

FISTULE CHOLÉCYSTO-DUODÉNALE

E. Christide

Revista de Chirurgie 1938: 7-8/41: 579-585

La malade E.N. âgée de 43 ans, mariée, habitant Turnu Măgurele, entre le 10 Décembre 1936 dans notre service, pour des douleurs dans l'hypochondre droit et dans l'épigastre, irradiées dans tout l'abdomen et surtout dans l'épaule droite; ces douleurs étaient accompagnées de nausées et de vomissements qui la calmaient. Ces phénomènes datent depuis deux ans; dernièrement ils se sont accentués et, en même temps, la malade a observé la présence de quelques calculs de la grosseur d'une noisette, éliminés par les selles.

Rien de particulier dans les antécédents et à l'examen des autres appareils et systèmes.

L'examen de l'abdomen met en évidence un point cystique douloureux, sans aucun empatement ou autre modification de cette région.

Examens de laboratoire: l'urée dans le sang : 0,33gr ‰ ; la glycémie 0,88gr ‰; l'examen de l'urine normal; examen radiologique: la cholécystographie après l'iode tétragnoste est négative.

Après la préparation préopératoire, on intervient le 18 décembre 1936 avec le diagnostic de cholécystite calculeuse et on fait une *hémi-cholécystectomie bivalve*. Incision Sprengel droite. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve une vésicule biliaire petite, rétrécie sous le rebord antérieur du foie, couverte d'adhérences duodéno-cholécystiques, contenant des calculs. On défait autant que possible ces adhérences. On sectionne la vésicule en long, de sorte qu'elle est défait en deux valves: une valve duodénales sur laquelle on constate une perforation qui faisait communiqué la vésicule avec la seconde

portion du duodénum, ayant la grosseur d'un pois de lentille, par laquelle passe facilement une pince Kocher, et une autre valve sous-hépatique. On explore le canal cystique et on constate qu'il est imperméable. Avec la valve duodénale on bouche la fistule du duodénum par une double suture séroséreuse. Au moment où l'on enlève une pince placée sur le pédicule cystique- dans le voisinage immédiate du cholédoque- une vague de bile apparaît dans la plaie. On draine avec un paquet de mèches de gaze à l'endroit où la vésicule a été sectionnée, entre le duodénum et le bord inférieur du foie. On ne pose ni des ligatures vasculaires, ni sur le cystique, ces éléments n'étant pas distinctement visible dans la plaie.

Evolution post-opératoire.

- Le 9 Janvier 1937: le pansement est très imbibé de bile, ictère conjonctival. On fait un tubage duodéal Melzer-Lyon.

- Le 10 Janvier 1937: tubage, injection de Campolon*. Les selles se colorent.

- Le 16 Janvier 1937: la fistule se ferme spontanément, pour se réouvrir le 21 Janvier. Le 22 Janvier on fait une cholangiographie avec du Lipiodol. Le 29 Janvier la malade rentre chez elle à la maison avec la fistule biliaire qui continue à sécréter jusqu'au 22 Mars 1937. Quelques temps après, elle commence à ressentir des douleurs locales accompagnées de fièvre; elle entre à l'hôpital de Turnu-Măgurele, où on lui fait une incision au niveau de l'ancienne fistule par laquelle il s'écoule de la bile, rétablissant de cette manière la fistule, qui se ferme au bout de 20 jours.

Au mois de Mai 1937 apparaissent deux bourgeons charnus qui sécrètent un liquide séro-purulent, sans aucun autre

symptôme général. Cet état persistant, la malade se fait interner à nouveau dans notre service, au mois de Novembre 1937. On y procède à une radiographie après une injection de Lipiodol sur ce trajet, qui montre une fistule borgne externe de peu d'étendue.

On fait l'excision du trajet fistuleux. Guérison. A cette occasion on fait aussi une radiographie gastro-duodénale de contrôle. On constate que le duodénum est normal.

Les fistules cholécysto-duodénales ont été décrites par Cruveilhier en 1852. Il distingue trois variétés de fistules: les cholécysto-duodénales, les plus fréquentes, les cholécysto-coliques et les cholécysto-gastriques, plus rares.

Symptômes. Delhorme, Dalsace, Thoyer, Bazat et Cadet (Paris), présentent dans une communication faite à la Société de Radiologie de France, le 13 Janvier 1931, un cas de fistule duodéno-biliaire soupçonnée cliniquement et vérifiée à l'occasion d'un examen radiologique.

Dumont, qui a cité cette communication dans le Journal de Chirurgie, Tome 37, p. 234, considère le cas comme extrêmement rare, étant donné qu'il n'a trouvé dans la littérature que deux cas, diagnostiqués cliniquement et confirmés par un examen radiologique extrêmement intéressant. Les signes cliniques peuvent passer inaperçus car, dans les antécédents de l'iléus biliaire, ces lésions passent souvent insoupçonnées.

Cependant Chiray et Pavel dans leur traité sur la „Vésicule biliaire”, considèrent comme un signe pathognomonique- *le vidage brusque et massif de l'intestin (Chauffard)*- et, d'une manière concomitante, la disparition d'une tumeur vésiculaire ou péri-vésiculaire.

Dans notre cas, la présence des calculs assez gros dans les selles nous a orientés vers le diagnostic d'une lithiase vésiculaire ouverte dans le tube digestif.

Traitement. Hartmann dans la „Chirurgie des Voies Biliaires” page 113, donne deux observations des fistules cholécysto-duodénales (FCD).

Dans la première observation on a trouvé, à l'intervention, une FCD et un calcul dans le conduit cystique. On a séparé la vésicule du duodénum, on a réparé la brèche duodénale, on a fixé la vésicule à la paroi abdominale, cholécystostomie, guérison.

Dans le deuxième cas la FCD admette le petit doigt, la vésicule était scléreuse sans calculs. On a réparé la perforation duodénale en deux plans, en faisant une cholécystectomie. Guérison.

Lecène dans le traité de thérapeutique chirurgicale, page 346, indique dans le cas de FCD la suture de duodénum et la gastroentérostomie immédiate.

La technique que nous avons utilisée dans notre cas, la section de la vésicule en deux moitiés et l'emploi d'une de ces moitiés pour réparer la brèche duodénale, est – à notre avis- une garantie de plus pour le succès de l'intervention et pour éviter des complications ultérieures dans le sens des cicatrices sténosantes du duodénum.

DISCUSSION

St. Jianu: cite un cas dans lequel il a posé, par examen radiologique le diagnostic de FCD. La fistule était la conséquence d'un ulcère duodénale, perforé dans la vésicule biliaire.

Il s'agit d'une malade qui entre dans le service du professeur Iacobovici pour des troubles digestifs. La malade prétend avoir été opérée dans un Sanatorium de Transylvanie où on lui aurait fait une gastro-entéro-anastomose. Cependant elle a continué à souffrir..

En examinant la malade, on constate une cicatrice médiane sus-ombilicale. A l'examen radiologique, j'ai constaté l'estomac augmenté de volume, présentant les caractères habituels de la sténose pylorique bénigne; l'évacuation gastrique commençait très tard. Vingt-quatre heures après, la radiographie (Fig. 1) montre le baryum dans le côlon ascendant et la portion initiale du côlon transverse. En même temps, on voit le bulbe duodéal rempli de baryum. Le bulbe communique au sommet avec une

seconde cavité rempli de baryum, qui a l'aspect de la vésicule biliaire (flèche noire).

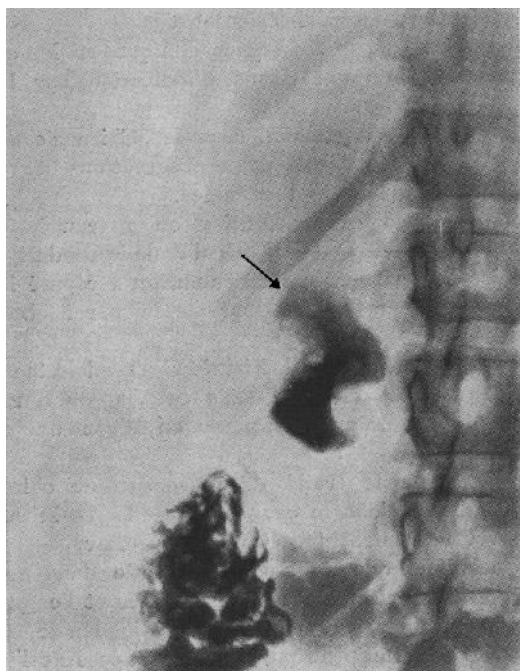


Fig. 1 Radiographie au baryum (transit œso-gastro-duodénal)

Le baryum dans le côlon ascendant et la portion initiale du côlon transverse; le bulbe duodénal rempli de baryum et communique avec une seconde cavité rempli de baryum - vésicule biliaire (flèche noire).

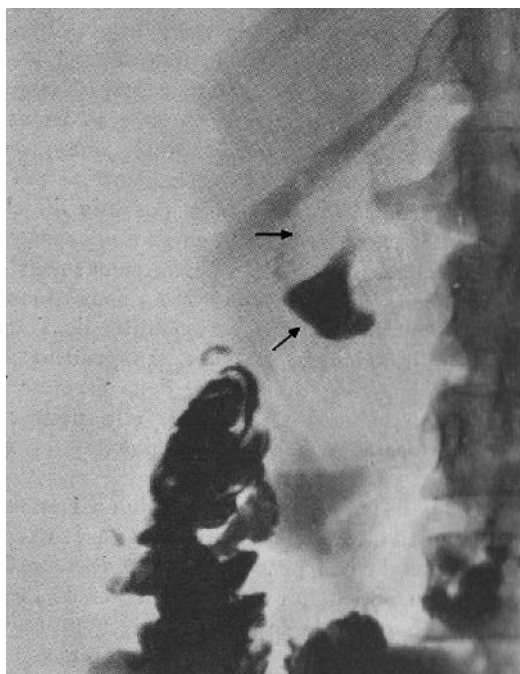


Fig. 2 Radiographie au baryum (transit œso-gastro-duodénal)

Administrant à la malade deux jeunes d'œufs et en faisant une radiographie vingt minutes après, on constate que la vésicule a évacué le baryum et qu'elle est remplie d'air (flèche noire supérieure)

En effet en administrant à la malade deux jeunes d'œufs et en faisant une radiographie vingt minutes après, on constate que la vésicule a évacué le baryum et qu'elle est remplie d'air (flèche noire supérieure) (Fig. 2). On ne constate aucune anastomose gastro-jéjunale. Le duodénum est petit, rétréci, comme on le voit dans les anciens ulcères scléreux.

La malade a été opérée par le professeur Iacobovici, qui lui a fait une gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale et elle a quitté le service, guérie.

Blassian: J'ai assisté mon maître L'Agrégé Nasta à l'opération d'un cas analogue: notre malade avait une vésicule biliaire ratatinée et contenant deux calculs; elle communiquait par son fond avec le duodénum, grâce à un trajet long de 1,1/2,2 cm et du diamètre d'un crayon. La difficulté consistait dans le fait que nous ne connaissions pas la perméabilité de voies biliaires extra-hépatique, et nous craignions que la seule communication hépato-intestinale ne se fit par le cholécyste et la fistule.

Notre avis est que, dans de pareils cas, c'est justement cette perméabilité qui constitue le point le plus important et le plus délicat, puisque c'est d'elle que dépend la conduite du chirurgien.

Ce n'est qu'après une exploration minutieuse de l'hépatocolédoque et seulement après s'être assuré par cathétérisme de sa parfaite perméabilité, que mon maître, a fait une cholécystectomie, en sectionnant au préalable le trajet fistuleux biliaire le plus près possible du cholécyste qu'on devait extirper, en le liant et en l'enfouissant en bourse comme un appendice. Le malade a parfaitement guéri.

En conclusion, nous croyons que, sans nous assurer en premier lieu de la parfaite perméabilité de l'hépatocolédoque jusqu'au duodénum, il n'est pas prudent d'extirper une pareille fistule, étant donné que dans certains cas (lorsque l'hépatocolédoque est obstrué), elle peut constituer la seule voie de drainage hépato-intestinale.

G.Gatoschi: Il est certain qu'un diagnostic clinique précis est difficile à poser dans de tels cas; cependant, je crois que dans le cas présenté par le Docteur Christide, si on avait fait au patient un examen complet de l'estomac et du duodénum, comme je le fais d'habitude pour tout examen cholécystographique (que la cholécystographie soit positive, ou qu'elle soit négative), il est certain que cette fistule cholécysto-duodénale aurait été mise en évidence avant l'intervention et qu'elle n'aurait plus constitué une surprise durant l'opération. Aujourd'hui quand nous avons à notre disposition tant de moyens d'investigation, il serait à désirer qu'on pratiquât ces examens radiologiques même dans les cas où nous avons toute la certitude d'un diagnostic, pour mettre le chirurgien à l'abri de toute surprise et le malade hors de tout danger qui pourrait survenir dans une pareille intervention.

De pareils cas sont rares, et personnellement, je n'en connais que trois: deux cas présentés à la Société de Radiologie Médicale de France entre 1935-1936, et un cas que j'ai observé dans le service de la Ière Clinique Chirurgicale de Iassy, et que j'ai publié dans la Presse Médicale No 104 en 1936, avec le professeur Vl. Buțureanu, tous ces cas étant diagnostiqués avant l'intervention.

Dans ce dernier cas il s'agissait d'un patient qui s'est présenté pour des troubles

gastriques. A l'examen radiologique de l'estomac, on constate que les canaux biliaires extra-hépatiques et la vésicule biliaire sont complètement remplis par la substance de contraste; en même temps, on trouve aussi un ulcère duodénal sur la face postérieure du bulbe.

Le diagnostic clinique était celui d'ulcère duodénal; le diagnostic radiologique confirme l'ulcère duodénal, mais en même temps on découvre aussi une fistule cholédoco-duodénale, le malade ne présentant aucun symptôme clinique du côté du foie et de la vésicule biliaire (ces fistules étant très bien supportées et tolérées longtemps par les malades).

A l'intervention on a trouvé un ulcère sur la face postérieure du duodénum perforé dans le cholédoque (fistule cholédoco-duodénale) et un grand calcul de cholestérine dans la vésicule biliaire. Etant donné que l'état général du malade était très mauvais et que le malade présentait une sténose pylorique spastique très accentuée, avec des troubles d'évacuation de l'estomac qui le mettaient dans l'impossibilité de s'alimenter, on a fait seulement une gastro-entéro-anastomose postérieure.

La résection large de l'estomac était contre-indiquée aussi par l'état anatomique local constaté à l'intervention: on avait trouvé une masse d'adhérences étendues, qui pouvaient difficilement être disséquées.

COMENTARIU LA ARTICOLUL FISTULE CHOLÉCYSTO-DUODÉNALE

E. Christide - *Revista de Chirurgie* 1938; 7-8/41: 579-585

Nicolae M. Constantinescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Prezența unei fistule colecisto-duodenale este încă și astăzi de cele mai multe ori o descoperire intraoperatorie. Deși frecvența acestei complicații a bolii litiazice este relativ redusă (în jur de 2% după Glenn [1] ea ar trebui să beneficieze de un diagnostic preoperator mai mare decât cel actual care nu depășește 1/6 bolnavi [2], și aceasta datorită mortalității postoperatorii de 15-22%, mult superioară celei înregistrate în absența acestei complicații [2]. Preoperator indicii importante ne sunt date de identificarea pneumobiliei, asociată cu un colecist atrofic și cu prezența de calculi în CBP, duoden, intestin sau în fecale [1].

Dintre explorările imagistice ecografia și colecisto-colangiografia clasică nu sunt operaționale, în schimb CT asociată cu tranzitul gastro-duodenal și cu ERCP ne pot orienta către diagnostic [3].

Cauza fistulei bilio-enterice este litiazică în 90% din cazuri [2] și se datorește mecanismului de *compresiune ulcerativă* descris de Lannelongue încă din sec XIX. Cele mai multe fistule bilio-enterale sunt colecisto-duodenale, după care urmează în ordinea frecvenței cele colecisto-colice și colecisto-gastrice [3]. Deși descoperirea unei fistule colecisto-duodenale în timpul unei colecistectomii laparoscopice impunea până nu demult conversia, sunt chirurghi. care au reușit sutura soluției de continuitate din peretele duodenului prin mijloacele chirurgiei mini-invazive [4].

Polul biliar al fistulei impune colecistectomia, efectuată cu dificultate datorită proceselor sclero-inflamatorii, consecutive puseelor de colecistită care au

premers instalarea fistulei. Este obligatorie explorarea CBP datorită procentului crescut în care o fistulă bilio-enterală se însoțește cu prezența calculilor în canalul hepato-coledoc [5]. De regulă colecistectomia se termină printr-un drenaj biliar extern. Polul duodenal al fistulei ține cont de starea peretelui duodenal și de mărimea orificiului fistulos iar chirurgul are la dispoziție: avivarea marginilor cu sutură transversală în 2 planuri, patch cu seroasă de jejun, anastomoză duodeno-jejunală latero-terminală pe ansă în Y Roux. În cazul unui duoden II strâmtorat se poate executa o gastroentero-anastomoză.

Articolul pe care îl comentez și discuțiile pe care le-a suscitat la Societatea de Chirurgie din București în urmă cu trei sferturi de secol ne aduc în memorie 4 din marii chirurghi ai primei jumătăți a sec XX. Astfel în spatele lui Christide îl vedem pe ingeniosul Ernest Juvara, chiar dacă la ora aceea nu mai era în viață, bolnavul prezentat de St.Jianu a fost rezolvat de Iacob Iacobovici, cazul prezentat de Blassian a fost operat de Traian Nasta iar cel comentat de Gh. Gatoschi a fost operat de Vladimir Buțureanu la Iași.

Observația clinică a lui Christide are ca particularități istoricul care precizează eliminarea de calculi prin fecale, semn care nu este patognomic pentru fistulă- și apoi maniera în care a folosit perete din colecist pentru a acoperi defectul duodenal. Pentru polul biliar nu a făcut nici o manevră de identificare și ligatură a canalului cistic, motiv care explică biliragia postoperatorie, care a durat cu intermitență patru luni și

jumătate. Actualmente cazul ar fi beneficiat mult mai devreme de o papilo-sfincterotomie endoscopică.

În cazul prezentat de Ștefan Jianu era vorba de o fistulă ulceroasă colecisto-duodenală între fundul colecistului și genunchiul superior duodenal, la care gastrectomia cu anastomoză gastro-jejunală a pus în repaus fistula de contactul cu alimente, lucru pe care nu-l reușise GEA efectuată anterior și care se dovedise nefuncțională.

Bolnavul prezentat de Blassian și care a fost operat de Traian Nasta este un caz tipic de fistulă colecisto-duodenală de origine litiazică. Este importantă maniera în care operatorul și-a luat toate măsurile de precauție privind permeabilitatea papilei, înainte de a face colecistectomia și de a desființa comunicarea colecisto-duodenală.

Cazul operat la Iași de Vladimir Buțureanu este un exemplu de tactică operatorie. Deci era vorba de un bolnav cu stenoză pilorică ulceroasă decompensată, care prezenta o fistulă coledoco-duodenală și un mare calcul în colecist. Scoaterea din ocluzie și reechilibrarea bolnavului prima,

motiv pentru care i s-a practicat doar o GEA posterioară ca prim timp operator.

Fistulele bilio-enterale pun și astăzi probleme de diagnostic și de conduită privind tactica și tehnica chirurgicală, care trebuie adaptate fiecărui caz în parte.

BIBLIOGRAFIE

1. Glenn F, Reed C, Grafe W. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstetr.* 1981; 153: 527-531.
2. Duzgun AP, Ozman PP, Ozer MV, Coskun F: Internal biliary fistula due to cholelithiasis: a single centre experience. *World J Surg.* 2007; 13(34): 4606-4609.
3. Yamashita H, Chijiwa K, Ogawa Y, Kuroki S, Tanaka M. The internal biliary fistula-reappraisal of incidence, type, diagnosis and management of 33 consecutive cases. *Hep Pancr Bil Surg.* 1997; 10: 143-147.
4. Oka M, Yoshimoto Y, Ueno T, Yoshimura K, Maeda Y, Tangoku A. Treatment of cholecysto-duodenal fistula by laparoscopy. *Surg Laparos Endosc Percutan Tech.* 1999; 9(3): 213-216.
5. Juvara I, Gavrilescu S. Fistulele bilio-digestive. In: I. Juvara, D. Setlacec, D. Rădulescu, Ș. Gavrilescu, redactori, *Chirurgia căilor biliare extrahepatice*. București: Editura Medicală; 1989. p. 163-168.