

Corecția chirurgicală a sindromului ascitic avansat prin decompresia limfatică este o intervenție minim invazivă, care practic nu are contraindicații și poate fi aplicată chiar și celor mai gravi pacienți cu ciroză decompensată, eliberând de fapt ultimele rezerve hepatice.

În pofida caracterului său paliativ, decompresia cervicală a ductului toracic contribuie la regresia ascitei chiar și în cazurile ascitei refractare, fiind evident eficientă la pacienții cirofici cu sindrom ascitic rezistent, și permite ameliorarea stării clinice și a calității vieții pacientului cirofic decompensat din lista de așteptare, în speranța la transplantul hepatic.

### Bibliografie

1. Bracci F., Farina F., Zampino M.A. et al. *Lymphovenous anastomosis in severe ascites*. In: Minerva Chir., 1989, vol. 44, no. 10, p. 2143-2148.
2. Biggins S., Rodriguez H. J., Bass N. M., Robert J. P., Terrault N. A. *Serum sodium predicts mortality in patients listed for liver transplantation*. In: Hepatology, 2005, vol. 41, p. 32-39.
3. Bosch J., Berzigotti A., Garcia-Pagan J. C., Abraldes J. G. *The management of portal hypertension: Rational basis, available treatment and future options*. In: J. Hepatol., 2008, vol. 48, p. S68-S93.
4. *EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis*. In: J. Hepatol., 2010, vol. 53, no. 3, p. 397-417.
5. Parasher V.K., Meroni E., Malesci A. et al. *Observation of Thoracic Duct morphology in portal hypertension by endoscopic ultrasound*. In: Gastrointestinal Endoscopy, 1998, vol. 48, no. 6, p. 588-592.
6. Runyon B. *Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: An update*. In: Hepatology, 2009, vol. 49, no. 6, p. 2087-2107.
7. Witthe C. L., Witthe C. W., Unger E. C. et al. *Advances in imaging of lymph flow disorders*. In: Radiographics, 2000, vol. 20, p. 1697-1719.
8. Алиев Халид Сахиб оглы. *Комплексное лечение асцитического синдрома в хирургии портальной гипертензии у больных циррозом печени*. Автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 2013, 93 с.
9. Борисов А.Е., Андреев Г.Н., Земляной В.П. и др. *Современные методы хирургической коррекции асцитического синдрома при циррозе печени*. Спб.: Политехника, 2000, 222 с.
10. Лугуев З.Г. *Декомпрессия грудного лимфатического протока у больных циррозом печени с асцитом*. В: *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*, 2009, № 2, с. 74-79.

**Gheorghe Anghelici**, dr. hab. șt. med.,  
șef Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă  
Catedra Chirurgie nr. 2,  
USMF Nicolae Testemițanu  
Tel.: 022 495559; mob. 069139088  
E-mail: gh\_anghelici@yahoo.com

## ERORI ȘI DIFICULTĂȚI ÎN TRATAMENTUL HEMORAGIILOR DIGESTIVE SUPERIOARE LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ

Gheorghe ANGHELICI<sup>1</sup>, Ion PANICI<sup>2</sup>,  
Sergiu PISARENCO<sup>1</sup>, Maria DANU<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Clinica Chirurgie 2 Constantin Țibîrnă,  
USMF Nicolae Testemițanu,  
<sup>2</sup>SCM Sfânta Treime

### Summary

#### *Errors and difficulties in treatment of superior digestive tract in patients with liver cirrhosis*

*Bleeding from esophageal varices are frequent causes of bleeding from the upper parts of the gastrointestinal tract. The frequency of esophageal varices in patients with cirrhosis ranges from 25 to 80%. A warning or stop bleeding from varicose veins of the esophagus and the stomach is one of the main objectives of surgical treatment of patients with portal hypertension.*

**Keywords:** liver cirrhosis, esophageal varices, bleeding, portal hypertension

### Резюме

#### *Ошибки и трудности лечения кровотечений верхнего пищеварительного тракта у больных циррозом печени*

*Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода относятся к частым причинам кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Частота обнаружения варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени колеблется от 25 до 80%. Предупреждение или остановка кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка является одной из основных задач хирургического лечения больных портальной гипертензией.*

**Ключевые слова:** цирроз печени, варикозно-расширенные вены пищевода, кровотечение

Problema-cheie în managementul pacienților cu ciroză hepatică și hipertensiune portală o constituie hemoragia digestivă superioară prin erupție variceală. Survenirea acestei complicații grave a hipertensiunii portale cirogene necesită acțiuni energice, cu scopul obținerii controlului eficient asupra sursei hemoragice și evitării complicațiilor grave secundare [1, 2].

În pofida implementării tot mai largi în practica clinică a metodelor de hemostază endoscopică eficientă (sclerozare, ligaturare în bandă, ocluziune adeziv-fibrinică etc.), hemoragiile din varicele

esofago-gastrice rămân în continuare cea mai acută problemă în chirurgia hipertensiunii portale și a celei de urgență. Tratamentul acestor pacienți gravi prezintă mari dificultăți, este foarte costisitor și necesită elaborarea a noi soluții tehnologice și manageriale. Pentru a obține rezultate mai favorabile în acest domeniu este necesară revizuirea unor concepții învechite privind tactica conduitei medico-chirurgicale și endoscopice în hemoragiile digestive superioare portal-hipertensive cirogene [3, 4].

Hemoragia variceală la pacientul cu ciroză hepatică și hipertensiune portală are anumite particularități specifice acestei patologii, deoarece se declanșează în condiții cu totul deosebite ale circulației portohepatice denaturate, cu congestie și stază venoasă regională pronunțată, dereglări trofice ale mucoasei gastroesofagiene, asociate dezechilibrului sistemului de coagulare. Pierderile de sânge pe parcursul hemoragiei variceale au loc nemijlocit din sistemul portal, fapt ce conduce spre diminuarea esențială a perfuziei, progresarea hipoxiei circulatorii și dezvoltarea focarelor de necroză în parenchimul hepatic și pericol major de insuficiență-comă hepatică [5, 6].

Spre deosebire de hemoragiile digestive de altă origine (de exemplu, cele ulcerose), când scăderea indicilor sângelui roșu periferic are loc destul de rapid și reflectă obiectiv volumul pierderilor sangvine, în hemoragiile variceale, datorită particularităților hemocirculatorii expuse mai sus, semnele de anemie evoluează cu o anumită întârziere, fenomen ce de multe ori dezorientează chirurgul și conduce spre subaprecierea gravității hemoragiei suportate. Această eroare, la rândul său, provoacă o tergiversare în restituirea adecvată a pierderilor sangvine și plasmatică, atât de necesare în această situație critică pentru corecția hipoxiei circulatorii portohepatice, cu scopul prevenirii insuficienței hepatice ireversibile [3].

Considerăm inoportună așa-numita tactică "activ-expectivă" în dirijarea bolnavului cirotic cu hemoragie variceală, care presupune diminuarea farmacologică a hipertensiunii portale, instituirea tratamentului hemostatic masiv, aplicarea taponadei cu sonda Blakemore pe timp îndelungat, cu amânarea procedurilor de hemostază endoscopică definitivă, în speranța iluzorie a unei hemostaze spontane.

Fiecare oră pierdută în incertitudinea situației create, atunci când clinicianul nu poate fi sigur că hemoragia variceală într-adevăr s-a stopat și nu va recidiva cataclismic în timpul cel mai apropiat, iar impactul hemoragiei asupra rezervelor hepatice este greu de prognozat, fiind iminent pericolul comei hepatice, evident, viața pacientului se pune într-un pericol și mai mare.

Cauza primordială a hemoragiei variceale – criza portal-hipertensivă – de multe ori este provocată de evoluția trombozei portale asimptomatice, fapt confirmat și prin studiul nostru. Declanșarea hemoragiei în consecință include mecanismele de hemostază loco-regionale cu hipercoagulație în sistemul portal, formarea cheagului intraluminal în regiunea defectului parietal variceal și stoparea spontană a scurgerii de sânge. În aceste condiții, indicarea terapiei coagulante masive poate contribui la progresarea trombozei portale, creșterea hipertensiunii portale, cu o nouă criză și recidivul hemoragiei variceale în condiții biologice mult mai nefavorabile [4, 6].

Chiar dacă hemoragia variceală a fost stopată (spontan, medicamentos sau endoscopic), apare și se impune tot mai acut o nouă problemă dificilă – cea a hemoragiilor nevariceale, cauzate de gastropatia portal-hipertensivă severă. Leziunile trofice eroziv-ulcerose ale mucoasei gastrice survin în cadrul evoluției naturale a hipertensiunii portale cirogene, fiind condiționate de congestia și staza venoasă regională cronică [14, 16].

În stările hemoragice asociate hipoxiei tisulare, gastropatia portală deseori progresează vertiginos, devenind sursa hemoragiilor nevariceale eroziv-ulcerose, nu mai puțin periculoase decât cele variceale. Din aceste considerente, devine absolut firească necesitatea includerii în protocolul tratamentului pacientului cirotic, din perioada intra- și posthemoragică, a tuturor măsurilor posibile de protecție a mucoasei gastrice [6, 14].

Declanșarea hemoragiei digestive superioare profuze la pacienți cu hipertensiune portală cirogenă prezintă și anumite dificultăți de diagnostic și de ordin tactic în ce privește metodologia examenului endoscopic, oportunitatea efectuării și selectarea metodei de hemostază endoscopică. Fibroesofagogastroscoopia în cazul acestor hemoragii este dificilă din cauza vizibilității extrem de limitate, din cauza prezenței în lumenul gastric a cheagurilor de sânge și stării grave a pacientului. Vizualizarea sursei de hemoragie prezintă mari dificultăți, deoarece, de regulă, este punctiformă, iar activitatea în momentul examenului endoscopic poate fi minimală (de sub cheag-Forrest Ib), ușor se scapă din vedere, tabloul endoscopic fiind comentat în mod eronat [2, 8].

Având în vedere cele expuse, considerăm greșită părerea unor autori referitor la abținerea de la lavajul gastric înainte de examenul endoscopic, explicată prin îngrijorarea de pericolul agravării hemoragiei active, sau riscurile recidivului în hemoragia recent stopată prin spălarea cheagului de pe suprafața sursei de sângerare. Aceste momente de alarmare sunt mai mult subiective decât de ordin obiectiv și nu reprezintă nimic altceva decât nesiguranța în propriile puteri și prezența dubiilor privind eficacitatea

metodei de hemostază endoscopică preconizate. Tactica rezervată în hemoragiile esofago-gastrice la cirofici are și unele explicații obiective, deoarece în lipsa unei metode eficiente de hemostază endoscopică aceste pericole nu pot fi neglijate [8, 13].

Deoarece scopul major al examenului endoscopic primar este depistarea sursei hemoragice, de stabilirea naturii căreia întrutotul depinde conduita terapeutică și chirurgicală de mai departe, acest moment poate fi considerat decisiv în managementul pacientului cirotic care sângerează. Din aceste considerente, lavajul gastric nemijlocit înaintea fibroesofagogastroscopei de diagnostic este absolut necesar și oferă șansa transformării imediate a procedurii de diagnosticare de rutină în procedeu chirurgical-endoscopic de hemostază definitivă a varicelor sângărânde [9, 12].

O altă eroare tactică este comisă în cadrul efectuării hemostazei endoscopice primare, atunci când se blochează doar varicele cu sursa hemoragică, cele restante fiind de obicei ignorate.

Experiența clinică acumulată în dirijarea pacienților cirofici cu hemoragii variceale, stopate endoscopic prin ocluzionare cu adeziv fibrinic, a demonstrat raționamentul blocării tuturor cordoanelor varicoase vizibile, ca surse potențiale de recidiv hemoragic, preferabil într-o singură ședință. În acest mod, riscul declanșării hemoragiei variceale repetate este substanțial micșorat [7, 18].

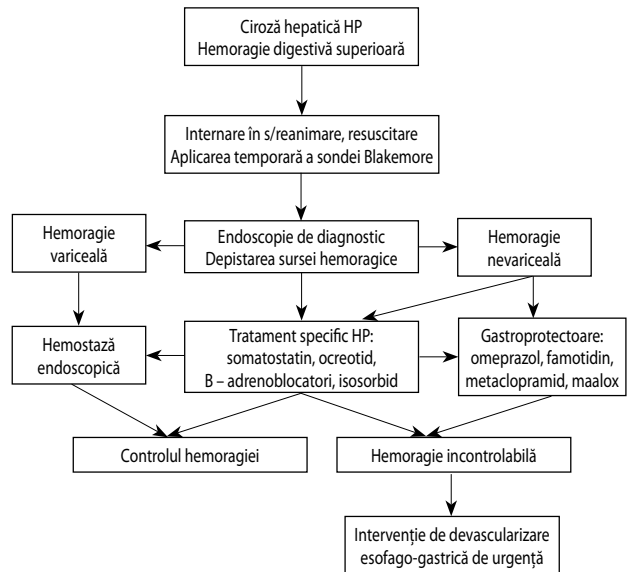
Starea gravă a pacientului cu semne clinice de șoc hemoragic se consideră contraindicație pentru efectuarea hemostazei endoscopice, opinie, după părerea noastră, la fel puțin hiperbolizată, deoarece anume hemoragia continuă este cauza nemijlocită a catastrofei hemodinamice evolute. Este absolut logică părerea că cea mai bună resuscitare pentru acești bolnavi, aflați în stări critice, este stoparea cât mai grabnică și efectivă a hemoragiei variceale prin orice metode accesibile. Din acest punct de vedere, aplicarea temporară a sondei Blakemore până la stabilizarea hemodinamicii și pregătirea organizatorică a procedurii endoscopice este absolut justificată.

În cazul eșecului tamponadei mecanice și persistării hemoragiei, suntem convinși că șocul hemoragic nu mai poate fi calificat drept contraindicație pentru tentativa hemostazei endoscopice a varicelor sângărânde. Micșorarea riscurilor hemostazei endoscopice în aceste situații dramatice poate fi realizată prin efectuarea acestui procedeu în condițiile secției de reanimare, unde sunt aplicate măsurile de resuscitare necesare și monitorizarea funcțiilor vitale ale pacientului, cu suportul anesteziologo-reanimatologic respectiv nemijlocit la patul bolnavului cirotic cu hemoragie activă variceală [13, 14].

**Algoritmul de conduită chirurgicală la paci-**

**enții cu hemoragii digestive superioare cirogene** poate fi prezentat schematic.

*Managementul pacientului cirotic cu hemoragie digestivă superioară*



Stoparea hemoragiei variceale la bolnavul cirotic este un moment crucial în conduita medico-chirurgicală, însă rezultatul favorabil poate fi obținut doar prin instituirea unui tratament intensiv adecvat, care are la bază corecția homeostazei grav deteriorate în rezultatul hemoragiei suportate, cu includerea tuturor remediilor necesare pentru evitarea insuficienței hepatice iminente [11, 12].

Pacientul cu ciroză hepatică și hipertensiune portală cu semne clinice de hemoragie digestivă superioară necesită internare în secția de reanimare și terapie intensivă, unde se încep măsurile de resuscitare volemică, restituiră pierderilor sangvine și stabilizare hemodinamică în stările de șoc. Lavajul gastric energetic cu apă rece și soluție de adrenalină, cu evacuarea tuturor cheagurilor și resturilor de sânge se face nemijlocit înainte de fibrogastroscoapie, pentru a permite depistarea localizării sursei de hemoragie. Din acest moment, procedeu de diagnosticare se transformă în intervenție endoscopică chirurgicală, având ca scop stoparea hemoragiei variceale prin metoda aflată la dispoziție (sclerozare, ligaturare în bandă sau ocluzionare cu adeziv fibrinic) [17, 15].

După sistarea hemoragiei, dacă starea pacientului permite continuarea manevrei endoscopice, este preferabilă blocarea tuturor cordoanelor varicoase, ca surse potențiale de hemoragii recidivante. În caz contrar, acest procedeu se împarte în două ședințe endoscopice. Concomitent cu măsurile de resuscitare și hemostază endoscopică începe tratamentul specific anti-portal-hipertensiv prin administrarea sandostatinei sau octreotidului,  $\beta$ -adrenoblocatorilor, derivaților nitroglicerine și gastroprotectoarelor.

Complexul terapeutic dat permite controlul eficient al hemoragiei variceale [10].

Orice înrăutățire clinică la pacienții cu ciroză hepatică și complicațiile ei este, de regulă, consecința asocierii unor complicații secundare mascate ale hipertensiunii portale cirogene, cum ar fi *tromboza portală asimptomatică*, care agravează mult evoluția naturală a maladiei hepatice. Cunoașterea acestor aspecte patogenetice ale complicațiilor cirozei hepatice permite depășirea dificultăților de diagnostic și evitarea erorilor banale în conduita clinică, ducând la ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical al bolnavului cirotic.

Hemoragiile incontroabile eroziv-ulceroase pe fundalul gastropatiilor severe vor necesita intervenții decongestive de devascularizare gastroesofageală în regim de urgență.

### Bibliografie

1. Afessa B., Kubihis P.S. *Upper gastrointestinal bleeding in patients with hepatic cirrhosis: Clinical course and mortality prediction*. In: Amer. J. Gastroenter., nr. 95 (2), 2000, p. 484-489.
2. Binmoeller K.F., Borsato K. *Variceal bleeding and portal hypertension*. In: Endoscopy, nr. 32(3), 2000, p. 189-199.
3. Bosch J., Abraldes J.G. *Variceal bleeding: pharmacological therapy*. In: Dig. Dis., 2005; nr. 23, p. 18-29.
4. Chalasani N., Kahi C., Francois F. et al. *Improved patient survival after acute variceal bleeding: a multicenter, cohort study*. In: Am. J. Gastroenterol., 2003; nr. 98, p. 653.
5. DeFranchis R. *Updating consensus in portal hypertension: Report of the Baveno III consensus workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension*. In: J. Hepatol., 2000; nr. 33, p. 846-852.
6. Del Olmo J.A., Pena A., Serra M.A. et al. *Prediction of morbidity and mortality after the first episode of upper gastrointestinal bleeding in liver cirrhosis*. In: J. Hepatology, nr. 32(1), 2000, p. 19-24.
7. Garcia-Tsai G., Sanyal A.J., Grace N., Carey W.D: Practice Guidelines Committee of American Association for Study of Liver Diseases; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology: *Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis*. In: Hepatology, 2007; nr. 46(3), p. 922-938.
8. Gow P.J., Chapman R.W. *Modern treatment of oesophageal varices*. In: Postgrad. Medical Journal, nr. 77(904), 2001, p. 75-81.
9. Hou M.C., Lin H.C., Liu T.T. et al. *Antibiotic prophylaxis after endoscopic therapy prevents rebleeding in acute variceal hemorrhage: a randomized trial*. In: Hepatology, 2004; nr. 39, p. 746.
10. Hwang J.H., Shergill A.K., Acosta R.D. et al. *The role of endoscopy in the management of variceal hemorrhage*. In: Gastrointest. Endosc., 2014; nr. 80, p. 221.
11. Lo G.H., Chen W.C., Chen M.H., et al. *Endoscopic ligation vs. nadolol in the prevention of first variceal bleeding in patients with cirrhosis*. In: Gastrointest. Endosc., 2004; nr. 59, p. 333-338.
12. Luketic V.A., Sanyal A.J. *Esophageal varices I: Clinical presentation, medical therapy, and endoscopic therapy*. In: Gastroenterology Clinics of North America, 29(2), 2000, p. 337-385.
13. Merkel C., Zoli M., Siringo S. et al. *Prognostic indicators of risk for first variceal bleeding in cirrhosis: A multicenter study in 711 pts. to validate or improve the North Italian Endoscopic club (NIEC) index*. In: Amer. J. Gastroenterol., nr. 95(10), 2000, p. 2915-2920.
14. Négrier C., Lienhart A. *Overall experience with Novo-Seven*. In: Blood Coagul. Fibrinolysis, 2000; nr. 11, Suppl 1, p. S19.
15. Sharara A.I., Rockey D.C. *Gastroesophageal variceal hemorrhage*. In: N. Engl. J. Med., 2001; nr. 345(9), p. 669-681.
16. Shami V.M., Hespeneheide E.E., Macik B.G., et al. *Recombinant activated factor VII in fulminant liver failure: Complete but transient correction of the coagulopathy (abstract)*. In: Hepatology, 2000; nr. 32, p. 397A.
17. Spiegel B.M., Targownik L., Dulai G.S., Karsan H.A., Gralnek I.M. *Endoscopic screening for esophageal varices in cirrhosis: Is it ever cost effective?* In: Hepatology, 2003; nr. 37, p. 366-377

**Gheorghe Anghelici**, dr. hab. șt. med.,  
șef Clinica 2 Chirurgie Constantin Țibîrnă,  
Catedra Chirurgie nr. 2, USMF Nicolae Testemițanu  
Tel.: 022 495559; mob. 069139088  
E-mail: gh\_anghelici@yahoo.com

## CHIRURGIA LAPAROSCOPICĂ A TUMORILOR OVARIENE BENIGNE

**Elena DOCHIȚAN**,  
IMSP SCM Sfânta Treime

### Summary

#### *Laparoscopic surgery of benign ovarian tumors*

*The advantages of laparoscopy are superior to traditional surgery: reduced postoperative pain, less immunobiologic aggression, rapid postoperative recovery and the best result with rapid social reinsertion. Young patients receive the highest degree of contribution of minimally invasive surgery because the laparoscopic intervention obtain optimal ovarian functional outcomes. Fair and rigorous collection of cases (patient age, sonographic characteristics of adnexal mass) to be attributed to this type of surgery, leading to a successful laparoscopic surgery.*

**Keywords:** ovarian cyst, laparoscopic surgery, ovarian capsule

### Резюме

#### *Лапароскопическая хирургия доброкачественных опухолей яичников*

*Благодаря своим преимуществам, лапароскопия намного превосходит классические хирургические*