

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"CAROL DAVILA" BUCUREȘTI
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

TEZĂ DE DOCTORAT

**CHISTUL CONGENITAL DE COLEDOC
DIAGNOSTIC ȘI ATITUDINE TERAPEUTICĂ**

**Coordonator de doctorat:
Prof. Univ. Dr. Eugen BRĂTUCU**

**Doctorand:
Ion ZOANĂ**

**București
2008**

Cuprins

Capitolul 1	Introducere - Generalități.....	3
Capitolul 2	Anatomia ficatului și a căilor biliare.....	7
Capitolul 3	Fiziologia secreției și excreției biliare.....	50
Capitolul 4	Etiopatogenia dilatațiilor congenitale ale căilor biliare.....	69
Capitolul 5	Clasificarea dilatațiilor congenitale ale căilor biliare.....	73
Capitolul 6	Structura macro-și microscopică în chistul congenital de coledoc.....	77
Capitolul 7	Explorare și diagnostic în chistul congenital de coledoc.....	79
Capitolul 8	Complicațiile chistului congenital de coledoc.....	90
Capitolul 9	Tratamentul chistului congenital de coledoc.....	100
Capitolul 10	Prezentarea cazuisticii căilor biliare.....	118
Capitolul 11	Modalități de exprimare clinică și diagnostic a CCC.....	150
Capitolul 12	Rezolvări terapeutice a chistului congenital de coledoc.....	167
Capitolul 13	Rezultate și discuții.....	201
Capitolul 14	Concluzii.....	205
	Bibliografie.....	208

CHISTUL CONGENITAL DE COLEDOC DIAGNOSTIC ȘI ATITUDINE TERAPEUTICĂ

REZUMAT

Dilatațiile chistice congenitale ale căilor biliare sunt defecte ale programului genetic care se transmit după modelul autosomal recesiv.

Se cunosc următoarele forme anatomo-clinice:

- malformații localizate numai la CBP
- malformații ce pot interesa exclusiv căile biliare intrahepatice, respectiv boala Caroli
- sau displazii complexe interesând simultan căile biliare intra- și extrahepatice.

Chistul coledocian primar, cunoscut cel mai adesea ca fiind congenital, are ca sinonime dilatația chistică congenitală a căii biliare principale sau dilatația segmentară idiopatică a canalului hepatocoledoc.

Chistul congenital de coledoc sau dilatația chistică congenitală a CBP, exprimă o formă anatomică de ectazii la nivelul CBP consecință a uneia sau mai multor secvențe morfogenetice aberante, precum și a unor perturbări ale fluxului biliar sau a unei obstrucții variabile în porțiunea distală a CBP.

Incidența bolii este redusă; afecțiunea este mai frecventă la copiii până la vârsta de 10 ani precum și la adultul tânăr; unii autori ca Juvara sau Soper susțin că nu au fost depistate cazuri la persoane peste 50 ani. Afecțiunea a fost descoperită și la persoane peste această vârstă, punând în discuție și caracterul ”dobândit” sau ”secundar” al bolii. Displaziile chistice ale căii biliare principale constituie anomalii cu răsunet patologic major asupra morfologiei și funcției hepatice.

Chistul congenital de coledoc este mai frecvent în Extremul Orient, mai ales în Japonia și uneori se asociază cu displazii chistice ale căilor biliare intrahepatice (boala Caroli) - 2/3 dintre cazurile publicate aparținând autorilor niponi. Gleen, arată că frecvența populațională a chistului congenital de coledoc în raport cu totalul afecțiunilor căilor biliare extrahepatice poate fi de 1/300 000. Se apreciază că boala survine în proporție de 1 la 2 000 000 de noi născuți citându-se diverse surse de informații sau de 1 la 26 000 internări în clinicile de chirurgie.

Chistul congenital de coledoc întrunește cel puțin două aspecte particulare care justifică acumularea continuă de informații și precizarea cât mai precoce a diagnosticului; este o afecțiune al cărei diagnostic este în special intraoperator, cel preoperator fiind mai rar adesea întâmplător. În al doilea rând evoluția sa posibilă spre colangită, litiază biliară, hipertensiune portală și colangiocarcinom d’emblée sau consecutiv intervențiilor chirurgicale care realizează chiar și o exereză aparent completă a chistului, întunecă prognosticul, indiferent de momentul identificării bolii.

Natura congenitală sau dobândită este încă un subiect de dispută în lumea medicală, 80% dintre cazuri fiind descoperite încă în perioada copilăriei sau adolescenței și doar 20% dintre cazuri fiind diagnosticate la adulți sau vârstnici. Se pare că o medie de 60% dintre chiste sunt identificate în prima decadă a vieții iar o jumătate dintre acestea în primul an de viață. Peste vârsta de 40 de ani incidența ectaziilor coledociene s-ar situa între 8% și 10%. Extremele de vârstă care au fost citate în literatură sunt cuprinse între 6 zile de viață și 80 de ani. Malignizarea reprezintă una din complicațiile redutabile, riscul crescând proporțional cu vârsta. Anomalia este mai frecventă la femei, raportul față de sexul masculin fiind de 4 la 1. Este depistată în 60% din cazuri în copilărie; în 20-40% din cazuri boala se întâlnește la adult și în 8% din cazuri la vârste peste 40 ani.

Se acceptă în literatura medicală sub termenul generic de chist coledocian, „choledochal cyst“, dilatațiile chistice singulare sau multicentrice ale căilor biliare intra și extrahepatice, ultimile reprezentate de canalul hepatic, „the common hepatic duct“ și de canalul coledoc, respectiv „the common bile duct“.

Clasificarea chistelor coledociene depinde în mare măsură de amplasarea și extinderea dilatațiilor chistice din sistemul căilor biliare intra și extrahepatice. Chistele căilor biliare extrahepatice au fost clasificate de Alonso-Lej în 1959, bazându-se pe 94 de observații publicate în literatura mondială precum și pe o bogată experiență proprie, elaborând o primă clasificare în trei tipuri morfologice.

Tipul 1 este o dilatare saculară sau fusiformă a canalului hepatic, a canalului coledoc sau a canalului hepato-coledoc.

Tipul 2 este reprezentat de dilatația saculară excentrică supraduodenală a canalului hepatic sau a canalului coledoc.

Tipul 3 este un diverticul intraduodenal al canalului coledoc distal, denumit coledococel.

În 1958, Caroli descria dilatațiile chistice multiple, uni sau bilobare, segmentare sau difuze, ale căilor biliare intrahepatice, cunoscute astăzi, sub termenul de „boala lui Caroli“, cunoscută în clasificarea lui Todani, la tipul 5.

În 1977, Todani, combină clasificarea lui Alonso-Lej cu descrierea bolii lui Caroli, și adaugă în plus două tipuri, 4a și 4b, pentru a crea în final un sistem practic și unitar de clasificare a tipurilor anatomice ale dilatațiilor circumscrise sau difuze ale căilor biliare intra și extrahepatice, astăzi de uz curent; în această clasificare, tipul 1 reprezintă o dilatație fusiformă a C.B.P. El cuprinde 3 subtipuri și anume:

- tipul 1a – dilatația coledocului în ansamblu ;
- tipul 1b - dilatația segmentară a coledocului ;
- tipul 1c – dilatația difuză a C.B.P.

Tipul 2 este reprezentat de un chist diverticular al CBEH .

Tipul 3 cuprinde coledocul, adică o dilatație chistică diverticulară a porțiunii intraduodenale a C.B.P.

Tipul 4 se referă la cazuri de chiste multiple ale căilor biliare și are 2 subtipuri: tipul 4a, chiste multiple intra-și extrahepatice și tipul 4b, chiste multiple limitate la căile

biliare extrahepatice. În fine, tipul 5 caracterizează cazurile de chiste numai ale căilor biliare intrahepatice; ele pot fi unice sau multiple. Acest tip cuprinde boala Caroli care constă în dilatații chistice multifocale ale ductelor biliare segmentare, limitate la un lob hepatic, mai frecvent cel stâng, sau ale întregului ficat.

Incidența chistelor coledociene raportată până în prezent arată o frecvență mai mare în Asia și în special Japonia) și mai rară în Europa și SUA. Date de statistică arată că 80% dintre cazuri au fost chiste de tip 1, 9% de tip 4, 5% de tip 3 și 3% de tip 2. Boala lui Caroli definită prin prezența unor multiple dilatații biliare chistice intrahepatice, uni sau bilobare, a fost întâlnită la mai puțin de 1% dintre cazuri.

Atâta timp cât chistul coledocian, survine ca o entitate separată, acesta se poate asocia frecvent cu alte anomalii ale sistemului căilor biliare cum ar fi: stenoza distală a canalului coledoc, joncțiunea anormală a căii biliare principale cu canalele pancreatice sau chiar anomalii ale căilor biliare intrahepatice.

Școala românească de chirurgie s-a preocupat de această patologie făcându-și cunoscută experiența printr-o serie de publicații care întrunesc peste 60 de observații clinice; Economu; Țurari; Simici; Firică ; Juvara I.; Naftali ; Stăncescu ; Al. Ionescu ; Bușu I.; Duca S.; S.Bologa ; Setlacec D.; Rădulescu D.; Gavrilăescu Ș.; Târcoveanu E.; Zamfir T.; P.D.Andronescu ; Dragomir ; C.Dragomirescu ; Angelescu N.; Palade R.; Constantinoiu S.; A.Popovici ; Copotoiu C.; Straja D.; Popescu I.; Ciurea M.; A.Cucu; Georgescu I.; Brătucu E.; F.D.Ungureanu, sunt autorii români care au adus o contribuție importantă față de această afecțiune.

Originea congenitală a dilatației chistice hepatico-coledociene este acceptată în prezent pentru majoritatea observațiilor. Acest punct de vedere este susținut de numărul mare de cazuri la copii și asocierea relativ frecventă cu alte malformații congenitale ca de exemplu vezicula biliară bifidă, agenezia colecistului, prezența unui canal hepatic accesoriu, absența canalului cistic sau a canalului hepatic comun, colangita scleroasă, fibroza hepatică congenitală sau pancreasul inelar.

În linii mari, anatomia acestei anomalii congenitale a fost descrisă pentru prima dată de Vater în 1723, dar Douglas a fost primul care a găsit o cauzalitate clară între simptomatologie și caracteristicile patologice ale acestei afecțiuni.

În majoritatea cazurilor înregistrate, chistul (care în general are aspectul unui anevrism sacular) interesează orice regiune supraduodenală a ductului biliar comun sau a ductelor principale, inclusiv segmentele intrahepatice ale ductelor hepatice. Toate grupele de vârstă sunt afectate dar 75% din pacienți au sub 25 ani.

Yotuyanagi consideră afecțiunea a fi congenitală și probabil dependentă de inegalitatea ratei de proliferare a epitelului în stadiul de ocluzie a coledocului primitiv.

Alonso-Lej crede că etiologia constă într-o slăbire congenitală a ductului biliar comun într-o porțiune specifică, cauzată de hiperproliferarea și hipervacuolizarea ariei respective în cursul dezvoltării embrionare. În contextul acestei slăbiri se constituie o protodilatație, entitatea clinico-patologică realizându-se atunci când presiunea ductală crește datorită unui factor obstructiv.

Din punct de vedere evolutiv, chisturile congenitale ale CBP se caracterizează prin apariția frecventă a complicațiilor: angiocolita, litiaza chistului, ciroza biliară, ruptura chistului, pancreatita acută, compresiunea pe organele vecine și malignizarea. În chistul coledocian se întâlnesc calculi pigmentari, bruni, unde se formează de novo, probabil ca rezultat al acțiunii bacteriene, consecința stazei variabile biliare. Calculii pigmentari bruni sunt de asemenea o cauză frecventă de pusee de colangită acută; contaminarea bacteriană determină deconjugarea bilirubinei și formarea de calculi pigmentari în arborele biliar.

În lucrarea de față, dat fiind raritatea afecțiunii, am efectuat studii pe 17 pacienți internați în Clinica de Chirurgie a Spitalului Clinic Caritas în perioada 1995 – 2007, diagnosticați inițial sau în timpul unei intervenții pentru litiază coledociană, pacienți care au fost evaluați statistic pe baza datelor demografice, simptomatologiei, explorărilor biologice și respectiv imagistice, precum și din punct de vedere al acurateței explorărilor imagistice și al tratamentului aplicat. S-a urmărit de asemenea evaluarea comparativă a celor două tipuri de tratament (endoscopic și/sau chirurgical) din punct de vedere al duratei de spitalizare, complicațiilor, morbidității și mortalității precum și utilitatea ERCP pentru diagnosticul preoperator al pacienților cu chist coledocian congenital.

Rezultatele studiului au fost relevante pentru diagnosticul și tratamentul chistului congenital de coledoc, fiind de asemenea comparabile cu datele din literatură.

Din totalul de 17 pacienți internați la spitalul clinic Caritas pe perioada 1995 – 2007 cu diagnosticul de displazie chistică congenitală ale căilor biliare se constată:

- * Chisturi intrahepatice 1 caz (5,88%) – boala Caroli
- * Chisturi extrahepatice 13 cazuri (76,47%) – toate au fost tipul I.
- * Chisturi intra- și extrahepatice 3 cazuri (17,65%) – tipul IVa.

Din totalul de 17 pacienți, incidența chisturilor congenitale de coledoc a fost mult mai crescută la femei decât la bărbați, astfel că numărul de femei internate a fost de 15 (88,23%), iar numărul de bărbați a fost de 2 (11,77%), cu vârste între 30 – 78 ani (vârsta medie 61,7 ani).

Cei mai mulți pacienți provin din mediul urban 10 (58,82%), restul de 7 (41,18%) provin din mediul rural.

Se observă o creștere oarecum semnificativă a pacienților proveniți din mediul urban comparativ cu cei proveniți din mediul rural (de cca 1,5 ori) raportată la lotul de pacienți luat în studiu și s-a constatat faptul că toți pacienții proveniți din mediul urban au suferit de litiază veziculară și litiază coledociană de migrare sau autohtonă. Raportat la repartitia pe sexe se observă că din pacienții proveniți din mediul urban, femei au fost în număr de 9 (52,94%) iar bărbați în număr de 1 (5,88%), diferența fiind astfel semnificativă. Pentru pacienții proveniți din mediul rural se constată că femei au fost 6 (35,29%) iar bărbați 1 (5,88%), diferența fiind deasemeni mare.

Un criteriu important în studiul efectuat este reprezentat de modul în care pacienții s-au internat în spital. O parte din pacienți s-au internat prin intermediul serviciului de

urgență, cu debut acut al bolii, fără a avea altă simptomatologie până în momentul respectiv, alți pacienți aveau simptomatologie de ceva vreme dar nu suficient de pregnantă pentru a se prezenta la spital și fără a cunoaște simptomatologia. Altă categorie de pacienți este reprezentată de aceia internați în alte unități chirurgicale spitalicești (din București sau din țară) și transferați în clinica de chirurgie a spitalului Caritas prin diverse circumstanțe.

În urma studiului s-a constatat faptul că din totalul de 17 pacienți, 6 s-au internat prin serviciul de urgență (35,29%), 8 pacienți s-au internat prin ambulator (47,06%), iar 3 pacienți prin transfer intraspitalicesc (17,65%).

Simptomatologia pacienților internați a variat ca intensitate în funcție de tipul debutului. La pacienții la care boala a debutat brusc, simptomatologia a fost de intensitate mare, în special cu dureri abdominale preponderent la nivelul hipocondrului drept și epigastrului. Majoritatea pacienților la care simptomatologia a fost de intensitate mare au prezentat angiocolită acută în special. Pacienții cu simptomatologie de intensitate mai mică au prezentat în general doar litiază intrachistică cu sau fără dureri abdominale.

Tabloul clinic clasic al chistului congenital de coledoc este reprezentat de triada descrisă de Sénèque   i Tailhefer:

- durere persistentă la nivelul hipocondrului drept,
- icter mecanic   i
- tumoare palpabilă în hipocondrul drept.

- durerile abdominale cu intensitate variabilă în funcție de istoricul bolii   i de debut, localizate în hipocondrul drept   i epigastru au fost simptomele prevalente pe care le-au acuzat la internare majoritatea (14 din 17 pacienți - 82,35%).

- icterul a fost prezent la 10 cazuri (58,82%), fiind de tip obstructiv   i s-a găsit la pacienți cu litiază intrachistică de migrare, mixtă sau autohtonă, dar   i la pacienții fără litiază, fiind de intensitate mică sau medie sau intermitent.

Icterul se asociază frecvent cu durerile abdominale, astfel din tot lotul de pacienți, 8 (47,06%) prezintă icter însoțit de dureri abdominale, 3 (17,65%) pacienți internați au prezentat pe l  ngă icter, dureri abdominale   i febră sau frisoane, 2 (11,76%) pacienți internați au prezentat numai icter, la 3 (17,65%) pacienți pe l  ngă celelalte simptome s-a mai adăugat   i pruritul, 2 (11,76%) pacienți au prezentat icter cu scădere ponderală iar alți 2 (11,76%) pacienți au avut asociat icter   i febră sau frison.

- tumoră abdominală palpabilă în hipocondrul drept a fost întâlnită la 3 bolnavi (17,65%).

Triada clasică descrisă de Sénèque   i Tailhefer (durere, icter obstructiv, tumoare abdominală palpabilă) a fost prezentă ca atare la 3 pacienți (17,65%). Două din cele 3 simptome s-au   nt  lnit la 8 pacienți (47,06%) din lotul de 17 studiați.

Manifestările clinice însoțitoare au fost grețurile, vărsăturile, inapetența, alterarea stării clinice generale, prezente în procente variabile, care au îndreptat supozițiile diagnostice preoperatorii către alte afecțiuni,   nt  rziind în acest fel diagnosticul   i determin  nd

uneori spitalizarea pacienților în alte unități medicale unde au fost tratați pentru hepatopatii cronice evolutive, hepatită virală, pancreatopatii sau alte boli insuficient identificate.

În ceea ce privește modalitatea de exprimare clinică, chistul congenital de coledoc se poate prezenta:

- **fără exprimare clinică** (descoperire incidentală, în timpul efectuării unei ecografii abdominale sau intervenții operatorii în etajul abdominal superior): o pacienți în lotul studiat.
- **cu exprimare clinică:**
 - litiază biliară - de cele mai multe ori simptomatologia clinică a chistului congenital de coledoc este nespecifică și se confundă cu manifestările clinice ale litiazei biliare, 6 (35,23%) pacienți, dintre care:
 - cu litiaza veziculară, 2 pacienți (11,76%),
 - cu litiaza CBP, 4 pacienți (23,53%).
 - angiocolita acută - chistul congenital de coledoc poate debuta uneori ca o angiocolită de etiologie necunoscută: 2 pacienți (11,76%) din totalul de 17 internați.
 - icter obstructiv – reprezintă o altă modalitate de exprimare clinică a chistului congenital de coledoc, fiind întâlnită la 6 (35,23%) pacienți din lotul studiat. Icterul se asociază frecvent cu dureri abdominale, grețuri, vărsături, angiocolită.
 - pancreatită acută – este o altă modalitate de exprimare clinică a chistului congenital de coledoc, predominant pentru tipul III (coledococel) și tipul IVa, asociat frecvent cu PBM: o pacienți în lotul studiat
 - triada Sénèque –   nt  lnit   la 3 (17,65%) pacienți, din lotul de 17 studiați. (durere, icter obstructiv, tumoare palpabilă).

Printre leziunile cele mai frecvente asociate chistului congenital de coledoc se menționează:

- **litiaza veziculară ± coledociană**

Astfel pe lotul de 17 pacienți studiați cu chist congenital de coledoc s-a constatat:

- 2 bolnavi (11,76%) prezintă la internare și colecistită cronică litiazică cu litiaza CBP, unul din aceștia av  nd și fistulă colecisto-coledociană;
- 4 cazuri (23,53%) au suferit colecistectomie în ultimii 2 ani de zile pentru litiază veziculară, din care 3 pacienți (17,65%) au fost colecistectomizați în ultimile 4 luni de zile, iar 1 (5,88%)   n urmă cu 2 ani, aceștia prezent  nd la internare și litiază coledociană alături de chistul congenital de coledoc.
- 8 pacienți (47,06%) colecistectomizați în urmă cu mai mulți ani (>2), dintre care 4 (23,53%) pentru litiază veziculară, iar la alți 4 (23,53%) nu se

menționează patologia veziculară pentru care s-a efectuat colecistectomia, asociază la internare și dg. de litiază a CBP, chistului congenital de coledoc.

- 1 caz (5,88%), diagnosticat cu colecistită cronică alitiazică și litiază a CBP se asociază chistului congenital de coledoc,
- 2 cazuri (11,76%) unde colecistectomia s-a efectuat în cadrul coledoco-duodenoanastomozei pentru rezolvarea unui ampulom vaterian și respectiv a unei stenoze oddiene strânse, fără a fi însoțite de litiază a CBP, s-au asociat chistului congenital de coledoc.

- **malformații ale pediculului cistic și hepatic**

Chistul congenital al CBP se poate asocia și cu alte malformații ale căilor biliare (pediculului cistic și hepatic).

Pe întreg lotul analizat de 17 pacienți (100,00%), cu ajutorul colangiografiei directe intra- și postoperatorii și ERCP s-au găsit:

- 1 caz (5,88%) de malformație a pediculului cistic – unde canalul cistic se deschide în hepaticul stâng și se asociază chistului congenital de coledoc
- 1 caz (5,88%) de malformație a pediculului cistic + hepatic - pacientă cu canalul cistic dilatat, are o implantare joasă, retroduodenală, se deschide pe partea stângă a CBP, malformație însoțită și de o anomalie a pediculului hepatic cu încrucișarea canalului hepatic stâng și drept și prezența unui diverticul al CBP de partea dreaptă.
- 3 cazuri (17,65%) de malformații ale pediculului hepatic (un caz cu stenoză coledociană calibrată 1/3 inferioară, un alt caz ce prezintă canal segmentar hepatic drept care drenează un teritoriu hepatic limitat de partea dreaptă și un caz unde canalul biliar stâng se suprapune peste CBP).

- **diverticuli de fereastră duodenală**

Sunt leziuni care frecvent se asociază cu chistul congenital de coledoc; în studiul nostru pe un lot de 17 pacienți (100,00%) cu chist congenital de coledoc, la investigația cu pasaj baritat gastro-duodenal și ERCP s-au diagnosticat 3 bolnavi (17,65%) cu diverticuli de fereastră duodenală din care 1 (5,88%) cu diverticul juxtapus; 1 pacient (5,88%) a fost diagnosticat cu diverticul duodenal dublu situat inferior de papilă spre genunchiul inferior.

- **alte leziuni asociate chistului congenital de coledoc**

Chistul congenital de coledoc poate fi asociat cu o serie de afecțiuni comorbide care trebuiesc cunoscute și tratate în vederea unei bune evaluări preoperatorii a pacientului.

Evaluarea preoperatorie, în clinică, s-a axat de regulă pe existența sindromului icteric colestatic, pe cea a celui tumoro-abdominal (hipocondrul drept) și pe cea a afecțiunilor comorbide de însoțire.

În cazul lotului de 17 pacienți cu chist congenital de coledoc s-au constatat 26 afecțiuni comorbide prezentate detaliat în următorul tabel:

Diagnostic	Număr de cazuri
Hipertensiune arterială	4
Hepatită cronică	4
Papiloodită stenoizantă	4
Cardiopatie ischemică cronică	3
Diverticuli de fereastră duodenală	3
Obezitate	2
Pancreatită cronică	2
Diabet zaharat tip II	2
Fibrilație atrială	2
Canalicul biliar aberant	2
Pancreatită acută	1
Diverticul coledocian drept	1
Disfuncție respiratorie	1
Gușă tiroidiană plonjantă chistică	1
Boală polichistică hepatică	1
Cancer de sân drept operat	1
Eventrație postop. flanc abdom. drept	1
Poliadenopatii retropancreato – duodenale	1
Stenoză duodenală extrinsecă	1
Insuficiență evacuatorie gastrică	1
Tumoare distală de CBP operată	1
Diverticul duodenal dublu	1
Pseudochist pancreatic mic	1
Steatoză hepatică	1
Angiocolită cronică	1
Stenoză coledociană calibrată 1/3 inferioară	1

Din totalul de 17 pacienți luați în studiu, 16 (94,12%) pacienți au prezentat una sau mai multe din patologiile asociate din tabelul de mai sus.

Modalități de diagnostic al chistului congenital de coledoc

• preoperator:

Explorările biologice la majoritatea pacienților internați în chirurgie au arătat creșteri ale bilirubinei totale cu preponderența celei conjugate, ale GPT, GOT, gamma GT și ale fosfatazei alcaline, confirmând sindromul de colestază extrahepatică, cât și modificările funcției hepatice îndeosebi din această cauză. S-a urmărit de asemenea modificarea în dinamică a acestor valori la câteva zile postintervenție. S-a constatat că valorile biologice luate în studiu au scăzut aproape la jumătate în primele zile postintervenție, și în dinamică, au tendința spre normalizare la sfârșitul primei săptămâni postintervenție.

Referitor la explorările imagistice, acestea au fost efectuate la majoritatea pacienților și au constatat în ecografie abdominală și ERCP, iar uneori tomografia computerizată, endoscopia digestivă superioară, colangiografia intra- și postoperatorie, pasajul baritat gastro-duodenal.

Ecografia abdominală a fost efectuată la toți pacienții, însă CBP a apărut fără modificări ecografice la 2 pacienți internați (11,76%), constatându-se însă intraoperator colecistită cronică sclero-atrofică litiazică cu un chist congenital al CBP și prezența de calculi la acest nivel, iar la un alt pacient anastomoza coledoco-duodenală părea colmatată, dar la EDS se constată anastomoza largă, permeabilă, cu peristaltică accentuată a duodenului 1 și reflux biliar abundent la nivelul stomacului, iar intraoperator CBP dilatată, cu perete gros, locuit cu aspect de dilatație congenitală, poliadenopatii intraabdominale, stenoză duodenală extrinsecă probabil prin adenopatii retropancreatice și duodenale, pentru care se practică coledocotomie unde se găsesc 4 sâmburi de cireșe în lumenul coledocian, care au fost extrase, urmată de coledocorafie cu drenaj biliar extern pe tub Kehr.

Din lotul total de 17 bolnavi studiați, ecografia abdominală a arătat dilatații chistice congenitale ale căilor biliare la 15 pacienți (88,23%), din care, 11 pacienți (64,71%) au prezentat numai modificări chistice congenitale ale CBP, iar la 3 pacienți (17,65%) dilatațiile chistice congenitale ale CBP se asociază dilatațiilor chistice intrahepatice ale căilor biliare; la 1 pacient (5,88%), s-au întâlnit numai dilatații chistice congenitale ale lobului hepatic stâng complicate cu litiază (boala Caroli) care se însoțeau de litiază autohtonă a CBP cu dilatarea secundară a acesteia; iar la 11 cazuri (64,71%) examenul ecografic a diagnosticat litiază coledociană ± intrachistică. Exceptând un singur bolnav, în rest la toți pacienții cu colecistită cronică sau acută litiazică, pancreatită acută sau cronică, boală polichistică hepatică, steatoză hepatică, diagnosticul a fost constatat și ecografic.

Endoscopia digestivă superioară s-a efectuat la un număr de 2 pacienți (11,76%) și a decelat la un pacient gastrită alcalină de reflux cu zonă de stenoză duodenală ce nu părea a avea originea la nivelul mucoasei; o anastomoză coledoco-duodenală largă, permeabilă, iar la celălalt pacient a găsit un diverticul de fereastră duodenală.

Tomografia computerizată s-a efectuat la un număr de 2 pacienți (11,76%) confirmând diagnosticul pus pe baza explorărilor imagistice anterioare, la un pacient prezentând și mici dilatații de CBIH, CBP dilatată, cu vizualizarea unui calcul în porțiunea intrapancreatică. Colecist cunoscut cu pereții îngroșați, iar la un alt pacient CT abdominal descrie numeroase formațiuni lichidiene la nivel hepatic, cu conținut omogen, cu diametrul de 18 – 75 mm, predominente în lobul drept – boală polichistică hepatică.

Tranzitul baritat eso-gastro-duodenal efectuat la un singur pacient (5,88%), a decelat prezența unui diverticul de fereastră duodenală care s-a asociat chistului congenital de coledoc.

Colangio-pancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP) este metoda de elecție în diagnosticarea și tratamentul mini-invaziv al chistului congenital de coledoc și al litiazei coledociene și intrachistice asociate.

Din lotul de 17 pacienți studiați:

- ERCP s-a efectuat la un număr de 12 bolnavi, investigație în urma căreia s-a precizat diagnosticul de chist congenital de coledoc, din care:
 - la 9 s-a găsit asociat și litiază a CBP ± litiază intrachistică,
 - la 4 pacienți s-a diagnosticat asociat și alte malformații ale căilor biliare (stenoză coledociană calibrată în 1/3 inferioară; canal biliar segmentar drept+dilatate a teritoriului stâng; cistic dilatat cu implantare joasă , retroduodenală și pe stânga CBP+CBIH dilatate cu încrucișare de canale hepatice+diverticul coledocian lateral drept; canal biliar stâng suprapus peste CBP),
 - la 3 pacienți s-a diagnosticat și diverticuli de fereastră duodenală,
 - iar la 1 pacient s-a diagnosticat diverticul duodenal dublu, voluminos.

La toți cei 12 pacienți ERCP a fost însoțită de papilosfincterotomie endoscopică (PSE), controlul vacuității CBP cu sonda Dormia, extracția calculilor, spălarea abundentă a CBP cu ser fiziologic steril și antibiotice, cu repetarea investigației când situația a impus; după câteva zile, 10 pacienți din 12, au fost supuși unei intervenții chirurgicale pentru rezolvarea chistului congenital de coledoc, (2 pacienți au fost rezolvați endoscopic prin ERCP + PSE + controlul vacuității CBP cu sonda Dormia și extracția calculilor), datorită unor factori obiectivi prezenți (starea clinică alterată a pacienților, vârsta avansată, afecțiunile organice asociate), ce nu permiteau un alt tip de tratament, iar 1 pacient ce asocia și stenoză calibrată coledociană în 1/3 inferioară a refuzat intervenția operatorie.

- la 2 pacienți s-a tentat efectuarea de ERCP, dar nu s-a reușit (o pacientă prezentând un calcul impactat la nivelul papilei, iar o altă pacientă prezenta asociat și un diverticul de fereastră duodenală), diagnosticul de chist congenital de coledoc precizându-se la prima pacientă în urma unei colangiografii postoperatorii efectuată pe tubul de drenaj transcistic iar la a doua pacientă s-a stabilit intraoperator;
- iar la alți 3 pacienți fără un examen ERCP în prealabil, s-a intervenit chirurgical pentru alte afecțiuni (litiază veziculară ± litiază a CBP; stenoză duodenală cu insuficiență evacuatorie gastrică), diagnosticul de chist congenital de coledoc fiind o descoperire intraoperatorie.

ERCP a fost efectuată cu succes la toți pacienții cărora li s-a recomandat această metodă imagistică și care au fost internați în clinica de chirurgie a spitalului Clinic Caritas în perioada 1995 – 2007.

Incidentele și accidentele post ERCP + PSE întâlnite pe întreg lotul de 17 pacienți studiați au fost:

- Nu se reușește cateterizarea datorită calculului inclavat în papilă (2 cazuri)
- Post PSE largă – apare hemoragia pentru care se face hemostază cu adrenalină 1‰ diluată în ser fiziologic și electrocoagulare (2 cazuri)
- Se introduce sonda Dormia, însă nu poate fi utilizată – calculul fiind de consistență fermă, împiedică deschiderea sondei (1 caz)
- Creșterea moderată și de scurtă durată, a amilazelor și transaminazelor serice post ERCP+PSE (4 cazuri).

• **intraoperator:**

Cele mai folosite explorări imagistice pentru precizarea diagnosticului intraoperator sunt colangiografia intraoperatorie și coledocoscopia.

Colangiografia intraoperatorie s-a efectuat la un număr de 2 pacienți (11,76%): la o pacientă de 77 ani susține diagnosticul de chist congenital de coledoc precizat de explorările imagistice anterioare (echografie și ERCP) și arată pasajul bun al substanței de contrast, cu absența calculilor în CBP post papilosfincterotomie endoscopică cu ERCP și post coledocotomie cu explorarea instrumentală a CBP cu drenaj biliar axial transhepato-ligamento-parietal al CBP. La un alt pacient de 62 ani, colangiografia intraoperatorie susține diagnosticul de chist congenital de coledoc tipul IVa, precizat de celelalte explorări imagistice anterioare și arată o dilatare predominantă a teritoriului stâng cu existența unui al 3-lea canal biliar dilatat care deservește un teritoriu, predominant drept independent=malformație de căi biliare.

Coledocoscopia presupune examinarea directă intraluminală a coledocului, în special pentru examinarea corectă a porțiunii distale; coledocoscopia aduce informații importante pentru evaluarea litiazei coledociene și a stenozelor tumorale din porțiunea terminală a căii biliare. În intervențiile chirurgicale pe cale deschisă, coledocoscopia poate fi efectuată transcistic cu extracția calculilor cu sonda Dormia pentru calculii al căror diametru permite, ceilalți fiind supuși coledocotomiei, procedura fiind urmată de drenaj biliar extern (transhepato-ligamento-parietal drept sau drenaj pe tub Kehr). În studiul de față nu am beneficiat de avantajele metodei, nedispunând de dotarea tehnică necesară.

• **postoperator:**

Investigațiile imagistice cele mai frecvent folosite în stabilirea diagnosticului postoperator sunt colangiografia postoperatorie, ERCP postoperator, CT abdominal.

Colangiografia postoperatorie s-a efectuat la un număr de 4 pacienți (23,53%); la 1 pacientă care a fost operată în altă unitate spitalicească în urmă cu 1 lună pentru colecistită acută litiazică cu pancreatită acută edematoasă și care postoperator prezintă un drenaj biliar extern transcistic de aproximativ 500 ml/24h, colangiografia postoperatorie transcistică a decelat prezența unui obstacol coledocian (chist congenital

de coledoc), cu distensie a CBIH, dilatație a CBP cu imagine de obstacol litiazic coledocian inferior și a ridicat suspiciunea unei anomalii anatomice a CBP cu abuzarea cisticului în hepaticul stâng, diagnostic confirmat cu ocazia intervenției operatorii când se evidențiază un rest infundibular de colecist, cu fistulă colecisto-coledociană ce comunică la nivelul CBP cu un chist coledocian congenital, cu un diametru de 3 cm, cu perete îngroșat, fuziform, situat la nivelul convergenței în care se deschideau cele două canale hepatice.

La alți 3 pacienți colangiografia postoperatorie a fost efectuată la 15 – 17 zile postoperator, având rolul de a controla permeabilitatea arborelui biliar dilatat, prezența unor eventuali calculi biliari restanți, etanșeitatea anastomozelor bilio-digestive, în vederea unei posibile suprimări a drenajului biliar axial extern, sau a drenajului Kehr când acesta a fost folosit.

ERCP postoperator poate aduce informații valoroase asupra căilor biliare intra- și extrahepatice, a dispozițiilor modale sau a unor eventuale malformații congenitale ale acestora care ar putea lămuri evoluția trenantă, postoperatorie a unor astfel de pacienți; în lotul studiat s-a încercat efectuarea ERCP postoperator la o pacientă care a fost operată și transferată dintr-o altă unitate spitalicească, dar nu s-a reușit datorită unui calcul impactat la nivelul papilei.

CT abdominal postoperator este metoda folosită mai ales pentru diagnosticul chistului congenital al căilor biliare intrahepatice dar și extrahepatice; poate oferi relații despre masa chistică hipodensă subhepatică care se umple cu substanță de contrast dar nu fixează substanța și asupra viscerelor din jur precum și a rapoartelor pe care acestea îl au cu chistul. Pe lotul studiat, explorarea CT abdominal nu a fost făcută postoperator la nici un pacient, nedispunând de dotarea tehnică necesară.

Rezolvări terapeutice

Din întreg lotul de 17 (100,00%) pacienți studiați, 15 (88,23%) au suferit intervenții chirurgicale, 1 (05,88%) au fost tratați miniinvaziv endoscopic prin ERCP + PSE, controlul vacuității chistului și a căilor biliare cu extracția calculilor, iar 1 (5,88%) pacient a refuzat intervenția operatorie.

Tratament chirurgical - din cei 15 pacienți care au suferit intervenție chirurgicală, toți au fost operați clasic (pe cale deschisă), și nici unul pe cale laparoscopică.

Modalitățile chirurgicale de rezolvare a celor 15 pacienți au fost:

A). - Derivațiile au fost aplicate la bolnavii la care stadiul evolutiv al bolii și starea generală nesatisfăcătoare nu permiteau operații de exereză a chistului:

- derivații externe: 1 (5,88 %) procent în cadrul lotului total de 17 pacienți studiați și 6,67 % în cadrul lotului chirurgical de 15 pacienți operați.

Sunt intervenții rar folosite, în cazuri de urgență pentru o perioadă de timp limitată și pentru a scoate pacientul din starea critică în care se află;

I. marsupializarea – pierderi masive de bilă, mortalitate mare, intervenție perimată, nu se mai face.

II. drenajul biliar extern: cu tub Kehr sau axial transhepato-ligamento- parietal

drept - folosit în perforația spontană a chistului congenital de coledoc, unde sutura chistului cu drenaj biliar extern și tratarea peritonitei prin lavaj peritoneal, cu drenaj multiplu peritoneal cu tuburi groase de polietilen este intervenția ce permite supraviețuirea bolnavului; de asemenea intervenția se recomandă la gravidele din luna 6-7 care prezintă complicații – icter mecanic – prin compresia uterului pe blocul duodeno-bilio-pancreatic sau ruptura spontană a chistului congenital de coledoc în timpul travaliului când se efectuează această operație, iar la 2 luni postpartum se intervine și pacientei i se face o rezecție a chistului cu hepatico-jejuno anastomoză pe ansă în „Y” à la Roux; metoda operatorie este recomandată și la pacienții cu stare clinică gravă, septici, cu angiolite grave care prin acest procedeu pot să temporizeze intervenția operatorie pentru redresarea clinică a pacientului.

Drenajul biliar extern efectuat la o pacientă, a fost instalat temporar ca urmare a coledocotomiei, extracției corpurilor străine, explorării instrumentale a CBP și a permeabilității anastomozei, care relativ recent suferise o coledoco-duodenoanastomoză pentru o tumoare coledociană distală și la internare prezenta angiolită cu un diabet zaharat tip II.

Modalitățile operatorii tactico-tehnice de rezolvare a pacienților din lotul chirurgical, raportate procentual la lotul total de 17 pacienți, sunt prezentate în continuare:

- derivații interne: 6 pacienți (35,30%) în cadrul lotului de 17 cazuri studiate, și 40,00% reprezentând în cadrul grupului chirurgical de 15 pacienți.
- coledochisto-duodenoanastomoză latero-laterală: la 3 pacienți (17,65%) din grupul total de 17 cazuri și (20,00%) din lotul chirurgical de 15 cazuri, după prealabilă coledocolitomie cu evacuare de calculi migrați, autohtonizați.

Procedeul mult folosit în trecut, pare tentant prin raporturile de vecinătate ale viscerelor care intră în anastomoză, dar în ultimul timp a pierdut teren datorită procentului ridicat(până în 50%) a reintervențiilor la care este supus peste 5 ani; gradul ridicat de reflux și stază în CBP cu colangita bacteriană recurentă care apare precum și activarea enzimelor pancreatice de către enterokinaza intestinală la cei cu canal comun lung ce duce la alterarea epiteliului biliar și în final la un grad ridicat de malignizare, fac ca metoda operatorie să fie tot mai rar folosită. Întrucât anastomoza se face cu un canal lipsit de epiteliu, inflammat cronic, scleros și fără fibre musculare, determină ca la scurt timp de la operație, să apară stenoza anastomotică, necesitând reintervenție. Datorită acestor complicații redutabile ce apar în scurt timp, metoda este tot mai puțin folosită, în cazuri bine selectate, la pacienți cu stare clinică alterată, acolo unde boala a avut o evoluție îndelungată de timp, și pacientul prezintă comorbidități majore asociate ce nu permit rezecția chistului congenital de coledoc.

Pe lotul de 17 pacienți studiați acest tip de anastomoză s-a efectuat la o pacientă de 73 ani cu hepatită cronică cunoscută, la care intraoperator s-a descoperit un chist congenital de coledoc tipul Ia (clasif. Todani), cu perete îngroșat, scleros cu un calcul

intrachistic, a cărei stare generală făcea neindicată o excizie completă a chistului, și deasemeni la două paciente care la internare prezentau fenomene de angiolită acută una din ele asociând și un diverticul de fereastră duodenală cu stenoză oddiană strânsă la o dilatație congenitală de coledoc tipul Ia (clasif. Todani) iar cealaltă pacientă la dilatația congenitală de CBIH a lobului hepatic stâng (boală Caroli) asocia litiază migrată și autohtonă de căi biliare intra- și extrahepatice pentru care se practică coledocolitotomie cu evacuare de calculi migrați autohtonizați și coledoco-duodenoanastomoză latero-laterală.

- coledocochisto-jejunoanastomoză cu ansă în „Y” à la Roux precolică sau transmezocolică cu drenaj biliar axial extern transhepato-ligamento parietal drept: 3 cazuri (reprezentând 17,65% din lotul total de 17 pacienți și 20,00% din grupul chirurgical de 15 cazuri).

Acest tip de anastomoză evită refluxul digestivo-biliar și implicit crizele de colangită bacteriană se răresc. Pentru că sutura la nivelul chistului se face cu un perete lipsit de epiteliu în timp se dezvoltă o stenoză a stomei; deasemeni la nivelul peretelui chistic se dezvoltă mai frecvent colangiocarcinomul. Ansa care pleacă de la chist trebuie să aibă 60 cm pentru a evita refluxul și se trece precolic sau transmezocolic, iar anastomoza ansei jejunale cu chistul trebuie să aibă cel puțin 5 cm.

În lotul analizat avem două paciente de 77 și 78 ani, care în timpul spitalizării se precizează diagnosticul de chist congenital de coledoc tipul I; asociat cu HTA în tratament, colecistită cronică litiazică cu litiază de CBP; diverticul de fereastră duodenală la o pacientă și litiază intrachistică pigmentară la cealaltă pacientă, și un bolnav de 62 ani operat de pancreatită acută edematoasă în antecedente, iar mai apoi de colecistită litiazică și papiloodită stenozantă pentru care s-a practicat papilosfincterotomie transduodenală cu drenaj biliar extern Kehr și colecistectomie clasică în urmă cu 22 ani; se internează în serviciul chirurgie cu diagnosticul de angiolită acută; examenul biochimic coroborat cu investigațiile imagistice (echografie și ERCP) stabilesc diagnosticul de: chist congenital de coledoc tipul I; colecistită cronică litiazică cu litiază de CBP; diverticul de fereastră duodenală, pentru care se practică ERCP cu PSE, controlul vacuității CBP cu sonda Dormia și extragerea de calculi, iar după 3 zile se intervine chirurgical pe cale clasică și se evidențiază colecist moderat dilatat, locuit, coledoc dilatat chistic cu pereții îngroșați, scleroși cu aspect de displazie chistică congenitală pentru care se practică colecistectomie, coledocotomie, controlul instrumental al CBP ce nu evidențiază calculi, hepaticochisto-jejunoanastomoză pe ansă în Y a la Roux, transmezocolică și drenaj biliar axial extern transhepato-ligamento-parietal drept al CBP. Pasaj bun al substanței de contrast, CBP cu diametrul de aproximativ 2cm, fără calculi, la colangiografia intraoperatorie. Evoluție postoperatorie: clinic și biologic favorabilă;

Rezultatele anastomozelor coledocochisto-digestive: Derivația internă (coledocochisto-duodenală) are o rată de morbiditate mare 40-60% și după 5 ani 40% din bolnavi au fost reoperați. Coledocochisto-jejunoanastomoza are o morbiditate

postoperatorie de 6-8 % și este mai folosită. Derivațiile chisto digestive nu previn degenerescenta malignă a chistului.

B). Rezecțiile chistului congenital de coledoc cu hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” á la Roux sau pe ansă continuă în omega cu fistulă Braun la piciorul ansei și stricțiuni Rosanov-Tomoda cu fir pe ansa aferentă la 2-4 cm de anastomoză.

Rezecțiile chistului congenital de coledoc pot fi:

- parțiale
- totale

Experiența clinicii și datele din literatură optează, în cazurile de dilatații chistice congenitale ale CBP pentru ablația chistului urmată de hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” á la Roux, transmezocolică, tutorizată de drenaj biliar axial transhepato-ligamento-parietal drept, sutura capătului distal al coledocului; operația înlătură un conduct cu pereții alterați, lipsiți de fibre musculare și contractilitate, organizat într-un rezervor de stază biliară, ce este vinovată de colangita bacteriană recurentă, litiaza biliară pigmentară și degenerescenta malignă sub formă de colangiocarcinom. După extirparea chistului hepatico-jejunoanastomoza este modalitatea de ales, deoarece previne refluxul duodeno-gastric (care este foarte abundent la anastomoza coledoco-duodenală) și gastrita alcalină. Și în anastomoza hepatico-jejunală la 10% din cazuri s-au citat complicații ce apar tardiv și anume strictura anastomozei.

Pe lotul de 17 pacienți cu chist congenital de coledoc, rezecțiile de chist cu hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” á la Roux, transmezocolică, tutorizată de un drenaj biliar extern axial transhepato-ligamento parietal drept și sutura capătului distal coledocian după prealabil control al permeabilității papilare le-am efectuat la 8 cazuri reprezentând 47,06% în cadrul lotului total și 57,14% în cadrul lotului chirurgical de 14 pacienți), cu următoarele variante întâlnite:

- Rezecție parțială a chistului congenital de coledoc cu hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” á la Roux: 4 cazuri (23,53%) în cadrul lotului total și 26,67% în cadrul lotului chirurgical de 15 pacienți operați.

În cadrul lotului de 17 pacienți rezecția parțială s-a efectuat la 2 paciente ce prezentau tipul Ia și respectiv Ic (clasif. Todani) de chist congenital de coledoc conținând litiază și fistulă colecisto-coledociană iar la pacienta din urmă s-a găsit și o anomalie congenitală asociată constând în deschiderea cisticului în hepaticul stâng; următoarele 2 paciente prezentau tipul IVa (clasif. Todani) de chist congenital de coledoc iar ultima pacientă asocia și litiază intrachistică cu alte malformații congenitale (diverticul coledocian spre peretele lateral drept, canal cistic dilatat, jos implantat, retroduodenal și pe stânga CBP, CBIH dilatate, cu încrucișare de canal hepatic drept și stâng) la care s-a practicat colecistectomie, rezecția chistului congenital extrahepatic cu hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” á la Roux, transmezocolic, tutorizată pe tub de drenaj axial biliar extern transhepato-ligamento parietal drept.

Rezecția parțială a chistului congenital de coledoc nu înlătură posibilitatea evoluției spre malignizare a chistului restant.

- Rezecție totală a chistului congenital de coledoc cu hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” á la Roux: 4 cazuri (23,53%) în cadrul lotului total de 17 pacienți și 26,67% în cadrul lotului chirurgical de 15 pacienți operați.

În cadrul lotului total de pacienți studiați (17) rezecția totală a chistului congenital de coledoc a fost efectuată la 4 paciente care prezentau tipul Ib al chistului congenital de coledoc (forma segmentară), paciente relativ tinere compensate hemodinamic și respirator, fără comorbidități majore asociate; rezecția totală a chistului congenital de coledoc cu hepatico-jejunoanastomoză înlătură riscul unor complicații majore în evoluția chistului congenital de coledoc, dintre care cel mai grav fiind riscul malignizării; riscul transformării maligne nu este îndepărtat în totalitate, el fiind prezent prin posibilitatea persistenței unor fragmente microscopice ale chistului congenital de coledoc după îndepărtarea chirurgicală a acestuia. La ultima pacientă, chistului congenital de coledoc i s-a asociat și o altă malformație congenitală și anume suprapunerea canalului biliar stâng peste CBP.

Desigur, rezecția chistului cu hepaticojejuno-anastomoză pe ansă în „Y” á la Roux este intervenția chirurgicală de ales, dar trebuie ținut cont că acești pacienți ajung la noi după o evoluție îndelungată a bolii și după o alterare profundă a stării clinice, iar tratamentul trebuie adaptat fiecărui pacient în parte pentru că este inadmisibilă mortalitatea pentru o afecțiune benignă.

Examenul histopatologic al pieselor de exereză a pus în evidență la nivelul peretelui chistului coledocian modificări fibrotice cu reacție inflamatorie acută sau cronică intraparietală sau perimurală, dispariția epiteliului chistic biliar.

Tratament minim invaziv endoscopic prin ERCP cu PSE, controlul vacuității chistului și a căilor biliare cu sonda Dormia și extracția calculilor, spălarea abundentă cu ser fiziologic a CBP.

ERCP este metoda de elecție în tratamentul miniinvaziv al tipului III al chistului congenital de coledoc (coledococelul mic) și al litiazei intrachistice sau a căilor biliare. În studiul de față pe lotul de 17 pacienți, tratament minim invaziv endoscopic prin ERCP cu PSE, controlul vacuității chistului și a căilor biliare cu sonda Dormia și extracția calculilor, a fost efectuat la 1 pacientă (05,88%); bolnava de 78 ani s-a internat de urgență pentru angiocolită acută cu oligurie iar investigațiile imagistice (echografie, ERCP) stabilesc diagnosticul de chist congenital de coledoc tipul I cu litiază intrachistică, diverticul dublu duodenal pentru care se practică PSE, controlul repetat al vacuității CBP cu sonda Dormia și extracția calculilor, spălare repetată a CBP prin care se exteriorizează lichid purulent, microcalculi. ERCP de control arată dispariția calculilor. Evoluție clinică și biologică favorabilă.

ERCP a fost metoda imagistică de diagnostic a chistului congenital de coledoc, a litiazei intrachistice sau a căilor biliare, a afecțiunilor asociate (malformații congenitale ale căilor biliare, diverticuli de fereastră duodenală), dar în același timp s-a încercat

extragerea calculilor pe această cale și asigurarea unei bune permeabilități la nivelul papilei, pentru a asigura un bun drenaj al fluxului biliar. ERCP cu extragerea calculilor și papilosfincterotomia a fost folosită cu succes în rezolvarea cazurilor menționate; starea clinică a pacienților, stadiul evolutiv al bolii, complicațiile afecțiunii, comorbiditățile asociate nefăcând posibilă exereza chistului.

Comparativ cu metodele chirurgicale, tratamentul miniinvaziv cu ERCP+PSE și controlul vacuității CBP cu sonda Dormia, a presupus o spitalizare de mai scurtă durată pentru pacienții tratați miniinvaziv cu ERCP+PSE și aproape dublu pentru pacienții tratați chirurgical, o refacere și o integrare mai rapidă a pacientului în mediul socio-profesional, complicațiile fiind mai mici față de cele survenite în urma tratamentului chirurgical. Când nu s-a reușit extracția tuturor calculilor într-o singură ședință, la câteva zile manevra s-a repetat. Pentru extragerea calculilor s-au folosit în general sondele Dormia.

S-a observat că atât după tratamentul chirurgical, cât și după cel miniinvaziv, constantele biologice s-au normalizat sau au tins spre normalizare, ceea ce denotă succesul terapeutic.

Externare la cerere (refuză intervenția chirurgicală): 1 caz (5,88%)

Pacient de 72 ani, colecistectomizat pe cale clasică în urmă cu 5 ani pentru litiază veziculară, se internează pentru icter sclero-tegumentar intens, prurit, greață; examenul clinic, biologic, coroborat cu investigațiile imagistice efectuate (echografia abdominală, ERCP +PSE) stabilesc diagnosticul de displazie chistică congenitală segmentară tipul I, aparent nelocuită; litiază restantă de CBP; stenoză coledociană calibrată 1/3 inferioară, zonă care nu poate fi depășită cu sonda Dormia.

Evoluția postERCP+PSE, clinic și biologic staționară, cu menținerea icterului sclero-tegumentar, și a valorilor biologice la nivel ridicat. Pacientul refuză intervenția chirurgicală și la cerere se externează.

Complicațiile postoperatorii au fost prezente la 5 bolnavi (29,41%) procent în lotul de 17 pacienți cu chist congenital de CBP și 33,33 % procent în lotul chirurgical 15 pacienți operați. Pacientă de 60 ani cu afecțiuni comorbide prezente (diabet zaharat tip II, pancreatită cronică) care relativ recent (în urmă cu 5 luni) a suferit într-o altă unitate spitalicească, o coledoco-duodeno anastomoză latero-laterală pentru o tumoră coledociană distală (ampulom?) și la care nu s-a precizat asociat și diagnosticul de displazie congenitală de CBP, prezintă postoperator o colmatare de CBP cu resturi alimentare cu angiocolită acută secundară; stenoză duodenală tumorală cu insuficiență evacuatorie gastrică; la reintervenția chirurgicală efectuată în clinică se precizează diagnosticul de displazie congenitală a CBP, stenoză duodenală extrinsecă prin adenopatii retropancreatice și duodenale cu pancreatită cronică cefalică pentru care se practică coledocotomie unde se constată colmatarea CBP prin 4 sâmburi de cireșe care se îndepărtează, și după controlul permeabilității anastomozei coledoco-duodenale, se montează drenaj biliar extern Kehr. Se efectuează GEA pe peretele posterior gastric, transmezocolică și excizia unui ganglion mezenteric pentru examen histopatologic; a 7-

a zi postoperator pacienta prezintă hematemeză pentru care se institue tratament cu hemostatice, antiacide, protectoare gastrice, sânge izogrup, izoRh cu oprirea hemoragiei (Hgb=7,1g%, L=12 200/mm³, creat=1,79 mg%, urea=50mg%, BT=1,7 mg/dl, BD=1,20 mg/dl, ALT=70 U/l, AST=68 U/l, ALP=190 U/l, GGT=84 U/l. Pacienta se externează cu drenajul Kehr închis, la 15 zile postoperator, 21 zile de spitalizare.

Pacientă de 30 ani operată în urmă cu 1 lună de zile într-o altă unitate spitalicească pentru colecistită acută litiatică și pancreatită acută edematoasă la care s-a practicat colecistectomie anterogradă, explorare și drenaj transcistic al CBP, și la care nu s-a diagnosticat asociat și displazia congenitală a CBP, prezintă postoperator fistulă biliară externă exprimată prin drenajul transcistic biliar extern, persistent, de aproximativ 500 ml/24h. Explorările imagistice postoperatorii - colangiografia postoperatorie și ecografia (ERCP s-a încercat dar nu s-a reușit cateterizarea datorită calculului inclavat în papilă) au decelat prezența unui obstacol coledocian și au ridicat suspiciunea unei anomalii anatomice a CBP cu abuzarea cisticului în hepaticul stâng; în regiunea papilară calcul impactat; ușoară distensie de CBIH. Se intervine chirurgical și intraabdominal se evidențiază un rest infundibular de colecist, cu ductul cistic desființat și fistulă colecisto-coledociană ce comunică la nivelul CBP cu un chist coledocian congenital, cu un diametru de 3 cm, cu perete îngroșat, fuziform, situat la nivelul convergenței în care se deschideau cele două canale hepatice (tip I C), pentru care se rezecă chistul congenital coledocian păstrându-se convergența doar la nivel posterior și se practică hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” à la Roux transmezocolic, tutorizată de drenaj axial biliar extern transhepato-ligamento-parietal drept. Evoluția postoperatorie: a fost grevată de apariția unui volvulus de intestin subțire mezenterico-axial pentru care s-a reintervenit de urgență la 2 zile postoperator, practicându-se devolvulare, apoi se instalează sondă mezenterică și drenaj al Douglasului. La 2 zile postoperator, pacienta dezvoltă un pneumotorax drept post puncție subclavie, ce se rezolvă prin montare de drenaj pleural. Se închide drenajul axial la 17 zile postoperator. Colangiografia pe tub în a 22-a zi postoperator, evidențiază status postoperator normal și se suprimă drenajul axial. Pacienta se externează la 22 zile postoperator, și la 36 zile de spitalizare cu diagnosticul de dilatație chistică congenitală de coledoc tipul I Todani (I C).

Infecția plăgii la 2 pacienți (11,76%), care s-a rezolvat sub tratament și nu a ridicat probleme deosebite de îngrijire postoperatorie, iar la un alt bolnav cu derivație internă a prezentat gastrită alcalină de reflux (5,88%), care sub tratament cu alcaline, antisecretoarii, regim dietetic evoluția a fost favorabilă.

Nu am avut mortalitate pe lotul de pacienți operați. Postoperator au putut fi urmăriți pe timp de 2 ani 11 pacienți, 6 fiind pierduți din evidență, cercetarea pacienților făcându-se prin controale directe la clinică.

Complicațiile post ERCP+PSE.

Folosită ca metodă imagistică pentru diagnosticul displaziei chistice a CBP și a complicațiilor acesteia dar și ca metodă terapeutică miniinvazivă pentru rezolvarea formelor mici ale tipului III de chist congenital de coledoc, a litiazei intrachistice și a căilor biliare, a papilooditei stenozante.

Post PSE, hemoragia a fost întâlnită la 2 pacienți (11,76%) pentru care s-a realizat hemostaza prin injectare cu adrenalină 1%000 diluată în ser fiziologic și electrocoagulare; una din pacienți a prezentat și un scaun melenic a II-a zi postERCP dar fără răsunet hemodinamic.

Pacientă de 78 ani, colecistectomizată în antecedente pentru litiază veziculară și care se internează cu angiolită acută (dureri intense în hipocondrul drept, subicter sclerotegetentar, oligurie) probabil prin litiază a CBP; ERCP arată CBP cu aspect de dilatație chistică congenitală ce conține un calcul ceva mai mic în porțiunea inferioară, sub care se mai constată un alt calcul cu diametrul de aproximativ 1 cm, pentru care se face ERCP+PSE largă în urma căreia apare hemoragia, pentru care se realizează hemostază prin injectare cu adrenalină 1%000 diluată în ser fiziologic; la prima explorare, sonda Dormia nu poate fi utilizată deoarece calculul fiind de consistență fermă a împiedicat deschiderea sondei.

O altă pacientă de 53 ani colecistectomizată în urmă cu 4 luni se internează cu angiolită acută (dureri colicative în hipocondrul drept, urmate de icter sclerotegetentar cu caracter progresiv). Investigațiile imagistice (ecografie abdominală, ERCP) stabilesc diagnosticul de maladie Caroli lob hepatic stâng cu un calcul la nivelul convergenței CBP. Se practică PSE când se produce o sângerare arterială ce necesită pentru hemostază injectare cu adrenalină 1%000 diluată în ser fiziologic și electrocoagulare; a II-a zi pacienta a prezentat scaun melenic, fără răsunet hemodinamic, iar după câteva zile s-a intervenit chirurgical și s-a practicat coledocolitotomie cu evacuare de calculi migrați, autohtonizați și coledoco-duodenoanastomoză latero-laterală. Evoluție postoperatorie clinic și biologic favorabilă, cu reluarea tranzitului și alimentației orale.

Discuții

Dilatația congenitală a căilor biliare este o malformație rară care se întâlnește la vârsta pediatrică și este diagnosticată de obicei în primii ani de viață; expresia clinică la adult se întâlnește în mod excepțional. Anomalia este mai frecventă la sexul feminin, raportul fiind de 4 la 1 față de sexul masculin, aspect ce reiese și din studiul nostru pe lotul de pacienți prezentat (15 cazuri sunt de sex feminin și 2 de sex masculin), este frecvent întâlnită în Extremul Orient și foarte rar în zona noastră geografică.

În 1959 Alonso-Lej pe baza a 94 de cazuri publicate în literatura mondială și a experienței personale a stabilit principalele caractere ale displaziei congenitale a căilor biliare și a formulat o primă clasificare în trei tipuri morfologice, larg acceptată, care a devenit standard. Todani, Komi și alții elaborează în 1977 o clasificare mai

cuprinzătoare care include atât variantele ectaziilor CBP cât și diversele asocieri în cadrul întregului arbore biliar (intra- și extrahepatic), clasificare menținută și în prezent pentru valoarea sa orientativă. Conform acestei clasificări, în lotul prezentat se întâlnesc 13 cazuri (76,47%) ce aparțin tipului I, 3 cazuri (17,65%) ce aparțin tipului IVa și 1 caz (5,88%) tipului V (boala Caroli).

Analizând cazurile prezentate a rezultat că manifestarea clinică a chistului congenital de coledoc a fost de regulă icterul tranzitoriu sau permanent asociat cu fenomene de angiocolită și obstrucții parțiale prin litiaza biliară secundară. Menționăm că există însă forme asimptomatice sau perioade lungi de evoluție fără simptome: colangita recurentă pentru formele simptomatice.

Referitor la etiopatogenia dilatației chistice congenitale a CBP, s-au emis mai multe teorii:

- teoria embriologică are argumente logice, ce se pot parțial demonstra științific, însă este valabilă, doar pentru tipul dismorfic, și nu pentru toate situațiile întâlnite;
- teoria ageneziei nervoase intramurale pare tentantă, dar fără argumente solide, musculatura slab dezvoltată la nivelul canalului hepatocoledoc, nepermițând interpretarea leziunii prin similitudine cu megaesofagul, megacolonul, megaureterul;
- teoria joncțiunii biliopancreatice, teoria obstrucției distale, teoria disgeneziei ampulare, pot explica patogenia unor forme particulare, dar nu pentru toate formele.

Aceste teorii au un pronunțat caracter ipotetic și nu au permis conturarea unor soluții, care să fie eventual folosite în prevenirea apariției acestor defecte. Faptul că toți autorii interpretează aceste malformații ca tulburări ale programului genetic, transmisibile ereditar, ar putea constitui într-un viitor nu prea îndepărtat, o speranță de rezolvare prin inginerie genetică.

În materialul prezentat unde afecțiunea a fost întâlnită la vârste înaintate (vârsta medie 61,7 ani), nu excludem intervenția unor factori dobândiți, dar credem că acțiunea lor a fost grefată pe anomalii congenitale de mai mică amploare, tolerate de organism.

Displaziile congenitale chistice ale căilor biliare sunt asociate relativ frecvent cu alte malformații congenitale (canal cistic abuzat în canalul hepatic stâng, canal cistic dilatat, cu implantare joasă, retroduodenală și pe stânga CBP, încrucișarea canalelor hepatice, suprapunerea canalului stâng peste CBP, asocierea chistului congenital de coledoc cu stenoza calibrată de CBP în 1/3 inferioară, diverticul de perete coledocian drept, diverticul duodenal dublu situat la 1 cm de papilă, asocierea cu diverticuli de fereastră duodenală în 3 cazuri, în lotul nostru studiat) fiind argumente ce susțin originea congenitală a dilatației chistice hepato-coledociene.

Clinica dilatației chistice a hepato-coledocului a fost în majoritatea cazurilor incompletă în raport cu ceea ce se cunoaște clasic sub denumirea de triada Sénèque – Tailhefer (durere, icter, masă tumorală), întârziind diagnosticul și confundându-se cu

cel al unei litiaze coledociene sau ale unui hidrops vezicular, prezentarea fiind de obicei similară cu cea a bolii litiazice a tractului biliar, - 6 pacienți (35,23%).

Referitor la explorările paraclinice, biologic s-a înregistrat constant un sindrom de colestază cu creșterea bilirubinei pe seama celei directe, a fosfatazei alcaline și a GGT. Explorările imagistice care au stat la baza diagnosticului au fost echografia abdominală și ERCP; CT abdominal a fost folosit la 2 pacienți, colangiografia intra- și postoperatorie la câte 3 pacienți s-a folosit.

Tactica și tehnica operatorie trebuie adaptate fiecărui caz în parte. Este important să ținem seama că acești bolnavi ajung să se opereze cu o suferință hepatică, uneori și renală, îndelungată, iar obiectivul nostru principal este cel vital.

Experiența clinicii Caritas, implicit a Școlii românești de chirurgie și datele din literatură, susțin, în cazurile de dilatații chistice congenitale ale CBP, pentru rezecția chistului cu hepaticojejunostomie pe ansă în „Y” a la Roux și sutura capătului distal al coledocului, colecistectomie pentru a preveni defuncționalizarea postoperatorie a vezicii biliare și apariția unei colecistite acute, prin această operație înlăturându-se un conduct cu pereții alterați, lipsiți de fibre musculare și contractilitate, organizat într-un rezervor de stază biliară vinovată de colangita bacteriană recurentă, litiaza biliară pigmentară și degenerescența malignă a chistului - 8 pacienți (47,06%) în studiul prezentat Excizia chistului se decide și se execută dacă anatomia joncțiunii bilio-pancreatice este perfect cunoscută din preoperator sau dacă aceasta se precizează intraoperator prin ERCP sau prin colangiografie.

Derivațiile chisto-digestive, în special cu duodenul nu sunt recomandabile, pentru că nu realizează un drenaj biliar eficient, nu rezolvă staza biliară și consecințele ei enumerate mai sus. Sunt însă situații în care bolnavii prezintă secundar colangitei bacteriene fenomene de suferință hepato-renală avansată și nu suportă excizia chistului recomandată de chirurgi; o anastomoză largă, de peste 2 cm, în special cu o ansă în „Y” a la Roux îmbunătățește pentru un timp drenajul biliar, rarește crizele de colangită bacteriană și ajută la rezolvarea acestora prin antibioticoterapie (în studiul prezentat am efectuat 3 derivații (17,65%) coledocochisto-duodenale și 3 derivații (17,65%) coledocochisto-jejunale pe ansă în „Y” a la Roux.

Anastomozele bilio-digestive, indiferent cât de larg sunt confecționate ajung în foarte multe cazuri la stenoză; această evoluție se datorește structurii alterate a peretelui chistului, care este adesea lipsit de epiteliu. Pentru toate aceste inconveniente ale derivațiilor, se recomandă excizia chistului și când din punct de vedere tehnic aceasta este dificilă sau riscantă prin aderența peretelui chistului la vena portă și artera hepatică se efectuează chistectomie parțială cu abandonarea peretelui posterior aderent la vase, după dezepitelizarea acestuia, dacă este cazul (operația Lyly). Ablația chistului e bine să debuteze cu deschiderea acestuia printr-o incizie largă, transversală; în acest fel capătul distal al CBP de calibru normal este mai bine apreciat și tot astfel se poate aprecia mai bine o confluență bilio-pancreatică înaltă.

De asemenea tot prin chist se apreciază și orificiile de deschidere ale canalelor hepatice principale și se fixează limitele ablației.

Disecția chistului congenital de coledoc este riscantă și în polul inferior al dilatației unde poate fi lezat duodenul sau pancreasul.

Chistele intrahepatice (boala Caroli) sunt și ele cel mai bine rezolvate prin ablație; acest lucru presupune o formă localizată a bolii Caroli la un singur lob. Cele mai frecvente forme localizate sunt pe partea stângă, și hepatectomiile stângă sau dreaptă sunt urmate de rezultate excelente. În forma difuză, care interesează întreg ficatul se recomandă transplantul hepatic ortotopic. Istoria lungă a acestor bolnavi, boala fiind congenitală, dar cu expresie simptomatică uneori tardivă, prin complicațiile infecțioase aduc bolnavii într-o stare biologică, care face ca intervențiile ablativă să pară inadecvate. În astfel de cazuri, o anastomoză hepatico-jejunală pe ansă în „Y” înalt montată în hil poate ameliora drenajul biliar și distanța puseelor de colangită bacteriană. Este o operație paleativă deoarece intervenția se realizează sub leziune, așa cum a afirmat I. Juvara.

În cazurile de boală Caroli asociată cu fibroza congenitală (Grumbach) hipertensiunea portală instalată face dificilă și riscantă ablația chirurgicală.

În cazurile de dilatație congenitală intra- și extrahepatică tip Todani IVa primează ablația chistului extrahepatic și instalarea în formele difuze a unui drenaj hepatico-jejunal pe ansă în „Y”.

În formele în care intrahepatic dilatațiile congenitale sunt localizate într-un loc se poate combina hepatectomia (dreaptă sau stângă) cu ablația chistului extrahepatic și drenaj hepatico-jejunal pe ansă în „Y”. La bolnavii la care evoluția îndelungată a condus la fenomene de insuficiență hepato-renală, este suficientă pentru ameliorarea evoluției o hepatico-jejunostomie pe ansă în „Y” sau orice tip de derivație bilio-digestivă înaltă.

Majoritatea cazurilor au o istorie clinică lungă și numeroase intervenții chirurgicale anterioare, care degradează biologic bolnavul și fac dificile intervențiile chirurgicale recomandate. De aceea tratamentul trebuie să fie adaptat fiecărui caz în parte. Fiind vorba de o boală benignă mortalitatea operatorie este greu acceptată.

Chirurgia laparoscopică își găsește indicație și în chistul congenital de coledoc. În literatura de specialitate se menționează rezolvarea chirurgicală pe cale laparoscopică a chistului congenital de coledoc, practicându-se rezecția completă a chistului cu refacerea continuității bilio-digestive prin anastomoză hepatico-jejunală cu ansă în “Y” à la Roux transmezocolică, pentru tipul I (clasif. Todani). Avantajele tratamentului laparoscopic sunt multiple: vizualizarea foarte bună intraoperatorie a celor mai mici elemente având astfel o acuratețe chirurgicală deosebită, timpul mediu operator redus, este o metodă sigură, perioada scurtă de spitalizare(5,8zile), reluarea alimentației orale la 3zile postoperator, pierderile de sânge intra- și postoperatorii sunt mult mai mici, reluarea precoce a tranzitului intestinal, reducerea durerilor postoperatorii, prevenirea aderențelor, recuperarea postoperatorie este bună, reintegrare socio-profesională

precoce, morbiditate mică și rezultate comparabile cu tehnica deschisă, pacientul rămâne asimptomatic pentru un timp îndelungat.

Concluzii

1. Diagnosticul chistului congenital de coledoc este rezultatul unui algoritm secvențial care include: diagnosticul clinic, biologic și imagistic.
2. Chisturile congenitale ale căilor biliare sunt malformații rar întâlnite în area noastră geografică, fiind mai frecvente în Extremul Orient unde au fost raportate cele mai multe cazuri, predominând la sexul feminin.
3. Multitudinea de forme clinice, care variază de la chistul congenital de coledoc forma asimptomatică la cea cu tablou clinic clasic (durere, icter, tumoare) fac ca diagnosticul clinic să nu fie totdeauna ușor de stabilit. Din materialul studiat am remarcat că cea mai frecventă asociere simptomatică a fost durerea și icterul, prezentă în 47,06% din cazuri; tabloul clinic de angiocolită a fost prezent numai în 11,76% din cazuri, iar la o parte din cazuri, diagnosticul de chist congenital de coledoc a fost stabilit întâmplător cu ocazia unor investigații practicate pentru un sindrom dispeptic nespecific sau de tip ulceros.
4. Chistul congenital de coledoc este o malformație rar întâlnită, ale cărei manifestări clinice apar de obicei în prima copilărie iar uneori la tineri și adulți sub forma sindromului icteric și a durerilor colicative în hipocondrul drept.
5. În cazul displaziei chistice a CBP, icterul și durerea de hipocondrul drept îndreaptă atenția asupra căilor biliare iar investigațiile imagistice fac posibilă precizarea diagnosticului preoperator.
6. Sindromul biologic tipic de colestază extrahepatică (bilirubina crescută pe seama bilirubinei conjugate, fosfataza alcalină crescută), util diagnosticului de icter obstructiv nu au specificitate etiologică, fiind comun tuturor icterelor mecanice indiferent de etiologie. În formele severe cu debut brusc și tablou clinic zgomotos se constată în mod permanent o creștere importantă a titrului enzimelor de citoliză, ca expresie a suferinței celulare hepatice. Ridicarea obstrucției biliare duce rapid la normalizarea concomitentă a enzimelor de citoliză și a bilirubinei.
7. Diagnosticul preoperator orientativ sau complet este la ora actuală apanajul explorărilor imagistice, care pot orienta înaintea laparotomiei exploratorii, tactica operatorie de urmat.
8. Arsenalul investigațiilor imagistice include ecografia abdominală, ERCP, CT abdominal și RMN. Ecografia transabdominală este investigația imagistică cu care se începe explorarea paraclinică a oricărei litiaze biliare, afecțiune ce se asociază frecvent cu chistul congenital de coledoc (35,23%), permite diferențierea între obstrucția intra și extrahepatică. Dilatația CBP este ușor identificată de către ecografia transabdominală, dar meteorismul abdominal, diametrul mic al calculilor și uneori dilatarea redusă a CBP, sunt factori de eroare care conferă ecografiei transabdominale o sensibilitate de sub 50%. ERCP ca metodă de diagnostic a

chistului congenital de coledoc permite evidențierea litiazei intrachistice și aprecieri morfologice referitoare la calculi și sistemul canalar bilio-pancreatic. CT abdominal și RMN aduc lămuriri suplimentare despre morfologia chistului și a rapoartelor pe care le are cu viscerele de vecinătate.

9. Chistul congenital de coledoc este o afecțiune care trebuie să fie evocată în diagnosticul diferențial al unui sindrom biliar cu evoluție repetitivă mai ales la copil, adultul tânăr dar și dincolo de vârsta a treia (în situația angiocolitelor recurențiale fără o cauză evidentă).
10. Debutul clinic al unui chist hepato-coledocian se poate manifesta prin fenomene de angiocolită acută supurată, care se pot conduce clinic și echografic la confuzia cu o așa-numită colecistită acută.
11. Dilatațiile chistice congenitale asimptomatice descoperite aleatoriu cu ocazia explorărilor pentru o altă suferință nu trebuie sancționate chirurgical.
12. Când dilatațiile chistice congenitale ale CBP devin simptomatice expresia clinică este legată mai ales de puseele de colangită recurentă. În această fază este indicat oprirea puseelor prin tratament conservator cu antibiotice.
13. Când puseele de colangită se aglomerează și starea biologică a bolnavilor începe să decadă este indicat tratamentul chirurgical.
14. Evoluția naturală a chisturilor congenitale de coledoc este grevată de complicații majore dintre care apariția carcinomului biliar este cea mai gravă.
15. Tulburările de drenaj biliar, staza și angiocolita de la nivelul cavităților biliare chistice, poate conduce cu ușurință la amorsarea unor fenomene de icter obstructiv însoțit de angiocolită supurată gravă, chiar în absența calculilor, urmată de insuficiența hepatorenală și stare septică.
16. Intervențiile urmate de succese de lungă durată sunt cele ablativ: extirparea chistului extrahepatic cu restabilirea continuității prin hepatico-jejunostomie pe ansă în „Y” à la Roux sau hepatectomiile parțiale în formele localizate de boală Caroli. Formele difuze beneficiază de transplant hepatic.
17. Nu întotdeauna sunt posibile intervențiile radicale, din cauza dificultăților tehnice determinate de modificarea morfologiei locale, dar și din cauza stării biologice alterate a pacienților.
18. Intervenția terapeutică trebuie adaptată fiecărui bolnav în parte pentru că este inadmisibilă mortalitatea pentru o afecțiune benignă.
19. Abordul chirurgical al oricărei forme sau tip anatomic de chist coledocian, însoțit sau nu de alte anomalii biliare, trebuie în mod obligatoriu ghidat de explorarea colangiografică per operatorie.
20. Malignizarea displaziilor congenitale ale CBP, deși rară, se întâlnește predominant la adult. Diagnosticul precoce și rezecția totală a dilatației chistice congenitale a căilor biliare cu hepatico-jejunoanastomoză pe ansă în „Y” à la Roux previne complicațiile, dintre care cea mai gravă este malignizarea.

21. Tratatamentul chirurgical are drept obiective excizia chistului și asigurarea unui drenaj bilio-digestiv prin hepatico-jejunostomie pe ansă exclusă Roux – „Y” care trebuie să devină intervenția standard în această afecțiune.
22. Bolnavii operați vor fi monitorizați de-a lungul vieții, dată fiind posibilitatea apariției unor complicații tardive.