

STUDII CLINICE

DILEMA ICTERULUI MECANIC TUMORAL ȘI PSEUDOTUMORAL

TUMORAL AND PSEUDOTUMORAL ICTERUS DILEMMA

Rezumat

În cazul tumorilor și pseudotumorilor icterigene persistă două indicații operatorii - de exereză tumorală cu restabilire ulterioară de tranzit biliar și de by-pass biliodigestiv. Deși se pare că există o succesiune, că sunt bine codificate, experiența practică arată predominanța aproape integrală a anastomozelor biliodigestive singulare. Se prezintă cazuistica pe o perioadă de 10 ani ce cuprinde 48 cazuri de procese canceroase icterigene și 31 pacienți cu proces pseudotumoral pancreatic. Au fost supuși intervenției chirurgicale 52 (65,8%) pacienți (34 cazuri cu procese tumorale și 18 cazuri cu afecțiuni pseudotumorale icterigene). În marea majoritate (98,1%) s-au efectuat operații paliative, derivative, de restabilire a pasajului biliar. Mortalitatea postoperatorie 16 (30,7%) cazuri (11 decese în procesele canceroase și 5 cazuri în pseudotumorile icterigene). Raționamentul de a alege o operație radicală sau o paleație depindea de o serie de factori, printre care experiența clinică, tradițiile școlii chirurgicale, individualitatea chirurgicală.

Sergiu REVENCU,

doctor în științe medicale,
conferențiar universitar

Catedra chirurgie Nr. 1 „Nicolae Anestiadi”,
Clinica Chirurgie “Sfântul Arhanghel Mihail”
USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

There are two preferred approaches in jaundice tumour and pseudotumour cases: tumour excision with biliary passage restoration and biliodigestive by-pass. Apparently, these two techniques emerge one from another but our practical experience shows the absolute preference for biliodigestive anastomosis. Thirty one patients suffered from pseudotumoral pancreatic process from 48 icterogenic cancer cases presented. For 52 (65,8%) patients surgical treatment was applied: 34 tumour cases and 18 icterogenic pseudotumour cases. The great majority (98.1%) supported palliative, derivative and biliary passage restoration. Postoperator mortality consisted of 16 (30, 7%) cases, where 11 deaths were caused by cancerous processes and 5 cases by icterogenic pseudotumour. The rational choice between a radical or palliative surgery depends on several factors like clinical experience, peculiarities of a certain surgical school tradition, personal individual approach.

Introducere

Grupul morfologic eterogen ce cuprinde tumorile și pseudotumorile icterigene: cancerul veziculei biliare, cancerul căilor biliare, ampulomul vaterian, cancerul cefalopancreatic, pancreatita cronică (PC) pseudotumorală, cancerul hepatic, metastaze (Mt) în hilul hepatic, continuă să fie o problemă majoră a chirurgiei moderne. Diagnosticul aproape în întregime se stabilește în stadiul tardiv ale bolii, icterul obstructiv instalat fiind punctul de reper. Metodele de diagnostic - examenul ultrasonor (EUS), ERCP (endoscopic retrograde colangiopancreatography), tomografia computerizată (CT), deși au o sensibilitate diagnostică mare, la o pătrime de pacienți nu stabilește cauza icterului [11]. Alegerea în continuare a procedurii chirurgicale pentru tratamentul atât al factorului cauzal, cât și pentru restabilirea pasajului biliar, se confruntă cu un șir de dificultăți. Rata de rezecabilitate scăzută rămâne în marea majoritate a cazurilor sub 20% [14,15,16], în unele unități spitalicești sub 1-3% [1,3]. Mortalitatea și morbiditatea postoperatorie crescută fac acest grup de pacienți dificil. Supravețuirea la distanță rămâne în continuare un indice nesatisfăcător [1,5,10,13]. Toate acestea determină alegerea deliberată a unor procedee chirurgicale paliative de drenaj biliar, reieșind doar din contextul icterului [1,2,10,11]. În lucrarea de față se face o analiză retrospectivă a cazurilor de icter mecanic pseudotumoral și tumoral, a intervențiilor chirurgicale efectuate, a rezultatelor obținute. În același timp au fost trasate unele

posibilități de perspectivă în acest domeniu.

Material și metodă

Studiul retrospectiv efectuat în Clinica Chirurgie „Sf. Arh. Mihail” pe perioada anilor 1994 - 2005 a cuprins 31 pacienți cu proces pseudotumoral de cauză pancreatită cronică și 48 pacienți cu procese canceroase în zona bilio-pancreatoduodenală, ce au cauzat icterul mecanic. Bărbați/ femei - 1/1 în cazul PC, cu vârste variate, majoritatea plasându-se după 60 ani - 70,8%. Corespunzător, în procesele canceroase icterigene raportul a fost de 2/1, peste 60 ani înregistrând - 57,9% pacienți. Toți bolnavii au fost examinați biochimic (bilirubina, AlAT, AsAT, fosfataza alcalină, coagulograma desfășurată, markerii virusurilor hepatice, analize generale) în vederea evidențierii concomitentei cu sindromul de coleastăză a sindroamelor de citoliză, de inflamație mezenchimală, de insuficiență hepatocelulară. Toți au fost examinați ultrasonor, confirmându-se icterul, cauza nemijlocită în 8 cazuri a fost suspectată PC (pseudochistul pancreatic concomitent mării de volum a cefalopancreasului a facilitat diagnosticul). ERCP s-a efectuat în 7 cazuri (22,6%) relevând diferite grade de compresii extrinseci pe porțiunea terminală a CBP. CT efectuată în 4 cazuri a concretizat existența procesului expansiv în capul pancreasului, prezența pseudochistului și a icterului mecanic. Afecțiunile canceroase în evoluția cărora a apărut icterul mecanic au fost suspectate preoperator (anamnestic și paraclinic). Examenul ultrasonor s-a efectuat

de regulă la toți, în concomitență cu tomografia computerizată (8 cazuri) ce a orientat diagnosticul în 29 observații, rămânând neconcludentă pentru 19 cazuri. ERCP efectuată la 25 pacienți (52%) a evidențiat nivelul, gradul și aspectul obstrucției. La 5 pacienți s-a aplicat inițial colecistostomia cu realizarea ulterioară a fistulografiei. Laparoscopiile diagnostice s-au întreprins în 10 cazuri, din ele la 6 bolnavi au fost completate cu biopsie. Fibrogastroduodenostomia a evidențiat în 4 cazuri ampulomul vaterian.

Rezultate

Tratament operatoriu s-a întreprins în 34 cazuri de procese canceroase icterigene și 18 cazuri de PC. Întrucât caracterul intervențiilor a vizat în marea majoritate doar icterul, a purtat și un aspect derivativ, din acest aspect le prezentăm împreună. Astfel colecistoduodenostomiile s-au efectuat - 13 cazuri, coledocoduodenostomii L-L - 19 cazuri, colecistojejunostomie în ansă ũ + enteroenterostomie - 7 cazuri, coledocoenterostomie în ansă ũ + enteroenterostomie 2 cazuri, colecistogastrostomie - 1 caz, duodenotomie + ampulomectomie - 4 cazuri. Complimentar s-au mai efectuat colecistectomie la 5 bolnavi, iar drenajul CBP - 2 cazuri. Laparotomii diagnostice cu prelevare bioptică - 5 cazuri. Într-un caz s-a efectuat duodenopancreatectomie Wipple pentru suspiciune de cancer cefalopaneatic, în final dovedindu-se a fi o pancreatită cronică. Neoperați au rămas 14 pacienți ce prezentau procese canceroase, complicate cu icter, Mt hepatice și canceromatoză, depășite terapeutice, care s-au repartizat astfel : cancer cefalopaneatic 5 cazuri, 8 cazuri au fost ipotetic interpretate ca cancer de CBP (5 cazuri), cancer în hilul hepatic (2 cazuri), Mt în hilul hepatic (1 cazuri). În cazurile de cancer supuși intervenției postoperator s-a concluzionat cancerul cefalopaneatic - 13 cazuri,; ampulomul vaterian - 4 cazuri; cancerul de CBP - 4 cazuri; cancerul a veziculei biliare - 2 cazuri; hepatocolangiocarcinom - 2 cazuri și un caz de Mt în hilul hepatic, originea primară fiind cancerul mamar. În 9 cazuri cauza canceroasă de origine pancreatică a fost infirmată, la necropsie stabilindu-se PC în 6 cazuri, Mt în hilul hepatic de origine pulmonară - 1 caz, într-un caz ampulom vaterian iar în altul echinococ multicameral hepatic cu erupere și hemoragie în CBP. Mortalitatea postoperatorie - 11 observații (32,3%) . În cazurile PC operați, mortalitatea postoperatorie a constituit 5 cazuri (27,7%). Confirmațiile histologice au fost în 58,4 % din observațiile proceselor canceroase și în cazul PC pseudotumorale examenul histologic s-a întreprins în cazurile de deces și de rezecție pancreatică.

Discuții

Recenta monografie excelent relatează diagnosticul și tratamentul icterului tumoral obstructiv [1]. Reieșind din rezultatele obținute atât de noi, cât și din cele expuse în sursa citată, și anume predominanța aproape integrală a operațiilor paliative în rezolvarea icterelor obstructive, câteva aspecte necesită a fi discutate în continuare. De altfel se reflectă starea actuală în chirurgia icterului tumoral și pseudotumoral în arealul dat. Chirurgia radicală a tumorilor căilor biliare, a cancerului de cap de pancreas, a ampulomului vaterian, a cancerului veziculei biliare complicate cu icter mecanic actualmente este expusă amplu în numeroase tratate de specialitate [1,4,5,9,10,11]. Se rezumază astfel că în tumorile 1/3 distale a căii biliare principale (ampulomul vaterian, cancerul cefalopaneatic) operația de elecțiune este duodenopancreatectomia cefalică (DPC). Cancerul 1/3 medii a CBP necesită rezecția lărgită a segmentului purtător de tumoră și colecistectomia. Cancerul 1/3 superioare, a confluenței căilor biliare sau tumorile Klatskin,

prin dificultățile sale anatomice cer o exereză a convergenței biliare și, în mare parte, și a unei părți de parenchim hepatic, care vizează de obicei segmentul IV [7]. Operația poate fi extinsă la segmentul V, fie o hepatectomie extinsă pe stânga sau dreapta în funcție de amploarea invaziei tumorale [8]. Cancerul veziculei biliare diagnosticat pre- sau intraoperatoriu se expune unei colecistectomii și unei hepatectomii atipice, ce cuprinde cel puțin 3 cm de parenchimul segmentelor IV și V adiacente patului vezicular [21,22] dimpreună cu ablația întregului canal cistic. Lărgirea exerezei poate interesa hepatectomii reglate de la segmentectomii IV +V sau IV+V+VI, până la hepatectomie dreaptă lărgită la segmentul IV [17]. Lărgirea exerezei poate interesa și CBP sau chiar DPC, rezecție de colon drept, rezecție gastrică, când procesul tumoral este răspândit la aceste organe [8]. Eradicarea stațiilor limfoganglionare este o măsură obligatorie și de întindere diferită de la autor la autor [8,17]. Extinderea tumorii la vena portă, artera hepatică nu mai prezintă contraindicații absolute, efectuându-se rezecții de vase cu alo-sau autogrefare [17,18, 19,20], fie prin simpla sutură. Contraindicații la efectuarea acestor gesturi chirurgicale le constituie metastazele multiple hepatice, diseminate, Mt la distanță, canceromatoză peritoneală, terenul biologic precar al bolnavului. Acestea în continuare constituie indicații pentru efectuarea operațiilor paliative, cazuistica noastră s-a axat în efectuarea acestora. Sunt descrise și aplicate diferite feluri de la anastomoze biliodigestive interne pana la cele externe (1), fie restabilirea pasajului biliar printr-un foraj transtumoral [26]. În sfârșit 1/5 din acești pacienți nu pot fi supuși nici unui fel de operații.

Aceste operații se pretează la indicația operatorie oncologică, care prevede exereza completă a tumorii cu restabilirea ulterioară a tranzitului biliodigestiv. În același timp, în marea majoritate a cazurilor ne întâlnim inițial cu un bolnav cu icter obstructiv. Acesta este sindromul care-l obligă să consulte medicul. În sine este deja un semn târziu în manifestarea clinică a tumorii sau a procesului pseudotumoral. Toți pacienții prezentați au fost diagnosticați în acest stadiu, deși se estimează cazuri de diagnostic preicteric până la 20% [6]. Prin evoluția naturală nefastă, icterul duce rapid la insuficiență hepatică și deces. Prezintă în sine o urgență chirurgicală care necesită rezolvare rapidă. Se impune o altă indicație operatorie, și anume, rezolvarea icterului obstructiv ca prioritate, pe plan secund rămânând aspectul oncologic [2, 10, 11]. Acest deziderat continuă să persiste în clinicile chirurgicale, lămurind faptul ratei scăzute a intervențiilor cu viză oncologică. În cazul unui proces pseudotumoral pancreatic complicat cu icter continuă să persiste câteva aspecte neelucidate. Diagnosticul cu cancerul de cefalopaneas este dificil, cu atât mai mult că ultimul survine într-o proporție de 20% pe fonul pancreatitei cronice (11). ERSP, CT, EUS dau erori până la 20 % (11). Prelevarea bioptică intraoperatorie cu cercetare extemporanee dau rezultate false într-o proporție de 30 % [11]. În final avem un număr de pacienți operați ca diagnostic figurând cancerul, dar de fapt fiind un proces pseudotumoral pancreatic. Cazuistica noastră cuprinde 7 astfel de cazuri. Și aspectul contrariu, sunt internați cu diagnosticul de pancreatită cronică, în esență având cancer. Discordanțele clinico-evolutive și morfologice la asemenea pacienți le-am relatat într-o publicație anterioară [23]. Rezecția duodenopancreatică cefalică este acel gest care rezolvă ambele situații [4,12,14]. În cazurile de diagnostic cert de pancreatită cronică se accentuează eficacitatea DPC. În ultimii ani a rezecțiilor de cefalopaneas cu prezervarea duodenului față de anastomoza biliodigestivă, argumentându-se prin faptul că se înlătură nu numai icterul, dar și zona considerată un adevărat „pace-makef al pancreatitei cronice [24,25].

Raționamentul de a alege una din alternativele expuse, operație radicală sau paliativă în tratamentul icterului tumoral sau pseudotumoral depinde de un șir de situații. Ce concept persistă în școala chirurgicală concretă. În aspect istoric inițial au dominat operațiile paliative, apoi impunându-se cele radicale. Trecerea pe scară largă la operațiile de exereză necesită o anumită experiență, care are răsunet direct asupra rezultatelor [12]. Aici se evidențiază rolul chirurgului ca personalitate creatoare, artistică, științifică, măiestrie manuală. P. Andronescu relatează 52 cazuri de DPC pentru pancreatită cronică fără decese [27], rată de rezecabilitate de 61% [17], 75% [7] în cancerul CBP. Obținerea acestor performanțe la sigur este în reală măsură dependentă de organizarea și funcționarea sistemului medico-chirurgical, de dotarea materială și instrumentală.

Concluzii

Rezolvarea icterului obstructiv tumoral și pseudotumoral rămâne în continuare un capitol dificil a chirurgiei moderne. Paliatiile vizavi de tumori și radicale față de icter, operațiile de drenaj biliar în aspect evolutiv au o importanță majoră. Deși sunt o cale de impas chirurgical, continuă să persiste în arsenalul chirurgical de rezolvare a icterului mecanic obstructiv tumoral și pseudotumoral cu rezultate imediate satisfăcătoare. Operațiile radicale prin ablația completă a tumorii sunt o cale de perspectivă. Calitatea net superioară a vieții, supravețuire mai mare sunt criteriile pentru efectuare acestor operații. Diagnosticul precoce, în fazele preicterice alături cu chimio și radioterapie vor schimba radical calitatea vieții acestor pacienți. Icterul obstructiv tumoral și pseudotumoral beneficiază de tratament chirurgical de exereză tumorală și pseudotumorală cu restabilirea ulterioară a pasajului bilio-digestiv. Cazurile depășite oncologic (metastaze hepatice, la distanță, canceromatoză) și biologic necesită rezolvare paliativă a icterului mecanic obstructiv. Rezecabilitatea constituie un criteriu ce reflectă experiența, organizarea și funcționalitatea serviciului medico-chirurgical.

Bibliografie

- HOTINEANU V., SADEK AL-FAKIH. Tactica chirurgicală în tratamentul paliativ la bolnavii cu ictere obstructive tumorale. Chișinău 2004, 133 p.
- HOTINEANU V., MUTAHAR GASEM AL AMEER. Particularități în diagnosticul și în tratamentul tumorilor ampulare și a papilei duodenale mari. *Arta Medica*, 2006, Nr.2(17), p. 15-18
- HOTINEANU V., MUTAHAR GASEM AL AMEER, A. HOTINEANU, A. FERDOHLEB. Menegementul în tratamentul chirurgical al tumorilor ampulare și ale papilei duodenale mari. *Arta Medica*, 2006, Nr. 2 (17), p. 19-23
- VEREANU I. Tumorile căilor biliare extrahepatice. în „Tratat de patologie chirurgicală” sub red. N. Angelescu, Editura Medicală, București 2001, p. 1970-1982
- VLAD L. Chirurgie Hepatică. Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca 1993, p. 143-163
- ALDRIGE M. C, BISMUTH H. GĂILBLADDER Cancer : The Polip Cancer Sequens. *Br. J. Surg.* 1990, V. 77, p. 363-364
- MIZUMOTO R., KAWARADA Y., SUZUKI H. Surgical Treatment of HiliarCarcinomaofthe Bile Duet. *Surg. Gynec. Ostetr.* 1986, v. 162, p. 153-158
- OGURA Y., MIZUTNOTO R., ISAGI S. Radical Opertions for Carcinomas of the GaJlbladder: Present Status in Japan. *World. J. Surg.* 1991. V. 15, p. 337-343
- RĂDULESCU D. Tumorile căilor biliare în „ Chirurgia căilor biliare extrahepatice” I.Juvara, D. Setlacec, D.Rădulescu, S. Gaviilescu, Ed. medicală București 1989, p. 180 -218
- VIȘNEVSKII A. A., ULIMANIS I. L., GRIȘCEVICI A. V. Jelceotvodeascie anastomozi. „ Medițina” Moskova, 1972. 303 p.
- KUZIN M. L, M. V. DANILOV, D. F. BLAGOVIDOV: Hroniceschii pancreatit. Medițina, Moscva. 1985, 367p.
- IONESCU M., C. STROESCU, S. BARBUȚĂ, I. POPESCU, S. CIUREA: Duodenopancreatctomia cefalică- operație de rutină? *Chirurgia (Buc.)*, vol. 98, nr. 2,2003, p. 103-108
- JANES R.N., NIEDERHUBER J. F., CHIMEL J. S. et all., National patterns of care for pancreatic canser. Results of a survey by the commission on canser. *Ann. Surg.* 1996, v. 223 nr. 3, p. 261-272
- HODACOV V. V., GELNINA T. H. Neposredstvennie rezultati hirurgicescogo lecenia pancreatoduodenalinogo raca. *Hirurgia* 1995, nr. 3, p. 26-29
- CONLONK. C, KLIMSTRAD. S., BRENNAN M. F. Long-term survival after curative resection for pancreatic ductal adenocarcinoma. *Clinicopathologic analysis of 5 year survivors. Ann. Surg.* 1996. v. 223, nr.3, p. 273-279
- CASUMIAN S. A., ALIBEGOV. A., BELICOV A. B., et all., Pancreatoduodenalinaia resectia pri rache golovche podjeludocinoi jelezi. „Vestnic hirurgii” 1998. tom 157, nr. 6, p. 26-28
- LAUNOIS B., CUBERTAFOND P. Cancers de la vesicul biliare în “ Les cancers des voies biliaires estra-hepatiques “. *Raport en 90 Congres Francais de Cheruigie.* Masson, Paris, 1988, p. 23-57
- SAKAGUCI S., NAKAMURA S. Suigery of the Portal Vein in Resection of cancer of Hepatic Hilus. *Surgery* 1986, nr. 99, p. 345-349
- STARZL T. E., IWATSUKI S., SHAN B., W. A GROWTH Factor in Fine Vascular Anastomoses. *Surg. Gynecol. Obstet* 1984, nr. 159, p. 164-165
- POPESCU I., BRAȘOVEANU V., MANUC M. et all. Considerații asupra a două cazuri de duodenopancreatctomie totală cu rezecție de venă portă pentru cancer de pancreas. *Chirurgia (Buc)*, vol. 92, nr.4, 1997, p. 237-243
- GADACZ T. R., CAMERON J. T. Tumors of the Biliary Tract. în Zuidema G.M. (Ed.) *Shackelford Surgery of the Ahmentary Tract.* Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1991., vol. 3, p. 238-248
- IONESCU M., DUMITRAȘCU T., STROESCU C, et all. Tratamentul chirurgical în cancerul de colecist avansat. *Chirurgia (Buc)*. Vol. 101/2006. Nr. 2 (S) p. 149
- REVENCU S., GH. ROJNOVEANU, A. GROSSU, R. GURGHÎȘ. Discordanțe clinico-evolutive și morfologice în complicațiile rare ale pancreatitei cronice. *Arta Medica*, Nr. 1.(16) Chișinău, 2006, p. 13-18
- BEGER H. G., SCHLOSSER W., FRIESS H. M., BUCHIER M. W. Duodenum- preserving head resection of chronic pancreatitis changes the natural course of the disease : a singlecenter 26-year experience. *Ann. Surg.* 1999, voi. 230(4),p. 512-519
- POPESCU L, C. VASILESCU, M.P.BOLȚI. Rezecția cefalopancreatică cu prezervarea duodenului în tratamentul chirurgical al pancreatitei cronice. *Chirurgia* vol.94, nr.5, 1999, p.383-390.
- ȚICMEANU F. Protezarea chirurgicală în tumoarea Klatskin. *Indicații, rezultate. Chirurgia (Buc)*, vol. 45, nr.3 1996, p 119-124
- ANDRONESCU P., AL. MORCOV, AL. CROITORU et all. Indicații chirurgicale în pancreatita cronică. *Chirurgia (Buc)*, vol. 93. 1998, p. 159