

# MANAGEMENTUL CHIRURGICAL AL SPLENOPATIEI PORTALE

## SURGICAL MANAGEMENT OF PORTAL SPLENOPATHY

**Vladimir Cazacov**

*Catedra de chirurgie Nr. 2, USMF, „Nicolae Testemițanu”*

### Rezumat

Splenopatia portală (SP) reprezintă una dintre cele mai frecvente entități patologice în cadrul HTP prin ciroză hepatică, care pune nenumărate probleme legate de conduita terapeutică. Problema tratamentului pacienților cu SP a fost, și actualmente rămâne, una dintre cele mai importante în chirurgia HTP prin ciroză hepatică, în special la pacienții cu hipersplenism sever. Concepțiile moderne asupra tratamentului chirurgical adresat SP urmăresc ameliorarea modificărilor fiziopatologice HTP și sechelelor ei, supraviețuirea pacientului și ameliorarea calității vieții.

### Summary

Portal Splenopathy (PS) is one of the most common pathological entities in portal hypertension (PH) due to liver cirrhosis, which raises numerous problems related to therapeutic management. The problems of treatment of patients with PS has been and is currently one of the most important in surgery of PH by cirrhosis, especially in patients with severe hypersplenism. The modern concepts of surgical treatment addressed to the PS aim to improve the changes in the pathophysiology of PH and its sequelae, to overcome the patient and improve the quality of his life.

### Introducere

Boala hepatică asociată cu hipertensiune portală și splenopatie secundară reprezintă o problemă majoră de sănătate publică atât pe plan mondial cât și pe plan național. Patologia, cât și managementul ei terapeutic, au suferit importante modificări în ultimul deceniu. În stadiul actual al dezvoltării tehnicii chirurgicale și progreselor din terapia intensivă, se remarcă faptul că pacientul cu splenopatie portală de interes chirurgical trebuie să beneficieze de o atitudine bine codificată din punct de vedere ca indicație, timp și amploare, de regulă, asociată unei abordări interdisciplinare care urmărește ameliorarea rezultatelor terapeutice, reducerea hipertensiunii portale/hipersplenism și ameliorarea profilului calității vieții.

**Scopul studiului** a fost analiza opțiunilor și variantelor de tehnică chirurgicală adresată pacienților hepatici cu splenopatie severă prin hipertensiune portală și efectelor asupra rezultatelor terapeutice.

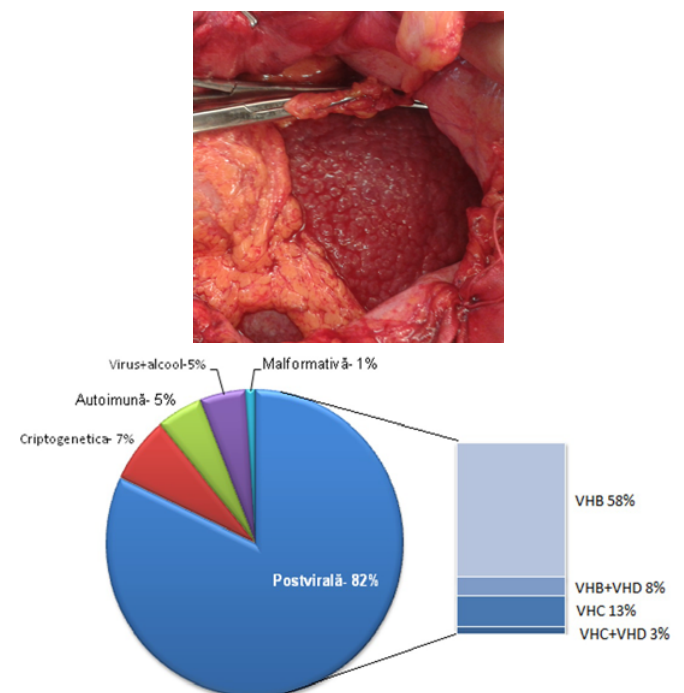
### Materiale și metode

Am utilizat experiența colectivului din cadrul Clinicii Chirurgie Nr. 1, USMF „Nicolae Testemițanu” în abordarea chirurgicală a splenopatiei portale. Am efectuat un studiu clinic retrospectiv pe o perioadă de 10 ani (2007-2017). Grupul de studiu a fost format din 302 pacienți chirurgical tratați în secția Chirurgie hepato-bilio-pancreatică, IMSP SCR „Timofei Moșneaga” în perioada anterior menționată.

### Rezultate

Din cei 302 pacienți cirofici operați pentru hipertensiune portală și splenopatie asociată, 180 (59.6%) au fost de sex feminin și 122 (40.3%) de sex masculin, având o vârstă medie de 43 ani – 214 cazuri și sub 30 ani – 88 cazuri. În ceea ce privește

etiologia bolii hepatice, cea mai frecventă întâlnită a fost gena virală (82%), urmată de criptogenă (7%), autoimună (5%) și combinată (virus/alcool) – 5%, date ilustrate în figura 2.



**Figura 1.** Repartiția cazurilor în funcție de etiologie

Diagnosticul de splenopatie portală asociată cu hipersplenism sever a fost documentat în 271 cazuri (89.7%) de pacienți încadrați în studiu, dintre care 62% (187 subiecți) aveau vene esofago-gastrice de gradul II-III, cu iminență hemoragică, moment care a impus utilizarea banding-ului endoscopic,

realizat de noi preoperator profilactic. În experiența noastră, cea mai frecvent utilizată intervenție a fost devascularizarea azygo-portală Hassab-Kaliba, asociată cu splenectomie prin abord deschis – 255 pacienți (84.4%), urmată de devascularizarea azygo-portală Hassab-Kaliba cu splenectomie video laparoscopic asistată 41 (13.5%) (fig. 2).

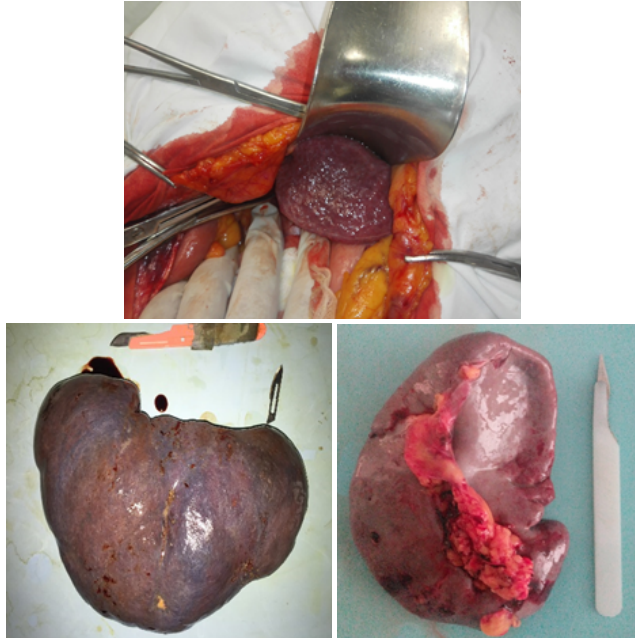
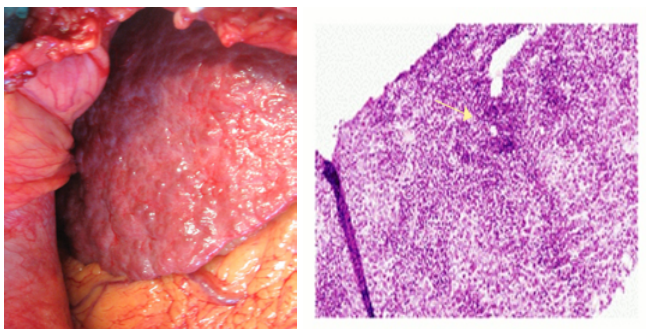


Figura 2. Imagini intraoperatorii (cazuistica clinicii)

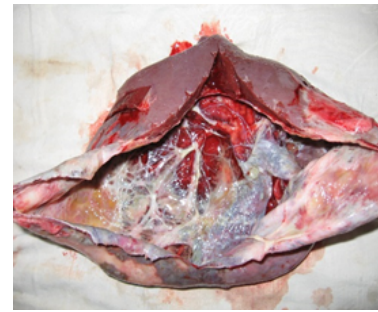
După indicații bine definite s-au practicat și șase șunturi porto-cave selective (1.98%). Asociat acestor intervenții chirurgicale s-a practicat colicistectomia (21 cazuri), apendectomie (14 cazuri), hernioplastie (11 cazuri), rezecție de intestin (1 caz), rezecție gastrică (1 caz). Majoritatea intervențiilor chirurgicale (73%) au fost practicate în condiții tehnice precare (fig. 4): splenomegalie importantă gradul III-IV (94.4%), sindrom hemoragipar sever (74%), perisplenism important (59%), prezența nodulilor limfatici în hilul lienal (21%), coada pancreasului intrahilar situată (34%), variantă fasciculată a pediculului vascular splenic (7%).

Monitorizând modificările anatomopatologice importante (fig. 3.), ca parametru al gravității afecțiunii hepato-splenice, cu eventuale repercusiuni asupra prognosticului, am evidențiat următoarele aspecte ale ficatului, splinei, axului vascular spleno-portal și ale altor organe intraabdominale: 5 cazuri de ficat malformat; 15 cazuri de infarct splenic; 2 cazuri de anevrism al arterei splenice; 18 cazuri cu splină accesorii; 14 cazuri de hematom intrasplenic, asociat cu ruptură capsulară (5) și hematom perisplenic (4);



A

B



C

Figura 3. A. Ciroza hepatică micronodulară B. Infiltrație limfoplasmocitară, necroze porto-portale și porto-centrale. C splenomegalie, hematom intrasplenic asociat cu ruptură capsulară.

În încercarea de a evidenția eficiența metodelor de tratament chirurgical, consultațiile comune dintre medicii hepatolog - chirurg au fost efectuate postexternare din spital cu ocazia fiecărui control, iar bilanțul biologic, endoscopic și/ sau imagistic a fost efectuat semestrial sau anual, în funcție de ritmicitatea impusă de protocolul de urmărire implementat în clinică. Alături de alte mijloace terapeutice, am urmărit în dinamică modificările calității vieții și corelațiile clinico-biologice, imagistice și endoscopice.

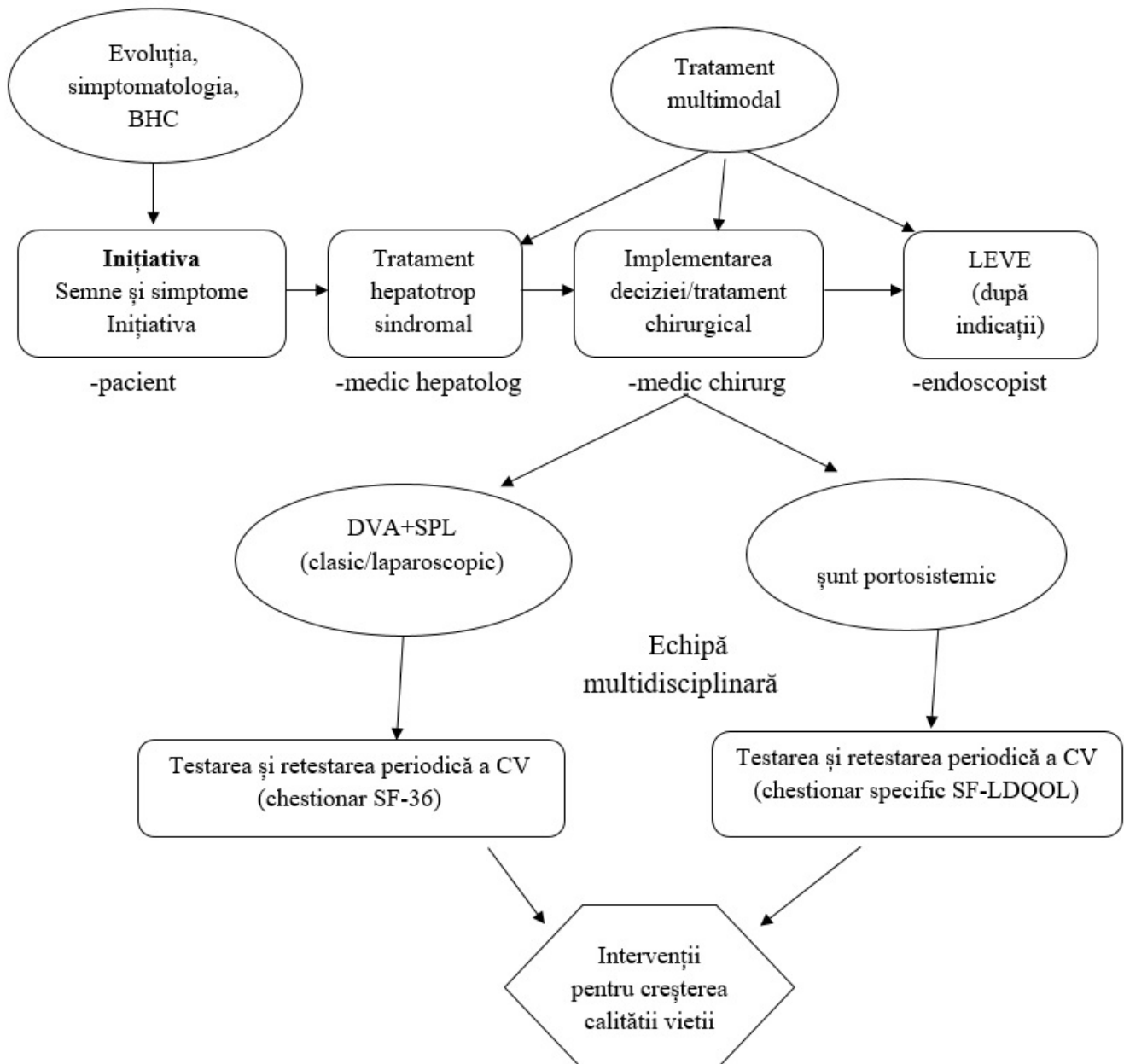
Analiza rezultatelor obținute relevă că incidența globală a complicațiilor evidențiate în perioada precoce postoperatorie a fost de 4.6% (14 cazuri): pancreatită acută postsplenectomie (4), tromboză de venă portă (3), ascită-peritonită (1), insuficiență hepato-renală (1). Ponderea acestora, de 4.6% din lotul total se încadrează în valorile citate în literatura de specialitate (11.3% - 18.5%). Alte complicații au fost abcesele subdiafragmale pe stânga – 5 cazuri, 4 din care au fost rezolvate prin drenare ecoghidată. Menționăm că ponderea complicațiilor trombotice la distanță postsplenectomie au fost înregistrate și imagistic documentate la 21 cazuri (6.9%), incidență redusă prin aplicare perioperatorie a heparinelor cu greutate moleculară mică. Retromboza venei porte apărută în 5 cazuri din 21 a fost rezolvată terapeutic fără alte incidente ale hipertensiunii portale (hemoragie digestivă varicală, ascită). De loc 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. Experiența noastră arată că rezultatele postoperatorii la distanță ale chirurgiei laparoscopice sunt comparabile cu cele ale chirurgiei deschise, respectiv bune la peste 85.4% pentru cazuistica analizată. Reintervenția chirurgicală a fost indicată pe lotul studiat în următoarele situații: hemoragie prin sângerare difuză din vasele cozii pancreasului – 2 cazuri; ascită/peritonită – 1 caz; tromboză entero-mezenterică – 1 caz. Mortalitatea intraoperatorie – nulă, postoperatorie – 3.31%, comparativ cu 5,9 % - 12% date din literatura de specialitate [1, 2, 6, 7].

### Discuții

Splenopatia portală este un termen folosit pentru a descrie mai multe condiții diferite, care afectează splina, în cadrul bolii hepatice cronice [1, 6, 7]. De asemenea, este una din complicațiile evolutive cele mai frecvente: 77% din acestea asociindu-se cu hipersplenism sever tradus prin citopenie importantă [3, 11, 13]

și constituie o categorie specială de bolnavi, deoarece aceasta, chiar și tratată, are un prognostic rezervat și poate influența cursul maladiei în favoarea unor altor complicații evolutive (CID-sindrom, hemoragie digestivă, tromboză portală, ascită) [1, 3, 12]. Locul și structura tratamentului actual al splenopatiei, secundare hipertensiunii portale, reprezintă încă subiectul primordial al multor studii [2, 3, 5, 6, 9, 10, 13]. Chirurgia fiind o parte integrantă a acestei strategii terapeutice constituie o provocare pentru medicul chirurg, internist și gastroenterolog. Atitudinea practică în fața unui bolnav cu tară hepatică, hipertensiune portală și splenopatie severă, în stadiul actual al dezvoltării tehnicii chirurgicale și progreselor din anestezie și terapie intensivă, s-a deplasat de la un intervenționism absolut către o conduită mai electrică, cele mai multe cazuri fiind ținute sub observație clinică și imagistică și operate doar cu indicații bine precizate [2, 7, 9, 10,]. Există însă controverse cu privire la necesitatea, momentul și modalitatea opțiunii chirurgicale adoptate [1, 13]. Devascularizarea azygo-portală Hassab-Kaliba

reprezintă o cale sigură de corecție a hipersplenismului sever și de micșorare a hipertensiunii portale și complicațiilor ei evolutive [4, 9, 12]. Cercetarea noastră și rezultatele obținute în Clinica de Chirurgie nr. 2, Departamentul Chirurgie Hepato-bilio-pancreatică, susțin că devascularizarea azygo-portală Hassab-Kaliba, efectuată inclusiv și prin abordul video laparoscopic, are efecte pozitive asupra evoluției pacienților legate de corelațiile între răspunsul la tratament și statutul clinic și biologic, implicate în ameliorarea profilului psihic și fizic al calității vieții pacientului cirotic cu SP chirurgical asistat. În momentul actual parcurgem un algoritm de conduită terapeutică ce include perfecționarea complexului terapeutic prin implementarea obligatorie a explorării complexe interdisciplinare a pacientului cu SP urmată de explorare endoscopică - chirurgicală și reabilitare postoperatorie în funcție de contextul clinic. Raționamentul potrivit pentru alegerea managementului terapeutic este ilustrat în figura 4.



**Figura 4.** Raționament pentru alegerea managementului terapeutic a SP prin ciroză hepatică.

Legenda: DVA+SPL – devascularizare azygo-portală; BHC – boala cronică hepatică; LEVE – ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene.

### Concluzii

1. Splenopatia portală asociată cu hipersplenism sever, secundară hipertensiunii portale impune o abordare multidisciplinară. În acest scop trebuie luat în discuție un program unitar și coordonat de diagnostic și tratament multimodal, individualizat de la caz la caz.

2. Devascularizarea azygo-portală Hassab-Kaliba cu splenectomie este un gest chirurgical frecvent aplicat în cazuistica studiată cu rezultate bune, imediate și la distanță, traduse prin reducerea hipersplenismului și hipertensiunii portale asociate cu un trend ascendent de ameliorare a calității vieții pacienților

cirotici operați.

3. Deși impusă de principiile moderne ale abordării minim-invazive, devascularizarea azygo-portală Hassab-Kaliba cu splenectomie video laparoscopică este un gest terapeutic care trebuie selectat individual și practicat de chirurghi cu experiență înaltă în chirurgia hipertensiunii portale.

4. Utilizarea unui screening de urmărire postoperatorie s-a dovedit valoros, putând pune în evidență evoluția bolii hepatice cronice sub tratament și aduce la iveală aspecte importante de îngrijire a subiecților operați.

### Bibliografie

1. Hotineanu V, Cazacov V, Casnaș V. Sindromul hipertensiuni portale. Indicații metodice. Chișinău, 2002.
2. Hotineanu V, Cazacov V, Hotineanu A, Cucu I, Darii E. Opțiuni chirurgicale clasice și laparoscopice în tratamentul splenopatiei portale. Sănătate publică, economie și management în medicină, 2013, Nr.5, p.122-126.
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. Fadlalla A.I. Splenectomy on ly, and splenectomy with devascularization in a rural hospital, a six years experience of a General Surgeon. Sudan Med. Jurnal. 2008, nr. 1-2, p. 50-55.
5. Ghidirim Gh., Misin I., Gagauz I. Deconectarea azygo-portală transabdominală în tratamentul flebectaziilor esofagiene și gastrice. Arta Medica. 2009, nr. 2 (35), p. 3-7
6. Popa F. Splenopatiile chirurgicale. București, 2011, 91 p.
7. Popovici A, Grigoriu G. Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. București, 1995.
8. Raica Marius. Histologie teoretică și practică. Brumar, 2009.
9. Tărcoveanu E, Noldovanu R, Bradea C. Splenectomia laparoscopică - tehnică chirurgicală. Jurnalul de chirurgie, Iași, 2007, Nr. 3, pag 12-18
10. Tomikawa M, Akahoshi T. Laparoscopic splenectomy may be a superior supportive intervention for cirrhotic patients with hypersplenism. În: J Gastroenterol Hepatol. 2010, nr 25, p. 397- 402.
11. Бойко В.В. Портальная гипертензия и ее осложнения. Харьков, 2008.
12. Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Голуб Е.А., Усова О.А. Отдаленные результаты операции азигопортального разобщения с формированием арефлюксной кардии у больных циррозом печени и с варикозно-расширенными венами пищевода. Кубанский научный медицинский вестник. 2011, №2, стр. 45-50
13. 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