

LITIAZA BILIARĂ

Definiție: litiaza biliară este o afecțiune provocată de dezvoltarea unor calculi biliari în veziculă sau în căile biliare extra- sau intrahepatice, și a căror prezență poate să nu se manifeste clinic sau poate să se însoțească de o simptomatologie zgomotoasă.

Frecvența este mare. În populația adultă, 10 - 15% din oameni sunt purtători de calculi. Dintre sexe, frecvența la femei este superioară: raportul este de 4/1 - 5/1.

Etiologie: în etiologia litiazei biliare intervin mai mulți factori.

Factorii endocrini sunt de netăgăduit. Frecvența superioară la femei, graviditatea favorizantă pentru formarea calculilor (hipercolesterolemia din sarcină), faptul că menopauza fiziologică sau chirurgicală este urmată deseori de apariția litiazei demonstrează rolul pe care îl joacă glandele cu secreție internă în această afecțiune.

Factorii de teren pot interveni activ în apariția litiazei biliare. Diabetul, obezitatea, guta, litiaza renală, astmul bronșic, unele forme de reumatism sunt deseori în corelație cu litiaza biliară, fie că ea apare înainte, concomitent sau în urma acestor afecțiuni.

Factorii favorizanți sunt reprezentați de: sedentarism, abuzuri de grăsimi și proteine, surmenaj, traume psihice, nerespectarea orelor de masă, constipație, infecții intestinale, mai ales infecții ale căilor biliare.

Simptomatologie: boala poate să evolueze cu manifestări latente dar, și manifestări zgomotoase.

Forma latentă a litiazei veziculare se manifestă prin senzație de plenitudine în hipocondru drept, jenă dureroasă la acest nivel, mai ales după efort, oboseală, după călătorii cu diferite vehicule sau abateri de la regimul alimentar. Pot apărea și tulburări intestinale sub formă de constipație spastică, de diaree postprandială sau de colopatie muco-membranoasă. Alteori, există arsuri epigastrice, grețuri, gust amar, balonări.

Colica biliară (colica hepatică) - este manifestarea clinică zgomotoasă a litiazei biliare și se datorește unor contracții spastice reflexe ale veziculei sau ale căilor biliare. Cel mai des, durerea apare brusc, mai ales noaptea, și este de intensitate violentă. Sediul durerii este în epigastru sau în hipocondrul drept și iradiază în umărul drept. Bolnavul este agitat, caută o poziție care să-i calmeze durerea, are transpiri și extremitățile se pot răci. Durerea se însoțește de vărsături și ascensiuni febrile, uneori cu frisoane; urinile devin hipercrome.

Investigații paraclinice:

1. Examenele de laborator vizează sângele, urina, materiile fecale, bila.
2. Tubajul duodenal poate fi simplu

3. Examenul radiologic (fig. 59) este foarte prețios, se folosesc: radiografia simplă, colecistografia, colangiografia, duodenocolecistografia.
4. Ecografia, este un mijloc util de investigație. Permite un diagnostic corect în 96 % din cazuri.

Evoluție și complicații: evoluția litiazei biliare este extrem de variabilă. În multe cazuri se descoperă prezența calculilor abia cu ocazia unor intervenții chirurgicale. Alteori, evoluția este cronică și manifestările sunt minore, de tip dispeptic, sau poate să evolueze supărător, zgomotos, cu colici biliare frecvente.

Complicațiile litiazei biliare sunt numeroase și pot interesa căile biliare, ficatul, pancreasul și tubul digestiv.

Hidropsul vezicular, este consecința obstrucției complete și prelungite a canalului cistic, cu acumularea în vezicula biliară a unei secreții albicioase. Durerea este de mică intensitate, iar vezicula distinsă este palpabilă.

Prognosticul rămâne puțin grav, în general, și depinde de respectarea dietei și de inflamațiile supraadăugate. Complicațiile litiazei biliare impun însă un prognostic sever.

Tratament chirurgical: colecistolitomie, colecistectomie

Bibliografie:

1. Nicolae Angelescu – Tratat de patologie chirurgicală, Ed. Medicală, București, 2003
2. Corneliu Borundel – Manual de Medicină Internă 1994-Editura ALL

ECHINOCOZOZA HEPATICĂ (chistul hidatic hepatic)

Definiție: echinococoza hepatică este o boală datorată localizării și dezvoltării în ficat a embrionului de *Taenia echinococcus*.

Etiologie: Gazdele definitive ale teniei sunt: câinele, pisica, lupul și vulpea. Gazdele elimină odată cu fecalele, și embrioforii, care, prin lipsa de igienă alimentară, pot ajunge în intestinul omului. Embrioforii traversează peretele intestinal și, pe calea venei porte, ajung în ficat; cei mai mulți rămân în ficat, restul îl traversează și pot ajunge în alte organe: plămâni, creier, rinichi, splină. Embrionii rămași în ficat se transformă în vezicule, formând vezicula hidatică sau chistul hidatic.

Patogenie: chistul hidatic se dezvoltă cel mai des în apropierea căilor biliare intrahepatice; el poate comprima un canal biliar.

Obstrucțiile canaliculelor biliare pot crea cripte propice pentru dezvoltarea unor colonii bacteriene.

Simptomatologia apare târziu, chistul dezvoltându-se lent, în luni de zile.

Debutul trece neobservat. Urmează o fază de latență, lungă, de ani de zile, în timpul căreia apar cel mult semnele unui sindrom dispeptic. În faza de latență pot apărea și fenomene alergice; prurit, rar subicter, anemie ușoară cu eozinofilie.

Perioada de stare (perioada tumorală) este aceea în care apar primele semne clinice și radiologice. În câțiva ani (2 - 4), chistul atinge mărimea unei portocale sau chiar devine voluminos și va determina modificări decelabile în volumul și forma ficatului. Semnele clinice, ca și cele radiologice vor depinde de localizarea și de mărimea chistului.

Investigații paraclinice:

1. Examenul radiologie aduce date prețioase pentru precizarea diagnosticului.
2. Scintigrafia este de asemenea un examen de valoare: ea poate preciza localizarea chistului, mărimea și forma lui.
3. Investigațiile biologice pentru diagnostic sunt: cutireacția, reacția de fixare a complementului și hemoleucograma.
4. Eozinofilia, ca răspuns imunologic, este un test puțin fiabil, fiind prezentă numai la 25% din pacienți.
5. Testul intradermic Cassoni constă în injectarea intradermică a 0,1 ml soluție de antigen hidatic și citirea după 30 min a reacției cutanate rezultate.

6. Reacția de fixare a complementului Weinberg-Pârvu este mai puțin specific. Această reacție devine negativă la 2-6 luni după scoaterea chistului.
7. În chistul hidatic (chiar și numai bănuțit) este contraindicată puncția hepatică exploratoare. Dacă totuși accidental s-a puncționat un chist hidatic, acul nu se mai scoate și bolnavul este supus imediat intervenției chirurgicale.
8. Ecografia
9. Radiografia chistului simplă

Evoluția este lentă. Uneori chistul evoluează sau se elimină prin căile biliare și boala se vindecă. Alteori, chistul rămâne staționar ani de zile. În alte cazuri, chistul hidatic are evoluție zgomotoasă prin complicațiile sale.

Complicații: supurația, ruptura și compresiunile pe organele vecine.

Prognosticul depinde de numărul de localizări și mai ales de complicații. Chistul hidatic netratat constituie, de obicei, un pericol pentru viitor.

Profilaxia constă în respectarea măsurilor de igienă: spălătul mâinilor înainte de mese, suprimarea obiceiului de a ține câini și pisici în casă sau de a lăsa aceste animale să lingă mâinile.

Tratamentul este chirurgical constă în sterilizarea chistului pentru prevenirea diseminării peritoneale, apoi evacuarea chistului, extragerea membranei acestuia.

BIBLIOGRAFIE:

1. Burlui D., Monica Roșea - Chirurgia chistului hidatic hepatic, Ed. Medicală, București, 1977.
2. Nicolae Angelescu – Tratat de patologie chirurgicală, Ed. Medicală, București, 2003
3. Corneliu Borundel – Manual de Medicină Internă 1994-Editura ALL