

ARTICOLE ORIGINALE

DECONNECTAREA AZYGO-PORTALĂ TRANSABDOMINALĂ ÎN TRATAMENTUL FLEBECTAZIILOR ESOFAGIENE ȘI GASTRICE

TRANSABDOMINAL AZYGO-PORTAL DISCONNECTION FOR THE TREATMENT OF OESOPHAGEAL AND GASTRIC VARICES

Gheorghe GHIDIRIM¹, Igor MIȘIN², Ion GAGAUZ³, Gheorghe ZASTAVNIȚHI⁴

¹ - dr. hab. în med., prof. univ., academician

² - dr. hab. în med., conf. cerc.

³ - dr. în med., conf. cerc.

⁴ - asistent univ.

Catedra Chirurgie nr. 1 "N. Anestiadi" și Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, Universitatea de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu", Centrul Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență, Chișinău, Moldova.

Rezumat

Autorii prezintă rezultatele tratamentului chirurgical al pacienților cu hipertensiune portală și varice esofago-gastrice. În studiu au fost incluși 47 pacienți, deconectare azygo-portală limitată (n=7) (operația Tanner în modificarea Romero-Torres) și deconectare azygo-portală extinsă (n=40) (procedee Hassab-Paquet și Sugiura – Futagawa). S-a demonstrat că intervențiile de deconectare azygo-portală extinse sunt efective în controlul de durată a varicelor esofagiene și gastrice, și pot fi considerate drept intervenții de elecție pentru pacienții cu rezervă funcțională hepatică păstrată (Child-Pugh A).

Summary

The authors describe the results of surgical treatment in patients with portal hypertension, oesophageal and gastric varices. Forty seven patients were selected, 7 with limited azygo-portal disconnection (the Romero-Torres modification of the Tanner procedure) and 40 with extended azygo-portal disconnection (Hassab-Paquet and Sugiura – Futagawa procedures). It was demonstrated that extended azygo-portal procedures are effective for long-term eradication of oesophageal and gastric varices, and must be considered as elective surgery for the patients with preserved hepatic function (Child-Pugh A).

Introducere

La momentul actual, importanța intervențiilor de șuntare și non-șuntare în tratamentul hemoragiilor din varicele esofagiene (VE) a devenit mai limitată comparativ cu deceniile precedente din cauza utilizării pe larg a scleroterapiei endoscopice (SE) și ligaturării endoscopice (LE) [1-6]. Analiza datelor recente a literaturii de specialitate a pus în evidență tendința clinicilor de frunte în domeniul tratamentului sindromului hipertensiunii portale (HP) de a elabora și perfecționa operații de deconectare azygo-portală (DAP) [2, 4, 6-9].

În literatura de specialitate, sunt unanim acceptate următoarele criterii de eficacitate ale intervențiilor de DAP asupra VE: (1) frecvența varicelor reziduale; (2) procentul de recidivă a VE și (3) frecvența hemoragiilor din VE în perioada postoperatorie îndepărtată [2, 9-11]. Intervențiile de DAP (tip Hassab-Paquet și Sugiura-Futagawa) sunt considerate metode efective de tratament a varicelor gastrice [3, 12], însă persistă pericolul potențial de

obliterare incompletă a VE [2, 4, 9, 10, 13]. La momentul actual rămâne discutabil efectul intervențiilor de DAP asupra VE, precum și argumentarea utilizării acestora în tratamentul chirurgical al hipertensiunii portale [14, 15, 26, 27].

Scopul acestui studiu este evaluarea comparativă a procedurilor de devascularizare extinsă și limitată asupra flebectaziilor esofagiene și gastrice, precum și studierea ratei de supraviețuire în perioada post-DAP.

Material și metodă

În contextul influenței asupra VE au fost studiate rezultatele intervențiilor de DAP pe un lot de 47 pacienți, începând cu 3 luni postoperator și a fost efectuată analiza comparativă a intervențiilor de DAP limitat (grupul 1 n=7) și DAP extins (grup 2, n=40). Astfel, în lotul DAP cu devascularizare esofago-gastrică limitată (n=7) au fost incluși pacienții cu operația Tanner în modificarea Romero-Torres (n=4) [16] și intervenția descrisă în original de Hassab (n=3) [3].

În lotul DAP cu devascularizare extinsă au fost incluși pacienții care au beneficiat de operația Hassab-Paquet modificată (n=36) și procedeul Sugiura-Futagawa transabdominal (n=4).

Intervențiile de DAP au fost efectuate cu scop de profilaxie a primei hemoragii din VE în 27 cazuri, cu scop de profilaxie a recidivei hemoragiei – operație de elecție - în 20 cazuri.

Este necesar de menționat că în cazul DAP cu devascularizare extinsă a fost standardizată tehnica procedurii chirurgicale [17] cu unica modificare a etapei finale a operației Sugiura-Futagawa - transecția esofagului cu dispozitiv de sutură mecanică.

Etiologia HP a fost ciroza hepatică (CH) postvirală (HBV+□, HCV sau combinarea acestora) în 43 cazuri, ciroza hepatică asociată cu tromboza sectorală a axului portal (CH+TSP) în 7 cazuri, și câte un caz de HP idiopatică (HPI) și mielofibroza idiopatică.

Aprecierea rezervei funcționale hepatice a fost efectuată în baza celor mai adecvate criterii existente la momentul actual, bazate pe clasificarea unanim acceptată Child-Pugh [18]. Repartizarea pacienților conform rezervei funcționale după Child-Pugh a fost următoarea: „A”/”B”/- 16/31, scorul mediu a constituit – 9 ± 0.27 .

Gradul de dilatare a VE, răspândirea acestora, aprecierea calitativă și cantitativă a stigmatelor riscului major de hemoragie, starea mucoasei esofagiene după tratamentul endoscopic au fost apreciate conform clasificării Japanese Society for Portal Hypertension (1991) [19].

Cu scop de apreciere cantitativă a efectului DAP asupra VE, până la și după tratament, a fost utilizat scorul H. Nakase et al., unde $F_0 = 0$, $F_1 = 1$, $F_2 = 2$ și $F_3 = 3$ [20].

Localizarea varicelor gastrice a fost apreciată conform clasificării propuse de Sarin S K. et al. (1992) [21]. În lotul general de pacienți au fost diagnosticate VE în 27 (57.4%), VE și G (Sarin tip I) - în 18 (38.2%) și VE și G (Sarin tip II) - în 2 (4.2%) cazuri.

Prognostarea supraviețuirii, frecvenței recidivei VE și recidivei hemoragiei din VE au fost calculate prin metoda Kaplan-Meier, utilizând testul long-rank și Hazard Plots. Datele obținute au fost prelucrate cu ajutorul IBM/PC utilizând softurile de prelucrare statistică SPSS for Windows 10.0.5 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Rezultate

A fost remarcat efectul intervențiilor de devascularizare asupra varicelor gastrice și esofagiene. Astfel, gradul VE până la și după intervenție a fost: $F_3 - 24$ (51.06%) vs. 1 (2.12%) ($p < 0.001$), $F_2 - 16$ (34.04%) vs. 11 (23.4%), $F_1 - 7$ (14.89%) vs. 6 (12.76%) și $F_0 - zero$ vs. 29 (61.7%) respectiv. Preoperator – DAP + SE, valoarea medie a indicelui H. Nakase et al. (1996) a constituit - 2.36 ± 0.11 , postoperator – 0.66 ± 0.13 puncte ($P < 0.001$). Eradicarea completă a VE a fost obținută în 29 (61.7%). Analizând acest criteriu în diferite loturi, s-a constatat că frecvența VE reziduale diferă considerabil în grupul cu DAP extins și limitat și a constituit 32.5% și 100% respectiv ($p < 0.001$). Postoperator valoarea indicelui H. Nakase et al. (1996) a arătat o diferență statistic semnificativă între grupul 1 și 2 și a constituit 1.86 ± 0.26 vs. 0.48 ± 0.12 ($p < 0.01$) respectiv. Este necesar de menționat că datele obținute corespund în totalitate cu datele publicate anterior în literatura de specialitate [11, 20].

Eradicarea completă a VE și gastrice Sarin tip 1 a fost observată în toate cazurile, datele respective fiind reflectate în

literatură, în acest context intervenția Hassab-Paquet fiind considerată metodă standard în cazul varicelor gastrice [3, 22-24]. Astfel, datele obținute demonstrează că din multitudinea modificărilor de DAP, doar intervențiile extinse (Hassab-Paquet și Sugiura-Futagawa) sunt considerate efective în tratamentul VE și gastrice.

Este necesar de menționat, că noi am remarcat o diferență de funcție motor-evacuatorie a esofagului după DAP (Hassab-Paquet și Sugiura-Futagawa). Astfel, în perioada postoperatorie precoce s-a constatat încetinirea tranzitului baritat în regiunea transecției și rigiditatea în această zonă (Fig. 1).

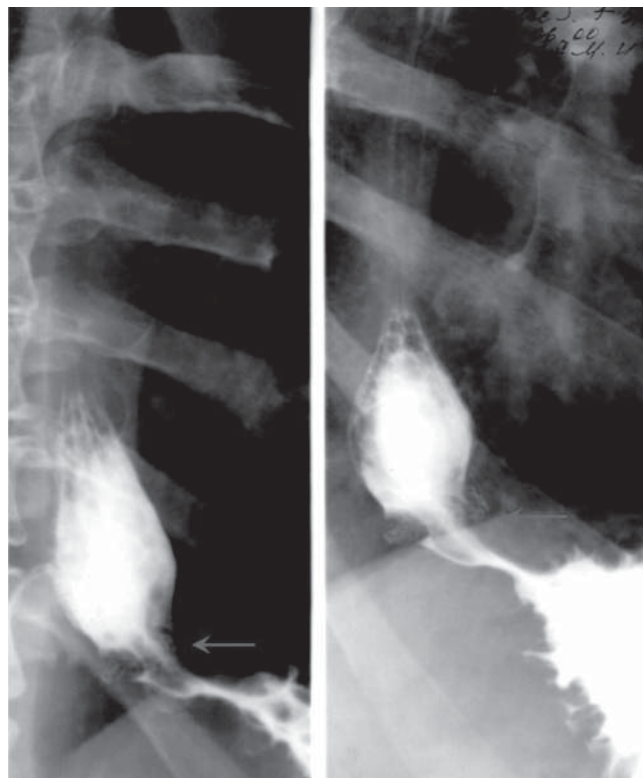


Figura 1. Aspect radiologic al esofagului la ziua 14 după transecție transabdominală a acestuia: (←) – linia de anastomoză (clipse).

O anumită încetinire a tranzitului esofagian este remarcată până la luna 6 postoperator, acesta restabilindu-se complet spre sfârșitul primului an.

Este necesar de menționat că unele particularități ale aspectului endoscopic au fost remarcate la diferite termene după intervenția Sugiura, astfel, în primele 3 luni postoperator, practic la toți pacienții au fost constatate eroziuni (Fig. 2), considerate de unii autori drept potențiale surse de hemoragie care dictează necesitatea administrării de durată a remediilor antiulceroase.

La 6-12 luni postoperator a fost menționată dispariția afecțiunilor erozive ale mucoasei esofagiene, formarea completă a inelului cicatricial în locul transecției (Fig. 3), iar în 2 cazuri au fost vizualizate clipsurile de tantal, fără semne de inflamație perifocală.

Rata sumară a recidivei VE a constituit 14 (29.7%) din totalitatea intervențiilor de DAP, termenul mediu de apariție repetată a varicelor a constituit 26.4 ± 3.7 luni, mai mult ca atât, s-a constatat tendința evidentă spre reducerea treptată a numărului de pacienți fără recidiva VE cu mărirea termenului după intervenție. Analizând frecvența recidivelor VE în

dependență de extinderea devascularizării s-a constatat, că după DAP limitate recidivele au fost statistic semnificativ mai frecvente comparativ cu DAP extinse, 100% vs. 17.5% ($p < 0.001$) respectiv. Prognozarea recidivei VE după diverse intervenții a demonstrat avantajele devascularizărilor extinse vs. limitate la toate etapele postoperatorii tardive (Fig.4).

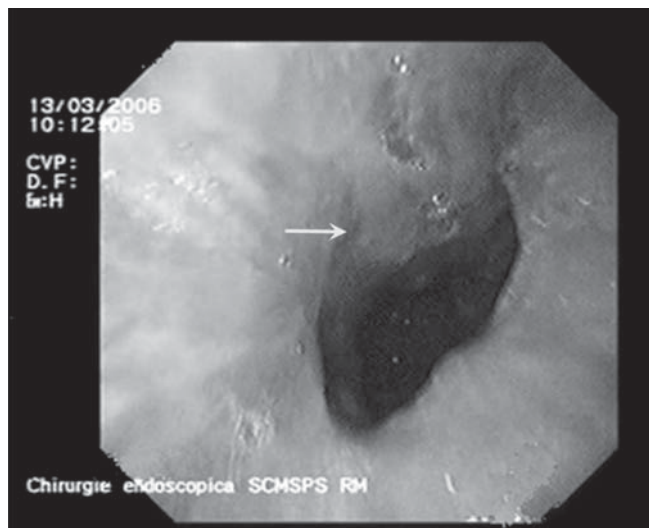


Figura 2. Aspect endoscopic al esofagului la 3 luni după transecție esofagiană transabdominală: F0, RCS(-), E. (→) – clipșă vizualizată pe linia de transecție și erozii unice

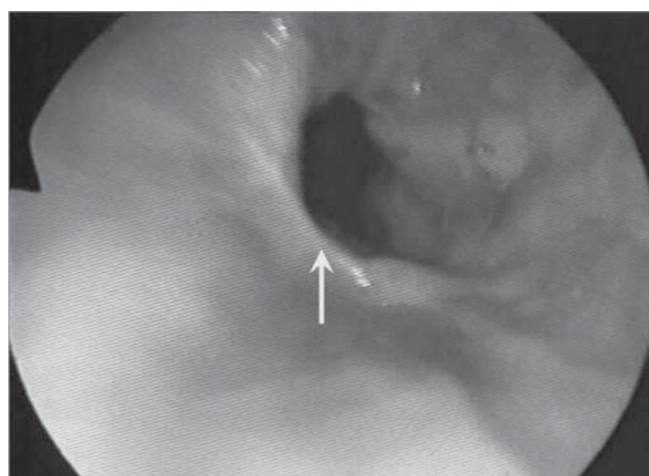


Figura 3. Aspect endoscopic al esofagului la un an după transecție esofagiană transabdominală: F0, RCS(-). (↑) – cicatrice inelată

Termenul de dezvoltare a recidivei VE a fost diferit și în caz de DAP extins a constituit 29.9 ± 6.5 luni, iar în cele limitate – 23 ± 3.6 luni ($p = 0.432$). Rata redusă de recidivă a VE după intervențiile de DAP extinse a fost semnalată și în cadrul altor studii similare [11].

Analizând cele menționate anterior, considerăm că devascularizarea paraesofagiană extinsă este efectivă în eradicarea VE, și susținem opinia că aceste intervenții pot fi considerate drept o alternativă acceptabilă șunturilor porto-sistemice [11]. Unicul dezavantaj al intervenției Hassab-Paquet comparativ cu Sugiura-Futagawa este persistența probabilității de varice reziduale sau recidivante, deoarece nu este întrerupt fluxul venos intramural esofagian. Însă, conform rezultatelor obținute în cadrul prezentului studiu, precum și datelor literaturii

[22, 24], dezavantajul dat poate fi ușor controlat prin metode de tratament endoscopic a VE (LE, STE). Mai mult ca atât, susținem opinia altor grupuri din domeniul HP, care consideră drept etapă de bază în efectuarea DAP devascularizarea paraesofagiană și nu transecția esofagiană [9,13,22,25].

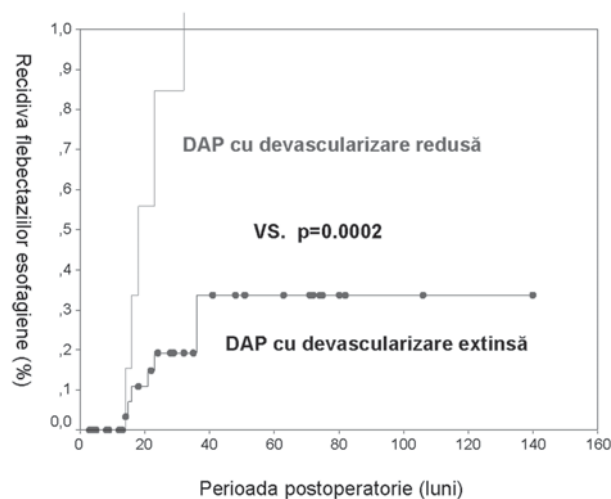


Figura 4. Pronosticul recidivei VE după intervențiile de DAP: risc statistic semnificativ mai redus în DAP extins vs DAP redus ($p = 0.0002$) (analiza conform Kaplan-Meier cu utilizarea testului long-rank).

Unul din criteriile de bază pentru aprecierea eficacității intervențiilor de DAP, precum și altor intervenții în caz de VE și HP este indicele de supraviețuire pe durata a 1, 3, 5 și 10 ani [1,2,4,8,17,20].

Termenul de supraveghere a pacienților care au suportat DAP și SE, în cadrul acestui studiu a constituit în mediu 49.6 ± 6.2 (de la 3 la 143) luni. În perioada postoperatorie îndepărtată au decedat 9 (19.1%) pacienți, toți din clasa funcțională Child-Pugh „B”. Decesul a fost înregistrat în mediu la 38 ± 5.9 (de la 18 la 59) luni postoperator. În toate cazurile, cauza principală de deces, a fost progresarea insuficienței hepatice (coma). În cadrul prezentului studiu, supraviețuirea după intervențiile de DAP a constituit: 1 an – 100%, 2 ani – 93.9%, 3 ani – 84.6%, 5 ani – 66.6%. Datele obținute de noi referitor la supraviețuirea generală după intervențiile de DAP corelează în totalitate cu datele publicate în literatură. Astfel, conform datelor publicate de alți autori acest indice a constituit: 1 an – de la 50 la 95%, 3 ani – de la 36 la 70%, 5 ani – de la 24 la 88% și 10 ani – de la 6 la 73% [1,2,11,16,20].

Cel mai important factor care determină termenul de supraviețuire în perioada postoperatorie îndepărtată, este rezerva funcțională hepatică. *De facto* supraviețuirea pacienților cu clasa funcțională Child „A” vs. Child „B” a fost aceeași spre sfârșitul primului an, și a constituit în ambele grupe 100%. La pacienții Child-Pugh „A” acest indice a rămas nemodificat pe parcursul a 10 ani, pe când la pacienții din clasa funcțională Child-Pugh „B” a fost în scădere continuă, și a constituit la 2 ani – 91.3% ($p > 0.05$), la 3 ani – 84.2% ($p > 0.05$), 5 ani – 55.5% ($p < 0.01$).

Diferența statistic semnificativă ($p = 0.0366$) de supraviețuire în perioada postoperatorie îndepărtată a pacienților din clasele funcționale „A” și „B” (Fig.5) argumentează opinia existentă referitor la necesitatea selectării minuțioase a candidaților pentru DAP, îndeosebi pentru intervențiile profilactice [20, 26]. Acești indici, în cadrul studiilor analogice au constituit pentru clasa funcțională „A” – de la 78 la 100% pe parcursul a

5 ani, iar supraviețuirea la 10 ani – de la 62 la 73%, iar pentru clasa funcțională „B” – 43-77% și 38-45% respectiv [1,2,9,20]. În același timp, a fost remarcat că supraviețuirea pacienților din clasa funcțională „C” este minimală, și de regulă acești pacienți nu supraviețuiesc pe durata a 5 ani [9, 20].

Este important de remarcat faptul că patologia care a condiționat apariția HP, reprezintă unul din factorii de bază care influențează supraviețuirea pacienților în perioada postoperatorie îndepărtată [1,2,20]. În cazul CH, acești indici sunt evident mai mici decât în cazul HPI, care reprezintă o parte semnificativă din seriile de pacienți raportați în Japonia [4,8,20,24].

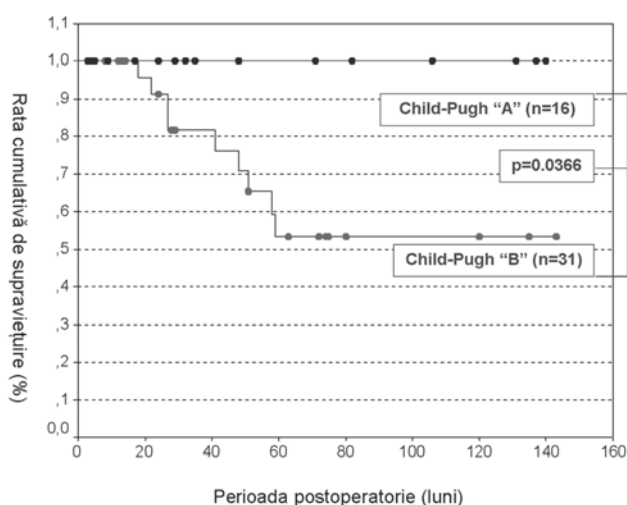


Figura 5. Prognostarea supraviețuirii pacienților după metoda Kaplan-Meier după intervenții de DAP în dependență de rezerva funcțională hepatică: Child A vs. Child B ($p < 0.05$)

Teoretic, caracterul intervenției chirurgicale (profilactic, electiv sau urgent) trebuie considerat unul din factorii potențiali care influențează supraviețuirea pacienților după DAP, deși în cadrul unor studii această corelație nu a fost observată [4]. În studiul curent a fost demonstrat că, deși termenul de supra-

viețuire după intervențiile profilactice și electiv comparativ cu cele urgente este mai mare, această valoare este statistic ne semnificativă ($p > 0.05$).

Unul din momentele negative ale intervențiilor de DAP este considerată recidiva hemoragiei din VE, frecvența căreia este de la 5.1% la 50% [11,12,22,27]. Riscul recidivei hemoragiei depinde de extinderea devascularizării și sporește direct proporțional cu perioada postoperatorie [20]. Hemoragiile variceale au fost remarcate în 4 (8.51%) cazuri după toate tipurile de DAP: 3 (42.9%) după DAP limitate și 1 (2.5%) după DAP extinse. Prognozarea frecvenței hemoragiilor variceale utilizând metoda Kaplan-Meier a demonstrat avantajul statistic semnificativ al intervențiilor de DAP extinse în prevenirea acestei complicații, asupra devascularizărilor limitate ($p = 0.001$).

Este important de menționat că recidiva hemoragiei variceale a fost semnalată la pacienții care au părăsit voluntar studiul (lipsa monitorizării endoscopice de etapă și sesiunilor necesare de LE sau STE). Rezultatele obținute referitor la recidiva hemoragiei după DAP corespund în totalitate unor studii publicate [6,8,9,20], fiind semnificativ mai mici decât în alte studii, unde complicația în cauză a fost semnalată la circa jumătate din pacienții operați [1].

Concluzie

Noi susținem opinia [6, 8, 26] că intervențiile de DAP extinse sunt efective în controlul de durată a VE și gastrice, ele pot fi considerate drept intervenții de elecție pentru pacienții cu rezervă funcțională hepatică păstrată (Child-Pugh A). Durata mare de supraviețuire a pacienților după DAP poate fi obținută în cazul pacienților cu HP necirogenă și în caz de CH cu funcție hepatică păstrată [3, 20], mai mult ca atât, intervențiile chirurgicale la pacienții cu clasa funcțională Child-Pugh „C” trebuie evitate, deoarece rezultatele obținute în acest grup de pacienți sunt nesatisfăcătoare. Unul din avantajele semnificative ale intervențiilor de DAP trebuie considerată calitatea bună a vieții în perioada postoperatorie tardivă, și primordial – lipsa sau procentul minimal de encefalopatie porto-sistemică.

BIBLIOGRAFIE

- Battaglia, G., Ancona, E., Patarnello, E., Morbin, T., Anselmino, M., Peracchia, A. Modified Sugiura operation: long-term results. *World J Surg*, 1996; 20(3), p.319-24.
- Dagenais, M., Langer, B., Taylor, B.R., Greig, P.D., Experience with radical esophagogastric devascularization procedures (Sugiura) for variceal bleeding outside Japan. *World J Surg*, 1994; 18(2), p.222-8.
- Hassab, M.A., Gastro-esophageal decongestion and splenectomy GEDS (Hassab), in the management of bleeding varices. Review of literature. *Int Surg*, 1998; 83 (1), p.38-41.
- Idezuki, Y., Kokudo, N., Sanjo, K., Bandai, Y., Sugiura procedure for management of variceal bleeding in Japan. *World J Surg*, 1994; 18(2), p.216-221.
- Orozco, H., Mercado, M.A. Rise and downfall of the empire of portal hypertension surgery. *Arch Surg*, 2007; 142(3), p.219-221.
- Selzner, M., Tuttle-Newhall, J.E., Dahm, F., Suhocki, P., Clavien, P.A. Current indication of a modified Sugiura procedure in the management of variceal bleeding. *J Am Coll Surg*, 2001; 193(2), p.166-173.
- Ma, Y.G., Li, X.S., Zhao, J., Chen, H., Wu, M.C. Modified Sugiura procedure for the management of 160 cirrhotic patients with portal hypertension. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*, 2004; 3(3), p.399-401.
- Mathur, S.K., Shah, S.R., Nagral, S.S., Soonawala, Z.F. Transabdominal extensive esophagogastric devascularization with gastroesophageal stapling for management of noncirrhotic portal hypertension: long-term results. *World J Surg*, 1999; 23(11), p.1168-1174.
- Qazi, S.A., Khalid, K., Hameed, A.M., Al-Wahabi, K., Galul, R., Al-Salamah, S.M., Transabdominal gastro-esophageal devascularization and esophageal transection for bleeding esophageal varices after failed injection sclerotherapy: long-term follow-up report. *World J Surg*, 2006; 30(7), p.1329-37.
- Hosking, S.W., Johnson, A.G., What happens to esophageal varices after transection and devascularization?. *Surgery*, 1987; 101(5), p. 531 - 4.
- Jin, G., Rikkers, L.F., Transabdominal esophagogastric devascularization as treatment for variceal hemorrhage. *Surgery*, 1996; 120 (4), p.641-7.
- Wu, Y.K., Wang, Y.H., Tsai, C.H., Yung, J.C., Hwang, M.H., Modified Hassab procedure in the management of bleeding esophageal varices - a two-year experience. *Hepatogastroenterology*, 2002; 49(43), p.205-7.
- Johnson, M., Rajendran, S., Balachandran, T.G., Kannan, D., Jeswanth, S., Ravichandran, P., Surendran, R., Transabdominal modified devascularization procedure with or without esophageal stapler transection--an operation adequate for effective control of a variceal bleed. Is esophageal stapler transection necessary? *World J Surg*, 2006; 30(8), p.1507-18.