

5. Manes G, Pieramico O, Uomo G, Mosca S, de Nucci C, Balzano A. Relationship of sliding hiatus hernia to gastroesophageal reflux disease: a possible role for Helicobacter pylori infection? Dig Dis Sci 2003; 48:3037.
6. Michele Grande, Federica Cadeddu*, Massimo Villa, Grazia Maria Attina, Marco Gallinella Muzi, Casimiro Nigro, Francesco Rulli and Attilio M Farinon. Helicobacter pylori and gastroesophageal reflux disease. World Journal of Surgical Oncology 2008, 6:74 doi:10.1186/1477-7819-6-74.
7. Peters JH, DeMeester TR, Crookes P, Oberg S, de Vos SM, Hagen JA, Bremner CG (1998) The treatment of gastroesophageal reflux disease with laparoscopic Nissen fundoplication: prospective evaluation of 100 patients with "typical" symptoms. Ann Surg 228: 40–50.
8. SHARMA P.* & VAKIL N. Helicobacter pylori and reflux disease. Divisions of Gastroenterology, *University of Kansas School of Medicine and Veterans Affairs Medical Center, Kansas City, MO, and University of Wisconsin and Sinai Samaritan Medical Center, Milwaukee, WI, USA, 2002.
9. Watson DI, Jamieson GG, Game PA, Williams RS, Devitt PG (1999) Laparoscopic reoperation following failed antireflux surgery. Br J Surg 86: 98–101.

**UNELE METODE DE PROFILAXIE ALE HEMORAGIILOR DIN VARICELE
ESOFAGOGASTRICE LA PACIENȚII CU HIPERTENSIUNE PORTALĂ
(Revista literaturii)**

Lilian Cazacu

Curs chirurgie, Facultatea stomatologie USMF "N. Testemițanu"

Summary

***Some Prophylactic Methods against Haemorrhages of the oesophago-gastric
Varices in Patients with Portal Hypertension***

The comparative analysis of different primary and secondary prophylactic methods of haemorrhage from oesophago-gastric varices in patients with hepatic cyrrhosis and portal hypertenssion is exposed in the literature magazine. The pharmaco-therapeutic, endoscopic, radioendovascular methods and the surgical treatment for portal hypertension correction are characterized chronologically.

Rezumat

În revista literaturii este expusă analiza comparativă a diverselor metode de profilaxie primară și secundară a hemoragiei din varicele esofago-gastrice la bolnavii cu ciroză hepatică și hipertensiune portală, și anume, sînt caracterizate în mod chronologic metodele farmacoterapeutice, endoscopice, radioendovasculare și tratamentul chirurgical de corecție al hipertensiunii portale.

Actualitatea temei

Una din cele mai grave complicații la bolnavii cu hipertensiune portală este hemoragia din varicele esofagogastrice.

Numai 15-25% pacienți rămîn în viață după prima hemoragie din varicele esofagiene. Consecințele hemoragiilor de origine portală pot fi destul de grave atît pentru pacienții cu ciroză hepatică, cît și pentru cei cu hipertensiune portală extrahepatică. Deci, o mare importanță la bolnavii cu hipertensiune portală are profilaxia hemoragiilor.

Un risc major pentru declanșarea hemoragiei la asemenea categorie de pacienți este: prezența varicelor esofagiene gradul II-III și esofagitei erozive în combinație cu dereglări de coagulare a sîngelui (Șerțingher A., 1986, A.Bour, 1998).

În ultimul timp ca metode de profilaxie a hemoragiilor din varicele esofagiene la pacienții cu ciroză hepatică și hipertensiune portală intrahepatică se utilizează metode miniinvasive așa ca: sclerozarea endoscopică, embolizarea endoscopică, aplicarea inelelor, ligaturărilor și clamelor endoscopice a embolizării radiovasculare a venelor gastrice, a șunturilor portocavale transjugulare- TIPS etc. (A.Bour,1998; A.Șerțingher , 1986; V.Cercasov,1996; I.Mișin ,2008; Anghelici G. 2008).

O metodă destul de eficace și accesibilă este sclerozarea endoscopică a varicelor esofagiene.Mai frecvent cu scop de profilaxie a hemoragiilor este utilizată sclerozarea paravazală cu Aethoxysklerol a varicelor esofagiene. Cu toate, că este o metodă miniinvasivă, dar sunt cunoscute și complicații ei:necroza peretelui esofagian, necroza și ulcerările mucoasei esofagiene,tromboflebita esofagiană,etc.(A.Șerțingher,1986; A.Bour,1998; etc).

Metodele endoscopice de profilaxie a hemoragiei din varicele esofagogastrice la bolnavii cu hipertensiune portală.

Perfecționarea instrumentelor endoscopice, bazate pe fibre optice, a determinat dezvoltarea ulterioară a endoscopiei curative. A apărut posibilitatea de a combina măsurile diagnostice și diverse metode de hemostază și profilaxie, efectuate prin intermediul endoscopului, așa ca diatermocoagularea, tratarea cu aerosoli, preparate cu clei biologic, sclerozarea endoscopică și ligaturarea endoscopică a venelor varicoase dilatate ale esofagului și a regiunii cardiale a stomacului.

Despre raționalitatea folosirii cleiului medical (MK-6, MK-7) indică în monografia sa (Iu.M. Panțirev și Iu.I. Gallinger (1984), dar numai cu scop de profilactică a hemoragiei, întrucât pentru formarea peliculei de clei este necesar o suprafață uscată.

O răspândire largă în practica clinică în tratarea bolnavilor cu hipertensiune portală a luat metoda sclerozării endoscopice a venelor varicoase ale esofagului și a regiunii cardiale a stomacului (Pațiora M.D. și coautorii, 1984; Șerțingher A.G., 1986; Jigalova S.B., 1993, Paquet K.J. et al. 1982, 1988, 1995; Kerber K., 1993; Lebrec D., 1993; Westaby D., 1993; Jaspersen D. et al. 1995; Elsayed S.S. et al. 1996; Rees C.J. et al. 1997; Mirsa S.P. et al. 1997; Conn H.O. et al. 1997,Bour A.1998).

Există doua metode de sclerozare endoscopică – intravazală și paravazală. La introducerea sclerozantului intravazal, acțiunea lui este bazată pe formarea trombului intravazal în urma reacției de inflamație a intimei venei și dezvoltării țesutului conjunctiv în locul nodului varicos trombat. Metoda paravazală a sclerozării endoscopice – provoacă cicatrizarea țesutului adipos paravazal, cu comprimarea ulterioară a venelor varicoase dilatate ale esofagului (Pațiora M.D. și coautorii, 1984; Șerțingher A.G., 1986; Stray N. et al. 1982; Witzel L. et al. 1985; Kitano S. et al. 1991; J. Terblanche et al. 1984, 1985).

În calitate de sclerozante este posibilă folosirea diferitor substanțe (Eleftheriadis E. et al. 1990; Hill H.D. et al. 1991; Terblanche J. et al. 1994). Se discută folosirea alcoolului absolut, soluției de glucoză hipertonică, natriului clorat, tetradecilsulfatului (Fischer J.E. et al. 1983; Sarin S.K., 1990; Van Stiegmans, 1991; Shawla Y.K. et al. 1997). În ultimul timp mai frecvent pentru sclerozare endoscopică intravazală se folosește 1-3% soluție de trombovar, ”ethanolamine oleate 5%” și sodium morruate 5% , dar cu scopul îndeplinirii sclerozării paravasale se folosește 0,5-1% de soluție polidocanol (Aethoxysklerol)(Șerțingher A.G., 1986; Terblanche J. et al. 1989,1997;Kitano S. et al. 1991;Lebrec D., 1993;Elsayed S., 1996; Bour A.1998).

Utilizarea preparatelor trombinice la efectuarea sclerozării endoscopice, și anume a adezivului fibrinic și preparatelor lui comerciale - Tissucol® sau Beriplast®, indicațiile fiind hemostaza în hemoragiile din varicele esofago-gastrice și totodată utilizarea lui cu scop de profilaxie a recidivei din varicele esofago-gastrice (Mișin I.,2009). Studiul autohton denotă unele avantaje ale adezivului fibrinic față de alți sclerozanți și anume : cantitatea redusă de

preparat folosit la sclerozarea unei vene, ședințe endoscopice în număr mai redus și micșorarea frecvenței complicațiilor întâlnite în sclerozare (Țîbîrnă C., Anghelici Gh., Moraru V., Panici I., 2003).

După părerea K.J. Paquet et al., (1982, 1988) efectul sclerozant depinde de concentrația și cantitatea, decât de tipul sclerozantului. Adesea injectarea unei cantități mici de sclerozant provoacă oprirea hemoragiei. Dar, acest efect nu este stabil și are ca consecințe recidive de hemoragii. Injectarea cantității mari de sclerozant aduce la obliterarea rapidă și stabilă, dar mărește numărul de complicații.

Indicațiile pentru efectuarea sclerozării endoscopice sunt: hemoragia acută din venele varicoase dilatate (scleroterapia urgentă), prevenirea recidivului de hemoragii (scleroterapie selectivă), prevenirea primei hemoragii din varicele esofagului și din regiunea cardială a stomacului (scleroterapia profilactică) (Paquet K.J., 1982; Terblanche J. et al., 1994).

Scopul scleroterapiei urgente este oprirea hemoragiei deja apărute. Aceasta se atinge atât prin injectarea sclerozantului intravasal cât și a celui paravasal. În ambele cazuri în perioada îndepărtată survine fibroza peretelui venei varicoase și a epitelului esofagului, ce preîntâmpină ruperile noi de vene.

Scopul scleroterapiei suspendate este prevenirea recidivului hemoragiei.

Majoritatea experților (Mac Dougall B.R.D. et al., 1982; Terblanche J. et al., 1983, 1997; Korula J. et al., 1985) menționează necesitatea de a se ține de o anumită schemă de sclerozare selectivă: peste 7 zile după prima ședință este obligatorie embolizarea vaselor gastro-esofagiene de control și în caz de necesitate efectuarea sclerozării repetate. În mediu bolnavii primesc câte 2-4 ședințe de sclerozare până la dispariția totală a teleangioectaziei, îngroșării epitelului și compresiei venelor varicoase dilatate de către cicatricii. Peste 4 luni este necesar controlul endoscopic și în caz de necesitate – o cură suplimentară de tratament.

Scopul sclerozării profilactice este prevenirea primei hemoragii. Efectuarea sclerozării profilactice trebuie petrecută numai în cazul prezenței semnelor endoscopice despre pericolul de hemoragie: venelor varicoase dilatate ale esofagului și regiunii cardiale ale stomacului de gradul II-III, esofagită, dilatarea esofagului (Șerțingher A.G., 1986). Este necesar de a efectua SE peste 24 de ore de la hemostaza medicamentoasă conservativă, iar intervalul ședințelor SE (de la câteva zile pînă la 6 săptămîni) este dictat atât de viteza de obliterație a varicelor, cât și de leziunile grave ale mucoasei esofagiene cauzate de injectările în intervale scurte (Garbuzenco D.V. 2004).

Deosebite complicații precoce (primele 24 ore după sclerozare) și tardive(peste câteva zile sau săptămîni) ale SE. Frecvent apar dereglări nesemnificative ale motoricii esofagiene, dar disfagia severă ca regulă este rezultatul formării stricturii severe, riscul apariției căreia este direct proporțional cu numărul ședințelor SE, cât și de volumul sclerozantului (Nozoe T., Matsumata T., Sugimachi K., 2000). Mai grave complicații ale SE pot fi ulcerările mucoasei esofagiene. Dacă ulcerarea este masivă, atunci se poate dezvolta necroza peretelui esofagian, hemoragia esofagiană, perforația esofagiană și ca consecință a ultimei- mediastenita (Bacon B.R., Camara D.S., Duffy M.C., 1987). Bacteriemia tranzitorie practic se dezvoltă la fiecare al doilea pacient, ea decurge latent, iar așa complicații ca meningita, paranefrita, abcesul cranian, endocardita, peritonita bacteriană se întîlnesc destul de rar (Bac D.J., de Marie S., Siersema P.D. et al. ,1994). Cu scop de-a micșora rata complicațiilor sus- numite unii autori (Beburișvili și coautorii, 2006) propun de-a efectua "ambreiăjul" poligluchinic. După introducerea sclerozantului intravenos (sol. Aethoxysklerol 3 % - 11ml) autorii în timpul ședinței formau paravazal "ambreiăjul" poliglichinic (2-10ml), ca rezultat are loc extravazarea lichidului intracelular și tot-odată micșorarea concentrației preparatului sclerozant.

După părerea K.J. Paquet (1982, 1988) complicațiile apar în cazul de încălcare a metodicii de sclerozare endoscopică, mărirea excesivă a cantității sclerozantului s-au a concentrației lui, subestimarea patologiei concomitente.

Hemoragiile din varicele fundului stomacal apărute ca rezultat al scleroterapiei flebectaziilor esofagiene sau spontane prezintă dificultăți tehnice pentru endoscopist.

Histoacrilul(N-butil-2-cianoacrilat) este o substanță care se transformă din stare lichidă naturală în solidă la adaosul unui mediu fiziologic (sângele). Cianoacrilatul introdus în doze mici intravazal printr-o reacție unimomentană de polimerizație devine solid obturând diametrul venei ,ceea ce duce la o hemostază imediată(Akahoshi T., Hashizume M., Shimabukuro R., et al. 2002; Sarin S.K. et al. 2002).

Reieșind din datele literaturii mondiale, privind profilaxia hemoragiilor din varicele esofagiene, apare în concluzie necesitatea unui studiu ce ar preciza indicațiile pentru utilizarea sclerozării endoscopice paravazale și intravazale, aprecierea concentrației și cantității optime a substanței sclerozante pentru a provoca sclerozarea varicelor esofagiene cu o rată minimă de complicații. Este de-asemeni necesară selectarea metodelor eficiente de profilaxie a hemoragiilor din varicele esofagiene la pacienții cu HP, atât intrahepatică cât și extrahepatică.

Metodele roentghenendovasculare de profilaxie a hemoragiilor din venele varicoase dilatate ale esofagului și stomacului

În funcția subcompensată sau decompensată a ficatului și de asemenea la bolnavii cu hipertensiune portală operați de multe ori anterior, în legătură cu un număr mare de complicații și cu letalitate mare postoperatorie, se dă preferință metodelor puțin invazive de hemostază. Între ele un mare interes prezintă metodele roentghenendovasculare ale chirurgiei: embolizarea endovasculară a venelor stomacului și șuntarea transjugulară intrahepatică porto-sistemică (TIPS)(Granov A.M. și coautorul 1984; Rabkin I.H. și coautorul, 1987; Saveliev V.S.și coautorul, 1984, 1988; Carimov Ș.I. și coautorul, 1989, 1997; Cercasov V.A. 1990, 1997; Procubovschii V.I. și coautorul, 1993;Rossle M., 1994; Ye Q et al. 1996; Meyer K.M. et al. 1996;Krajina A.et al. 1996; Gozzetti G. et al. 1996; Brown R.S. et al. 1997, Bour A.1998).

Embolizarea arterei hepatice pentru prima dată a fost efectuată cu efect pozitiv de către F. Maddison (1973) la un bolnav cu hemoragie din venele varicoase dilatate ale esofagului. Un rând de autori recomandă efectuarea embolizării arterei lienale în cazul neeficienței altor metode de stopare a hemoragiei din venele varicoase dilatate ale esofagului și în splenomegalie cu scop de decompresie a sistemii portale (Esser G. et al., 1982). Totodată se atestă scăderea nivelului tensiunii portale cu 40%, ce după părerea lor contribuie la oprirea hemoragiei

Altă metodă puțin invazivă roentghenendovasculară de hemostază și profilaxie este șuntarea transjugulară intrahepatică porto-sistemică (TIPS) (Bosh J. et al., 1994; Meyer K.M. et al., 1996; Brown R.S. et al., 1997)..

Hemodinamic TIPS este identic cu șunturile portocavale dozate de tip H. TIPS duce la micșorarea tensiunii portale, la decompresia ficatului și în consecință la stoparea hemoragiei acute din venele varicoase dilatate ale esofagului și stomacului și la profilactica recidivului, și de asemenea la micșorarea ascitei (Bosh J., 1994; Brown R.S., 1997; Svoboda P. et al., 1997; Schunk C. et al., 1997).

Indicațiile pentru TIPS la momentul actual :

1. Hipertensiunea portală.
2. Hemoragie din varicele esofagogastrice acută.
3. Hemoragie variceală recidivantă.
4. Hidrotoracele hepatogen.
5. Sindromul Budd-Chiari.

Principala prioritate al TIPS – invazivitatea minimală față de metodele chirurgicale de decompresie.

În rând cu toate prioritățile menționate, metoda TIPS are și neajunsuri și poate duce la diferite complicații ca: tromboza șuntului (15-50%), encefalopatie porto-sistemică (3-39%), stenoza șuntului (20-35%), hemoragie intraabdominală (1-3%) (Rossle M. et al. 1992; Somberg K.A. et al. 1992; Merli M., 1994; Jalan R., 1995; Saito H., 1995;Stanely A.J. et al.1996;Meyer K.M. et al. 1996;Krajina A. et al. 1996).

Encefalopatia întâlnită în 3-39% de cazuri nu depinde de corelația semnelor clinice și gradul de disfuncție hepatică (Blei A.T., 1994). Stenoza sau ocluzia șuntului din diferite date variază de la 15 la 50% și cauzele sunt hiperplazia intimei segmentului v. hepatice sau tromboza endoprotezei ca rezultat al fluxului sangvin scăzut prin el (Binmoeller K.F., Soehendra N., 1995). Alte complicații posibile ale TIPS pot fi legate nemijlocit cu tehnica îndeplinirii procedurii date (perforarea capsulei hepatice, hemoragii intraabdominale, hemobilia), cât și induse de șuntarea propriu-zisă (tromboembolia a. pulmonare, tromboza v. portae). Totuși TIPS vs SE+ farmacoterapia (propranolol+isosorbid-5-mononitrat) în profilaxia recidivei hemoragiilor esofagogastrice au același indice de supraviețuire (Escorsell A., Banares R., Garcia-Pagan J.C., 2002).

Într-asa fel, analiza literaturii mărturisește despre o perspectivă înaltă a embolizării endovasculare a venelor gastrice și TIPS în tratarea și profilaxia hemoragiilor din venele varicoase dilatate ale esofagului și stomacului. Neajunsul TIPS este costul înalt, ceea ce limitează utilizarea pe larg a metodei date.

Metode farmacologice de profilaxie al hemoragiilor din varicele esofagogastrice la bolnavii cu CH și HP

Scopul principal în terapia conservativă la pacienții cu HP este profilaxia hemoragiei din varicele esofagogastrice.

Un rol important în profilaxia hemoragiilor din dilatățile varicoase a venelor esofagiene și stomacale la pacienții cu hipertensiune portală, în ultimul timp i se atribuie scăderea nivelului tensiunii portale.

Cea mai mare experiență clinică este acumulată în folosirea β -adrenoblocatorului neselectiv – propranolol (obzidan) în doze cuprinse de la 40 până la 200 mg/zi. A fost observată micșorarea frecvenței contracțiilor cardiace în repaus cu 25% și micșorarea recidivelor de hemoragii (Peresta I., 1992; Pascal J.P. et al. 1990; Irevillyan J. et al. 1997). Cercetările lui C.Merkel et al. au demonstrat, că tratamentul combinat al HP cu nadolol și isosorbid-5-mononitrat preîntâmpină hemoragia primară din flebectaziile esofagogastrice mult mai efektiv decât monoterapia cu nadolol. Totodată la un număr mare de pacienți este imposibil de a fi indicat isosorbid-5 mononitrat datorită cefaleei pronunțate.

Pentru micșorarea HP poate fi posibilă combinarea propranololului cu preparate din diverse grupe farmacologice: α_2 -adrenomimetici (clonidina), diuretice (spironolactonă), blocatori ai serotoninei (ketanserin, ritanserin), inhibitori ai enzimei de conversie (enalapril, lozartan, irbesartan), prokinetice (metoclopramid, cisaprid) (Sinișin S.P., Evdokimov V.D., 2005).

Necesită atenție administrarea preparatului metoclopramid (cerucal). Avînd efect de spasmare a sfîncterului esofagian inferior, produce micșorarea hemodinamicii pe vena azygos \approx 11,5%, ceea ce duce la micșorarea tensiunii în venele esofagiene varicos dilatate și la un efect benefic hemostatic (Hosking și coaut., 1988; Sarin SK, Saraya A., 1995). În cadrul hipertensiunii portale deseori se depistează afecțiuni eroziv –ulceroase ale mucoasei esofagiene, gastrice și duodenale, instalarea frecventă a gastropatiei portale cu sau fără rupturi flebectatice ce pot fi surse de hemoragie (de Franchis R., 1996). Tot-odată hemoragiile esofagogastrice masive pot avea loc datorită lizisului trombilor sub acțiunea sucului gastric. Pentru micșorare factorului peptic se administrează preparate antacide și regeneratorii (maalox, magalox, almagel, vicalin, sucralfat); H_2 - blocatori ca ranitidina, famotidina; inhibitori ai pompei protonice-omeprazolul, lansoprazolul, pantoprazol.

Terapia medicamentoasă a insuficienței hepatice include hemodeza, soluții hipertone de glucoză, vitaminele grupului B (B_1, B_6, B_{12}), vitamina C, acizii lipoic, nicotinic, nucleinic, glutaminic, preparatele K, lipostabil, esențiale, inhibitori ai enzimelor proteolitice (kontrikal, gordox), soluții de aminoacizi (hepasol, aminoplasmal-hepa). În patogeneza dezvoltării encefalopatiei hepatice un rol deosebit se atribuie pătrunderii în sistemul portal a compușilor azotați, ce se formează în intestin la degradarea sîngelui. De-aceea după obținerea unei hemostaze stabile la bolnavii cu ciroză hepatică și hemoragie din varicele esofagogastrice cu

scop de profilaxie a encefalopatiei hepatogene este necesar de a efectua irigare transintestinală cu preparate cu osmolaritate înaltă- Normaze, Lactuloza, Sorbit (BOUR A.V.,1992). Administrarea antioxidantilor(Vitamina E-5% -6ml i/m) peste fiecare 6 ore reduce afectare organelor interne în rezultatul hipoxiei hemodinamice și hemice.

În încheiere,rămîne de menționat că preparatele farmacologice indicate în tratamentul HP au drept scop profilaxia hemoragiei din varicele esofagogastrice , dar totuși nu este definitiv hotărîtă problema de bază – intoleranța pacienților la β - blocatori, combinația optimală a preparatelor β -blocante și nitrați în scăderea efectivă a presiunii portale.

Metode chirurgicale de corecție a hipertensiunii portale extrahepatice

Recidiva hemoragiei din varicele esofagogastrice la bolnavii cu HP-este una din cele mai complicate problemeaa a medicinei contemporane (Pațiora M.D.,1954, Țațanidi K.N.,1971., Pațiora M.D. et al. 1979, Eramișanțev A.K. et al. 1998).

Actualmente datorită implimentării și utilizării pe larg a metodei combinate – SE +LE sau SE+ β -blocați în profilaxia apariției și recidivei hemoragiei esofagogastrice, tratamentul chirurgical este o metodă mai limitată spre deosebire de anii precedenți(Terblanche J., Stiegmann G.V., Krige J.E., Bornman P.C.,1994).

În multitudinea de operații propuse pentru profilaxia hemoragiilor din varicele esofagogastrice la bolnavii cu HP mai frecvent sunt efectuate anastomozele porto-cavale(APC) și operații directe asupra venelor varicos dilatate ale esofagului și stomacului printre care cel mai des folosită este gastrotomia cu suturarea varicelor esofagogastrice propusă de Pațiora M.D.1959.

Ambele metode au atît succesele sale cît și complicațiile caracteristice, ce uneori complică decurgerea perioadei postoperatorii,iar uneori induc către deces.

Operația Pațiora de regulă are un effect hemostatic nemijlocit,totuși în perioada postoperatorie tardivă la un număr de pacienți survine recidiva hemoragiei din varicele esofagogastrice,iar tratamentul lor devine mult mai complicat(Jigalova S.B.,1993).

La efectuarea APC în perioada postoperatorie precoce frecvent survine recidiva hemoragiei esofagogastrice necătfînd la micșorarea HP.Geneza complicației date nu este elucidată pînă în prezent, ea înrăutățește considerabil decurgerea perioadei postoperatorii și uneori necesită efectuare intervențiilor chirurgicale repetate sau endoscopice (Dolidze M.A.,1992; Gunzînov G.D., 2004).

Ca regulă, recidiva hemoragiei survine în perioada postoperatorie precoce, adică la 2-5 zi după operație, în cadrul efectuării APC cu diametrul mic(8-9mm), adică sunt porto-caval parțial.După datele literaturii mondiale,cauza recidivei hemoragiei cel mai frecvent este tromboza APC,dar uneori pot surveni hemoragiile și în cazul unei APC ce funcționează bine(Eramișanțev A.K., Lebezev V.M.,1995; Bohean T.S.,2000; Șitov V.P.,2004). Dacă la maturi etiologia hemoragiilor din varicele esofagogastrice în 75% cazuri este CH ,atunci la copii cel mai frecvent se întîlnește HP extrahepatică cu funcția ficatului normală(Leontiev A.F., Seneacovici V.M.,Lecmanov A.U.,1996; Leontiev A.F.,Șelcovici V.I.,2005). Sarcina de bază în tratamentul acestor pacienți constă în profilaxia hemoragiei din varicele esofagogastrice obținută prin șuntarea porto-sistemică(Wolff M.,Hirner A.,2003;Botha J.F., Campos B.D., Grant W.J. et al.2004; Zurbaev N.T., Seneacovici V.M.,2005).

Cauza principală al HP este blocul extrahepatic al hemodinamicii portale ce se dezvoltă ca rezultat al trombozei v.portae (după cateterismul vaselor ombilicale în perioada nou-născută,sepsisului ombilical, omfalitei etc.) sau vicii de dezvoltare ale v.portae (Razumovski A., 1995; Leontiev A.F.,Șelcovici V.I. ,2005).

Întroducerea în chirurgia HP a șuntării mezo-portale de către Ville de Goyet ,1998 a fost socotită revoluționară datorită faptului restabilirii perfuziei portale a ficatului în cazul HP extrahepatice.

Problema caracterului intervențiilor chirurgicale rămîne complicată pînă în prezent.Mult mai complicată este totuși alegerea tacticii de tratament a flebectaziilor esofagogastrice în combinație cu ascită și hipersplenism.

În tratamentul chirurgical a bolnavilor cu diferite forme decompensate al hipertensiunii portale se folosesc următoarele tipuri de operații:

- 1) Decompresia sistemului portal prin șuntările porto-sistemice.
 - a. anastomoze vasculare
 - b. organoanastomoze
- 2) Reducerea fluxului sangvin gastroesofagial
 - a. operații sclerozante
 - b. operații de deconexiune
- 3) Îmbinătățirea refluxului limfatic în condițiile limfo producerii excesive
- 4) Reducerea radioangiografică a fluxului portosistemic
- 5) Reinfuzia lichidului ascitic în patul sangvin prin șuntul peritoneo-venos

După părerea multor cercetători tratamentul chirurgical al pacienților cu HP este indicat în cazul riscului major de hemoragie din varicele esofagogastrice (Saenco V.P. și coaut., 1997).

Metodele chirurgicale actuale pentru tratamentul hemoragiilor din varicele esofagogastrice pot fi condițional divizate în 3 grupuri:

1) Șuntul porto-sistemic neselectiv

Tipurile de bază ale acestui șunt sunt anastomozele porto-cavale directe.

Ambele tipuri de anastomoză (latero-lateral și latero-terminal) asigură decompresia totală a sistemului portal (A.A. Șalimov și coaut., 1988; Calow, 1984).

Actualmente sunt răspândite așa tipuri de anastomoze porto-sistemice neselective ca spleno-renal central și mezenterico-caval. Totuși, micșorarea bruscă a perfuziei portale la majoritatea pacienților în rezultatul decompresiei totale a sistemului portal induce dezvoltarea encefalopatiei porto-sistemice la 40-45% bolnavi (Henderson, 1989).

2) Șuntul porto-sistemic selectiv

Datorită acestei operații de șuntare se obține o decompresie parțială a sistemului portal. Cel mai frecvent este utilizată anastomoza spleno-renală distală (Warren, 1967).

Păstrarea perfuziei portale la majoritatea pacienților în perioada postoperatorie se obține o frecvență joasă a encefalopatiei porto-sistemice pînă la 18%, o funcție stabilă a ficatului, și ca rezultat o longevitate crescută a pacienților (Zeppa și coaut., 1988). Decompresia parțială se obține cu ajutorul anastomozelor porto-cavale de diametrul mic (8-10mm), care după datele hemodinamice este identică cu șuntările selective (Sarfen și coaut., 1986). Cele mai frecvente și grave complicații după șuntările porto-sistemice sunt tromboza anastomozei cu dezvoltarea hemoragiei din flebectaziile esofagogastrice, hepatargia (Saenco V.F. și coaut., 1997).

Reieșind din datele clinicilor preocupate de tratamentul chirurgical al HP se stabilește faptul că șuntul porto-sistemic este o metodă chirurgicală sigură de tratament a flebectaziilor esofagogastrice. El poate fi folosit atît în chirurgia de urgență, programată cît și ca scop de profilaxie, preferată fiind anastomoza spleno-renală distală. Totuși, șuntul porto-sistemic nu poate hotărî problema HP totalmente, datorită faptului aplicării la un număr limitat de pacienți.

3) Operații, ce au drept scop reducerea fluxului sangvin gastroesofagial

Aceste operații nu dereglează hemodinamica porto-sistemică, ca rezultat pot fi îndeplinite la o categorie mai gravă de pacienți. Se utilizează operația de ligaturare a venelor varicoase prin gastrotomie (Corotchi V.N., 1982; Pațiora M.D., 1984), operații de devascularizare și transecție esofagiană (Hassab, Sugiura), devascularizarea esofagului și stomacului cu deconectarea sistemului portal de la sistemul caval inferior (Eramișanțev A.S. și coaut., 1983).

Metoda cea mai optimală pentru tratamentul pacienților cu HP intrahepatică este transplantul hepatic. Totuși ca perspectivă este necesar de a fi inventate noi metode de tratament ce ar permite creșterea capacității regeneratorii a ficatului cît și profilaxia complicațiilor ce survin în stadiile inițiale ale cirozei hepatice.

La ora actuală posibilitățile chirurgiei HP nu numai că permit de a proteja pacienții tineri de hemoragiile din varicele esofagogastrice incompatibile cu viața, dar și restabilirea completă a funcției anatomo-fiziologice a sistemului portal

Problema dată rămâne una din cele mai actuale și complicate ale chirurgiei de urgență a organelor abdominale.

Concluzii

În ultimii 15-20 ani se menționează un progres vădit în evaluarea patogenezei și tratamentului hipertensiunii portale în cadrul cirozei hepatice. Aceasta a permis implementarea noilor metode medicamentoase de profilaxie a hemoragiilor din varicele esofagiene, perfecționarea metodelor endoscopice și chirurgicale, implementarea metodelor radioendovasculare.

În prezent este stabilit, că terapia medicamentoasă se află la baza profilaxiei primare a hemoragiilor variceale, preparatele de elecție fiind β -adrenoblocatorii neselectivi (Vlachogiannakos J., et al. 2000). Combinarea β -adrenoblocatorilor cu sclerozare endoscopică sau ligaturarea endoscopică este etapa primară ce are drept scop profilaxia recidivei hemoragiei din varicele esofagiene.

Pacienților cu HP extrahepatică, confirmată în rezultatul investigațiilor radiovasculare le este indicat tratamentul chirurgical (anastomozele porto-cavale) sau radiovascular (TIPS) și el poate fi radical, la pacienți dispune ascita, varicele esofagiene și HP (Eramișanțev A., 1984; Luketic V.A., Sanyal A., 2000).

Bibliografie

1. Akahoshi T., Hashizume M., Shimabukuro R. et al. Long-term results of endoscopic Histoacryl injection sclerotherapy for gastric variceal bleeding : 10 years experience Surgery.- 2002.- Vol. 131, N.1 (suppl.)- P. 176- 181.
2. Albillos A., Garcia-Pagan J.C., Iborra J. et al. Propranolol plus prazosin compared with propranolol plus isosorbide 5- mononitrate in the treatment of portal hypertension . . - Gastroenterology.- 1998.- Vol.115, N 1. – P.116- 123.
3. Anghelici Gh. Diagnosticul și tratamentul chirurgical al complicațiilor cirozei hepatice. Autoref.dr.hab.șt.med. Chișinău 2008.
4. Avgerinos A., Armonis A., Manolakopoulos S. et al. Endoscopic sclerotherapy plus propranolol alone in the primary prevention of bleeding in high risk cirrhotic patients with esophageal varices: a prospective multicenter randomized trial // Gastrointest.Endosc.- 2000.- Vol. 51, N 6,- P. 652- 658.
5. Banares R., Mointinho E., Garcia- Pagan J.C. et al. Randomized comparison of long-term carvedilol and propranolol administration in the treatment of portal hypertension in cirrhosis // Hepatology. – 2002.- Vol.36, N 6.- P. 1367-1373.
6. Binmoeller K.F., Soehendra N. Nonsurgical treatment of variceal bleeding: New modalities // Amer. J. Gastroenterol. – 1995.- Vol.90, N 11.- P. 1923- 1931.
7. Blei A.T. Hepatic encephalopathy in the age of TIPS // Hepatology. – 1994.- Vol. 20, N 1 (Pt.1). - P.250-252.
8. Bosch J. the sixth Carolos E. Rubio memorial lecture. Prevention and treatment of variceal hemorrhage // P.R. Health Sci.J. – 2000.- Vol.19, N 1. – P.57-67.
9. Conn H.O. Transjugular intrahepatic portal-systemic shunts: the state of the art // Hepatology. – 1993.- Vol.17, N 1.- P. 148-158.
10. De B.K., Das D., Sen S et al. Acute and 7-day portal pressure reponse to carvedilol and propranolol in cirrhosis // J. Gastroenterol. Hepatol.- 2002.- Vol. 17, N 2.- P. 183-189.
11. Escorsell A., Banares R., Garcia- Pagan J.C. et al. TIPS versus drug therapy in preventing variceal rebleeding in advanced cirrhosis: a randomized controlled trial . Hepatology.- 2002.- Vol.35, N 2,- P.- 385- 392.
12. Gournay J., Maskiah C., Martin T. Et al. Isosorbide mononitrate and propranolol compared with propranolol alone for the prevention of variceal rebleeding. // Hepatology. – 2000.- Vol.31, N 6. – P. 1329- 1245.

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. 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.
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 Științifice. „Probleme clinico-chirurgicale și ale sănătății mamei și copilului”, Vol.III, Chișinău 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% ȘI METODA COMBINATĂ CU
AETHOXYSKLEROL 0,5%**

Lilian Cazacu

Curs chirurgie, Facultatea stomatologie USMF „Nicolae Testemițanu”

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