

- simptomatice duodenale. Congresul XXIII internațional al chirurgilor din România, Oradea 2006.
7. Hotineanu V.; Gorea D.; Pripa V.; Corețchii V.- Malrotațiile duodenale la pacienții cu ulcere gastroduodenale. Congresul VIII al chirurgilor din R. Moldova, Chișinău 1997.
  8. Hotineanu V.; Gorea D.; Pripa V.; Corețchii V.- Ulcere gastroduodenale simptomatice la pacienții cu malrotație duodenală. Conferința Anuală Științifică Universitară, Chișinău 1996.
  9. Aurel Ordeanu – Tratat de radiologie a tubului digestiv. Editura Dacia, Cluj – Napoca 1985.
  10. Leonard R.Jhonson - Physiology of the gastrointestinal tract. New York, 1987.
  11. Lynthia W. - Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease. World J.Surg., 2002.
  12. Rosenthal R. - Options and strategies for the management of choledocholithiasis, World J Surg., 1998.
  13. Basley V.; Braun R.–Arterimezentric obstruction of duodenum. Ann. Surg.- 1954.
  14. Higgins C.C. – Chronic duodenal ileus with report of 56 cases. Arch. Surg 1926.
  15. Касимов А. Эндобилиарная хирургия в лечении механической и хирургической гепатологии, 1996
  16. Майстренко Н. - Холедохолитиаз. Санкт-Петербург, 2000
  17. Шалимов А. - Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев, 1993.
  18. Выржиковская К.Я. Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки. Б. Бедгоз. 1963-252 с.
  19. Кузин Н. М. ,Особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в молодом возрасте. М.:Медицина, 1999. с.83-86.
  20. Линар Е.Ю., Кислообразовательная функция желудка в норме и патологии. Рига . 1968.С.281.
  21. Маят В.С., Нестеренко Ю.А., Ступин В.А. Хроническая дуоденальная непроходимость, диагностика и лечение. Всесезонный съезд гастроэнтерологов, 111-й, М-Л. 1984 , Г.10 1-2, с. 42-43,
  22. Мизрав А. П. Дуоденальный стаз. Л.1976. с 176.
  23. Нестеренко Ю. А., Ступин В. А., Федоров А.Е., Хроническая дуоденальная непроходимости. М.:Медицина,1990.238.
  24. Ступин В.А.,Винокуров И. Л.,Федоров Н.В.,Релаксационная дуоденография в диагностике и хронической дуоденальной непроходимости// Хирургия – 1983. №10.С.80-82.

## **ROLUL METODELOR CHIRURGICALE ÎN CORECȚIA SINDROMULUI HIPERSPLENIC GRAV**

**Vladimir Cazacov**

Catedra Chirurgie nr. 2, USMF “Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Value of surgical interventions in correction of severe hypersplenic syndrome*

The clinical casuistry study consisted of 314 cirrhotic patients with SSH, with an age between 16 and 56 years old, admitted, monitored, diagnosed in Surgical Department Nr.2, hepaticobiliopancreatic surgery division. From the total of 314 selected cases that were operated for SSH, in 295 (94,2%) splenectomy and azygo-portal devascularisation associated with omentopexy was performed, of which 279 were done in classical way while 16 cases (5,4%) laparoscopically and one case was converted to classical. Our experience shows that the approach in SSH cases needs to be done carefully in organized manner, in teams specially trained to deal with chronic hepatic pathology patients.

## Rezumat

Studiul cazuisticii clinice a fost alcătuit dintr-un număr de 314 de pacienți cirofici cu HSS, cu vârsta între 16 și 56 de ani internați, monitorizați, diagnosticați și tratați în Clinica 2 Chirurgie, compartimentul de Chirurgie Hepatobiliopancreatică. Din numărul total de cazuri selectate și operate pentru HSS, la 295 (94,2%) au fost practicate splenectomia cu devascularizare azygo-portală asociată cu omentopexie dintre care la 279 pacienți s-a intervenit prin metode clasice, iar la 16 pacienți (5,4%) prin metoda videolaparoscopică, un caz convertit la metoda clasică. Experiența acumulată arată că abordarea cazurilor cu splenopatie portală atent selectate trebuie efectuată în echipă organizată, special antrenată în managementul pacienților cu tară hepatică.

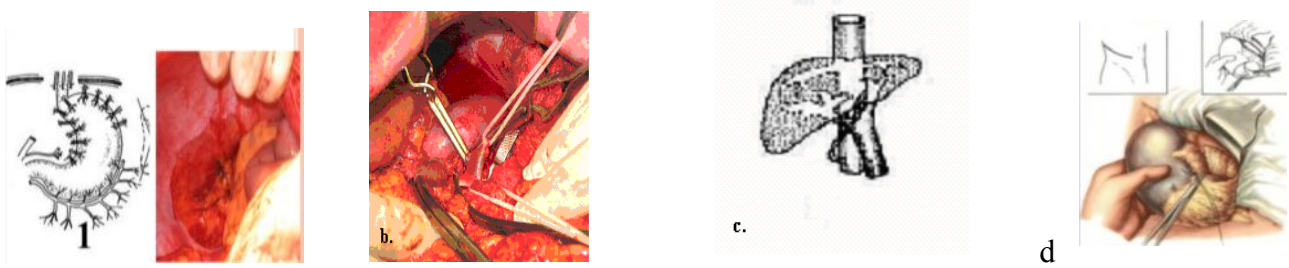
## Introducere

Chirurgia hipertensiunii portale (HTP) este o problemă care implică multă responsabilitate din partea medicului practician. Tratamentul chirurgical al acestei entități patologice este departe de a fi bine codificat și continuă să fie subiectul a numeroase contradicții medicale ( 7,9,13 ). Astfel numeroasele metode terapeutice chirurgicale cunoscute până în prezent, sunt aprobate sau dezaprobat de literatura de specialitate, fiind foarte greu de apreciat valoarea unui procedeu operator care se dovedește a fi eficient în anumite statistici dar care generează complicații și re-intervenții în alte studii( 1,2,8,10). Aceste contradicții pot fi explicate în principal prin polimorfismului structural pe care îl dezvoltă boala cronică hepatică responsabilă în majoritatea cazurilor de apariția sindromului HTP(3-7,11,12). În lucrarea de față ne-am propus să realizăm o analiză a tratamentului chirurgical, atât clasic cât și modern, adresat splenopatiei portale (SP) preocuparea noastră fiind orientată către alegerea unor tehnici și procedee chirurgicale bine puse la punct ca indicație , timp și amploare.

## Material și metode

Studiul analizează cazuistica personală care cuprinde 314 de pacienți cirofici cu splenopatie portală internați, monitorizați și operați în perioada aa. 1995- 2011 în compartimentul de Chirurgie Hepatobiliopancreatică, Catedra 2 Chirurgie USMF . Tactica chirurgicală individuală de rezolvare a fost adoptată particularităților cazului( mărime, topografie, stadiu evolutiv, eventuale complicații) și diferențiată în funcție de bilanțul lezional și de starea generală a pacientului, obiectivele intervenției chirurgicale fiind corectarea hipersplenismului, micșorarea HTP, drenajul retroperitoneal al ascitei. Din numărul total de 314 cazuri selectate și operate, la 294 (94,2%) au fost practicate splenectomia cu devascularizare azygo-portală asociată cu omentopexie dintre care la 278 pacienți s-a intervenit prin metode clasice, iar la 16 pacienți (5,4%) prin metoda videolaparoscopică, un caz convertit la metoda clasică. În seria de pacienți cu ciroză decompensată vascular, s-au realizat și 11 anastomoze porto-cave: 8 spleno-renale distale și 3 omfalo-cave care, fiind practicate după indicații bine definite nu întodeauna ne-au dat satisfacție clinică așteptată, eficiența lor fiind umbrată de encefalopatie portală . La alții 9 ( 2,8 %) pacienți cu sindrom hemoragipar sever și ascită s-a adoptat o atitudine chirurgicală conservatorie practicînd operația Kaliba, suturarea pediculului vascular gastric sting, arterei lienale și omentopexie (fig.1.). Au existat situații în care pacienții prezentau concomitent și altă patologie care a necesitat operații simultane: colecistectomia (14 cazuri), apendicectomia (5 cazuri), hernioplastia (4 cazuri), rezecție de intestin (1 caz). La un număr de 251 pacienți la care endoscopia a arătat prezența varicelor esofagiene gr.II-III s-a practicat profilactic ligaturarea endoscopică, iar la 41 pacienți - laparoscopia diagnostică care, după explorarea laparoscopică, oferă și informații utile vis-a -vis de gradul de fezabilitate a splenectomiei laparoscopice.

Majoritatea intervențiilor chirurgicale ( 73% ) au fost practicate în condiții tehnice precare: splenomegalie gradul III- IV ( 89% ), sindrom hemoragipar sever ( 67% ), perisplenism important ( 43 % ), prezența nodulilor limfatic în hilul lienal ( 13 % ), coada pancreasului intrahilar situată ( 11% ), variantă fasciculată a a pediculului vascular splenic ( 6 % ).



**Figura 1. Imagini intraoperatorii: 1. Davascularizare azygoportală Hassab + op. Kaliba; b.anastomoză splenorenală distală; c. anastomoză omfalo-cavă; d. omentorenopexie**

Dimensiunile ficatului au fost diferite, în funcție de caracterul și stadiul lezional hepatic. Hepatomegalia a fost prezentă în 27% cazuri, mai frecvent din contul lobului stâng; la 62% pacienți s-a determinat atrofia parenchimului hepatic acompaniată de consistența dură a ficatului și contur neregulat. Explorarea intraoperatorie a pus în evidență leziuni cirogene macronodulare în 63% dintre cazuri, micronodulare – în 21% și micro-macronodulare – la 16% cazuri din totalul pacienților operați. Discordanța dintre diagnosticul clinic al bolii de fond și afectarea depistată intraoperator (limfom non-Hodgkin) și/sau morfologic am înregistrat-o la numai 7 cazuri.

Aspectul lezional al splinei a fost extrem de complex. Splenomegalia este unul din factorii importanți ce stabilesc dificultățile tehnice. Dimensiunile intraoperatorii ale splinei au variat între 12 și 30 cm cu o valoare medie de  $20,8 \pm 5,76$  cm ( $p < 0,001$ ). La 10 pacienți dimensiunile splinei au fost normale (ax lienal  $l=12$  cm), la 21 pacienți distanța dintre polul superior și inferior = 12-20 cm, la 30 bolnavi de la 21 la 30 cm; bolnavi cu splenomegalie masivă, în observațiile noastre, au fost 89 (46,8%), cu megasplină – 101 (53,2%). Spline accesorii au fost descoperite la 9% bolnavi localizate după incidență în ordine descrescătoare în hilul lienal, în ligamentul gastrolial și gastrocolic, în omentul mare. În ceea ce privește prezența colateralelor porto-cave decompressive constatăm predominanța colateralelor gastro-esofagiene atestate la 80% cazuri, surprinse în majoritatea cazurilor (60% din ele) și intraoperator, situate fiind la polul superior lienal (calea diafragmală stângă); distribuția splenorenală a colateralelor a fost atestată în 46,5% cazuri și retroperitoneală în 30% cazuri. Dilatarea venei porte ( $>1,3$  cm) și venei lienale ( $>1,0$  cm) acompaniată de prezența sinusoidelor vasculare a fost înregistrată la 91% din cazuri.



**Figura 2. Schema splenectomiei "cu splina pe loc" și secvențe intraoperatorii**

Trebuie de subliniat că managementul chirurgical al HTP asociate cu splenomegalie și hipersplenism sever presupune, pe lângă stabilirea corectă a indicației chirurgicale, alegerea momentului operator și a procedurii. Splenectomia singulară adresată HPSS este în prezent un procedeu ale cărui indicații s-au redus substanțial. Ea rămâne totuși o operație care se recomandă a fi efectuată în combinație cu alte gesturi chirurgicale de echipe experimentate, în centre specializate de chirurgie a ficatului. În cazuistica noastră, splenectomia prin abord classic, laparotomic practică ca o secvență terapeutică s-a realizat la ( 92%) pacienți. Am

preferat procedeul splenectomiei "cu splina pe loc" (fig.2.) pentru avantajele metodei legate de evitarea posibilelor complicații hemoragice în condițiile unui ficat cirotic și a sindromului hemoragipar trombocitopenic, iar pe de altă parte pentru scăderea riscului lezării cozii pancreasului și dezvoltarea pancreatitei acute postsplenectomie.

Dezvoltarea rapidă și entuziastă a chirurgiei laparoscopice a făcut ca această metodă terapeutică modernă să-și extindă indicațiile și în cazul splenopatiilor portale simptomatice, astfel că în ultimii 3 ani ai studiului nostru, din numărul total de pacienți cu hipesplenism sever secundar, au fost selectate cazuri care au fost supuse acestei metode de tratament. A rezultat astfel, un lot de 16 pacienți care au fost supuse tratamentului chirurgical laparoscopic, 4 din cazuri prin abord laparoscopic asistat manual (HALS). Cazuistica noastră redusă numeric a inclus numai pacienți cu splenopatii secundare bine selectați având o topografie convenabilă fără rapoarte de vecinătate periculoase, perisplenism important și cu dimensiuni a splinei sub 20 cm, în lipsa dereglărilor marcate ale hemostaziei. În acest grup de bolnavi nu am înregistrat nici un caz de deces postoperator, conversia a fost necesară într-un singur caz.

### **Rezultate și discuții**

Evoluția bună postoperatorie a constituit fundamentul aprecierii rezultatelor calitative ale studiului. Pentru aprecierea rezultatelor am urmărit anumiți parametri: complicații postoperatorii, durata spitalizării, starea la externare și evoluția în timp a bolnavilor. În general evoluția postoperatorie, în marea majoritate a cazurilor, a fost trenantă dar cu vindecare chirurgicală și corecția citopeniei în 95% din ele (298 pacienți). Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de 11+1,9 zile (cu limite între 8 și 39 de zile) pentru lotul classic și de 6,1 +2,1 pentru lotul laparoscopic. Un aspect important este reprezentat de complicațiile postoperatorii incidența globală a cărora în cazuistica examinată a fost sub 18,7%: abces subfrenic (7), pancreatită acută postsplenectomie (4), ascit-peritonită (1), insuficiența hepatorenală severă (2). Un loc aparte în statistică noastră îl ocupă trombozele axului venos splenoportal înregistrate la 27 cazuri (7,9 %) într-o perioadă cuprinsă între 8-56 zile postsplenectomie. De loc surprinzător, apariția acestor complicații a fost semnificativ corelată cu severitatea bolii hepatice, patologia asociată, trombocitoza funcțională postsplenectomie, statutul imunodeficient și dificultățile tehnice impuse de perisplenism, anomaliile axului vascular portal, prezența nodulilor limfatici parahilar și situația intrahilară a cozii pancreasului. Reintervenția a fost necesară în următoarele situații: hemoragie prin sângerare difuză din vasele cozii pancreasului - 3 cazuri; ascit peritonită- 1 caz; tromboză entero- mezenterică- 1 caz. Mortalitatea postoperatorie în lotul laparoscopic a fost nulă și de 3,5% în lotul classic comparativ cu 6-20% ,date din literatura de specialitate.

### **Concluzii**

1. În abordarea chirurgicală a splenopatiilor portale se impune standardizarea unor protocoale de investigații și tratament. Experiența clinică acumulată demonstrează că minimalizarea importanței evaluării preoperatorii complete, raționamentul eronat în indicație, tehnica chirurgicală greșită aleasă sau efectuată și supravegherea incompetentă a pacientului cu tară hepatică condiționează direct riscul compromiterii cursului operator dar și postoperator .
2. Abordarea cazurilor atent selectate cu HTP și splenopatie asociată trebuie efectuată în echipă organizată, special antrenată în managementul pacienților cu tară hepatică.
3. Preferința pentru tehnicile laparoscopice apare evidentă : oferă o alternativă viabilă, mortalitate și morbiditate mai scăzută decât prin chirurgia clasică.
4. LEVE , inclusă în protocolul chirurgical și folosită cu succes în serviciul nostru, asociată cu suportul reanimator complex a condus la abordarea mai curajoasă a acestor pacienți cu efect direct asupra rezultatelor chirurgicale.

## **Bibliografie**

1. Anegawa G., Kawanaka H., Uehara H. Effect of laparoscopic splenectomy on portal hypertensive gastropathy in cirrhotic patients with portal hypertension. J Gastroenterol Hepatol. 2009, Sep., 24(9): p.8-1554.
2. Bancu S., Borz C., Popescu G. et alții. Suntul spleno-renal distal și proximal pentru hipersplenismul datorat cirozei hepatice. Chirurgia 102 (6): p.665-668.
3. Corneci Dan. Managementul perioperator al păacientului cu insuficiență hepatică. Actualități în ATI și mediicina de urgență. Timișoară, 2005, p.54-72.
4. Cazacov V., Hotineanu V., Gherghelejiu P., Guțan V. Particularități și controverse în abordarea hipersplenismului portal cirogen sever. Anale științifice V. IV, USMF „N.Testemițanu”. Probleme clinico-chirurgicale. Chișinău, 2005, p. 57-62.
5. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbrava V., Moscalu Iu. Hipersplenismul portal –atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie. Arta Medica,Nr. 4(25 ),2007 :68-69
6. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice. Chișinău, 2002.
7. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbravă V., Brânza Gh. Atitudinea chirurgicală în hipersplenismul secundar hipertensiunii portale cirotice, Curier Medical, 1997, nr.2, p.4- 7.
8. Hotineanu V., Cazacov V. Soluție tehnică de necesitate pentru omentopexie în tratamentul hipertensiunii portale. Materialele congresului IX al Asociației Chirurgilor din RM, 2003, p.35-69
9. Popa M., Vasilescu C. Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic. Chirurgia,105(1):15-20
10. Popovici A., Grigoriu G. Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. București, 1995.
11. Tomikawa M, Akahoshi T, Sugimachi K. Laparoscopic splenectomy may be a superior supportive intervention for cirrhotic patients with hypersplenism. J Gastroenterol Hepatol. 2010 Feb;25(2):397-402.
12. Бойко В.В. Портальная гипертензия и ее осложнения. Харьков, 2008.
13. Ким И.Н. Коррекция гиперспленизма у больных с синдромом портальной гипертензии. Дисс. канд. Мед. Наук. Новосибирск, 2009.

## **COMPLICAȚIILE ACUTE ALE BOLII ULCEROASE ASOCIATE TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS (Cazuri clinice)**

**Romeo Șerbina, Gheorghe Ghidirim, Vitalie Lescov,  
Vladimir Manea, Gheorghe Boghean**

Catedra chirurgie Nr.1 „N.Anestiade”, USMF „Nicolae Testemițanu”, CNȘPMU

### **Summary**

#### ***The acute complications of peptic ulcer disease associate of antituberculosis treatment***

The authors present a short literature review and two clinical cases – the complications of pulmonary tuberculosis treatment : the peptic perforated duodenal ulcer and hemoragic ulcer. In both cases the antiulcers treatment required for this situation was ignored. As a conclusion the authors recommend antiulcers treatment and endoscopic dynamic examinations to all patients with tuberculosis.

### **Rezumat**

Autorii prezintă un scurt reviu al literaturii și două cazuri clinice – complicații ale tratamentului tuberculozei pulmonare: hemoragie ulceroasă și ulcer perforat. În ambele cazuri a fost ignorat tratamentul antiulceros necesar în aceste situații. În concluzie se recomandă