

## LITIAZA BILIARĂ

### INTRODUCERE

Litiază biliară se definește ca prezența calculilor în tractul biliar. Calculii se pot forma în orice segment al tractului biliar, dar mai frecvent în vezicula biliară.

Litiază este semnificativ mai frecventă la femei decât la bărbați, și la vârstă avansată.

Majoritatea persoanelor cu litiază veziculară (70-80%) sunt asimptomatice. Litiază devine boală propriu-zisă în prezența durerilor și a complicațiilor.

Calculii în calea biliară principală sunt prezenți la 10-15% dintre persoanele cu calculi veziculari, mai ales la vârstă avansată.

Prin prevalența sa ridicată în țările industrializate și prin morbiditate, litiază biliară (una dintre „bolile civilizației”) are importante implicații economico-sociale.

Incidența bolii este de 0,8-0,9/100 persoane/an.

Prevalența litiază biliare în țara noastră, ajustată după vârstă, este de 10%.

### DIAGNOSTIC ȘI ISTORIE NATURALĂ

#### Litiază veziculei biliare

- Litiază *asimptomatică*, descoperită întâmplător prin ecografie abdominală, sau mai rar intraoperator, este fie complet lipsită de simptome, fie asociată cu simptome dispeptice nespecifice (balonări, eructații, intoleranță la grăsimi, flatulență). Persoanele cu calculi asimptomatici rămân adesea asimptomatice: rata de dezvoltare a simptomelor este de 1,5-2% pe an, iar a complicațiilor de 0,3-1,2% pe an.

- Litiază *simptomatică* se manifestă prin colică / durere biliară. Durerea biliară este simptomul definitoriu. Are sediul în epigastru sau hipocondrul drept, poate iradia în umărul drept sau spate, survine la 3-4 ore după un prânz gras, durează cel puțin 15 minute și se poate însoți de grețuri, vărsături, subfebrilități. Complicațiile apar de obicei când litiază este simptomatică, cu o rată de 0,7-2% pe an.

- Litiază *complicată* se manifestă prin dureri subintrate sau continue ce durează mai mult de 6 ore, icter, febră cu frisoane, tahicardie, colecist palpabil, semne de iritație peritoneală sau de pancreatită.

- Riscul dezvoltării cancerului de veziculă biliară este de 0,3% pe o perioadă de 30 de ani, și este mai ridicat pentru litiază simptomatică decât pentru asimptomatică.

*Diagnosticul imagistic de litiază veziculară* se stabilește prin ecografie abdominală. Prezența peretelui vezicular îngroșat sau a fluidului pericolecistic sugerează complicația cea mai frecventă – colecistita.

### **Litiază a căii biliare principale**

- Poate fi *asimptomatică*, descoperită ecografic sau cu ocazia colecistectomiei.

- Este însă mai frecvent *simptomatică* și predispune la complicații. Triada clasică în succesiunea cronologică durere - febră cu frisoane - icter obstructiv se întâlnește doar la o treime din pacienți. Ceilalți manifestă icter, durere abdominală, angiocolită, semne de pancreatită acută.

- Litiază intrahepatică poate fi asimptomatică (descoperită ecografic) sau simptomatică (febră și frisoane, icter).

*Diagnosticul de litiază a căii biliare principale:* suspectat pe baza manifestărilor clinice și a modificărilor biologice (cresc enzimele de colestază, bilirubina, transaminazele). Explorările biologice pot să fie normale.

Ecografia transabdominală este explorarea imagistică tradițională de diagnostic, dar are o sensibilitate mult mai redusă decât pentru litiază veziculară. Ecografia normală asociată cu teste biologice normale are valoare predictivă negativă foarte ridicată (95%).

Pentru diagnostic se mai utilizează tehnici neinvazive – tomografia computerizată, ecoendoscopia, RMN – sau invazive: colangiografia endoscopică retrogradă (ERCP), colangiografia percutanată transhepatică (PTC).

Stratificarea pacienților în funcție de riscul de litiază a căii biliare principale are drept scop limitarea investigațiilor diagnostice extensive și minimalizarea riscului acestora. Algoritmul de investigare în cazul unei ecografii neconcludente depinde de gradul de suspiciune pentru prezența calculilor în calea biliară principală:

- în caz de suspiciune redusă: urmărire clinică, biologică și repetarea ecografiei;
- în caz de suspiciune moderată, sau la o persoană cu risc de morbiditate înalt: ecoendoscopie, CT spiral sau RMN-colangiografie, după accesibilitate. Dacă nu sunt accesibile, se practică ERCP;
- în caz de suspiciune înaltă de litiază coledociană: de la început ERCP, care permite extracția calculilor;
- la pacienții cu angiocolită sau pancreatită acută suspectată a fi biliară: ERCP de urgență.

## **TRATAMENT**

### **LITIAZA BILIARĂ VEZICULARĂ**

Obiectivul tratamentului: îndepărtarea calculilor și prevenirea recurenței acestora.

***Litiază biliară asimptomatică nu necesită tratament.*** Se recomandă expectativa și instituirea tratamentului de îndată ce apare prima colică. Exceptate de la această conduită sunt următoarele situații:

- prezența unui risc de malignizare („vezicula de porțelan”, cancerul vezicular în familie);

- pacienții transplantați ce urmează a face tratament imunosupresiv, având risc crescut de angiocolită. În plus, ciclosporina se asociază cu risc litogenetic;
- pacienții ce trăiesc în regiuni îndepărtate, cu accesibilitate problematică la un spital în caz de urgență;
- diabeticii, care prezintă un risc crescut de complicații pe măsura progresiunii bolii.

Nu se recomandă colecistectomia profilactică pentru litiaza asimptomatică. Aceasta ar implica costuri foarte ridicate, dată fiind prevalența înaltă a litiazei, și ar expune la un risc de morbiditate și mortalitate.

Calculul raportului risc/beneficiu pentru colecistectomia profilactică: dintre 10.000 pacienți asimptomatici, 200 vor dezvolta complicații acute în următorii 10 ani, cu o rată a mortalității de 2,5% (5 pacienți), și 100 vor dezvolta pancreatită cu o mortalitate de 10% (10 pacienți). În total, 15 pacienți vor deceda prin complicațiile litiazei. Dacă toți cei 10.000 ar fi operați, între 10 și 50 vor deceda printr-o complicație a intervenției. Aceste decese vor surveni imediat, spre deosebire de cele prin complicații, eșalonate pe o perioadă de 10 ani.

***Litiaza biliară simptomatică trebuie să fie întotdeauna tratată.***

Tratamentul este chirurgical. Doar în condiții speciale, legate de terenul cu risc sau de refuzul intervenției, se recurge la tratament nechirurgical.

Colecistectomia laparoscopică: este tratamentul de elecție, colecistectomia clasică efectuându-se mai rar, de obicei în prezența complicațiilor. Conversia la operația deschisă (convențională) este impusă de prezența aderențelor sau complicațiilor.

Mortalitate globală: 0,14% și 0,5% în diferitele serii de pacienți.

Morbiditate postoperatorie: posibilă datorită lezării căii biliare principale. Colecistectomia se asociază cu un risc ușor crescut de reflux gastroesofagian sau de diaree. Posibilitatea unui risc crescut pentru cancerul colorectal la femei după 15 ani de la operație este controversată.

Tratamentul nechirurgical: se aplică doar la pacienții cu calculi colesterolici puri. Constă din dizoluția orală cu acid ursodeoxicolic, sau litotripsia extracorporeală urmată de dizoluție orală. Dezavantaje: cost ridicat, recurența calculilor la 50% în 5 ani (colecist lăsat pe loc).

***Litiaza biliară complicată este tratată întotdeauna chirurgical.***

Colecistectomia se practică convențional, mai rar laparoscopic, în urgență imediată sau amânată.

## LITIAZA CĂII BILIARE PRINCIPALE

Litiaza căii biliare principale trebuie să fie întotdeauna îndepărtată, chiar dacă este asimptomatică, deoarece riscul său de complicații este mult mai ridicat. Tratamentul este chirurgical sau nechirurgical: extracție pe tub Kehr, percutanată transhepatic sau, mai ales, endoscopică.

**Extracția endoscopică**

Se practică întotdeauna dacă pacientul este colecistectomizat, și de asemenea la pacientul cu risc operator crescut, chiar dacă nu este

colecistectomizat. Indicația s-a extins la pacienții fără risc operator, extracția fiind urmată de colecistectomie laparoscopică (abordare mini-invazivă).

Tehnică:

- se efectuează după cateterizarea papilei și ERCP pentru vizualizarea calculilor și căilor biliare;
- necesită adesea sfincterotomie pentru extracția calculilor;
- calculii se extrag cu sonda Dormia sau cu balonaș.

Morbiditate: 2-7% prin pancreatită acută (formă mai adesea ușoară), hemoragie sau perforație. Extracția se face în condiții de spitalizare (supraveghere după procedură).

Sfincterotomia nu se recomandă pentru calculii sunt foarte mari inclavați, la pacientul necooperant sau cu tulburări de coagulare greu controlabile.

Calculii „problematici” sunt calculii ce nu pot fi extrași din calea biliară principală după sfincterotomie endoscopică. În funcție de dotarea serviciului se practică:

- litotripsie de contact (mecanică, electrohidraulică, laser) după cateterizarea papilei;
- litotripsie extracorporeală;
- plasare transpapilară de endoproteze (soluție temporară pentru drenaj biliar).

