

STUDII ȘI OBSERVAȚII CLINICE

Clinica de boli infecțioase (cond.: prof. I. Gavrilă, doctor-docent)
și Medicina nucleară (cond.: conf. T. Holán) din Cluj

SCINTIGRAFIA ÎN DIAGNOSTICUL ICTERELOR

I. Gavrilă, M. Gidaly, M. Marina, M. Fărcășanu

Problema diagnosticului diferențial al icterelor, constituie o permanentă preocupare a cercetătorilor, căutându-se în acest sens metode din ce în ce mai perfecționate și mai fidele. Este explicabilă această preocupare din motive bine cunoscute:

- lipsa posibilității diagnosticului etiologic în hepatita epidemică;
- valoarea relativă a diferitelor probe funcționale directe și indirecte în vederea explorării ficatului;
- depistarea cât mai precoce a unei hepatite epidemice are implicații epidemiologice de mare importanță;
- descoperirea din timp a unui icter mecanic, indiferent de natura acestuia, permite indicația operatorie în timp util.

Sînt remarcabile eforturile depuse de cercetători în ultimii ani, mai ales în privința diferențierii unui icter mecanic, față de icterele hepatocelulare și mai ales față de formele prelungite de hepatită epidemică sau cirozele icterigene (2, 5, 8).

Nu este mai puțin adevărat, că în cadrul hepatitelor epidemice colostatice, sindromul icterului hepatocelular se combină cu cel al icterului prin obstrucție intrahepatică, iar în cadrul hepatitelor epidemice complicate cu coledocite sclero-atrofice, sindromul icterului hepatocelular se imbină cu cel al icterului mecanic prin obstrucție extrahepatică.

Aceste posibilități, precum și multe contradicții dintre faptele clinice și cele de laborator, adesea neconcludente, complică și îngreunează și mai mult posibilitățile de stabilire din timp a unui diagnostic de icter mecanic.

În cadrul icterului mecanic, clinicianul trebuie să răspundă la următoarele întrebări:

- este sau nu icter mecanic?
- este vorba de o obstrucție intra- sau extrahepatică?
- natura, localizarea și extinderea obstrucției,
- gradul de alterare a funcțiilor hepatice,
- indicația operatorie.

Clinica noastră are o bogată experiență în executarea și cercetarea multora din testele etichetate „probe mecanice”. Ele au fost publicate sau comunicate în ultimii 10 ani.

În acest sens, executăm următoarele teste: sideremia, cupremia, fosfataza alcalină, testul Jirgl, biopunctia hepatică, punerea în evidență a fracțiunii eterosolubile a bilirubinei, proba Schmidt, amilazemia și amilazuria, colesterolemia ca și clasicul tubaj duodenal (2, 5, 10).

Scintigrafia hepatică este o metodă relativ recentă, introdusă de Larsen și Curtis în 1955 (citată de 11) și perfecționată ulterior de diferiți autori, ajun-

gîndu-se la posibilitatea urmării scintigramei prin televiziune (1, 3, 4, 6, 7, 9).

Principiul și tehnica scintigrafiei, precum și diferitele variante ale acesteia au fost pe larg descrise de diferiți autori printre care *Spirchez* (11) 1962 și *Gheorghe N.* și colab. (6) 1966 și din aceste motive noi nu considerăm a fi necesară o reluare a acestor probleme.

În cele ce urmează, vom sintetiza experiența clinicii noastre în această problemă, valoarea diagnostică a metodei, precum și utilitatea ei în stabilirea unor indicații operatorii.

Material și metodă de lucru. Au fost 125 cazuri de bolnavi icterici, internați în clinica noastră în anii 1965—1966, ca suspecți de hepatită epidemică unde am executat această metodă.

Vîrsta cazurilor: un copil (5 ani), iar ceilalți între 17—18 ani.

Scintigrafia hepatică s-a făcut cu roz-bengal marcat cu I^{131} , cantitatea 200—360 microcurie, înscriere cartografică pe hirtie.

Diagnosticul de ieșire al bolnavilor examinați scintigrafic reiese din tabelul 1.

Tabelul nr. 1.

Nr.	Diagnostic	Nr. de cazuri
1.	hepatită epidemică formă medie	22
2.	hepatită epidemică formă prelungită	26
3.	hepatită epidemică formă colostatică	7
4.	ciroză hepatică	2
5.	icter mecanic malign (metastază)	16
6.	icter mecanic malign (ce al capului pancreatic)	29
7.	icter mecanic prin chist hidatic hepatic	2
8.	icter mecanic malign prin alte tumori	10
9.	icter mecanic benign (litiază)	11
Total:		125

În 34 din cazurile noastre, diagnosticul a putut fi verificat prin intervenții chirurgicale sau prin necropsie.

Imaginile scintigrafice obținute se pot grupa după diagnostic în felul următor:

a) — În *hepatita epidemică* s-a obținut în general o imagine scintigrafică normală, cu fixare omogenă, conturul hepatic păstrat. Un astfel de caz este prezentat în fig. nr. 1. Este vorba de bolnavul M. I. de 43 ani. Diagnosticul clinic: hepatită epidemică. Scintigrafia prezintă imagine normală, cu fixare omogenă și conturul hepatic păstrat.

b) — În *formele prelungite și colostatice*, cu tendință de cronicizare, imaginea poate fi normală sau cu o ușoară hipofixare inomogenă, aria scintigrafică de obicei mărită. Ilustrăm cu cazul nr. 2 (vezi *fig. nr. 2*), reprezentînd pe bolnavul I. V. de 5 ani. Diagnosticul clinic: hepatită epidemică prelungită, cirogenă. Scintigrafia arată o arie hepatică mult mărită cu delimitări nete, fără zone afuncționale. În cazul nr. 3 (*fig. nr. 3*), bolnavul S. I. de 71 ani, suspectat clinic de icter mecanic malign, scintigrama a infirmat această suspiciune, arătînd o imagine cu un contur hepatic ușor mărit, în rest practic normală. Părăsește clinica cu diagnosticul hepatită epidemică prelungită, verificat prin control ulterior.



Fig. nr. 1.: Bolnavul M. I. 43 de ani, dgs. clinic: hepatită epidemică. Scintigrafia prezintă imagini normale.



Fig. nr. 2.: I. V. 5 ani, dgs. clinic: hepatită epidemică prelungită cirogenă. Scintigrafia: arie hepatică mult mărită cu delimitări nete, fără zone afuncționale.



3

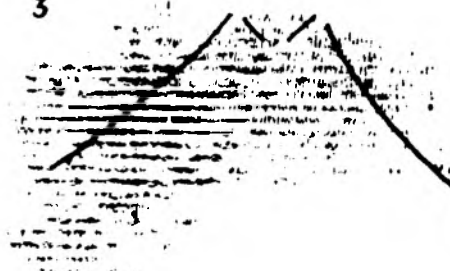


Fig. nr. 3.: S. I. 71 de ani, clinic suspect de icter mecanic malign. Scintigrafia: infirmă diagnosticul arătând o imagine și contur hepatic ușor mărit, în rest practic normală.

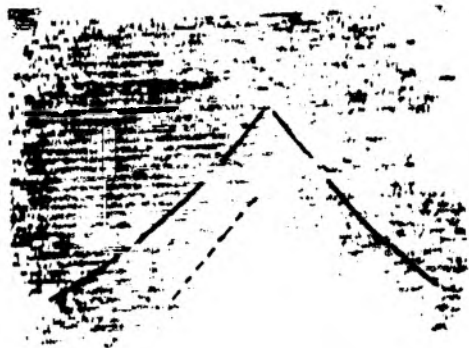


Fig. nr. 4.: C. I. 42 de ani, dgs. clinic: ciroză hepatică. Scintigrafia: putere redusă de concentrare a izotopului, fixare neuniformă la nivelul lobului hepatic drept, neomogenă, lacunară.

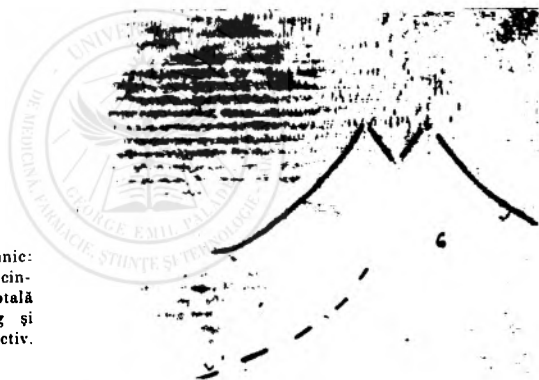


Fig. nr. 5.: M. I. 56 de ani, clinic: suspect de icter mecanic malign. Scintigrafia: fixare schițată sau lipsă totală de fixare pe teritoriul lobului stâng și la baza celui drept. Proces destructiv.

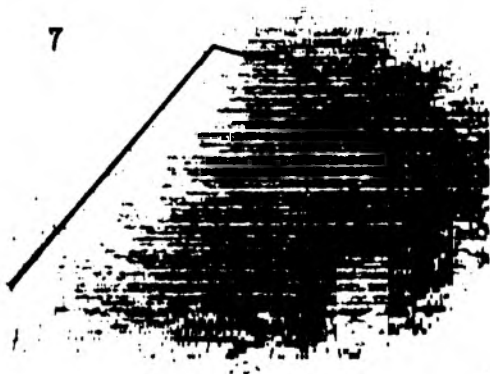
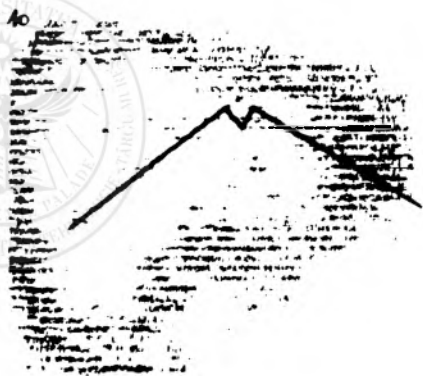


Fig. nr. 6.: V. A. 58 de ani, dgs. clinic: suspect tumoare a lobului hepatic drept. Scintigrafia: neoformație masivă în lobul hepatic drept. Dgs. operator: chist hidatic hepatic.



Fig. nr. 7.: D. A. 60 de ani, dgs. clinic: neoplasm al capului pancreasului. Scintigrama: fixare uniformă pe o arie hepatică mărită. Zonele care depășesc rebordul arată o fixare lacunară neuniformă, putând denota o invadare externă. Refuză intervenția chirurgicală.

Fig. nr. 8.: B. I., 61 de ani, dgs. clinic: icter mecanic malign. Scintigrama: fișie lacunară la nivelul marginii inferioare. Posibil proces destructiv ce se extinde de-a lungul marginii inferioare hepatice. Dgs. operator: amplozi vaterian invadant.



11



Fig. nr. 9.: D. A. 65 de ani, dgs. clinic: suspect icter mecanic malign. Scintigrama: fixare uniformă și densă pe o arie hepatică mărită în toate sensurile. Zonele inferioare marginale suspecte de invazie neoplazică. Dgs. operator: neoplasm al capului pancreasului.

c) — În ciroze fixarea este redusă, omogenă sau inomogenă cu modificări de volum inconstante, uneori imagine lacunară, care pot provoca confuzii cu metastaze tumorale. Exemplificăm cu cazul nr. 4 (fig. nr. 4). C. I. de 42 ani. Diagnostic clinic: ciroză hepatică. Scintigrafia demonstrează o putere redusă de concentrare a izotopului, cu o fixare neuniformă, mai densă la nivelul lobului hepatic drept, unde fixarea este neomogenă, lacunară.

d) — În neoformațiuni intrahepatice de orice natură (tumori maligne sau chist hidatic), am găsit zone variabile, imagini lacunare, cu hipofixare sau lipsă totală a fixării. Exemplificăm cu următoarele cazuri: cazul nr. 6 (fig. nr. 5). M. I. 56 ani, diagnosticul clinic: suspect de icter mecanic malign. Scintigrama arată o fixare schițată sau lipsă totală de fixare pe teritoriul lobului stîng și la baza celui drept. Proces destructiv. Părăsește clinica la cerere cu diagnosticul neoplasm hepatic.

Cazul nr. 7 (fig. 6). V. A. de 58 ani, diagnostic clinic: suspectăm o tumoare a lobului hepatic drept. Scintigrama: neoformație foarte mare în lobul hepatic drept. Diagnostic operator: chist hidatic al ficatului.

e) — În tumorile extrahepatice mai ales în cc. al capului pancreasului sau căilor biliare pot fi două variante. În cazul invadării ficatului lipsa de fixare la nivelul respectiv, dar în multe cazuri diagnosticul tumorilor extrahepatice cu icter mecanic prin obstrucție, nu este susținut de scintigrafie concludentă. Exemplificăm prin următoarele: cazul nr. 9 D. A. 60 ani (fig. 7). Diagnostic clinic: neoplasm al capului pancreasului. Scintigrama: fixare uniformă pe o arie hepatică mărită, zonele care depășesc rebordul arată o fixare lacunară neuniformă, putînd denota o invadare externă. Refuză intervenția chirurgicală. Cazul nr. 10 (fig. 8). B. I. 61 ani, diagnostic clinic: icter mecanic malign. Scintigrama: fixare densă și omogenă pe o arie hepatică mult hipertrofiată global. Fișic lacunară la nivelul marginii inferioare. Concluzie: proces destructiv ce se extinde de-a lungul marginii inferioare hepatice. Diagnostic operator: ampulom Vaterian invadant.

Cazul nr. 11 (fig. 9) D. A. 65 ani, diagnostic clinic: suspect de icter mecanic malign. Scintigrama: fixare uniformă și densă pe o arie hepatică mărită în toate sensurile. Zonele inferioare marginale suspecte de invazie neoplazică. Diagnostic operator: neoplasm al capului pancreatic.

* *Discuții.* În vederea evaluării utilității diagnostice și a indicațiilor operației în ictere, am întocmit unele tabele de concordanță a scintigrafiei, cu datele clinice, de laborator, de la intervenție sau de la necropsie.

În tabelul 2, este evaluată valoarea diagnostică a scintigrafiei la cazurile laparotomizate sau necropsiate.

Tabelul nr. 2

Cazuri confirmate operator sau necropsiate.

Concordanță de diagnostic	23	67,5%
Discordanță de diagnostic	8	23,5%
Scintigrafie neconcludentă	3	9 %
Total cazuri:	34	100 %

În al doilea rînd este vorba de celelalte cazuri (91), unde datele scintigrafice sînt puse în discuție față de diagnosticul stabilit pe date epidemiologice, clinice și de laborator fără a avea posibilitatea confirmării prin intervenție sau necropsie (vezi tabelul nr. 3).

Tabelul nr. 3.

Scintigrafia față de diagnosticul obișnuit (clinic, laborator) fără confirmare prin intervenție sau necropsie.

Concordanță de diagnostic	70	77%
Discordanță de diagnostic	12	13%
Neconcludente	9	10%
Total cazuri:	91	100%

Din aceste tabele, din studierea scintigramelor și din alte analize de rutină executate în clinica noastră, reies următoarele:

1. Valoarea diagnostică a scintigrafiei în stabilirea sindromului de icter mecanic nu este superioară celorlalte metode, putînd fi socotită chiar ceva mai puțin sensibilă decît fosfataza alcalină, proba cu eter, sideremia sau testul Jirgl, a căror exactitate este de aproximativ 80% sau chiar mai mult (2, 5, 10).

Acest lucru este explicabil, căci scintigrafia nu poate reflecta existența unui obstacol extrahepatic, provocînd un icter mecanic, de asemenea nici colostaza intrahepatică nu poate da semne scintigrafice sigure, în timp ce probele mecanice înșirate mai sus, reflectă sindromul de icter mecanic, indiferent de natura și localizarea obstrucției.

2. Metoda scintigrafică este însă mai utilă în stabilirea localizării și a naturii obstacolului, reflectînd și modificările morfologice și de poziție ale ficatului, mai mult decît pe cele funcționale.

Nu s-a semnalat nici în literatură și nici în cazurile noastre vreun accident sau inconvenient al metodei, totuși în aplicare trebuie să ținem cont de eventuala intoleranță la iod, bolnavii aceștia fiind excluși de la examinare.

În concluzie metoda scintigrafică este utilă în diagnosticul diferențial al icterelor, completînd datele clinice și de laborator mai ales în indicațiile operatorii, uneori fiind superioară celorlalte metode de investigație, indicînd cite o dată natura, extinderea și localizarea unor formațiuni tumorale. În cazul cirozelor completarea datelor funcționale, cu morfologice, este de un real folos.

Nu este un procedeu recomandabil pentru examinările de rutină, dar este indicat în cazurile care ridică probleme de diagnostic diferențial, mai ales în vederea unei intervenții chirurgicale.

Sosit la redacție: 21 aprilie 1967.

Bibliografie

- CAROLI I., BONERELL A.: Arch. Mal. App. dig. (1962), 51, 55; 2 COMES L., GIDALY M., PIRVU C., BOTA R.: Valoarea diagnostică a bilirubinei eterosolubile în diagnosticul icterelor, U.S.S.M. oct. 1960; 3. DESYREZ A.: Rev. du prat. (1963), XIII, 1, 115; 4. FAUVERT M. M. R., LOVERDO: Arch. Mal. app. dig. (1962), 1—2, 44; 5. GAVRILĂ I., COMES L., IGNA M., ONESCIUC I., BORA R.: Med. Int. (1960), 11, 1619; 6. GHEORGHE N., PLEȘCA I., POPESCU G., BERGHEANU S.: Med. Int. (1966), 4, 467; 7. GHERGHESCU G., BRASLĂ I.: Diagnosticul cu radioizotopi în clinică. Ed. Med. București, 1964; 8. GIDALY M.: Probleme de diagnostic diferențial în icterul mecanic. U.S.S.M. Med. Int., 28. nov. 1957; 9. GLOS M. L., KEILING: J. Radiol. (1961), 42, 297; 10. OLINIC NOUR, COSTIN LUCIA: Spitalul (1965), 4 340; 11. SPÎRCHES T., GEORGESCU B., MERASLIEV E. STECLAZI A.: Révue Int. d'hépatol. (1963), 2.