

FISTULĂ COLECISTOCUTANATĂ POSTTRAUMATICĂ

Gh. Ghidirim, Gh. Rojnovanu, I. Mișin, R. Gurghiș

Catedra Chirurgie nr. 1 „N. Anestiadi”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”
Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Chișinău

POSTTRAUMATIC CHOLECYSTOCUTANEOUS FISTULA (Abstract): Spontaneous cholecystocutaneous fistulas are rare complications of untreated gallbladder empiema in patients with biliary stone disease. Posttraumatic cholecystocutaneous fistulas due to blunt abdominal trauma are exceptional, and only three such cases being described in the medical literature. Cholecystocutaneous fistulas are rarely observed today because of the early diagnosis and progress in surgical treatment of biliary stone disease. We present the case of a 73 years old patient admitted two months after blunt abdominal trauma with cutaneous fistula in the right-upper abdominal quadrant with biliary discharge. The diagnosis was established by means of fistulography. The patient underwent laparotomy, cholecystectomy and fistula excision. Postoperative period was uneventful.

KEY WORDS: CHOLECYSTOCUTANEOUS FISTULA, BILIARY LITHIASIS

Correspondență: Conf. Dr. Igor Mișin, str. Muncești nr. 52, ap.60, 2001, Chișinău, Republica Moldova;
Tel / Fax: 0037322.52.20.08; E-mail: mishin_igor@mail.ru*

INTRODUCERE

Complicațiile uitate ale litiazei veziculare, fistulele colecisto-cutanate (FCC) spontane sunt rar înregistrate în practica chirurgicală. În ultimii 50 de ani s-au raportat mai puțin de 20 cazuri de FCC [1,2], pe când Courvoisier în secolul XIX-lea publică o serie de 169 cazuri [1,3,4]. În raportul lui Henry și Orr din 1949 se înregistrează 36 de cazuri de FCC după 1890, dintre care doar 3 cazuri au fost consecința unui traumatism închis al abdomenului, celelalte dezvoltându-se pe fonul unei colecistite litiazice netratate [5,6]. Incidența scăzută a acestei complicații este strict determinată de progresul tehnologiilor diagnostice și tehnicilor chirurgicale efective [1,2,6,7].

PREZENTAREA CAZULUI

Pacientul BB, în vârstă de 73 ani, este spitalizat de urgență după 48 ore de la apariția unor eliminări biliase spontane la limita grilajului costal drept, lateral liniei medio-claviculare. Două luni anterior acest pacient, a consultat un serviciu chirurgical regional de urgență din cauza unui traumatism abdominal. I s-a efectuat ultrasonografia abdominală (USG), hemo-leucograma (HLG), radiografia (Rx) toracelui, care nu au decelat leziuni traumatiche ale zonei hepato-biliare și grilajului costal drept, pacientul fiind trimis la domiciliu pentru supraveghere ambulatorie cu diagnosticul de contuzie abdominală. La domiciliu a urmat tratament cu analgetice și spasmolitice care i-au atenuat durerile din hipocondrul drept și dispepsia, apărută după traumatism. Cu două săptămâni anterior spitalizării observă o tumefacție palpabilă, dur-elastică la limita grilajului costal drept. Ulterior apare febra 38°C, semne de inflamație locală și parestezie cutanată. Urmează tratament antiinflamator local și sistemic. Cu două zile până la spitalizare, după un efort fizic, observă o scurgere lichidiană la nivelul rebordului costal drept ceea ce-l determină pentru un consult în serviciul de chirurgie.

La internare pacientul era astenic, subfebril 37,8°C. Examenul clinic relevă icter și o scurgere spontană și continuă de bilă printr-un orificiu cutanat de 5 mm situat în hipocondrul

* received date: 25.09.2006
accepted date: 15.11.2006

drept (Fig. 1). Abdomenul este suplu, dureros în regiunea orificiului fistular. Examenul local evidențiază o fistulă cu orificiu extern de 5 mm diametru, la limita grilajului costal drept, 2 cm lateral liniei medio-claviculare, cu semne de inflamație locală și debit zilnic de 200-250 mL. Examenul ecografic abdominal prezintă o veziculă biliară fără conținut și masă hipocogenă la 4 cm de la peretele abdominal. La explorările biologice se constată colestază (bilirubinemia totală 64 mkmol/L, directă 46 mkmol/L) și leucocitoză moderată. Tratamentul conservator și antibioticoterapia (ceftriaxon și metronidazole) a fost începută imediat.



Fig. 1 Orificiul extern al fistulei colecisto-cutanate Ø 5 mm situat în hipocondrul drept

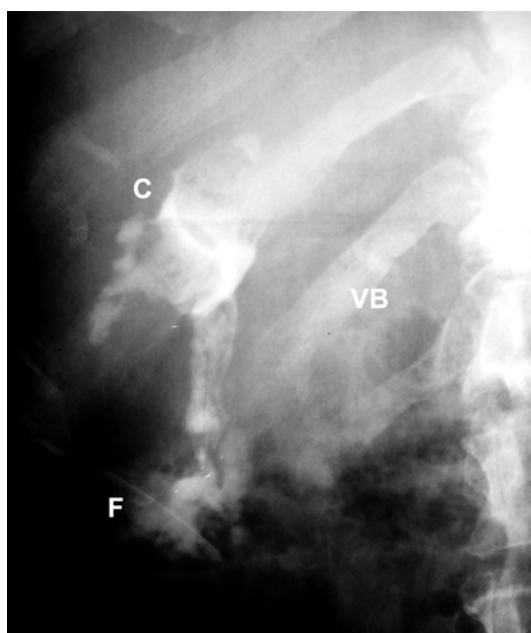


Fig. 2 Fistulografia evidențiază traectul fistulos (F), calculii biliari intraparietali (C) și aer în vezicula biliară (VB)

Fistulografia, evidențiază canalul fistulos, calculii biliari intraparietali și fără contrastarea căilor biliare intra- și extra-hepatice. Nu au fost scurgeri ale substanței de contrast în cavitatea peritoneală (Fig. 2).

Această fistulă biliară a fost abordată prin laparotomie mediană la distanță de orificiul fistulos. Spațiul subhepatic era închis de un bloc inflamator. Vezicula biliară era sclerozată, fixată de peritoneul parietal, cu pereți îngroșati și fără conținut. Existau fenomene inflamatorii importante la nivelul pediculului cistic. Se efectuează colecistectomie bipolară cu excizia

traiectului fistulos cutanat și extragerea a doi calculi fixați în peretele abdominal (Fig. 3). Explorarea căii biliare principale nu a evidențiat leziuni patologice. Orificiul cutanat al fistulei a fost excizat. Examenul bacteriologic al bilei veziculare a fost negativ, iar examenul histopatologic al colecistului a fost benign. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu externare în a 10-a zi.

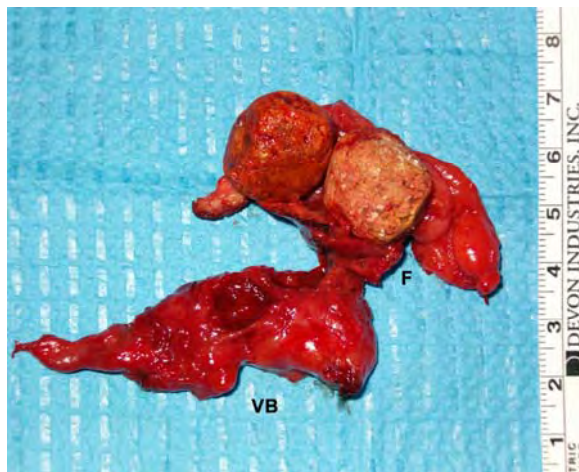


Fig. 3 Piesa operatorie.
vezicula biliară (VB) și fistula colecisto-cutanată cu doi calculi (F)

DISCUȚII

FCC spontane sunt complicații evolutive cronice ale empiemelor veziculare netratate [1,2]. În cazuri excepționale declanșarea procesului inflamator și formarea aderențelor viscerocutanate sunt cauza unui traumatism abdominal [5,6], care servește ca punct declanșator al modificărilor vasculo-degenerative în peretele vezicular; prezența calculilor veziculari crește probabilitatea dezvoltării procesului inflamator [3-7]. Afectarea peretelui vezicular de agentul traumatic extern generează o reacție peritoneală periveziculară care localizează inflamația. Creșterea permeabilității vasculare locale favorizează eliberarea proteinelor plasmactice, formarea aderențelor fibroase ce izolează vezicula de cavitatea peritoneală, creând o posibilă zonă de dezvoltare a unui abces [8] care poate fuza prin perete fie direct (prin mușchi, fascie, peritoneu), fie indirect atunci când orificiul este situat la distanță de hipocondrul drept: ombilic [9], fosa iliacă dreaptă, hipocondrul stâng [10], spațiul retroperitoneal [4,5].

Una din condițiile fiziopatologice obligatorii de formare a abcesului și fistulei este obstrucția fluxului biliar natural, care induce creșterea presiunii intra-veziculare urmată de necroză tisulară și perforație [1]. Perforația poate fi: a) acută, în cavitatea peritoneală – cauzând peritonita, b) subacută – dezvoltând abcesul paravezicular, c) cronică – ce duce la formarea unei fistule biliare externe sau interne [3]. Procesul inflamator cronic determină formarea de aderențe colecisto-parietale care și prezintă traiectul fistulos. După Nayman, starea pre-fistulară se numește „empyema necessitatis” [11], acest termen descriind prezența unui abces parietal abdominal ca rezultat al inflamării veziculei biliare. Anterior apariției fistulei se decelează o masă palpabilă, crescândă care până la apariția eliminărilor poate prezenta semne de colici abdominale, dispepsie, icter, febră, pierdere ponderală [1] sau poate avea evoluție asimptomatică [1,2,5]. În această etapă imagistica are un aport important, USG evidențiind o masă hipoecogenă și calculi adiacenți la peretele abdominal [13]. După apariția fistulei, fistulografia, ca și în cazul prezentat, confirmă diagnosticul pozitiv elucidând traiectul fistulos.

Managementul medical al FCC include controlul procesului inflamator prin drenarea colecției parietale și antibioticoterapie [1,2]. FCC instalată se comportă ca o colecistostomie transcutană și poate fi folosită ca soluție de primă intenție pentru soluționarea colecției și totodată ca modalitate paliativă de tratament în cazurile cu stare generală precară [1,2,7,14]. Această fistulă dirijată nu este o contraindicație pentru colecistectomia ulterioară chiar după un interval mediu de 4 zile [12]. La prezența litiazei căii biliare principale se impune o sfincterotomie endoscopică [1,2].

Tratamentul chirurgical electiv este colecistectomia deschisă cu excizia traiectului fistulos [1,2]. În cazurile cu risc anestezic major FCC externă dirijată cu posibilă extracție a calculilor soluționează problema [15], închiderea spontană fiind înregistrată în 8 cazuri [5,10]. Gestul laparoscopic nu poate fi neglijat ca primă intenție [16], însă are o rată crescută a conversiei (27%) datorită procesului inflamator cronic și sclerozei avansate [2,12,14].

CONCLUZII

Dezvoltarea unei FCC de cauză infecțioasă sau traumatică este rară.

Fistulografia este indispensabilă pentru precizarea diagnosticului și aprecierea traiectului fistulos și studierea arborelui biliar.

După rezolvarea procesului inflamator parietal colecistectomia deschisă cu excizia traiectului fistulos este abordarea chirurgicală oportună.

BIBLIOGRAFIE

1. Vasanth A, Siddiqui A, O'Donnell K. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *South Med J.* 2004; 97: 183-185.
2. Mathonnet M, Maissonette F, Gainant A, Cubertafond P. Fistule cholecysto-cutanee spontanees: histoire naturelle de la cholecystite lithiasique. *Ann Chir.* 2002; 127: 378-380.
3. Nicholson T, Born MW. Spontaneous cholecystocutaneous fistula presenting in the gluteal region. *J Clin Gastroenterol.* 1999; 28:276-277.
4. Gibson TC, Howat JMT. Cholecystocutaneous fistula. *Br J Clin Pract.* 1987; 41: 980-982.
5. Henry CL, Orr IG Jr. Spontaneous external biliary fistulas. *Surgery.* 1949; 26: 641-646.
6. Ahn SI, Hong KC, Hur YS, Lee KY, Kim SJ, Seo JM, Kim YB, Woo ZH, Shin SH. Cholecystocolic fistula caused by blunt trauma. *Injury.* 2001; 32: 341-342.
7. Yuceyar S, Erturk S, Karabicak I, Onur E, Aydogan F. Spontaneous cholecystocutaneous fistula presenting with an abscess containing multiple gallstones. *Mt Sinai J Med.* 2005; 72: 402-404.
8. Heemken R, Gandawidjaja L, Hau T. Peritonitis: pathophysiology and local defense mechanisms. *Hepatogastroenterology.* 1997; 44: 927-936.
9. Rosario PG, Gerst PH, Prakash K, Katter H. Cholecystocutaneous fistula: an unusual presentation. *Am J Gastroenterol.* 1990; 85: 214-215.
10. Hoffman L, Beaton H, Wantz G. Spontaneous cholecystocutaneous fistula: a complication of neglected biliary tract disease. *J Am Geriatr Soc.* 1982; 30: 632-634.
11. Nayman J. Empyema necessitatis of the gallbladder. *Med J Aust.* 1963; 1: 429-430.
12. Tseng LJ, Tsai CC, Mo LR, Lin RC, Kuo JY, Chang KK, Jao YT. Palliative percutaneous transhepatic gallbladder drainage of gallbladder empyema before laparoscopic cholecystectomy. *Hepatogastroenterology.* 2000; 47: 932-936.
13. Ulreich S, Henken EM, Levinson ED. Imaging in the diagnosis of cholecystocutaneous fistulae. *J Can Assoc Radiol.* 1983; 34: 39-41.
14. Pessaux P, Lebigot J, Tuech JJ, Regenet N, Aube C, Ridereau C, Arnaud JP. Drainage percutane des cholecystite aigue chez les patients a haut risque chirurgical. *Ann Chir.* 2000; 125: 738-743.
15. Davies MG, Tadros E, Gaine S. Combined internal and external biliary fistulae treated by percutaneous cholecystolithotomy. *Br J Surg.* 1989; 76: 125-128.
16. Kumar SS. Laparoscopic management of a cholecystocutaneous abscess. *Am Surg.* 1998; 64: 1192-1194.