

13. Luketic V.A., Sanyal A.J. Esophageal varices II. TIPS(transjugular intrahepatic portosystemic shunt) and surgical therapy // Gastroenterol. Clin. North Amer.- 2000. – Vol.29, N 2, - P. 387- 421.
14. Mişin I. Caracteristica comparativă a eficacităţii metodelor de profilaxie şi tratament a hemoragiilor din varicele esofagiene şi gastrice în hipertensiune portală. Autoref. dr.hab. şt.med. Chişinău, 2008.
15. Orozco H., Mercado M.A., Chan C. et al. A comparative study of the elective treatment of variceal hemorrhage with beta- blockers , transendoscopic sclerotherapy and surgery : a prospective, controlled , and randomized trial during 10 years// Ann. Surg.- 2000. – Vol. 232, N 2. – P. 216-219.
16. Paquet K.J. Prophylactic endoscopic sclerosing treatment of the esophageal wall in varices- a prospective controlled randomized trial.//Endoscopy 1982.
17. Țibîrnă C., Anghelici G., Moraru V., Panici I. Ocluzionarea Endoscopică cu Adeziv Fibrinic în Tratamentul Hemoragiilor Variceale Cirogene. Analele Ştiinţifice. „Probleme clinico-chirurgicale şi ale sănătăţii mamei şi copilului”, Vol.III, Chişinău 2003, p.13-16.
18. Бебуришвили А.Г. и соав. Эндоскопическая склеротерапия варикозно-расширенных вен пищевода при портальной гипертензии. Хирургия.Журнал им. Н.И.Пирогова, 2006 , с.44-48.
19. Боур А.В. Энтеральная детоксикация в лечении печеночной недостаточности у больных циррозом печени и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Автореф. дисс.к.м.н., Москва 1992.
20. Боур А.В. Малоинвазивные методы гемостаза у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Автореф. дисс.д.м.н., Москва 1998.
21. Каримов Ш.И., Ким В.Ф., Магамадов У.А. Рентгенэндоваскулярная хирургия в диагностике и лечении портальной гипертензии, заболеваний и травм печени:Тезисы докладов республиканской конференции.Харьков 1986,с.31-32.
22. Ерамишанцев А.К., Первичная внепеченочная портальная гипертензия и ее хирургическое лечение. Автореферат докт. Диссерт., 1983, -41с.
23. Разумовский А.Ю. и соав. Мезентерико – портальное шунтирование- новый метод лечения внепеченочной портальной гипертензии у детей. Хирургия 2003;9: 17-21ю
24. Савельев В.С. Рентгенэндоваскулярная хирургия на современном этапе и в перспективе.// Хирургия,1988, № 2, с.3-8.
25. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика,профилактика, лечение кровотечений из варикозно расширенных вен желудка и пищевода у больных с портальной гипертензией: Автореф.дис.д-ра мед.наук- М., 1986, с.48.

**SCLEROZAREA ENDOSCOPICĂ INTRAVAZALĂ A VARICELOR ESOFAGIENE
CU SOLUȚIE TROMBOVAR 3% ŞI METODA COMBINATĂ CU
AETHOXYSKLEROL 0,5%**

Lilian Cazacu

Curs chirurgie, Facultatea stomatologie USMF „Nicolae Testemiţanu”

Summary

Intravasal Endoscopic Esophagean Varices Sclerosation with 3% Thrombovar solution and the combined method with 0.5% Aethoxysclerol

This article contains the results of endoscopic intravasal-paravasal esophagean varices sclerotherapy in patients with portal hypertension. The endoscopic miniinvasive correction schemes of portal hypertension syndrome are proposed here and also the intravasal sclerotherapy

method with 3%Thrombovar and the combined method with 0.5% Aethoxysclerol. The advantages of this method were studied and also the distant,immediate results.

Rezumat

În articolul dat este expusă analiza rezultatelor utilizării sclerozării endoscopice intravazale și paravazale a varicelor esofagiene la bolnavii cu hipertensiune portală. Sunt propuse schemele de corecție miniinvazivă endoscopică a sindromului hipertensiunii portale, este redată metodică scleroterapiei intravazale cu sol.Trombovar 3% și metoda combinată cu Aethoxysclerol 0,5%. Au fost studiate avantajele metodei date, rezultatele imediate și la distanță.

Actualitatea temei

Hepatologia chirurgicală actuală dispune de diferite metode de tratament a pacienților cu hipertensiune portală la care simptomul de bază este transformarea varicoasă a venelor zonei gastro-esofagiene (Grace N.D., 1996; Matrhur S.K., et al.1997). Către ele sunt – terapia medicamentoasă, metode cu acțiune directă asupra procesului patologic prin laparotomie ce se utilizează pe parcursul mai multor ani, ulterior au apărut metodele miniinvazive de corecție chirurgicală (operații endoscopice, endoscopia curativă).

Sclerozarea endoscopică a varicelor esofagiene pentru prima dată a fost descrisă în 1939 de către Grawford și Freckner, dar numai în anii '70 ai sec.XX Jonston, Raschke și Pajuet au publicat date despre un număr de cazuri clinice . Multe din problemele tehnice și tactice ale utilizării scleroterapiei endoscopice pînă în prezent nu sunt rezolvate.Diferiți autori (Eramișanțev A., Kițenko E., Niceaenco A., 2002; Eramișanțev A., 2003; Kașenco V.,2003) au diferite opinii asupra indicațiilor și gradului de eficacitate a scleroterapiei endoscopice în diferite situații clinice.

Combinarea sclerozării endoscopice și a embolizării endovasculare este o metodă mult mai eficace de hemostază și profilaxie a hemoragiei din varicele esofagiene decît efectuare lor separată(Bour A., 1998).

În ultimul timp a apărut tendința utilizării componentilor tisulari, a cocktailurilor trombinice,exemplu fiind preparatele Tisucol ® sau Beriplast®, autorii menționînd indicațiile către utilizarea lor avantajele și rata minimală a complicațiilor în utilizarea lor(Колесников Э.М., Троян В.В.,2004; Anghelici G., 2008; Mișin I., 2008).

O mare importanță are alegerea preparatului, dozei și volumului preparatului la o ședință, numărul și durata ședințelor.

Pînă în prezent nu ființează scheme unificate ale scleroterapiei endoscopice , unde s-ar lua în considerație vîrsta pacientului, caracterul decurgerii maladiei, diametrul și numărul venelor supuse scleroterapiei.

Obiectivele

1. Studiul dat are drept scop utilizarea scleroterapiei intravazale cu sol.Trombovar 3% și combinarea metodicii date cu scleroterapia paravazală cu sol.Aethoxysclerol 0,5%.
2. Aprecierea indicațiilor către metodele sus- numite.
3. Selectarea preparatului pentru una sau altă metodică în dependență de gradul flebectaziei.
4. Studiarea rezultatelor imediate și la distanță

Materiale și metode

În clinicile de chirurgie ale Spitalului Clinic Militar Central și Spitalului Clinic Central st.Chișinău pe perioada anilor 2000-2009 s-au aflat la tratament 107 pacienți cu ciroză hepatică și hipertensiune portală.

Din 107 pacienți cu ciroză hepatică 96 aveau varice esofagiene gr.II-III, iar 11 pacienți gr.III(diametrul varicelor 7-10mm).

SE intravazală cu trombovar 3% a fost efectuată la 11 pacienți cu CH și hipertensiune portală intrahepatică, 4 pacienți au avut în anamneză episoade de hemoragii din varicele esofagiene și la ei SE a fost efectuată în scop de profilaxie secundară a hemoragiilor.

La 7 pacienți SE a fost îndeplinită pentru profilaxia primară a hemoragiilor. Vîrstă pacienților varia de la 50 pînă la 65 ani.

Toți 11 pacienți aveau CH în stadiul de decompensare (Child C).

Pacienții aveau varice esofagiene gr.III cu diametrul 7-10mm și esofagită erozivă.

La 2 (18,2) pacienți cu CH (Child C) în perioada precoce după SE a avut loc hemoragie din cauza ulcerărilor mucoasei esofagiene (*tab. 1*). Hemoragia a fost stopată conservativ cu ajutorul sondei Sengstaken-Blackmore și a terapiei hemostatice.

Tabelul 1

Complicațiile SE cu trombovar 3%

Complicațiile	Numărul pacienților	
	SE pentru profilaxia secundară	SE pentru profilaxie primară
Ulcerațiile mucoasei esofagiene	2	-
Necroza mucoasei esofagiene Tromboflebită necrotică	3	-

La 3 (27,3%) pacienți cu CH stadiul de decompensare (Child C) la controlul endoscopic peste o săptămînă s-a depistat o tromboflebită esofagiană cu pelicole de fibrină și porțiuni de necroză a mucoasei. După administrarea antibioticelor, antacidelor și a blocatorilor H₂-receptori semnele de tromboflebită au regresat.

1 pacient în primele 3-4 zile după SE a avut hipertermie, probabil cauzată de reacția la administrarea soluției sclerozante. La FEGDS de control la acest pacient complicații locale nu s-au depistat.

Este evident, că după SE prevalează complicațiile eroziv-ulceroase și leziunile necrotice (63,6%).

Considerăm, că dezvoltarea acestor complicații este cauzată de modificările trofice inițiale ale mucoasei esofagiene pe fon de prezență a varicelor esofagiene cu d ≈ 7-10mm și a CH decompensate (Child C).

Rezultatele obținute

Rezultatele la distanță au fost studiate la 11 pacienți cu CH.

Peste o lună la examenul endoscopic varicele sclerozate aveau aspectul unor fibre albicioase.

După 3 luni de la SE cu trombovar 3% la controlul endoscopic s-au depistat următoarele:

La 8(72,7%) pacienți au fost diagnosticate varice esofagiene gr.II-III (4-6mm), iar la 3(27,3%)- 2-3 varice ≈7-10mm în diametru și restul gr. II-III.

În dependență de rezultatele endoscopice primite a fost luată decizia de a efectua la 8 pacienți SE cu etoxisclerol 0,5%, iar la ceilalți 3 bolnavi de a combina SE cu trombovar pentru varicele de 7-10mm în diametru cu scleroterapia cu etoxisclerol 0,5% în cazul varicelor gr. II-III. Complicații locale și generale nu s-au depistat.

Apoi la toți 11 pacienți a fost prelungită scleroterapia endoscopică peste o lună, 2 luni, 3 luni, 6 luni și 12 luni.

Astfel în primul an la 11 pacienți au fost efectuate cîte 7 SE.

De la 1 an de supraveghere pînă la 3 ani au fost efectuate la 7 pacienți fiecare 6 luni cîte 4 ședințe de SE. Apoi pînă la 6 ani la 5 pacienți au fost efectuate cîte 6 SE.

Au fost analizați indicii de letalitate, supraviețuire și a frecvenței recidivelor hemoragiei (*tab. 2*).

Rezultatele la distanță după SE intravazală și paravazală

Termenul de supraveghere	Numărul de pacienți în viață	Numărul de pacienți decedați	Indicele de supraviețuire
Până la 6 luni	11	0	100
Până la 12 luni	11	0	100
Până la 3 ani	7	4 (2)	63,6
Până la 6 ani	5	2 (2)	45,5

(*)- în paranteză este redat numărul pacienților decedați din cauza hemoragiei

Indicele de supraviețuire până la 12 luni a constituit 100%, până la 3 ani 63,6%, și până la 6 ani- 45,5%.

Cauza decesului a 2 pacienți în termenul de supraveghere până la 3 ani a fost progresarea insuficienței hepatice ca rezultat al decompensării funcției hepatice.

În termenul de la 1 an până la 6 ani- 4 pacienți au decedat din cauza recidivei hemoragiei gastroesofagiene.

A fost analizat indicele frecvenței recidivelor hemoragiei în diverse perioade după SE (tab. 3).

Frecvența recidivelor hemoragiei în diverse perioade după externare din staționar

Termenul de supraveghere	Numărul pacienților cu hemoragii	Frecvența recidivelor hemoragiei
Până la 6 luni	0	0
Până la 12 luni	0	0
Până la 3 ani	2	22,2
Până la 6 ani	2	28,6

Deci, până la 12 luni recidive ale hemoragiei nu s-au depistat, până la 3 ani, frecvența recidivelor hemoragiei a constituit -22,2% și până la 6 ani- 28,6% (Fig. 1).

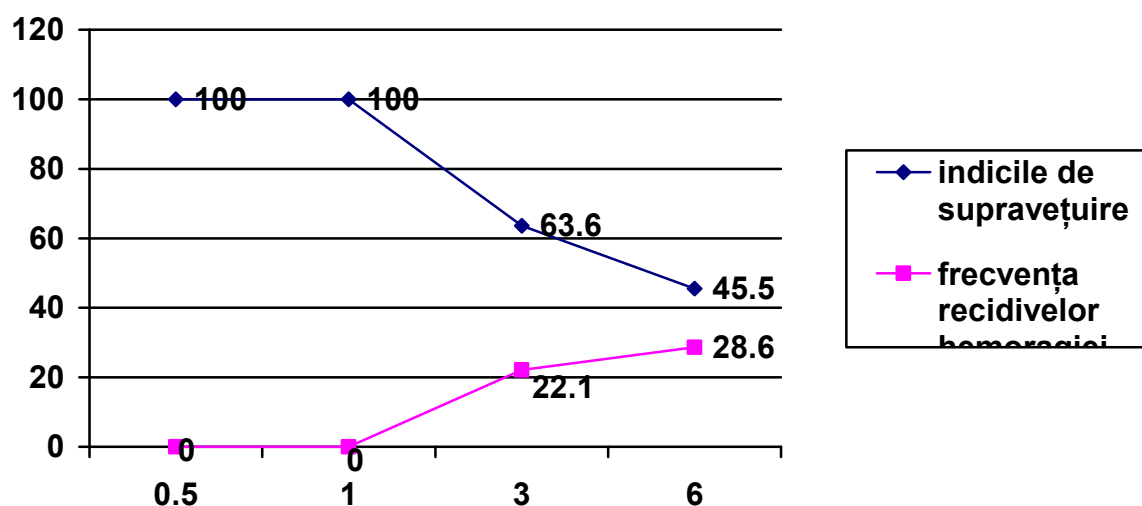


Figura 1. Rezultatele la distanță după SE

Din 4 pacienți ce au decedat din cauza recidivei hemoragiei din varicele esofagiene la 2 bolnavi nu s-au efectuat SE după termenul de supraveghere de 1 an, iar la alți 2 pacienți n-a fost îndeplinită scleroterapia endoscopică după termenul de 3 ani.

Concluzii

1. Considerăm, că în caz de prezență a varicelor esofagiene cu $d \approx 7-10\text{mm}$ scleroterapia paravazală cu etoxisclerol este ineficace.
2. În asemenea cazuri este rațional de utilizat SE intravazală cu trombovar 3%.
3. Atunci când în rezultatul scleroterapiei intravazale obținem micșorarea în dimensiuni a varicelor esofagiene pînă la gr.II-III este rațional de prelungit SE paravazală cu etoxisclerol 0,5% (primele 6 luni 5 ședințe endoscopice, apoi cîte 1SE fiecare 6 luni.
4. Deasemenea, la părerea noastră, are perspectivă metoda de combinare a SE intravazale cu scleroterapia paravazală.

Bibliografie

1. Боур А.В. Малоинвазивные методы гемостаза у больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Автореф. дисс.д.м.н., Москва 1998.
2. Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Нечаенко А.М. Операции на пищеводе и желудке у больных с портальной гипертензией (обзор литературы)ю Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. М 2002; 6:8- 14.
3. Ерамишанцев А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка. Сб. “50 лекций по хирургии”.Под. ред. В.С. Савельева М.2003; 263-268.
4. Кащенко В.А. Кровотечения портального генеза : прогноз, профилактика, лечение: Автореф. дис....д-ра мед.наук. Ст.Петербург 2003; 42.
5. Колесников Э.М., Троян В.В., Кровотечения при портальной гипертензии у детей, Минск 2004.
6. Grace N.D. Nonsurgical of hemorrhage from esophageal varices H.O. Conn, J.C.Palmaz, M.Rossle(Eds). Transjugular intrahepatic portosystemic shunts. New York: Ikagu- Shoin 1996; 15-34.
7. Transabdominal extensive oesophagogastric devascularization with gastro- oesophageal stapling in the management of acute variceal bleeding. Mathur S.K., Shah S.R., Soonawala Z.F. et al. Br J Surg 1997; 84: 3 : 413:417.
8. Anghelici Gh. Diagnosticul și tratamentul chirurgical al complicațiilor cirozei hepatice. Autoref.dr.hab.șt.med. Chișinău 2008.
9. Mișin I. Caracteristica comparativă a eficacității metodelor de profilaxie și tratament a hemoragiilor din varicele esofagiene și gastrice în hipertensiune portală. Autoref. dr.hab. șt.med. Chișinău, 2008.

SCLEROZAREA ENDOSCOPICĂ PARAVAZALĂ A VARICELOR ESOFAGIENE CU AETHOXYSKLEROL 1 %- O METODĂ DE PROFILAXIE A HEMORAGIILOR DIN VARICELE ESOFAGIENE LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ ȘI HIPERTENSIUNE PORTALĂ

Alin Bour, Lilian Cazacu

Curs chirurgie, Facultatea stomatologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Paravasal Endoscopic Sclerosation of the Esophageal Varices with 1% Aethoxysklerol – a Prophylactic Method of Haemorrhages in the Esophagean Varices in Patients with Hepatic Cirrhosis and Portal Hypertension

Slerotherapy endoscopic paravasal results with 1% Aethoxysklerol solution are sown in this article in 30 patients with hepatic cirrhosis and portal hypertension.The patients age was between 31 and 68, 14 having HC subcompensation and 16 – HC decompensation stage.The