

## Locul laparoscopiei în chirurgia colecistitei scleroatrofice litiazice

V. Calu, I. Dumitrescu, A. Miron

Clinica de Chirurgie "Elias", Spitalul Universitar de Urgență "Elias", București

### Rezumat

Colecistita scleroatrofică litiazică este o formă a litiazei veziculare complicată inflamator ce apare după mulți ani de evoluție a bolii biliare ce pune probleme terapeutice deosebite. Autorii analizează un lot de 39 de pacienți și prezintă dificultățile întâlnite în tratamentul chirurgical, în special în chirurgia laparoscopică. Aceste dificultăți determină o rată a conversiei de 11,1%, mult mai mare decât rata conversiei în colecistectomia laparoscopică în general, 1,2%. Concluzia studiului este că această afecțiune rămâne încă o provocare pentru chirurghi, în special în cazul abordului laparoscopic, iar conversia o soluție elegantă de a evita accidente intraoperatorii grave.

**Cuvinte cheie:** colecistita scleroatrofică, laparoscopie, conversie

### Abstract

#### *The place of laparoscopy in the surgical treatment of scleroatrophic cholecystitis*

Atrophic cholecystitis is a chronic inflammatory complication of biliary lithiasis which occurs after many years of evolution and causes many problems in the surgical therapy. Authors analyze a 39 patients cohort and present the difficulties encountered during the treatment, especially in laparoscopic approach. These particular difficulties lead to a increase in conversion rate, 11,1%, much higher than in average laparoscopic cholecystectomy. The conclusion of this study is that this disease still remains a challenge for surgeons, especially in laparoscopic

approach, and the conversion an elegant way to avoid severe intraoperative accidents.

**Key words:** scleroatrophic cholecystitis, laparoscopy, conversion

### Introducere

Litiaza veziculară este o afecțiune frecventă în rândul populației adulte, cu o frecvență raportată între 11 și 36% (1). Evoluând de multe ori oligo sau asimptomatic, boala, deși diagnosticată, este neglijată de pacienți sau tratată necorespunzător mulți ani. Este simptomatică la aproximativ 50% din pacienți, determinând anual peste 3 milioane de colecistectomii, sub 30% dintre cazuri, restul fiind purtători asimptomatici sau cei care refuză intervenția.(4) Astfel, un pacient cu o afecțiune în care tratamentul laparoscopic cu toate avantajele s-a impus deja ca gold-standard (1), ajunge la spital în faze complicate, în care succesul intervenției laparoscopice este îndoielnic, iar amplexarea intervențiilor crește. Există o incidență semnificativ mai mare a incidentei leziunilor iatrogene de CBP în colecistectomia laparoscopică (0,2 – 0,8%), comparativ cu operația deschisă (0,1 – 0,25%), iar rata conversiei în S.U.A. este cuprinsă între 5 – 10%. (2)

Colecistita cronică scleroatrofică litiazică este o formă a litiazei veziculare complicate inflamator, caracterizată prin:

- proliferarea țesutului fibros cu îngroșarea pereților colecistului;
- retractia peretelui vezicular până la mulare pe conținutul litiazic;
- risc major de constituire a fistulelor biliare interne (biliobiliare sau biliodigestive) (3).

### Material și Metodă

Au fost studiate cazurile de litiază veziculară din experiența personală a autorului în timpul activității susținute în cadrul

---

Correspondență: Dr. Valentin Calu  
Clinica de Chirurgie "Elias"  
Spitalul Universitar de Urgență "Elias",  
București  
E-mail: drcalu@gmail.com

Clinicii de Chirurgie a Spitalului Universitar de Urgență "Elias" în perioada 2001 – 2009. În acest lot au intrat 541 de pacienți cu litiază veziculară, dintre care 39 au avut colecistita scleroatrofică litiazică (7,2%).

Repartiția intervențiilor chirurgicale pe lotul studiat a fost următoarea:

- 493 colecistectomii laparoscopice;
- 6 conversii – 1,2% rata conversiei;
- 2 laparoscopii diagnostice;
- 38 colecistectomii deschise;
- 2 dezobstrucții de tract digestiv (două cazuri de colecistită scleroatrofică litiazică ce au dezvoltat fistule biliodigestive cu ocluzie de tract digestiv – ocluzie duodenală, Sd. Bouveret, și ileus biliar prin impactare în ansa ileala). La aceste cazuri, pacienți de 86, respectiv 93 de ani, s-a efectuat doar dezobstrucția tractului digestiv, starea generală alterată, vârsta înaintată și comorbiditățile asociate fiind considerate contraindicații pentru intervenții mai complexe.

Au fost realizate următoarele clasificări ale colecistitei scleroatrofice litiazice (CSAL). Nefiind doar clasificări nosologice, ele au consecințe terapeutice în privința tehnicii chirurgicale necesare rezolvării cazului.

#### A. Clasificare evolutivă

1. CSAL necomplicată:
  - a. cu mucocel vezicular;
  - b. fără mucocel vezicular.
2. CSAL complicată:
  - a. acutizată;
  - b. complicată cu fistule biliodigestive;
  - c. complicată cu fistule biliobiliare și litiază coledociană.

#### B. Clasificare clinică

1. CSAL izolată;
2. CSAL asociată cu alte afecțiuni hepatobiliopancreatice.

#### C. Clasificare morfologică

1. CSAL dezvoltată pe colecist intact;
2. CSAL dezvoltată pe colecist operat ("neocolecist").

## Rezultate

Dintre cele 39 de cazuri de CSAL:

- laparoscopii – 26 de cazuri, dintre care 2 laparoscopii diagnostice la care diagnosticul echografic a fost de colecistită acută litiazică, iar intraoperator colecistul era practic disparut. Dat fiind faptul că pacienții erau vârstnici, iar descoperirile intraoperatorii nu justificau o operație de amploare, s-a limitat intervenția la laparoscopia diagnostică, ulterior fiind explorate alte cauze care ar fi putut cauza simptomatologia.
- conversii – 3 cazuri – 11,1% rata conversiei;
- deschis – 10 cazuri.

Au fost comparate ratele de conversie cu rezultatele unui studiu retrospectiv pe 7 ani, efectuat în Clinica de Chirurgie "Caritas" în 2001. Rata conversiei generale a scăzut de la 5,8% la sfârșitul anului 2000, la 1,2% la sfârșitul anului 2009,

**Tabelul 1.**

An	Laparoscopie (26)	Conversii (3) RC = 12,5%	Deschis (10)
2001	6	1	1
2002	4	0	0
2003	3	1	3
2004	4	0	1
2005	0	0	0
2006	2	0	1
2007	5	0	1
2008	1	1	1
2009	1	0	2

adică de 4,9 ori. în CSAL rata conversiei a scăzut de la 39% la 11,1%, adică de 3,5 ori, diferența fiind explicabilă prin dificultatea deosebită a acestui tip de intervenții.

În *Tabelul 1* se poate observa distribuția cazurilor de CSAL în diferite tipuri de intervenții și pe ani.

Consecințele terapeutice ale clasificărilor sunt importante și, suprapunând cazuistica a fost studiată fezabilitatea laparoscopică a cazurilor cu CSAL. (*Tabelul 2*)

Au fost rezolvate pe cale laparoscopică 2 echivalențe de fistula colecistocolociană și două iminențe de fistulă biliodigestivă (cu duodenul 1 caz, cu colonul 1 caz). Cele trei conversii înregistrate au fost pentru fistule colecistocolociene constituite. S-a înregistrat și o leziune de canal hepatic stâng, extrem de aderent la colecist, la care, asociată fiind și fistula colecistocolociană și litiaza coledociană (o adevărată "împietruire", nedagnosticată echografic și fără coleastă biochimică) s-a efectuat conversia. Toate celelalte fistule biliobiliare sau biliodigestive diagnosticate preoperator au fost operate deschis pentru a evita leziuni iatrogene.

S-au înregistrat astfel:

- 6 fistule biliodigestive
  - i. Colecistoduodenale - 1 iminență + 2 fistule adevărate (1 ileus biliar și 1 sd. Bouveret);
  - ii. Bilioantrale – 1;
  - iii. Colecistocolice – 1 iminență + 1 fistulă adevărată.
- 9 fistule colecistocolociene asociate cu litiaza coledociană (cazurile operate laparoscopic fiind încheiate cu drenaj transcistic și rezolvate ulterior prin ERCP)
  - i. Echivalență de fistulă – 2;
  - ii. Colecistocolociene – 7.

**Tabelul 2.** CSAL – 39 de cazuri

CSAL	Forme	Lap.	Conv.	Desc.	Total
necomplicată	+ mucocel	3	-	-	3
	- mucocel	17 (5+HPB, 1 neocole cist)	-	3 (2+HPB)	20
complicată	acutizată	2	-	-	2
	+ fistule biliodigestive	2* (VB-DD, VB-COL)	-	3 (+1)	5 (+1)
	+ fistule biliobiliare	2* (VB-C)	3	4	9
	+ litiaza CBP				
		26	3 (3 FIST VB-CBP+1 LEZ CHS)	10	39

În două cazuri au fost asocieri:

- Fistula colecistocolociană + fistula colecistocolică – colecistectomie, coledocolitotomie, coledocoduodenoanastomoza latero-laterală, colorafie.
- Fistula colecistocolociană + fistula bilioantrală – coledocolitotomie, hepaticojejunoanastomoză pe ansa în Y, gastrorafie.

În ceea ce privește colecistectomiile laparoscopice s-a înregistrat o rată mai mică a conversiilor, dar dificultățile întâlnite au fost aceleași (Tabelul 3).

Rata conversiei a fost mai redusă (11,1%, față de 39%), dar s-a înregistrat o leziune de canal hepatic stâng. Conversia este o decizie care trebuie bine cântărită și luată fără întârziere dacă lucrurile nu sunt clare, chiar dacă experiența chirurgului este superioară, și curajul chirurgical similar.

Au fost efectuate 12 colangiografii intraoperatorii transcistice care s-au încheiat cu 3 drenaje transcistice, în 2 cazuri fiind descoperită litiaza coledociană asimptomatică, iar într-un caz oddita stenozantă. Toate cazurile au fost rezolvate ulterior endoscopic.

Complicațiile postoperatorii au fost:

- fistula gastrică postoperatorie (după fistula complexă – fistula colecistocolociană + fistula bilioantrală), rezolvată prin tratament conservator.
- fistula colică postoperatorie (după fistula complexă – fistula colecistocolociană + fistula colecistocolică), rezolvată prin tratament conservator.
- insuficiența hepatică postoperatorie (după colecistita scleroatropică litiazică și litiaza coledociană cu angiolita acută), remisă după 48 de ore.
- bronhopneumonie, MSOF, exitus în ziua 8 postoperator (după colecistita scleroatropică litiazică, fistula colecistoduodenală și ileus biliar).
- insuficiența hepatorenală, exitus în ziua 5 postoperator (după tumora Klatskin și colecistita scleroatropică litiazică).

Nu au existat reintervenții în lotul studiat.

Astfel, se observă că cele mai frecvent întâlnite dificultăți sunt și momentele cele mai periculoase:

- decolarea din pat a VB, când pot să apară efracții ale VB cu pierderea calculilor în abdomen sau hemoragii prin leziuni de parenchim hepatic sau ramuri portale, uneori cu calibrul important.
- adezioliza plastronului pericolecistic, când se pot

produce leziuni ale organelor învecinate, grave atunci când nu sunt recunoscute intraoperator.

- disecția triunghiului Calot, când pot să apară leziuni de CBP. Pot să fie întâlnite dificultăți în identificarea cisticului și a CBP,
- dificultăți în identificarea arterei cistice, când se poate clipa artera hepatică dreaptă.
- aspectul pseudoneoplazic, des întâlnit în CSAL, nu permite uneori diferențierea de un neoplasm de veziculă biliară, care apare, de asemenea, la vechii litiazici.

Colecistectomia parțială (subtotală) este de multe ori o soluție foarte bună, fezabilă atât laparoscopic, cât și pe cale deschisă. Există două variante de colecistectomie parțială:

- cu abandonarea peretelui vezicular în patul hepatic, în caz de absență a planului de clivaj. Această variantă de tehnică permite evitarea hemoragiilor intraoperatorii, uneori greu de stăpânit, din parenchimul hepatic sau din ramuri portale.
- cu abandonarea unui fragment de infundibil vezicular în caz de aderență la CBP sau fistulă biliobiliară. Această variantă tehnică permite evitarea leziunilor iatrogene de CBP, iar în alte situații lasă material suficient pentru coledocoplastie.

## Discuții

Încă de la începutul chirurgiei laparoscopice a existat o preocupare intensă pentru decelarea acelor criterii imagistice care pot fi obținute preoperator și care pot determina o apreciere corectă a fezabilității laparoscopiei. Consecințele terapeutice ale clasificărilor propuse pentru colecistita scleroatropică litiazică sunt:

### A. Clasificarea evolutivă

#### 1. CSAL necomplicată:

- a. cu mucozel vezicular – în care, pe langa calculi, în cavitatea veziculară există și conținut dens, filant, apărut prin hiperconcentrare de mucus. Chirurgia laparoscopică este fezabilă, conversiile sunt destul de rare, iar intervențiile complexe nu sunt de obicei necesare.
- b. fără mucozel vezicular – în care cavitatea veziculară este practic disparută, peretele vezicular fiind “mulat pe calculi”, iar colecistul exclus din tranzitul biliar. Chirurgia laparoscopică este posibilă, dar cu dificultăți impuse de grosimea și lipsa de elasticitate a peretelui, prehensiunea fiind dificilă, conversiile sunt mai frecvente, nefiind necesare intervenții complexe.

#### 2. CSAL complicată:

- a. acutizată – care se asociază infectarea conținutului biliar și acutizarea inflamației parietale. Intervențiile chirurgicale sunt și mai dificile datorită suprapunerii procesului inflamator acut, conversiile sunt frecvente.
- b. complicată cu fistule biliodigestive – în care, continuarea procesului inflamator duce la aderența organelor învecinate, erodarea progresivă a pereților viscerali și apariția de comunicări anormale între lumenul vezicular și visceralele cavitare adiacente. Reprezintă 90% din

**Tabelul 3.**

Dificultăți în colecistectomia laparoscopică în CSAL	Număr de cazuri (24)
Decolarea din pat a VB	9
Prehensiunea VB	5
Adezioliza plastronului pericolecistic	9
Disecția triunghiului Calot	7
Duct cistic gros (ligatura)	2
Varianta anatomică biliară	1
Dificultăți la extragerea endo-bag	13
Colangiografia i.op.	12 + 3 TC + 2 Lit.CBP (ERCP)

fistulele biliare interne spontane și se produc, de regulă, cu duodenul câteodată cu colonul și rareori cu stomacul sau jejunul (7). Comunicările astfel rezultate permit migrarea calculilor în tractul digestiv și impactarea lor la diferite niveluri (duoden, unghiul Treitz sau valvula ileocecală), cu apariția ileusului biliar consecutiv și ocluzie. Alteori calculii sunt eliminați pe căi naturale, prin vărsătură sau scaun. Chirurgia laparoscopică este practic imposibilă, în pofida progreselor tehnice efectuate, chirurgia deschisă este regula, de obicei fiind necesare intervenții complexe. Există situații, ca în ileusul biliar, când chirurgia se adresează strict ocluziei, prin îndepărtarea calculului, fistula biliodigestivă, practic anastomoza colecistodigestivă spontană, nefiind abordată terapeutic. În obstrucțiile duodenale litiazice sunt citate cazuri de rezolvare strict endoscopică a cazului (6).

- c. complicată cu fistule biliobiliare și litiaza coledociană (pasageră sau persistentă) – fistulele biliobiliare cu varianta de echivalență de fistulă (cistic existent, dar de calibru foarte mare) reprezintă 10% din fistulele biliare interne spontane și se asociază cu existența litiazei coledociene (7). Consecutiv poate apare icterul obstructiv și angiolocolita acută. Sunt cazuri de chirurgie complexă biliară, pe cale deschisă. Diagnosticul acestor forme este posibil folosind ERCP și colangiRMN. De multe ori, tarele asociate și alterarea stării generale indusă de icter fac ca intervenția chirurgicală endoscopică să fie salutară, extracția calculilor nefiind urmată în mod obligatoriu de colecistectomie (colecistul fiind de multe ori exclus din tranzit, redus la un vestigiu aderent de CBP). Fistulele biliobiliare sunt situații tipice în care un chirurg mai puțin experimentat, insistent în rezolvarea laparoscopică a cazului, lezează calea biliară. Colangiografia în situații neclare și conversia efectuată în timp util sunt atitudini ce permit evitarea leziunilor de CBP. Odată deschis pacientul, există câteva criterii care permit intuirea unei fistule biliobiliare:

- colecist scleroatropic cu calcul mare în infundibul aderent la CBP,
- absența demarcației între bursa Hartmann și CBP,
- deschiderea directă a colecistului în CBP și absența cisticului,
- canal hepatic comun aparent implantată în colecist și dilatat față de canalul coledoc. (5)

### B. Clasificarea clinică

CSAL asociată cu alte afecțiuni hepatobiliopancreatice – pancreatite cronice, oddite stenozante, hepatopatii cronice, chist hidatic hepatic. Se pot rezolva chirurgical laparoscopic sau deschis în funcție de patologia asociată. În odditele stenozante asocierea ERCP este extrem de importantă pentru respectarea principiului minim invazivității.

### C. Clasificarea morfologică

CSAL postcolecistectomie incompletă ("neocolecist") – apare după colecistectomiile incomplet efectuate în formele severe

de colecistită acută, cu persistența unui bont vezicular cu litiază restantă, bont care este de obicei retractat și mulat pe calcul. Bontul vezicular restant postcolecistectomie este, de obicei, consecința unei intervenții chirurgicale efectuate pentru forme severe de colecistită acută pe cale deschisă. Procesul aderențial subhepatic și relația bontului cu calea biliară semnează, de obicei, indicația de chirurgie deschisă, intervențiile complexe de chirurgie biliara putând fi necesare, dar, pentru un chirurg antrenat în chirurgia laparoscopică, intervenția merită începută laparoscopic, mai ales dacă intervalul de timp trecut de la prima intervenție este suficient de lung pentru ca procesul aderențial să fie mai ușor de lizat.

## Concluzii

În ciuda acumulării de experiență, colecistita scleroatropică litiazică rămâne una din problemele importante ale chirurgiei laparoscopice, cu o frecvență mare a situațiilor ce fac intervenția laparoscopică mai dificilă, uneori chiar imposibilă necesitând conversia, cu o rată semnificativ mai crescută, mai puțin influențată de parcurgerea curbei de învățare.

Rezolvarea ei necesită o echipa operatorie mult mai experimentată din mai multe motive:

1. Trebuie să reușească să întreprindă o operație laparoscopică cu un grad mare de dificultate.
2. Dacă este necesar să se decidă în timp util asupra conversiei întrucât ea nu diminuează cu nimic profesionalismul actului chirurgical, fiind un adevărat act de inteligență chirurgicală.
3. Față de colecistita acută hotărârea pentru conversie se ia de obicei mai greu și mai tardiv.
4. Colangiografia intraoperatorie este obligatorie la acești pacienți.
5. Cazurile convertite la chirurgie deschisă pun probleme terapeutice majore, fiind necesare uneori intervenții complexe de chirurgie biliară.

## Bibliografie

1. Chari RS, Shah SA. Biliary System. În: Townsend CM, editor. Sabiston Textbook of Surgery, editia a 18-a. Ed. Saunders Elsevier; 2008. p. 1547-1588.
2. Sheth KR, Pappas TN. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis. În: Yeo CJ, editor. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, vol. II, editia a 6-a. Ed. Saunders Elsevier; 2007. p. 1471-1481.
3. Brătucu E, Ungureanu D. Litiaza veziculară. În: Angelescu N, editor. Tratat de patologie chirurgicală, vol. II. București: Ed. Medicală; 2001. p. 1915-1924.
4. Brătucu E, Prunoiu V. Litiaza veziculară. În: Popescu I, editor. Tratat de patologie chirurgicală, vol. IX, partea a II-a. București: Ed. Academiei Române; 2009. p. 841-853.
5. Ungureanu DF, Dăhă C. Fistulele biliare litiazice. Ed. Printech 2001.
6. Schweiger F, Shinder R. Duodenal obstruction by a gallstone (Bouveret's syndrome) managed by endoscope extraction: a case report and review. Can J Gastroenterol. 1997;11(6):493-6.
7. Patel J, Patel J-C. Voies biliare extra-hepatice. În: Nouveau Traite de Technique Chirurgicale, vol. XII, partea a II-a. Ed. Mason; 1969. p. 256-259.