

efectuată de către Cezar Roux din Elveția în anul 1926. Mai târziu, dar în același an Charles H. Mayo a practicat rezecția tumorii în Statele Unite [6]. Supraviețuirea bolnavilor după intervenție chirurgicală este aproximativ 98%-100%.

Macroscopic, greutate feocromocitomului poate atinge până la 2-3 kg, însă în mediu are 100 grame. Tumoarea este bine încapsulată, bogat vascularizată, de culoare brun-roșietică. Histologic, celulele tumorale sunt aranjate în formă de cercuri și conglomerate, separate de spații lineate cu epiteliu, realizând un aspect clasic de feocromocitom, numit *zellballen* [5]. Celulele variază ca dimensiuni și formă, și includ citoplasma bazofilică granulară sau eozinofilică. Nucleul este rotund sau oval, cu nucleoli proeminenți. Aproximativ 10% din feocromocitoame sunt maligne. Malignizarea este definită ca invazie directă a tumorii în țesuturile adiacente sau evidența metastazelor la distanță [3]. Actualmente nu există criterii histopatologice stricte, care pot diferenția tumoarea benignă de cea malignă, decât indexul mitotic și atipia nucleară [2, 5].

Așadar, în lucrare este prezentat un caz clinic extrem de rar de feocromocitom extra-adrenal gigant, situat în mezoul intestinului subțire, asimptomatic complet, diagnosticat mai mult incidental, benign după structura histologică, și asociat cu rezolvarea chirurgicală potențial curativă.

### **Bibliografie**

1. Blake MA, Kalra MK, Maher MM, et al. Pheochromocytoma: an imaging chameleon. *Radiographics* 2004;24 Suppl 1:S87-99.
2. Bravo EL, Tagle R. Pheochromocytoma: state-of-the-art and future prospects. *Endocr Rev* 2003;24:539-53.
3. Eisenhofer G, Bornstein SR, Brouwers FM, et al. Malignant pheochromocytoma: current status and initiatives for future progress. *Endocr Relat Cancer* 2004;11:423-36.
4. Gifford RW Jr, Manger WM, Bravo EL. Pheochromocytoma. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1994;23:387-404.
5. Kaltsas GA, Besser GM, Grossman AB. The diagnosis and medical management of advanced neuroendocrine tumors. *Endocr Rev* 2004;25:458-511.
6. Kudva YC, Sawka AM, Young WF Jr. Clinical review 164: The laboratory diagnosis of adrenal pheochromocytoma: the Mayo Clinic experience. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:4533-9.
7. Lenders JW, Pacak K, Walther MM, et al. Biochemical diagnosis of pheochromocytoma: which test is best? *JAMA*. 2002;287(11):1427-34.
8. Manger WM. Editorial: In search of pheochromocytomas [editorial]. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88:4080-2.
9. Pacak K, Linehan WM, Eisenhofer G, et al. Recent advances in genetics, diagnosis, localization, and treatment of pheochromocytoma. *Ann Intern Med* 2001;134:315-29.
10. Walther MM, Keiser HR, Linehan WM. Pheochromocytoma: evaluation, diagnosis, and treatment. *World J Urol* 1999;17:35-9.
11. Witteles RM, Kaplan EL, Roizen MF. Sensitivity of diagnostic and localization tests for pheochromocytoma in clinical practice. *Arch Intern Med* 2000;160:2521-4.

## **UNELE ASPECTE DE PROFILAXIE ALE HEMORAGIILOR DIN VARICELE ESOFOGOGASTRICE LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE PORTALĂ**

**Alin Bour, Lilian Cazacu, Andrei Leșco, Gheorghe Lisnic, Ninela Bour**  
Curs Chirurgie, Facultatea de Stomatologie, Spitalul Clinic Militar Central

### **Summary**

The article shows the assessment of the treatment outcome of 72 patients with portal hypertension during the 8 years period. 65 patients were diagnosed with hepatic cirrhosis and 7 patients with extrahepatic portal hypertension.

To all patients with hepatic cirrhosis has been performed a paravasal endoscopic sclerosation of dilated esophageal veins with 0,5% etoxisclerol associated to administration of nonselective beta-blockers.

To patients with extrahepatic portal hypertension have been performed either porto-caval anastomosis, or hepatic vein stenting (Chiari disease). No complications reported.

### **Rezumat**

Articolul reprezintă o analiză a rezultatelor tratamentului a 72 pacienți cu hipertensiune portală pe o perioadă de 8 ani. La 65 pacienți a fost diagnosticată ciroza hepatică, iar la 7 pacienți – hipertensiune portală extrahepatică.

La pacienții cu ciroza hepatică s-a efectuat sclerozarea endoscopică paravazală a varicelor esofagiene cu etoxisclerol 0,5% în combinație cu administrarea  $\beta$ -blocatorilor neselectivi.

La pacienții cu hipertensiune portală extrahepatică s-au efectuat anastomoze porto-cavale sau aplicarea stenului în v.hepatică (boala Chiari). Complicații n-au fost înregistrate.

### **Actualitatea temei**

Hemoragia din varicele esofagiene și gastrice este una din cele mai grave complicații ale hipertensiunii portale și este cauza principală de deces la pacienții cu ciroză hepatică. 40% dintre pacienți cu ciroză hepatică compensată au varice esofagiene (1).

Acest indice crește la 60% dacă pacientul prezintă ascită (2). În urmă cu 25 de ani, mortalitatea la primul epizod hemoragic prin efracție variceală era de 50 %, procent care crește cu încă 30% la epizodele următoare de sângerare (3). Datele actuale indică micșorarea de 3 ori a letalității în hemoragia variceală (4).

Acest fapt se datorează implementării metodelor noi de diagnostic, profilaxie și tratament a varicelor esofagogastrice.

În prezent există multiple metode de profilaxie și tratament a hemoragiilor din varicele esofagiene și gastrice: ligaturarea și clamparea endoscopică a varicelor esofagiene, scleroterapie, embolizarea radiovasculară a venelor gastrice, aplicarea transjugulară a șuntului porto-sistemic, a anastomozelor porto-cavale, utilizarea  $\beta$ - blocantelor neselective etc.

Un deosebit interes prezintă pacienții cu hipertensiune portală extrahepatică atât din punct de vedere diagnostic cât și de tratament.

### **Material și metode**

Studiul include 72 pacienți cu hipertensiune portală (anii 2000-2008).

La 65 pacienți a fost diagnosticată ciroza hepatică cu hipertensiune portală intrahepatică, iar la 7 – hipertensiune portală extrahepatică.

Din 65 pacienți – 26 – aveau ciroză hepatică stadiul de subcompensare (child „B”) și 39 pacienți – st. de decompensare (child „C”). De ciroză hepatică virală („B”, „C”) suferă 57 pacienți, iar 8 – alcoolică. Barbați – 37, femei – 28. Vârsta pacienților variază de la 35 la 68 ani. La 27 pacienți au fost depistate varice esofagiene gr. III și la 38 – gr. II-III. La toți pacienții a fost depistată esofagită erozivă.

Toți 65 pacienți cu ciroză hepatică și hipertensiune portală au fost supuși scleroterapiei endoscopice (SE) paravazale a varicelor esofagiene cu soluție de etoxisclerol 0,5%.

În lotul de pacienți cu hipertensiune portală extrahepatică la 5 a fost depistată transformarea cavernoasă a v. portae și la 1 pacient – boala Chiari. Vârsta pacienților variază de la 8 la 21 ani. La toți 7 pacienți au fost diagnosticate varice esofagiene gr. II-III. La o pacientă în vârstă de 21 ani ca complicație a hipertensiunii portale extrahepatică de lungă durată s-a dezvoltat fibroza hepatică.

La această pacientă a fost efectuată intervenția chirurgicală: aplicarea anastomozei splenorenale cu ligaturarea porțiunii proximale a venei lienale.

Anastomoza spleno-renală a mai fost aplicată la 2 pacienți cu hipertensiune portală extrahepatică. La 3 pacienți din acest lot a fost aplicată anastomoza mezenterico-cavală latero-laterală.

Un caz destul de interesant a fost pacientul în vârstă de 20 ani cu boala Chiari, hipertensiune portală extrahepatică, ascită rezistentă. Presiunea în v. portae era 600 mm col. H<sub>2</sub>O.

Diagnosticul a fost stabilit în baza datelor angiografice. Pacientul a fost supus tratamentului radiovascular, a fost efectuată stentarea v. hepatice. După intervenția efectuată a dispărut la pacient ascita și varicele esofagiene.

### **Rezultate**

În perioada precoce după SE sau dezvoltat complicații la 1,5% pacienți cu ciroză hepatică (la 1 pacient peste 4 zile după SE s-a dezvoltat colecistită acută).

Rezultatele la distanță (5 ani) au fost studiate la 30 pacienți, la care timp de 6 luni au fost efectuate câte 3 sclerozări endoscopice (peste o lună de la prima SE, peste 2 luni și peste 6 luni). Apoi fiecare 6 luni la toți s-a efectuat controlul endoscopic. Din 30 pacienți a decedat o pacientă cu ciroză hepatică din cauza unei hemoragii din varicele gastrice. Astfel letalitatea constituie 3,3%.

La lotul de pacienți cu hipertensiune portală extrahepatică complicații postoperatorii și cazuri de deces n-au fost.

La toți 7 pacienți la controlul endoscopic peste 3 luni de la intervenția chirurgicală s-a depistat regresarea flebectaziilor esofagiene (de la gr. II-III la gr. I-II), iar peste 1 an – dispariția varicelor esofagiene.

Deci, intervențiile chirurgicale efectuate la pacienții cu hipertensiune portală extrahepatică au fost radicale.

### **Discuții**

În anumite situații, în profilaxia primară a hemoragiei prin efracție variceală se pot folosi și metode endoscopice. Este preferată ligaturarea endoscopică scleroterapiei, întrucât se însoțește de mai puține complicații (7,8).

Manevra endoscopică de ligatură endoscopică se poate însoți de un risc mic, dar care nu poate fi neglijat, de apariție a hemoragiei variceale (11,12).

În profilaxia primară, ligatura endoscopică se recomandă în cazul riscului înalt de hemoragie (a varicelor mari cu eroziuni), intoleranței sau contraindicațiilor la  $\beta$ - blocanți (6,7).

Există studii, neacceptate unanim, care susțin că administrarea  $\beta$ - blocanților neselectivi în cazul varicelor mici ar preveni creșterea varicelor esofagiene. Administrarea acestor medicamente diminuează cu cel puțin 10% presiunea portală (5).

Sunt cunoscute complicațiile scleroterapiei endoscopice: perforație esofagiană, formarea ulcerului esofagian, a stricturilor esofagiene, a tromboflebitelor, a complicațiilor septicice etc.

Odată cu micșorarea concentrației de etoxisclerol de la 1% la 0,5% complicații după scleroterapia endoscopică n-au fost depistate.

O metodă eficace de profilaxie a hemoragiilor variceale este combinarea scleroterapiei endoscopice cu administrarea  $\beta$ - blocatorilor neselectivi.

Considerăm, că o categorie destul de dificilă, mai ales din punct de vedere diagnostic, sunt pacienții cu hipertensiune portală extrahepatică.

Toți 7 pacienți s-au adresat în clinică cu diagnosticul stabilit incorect de ciroză hepatică.

Considerăm, că pacienții tineri cu vârsta până la 25 ani cu semne de hipertensiune portală trebuie supuși examenului angiografic. Intervențiile chirurgicale efectuate la această categorie de pacienți cu hipertensiune portală extrahepatice au fost radicale.

### **Concluzii**

1. Sclerozarea endoscopică este o metodă miniinvazivă eficace și accesibilă de profilaxie a hemoragiilor din varicele esofagiene.
2. Tratamentul farmacologic de diminuare a presiunii portale în complex cu sclerozarea endoscopică micșorează riscul hemoragiilor din varicele esofagogastrice.
3. Intervențiile chirurgicale efectuate la pacienții cu hipertensiune portală extrahepatică, atunci când funcția hepatică nu este dereglată, pot fi radicale.

## **Bibliografie**

1. D'Amigo G. et al. Pharmacological treatment of portal hypertension an evidence-based approach. Seminars Liver Disease 1999; 19: 475-505.
2. Schepis F. et al. Wich patient wich cirrhosis should undergo endoscopic screening for esophageal varices detection. Hepatology 2001; 33: 333-8
3. De Franchis R. et al. Natural history of portal hypertension in patients with cirrhosis. Clin Liver Dis 2001; 5: 645-63.
4. Bosh J. et al. Prevention of variceal rebleeding. Lancet 2003; 361: 952-4.
5. De Franchis R. Evolving Consensus in Portal Hypertension. Report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology of diahnosis and therapy in portal hypertension. Journal of Hepatology 2005; 43: 167-76.
6. Perez F.J. et al. Pharmacological treatment of Portal Hypertension, Gastroenterology Clinics of North America 1992; 21(1): 15-27.
7. Guadalupe Garcia-Tsao. Variceal Bleeding, AGA Institute Ppostgraduated Course, 2006, 517-9.
8. Stiegman G.V. et al. Endoscopic sclerotherapy as compared with endoscopic ligation for bleeding esophageal varices. New England Journal of Medicine 1992; 326: 1.527-32.

## **ETAPELE ȘI FACTORII CE AU INFLUIENȚAT TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL HERNIILOR**

**Constantin Leșco, Alin Bour, Roman Targon, Vasile Sergentu,  
Vladimir Gligor, Ina Demian,**

Curs Chirurgie Facultatea Stomatologie, Spitalul Clinic Militar Central.

### **Summary**

#### **The evolution and vectors of influence in surgical management of the abdominal wall hernias**

The results of surgical management of the abdominal wall hernias are presented in the article. The study includes the experience of surgical management of 498 patients for the 5-year period. There are 94(18, 8%) ventral hernias, 79(15, 8%) umbilical hernias, 291 (58, 4%) groin hernias, and 34 (6, 8%) others. The surgical techniques included: primary suture repair in 354(71%) of cases, „tension-free” hernia repair in 139(27, 9%) of cases, auto-dermal graft hernia repair in 5(1%) of cases. Severe complications have not been reported. Both traditional primary suture repair and „tension-free” techniques are efficient, if applied in accordance with individual risks and benefits.

### **Rezumat**

Articolul reprezintă o analiză a rezultatelor tratamentuluiu chirurgical al herniilor pe o perioadă de 5 ani. În total au fost 498 pacienți. Evențațiile postoperatorii 94(18,8%); herniile ombilicale79( 15,8%); herniile inghinale 291(58,4%); altele 34(6,8%). Procedeele de hernioplastii au fost: cu țesuturi proprii 354(71%); hernioplastii cu plasă de prolen 139(27,9%); hernioplastii cu autoderma 5(1%). Complicații severe nu au fost înregistrate. Etapele în tratamentul herniilor au denotat, că pe lângă procedeele clasice de tratament chirurgical sunt eficiente și cele cu folosirea materialelor sintetice.

### **Actualitatea temei**

Principalul factor ce a influențat tratamentul chirurgical al herniilor a fost utilizarea plasei de prolen, care a micșorat considerabil complicațiile caracteristice pentru hernioplastiile cu autoderma. Alt factor ar fi cel de creștere a numărului de recidive a evențațiilor postoperatorii care atinge 33% (3).