

PROBLEMELE DE DIAGNOSTIC ȘI ATITUDINE TERAPEUTICĂ ÎN COLECISTOPANCREATITELE ACUTE (C.P.A.)

T. Georgescu, V. Nistor, C. Crăciun, L. Creangă, F. Nagy, A. Boțianu

În perioada 1970—1982, au fost internați și tratați în clinica noastră 262 bolnavi cu afecțiuni pancreatice, din care 45 cazuri de colecistopancreatite acute (C.P.A.).

Colecistopancreatita acută este asocierea colecistitei cu pancreatita, dintre care cel puțin una din afecțiuni trebuie să fie în stare acută, așa cum o definea Turai (1967). Această definiție este limitativă din cauza multiplelor asocieri lezionale care nu reflectă realitatea clinică. În acest sens, noi am încadrat în C.P.A. inflamația acută a ambelor organe, indiferent de prezența litiazei sau nu. Din cele 170 pancreatite acute, 45 au fost colecistopancreatite acute, 43 fiind consecința litiazei biliare și 2 nelitiazice, dar ambele cu colecistită acută flegmonoasă și pancreatită necrotico-hemoragică.

Particularitățile clinice pe care le ridică această suferință mai ales la bolnavii aflați la prima manifestare, sînt datorate polimorfismului clinic oferit de o participare inegală a celor două organe afectate. Simptomatologia preponderantă poate aparține colecistitei acute, cea a pancreatitei acute fiind pe plan „secundar” și descoperită prin examinări insistente și repetate în această direcție (glicemie, enzime, radiologic și nu rareori explorare chirurgicală), sau simptomatologia pancreatitei acute domină tabloul clinic în formele grave și cea a colecistului se descoperă intraoperator sau ulterior la colecistografie.

Din analiza materialului nostru pe cei 13 ani — 170 pancreatite acute (PA) — reiese că doar 45 au fost colecistopancreatite acute ceea ce înseamnă că proporția coafectării celor două organe nu este așa de mare. În materialul nostru au existat doar două cazuri de colecistite nelitiazice, restul de 43 erau litiazice, iar în 21 cazuri litiaza a fost și coledociană. Substratul anatomic al leziunilor s-a prezentat foarte variat, de la colecistita acută catarală la cea cangrenoasă, chiar perforată, iar leziunile pancreatice de la edem la necroză, 3 din cazuri fiind pancreatite recidivante (aspect nodular, retractil, fibros, sugerînd în două din cazuri cancerul de pancreas).

Colecistopancreatita acută în cazuistica noastră a survenit între 26 ani (1 caz) și 73 ani (2 cazuri), frecvența maximă fiind între 40 și 60 ani.

Cu excepția unor forme fruste de C.P.A. majoritatea cazurilor au avut o simptomatologie relativ orientativă dar au existat și cazuri în care doar lipsa diagnosticului de organ, vărsăturile bilioase trenante, durerile epigastrice și în hipocondrul stîng ne-au sugerat diagnosticul, la fel ca și explorarea radiologică. În două cazuri în afara unei dureri în fosa iliacă dreaptă și a leucocitozei de peste 15 000 mmc, nici un alt simptom nu era prezent, dar nici alte semne care să sugereze o suferință apendiculară. Aspirația gastrică care a dus la ameliorarea fenomenelor subiective ne-a orientat spre poziția de colecistopancreatită acută abdomenul fiind ac-

cesibil palpării după aspirație, cu care ocazie am perceput o tumefacție în hipocondrul drept. Incertitudinea diagnosticului ne-a obligat la verificarea operatorie cu care ocazie am descoperit în ambele cazuri colecistite flegmonoase litiace cu pancreatită acută edematoasă. Colecistectomia a fost suficientă în ambele cazuri.

Tratamentul tentat inițial a fost cel medical. Tratamentul chirurgical aplicat celor 43 colecistopancreatite acute a fost pe lângă cel al pancreatitei acute (decapsulare pancreatică, debridare-ecizie, infiltrație, lavaj cu antienzime și novocaină-antibiotic, cortizon) cel adecvat căii biliare. În cazurile grave, la bătrâni și la tărâți, ne-am mulțumit cu operații minime pentru început: colecistostomii în 4 cazuri pentru decompresivitatea C.B.P., urmate de operații radicale în timpul doi, sau colecistectomii cu coledocotomie și drenaj Kehr în 3 cazuri. În total, pentru cele 45 C.P.A. am efectuat în final, 13 colecistectomii simple, 21+2 colecistectomii + coledocolitomie și drenaj Kehr, 2 colecistostomii și 7 sfincterotomii sau plastii asociate colecistectomiei, în care explorarea preoperatorie în urgență întârziată a evidențiat un pasaj dificil (oddită scleroasă?) sau calcul inclavat în papilă.

Deși au fost operate în urgență câteva cazuri de bolnavi vîrstnici și tărâți, nu am înregistrat nici un deces. Reintervensiunile au fost necesare doar în cele 4 cazuri de colecistostomii și în 2 din cele 3 cazuri de coledocotomie + Kehr, fără explorare în urgență, la care am descoperit la colangiografia de control pe tubul Kehr, calculi coledocieni restanți.

Concluzii

- Colecistopancreatita acută rămîne o afecțiune foarte gravă, a cărei gravitate este imprimată de evoluția pancreatitei și de forma acesteia.
- Tabloul clinic fiind diferit de la o criză la alta, predominînd în mod variabil cînd simptomatologia colecistitei, cînd cea a pancreatitei sau cazurile fruste, diagnosticul nu este ușor de stabilit.
- Tratamentul trebuie să fie totdeauna conservator — medical, cel chirurgical în urgență întârziată sau numai în caz de eșec al celui medical în lipsa diagnosticului, sau cînd agravarea simptomelor îl impun.
- Intervenția chirurgicală în urgență trebuie să vizeze scăderea presiunii în căile biliopancreatice, deci operație limitată și îndreptată spre suferința pancreasului cînd acesta este pe prim plan, restul rămînd pentru operația întârziată.
- Complicațiile tardive ale C.P.A. în cazistica noastră au fost: fals chist de pancreas (2 cazuri), fistulă sau sechestrarea pancreasului (cite 1 caz) și abcesul (2 cazuri) s-au pretat la operația întârziată cu rezultate foarte bune.

Bibliografie

1. Bota N., Ignat Sanda, Mogoșeanu M., Ignat P.: Pancreatita acută revelatoare a unei microlitiază veziculare cu examen radiologic negativ. Lucrare comunicată la ședința U.S.S.M. filiala Deva cu tema: „Pancreatiile acute (aspecte clinice și terapeutice)”, Deva, 5 iunie 1982; 2. Colaghera C., Crișan G., Nicola T., Barabás D., Mătușan Adriana: Chirurgia (1980), 29 1, 9; 3. Colaghera C., Crișan G., Nica C., Brinzeanu A., Miculit F., Glük G., Teodorescu C., Dumele G.: Colecistopancreatitele acute. Lu-

crare comunicată la şedinţa U.S.S.M. filiala Deva cu tema: „Pancreatitele acute (aspecte clinice şi terapeutice)“, Deva, 5 iunie 1982; 4. Lèger L., Chieche B., Glouti A., Laurel A.: J. de Chir. (1978), I. 115, 2, 65; 5. Szombathelyi L., Kassay C., Pop C.: Aspecte de diagnostic şi tratament în colecistopancreatitele acute. În: Burlui D., Bancu V. E. (sub red.): Chirurgia căii biliare principale. Simpozion şi masă rotundă. Baia Mare, 1976, 79; 6. Trapnell J. E.: World J. Surg. (1983), 5, 319; 7. Turai I., Mănescu-Călăraş I.: Chirurgia (1967), 1. 1.

Sosit la redacţie: 28 decembrie 1983.

T. Georgescu, V. Nistor, C. Crăciun, L. Creangă, F. Nagy, A. Boşianu

DIAGNOSTICAL ISSUES AND THERAPEUTICAL ATTITUDE IN ACUTE CHOLECYSTOPANCREATITIS CASES (ACP)

The authors present the clinico-therapeutical aspects of 45 cases of acute cholecystopancreatitis, out of the total of 263 pancreatic affections hospitalized and treated at the Clinic of Surgery Nr. II., Tirgu-Mureş, Romania, during 11 years (1972—1982). According to I. Turai, the definition of this disease seemed to be simple, but as a matter of fact it has its limits, and cannot reflect the picture of clinical reality, due to the possible multiple associations. We have included in ACP those 43 cases in which both affections were acute.

The treatment of the 43 ACP cases, in addition to that of acute pancreatitis (decapsulation + lavage or simple infiltrations), consisted of 13 cholecystectomies, 21 cholecystectomies + choledocholithotomies + Kehr, 2 cholescystojejunostomies, 21 cholecystectomies and 7 sphincteroplasties. There were no deaths.