

Veziculă biliară dublă – surpriză intraoperatorie

D. Oprea, A. Maier, P. Costea

Secția Chirurgie II, Spitalul Județean de Urgență Ploiești

Rezumat

Anomaliile veziculei biliare sunt foarte rare. Diagnosticul preoperator este dificil, cel mai frecvent stabilindu-se intraoperator, sau la necropsie. Autorii prezintă un caz clinic de veziculă biliară dublă la un bărbat de 50 de ani, diagnosticul stabilindu-se în cursul colecistectomiei laparoscopice care se practica pentru colecistită cronică litiazică. Deși rară, această patologie trebuie avută în vedere pentru a evita leziunile iatrogene de căi biliare. Autorii fac și o trecere în revistă a literaturii.

Cuvinte cheie: veziculă biliară dublă, colecistectomie laparoscopică

Abstract

Double gall bladder – surprise during operation

Gall bladder abnormalities are very rare. The diagnosis is difficult, more often appears during operation or necropsy. The authors present a clinical case with double gall bladder, into a 50 years old man. The diagnosis appeared during laparoscopic cholecystectomy. The colecistectomy was performed for chronic cholelithiasis. Even it is rare, this pathology should be known, to avoid biliary ducts iatrogenic injuries during operations. The authors made a mustering of literature.

Key words: double gall bladder, laparoscopic cholecystectomy

Introducere

Căile biliare extrahepatice (CBEH) prezintă numeroase variante și anomalii, frecvența acestora fiind raportată în limite largi: 1,85% (Kourias) - 31% (Johnson-Anson) (1). Dacă la acestea se adaugă și variante ale arterelor regionale, abaterile de la normal pot atinge procentul de 50% (2).

Vezicula biliară dublă este foarte rar întâlnită, frecvența acesteia este de 0,002%, definitorie fiind prezența a două ducte cistice și a două artere cistice distincte (3,4). Primul caz de duplicație a veziculei biliare a fost publicat de Glasius în 1674 (5).

Diagnosticul preoperator al anomaliei este dificil.

Chirurgul trebuie să cunoască și să aibă în vedere aceste abateri de la normal, nu atât pentru rolul lor în patogenia suferințelor biliare (favorizează staza, litogeneza, infecția) cât mai ales pentru recunoașterea lor intraoperatorie evitând accidente grave, posibile în cursul colecistectomiei deschise sau laparoscopice (2).

Prezentarea cazului

Pacientul P.G., în vârstă de 50 de ani, s-a internat în serviciul nostru (F.O. nr. 49634/11.11.2008) pentru: dureri în epigastru și hipocondrul drept, grețuri, apărute pe fondul unei dispepsii persistente de mai mulți ani.

Examenul clinic a relevat jenă dureroasă la palpare în epigastru și mai ales în hipocondrul drept; examinările de laborator oferă relații normale.

La ecografia abdominală s-a constatat: ficat cu ecogenitate crescută de tip steatozic; colecist mai greu delimitabil, parțial evacuat postprandial, cu conținut redus și cu o imagine de calcul, mare, de 29 mm, cu umbră acustică; pancreas ușor neomogen; rinichi drept microlitiazic. Reexaminarea ecografică à jeun surprinde colecist malformat, multiplu cudat și septat,

Correspondență: Petru Costea
Secția Chirurgie II, Spitalul Județean de Urgență
Ploiești, Romania
E-mail: petru.costea@yahoo.com

mare, destins, cu un calcul mobil de 29 de mm.

Pe baza anamnezei, a examinărilor clinice și paraclinice se stabilește diagnosticul de colecistită cronică litiazică, pentru care s-a intervenit chirurgical, laparoscopic.

Intraoperator s-a constatat – la prima vedere – un colecist moderat mărit de volum situat în patul hepatic. Disecția regiunii infundibulo-cistice a evidențiat o arteră cistică și două ducte – unul de calibru normal și altul foarte subțire. Pentru a elimina suspiciunea unei angulări a căii biliare principale (CBP) datorate tracțiunii laterale a colecistului se continuă disecția dinspre zona infundibulo-cistică până la evidențierea hepato-coledocului, aspectul final sugerând o veziculă biliară unică, cu cistic dublu, tip H (Dia et.co citat de (5)). (Fig.1)

S-a practicat colecistectomie retrogradă laparoscopică.

Examinarea piesei de colecistectomie evidențiază două vezicule biliare acolate cu pereti proprii, bine individualizate solidarizate de o tunică seroasă, prezentând câte un canal cistic propriu unul de diametrul normal, iar celălalt subțire care se varsă separat în coledoc. Colecistul drenat de cisticul subțire prezintă multipli calculi de carbonat de calciu, cel cu cistic normal fiind ocupat doar de bilă cu aspect de stază.

Evoluția postoperatorie a fost simplă pacientul externându-se în 14.11.2008.

Discuții

Deși abaterile de la normal ale anatomiei CBEH sunt relativ frecvente, vezicula biliară dublă este foarte rar întâlnită. Semnalată pentru prima dată în 1674, duplicația veziculei biliare a fost citată în 200 de cazuri. Anomalia se datorează unui defect de lobulare a mugurelui hepato-cistic, survenit în săptămâna a IV-a de dezvoltare intrauterină. Se poate asocia cu chistul de coledoc (1,5,6).

Vezicula biliară dublă poate fi prezentă în mai multe variante (Anson și McVay citați de (2)) (Fig. 2):

- cele două vezicule au localizare obișnuită, cele două canale cistice formând un duct comun ce se varsă în CBP în „Y” (variantea cea mai frecventă);
- cele două ducte cistice se varsă separat în CBP, în „H”;
- unul din cele două ducte cistice se varsă în căile biliare intrahepatice (CBIH);
- un canal cistic se varsă în canalul hepatic comun;
- colecistul accesoriu se află sub lobul stâng hepatic;
- colecistul accesoriu este de dimensiuni foarte reduse putând fi localizat în micul epiploon.

Colecistul dublu, anomalie frecvent asimptomatică nefiind o stare patologică în sine, predispune la apariția litiazei, litogeneza fiind mai frecvent cantonată la colecistul cu morfologie modificată. Tabloul clinic se confundă cu cel al litiazei veziculare pe vezicula unică (1,3,7).

Preoperator anomaliile colecistului pot fi identificate prin colecisto-colangiografie intravenoasă și colangiopancreatografie endoscopică retrogradă (ERCP), dar mai frecvent, sunt o surpriză intraoperatorie (5,8,9). Sancțiunea chirurgicală este colecistectomia (10).

Importanța prezenței veziculei biliare duble (ce implică prezența a două canale cistice), dar și a altor anomalii a

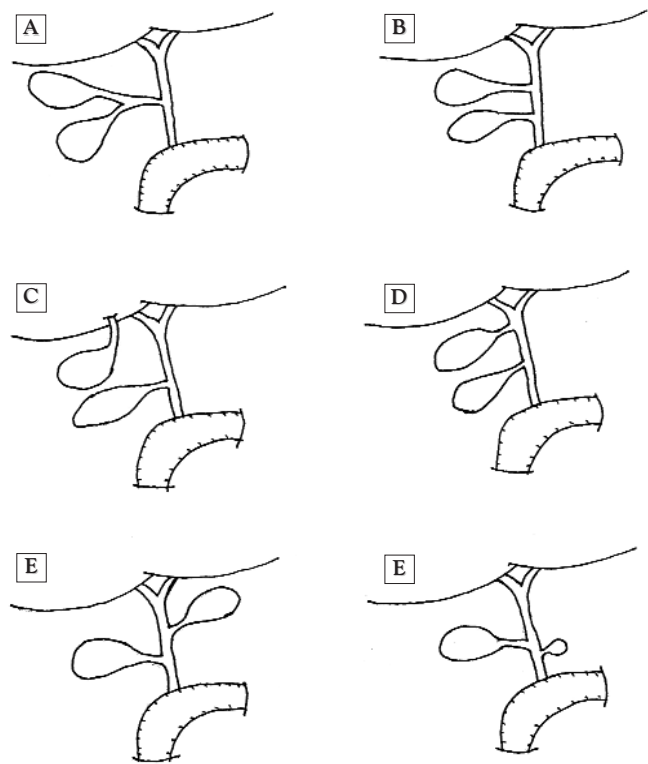


Figura 1. Veziculă biliară dublă (detalii în text)

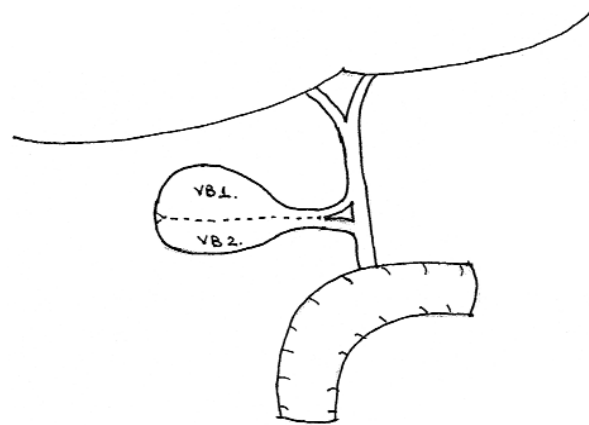


Figura 2. Variante de veziculă biliară dublă (explicații în text)

CBEH, rezidă în dificultățile apărute intraoperator.

În condițiile în care după ”revoluția laparoscopică de la 1987” (J. Perissat), colecistectomia laparoscopică a devenit cea mai frecventă intervenție chirurgicală (”gold standard” în colecistectomie) și având în vedere că leziunile de CBEH sunt mai des întâlnite în cursul acesteia față de colecistectomia deschisă (0-2,7% vs. 0,2-0,5%) importanța cunoașterii și conștientizării anomaliilor veziculare și de CBEH se amplifică (11,12,13,14).

Este posibil să se extirpe doar un colecist al doilea nefiind recunoscut intraoperator (3).

Confundarea uneia din veziculele biliare cu CBP este posibilă (15).

La bolnavul prezentat, simptomatologia clinică a fost comună litiazei veziculare pe veziculă unică. Examinarea ecografică a ridicat suspiciunea unor modificări morfologice, fără a putea preciza anomalia. Colecistul incomplet evacuat postoprandial îndreaptă atenția mai de grabă spre o suferință diskinetică.

Intraoperator s-a evidențiat doar o arteră cistică dar nu excludem posibilitatea prezenței celei de-a doua artere cistice, de calibru redus, probabil electrocoagulată și secționată în cursul disecției. Prezența a două canale cistice de calibru diferit a pus în dificultate echipa operatorie, disecția minuțioasă a pediculului hepatic înlăturând pericolul lezării CBP.

Litiaza a fost localizată la vezicula biliară drenată de cisticul subțire, drenajul ineficient al bilei favorizând staza și litogeneza consecutivă.

Nu am întâlnit în literatura de specialitate consultată varianta de veziculă biliară dublă cu cele două vezicule acolate, cu seroasă unică și situate normală în patul hepatic al colecistului.

Concluzii

Pe marginea acestui caz și în consens cu alți autori putem concluziona următoarele:

- diagnosticul preoperator al anomaliilor veziculare și de CBEH se poate stabili prin ERCP și colangio-colecistografie intravenoasă, selectarea cazurilor putând fi stabilită de un examen ecografic echivoc.
- existența anomaliilor veziculare și de CBEH trebuie permanent avută în vedere, disecția atentă în cursul colecistectomiei laparoscopice putând să evite leziuni iatrogene ale căilor biliare, chirurgul având obligația să lucreze "la vedere și nu pe credință" (Maingot).

Bibliografie

1. Panaitescu V, Petrenciuc C. Duodenul și glandele anexe. Corelații morfo-clinice și funcționale. București: Ed. Litera; 1988. p. 22-23.
2. Duca S. Chirurgia laparoscopică a căilor biliare. Cluj-Napoca: Ed. Dacia; 1994. p. 14-15.
3. Juvara I, Setlacec D, Rădulescu D, Gavrilescu S. Chirurgia căilor biliare extrahepatice. București: Ed. Medicală; 1989. p. 7-9.
4. Chircor L, Dina C. Variante anatomice și malformații congenitale. București: Ed. Paco; 2007. p. 167-168.
5. Numaguchi Y. Duplication of gall bladder; Duplication of the gall bladder; a report of two cases. Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi. 1970;30(9):861-7. Japanese
6. Constantinoiu S, Mateș IN, Miron A, Voiculescu B. Icterul litiazic. București: Ed. Regina de Arcadia; 1998. p. 15-18.
7. Gerota D. Explorarea chirurgicală a abdomenului. București: Ed. Medicală; 1982. p. 208-210.
8. Duca S. Chirurgia laparoscopică. Cluj-Napoca: Ed. Dacia; 1997. p. 122-123.
9. Paraskevas G, Papaziogas B, Natsis K, Spanidou S, Kitsoulis P, Atmatzidis K, et al. An accessory double cystic duct with single gallbladder. Chirurgia (Bucur). 2007;102(2):223-5.
10. Edmund J, Maxwell G. Duplication of the Gallbladder: review of the surgical cases. Digestive surgery. 1989;6:146-150.
11. Pătrașcu T, Burcoș T, Doran H, Cristian D, Brezean I, Voiculescu S, et al. Leziunile căilor biliare extra-hepatice în colecistectomia laparoscopică. Chirurgia (Bucur). 2006;101(4): 385-90. Romanian
12. Bratucu E, Straja D, Doha C, Marincas M, Cirimbei C, Filimon B, Paun L. Riscuri suplimentare în patologia biliară asociată anomaliilor de căi biliare. Chirurgia (Bucur). 2006; 101(Supliment):143.
13. Nicolau AE, Argăseală Izabela, Merlan V, Micu B, Enache Oana, Veste V, Beuran M, Bucur AI, Constantinescu G, Popa B, Racoveanu Ileana. Evoluția terapiei chirurgicale în ultima decadă. Studiu comparativ al intervențiilor 1993-1995 vs. 2003 - 2005. Chirurgia (Bucur). 2007;102(1):51-56.
14. Gerota D. Patologia veziculei biliare. În: E. Proca (editor). Tratat de patologie chirurgicală. vol. VI. București: Ed. Medicală; 1986. p. 860-861.
15. Singh G, Bhandari RK, Saini DS. Double gallbladder and accessory hepatic duct - a case report. The Indian Journal of Radiology and Imaging. 2002;12(2):231-232.