

Clinica chirurgicală nr. I. (cond.: prof. dr. Z. Păpai, doctor în medicină)  
și Catedra de morfopatologie a I.M.F. (cond.: conf. dr. Fr. Gyergyay,  
doctor în medicină) din Tîrgu Mureș

## ASOCIEREA DINTRE LITIAZA BILIARĂ ȘI CANCERUL PRIMITIV AL CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE IN CLINICA CHIRURGICALĂ Nr. 1 DIN TÎRGU MUREȘ

dr. Z. Păpai, dr. M. Ionescu, dr. S. Cojocaru, dr. A. Pop

Primele relații despre carcinomul veziculei biliare au fost foarte probabil cele două cazuri publicate de *Stoll* (citată după *Diaz*, 12) în anul 1777. Relația acestuia cu litiaza a fost semnalată pentru prima oară de către *Freerichs* (cit. după *Diaz* 12) în anul 1861, iar ipoteza că iritația produsă de litiază ar putea constitui un factor cancerigen aparține din anul 1879. lui *Moore* (cit. după *Șerban*, 44).

În ultimii 15 ani au devenit în mod evident frecvente, observațiile asupra coexistenței litiazei cu tumorile maligne primitive ale căilor biliare extrahepatice, preponderent ale veziculei biliare (3, 6, 10, 17, 22, 25, 26, 40, 42). Pe baza studiilor clinice sintetice, cuprinzând observații pe o lungă perioadă de timp (7, 11, 13, 14, 15, 16, 21, 24, 25, 27, 28, 31, 34, 38, 41, 43, 46), sau întrunind cazuistica mai multor spitale (1), precum și cele ale serviciilor de anatomie patologică (12, 32, 44), putem să tragem concluzia că, deși localizarea biliară extrahepatică ocupă un loc minor ca frecvență în tabelul general al tumorilor maligne primitive, ea nu poate fi neglijată în contextul pretențiilor și posibilităților pe care le are în stadiul actual medicina în general și chirurgia în special. Chiar și simpla statistică a coexistenței celor două îmbolnăviri (litiaza și cancerul primitiv al căilor biliare extrahepatice), constituie un argument în favoarea corelației dintre cauză și efect — probabil de tip reciproc — existind între ele; astfel litiaza reprezintă, prin multiple mecanisme o stare precanceroașă, iar neoplasmul condiționează în orice caz litiaza. Acest fapt este sugerat și în publicațiile autorilor români cu o experiență mai mare în acest domeniu: *Chipail*, *Făgărășanu*: (14, 15, 16) și *Nana* (34). Nu este mai puțin

adevărat însă, că litiaza însoțește cu aceeași frecvență și tumorile benigne ale căilor biliare extrahepatice (2, 8, 9, 18, 23, 29, 30, 35, 37), constatându-se ulterior degerarea lor malignă (39).

Dacă litiaza beneficiază de un cadru clinic oarecum mai bine determinat și, în orice caz, la un moment dat manifest, neoplasmul primitiv al căilor biliare extrahepatice nu are o simptomatologie proprie și depistarea lui continuă să se facă în marea majoritate a cazurilor întâmplător, cu ocazia intervențiilor cu altă indicație inițială, pe arborele biliar extrahepatic, sau cu prilejul unor laparotomii exploratoare, nemaivorbind despre surprize histopatologice sau chiar necroptice. Or, este un fapt bine cunoscut că tumorile maligne primitive ale căilor biliare extrahepatice, surprinse în stadii avansate, depășind limitele organului prin invadări sau metastazări, nu mai pot beneficia de rezolvări operatorii radicale cu eficacitate îndelungată, fiind practic cazuri depășite ce se sustrag posibilităților terapeutice actuale. În asemenea situații chirurgul dezarmat se limitează la precizarea diagnosticului sau la intervenții paliative de tipul derivațiilor biliare, ce abia reușesc să realizeze o ameliorare aparentă și trecătoare.

Cele mai atente investigații radiologice care relevă litiaza, realizează într-un procentaj redus diagnosticul preoperator al tumorilor căilor biliare extrahepatice, și de aceea atitudinea chirurgilor, discutată dar din ce în ce mai mult acceptată chiar și de conservatorismul internștilor, rămâne aceea de a opera profilactic toate litiazele biliare diagnosticate după vârsta de 40 de ani, chiar dacă sînt oligo- sau asimptomatice clinic.

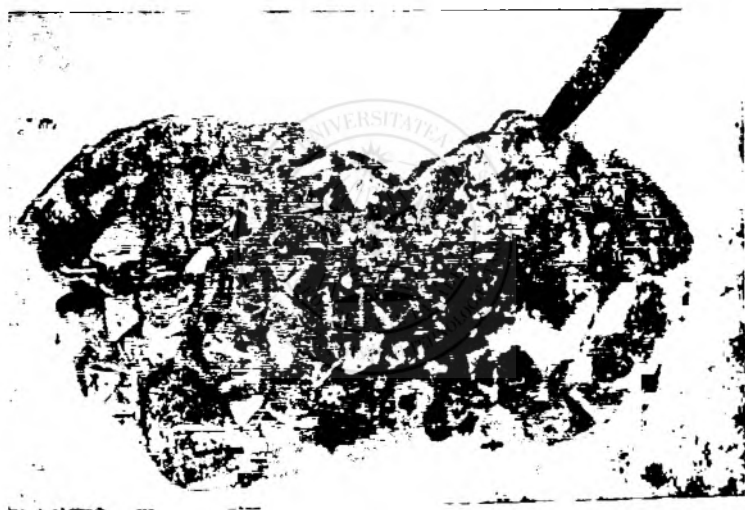
Cu toate aceste constatări — conducînd la concepția schematic prezentată, nu se exclude însă posibilitatea — menționată de *Burckhart* (7) — a existenței cancerului primitiv al veziculei biliare la vârsta de 20 și chiar 14 ani, fără litiază, ca și aceea a litiazei bilare la 95 de ani, fără cancer. Dar frecvența maximă a acestei asocieri este constatată la femeii între vârsta de 45 și 65 de ani.

În lumina datelor din literatură astfel sintetizate mai sus, am analizat cazistica noastră din ultimii 5 ani, insistînd asupra elementului constituit de faptul că profilul clinicii este de chirurgie generală și urgențe, subliniind că intenția noastră a fost ca o astfel de primă analiză să contribuie la o punere la punct a problemei și să constituie o stimulare a colaborării factorilor de mare importanță (specialiști de interne, contagioase, radiologie și rețeaua ambulatorie), pentru depistarea mai precoce a cazurilor și realizarea unei eficiențe sporite a activității noastre.

În intervalul anilor 1964—1968 (inclusiv), la un număr total de 10.862 de intervenții chirurgicale, în clinica noastră au fost efectuate 425 de intervenții pe căile biliare extrahepatice, din care 378 colecistectomii. Din acestea, în 24 de cazuri au fost constatate tumori maligne primitive ale căilor biliare extrahepatice, coexistînd în toate cazurile cu prezența calculilor biliari, în 16 cazuri localizarea primară a tumorii fiind la nivelul colecistului (12 femei și 4 bărbați).

Neavînd manifestări clinice proprii sau concludente, în mod inconstant sesizăm prezența: icterului, inapetenței, grețurilor, vomei, pruritului, hepatomegaliei, sensibilității în hipocondrul dr., pierderilor ponderale și asteniei (vezi tabelul nr. 1) și constatăm că în nici unul din cazurile noastre nu s-a pus diagnosticul preoperator de neoplasm primitiv al căilor biliare extrahepatice. Nici semnele de laborator sau radiologice nu sînt caracteristice și în majoritatea cazurilor bolnavii au fost supuși operației cu prezumpția de litiază biliară, dar în urgență și cu aceea de pancreatică acută, ocluzie sau peritonită, constatarea carcincmului constituint o surpriză intraoperatorie, la deschiderea colecistului (vezi fig. nr. 1) sau la examenul histopatologic. La o mare parte din cazurile noastre au existat invadări în organele vecine, în primul rînd în ficat, sau metastaze ganglionare. Executînd după caz colecistectomie,

**Z. PĂPĂI ȘI COLAB.: ASOCIEREA DINTRE LITIAZA BILIARĂ ȘI CANCERUL  
PRIMITIV AL CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE...**



*Fig. nr. 1*

Tabelul nr. 1

Nr.	Nume	Vîrstă	Sex.	Durata bolii	Simptome	Dg. operator.	Operația
1.	S. A.	76 ani	F.	7 ani	Slăbire, durere	Colelitiază + adenocarcinom incipient	Colecistectomie
2.	S. H.	59 ani	M.	6 ani	Durere, vomă	Colelitiază + adenocarcinom incipient	Colecistectomie
3.	C. E.	63 ani	F.	14 ani	Colici biliare,	Colelitiază + adenocarcinom + coledocolitiază	Colecistectomie + coledocoduodenostomie
4.	K. K.	54 ani	F.	10 ani	Icter, durere	Colelitiază + adenocarcinom invadant	Hepato-gastrostomie
5.	K. I.	51 ani	F.	10 ani	Colici biliare icter	Colelitiază + adenocarcinom invadant	Laparotomie + biopsie
6.	G. A.	42 ani	F.	18 ani	Colici biliare	Colelitiază + adenocarcinom	Colecistectomie
7.	S. A.	54 ani	M.	19 ani	Colici biliare	Colelitiază + adenocarcinom invadant	Laparotomie + biopsie
8.	G. I.	66 ani	F.	8 ani	Colici, subicter	Colelitiază + adenocarcinom cu metastaze	Laparotomie + biopsie
9.	D. M.	55 ani	F.	2 luni	Colici, vomă	Colelitiază + adenocarcinom cu metastaze	Laparotomie + biopsie
10.	T. A.	63 ani	M.	10 ani	Colici, icter intermitent	Colelitiază + adenocarcinom invadant	Laparotomie + biopsie
11.	K. A.	70 ani	F.	3 luni	Colici, icter	Colelitiază + adenocarcinom cu metastaze	Laparotomie + biopsie
12.	T. R.	65 ani	F.	13 ani	Colici, icter pasager	Colelitiază + neoplasm invadant	Laparotomie + biopsie
13.	J. A.	59 ani	F.	10 ani	Colici, icter	Colelitiază + adenocarcinom cu metastaze	Colecistectomie + evidentare
14.	A. K.	66 ani	F.	6 luni	Icter, durere	Colelitiază + adenocarcinom invadant	Laparotomie + biopsie
15.	G. R.	66 ani	M.	20 ani	Colici, icter pasager	Colelitiază + adenocarcinom	Colecistectomie
16.	S. K.	55 ani	F.	15 luni	Colici biliare	Colelitiază + adenocarcinom	Colecistectomie

derivație biliară sau simplă laparotomie exploratoare cu biopsie, supraviețuirile postoperatorii nu s-au prelungit peste termenul de câteva luni pînă la 1 an.

Bolnavii noștri au avut vîrsta între 40 și 70 de ani (fiind deci vîrstnici sau bătrîni). Fenomenele de suferință au fost vechi, neglijate un timp de bolnavi sau tergiversate de conservatorismul cadrelor medicale cărora s-au adresat pînă au ajuns în serviciul de chirurgie, justificat poate (pe bună dreptate) căci cine ar indica o operație la un prim semn de suferință. Considerăm că este greu de reproșat cuiva faptul că stadiul incipient al unei asemenea tumori trece neobservat și dacă clinic acest diagnostic nici nu se poate face, internistii (36) și chirurgii cad tot mai mult de acord în ultimul timp asupra necesității explorării cît mai complete a bolnavilor (ne referim la colecistografie), care să releve măcar litiaza biliară, și a operării oricărui purtător de calculi biliari după vîrsta de 40 de ani. Această atitudine ar putea preveni nu numai cancerul dar și celelalte complicații atît de neplăcute ale litiazei biliare, și mai ales ar favoriza surprinderea tumorii în stadiu incipient cînd, nedepășind limitele colecistului s-ar preta eficient la o colecistectomie simplă sau asociată cu hepatectomie parțială. Pentru că în pofida existenței unor suferințe postcolecistectomice, colecistectomia bine justificată pentru litiază este în marea majoritate o rezolvare fericită, în timp ce cancerul primitiv al căilor biliare extrahepatice, chiar cu localizarea sa cea mai favorabilă la nivelul colecistului, și surprinsă în stadiu incipient, nu beneficiază nici măcar de rezultatele intervențiilor în alte localizări pe tractul digestiv. Privim deci colecistectomia pentru litiaza constatată după vîrsta de 40 de ani, ca o profilaxie eficientă a cancerului primitiv al veziculei biliare, iar rezultatele noastre ne îndreptățesc s-o indicăm.

Avîntul chirurgiei din ultimii ani, condiționat de mijloacele tehnice ale anesteziei și reanimării moderne a dus la constatarea mai frecventă a asociației dintre litiaza biliară și neoplasmul primitiv al căilor biliare extrahepatice și tînde spre depistarea cît mai precoce și prevenția malignizării prin efectuarea intervenției pentru litiaza constatată, considerînd acesta ca singura eficientă pînă ce terapia cancerului va putea lua alte forme decît acelea ale chirurgiei ablaționiste. Examinarea atentă a colecistului prelevat pentru litiază poate contribui la depistări neașteptate ale neoplasmului primitiv al veziculei biliare, în stări incipiente, indicînd lărgirea intervenției cu hepatectomie parțială dr. și evidare ganglionară, radicalitate acceptată azi ca singura eficientă în aceste procese maligne.

*Sosit la redacție: 6 februarie 1970.*

#### *Bibliografie*

1. ALBUJAR P., VERGARA M., OBANDO M., ROMERO C.: Acta Cancerol. (Lima). (1966), 5 2, 43; 2. ARBAB A. A., BRASFIELD R.: Surgery (1967), 61 4, 535; 3. BATZENSCHLAGER A., KEILING R., KOUNTZMANN F.: Annales d'Anat. Path. (1961), 6 4, 457; 4. BENNET R. C., JEPSON R. P.: Aust. N.Z.J. Surg. (1965), 34/4, 278; 5. BICALHO S. R., SCHINDLER R., BLOMQUIST O. A.: Z. Gastroent. (1966), 4 3, 171; 6. BILLI C.: Acta Chir. Ital. (1964), 20 3, 345; 7. BURCKHART T., LOEW D.: Bruns Beitr. Klin. Chir. (1967) 214 3, 314; 8. CALIFANAO G., PAPA B.: G. Ital. Chir. (1966), 22 3, 279; 9. COSTA F., COSMACINI G.: Radiol. Med. (1966), 52 10, 1002; 10. DEBIEC H., KIRYLOWICZ K., HERBA Z.: Przegł. Lek. (1966), 22 6, 465; 11. DEBRAY CH., HARDOUIN J.-P., PAOLAGGI J. A., MARCHE CL.: Arch. Mal. Appar. Dig. (1965), 45 1-2, 5; 12. DIAZ J. S.: J. Chir. (Paris), (1963), 85/4 447; 13. DOMANIEWSKI J., NARTOWICZ E.: Pol. Arch. Med. Wewn. (1967), 38/2, 143; 14. FĂGĂRĂȘANU I., ALOMAN D.: Lyon Chir. (1964), 60/5, 656; 15. FĂGĂRĂȘANU I., ALOMAN D., COSTESCU N.: Chirurgia, (1958), 7/1 15; 16. FĂGĂRĂȘANU I., ALOMAN D.: Chirurgia, (1958), 7 3, 323; 17. FRANK S. A., SPJUT H. J.: Amer. Surg. (1967), 33 5, 367; 18. GAGLIARDI A. R., GELBACH D. PH.:

Gastroenterology, (1957), 32/4, 666; 19 GIBERTINI G., LODI R., TORRICELLI A., ZAMBARDA E.: Ann. Ital. Chir. (1965), 42/9—10, 707; 20. HERRINGTON J. L. Jr.: Amer. J. Surg. (1965), 109/5, 676; 21. McINTYRE W. B.: Grace. Hôsp. Bull. (1965), 43/2, 96; 22. IOSIF L., MILLEA Z., IUTCHIN N.: Chirurgia (Buc.), (1966), 15/11, 1039; 23. JUTRAS S. A., LÈVESQUE H. P.: Radiol. Clin. N. Amer. (1966), 4/2, 483; 24. KERN E., GEHRING-SIEBERT A.: Langenbecks Arch. Klin. Chir. (1965), 309/3, 296; 25. KETTUNEN K.: Ann. Chir. et Gynaec. Fenniae (1958), 47/1, 82; 26. McLANGLIN C. W. Jr.: Surgery (1964), 56/4, 757; 27. LEVRAT M., TISSOT A., TETE R.: Rev. Int. Hepat. (1965), 15/7, 1187; 28. LITWIN M. S.: Arch. Surg. (1967), 95/2, 236; 29. LURA A., SCHIAVI G. T., ALBERTI G. P., FABRI L. F.: Ann. Radiol. Diagn. (Bologna), (1966), 39/6, 525; 30. MACBETH W. A. R. G.: Amer. J. Surg. (1964), 108/1, 8; 31. MAKI T., SATO T.: Surgery (Tokyo), (1964), 26/5, 489; 32. MARCHE CL., LAUMONIER R., MARTIN ET., DEBRAY CH.: Arch. Mal. Appar. Dig. (1965), 54/1—2, 25; 33. MINOZZI A., POZZI G., DELL'ORTO C.: Gazz. Int. Med. Chir. (1967), 72/15, 1311; 34. NANA A., MIRCIOIU C., PANĂ C.: Rev. Med. Chir. Iași, (1959), 63/1, 57; 35. OCHSNER S. F.: Radiol. Clin. N. Amer. (1966), 4/3, 501; 36. PAUNESCU-PODEANU A., HARAS I., MICLEA F.: Med. Int. (1962), 14/6, 759; 37. PEARSON D. A. I.: Amer. J. Surg. (1964), 108/1, 95; 38. PELOQUIN A., SCHAEVAERDTS J. C.: Un. Med. Canada (1957), 96/6, 728; 39. POLK H. C. Jr.: Gastroenterology (1966), 50/4, 522; 40. RIMINI C., VANNOZZI I.: Arch. Ital. Chir. (1965), 91/5, 532; 41. ROBERTSAN W. A., CARLISLE B. B.: Amer. J. Surg. (1967), 113/6, 738; 42. ROSELLI A., PAULINO F., NOBREGA M. W.: Amer. J. Dig. Dis. (1964), 9/10, 698; 43. SPOHN K., POPP G.: Langenbecks Arch. Klin. Chir. (1965), 311/3, 431; 44. ȘERBAN P., PETROIANU P., LENKEI R.: Morf. norm. și patol. (1969), 14/2, 133; 45. TOADER C., GHIBU M., TOADER I.: J. de Chir. (Paris), (1968), 96/3, 193; 46. WARREN W. K., HARDY J. K., O'ROURKE E. G. M.: Surg. Gynec. Obst. (1968), 126/5, 1036.

---