

OBSERVAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU UN CAZ DE POLIPOZA COLEDOCIANĂ

A. *Keresztesy Koszta*, F. *Grossz*, M. *Kovács*

Tumorile benigne ale căilor biliare extrahepatice sînt foarte rare (*Heller, Verebely*). În general aceste tumori cauzează o obturare intermitentă însoțită de dureri, de icter și de simptome generale. De cele mai multe ori bolnavii ajung pe masa de operație cu diagnosticul de calculoză. (*Magyar, Fischer*). De obicei, chirurgul nu observă tumoarea, deoarece sonda alunecă deasupra ei. (*Bugyi, Heller*). Uneori tumoarea se observă numai incidental, așa cum s-a întîmplat și în cazul nostru. Colangiografia intraoperatorie ușurează stabilirea diagnosticului.

M. I., colectivistă în vîrstă de 48 de ani, se internează în clinică cu diagnosticul de icter mecanic și colelitiază.



Fig. nr. 1. Tabloul macroscopic al polipului (lungimea
aproximativ 2,5 cm)

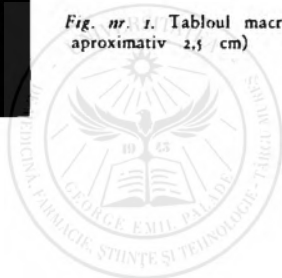


Fig. nr. 2. Poziția polipului
în coledocul dilatat



Fig. nr. 3. Polip mucos cu structura
lui glandulară caracteristică (colorare
Van Gieson. Oc. 10X; Ob. 9X)

În antecedentele eredo-colaterale nimic deosebit de remarcant. Antecedente personale: în anul 1955, după o masă copioasă, cu mâncăruri grase, bolnava a avut un acces dureros, prezentînd aspectul unor colice biliare, care sub efectul medica- mentelor ce i s-au dat a cedat după cîteva ore. În ultimii trei ani are prurit.

Bolala actuală a debutat aproximativ cu șase săptămîni în urmă, prin inapetență și diaree periodice. Urina este brună închisă, iar pielea și sclerele prezintă o nuanță gălbuie. Pruritul s-a intensificat.

Examenul făcut la internare evidențiază că este vorba de o bolnavă mediocru dezvoltată, bine alimentată. Mucoasele vizibile sînt de o paloare moderată, sclerele și pielea gălbui. Ficatul depășește cu aproximativ două laturi de deget rebordul costal drept și are o suprafață netedă; sub marginea lui, bine delimitată se poate palpa o rezistență consistentă, neduroasă, de mărimea unei nuci verzi, care urmează ferm mișcările respiratoare.

Examenul radiologic. Se efectuează un pasaj gastro-intestinal cu bariu, care pledează pentru o gastro-duodenită cronică. Colecistografia perorală arată că vezica biliară nu se umple.

Examenul de laborator. Viteza de sedimentare a hematiilor: 9—27 mm; SGPT: 5 E, apoi 12 E; Timol-tubr.: 2 E.; fosfataza alcalină: 27 E, apoi 14 E.; Se. bi.: 3,10 mg%; polarogramă 34 mm; proba de dejun fracționată: lipsește acidul clorhidric liber, acidul lactic nu poate fi pus în evidență. Sondajul duodenal arată că în sedimentele biliare neconcentrate obținute după sulfat de magneziu se gă- sesc numeroase leucocite iar testul Caroli—Tanasoglu: nici după 120 de minute nu se observă în bilă eliminarea bromsulfaleinei.

Luînd în considerare că pruritul persistă de mult timp, apoi rezultatele exam- enului palpatoric, icterul, starea generală a bolnavului, transmaminaza normală, fosfataza alcalină ridicată și valorile polarogramei, precum și timpul prelungit al reacției Caroli—Tanasoglu, suspectăm un icter mecanic și considerăm ca foarte probabilă originea lui calculoasă.

După un tratament preoperator obișnuit executăm în narcoză prin intubație o incizie subcostală dreaptă și pătrundem în cavitatea abdominală. Descoperim un colecist cu un perete, ratatinat și inflamat, prezentînd puternice aderențe pericole- cistice; în el observăm doi calculi mari și puțină secreție purulentă. Cisticul este complet obliterat. De asemenea și coledocul ca și canalul hepatic sînt dilatate cît degetul. În porțiunea distală a coledocului palpăm un concrement de mărimea unui ou de găină. Executăm colecistectomie și apoi coledocotomie; îndepărtăm din coledoc concrementul format din sediment biliar, avînd dimensiunile unui ou de găină, și extirpăm un polip lung de 2,5 cm (Fig. nr. 1 și 2).

După ce ne-am convins că coledocul este complet permeabil, îl sondăm, îl spălăm și apoi îl închidem. Drenînd regiunea patului colecistic închidem cavitatea abdominală.

Evoluție postoperatorie normală.

Drenul este îndepărtat în a șaptea zi. Plaga operatorie s-a vindecat fără să prezinte nici o reacție. După puțin timp, pruritul începe să cedeze treptat, iar colo- rația galbenă a sclerelor și a pielii se normalizează. În a 21-a zi bolnava pără- sește clinica vindecată.

Examenul histopatologic. Pe suprafața pieselor preparate nu observăm înveliș epitelial, ci pe alocuri se deschid orificii glandulare (pe unele teritorii se află mai multe orificii, unul lîngă altul). Structura lor este formată în mare măsură din fascicule de fibre musculare netede și din țesut conjunctiv fibros, în care se văd foarte multe secțiuni nervoase și cîte o venă mai mare; în apropierea suprafeței se găsesc grupe de orificii glandulare rotunde, ovale, căptușite cu un epitelu cilindric înalt, monostratificat, avînd o protoplasmă de culoare deschisă și nucleii bazali; în majoritatea cazurilor lumenul orificiilor glandulare este gol; mai ales în vecinătatea ori- ficțiilor glandulare și în apropierea suprafeței, se observă o infiltrație formată din limfocite dispuse în chip de focare.

Diagnostic: polip mucos cu semne inflamatorii (O. Laku'os).

Discuții

În apariția icterului mecanic un rol important a avut polipul coledocian care prin partea lui în formă de ciupercă, a îngustat coledocul, cauzând astfel o stază biliară și acumularea nisipului biliar.

Potrivit datelor din literatură, puțin numeroase, tumorile benigne ale căilor biliare care deseori nici nu sînt tumori adevărate, ci proliferări ale mucoasei (*Haranghy*), se întîlnesc rar și de cele mai multe ori cauzează tabloul clinic al obturării mecanice. Dacă această modificare are o bază largă, ea nu poate fi rezolvată prin polipectomie, ci numai prin rezecția parțială a coledocului. (*Al. Pop, A. Nana, C. Mircioiu*).

Sosit la redacție: 24 martie 1963.

Bibliografie

1. BUGYI I.: Gyakorlati Sebészet (1960), 1;
2. HARANGHY L.: Részletes kórcanctan (1959), 1;
3. HELLER E.: Die Chirurgie der Leber und Gallenwege in Die Chirurgie de Kirschner-Nordmann (1942), Band VII;
4. MAGYAR I., FISCHER A.: A máj és az epeutak élettana, kórtana, klinikuma (1956);
5. AL. POP, A. NANA, MIRCIOIU C.: Bolile chirurgicale ale ficatului, in volumul Chirurgie, redactat de Hortolomei-Țurai, (1958), 4.

