

# ANGIOLITE DE REFLUX DUPĂ ANASTOMOZE BILIODIGESTIVE

## *Reflux angiocolitis after biliary-digestive anastomosis*

Prof. Dr. A. Streinu-Cercel<sup>1</sup>, Prof. Dr. Emanoil Ceaușu<sup>2</sup>, Conf. Dr. D. Duiculescu<sup>2</sup>,  
Dr. M. Gh. Ionescu<sup>1</sup>, Dr. M. Lazăr<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institutul de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș“, București

<sup>2</sup>Clinica de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș“, București

### REZUMAT

Diagnosticul icterelor colestatice poate pune probleme dificile. Una din cauze o reprezintă angiocolita de reflux după anastomoze biliodigestive.

Prezența refluxului baritat în căile biliare se întâlnește în 3 condiții radioclinice cu semnificație diferită:

1. Fistule biliodigestive spontane (aspect tratat într-o lucrare anterioară a noastră).
2. Anastomoze biliodigestive chirurgicale (anastomozele biliodigestive).
3. Condiții anatomo-fiziologice care facilitează refluxul, în afara primelor 2 eventualități: hipotonie oddiană sau atonie oddiană, coledoc scurt sau cu implantare anormală. Alteori refluxul în căile biliare se datorează unor leziuni ale papilei: calcul inclavat, scleroză oddiană, tumori oddiene.

**Cuvinte cheie:** șoc septic, angiocolită de reflux, anastomoze bilio-digestive

### ABSTRACT

The diagnosis of colestic jaundice may be difficult. One of the causes is represented by reflux angiocolitis after biliary-digestive tract anastomosis.

The presence of contrast in the biliary tract is found in three different clinical and radiological conditions:

1. Spontaneous biliary-digestive fistula (previously described in one of our papers)
  2. Surgical biliary-digestive anastomosis
  3. Anatomical and physiological conditions in which reflux is facilitated, aside from the first two conditions: hypotonic or atonic Oddi sphincter, short or ectopic insertion of the main biliary tract.
- Other times, reflux into the biliary tract is a consequence of papilla lesions: obstructive lithiasis, sclerosis, tumors.

**Key words:** reflux angiocolitis, biliary-digestive tract anastomosis

Semnificația cea mai serioasă o reprezintă refluxul baritat în fistulele biliodigestive spontane.

Anastomozele biliodigestive dau imagini frumoase de reflux aerice sau baritat în căile biliare. Acestea sunt cele mai nete și mai des întâlnite în practica radiologică. Ele pot fi diferențiate de fistulele bilio-digestive prin datele anamnestice și prin inspecția abdomenului.

În conduita chirurgicală anastomozele bilio-digestive reprezintă de obicei o soluție de necesitate sau paleativă.

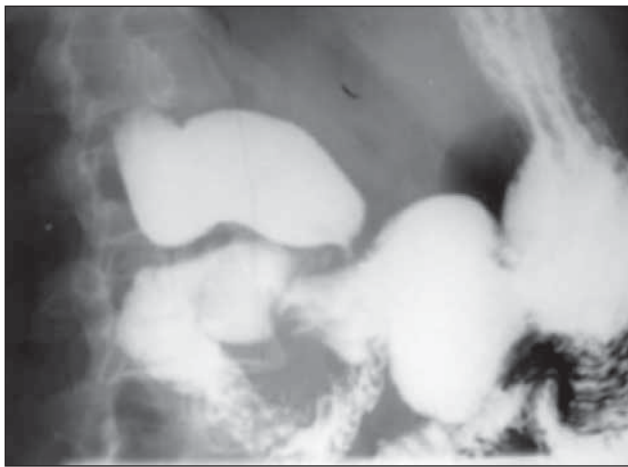
Dintre anastomozele biliodigestive se pare că cele mai bune rezultate le dă coledoco-duodenotomia (CAROLI).

Anastomozele colecistului cu stomacul sau cu duodenul au fost adesea utilizate ca terapeutică paleativă pentru suprimarea retenției biliare în cancerul papilei sau al pancreasului. De aceea nu este deloc surprinzătoare eficacitatea lor efemeră.

Anastomoza colecisto-digestivă trebuie evitată deoarece vezicula biliară devine un veritabil diverticul în care refluează frecvent conținutul gastric

Adresă de corespondență:

Prof. Dr. A. Streinu-Cercel, Institutul de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș“, Str. Dr. Calistrat Grozovici Nr. 1, București



**FIGURA 1.** Angiocolita de reflux după anastomoza bilio-digestivă

sau duodenal; rezultatele sunt obstrucția cisticului și tulburările biliodigestive secundare.

Refluxul duodenal în căile biliare joacă un rol important în apariția suferințelor și complicațiilor post-operatorii. Staza duodenală, favorizată de jocul sfincterelor duodenale și exagerată de dischineziile duodenale poate determina creșterea refluxului duodeno-biliar.

Literatura medicală continuă să dezbată problema refluxului după coledoco-duodenostomie și după defuncționalizarea chirurgicală a sfincterului ODDI.



**FIGURA 2.** Refluxul abundent și persistent în coledoc și canalele hepatice până în căile biliare mici

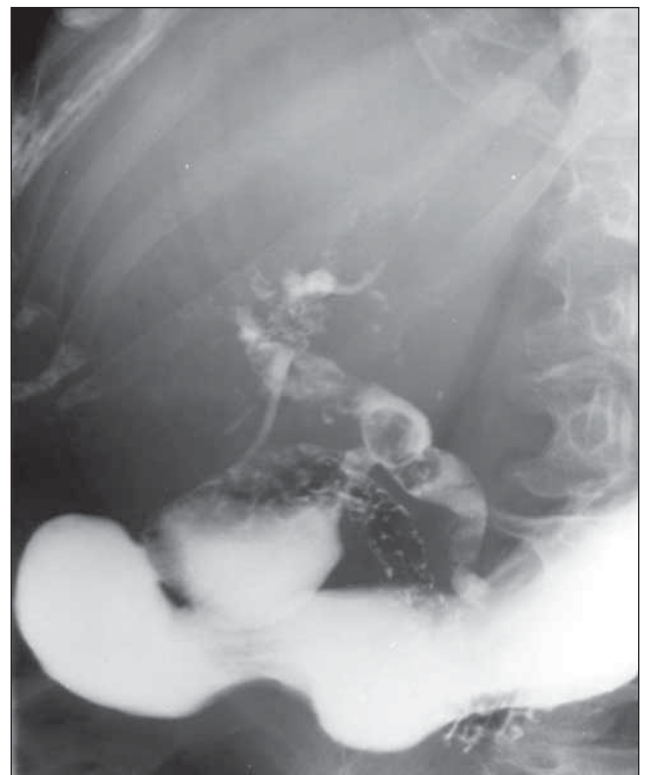
Pericolul angiocolitei de reflux a fost supra-estimat. Cu toate că refluxul este aproape constant în anastomozele biliodigestive, el nu este nociv dacă se evacuează complet (este de tipul FLUX-REFLUX).

Pe o statistică de 1.379 de cazuri, Madden și colab., au întâlnit angiocolite de reflux în 0,14% dintre cazuri.

Deși refluxul conținutului intestinal este semnalat foarte frecvent, se pare că el nu este cauza colangitei, ci alți factori sateliți: fie gura de anastomoză prea mică ori stenozată incomplet secundar, fie stenoza ori staza duodenală subanastomotică. Pe de altă parte, dacă stoma este prea largă, permite refluxul abundent și persistent până în căile biliare mici, de unde este greu de evacuat complet.

Producerea colangitei drept complicație a coledoco-duodenostomiei este în relație directă cu aspectele tehnice ale operației.

La examenul radiologic simplu al regiunii hepatice se poate constata imaginea de pneumobilie. Pneumobilia este un semn capricios și inconstant. Este întâlnită și în fistulele biliodigestive ori în infecțiile biliare cu floră gazogenă.



**FIGURA 3.** Pneumobilie cu contrast aeric și calculi multipli radiotransparenți

Cel mai lesnicios examen radiologic este tranzitul baritat gastroduodenal.

Anastomoza este clar delimitată cu bariu. Bariul opacifiază ramurile hepatice până la al 3-lea și al 4-lea ordin. Evacuarea normală a bariului se produce cam în 4-6 ore. Când bariul este reținut în exces, uneori până la 24 de ore, prezența unei disfuncții a anastomozei este stabilită cert.

De fapt, refluxul baritat reflectă o bună funcționare a gurii de anastomoză. Inocuitatea regurgitației prin stomă este confirmată de studiul baritat radiologic al pacienților care, la mulți ani după operație,

nu prezintă tulburări, deși fac reflux baritat în căile biliare (Madden).



**FIGURA 4.** Reflux biliar persistent în căile biliare

Pericolul inflamației sau infectării căilor biliare apare când există un obstacol sau o stenoză de tip „ventil” la nivelul stomei care se opune evacuării complete a arborelui biliar.

Atâta timp cât transferul duodenal și stenoza rămân „NORMALE”, fără obstacol, refularea conținutului baritat în căile biliare, fiind trecătoare (flux și reflux), nu este nocivă. Uneori diametrul stomei

poate fi îngustat și totuși să permită refluxul, dar fără retenție baritată. Stoma nu trebuie considerată ANORMALĂ dacă se însoțește de dilatația căilor biliare.

După anastomoza biliodigestivă corect executată, se observă reducerea calibrului hepatocoledocului dilatat anterior. Fac excepție megacoledocurile care și-au pierdut tonusul în urma leziunilor ireversibile al țesutului muscular și elastic.

Transferul baritat poate confirma obstrucția coledocului situat distal față de stomă, prin absența refluxului.

## CONCLUZII

În precizarea suferințelor hepatobiliare explorările radiologice convenționale își mențin valoarea și actualitatea.

Radiografia abdominală simplă trebuie efectuată sistemic în sindroamele icterice febrile cu componentă colestatică.

În angiocolitele de reflux se poate decela frecvent pneumophilia ca semn revelator.

Certitudinea o furnizează tranzitul baritat gastro-duodenal care delimitează anastomoze biliodigestive, amploarea refluxului, precum și durata acestuia (persistența sau efemeritatea).

Se recomandă cercetarea atentă a refluxului biliodigestiv în suferințele abdominale la cei cu intervenții hepatobiliare și care nu dețin documente medicale lămuritoare.

Depistarea refluxului baritat și aeric în căile biliare are semnificație numai în prezența simptomelor clinice de angiocolită.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Barner C.H.** – Choledoco Duodenostomy, with Rreference to Secondary Cholangitis: 15 years review of 24 cases. *Ann. Surg.* 1966, Vol.163, Nr. 1, p.74
2. **Bratucu E., Straja D.** – Tratat de Patologie Chirurgicală (sub. red.N.Angelescu) Colangita Acută. Vol.II, Ed. Medicală 2003, p.1961-1965.
3. **Boender J. și Colab.** – Endoscopic Sfincterotomy and Biliary Drainage in Patinets with Cholangites due to Common Bile Duct Stones. *Am. J. Gastroenteral* 1955, 98, p. 233-238
4. **Firică T.H., Gradinaru V.** – Considerații asupra reintervențiilor chirurgicale după Anastomozele Bilio-Digestive. *Chirurgia (Buc.)* 1970, Vol. 19, Nr.3, p.193
5. **Ionescu M.Gh.** – Aportul Examenelor Serologice în Precizarea Etiologiei Obstructive a Icterelor – Teză de doctorat UMF „Carol Davila”, Buc. 1971.
6. **Juvara I., Rădulescu D., Prișcu Al.** – Probleme medico-chirurgicale de patologie hepatobiliară (monografie). Ed. Medicală 1969.
7. **Latasie J.** – Les Anastomoses Bilio-Digestives Extrahepatiques dans les Affections Non-Tumorales. *J. Chir. (Paris)* 1966, Vol. 92, Nr. 4, p. 313.
8. **Mallet-Guy P., Gignoux M., Bernard L.** – Sur Lesconditions Diverses dans Les Quelles Sedilate la Voie Biliare Principale. *Lyon Chir.* 1966, Vol. 62, Nr. 2, p.161.
9. **Watson J.F.** – Anomalous Cystic and Common Bile Duct Associated with Cholecystitis. *Amer. J. Surg.*, 1969, Vol.118, Nr.3, p.354.
10. **Wardle E.M., Bright H.A.** – Endotoxins and Acte Renal Failure Associated with Obstructive Jaundice. *Brit. J. Med.*, 1970, Vol.4, p.472.