



# PATOLOGIE CLINICĂ

PENTRU  
ÎNVĂȚĂMÂNTUL UNIVERSITAR MEDICOFARMACEUTIC

Ediția a 2-a



EDITURA HAMANGIU – BUCUREȘTI 2024

### 5.3. Tabloul clinic al litiazei veziculare

Aceeași secvență este parcursă în evoluție și de simptomatologia clinică, diagnosticul fiind dependent de momentul în care a fost surprinsă suferința.

#### A. Stadiul tulburărilor dispeptice

Bolnavul prezintă o gamă largă de simptome nesistemizate, acuzele fiind de disconfort digestiv, greață, gust amar, inapetență, balonare, eructații, flatulență, diaree, migrenă, care nu au nimic caracteristic pentru patologia biliară. Mai mult decât atât, calculii veziculari pot rămâne lungi perioade de timp asimptomatici sau chiar o viață întreagă, la așa numiții purtători de calculi, pentru care a fost inventat termenul de litiază disimulată.

Deci, o parte dintre pacienții asimptomatici purtători de calculi veziculari fac obiectul unor descoperiri ecografice, iar o altă parte dintre aceștia se manifestă printr-un sindrom dispeptic nesistemizat ceea ce este tot ce poate fi mai neclar și mai neconcludent în cadrul unei suferințe digestive. În aceste cazuri doar o recomandare inspirată pentru un examen ecografic, permite stabilirea fără echivoc a diagnosticului.

#### B. Stadiul durerii paroxistice

Este reprezentat de colica biliară. Aceasta este o durere intensă, paroxistică, violentă, localizată în hipocondrul drept sau în epigastru. Durerea este datorată contracturii musculaturii netede din peretele vezicular, care încearcă să evacueze bila stocată prin creșterea presiunii în tentativa de învingere a obstacolului litiazic infundibular.

La debut, colica biliară poate fi declanșată de alimente colecistochinetice, care determină contracția veziculară, cum ar fi grăsimile, ciocolata, maioneza sau ouăle. Există și alte circumstanțe în care colica biliară se poate instala, cum ar fi perioada premenstruală, menopauza, sarcina, emoțiile sau oboseală fizică, factori alergici, medicamente sau alte suferințe abdominale (anexite, colite sau constipatii cronice).

Colica biliară este însoțită de o serie de simptome caracteristice cum ar fi greața, vărsăturile, cefaleea sau chiar migrena biliară, inapetența și uneori fotofobie.

După unii autori, colica biliară este termenul clinic care include două semnificații distincte, dictate de substratul morfo și fiziopatologic, respectiv colica veziculară și colica coledociană, cu asemănări dar și cu diferențe net simptomatice una față de cealaltă.

Periodicitatea durerii din colica biliară diferă substanțial de caracterele durerii din boala ulceroasă. La început colicile pot fi mai rare, distanțate în timp și de durată mai scurtă. În general, au o evoluție progresivă, devin mai dese și mai persistente, perioada dureroasă fiind de maximum 24 sau 48 de ore spre deosebire de perioada dureroasă din boala ulceroasă, care are o durată de aproximativ două sau trei săptămâni.

În general, colica abdominală este o durere declanșată de spasmul puternic al musculaturii netede și în consecință va fi întâlnită ori de câte ori va surveni o astfel de contractură spastică la nivel fie biliar, intestinal sau ureteral, menită să învingă un obstacol sau o obstrucție, traduse pe scena clinică sub formă de colică biliară, intestinală sau renală. Așa se întâmplă și în cazul litiizei veziculare, atunci când un calcul migrează prin defileul infundibulocistic sau este evacuat în coledoc.

Termenul de colică vrea să spună că durerea vine și trece și că durerea se repetă.

Colica veziculară este descrisă ca o jenă sau un fond dureros permanent situat în hipocodrul drept, imediat sub rebordul costal, peste care se suprapun exacerbări violente, care durează câteva minute, caractere pe care se bazează tabloul clinic al bolii.

Durerea paroxistică determină o agitație externă din partea bolnavului, care este deosebit de neliniștit și își schimbă permanent poziția, comportament care nu mai este întâlnit în alt tip de durere abdominală, oricât de violentă ar fi aceasta. De exemplu, durerea din pancreatita acută sau din peritonita acută sunt și acestea deosebit de violente dar continue, tenace și persistente. Cu toate acestea, bolnavul este apatic, inert, nu se agită și caută să se miște cât mai puțin pentru a nu-și mai accentua suferința, încercând să atenueze durerea prin poziții antalgice, spre deosebire de cel aflat în plină colică biliară, ureterală sau intestinală, care nu își mai găsește locul.

Durerea iriază cranial interscapulovertebral drept, în umărul drept sau subscapular drept. Iradierea durerii înspre hipocondrul stâng, traversând epigastrul, cu localizare „în bară”, sugerează o participare pancreatică. Este posibil, de asemenea, ca durerea să iradieze precordial, evocând o criză de angină pectorală sau în umărul stâng, sugerând o periartrită scapulo-humerală sau un infarct miocardic. Niciodată o colică biliară nu va prezenta o iradiere caudală. Aceasta debutează anterior, la nivelul hipocondrului drept sau a epigastrului, cu iradiere cranială, în timp ce colica renală debutează posterior, la nivelul lombelor, cu iradiere anterioară pe traiectul ureterului până la nivelul organelor genitale externe și este însoțită de fenomene urinare.

La un bolnav care se prezintă de urgență la camera de gardă pentru o colică veziculară, examenul clinic va trebui să precizeze prezența următoarelor semne:

Durerea din aria veziculară, în aria hipocondrului drept, nu este o durere caracteristică, fiind întâlnită și în afecțiunile ficatului, ale pleurei, a rinichiului drept și ale unghiului hepatic al colonului. Durerea maximă se află la nivelul punctului cistic, reprezentat de locul în care marginea dreptului abdominal drept, intersectează rebordul costal anterior drept (punct care corespunde articulației condro-costale IX și liniei medio-claviculare prelungită până la rebordul costal). Nu rareori, durerea se proiectează însă în epigastru, ceea ce poate atrage atenția asupra unei colici coledociene.

Manevra MURPHY pozitivă este confirmată prin exacerbarea durerii în timpul inspirației profunde, atunci când mâna examinatorului comprimă punctul cistic.

Palparea colecistului, în contextul unui bolnav care acuză o colică veziculară, va fi posibilă doar atunci când apare hidropsul vezicular, adică un colecist destins de volum, dureros și în tensiune sau în situația unui platon vezicular când se palpează o masă fără formă precisă, cu marginile șterse, foarte dureroasă, plasată în hipocondrul drept, constituit prin aglutinarea organelor înconjurătoare în jurul focarului colecistic cu rolul de a îl izola și localiza și cu scopul de a proteja cavitatea peritoneală.

Palparea va fi condusă cu multă blândețe, pe un perete abdominal relaxat, încercând să surprindă vezicula biliară în inspirație profundă, manevră care poate eșua la obezi sau atunci când hidropsul este plasat sub rebordul costal sau sub marginea anterioară a ficatului.

Frisonul sau febra care survin pe fondul unei colici veziculare are o semnificație mai largă decât o durere datorată unui spasm muscular. Febra traduce dezvoltarea procesului infecțios asociat care sugerează debutul unei colecistite acute iar semnificația frisonului vizează evoluția spre gangrena veziculară. Absența febrei are semnificația doar a unei colici veziculare necomplicate sau eventual a unui hidrops vezicular la debut, neinfectat.

Durerea din hipocondrul drept care iriază transversal, înspre hipocondrul stâng, cu manifestare maximă în epigastriu, denumită și durere în bară, sugerează o complicație pancreatică sau chiar o posibilă colecisto-pancreatită acută.

Iritația peritoneală atestă coafectarea seroasei sau a cavității peritoneale, punerea în evidență a semnelor de iritație peritoneală fiind decisivă pentru stabilirea indicației operatorii de urgență. Prezența semnelor de iritație peritoneală, apărarea musculară, manevra BLUMBERG pozitivă, abolirea mișcărilor respiratorii abdominale, semnul clopoțelului, certifică posibilitatea unei colecistite acute (atunci când semnele sunt inițial localizate în aria veziculară) sau a unei colecistite acute perforate cu peritonită biliară (atunci când semnele de iritație peritoneală se extind difuz în întreg abdomenul). Absența semnelor de iritație peritoneală presupune o evoluție mai benignă.

Prezența icterului modifică profund încadrarea clinică a bolnavului, care intră în categoria unui sindrom coledocian, reprezentat de durere, însoțită de icter și febră, care evocă triada lui CHARCOT.

### **C. Stadiul complicațiilor**

Reprezintă, de fapt, stadiul final al unei litiaze veziculare. Complicațiile pot fi extrem de variate și diferențiate în combinațiile și asocierile lor, dar până la urmă pot fi grupate astfel: infecțioase, migratorii, perforative și degenerative.

## 5.4. Diagnosticul litiazei veziculare

Anamneza evocatoare și examenul clinic atent nu sunt suficiente întotdeauna pentru a stabili un diagnostic ferm decât în unele situații de colecistită acută sau în hidrops. În rest diagnosticul nu poate fi decât prezumtiv, care va fi confirmat ulterior prin datele de laborator și explorările imagistice.

Datele de laborator sunt relevante pentru investigarea echilibrului biologic general al pacientului, care vor fi completate cu un set de investigații în vederea anesteziei generale și alt set de investigații care privesc actul chirurgical.

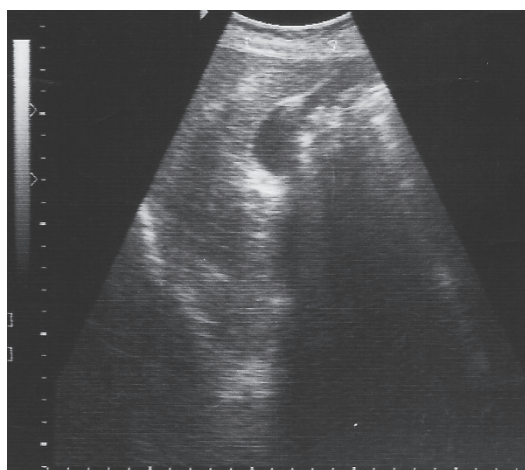
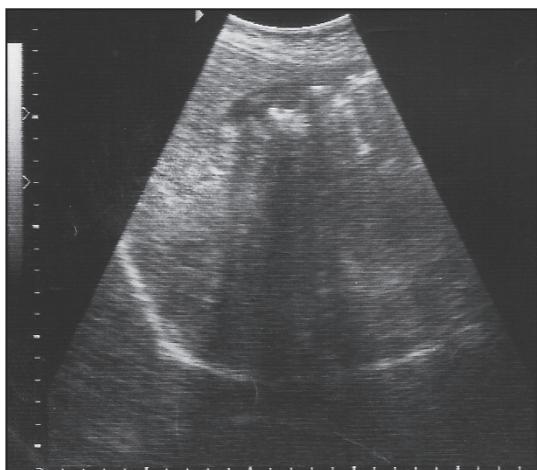
Etapă	Stare Pacient	
	Anicteric	Icteric
<b>Preoperator</b>	* Ecografia	* Ecografia * ERCP sau PTC * ColangioRMN * EHIDA * Coledocoscopie endoscopică
<b>Intraoperator</b>	* Colangiografia transveziculară, transcistică, transhepatică sau prin puncție coledociană	* Colangiografia transveziculară sau transcistică * Coledocotomie * Coledocoscopie
<b>Postoperator</b>	* Ecografie	* CT * ColangioRMN * PetCT

**Tabel 5.1.** Explorarea perioperatorie și intraoperatorie a arborelui hepatobiliar

Dar ecografia, care este stăpâna diagnosticului în litiaza veziculară, obligatorie, inofensivă și relevantă ca singură explorare imagistică, este suficientă și extrem de performantă pentru această afecțiune.

Datele ecografice care pot fi obținute în aprecierea veziculei biliare se referă la forma, volumul, pereții și conținutul acesteia.

Litiaza veziculară este confirmată de prezența ecourilor puternice, dense, uneori mobile cu poziția bolnavului. Caracteristic este faptul că ecoul puternic este prelungit de un „con de umbră”, marcat de o imagine caracteristică. Importantă este aprecierea grosimii pereților veziculari, crescută atât în colecistita acută, cât și în unele colecistoze sau colecistite cronice sclerogene hipertrofice, dar și în plastronul vezicular sau scăzută în colecistitele scleroatrofice sau în necrozele parietale infecțioase.



**Fig. 5.2.**  
Litiază  
veziculară,  
aspect  
ecografic al  
calculilor cu  
con de umbră

Colesterolozele veziculare au o exprimare ecografică caracteristică, recunoscându-se „achenele” încrustate în peretele vezicular, care îi conferă acestuia un aspect zimțuit sau mâncat de molii.

Toate modificările de formă și volum vezicular se pun în evidență cu precizie, inclusiv compartimentările endocavitare cum ar fi septuri, cuduri sau cisticite stenoizante, precum și prezența formațiunilor tumorale sau a adenomiomatozei.

Ecografia își demonstrează valoarea și prin faptul că este în măsură să aprecieze dimensiunile atât ale veziculei, cât și ale căii biliare principale. Se pot decela dilatațiile căilor intrahepatice și litiaza hepato-coledocului. În plus, se obțin date de valoare asupra participării capului pancreatic: pancreatită cronică cefalică sau tumori ale pancreasului cefalic, precum și acumulări lichidiene din zona subhepatică, colecții biliare sau coleperitoneu, evocate de aspectul transonic al imaginilor.



**Fig. 5.3.** Hidrops vezicular prin obstrucția litiazică a ductului cistic. Se remarcă conul de umbră al calcului obstructiv

Paragraful destinat diagnosticului nu poate fi închis înainte de a trece în revistă o serie de forme particulare de evoluție a litiazei veziculare.

În esență, acestea sunt situațiile care favorizează stabilirea tardivă sau eronată a diagnosticului sau chiar erorile terapeutice, pe care urmează să le expunem.

Există o serie de împrejurări în care colecistita acută poate pune reale probleme de diagnostic. Aceste împrejurări sunt constituite de grefarea complicației septică veziculare pe un teren debilitat, precar și epuizat din punct de vedere al reacției de

apărare. Se creează astfel premisele constituirii unor forme hiperseptice de colecistită acută, care evoluează cu o extremă rapiditate, având manifestări clinice locale ne semnificative, remarcate doar prin sărăcia suferinței dar cu un răsunset general foarte grav.

Astfel de situații le întâlnim la pacienții diabetici, în postoperator sau postpartum, la bătrâni, septici, neoplazici, la imunodeficitari (pacienți sub tratament imunomodulator sau imunosupresivi, SIDA, colagenoze), la cei cu accidente acute cerebro-vasculare sau sechele senzitive ale acestora, la politraumatizați, după cure agresive de chimioterapie și radioterapie sau după intervenții chirurgicale majore.

În toate aceste împrejurări, dominantă clinică o constituie, de obicei, maladia extrem de invalidantă de fond, astfel încât colecistita acută sau chiar supurația veziculară cronică vor avea o evoluție înșelătoare, anostă, atenuată, sărăcăcioasă, foarte ușor de a nu fi luată în considerare.

Evaluarea clinică nu oferă satisfacțiile așteptate decât rareori, iar apelul la imagistică constituie soluția salvatoare de maximă valoare. În cadrul acestor tehnici, laparoscopia de diagnostic poate oferi o soluție valoroasă ce poate fi continuată cu sancțiunea terapeutică.

Dar iată că, cu toate că etapa laparoscopică urmează unei ecografii cât de cât revelatoare a suferinței veziculare, deseori însă, la acești bolnavi se constată intraoperator că peretele vezicular nu prezintă semiotica ecografică tipică pentru un proces acut, fapt perfect explicabil prin incapacitatea acestora de a răspunde la agresiunea septică locală.

În fine, tot în cadrul formelor particulare de evoluție înșelătoare a litiazelor veziculare se impun a fi discutate și acele cazuri în care litiiza veziculară coexistă cu o altă afecțiune digestivă. Este cazul litiazelor asociate ulcerului duodeno-gastric, tumorilor gastrice, bolii de reflux gastro-esofagian, inclusiv cancerului colic.

În aceste cazuri, litiiza veziculară poate constitui o descoperire ecografică întâmplătoare și înșelătoare, suferința pacientului având o cu totul altă cauză, interpretată eronat ca aparținând ariei biliare. De exemplu, o tumoră renală dreaptă sau o hidronefroză incipientă, un cancer de unghi hepatic al colonului sau o apendicită subhepatică, pot simula până la un punct o colecistopatie.

Confirmarea ecografică a colecistopatiei, fără a fi apreciate leziunile asociate, nu poate decât să faciliteze orientarea terapeutică în mod eronat. Nu este momentul aici pentru detalierea acestor situații neobișnuite.

Merită de reținut doar un singur lucru: anamneza detaliată și examenul clinic atent, precum și o judecată adecvată a datelor biologice și a imagisticii, sunt singurele criterii în măsură să ghideze în mod corect chirurgul spre afecțiunea dominantă, evitând astfel „mirajul” primei leziuni.