

CARE ESTE MOMENTUL OPTIM PENTRU A OPERA LAPAROSCOPIC O COLECISTITĂ ACUTĂ ?

Cr. Lupașcu

Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu” Iași,
Centrul de Cercetare în Chirurgia Clasică și Laparoscopică
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

WHAT IS THE BEST TIMING TO PERFORM LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS ? (Abstract): Early laparoscopic cholecystectomy within 5 days of onset of symptoms of acute cholecystitis has proved better to open cholecystectomy. Feasibility is already well established; the conversion rate to open cholecystectomy and the post-operative morbidity are not higher than with the delayed laparoscopy after the initial medical management. Total hospital stay is, on the other hand, significantly shorter. Only one study showed an increase in operative time with early surgery (on average 15 minutes). Both preoperative or perioperative risk factors for conversion to laparotomy were identified. Prompt laparoscopic intervention avoids the complications which may arise with initial medical management, such as failure of medical management or biliary peritonitis. Early laparoscopic cholecystectomy should be considered the “gold standard” for management of acute cholecystitis.

KEYWORDS: ACUTE CHOLECYSTITIS, LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Correspondence: Cr. Lupașcu, Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu”, B-dul Independentei, 1, Iasi 700111

INTRODUCERE

Colecistita acută este o entitate clinică frecventă, corespunzătoare unei complicații grave a litiazei veziculare. În țările occidentale, este greu de apreciat dacă există o schemă terapeutică standard, care să se aplice în toate cazurile de colecistită acută. De altfel, repartitia între tratamentul chirurgical precoce, întârziat de o etapă scurtă de tratament medical, sau tratamentul medical exclusiv, nu a făcut până acum, obiectul nici unui studiu sau statistici centralizate.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL LAPAROSCOPIC AL COLECISTITEI ACUTE

Chiar înaintea dezvoltării laparoscopiei, tratamentul de referință al colecistitei acute, era considerat cel chirurgical. În plus, se considera că acest tratament chirurgical trebuie instituit cât mai precoce posibil. Aceasta nu se întâmplă însă întotdeauna în practică, fie din cauza ignorării avantajelor pe care le atrage atitudinea chirurgicală precoce, fie datorită organizării interne a fiecărui serviciu chirurgical în parte. De mai mulți ani, colecistectomia laparoscopică a devenit „standardul de aur” al colecistectomiei reglate, programate. [1-3]

Studii pe loturi imense de pacienți, respectiv pe 82.547 și 25.800, au demonstrat fezabilitatea și siguranța acestei tehnici [4,5]. Singurul element în defavoarea laparoscopiei este procentul relativ ridicat de leziuni ale căilor biliare, care pare superior celui din colecistectomiile clasice. Aceasta aduce în discuție efectuarea sistematică a unei colangiografii peroperatorii care în mod normal permite diagnosticul imediat al plăgilor de coledoc, dacă acestea nu au fost recunoscute imediat. Toți autorii preferă conversia pentru repararea primară a leziunii biliare, odată ce aceasta s-a produs. Astfel, în Franța, procentul mediu de colangiografii peroperatorii este de 40% pentru laparotomie și de 53,6 % pentru laparoscopii. [6]

În colecistita acută, fezabilitatea abordului laparoscopic este cunoscută și demonstrată. Sudii mai recente [7], au comparat laparotomia cu laparoscopia pentru tratamentul chirurgical al colecistitelor acute. Rata morbidității este semnificativ mai mare în grupul laparotomie (42% versus 3%), ca durată medie de spitalizare (9,5 versus 2,3 zile). Folosirea laparoscopiei este deci fezabilă, sigură și permite totodată reducerea costului socio-economic. Scopul acestei lucrări este de a evalua printr-un studiu randomizat, rezultatele colecistectomiei laparoscopice pentru colecistitele acute și de a determina intervalul optim în care acestea trebuie operate.

ANALIZA DATELOR DIN LITERATURĂ

Mai multe studii au fost reținute în funcție de intervalul de practicare a intervenției chirurgicale și de analiza factorilor de risc preoperator și perioperator de conversie, în timpul colecistectomiei laparoscopice pentru colecistită acută.

Rata de conversie

Nici unul din studiile din literatură [5,6], nu a evidențiat diferențe semnificative ale ratei de conversii între operația efectuată precoce și cea efectuată întârziat, după un interval de tratament medical. Într-un alt studiu, rata de conversii a fost semnificativ mai ridicată, pentru operațiile instituite la peste 4 zile scurse de la debutul simptomatologiei clinice și laparoscopie. Această rată de conversie este în acest studiu, de cca. 20 % și nu trebuie considerată nicicum ca un eșec al tehnicii. [8]

Durata intervenției

În unele studii, durata intervenției a fost mai lungă, când operația a fost practică precoce (122 versus 106 minute), diferența fiind însă la limita semnificației statistice. Din altele, reiese însă că intervenția chirurgicală precoce ar diminua durata intervenției. [1-8]

Morbiditatea postoperatorie

Nici unul din studiile luate în discuție nu a relevat o diferență semnificativă din punct de vedere statistic, între morbiditatea după tratamentul laparoscopic precoce, față de cel tardiv. [5,6,8]

Morbiditatea în timpul perioadei de tratament medical

Un singur studiu [3], trece în revistă complicațiile apărute în timpul tratamentului medical, pentru pacienții care au fost operați tardiv. Astfel, 8 din cei 41 de pacienți (19,5%), care au fost „răciți” printr-un tratament medical, au trebuit operați în urgență, după un interval mediu de 65 de ore de la internare, în 3 cazuri pentru peritonită biliară și în 5 cazuri pentru persistența febrei sub antibiotice.

Durata spitalizării

Durata medie de spitalizare a fost în medie de 7,6 zile pentru intervenția efectuată precoce, versus 11,6 zile pentru cea efectuată tardiv. [5-8]

Durata convalescenței postoperatorii a fost găsită statistic mai scurtă în caz de intervenție precoce, 12 versus 19 zile postoperator. [8]

Hemoragia perioperatorie

Toate studiile au arătat ca pierderile de sânge sunt semnificativ mai reduse în caz de abord chirurgical precoce. [1-8]

Factorii de risc de conversie în laparotomie

Factorii de risc *preoperator* identificați independent au fost: 1) vârsta peste 65 de ani; 2) leucocitoză de peste 13.000/mm³; 3) prezența unei colecistite gangrenoase; 4) nepalparea preoperatorie a veziculei biliare. Factorii de risc *perioperator de conversie* sunt: 1) gangrena veziculară sau hidropsul vezicular și 2) empiemul vezicular. În aceste două circumstanțe, ratele de conversie au fost respectiv de 49 % și 28 %, adică mult mai mult decât cea descrisă în cursul unei colecistite acute „simple”. [7,8]

DISCUȚII

Colecistectomia laparoscopică a devenit de mai mulți ani, „standardul de aur” pentru colecistectomia reglată. În colecistita acută, fezabilitatea a fost de asemenea demonstrată.

Rata de conversii în laparotomie nu este mai ridicată atunci când pacienții sunt operați în primele 5 zile care succed debutului semnelor clinice.

Rata morbidității postoperatorii nu este mai ridicată când intervalul scurs până la intervenție este sub 5 zile.

Durata spitalizării este semnificativ mai scurtă pentru operații în primele 5 zile, și pentru pacienții operați laparoscopic.

Diferențele privind durata intervenției pe cale laparoscopică față de cea clasică nu sunt semnificative statistic.

Colecistitele acute trebuie operate laparoscopic cât mai precoce posibil, rezultatele și fezabilitatea fiind perfect cunoscute pentru cazul în care operația se efectuează în primele 5 zile.

Aceasta permite de asemenea să se reducă morbiditatea în faza tratamentului medical de „răcire”, în special legat de rezistența la tratament medical și de peritonita biliară.

Colecistectomia laparoscopică precoce este deci atitudinea de elecție pentru colecistitele acute. Aceasta permite reducerea duratei de spitalizare și de convalescență a pacienților afectați de această afecțiune, și implicit a costului socio- economic al tratamentului.

Colangiografia este indicată și în caz de colecistită acută, iar conversia în laparotomie nu este considerată un eșec al metodei.

CONCLUZII

Obstacolele în tratamentul chirurgical precoce al colecistitei acute, nu mai sunt justificate actualmente, inclusiv abordul chirurgical laparoscopic.

Dacă se acceptă o rată de conversie posibilă de cca. 20 %, este rezonabil de a propune pacientului un tratament pe cât de modern, pe atât de sigur. Această atitudine permite reducerea ratei apariției plăgilor de cale biliară în cursul colecistectomiilor celor mai dificile, iar în cazul apariției acestui incident, să se realizeze gestul reparator în aceeași ședință.

Informarea preoperatorie a pacientului este importantă, dată fiind rata destul de ridicată a conversiilor. Dacă se depășesc cele 5 zile, pare preferabil să se opereze pacientul la rece.

BIBLIOGRAFIE

1. Schaeffer D., Barth H., Thon K.: Early Or Delayed Operation In Patients With Acute Cholecystitis. *Chin Forum Exp. Klin Forsch*, 1980.149-153;
2. Mc. Arthur P., Cuschieri A., Sells L.A.: Controlled Clinical Trial Comparing Early Cholecystectomy For Acute Cholecystitis. *Br. J. Surg*, 1975. 62. 850-852;
3. Lahtinen J, Alhava E.M., Aukee S.: Acute Cholecystitis Treated By early And Delay Surgery. *Scand Gastroenterol*, 1978, 13:673-678;
4. Shea J.A., Healey M.J., Berlin J.A.: Mortality And Complications Associated With Laparoscopic Cholecystectomy, *Ann: Surg*. 1996, 224:609-620
5. Holbling N., Pilz E., Feil W.: Laparoscopic Cholecystectomy, An Analysis Of 82.547 Cases And Status Of A Personal Patient Sample, *Wien Klin Wochens-Chr* 1995;107.158-162;
6. Sales J.P., Bensadon M.: Rapport Du 101-E Congres Francais De Chirurgie, 1999, 153-162;
7. Carbajo Cabellero M.A., Martin D., Olmo J.C.: Surgical Treatment Of Acute Cholecystitis In The Laparoscopic Age. A Comparative Study. *Laparoscopy Against Laparotomy. Rev Esp Enferm Dig.* 1998; 90:788-793;
8. Chandler C.F., Lane, J.S., Ferguson P.: Prospective Evaluation Of Early, Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy For Treatment Of Acute Cholecystitis. *Am. Surg.* 2000, 66.896-900.