

FISTULELE BILIO-DIGESTIVE SPONTANE DE CAUZĂ ULCEROASĂ DUODENALĂ

N. Dănilă, C. Lupașcu, V. Filip, D. Andronic, Beatrice Luca
Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – V. Buțureanu”, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

SPONTANEOUS DUODENO-BILIARY FISTULA CAUSED BY DUODENAL PEPTIC ULCER (Abstract):
Spontaneous duodeno-biliary fistula represents a rare complication of chronic duodenal peptic ulcer. The authors present two cases with this pathology and also the particularities of surgical approach. Spontaneous duodeno-biliary fistula caused by chronic peptic ulcer is often a surprising diagnostic in the era of H₂ blockers. The difficulties and the complexity of the diagnosis associated with the particularities of surgical technique represent the key of this rare disease.

KEY WORDS: PEPTIC ULCER, COMPLICATIONS, DUODENO-BILIARY FISTULA, GASTRECTOMY

Correspondență: Conf. Dr. N. Dănilă, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 700111, Iași

INTRODUCERE

Fistula biliară reprezintă comunicarea anormală între calea biliară sau vezicula biliară și tractul gastrointestinal, cavitatea abdominală sau peretele abdominal. Tipul cel mai frecvent întâlnit este fistula bilio-digestivă.

Fistulele bilio-digestive de cauză ulceroasă duodenală (fistule coledoco-duodenale, colecisto-duodenale) ce apar la pacienții cu ulcer duodenal postbulbar cronic, sunt rare. Nu există semne clinice evocatoare pentru această patologie. Diagnosticul este adesea fortuit când ecografia abdominală de rutină sau pasajul baritat eso-gastro-duodenal evidențiază aerobilia sau injectarea căii biliare principale (CBP) cu substanță de contrast. Uneori fistula bilio-digestivă poate constitui o surpriză intraoperatorie. Tehnica chirurgicală propusă în aceste cazuri constă în colangiografie peroperatorie transcistică, colecistectomie, rezecție gastrică de excludere a ulcerului sau a pilorului, la care se poate asocia vagotomia tronculară.

PREZENTAREA CAZURILOR

Obs. 1: Pacientul P.C. în vârstă de 39 ani, provenind din mediul urban, se internează în Clinica I Chirurgie Iași pentru astenie fizică, scădere ponderală (13 kg în ultimul an) greață, vărsături postprandiale. Pacientul este fumător, grup sanguin AII+ și are antecedente heredo-colaterale și personale patologice de ulcer duodenal. Bolnavul a fost diagnosticat cu ulcer duodenal în anul 1987 și a urmat inconstant tratament medicamentos antiulceros. De aproximativ un an prezintă simptomatologia menționată, motiv pentru care se adresează clinicii noastre, în vederea stabilirii diagnosticului și instituirii tratamentului chirurgical. La examenul clinic se constată indice de masă corporală de 19,3 kg/mp, paloare conjunctivo tegumentară și durere la palparea profundă a epigastrului. Ecografia hepato-bilio-pancreatică efectuată evidențiază aerobilie, în absența vreunei anastomoze biliodigestive chirurgicale în antecedente. Radiografia eso-gastro-duodenală cu bariu evidențiază ulcer duodenal postbulbar și injectarea CBP și a căilor biliare intrahepatice printr-un traiect fistulos coledoco-duodenal (Fig 1).

Se stabilește diagnosticul de *ulcer postbulbar penetrant în pediculul biliar, fistulă coledoco-duodenală*.

Se efectuează pregătirea preoperatorie adecvată (reechilibrare hidroelectrolitică, inhibitori ai pompei de protoni) și se intervine chirurgical. Intraoperator se constată existența

unui bulb duodenal scleros, cu ulcer post bulbar stenozant. CBP este dilatată (12 mm) și cu aspect arterial fără a fi palpator, locuită de calculi. Colangiografia peroperatorie transcistică evidențiază pasajul filiform al substanței de contrast în duoden prin fistula coledoco-duodenală (Fig. 2). Se efectuează colecistectomie bipolară, vagotomie tronculară și rezecție gastrică de excludere a pilorului cu închiderea canalului piloric prin burse etajate. Se tentează restabilirea continuității digestive prin anastomoză gastrojejunală pe ansă în „Y” à la Roux, dar mezenterul foarte gras nu permite identificarea pediculilor vasculari. Prin urmare, se practică restabilirea continuității digestive prin anastomoză gastro-jejunală pe ansă în omega cu fistulă Braun la piciorul ansei.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacientul a fost externat la 12 zile de la intervenția chirurgicală. A urmat tratament antiulceros timp de 2 luni. La 3 luni postoperator pacientul era asimptomatic, cu un câștig ponderal de 5 kg.

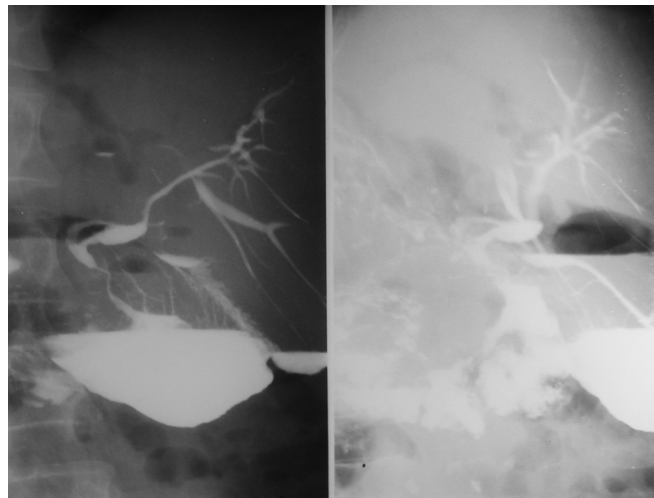


Fig. 1. Radiografia eso-gastro-duodenală cu bariu

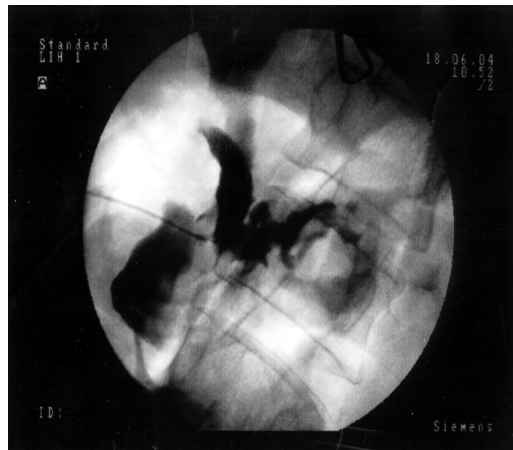


Fig. 2. Colangiografie peroperatorie transcistică

Obs. 2: Pacientul C.V. în vârstă de 41 ani, provenind din mediul urban, se internează în Clinica I Chirurgie Iași pentru durere în hipocondrul drept, grețuri. Pacientul are grup sanguin AII+, este fumător și consumator cronic de alcool. Din antecedentele personale patologice reținem două intervenții chirurgicale pentru ulcer duodenal perforat. O primă intervenție a fost în 1992 când s-a practicat sutura ulcerului. Postoperator nu a urmat tratament antiulceros și după aproximativ un an dezvoltă o nouă perforație ulceroasă pentru care se practică tot sutura simplă. Examenul clinic la internarea în clinica noastră evidențiază

durere la palparea profundă a epigastrului și hepatomegalie la 2 cm sub rebordul costal. Ecografia relevă aerobilia importantă fără prezența vreunei anastomoze biliodigestive chirurgicale în antecedente. La endoscopia digestivă superioară se constată esofagită de reflux grad II, reflux biliar important, stază gastrică, zona antropilorică modificată, bulb duodenal scleros, cu nișă ulceroasă mare situată distal în bulb și fistulă biliară cu debit mare. Papila pare a fi la distanță de leziunea ulceroasă. Tranzitul baritat eso-gastro-duodenal pune în evidență traiectul fistulos coledoco-duodenal și injectarea arborelui biliar (Fig. 3).

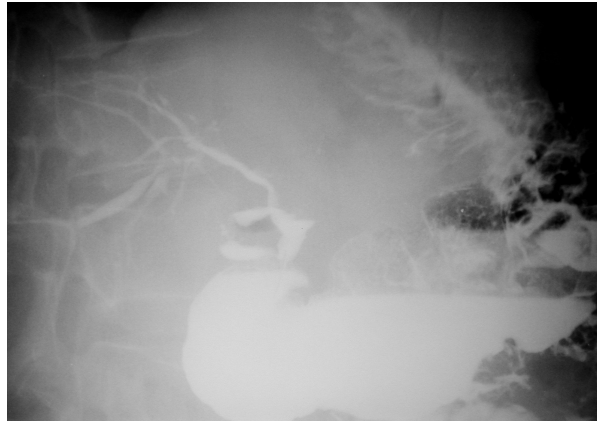


Fig. 3: Radiografia esogastroduodenală cu bariu

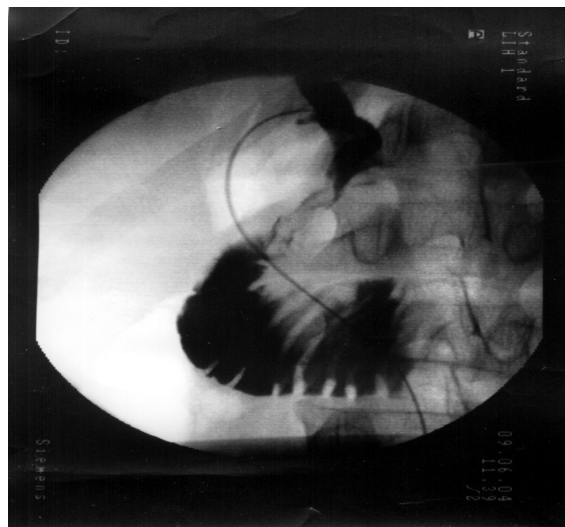


Fig 4: Colangiografia peroperatorie transcistică

Se efectuează o explorare imagistică prin rezonanță magnetică nucleară (IRM) care confirmă diagnosticul și nu evidențiază alte leziuni. Investigațiile de laborator nu relevă alte modificări cu excepția unei ușoare creșteri a bilirubinemiei și transaminazelor serice.

Pacientul este pregătit preoperator și se intervine chirurgical. Intraoperator se constată bloc aderențial postoperator înglobând duodenul, calea biliară principală, colecistul. Se practică adezioliză eliberându-se bulbul duodenal, la nivelul căruia există o cicatrice ulceroasă pe fața anterioară și marginal superior. Se identifică vezicula biliară, canalul cistic, CBP dilatată (11 mm) de aspect arterial, palpator nelocuită de calculi. Colangiografia peroperatorie transcistică evidențiază pasajul substanței de contrast în duoden prin fistula coledoco-duodenală (Fig. 4). În cursul scheletizării marii curburi gastrice se pătrunde retrogastric și se obiectivează penetrarea în pancreas a ulcerului duodenal postbulbar. Se efectuează colecistectomie bipolară

și rezecție gastrică de excludere a ulcerului cu aplicare de stapler liniar la nivelul pilorului și înfundarea suturii mecanice cu fire separate. Restabilirea continuității digestive se realizează prin anastomoză gastro-jejunală pe ansă în „Y” à la Roux. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă; pacientul a fost externat după 9 zile de la intervenția chirurgicală.

DISCUȚII

Cazurile prezentate sunt interesante atât prin problema de patologie rar întâlnită, cât, mai ales, prin tehnica chirurgicală abordată.

Fistulele bilio-digestive de cauză duodenală sunt complicații rare ale ulcerului duodenal postbulbar situat pe porțiunea fixă a segmentului D I (la dreapta arterei gastroduodenale), pe genunchiul superior al duodenului sau în regiunea subvateriană a segmentului D II [1]. Consultarea bazei de date medicale MEDLINE, folosind cuvinte cheie ca „duodeno-biliary fistula”, „complications of the peptic ulcer” nu a evidențiat cazuri recente de fistule bilio-digestive de cauză ulceroasă, toate articolele datând din anii '60 (OLDMEDLINE) [2,3]. Există o mențiune în literatură despre o fistulă bilio-digestivă cauzată de un neoplasm antral [4].

Fistulele bilio-digestive evoluează asimptomatic perioade variabile, timp în care reacția inflamatorie periulceroasă determină leziuni retractile și penetrare în pancreas, pediculul biliar, coledoc, vezicula biliară [1]. Simptomatologia este nespecifică: durere ulceroasă tipică asociată cu vărsături, icter sau/și angiocolită. Diagnosticul clinic este dificil dar se poate stabili imagistic, prin radiografie eso-gastro-duodenală cu bariu, endoscopie digestivă superioară, ecografie hepato-bilio-pancreatică, computer tomografie, colangiografie, colangio-pancreato-grafie retrogradă endoscopică – ERCP, IRM. În unele cazuri fistula bilio-digestivă poate reprezenta o surpriză intraoperatorie, dar în cazurile prezentate diagnosticul s-a putut stabili preoperator [5].

Rezolvarea chirurgicală suscită interesul, motiv pentru care vom prezenta rezecția gastrică de excludere a ulcerului sau a pilorului și colecistectomie cu sau fără vagotomie tronculară.

Rezecția gastrică de excludere este modalitatea tehnică ce implică lăsarea pe loc a ulcerului duodenal. Rezecția de excludere a ulcerului se practică în ulcerul postbulbar jos situat și la nivelul porțiunii a doua a duodenului [6]. Din punct de vedere tehnic nu diferă de rezecția gastrică 2/3 cu anastomoză gastro-jejunală, decât că exclude leziunea ulceroasă. Rezecția de excludere a pilorului se indică în ulcerile cu modificări inflamatorii accentuate ale peretelui duodenal, în ulcerile caloase penetrante în pancreas, cu accentuată inflamație de vecinatate, în ulcerile bulbare și în cazul ulcerelor cu fistulă coledocoduodenală [6].

Timpii operatorii ai rezecției gastrice de excludere a pilorului constau în: secționarea stomacului la 4 - 5 cm superior pilorului, decolarea mucoasei și eventuala secționare anterior și posterior a conului musculo-seros al bontului antral, răsturnarea în deget de mână a acestuia, ligaturarea în bursă a conului mucos la nivel piloric urmată de secționarea excesului de mucoasă antrală [6].

Prezentăm modalitățile de închidere a bontului duodenal musculo-seros [6]:

1. se aplică fire circulare interne suprapuse, se excizează excesul musculo-seros și se suturează tranșa cu fire separate;
2. se incizează superior și inferior conul musculoseros și se formează astfel două lambouri; lamboul inferior excizat parțial se suturează la fața internă a celui superior, iar cel superior se va sutura pe fața anterioară a duodenului acoperind astfel bontul duodenal;
3. procedeul Carp, folosește ecrazorul, dublu surget și sutura bontului duodenal la fața anterioară a duodenului după prealabila răsucire a acestuia spre dreapta.

Restabilirea continuității digestive se realizează prin anastomoze gastro-jejunale tip Reichel-Polya sau de preferat, de tip Roux.

Diferențele de rezolvare tehnică chirurgicală la cazurile prezentate au constat în tipul de rezecție de excludere (în primul caz s-a efectuat rezecție gastrică de excludere a pilorului, iar în al doilea caz rezecție gastrică de excludere a ulcerului), folosirea suturii manuale, respectiv mecanice la nivelul bontului duodenal. Pentru prevenirea recidivei sau a reluării evoluției ulcerului în cazul excluderii pilorului, s-a efectuat vagotomie tronculară bilaterală.

Evoluția postoperatorie a fost simplă, în ambele cazuri pacienții au fost externați la aproximativ 10 zile postoperator. Controlul la 3 luni postoperator a constatat creștere ponderală și absența oricăror manifestări patologice.

CONCLUZII

Fistula bilio-digestivă de cauză ulceroasă duodenală este complicație tardivă rară a ulcerului duodenal în era terapeutică antiulceroasă.

Simptomatologia este necaracteristică și diagnosticul este adesea fortuit; se poate stabili preoperator prin investigații complexe și complete în context lezional.

Depistarea fistulelor coledoco-duodenale s-a realizat în urma efectuării ecografiei hepatobiliopancreatice, radiografiei esogastroduodenale cu bariu, endoscopiei digestive superioare, IRM.

Rezolvarea chirurgicală prin tehnica de rezecție gastrică de excludere a ulcerului sau a pilorului în cazul fistulelor bilio-digestive de etiologie duodenală reprezintă indicația de elecție.

BIBLIOGRAFIE

1. Angelescu N.: Ulcerul duodenal în *Tratat de patologie chirurgicală* Vol. I sub redacția N. Angelescu , Editura Medicală (București) 2001: 1503
2. Bouchit G, L'amezec H, Jaffry Y, Botta J, Boquet FX, Parneix M. Bilio-digestive fistula of ulcerous origin. *Bord Chir.* 1962 Jul;3: 119-124
3. Heron WC. Choledochoduodenal fistula due to duodenal ulceration. *Br J Radiol.* 1958 Jan;31(361): 50-52
4. Bianchetti D, Drouot E, Sala JJ, Mabilille JP. Bilio-digestive fistula with an unusual etiology, *J Radiol.* 1993 May;74(5): 275-278
5. * * *: <http://www.amershamhealth.com/dyclopaedia/medical/volume%20IV%201/FISTULA%20BILIARY.asp>
6. Juvara I., Burlui D., Setlacec D. Chirurgia stomacului în *Tehnici chirurgicale* Vol.I, Editura Medicală (București) 1984: 64 - 6