

DUPLICAȚIE DE COLECIST

R. Bălănescu, Laura Topor, Daniela Malureanu

Clinica de Chirurgie Pediatrică,
Spitalul Clinic de Urgență "Grigore Alexandrescu" București

GALLBLADDER DUPLICATION (ABSTRACT): Duplication of the gallbladder has been reported as an extremely rare congenital anomaly of the hepatobiliary system resulting from abnormalities in embryogenesis during the fifth and sixth weeks of gestation, with an incidence of 1 in 3800-4000 autopsies. Duplicate gallbladder and its variable anatomy was first described by Boyden in 1926 and there are approximately 210 published cases to date. Variations include duplicate, triplicate and septated gallbladder. This anomaly is important in clinical practice because it may cause some clinical, surgical and diagnostic problems, and is important for surgeons because of associated anatomical variations of main bile duct and hepatic artery and increased risk of common bile duct injury. Ultrasound is the preferred modality of imaging. Several entities may mimic a double gallbladder including a folded gallbladder, choledocal cyst, phrygian cap, pericholecystic fluid, gallbladder diverticulum, vascular band across the gallbladder and focal adenomyomatosis. Laparoscopic cholecystectomy has become a standard operation for the great majority of benign gallbladder diseases including congenital anomalies of the biliary tree and the gallbladder. We present a case of duplicated gallbladder of 8 years old girl patient who presented with recurrent upper abdominal pain and diagnosed intraoperatively with double gallbladder and treated during open surgery – cholecystectomy of duplicated gallbladder.

KEY WORDS: DUPLICATE GALLBLADDER, GALLBLADDER ABNORMALITIES, CHOLECYSTECTOMY.

SHORT TITLE: Gallbladder duplication
Duplicație de colecist

HOW TO CITE: Bălănescu R, Topor L, Malureanu D. [Gallbladder duplication]. *Jurnalul de chirurgie (Iasi)*. 2012; 8(2): 184-188

INTRODUCERE

Duplicațiile de colecist reprezintă o malformație congenitală extrem de rară, (1 caz la 3800-4000 autopsii)[1] existând două (sau chiar trei) vezicule biliare separate, fiecare cu duct cistic prezent [2,3], ce apar ca urmare a modificărilor survenite în embriogeneza în timpul săptămânilor 5-7 de viață intrauterină [4,5]. Nu există semne clinice sau paraclinice sugestive pentru duplicația de colecist, sunt prezente dureri abdominale în etajul abdominal superior, în hipocondrul drept sau epigastru, greață, vărsături, icter. Examenle de laborator sunt nespecifice și pot evidenția semne de icter sau de inflamație [6]. Diagnosticul pozitiv preoperator se stabilește în mai puțin de 50%

cazuri; se bazează pe ultrasonografie abdominală [2], tomografică, tomografică prin rezonanță magnetică, imagistică prin rezonanță magnetică, colangiopancreatografie endoscopică retrogradă, scintigrafie [5-7]. Diagnosticul diferențial se face cu plicaturi ale veziculei biliare, vezicula biliară în bonetă frigidă, chist de coledoc, diverticuli ai veziculei biliare, chist hepatic congenital, chist de mezenter, colecții pericolectice, adenomiomatoză focală, bride sau anomalii vasculare la nivelul veziculei biliare. Complicațiile posibile sunt reprezentate de episoade de colecistită acută sau cronică, colesteroloză, ciroza biliară, torsiune a veziculei duplicate sau carcinom [8-10]. Tratamentul se adresează pacientului

Received date: 14.06.2012

Accepted date: 04.07.2012

Correspondence to: Dr. Radu Balanescu, Clinica de chirurgie pediatrica, Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Grigore Alexandrescu", Bd. Iancu de Hunedoara 30-32, sector 1 Bucuresti; Tel. 021-3169366
e-mail: lauratopor@yahoo.com

simptomatic și presupune excizia ambelor vezicule, de preferat laparoscopic, după o evaluare completă preoperatorie a anatomiei pentru a evita afectarea intraoperatorie a arborelui biliar [11].

PREZENTAREA CAZULUI

Pacienta B.A în vârstă de 8 ani, din mediul urban, fără antecedente heredo-colaterale sau personale patologice deosebite prezintă de aproximativ 6 luni dureri abdominale în hipocondrul drept, greață. Se internează în clinica de pediatrie și, în urma unei ecografii abdominale se decelează o formațiune tumorală duodenală cu aspect chistic. Se decide transferul în clinica de chirurgie pediatrică. La internare examenul clinic obiectivează stare generală bună, temperatură normală, tegumente discret palide, hidratate, echilibrată cardiorespirator, abdomen normal conformat, mobil cu mișcările respiratorii, dureros la palpare în hipocondrul drept și epigastru, fără semne de iritație peritoneală, semn Murphy pozitiv, tranzit și diureză prezente, fără elemente patologice.

Examenle de laborator evidențiază : amilazemie-56,42 u/l, bilirubina directă-0,63 mg/dl, bilirubina indirectă=2,48 mg/dl, bilirubina totală=3,12 mg/dl, ldh=351 u/l, proteine totale=7,68 g/dl, urocultura negativă, examen sumar de urina fara modificari patologice.

Radiografia pulmonară este normală. Ecografia abdominală evidențiază: ficat cu dimensiuni normale, contur net, structura omogenă ecogenitate normală, venă portă în hil de 5,8 cm, permeabilă, coledoc de 2 mm. Colecist de volum normal, conținut transonic, fără calculi. La nivelul hilului hepatic, inferior față de planul vasculo-biliar și lateral față de regiunea infundibulară a colecistului se evidențiază o formațiune lichidiană cu conținut ecogen de tip pseudoparenchimos, bine delimitată, neregulat conturată, cu dimensiuni de 1,8/2,4/2,9 cm, volum 7 cmc; examenul cu sonda lineară atestă existența unui fin pedicul de comunicare cu hepatocoledocul; regiunea infundibulară a colecistului ușor

amprentată de chist. Postprandial volumul formațiunii chistice diminuează până la 3,8 cmc. Lichid pelvin în cantitate ușor crescută fata de normal, de 1,2 cm. Aspectul ecografic este sugestiv pentru chist de coledoc cu stază biliară.

Examen prin rezonanță magnetică: abdomen superior cu colangiografie IRM evidențiază ficat cu forma și dimensiuni în limitele normalului, fără dilatații de căi biliare intrahepatice; colecist cu distensie corespunzătoare, conținut omogen, perete cu grosime normală; zona cu semnal fluid seros minim diferit de cel al colecistului, având dimensiuni maxime 17/19/27 mm, cu conținut omogen; formațiunea vine în contact cu canalul hepatic comun pe care îl amprentează, la locul de contact lumenul aparând îngustat axial, în amonte de aparenta îngustare observandu-se o discretă dilatație fusiformă a canalului hepatic drept; nu se poate susține comunicarea între caile biliare și formațiune (Fig. 1,2).



Fig. 1 Colangiogramă IRM



Fig. 2 Colangiogramă IRM – secvență tardivă

Aspectul IRM este evocator de formațiune chistică în hilul hepatic; aparentă îngustare de lumen al canalului hepatic

Se decide intervenția chirurgicală sub anestezie generală cu intubație orotraheală prin abord clasic prin incizie subcostală dreapta; se pătrunde în cavitatea peritoneală și se constată stomac, duoden, anse jejunale, colon cu aspect normal; pe fața viscerală a ficatului se constată prezența unei formațiuni tumorale chistice situată în vecinătatea veziculei biliare, intim aderentă de aceasta (Fig. 3).



Fig. 3 Formațiune chistică – localizare, raporturi

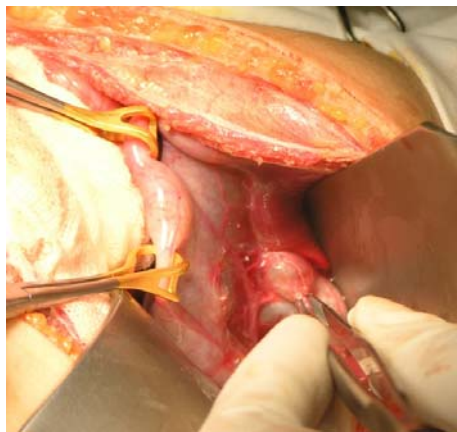


Fig. 4 Colecist duplicat – vascularizație

Se disecă formațiunea tumorală chistică și se constată ca vascularizația acesteia provine din artera cistică, iar la baza ei se constată prezența unui canal biliar ce provine din segmentul IV hepatic (Fig. 4).

Se practică excizia formațiunii tumorale după ligatura canalului biliar. Vezicula biliară prezintă aspect macroscopic normal, este alitiazică și se decide pastrarea ei (Fig. 5).

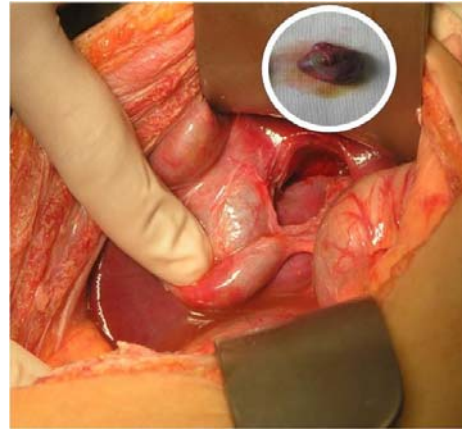


Fig. 5 Colecist restant; în medalion piesa operatorie

Pe perioada internării s-a administrat antibioterapie iv, tratament antialgic, antispastic și tratament de reechilibrare hidroelectrolitică.

Postoperator evoluția pacientei a fost simplă, cu reluarea treptată a alimentației după testarea toleranței digestive, reluarea tranzitului intestinal.

Pacienta se externează în ziua a șaptea postoperator cu stare generală bună, vindecată chirurgical, cu plaga în curs de cicatrizare.

Controalele postoperatorii efectuate la 3 și 6 luni postoperator au evidențiat ecografic veziculă biliară restantă alitiazică, fără alte procese patologice de vecinătate.

DISCUȚII

Duplicația de colecist reprezintă o anomalie congenitală extrem de rară, cu aproximativ 210 cazuri raportate în literatură, diagnosticată preoperator în mai puțin de 50% cazuri. Anomalia a fost descrisă prima dată de Boyden în 1926, până în prezent fiind raportate aproximativ 210 cazuri.

Clasificarea Boyden este cea mai folosită și descrie două tipuri principale de duplicație, [1] vesica fellea divisa (vezica

biliară cu cistic comun, bilobată, septată, duplicație fundică, duplicație a corpului veziculei biliare) și [2] vesica fellea duplex (sau duplicație adevărată, vezicula biliară dublă cu duct cistic diferit), subclasificată în: duplicație în Y (cele două ducte cistice se unesc înaintea intrării în ductul comun) și duplicație în H (cele două ducte cistice prezintă intrări separate în arborele biliar) [12 – 14].

Cazul prezentat este o duplicație de colecist tip 2 Boyden subtipul H, ambele vezicule biliare fiind alitiazice.

În 1936 Gross a descris anomalii congenitale ale veziculei biliare și le-a clasificat în clase A-F, iar Harlaftis în 1977 clasifică duplicațiile de colecist în tip I și tip II. Incidența este de 1:4000 pacienți. Pacienții prezintă simptomatologie nespecifică digestivă, pentru diagnosticarea acestei malformații congenitale a arborelui biliar de mare importanță fiind imagistica prin ultrasonografia abdominală, colangiografia prin rezonanță magnetică, examenul computer tomografic abdominal, scintigrafia [15,16].

Tratamentul este chirurgical și se adresează ambelor vezicule biliare în bloc în același timp operator, abordul recomandat fiind cel laparoscopic chiar și în cazul pacienților pediatrici, abord care asigură recuperare postoperatorie rapidă și rezultate cosmetice net superioare comparativ cu intervenția chirurgicală prin abord clasic.

Literatura de specialitate, deși cuprinde un număr redus de cazuri prezentate, raportează rate ridicate de succes în tratarea acestei anomalii prin dublă colecistectomie laparoscopică, după colangiografie intraoperatorie [4].

Colecistectomia dublă este considerată cea mai sigură procedură chirurgicală luând în considerare riscul de lezare intraoperatorie a arborelui biliar și a vascularizației în cazul pacienților cu această malformație [4,10].

Tratamentul chirurgical, chiar și prin colecistectomie laparoscopică în cazul pacienților asimptomatici diagnosticați cu duplicație de colecist nu este recomandat [4].

Pentru cazul prezentat suspiciunea preoperatorie de formațiune tumorală chistică de coledoc a fost susținută pe baza ecografiei abdominale și a colangiografiei prin rezonanță magnetică la o pacientă fără antecedente personale patologice semnificative, care prezenta dureri abdominale recurente în etajul abdominal superior, fără episoade de icter sau alte manifestări clinice asociate.

CONCLUZII

Duplicația de colecist este o patologie extrem de rar întâlnită, în condițiile în care pacientul pediatric prezintă patologie malformativă diversă și mult mai frecventă ca a adultului.

Deși această anomalie poate fi tratată prin dublă colecistectomie pe cale laparoscopică, abordul clasic rămâne util pe cazuri selecționate, mai ales în cadrul chirurgiei conservatoare așa cum a fost și în cazul prezentat.

BIBLIOGRAFIE

1. Barut I, Tarhan RO, Dogru U, Bulbul M. Gallbladder Duplication diagnosed and treated by laparoscopy. *Eur J Med* 2006; 3(3):142-145.
2. Causey MW, Miller S, Fernelius C, Burgess JR, Brown TA, Newton C. Gallbladder duplication: evaluation, treatment and classification. *Journal of Pediatric Surgery*. 2010; 45(2):
3. Puneet MS, Tiwary SK, Agarwal S, Singh S, Khanna AK. Double gallbladder. *The internet Journal of Gastroenterology*. 2006; 4(2): 1528-8323.
4. Vijayaraghavan R, Belagavi CS. Double gallbladder with different disease entities: A case report. *Journal of Minimal Access Surgery*. 2006; 2(1):23-26
5. Buluş H, Koyuncu A, Coşkun A. Preoperative diagnosis of double gallbladder: A case report. *Turk J Gastroenterol* 2012; 23(2):172-174
6. Milot L, Partensky C, Scoazec YJ, Valette PJ, Pilleul F. Double Gallbladder Diagnosed on Contrast-Enhanced MR Cholangiography with Mangafodipir Trisodium. *AJR* March 2005; 184(3): S88-S90.
7. Guajardo-Salinas EG, Martinez-Ugarte LM, Abourjaily G. The use of intraoperative

- cholangiogram during laparoscopic double cholecystectomy. *Journal of Surgical Case Reports* 2010;1(7):5
8. Asbury C. Cholelithiasis in a duplicated gallbladder. *Journal of Diagnostic Medical Sonography* 2007; 23(6): 347-350.
 9. Hekimoglu K, Bayrak A, Ulu F, Coskun M. Combined use of ultrasonography MDCT and MRCP for the diagnosis of gallbladder duplication: case report. *J Dig Dis*; 2010; 11(2):115-118.
 10. Goiney RC, Schoenecker SA, Cyr DR, Shuman WP, Peters MJ, Cooperberg PL. Sonography of gallbladder duplication and differential considerations. *AJR Am J Roentgenol.* 1985; 145(2):241-243.
 11. Gigot JF, Van Beers B, Goncette L, Etienne J, Collard A, Jadoul P, Therasse A., Kestens PJ. Laparoscopic Treatment of Gallbladder Duplication. A plea for removal of both gallbladders. *Surg Endosc* 1997; 11: 479-482.
 12. Kinoshita LL, Callen WP, Filly RA, Hill ML. Sonographic Detection of Gallbladder Duplication: Two Cases Discovered In Utero. *JUM* 2002; 21(12): 1417- 1421.
 13. Reinisch A, Brandt L, Fuchs KH: Gallbladder duplication laparoscopic cholecystectomy 17 years after open cholecystectomy. *Zentralbl Chir*; 2009; 134(6):576-579.