

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL CHISTULUI HIDATIC HEPATIC ÎN CADRUL CLINICII CHIRURGIE I TÂRGU MUREȘ

RISK AND COMPLICATIONS OF LIVER HYDATID CYST IN THE SURGERY CLINIC I TÂRGU MUREȘ

Asis. univ.dr. **Adrian Cotovanu**, prof. univ. dr. **Constantin Copotoiu**
Surgical Clinic I Targu Mures
Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy Tg. Mures

Abstract:

Surgery is the main phase of the treatment of liver hydatid cyst. The procedure used in the surgical treatment of hydatid cyst liver residual cavity is chosen depending on the location of the remaining cavity, its size and especially its complications (biliary fistula, rupture of the cyst, etc. The surgeon has the obligation to choose the method which has the lowest risk for patients and leading to a rapid and complete healing.

Key-words: liver hydatid cyst, endemic, residual cavity, complications, surgical

Introducere

Chistul hidatic hepatic este o boală complexă care pune nenumărate probleme legate de tactica și tehnica operatorie. Concepțiile moderne asupra tratamentului chirurgical al chistului hidatic hepatic se orientează spre înțelegerea fiziopatologiei hepato-biliare, intervențiile urmărind nu numai supraviețuirea bolnavului, ci și anularea posibilelor sechele hepato-biliare.

Tratamentul bolii hidatice hepatice încă nu este codificat, și aceasta pentru că nu există o tehnică perfectă, aplicabilă într-o anumită situație și ale cărei rezultate să fie întotdeauna aceleași, iar boala hidatică este deosebit de polimorfă atât ca localizare, cât și ca modificări anatomo-patologice. [6]

Material și metoda

Am utilizat experiența colectivului din cadrul Clinicii Chirurgie I Târgu Mureș în tratamentul chirurgical al chistului hidatic hepatic. Astfel, am efectuat un studiu clinic retrospectiv pe o perioadă de 12 ani (ianuarie 1998-decembrie 2009).

În studiu au fost incluși 255 de pacienți care au beneficiat de tratament chirurgical în perioada anterior menționată. [6]

Rezultate

Din cei 255 de pacienți operați pentru

chist hidatic hepatic, în perioada anterior menționată, 133 (52,16%) au fost de sex feminin și 122 (47,84%) de sex masculin.

Sex	Nr. cazuri	p
Masculin	122	0,3758
Feminin	133	

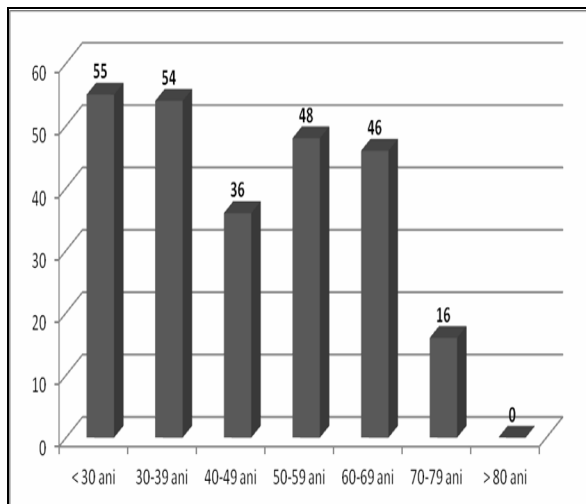
Tabel. 1. Numărul de cazurilor în funcție de sex

Mediul de proveniență al pacienților a fost în majoritatea cazurilor cel rural – 162 (63,53%) întrucât în acest areal posibilitatea de contaminare și dezvoltare a acestei patologii este mai mare (contact profesional cu animale, consum de alimente contaminate cu Taenie Echinococcus, etc.).

Mediu	Nr.cazuri	P
Urban	93	<0,0001
Rural	162	

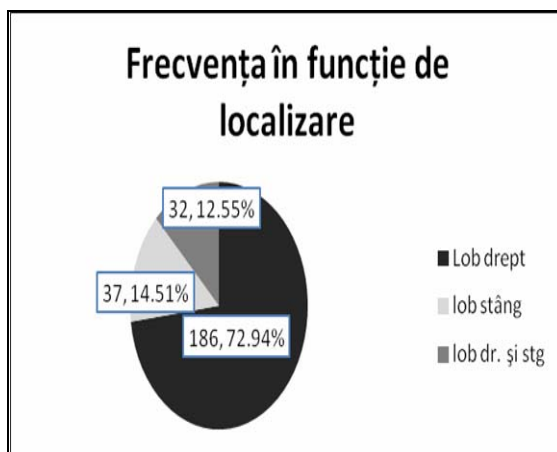
Tabel. 2. Mediul de proveniență a cazurilor

În general este afectată populația tânără, activă socio-profesional în intervalul 30-39 ani – 54 cazuri și sub 30 ani – 55 cazuri.



Grafic 1 . Distribuția pe categorii de populație a afecțiunilor hepatice

Se observă localizarea leziunilor hidatice hepatice majoritar în lobul drept – 186 (72,94%) și mai puțin în lobul stâng 37 (14,51%) sau diseminate în ambii lobi – 32 (12,55%).



Grafic 2 . Frecvența în funcție de localizarea afecțiunilor hepatice

Majoritatea leziunilor au fost unice – 207 (81,18), doar în 48 cazuri (18,82%) acestea fiind multiple.

Tipuri de leziuni	Nr. leziuni	P
Unice	207	<0,0001
Multiple	48	
Total	255	

Tabel. 3. Numărul de leziuni în funcție de tipul de leziuni

În ceea ce privește tratamentul chirurgical, cea mai utilizată intervenție a fost

chistoperichistectomia parțială tip Mabbit-Largot-206 (80,78%), urmată de hepatectomii (atipice sau reglate) - 30 (11,76%), hepatectomii asociate cu chistoperichistectomii parțiale-11 (4,31%), chistoperichistectomii totale (ideale)-7 (2,75%) și chistojejunostomie pe ansă în Y a la Roux-1 (0,39%).[1]

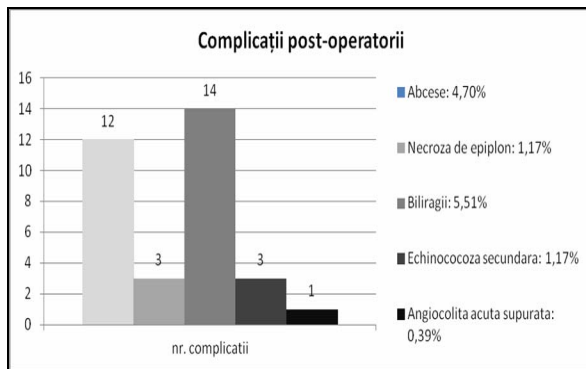
În cadrul chistoperichistectomiilor parțiale, tratamentul cavității restante s-a realizat preponderent prin drenaj extern multiplu-168 (94,92%), doar în 9 cazuri (4,36%) s-a realizat plombajul acesteia cu epiplon. [2] Drenajul căii biliare principale a fost necesar în 50 de cazuri; astfel a fost preferat drenajul tip Kehr-47 (22,81%), apoi drenajul transcistic-2 (0,97%) sau coledocoduodenostomie- 1(0,48%). Asociat acestei intervenții s-a practicat colecistectomia în 62 de cazuri (30,09%).

S-au practicat și intervenții chirurgicale cu viză radicală: hepatectomii- 30 (11,76%). Majoritatea acestora au fost hepatectomii atipice-24 (10,85%) sau reglate-4 (1,8%). În cadrul acestor intervenții a fost asociată colecistectomia în 7 cazuri, iar drenajul Kehr în 6 cazuri. [5] De asemenea s-au efectuat hepatectomii asociate cu chistoperichistectomii parțiale-11 (4,31%); colecistectomia a fost realizată în 7 cazuri, iar drenajul Kehr în 4 cazuri.

Au mai fost efectuate și alte tipuri de intervenții chirurgicale, dar într-un procentaj mai scăzut: chistoperichistectomii totale (ideale)-7 (2,74%), chistoperichistectomie pe ansă în Y a la Roux-1 (0,39%).[4]

Recidivele hidatice hepatice post-operatorii au fost relative puține – 11 (4,13%). Pentru rezolvarea acestora au fost practicate chisto-perichistectomii parțiale în 9 cazuri și 2 hepatectomii reglate. [7]

Complicațiile postoperatorii au fost evidențiate în 3 cazuri (12,94%), predominante fiind biliragii-14 cazuri, din care 10 au fost tratate conservator (drenaj extern) și în 4 cazuri s-a impus montarea unui drenaj Kehr. [8] Alte complicații au fost abcesele interhepatofrenice-12 cazuri, necroză de epiplon-3 cazuri, echinococoză secundară intraperitoneală-3 cazuri;[3] colangita extinsă a fost evidențiată la un singur caz, care ulterior a beneficiat de transplant hepatic.



Grafic 3 . Distribuția complicațiilor post-operatorii

Manifestările alergice au fost reduse, 7 cazuri din care 4 cazuri manifestate preoperator prin reacție urticariană sau alergo-dermie și intra operator – 3 cazuri manifestate prin soc anafilactic, dar rezolvate fără incidente de medicul anesteziat.

Mortalitatea rezultată în urma acestui studiu tinde către zero - 1 deces (0,45%) la 4 zile post-operator prin tromboembolie pulmonară.

Discuții

Chisto-perichistectomia parțială asociată cu drenaj extern multiplu al cavităților restante s-a preferat în cazul leziunilor hidatice hepatice unice sau multiple, dar cu distrucție tisulară redusă și localizare favorabilă drenajului extern.

Hepatectomia (atipică sau reglată) s-a efectuat în cazurile chistelor cu distrucție importantă a parenchimului hepatic sau cu localizare nefavorabilă drenajului extern.

Au fost situații în care chisto-perichistectomia a fost asociată cu hepatectomia, în cazul polimorfismului lezional și localizării extinse.

Colecistectomia nu se efectuează de rutină, iar drenajul extern al CBP (predominant drenaj Kehr) se realizează în cazul existenței chisturilor complicate cu fistulă biliară sau cele rupte în caile biliare.

Complicațiile postoperatorii sunt dominate de cele biliare (biliragii) și infecțioase (abcese) care nu de puține ori impun reintervenția chirurgicală. Totuși acestea sunt relativ reduse procentual (12,94%).

Manifestările alergice sunt reduse (2,74%), iar mortalitatea tinde către zero (0,45%).

Concluzii

1. Diagnosticul precoce este foarte important ținând cont de evoluția și prognosticul acestei boli și faptul că sunt afectați predominant pacienții tineri, activi socio-profesional.
2. Tratamentul actual al chistului hidatic hepatic este chirurgical, conservator (chisto-perichistectomie parțial, stomii) sau radical (hepatectomie, chisto-perichistectomie totală) în funcție de localizarea și polimorfismul leziunilor.
3. Chisto-perichistectomia parțială este o procedură sigură, cu rezultate foarte bune, imediate și la distanță, fiind efectuată în 80,16% din cazuri. De regulă se asociază cu dublul drenaj al cavității restante necompliate și în caz de complicație biliară se preferă drenajul Kehr.
4. Hepatectomiile se efectuează de obicei în cazuri rare (11,76%) - chiste hidatice multiple sau distrucție loco regională - întrucât această procedură implică sacrificiu de parenchim hepatic sănătos.
5. Complicațiile biliare (fistule biliare, chiste rupte în căile biliare) sunt cele mai frecvente complicații ale cavității restante (11,37%), uneori dificil de tratat.
6. Recidiva post operatorie este relativ redusă (4,13%), iar mortalitatea tinde spre zero.

Bibliografie

- [1] Agaoglu N., Turkyilmaz S., Arslan M.K. - *Surgical treatment of hydatid cysts of the liver*. Br J Surg 2003;90:1536-1541.
- [2] Akgun Y., Yilmaz G. - *Efficiency of obliteration procedures in the surgical treatment of hydatid cyst of the liver*. A N Z J Surg 2004;74:968-973.
- [3] Barnes S.A., Lillemol K.D. - *Liver abscess and hydatid cyst disease in Maimots Abdominal operations*, tenth edition Appleton and Lange, 1997:1513-1545.
- [4] Brezean I. - *Perichistojunoanastomoza in tratamentul chistului hidatic hepatic*; Teza de Doctorat, U.M.F. Carol Davila, 2001.
- [5] Chautems R., Bubler L., Gold B., Chilcott M., Morel P., Mentha G. - *Long term results after complete or incomplete surgical resection of liver hydatid disease*. Swiss Med Wkly 2003; 133: 258-262

- [6] Cotovanu A., Copotoiu C. *Atitudini în tratamentul chirurgical al chistului hidatic hepatic în cadrul Clinicii Chirurgi I Târgu Mureș*. Revista de medicină și farmacie 2008, 54 (supl 3): 162-164
- [7] Gollackner B., Langle F., Auer H., et al. *Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: factors of recurrence*. World J Surg 2000;24:717–721.
- [8] Tacyildiz I., Aldemir M., Aban N., Keles C. *Diagnosis and surgical treatment of intrabiliary ruptured hydatid disease of the liver*. S Afr J Surg 2004;42:43– 6.