

8. Loose DA, Loose JR, Weber J. Venous aneurysms: when and how to be treated? Int Angiol 2001; (Suppl) 20.
9. Sarap MD, Wheeler WE. Venous aneurysms. J Vasc Surg 1988; 8(2):182–183.
10. Volteas SK, Labropoulos N, Nicolaidis AN. The management of venous aneurysms of the lower extremities. Panminerva Med 1998; 40:89-93.
11. Uematsu M, Okada M. Primary venous aneurysms: case reports. Angiology 1999; 50:239-44.
12. Seo SH, Kim MB, Kwon KS, Kim CW, et al. Primary venous aneurysms of the superficial venous system. Angiology 2008; 59:593–8.

PRIMUL TRANSPLANT HEPATIC DE LA DONATOR VIU EFECTUAT ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Vladimir Hotineanu¹, Adrian Hotineanu¹, Grigore Ivancov², Serghei Burgoci³.

1- Catedra Chirurgie 2, USMF „Nicolae Testemițanu”

2- IMSP Spitalul Clinic Republican

3- Laboratorul „Chirurgia reconstructivă a tractului digestiv”

Summary

Living donor liver transplantation in first made in Moldova

Liver transplantation from live donor was introduced as alternative method for increasing the number of donors and decreasing the mortality and waiting time in the list of patients waiting for liver transplantation histo compatibility between donor and recipient, selection and corresponding waiting time of the recipient, donor's liver full preoperative imaging evaluation. Liver transplantation from live donor presents the surgical intervention with major risk, which needs the dividing the vascular system and hepatic tissue in the way to insure the demands of the donor as those for recipient. With the acceptance of this type of liver transplantation so the donor as the doctor should accept the risk of mortality for the donor as for the recipient.

Rezumat

Transplantul de ficat este o metodă de tratament a bolilor acute sau cronice a ficatului în stadiile lor terminale. Optimizarea tehnicii chirurgicale și terapiei imunodepresante va permite de a ajunge la o supravețuire postoperatorie foarte înaltă. Transplantul de ficat de la donator viu poate într-o măsură oare care a rezolva problema de deficit de organe de la donatori aflați în morcea cerebrală. La momentul actual, analizând literatura modernă, rezultatele ambelor tipuri de transplant hepatic pot fi comparabile.

Introducere

Transplant hepatic ortotopic mai mult de 40 de ani este folosit cu succes în practica medicinei mondiale ca o metodă de tratament a maladiilor hepatice în faza terminală. Primul transplant hepatic ortotopic a fost efectuat în anul 1963 de către T. Starlz. Până în anii 80 rezultatele precoce și tardive a transplantului hepatic, ca și a altor organe, au fost nefavorabile, în primul rând, din cauza efectuării neraționale a tratamentului imunosupresiv, bazat pe doze mari de corticosteroide. La începutul anilor 80 R. Calne a studiat și a introdus în practică un imunosupresor nou – Ciclosporina A (Sandimun). Datorită acestui fapt s-a micșorat dozele de corticosteroizi și a citostaticelor ce a favorizat descreșterea bruscă a complicațiilor postoperatorii și îmbunătățirea rezultatelor la pacienți cu ficat transplantat. La momentul actual supraviețuirea timp de 1 an se constată la 80%-90% de recipienți și 60%-70% timp de 10 ani în majoritatea centrelor de transplantare din SUA, Europa, Asia etc.

Indicațiile pentru transplant hepatic pot fi divizate în 4 grupe:

1. Faza terminală a maladiilor cronice difuze a ficatului.
2. Dereglări de metabolism pe fondal de diferite defecte congenitale a funcției hepatocitare.
3. Insuficiență hepatică acută
4. Formațiuni nerezecabile hepatice.

Bolnavii cu ciroza hepatică prezintă contingentul de bază la care este necesar de a efectua transplat de ficat.

Contraindicațiile:

1. Dereglări necorejate a funcțiilor vitale (insuficiență cardiovasculară, respiratorie, renală etc.) inclusiv sistemului nervos central.
2. Proces infecțios extrahepatic (sepsis, Tbc, SIDA, eplicarea virusului hepatitei).
3. Maladii oncologice cu localizare extrahepatică.
4. Prezența altor boli incurabile.

În proces de dezvoltare a transplantului hepatic și a metodelor de pregătire a recipientului o parte de contraindicații absolute au devenit relative. Spectrul de contraindicații relative diferă la fiecare centru de transplant și se schimbă în dependență de posibilitățile și profesionalismul a echipei de transplant.

Transplant hepatic de la donator viu

Primul transplant de ficat de la donator viu (Living Donor Liver Transplantation – LDLT) a fost efectuat la 8 decembrie 1988 la o fetiță de 4 ani, care suferea de atrezie biliară de către Raia, recipienta a decedat la 6 zi postoperator [9]. Strong et al în 1989 la Brisbane au efectuat primul LDLT cu succes pentru recipient [14] și în 1993 la Universitatea Shinshu de către echipa condusă de Makuuci s-a efectuat primul LDLT adult-adult [5]. Pe parcursul ultimilor ani LDLT a crescut în întreaga lume și este la moment o stabilă alternativă transplantului hepatic de la donator aflat în moartea cerebrală [20]. Tehnica de LDLT este mult mai dificilă decât cea cu ficat integru. LDLT necesită de o înțelegere completă a anatomiei hepatobiliare și o perfecționare continuă a procedurilor tehnice, care sunt: ocluzia vasculară selectivă pentru hepatectomie la donator, reconstrucție arterială cu ajutorul microscopului, reconstrucția venoasă hepatică, efectuarea sonografiei intraoperatorie, estimarea volumului grefei [20].

O justificare pentru utilizarea transplantului de ficat de la donator viu la adult este bazată pe deficit critic de organe disponibile pentru transplant de la cadavru. În literatura de profil a fost demonstrat faptul că utilizarea LDLT reduce timpul de așteptare a organului cadaveric, micșorează mortalitatea bolnavilor aflați pe lista de așteptare [16,17].

O cea mai mare importanță la LDLT este siguranța donatorului. Trebuie să fie lasat în volum hepatic adecvat, care va implini toate funcțiile hepatice și va evita disfuncțiile a ficatului postoperator. Mortalitatea la donator, în centre specializate din occident, nu depășește 1% [2]. Perioada de recuperare a donatorului la un mod de viață zi de zi în timp de 1 lună, revenirea la locul de muncă 2-3 luni.

Avantajele LDLT: Cele mai importante avantaje ale donării de la viu constau în faptul că optimizează timpul de transplant și eliberează locul în lista de așteptare. Acești factori au devenit deosebit de utili pentru pacienții care sunt dezavantajați de sistemul de alocare de organe cadaverice, inclusiv la pacienții cu tumori, boli colestatice, sau de sânge de tip O, precum și cei care sunt candidați pentru retransplant. Timpul minim de conservare a organului, astfel prejudiciu ischemic a ficatului este nesemnificativ. Donatorul de organ este definitiv sănătos și ca urmare recipientul primește un ficat de bună calitate [8,11].

Dezavantajele: Există, totuși, o serie de dezavantaje a LDLT, care trebuie să fie luate în considerare cu atenție. Donator, un voluntar perfect sănătos, se confruntă cu riscuri fără echivoc de morbiditate și mortalitate, chiar care pune procedura în contradicție cu principiile de bază al medicinei și jurământului că toți medicii promit să păstreze: Primum non nocere. Riscul de mortalitate la donator de lob drept hepatic ajunge aproximativ la 0,4%-0,5% (8,9). Riscurile exacte sunt dificil de cuantificat, deoarece nu există nici un registru oficial internațional. Morbiditatea în rezecții hepatice corelează direct cu gradul de rezecție. Astfel, morbiditatea și mortalitatea în hepatectomie dreapta este mai riscantă decât hepatectomia stângă [3,7,12,13,15].

Analiza situației actuale în Republica Moldova

Transplantul, ca metodă de tratament, este utilizat atunci când înlăturarea pericolului pentru viață sau îmbunătățirea stării sănătății pacientului prin alte metode este imposibilă. Insuficiențele organice ireversibile și alte patologii grave ce necesită tratament prin transplant de organ, țesut sau celule umane rămân probleme extrem de importante pentru Republica Moldova. Actualmente 300 de pacienți suferă de insuficiență hepatică, care necesită transplant hepatic.

La 6 martie 2008 a fost adoptată Legea nr.42-XVI privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane, iar în conformitate cu prevederile legii menționate a fost adoptată Hotărârea Guvernului nr.386 din 14 mai 2010 “Cu privire la instituirea Agenției de Transplant”. Scopul principal al creării Agenției de Transplant a fost realizarea eficientă a politicii statului în domeniul transplantului de organe, țesuturi și celule umane. Multiplele misiuni, atribuții și funcții ale Agenției sînt canalizate pentru crearea unui cadru legal aferent legii cu privire la transplantul de organe, țesuturi și celule umane.

La 27 decembrie 2010, prin Hotărârea Guvernului nr.1207, a fost aprobat Regulamentul de organizare și funcționare a Comisiei independente de avizare pe lângă Ministerul Sănătății ce permite avizarea donării de pe donator în viață cu relansarea prelevărilor de pe donator viu.

Înființarea Consiliului Consultativ pe lângă Agenția de Transplant, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.725 din 1 noiembrie 2010, permite elaborarea propunerilor pentru activitățile de transplant, definirea priorităților înscrierii în lista de așteptare a recipienților de transplant.

Caz clinic

Recipienta: C.E. 53 ani. Gr. Sangvin A(II)Rh⁺. BMI 21,1kg/m²

Bolnavă de ciroză hepatică de 4 ani, de etiologie virală mixtă HBV+HCV. Ultimele 4 luni evoluția bolii în progresie continuă necătând la tratament specializat în secție de hepatologie.

Diagnosticat ciroză hepatică de etiologie mixtă (HBV+HCV), faza de reactivarea a virusului C. Child-Pugh B (9 puncte), MELD 24. Tromboză a venei porta. Hipertensiune portală gr IIB, Hipersplenism gr II, Varice esofagiene. Ascită.

După stabilirea diagnosticului s-au pus indicații pentru transplant hepatic. Pentru realizarea acestui tratament este necesar de a investiga pacienta conform standartelor primite în centre mondiale de transplant hepatic.

I. Investigații de laborator:

1. Analiza generală a sîngelui: 2. Analiza biochimică a sîngelui

	14.02. 13	20.02. 13	22.02. 13		14.02. 13	20.02. 13	22.02. 13
Hb	103	95	98	Urea	4,5	7,4	5,8
Er	3,41	3,0	3,0	Creatinina	67,3	93	99
Reticulocite	16			Proteina	92,4	60	73
Trombocite	146,6	81	92	Albumina	29,2	39	24
Leucocite	2,9	3,1	2,2	Cholesterol	3,3		
Mielocite				Triglyceride	0,8		
Nesegmentate	5	5	5	ALT	14,1	26	17
Segmentate	63	66	69	AST	55,8	64	70
Eozinofile	1		1	Amilaza	78,3	40	36
Bazofile	1			GGT	25,6		
Limfocite	28	25	20	FosfAlc	91,1		
Monocite	2	4	5	Lipaza	38,7		
VSH	47	45	65	Glucosa	5,7		
Anizocitoza	+	+	+	Bilirubina totală	46,8	41	66
Ind. de culoare	0,95		0,9	Bilirubina directă	22,8	21	24
Ht	0,25		0,27	Bilirubina indirectă	24	20	22
				LDL	2,48		
Ca	2,27			Protrombin	69	61	75
Fe	23,6			INR	1,39	1,6	1,3
Na	131,3	138	135	TTPA	30	30	33
K	5,8	4,8	4,5	Timpul de trombină		10	10
Cl	91,7	96		Fibrinogen	2,0	3,5	3,3
Mg	0,67						
Fosfor	1,38						

II. Investigații serologice

ADN viral hepatita B (cantitativ) negativ.	ARN viral hepatita C (cantitativ) 67243 UI/ml
1. AntiHIV1 și AntiHIV2 – negativ	6. Anticorpi Antileamblia 0,365 (0,280)
2. ADN-ul Virusului citomegalic negativ	7. Anticorpi Antitoxocara 0,476 (0,260)
3. ADN-ul Virus herpes simplex negativ	8. ASL-O 39.5 UI/ml (0-200)
4. ADN-ul Virus Epstein-Barr negativ	9. Anti-Toxoplasma IgG 61,5 UI/ml (0-50)
5. C – Proteina Reactivă 29.19 mg/l (0-5)	10. RF 1.74 UI/ml (0-15)

III. Investigații Imagistice

- 1) Tomoangiografia computerizată a abdomenului: CT tablou ciroză hepatică. Ascită. Litiază biliară. Splenomegalie. Formațiuni de volum în ficat nu se determină.
Aspect CT a arterei hepatice și venei porte normal (fără anomalii de bifurcație)
- 2) Scintigrafia poliincidentală a ficatului: Modificări severe difuze caracteristice de ciroză hepatică. Splenomegalie.
- 3) Ecografia: Ficatul contur clar, neregulat, structura neomogenă, dimensiuni
Lob drept: 12cm; Lob stâng 8,6cm; Lob caudat 3,5cm. Ecogenitate medie(structura microgranulară accentuată). Perihepatic se vizualizează lichid liber cu grosime 6cm (ascită). Vena portă 14mm, vena splenică 9mm, permeabilă în regim Power dopler. Colaterale portosistemice prezente. În cavitatea abdominală lichid liber.
Concluzie: Schimbări difuze în parenchimul ficatului de tip fibroză hepatică.
Litiază biliară. Splenomegalie. Semne ecografice de HTP.
- 4) Spirometrie: Norma
- 5) Ecografia Dopler duplex color a sistemului portal: Vena porta 12,8mm Flux hepatopetal. Vene hepatice 7-8 mm, flux bifazic. Splina 173x70mm, vena lienală 8,8mm, complianța respiratorie diminuată. Flux hepatopetal. Indice de congestie – 0,09 (nesemnificativ majorat). Raport spleno-portal – 63% (moderat majorat). Indice vascular portal – 8 (exprimat deminuat)
Indicele HTP – 2,2 (exprimat moderat)

	D mm	S mm ²	Vmax cm/s	Vmed cm/s	Ved Cm/s	V flow Ml/min	Pi	Ri	S/D
V.Porta	12,8	128	16	14	13	1150			
V.Lienală	8.8	60	21	20	19	730			
V.Mezenterică superioară	9,0	63	10	9	8	360			
Art. hepatica	3,9	11	65	29	15	210	1,71	0,77	4,35
Art.Lienală	5,7	25	102	60	32	930	1,15	0,68	3,14

Concluzie: Ciroză hepatică. Splenomegalie exprimată. Ascită exprimată. Calculi biliari.

- 6) R-scopie cutiei toracice Fără patologie.
 - 7) ECG: Ritm sinusal cu fr. 55. AE intermediară.
 - 8) Electroencefalografie: Schimbări patologice locale sau activăție paroxistică nu se depistează.
 - 9) Densitometrie osoasă: Densitate minerală osoasă joasă. Risc sporit de fracturi.
 - 10) EcoCordului: Cavitățile cordului nu sunt dilatate. Aparatul valvular este intact.
- Donatorul: C.N. 28 ani. Fiul recipientei. Gr. Sanvin A(II)Rh⁺. BMI 23kg/m². Toate investigațiile efectuate (laborator, imagistice) în limitele normei.

Marcherii virali: HBs – negativ, AntiHBs – negativ, AntiHBcor – negativ, AntiHBe – negativ, AntiHCV – negativ.

CTabdominal: Aspect de un ficat normal.

Volumetria Hepatică Volum total hepatic: 1600cm²;
Hemifecatul drept 1104cm²; Hemifecatul stâng 496cm² (31%)

AngioCT: Artera hepatică devine din trunchiul celiac și se ramifică în artera hepatică dreapta și stânga. Vena portă face origine din vena mezenterică superioară și vena splenică, se ramifică în vena porta dreaptă și stânga.

ColangioRMN: Evidențiază arborele biliar intrahepatic nedilatată. Se observă 2 canale hepatice din hemifunicul drept și 1 din stâng.

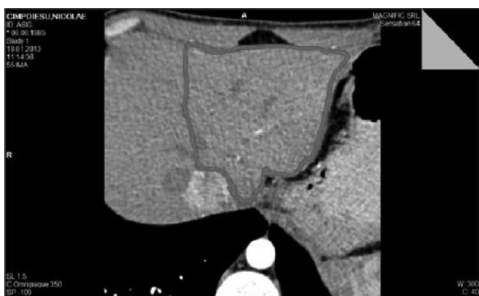


Fig. 1. CT Volumetrica.

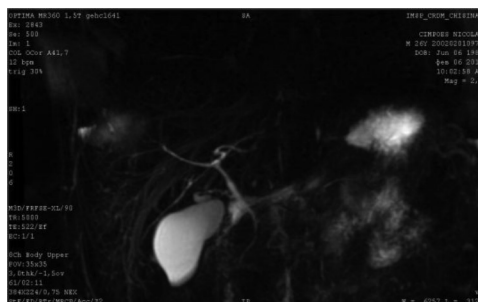


Fig. 2. RMN Colangiografie.

Luând în considerare greutatea recipientei, volumul greșii, sa calculat GRWR (raport de greutate a greșii – primitor) 1,97, s-a luat decizia de-a efectua transplant hepatic ortotopic cu hemifunicul drept fără vena hepatică medie.

Operația la donator:

După o laparotomie subcostală dreapta s-a mobilizat lobul drept a ficatului până la nivelul venei cave inferioare. Secțiunea și ligaturarea venelor Spigeliene, ligamentului hepato-cav, evidențierea și protejarea venei hepatice drepte cu un șnur de cauciuc. Colectomie anterogradă cu evidențierea ductului cistic și a arterei cistice. Prepararea și mobilizarea elementelor a ligamentului hepatoduodenal, în special izolarea arterei hepatice drepte și a ramului drept a venei porte. Evidențierea și protejarea joncțiunii canalelor biliare drepte și stâng.

Temporar se ocluzionează ramul portal drept și artera hepatică dreapta pentru a produce linia de demarcație între ficatul drept și stâng, care se marchează cu electrocauterul.

Înainte de transecție hepatică s-a practicat manevra "liver hanging maneuver". Disecția parenchimului hepatic realizat cu disectorul CUSA pe traiectului liniei de demarcație între hemifunicul drept și cel stâng. Hemostaza și bilistaza pe parcurs realizată prin clipare și ligaturare. Ultima etapă a operației la donator este clamparea vaselor și extragerea greșii. După ce se face o hemostază minuțioasă.



Fig. 3 Hepatectomia reglată dreapta la donator.

Procedura Backtable. Grefonul hepatic este cântărit (875 gr) și introdus în soluție de preservare rece Custodiol, perfuzat la nivelul venei porta 500-600ml. Artera hepatică dreapta canulată și perfuzată cu 100ml soluție.



Fig. 4. Backtable.

Operația la receptor: Laparotomie bisubcostală prelungită media în sus. Revizia cavității peritoneale.

1. Faza preanhepatică

Timpul hilar: Disecția hilară se efectuează pentru prepararea coledocului și ducturilor hepatice. Prepararea și secționarea arterei hepatice, venei porte. Disecția hilară trebuie efectuată cât mai sus, menținându-se o lungime cât mai mare. Mobilizarea ficatului, prepararea și disecarea venelor hepatice. Separarea părții posterioare a ficatului și a lobului caudat de la vena cava inferioară.

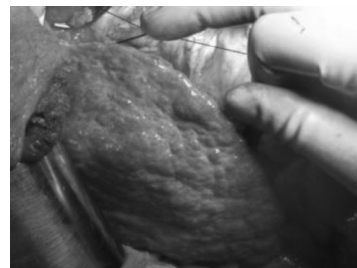


Fig. 5. Ciroză hepatică la primitor.

2. Faza anhepatică. Timpul de la extragerea ficatului până la implantarea și reperfuția grefei.

3. Faza Neohepatică. Anastomozele s-au realizat în următoarele ordine: Vena hepatică dreaptă donator-vena cava inferioară primitor T-L, vena hepatică dreaptă inferioară donator-venacava

inferioară primitor T-L, vena portă dreaptă donator-vena portă primitor T-T, artera hepatică dreaptă donator-artera hepatică comună primitor efectuată microscopic. Recostrucția biliară – Cele două canale biliare s-au implantat separat în ansă jejunală (ansa înY a la Roux), protejate cu 2 stenturi separate, exteriorizate transjejunal.

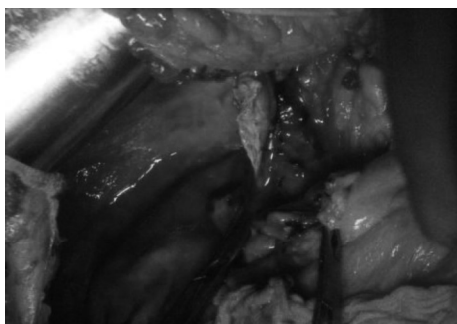


Fig. 6. Hepatectomie la primitor.

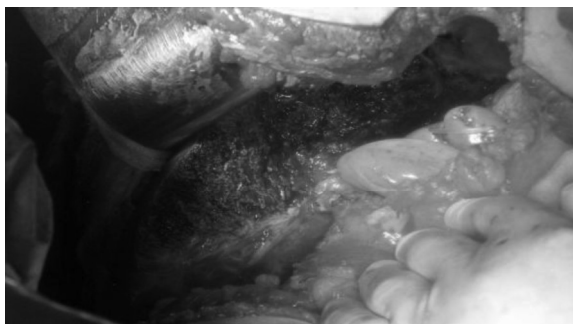


Fig. 7. Recipient cu hemifecat transplantat.

Imunosupresia.

- 1) Intraoperator: Sol.Simulect 20mg i/v
- 2) 4-zi: a. Sol.Simulect 20mg i/v
b. Tab. Cellcept 1000mg 2 ori pe zi
- 3) Din 5-zi a. Tab. Prograf 1mg 2 ori pe zi
b. Tab. Cellcept 1000mg 2 ori pe zi

Pe parcursul spitalizării s-a efectuat determinarea nivelului tacrolimusului în sânge:

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1. 7-zi 1,5 (10-15) | 2. 15-zi 3,0 (10-12) |
| 3. 17-zi 3,2 (10-12) | 4. 24-zi 7,3 (10-12) |
| 5. 28-zi 13,0 (10-12) | 6. 32- zi 8,8 (8-10) |
| 7. 2 lună 8,7 (8-10) | 8. 3 lună 6,7 (6-8) |

Terapie antivirală

1. Tab. Zefix 100mg 2 ori pe zi.
2. Tab. Valsyte 450 mg 1p 2 ori pe zi.

Perioada postoperatorie a donatorului favorabilă.

Externat la 12 zi postoperator fără complicații.

Perioada postoperatorie la primitor:

La a 3-zi postoperator apare un revarsat pleural în cantitate mică pe dreapta, problema rezolvată conservativ la 8 zi postoperator.

La 10 zi postoperator la bolnavă se constată un acces convulsiv, ca reacție adversă la administrarea tacrolimusului, pentru ce dozele acestui preparat a fost scăzute înjumătate.

Ca urmare la 12 zi postoperator la pacientă survine reacția de rejet acut a grefei, manifestată prin majorarea bilirubinei; ALT, AST; GGTP, fosfataza alcalina. Tacrolinemia efectuată la 15-zi postoperator 3,0 (8-10). S-a reântors la schema cu 2mg pe zi a Tacrolimusului. La 18 zi postoperator testele hepatice revin la limitele normei.

Analize postoperator

	1 oră	6 ore	12 ore	24 ore	2 zi	3 zi	4 zi	6 zi	9 zi	13 zi	18 zi	24 zi
Eritrocite	2,92	2,8	3,4	2,9	2,9	3,1	3,3	3,0	3,1	2,9	2,9	2,92
Hb	91	88	103	88	88	96	101	91	90	87	85	80
IC	0,9	0,9	0,9	0,9	0,91	0,9	0,92	0,9	0,87	0,8	0,89	
Trombocite	96	90	94	61	61	63	59	83	159	300	235	
Leucocite	4,95	5,0	8,9	4,2	3,1	2,8	3,0	2,8	5,4	2,4	2,2	4,9
Eozinofile				1			5	3	1	2	1	2
Mielocite			2		1			2				
Nesegment	12	25	28	18	15	12	5	11	6	4	6	1
Segment	60	57	50	62	64	61	69	64	73	64	73	84
Limfocite	22	13	18	14	16	23	20	17	18	25	12	6
Monocite	4	5	2	5	4	4	1	3	2	5	8	7
VSH	25	10	4	6	8	5	7	9	4	8	5	8
Ht	0,26	0,26	0,31	0,27	0,28	0,25	0,28	0,28	0,26	0,27	0,25	

	1 oră	6 ore	12 ore	24 ore	2 zi	3 zi	4 zi	6 zi	9 zi	13 zi	18 zi	24 zi
INR	1,3	1,9	1,98	2,2	2,4	1,8	1,3	1,3	1,1	1,2	1,2	1,1
TTPA	24	22	26	27	33	30	50	29	37	37	40	31
Protrombina	50	48	45	42	39	53	74	80	90	85	83	90
Fibrinogen	2,2	2,5	2,2	2,4	2,2	2,4	3,1	1,8	2,7	2,9	3,1	3,1
Timpul de trombină	14	10	8	13	10	13	10	7	9	12	18	
K	2,8	4,5	4,5	3,8	3,5	3,4	3,4	3,5	4,6	4,5	3,9	5,5
Na	127	135	135	136	136	135	137	139	135	132	139	135
Cl	102			80	91		108	102	96	98	105	99,2
Ca	1,2	1,2	1,2	1,2	1,0	1,2	1,1	0,5	1,4	1,8	2,5	
Proteine			73	54	91	55	46	50	60	65	52	
Albumina			24	28	55	26	27	28	30	38	29	48,9
Lactat			2,3	2,1	0,6	0,9	0,5	0,4	0,7	1,3		
Bilirubuna totală		46	66	65	64	129	148	147	58	28	18	12,3
Bilirubina directă		22	24	22	22	79	86	89	34	16		7
Bilirubina indirectă		24	42	43	42	50	62	56	24	12	18	5,3
Fosf. Alcal		178			116				345	86		
Urea		7,4	5,8	9,6	10,7	7,6	5,8	4,9	3,5	18,4	7,4	
Creatinina			99	106	116	63	76	57	84	94	72	28,1
Glucoza		6	4	7,9	5,5	5,5	5	5,6	8,8	10	4,8	132
AST		61	70	123	94	68	40	26	27	111	35	65
ALT		20	17	106	96	69	39	20	13	107	38	71
Amilaza sân			36	24	24	28	11	11	21	25	25	

Așa dar în timpul postoperator la recipientă s-au constatat următoarele complicații:

1. Rejet acut a grefei apărut la 12 zi postoperator, tratat prin modificarea tratamentului imunosupresiv.
2. Revărsat pleural în cantități mici apărut la 3 zi postoperator.
3. Un episod de convulsii apărut datorită unei reacții adverse la preparate imunosupresive.

Recipienta externată în stare satisfăcătoare la 32-zi postoperator.

Concluzii

1. Transplantul hepatic este o metodă chirurgicală definitivă de tratament a bolilor hepatice în faza terminală.
2. Transplantul hepatic de la donator viu este o alternativă eficientă în rezolvarea problemei de deficit de organe de la donatori aflați în moartea cerebrală.
3. Transplantul hepatic de la donator viu reprezintă o intervenție chirurgicală cu riscuri mari, care impune împărțirea sistemului vascular și a parenchimului hepatic în așa fel încât să răspundă atât necesităților donatorului cât și celor a primitorului.

Cuvinte Abrevieri

LDLT – Living Donor Liver Transplant (engl. Transplant hepatic de la donator viu).

MELD – Model for End-Stage Liver Disease

Bibliografie

1. Abecassis M, Adams M, Adams P, Arnold RM, Atkins CR, Barr ML, Bennett WM, Bia M, Briscoe DM, Burdick J, Corry RJ, Davis J, Delmonico FL, Gaston RS, Harmon W, Jacobs CL, Kahn J, Leichtman A, Miller C, Moss D, Newmann JM, Rosen LS, Siminoff L, Spital A, Starnes VA, Thomas C, Tyler LS, Williams L, Wright FH, Youngner S; Live Organ Donor Consensus Group. Consensus statement on the live organ donor. JAMA 2000; 284: 2919-2926
2. Belghiti J, Hiramatsu K, Benoist S, Massault P, Sauvanet A, Farges O. Seven hundred forty-seven hepatectomies in the 1990s: An update to evaluate the actual risk of liver resection. J Am Coll Surg 2000;191:38-46.
3. Choi SJ, Gwak MS, Kim MH, Yang M, Ko JS, Hahm TS, Kim GS. Differences of perioperative liver function, transfusion, and complications according to the type of hepatectomy in living donors. Transpl Int 2005;18:548-555.
4. Fan ST, Lo CM, Liu CL, Tso WK, Wong J. Biliary reconstruction and complications of right lobe live donor liver transplantation. Ann Surg 2002; 236: 676-683.
5. Ichida T, Matsunami H, Kawasaki S, Makuuchi M, Harada T, Itoh S, Asakura H. Living related-donor liver transplantation from adult to adult for primary biliary cirrhosis. Ann Intern Med 1995; 122: 275-276.
6. Kabon B, Nagele A, Reddy D, Eagon C, Fleshman JW, Sessler DI, Kurz A. Obesity decreases perioperative tissue oxygenation. Anesthesiology 2004; 100: 274-280.
7. Nanashima A, Yamaguchi H, Shibasaki S, Ide N, Morino S, Sumida Y, et al. Comparative analysis of postoperative morbidity according to type and extent of hepatectomy. Hepatogastroenterology 2005;52:844-848.
8. Popescu I. Transplantul Hepatic Editura Academiei Române, București, 2011;
9. Raia S, Nery JR, Mies S. Liver transplantation from live donors. Lancet 1989; 2: 497.
10. Renz JF, Kin CJ, Saggi BH, Emond JC. Chapter 47: Outcomes of living donor liver transplantation. In: Busuttil RW, Klintmalm GB, eds. Transplantation of the Liver. Philadelphia: Elsevier, 2005:713-724.
11. Sander Florman and Charles M. Miller Tulane University School of Medicine, Tulane University Hospital and Clinic, New Orleans, LA, and The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, OH. Live Donor Liver Transplantation. LIVER TRANSPLANTATION 12:499-510, 2006
12. Salvaggio PR, Baker TB, Koffron AJ, Fryer JP, Clark L, Superina RA, et al. Comparative analysis of live liver donation risk using a comprehensive grading system for severity. Transplantation 2004;77:1765-1767.
13. Sheung Tat Fan ., William Ignace Wei ., Boon Hun Yong ., Theresa Wan Chun Hui . Living Donor Liver Transplantation, 2nd Edition. 2011.

14. Strong RW, Lynch SV, Ong TH, Matsunami H, Koido Y, Balderson GA. Successful liver transplantation from a living donor to her son. N Engl J Med 1990; 322: 1505-1507.
15. Suh KS, Kim SH, Kim SB, Lee HJ, Lee KU. Safety of right lobectomy in living donor liver transplantation. Liver Transpl 2002;8:910-915.
16. Thomas Bak,* Michael Wachs,* James Trotter,†Gregory Everson,† Adult-to-Adult Living Donor Liver Transplantation Using Right-Lobe Grafts: Results and Lessons Learned From a Single-Center Experience. Liver Transplantation, Vol 7, No 8 (August), 2001: pp 680-686
17. Trotter JF. Selection of donors and recipients for living donor liver transplantation. Liver Transpl 2000;6(suppl 2):S52-S58.
18. Umeshita K, Fujiwara K, Kiyosawa K, Makuuchi M, Satomi S, Sugimachi K, et al. Operative morbidity of living liver donors in Japan. Lancet 2003;362:687-690.
19. von Ungern-Sternberg BS, Regli A, Schneider MC, Kunz F, Reber A. Effect of obesity and site of surgery on perioperative lung volumes. Br J Anaesth 2004; 92: 202-207.
20. Yasuhiko Sugawara and Masatoshi Makuuchi, Living donor liver transplantation: present status and recent advances. British Medical Bulletin 2005; 75 and 76: 15–28.

DE LA PANCREATITA ACUTĂ LA PANCREATITA CRONICĂ

Vladimir Hotineanu, Anatol Cazac, Valeriu Pripa, Zinaida Caragaț, Mihail Nazaria, Rodica Petrov

Laboratorul de Cercetări Științifice Chirurgie reconstructivă a tractului digestiv,
Catedra 2 Chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

From acute pancreatitis to chronic pancreatite

Chronic pancreatitis (CP) and it's complications remain a serious and not often predictable disease with uncertain prognosis, even in the context of therapies that will be entered in the line of modern therapeutic protocols. From this point of view we present the care, which progressed in spite of therapeutic complex measures from acute pancreatitis to one of the severes forms of chronic pancreatitis - chronic calculous pancreatitis with number of complications caused by progressed pathologic process.

Rezumat

Pancreatita cronică (PC) și complicațiile ei rămân o afecțiune gravă și imprevizibilă cu prognostic incert, chiar și în contextul unor terapii ce se înscriu în linia protocoalelor terapeutice moderne. În acest context prezentăm un caz, care a evaluat în pofida complexului terapeutic efectuat de la o pancreatită acută la una din formele cele mai grave a pancreatitei cronice - pancreatita cronică litiazică cu multiple complicații cauzate de procesul patologic în evoluție.

Actualitatea

Conform datelor OMS, pe parcursul ultimilor 20 de ani, mortalitatea prin PC este în creștere continuă. Incidența în Europa diferă semnificativ, se estimează la 8,2 cazuri noi la 100.000 de locuitori/an și variază. Patologia pancreatică reprezintă o afecțiune cu un potențial evolutiv sever prin durerea invalidantă care persistă la majoritatea pacienților, apariția complicațiilor, insuficienței pancreatice exocrine și endocrine și a ratei crescute a mortalității.

Material și metode de cercetare

Pacientul în vârstă de 56 de ani, este cunoscut medicilor din 1993, de când a fost stabilit diagnosticul de pancreatita acută (PA). Pe parcursul a mai multor ani boala a progresat spre o pancreatită cronică (PC) cu diverse complicații ale ei.