

DISCUȚII ASUPRA TEHNICII ȘI TACTICII CHIRURGICALE ÎN COMPLICAȚIILE CHISTULUI HIDATIC AL FICATULUI *

dr. Z. Csizér, dr. E. Ravai

Cazuistica Clinicii chirurgicale nr. I din Tirgu Mureș, pe ultimii 7 ani (1965—1971), cuprinde 37 bolnavi internați și operați cu chist hidatic al ficatului. Dintre aceștia la 27 s-a intervenit pentru chist unic, la 9 pentru chisturi duble, iar la unul pentru chist multiplu. Cel de al doilea chist la chisturile duble a fost găsit fie în splină, în ovar, respectiv în micul bazin, fit tot în ficat.

Dintre chisturile hidatice ale ficatului 22, deci mai mult de jumătate prezentau complicații (un procentaj asemănător găsim și la alți autori din țară: *Toader, Papahagi, Juvara, Gherasim*):

— Infecția și supurația chistului	11 cazuri
— Ruptura chistului în cavitatea peritoneală liberă	3 cazuri
— Icter mecanic prin compresiune	5 cazuri
— Ruptura și invadarea căilor biliare extrahepatice	3 cazuri

Repartizarea cazurilor după sex, vîrstă și ocupație, arată preponderența sexului feminin la grupa de vîrstă între 20—50 de ani și a muncitorilor agricoli.

În diagnosticul afecțiunii și a complicațiilor ne-am bazat în afara semnelor clasice clinice, radiologice și de laborator, pe scintigrafia hepatică, precum și pe colangiografia pre-, intra- și postoperatorie, asociată uneori cu fistulografia repetate. Două cazuri au constituit surprize intraoperatorii.

Dintre bolnavii noștri, 4 au avut în antecedente intervenții pentru alte localizări ale chistului hidatic: într-un caz în micul bazin, în alt caz în plămîn și în două cazuri cu localizare hepatică în alt lob. La aceștia din urmă, chistul a reapărut în ficat după 2, respectiv 4 ani.

Dintre cei 22 de bolnavi cu chist hidatic complicat al ficatului, la 18 prezența complicațiilor s-a putut bănui preoperator, pe baza simptomatologiei caracteristice: apariția durerii, alterarea stării generale, febră, V.S.H. ridicat, scădere ponderală accentuată în timp relativ scurt, icter. Am găsit colici biliare într-un caz, hepatomegalie importantă (chist gigant) în 8 cazuri, probe pozitive de labilitate coloidală în 12 cazuri.

În clinica noastră ca tactică și tehnică chirurgicală, în chistul hidatic complicat al ficatului, s-a aplicat o gamă largă de procedee: 1. chistectomie „ideală”, urmată de închiderea fără drenaj a cavității restante (condiții prielnice); 2. chistectomie cu evidarea conținutului, aplatizarea cavității restante și drenaj; 3. chistotomie urmată de marsupializare; 4. chistotomie urmată de rezecție lobară atipică; 5. chistotomie urmată de aplatizare, sutura fistulelor biliare cu sau fără plombaj cu epiploon (după *Chiricuță*), cu sau fără drenajul căii biliare principale.

Tehnica aleasă a fost adaptată cazului dat, complicațiilor locale și generale, stării generale a bolnavului și nu în mică măsură a fost în funcție de disceamîntul și tehnicitatea chirurgului.

Dintre intervențiile amintite în literatură nu am avut ocazia să efectuăm rezecții hepatice reglate (pentru chist hidatic) (*A. Bidulescu, Danicico-Ciobanu, I.*

* Lucrare comunicată la cea de a VIII-a Sesiune științifică a I.M.F. Tirgu Mureș, la 17—18 dec. 1971.

Făgărășanu, E. Papahagi și alții); anastomoze chistodigestive (D. Burlui și colab), hepatochistocolecistostomie (E. Corneleac), chistojejunostomie cu ansă în „Y” (F. Mandache).

La întocmirea prezentului studiu, inițial am avut intenția să facem o analiză critică a cazisticii noastre pentru a elucida relația dintre forma clinică, complicații, felul tratamentului chirurgical pe de o parte și rezultatele obținute pe de altă parte. Rezultatele le-am apreciat prin durata spitalizării, a complicațiilor precoce și tardive, eventual prin accidentele intraoperatorii.

Trebuie să recunoaștem că nu am reușit să efectuăm o astfel de evaluare a rezultatelor și considerăm că nici nu e realizabilă. Nu sînt două forme clinice identice, fiecare caz diferă prin aspectul morfologic, aspectul clinic, stadiul evolutiv, reactivitatea locală și generală a bolnavului. De asemenea trebuie amintit că intervențiile au fost făcute de mai mulți chirurghi, în condiții diferite de lucru și de tehnicitate.

Pentru ilustrare, amintim o chistectomie „ideală”, executată pentru un chist hidatic marginal, care comprima căile biliare, rezolvată în bune condițiuni, dar pe un teren cirotic și care s-a soldat cu complicații postoperatorii majore (pneumonie, tromboze vasculare), care au prelungit durata spitalizării și au pus viața bolnavului în pericol. În schimb un chist hidatic gigant supurat, operat prin toracofrenicolarparotomie, cu o cavitate uriașă restantă, care a fost aplatizată cu sutura fistulelor, plombaj de epiploon, drenaj transhepatic, s-a vindecat fără probleme (operator dr. E. Bancu). Asemenea exemple s-ar putea da încă multe altele.

Din aceste motive ne vom rezuma doar la unele aprecieri ale rezultatelor globale și la observații critice asupra alegerii tacticii și tehnicii chirurgicale în cazul dat, căutînd să ogîndim experiența noastră proprie, aducînd astfel modesta noastră contribuție la o problemă amplu reprezentată în literatura noastră de specialitate (1—27).

Dintre cei 22 de bolnavi care au fost operați pentru chist hidatic complicat al ficatului, am pierdut doi, primul imediat postoperator prin hemoragia masivă provenită din cavitatea restantă, pe cel de al doilea în a 4-a zi cu semnele insuficienței hepatorenale, declanșată de șocul hemoragic și operator (bolnav în vîrstă, suferînd de chisturi hidatice multiple, care ocupau aproape întreg parenchimul hepatic al celor doi lobi). Primul caz poate fi etichetat ca accident intraoperator, cel de al doilea ca un caz irecuperabil. Mortalitatea postoperatorie în literatură se cifrează la 3—14% (Toader 3,11%; Kourias 7,3%; Guedj 5,6%; D. Teodorescu 6,40%; A. Ionescu 50%; Tordjmann 13,70%).

În privința duratei de spitalizare, am găsit o gamă variată de valori între 11 și 73 de zile (Danico 14—150 de zile). Au putut fi externați după 2—3 săptămîni bolnavii după chistectomiile „ideale” sau bolnavii la care cavitatea restantă a putut fi suturată sau plombată fără drenaj (la chisturile hidatice necomplicate putem renunța mai des la drenaj, ceea ce reduce mult durata spitalizării). Cele mai multe zile de tratament și complicații postoperatorii am înregistrat la acele cîteva cazuri, unde operatorul e executat o marsupializare de necesitate. Tocmai din acest motiv și noi, ca și alții, evităm pe cît posibil acest tip de intervenție.

Evoluție trenantă am observat în cazurile unde au fost lăsate cavități restante insuficient aplatizate și plombate, unde drenajul nu a fost potrivit plasat, nu a fost drenaj în punct decliv și aspirativ sau acolo unde deși s-au observat fistule biliare largi s-a omis drenajul căii biliare principale.

Experiența noastră în tratamentul chistului hidatic complicat o putem rezuma la cîteva observații de bază.

Pentru a putea alege tactica și tehnica cea mai adecvată trebuie să dispunem de anumite date, puncte de reper, pe care le putem obține unele preoperator, altele numai pe masa de operație. Astfel, trebuie să cunoaștem:

1. Localizarea exactă a chistului, mărimea, raportul acestuia față de elementele magistrale ale hilului și cu organele vecine.



Fig. nr. 1 a: Chist hidatic dublu al ficatului și plămî-nului. Din a.p. se schițează numai primul



Fig. nr. 1 b: Același chist din profil, după pneumoperitoneu. Se vede și chistul plămî-nului

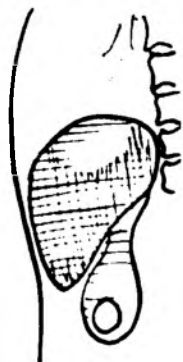


Fig. nr. 2: Chist hidatic al ficatului, se observă concomi-tent și calculi în colecist



Fig. nr. 3: Chist hidatic al ficatului insuficient rezolvat chirurgical. Cavitate restantă cu fistulă biliară



Fig. nr. 4: Chist hidatic al ficatului cu fistulă biliobronșică

Z. CSIZÉR, E. RAVAI: DISCUȚII ASUPRA TEHNICII ȘI TACTICII CHIRURGICALE ÎN COMPLICAȚIILE CHISTULUI HIDATIC AL FICATULUI



Fig. nr. 5 a: Chist hidatic al ficatului și al plămînilui, revărsat în cavitatea pleurală liberă. Empiem toracic



Fig. nr. 5 b: Același bolnav. Starea după toracotomie și laparotomie, drenaj aspirativ dublu



Fig. nr. 5 c: Același bolnav după vindecare

2. Conținutul chistului: infectat, neinfestat; dacă este vorba de un chist mic, mare, unic sau multiplu.

3. Calitatea peretelui cavității restante după îndepărtarea elementelor hidatice: suplu, rigid, sclerozat, calcificat etc., prezența și calibrul eventualelor fistule biliare.

4. Starea parenchimului hepatic, gradul lui de fibrozare.

5. Starea arborelui biliar, mai ales a căii biliare principale, permeabilitatea ei, starea papilei, reacția organelor din jur: pancreasul, sistemul limfatic, starea circulației portale, a pleurei, a parenchimului pulmonar, funcția rinichiului.

În posesia acestor date, în vederea unei terapii cât mai adecvate și pentru asigurarea unei vindecări anatomice și funcționale, cu o durată de spitalizare cât mai redusă, trebuie să realizăm următoarele deziderate:

a) Chistul hidatic al ficatului cu toate elementele active și inactive, cu eventualele vezicule fiice, precum și conținutul purulent, bilă, cheaguri de sînge etc. trebuie îndepărtate în totalitate.

Evacuarea conținutului trebuie făcută sub protecția unei izolări perfecte a organelor și țesuturilor din jur, pentru prevenirea însămințării de vecinătate (aici amintim cazul uneia dintre bolnavele noastre, care în decurs de 10 ani a fost operată și reoperată de 8 ori pentru echinococoză secundară de vecinătate). Tot în acest scop se va dezinfecta foarte minuțios cavitatea restantă cu soluție formol 1%, apoi cu alcool 80%, iar la urmă se va face un lavaj cu antibiotice dizolvate în soluție de novocaină 1%.

b) Pentru a împiedica orice retenție de secreții purulente și pentru prevenirea unor fistule interminabile, trebuie să tratăm corect cavitatea restantă. Scopul acestui tratament este de a nu lăsa nici un spațiu cât de mic pentru acumularea secrețiilor și de a nu lăsa pe cât posibil canalicule biliare deschise. Controlăm foarte atent fața interioară a peretelui cavității restante, dacă nu găsim scurgere biliară, desființăm cavitatea fie prin suturarea ei, dacă este posibilă, fie prin răsucirea și înfundarea celor două margini sau prin umplere cu epiploon. În acest caz drenajul intracavitar este de prisos.

c) În cazul fistulelor biliare mici, este recomandabil să executăm totuși un drenaj cu tub subțire de polietilen. Dacă fistula este larg deschisă și se observă o scurgere abundentă de bilă, atunci drenajul căii biliare principale devine obligator, căci nici o metodă de închidere a canalului biliar (sudură, plastie musculară, tampon cu epiploon) nu a dat rezultate. În acest ultim caz efectuarea unui drenaj extern al coledocului este recomandabil. La icterul mecanic manifest preoperator, drenajul extern al coledocului apare și mai necesar.

În caz de coledoc larg, în care găsim vezicule hidatice fiice, curățirea acestora prin aspirație și eliberarea căilor biliare, urmată de drenaj este de asemenea obligatorie.

În ultimul timp, în loc de drenaj biliar extern prin tub Kehr, folosim cu succes drenajul transhepatic cu un tub subțire de polietilen și închiderea breșei coledocului. Tot drenaj transhepatic folosim și atunci cînd am fost nevoiți să facem o coledocoduodenostomie.

Drenajul transhepatic față de drenajul Kehr — în unele cazuri — pare a avea câteva avantaje: pierderea de bilă este mai redusă spre exterior și poate fi mai bine reglată prin ridicarea sau coborîrea capătului distal al tubului. Drenajul transhepatic asigură o depleție mai fiziologică a căilor biliare, care protejează suturile în caz de coledocoduodenostomie sau coledocotomie ideală. Cu acest tip de drenaj avem mai puține probleme de obstrucție a tubului de dren, date de o poziție vicioasă. Mucoasa arborelui biliar e mai puțin lezată. Prin tubul transhepatic putem controla colangiografic mai lesne starea arborelui biliar și a papilei. La extragerea sondei, scurgerea biliară se oprește în aceeași zi.

Pentru realizarea unui drenaj transhepatic comod, rapid și corect, noi am construit un instrument care este prevăzut la ambele capete cu câte un vîrf demontabil prin deșurubare, ușurînd astfel adaptarea sondei care trebuie introdusă retrograd (vezi fig. nr. 1).

d) În caz de fistulă biliobronșică, după rezolvarea membranei hidatice și a cavității restante, vom trece la suturarea fistulei diafragmatice. Această manevră este suficientă, deoarece fistula bronșică se va închide spontan. O segmentectomie sau lobectomie pulmonară ulterioară este necesară numai în cazul persistenței unei supurații pulmonare.

e) Dacă a fost vorba de un chist hidatic gigant, după evacuarea căruia rămîne o cavitate restantă uriașă și mai ales dacă peretele acestei cavități este rigid, calcaros și găsim fistule biliare larg deschise, este recomandabilă hepatectomia parțială reglată sau atipică. Pentru această operație însă, trebuie să fim pregătiți dinainte și să alegem o cale de acces largă (toracofrenicolarparotomie).

Menționăm că în toate celelalte tipuri de intervenție pe ficat ne ferim de toracofrenicolarparotomie, cunoscînd neajunsurile sale: infectarea posibilă a cavității pleurale, pleurezie serofibrinoasă reactivă și mai ales imobilizarea ulterioară a hemidiafragmului drept, ceea ce echivalează cu o amputație funcțională a capacității ventilatoare.

f) În cazul unui chist hidatic de dimensiune mai mare, cavitatea reziduală avînd pereții rigizi, iar lobectomia fiind contraindicată din cauza vîrstei înaintate sau a stării generale alterate a bolnavului, va trebui să ne mulțumim cu: deschiderea cit mai largă a cavității restante, aplatarea și sutura ei prin excizia și sutura pereților subțiați și plombaj cu epiploon. Un rol deosebit are plasarea corectă a tuburilor aspirative de dren.

g) În caz de chist hidatic dublu — hepatic și pulmonar — necomplicat, ambele chisturi vor putea fi rezolvate uneori în aceeași ședință operatorie prin toracotomie, chistul hepatic putînd fi evacuat transdiafragmatic. Situația devine însă mult mai gravă dacă una sau ambele chisturi s-au spart în cavitatea pleurală liberă, producînd un empiem pleural, concomitent cu un abces subfrenic. Într-un asemenea caz, propunem fracționarea timpilor operatorii. În prima ședință practicăm o toracotomie cu decorticare pulmonară, asociată la nevoie cu o rezecție segmentară sau lobară și numai în a două ședință procedăm la rezolvarea chistului hidatic hepatic prin laparotomie.

h) În caz de rupere a hidatidelor în cavitatea peritoneală liberă și producerea unei echinococoze secundare, situația devine gravă. Chisturile secundare pot fi uneori abordate și îndepărtate împreună cu organul respectiv: ovar, trompe, uter, epiploon etc. Vom fi însă cu totul dezamăgiți dacă chisturile secundare sînt răspîndite pe întreg teritoriul cavității peritoneale și în organele abdominale.

Pentru ilustrarea cazurilor noastre de chist hidatic complicat al ficatului, prezentăm cîteva imagini radiologice și schițe (fig. 1—8).

Sosit la redacție: 8 ianuarie 1972.

Bibliografie

1. ANDREOIU C., ANDRIU U.: *Chirurgia* (1952), 2, 231; 2. BIDULESCU A. și colab.: *Chirurgia* (1962), 2, 223; 3. BURLUI D. și colab.: *Chirurgia* (1967), 5, 403; 4. CHIRICUȚĂ I. și colab.: *Chirurgia* (1956), 3, 431; 5. CONSTANTINESCU P., CARACAS FR., DIMITRIU C.: *Chirurgia* (1963), 1, 105; 6. CORNELEAC E. și colab.: *Lyon Chir.* (1966), 5, 663; 7. DANICICO I., CIOBANU ȘT., BUTURAN M.: *Chirurgia* (1959), 6, 832; 8. ERDI E., KÖVES I.: *Magyar Sebészet* (1963), 3, 157; 9. FĂGAȘANU I. și colab.: *Chirurgia* (1956), 4, 507; 10. GHERASIM M., PASCU A., PĂȘZTOR P.: *Chirurgia* (1956), 1, 67; 11. GILORTEANU M. și colab.: *Chirurgia* (1964), 4, 553; 12. GUEDJ P. și colab.: *Lyon Chir.* (1968), 2, 161; 13. GUILLEMIN G. și colab.: *Lyon Chir.* (1963), 3, 416; 14. JUVARA I. și colab.: *Chirurgia* (1956), 4, 555; 15.

KOURIAS B., PEVERETOS P.: Lyon Chir. (1962), 2, 222; 16. LIARAS H.: Lyon Chir. (1969), 4, 506; 17. LUPAȘCU GH., PANAITESCU D.: Hidatidoza. Ed. Acad. R.S.R., București, 1968; 18. MANDACHE E. și colab.: Chirurgia (1965), 12, 1097; 19. PAPAHAĞI E. și colab.: Chirurgia (1952), 2, 281; 20. POPESCU V. și colab.: Chirurgia (1959), I, 91; 21. SAUBIER E. C.: Lyon Chir. (1969), 2, 2, 11; 22. SAUBIER E. C.: Lyon Chir. (1969), 1, 91; 23. SETLACEC D. și colab.: Chirurgia (1970), 6, 503; 24. SBURLAN L., TITESCU V.: Chirurgia (1963), 5, 767; 25. TOADER C. și colab.: Chirurgia (1971), 3, 201; 26. TSOUFIS E., PEVERETOS P.: Lyon Chir. (1969), 6, 865; 27. VOICU FL., AVRAMESCU V.: Chirurgia (1969), 12, 1107.