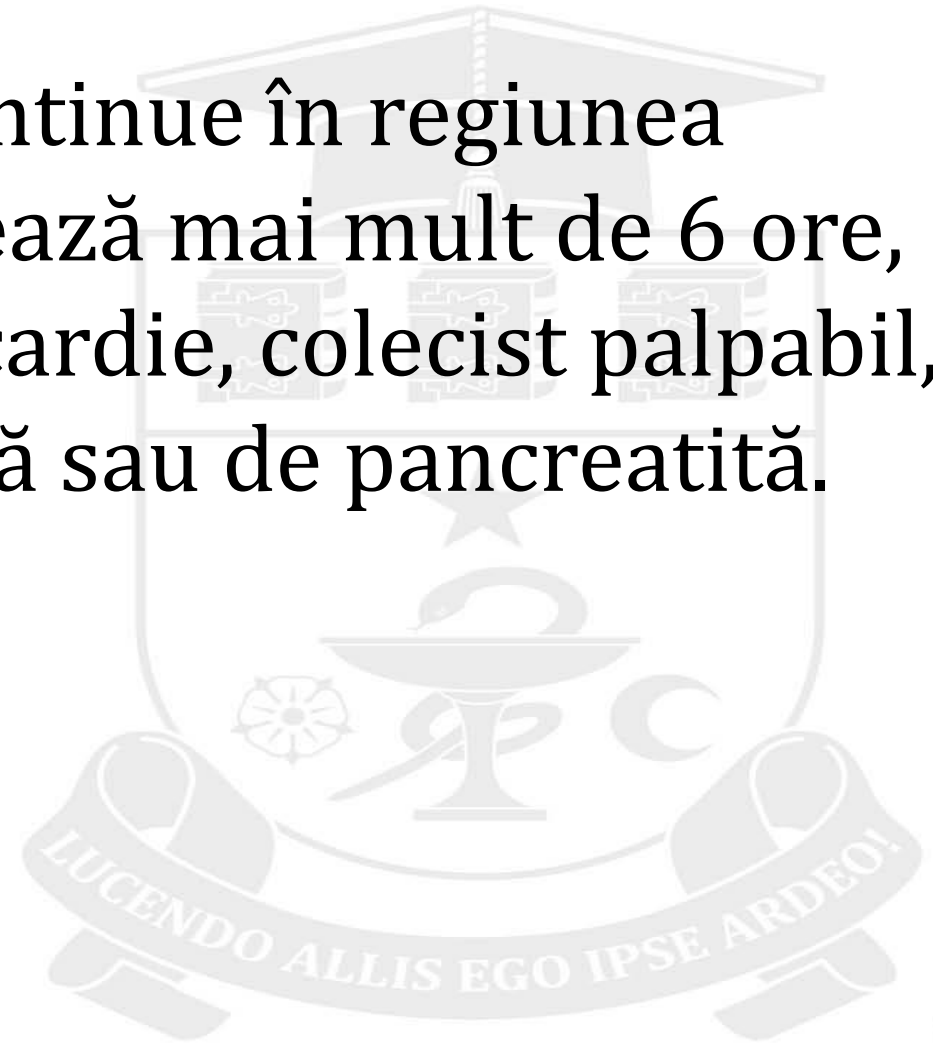
Litiaza simptomatică

- se manifestă prin colică (durere) biliară.
- colica biliară este simptomul definitoriu. Are sediul în epigastriu sau hipocondrul drept, poate iradia în umărul drept sau spate, survine la 3-4 ore după un prânz gras, durează cel puțin 15 minute și se poate însoți de grețuri, vărsături, subfebrilitate.
- Complicațiile apar de obicei când litiaza este simptomatică, cu o rată de 0,7-2% pe an.



Litiaza complicată

- se manifestă prin dureri continue în regiunea hipocondrului drept ce durează mai mult de 6 ore, icter, febră cu frisoane, tahicardie, colecist palpabil, semne de iritație peritoneală sau de pancreatită.





Litiaza biliară

Forme clinice

1. Latentă („mută”) sau asimptomatică.
2. Pseudoulceroasă - bolnavii pot avea suferințe de tip ulceros.
3. Dureroasă (colici biliare)
4. Dispeptică - dominată de greață, balonari postprandiale, tulburări de tranzit.
5. Acută (colecistita acută).
6. Pseudoneoplazică - sugerează o leziune malignă ce obstruează fluxul bilio-duodenal: icter indolor, afebril și progresiv.



Litiază biliară. Diagnostic.

Investigațiile de laborator nu sunt specifice, însă pot furniza informații importante:

- Hemoleucograma: hemoglobina – norma sau ↓; leucocite – norma sau ↑; VSH – norma sau ↑
- Biochimia sîngelui: explorează funcția hepatică cu evaluarea citolizei hepatice (valori crescute ALAT, ASAT), colestazei (valori crescute Bilirubina și fracțiile, Colesterol, Fosfataza alcalină, GGTP),
- Determinarea Proteinei C reactive ca marker al procesului inflamator: valori normale sau crescute a proteinei C-reactive.



Litiaza biliară.

Explorări imagistice.

1. Ultrasonografia:

- Va aprecia forma, volumul, pereții și conținutul colecistului.
- Calculii se prezintă sub formă de ecouri puternice, uneori mobile la schimbarea poziției pacientului și cu prelungirea ecoului - „con de umbră”.
- Grosimea pereților peste 3 mm are semnificația unui proces acut.
- Uneori se pot observa imagini aerice în grosimea peretelui, elocvente pentru o supurație cu anaerobi.
- Se obțin informații asupra căilor biliare intra- și extrahepatice, cât și asupra structurii pancreasului.



Ultrasonografia veziculei biliare



SCENDO ALLIS EGO IPSE ARDEO!



Litიაza biliară.

Explorări imagistice.

2. Radiografia abdominală

poate fi sugestivă în calculii radioopaci de veziculă și bilă calcificată.

3. Colecistografia orală

(examen radiologic prin administrarea unei substanțe de contrast pe cale orală) rezervată situațiilor ecografic neclare sau tulburărilor veziculare funcționale.





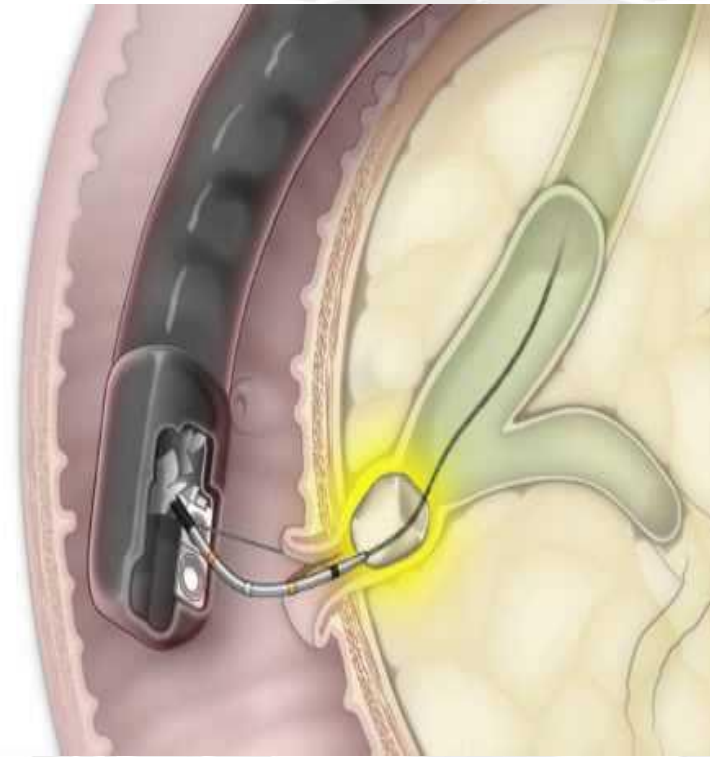
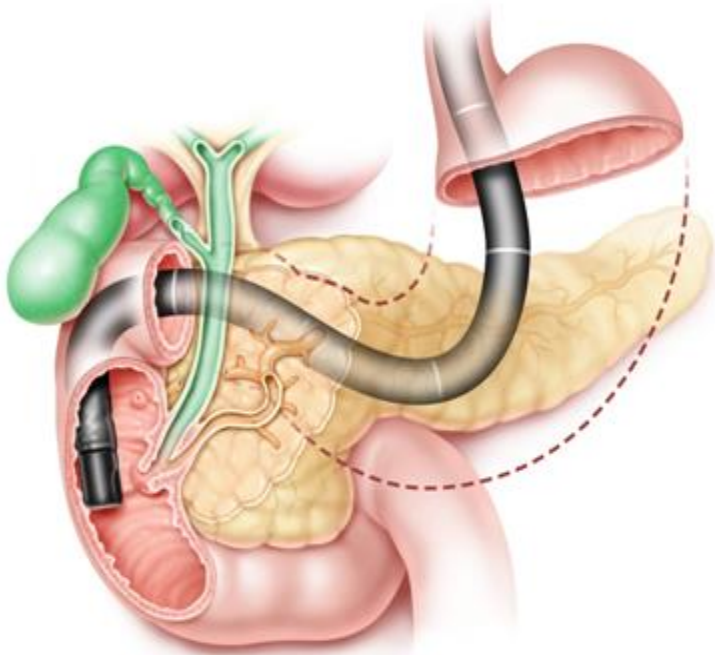
Litiaza biliară.

Explorări imagistice.

4. **Colecistocolangiografia intravenoasă** prin administrarea i/v de substanță de contrast poate sa evidențiază calea biliară principală (timpul colangiografic) cât și colecistul. În cazul calculilor radiotransparenți în colecist apar imagini lacunare.
5. **Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică** (ERCP). Este atât mijloc de diagnostic permițând vizualizarea CBP și a întregii patologii biliare (litiaza, stenoze) cât și mijloc terapeutic: extrageri de calculi coledocieni, stentări de stenoze benigne sau maligne.



Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP).





Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP).





Litიაზა ბილარა.

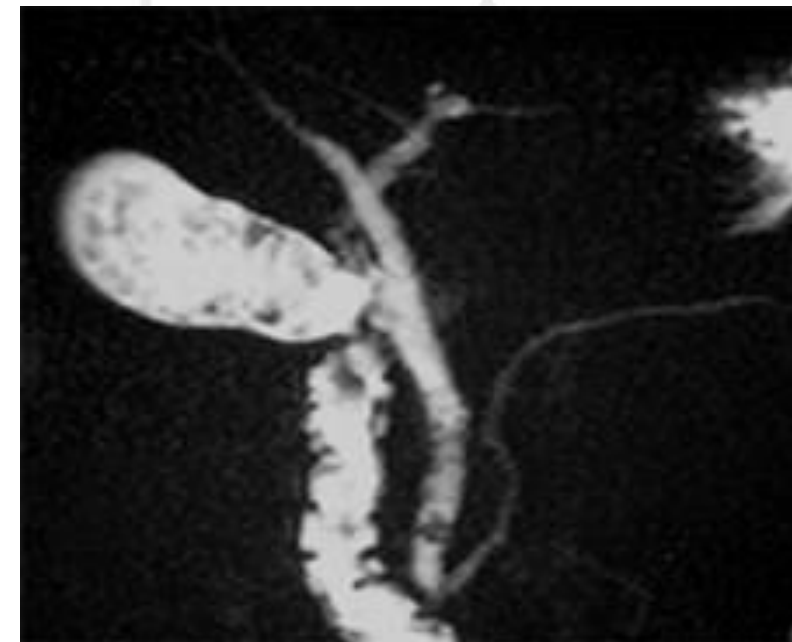
Explorări imagistice.

6. Tomografia abdominală.

Poate identifica calculi în special impregnați cu calciu.

7. Rezonanța magnetică este

utila pentru evidențierea arborelui biliar (colangioRMN) în sindroame icterice cât și pentru evaluarea preoperatorie a căilor biliare atunci când ERCP nu poate fi efectuată.





Litiază biliară.

Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial al litiazei biliare simptomatice (prezența colicilor biliare) trebuie făcut cu alte afecțiuni ce se manifestă clinic printr-un sindrom colicativ:

- Colica renală - durerea are caracter descendent din regiunea lombară spre organele genitale;
- Durerea în pancreatită acută – durerea este sub formă de centură în epigastriu;
- Sindromul dureros din ulcerul duodenal – are particularitatea de a fi ritmat alimentar, periodic și sezonier;
- Colica hepatică - se însoțește de obicei de hepatomegalie.



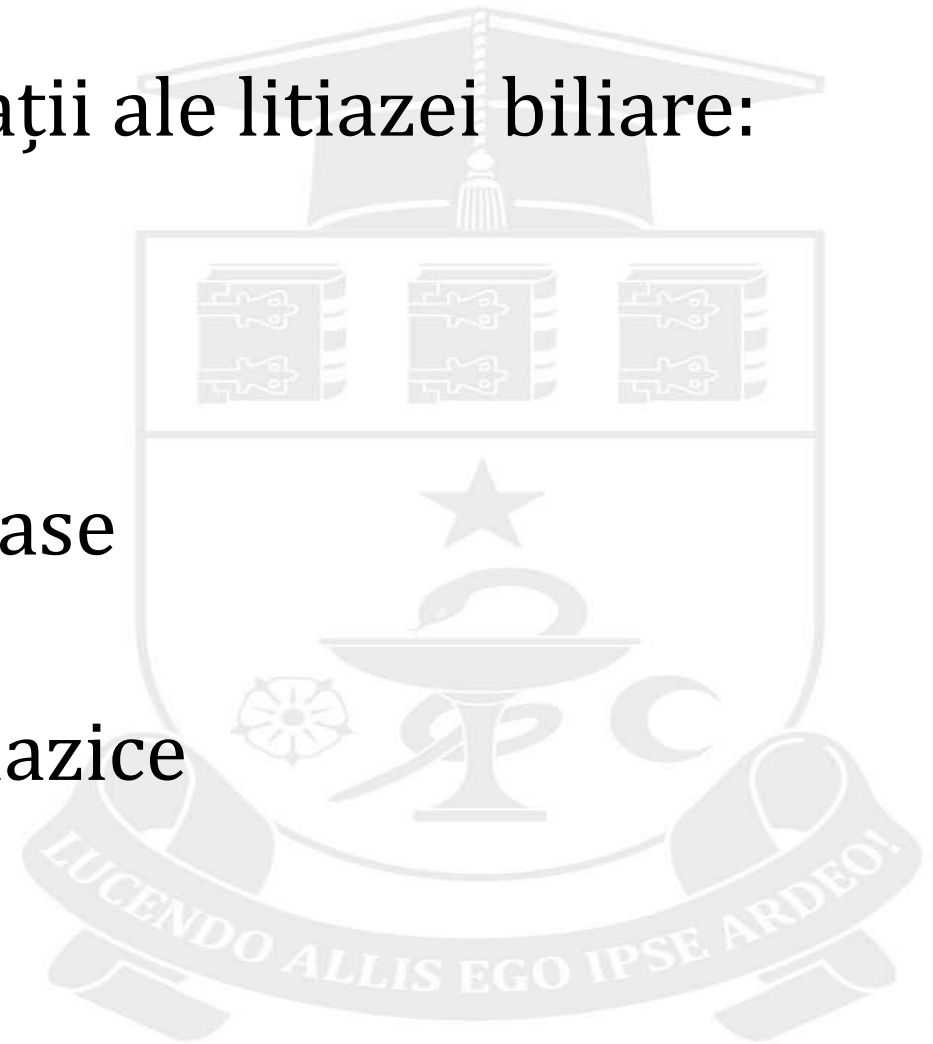
Complicațiile litiazei biliare

Exista 3 grupuri de complicații ale litiazei biliare:

I. Complicații mecanice

II. Complicații inflamator-infecțioase

III. Complicații degenerativ-neoplazice





Complicațiile mecanice

1. *Hidrocolecist* - se instalează după inclavarea unui calcul în regiunea infundibulocistică și se caracterizează prin apariția în zona colecistului a unei tumori rotund-ovală, sensibil-dureroasă la palpare. În cavitatea veziculei, cu pereți subțiați, se resoarbe pigmentul biliar și rămâne un lichid clar, de culoarea apei (de unde și numele) sau conținând mucus secretat în exces.
2. *Litiaza secundară de coledoc* este condiționată de diametrul mic al calculilor și permeabilitatea ductului cistic, care le favorizează migrarea în coledoc.



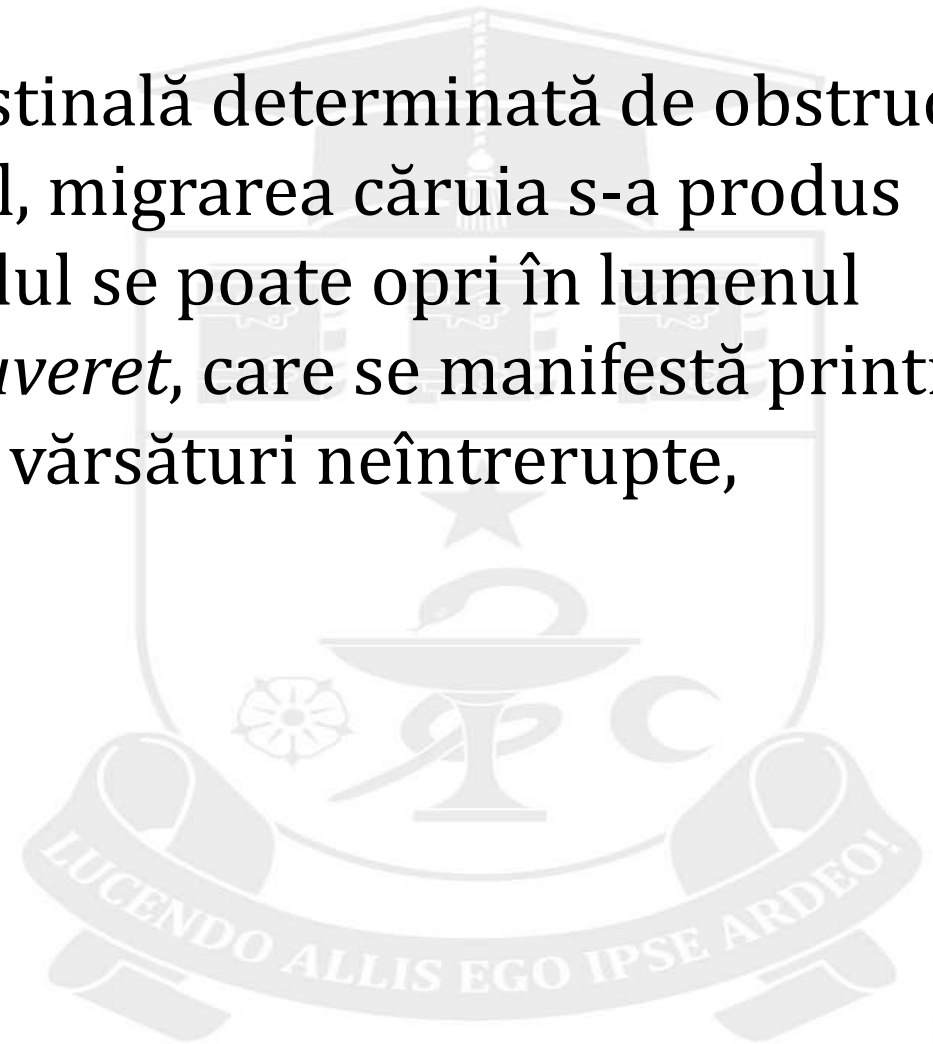
Complicațiile mecanice

3. *Fistulele biliobiliare* sunt consecința unei litiaze localizate în regiunea infundibulocistică, care evoluează de multă vreme și în urma ulcerăției peretelui din zona respectivă cavitatea veziculei comunică printr-un traiect fistulos cu lumenul căii biliare principale, prin care migrează calculul.
4. *Fistulele biliodigestive* apar în urma formării unui traiect fistulos între cavitatea colecistului și duoden. Mai rar se întâlnesc fistulele colecistocolice, colecistojejunale, coledoco-duodenale sau biliotoracice.



Complicațiile mecanice

5. *Ileusul biliar* reprezintă ocluzia intestinală determinată de obstrucția lumenului intestinal printr-un calcul, migrarea căruia s-a produs printr-o fistulă biliodigestivă. Calculul se poate opri în lumenul duodenului, generînd *sindromul Bouveret*, care se manifestă printr-o ocluzie intestinală înaltă, urmată de vărsături neîntrerupte, chinuitoare și stare generală gravă.





Complicații inflamator-infecțioase

1. *Colecistita acută* – inflamația acută a pereților veziculei biliare
2. *Colangita* (angiocolita) este inflamația căii biliare principale (CBP), apărută în urma acțiunii factorului mecanic (calculul, stenoză) și infecțios (colibacilul, enterococul, stafilococul) și se manifestă prin *triada Chauffard-Villard-Charcot*: durere, febră, icter.
3. *Pancreatita acută biliară* se instalează în urma migrării unui sau mai multor calculi veziculari în căile biliare, obstrucția ampulară, activarea intracanalărilor a enzimelor pancreatice, eliberarea de mediatori proinflamatori cu leziuni inițiale ductale și parenchimotoase, iar apoi, extracapsulare sau la distanță – edem interstițial, leziuni vasculare și ischemice.



Complicații degenerativ-neoplazice

Cancerul veziculei biliare:

- la vechii litiazici se produce degenerarea malignă a peretelui vezicular în 8-10% din cazuri.
- 85-90% dintre neoplasmele colecistului survin la un bolnav purtător de calculi veziculari.
- vîrsta predilectă este peste 60 ani.
- histopatologic este un adenocarcinom agresiv ce se complică cu icter prin compresiune.



Tratamentul litiazei biliare veziculare

Obiectivul tratamentului este îndepărtarea calculilor și prevenirea recurenței acestora.

- Litiaza biliară asimptomatică nu necesită tratament. Se recomandă tactica expectativă și instituirea tratamentului de îndată ce apare prima colică.
- Litiaza biliară simptomatică trebuie să fie întotdeauna tratată. Tratamentul este chirurgical. Intervenția chirurgicală constă în înlăturarea colecistului – *colecistectomie*. Doar în condiții speciale, legate de terenul cu risc sau de refuzul intervenției, se recurge la tratament conservator: repaus la pat, regim alimentar, antibiotice, antispastice, analgetice, etc.
- Litiaza biliară complicată este tratată întotdeauna chirurgical. Colecistectomia se practică convențional, mai rar laparoscopic, în urgență imediată sau amânată.



Colecistita acută

Definiție. Epidemiologie.

- **COLECISTITA ACUTĂ** reprezintă inflamația acută a pereților veziculei biliare fiind una din cele mai frecvente afecțiuni abdominale acute și cea mai comună complicație a litiazei biliare.
- Colecistita acută reprezintă a doua, după apendicita acută, cauză a infecției intraabdominale complicate și ocupă 18,5% din aceasta.



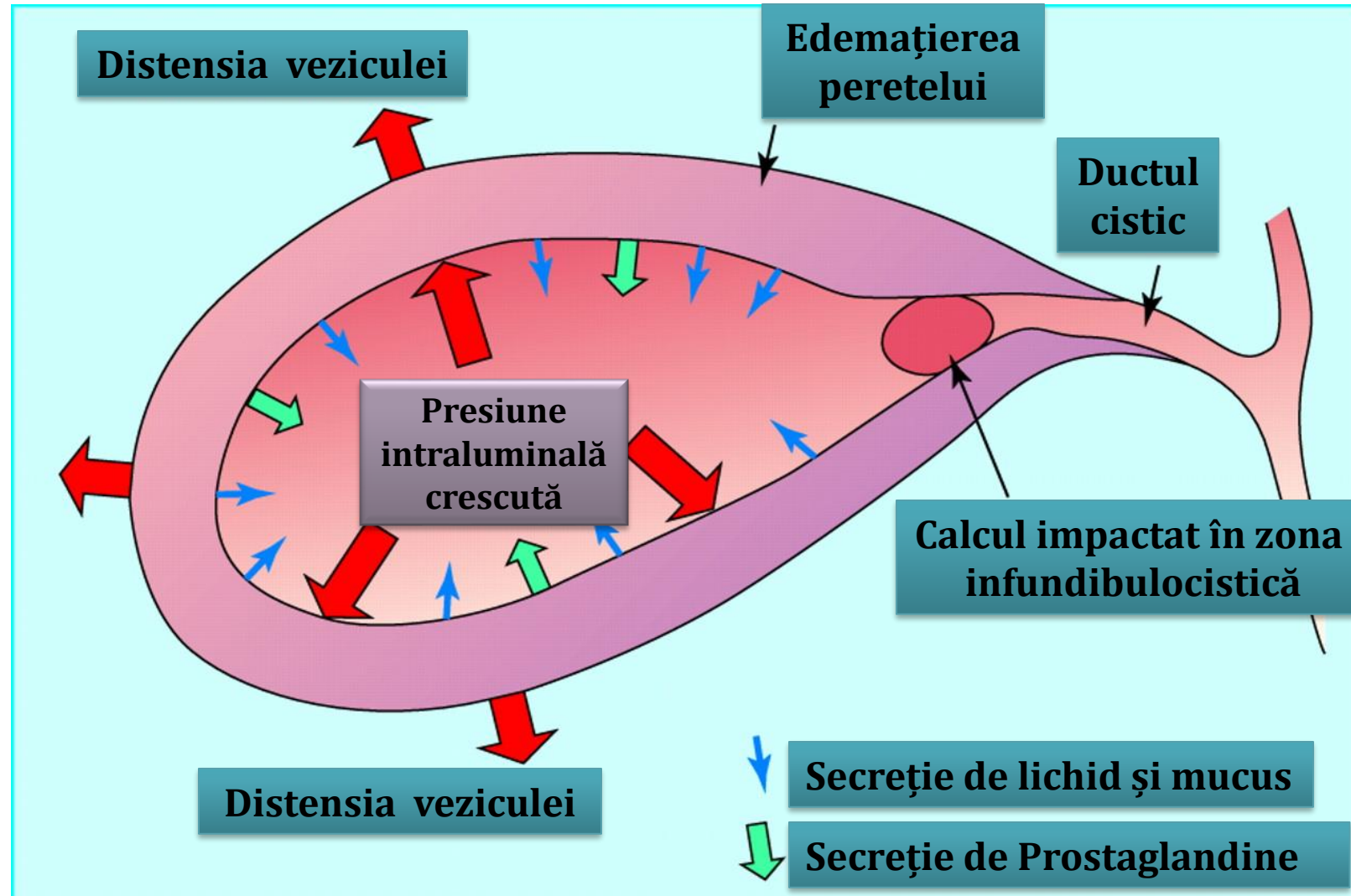
Colecistita acută.

Etiopatogenie

- Cauzată de un proces inflamator - infecțios nespecific, care implică pereții veziculei biliare și în peste 95% din cazuri este secundară obstrucției mecanice a ductului cistic sau infundibului colecistului de către un calcul biliar.
- Acest obstacol duce la creșterea presiunii în vezicula biliară.
- Producerea continuă a mucusului din epiteliu și distensia veziculei biliare rezultă în dereglări micro- și macrocirculatorii.
- Ulterior apare edemul seroasei, descuamarea mucoasei, congestia venoasă și limfatică, ischemia și necroza colecistului cu peritonită localizată sau difuză.



Colecistita acută. Etiopatogenie





Colecistita acută. Etiopatogenie

- În mai puțin de 5% sunt întâlnite cazuri de colecistită acută acalculoasă.
- Procesul patologic se poate dezvolta postoperator, după intervenții traumatizante, traumatisme multiple, la bolnavii cu patologie critică prelungită, sepsis.
- Factorii de risc ai acestei variante sunt ischemia veziculară (șoc și traumatism) și staza biliară.
- Foarte rar (sub 1%) staza are origine neoplazică.



Colecistita acută.

Etiopatogenie

- Inflamația acută poate fi complicată de infecția bacteriană secundară, originară din căile biliare, sau pătrunsă prin intermediul sistemului portal limfatic sau venos.
- Cei mai frecvenți agenți patogeni sunt microorganismele prezente în tractul gastrointestinal, preponderent de origine intestinală - *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella* și *Enterococcus* și anaerobi, în special *Bacteroides fragilis*.
- De asemenea, a fost identificat un număr mare de mediatori ai răspunsului inflamator potențial, inclusiv acizii biliari, bilă litogenică, sucul pancreatic, lizolecitina, fosfolipaza A și prostaglandinele, care pot induce leziuni celulare și inflamație.



Colecistita acută.

Clasificare

După semnele anatomo-patologice macro- și microscopice ale procesului inflamator acut în peretele colecistului se deosebesc următoarele forme de colecistită acută:

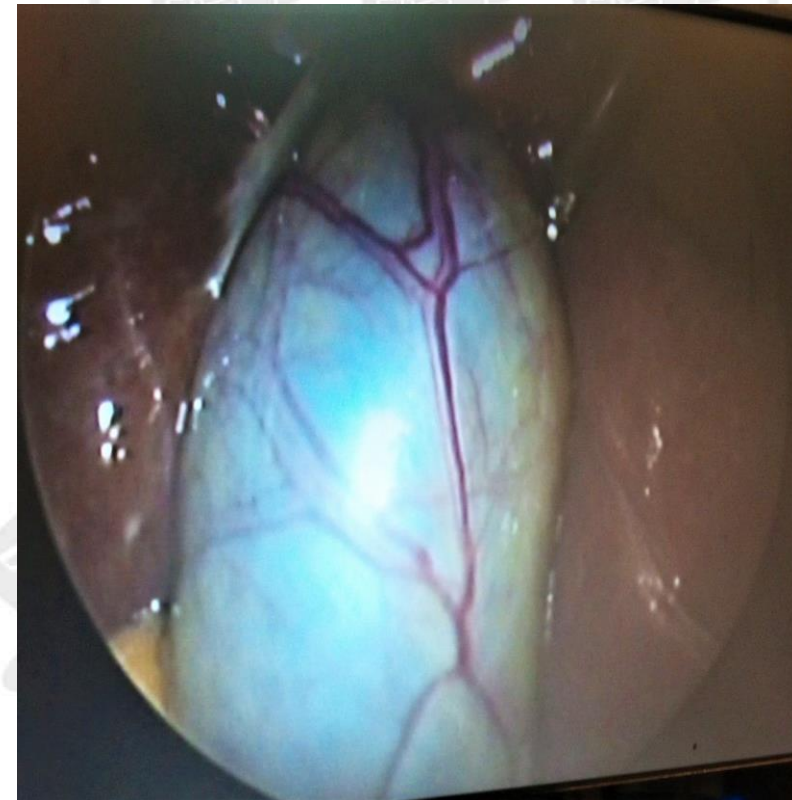
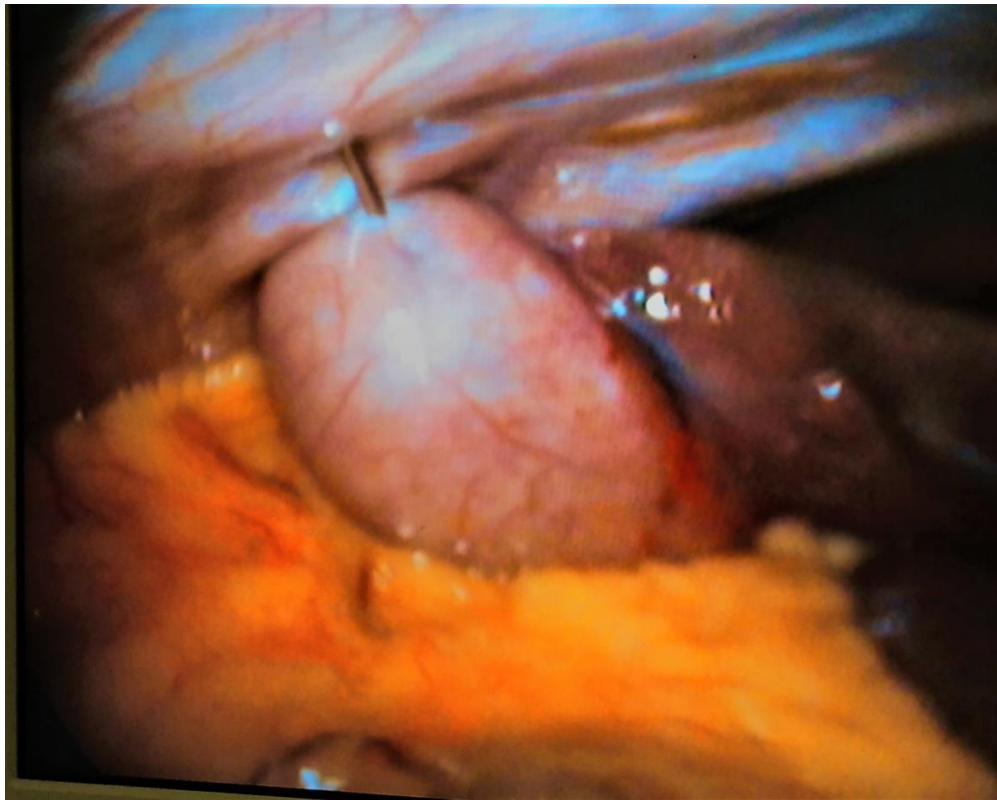
1. Colecistită catarală sau edematoasă
2. Colecistită flegmonoasă
3. Colecistită gangrenoasă
4. Colecistită flegmonoasă ocluzivă.



Colecistita acută.

Clasificare

1. ***Colecistită catarală sau edematoasă.*** Se determină edemul interstițial, cu dilatarea capilarelor și vaselor limfatice.

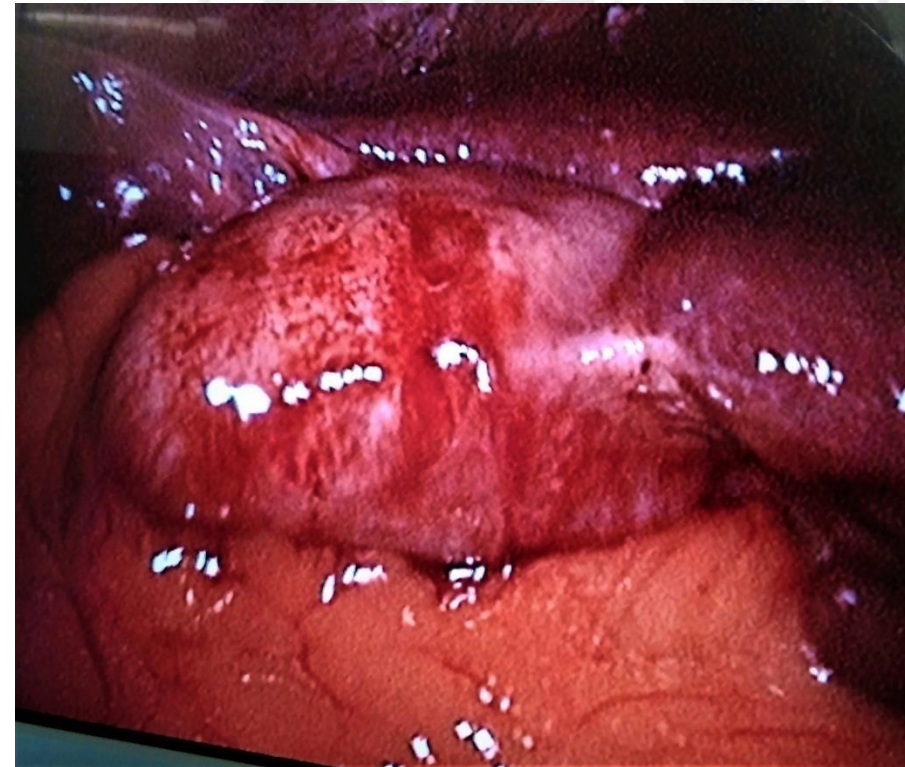
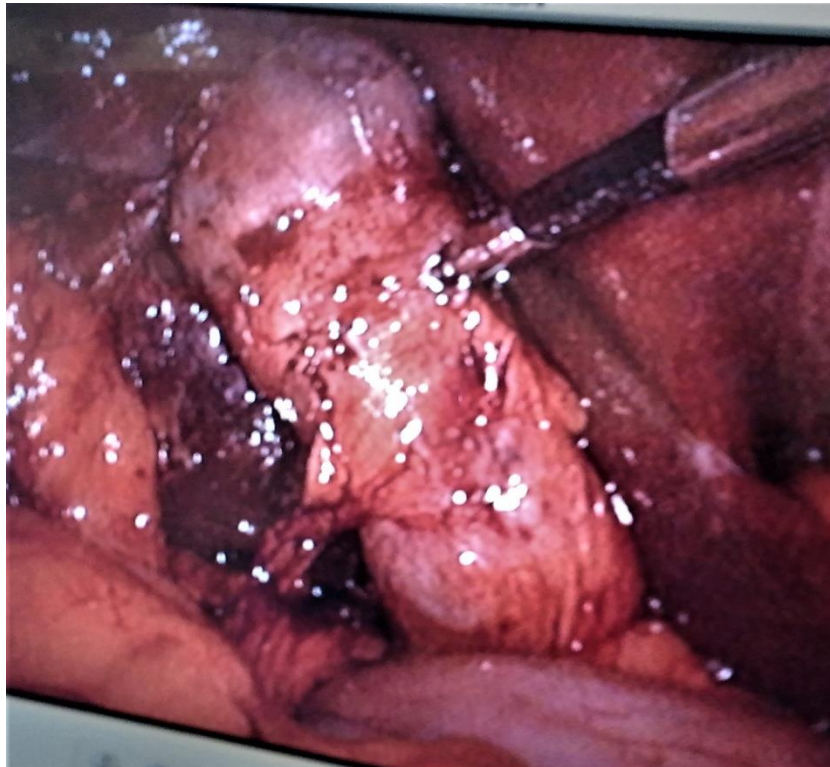




Colecistita acută.

Clasificare

2. ***Colecistită flegmonoasă.*** Vezicula biliară are modificări edematoase cu zone de hemoragii și necroze. Se determină zone răspândite de necroză, dar superficiale, care nu implică întreaga grosime a peretelui veziculei biliare.

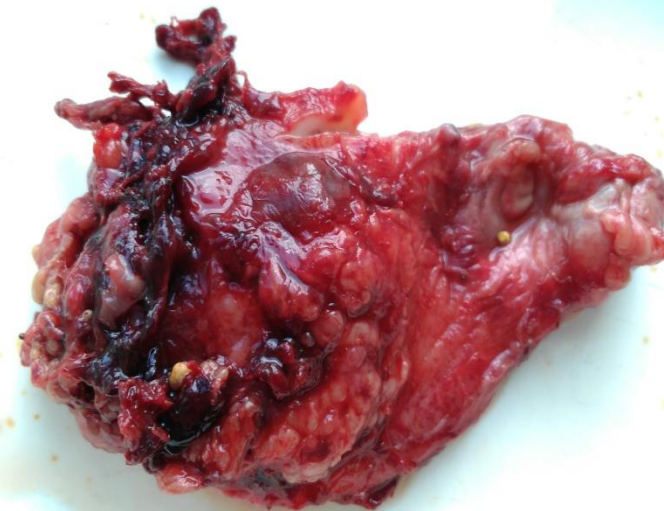




Colecistita acută. Clasificare

3. *Colecistită gangrenoasă.*

Peretele veziculei biliare – cu infiltrație leucocitară, cu zone de necroză transmurală și supurație. Colecistul este mărit și pereții sunt îngroșați. Sunt prezente abcese intramurale, care implică întreaga grosime a pereților. De asemenea sunt prezente și abcese perivezicale. Necroza transmurală poate duce la perforația peretelui vezicii biliare și conținutul lumenului (bilă sau puroi) se elimină în cavitatea peritoneală (colecistită gangrenoasă perforativă).





Colecistita acută. Clasificare

4. ***Colecistita flegmonoasă ocluzivă***, când în lumenul colecistului se acumulează puroi (empiemul colecistului).





Colecistita acută.

Tablou clinic

- Colecistita acută debutează prin dureri bruște în regiunea hipocondrului drept și epigastriu, care cresc rapid în intensitate, sunt colicative, de la 30 min. până la 6 ore, deseori iradiază în omoplatul drept și se asociază cu sindrom dispeptic - grețuri, vome, meteorism.
- Prin caracterul lor durerile se aseamănă cu colica biliară, însă, spre deosebire de colica biliară, unde durerile dispar timp de 1-6 ore de sine stătător sau sub acțiunea spasmoliticelelor, în colecistita acută durerea este persistentă și poate fi păstrată pe parcursul câtorva zile.



Colecistita acută.

Tablou clinic

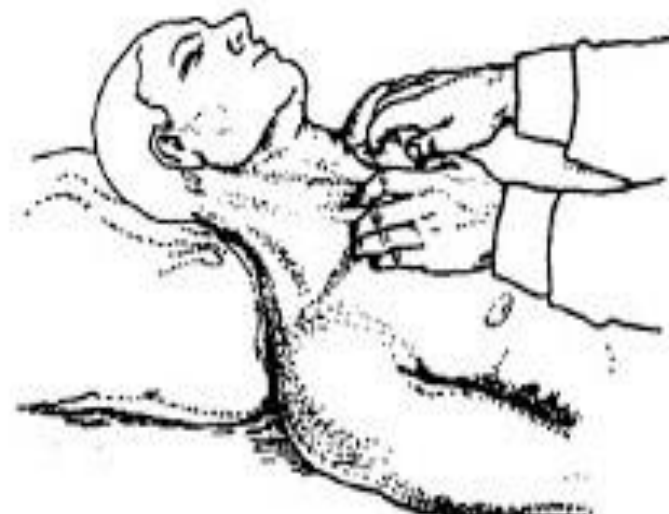
- Importantă pentru diagnosticul oportun al colecistitei acute este anamneza litiazei biliare depistate ultrasonografic anterior, prezența unor episoade precedente de colică biliară și corelația debutului patologiei cu ingestia alimentelor grase sau în timpul nopții.
- Odată cu progresarea patologiei, procesul inflamator de pe vezicula biliară se extinde asupra peritoneului parietal. Din acest moment pacientul percepe o durere cert localizată în regiunea hipocondrului drept cu iradiere tipică în omoplatul drept sau umăr.



Colecistita acută.

Tablou clinic

- Uneori iradierile sunt atipice: în epigastru, în regiunea hipocondrului stâng sau în regiunea supraclaviculară dreaptă (*semnul Mussi-Gheorghievski* sau *frenicus-symptom*).



semnul Mussi-Gheorghievski

- Uneori durerea radiază în regiunea cordului, simulând un acces de angină pectorală (așa-numitul „*sindrom colecisto-coronarian*” sau *sindromul Botkin*).
- Bolnavii evită orice mișcare și preferă o poziție antalgică.



Colecistita acută.

Tablou clinic

- Printre alte acuze o atenție deosebită o prezintă inapetența, greața și voma, ultima avînd un caracter multiplu, conținut bilios și de regulă nu aduce o ușurare vădită. Ocazional vomele sunt complet absente.
- Creșterea temperaturii corpului se observă din primele zile ale bolii. Febra până la 38,0-38,5°C este comună pentru cazurile de colecistită acută. Deși febra hectică cu frisoane ocazional poate fi întâlnită în colecistita complicată, aceasta este mai mult caracteristică pentru colangita acută.



Colecistita acută.

Tablou clinic

- Frecvența pulsului variază de la 80 până la 120 bătăi per minut în corespundere cu temperatura corpului.
- Tahicardia pronunțată reprezintă un simptom alarmant, care sugerează o intoxicație severă și schimbări morfopatologice grave în colecist și cavitatea peritoneală.
- Respirația este superficială și mai frecventă ca de obicei.
- Tegumentele sunt de culoare obișnuită sau puțin icterice. Ictericitatea ușoară este caracteristică pentru pacienții cu colecistită acută, chiar și în lipsa calculilor în ductul biliar comun (afectare hepatocelulară tranzitorie acută).



Colecistita acută.

Tablou clinic

- Limba este uscată și saburată.
- Abdomenul este ușor balonat, regiunea hipocondrului drept nu participă sau participă limitat în actul de respirație.
- La palpare sub rebordul costal drept se constată durere pronunțată și contractura mușchilor abdominali.
- Colecistul mărit, tensionat și dur poate fi palpat în hipocondrul drept, deși în cazul defansului muscular marcat și sindromului algic pronunțat palparea veziculei biliare nu este întotdeauna posibilă.



Colecistita acută.

Tablou clinic

- Importanță majoră prezintă simptomul *Murphy* și *Kehr* pozitive, care se determină prin palparea în regiunea hipocondrului drept, în proiecția colecistului, în timp ce bolnavul este rugat să inspire adânc.
- La sfârșitul inspirului când vezicula, împinsă de diafragm prin intermediul ficatului se apropie de degete, durerea se intensifică și respirația se întrerupe brusc.



**Semnul
Murphy**



**Semnul
Kehr**



Colecistita acută.

Tablou clinic

- De asemenea, se determină simptomul Grekov - Ortner pozitiv – durere accentuată la percuția arcului costal drept.



Semnul Grekov - Ortner

- Cu progresarea procesului inflamator și implicarea peritoneului parietal apar semnele iritării peritoneale sub rebordul costal drept: simptomul Blumberg (palpator) și simptomul Mandel-Razdolsky (percutor).



Complicațiile colecistitei acute

Incidența formelor complicate ale colecistitei acute variază de la 7,2% la 26%.

- **Colecistita acută gangrenoasă:**
 - apare în cazurile existenței unui statut vascular compromis la nivelul peretelui veziculei biliare.
 - factorii clinici de risc ai colecistitei acute gangrenoase includ:
 1. diabetul zaharat,
 2. vîrsta > 51 ani,
 3. genul masculin
 4. bolile concomitente cardiovasculare.



Complicațiile colecistitei acute

- **Colecistita acută perforativă.**
 - Necroza transmurală duce la perforația peretelui vezicii biliare și scurgerea conținutului infectat în cavitatea peritoneală;
 - Incidența perforației în colecistita acută este aproximativ 10%.
 - Perforația veziculei biliare poate fi clasificată ca localizată (subacută) și liberă (acută).
 - Perforația localizată este mai frecventă și duce la formarea abcesului perivezical.
 - Perforația în cavitatea abdominală liberă rezultă în peritonită biliară generalizată.



Complicațiile colecistitei acute

- **Peritonita biliară.**
 - Apare ca rezultat al scurgerii bilei în cavitatea peritoneală liberă din cauza perforației vezicii biliare și
 - Este asociată cu o mortalitate înaltă.
 - Contaminarea inevitabilă a bilei transformă rapid peritonita biliară în cea purulentă, necesitând laparotomie de urgență imediată cu colecistectomie și asanarea cavității abdominale.
- **Abcesul perivezical.**
 - Se dezvoltă, când perforația peretelui vezicii biliare este acoperită de țesuturile adiacente
 - Se formează unul sau multiple abcese în jurul veziculei biliare;



Complicațiile colecistitei acute

- **Fistula biliară.**
 - Se poate forma fistula între vezicula biliară și duoden.
 - După formarea fistulei episodul de colecistită acută se rezolvă spontan.
 - De obicei fistula este cauzată de un calcul vezicular mare, care erodează prin peretele colecistului în duoden.
 - În acest caz poate să se dezvolte ileusul biliar la nivelul valvei ileocecale sau a duodenului.
- **Colecistita acută emfizematoasă.**
 - În peretele veziculei biliare apare aer datorită infectării secundare cu bacteriile anaerobe producătoare de gaz – *Clostridium perfringens*.
 - Se dezvoltă mai frecvent la bărbați în vârstă înaintată și cu diabet zaharat.
 - Radiogramele abdominale sau CT pot demonstra prezența aerului în interiorul peretelui sau lumenului veziculei biliare.



Colecistita acută.

Investigațiile de laborator

- Analiza generală a sîngelui: leucocitoză ~ 11.000, cu deplasare spre stînga, VSH crescut; în colecistita gangrenoasă sau perforată: >15.000.
- Analiza generală a urinei denotă prezența unei patologii renale asociate sau disfuncției renale.
- Biochimia sîngelui (proteina generală, ureea, creatinina, glucoza, AST, ALT, FA, bilirubina, protrombina, fibrinogenul). Creșterea ușoară a valorilor AST, ALT, FA, bilirubinei este caracteristică. Nivelurile bilirubinei, AST, ALT, FA, elevate semnificativ sugerează posibilitatea coledocolitiazii sau sindromului Mirizzi.
- Proteina C reactivă (CRP). Creșterea nivelului CRP cu 3 mg/l sau mai mult indică inflamație acută.
- Grupa de sînge și factorul Rh se indică cu scop de evaluare preoperatorie.



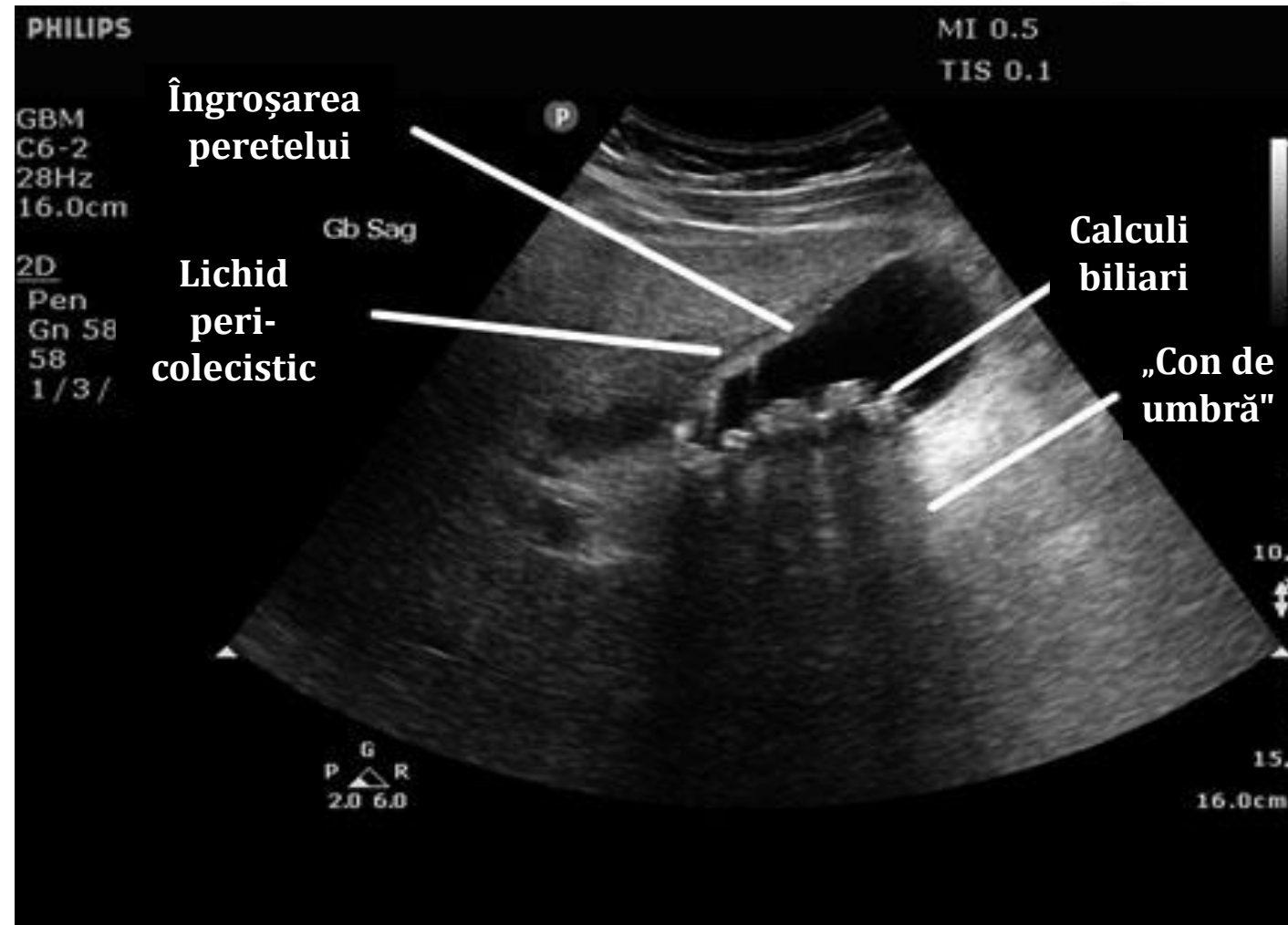
Colecistita acută.

Explorarea imagistică

- Ultrasonografia (USG) este metoda standard de diagnostic al colecistitei acute, cu înalt grad de sensibilitate (84-95%) și specificitate (83%).
Descoperă:
 - semnul sonografic Murphy (sensibilitate la presiunea colecistului în timpul USG);
 - calculii și sludge-ul (microlitiaza) în vezicula biliară;
 - infiltrația parietală a colecistului (>3 mm);
 - fluidul pericolecistic
 - distensia veziculei: volum >70 ml și dilatația > 5 cm în colecistita acută;



Ultrasonografia veziculei biliare





Colecistita acută.

Explorarea imagistică

- Radiografia toracică și electrocardiografia sunt necesare pentru diagnosticul diferențial (pneumonie, infarct).
- Radiografia abdominală este necesară pentru diferențierea de calculii renali și de ocluzia intestinală.
- Colecistografia orală, abandonată, are valoare istorică.
- Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP) este indicată în caz de complicații ale colecistitei acute cu icter mecanic și colangită pentru vizualizarea CBP și, eventual papilosfincterotomie endoscopică cu extragerea calculilor.



Colecistita acută.

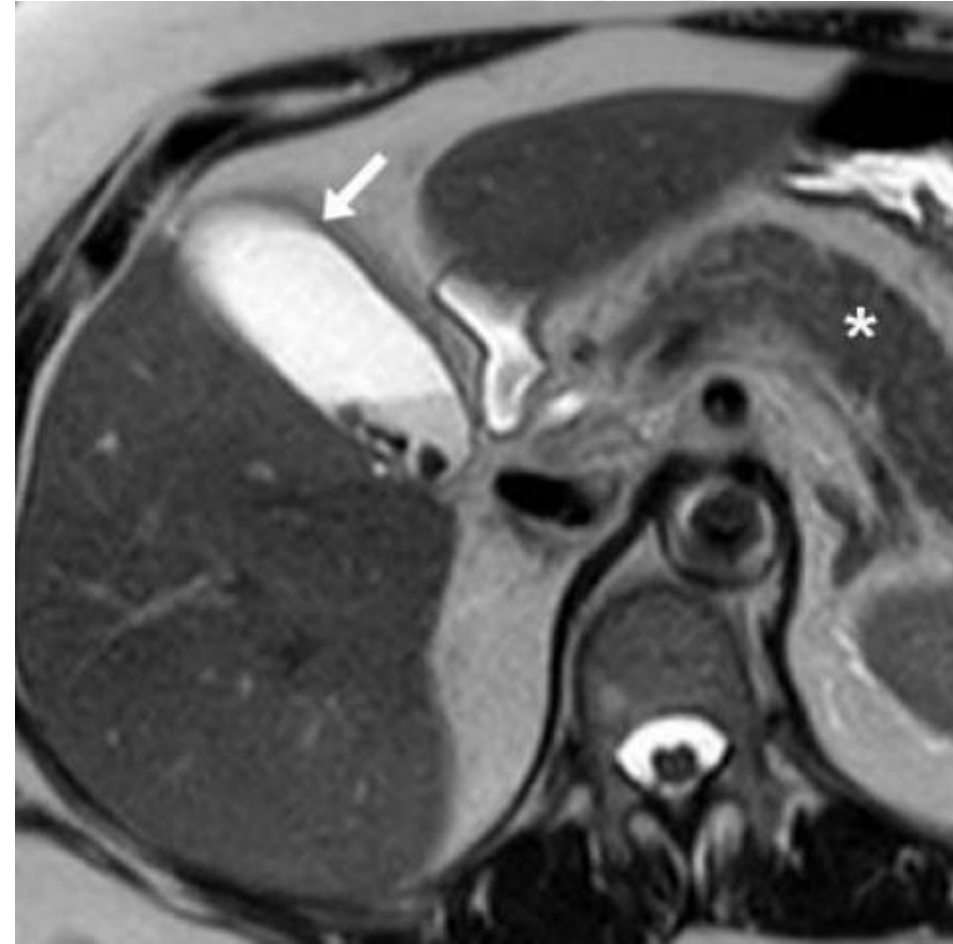
Explorarea imagistică

- CT sau RMN descoperă:
 - calculii și sludge în colecist și ductul cistic ($\emptyset > 3 \text{ mm}$);
 - edemul și infiltrația parietală cu “halo”;
 - lichidul pericolecistic,
 - descuamarea mucoasei,
 - dilatarea veziculei biliare ($\emptyset$ transversal $> 5 \text{ cm}$);
 - bule de gaz intramural și intraluminal.

RMN descoperă aceleași elemente dar vizualizează mai clar calculii veziculari și ai CBP, lichidul pericolecistic, vascularizarea intensă și colecistita hemoragică (în caz de colecistită acută acalculoasă).



Tomografie computerizată și Rezonanța magnetică

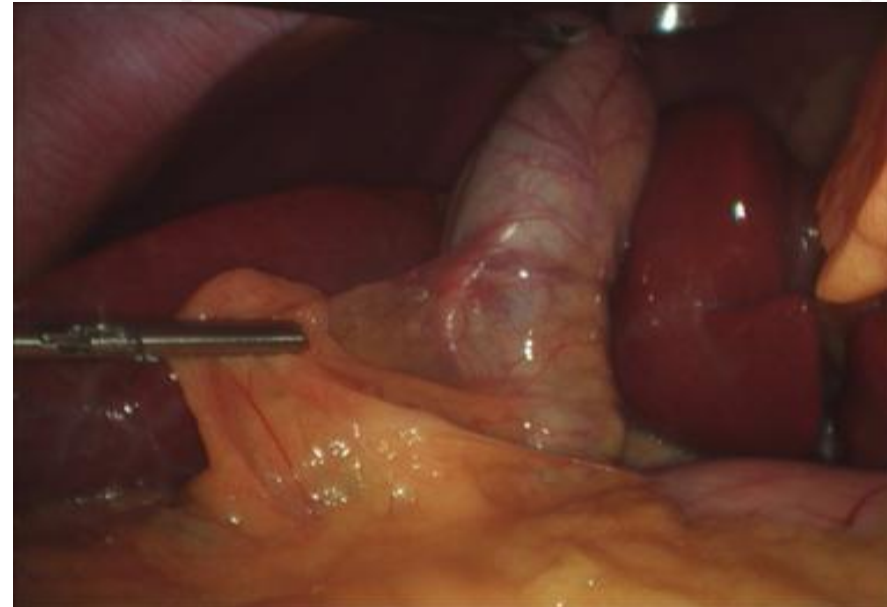




Colecistita acută.

Explorarea imagistică

- Laparoscopia este o metodă diagnostică valoroasă când tabloul clinic este confuz și alte metode nu clarifică diagnosticul. Permite diferențierea formelor patomorfologice ale colecistitei și gradului de răspândire a peritonitei.





Colecistita acută.

Diagnostic diferențial

Patologiile care pot simula manifestările clinice ale colecistitei acute sunt următoarele:

- *Apendicita acută*. Simptomele – durerea, voma, constipațiile, febra – sunt foarte asemănătoare, dar localizarea durerii este în regiunea iliacă dreaptă.
- *Colangita*. Pacienții cu colangită au reacție sistemică mai severă cu febră mai înaltă, dar sensibilitate locală de intensitate mai mică, decât bolnavii cu colecistită acută.
- *Colica biliară* (nefiind asociată cu inflamația veziculei biliare) de obicei anticipă colecistita acută. Abdomenul în proiecția colecistului este moale, deși poate fi dureros la palparea profundă. Temperatura subnormală a corpului este mai caracteristică, decât febră. În colica biliară durerile dispar repede timp de câteva ore, în colecistita acută durerea este persistentă și poate persista câteva zile.



Colecistita acută.

Diagnostic diferențial

- *Pancreatita acută.* Manifestările clinice inițiale ale colecistitei acute și pancreatitei acute uneori sunt foarte similare: anamneza litiazei biliare, debut acut după încălcare dietetică, sediul durerii în epigastru, vome repetate. Caracteristicile distinctive ale pancreatitei acute sunt: starea generală gravă a bolnavului deseori asociată cu disfuncție organică, durerea abdominală „în centură”, semnele Grey-Turner și Cullen, nivelul crescut al amilazei și lipazei în sânge și urină.
- *Acutizarea ulcerului duodenal.* Semnele locale pot fi similare celor de colecistită cu peritonită locală. Însă, determinarea minuțioasă a anamnezei relevă apariția durerii peste 2,5 ore după alimentație, ameliorarea durerii după mâncare, pirozismul, eructațiile acide și vome periodice.



Colecistita acută.

Diagnostic diferențial

- *Ulcerul gastroduodenal perforat* – în majoritatea cazurilor se încadrează în anamnesticul și tabloul clinic tipice maladiei date – durere sub formă de "lovitură de pumnal", abdomen de "lemn". Unul dintre reperele de ordin diagnostic al acestei afecțiuni este pneumoperitoneul (aer subdiafragmal), stabilit radiologic, care adevărește în favoarea ulcerului gastroduodenal perforat, și invers, anamnesticul caracteristic colecistitei acute, în special colicile biliare în trecut, tabloul paraclinic caracteristic – leucocitoză, VSH crescut – informație care diferă de cea a bolii ulceroase, forma perforată.



Colecistita acută.

Diagnostic diferențial

- *Ocluzia intestinală.* Voma repetată, pareza intestinală cu balonarea abdomenului și retenția de scaun, deseori existente în colecistita acută, pot fi confundate cu ocluzia intestinală. Aceasta din urmă se va distinge prin caracterul colicativ al durerilor, cu localizare neobișnuită pentru colecistita, hiperperistaltism, „clapotaj”, simptomul Wahl pozitiv și alte semne specifice. Pentru confirmarea diagnosticului este necesară radiografia abdominală panoramică.



Colecistita acută.

Diagnostic diferențial

- *Inflamațiile renale sau colica renală pe dreapta* (pielonefrita, paranefrita, nefro- și ureterolitiază). Deși sunt patologii cu manifestări clinice foarte diverse, este comună durerea de intensitate diferită situată pe flancul abdominal drept, superior în hipocondrul drept și în regiunea lombară dreaptă. Febra, fatigabilitatea, inapetența, grețurile și voma de asemenea pot fi prezente.
- *Pleuropneumonia bazală și pleurezia pe dreapta*. De regulă, febra este foarte înaltă – peste 40°C și este precedată de frison. Deși durerea la palpare în hipocondrul drept este prezentă, aceasta este mult mai superficială, palparea profundă a zonei subhepatice de obicei fiind posibilă. Fenomenele pulmonare auscultative – atenuarea respirației și crepitația sunt mai caracteristice pentru pleurezie decât pentru colecistită.



Colecistita acută.

Tratament conservativ

Tratamentul medicamentos oportun și în volum deplin în mai multe cazuri permite regresia procesului inflamator în vezicula biliară:

- Regim alimentar 0;
- Terapia infuzională cu soluții cristaloide sau coloidale pentru rehidratare și stabilizare hemodinamică;
- Preparate spasmolitice (platifilină, papaverină);
- Analgezice parenterale (inclusiv opioide);



Colecistita acută.

Tratament conservativ

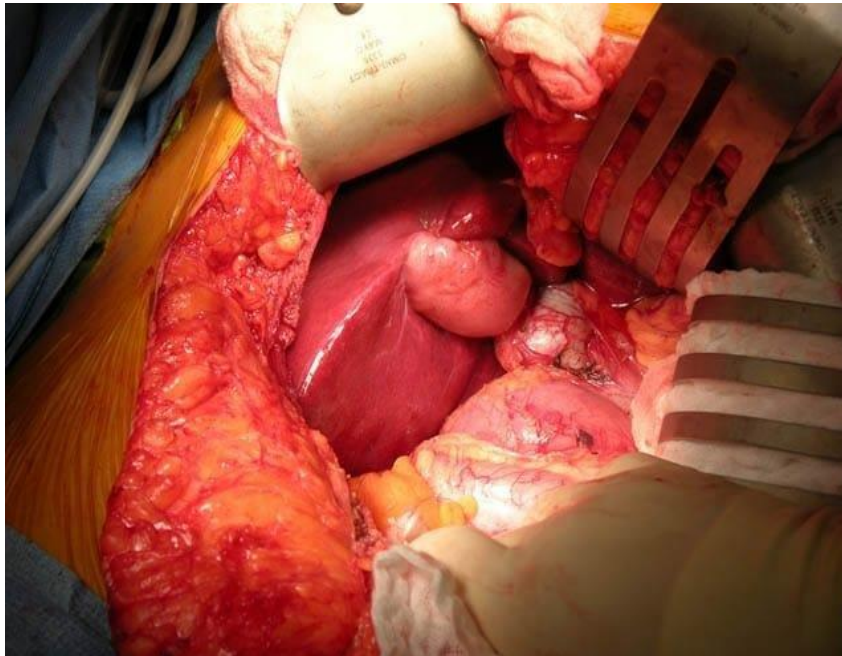
- Antibiotice:
 - ✓ în forme ușoare - cefalosporinele de prima și a doua generație (cefazolina, cefmetazol sau ampicilina-sulbactam);
 - ✓ forme moderate sau severe - aceleași antibiotice sau cefalosporinele de generația a treia sau a patra (ceftriaxon, cefepim), monobactamul (aztreonam), fluorochinolonele (ciprofloxacină, levofloxacină) asociate cu metronidazol,
 - ✓ în cazurile grave, carbapenemele (meropenem, imipenem-cilastatin);
- Remediile antiinflamatorii non-steroidiene (RAINS), cum ar fi indometacină și diclofenacul reduc modificările inflamatorii în colecist și îmbunătățesc contractilitatea veziculei biliare.



Colecistita acută.

Tratament chirurgical

Tratamentul chirurgical constă în efectuarea colecistectomiei convenționale (clasică sau tradițională) sau laparoscopice.





Colecistita acută.

Tratament chirurgical

După timpul efectuării sunt 3 tipuri de colecistectomie în colecistita acută:

1. *Operația urgentă imediată* – se efectuează în primele 6-24 ore după internare în evidența semnelor de colecistită acută distructivă și peritonită generalizată;
2. *Operația urgentă amânată* – se efectuează în primele ore sau zile de la spitalizare când tratamentul conservator administrat este ineficace și simptomatologia persistă. Este divizată în: operația urgentă amânată precoce (efectuată în perioada 24-72 ore de la internare) și operația urgentă amânată tardivă (practicată pe parcursul a 3-7 zile);
3. *Operația programată* – este indicată peste câteva zile sau săptămâni după ameliorarea stării generale și dispariția semnelor de inflamație acută din colecist.



Colecistita acută.

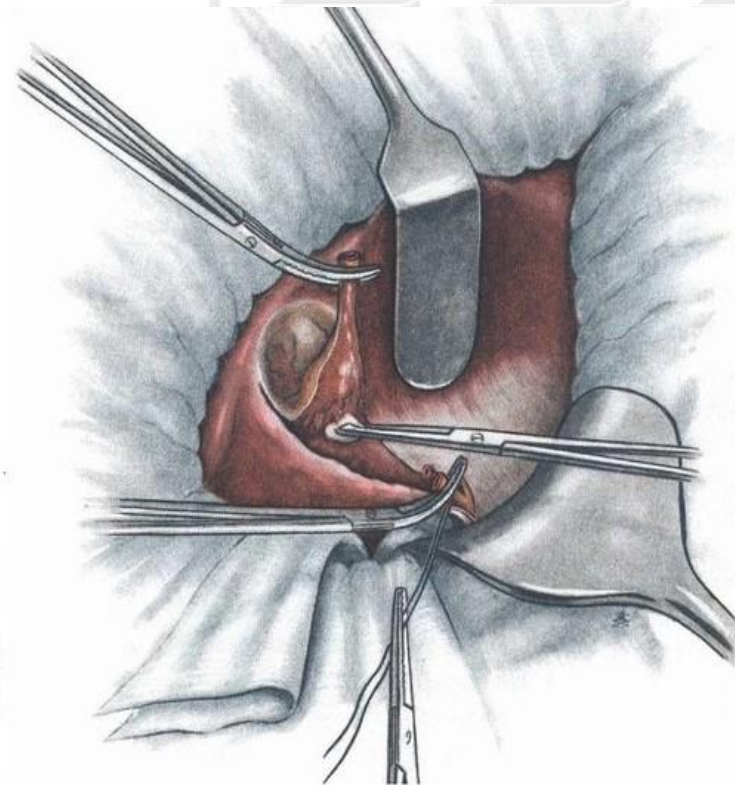
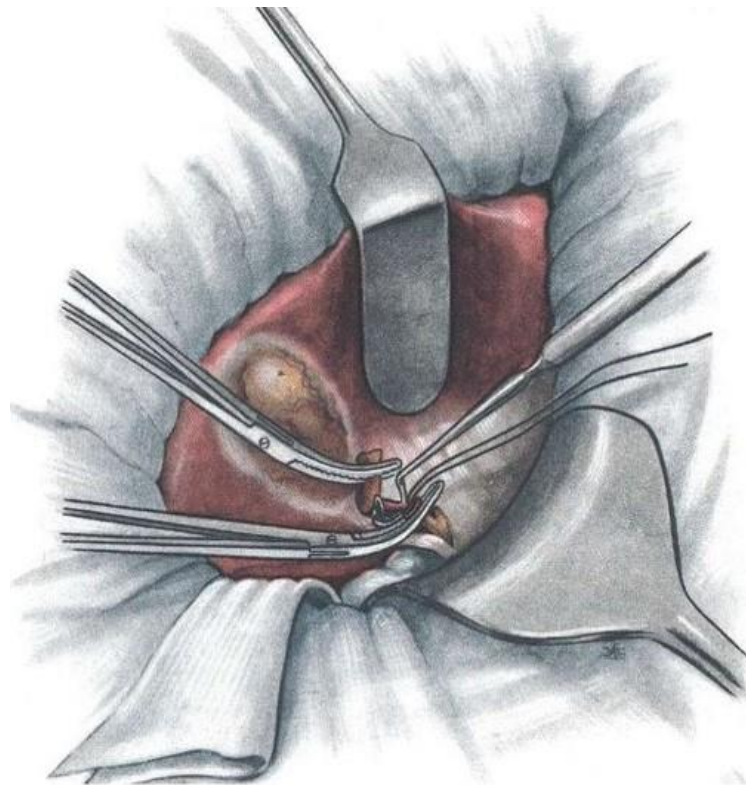
Tratament chirurgical

- Cele mai frecvent utilizate aborduri pentru colecistectomia clasică sunt inciziile subcostală pe dreapta și mediană (xifo-ombilicală).
- Colecistectomia poate fi realizată:
 - retrograd (de la colul colecistului)
 - anterograd (de la fundul colecistului)
 - bipolar (în cazuri dificile din punct de vedere tehnic).



Colecistectomia retrogradă

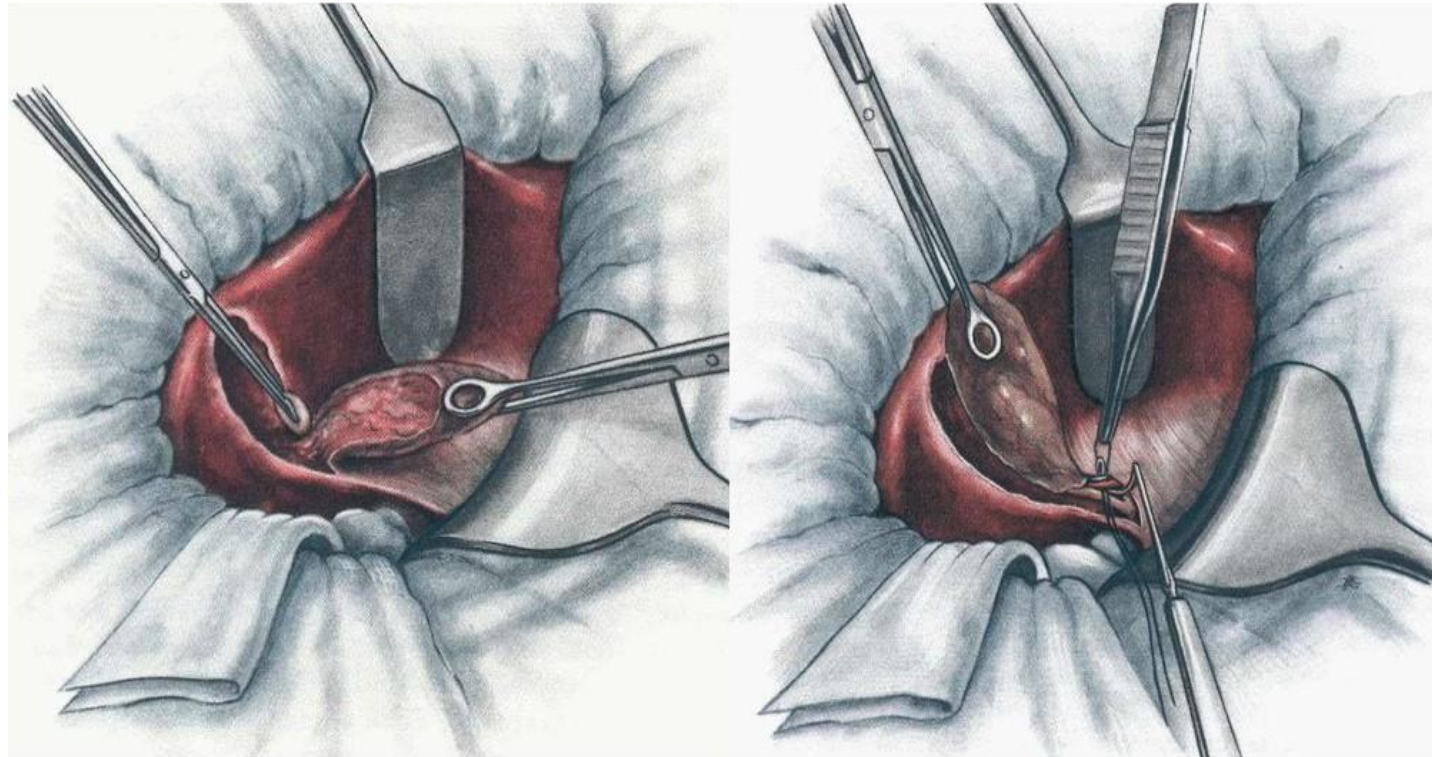
Colecistectomia retrogradă începe cu ligaturarea și secționarea ductului cistic, apoi a arterei cistice și, ulterior, vezicula biliară se degajează din patul său.





Colecistectomia anterogradă

Colecistectomia anterogradă începe de la fundul veziculei biliare către zona infundibulo-cistică. Degajarea veziculei din patul său este urmată de ligaturarea și secționarea arterei cistice, iar apoi de ligaturarea și secționarea ductului cistic.





Complicațiile postoperatorii după colecistectomie

- Biliragie din ductul Luschka;
- Leziuni majore ale căilor biliare extrahepatice cu biliragie sau icter mecanic;
- Leziuni vasculare;
- Hemoragie intraabdominală;
- Peritonită;
- Abcese intraabdominale (subhepatic, subdiafragmal)
- Supurația plăgii postoperatorii;
- Complicații cardiovasculare și respiratorii;
- Hernii incizionale sau posttroacar (paraombilicale).





Bibliografie

- ANGELESCU N. *Tratat de patologie chirurgicală*. București: Ed. Medicală. 2003. p.1899 -1944
- MALOMAN E. *Chirurgia abdominală de urgență. Recomandări practice de diagnostic și tratament*. Chișinău: Preprintiva. 2008.
- AZOICĂI D., et al. *Modul integrativ pentru studiul ficatului*. Editura "Gr. T. Popa", U. M. F. Iași, 2012.
- Protocol clinic instituțional „*Colecistita acută calculoasă la adult*”, IMSP IMU. Chișinău. 2019.



Mulțumesc pentru atenție

