

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.

Rezumat

Considerentele pentru care a fost prezentat acest caz clinic, este atenționarea asupra particularităților managementului diagnostic-curativ a acestei entități nozologice și complicațiilor sale la nivelul tractului gastrointestinal, reabilitării medico-sociale.

Introducere

Hipertensiunea portală (HTP) este frecvent o cauză a cirozei hepatice. Uneori aceasta apare în evoluția unor maladii extrahepatice, care determină fibroză, compresie sau tromboze vasculare intra- sau extrahepatice. Pacienții cu HTP extrahepatică dezvoltă un spectru larg de complicații cu consecințe potențiale severe asupra pronosticului, inclusiv vital. Vom prezenta cazul unei paciente ce a dezvoltat HTP extrahepatică după o evoluție îndelungată a unui pseudochist gigant cefalopancreatic.

Prezentarea cazului

Pacienta S.D. este în vârstă de 30 de ani. Din antecedentele personale patologice reținem: traumatism bont abdominal (doi ani în urmă). Pe parcurs bolnava a avut numeroase internări pentru monitorizarea pancreatitei cronice. La moment motivele internării au fost: durere abdominală superioară "în bară", prezența unei formațiuni în epi- mezogastru și distensie abdominală, icter sclero-tegumentar, fenomene subocluzive, subfebrilitate, pierdere ponderală (12 kg), stare generală alterată. Examenul fizic abdominal a pus în evidență prezența unei formațiuni de volum de etaj abdominal superior, indoloreabil palpator, asociată cu rețea venoasă dilatăată abdomeno-toracică lateral (fig. 1,2).

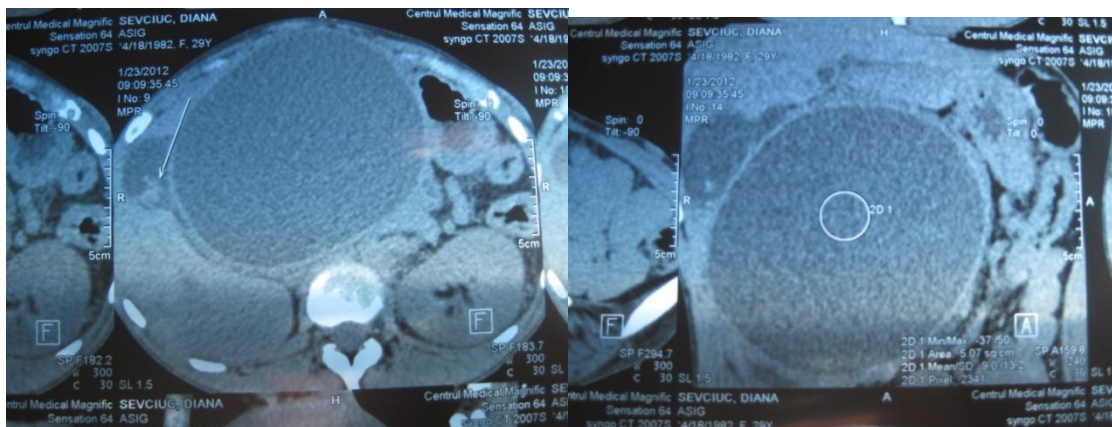
Probele biologice au indicat valori crescute ale bilirubinei, valori crescute ale transaminazelor (de două ori față de limita superioară a normei), anemie, hiperamilazemie însoțită de hiperamilazurie, sindromul hepatopriv s-a tradus prin hipoalbuminemie, hipoproteinemie.



Fig. 1,2 Rețea venoasă dilatăată abdomeno-toracică

Explorări imagistice:

- Radiografia abdominală pe gol a evidențiat "ansă de gardă";
- Ecografia abdominală a documentat imaginea unui chist pancreatic 12x18 cm, conținut lichidian dens, dilatarea arborelui biliar; litiază biliară.
- Rn-scopia stomacului cu pasaj a masei baritate: deformația stomacului extrinsecă din contul peretelui posterior gastric, permeabilitate piloroduodenală păstrată
- EcoDopplerografia axului venos splenoportal: splenomegalie (24 cm), dilatarea v. porte (1.6 cm), multiple colaterale porto-sistemiceretroperitoneale și superficiale, flux portal bidirecțional, lipsa trombozei venelor porte și lienale;
- FEGDS: varice esofagiene gr. II-III; deformația extrinsecă a stomacului, gastropatie portal hipertenzivă.
- CT a concretizat originea benignă a formațiunii atestate la examenul ultrasonor, a arătat dilatarea d. Wirsung în regiunea caudală.



Pe parcursul examinărilor apare tablou clinic-endoscopic de hemoragie variceală exteriorizată prin hematemeza: se practică hemostază prin ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene dilatate.

Tratamentul chirurgical adresat chistului pancreatic supurat gigant, cu risc de erupere în cavitatea abdominală a fost efectuat în regim de urgență amânată practicându-se microlaparotomie, drenarea externă a chistului pancreatic supurat, colecistectomie. Analiza lichidului intrachistic a evidențiat concentrații amidolice mari, lipsa celulelor atipice. Evoluția postoperatorie trenantă, fără complicații. Pacienta este externată la domiciliu chirurgical vindecată, cu dren în cavitatea restantă a chistului.

Discuții

În ultimii ani pancreatita cronică (PC) după incidență ocupă un loc de frunte printre maladiile TGI, incidența acesteia variind de la 8.2 la 27.4 cazuri la 100 000 populație. Datele din literatură recunosc implicarea PC în apariția HTP secundare. Este recunoscut de asemenea că HTP extrahepatică dezvoltată secundar PC, în faza complicațiilor duce la dificultăți în stabilirea diagnosticului corect, și implicit a deciziei operatorii (A. Cucu). Se estimează că cele mai frecvente semne clinice secundare HTP segmentare apărute la acest contingent de bolnavi sunt splenomegalia (92%), hemoragia digestivă variceală (30-95%), tromboza axului venos splenoportal (45%), ascita (72%).

Tratamentul HTP apărute în evoluția PC include înlăturarea cauzei (drenarea internă sau externă a pseudochistului pancreatic, rezecția pancreato-duodenală ș.a.) și poate fi etapizat, practicat în urgență sau programat. Experiența clinică acumulată ca și rezultatele unor studii din literatura de specialitate au demonstrat eficacitatea administrării Octreotidului pre- și postoperator care induce micșorarea secreției gastrice și pancreatice, precum și diminuarea HTP secundare extrahepatice, minimalizarea complicațiilor hemoragice.

Particularitățile cazului:

1. Cazul prezentat aduce în discuție legătura causală dintre PC și dezvoltarea secundară a HTP extrahepatice. Diagnosticul clinic este sugerat de semnele clinice intraperitoneale ale pseudochistului pancreatic, precum și de semnele de HTP (ascită, splenomegalie, hemoragie variceală și dilatarea venoasă a peretelui anterior abdominal). În cazul analizat putem atribui cu certitudine implicarea HTP în apariția HDV, dilatării venoase a peretelui abdominal anterior, splenomegaliei și ascitei;
2. Cu mare probabilitate pseudochistul pancreatic este posttraumatic, evolua de mult timp, dar HTP extrahepatică a fost instalată secundar și diagnosticată când a devenit clinic manifestă (VE, rețea venoasă a peretelui anterior abdominal, splenomegalie);
3. Deoarece mecanismele etiopatogenetice ale HTP secundare prezintă verigi similare, așa cum se citează în literatură, putem considera că volumul intervenției chirurgicale practicat este optim, impus de particularitățile cazului citat.

Bibliografie

1. Badea R, Diaconu B. Aportul diagnostic al ecografiei convenționale în diagnosticul unor urgențe digestive. Rev pentru Educație Medicală Continuă Gastroenterologie 2005; 4(4): 7-12.
2. Diaconu B. Risk factors in patients with chronic pancreatitis. A review. Rom J Intern Med 2009; 47(1)
3. Duffy J. P., Reber HI A. Surgical treatment of chronic pancreatitis. // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 2002. - Vol. 9. - №6. - p. 659-668.
4. Hotineanu V.; Cazac A.; Hotineanu A. Experienta de 20 de ani in tratamentul chirurgical al pancreatitei cornice si complicatiilor ei. Arta Medica, 2010, nr.3 (42) pag. 3-22
5. Hotineanu V., Cazacov V, Dumbrava T.V. HIPERTENSIUNEA PORTALĂ LA ADULT Protocol clinic național, Chișinău, 2009
6. Hotineanu V., Cazacov V. Hipertensiunea portală cirogenă ca obiect de studiu în chirurgia Spitalului Clinic Republican. Materialele conferinței clinico-practice dedicate jubileului de 180 ani de la înființarea Spitalului Clinic Republican. Chișinău, 1997, p.107-109.
7. Hotineanu V., Cazacov V., Casnaș V. Sindromul hipertensiuni portale. Indicații metodice. Chișinău, 2002.
8. Hotineanu V., Cazacov V., Oclanschi Gh., Darii E. Opțiuni terapeutice în hemoragia variceală portală. Conf. Practică științifică, Bălți, 2007, p.320-324.
9. Ileana E, Diaconu B, Tanțău M, Laugier R. Pancreatita cronică: posibilități terapeutice endoscopice. Al XXIX-lea Simpozion Național de Gastroenterologie, Hepatologie și Endoscopie Digestivă, Cluj 2009
10. Rosch N., Lux G., Rieman J.F., Hoh L. Chronic pancreatitis and the neighbouring organs.//Fortsch. Med. 1981.- Vol. 99 (29).-p. 1118-1121.
11. Sarin SK, Kumar A, Noncirrhotic portal hypertension, Clin Liver Dis. 2006 Aug;10(3):627-51.
12. Sparchez Z, Tantau M, Diaconu B, Zaharia T, Iancu C. Cystic mucinous tumor of the pancreas. A case report. Rom J Gastroenterol 1998; 7(1): 279-82
13. Yeo CJ, Bastidas JA, Lynch Nyhan A, Fishman EK, Zinner MJ, Cameron LJ. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computedtomography. Surg Gynecol Obstet. 1990; 170: 411-414.
14. Бабаев А. А., Базанов С. В., Гагуа А. К., Федоров И.В., Смирнов В. М. Вторичная внепеченочная портальная гипертензия при хроническом панкреатите. // Вестник Ивановской медицинской академии. 2001. - Т. 6. -№3-4.-с. 35-38.
15. Ерамишанцев А. К., Киценко Е. А., Нечаенко А. М. Результаты прошивания варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией. // Хирургия. 2003. - №10. - с. 28-32.
16. Ерамишанцев А.К.Киценко Е.А.Григорян Р.С.Нечаенко А.М. Тактика ведения больных с внепеченочной портальной гипертензией после прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Анналы хирургической гепатологии 2005.-N 1.-С.27-32
17. Леонтьев А. Ф. Внепеченочная портальная гипертензия у детей. // Медицина неотложных состояний. 2006. - №2(3). - с. 96-101.
18. Пашовкин, И. Т. Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного внепеченочной портальной гипертензией. Автореферат кандидат медицинских наук. Москва , 2010