

## **Colecistita acută alitiazică - dificultăți de diagnostic și tratament\***

**H. Doran, O. Mihalache, Fl. Bobircă, C. Bugă, Tr. Pătrașcu**

Clinica de chirurgie "Prof. I. Juvara", Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino", București

### **Rezumat**

Colecistita acută alitiazică are caracteristici ultrasonografice, intra-operatorii și anatomo-patologice de colecistită acută, fără a se evidenția însă calculi. Cel mai adesea, survine la pacienți cu intervenții chirurgicale majore recente, cu traumatisme, arsuri, sindrom de insuficiență de organe sau cu nutriție parenterală. Alteori, poate constitui primul episod patologic, în prezența unor co-morbidități care pot genera ischemie locală, cum sunt: diabetul zaharat, afecțiunile maligne, vasculitele cu interesare abdominală, insuficiența cardiacă congestivă. Sunt prezentați 20 de pacienți, operați în Clinica de Chirurgie a Spitalului "Dr. I. Cantacuzino", în intervalul 2004-2010. Am analizat factorii de risc semnificativi, metodele de diagnostic și intervențiile efectuate- colecistectomii laparoscopice sau clasice. Dintre cei 20 bolnavi, 14 au avut o evoluție post-operatorie favorabilă, 4 au dezvoltat supurații ale plăgii operatorii, iar unul a suferit un accident vascular cerebral în ziua a 2-a post-operator. Un alt pacient a decedat la 3 zile după intervenție, datorită unui infarct de miocard acut extins. În final, sunt analizate datele din literatura medicală referitoare la acest subiect.

**Cuvinte cheie:** colecistită acută alitiazică, colecistectomie laparoscopică

### **Abstract**

#### ***Acute acalculous cholecystitis - difficulties of the diagnosis and treatment***

Acute acalculous cholecystitis is defined by ultrasonographic, intraoperative and pathologic findings of acute cholecystitis, without evidence of gallstones. It is associated to recent operations, trauma, burns, multisystem organ failure and parenteral nutrition. It can also occur as the first episode, in patients with pathological conditions which generate local ischemia: diabetes mellitus, malignant disease, abdominal vasculitis, congestive heart failure. The authors present a series of 20 patients, operated in the Surgical Department of the Clinical Hospital "Dr. I. Cantacuzino", between 2004 and 2010. There are analysed the significant risk factors, the diagnostic methods and the surgical procedures- laparoscopic or classical cholecystectomies. Among the 20 patients, 14 had a favorable post-operative evolution, 4 had wound infections and in 1 patient a cerebral vascular stroke occurred in the 2nd day after the operation. Another patient died 3 days after the operation, due to an extended myocardial infarction. The medical literature referring to this subject is also reviewed.

**Key words:** acute acalculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy

---

**Correspondență:** Dr. Horia Doran  
Clinica de chirurgie "Prof. I. Juvara"  
Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino"  
Str. Ion Movilă, nr. 5-7, București  
E-mail: doranh2003@yahoo.com

\*Lucrare prezentată la al XXV-lea Congres Național de Chirurgie, Cluj-Napoca, 3-6 mai 2010

### **Introducere**

Majoritatea chirurgilor asociază mental patologia veziculară cu litiaza biliară și complicațiile acesteia. Diagnosticul imagistic este facil și accesibil, datorită prezenței aproape generale a ecografiei, iar rezolvarea chirurgicală este codificată de mai bine de un secol. Deloc întâmplător, colecistectomia a fost printre

primele intervenții prin care noile tehnici au încercat să își dovedească valoarea și avantajele, fie că a fost vorba de chirurgie laparoscopică, prin orificii naturale (NOTES) sau robotică.

Spre deosebire de litiaza veziculară, colecistitele cronice alitiacice au fost considerate un capitol marginal al patologiei, oferind chirurgilor confortul unor colecistectomii tehnice facile, deși nu întotdeauna urmate de ameliorarea evidentă a suferinței digestive a pacientului.

Cu totul altul este însă contextul fiziopatologic și terapeutic al colecistitelor acute alitiacice - descrise pentru prima oară de către Duncan, în 1844 (1). Circumstanțele de apariție ale afecțiunii sunt dintre cele mai nefavorabile - pacienți cu operații majore în antecedentele recente sau cu tare organice asociate; diagnosticul clinic și imagistic este delicat, existând de regulă o subestimare a potențialului evolutiv al unui colecist nelocuit de calculi; rezolvarea chirurgicală este adesea dificilă, iar complicațiile - numeroase și severe.

## Material și Metodă

Clinica de chirurgie "Prof. I. Juvara" a Spitalului Clinic "Dr. I. Cantacuzino" a acumulat în decursul anilor o experiență semnificativă, concretizată în 20 de pacienți cu colecistită acută alitiacică, operați numai în intervalul 2004-2010. Repartiția pe sexe a fost aproximativ egală (8 bărbați, 12 femei); este de subliniat însă prevalența pacienților aparținând decadelor 7 și 8 de vârstă: 15 bolnavi, adică 75%, aveau peste 60 de ani.

Pentru explicarea mecanismelor fiziopatologice implicate, sunt relevante antecedentele patologice, constând în tare organice asociate multiple și severe. Diabetul zaharat visceralizat a fost semnalat cel mai frecvent, la 13 pacienți (65%), cu nefropatie, cardiopatie și retinopatie secundare, datorate microangiopatiei. Unul dintre aceștia avea insuficiență renală cronică, în program de dializă peritoneală, iar la un altul afecțiunea metabolică avea o evoluție îndelungată, de la vârsta de 5 ani.

La 10 bolnavi sunt de menționat afecțiuni cardio-vasculare semnificative, dintre care la 2 - fibrilație atrială, iar la unul - sindrom post-trombotic. Afectarea vasculară de tipul microangiopatiei viscerale este caracteristică vasculitelor sistemice cortico-dependente, așa cum a fost cazul la 3 dintre pacienții noștri, 2 cu poliartrită reumatoidă, iar cel de-al treilea, cu spondilită anchilozantă. Nu în ultimul rând, în 3 cazuri s-au adăugat alte afecțiuni metabolice (obezitate, dislipidemie). Așa cum se poate observa, unii dintre bolnavi aveau simultan mai mulți factori de risc vascular, explicând astfel apariția și evoluția colecistitei acute alitiacice.

Diagnosticul clinic nu a cuprins elemente particulare. S-a bazat pe existența acuzelor algice intense de hipocondru drept, cu fenomene de iritație peritoneală locală. La majoritatea pacienților s-au adăugat febră, frisoane, iar modificarea cea mai frecventă a tabloului biologic a fost leucocitoza, cu valori cuprinse între 13.300/mm<sup>3</sup> și 30.100/mm<sup>3</sup>.

Echografia abdominală a fost efectuată ca explorare imagistică de rutină, la toți pacienții. În 2 cazuri, au fost semnalate "imagini hiperechogene, cu aspect de calculi", care s-au dovedit a fi în realitate adenopatii satelite, la nivelul pedicului hepatic.

Formele anatomo-patologice de colecistită acută descoperite intra-operator au fost: edematoasă, la 7 pacienți; flegmonoasă, la 5 dintre ei și gangrenoasă, la ceilalți 8.

În 3 cazuri, extinderea locală a procesului inflamator și septic a determinat abcese în patul hepatic al veziculei biliare, iar la 7 bolnavi colecistul era înglobat într-un plastron dens, constituit de viscerele din vecinătate. O situație particulară a constituit-o descoperirea unei perforații a colecistului, cu fuzeu biliar retroperitoneal, posterior de colonul ascendent, duodenul II și III, cu extindere până în flancul și fosa iliacă dreaptă. (Fig. 1)

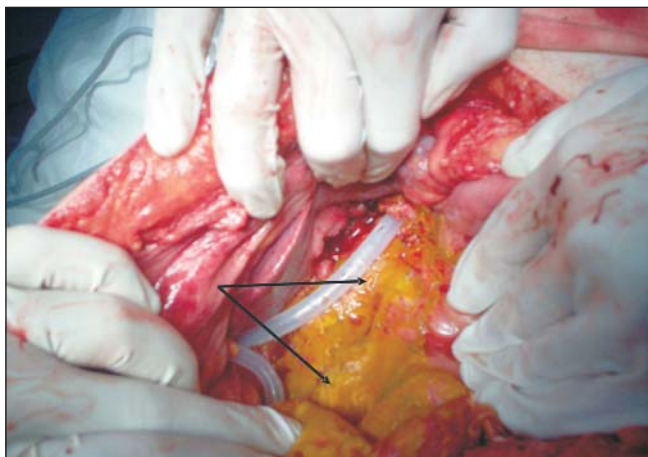
Rezolvarea chirurgicală a constat în toate cazurile în colecistectomie. La 10 pacienți, a fost posibilă efectuarea intervenției pe cale laparoscopică, după prealabila evacuare prin puncție a conținutului purulent al veziculei biliare. (Fig. 2, 3) Menționăm că în 3 cazuri colecistectomia a fost incompletă, cu electrocoagularea mucoasei restante din patul hepatic. La 4 bolnavi s-a impus conversia la chirurgie deschisă, după abordul laparoscopic inițial, iar în 6 cazuri s-a practicat colecistectomie pe cale clasică.

## Rezultate

Dintre cei 20 pacienți tratați, 14 au avut o evoluție post-operatorie simplă, iar alți 4 au prezentat supurații ale plăgilor, rezolvate conservator.

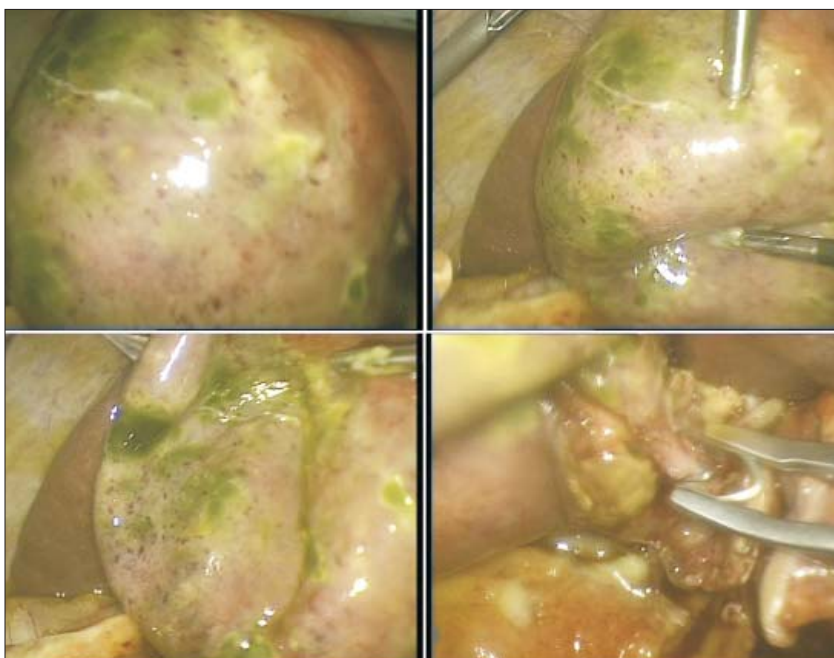
Complicații majore au apărut la 2 bolnavi. La unul dintre aceștia, în vârstă de 73 de ani, cu diabet zaharat tip II visceralizat, cu ateroscleroză sistemică și mai multe episoade de accidente ischemice tranzitorii în antecedente, s-a instalat în ziua a 2-a post-operator un accident vascular cerebral, cu deficit motor de tip hemipareză, necesitând transferul de urgență într-un serviciu de neurologie. Aici s-a obținut o recuperare parțială, fără apariția unor complicații chirurgicale.

Cealaltă bolnavă, de 74 de ani, cu poliartrită reumatoidă și cardiopatie ischemică cronică, a prezentat în a 3-a zi post-operator un infarct de miocard acut extins, cu insuficiență cardiacă acută ireversibilă și exitus. Corelația cu afecțiunea chirurgicală a fost în acest caz indirectă, prin terenul vascular

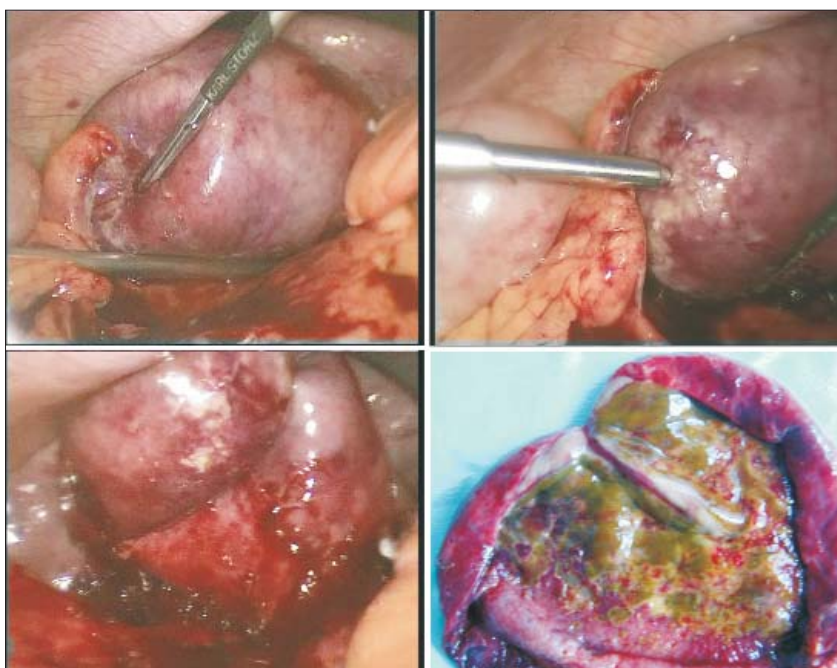


**Figura 1.** Fuzeu biliar retroperitoneal, extins până în flancul și fosa iliacă dreaptă

**Figura 2.** *Colecistită acută gangrenoasă - rezolvare laparoscopică după puncționarea colecistului*



**Figura 3.** *Colecistită acută flegmonoasă - rezolvare laparoscopică; aspectul piesei*



care a determinat ambele episoade acute: visceral - colecistita alitiazică și coronarian.

## Discuții

Colecistita acută alitiazică are o prevalență de 2-14% din totalul colecistitelor acute (2). De regulă, apare la pacienții aflați în stare critică, după: chirurgie parietală abdominală de anvergură, chirurgie cardiacă, traumatisme severe, arsuri, sepsis, denutriție prelungită sau nutriție parenterală totală (3).

Colecistita acută alitiazică poate constitui însă și primul episod patologic, în condițiile existenței unor co-morbidități

severe, care au ca element fiziopatologic comun afectarea vasculară, prin microangiopatie. Sunt astfel incriminate: diabetul zaharat, ischemia mezenterică, ateroscleroza sistemică, diferite afecțiuni maligne sau insuficiența cardiacă congestivă. Un loc aparte ocupă în acest context vasculitele cu interesare abdominală- lupusul eritematos sistemic și sindromul antifosfolipidic sever, care au ca mecanism comun de declanșare a colecistitei ischemice microangiopatia trombotică (4).

Dintre constatările anatomo-patologice, esențiale ni se par modificările de la nivelul microcirculației. Astfel, studii de microangiografie au evidențiat aspecte diferite: în colecistita acută litiazică apar dilatații arteriale și un grad crescut de

umplere venoasă, în timp ce pentru forma alitiazică sunt caracteristice multiple obstrucții arteriale, iar umplerea venoasă și capilară sunt reduse sau chiar absente. În plus, s-a demonstrat existența unei corelații între gradul și severitatea modificărilor angiografice și gravitatea anatomo-patologică a leziunilor (5).

Aceste argumente subliniază rolul fiziopatologic central al ischemiei în apariția colecistitei acute alitiazice. Ea acționează atât prin reducerea fluxului sanguin splanchnic, cât și prin constituirea unor obstrucții și tromboze la nivel microvascular. Studii experimentale au demonstrat că, în cursul secvenței ischemie - reperfuție, leziunile cele mai grave sunt produse de reperfuție, prin generarea de radicali liberi de oxigen și prin activarea fosfolipazei A2.

Radicali liberi de oxigen apar ca o consecință a activării sistemului hipoxantină-xantinoxidază și reacționează cu acizii grași polinesaturați, producând peroxidarea lipidică a membranelor celulare. La rândul său, fosfolipaza A2 este o enzimă hidrolitică, care antrenează formarea de lipofosfolipide citotoxice în țesuturi. Rezultatul celor 2 mecanisme este stimularea producției de prostaglandine și leucotriene, ceea ce are ca efect final scăderea fluxului sanguin, prin redistribuire circulatorie la nivel subepitelial și distrugerea barierei epiteliale (6).

Alte studii experimentale au aprofundat rolul mecanismelor nervoase vegetative implicate, ajungând la concluzia că ischemia nu poate fi singura verigă fiziopatologică responsabilă de apariția colecistitei acute alitiazice. Astfel, s-a evidențiat faptul că leziunile produse după ischemie și reperfuție sunt mai severe după denervare vegetativă. Neurotomia celiacă experimentală a fost urmată de scăderea nivelului de mucină în mucoasa veziculei biliare și de scăderea fluxului sanguin, în timp ce vagotomia tronculară a determinat acumularea de lipid-peroxidază și de xantin-oxidază la nivel epitelial (7). Rolul denervării vegetative în patogenia colecistitei acute alitiazice explică gravitatea formelor întâlnite la diabetici, în contextul neuropatiei viscerale bine-cunoscute a acestora (8).

În ceea ce privește criteriile de diagnostic stabilite în literatură, acesta se bazează în primul rând pe co-existența unor morbidități corelate cu patogenia colecistitei acute alitiazice: diabet zaharat, ateroscleroză sistemică, ischemie viscerală. Se adaugă elementele clinice sugestive pentru colecistită acută (durere și semne de iritație peritoneală în hipocondrul drept, febră, frisoane), icter, cu creșterea bilirubinemiei și a fosfatazei alcaline serice (9). Diagnosticul imagistic se bazează pe ecografia abdominală și examenul CT.

Atitudinea terapeutică cea mai recomandată este, bineînțeles, colecistectomia, pe cale clasică sau laparoscopică. Colecistostomia rămâne o soluție cu indicații limitate, în prezența tarelor asociate severe. Există și posibilitatea, mai mult teoretică, a unui drenaj transhepatic percutanat, ghidat echografic, în cazurile de mare gravitate, cu risc vital imediat (10).

Majoritatea autorilor consideră colecistita acută alitiazică ca fiind potențial gravată de complicații numeroase, favorizate de terenul biologic de regulă precar pe care se instalează. Sunt citate: gangrena veziculei biliare, cu o incidență de până la 63%; perforația acesteia și apariția de abcese în patul hepatic

(11). Morbiditatea post-operatorie este cuprinsă între 30 și 38%, iar mortalitatea variază între 6 și 10%, putând ajunge până la 40% - la pacienții cu tare asociate grave. Aceste din urmă valori au fost întâlnite la bolnavii supuși inițial unor intervenții chirurgicale de mare anvergură, pentru afecțiuni extra-biliare, care au dezvoltat post-operator precoce o colecistită acută alitiazică.

## Concluzii

Colecistita acută alitiazică constituie o entitate patologică ce apare de regulă la pacienți în stare critică, după intervenții chirurgicale de mare anvergură sau în prezența unor comorbidități severe, metabolice sau cardio-vasculare. Terenul biologic și mecanismul ischemic favorizează dezvoltarea rapidă a unor forme anatomo-patologice grave, în contrast cu expresia clinică modestă, ceea ce explică valori semnificativ crescute ale morbidității și mortalității post-operatorii, față de colecistita acută alitiazică.

Rezultatele obținute de noi, mai bune decât cele menționate în literatură, se datorează preponderenței pacienților din a doua categorie - cu colecistită acută alitiazică ca prim episod chirurgical, determinată de bolile cronice asociate. Subliniem din nou importanța fiziopatologică a diabetului zaharat, care favorizează apariția afecțiunii atât prin leziunile de microangiopatie de la nivel visceral, cât și prin denervare vegetativă.

## Bibliografie

1. Straja D, Daha Cl. Colecistita acută alitiazică. În: Popescu I, editor. *Tratat de chirurgie*. București: Ed. Academiei Române; 2009. vol. IX, partea a II-a, p. 862 - 866.
2. Ryu JK, Ryu KH, Kim KH. Clinical features of acute acalculous cholecystitis. *J Clin Gastroenterol*. 2003;36(2):166-9.
3. Shridhar Ganpathi I, Diddapur RK, Eugene H, Karim M. Acute acalculous cholecystitis: challenging the myths. *HPB (Oxford)*. 2007;9(2):131-4.
4. Barie PS, Eachempati SR. Acute acalculous cholecystitis. *Curr Gastroenterol Rep*. 2003;5(4):302-9.
5. Warren BL. Small vessel occlusion in acute acalculous cholecystitis. *Surgery*. 1992;111(2):163-8.
6. Schoenberg MH, Beger HG. Reperfusion injury after intestinal ischemia. *Crit Care Med*. 1993;21(9):1376-86.
7. Tabata M. Experimental study of the pathogenesis of acute acalculous cholecystitis: role of autonomic denervation. *J Gastroenterol*. 1994;29(3):320-31.
8. Doran H, Pătrașcu Tr. Afecțiunile abdominale acute la pacienții diabetici. În: Pătrașcu Tr, editor. *Particularități ale chirurgiei la diabetici*. București: Ed. Niculescu; 2005. p. 109-26.
9. McChesney JA, Northup PG, Bickston SJ. Acute acalculous cholecystitis associated with systemic sepsis and visceral arterial hypoperfusion: a case series and review of pathophysiology. *Dig Dis Sci*. 2003;48(10):1960-7.
10. Vibert E, Azoulay D. Alithiasic cholecystitis in the adult: etiologies, diagnosis and treatment. *Ann Chir*. 2002;127(5):330-6.
11. Kalliafas S, Ziegler DW, Flancbaum L, Choban PS. Acute acalculous cholecystitis: incidence, risk factors, diagnosis, and outcome. *Am Surg*. 1998;64(5):471-5.