

Veziula de porțelan - particularități diagnostice și terapeutice

E. Suliman¹, R. Palade¹, D. Voiculescu¹, G. Simion²

¹Clinica Chirurgie I, Spitalul Universitar de Urgență, București

²Departamentul de Anatomie patologică, Spitalul Universitar de Urgență, București

Rezumat

Veziula de porțelan (VP) este o entitate rară. Asocierea ei cu litiata de colecistului se întâlnește frecvent (90%). Diagnosticul se stabilește în urma explorărilor imagistice (radiografia abdominală simplă, ecografia și/sau CT abdominale). Din punct de vedere histopatologic e vorba de un proces extins de calcificare a peretelui vezicular. În literatură s-a menționat cu insistență asocierea VP cu neoplasmul de veziculei biliare. De aceea colecistectomia laparoscopică a fost formal contraindicată. Prezentăm două cazuri de VP operate laparoscopic și cu această ocazie trecem în revistă aspectele particulare de diagnostic și tratament ale afecțiunii.

Cuvinte cheie: veziula de porțelan, litiata biliară, colecistectomie laparoscopică, neoplasmul de vezică biliară

Abstract

Porcelain gallbladder - diagnostic and therapeutic particularities

Porcelain gallbladder (PG) is a rare entity. It's frequently associated with cholecyst lithiasis (90%). Diagnosis is established based on imaging assays (simple abdominal radiography, ultrasound and/or abdominal CT). Pathologically is an extensive process of calcification of the gallbladder wall. The

literature mentioned strongly PG association with cancer of the gallbladder. Therefore laparoscopic cholecystectomy was formally contraindicated. We present two cases of PG laparoscopically operated and with this occasion we review particular aspects of diagnosis and treatment of the disease.

Key words: porcelain gallbladder, gallbladder stones, laparoscopic cholecystectomy, gallbladder neoplasia

Introducere

Veziula de porțelan (VP) este o entitate patologică rară, caracterizată prin calcificarea quasitotală a peretelui colecistic. Incidența reală a VP e de 0,6 – 0,8%, iar asocierea cu litiata se întâlnește în peste 90% din observații. Afecțiunea apare mai ales la sexul feminin, raportul fiind M/F = 1/5. VP la copil este excepțional de rară.

Există o multitudine de sinonime ale VP (denumire introdusă în literatura de specialitate în 1929), care caută să precizeze, fiecare în parte, cât mai corect afecțiunea: veziula biliară calcificată, colecistita calcificată, calcificarea pereților veziculei biliare, Cholecystopathya chronica calcara (1).

De menționat faptul că, VP e de cele mai multe ori asimptomatică, diagnosticul stabilindu-se întâmplător cu ocazia efectuării unui examen imagistic abdominal (radiografie abdominală simplă, ecografie, CT).

Deși rară, s-a remarcat că VP e asociată uneori cu neoplasmul veziculei biliare și de aceea tratamentul chirurgical e recomandat, chiar în absența unei simptomatologii clinice.

Având în vedere cele enunțate mai sus, considerăm util să prezentăm două cazuri clinice de VP, pe care le-am întâlnit în activitatea noastră.

Correspondență: Dr. Emel Suliman
Spitalul universitar de Urgență București
Clinica Chirurgie I
Splaiul Independenței nr. 169, sector 5,
050098 București, România
E-mail: emel_suliman@yahoo.com

Prezentare cazuri. Rezultate

Observația nr. 1: pacienta I.V., sex feminin, 45 de ani (FO 10277/1113 din 01.04.1996) se internează cu diagnosticul de litiază veziculară. Se intervine chirurgical și se practică o colecistectomie laparoscopică subseroasă și drenaj subhepatic. Diagnosticul postoperator a fost de piocolecistică acută litiazică, veziculă de porțelan.

De menționat dificultățile intraoperatorii legate de:

- o visceroliză subhepatică anevoioasă pentru eliberarea VB de duoden și marele epiploon, intim aderent, datorită procesului acut inflamator;
- o prehensiune dificilă a colecistului datorită:
 - pereților groși și indurați ai VB;
 - VB biloculat printr-un calcul voluminos corporeo-fundic;
 - unui calcul infundibular, care a generat o bursă Hartmann voluminoasă și un canal cistic scurt;
 - disecția dificilă a triunghiului Calot, datorită expunerii greoaie;
 - decolare anevoioasă a VB din foșeta cistică, manevrabilitatea colecistului fiind scăzută.

Observația nr. 2: P.B.G.M., de sex feminin, 39 ani, (FO 43337/1205 din 05.06.2007), internată cu diagnosticul de colică biliară, litiază VB. Debutul afecțiunii a fost anamnetic în urmă cu doi ani, diagnosticul fiind stabilit în urma unui examen ecografic. Explorările imagistice preoperatorii au evidențiat:

- pe radiografia abdominală simplă, în cadranul superior drept (Fig. 1), o calcificare a VB;
- ecografic un colecist mulat pe calculi (se remarcă un con de umbră posterioară de cca 50 mm (Fig. 2);
- examenul CT abdominal – veziculă de porțelan (Fig. 3).

Explorarea biochimică a arătat:

- Calcemia = 8 mg% (N= 8,4 – 10,2 mg%);
- Calciu ionic = 3,98 mg% (N= 4,2 – 5,2 mg%).

Reținem că bolnava prezenta o hipocalcemie, cu scăderea calciului ionic.

Se intervine chirurgical și intraoperator se constată:

- VB mărită de volum, bicamerală, cu pereți îngroșați, mulată pe calculi.
- Corporeoinfundibular un calcul colesterinic de 50 mm, perete VB cu impregnații calcare dure.
- Fundic un alt calcul de 20 mm, peretele VB fiind mulat pe el (pseudodiverticul fundic) (Fig. 4).

Examenul histopatologic al piesei operatorii a evidențiat o calcificare masivă difuză în stratul muscular al VB (Fig. 5).

Diagnosticul postoperator a fost de: veziculă de porțelan, colecist bilocular litiazic scleroatropic, steatofibroză hepatică.

Discuții

Calcificările peretelui VB sunt secundare:

- a. unui proces inflamator cronic;
- b. unor hemoragii intramurale;
- c. perturbării metabolismului calciului.

Din punct de vedere histopatologic, asistăm la o distrofie

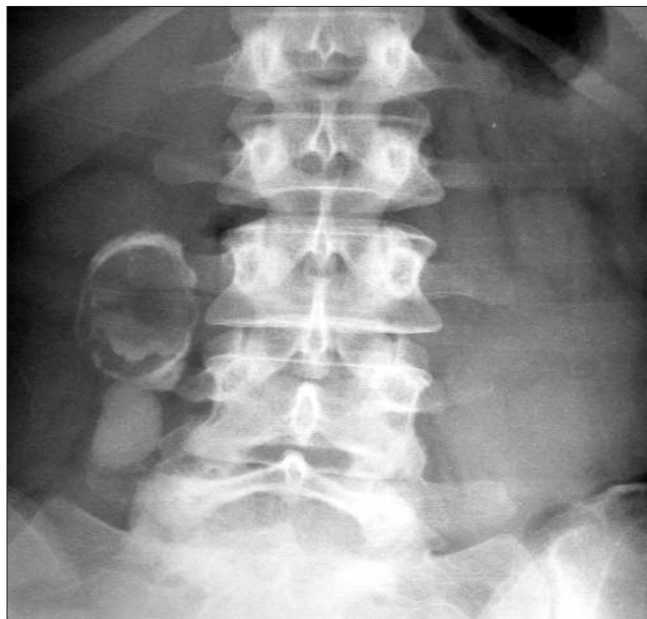


Figura 1. Veziculă de porțelan. Radiografie abdominală simplă



Figura 2. Veziculă de porțelan. Examen ecografic abdominal

calcară a peretelui VB, pe fondul unui proces inflamator cronic. Sunt de reținut două aspecte diferite, pe care examenul microscopic al peretelui VB le relevă:

- a. microcalcificări difuze, care apar în:
 - mucoasă;
 - submucoasă;
 - spațiile glandulare;
 - sinusurile Rokitansky-Aschoff.
- b. focare întinse de calcificare și fibroză, care se localizează în pătura musculară a peretelui VB.

Pot exista, deci, în peretele VB calcificări diferite, care apar ca:

- a. depuneri multiple, punctiforme de calciu în mucoasa VB și în spațiile glandulare ale ei;
- b. focare largi, continue, masive de calcificare în musculatura peretelui VB.

Din punct de vedere clinic, descoperirea în cadranul superior drept al abdomenului a unor calcificări, ce ar sugera VP, trebuie atent analizate, pentru că ele pot avea mai multe

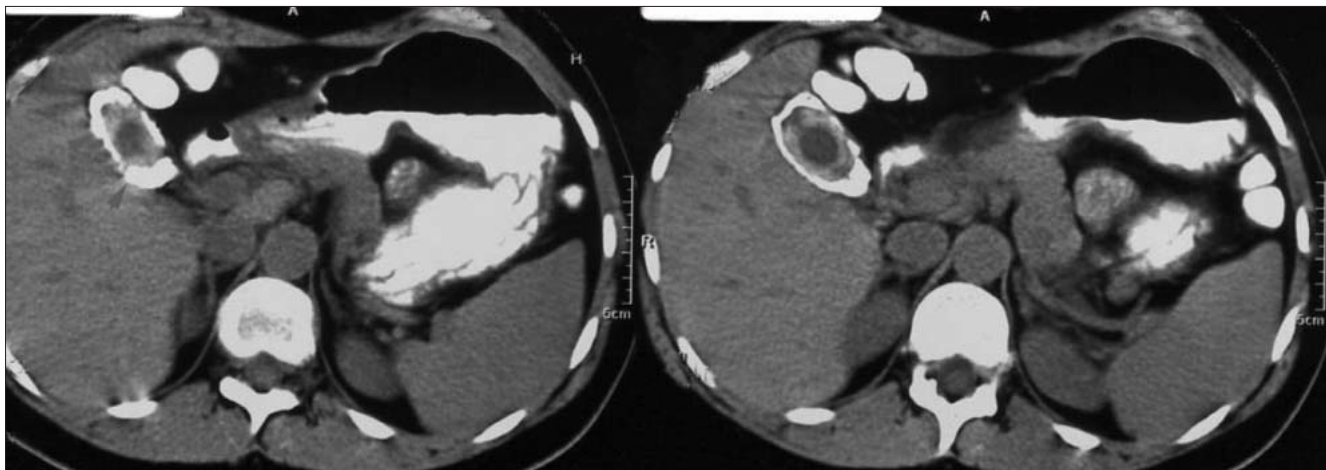


Figura 3. *Veziula de porțelan - Examen computer tomograf. Se observă calcificările de la nivelul peretelui colecistic*

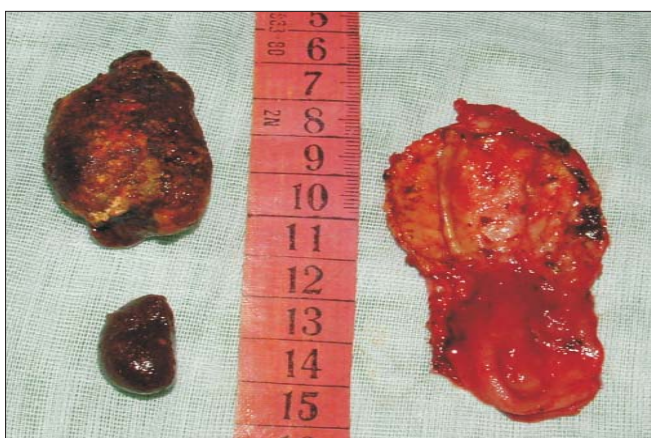


Figura 4. *Veziulă de porțelan – piesa operatorie*

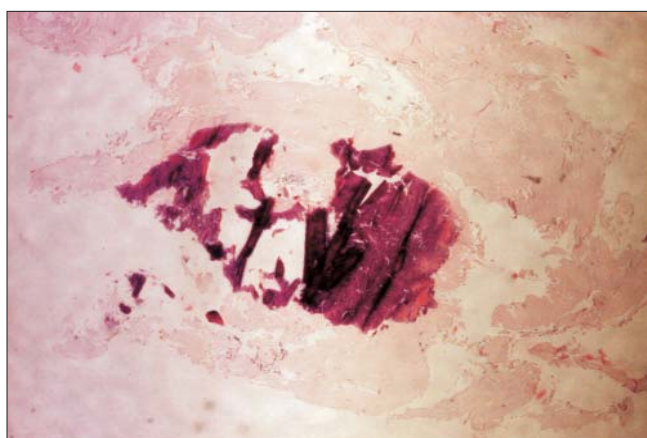


Figura 5. *Examen histopatologic - Secțiune prin peretele VB, Obiectiv 2x10, colorație H.E. Se observă focar extins de calcificare în stratul muscular. Aria de calcificare e intens bazofilică, violacee, cu imagini neregulate. Mic focar inflamator, cu limfocite*

cauze și pot aparține și altor organe: ficat, rinichi drept, tub digestiv, cavitate peritoneală, glandă suprarenală dreaptă, retroperitoneu.

Diagnosticul diferențial imagistic al VB se poate face cu o multitudine de afecțiuni, dintre care o parte le enumerăm în *Tabelul 1*.

Examenul ecografic nu poate preciza uneori diagnosticul de VP, mai ales în colecistul scleroatropic, mulat pe un calcul voluminos. În colecistita acută enfizematoasă, prezența bulelor de gaz din peretele VB, care reflectă ultrasunetele, poate ecografic uneori să sugereze eronat o VP.

Două studii clasice, din anii 1931 și 1962, atrag atenția asupra asocierii VP cu neoplasmul colecistului. Se afirmă că prezența calcificărilor în peretele VB se asociază cu neoplasmul în 12 – 61% din cazuri (2).

La Massachusetts General Hospital, între anii 1962 – 1999, s-au efectuat 25.900 de examene histopatologice ale VB. S-au

identificat 150 de cazuri de neoplasm al VB. În același timp, s-au constatat 44 de observații de VP, dintre care 17 prezentau calcificări intramurale, iar 27 calcificări selective ale mucoasei VB (2). La bolnavii care prezentau calcificări intramurale nu s-a observat nici o modificare neoplazică a VB. Neoplasmul VB s-a întâlnit doar la pacienții care prezentau calcificări la nivelul mucoasei. Incidența neoplasmului de colecist, la cazurile care aveau calcificări selective ale mucoasei VB, a fost de 7% ($p = 0,1$).

Un alt studiu, efectuat la University of California Los Angeles Medical Center, bazat pe un număr de 10.741 colecistectomii, efectuate între 1955 și 1998, identifică 15 cazuri de VP (0,14%), dar nu găsește la acestea nici un neoplasm de VB. În schimb sunt menționate 88 de observații cu neoplasm de VB (0,82%), dar nici unul nu prezenta calcificări parietale (3).

În România, la Cluj-Napoca, în Clinica III Chirurgie, între 1992-2004, s-au efectuat 12000 de colecistectomii

Tabelul 1. *Modificat de noi după Ali Nawaz Khan și colaboratorii (1)

Diagnosticul diferențial imagistic al veziculei de porțelan:*

1. Calculi biliari radioopaci de talie mare
2. Bila calcică
3. Colecistita acută emfizematoasă
4. Chistul hidatic hepatic
5. Chiste hepatice neparazitare calcificate
6. Schistostomiaza
7. Infarcte vechi ale parenchimului hepatic
8. Tumori primare sau metastatice de ficat
9. Tumori benigne de ficat
10. Chiste renale calcificate
11. Calculi renali radioopaci
12. Hemoragii vechi în glanda suprarenală dreaptă
13. Tumori de glandă suprarenală dreaptă

* Examenul CT poate preciza apartenența de organ a calcificării

laparoscopice și s-au întâlnit patru observații clinice de VP (0,034%). Nici un caz nu a avut leziuni neoplazice asociate VP (4).

În Japonia, la Kansai Medical University Osaka, la 1603 colecistectomii s-au identificat 13 cazuri (0,81%) de VP. După rezultatul examenului ecografic s-a realizat selecționarea pacienților, astfel că zece bolnavi au fost colecistectomizați laparoscopic, iar trei au fost colecistectomizați deschiși. La un singur pacient s-a descoperit un neoplasm concomitent de VB (5).

În Europa, incidența neoplasmului de VB este de sub 1%. La Chirurgische Klinik, DRK-Kliniken Westend Berlin, Germania, s-au efectuat, între anii 1990-2001, un număr de 7130 colecistectomii. La 47 de bolnavi s-a diagnosticat un neoplasm de VB (0,66%). În 30 de observații malignitatea a fost stabilită intraoperator sau postoperator (6).

În urma experienței acumulate se poate afirma că prognosticul în VP nu trebuie de regulă asociat cu riscul mare al neoplasmului de colecist. E necesar însă să precizăm că "adevărată veziculă de porțelan" se caracterizează prin calcificarea transmurală a întregului perete al VB. E vorba de un proces distrofic extensiv, situat în grosimea peretelui VB, însoțit de o reacție conjunctivă fibroasă.

În cazul plăcilor focale de calcificare, care interesează mucoasa VB, tratamentul chirurgical se impune, pentru că în aceste situații incidența degenerescenței maligne e de 14 ori mai mare, față de lotul de control (7).

Majoritatea autorilor sunt de acord că, în stadiile Tis și T1 ale neoplasmului de VB, colecistectomia laparoscopică este suficientă.

Totuși, colecistectomia laparoscopică în aceste situații trebuie să prevină o eventuală posibilă diseminare malignă peritoneală, prin măsuri tactice și tehnice, obligatorii de respectat:

- VB nu trebuie deschisă;
- nu trebuie să existe scurgeri de bilă din VB;
- VB trebuie extrasă din abdomen în sac;
- pneumoperitoneul trebuie evacuat cu trocarele pe loc;
- piesa de colecistectomie trebuie examinată atent la sfârșitul intervenției;
- un examen histopatologic extemporaneu e indicat în

situația celui mai mic dubiu (noduli, indurații parcellare, ulceratii, vegetații, calcificări zonale ale peretelui VB, mai ales la vezicula scleroatrofică).

În stadiile T2 și T3 ale neoplasmului VB se va recurge numai la chirurgie deschisă, iar intervenția va consta în ridicarea VB cu hepatectomie și celuloimfadenectomie.

În VP sporadic sunt întâlnite procese de colecistită acută, așa cum am raportat și noi, în cele două observații prezentate.

Ca o complicație extrem de rară, cităm din literatură, o fistulă colecistoduodenală, într-un caz de colecistită acută, survenită la un pacient cu VP (8).

Concluzii

1. VP este o entitate patologică rară.
2. Diagnosticul nu este de obicei sugerat de clinică.
3. Asocierea cu litiaza VB e foarte frecventă.
4. Deseori diagnosticul e stabilit întâmplător.
5. Trebuie atent diferențiate calcificările focale, superficiale ale mucoasei de "adevărată VP", la care procesul patologic interesează masiv structura perietală a colecistului.
6. Incidența neoplasmului în VP e posibilă, dar apare de regulă în calcificările localizate în mucoasa VB.
7. Colecistectomia laparoscopică în VP e indicată, dar cazurile trebuie bine selecționate, după datele imagistice, pentru a evita o diseminare în situația unei concomitențe maligne.
8. Dificultățile tehnice din timpul colecistectomiei laparoscopice trebuie atent, corect și permanent evaluate (prehensiune dificilă, manevrabilitate redusă, disecție anevoioasă, plan de clivaj incert, expunere improprie etc.).
9. VP e o entitate patologică cu particularități specifice, care necesită o bună cunoaștere pentru a fi corect diagnosticată și tratată.

Bibliografie

1. Ali Nawaz Khan, Margaret Aird, Sumaira Macdonald, D. Sherlock, Porcelain Gallbladder, eMedicine, 2002.
2. Stephen AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder; a relationship revisited. Surgery. 2001;129(6):699-703.
3. Towfigh S, Mc Fadden DW, Cortina GR, Thompson JE, Tompkins RK, Chandler C, Hines OJ. Porcelain gallbladder is not asociated with gallbladder carcinoma. Am Surg. 2001; 67(1):7-10.
4. Puia IC, Vlad L, Iancu C, Al-Hajjar N, Pop F, Bălă O, Munteanu D. Colecistectomia laparoscopică pentru vezicula de porțelan. Chirurgia (Bucur). 2005;100(2):187-189.
5. Kwon AH, Inui H, Matsui Y, Uchida Y, Hukui J, Kamiyama Y. Laparoscopic cholecystectomy in patients with porcelain gallbladder, Hepatogastroenterology. 2004;51(58):950-3.
6. Kraas E, Frauenschuh D, Farke S. Intraoperative suspicion of gallbladder carcinoma in laparoscopic surgery: what to do?, Dig Surg. 2002;19(6):489-93.
7. Lacaine F. Is the laparoscopic approach appropriate for porcelain gallbladder? J Chir (Paris). 2003;140(2):115-9.
8. Delpierre I, Tack D, Moisse R, Boudaka W, Delcour C. Colecistoduodenal fistula in a porcelain gallbladder. Eur Radiol. 2002;12(9): 2284-6.