

# ICTERUL MECANIC

## Ghid de diagnostic și tratament

Prof. Dr. Eugen Brătucu (București), Prof. Dr. Radu Corneliu (București),  
Conf. dr. Ion Vereanu (București)

---

### INTRODUCERE

Icterul mecanic este un sindrom întâlnit în mai multe categorii de boli, fiind caracterizat prin obstrucția parțială sau completă a fluxului biliar către tubul digestiv. Etiologic, bolile ce pot determina mai frecvent icterul mecanic sunt: (1) litiaza biliară; (2) tumorile maligne ale căilor biliare, pancreasului și duodenului (tumori periampulare); (3) hidatidoza hepatică în faza complicațiilor; (4) stenozele benigne ale căilor biliare (inflamatorii, scleroase și malformațiile căilor biliare). Gravitatea icterului mecanic depinde de severitatea bolii generatoare, funcția hepatică, tarele organice asociate, intensitatea și vechimea icterului.

Diagnosticul icterului mecanic comportă două etape:

- (1) confirmarea diagnosticului de icter mecanic;
- (2) diagnosticul etiologic, de care depinde și atitudinea terapeutică.

### DIAGNOSTICUL GENERIC AL ICTERULUI MECANIC

Criteriile generale de diagnostic ale icterului mecanic sunt:

#### A. Criterii clinice:

Principale:

- Culoarea galbenă a tegumentelor, mucoaselor și sclerelor (apreciată la lumină naturală);
- Urini hiperchrome (colurie);
- Scaune decolorate (acolice).

Secundare:

- Prurit;
- Colică biliară;
- Tumoră palpabilă.

### *B. Criterii paraclinice:*

Clasa I (investigații paraclinice obligatorii):

- Dozarea fracționată a bilirubinei serice și creșterea bilirubinei totale și a celei directe (conjugate);
- Dozarea fosfatazei alcaline serice cu creșterea acesteia;
- Ecografie hepato-biliară;
- Colangiografie retrogradă endoscopică (ERCP).

Clasa II (investigații paraclinice utile):

- Dozarea urobilinogenului urinar care este absent;
- Dozarea colesterolului cu hipercolesterolemie;
- Proteinograma cu creșterea  $\beta_1$  globulinelor;
- Colangiografie transhepatică percutană (PTC);
- Tomografie computerizată sau rezonanță magnetică nucleară.

Există ictere care prezintă caracterele clinice și paraclinice de mai sus, dar la care mecanismul icterigen nu constă în obstrucția canalelor biliare mari extra- sau intrahepatice; etiopatogenia acestora este multifactorială (inflamatorie, virală, toxico-septică, degenerativă, imunologică, endocrină) iar diagnosticul și tratamentul aparțin altor discipline medicale. Mare parte din aceste ictere se produc prin coleastă intrahepatică.

## **CRITERII DE INTERNARE ÎN SPITAL**

Icterul mecanic nu necesită tratament prespital; orice icter se îndrumă de urgență la spital.

Icterul mecanic confirmat se internează în servicii de chirurgie generală. În caz de diagnostic incert, bolnavii pot fi inițial internați și în serviciile de boli interne, gastroenterologie, boli infecțioase.

### **Diagnosticul etiologic și tratamentul diferitelor forme clinice de icter mecanic**

#### ***1. Icterul mecanic în litiaza biliară***

##### Diagnostic:

*A. Criterii clinice:* elementele clinice care sugerează etiologia litiazică a unui icter mecanic sunt:

- Trecut litiazic cunoscut sau presupus;
- Icter precedat de colică biliară;
- Asocierea de febră și frisoane (în circa 30% din cazuri);
- Durere la palpare în hipocondrul drept și epigastru; rar, se poate palpa colecistul.

*B. Criterii paraclinice:* aceleași ca mai sus, cu observația că din clasa a II-a mai face parte și radiografia simplă a hipocondrului drept. Colangiocoliectografia nu este indicată.

### Tratament:

Următoarele posibilități terapeutice sunt indicate (Clasa I), în funcție de dotarea tehnică disponibilă:

- (a) Tratament endoscopic (sfincterotomia și extragerea calculilor din calea biliară principală), urmată de colecistectomie laparoscopică sau clasică.
- (b) Tratament chirurgical mini-invaziv (laparoscopic):
  - Colecistectomie și colangiografie intraoperatorie;
  - Coledocolitotomie cu drenaj biliar extern.
- (c) Tratament chirurgical deschis (clasic):
  - Colecistectomie și colangiografie intraoperatorie;
  - Extracție transcistică a calculilor și drenaj biliar extern sau anastomoză biliodigestivă;
    - Coledocotomie supraduodenală cu extracția calculilor, combinată cu drenaj biliar extern sau anastomoză biliodigestivă;
    - Coledocolitotomie supraduodenală combinată cu extragerea calculilor prin sfincterotomie transduodenală urmată de drenaj biliar extern.

### **2. Icterul mecanic cu angiolită supurată**

Icterul mecanic complicat cu angiolită supurată se datorează în principal coledocolitiazii. Alte cauze etiologice mai rare pot fi: stenoze benigne sau maligne, pancreatite acute, parazitoze, anomalii congenitale.

Boala are o mortalitate ridicată, între 30% și 100%, în funcție de precocitatea diagnosticului și a instituirii tratamentului.

### Diagnostic:

**A. Criterii clinice:** elementele clinice care sugerează un icter mecanic cu angiolită supurată sunt:

- Febră de tip septic;
- Frisoane severe;
- Dureri continue în abdomenul superior;
- Complicarea cu septicemie sau șoc toxico-septic;
- Complicarea cu insuficiența hepatorenală.

**B. Criterii paraclinice:** aceleași ca mai sus, cu observația că din clasa a I mai fac parte:

- Număratoarea leucocitelor cu hiperleucocitoză;
- Dozarea transaminazelor, creșterea lor (uneori).

### Tratament:

Boala necesită instituirea rapidă a unui tratament de urgență care trebuie să includă:

- Măsuri antișoc;
- Antibioterapie masivă, cu spectru larg și administrare intravenoasă;
- Intervenția chirurgicală de decomprimare a căii biliare principale.

➤ Măsurile de suprimare a obstacolului, inclusiv colecistectomia în caz de litiază, sunt considerate metode terapeutice utile dar neobligatorii (Clasa II).

### **3. Icterul mecanic în tumorile maligne ale căilor biliare**

#### Diagnostic:

*A. Criterii clinice:* elementele clinice care sugerează etiologia neoplazică a unui icter mecanic sunt:

- Debutul insidios, progresiv, al icterului;
- Prurit intens care precede și însoțește icterul;
- Colecist posibil palpabil;
- Semne generale: inapetență, scădere ponderală.

*B. Criterii paraclinice:* aceleași ca mai sus, cu următoarele observații: (a) colangiografia transhepatică percutană (PTC) și tomografia computerizată sunt investigații obligatorii, de clasa I (acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea lor) (b) rezonanța magnetică nucleară și laparoscopia sunt considerate investigații de clasa a II-a.

#### Tratament:

Următoarele posibilități terapeutice sunt indicate (Clasa I), în funcție de dotarea tehnică disponibilă:

(a) Tratament endoscopic sau radiologie intervențională:

- Endoproteză transtumorală plasată endoscopic;
- Endoproteză transtumorală percutan/transhepatic.

(b) Tratament chirurgical deschis (clasic), care în funcție de localizarea tumorii poate fi:

#### *Tumori proximale (de convergență)*

Tratament cu intenție radicală:

➤ Rezecția căii biliare principale extinsă la ficat, cu colangiojejunoanastomoză intrahepatică.

Tratamente paliative:

- Foraj transtumoral cu endoproteză în Y sau T;
- Drenaj decompresiv transhepatic;
- Anastomoze hepatocolangio-digestive;
- Transplant hepatic.

#### *Tumori sector mediu al căii biliare principale*

Tratament cu intenție radicală:

➤ Rezecția căii biliare principale pediculară și hepatico-jejunostomie.

Tratamente paliative:

- Hepatico-jejunostomoză supratumorală;
- Foraj transtumoral;
- Drenaj biliar extern supratumoral.

#### *Tumori distale ale căii biliare principale*

Tratament cu intenție radicală:

➤ Duodenopancreatectomie cefalică cu restabilirea tranzitului biliar, pancreatic și digestiv.

*Tratamente paliative:*

- Hepatico-jejunoanastomoză;
- Hepatico-duodenoanastomoză.

Colecistodigestivoanastomoza este considerată intervenție de clasa a II-a.

#### *Tumori extinse ale căii biliare principale*

De obicei, în cazul acestor tumori nu se poate aplica un tratament chirurgical.

### **4. Icterul mecanic în cancerul de cap de pancreas**

Reprezintă cauza malignă cea mai importantă de icter mecanic.

#### Diagnostic:

*A. Criterii clinice:* elementele clinice care sugerează cancerul de cap de pancreas în etiologia unui icter mecanic sunt:

- Debutul insidios, rapid-progresiv, al icterului;
- Prurit intens care precede și însoțește icterul;
- Colecist posibil palpabil;
- Semne generale: inapetență, scădere ponderală.

*B. Criterii paraclinice:* aceleași ca mai sus, cu următoarele observații: (a) tomografia computerizată reprezintă o investigație obligatorie, de clasa I (acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea ei); (b) tranzitul baritat gastro-duodenal reprezintă o investigație de clasa a II-a.

#### Tratament:

Tratamentul chirurgical **radical** este indicat în următoarele condiții:

- Lipsa metastazelor limfatice, peritoneale, hepatice;
- Lipsa invaziei vasculare arteriale și venoase;
- Lipsa contraindicațiilor generale (vârstă, tare organice).

Tratamentul radical constă din duodenopancreatectomie cefalică cu refacerea tranzitului biliar, digestiv și pancreatic.

Tratamentul chirurgical **paliativ** are drept obiectiv remisia icterului; mijloacele chirurgicale constau în:

- Anastomoză bilio-digestivă;
- Proteză endoscopică retrogradă.

### **5. Icterul mecanic în tumorile periampulare**

#### Diagnostic:

*A. Criterii clinice:* elementele clinice care sugerează o tumoră periampulară drept etiologie a unui icter mecanic sunt:

- Debutul insidios, progresiv, al icterului;

- Colecist palpabil, în tensiune;
- Semne clinice de anemie;
- Semne generale: inapetență, scădere ponderală.

*B. Criterii paraclinice:* aceleași ca mai sus, cu următoarele observații: (a) tomografia computerizată, endoscopia cu endobiopsie și tranzitul baritat sunt investigații obligatorii, de clasa I (acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea lor); (b) detectarea hemoragiilor oculte în scaun și diagnosticul de laborator al anemiei de tip feripriv sunt de asemenea investigații recomandate.

#### Tratament:

Tratamentul chirurgical **radical** constă din duodenopancreatectomie cefalică cu refacerea tranzitului biliar, digestiv și pancreatic.

Tratamentul chirurgical **paliativ** are drept obiectiv remisiunea icterului; mijloacele chirurgicale constau în:

- Ampulectomie;
- Derivații bilio-digestive;
- Wirsung-jejunoanastomoză;
- Gastro-jejunoanastomoză.

### **6. Icterul mecanic în colangita scleroasă primară**

Colangita scleroasă primară reprezintă o leziune sclero-inflamatorie cronică, difuză sau segmentară, de cauză necunoscută (probabil autoimună), interesând căile biliare extra- și intrahepatice. Evoluează spre ciroză biliară secundară cu o mortalitate de 100% la 2-4 ani de la stabilirea diagnosticului.

#### Diagnostic:

*A. Criterii clinice:* elementele clinice care sugerează colangita scleroasă primară drept etiologia icterului mecanic sunt:

- Debutul insidios, inițial intermitent, ulterior progresiv, al icterului;
- Prurit cutanat cu prezența leziunilor de grataj;
- Subfebrilitate intermitentă;
- Dureri în etajul abdominal superior;
- Semne generale: inapetență, scădere ponderală.

*B. Criterii paraclinice:* aceleași ca mai sus, cu următoarea observație: colangiografia transhepatică percutană (PTC) și dozările imunologice (imunoglobuline, anticorpi anti-ficat și anti-căi biliare) sunt investigații obligatorii, de clasa I (acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea lor).

#### Tratament:

**Tratamentul medical** constă în:

Clasa I: corticoterapie prelungită;

Clasa II:

- Antibioterapie;
- Medicație imunosupresivă.

**Tratamentul chirurgical** constă în:

Clasa I: drenaj biliar extern;

Clasa II: sfincterotomie oddiană endoscopică sau chirurgicală transduodenală.

### **7. Icterul mecanic în hidatidoza hepatică**

Icterul mecanic din hidatidoza hepatică se datorează în majoritatea cazurilor unei fistule chisto-biliare intrahepatice, care permite trecerea materialului hidatic în arborele biliar.

Uneori, icterul este determinat prin compresia realizată de chist la nivelul căilor biliare intrahepatice.

#### Diagnostic:

*A. Criterii clinice:* elementele clinice care sugerează hidatidoza hepatică drept o posibilă etiologie a unui icter mecanic sunt:

- Antecedente posibile de hidatidoză;
- Icter instalat în urma unei colici;
- Febră;
- Episoade urticariene asociate;
- Hepatomegalie.

*B. Criterii paraclinice:* aceleași ca mai sus, cu următoarele observații: (a) tomografia computerizată, radiografia de hipocondru drept, radiografia toracică simplă (pentru diagnosticul hidatidozei pulmonare asociate), precum și numărătoarea eozinofilelor sunt investigații obligatorii, de clasa I (acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea lor); (b) evidențierea anticorpilor specifici prin teste screening (ELISA, hemaglutinare indirectă), testele de confirmare (contraimuno-electroforeza), reacția Cassoni sunt de asemenea investigații recomandate (clasa I); (c) Scintigrama hepatică este încadrată în clasa a II-a de investigații.

#### Tratament:

*Tratamentul chirurgical* constă în chirurgie deschisă cu următoarele obiective:

➤ Tratamentul chistului hidatic: evacuarea parazitului și tratamentul cavității reziduale (metode multiple).

➤ Tratamentul icterului: coledocotomie cu evacuarea hidatidelor, urmată de drenaj biliar extern sau anastomoză bilio-digestivă.

*Tratamentul medical* perioperator (vezi tratamentul hidatidozei) este încadrat în clasa II de indicații (recomandat, dar nu obligatoriu).

### **8. Icterul mecanic în hemobilie**

Hemobilia reprezintă prezența de sânge în bilă ca urmare a unei fistule vasculo-biliare intrahepatice. Poate fi de cauză traumatică (mai frecvent) sau netraumatică (anevrism al arterei hepatice rupt în căile biliare, tumori hepatice sau de căi biliare).

#### Diagnostic:

A. *Criterii clinice*: elementele clinice care sugerează hemobilia drept etiologia unui icter mecanic sunt:

- Antecedente recente de traumatism abdominal;
- Icter însoțit de colică biliară și hemoragie digestivă (mai ales melenă).

B. *Criterii paraclinice*: aceleași ca mai sus, cu următoarele observații: (a) tomografia computerizată și endoscopia duodenală de urgență sunt investigații obligatorii, de clasa I (acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea lor); (b) arteriografia hepatică selectivă cu embolizare reprezintă o metodă diagnostică și terapeutică modernă, de clasa I; (c) Scintigrama hepatică este încadrată în clasa a II-a de investigații.

#### Tratament:

*Tratamentul chirurgical* constă în operație deschisă cu:

- Explorarea intraoperatorie a ficatului (inclusiv ecografie Doppler și colangiografie intraoperatorie, acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea lor);
- Tratamentul leziunii hepatice prin rezecție tipică, atipică sau suturi vasculo-biliare;
- Ligatura arterei hepatice sau a ramurilor sale;
- Tratamentul colmatării biliare: coledocotomie, evacuarea cheagurilor, drenaj.

### **9. Icterul mecanic în dilatațiile congenitale ale căilor biliare principale la adult**

#### Diagnostic:

A. *Criterii clinice*: elementele clinice care sugerează o cauză congenitală a unui icter mecanic sunt:

- Icter mecanic intermitent;
- Colici biliare repetate;
- Febră, frison;
- Masă palpabilă nedureroasă în hipocondrul drept.

B. *Criterii paraclinice*: aceleași ca mai sus, cu următoarea observație: tomografia computerizată și tranzitul baritat gastroduodenal (care poate evidenția compresia și/sau dizlocarea duodenului) sunt investigații obligatorii, de clasa I (acolo unde dotarea tehnică permite efectuarea lor).

#### Tratament:

*Tratamentul chirurgical* constă în:

Clasa I: rezecția chistului congenital cu anastomoză bilio-digestivă: chisto-duodenală sau chisto-jejunală.

Clasa II: anastomoza bilio-digestivă (cu duodenul sau jejunul) fără rezecția chistului.

#### **Durata de spitalizare în icterul mecanic**

- 5-10 zile pentru icterele rezolvate pe cale mini-invazivă (endoscopie sau laparoscopie);
- 14-21 zile pentru icterele rezolvate pe calea chirurgiei clasice (deschise).



### Criterii de externare

Criteriile de externare postoperatorie sunt:

- Plaga abdominală pe cale de vindecare;
- Afebrilitate;
- Dispariția icterului sau remisiune evidentă;
- Reluarea tranzitului intestinal;
- Reluarea alimentației orale;
- Absența complicațiilor generale cu risc vital.

### **Urmărirea pe termen lung**

Urmărirea în ambulatoriul de specialitate se va face la 14-30 de zile de la externare prin:

- *Evaluare clinică*;
- *Evaluare paraclinică*: dozarea fracționată a bilirubinei serice; ecografie hepato-biliară. În caz de nevoie: colangiografie retrogradă endoscopică (ERCP) și tomografie computerizată.

Supravegherea de către medicul de familie se va face:

- 30-60 zile în leziunile benigne;
- pe toată durata vieții în leziunile maligne.

În caz de leziuni maligne se va face supraveghere oncologică.

### **BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ**

1. Constantinoiu S., Mateș I.N., Miron A., Voiculescu B. *Icterul litiazic*. Ed. Arcadia 1998.
3. Dragomirescu C. *Chirurgia laparoscopică, actualități și progrese*. Ed. Tehnică, București 1996.
4. Duca S. *Coledocul: patologie, explorare terapeutică, chirurgicală*. Ed. Dacia 1986.
5. Juvara I., Setlacec D., Rădulescu D., Gavrilescu S. *Chirurgia căilor biliare extra-hepatice*. Ed. Medicală 1989.
2. Șeicaru T., Grădinaru V. *Icterele chirurgicale*. În: *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. 6, sub redacția E. Proca, Ed. Medicală, București 1986.