

## ASPECTE TERAPEUTICE ALE SPLENOPATIEI PORTALE

Vladimir Cazacov

Catedra 2 Chirurgie, USMF "Nicolae Testemițanu"

### Summary

#### *Therapeutic aspects of portal splenopathy*

Study presents the results of surgical treatment of 314 patients with splenopathy portal, treated in surgical clinic. Were presented the surgical optimal techniques and results.

### Rezumat

Studiul analizează rezultatele tratamentului chirurgical al unui lot de 314 bolnavi cu splenopatie portală tratați în clinică. Se prezintă tehnicile chirurgicale optimale și rezultatele postoperatorii.

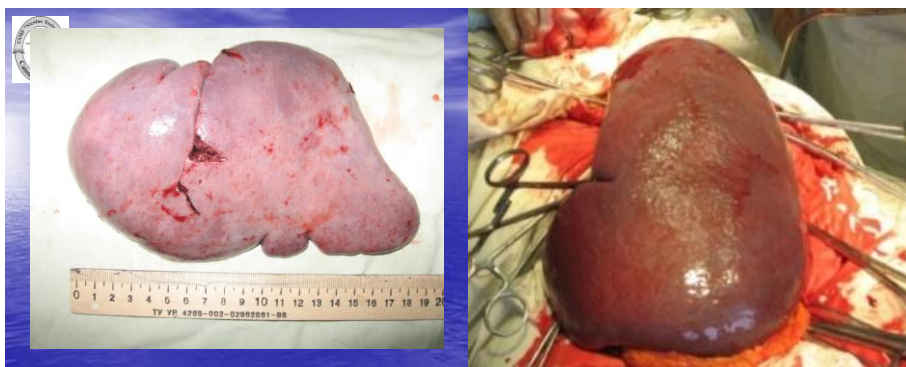
### Material și metode

Studiul analizează cazuistica personală care cuprinde 314 de pacienți cirofici cu splenopatie portală internați și operați în compartimentul de Chirurgie Hepatobiliopancreatică, Catedra 2 Chirurgie USMF. La 294 ( 94%) din numărul total de 314 cazuri selectate și operate, au fost practicate splenectomia cu devascularizare azygo-portală Hassab - Kaliba 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( 3%) 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. 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 de pacienți preoperator cu scop profilactic s-a practicat ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene dilatate cu risc hemoragic înalt; la alții 41 de pacienți - laparoscopia diagnostică care oferă 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 ( 92,4% ), sindrom hemoragipar sever ( 67% ), perisplenism important ( 43 % ), prezența nodulilor limfatic în hilul lienal ( 13 % ), coada pancreasului intrahilar situată ( 11% ), variantă fasciculată a pediculului vascular splenic ( 6 %). 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±5,76 cm ( tabelul 1).

Tabel 1. Gradarea splenomegaliei după Zieman-Gufergriț.

Gradul splenomegaliei	Lungimea spline, (cm)	Greutatea splinei, (g)
Dimensiuni normale a splinei - n = 4	≤12	≤200
Splenomegalie moderată (gr.I) n = 8	12 – 15	200 – 500
Splenomegalie pronunțată (gr.II) n = 31	16 – 20	600 – 1000
Splenomegalie masivă (gr.III) n = 179	21 – 25	1000 – 2000
Megasplină (gr.IV) n = 92	>26 – 30	>2000



Bolnavi cu splenomegalie masivă, în observațiile noastre, au fost 179 (57%), cu megasplină – 92 (29,3%). Spline accesorii au fost descoperite la 9% bolnavi localizate după incidență în ordine descrescătoare în hilul lienal, în ligamentul gastrolieal și gastrocolic, în omentul mare ( fig. 2).



Figura 2. Splina accesorie (imagine ecoDoppler / intraoperator)

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. 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.

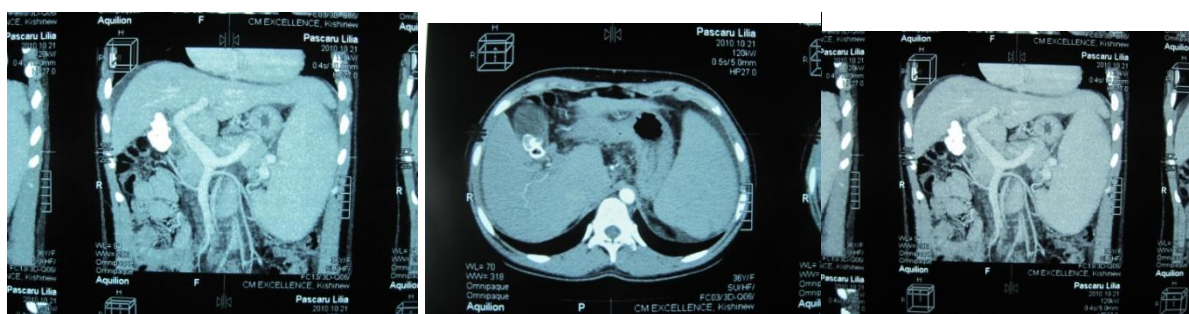


Figura 2.CT- imagine: colaterale porto-cave decompressive

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 alta parte pentru scaderea riscului lezării cozii pancreasului și dezvoltarea pancreatitei acute postsplenectomie.

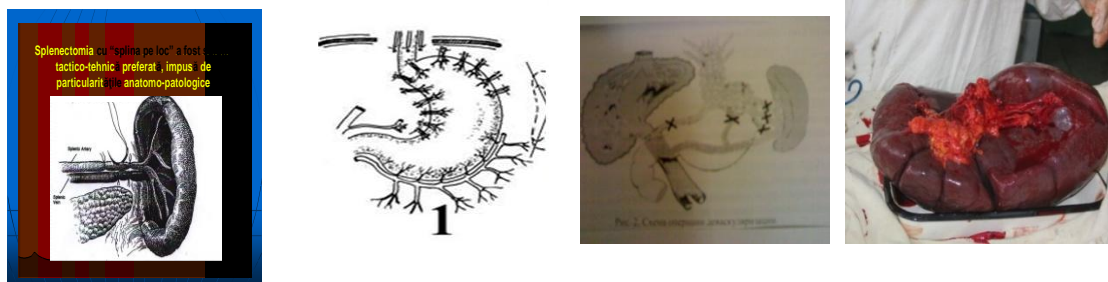


Figura 2. Schema splenectomiei "cu splina pe loc" și secvențe intraoperatorii

Deși pentru unele domenii ale patologiei chirurgicale rezolvarea laparoscopică a dobândit statutul incontestabil de "standard de aur", în chirurgia HTP există încă aspecte asupra cărora nu s-a realizat un consens unanim acceptat. Alături de dezbaterile cu privire indicații-contraindicații, mai persistă semne de întrebare și cu privire la oportunitatea intervențiilor laparoscopice. În încercarea de a ne forma un punct de vedere propriu, am analizat experiența dobândită prin confruntarea cu atari situații în Clinica 1 de Chirurgie a USMF. Scopul studiului ale cărui rezultate le prezentăm a fost verificarea utilității tehnicii laparoscopice pentru diagnosticarea și rezolvarea splenopatiilor portale cu indicație chirurgicale.

În acest cadru am căutat să precizăm dacă intervenția laparoscopică:

- ✓ este realizabilă și oportună
- ✓ oferă, în condiții de siguranță pentru pacient, soluții pertinente
- ✓ evită un impact negativ asupra morbidității și mortalității
- ✓ poate fi, în consecință, apreciată ca o modalitate de reexplorare a pacienților chirurgicali.

Cazuistica noastră redusă numeric a inclus 16 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; patru din cazuri s-au efectuat prin abord laparoscopic asistat manual (HALS); nu am înregistrat nici un caz de deces postoperator, conversia a fost necesară numai într-un singur caz.

### Rezultate și discuții

Evoluția bună postoperatorie a constituit fundamentul aprecierii rezultatelor calitative ale studiului. În general, în marea majoritate a cazurilor încadrate în studiu, evoluția postoperatorie a fost trenantă dar cu vindecare chirurgicală și corecția citopeniei în 95% din ele (298 pacienți). Pentru aprecierea rezultatelor am urmărit anumiți parametri: complicații postoperatorii, durată de spitalizare, starea la externare și evoluția în timp a bolnavilor. 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 postsplenectomie la 27 cazuri (7,9 %). 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. 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 a fost nulă în lotul laparoscopic și de 4,2 % în lotul classic comparativ cu 6-20% ,date din literatura de specialitate.

## Concluzii

1. Abordarea terapeutică a cazurilor cu indicație chirurgicală adresată HTP și splenopatiei asociate trebuie efectuată în echipă organizată, special antrenată în managementul pacienților cu tară hepatică.
2. 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 .
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 adresat pacienților cu splenopatie secundară, asociată cu suportul reanimator complex, a condus la abordarea mai curajoasă a acestor pacienți cu efect direct asupra rezultatelor chirurgicale.

## Bibliografie

1. 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.
2. 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.
3. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbrava V ., Moscalu Iu . Hipersplenismul portal –atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie. Arta Medica,Nr. 4(25 ),2007 : 68-69
4. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice. Chișinău, 2002.
5. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbravă V., Brânza Gh. Atitudinea chirurgicală în hipersplenismul secundar hipertensiunii portale cirotice, Curier Medical, 1997, nr.2, p.4.
6. Popa M., Vasilescu C. Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic. Chirurgia,105(1):15-20
7. Popovici A., Grigoriu G. Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. București, 1995.
8. Tărcoveanu E., Noldovanu R., Bradea C. Splenectomia laparoscopică- tehnică chirurgicală. Jurnalul de chirurgie, Iași, 2007, Vol.3., Nr. 3, pag 12-18
9. Бойко В.В. Портальная гипертензия и ее осложнения. Харьков, 2008.
10. Пучков К.В., Гаусман Б.Я., Мартынов М.М. Лапароскопическая спленэктомия: преимущества и технические аспекты // Эндоскопич. хирургия. 1997, Т.3, №1, с.90.
11. 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

## HIPERTENSIUNEA PORTALĂ EXTRAHEPATICĂ. PARTICULARITĂȚI ÎN SOLUȚIONAREA CHIRURGICALĂ

**Vladimir Cazacov**

Catedra de chirurgie nr. 2, USMF “Nicolae Testemițanu”

## Summary

### *Extrahepatic portal hypertension*

This clinical case was presented to emphasize the particularities of diagnostically and curative tactics, the complications of portal hypertension, the steps of medico/ social rehabilitation.