

Chisturi hidatice cu localizare sincronă - hepatică și pelvină

H. Doran, O. Mihalache, Tr. Pătrașcu

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

Rezumat

Chisturile hidatice sunt localizate în 75% din cazuri la nivel hepatic, fiind de cele mai multe ori unice. Localizările extra-hepatice constituie descoperiri pre- și intra-operatorii rare și sunt, de regulă, secundare celor hepatice. Prezentăm cazul clinic al unei paciente de 28 de ani, la care examenul genital a descoperit o tumoră pelvină. Echografia abdominală și tomografia computerizată au evidențiat două tumori chistice: una de 17/10 cm, dezvoltată la nivelul lobului hepatic stâng, cu material hidatic flotant în interior și una de 12/11 cm în pelvis, care amprenta vezica urinară, uterul, colonul sigmoid și rectul. Intra-operator: diagnosticul de chist hidatic a fost confirmat, identificându-se un chist de 20/15 cm, care ocupa practic în întregime lobul hepatic stâng, cu vezicule-fiice în interior. După aspirarea conținutului și inactivarea sa chimică, chistul a fost dezoperat și drenat la exterior cu 2 tuburi. În pelvis a fost identificat un alt chist hidatic voluminos, rezolvat în aceeași manieră. După 2 zile, exteriorizarea de bilă pe tubul de dren a stabilit existența unei fistule biliare externe, cu debit mediu, de 300-400 ml/zi. Fistulografia a confirmat comunicarea dintre cavitatea restantă și căile biliare. Rezolvarea a necesitat pilosfincterotomie endoscopică, care a fost urmată de evoluție favorabilă - reducerea progresivă a debitului și închiderea fistulei. Pornind de la criteriile din literatură, sunt discutate metodele de tratament și evoluția chisturilor hidatice extrahepatice.

Cuvinte cheie: chist hidatic extrahepatic, fistulă biliară externă

Abstract

Hydatid cysts with hepatic and pelvic synchronous location - clinical case

About 75% of all hydatid cysts are located in the liver and they are singular. Extrahepatic hydatid cysts are rare pre- and intra-operative findings. The majority of such locations are consecutive from a hepatic primary. We present the clinical case of a 28-years woman in which a pelvic tumor was clinically diagnosed. Ultrasonography and CT-scan described two large tumors: a 17/10 cm left liver cyst, which contained free floating hyperechogenic hydatid sand and a 12/11 cm pelvic cyst, which displaced the urinary bladder, the uterus, the sigmoid colon and the rectum. The diagnosis of synchronous hepatic and pelvic hydatid cysts was suggested. Explorative laparotomy revealed a large cystic tumor of the left liver, 20/15 cm, with many daughter cysts. The cysts were aspirated through a closed suction system and flushed with hypertonic saline, then its cavity was unroofed and drained. We also found a voluminous hydatid cyst of the pelvis, which was treated in the same manner. After 2 days, a bile duct communication was diagnosed, with a medium biliary output - 300-400 ml/day. The fistulography confirmed the connection with the biliary ducts. An endoscopic sphincterotomy was then performed, followed by a favourable evolution. According to the scientific criterias from the literature, we discussed the treatment and the outcome of these extrahepatic locations.

Key words: extrahepatic hydatid cyst, bile duct communication

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

Introducere

Chisturile hidatice sunt localizate în 75% din cazuri la nivel hepatic, constituind localizări unice. Localizările extrahepatice sunt, de regulă, secundare, dar literatura de specialitate semnalează și diferite localizări primitive, dintre care amintim: pancreas, cord, coapsă, fesă, ale căror mecanisme de apariție nu sunt pe deplin elucidate. Pornind de la cazul unei paciente operate în Clinica de chirurgie “Prof.I.Juvara” a Spitalului Clinic “Dr.I.Cantacuzino” și raportându-ne la datele din literatură, prezentăm un caz clinic particular, atât prin dimensiunile considerabile ale celor 2 chisturi, cât și prin succesiunea atipică a etapelor diagnosticului.

Prezentarea cazului clinic

Pacientă din mediu rural, cu nivel socio-economic și cultural foarte modest, în vârstă de 28 de ani, lăuză de 2 luni, avea în antecedente o naștere prin operație cezariană, efectuată în urgență, pentru suferință fetală. În timpul intervenției chirurgicale s-a descoperit o tumoră pelvină voluminoasă, de circa 10-11 cm diametru, palpabilă prin intermediul septului recto-vaginal, al cărei caracter chistic a fost indicat de examenul echografic post-operator. S-au recomandat investigații biologice și imagistice, precum și un consult chirurgical, pe care pacienta nu le-a efectuat. S-a prezentat pentru dureri pelvine, retenție acută de urină (rezolvată prin sondaj uretrovezical) și tenesme rectale.

Examenul clinic a evidențiat în hipocondrul stâng: polul inferior al unei formațiuni tumorale elastice, imprecis delimitată, cu apartenență probabil hepatică; la tușeul rectal: rectul comprimat de o formațiune tumorală relativ voluminoasă, ferm-elastică, dezvoltată la nivelul fundului de sac Douglas, care amprentează și peretele vaginal posterior.

Probele biologice, inclusiv formula leucocitară, antigenul carcino-embriionar ACE și CA 1-25 au avut valori normale. Echografia abdominală și tomografia computerizată au stabilit diagnosticul pozitiv, descriind la nivelul lobului hepatic stâng, corespunzător segmentelor II și III, o formațiune chistică cu diametrul transversal maxim de 17 cm, iar cel longitudinal de 10 cm, care avea perete propriu de circa 5 mm și conținea în interior mai multe formațiuni chistice circulare cu diametre între 3 și 6 cm, sugestive pentru vezicule-fiice (Fig. 1). În pelvis: o altă formațiune chistică, de 11,2/11,7 cm, cu perete propriu, care ocupa în întregime micul bazin, extinzându-se superior până la promontoriu. Formațiunea comprima vezica urinară, uterul și anexele, împinse anterior și superior, precum și sigmoidul și ampula rectală (Fig. 2).

Intra-operator, se confirmă existența celor 2 chisturi hidatice. Din interiorul chistului hidatic hepatic, care avea circa 20/15 cm, se evacuează circa 15-20 vezicule-fiice, cu diametrul de 2-3 până la 7-8 cm (Fig. 3). După extragerea membranei proligeră și lavajul abundent al cavității restante se constată prezența de bilă la acest nivel, demonstrând comunicarea cu căile biliare. Se optează pentru dezoperculară cavității și drenajul acesteia cu 2 tuburi, cu drenaj de vecinătate, subhepatic.



Figura 1. TC: Chist hidatic al lobului stâng hepatic, cu vezicule-fiice în interior



Figura 2. TC: Chist hidatic pelvin voluminos



Figura 3. Piesa operatorie: 15-20 vezicule-fiice extrase din cavitățile chistului

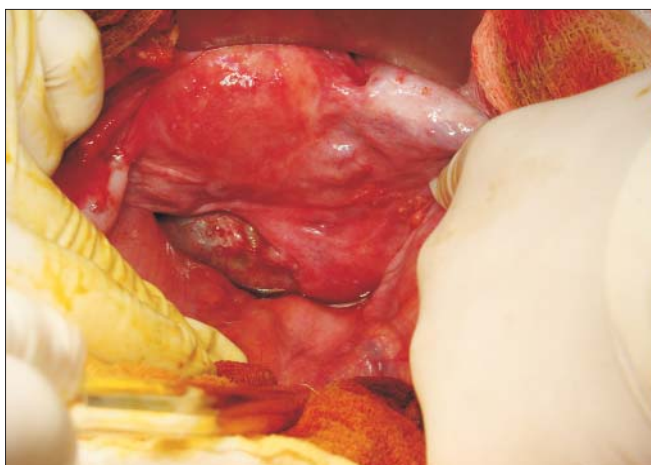


Figura 4. Aspect intra-operator: abordul chistului pelvin la nivelul fundului de sac Douglas

Chistul pelvin avea circa 10 cm, iar după abordul la nivelul fundului de sac Douglas (Fig. 4) s-a extras lichid limpede, incolor și o membrană proligeră intactă, practicându-se inactivarea parazitului și drenajul cavității.

Evoluția post-operatorie a avut ca element central constituirea unei fistule biliare externe, pe unul din tuburile de dren din cavitate, cu debit mediu: 300-400 ml/zi. După 10 zile, s-a decis efectuarea unei colangiografii endoscopice, care a evidențiat comunicarea căilor biliare intra-hepatice tributare canalului hepatic stâng cu cavitatea chistului. S-a efectuat papilofincterotomie largă, care a avut ca efect imediat reducerea debitului fistulei sub 100 ml/zi. Pacienta a fost externată cu tubul de dren din cavitate pe loc.

Evoluția a fost favorabilă, controlul după 1 lună arătând dispariția completă a fistulei biliare. După încă 1 lună, pacienta și-a mobilizat și extras tubul de dren în mod accidental, după care a prezentat febră și frisoane. La prezentarea în clinică, după circa 48 de ore, s-a tentat și s-a reușit cateterizarea percutanată a traiectului tubului cu o sondă Foley, sub ghidaj echografic, cu evacuarea puroiului acumulat în cavitate și remiterea simptomatologiei septice, sub tratament antibiotic general și lavaj cu soluție de betadină pe tub.

În final, evoluția clinică favorabilă și reducerea diametrului cavității la 2-3 cm, confirmată echografic și prin cavitografie, a permis extragerea definitivă a tubului de dren, cazul fiind considerat rezolvat.

Discuții

Diagnosticul afecțiunii parazitare a fost atipic, pornind de la constatarea unei tumori decelabile prin palpare prin intermediul septului recto-vaginal, în timpul unei nașteri prin operație cezariană. Indicația a fost precipitată de semnele de suferință fetală, astfel încât nu a mai existat posibilitatea unor investigații imagistice pre-operatorii.

De altfel, întreaga evoluție a acestui caz este definitorie pentru lipsa oricărei preocupări de ordin medical a pacientei, explicată prin nivelul socio-cultural foarte redus. De la început, condițiile de viață precare au fost propice infestării primare cu

parazitul, care s-a dezvoltat apoi la nivel hepatic într-un interval de timp îndelungat, fapt dovedit de dimensiunile considerabile, de numeroasele vezicule-fiice și de prezența fistulei biliare. Cu siguranță, un chist atât de voluminos a fost însoțit de o simptomatologie algică semnificativă, generată de compresiunea parenchimului hepatic și a organelor din jur, dar și de fenomene dispeptice și alergice(1), care au fost ignorate de către pacientă.

Apariția chistului hidatic pelvin s-a produs prin diseminare septică de la nivelul celui hepatic, fiind probabil consecința unui traumatism abdominal, pe fondul frecventelor episoade de violență casnică, menționate în anamneza dirijată. La rândul său, chistul hidatic pelvin a generat un tablou clinic propriu, datorat compresiunii extrinseci a organelor învecinate (polakiurie, tenesme vezicale și rectale), simptomatologie inițial neglijată, apoi atribuită creșterii dimensiunilor uterului gravid.

Într-o succesiune previzibilă, sarcina nu a fost urmărită medical, diagnosticul de tumoră pelvină fiind stabilit practic întâmplător, atunci când s-a dovedit necesară operația cezariană. De altfel, se poate aprecia că acest episod s-a dovedit salvator pentru pacientă și făt, deoarece modificările de presiune abdominală din timpul unei nașteri pe cale naturală ar fi putut determina eclatarea unuia sau ambelor chisturi hidatice. Consecințele acestui accident ar fi fost, cel mai probabil, peritonită hidatică sau șoc anafilactic- complicații cu potențial grav (2), îndeosebi pe fondul perturbărilor imunologice din perioada perinatală.

Rezolvarea chirurgicală a cavității restante a fost conservatoare, urmărind prezervarea într-o măsură cât mai mare a parenchimului hepatic comprimat, dar nu compromis, în timpul dezvoltării chistului. Am considerat o eventuală hepatectomie stângă sau segmentară ca fiind o intervenție disproporționată pentru o afecțiune benignă. În ceea ce privește anastomozele perichisto-digestive, experiența acumulată în clinică pe zeci de asemenea cazuri a arătat că rezultatele funcționale în timp nu sunt favorabile. Chiar în condițiile drenajului intern al cavității într-o ansă jejunală exclusă, în Y, aceasta prezintă ulterior frecvente episoade de transformare în abces, cu răsunet major asupra stării generale, impunând de obicei spitalizări multiple.

Diagnosticarea intra-operatorie a comunicării cu căile biliare nu a constituit nici ea un argument pentru acest gen de intervenție (perichisto-jejuno-anastomoza). În asemenea situații, optăm pentru drenajul cavității cu 2 tuburi și drenaj de vecinătate, care să preia complet biliragia, evitând apariția coleperitoneului. Atunci când debitul inițial al fistulei este mic, sub 200-250 ml/zi, reluarea tranzitului intestinal și a peristalticii normale a tubului digestiv sunt urmate de regulă de reducerea progresivă și "închiderea" fistulei biliare externe. Fistulele cu debit mediu, de peste 300 ml/zi, au șanse mai reduse de rezolvare spontană, fiind necesară papilofincterotomia endoscopică. Nu suntem adepții suturii directe a comunicării cu căile biliare, întrucât există riscul interesării unui canal biliar important, care să determine stenoza lui cu retenție biliară segmentară (1).

Tratamentul medical, paraziticid, cu Albendazol, 10-15

mg/kgc/zi, în două prize este indicat atât în perioada pre-operatorie, cât și 3 luni după intervenția chirurgicală, pentru prevenirea recidivelor (3).

Datele din literatură consemnează cazuri sporadice de chisturi hidatice extrahepatice, primitive sau secundare. Acestea din urmă sunt cel mai adesea consecința fixării embrionului hexacant la nivelul unui alt filtru al circulației sanguine: pulmon, rinichi, splină, pancreas, creier. Chisturile dezvoltate la nivel cefalo-pancreatic pot produce icter prin compresiunea extrinsecă a căii biliare principale, ridicând problema diagnosticului diferențial pre-operator cu chisturile congenitale ale acesteia (4). Alteori, prezumția diagnostică se îndreaptă spre existența unei tumori chistice a pancreasului (5), datorită aspectului echografic și tomografic asemănător.

Un potențial de gravitate deosebit îl au chisturile hidatice cu localizare cardiacă. Compresiunea mecanică poate produce aritmii severe, generatoare de moarte subită (6), iar eclatarea chistului și diseminarea în circulație a scolecșilor și veziculelor-fiice poate fi urmată de embolii letale în teritoriul pulmonar (7). În cazurile rare în care se poate stabili diagnosticul înaintea producerii unei complicații severe, se indică perichistectomia (3).

O altă localizare rară posibilă este cea cerebrală. În prezența unor semne neurologice de focar, diagnosticul de chist hidatic cu efect compresiv nu reprezintă chiar principala supoziție a clinicianului, dar tomografia computerizată poate furniza o surpriză, prin imaginea tipică de formațiune chistică cu perete propriu, omogenă sau cu vezicule-fiice în interior, însoțită de edem perilezional (8). Tratamentul de elecție constă tot în perichistectomie, după craniotomie.

În ceea ce privește chisturile hidatice cu localizare peritoneală, mecanismul patogenic implicat este desprinderea unui chist din parenchimul hepatic, cu migrarea sa descendentă. Aceasta presupune o localizare inițială superficială, în apropierea marginii anterioare a ficatului (1). O situație particulară o constituie prezența simultană a 3 sau mai multe chisturi, unele localizate la nivelul organelor parenchimatoase cu rol de filtru sanguin (ficat, splină), altele în cavitatea abdominală (9).

Cele mai rare situații, pentru care explicațiile fiziopatologice nu sunt clare, sunt cele în care chisturile hidatice în aparență primitive sunt descoperite la nivelul unor structuri musculare: diafragma (10), marele fesier (11) sau chiar pe fața antero-medială a coapsei (12), cu evoluție spre suprafață și exteriorizare subtegumentară. Rezolvarea lor chirurgicală nu implică aspecte deosebite, dificultatea constând în diagnosticul pre-operator al formațiunii (atunci când este localizată profund) și îndeosebi a naturii sale parazitare.

Concluzii

Chisturile hidatice continuă să reprezinte o parte importantă a

patologiei chirurgicale abdominale, fiind evidentă corelația fiziopatologică nu atât cu o anumită ocupație (creșterea oilor), așa cum se considera în trecut, cât cea determinată de nivelul de igienă a alimentației. Localizarea hepatică rămâne în continuare cea mai frecventă, fiind de regulă solitară. Diagnosticul este relativ facil, bazându-se pe echografie abdominală și pe tomografie computerizată - metode imagistice a căror accesibilitate este în continuă creștere.

Tehnica chirurgicală nu este deosebită, dar rămâne valabilă aserțiunea potrivit căreia "afecțiunea se tratează ușor, dar se vindecă greu". Substratul acestei afirmații este reprezentat de dificultățile de rezolvare a cavității restante, îndeosebi când s-a constituit o fistulă biliară cu debit mediu sau mare. Extinderea posibilității tehnice de efectuare a papilosfincertomiilor endoscopice constituie, în opinia noastră, cel mai important progres în direcția rezolvării elegante și durabile a acestei probleme.

Bibliografie

1. Pătrașcu Tr, Brezean I: Chistul hidatic hepatic. În: Popescu I, editor. *Tratat de chirurgie*, vol. IX, partea a II-a. București: Editura Academiei Române; 2009. p. 634-650.
2. Beyrouti M, Beyrouti R, Abbes I, Kharat M, Ben Amar M, Frickha F, et al. Acute rupture of hydatid cysts in the peritoneum: 17 cases. *Presse Med.* 2004;33(6):378-84. [Article in French]
3. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A, Zaouche A. Management of cystic echinococcosis complications and dissemination: where is the evidence? *World J Surg.* 2009;33(6):1266-73.
4. Bhat NA, Rashid KA, Wani I, Wani S, Syeed A. Hydatid cyst of the pancreas mimicking choledochal cyst. *Ann Saudi Med.* 2011;31(5):536-8.
5. Heis HA, Bani-Hani KE, Etheis MA. Primary hydatid cyst of the pancreas. *Acta Chir Belg.* 2009;109(5):626-8.
6. Malamou-Mitsi V, Pappa L, Vougiouklakis T, Peschos D, Kazakos N, Grekas G, et al. Sudden death due to an unrecognized cardiac hydatid cyst. *J Forensic Sci.* 2002;47(5):1062-4.
7. Chadly A, Krimi S, Mghirbi T. Cardiac hydatid cyst rupture as cause of death. *Am J Forensic Med Pathol.* 2004;25(3):262-4.
8. Wani NA, Kousar TL, Gojwari T, Robbani I, Singh M, Ramzan A, et al. Computed tomography findings in cerebral hydatid disease. *Türk Neurosurg.* 2011;21(3):347-51. doi: 10.5137/1019-5149.JTN.3922-10.0.
9. Simion S, Mastalier B, Angelescu M, Petruțescu M, Popa C, Tihon C, et al. One case of multiple abdominal hydatidosis. *Chirurgia (Bucur).* 2003;98(6):565-70. [Article in Romanian]
10. Gümüş M, Yağmur Y, Gümüş H, Kapan M, Onder A, Büyük A. Primary hydatid disease of diaphragm with subcutaneous extension. *J Infect Dev Ctries.* 2011;5(8):599-602.
11. Steurer S, Auer H. Primary cystic echinococcosis in the subcutaneous gluteal region - a case report. *Wien Klin Wochenschr.* 2008;120(19-20 Suppl 4):101-3.
12. Săvulescu F, Iordache II, Hristea R, Dumitru C, Sandru AM, Bălașa G, et al. Primary hydatid cyst with an unusual location - a case report. *Chirurgia (Bucur).* 2010;105(3):419-22.