

FISTULELE DUODENO-BILIARE SPONTANE DE ORIGINE ULCEROASA

P. Papahagi, Gr. Stanciu, G. Huszár, Monica Papahagi, V. Nistor

În statistica ultimilor doi ani a Clinicii de chirurgie din Tg. Mureș am întâlnit în 3 cazuri cu ulcer duodenal una dintre complicațiile cele mai rare ale bolii ulceroase: perforația în căile biliare cu constituirea fistulei duodeno-biliare spontane. Iată în rezumat istoria celor 3 cazuri:

Obs. I. P. L. bărbat de 42 ani, se internează pentru dureri vii, uneori cu caracter de colică, situate în epigastru și hipocondrul drept. Din anamneză reținem că afecțiunea datează de 12 ani, manifestată prin dureri periodice nesistemizate și de mică intensitate. În ultimul an suferința devine permanentă, durerile îmbrăcând adesea aspectul de colică. Internat într-un serviciu de med. internă, cu ocazia examenului radiologic, i se constată o fistulă duodeno-coledociană.

Starea generală la internare este foarte bună. Examenul clinic nu pune în evidență nici o modificare patologică în sfera celorlalte aparate. O sensibilitate pronunțată la palparea în epigastru și hipoc. drept. Constantele biologice de asemenea în limite normale, ex. radiologic (fig. 1, 2, 3) arată imagine de pneumocolicist, imagine de reflux cu opacifierea coledocului supra-duodenal și retro-pancreatic, dilatația coledocului, bulb deformat, ulceros.

Intraoperator găsim un colecist mărit de volum, în tensiune, cu pereți hiporemiați; coledocul dilatat. Se practică colecistectomie subseroasă, retrogradă și gastrectomie pentru excludere. Cu ocazia disecării bulbului duodenal se pune în evidență, într-un bloc inflamator, pe fața posterioară un mic traiect fistulos, ce unește bulbul cu coledocul retroduodenal. Evoluție postoperatorie simplă.

Obs. II. K. B. bărbat de 50 ani, se internează pentru dureri epigastrice și vărsături alimentare. Din anamneză reținem un debut cu mulți ani în urmă, cu dureri periodice, ritmate de mese și pirozis. În ultimul an durerile devin aproape continue, și apar vărsături alimentare. Examenul clinic pune în evidență o sensibilitate epigastrică și paraombilicală dreaptă, discret clapotaj; în rest nimic patologic. Probele de laborator sînt normale. Examenul radiologic (radioscopie rezumat) arată un stomac dilatat, cu stază și evacuare întîrziată; bulb duodenal deformat. Intraoperator găsim stomacul moderat dilatat. Duodenul prezintă o leziune ulceroasă caloză, penetrantă în colul vezicii biliare și în micul epiploon, determinînd un bloc inflamator puternic. Leziuni de perigastrită și periduodenită intensă. După deschiderea duoderului se procedează la disecția blocului inflamator și la eliberarea organelor. Sutura bontului duodenal cu fire separate în 3 straturi, urmala de

gastrectomie largă cu G.E.A. retrocolică *Reichel-Polya-Gueullette*. Colectectomie subseroasă retrogradă. La nivelul colului găsim o mică ulcerăție cu diametrul de aproximativ 0,5 cm. Evoluție postoperatorie simplă.

Obs. III. T. A. bărbat de 38 ani, se internează pentru dureri epigastrice, arsuri, grețuri și vărsături. Suferința datează din 1949 când i se pune diagnosticul clinic și radiologic de ulcer duodenal. Tratamentele efectuate erau urmate de lungi perioade de remisiune. În ultimii doi ani, caracterul durerilor se schimbă treptat; din periodice devin continue, fără periodicitate și orar, apar grețuri și vărsături postprandiale. Cu diagnostic de ulcer duodenal cronic, este internat în vederea tratamentului chirurgical. Examenul clinic arată o sensibilitate în hipocondrul dr. și epigastru; în rest nimic deosebit. Examenele de laborator dau date normale. Examenul radiologic (radioscopie-rezumat): stomac ortoton, ortochinetic, cu relief mucus îngroșat. Pilor excentric. bulb intens deformat cu nișă ulceroasă de mărimea unui bob de fasole. Intraoperator găsim stomacul ușor dilatat; un bloc aderențial cu țesuturi infiltrate unește duodenul cu fața inferioară a regiunii colo-infundulare colecistice și cu pediculul hepatic.

După desfacerea aderențelor se pune în evidență un ulcer mare pseudo-tumoral, situat la mijlocul lui D₁ pe fața anterioară. Gastrectomie largă cu rezecția duodenului până sub leziunea ulceroasă și G.E.A. *Reichel-Polya-Gueullette* retrocolică. Colectistul prezintă o eroziune circulară ce interesează seroasa și parțial musculara (stadiu prefistulos). Sutura acestei zone și epiploonoplastie. Colectistul a fost păstrat, deoarece leziunile erau localizate și spre a-l folosi pentru o derivație, în cazul unei eventuale lezări intraoperatorii a coledocului. Evoluție postoperatorie complicată de o pneumopatie acută. Bolnavul pleacă vindecat după 8 zile.



Fistula duodeno-biliară ulceroasă apare în mod spontan într-un moment al evoluției bolii ulceroase, fără ca de multe ori constituirea ei să aibă o simptomatologie clinică zgomotoasă.

Frecvența. Toate statisticile confirmă raritatea acestor fistule. *E. Vincent* (1) consideră că 90% dintre fistulele biliare interne spontane sînt de origine litiazică și abia 10% de cauză ulceroasă. Pentru *Gueullette* (2) de asemenea, 90% din fistulele gastro-duodeno-biliare sînt complicații ale litiazei, iar restul de 10% ale ulcerului duodenal și neoplasmului gastric. Același procentaj îl găsim în monografia lui *Olivier* (3). *N. Caminha* și *C. Monteiro* (4) găsesc 3 cazuri de fistule ulceroase într-un total de 30 fistule bilio-duodenale. *Gavioli* (5), în 1955, culege din întreaga literatură 43 de cazuri de fistule ulceroase dintre care 13 colecisto-duodenale și 30 coledoco-duodenale. Raritatea excepțională a acestor complicații ulceroase reiese și din statisticile lui *Finsterer* (la 8.000 de gastrectomii găsește 2 fistule coledocoduodenale) și *B. De Giessen* (o fistulă la 6000 de rezecții), cit. de *F. Vincent* (1), precum și din tezele lui *Caraballona* și *Trouillard* 1951 Paris, cit. de *E. Vincent* (1).

S-ar putea, ca în realitate, numărul cazurilor să fie mai mare deoarece multe fistule nu au traducere clinică sau chiar radiologică, deci nu pot fi diagnosticate decît intraoperator, iar un număr relativ important de bolnavi refuză intervenția.

Vîrstă și sex. Fistulele duodeno-biliare ulceroase se întînesc de predilecție la bărbați, fapt explicat de frecvența mai mare a ulcerului la sexul masculin. Complicația survine în general între 30—50 de ani. Explicația constă în faptul că fistulele sînt generate de ulcere ce evoluează de mulți ani. Toate cazurile noastre au fost bărbați între 30—50 ani, confirmînd astfel datele din literatură. Afîș sexul cît și vîrsta medie diferențiază aceste fistule de fistulele litiazice întîlnite aproape constant la femeile vîrstnice.

Anatomie patologică. Ulcerul duodenal generează două tipuri de fistule duodeno-biliare spontane: fistula colecisto-duodenală și coledoco-duodenală. Aproape toți autori sînt de acord că dintre aceste două forme, fistula coledociană este mai frecventă.

Fistula colecisto-duodenală ulceroasă — când apare — este rezultatul evoluției unui ulcer situat pe fața anterioară a lui D₁, în apropierea genunchiului superior; fistula coledoco-duodenală este complicația ulcerelor bulbare posterioare sau postero-sup. Aceste raporturi dintre ulcer și căile biliare explică raritatea fistulelor ulceroase în general și cauza pentru care, dintre cele două forme, cea coledoco-duodenală este mai frecventă. Astfel, fistula colecisto-duodenală este mai rară, deoarece și ulcerele post-bulbare anterioare (condiție expresă pentru apariția acestor fistule) sînt mai rare; pe de altă parte, poziția ulcerelor pe fața anterioară predispoaze mai ales la perforații în cavitatea abdominală, perforația în colecist fiind excepțională. Fistulele duodeno-coledociene sînt mai frecvente ca precedentele întrucît și incidența ulcerelor bulbare este mai mare. Distanța normală dintre coledoc și duoden cît și rezistența peretelui coledocien explică raritatea și a acestor fistule în cadrul totalității fistulelor bilio-digestive spontane.

— Orificiile de comunicare dintre organe sînt de obicei mici și dispuse pe fața post. a bulbului sau pe fața ant. a jumătății distale a lui D₁, iar la nivelul căilor biliare pe fundul vezicii, pe fața inferioară a acesteia sau pe coledocul retro-și supraduodenal. Uneori, între orificii există un canal fibros, strimt, neregulat și lipsit de epiteliu, altele orificiile sînt juxtapuse. Arborele biliar este dilatat în segmentele suprafistuloase și prezintă aproape constant leziuni inflamatorii diverse (coledocite, colecistite): leziunile de periviscerită sînt de asemenea constante dar cele hepatice mai rare.

Cele două mucoase: digestivă și biliară se continuă în cazul comunicației cu orificii juxtapuse sau rămîn separate în cazul interpunerii unui traiect fistulos. La cazurile noastre am găsit:

— o fistulă coledoco-duodenală prin ulcer bulbar posterior situată într-un bloc perivisceritic; calea biliară principală dilatată în segmentul suprafistulos; coledocul cu pereții mult îngroșați; colecistul în tensiune cu pereți hiperemați și tumefiați, cu conținut bilio-aeric;

— o fistulă duodeno-colecistică prin ulcer post-bulbar anterior, cu orificii juxtapuse; colecistul în tensiune prezenta leziuni macroscopice de inflamație subacută;

— un stadiu premergător constituirii fistulei, datorit unui ulcer calos post-bulbar anterior, care îngloba într-un bloc aderențial întregul pedicul hepatic și fața inferioară a colecistului. Penetrația ulcerului în colecist era incompletă, interesînd seroasa și parțial musculara, pe o zonă de mărimea unei piese de 5 bani, în vecinătatea infundibilului.

La nici un caz nu am decelat intraoperator leziuni hepatice.

Fizopatologie. Perforația ulcerului duodenal în căile biliare este stadiul final, evolutiv al interrelației ulcer — căile biliare. Apariția acestei complicații este pregătită de stadii premergătoare, induse de puseele evolutive succesive ale bolii ulceroase. În ordinea lor aceste stadii sînt: periviscerita ce determină aderența organelor, perforația peretelui duodenal, penetrația în peretele căii biliare cu erodarea succesivă a straturilor anatomice și în final, stabilirea comunicației dintre organe (duoden-căile biliare). Un astfel de stadiu intermediar am surprins și noi la cazul nr. 3.

Constituirea fistulei condiționează:

1. Apariția refluxului în căile biliare, consecința acestuia fiind creșterea tensiunii în arborele biliar și dilatația lui progresivă.

2. Staza secrețiilor biliare și a celor refluate, favorizată și de neregularitatea traiectului fistulos ca și de stările de hipertonie oddiană, induse de procesul inflamator din vecinătate.

3. Infecția ascendentă, consecință a refluxului, a stazei și a dilatației căilor biliare. Infecția ascendentă este aproape constantă așa cum o demonstrează leziuni

nile inflamatorii găsite intraoperator, deși adesea ea nu are o traducere clinică. Prezența leziunilor arată că lipsa de septicitate a refluxului duodeno-biliar nu este suficientă pentru a preveni inflamația căilor biliare. Probabil că și alți factori ca de ex. staza, dilatația, aciditatea sucurilor refluante etc. își au importanța lor.

4. A patra consecință este reprezentată de posibilitatea apariției leziunilor hepatice, pancreatice sau a altor complicații.

Am căutat să ne explicăm raritatea infecției ascendente după anastomozele chirurgicale biliodigestive, în comparație cu frecvența relativă a ei în fistulele spontane. Diferența se datorește calibrului redus și neregulat al fistulelor și hipertoniiei oddiene aproape constante; în acest fel drenajul căilor biliare devine insuficient. Acești factori, pe care nu-i întâlnim în cazul anastomozelor chirurgicale, constituie condiții optime pentru apariția stazei și a infecției, în cazul fistulelor spontane.

— Din p.d.v. evolutiv, fistulele de origine ulceroasă, spre deosebire de cele litiazice, nu au tendința la vindecare spontană, datorită faptului că sînt generate și întreținute de leziuni ulceroase vechi, caloase.

Diagnostic. În majoritatea cazurilor, instalarea fistulei nu are o simptomatologie clinică caracteristică. *Gavioi* (5) afirmă chiar că diagnosticul clinic este imposibil: se poate bănui cel mult apariția unor complicații ulceroase, printre care trebuie să suspectăm și fistula.

— Survenind în cadrul unui puseu evolutiv ulceros, instalarea fistulei este marcată adesea de o criză dureroasă paroxistică, de o hemoragie digestivă, de un episod subicteric sau febril, semne care în general sînt interpretate ca aparținînd evoluției bolii de bază. Observarea atentă arată însă o modificare a caracterului durerii care-și pierde periodicitatea și ritmicitatea, își schimbă sediul și iradierea, devine rezistentă la tratamentele obișnuite, iar uneori îmbracă chiar caracterul de colică (ca și la cazul 1). Mai sînt descrise și alte semne ca: apariția unui subicter variabil, episoade diareice, eliminarea de calculi prin scaun, în cazul asocierilor litiază-ulcer.

— În cazuri extrem de rare, constituirea fistulei este marcată de accidente acute ca de ex. icter retențional febril.

— De multe ori însă, nici un simptom clinic nu ne trezește suspiciunea apariției acestei complicații.

— Preoperator putem pune diagnosticul în aproximativ 70% din cazuri și atunci doar prin examen radiologic. Examinarea abdomenului va fi făcută „pe gol” și cu substanță de contrast (pasaj baritat).

— La examenul pe gol vom căuta imaginile aeriice subhepatice, date de prezența aerului în căile biliare (pneumocholia), unul dintre semnele radiologice cele mai importante. Imaginea poate fi ovalară în cazul pneumocolecistului, sau în Y în cazul pneumo coledocului.

După *Caminha* și *Monteira* (4), pneumocholia se întâlnește în aproximativ 50% din cazuri. În interpretarea corectă a imaginilor trebuie să excludem: banala aerobulbie, aerocolie, colecțiile hidro-aeriice renale (cu localizare mai posterioară), hepatice, subfrenice. Pentru clarificarea diagnosticului diferențial vom folosi datele examenului în poziții cit mai variate și utilizînd compresiunile dozate în coroborare cu datele clinice.

— Pasajul gastro-intestinal, studiat de asemenea în poziții diferite și cu ajutorul compresiunilor și a probelor farmacodinamice, pune în evidență al doilea semn important, refluxul bariului în căile biliare. Cu această ocazie obținem și imaginea fistulei, precizăm varietatea anatomică și starea căilor biliare, drenajul lor (fig. 3). Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu stenozele duodenale subvateriene, implantarea anormală a coledocului, atoniile oddiene, cazuri în care întâlnim de asemenea reflux. Diverticuli duodenali pot crea și ei confuzii. În ce privește originea ulceroasă a fistulelor, deformațiile duodenului sînt indicii prețioase.

— Colecistografia și colangiografia pre- sau intraoperatorie dau adesea semne necaracteristice, dar marchează dilatația căilor biliare. Am întilnit și noi pe colangiografia intraoperatorie executată la primul caz, imaginea pseudolacunară dată de orificiul fistulos coledocian, imagine asupra căreia insistă Mallet-Guy (7).

Un număr de 30% din cazuri nu pot fi puse în evidență nici radiologic (cazul 2); faptul se datorește de cele mai multe ori examinărilor rutiniere, incomplete sau unor greșite întreprinderi a imaginilor aeriice subhepatice.

În concluzie, diagnosticul de fistulă duodenobiliară ulceroasă se poate pune preoperator doar prin examenul radiologic. Condiția esențială constă în a suspecta în cazul modificării simptomatologiei ulcerului, posibilitatea apariției acestei complicații și printr-un examen radiologic complex și minuțios să punem în evidență cele două semne caracteristice: pneumocolia și refluxul baritat. În acest fel, numărul cazurilor „surpriză” diagnosticate intra operator va scădea cu siguranță.

Tratament. A. Indicații. Remarcabila toleranță a fistulelor duodeno-biliare spontane, raritatea angiocolitelor și a leziunilor hepatice i-au făcut pe unii să adopte o atitudine conservatoare. În plus, pentru aceștia (Ollivier) ar exista și posibilitatea unei vindecări spontane prin cicatrizarea ulcerelor în urma tratamentului dietetic și medicamentos. Intervenția chirurgicală ar fi indicată doar în cazurile rezistenței ulcerului la tratamentul conservator sau în cazul apariției și a altor complicații (stenoză, hemoragie).

Împreună cu majoritatea autorilor nu sîntem de acord cu acest punct de vedere din următoarele motive:

1. ~~Fistulele sînt determinate de obicei de ulcere vechi, caioase care nu se vindecă prin tratament conservator; deci nu ne putem aștepta nici la vindecarea spontană a fistulei.~~

2. Fiind complicații ale ulcerului, beneficiază și ele de indicația de principiu a tratamentului chirurgical în boala ulceroasă: ulcerul complicat trebuie operat.

3. Constatările intraoperatorii au arătat (și la cazurile noastre) constanța leziunilor inflamatorii și a dilatației căilor biliare, care chiar dacă nu au întotdeauna traducere clinică, pot condiționa apariția unor accidente mai grave în cursul evoluției, cu răsunet asupra ficatului, pancreasului etc.

4. A indica tratamentul chirurgical doar în cazul apariției și a altor complicații ulceroase, înseamnă a opera bolnavi cu stare generală mai alterată, riscul operator crescînd.

5. Intervenția chirurgicală nu este grevată de un risc mai mare decît gastrectomia clasică pentru ulcerul necomplicat cu fistulă, cu condiția de a alege tactica cea mai judicioasă și mai simplă pentru fiecare caz în parte.

Considerăm aceste argumente suficient de puternice pentru a ne permite să recomandăm tratamentul chirurgical la orice fistulă diagnosticată, chiar atunci cînd este bine tolerată.

B. Tactica operatorie. Alegerea ei constituie de multe ori o problemă greu de rezolvat, mai ales cînd existența fistulei nu este cunoscută preoperator sau cînd nu se descoperă nici intraoperator. În caz de fistulă colecisto-duodenală începem cu separarea organelor (în general ușor de realizat); continuăm cu gastrectomia clasică sau pentru excludere, după o prealabilă avizare a marginilor și sutura perforației duodenale. Se practică apoi colecistectomia sau colecistorafia în funcție de întinderea leziunilor. La cazul 2 am practicat colecistectomie și gastrectomie clasică, iar la cazul 3 rezecție gastrică și colecistorafie, leziunile colecistului fiind limitate.

— Pentru cura fistulei coledoco-ulceroase sînt propuse mai multe rezolvări. Ollivier (3) recomandă gastrectomia pentru excludere, în locul gastrectomiei tipice. El aduce următoarele argumente: de cele mai multe ori sutura fistulei pe dren

tutore nu este posibilă și în aceste condiții cura se rezumă la o coledoco-duodeno-anastomoză T. L. cu ligatura coledocului inferior, adică la înlocuirea unei fistule spontane cu una chirurgicală. Pe de altă parte, riscurile mai mari ale gastrectomiei tipice, urmate de rezolvarea fistulei prin rafie sau anastomoză, nu sînt compensate de rezultate superioare celor obținute după gastrectomia prin excludere. Autorul recomandă de asemenea asocierea unei colecistectomii extirpînd în felul acesta o veziculă de cele mai multe ori alterată sau capabilă de a se inflama ulterior, în condițiile persistenței fistulei încă un timp îndelungat după intervenție. Partizani ai gastrectomiei pentru excludere sînt și *Caminha și Monteiro* (4) ca și alții. Noi am ales această tactică la cazul 1. cu rezultate f. bune. Alți autori recurg la gastrectomia pentru excludere doar în cazurile f. dificile la care diseecția fistulei este grevată de mari riscuri.

Majoritatea chirurgilor sînt însă pentru gastrectomia clasică urmată de cura fistulei prin: 1) ligatura coledocului inf. și coledocoduodeno-anastomoză T. L. sau reimplantare pe ansă jejunală în Y, 2) ligatura coledocului și colecisto-duodeno-anastomoză atunci cînd colecistul este utilizabil; 3) Avizarea marginilor fistulei și coledoco-rafie pe tub tutore în T, introdus printr-o coledocotomie supra-duodenală.

Celelalte intervenții ca G.E.A. și dubla vagotomie nu se mai practică, deoarece sînt insuficiente pentru prevenirea refluxului; în plus G.E.A. favorizează apariția ulcerului peptic iar vagotomia mărește atonia căilor biliare, deci staza și dilatația lor.

Concluzii:

Fistulele duodeno-biliare de origine ulceroasă sînt extrem de rar întîlnite, ele constituind o complicație evolutivă tardivă a bolii ulceroase. În cadrul lor, formele duodeno-coledociene au fi mai frecvente decît cele colecisto-duodenale.

Consecința fistulelor este apariția refluxului, cel mai important factor în determinarea stazei și dilatației căilor biliare. Pe acest fond apare infecția ascendentă, pe care noi am întîlnit-o în mod constant la cazurile prezentate.

Simptomatologia clinică este nespecifică, diagnosticul preoperator putînd fi pus numai în 70% din cazuri, doar prin examenul radiologic. Semnele radiologice caracteristice sînt: pneumocholia (la examenul pe gol) și refluxul substanței bariate.

Fistulele fiind generate de ulcere vechi, caloase, nu au tendință la vindecare spontană.

Indicația tratamentului chirurgical, chiar în formele bine tolerate, rezultă: din lipsa de vindecare spontană, din posibilitatea complicațiilor infecțioase, și din benignitatea intervenției în condițiile tehnicii actuale.

Sosit la redacție: 16 octombrie 1964.

Bibliografie.

1. E. VINCENT: Lyon Chirurg. (1962), vol. 58, 1, 117; 2. R. GUELLETTE: Chirurgie de l'estomac, Masson (1956); 3. Cl. Olivier: Chirurgie des voies biliarres-externes et intra-hépatiques, Masson (1961); 4. N. CAMINHA, C. MONTEIRA: Rev. Brasileira de cirurgia (1957), vol. 34, 1, 5; 5. F. GAVIOLI: Arh. Ital. Chirurg. (1955), 79—80—80; 6. MALLETT GUY, J. MICHOUlier, M. GOUPALES: Lyon Chirurg (1962), vol. 58, 4, 505; 7. I. ŢURAI, D. GEROTA: Chirurgia căilor biliare. Ed. Medicală (1954), București; 8. I. BIRZU, V. NECULA: Radiologia clinică a căilor biliare, E. Med. Buc. (1960); 9. S. ZLATEV, K. ENEFF: Comunicare la Conferința națională de radiologie, București 17—19 septembrie 1964; 10. N. C. LAPPEYRE, P. CARABALONA: Enciclop. Med. Ficat, ed. 1. 3. 1956; 11. COURTY A.: Montpellier Méd. (1951), 39—40. 3, 238; 12. B. KOURIAS: J. de Chirurgie (1952),