

COLECISTITA ACUTĂ ALITIAZICĂ LA COPIL – PREZENTARE DE CAZ

Asist. Univ. Dr. Iulia Straticiu Ciongradi^{1,2}, Asist. Univ. Dr. Laura Trandafir^{1,3},
Dr. Doina Mihăilă⁴, Conf. Dr. S.G. Aprodu^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“, Iași

²Clinica de Chirurgie și Ortopedie pediatrică, Spitalul de copii „Sf. Maria“, Iași

³Clinica III Pediatrie, Spitalul de copii „Sf. Maria“, Iași

⁴Departamentul de anatomie patologică, Spitalul de copii „Sf. Maria“, Iași

REZUMAT

Colecistita acută perforată alitiazică, frecventă la adult, este o entitate rar întâlnită la copil. Simptomatologia clinică necaracteristică, aspectele imagistice frecvent neconcludente, fac ca diagnosticul de colecistită acută alitiazică să fie deseori stabilit intraoperator. Această condiție trebuie totuși să fie evocată în cadrul diagnosticului diferențial al unui sindrom peritonitic la copil.

Cuvinte cheie: colecistită acută alitiazică, peritonită

INTRODUCERE

Perforația spontană a veziculei biliare este extrem de rar întâlnită în practica pediatrică, fiind o complicație exclusivă a colecistitei acute, inflamație a veziculei biliare, asociind sau nu litiază veziculară. Cu toate acestea, perforația veziculei biliare trebuie avută în vedere în cadrul diagnosticului diferențial al unui abdomen acut. Diagnosticul colecistitei perforate este extrem de greu de stabilit, examenul clinic, probele biologice și explorările imagistice, fiind nespecifice. Se produce astfel o întârziere de diagnostic, acesta fiind de cele mai multe ori stabilit intraoperator.

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 2 ani, fără antecedente patologice semnificative, care se prezintă în clinica autorilor pentru alterarea stării generale, anorexie, dureri abdominale și constipație (prezența tranzitului intestinal doar pentru gaze, cu absența scaunului de 5 zile). Din istoric, reținem debutul afecțiunii în urmă cu

circa 14 zile, când, în urma unor episoade febrile, pacientul a fost diagnosticat cu otită medie presupurativă, bilaterală. S-a inițiat tratament antibiotic intravenos (cefalosporină), cu evoluție favorabilă a afecțiunii din sfera ORL. În evoluție, la circa 7 zile, apar dureri abdominale, vărsături și scaune diareice (inițial apoase, ulterior semiconsistente). Se decide spitalizarea, inițiindu-se tratamentul simptomatic, reechilibrare hidroelectrolitică și se continuă antibioterapie intravenoasă, sub care scaunele diareice se remit, după circa 48 de ore, însă starea generală alterată se menține, cu refuzul alimentației, apariția meteorismului abdominal și instalarea constipației. Ecografia abdominală, efectuată la debutul episodului diareic, relevă colecist mult destins, dismorfic, alitiazic, absența lichidului în cavitatea peritoneală.

La consultul chirurgical se constată la examenul clinic stare generală influențată, meteorism abdominal, durere abdominală intensă difuză, spontană și la palpare, iar la tușeul rectal ampulă rectală goală, fără urme de materii fecale. Probele biologice nu au evidențiat modificări semnificative, cu excepția unei ușoare neutrofilii.

Adresa de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Laura Trandafir, Spitalul de copii „Sf. Maria“, Str. Vasile Lupu nr. 62-64, Iași
e-mail: drpediatrie@yahoo.com

Se suspicionează un sindrom peritonic, astfel încât se efectuează radiografie toraco-abdominală, ce nu relevă modificări patologice, precum și o nouă ecografie abdominală, care identifică ficat cu ecostructură omogenă, colecist mult destins, ciudat, cu depozit biliar decliv prezent, alitiazic.

Se identifică, de asemenea, și o cantitate medie de lichid prezent în cavitatea peritoneală, inclusiv pericolecistic. Deoarece se menține suspiciunea unei peritonite, probabil de etiologie apendiculară, se decide transferul pacientului în departamentul de chirurgie pediatrică.

Se intervine chirurgical, sub anestezie generală, cu abord prin laparotomie mediană. În cavitatea peritoneală se identifică o cantitate importantă de lichid cu aspect biliar, vezicula biliară inflamată, cu important edem de perete, precum și o zonă de perforație, localizată în apropierea fundusului colecistului (Fig. 1). Apendicele a fost identificat ca fiind de aspect normal. În acest context, cu diagnosticul de peritonită biliară secundară unei colecistite acute alitiazice perforate, se decide efectuarea colecistectomiei de necesitate, asociată cu lavajul abundent al cavității peritoneale, precum și plasarea unui tub de dren subhepatic.

În vederea realizării hemostazei și pentru a proteja patul colecistic hepatic restant, se plasează

la acest nivel o folie absorbabilă de fibrină (Fig. 2). Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu extragerea tubului de dren la 72 de ore postoperator și externarea pacientului la 6 zile postoperator.

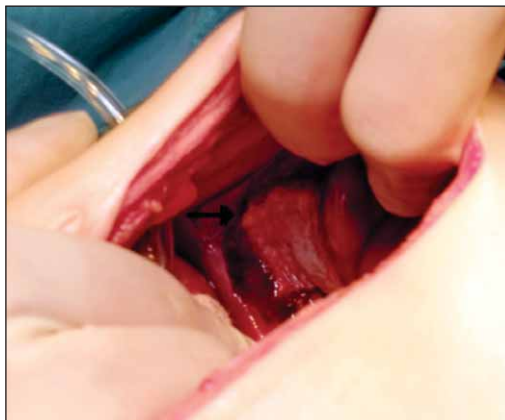
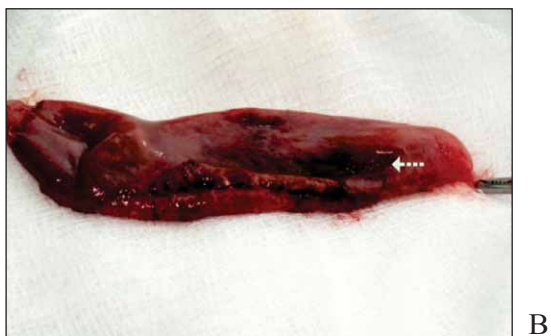


FIGURA 2. Patul hepatic al colecistului cu folie de fibrină – aspect intraoperator

Examenul anatomopatologic al piesei rezecate a relevat diagnosticul de colecistită acută flegmonoasă, aspectul microscopic fiind de perete de colecist cu infiltrat inflamator polimorf în toate păturile, stază și focare hemoragice, ulceratii întinse ale mucoasei. Pe un fragment apare o arie de ulceratie transparietală acoperită cu detritus necrotico-leucocitar (perforația) (Fig. 3, Fig. 4).



A



B

FIGURA 1. Perforația colecistului – (A) aspect intraoperator (săgeată neagră) și (B) piesă de excizie (săgeata albă)

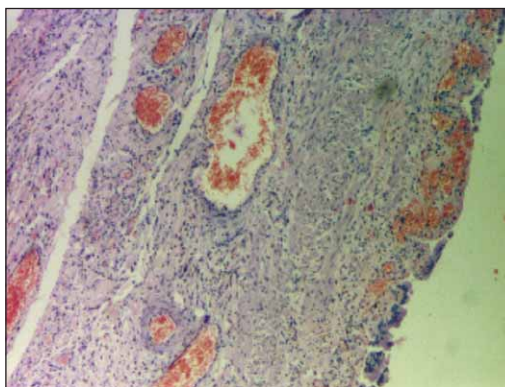


FIGURA 3. Colecistita flegmonoasă – stază și hemoragii

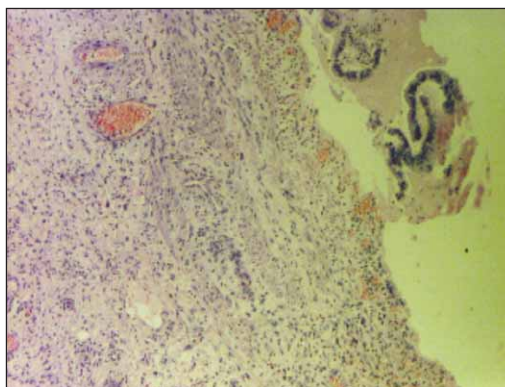


FIGURA 4. Colecistita flegmonoasă – marginea perforației

Supravegherea copilului s-a realizat ulterior pe o perioadă de 18 luni, cu menținerea regimului alimentar specific, pacientul fiind în acest interval complet asimptomatic.

DISCUȚII

Afecțiunile dobândite ale veziculei biliare la copil sunt mult mai rare decât cele ale adultului, pentru fiecare 1.000 de cazuri de adulți cu afectare colecistică raportate în literatură corespunzând doar 1,3 cazuri pediatrice. Colecistita acută alitiatică reprezintă circa 5-10% dintre colecistitele acute ale adultului, fiind însă și mai rar întâlnită în patologia pediatrică. Dintre colecistitele acute ale copilului, definite de inflamația peretelui colecistic, circa 30-50% sunt alitiatice, spre deosebire de 2-17% în patologia adultului (1).

În aceleași timp, perforația veziculei biliare este aproape exclusiv o complicație a colecistitei acute, asociind sau nu litiaza veziculară.

Datele din literatură relevă faptul că în 2-11% dintre cazurile de colecistită acută inflamația peretelui colecistic poate evolua spre ischemie, necroză și ulterior perforație (2), perforație localizată cel mai frecvent la nivelul fundusului vezicular, zonă cu vascularizație precară.

În 1934, Niemeier (3) a realizat o clasificare a colecistitelor perforate, definind trei tipuri ale afecțiunii:

- Tipul 1 sau acut – perforația acută cu peritonită biliară generalizată;
- Tipul 2 sau subacut – abcesul pericolecistic;
- Tipul 3 sau cronic – fistula colecistenterică.

Cazul de față, ca și marea majoritate a celor raportate în literatură, se încadrează în tipul 1 de perforație colecistică.

Cauzele colecistitei acute alitiatice includ: sepsisul, arsurile grave, traumatismele, diferite tipuri de infecții (pneumonia, giardiaza, otitele, malaria, etc.) (4), dar au fost raportate cazuri și apărute la copii, în plină stare de sănătate (5). Dintre germenii implicați în etiologia colecistitei acute alitiatice la

copil, cei mai frecvenți sunt: streptococii (grup A și B), germenii gram negativi (mai ales Salmonella), virusul hepatitic A, virusul Epstein-Barr și diferiți paraziți (6). În cazul prezentat, considerăm inflamația veziculei biliare secundară și asociată puseului de enterocolită acută. Nu am identificat nici un germeni în culturile lichidului peritoneal.

Simptomatologia perforației de veziculă biliară este extrem de necharacteristică, în special la copilul mic, și include durere abdominală, meteorism, vărsături, elemente comune pentru orice sindrom peritonitic la vârstă pediatrică, aspect clinic pe care l-am identificat și în cazul de față.

În ceea ce privește diagnosticul imagistic, acesta se bazează mai ales pe aspectele ecografice, deși în literatură nu există nici un criteriu clar stabilit pentru a defini ultrasonografic colecistita acută alitiatică. Astfel, pentru diagnosticul pozitiv sunt evocate: grosimea peretelui vezicular de peste 3 mm, distensia globulară a veziculei biliare, prezența de lichid pericolecistic, aspectul striat al peretelui vezicular, prezența de „sludge“ intravezicular, deși niciunul dintre aceste semne nu s-a dovedit a fi patognomic (7,8). Cu toate acestea, se consideră că asocierea a 2 sau mai multe dintre aceste semne este înalt sugestivă pentru diagnosticul de colecistită acută. În cazul de față am identificat retrospectiv asocierea lichidului pericolecistic, a distensiei veziculei biliare, precum și prezența de „sludge“ intracolecistic, în ciuda acestor elemente, diagnosticul nefiind evocat preoperator.

CONCLUZII

Colecistita acută alitiatică perforată, deși este o entitate rară la copil, trebuie evocată în fața unui pacient cu abdomen acut chirurgical. Asocierea sindromului peritonitic cu distensia veziculei biliare și prezența lichidului pericolecistic, identificate ecografic sunt înalt sugestive pentru acest diagnostic. Diagnosticul și intervenția chirurgicală precoce sunt importante pentru evoluția favorabilă a acestor cazuri.