

Bibliografie

1. Adinolfi L.E., Giordano M.G., Andreana A., et al. Hepatic fibrosis plays a central role in the pathogenesis of thrombocytopenia in patients with chronic viral hepatitis. *Br. J. Haematol.* 2001; p.113, 590-595.
2. Afdhal N.H., Nunes D. Evaluation of liver fibrosis: a concise review. *Am J. Gastroenterol.* 2004; p.99, 74-1160.
3. Bușoi Grigore. Hepatofibroza latentă, o entitate clinică care își cere dreptul la existență. *Revista medicală română*, vol.LV, nr.3, 2008, p161-163.
4. Desmet V.J., Gerber M., Hoofnagle J.H., et al. Clasificarea de hepatită cronică: diagnostic, gradare și stadiu. *Hepatology*, 1994. 19: p.1513-1520.
5. Durand F., Valla D. Assessment of prognosis of cirrhosis. *Semin. Liver Dis.*, 2008, vol.28, nr. 1, p.110-122.
6. Hotineanu V., Cazacov V., Casnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. Indicații metodice. Chișinău, 2002.
7. Raica M., Mogoantă L., Cîmpean A.M., și alții. Immunohistochemical expression of vascular endothelial growth factor (VEGF) in intestinal type gastric carcinoma. *Rom J Morphol Embryol.*, 2008, 49(1): p.37-42.
8. Raica Marius. *Histologie teoretică și practică*. Brumar, 2009.
9. Непомнящих Г. И., Айдагулова С. В., Непомнящих Д. Л. Морфогенез хронического гепатита С и цирроза печени инфекционно- вирусного генеза. *Бюллетень СО РАМН*, 2008, N 6 (134), С. 66-75
10. Павлов Ч.С., Золоторевский В.Б., Ивашкин В.Т. Возможность обратимости цирроза печени (клинические и патогенетические предпосылки). *Рос. Журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* 2006, Т.ХVI, №1, с.20-29.

OPȚIUNI CHIRURGICALE CLASICE ȘI LAPAROSCOPICE ÎN CHIRURGIA SPLENOPATIEI PORTALE

CLASSICAL AND LAPAROSCOPIC SURGICAL OPTIONS IN THE SURGERY OF PORTAL SPLENOPATHIES

Vladimir CAZACOV

Catedra 2 Chirurgie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Rezumat

Studiul analizează rezultatele tratamentului chirurgical al unui lot de 314 bolnavi cu splenopatie portală tratați în cadrul clinicii. Se prezintă tehnicile chirurgicale optime și rezultatele postoperatorii.

Summary

This study presents the results of surgical treatment of 314 patients with portal splenopathy, treated in surgical clinic. The optimal surgical techniques and results are presented.

Introducere

Boala hepatică cronică a atins proporții îngrijorătoare în aproape toate țările lumii, fiind considerată o problemă mondială de sănătate (2,3,9). Este bine stabilit și demonstrat faptul că ciroza hepatică reprezintă stadiul final comun al diferitelor leziuni hepatice cronice și progresive și se caracterizează prin fibroză difuză cu necroză celulară, prezența nodulilor de regenerare cu dezorganizarea arhitecturii normale a parenchimului hepatic, distrugerea și redistribuirea circulației (1,4,6,9). Apariția splenomegaliei congestive și hipersplenismului secundar marchează prezența hipertensiunii portale avansate, pacienții fiind predispuși dezvoltării altor complicații evolutive precum: sindromul CID, hemoragii digestive, ascita, ș.a., apariția căroră reduce supraviețuirea bolnavilor. Prezența sindromului hipersplenic grav se traduce prin citopenie: trombocitopenie și leucopenie frecvente, și mai rar, anemie care contribuie la apariția perioperatorie a complicațiilor septico-purulente și sindromului hemoragiar sever. De regulă, complicațiile poli-

sistemică sunt secundare pancitopeniei care se observă la cca 77 % pacienți cirofici.

Practica zilnică ne aduce frecvent în contact direct cu asemenea cazuri, la care asistăm uneori fiind neputincioși în fața evoluției progresive, nefavorabile spre insuficiență hepatică ireversibilă și chiar deces. Atitudinea practică în fața unui bolnav cirotic cu hipertensiune portală asociată cu hipersplenism sever, în stadiul actual al dezvoltării tehnicii chirurgicale și progreselor din anestezie și terapie intensivă, s-a deplasat în ultimii ani de la un intervenționism absolut (justificat de incertitudinea diagnosticului, riscul complicațiilor) către o conduită mai eclectică, cele mai multe cazuri fiind ținute sub observație clinică și imagistică și operate doar cu indicații bine precizate (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11). Reactualizarea acestei probleme ține și de faptul că în ultimii ani se observă sporirea ponderii operațiilor miniinvazive (splenectomia laparoscopică, splenectomia parțială, embolizarea parțială splenică și transplant autolog

splenic), ce necesită perseverență și iscusință în conduita diagnostică - curativă și rezolvarea medico - chirurgicală a acestor cazuri clinic - biologic tratate.

Materiale și metode

Studiul analizează cazuistica personală care cuprinde 314 de pacienți cirofici cu splenopatie portală internați și operați în compartimentul de Chirurgie Hepatobiliopancreatică, Catedra Chirurgie 2 USMF. La 294 (94%) din numărul total de 314 cazuri selectate și operate, au fost practicate splenectomia cu devascularizare azigo-portală Hassab - Kaliba asociată cu ome-

ntopexie dintre care la 278 pacienți s-a intervenit prin metode clasice, iar la 16 pacienți (5,4%) prin metoda videolaparoscopică, un caz convertit la metoda clasică. În seria pacienților cu ciroză decompensată vascular, s-au realizat și 11 anastomozes porto - cave: 8 spleno-renale distale și 3 omfalo-cave care, fiind practicate după indicații bine definite, nu întotdeauna ne-au dat satisfacție clinică așteptată, eficiența lor fiind umbrită de encefalopatie portală. La alți 9 (3%) pacienți cu sindrom hemoragiar sever și ascită s-a adoptat o atitudine chirurgicală conservatorie practicând operația Kaliba, suturarea pediculului vascular gastric stâng, arterei lienale și omentopexie (figura 1).

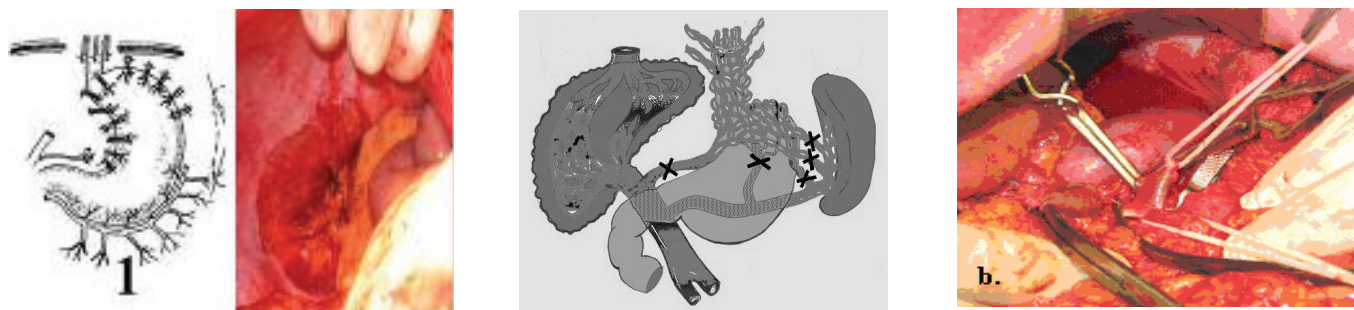


Figura 1. Imagini intraoperatorii ce evidențiază diverse metode chirurgicale

Au existat situații în care pacienții prezentau concomitent și altă patologie care a necesitat operații simultane: colecistectomia (14 cazuri), apendicectomia (5 cazuri), hernioplastia (4 cazuri), rezecție de intestin (1 caz). La un număr de 251 de pacienți preoperator cu scop profilactic s-a practicat ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene dilatate cu risc hemoragic înalt; la alții 41 de pacienți - laparoscopia diagnostică care oferă informații utile

vis-a-vis de gradul de fezabilitate a splenectomiei laparoscopice.

Majoritatea intervențiilor chirurgicale (73%) au fost practicate în condiții tehnice precare (figura 2) : splenomegalie de gradul III - IV (92,4%) , sindrom hemoragiar sever (67%), perisplenism important (43 %), prezența nodulilor limfatic în hilul lienal (13 %), coada pancreasului intrahilar situată (11%), variantă fasciculată a pediculului vascular splenic (6 %).

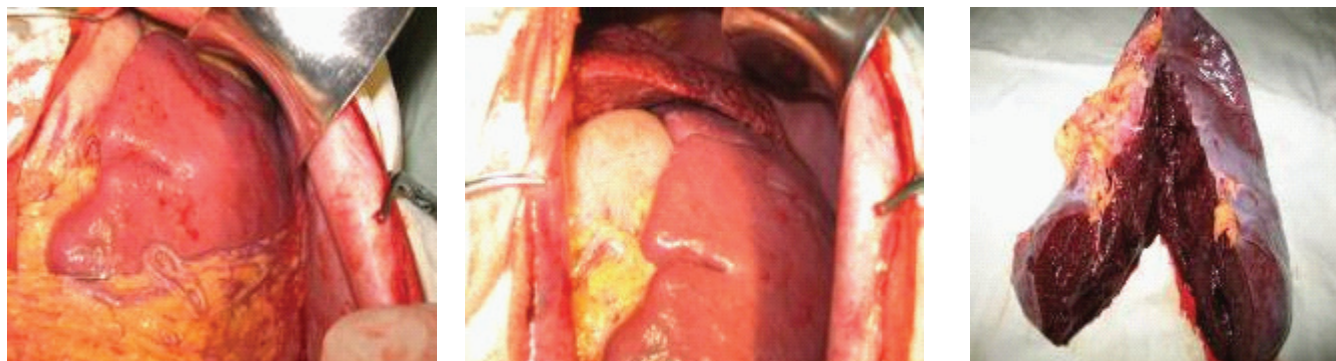
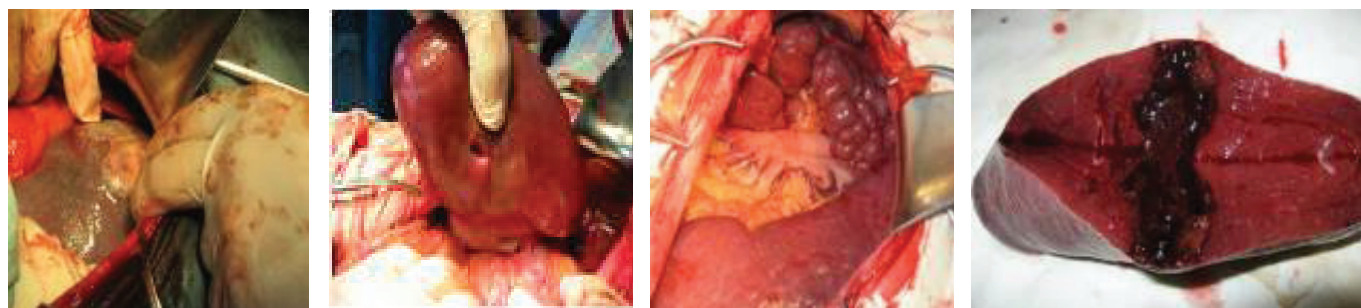


Figura 2. Imagini intraoperatorii: relațiile anatomice ficat-splină, anastomozes portocave

Monitorizând modificările anatomopatologice importante, ca parametru al gravității afecțiunii hepato-splenice cu eventuale repercursiuni asupra prognosticului, s-au evidențiat următoarele aspecte ale ficatului, splinei, axului vascular spleno-portal și altor organe intraabdominale: 5 cazuri de ficat malformat; 15 cazuri

de infarct splenic; 2 cazuri de anevrism al arterei splenice; 18 cazuri cu spline accesorii; 14 cazuri de hematom intrasplenic, asociat cu ruptură capsulară(5) și hematom perisplenic (4); 12 cazuri cu leziuni tumorale splenice (tumori benigne solide, chisturi ne parazitare); 7 cazuri - limfom non - Hodgkin (figura 3);



a. Infarct lienal b. Ficat malformat c. Ficat sobolan d. Hematom intrasplenic

Figura 3. Aspecte intraoperatorii (cazistica clinicii)

Splenomegalia este unul din factorii importanți ce stabilesc dificultățile tehnice. Dimensiunile intraoperatorii ale splinei au variat între 12 și 30 cm cu o valoare medie de 20,8±5,76 cm (tabelul 1).

Tabelul 1

Gradarea splenomegaliei conform lui Ziemann - Gu

Gradul splenomegaliei	Lungimea splinei, (cm)	Greutatea splinei, (g)
Dimensiuni normale a splinei - n = 4	≤12	≤200
Splenomegalie moderată (gr.I) n = 8	12 – 15	200 – 500
Splenomegalie pronunțată (gr.II) n = 31	16 – 20	600 – 1000
Splenomegalie masivă (gr.III) n = 179	21 – 25	1000 – 2000

Megasplină (gr.IV) n = 92	>26 – 30	>2000
---------------------------	----------	-------

Bolnavi cu splenomegalie masivă, în observațiile noastre, au fost 179 (57%), cu megasplină – 92 (29,3%). Explorarea intraoperatorie a avut scop principal aprecierea volumului intervenției chirurgicale în funcție de terenul anatomopatologic constat.

Spline accesorii au fost descoperite la 9% bolnavi localizate după incidență în ordine descrescătoare în hilul lienal, în ligamentul gastrolieal și gastrocolic, în omentul mare (figura 4). Dimensiunile ficatului au fost diferite, în funcție de caracterul și stadiul lezional hepatic. Hepatomegalia a fost prezentă în 27% cazuri, mai frecvent din contul lobului stâng; la 62% pacienți s-a determinat atrofia parenchimului hepatic acompaniată de consistența dură a ficatului și contur neregulat.

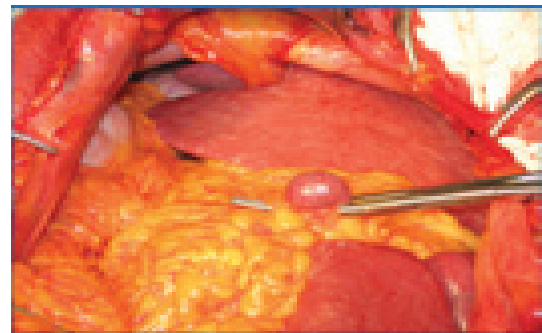
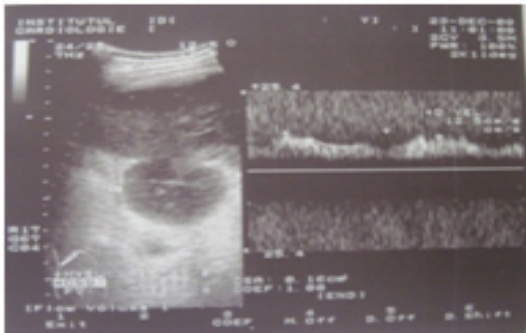


Figura 4. Splina accesorie (imagine ecoDoppler / intraoperator)

Dimensiunile ficatului au fost diferite, în funcție de caracterul și stadiul lezional hepatic. Hepatomegalia a fost prezentă în 27% cazuri, mai frecvent din contul lobului stâng; la 62% pacienți s-a determinat atrofia parenchimului hepatic acompaniată de consistența dură a ficatului și contur neregulat.

Explorarea intraoperatorie a pus în evidență leziuni cirogene macronodulare în 63% dintre cazuri, micronodulare

– în 21% și micro-macronodulare – la 16% cazuri din totalul pacienților operați. În ceea ce privește prezența colateralelor porto-cave decompressive constatăm predominanța colateralelor gastro-esofagiene atestate la 80% cazuri, surprinse în majoritatea cazurilor (60% din ele) și intraoperator, situate fiind la polul superior lienal (calea diafragmală stângă); distribuția splenorenală a colateralelor a fost atestată în 46,5% cazuri și retroperitoneală în 30% cazuri (figura 5).

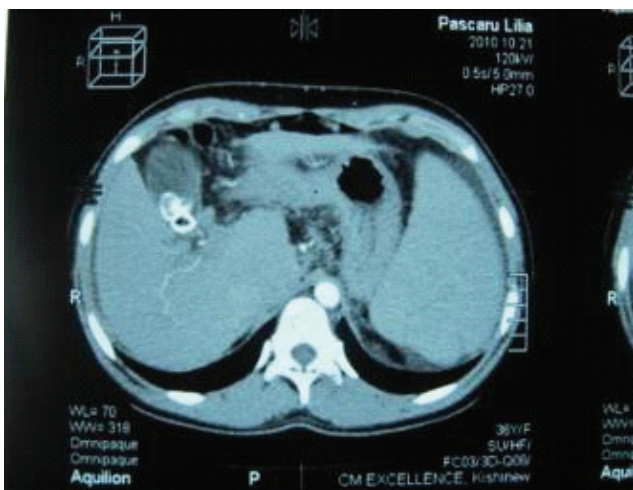


Figura 5. CT- imagine: colaterale porto-cave decompressive

Am dat preferință procedurii splenectomiei “cu splina pe loc” (figura 3.) pentru avantajele metodei legate de evitarea posibilelor complicații hemoragice în condițiile unui ficat

cirotic și a sindromului hemoragipar trombocitopenic, iar pe de altă parte pentru scăderea riscului lezării cozii pancreasului și dezvoltării pancreatitei acute postsplenectomie.

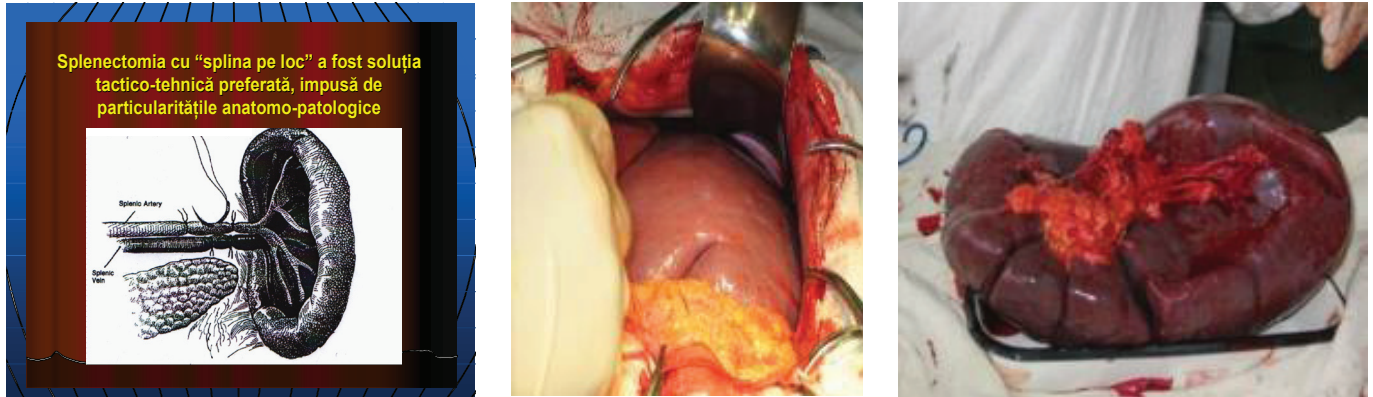


Figura 6. Schema splenectomiei "cu splina pe loc" și secvențe intraoperatorii

Deși pentru unele domenii ale patologiei chirurgicale rezolvarea laparoscopică a dobândit statutul incontestabil de "standard de aur", în chirurgia HTP continuă să existe unele aspecte asupra cărora nu s-a realizat un consens unanim acceptat. Pe lângă dezbaterile cu privire la indicații-contraindicații, mai persistă și unele semne de întrebare cu privire la oportunitatea intervențiilor laparoscopice. În încercarea de a ne crea o părere proprie, am analizat experiența dobândită prin confruntarea cu situații de acest gen în Clinica 1 de Chirurgie a USMF.

Scopul studiului al cărui rezultate le prezentăm a fost verificarea utilității tehnicii laparoscopice pentru diagnosticarea și rezolvarea splenopatiilor portale cu indicații chirurgicale.

În acest cadru am încercat să precizăm dacă intervenția laparoscopică:

- ✓ este realizabilă și oportună
- ✓ oferă, în condiții de siguranță pentru pacient, soluții pertinente
- ✓ evită un impact negativ asupra morbidității și mortalității
- ✓ poate fi, în consecință, apreciată ca o modalitate de reexplorare a pacienților chirurgicali.

Cazuistica noastră redusă numeric a inclus 16 pacienți cu splenopatii secundare, bine selectați, având o topografie convenabilă fără rapoarte de vecinătate periculoase, perisplenism important și cu dimensiuni a splinei sub 20 cm, în lipsa dereglărilor marcate ale hemostaziei; patru din cazuri s-au efectuat prin abord laparoscopic asistat manual (HALS), figura 7.

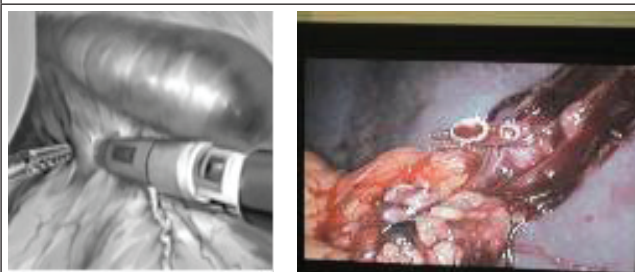


Figura 7. Poziția pacientului pe masa de operație pentru splenectomia laparoscopic

Explorarea simplă laparoscopică a ficatului și splinei cu aprecierea volumului și schimbărilor macroscopice ale acestora și inspectarea pancreasului, mezenterului, epiploonului pentru țesut splenic accesoriu s-a efectuat cu un minimum de trocare, cel mai adesea un trocar de 10 mm și două trocare de 5 mm. Mărimea splinei reprezintă un subiect în alegerea abordului

laparoscopic. În cazul splenomegaliilor peste 20 cm (1 caz) sau în prezența varicelor perisplenice voluminoase în special retroperitoneale (1 caz) am practicat abordul laparoscopic asistat manual (hand assisted laparoscopic splenectomy - HALS) care scade riscul de incidente hemoragice intraoperatorii și scurtează timpul operator (figura 8).

Etapele SPLL: abord laparoscopic asistat manual (HALS)



- Aplicarea pneumoperitoneului
- Introducerea trocarelor
- Mobilizarea polului inferior al splinei
- Disecția și clamparea vaselor scurte gastrice
- Mobilizarea și secționarea pediculului vascular lienal
- Disecția atașamentelor laterale peritoneale și ligamentului spleno-colic + fenestrarea peritoneului parietal



- Extragerea splinei din cavitatea abdominală
- Recoltarea biotatului hepatic
- Revizia lojei lienale, sanarea și lavaj cu ser betadinat, drenare
- Omentopexia

Figura 8. Timpii splenectomiei laparoscopice practicate în sublotul studiat: disecția polului inferior, disecția hilului și cliparea/ ligaturarea arterei splenice, cliparea vaselor scurte, disecția aderențelor retroperitoneale și extragerea splinei morselate

O explorarea mai bună a parenchimului hepatic și a splinei a fost posibilă prin modificarea mesei de operație de la o poziție orizontală (0 grade), într-o poziție proclivă, la 20-25 de grade, moment care facilitează un confort mult mai bun pentru chirurg. Un retractor sau un alt instrument au fost folosite pentru a împinge splina medial și diseca atașamentele laterale peritoneale și ligamentul splenocolic prin cauterizing cu foarfece sau bisturiul armonic.

În continuare unul din instrumente este trecut posterior splinei pentru a retracta hilul anterior și țesutul conjunctiv mobilizând și eliberând în mod adecvat pediculul vascular splenic pentru aplicarea de clipuri, sutura, sau capse endovasculare. Timpul mediu al operațiilor a fost de 170 minute, cu limite între 120-480 minute. Metodele de prelucrare a pediculului vascular lienal practicate în lotul studiat sunt ilucidate în tabelul 2.

Tabelul 2

Metode de prelucrare a pediculului vascular lienal

	Clipare	Sutura cu aparat	Coagularea bipolară- Ligasure
Splenectomie laparoscopică			

În cazuistica noastră am folosit 2 metode de extragere a splinei din cavitatea abdominală:

- Evacuarea splinei din cavitatea abdominală cu pungă de celofan după măcelarea digitală și-sau fracturarea intraabdominală a splinei în bucăți cu forcepsul inel.
- Îndepărtarea manuală a splinei printr-o miniincizie adăugatoare suprapubiană sau pararectală stângă (figura 9.)

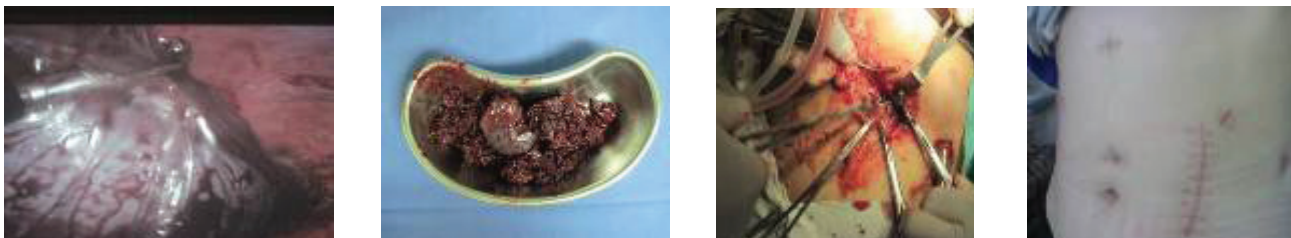


Figura 9. Modalități de extragere a splinei din cavitatea abdominală

Rezultate și discuții

Evoluția postoperatorie bună a constituit fundamentul aprecierii rezultatelor calitative ale studiului. În general, în marea majoritate a cazurilor încadrate în studiu, evoluția postoperatorie a fost trenantă dar cu vindecare chirurgicală asociată cu corecția citopeniei în 95% din ele (298 pacienți). Pentru aprecierea rezultatelor am urmărit anumiți parametri: complicații postoperatorii, durata spitalizării, starea la externare și evoluția în timp a bolnavilor. Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de 11+-1,9 zile (cu limite între 8 și 39 de zile) pentru lotul clasic și de 6,1 +-2,1 pentru lotul laparoscopic. Un aspect important este reprezentat de complicațiile postoperatorii a căror incidență globală în cazuistica examinată a fost sub 18,7%: abces subfrenic (7), pancreatită acută postsplenectomie (4), ascit-peritonită (1), insuficiența hepatorenală severă (2). Un loc aparte în statistică noastră îl ocupă trombozele axului venos splenoportal înregistrate postsplenectomie la 27 cazuri (7,9 %). Deloc surprinzător, apariția acestor complicații a fost semnificativ corelată cu severitatea bolii hepatice, prezența patologiei asociate, trombocitozei funcționale postsplenectomie, dificultățile tehnice impuse de perisplenism, anomaliile axului vascular portal, de prezența nodulilor limfatici parahilar

și situația intrahilară a cozii pancreasului. Reintervenția a fost necesară în următoarele situații: hemoragie prin sângerare difuză din vasele cozii pancreasului - 2 cazuri; ascitperitonită - 1 caz; tromboză entero - mezenterică - 1 caz. Mortalitatea postoperatorie a fost nulă în lotul laparoscopic și de 4,2 % în lotul clasic comparativ cu 6-20% , date din literatura de specialitate.

Concluzii:

1. Abordarea terapeutică a cazurilor cu indicație chirurgicală adresată HTP și splenopatiei asociate trebuie efectuată în echipă organizată, special antrenată în managementul pacienților cu tară hepatică.
2. Experiența clinică acumulată demonstrează că minimizarea importanței evaluării preoperatorii complete, raționamentul eronat în indicație, tehnica chirurgicală greșit aleasă sau efectuată și supravegherea incompetentă a pacientului cu tară hepatică condiționează direct riscul compromiterii cursului operator dar și postoperator.
3. Preferința pentru tehnicile laparoscopice apare evidentă: oferă o alternativă viabilă, mortalitate și morbiditate mai scăzută decât prin chirurgia clasică.

4. Ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene (LEVE), inclusă în protocolul chirurgical adresat pacienților cu splenopatie secundară, asociată cu suportul reanimator complex, a

condus la abordarea mai curajoasă a acestor pacienți cu efect direct asupra rezultatelor chirurgicale.

Bibliografie

1. Bancu S, Borz C, Popescu G. et alții. Suntul spleno-renal distal și proximal pentru hipersplenismul datorat cirozei hepatice. *Chirurgia* 102 (6): p.665-668.
2. Bruno Cola. Splenopatie di interesse chirurgico. Bologna, 2007, chirurgico.ppt.
3. Cazacov V, Hotineanu V, Gherghelejiu P, Guțan V. Particularități și controverse în abordarea hipersplenismului portal cirogen sever. *Anale științifice USMF „N. Testemițanu”*. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2005, p. 57-62.
4. Corcîmaru I.T., Musteață L.Z., Robu M.V. Diagnosticul diferențial al splenomegaliilor. *Recomandări metodice*, Chișinău, 1998.
5. Hotineanu V, Cazacov V, Dumbrava V, Moscalu Iu. Hipersplenismul portal – atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie. *Arta Medica*, Nr. 4(25), 2007: 68-69
6. Hotineanu V, Cazacov V, Gasnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. *Recomandări practice*. Chișinău, 2002.
7. Hotineanu V, Cazacov V, Dumbravă V, Brânza Gh. Atitudinea chirurgicală în hipersplenismul secundar hipertensiunii portale cirotice, *Curier Medical*, 1997, nr.2, p.4.
8. Popa M, Vasilescu C. Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic. *Chirurgia*, 105(1):15-20
9. Popovici A, Grigoriu G. Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. București, 1995.
10. Tărcoveanu E, Noldovanu R, Bradea C. Splenectomia laparoscopică - tehnică chirurgicală. *Jurnalul de chirurgie, Iași*, 2007, Vol.3, Nr. 3, pag 12-18
11. Веретенников С.И., Крамаров М.В., Островский Н.В. Топографо-анатомические аспекты выбора техники эндоскопической спленэктомии. *Эндоскопическая хирургия*. 1997, Т.3, № 1, с.53-34.
12. Бойко В.В. Портальная гипертензия и ее осложнения. Харьков, 2008.
13. Пучков К.В, Гаусман Б.Я, Мартынов М.М. Лапароскопическая спленэктомия: преимущества и технические аспекты // *Эндоскопич. хирургия*. 1997, Т.3, №1, с.90.
14. Хворостов Е. Д, Гринев Р. Н, Душик Л. Н. Выбор метода оперативного вмешательства при хирургической патологии селезенки. *Украинский журнал Хирургии*, 2009, N 2, стр. 142-144
15. Цветков Б.Ю. Обоснование выбора способа спленэктомии при заболеваниях системы крови. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Самара, 2009.

CARACTERISTICILE DENSITĂȚII OPTICE A PLASMEI: CRITERIU DE DIAGNOSTIC ȘI EFICIENȚĂ A TRATAMENTULUI BOLNAVILOR CU GUȘĂ TOXICĂ NODULARĂ

BLOOD PLASMA OPTICAL DENSITY PATAMETERS AS A CRITERIUM FOR DIAGNOSTICS, DISEASE COURSE AND TREATMENT EFFICACY EVALUATION IN PATIENTS SUFFERING FROM NODULAR FORMS OF THYROTOXIC GOITER

ПАРАМЕТРЫ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ КАК КРИТЕРИЙ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА УЗЛОВЫЕ ФОРМЫ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Gîrla Y., Polianskaia I.

Catedra de Chirurgie

Universitatea de Stat de Medicină din Bucovina, Ucraina

Rezumat

Lucrarea prezintă rezultatele examinării a 24 pacienți cu gușă toxică nodulară. Concomitent cu metodele convenționale de investigare a pacienților, au fost studiate spectrele de absorbție și densitatea optică a plasmei sangvine. A fost constatat că la pacienții cu diferite forme nodulare de gușă toxică are loc sporirea valorilor densității optice ale plasmei sângelui venos pe lungimea de undă $\lambda = 280$ nm în comparație cu lotul de control, ceea ce poate fi utilizat ca un criteriu de diagnostic și eficiență de tratament a acestei categorii de pacienți.

Cuvinte cheie: tireotoxicoză, densitate optică, plasmă.