

# Litiaza biliară

---

**Catedra Chirurgie Nr.1**  
**Conferențiar universitar**  
**Dr. Igor MAHOVICI**  
**Asistent universitar**  
**Liuba Strelțov**

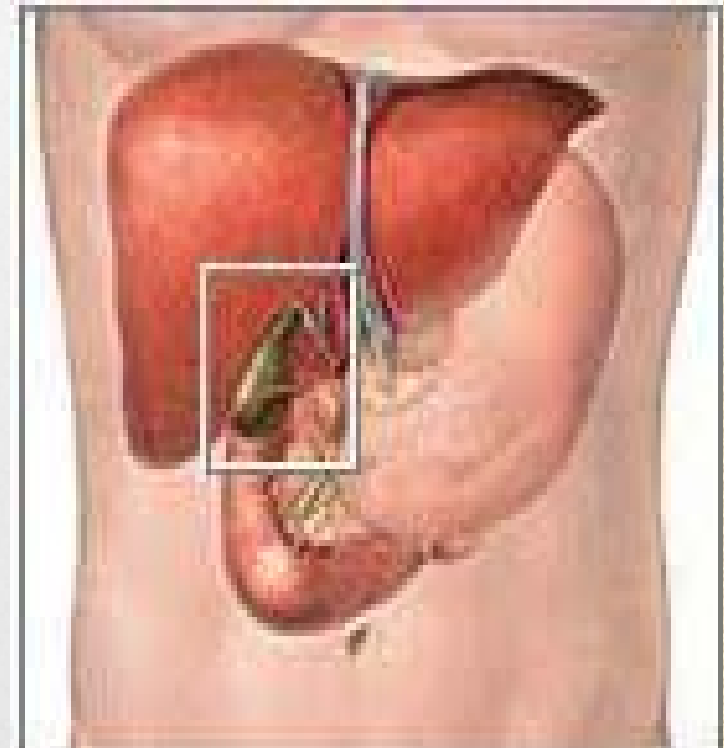
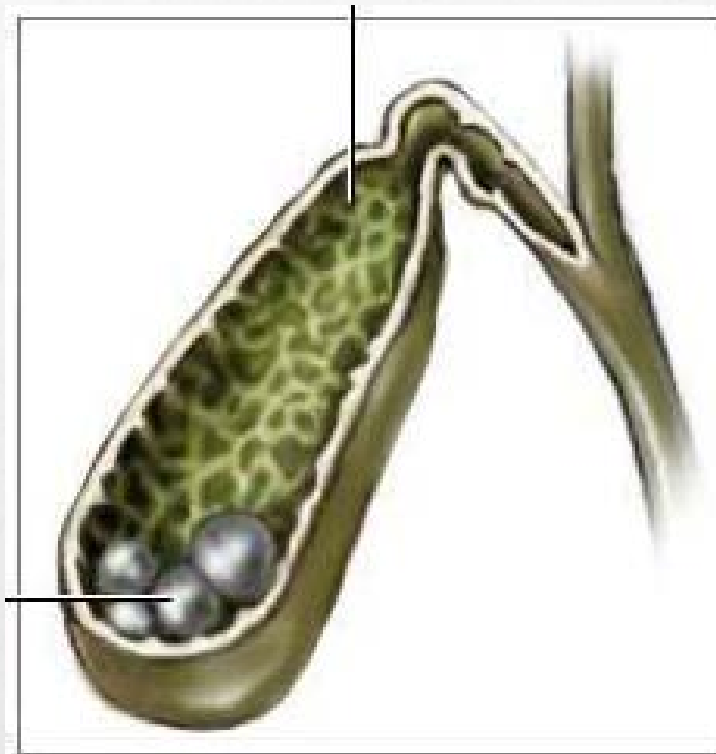
# Litiază biliară

---

- Se caracterizează prin prezența calculilor în vezica biliară și căile biliare
- Poate avea loc plasarea calculilor în orice segment al arborelui biliar, dar în majoritatea cazurilor – în vezicula biliară (95%)

# Litiază biliară

- Litiază veziculară
- Litiază arborelui biliar



# Litiaza biliară

- 4-5 femei



- 1 barbat



# Litiază biliară

- - calculi colesterolici
- - calculi pigmentari
- - calculi mixti



# Litiază biliară

---

- **Microlitiază** (până la 3 mm)
- **Calculi mici** (3 – 5 mm)
- **Calculi medii** (5 – 20mm)
- **Calculi mari** (de peste 20 mm)

# Litiaza biliară



# Litiază biliară

---

- mecanismul fundamental în geneza calculilor constă în faptul că bila - o soluție coloidală în care elementele constituante nu precipită - trece din stare de «sol» în stare de «gel».



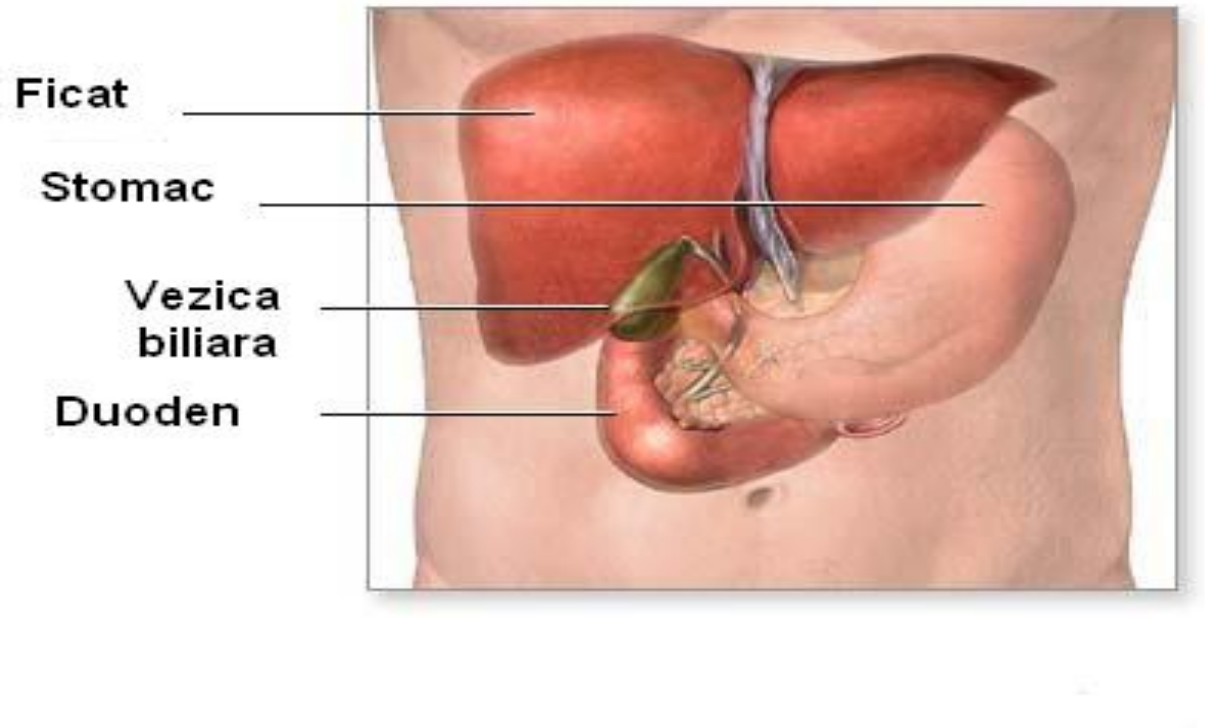
# Litiază biliară

---

Factori care favorizează apariția litiazei biliare:

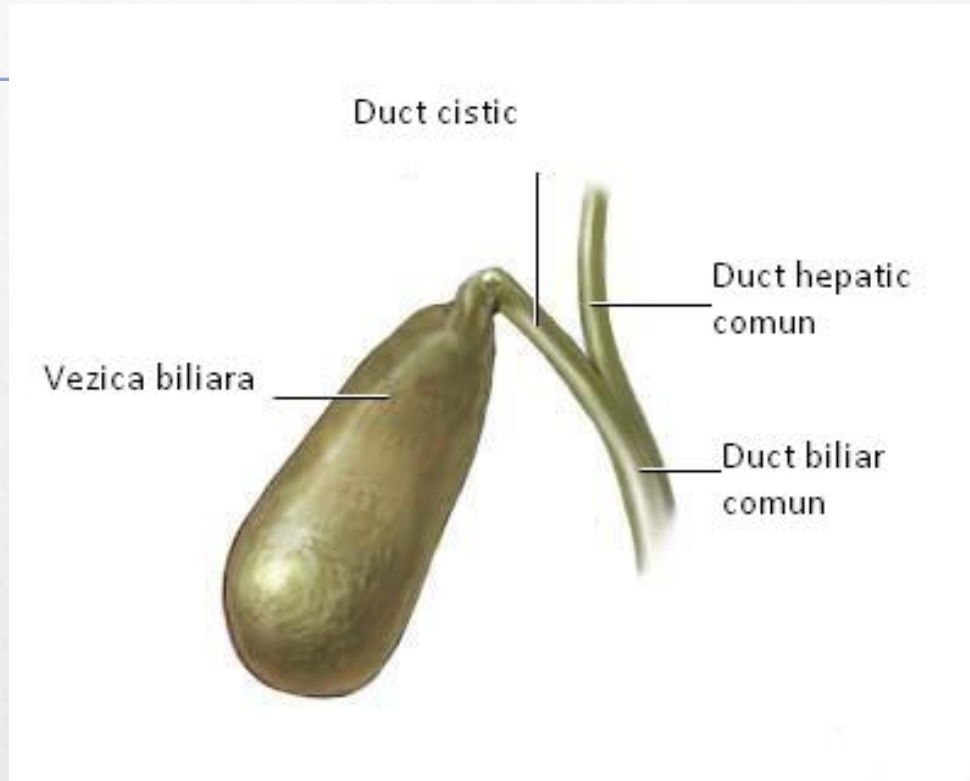
- *cu statut local:* staza biliară, infecția
- *cu statut general:* vârsta, sexul, alimentația excesivă sau bogată în grăsimi, tulburări metabolice (hipercolesterolemia), sedentarismul, dereglarea funcției de pigmenți a ficatului, obezitatea, graviditatea etc.

# Litiază biliară - anatomie

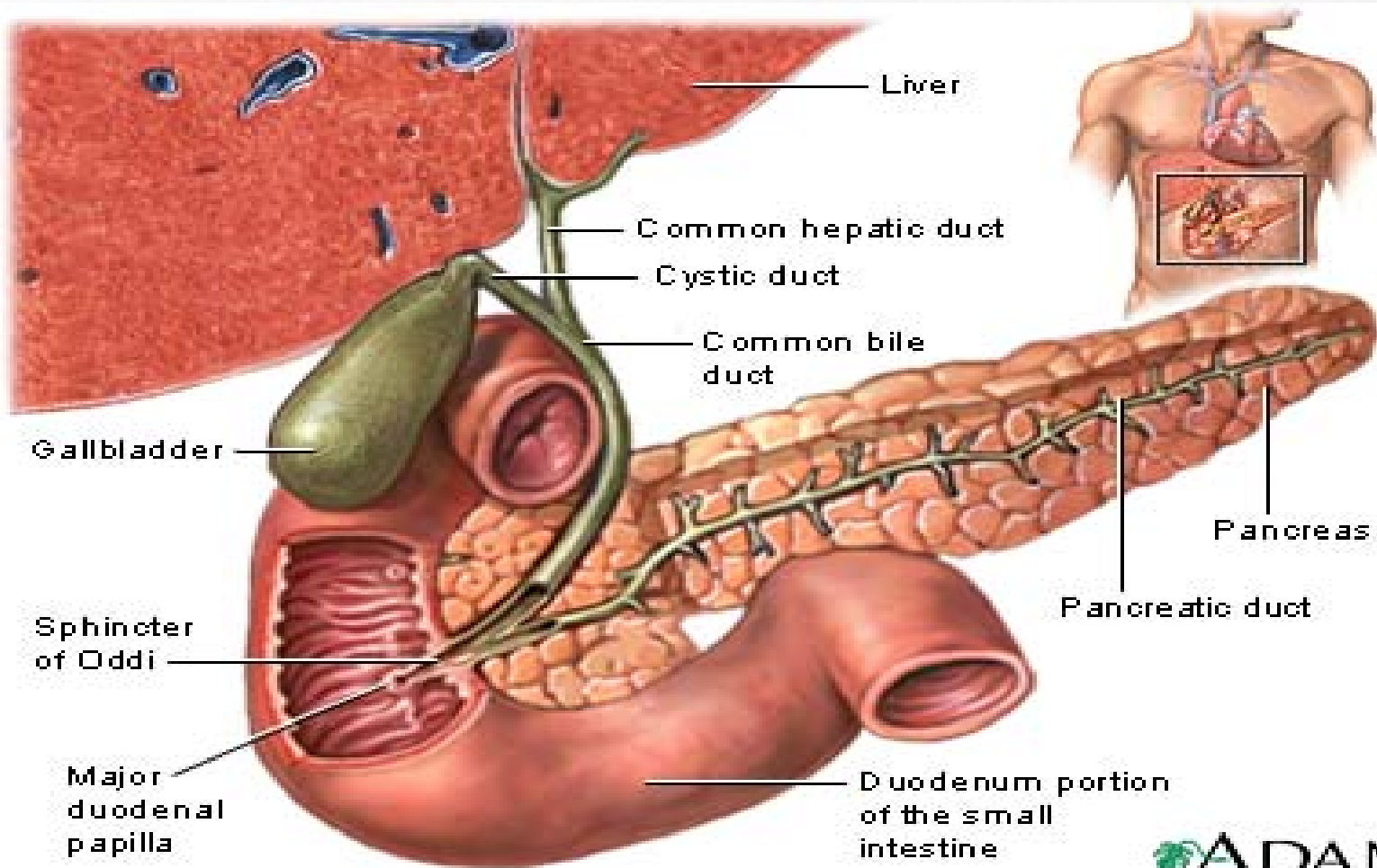


# Litiază biliară

(anatomia căilor biliare extrahepatice)



# Litiază biliară



# Litიაza biliara

---

## Formele clinice:

- forma latentă:
- forma dispeptică:
- forma dureroasă:
- forma torpidă prelungită:
- forma cardiacă (sindromul Botkin)

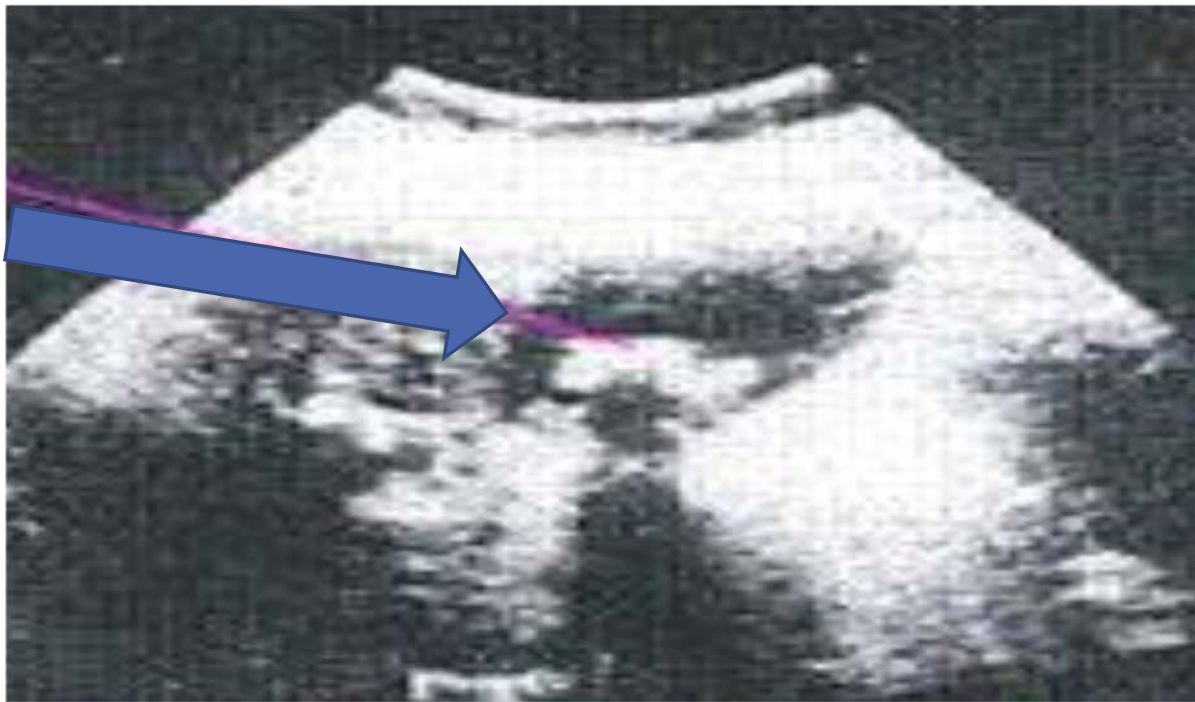
# Litიაza biliara

---

## *DIAGNOSTICUL*

- Ultrasonografia
- Tomografia computerizată
- Examenul radiologic
- Tubajul duodenal
- Laporoscopia diagnostică

# USG în diagnosticul litiazei biliare

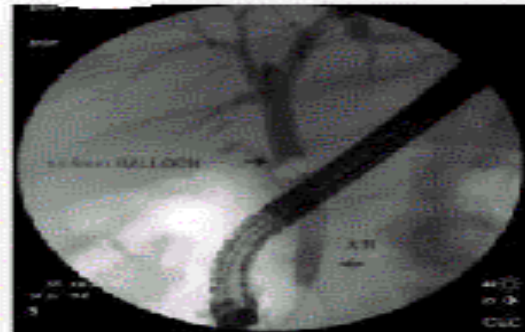
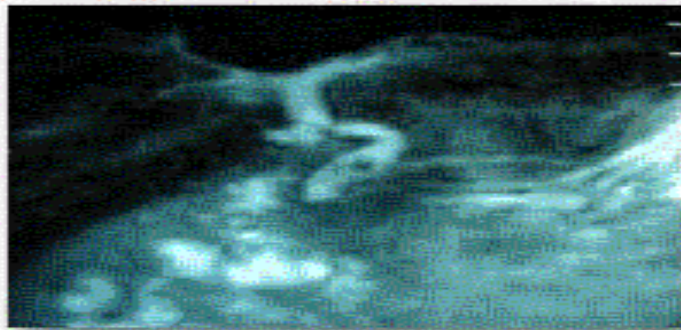


# TC în diagnosticul litiazei biliare

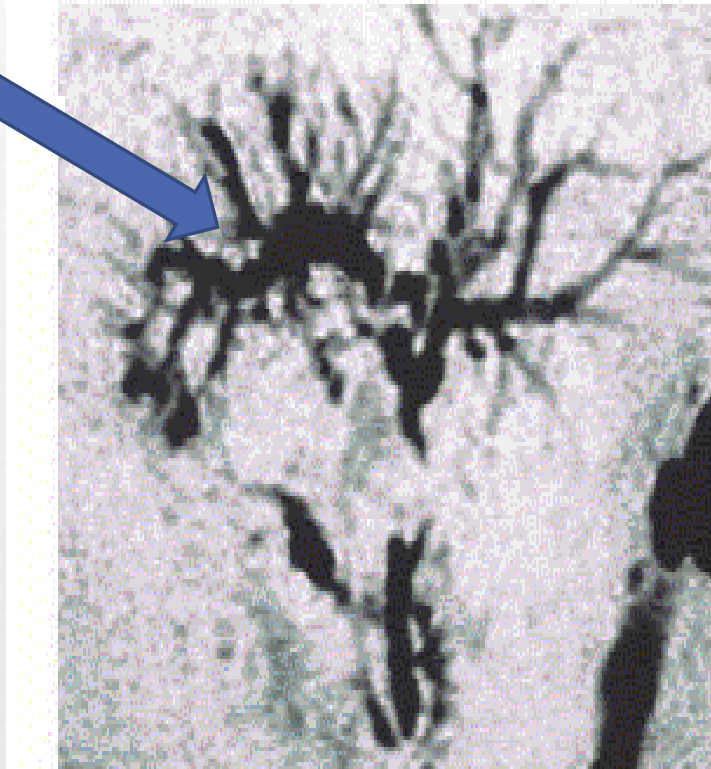




# CPGER în diagnosticul litiazei biliare



# RMN în diagnosticul litiazei biliare



# Laparoscopia în diagnosticul litiarei biliare



# Litiază biliară

---

## DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

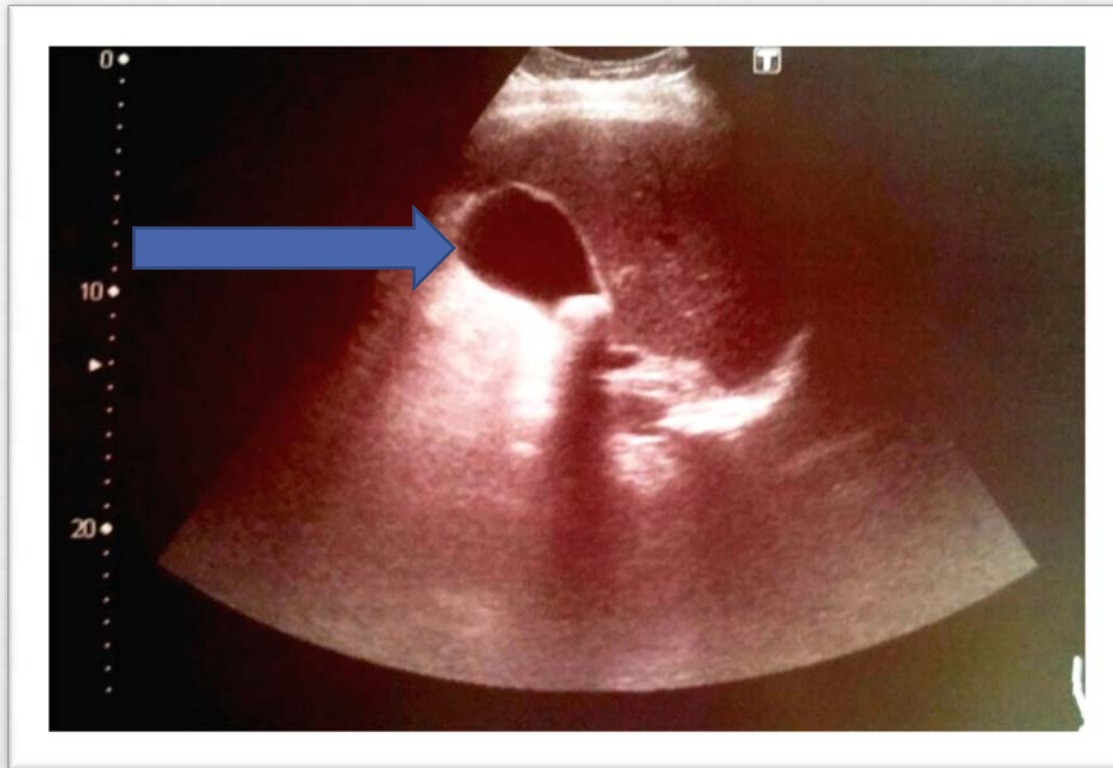
- În *formele latente*, în *formele în care predomină fenomenele dispeptice*: gastrite, ulcer, colite, apendicite.
- În *formele cu colici veziculare* se exclud afecțiunile abdominale ce se manifestă prin crize dureroase: ulcerul gastric și duodenal penetrant, colica renală, pancreatita acută, infarctul miocardului

# Litiaza biliară- COMPLICAȚII

---

- Complicațiile mecanice
- Hidropsul vezicular
- Litiaza secundară de coledoc
- Fistulele biliare

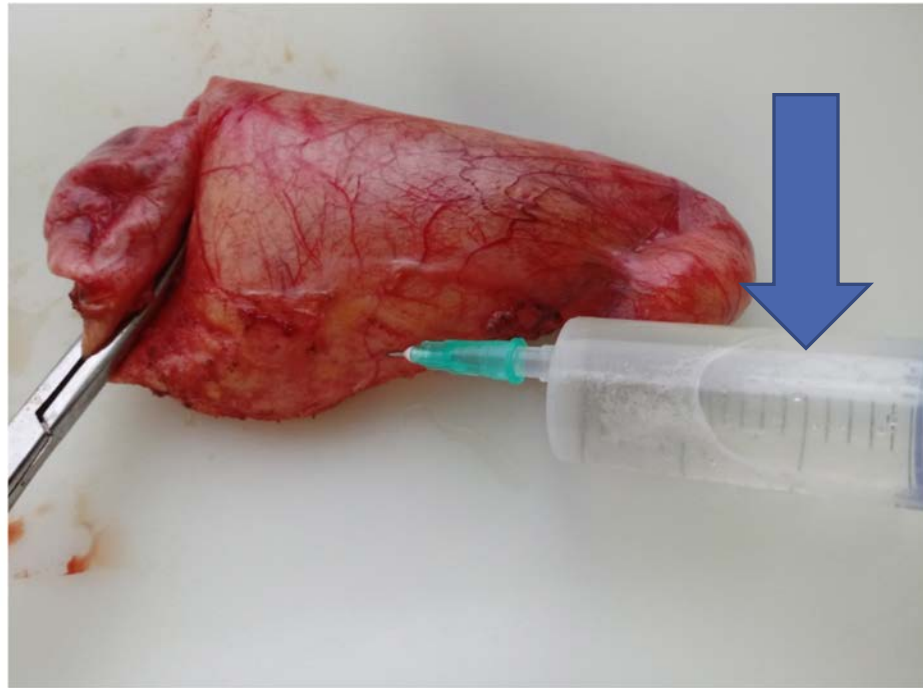
# HIDROPS VEZICULAR (USG)



# HIDROPS VEZICULAR

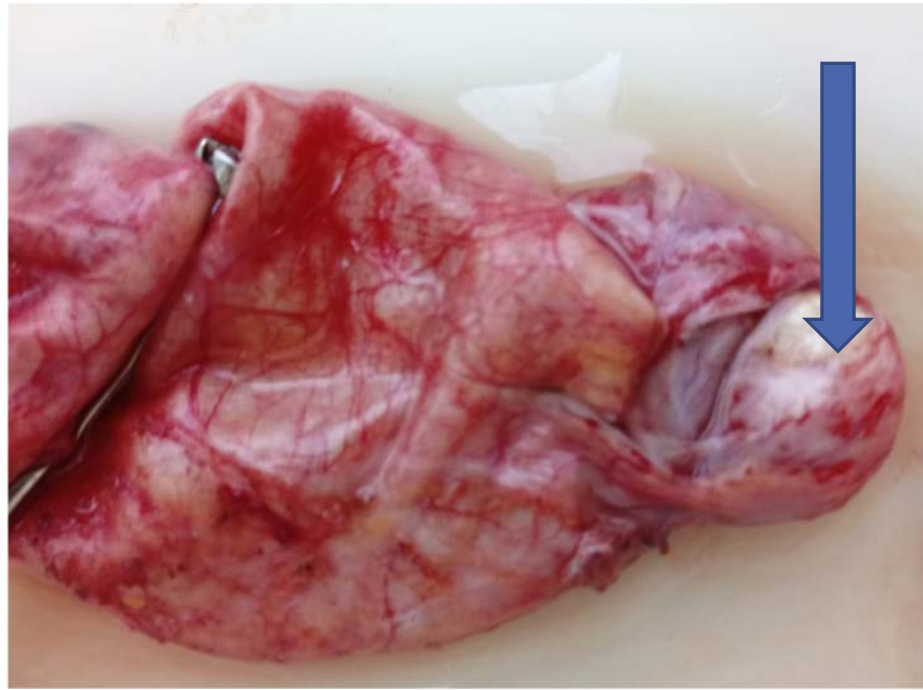
(”bilă albă”)

---



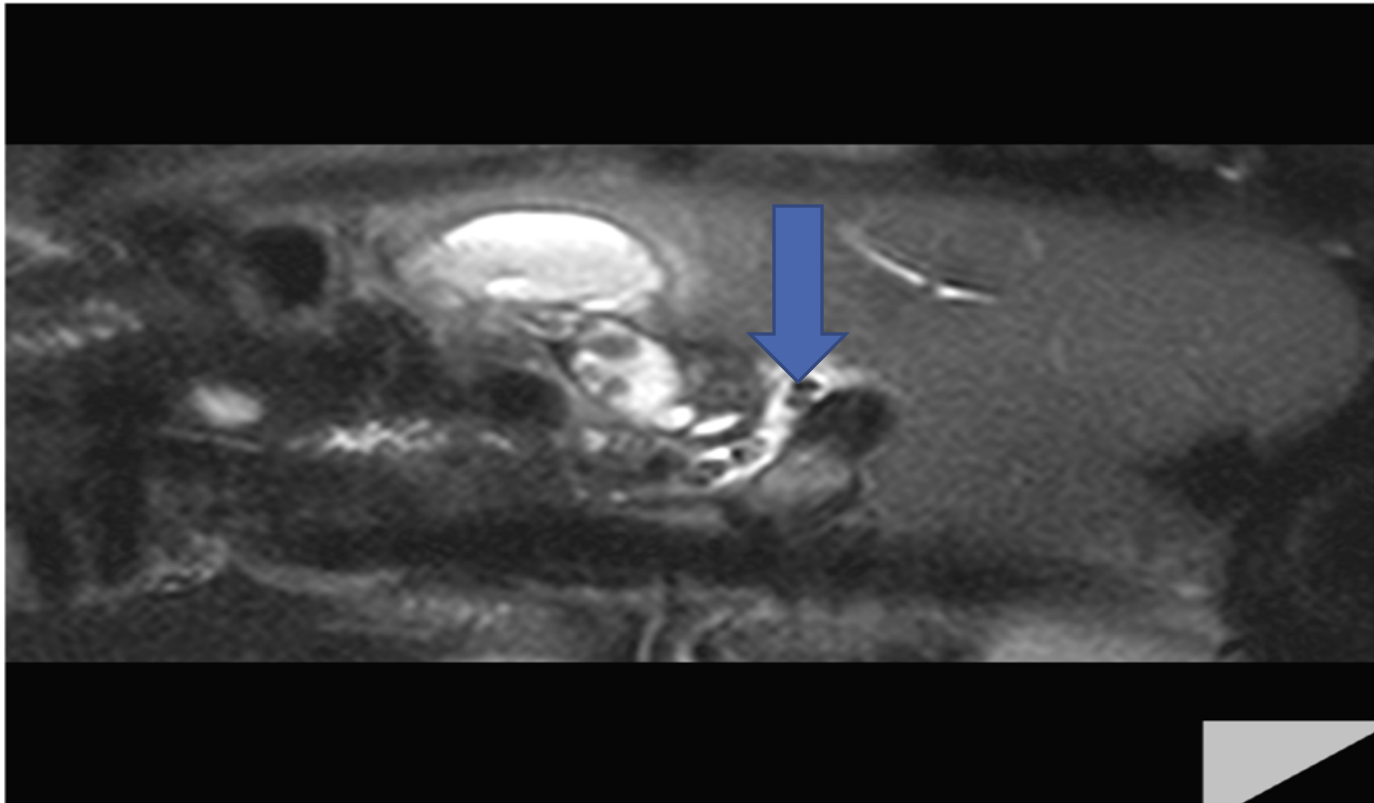
# HIDROPS VEZICULAR (calcul inclavat obturant)

---

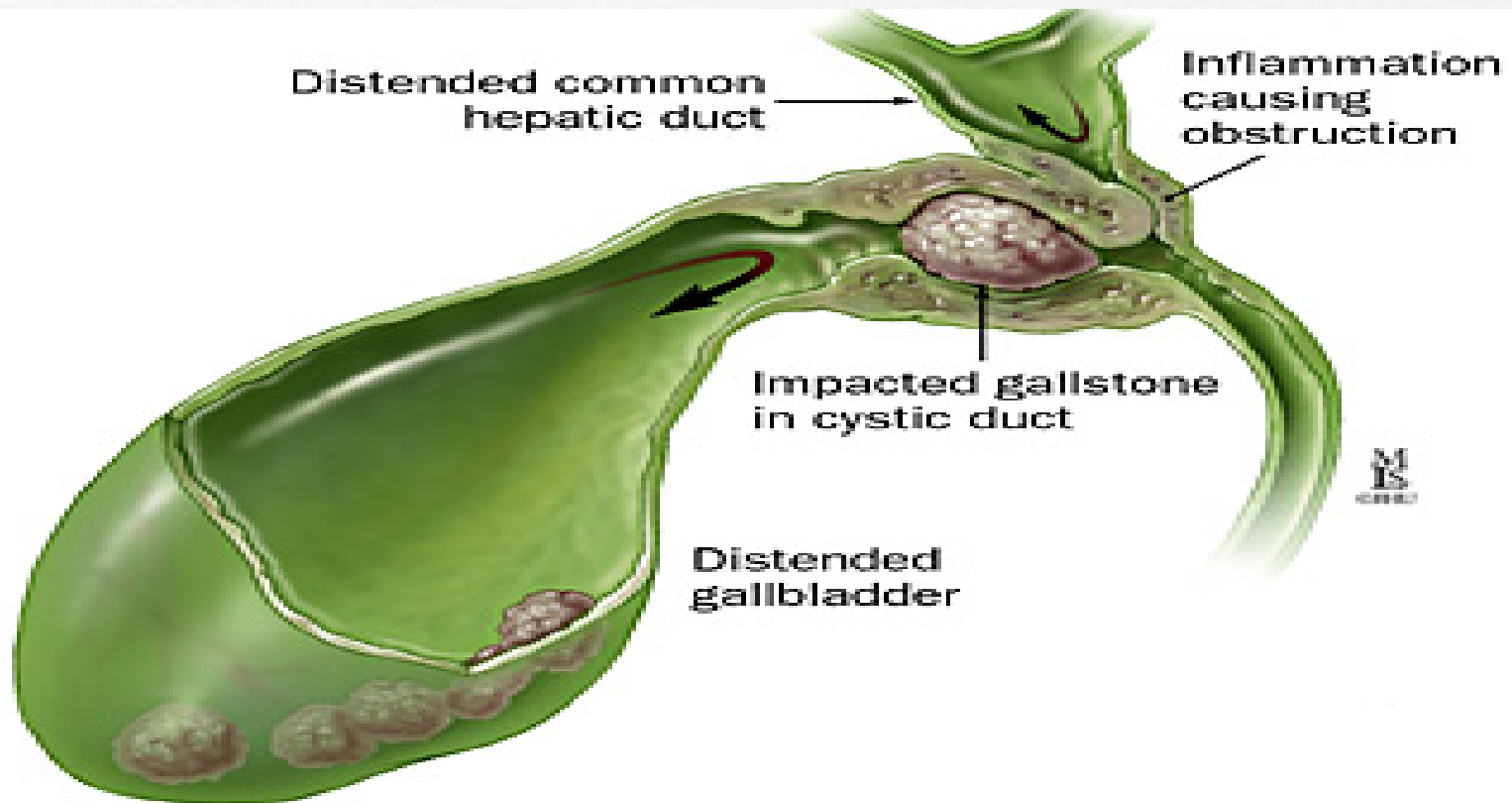




# COLEDOCOLITIZA SECUNDARĂ (RMN)



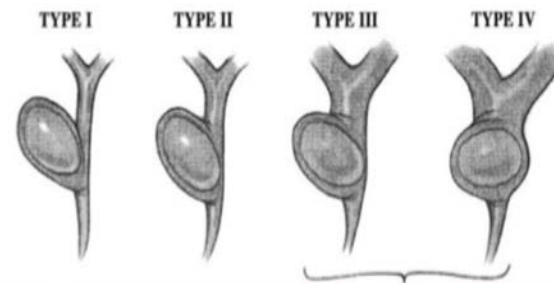
# FISTULA BILIOBILIARĂ



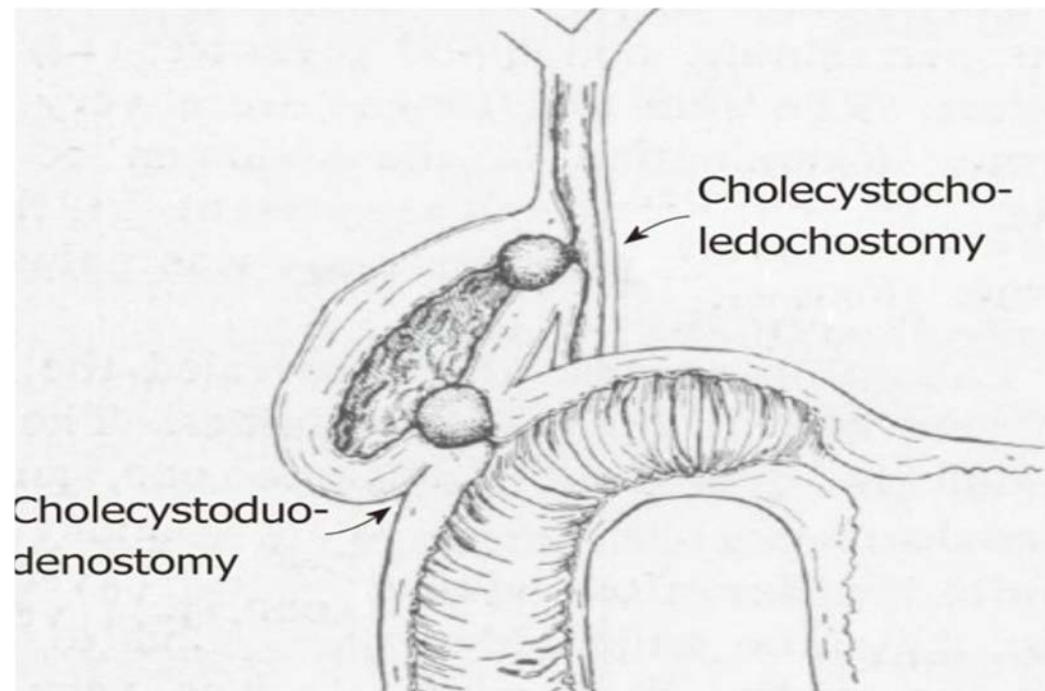
# CLASIFICATIA SINDROMULUI MIRIZI (Csendez 1989)

- Tip I - confluența vezico-coledociană cu imposibilitatea aprecierii ductului cistic esențial dilatat
- Tip II - defectul de fistulă colecisto-coledociană compromise până la 33% din diametrul coledocului
- Tip III - lumenul arborelui biliar principal blocat prin defect în 34-66%
- Tip IV - vezicula biliară scleroatropică sudată într-un bloc cu hepaticul drept sau calea biliară principală cu un defect ce ocupă peste 67% din lumen.

Csendes classification of Mirizzi syndrome



# FISTULA BILIODIGESTIVĂ



# Litიაზა ბილარა

---

- Complicațiile infecțioase
- colecistita acută
- pancreatită cronică satelit
- hepatita satelit

# Litiază biliară

---

- *COLECISTITA ACUTĂ - reprezintă inflamația acută nespecifică a veziculei biliare.*

Colecistita acută este una din cele mai frecvente complicații ale litiazei veziculare (12-16%, S. Duca, 1997) și poate fi calculoasă și necalculoasă, însă în majoritatea absolută (95%) ea este secundară litiazei biliare.

# Colecistita acută

---

- *CLASIFICAREA* colecistitei acute după semnele anatomo-patologice și clinice.
- a) **catarală,**
- b) **flegmonoasă,**
- c) **gangrenoasă,**
- d) colecistita flegmonoasă ocluzivă ce dezvoltă **empiemul vezicular.**

# Colecistita acută

---

## TABLOUL CLINIC

- *colica hepatică*
- *febră (38-39C)*
- *semne de peritonită locală*
- *vomă repetată*
- *hiperleucocitoză (20.000)*
- *creșterea VSH*



# Colecistita acută

---

## Simptome:

- **Ortner-Grecov**
- **Murphy**
- **Mussi-Gheorghievschi**
- **Blumberg**
- **Mandel-Razdolsky**

# Semnul MURPHY



*Semnul ORTNER*



# Semnul BLUMBERG



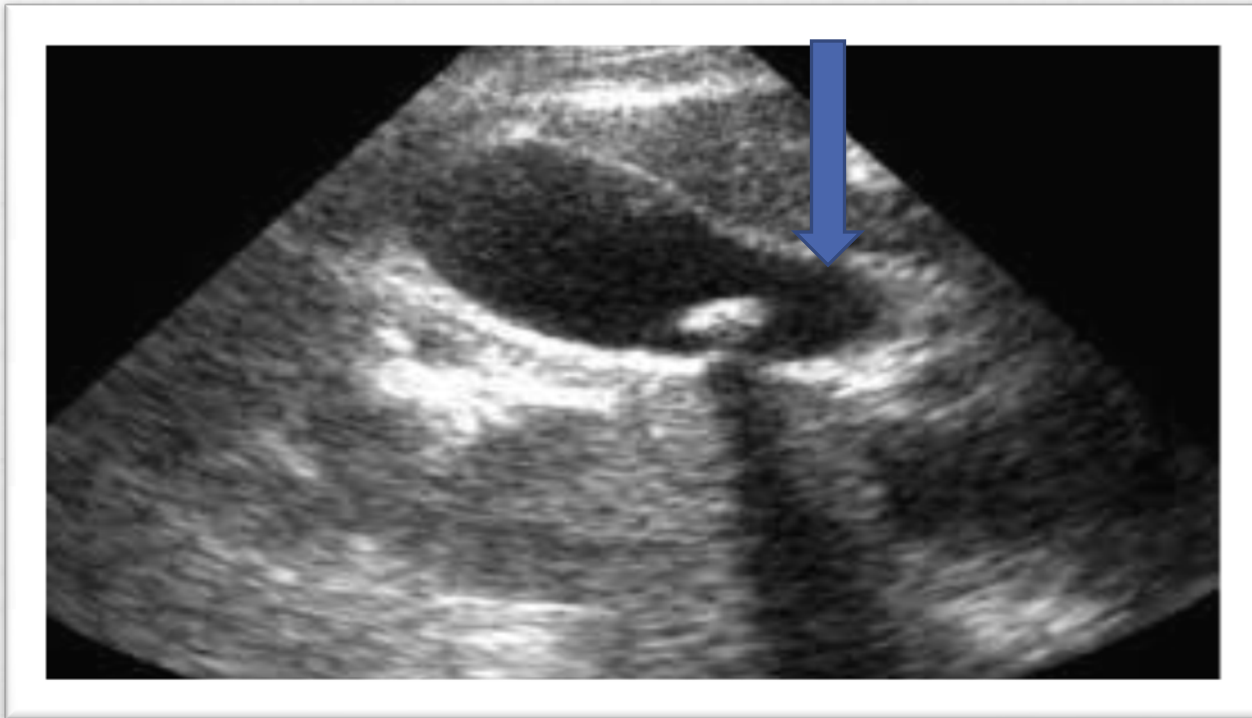
# Colecistita acută

## Diagnostic

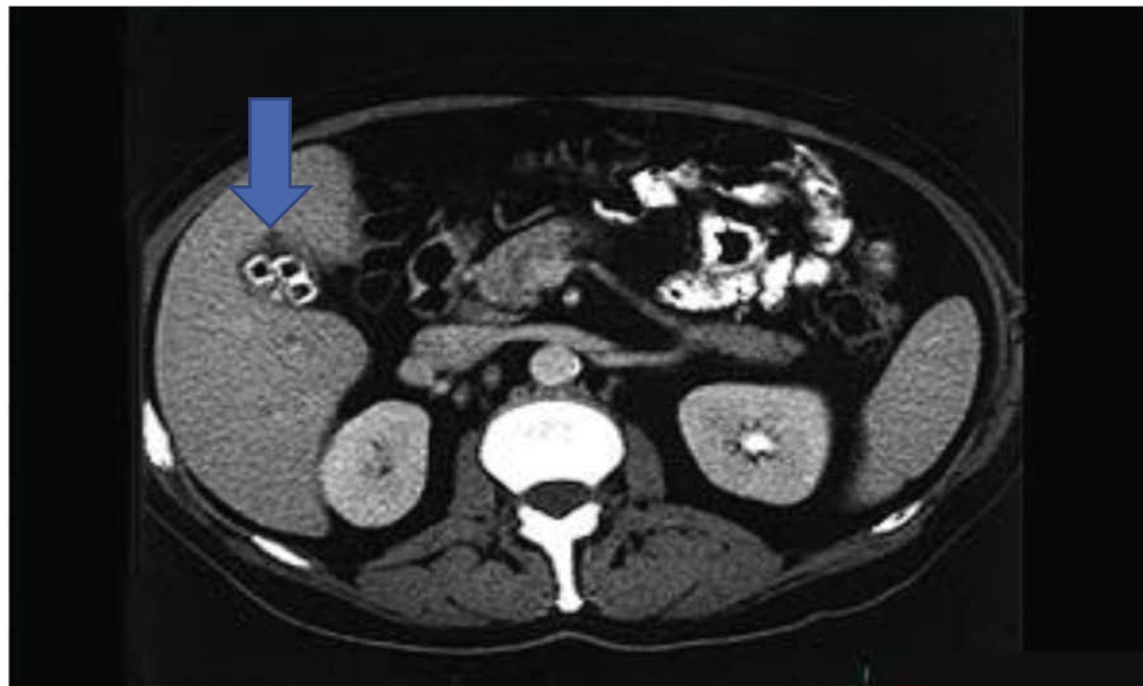
---

- *ultrasonografia și tomografia computerizată*, care evidențiază volumul crescut, deformarea și dedublarea peretelui, prezența calculilor în vezicula biliară și posibil căile biliare extrahepatice, precum și starea pancreasului și a ficatului.

# USG – colecistită acută litiazică



# TC – colecistită acută litiazică



# Colecistita acută

## DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

---

*Diferențierea cu:*

- *apendicita acută,*
- *ulcerul perforat gastric și duodenal,*
- *pleuropneumonia din dreapta,*
- *infarctul miocardic (forma abdominală).*



# Litiază biliară

---

- COMPLICAȚIILE COLECISTITEI ACUTE
- perforația veziculei cu declanșarea peritonitei biliare,
- icterul mecanic,
- colangita,
- pancreatita acută.

# Litiaza biliară

- Complicații degenerative

*Litiaza trebuie considerată ca o boală precanceroasă. În practica cotidiană trebuie să se țină seama de următoarea realitate: 8-10% din întreg lotul de colelitiază se malignizează, iar 90% din cancerele veziculei se depistează la vechii litiazici în vârsta de peste 60 de ani (S. Duca, 1997).*

- Carcinomul primar al veziculei biliare (CVB) este cea mai frecventă malignitate a tractului biliar și cea de-a cincea neoplazie ca prevalență a tubului digestiv. Se înregistrează o predominanță la sexul feminin, CVB fiind de 2-6 ori mai frecvent decât la bărbați. Vârsta mediană la momentul diagnosticului este de 65 ani. Din punct de vedere al distribuției geografice, CVB este mai frecvent în America de Sud (Peru, Ecuador)
- 65-90% dintre pacienții cu pacienții cu CVB prezintă calculi biliari, dar numai 1-3% dintre pacienții cu colelitiază

# Carcinomul veziculei biliare (CVB)



# Carcinomul veziculei biliare (CVB)



# DIAGNOSTIC

- La momentul diagnosticului, CVB este obișnuit avansat, dar fără metastaze la distanță. Elementele sugestive pentru diagnostic sunt: • durere la nivelul hipocondrului drept (82%) • pierdere ponderală (72%) • anorexie, grețuri și vărsături (68%) • masă tumorală palpabilă în hipocondrul drept (65%) • distensie abdominală (30%) • icter obstructiv (44%) • prurit (20%)

# Investigații paraclinice

- ecografia abdominală • examenul computer tomografic (CT) • colangiografia transhepatică (în prezența icterului) • colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP) • puncția-citologie cu ac fin • CA19.9 – cel mai bun marker pentru CVB (valori mai mari de 20 UI/ml prezintă o sensibilitate și specificitate de 79%) • CEA – 93% specific pentru CVB

# Litiază biliară

---

- Complicațiile mixte

Colangita (angiocolita)

Sindromul de icter mecanic



# Colanngita (Angiocolita icterouromigenă Caroli)

---

## *TABLOUL CLINIC*

- manifestat prin **triada simptomatică Villard-Charcot** formată din:
  - durere,
  - icter
  - febră cu frison.

# Sindromul de icter mecanic

---

Deosebim 3 forme clasice ale icterului:

- icter în urma alterării parenchimului ficatului - **icter parenchimos (intrahepatic)**;
- în urma obturării căilor biliare - **icter mecanic (posthepatic)**;
- în urma formării în abundență a pigmentului biliar- **icter hemolitic (antehepatic)**.

# Icterul mecanic(posthepatic)

## DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL DIVERSELOR FORME DE ICTER

<b>Exponentul</b>	<b>Icterul mecanic (posthepatic)</b>	<b>Icterul parenchimos (hepatocelular)</b>	<b>Icterul hemolitic (suprahepatic)</b>
<b>Dureri în hipocondrul drept</b>	pronunțate	pot fi	lipsesc

<b>Prurit dermal</b>	pronunțat	poate avea loc	lipsește
<b>Febra</b>	pronunțată	moderată	numai în crize hemolitice
<b>Nuanța icterului</b>	verzuie	roșietică	de culoarea lămâii
<b>Dimensiunile ficatului</b>	mărit moderat sau normale	crescute moderat	aproape normale

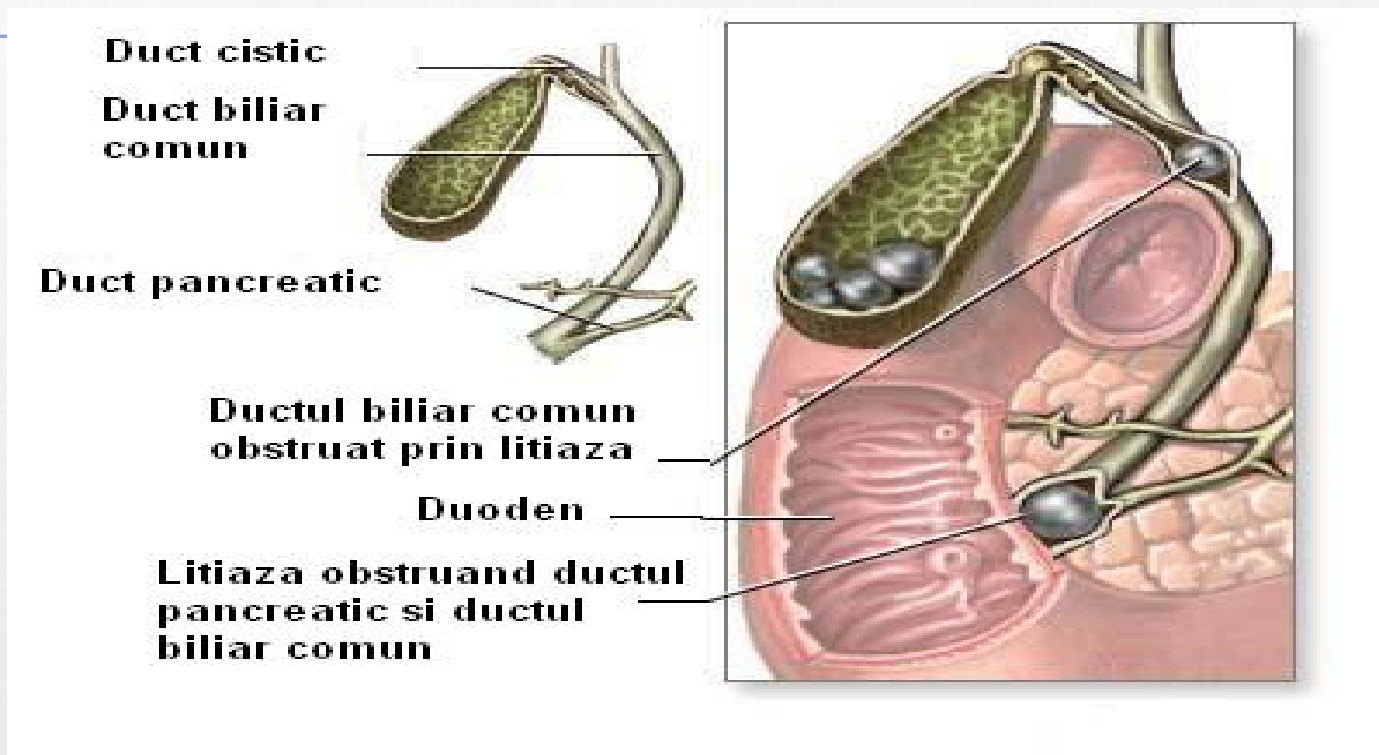
Anemia	moderată	rareori întâlnită	pronunțată
Reticulocitoza	lipsește	lipsește	pronunțată
Culoarea maselor fecale	albicioasă	normală, uneori deschisă	normală, uneori întunecată
Activitatea transamino-ferazelor	moderat crescută	crescută considerabil	normală
Activitatea fosfatazei alcaline	crescută considerabil	crescută moderat	normală
Activitatea sorbitdehidrogenazei	normală	crescută	normală
Bilirubinurie	pronunțată	poate lipsi	lipsește
Urobilinurie	lipsește	este prezentă	pronunțată

Bilirubină după Vanden-Berg	D +++ I +	D + I +++	D – I +++++
Indicele de protrombină	Diminuat, se restabilește după Vicasol	poate fi diminuat și nu se restabilește după Vicasol	normal
Antigen australian	negativ	pozitiv în hepatita virotică	negativ
Proba cu Timol	negativă	negativă, uneori pozitivă	negativă
Cantitatea de colesterină	crescută	normală, crescută, diminuată	normală

## Cauzele icterului mecanic

- **obturarea căilor biliare** de către calculi(95%). Mai rar ascaride, chist hidatic, corpi străini (dren uitat), cheaguri de sânge etc.
- **strictura căilor biliare** procese inflamatorii(!,7-29,5%) (colangite, pedunculite), traumatisme iatrogene a căilor extrahepatice în timpul operațiilor din zona hepato-duodenală
- **compresia căilor biliare extrahepatice** de către tumori maligne și benigne a capului pancreasului, rinichiului drept, papilei Vater, stomacului, veziculei biliare, precum și procese inflamatorii din această regiune: colecistite, pancreatite pseudotumoroase indurative, limfadenita paracoledociană etc.

# Icterul mecanic în litiaza biliară





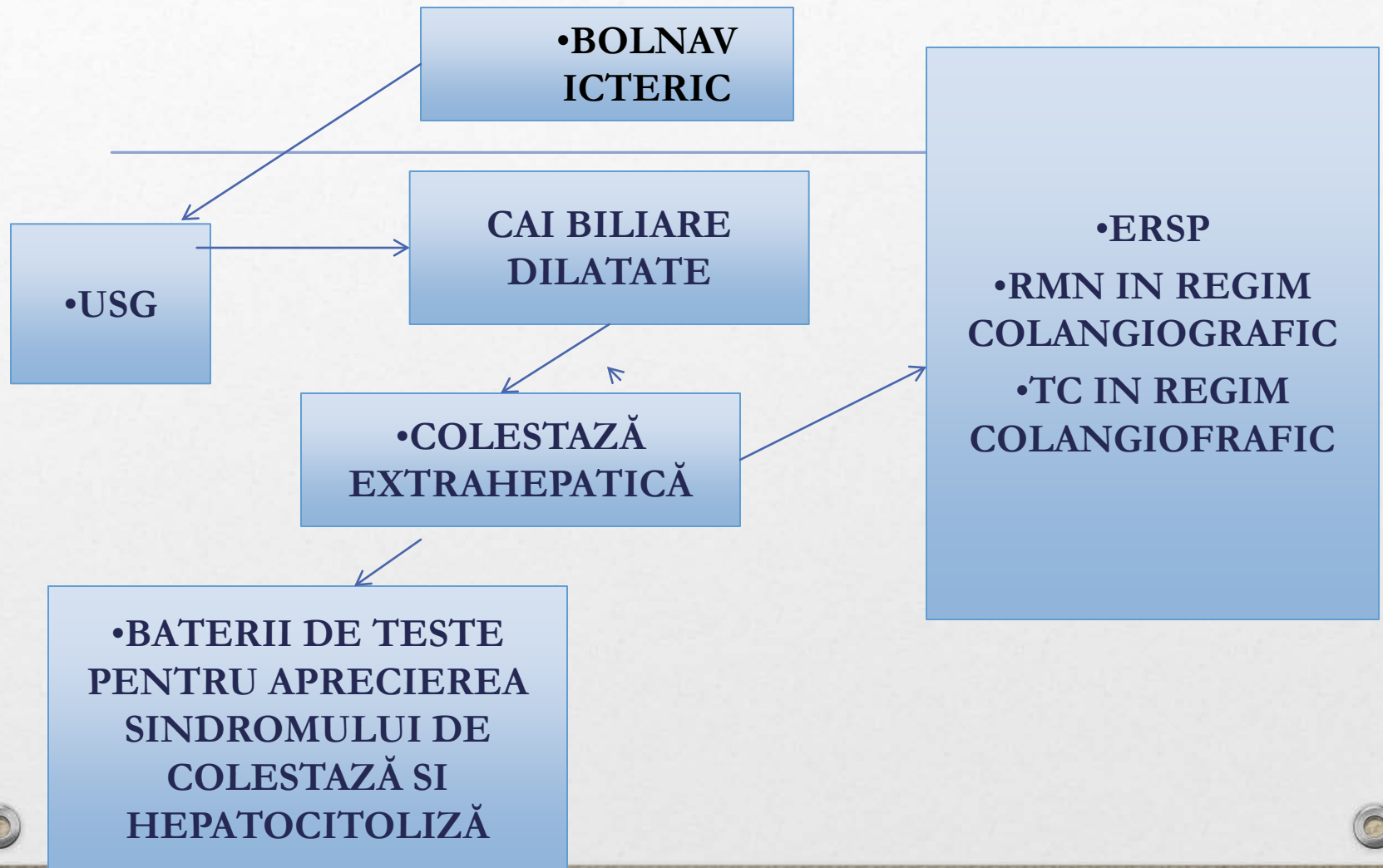
# Icterul mecanic

---

## Examenul clinic obiectiv

- colorația icterică a tegumentelor și sclerelor,
- sensibilitatea, durerea sau contractura musculară la nivelul hipocondrului drept.

# ALGORITMUL DE DIAGNOSTIC AL ICTERULUI MECANIC



# Litiaza biliară

---

- Tratamentul conservativ (acidul uro si chenodezoxicolic)
- Tratamentul chirurgical
  - Colectectomia anterogradă
  - Colectectomia retrogradă
  - Colectectomia bipolară

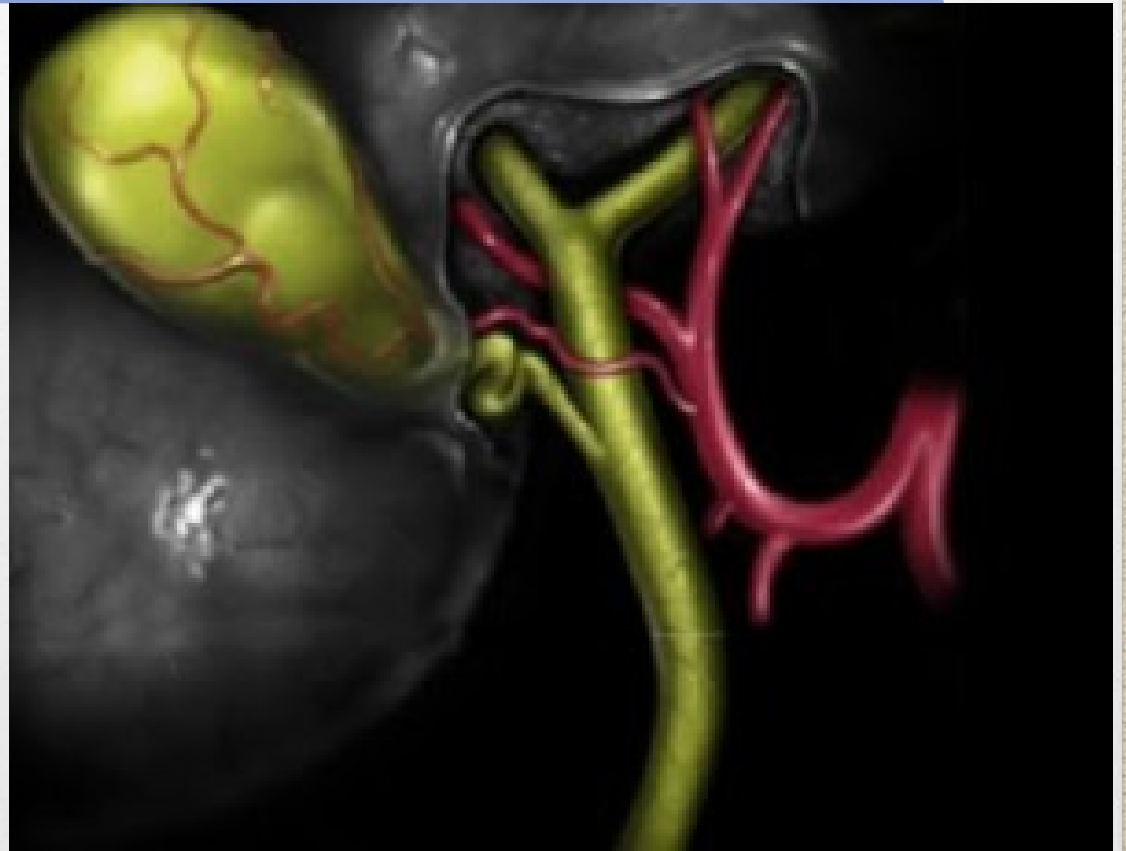
# Litiaza biliară

## Colecistectomia laparoscopică

- În **1987 Phillippe Mouret** din Lion (Franța) a efectuat prima colecistectomie, utilizând un laparoscop obișnuit.
- În **1988 Mac Kernan** o introduce în SUA.
- În **1989 Dubois** în Lion (Franța) a efectuat prima colecistectomie laparoscopică, utilizând tehnica video contemporană.
- În **1989 Cushieri** în Scoția.
- În **1990** colecistectomia laparoscopică a făcut ocolul lumii.
- În **clinica noastră** prima colecistectomie laparoscopică a avut loc pe **6.12.1992**. La ora actuală statistica noastră înglobează circa 8000 intervenții laparoscopice.
- Astăzi putem afirma cu certitudine că colecistectomia laparoscopică a cucerit prezentul, impunându-se ca noul standard de aur în tratamentul litiazei biliare.

# Litიაზა ბილარა

- **Triunghiul Calot**



# COLECISTECTOMIA Laparoscopica

---



# Litიაზა ბილიარა



# Colecistectomia clasică

---





# Litიაza biliarა

---



- **Vezicula biliară înlăturată**

# Litiază biliară

- TRATAMENTUL IN COLECISTITA ACUTA
- *colecistectomie în primele 24-48 ore de la debutul bolii cu drenarea spațiului subhepatic, iar uneori și a coledocului.*
- când sunt prezente contraindicații sau refuz categoric se aplică un tratament medicamentos (infuzii, substanțe spasmolitice, analgezice, antibiotice, pungă cu gheață, regim alimentar), operația se efectuează “la rece”.

# Litiază biliară

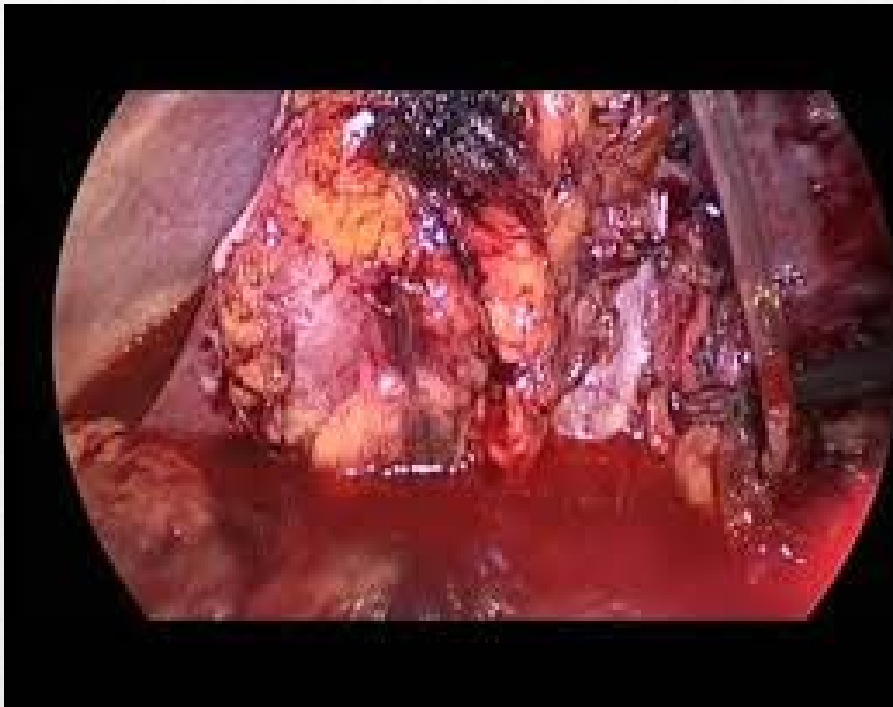
---



- **Colecistită acută flegmonoasă (piesă operatorie)**

# COLECISTECTOMIA IN COLECISTITA ACUTĂ CU PERITONITĂ

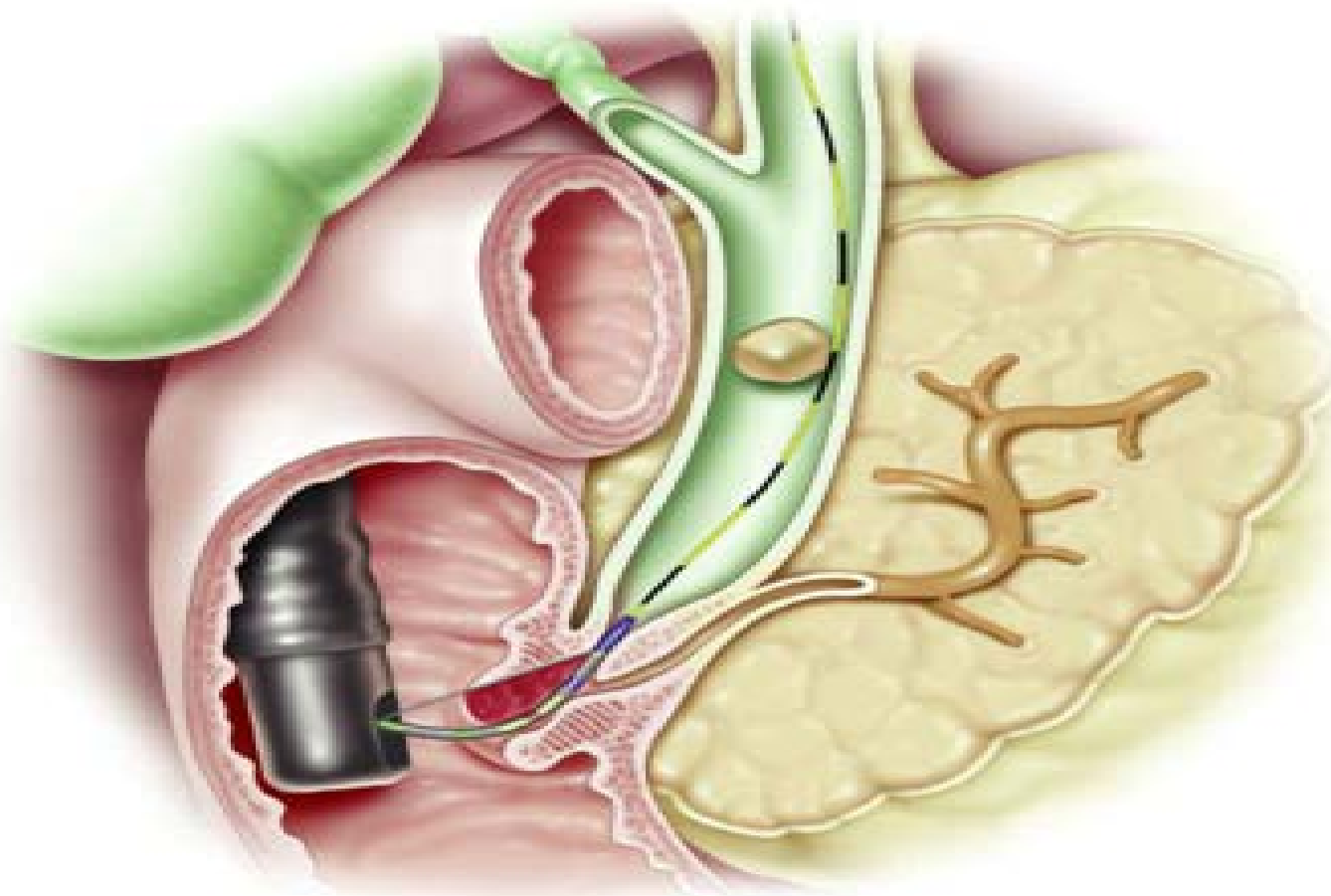
---



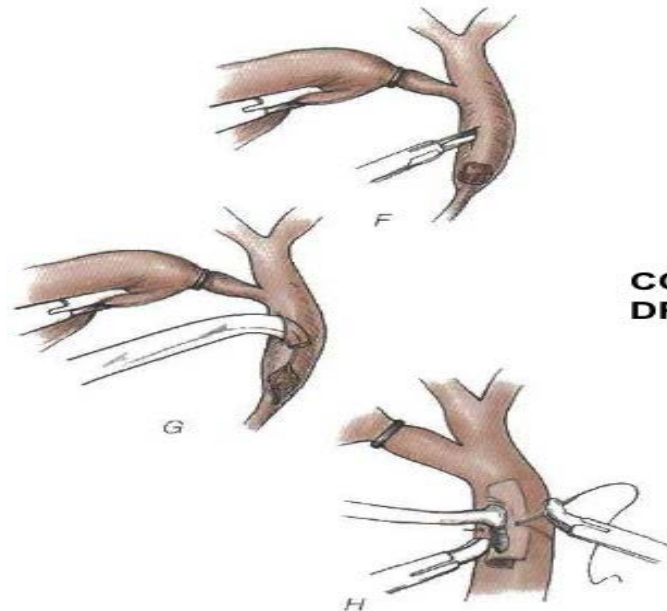
- Tratamentul este în urgență neamânată în primele 2 ore. Laparoscopia permite aprecierea posibilităților de abordare laparoscopică sau clasică

# PAPILOSFINCTEROTOMIA

## ENDOSCOPICĂ IN COLEDOCOLITIAZĂ ȘI SINDROMUL ICTERIC



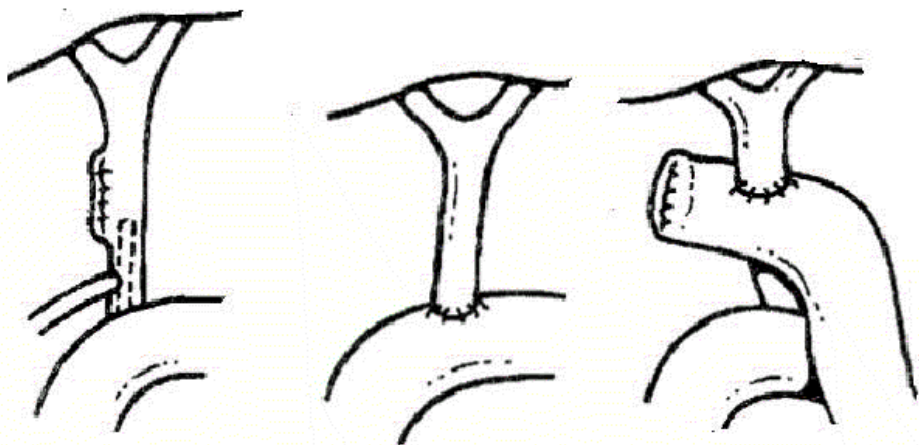
# COLEDOCOTOMIA CU LITEXTRACTIE



## COLEDOCOTOMIA + DRENATGE KEHR

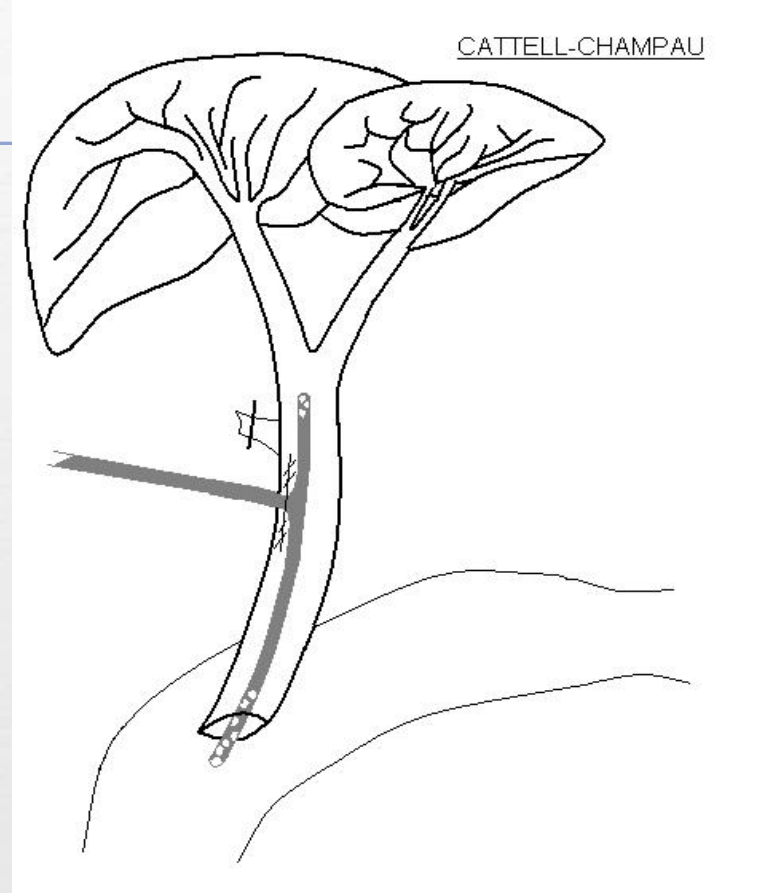
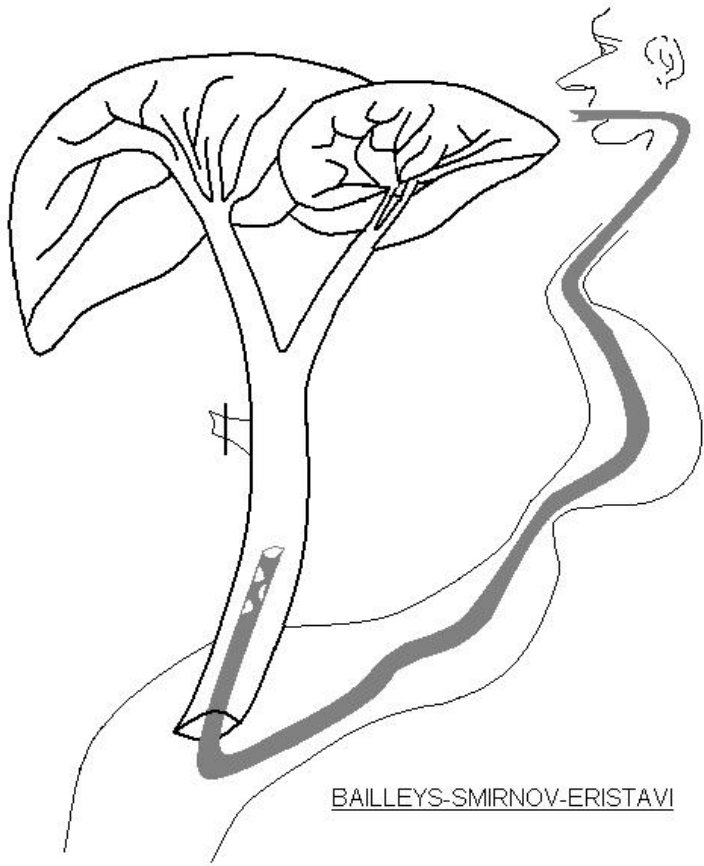
**Fig. 31-20.** (Continuación). F, se traza una incisión pequeña en el colédoco. G, se despejan los cálculos del colédoco con la guía del coledoscópico. H, se deja en el colédoco una sonda en T y se exterioriza un extremo a través de la pared del abdomen para descomprimir los conductos biliares.

# OPORTUNITĂȚI CHIRURGICALE IN COLEDOCOLITIAZĂ ȘI FISTULELE BILIOBILIARE



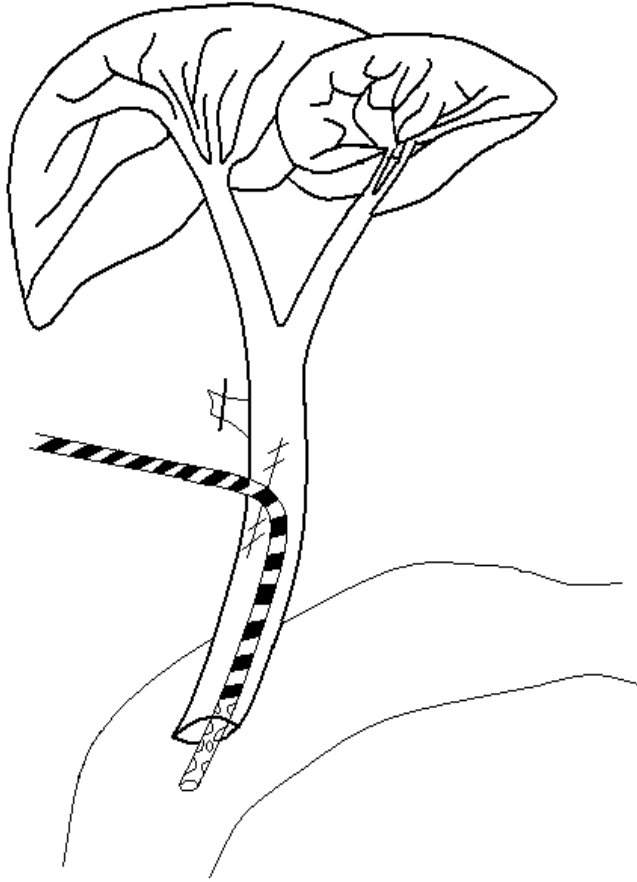
- Coledocotomie  
, drenare Kehr
- Coledocoduode  
noanastomoză
- Coledocojejuno  
anastomoză  
Roux

# Drenarea căii biliare principale





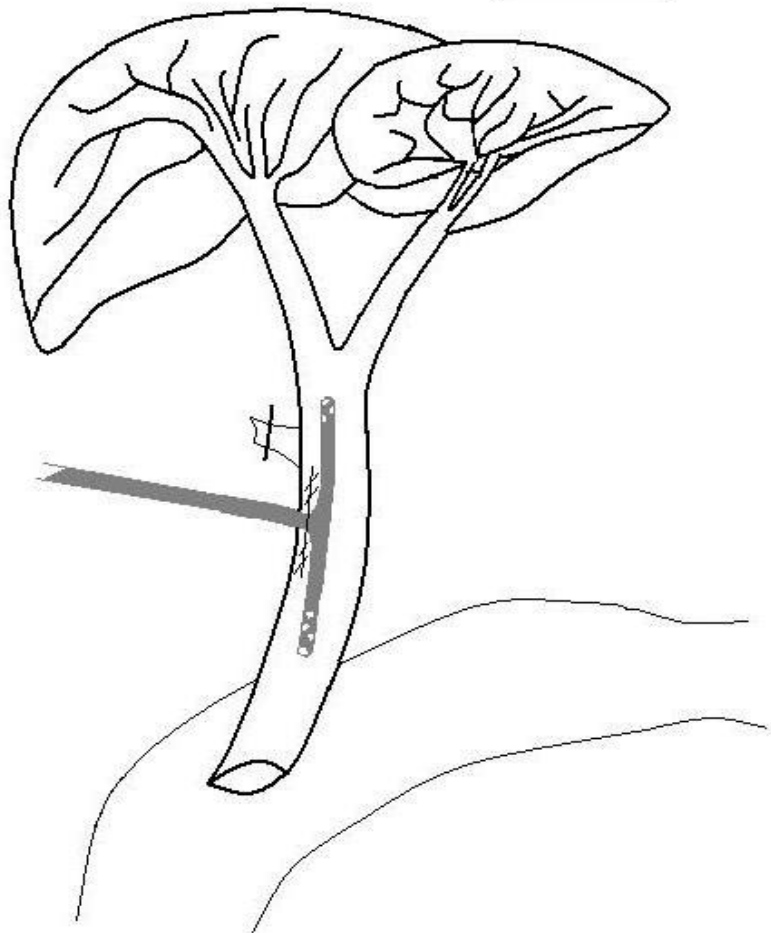
DRENUL DOLIOTTI



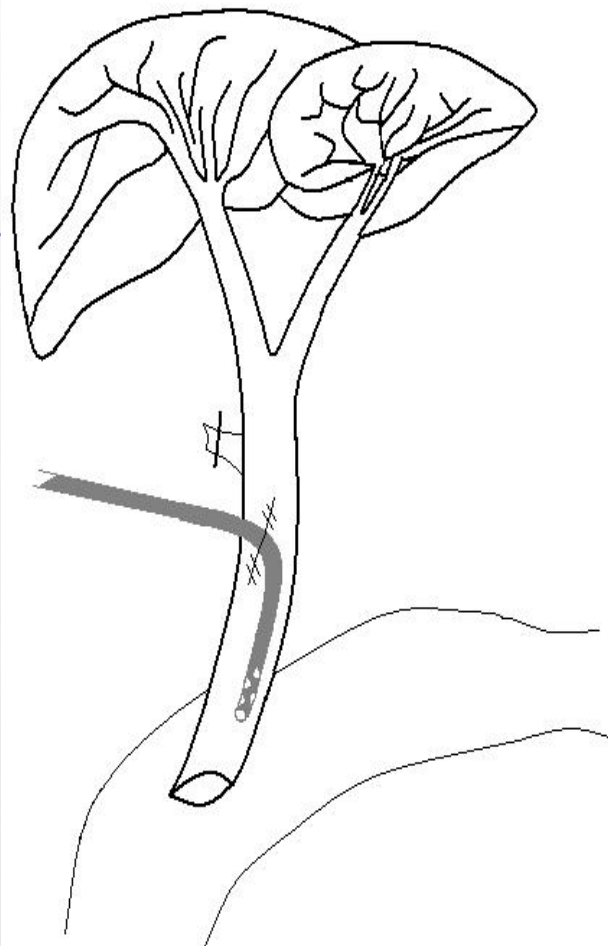
HALSTEDT



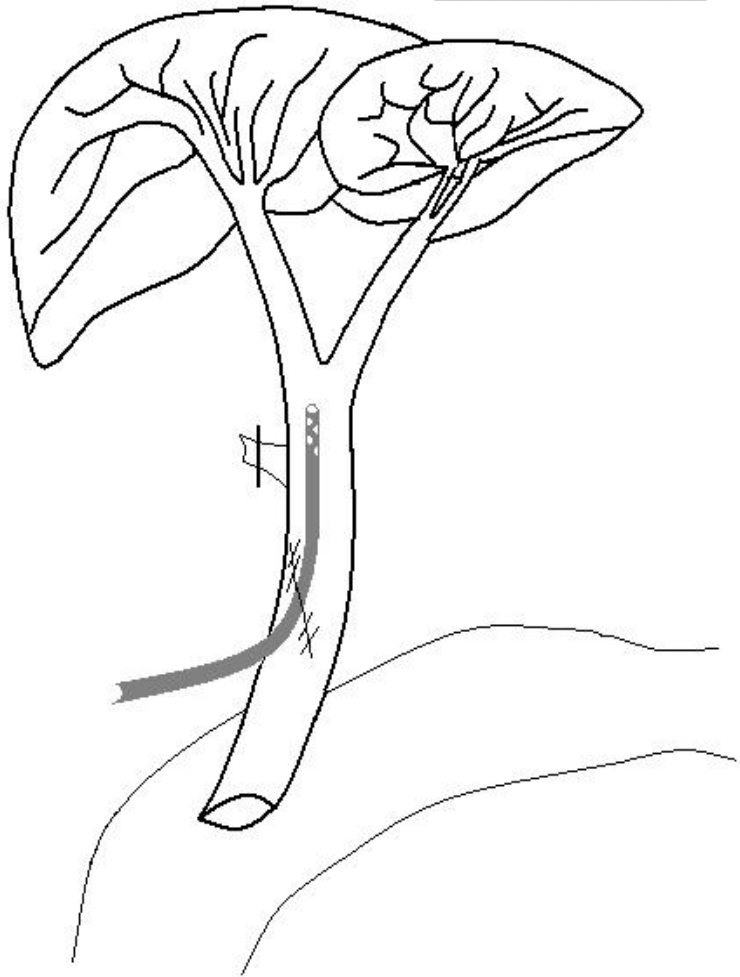
DRENUL KEHR



DRENUL LANE



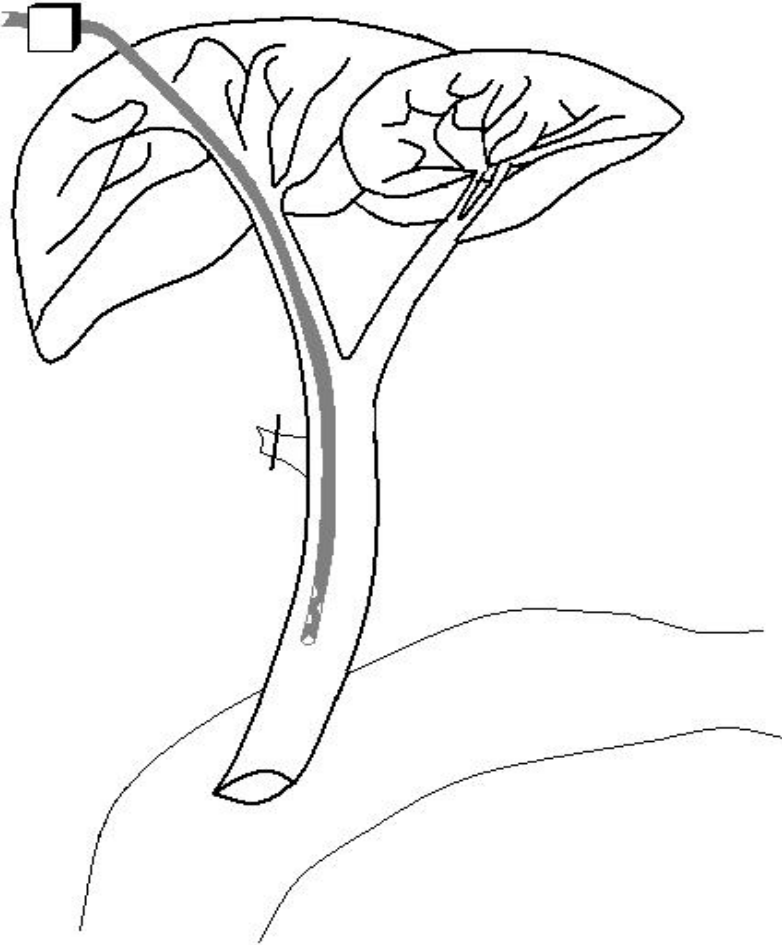
ROBSON-VISNEVSKI



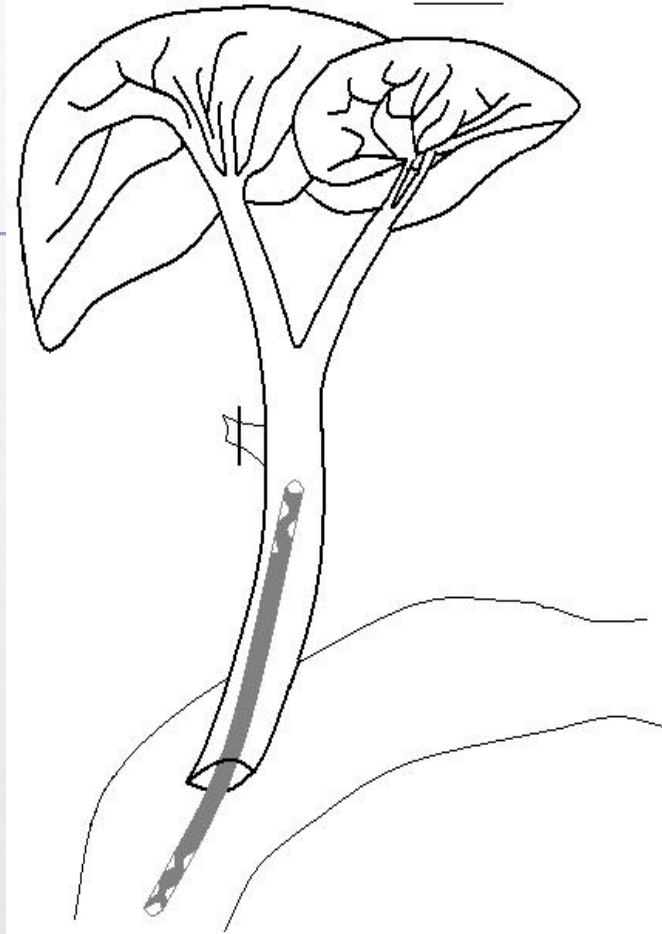
CALMERS



DRENUL PRADERI-SMITT



DU VAL



# TRETAMENTUL CR VEZICULĂ BILIARĂ

- Numai 10-30% din pacienți pot fi considerați candidați potențiali la chirurgia curativă, care poate fi o colecistectomie simplă (rate de supraviețuire > 85% în stadiul I) sau o rezecție radicală extinsă. Limfadenectomia este obligatorie. Procedura radicală presupune rezecția „în țevă de pușcă” a patului veziculei biliare și a segmentelor hepatice V și VI, excizia supraduodenală a coledocului, rezecția în bloc a ganglionilor limfatici (unii chirurghi preconizează pancreato-duodenectomia) Unele studii au comunicat supraviețuiri prelungite după chirurgia radicală chiar în stadiul IV
- Tratamentul loco-regional: Radioterapia
- Tratamentul sistemic: Chimioterapie



**MULTUMESC**