

ASOCIERE RARĂ HIPOPLAZIE DE COLECIST – DIVERTICUL DUODENAL - PREZENTARE DE CAZ CLINIC

V.T. Grigorean¹, M.A. Iacobini², M. Popescu³, C.M. Neacșu², A.R. Stoian¹,
Violeta Elena Radu⁴, Corina Roxana Buț², Aurelia Sandu⁵

1 Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

2 Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”, București
3 Secția Neurochirurgie, Spitalul Județean Pitești

4 Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

5 Clinica de Neurochirurgie I, Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”, București

RARE COMBINATION OF GALLBLADDER HYPOPLASIA AND DUODENAL DIVERTICULUM - CASE REPORT (Abstract): AIM: We report a case with a very rare combination of gallbladder hypoplasia and duodenal diverticulum, which was an intraoperative laparoscopic finding. METHOD: A female, 68 years old, with history of dyspeptic syndrome, for almost 2 years, with repeated episodes of overheating, and remission under symptomatic medical therapy, was admitted in our clinic for persistent overheating despite conservative therapy. RESULTS: We establish a preoperative diagnosis of chronic lithiasis cholecystitis, and the patients underwent laparoscopic surgery. Intraoperatively, we found a duodenal diverticulum associated with gallbladder hypoplasia. Postoperative paraclinical examination confirmed the intraoperative findings and further conducted the therapeutic management. The outcome was favourable, under long-term medical therapy. CONCLUSIONS: Association of a congenital disease (gallbladder hypo/aplasia) with a lesion of interest (duodenal diverticulum) excludes the existence of a congenital anomaly with multivisceral determinism. Both pathological entities having nonspecific symptoms, are rarely diagnosed preoperatively, and the combination being very rare, there are no protocols requiring complex paraclinical examination, that could establish a preoperative diagnosis. Intraoperative exploration can be misleading, especially if duodenal diverticulum is located into the gallbladder fossa, and may lead to duodenal lesions with severe consequences.

KEY WORDS: GALLBLADDER HYPOPLASIA, DUODENAL DIVERTICULUM, LAPAROSCOPIC SURGERY

Correspondență: Conf. Dr. Valentin Titus Grigorean, Clinica de Chirurgie Generală, Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”, Bd. Prof. Gh. Marinescu, nr.19, sector 5, București; e-mail: grigorean.valentin@yahoo.com*

INTRODUCERE

Este cunoscută în practica chirurgiei generale diversitatea anatomiei căilor biliare, majoritatea constituindu-se în variații minore, dar există situații, mai rare ce-i drept, în care anomalia este majoră. Agenezia veziculei biliare este o anomalie congenitală a căilor biliare extrahepatice foarte rar întâlnită, cu o incidență de 0,003% [1]. Lipsa veziculei biliare poate fi totală, uneori se poate constata un relicvat rudimentar dezvoltat pe flancul drept al căii biliare principale, sau alteori poate fi înlocuită printr-o coardă fibroasă care ocupă interperitoneohepatic șanțul sagital drept anterior al H-ului de pe fața inferioară a ficatului. Mai este descrisă în literatura de specialitate și vezicula rudimentară, care este o veziculă biliară „în miniatură” cu aspect

* received date: 25.08.2009

accepted date: 15.09.2009

perfect normal în ce privește structura peretelui, și nu depășește în general 1,5-2cm lungime cu un cistic filiform gracil [1].

În ce privește diverticuloza intestinală, prima prezentare radiologică a unui diverticul de intestin subțire aparține lui J.B. Case în 1920 [cit de 2]. Intestinul subțire reprezintă o localizare rară a diverticuilor tractului digestiv, frecvența fiind undeva între 0,06-1,9% în special la populația peste 60 ani [2]. Diverticuliile intestinului pot fi congenitali sau dobândiți [3]. Teoria etiopatogenică cea mai acceptată este cea a „locului de minimă rezistență” [3]. Diverticulul dobândit este format de mucoasă, submucoasă și seroasă, fără strat muscular, care herniază printr-un defect al peretelui intestinal [3,4]. Diverticulul duodenal situat pe porțiunea D2 este cel mai frecvent întâlnit, fiind urmat apoi de D3, D4 și D1. Un procent de 70% din diverticuliile duodenali sunt situați juxtapapilari, denumiți și diverticuli ai ferestrei duodenale și doar 4% sunt situați pe fața convexă a D2. Diverticuliile juxtapapilari cu dezvoltare intrapancreatică sunt mai dificil de tratat și sunt asociați mai frecvent cu complicații biliare și pancreatice [4,5].

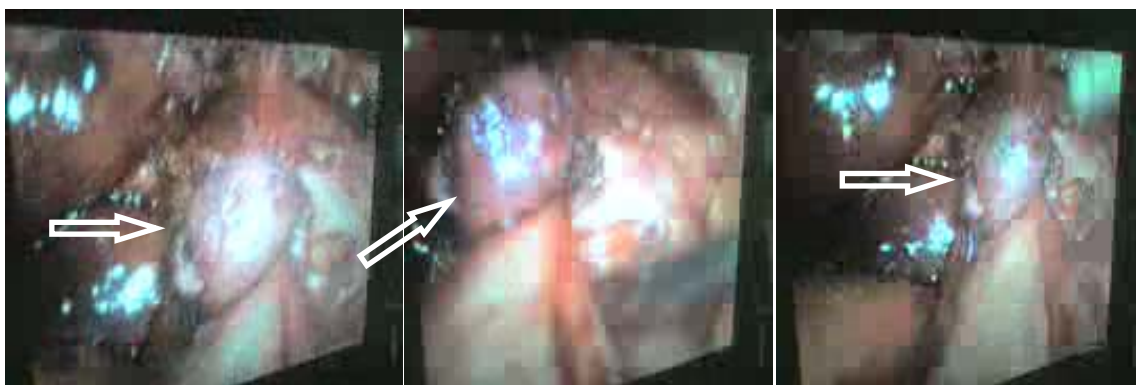


Fig. 1 Aspecte intraoperatorii
Diverticulul duodenal localizat în patul hepatic al colecistului.

PREZENTAREA CAZULUI

În serviciul nostru a fost internată o femeie în vârstă de 68 ani din mediul urban, pensionară. Pacienta prezenta stare generală ușor alterată, dureri abdominale localizate preponderent la nivelul hipocondrului drept, etichetate drept colici biliare, greață, inapetență, vărsături, meteorism abdominal moderat. Bolnava era cunoscută cu sindrom dispeptic cu acutizări și remisiuni periodice sub tratament medicamentos simptomatic, de aproximativ doi ani. Debutul a fost insidios cu instalarea progresivă a simptomatologiei actuale care a crescut în intensitate și nu a răspuns la tratamentul obișnuit. La examenul local s-a constatat abdomen normal conformat, ușor meteorizat, suplu mobil cu respirația, fără semne de iritație peritoneală, ușor dureros în repaus și moderat dureros la palparea la nivelul hipocondrului drept. Din examenul general pe aparate și sisteme reținem obezitate gradul III și hipertensiune arterială esențială stadiul II.

Constantele biologice se încadrează în limitele normale.

Examenul ecografic abdominal a fost dificil datorită aerocoliei moderate. Nu s-a putut vizualiza colecistul, iar pe aria lui teoretică de proiecție apar câteva imagini

hiperecogene ce nu pot fi apreciate corect (artefacte gazoase sau calculi). Reevaluarea ecografică în dinamică păstrează același echivoc al interpretării.

Endoscopia digestivă superioară nu evidențiază leziuni patologice la nivelul esofagului, stomac cu fețe și curburi fără leziuni; spasm piloric ce nu permite trecere endoscopului în duoden.

Cu diagnosticul preoperator de colecistită cronică litiatică se intervine chirurgical laparoscopic sub anestezie generală. Intraoperator se descoperă un bloc aderențial inflamator subhepatic ce înglobează marele epiplon, colonul transvers și duodenul. După o disecție dificilă se evidențiază în patul hepatic al colecistului un diverticul duodenal, lung de aproximativ 2 cm intim aderent la țesutul hepatic (Fig. 1).

După evidențierea acestuia se constată absența colecistului la locul de elecție, fapt ce determină disecția căii biliare principale până la confluența celor doua canale hepatice fără a se putea repera vezicula biliară, ci doar o protruzie de aproximativ 1cm la jumătatea căii biliare principale. Nu se constată alte leziuni macroscopice patologice la inspecția cavității peritoneale. Se limitează intervenția chirurgicală laparoscopică la celioscopie diagnostică, lavaj și drenaj peritoneal de vecinătate. Diagnostic intraoperator: periviscerită subhepatică; diverticul duodenal; în observație aplazie de veziculă biliară.

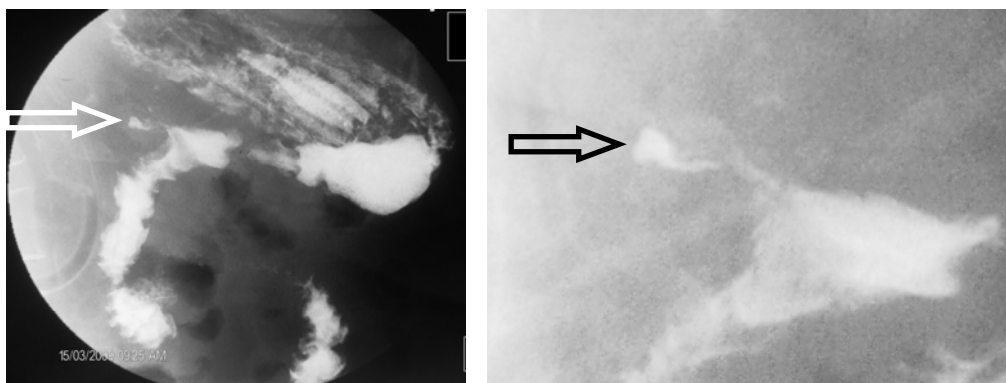


Fig. 2 Tranzit baritat eso-gastro-duodenal

Diverticul duodenal la nivelul bulbului duodenal și cadru duodenal normal.

Pentru elucidarea malformației, postoperator s-a completat investigația imagistică a cazului.

La 4 zile postoperator a fost efectuat tranzit baritat gastrointestinal care a evidențiat un pilor spastic și bulb duodenal ce prezintă superior, spre vârf, imagine de diverticul cu dimensiuni de aproximativ 1,6-2 cm. cu pedicul lung, cu stază la nivelul diverticulului, un cadrul duodenal normal desfășurat cu mișcări de brasaj și reflux duodeno-gastric (Fig. 2).

Examenul computer tomografic practicat la 7 zile postoperator nu evidențiază vezicula biliară (Fig. 3).

Imagistica prin rezonanță magnetică nucleară (MRCP – Magnetic Resonance Cholangio-Pancreatography) descrie ficat ortotopic cu formă și dimensiuni în limitele normalului. Coledoc cu diametrul maxim de 10mm, fără defecte de umplere, colecist cu dimensiuni reduse (diametrul maxim discret mai mare comparativ cu cel al coledocului), pancreas degenerat lipomatos, cu duct Wirsung vizibil pe toată lungimea

sa, cu diametrul luminal sub 2 mm. Concluzia examenului prin rezonanță magnetică a fost de veziculă biliară hipoplazică (Fig. 4).

Evoluția postoperatorie a fost simplă, fără complicații, pacienta fiind externată după completarea investigațiilor imagistice la 10 zile postoperator cu stare generală bună.

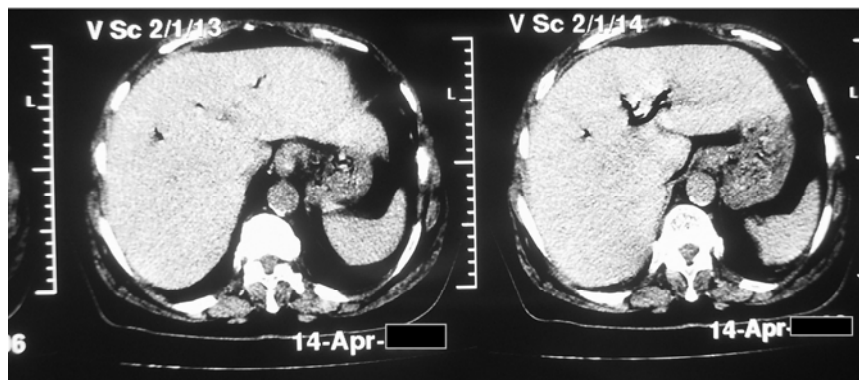


Fig. 3 Tomografie computerizată abdominală
Nu se observă vezicula biliară în locul de elecție

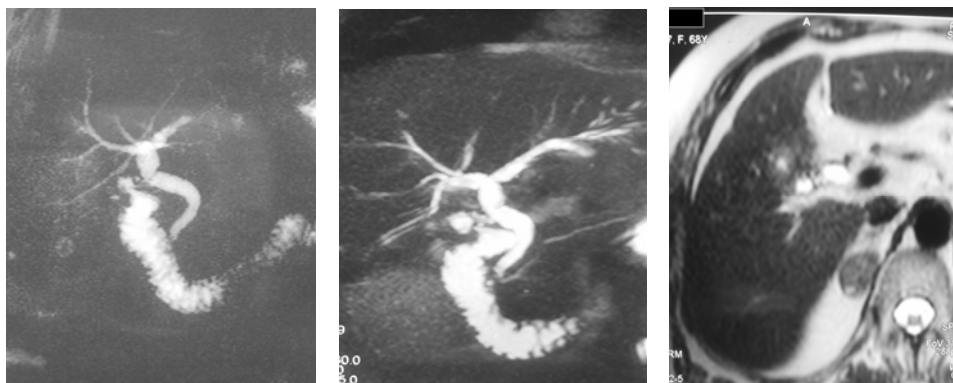


Fig. 4 MRCP (Magnetic Resonance Cholangio-Pancreatography)
Se evidențiază diverticulul duodenal, cale biliară cu rudiment de veziculă biliară cu diametru de 1cm (vizualizabil între diverticulul duodenal și calea biliară).

DISCUȚII

Diverticulul duodenal este o descoperire accidentală în cadrul investigării tractului gastrointestinal superior. Poate rămâne complet asimptomatic de-a lungul întregii vieți. Mai puțin de 10% din pacienți au simptomatologie cronică semnificativă de tip dispeptic, iar și mai puțini pot dezvolta probleme acute, ce necesită rezolvare chirurgicală ca: diverticulite, perforații, hemoragii, pancreatite, obstrucții biliare sau fistule interne cu colonul, vezicula biliară, calea biliară principală [4-7].

Tratamentul chirurgical este rareori indicat în cazul diverticulului duodenal, doar atunci când apar complicații ca perforațiile sau hemoragia și în cazul durerilor abdominale persistente după ce au fost excluse alte cauze [3,4,8]. Procedurile chirurgicale clasice pentru diverticulul duodenal sunt rezecția sau invaginarea în bursă prin laparotomie sau laparoscopie.

Aceste proceduri sunt asociate cu rate importante de morbiditate și mortalitate 5-10% [4]. Primul caz de rezecție laparoscopică a unui diverticul duodenal, folosind un stappler este prezentat în 1994 de Callery et al [9]. În 2000 Tagaya et al raportează un caz similar [10]. Alți autori utilizează invaginarea laparoscopică a diverticulului duodenal păstrând integritatea mucoasei [11]. Localizarea diverticulului pe partea laterală a duodenului înlesnește abordul laparoscopic, în timp ce situarea în fereastra duodenală îl face mai greu accesibil [4,5].

CONCLUZII

Asocierea între o afecțiune congenitală (hipoplazia de veziculă biliară) cu una dobândită (diverticulul duodenal) exclude o anomalie congenitală complexă, cu determinism multivisceral. Ambele entități patologice au simptomatologie nespecifică fiind rareori diagnosticată preoperator. Întrucât asocierea este foarte rară, în mod curent nu se practică investigații preoperatorii complexe (MRCP), care ar putea preciza diagnosticul.

Endoscopia digestivă superioară/tranzitul baritat gastrointestinal ar putea confirma diagnosticul de diverticul duodenal, în timp ce hipoplazia de veziculă biliară ar rămâne nedagnosticată.

Ecografia abdominală și CT-ul abdominal ar putea sugera diagnosticul de hipo / agenezie veziculară.

Explorarea intraoperatorie poate fi înșelătoare în special în cazul în care poziționarea diverticulului duodenal este în patul hepatic al colecistului.

Atitudinea terapeutică chirurgicală în cazul diverticulului duodenal este absolut necesară în cazul uneia din complicațiile majore (hemoragie/perforație).

BIBLIOGRAFIE

1. Juvara I, Setlacec D, Rădulescu D, Gavrilescu Ș. Variante și anomalii congenitale ale căilor biliare extrahepatice cu implicații chirurgicale. *Chirurgia căilor biliare extrahepatice*. București: Editura Medicală; 1989. p. 7-30.
2. Kaoraklis G, Mamtas D, Glivanou A, Kouskos E, Raftopoulos J, Karatzas G. Diverticular disease of the small bowel: report of 27 cases. *Int. Surg.* 2001; 86: 235-239.
3. Tankova L, Berberova M, Purvanov P, Tsankov T, Gegova A. Complicated small bowel diverticulosis – a case report and literature review. *Chirurgia*. 2007; 5: 603-607.
4. Graur F, Bala O, Bodea R, Geczi-Toth I, Vlad L, Iancu C. Laparoscopic resection of duodenal diverticulum. A case report. *Romanian Journal of Gastroenterology*. 2005; 14: 405-408.
5. Juvara I, Setlacec D, Rădulescu D, Gavrilescu Ș. Diverticuli de fereastră duodenală. *Chirurgia căilor biliare extrahepatice*. București: Editura Medicală; 1989. p. 245-249.
6. Beachley MC, Lankau CA. Inflamed duodenal diverticulum. Preoperative radiographic diagnosis. *Digestive Diseases and Sciences*. 1977; 22(2): 149-154.
7. Ames JT, Federle MP, Pealer KM. Perforated duodenal diverticulum: clinical and imaging findings in eight patients. *Journal: Abdominal Imaging*. 2009; 34(2): 135-139.
8. Ernest G. Bleeding duodenal diverticulum. Report of a case. *Digestive Diseases and Sciences*. 1963; 8(11): 944-952.
9. Callery MP, Aliperti G, Soper NJ. Laparoscopic duodenal diverticulectomy following haemorrhage. *Surg Laparosc Endoscop.* 1994; 4: 134-138.
10. Tagaya N, Shimoda M, Hamada K, Ishikawa K, Kogure H. Laparoscopic duodenal diverticulectomy. *Surg Endosc.* 2000; 14(6): 592.
11. Coelho JC, Sousa GS, Salvalaggio PR. Laparoscopic treatment of duodenal diverticulum. *Surg Laparosc Endoscop.* 1999; 9(1): 74-77.