



## PROTOCOL DE MANAGEMENT AL PACIENTULUI CU ICTER OBSTRUCTIV

### 1. Definiții

**Icterul** – sau hiperbilirubinemia – reprezintă una din cauzele frecvente pentru care pacienții se prezintă la doctor, observând colorația specifică a mucoaselor (bilirubina > 2,5-3 mg%) și tegumentelor (bilirubina > 3-4 mg%). **Icterul** este manifestarea clinico-biologică a tulburărilor metabolismului bilirubinei, nefiind deci legat direct de colestază. Cauzele sindromului icteric sunt multiple, fiind necesar un istoric atent al suferinței pacientului, un examen clinic complet urmat de un set de analize serice complementare care vor îngusta treptat – cu sprijinul mijloacelor imagistice – spectrul diagnosticelor posibile.

**Colestaza** – este caracterizată de constelația de manifestări fiziologice, morfologice și clinice secundare afectării secreției bilei la nivel hepatic sau al arborelui biliar.

### 2. Anamneza, examenul clinic, probe biologice

Anamneza riguroasă trebuie orientată ca să poată decela unele eventuale informații valoroase în diagnosticul icterului:

- Istoric familial de boli hepatice
- istoric de consum de alcool
- istoric de consum de medicamente sau produse naturiste
- istoric de hepatopatii acute și cronice
- istoric de intervenții chirurgicale abdominale și biliare
- istoric de călătorii cu destinații exotice.

Examenul clinic va urmări eventualele stigmatе de suferință hepatică cronică: ginecomastie, teleangiectazii, hepatosplenomegalie, circulația colaterală abdominală, leziuni de grataj, xantoame/xantelasma, palme hepatice, prezența eventuală a febrei, a durerilor abdominale sau în flancuri.

Analize de laborator:

În afara analizelor uzuale necesare pentru orice pacient, următoarele teste de laborator sunt utile în diagnosticul icterului colestatic:

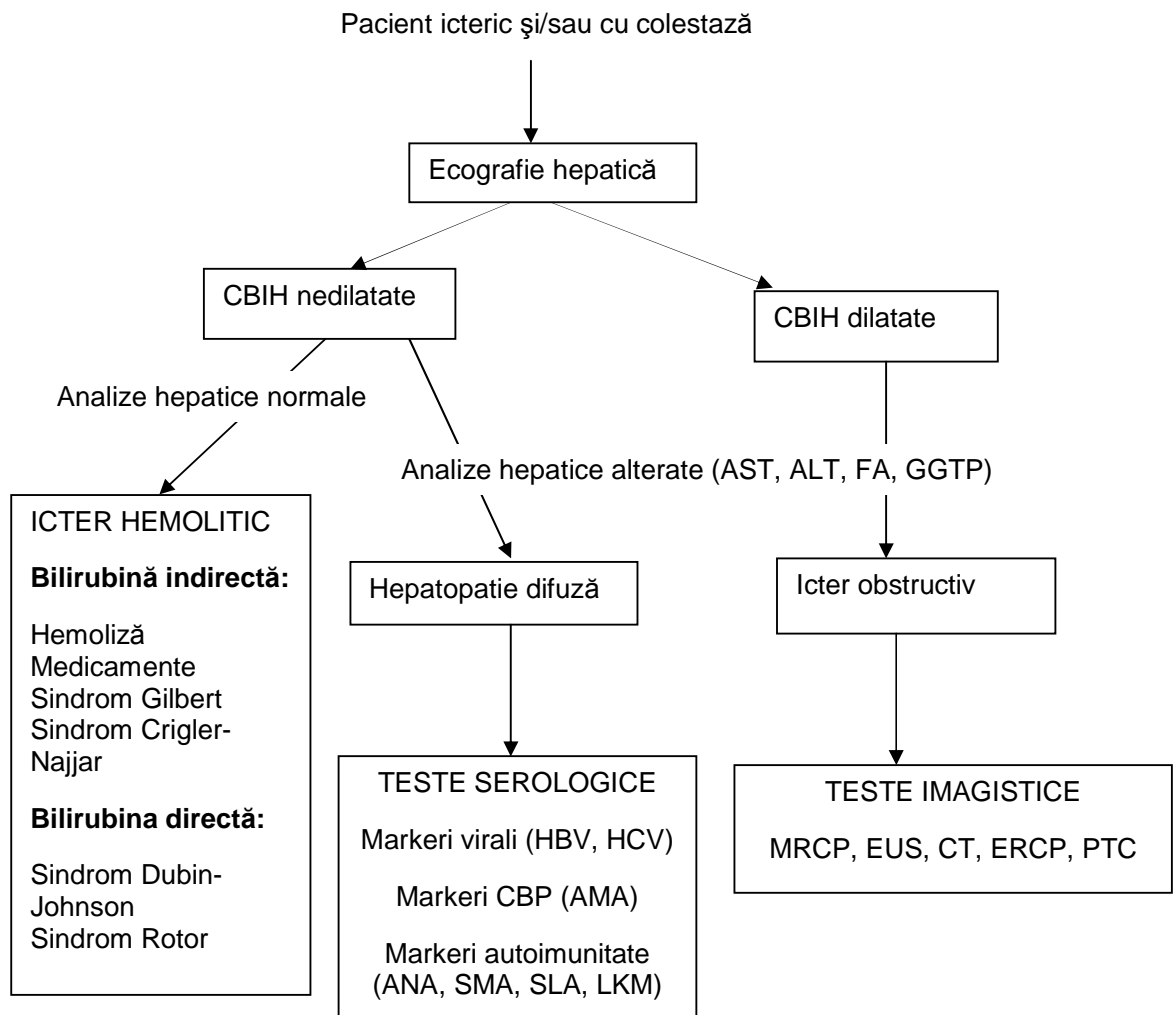
- bilirubina serică - indiferent de cauza colestazei, valorile serice ale bilirubinei (cu predominanța bilirubinei directe) sunt uzual crescute
- fosfataza alcalină (FALC) – este de obicei crescută în icterele mecanice cu colestază secundară; nu este specifică colestazei. Obstrucția biliară extrahepatică este însoțită de obicei de creșterea cu peste 3 ori limita superioară a normalului a fosfatazei alcaline. În cazul obstrucției intrahepatice, creșterile FALC sunt în general sub de 3 ori limita superioară a normalului
- transaminazele serice (ALT/AST) – sunt de obicei moderat crescute la pacienții cu colestază; o creștere importantă se poate nota la pacienții cu colangită asociată.
- gamma glutamil transpeptidază (GGT) – este de obicei crescută la pacienții cu obstrucție a căilor biliare; nivelele cresc în general paralel cu cele ale FALC
- Activitatea protrombinică (AP) – poate fi crescută secundar malabsorbției vitaminei K, afectată în colestază de lungă durată
- Bilirubina urinară este prezentă la pacienții cu ictere obstructive.
- Urobilinogenul este absent la pacienții cu obstrucție/colestază completă
- dozarea amilazelor și lipazei serice pot fi utile pentru decelarea unei pancreatite acute asociate obstrucției biliare distale
- alte probe biologice suplimentare pentru diagnosticul diferențial al icterului colestatic sunt menționate în Figura 1.

## 2. Ecografia abdominala

Ecografia abdominala este metoda imagistica de prima intentie recomandata pentru evaluarea pacientilor cu icter / colestaza. Ecografia abdominală are o excelentă acuratețe în diagnosticarea obstrucției biliare, atingând în mâini experimentate 98%, cu o sensibilitate de 65%, specificitate de 92%, PPV 92%, NPV 98% în diferențierea dintre hepatopatiile difuze și cele obstructive. Acuratețea manevrei scade mult în ceea ce privește sediul obstrucției de-a lungul căilor biliare, dar și a cauzei acesteia (27-95%, respectiv 23-88%). Prin detectia dilatației cailor biliare ofera informații indirecte legate de prezenta unui obstacol la acest nivel. Lipsa dilatației cailor biliare nu trebuie să excludă etiologia obstructivă a icterului deoarece în obstrucțiile acute dilatarea cailor biliare poate surveni după 4 ore până la 4 zile de la momentul obstrucției complete biliare. În plus, ecografia abdominala poate decela în unele situații și cauza obstrucției (ex. litiaza coledociană, formațiuni tumorale la nivel cefalopancreatic etc.).

În figura 1 sunt figurate situațiile posibile în practica medicală la pacientul icteric sau cu colestază, fiind reprezentată și etiologia hemolitică, precum și demersurile clinico-biologice și imagistice, pe fiecare subgrup.

**Figura 1 Algoritm de diagnostic al pacientului icteric sau cu colestază**



ANA – anticorpi antinucleari, SMA – anticorpi anti-mușchi neted, SLA – anticorpi anti solubile liver antigen, LKM – anticorpi microsomiali liver- kidney, AMA – anticorpi antimitocondriali

#### **4. Diagnosticul imagistic suplimentar**

In cazul in care ecografia abdominala nu este concludenta in stabilirea etiologiei icterului obstructiv se vor efectua investigatii imagistice suplimentare.

##### **Colangiopancreatografia prin rezonanta magnetica (MRCP)**

MRCP poate decela litiaza biliara, stenozele extra sau intra hepatice la nivel biliar. MRCP este compatibila cu colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP) in detectia calculilor biliari si a stricturilor biliare.

Pentru pacientii cu icter obstructiv fara cauza decelabila la examenul ecografic la care nu se preconizeaza interventie terapeutica, MRCP este investigatia imagistica de electie. Pentru pacientii la care se preconizeaza necesitatea unei interventii terapeutice (ex. calcul coledocian, strictura biliara), ERCP este interventia de electie.

##### **Ultrasonografia endoscopica (EUS)**

Ultrasonografia endoscopica este superioara ecografiei abdominale si tomografiei computerizate in decelarea litiazei cailor biliare. In plus, prezinta acuratete superioara in decelarea sludge-ului biliar.

EUS este indicata pentru evaluarea pacientilor cu contraindicatie la examenul MRCP sau la cei cu esec al unui ERCP anterior.

##### **Tomografia computerizata**

Tomografia computerizata nu are aceeasi acuratete in decelarea cauzelor obstructiei biliare precum MRCP. In plus prezinta dezavantajul iradiereii si al utilizarii substantelor de contrast intravenos cu potential nefrototoxic.

Din acest motiv, examenul CT este recomandat doar in situatia in care MRCP sau ultrasonografia endoscopica nu sunt disponibile.

##### **Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)**

ERCP prezinta acuratete ridicata in decelarea litiazei cailor biliare si a stenozelor de la acest nivel. In plus permite prelevarea de biopsii si citologie prin periaj. ERCP este indicata doar in situatia in care se preconizeaza si efectuarea de terapie specifica (ex. sfincterotomie cu extractie de calcul biliar), datorita riscurilor asociate crescute – pana la 5-10% (pancreatita, hemoragie, perforatie, colangita).

- *Nota – pentru detalii privind managementul pancreatitei biliare vezi protocolul de management al pancreatitei acute biliare.*

##### **Colangiopancreatografia transhepatica percutana**

Colangiopancreatografia transhepatica percutana poate fi utilizata doar la pacientii cu dilatatii ale cailor biliare. Sensibilitatea si specificitatea metodei in diagnosticul obstructiei biliare sunt comparabile cu ale ERCP. Metoda este indicata in situatia in care ERCP nu este accesibila pentru decompresia de urgenta a arborelui biliar, in special la pacientii cu afectiuni neoplazice obstructive la nivelul cailor biliare.

Toate metodele de diagnostic imagistic vor putea oferi informații legate de sediul obstrucției de-a lungul căilor biliare, așa cum se poate vedea și în tabelul 2.

Tabelul 2 Cauzele mai frecvente ale dilatării căilor biliare [după Spencer G, Kochman M. Dilated bile duct. In: Todd B et al. ERCP, Saunders 2008:263-272].

<b>NIVELUL OBSTRUCȚIEI BILIARE</b>			
<b>INTRAHEPATIC</b>	<b>HILAR</b>	<b>SUPRAPANCREATIC</b>	<b>INTRAPANCREATIC</b>
Colangită sclerozantă primitivă	Colangiocarcinom	Carcinom pancreatic	Carcinom pancreatic
Leziuni înlocuitoare de volum hepatic	Colangită sclerozantă primitivă	Colangiocarcinom	Pancreatite
	Hepatocarcinom	Pancreatite	Litiază coledociană
	Metastaze ganglionare	Metastaze	Tumora ampulară
	Metastaze hepatice	Carcinom gastric/colonic/biliar invadant	Cancer duodenal/colangiocarcinom

## 5. Managementul icterului obstructiv in functie de etiologie

***Toti pacientii cu icter obstructiv si semne de angiolocolita asociata vor primi terapie antibiotica sistemica (piperacilina/ ampicilina/ cefalosporine gen II/III in asociere cu metronidazol) pentru minim 7 zile.***

### Litiază coledociană

În această situație, cel mai dificil aspect este legat de confirmarea sau infirmarea prezenței calculilor la nivelul arborelui biliar, bazat pe probabilitatea existenței lor, în funcție de diferiți parametri și factori de risc ai pacientului, ca și pe resursele locale de diagnostic.

Pacienții pot fi grupați în funcție de parametrii clinici și ecografici în 3 categorii de risc pentru litiază coledociană, grupate în tabelul următor.

Tabelul 3 Factorii de predicție ai prezenței litiazei coledociene în funcție de parametrii clinici și ecografici

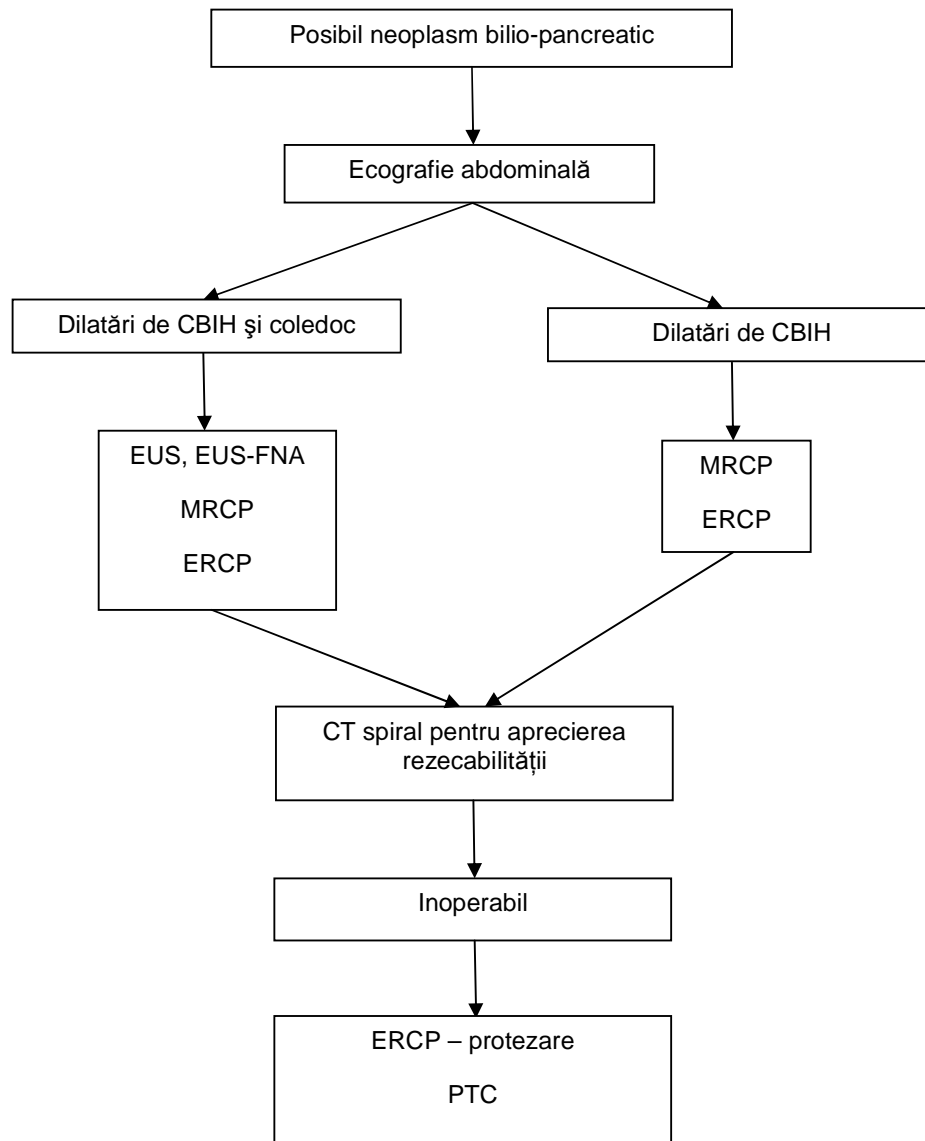
<b>Factori de predicție</b>		
<b>Majori</b>	<b>Moderăți</b>	<b>Secundari</b>
Litiază coledociană ecografică	Cale biliară > 6 mm cu vezică biliară in situ	Valori patologice ale analizelor hepatice în afara bilirubinei
Angiolocolită acută	Bilirubina 1,8-4 mg%	Vârsta > 55 ani
Bilirubină > 4 mg%		Pancreatita biliară
<b>Riscul de litiază coledociană în funcție de factorii de risc</b>		
<b>Mare</b>	<b>Intermediar</b>	<b>Scăzut</b>
Oricare factor major prezent	Toate celelalte situații	Niciun factor predictiv prezent
2 factori moderăți prezenți		

Pacienții cu risc scăzut vor fi îndreptați spre chirurgie, cei cu risc mare vor fi explorați prin ERCP, iar la toți ceilalți se impun investigații imagistice suplimentare – EUS, MRCP, în funcție de dotarea locală și competențe.

### Tumorile biliopancreatice

În condițiile unei suspiciuni clinico-biologice și ecografice de neoplazie biliară sau pancreatică, sunt necesare alte teste imagistice pentru precizarea diagnosticului, a stadializării corecte în vederea aprecierii rezecabilității și a prognosticului pacientului. Identificarea nivelului obstrucției biliare este primul pas în stabilirea conduitei ulterioare, iar pentru acest deziderat trebuie avute în vedere performanțele diferitelor metode de vizualizare a arborelui biliar, cu riscurile aferente. În figura 2 următoare sunt prezentate diversele opțiuni de diagnostic.

Figura 2 Algoritm de diagnostic și evaluarea în cazul unei neoplazii bilio-pancreatice



### BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. FRANCES TSE<sup>1</sup>, JEFFREY S. BARKUN<sup>2</sup>, JOSEPH ROMAGNUOLO<sup>3</sup>, GAD FRIEDMAN<sup>4</sup>, JEFFREY D. BORNSTEIN<sup>5</sup> & ALAN N BARKUN<sup>2</sup>, Nonoperative imaging techniques in suspected biliary tract obstruction, HPB, 2006; 8: 409-425.
2. Spencer G, Kochman M. Dilated bile duct. In: Todd B et al. ERCP, Saunders 2008:263-272
3. Alan Coss, Robert Enns, Investigation of the bile duct dilatation. Current Gastroenterology Reports 2009, 11:155–159
4. ASGE Guideline: Role of endoscopy in evaluation of suspected choledocholithiasis. Gastrointestinal Endoscopy 2010;(71)1:1-9.