

## CONSIDERENTE PRIVIND COMPLICAȚIILE ÎN CHIRURGIA HIPERTENSIUNII PORTALE

Vladimir CAZACOV,

Catedra 2 Chirurgie, USMF Nicolae Testemițanu

### Summary

#### **Consideration of the complication of hypertension portal surgery**

*We analyzed the results of surgical treatment of patients with liver cirrhosis. Were performed different types of surgical intervention. Study represents the postoperative complication, their management and curative measures, contributed to improvement treatment results and quality of life of patients.*

**Keywords:** *quality of life, hypertension portal surgery, postoperative complication*

### Резюме

#### **Послеоперационные осложнения у больных, оперированных по поводу портальной гипертензии**

*Нами детально проанализирован материал хирургического лечения больных циррозом печени, которым выполнены различные вмешательства. Представлены возникшие послеоперационные осложнения, их менеджмент и лечебные мероприятия, способствующие улучшению результатов лечения и качества жизни оперированных больных.*

**Ключевые слова:** *качество жизни, портальная гипертензия, послеоперационные осложнения*

### Introducere

Hipertensiunea portală (HTP) reprezintă un sindrom clinic sever, plurietiopatogenic, definit de creșterea patologică și permanentă a presiunii și volumului sangvin din sistemul portal, constituie o problemă medicală actuală [3, 8, 13]. Prevalența ridicată în cadrul cirozei hepatice, precum și riscul crescut la acești pacienți de a deveni cazuri chirurgicale

suscită un interes special acordat diferitor aspecte de conduită terapeutică [4, 6, 15, 18].

În prezent există o serie de controverse privind managementul pacientului cu hipertensiune portală prin ciroză hepatică [2, 3, 9, 10]. Alegerea celui mai bun candidat pentru aplicarea unui protocol de tratament multimodal în HTP rămâne dificilă. Cu toate că terapia sindromală hepatotropă, inclusiv antivirală, rămâne modalitatea terapeutică principală, prognosticul la distanță este suboptimal [7, 8]. Atunci când pacientul prezintă indicație operatorie, decizia pentru intervenție chirurgicală este în mare parte influențată de balanța risc/beneficiu pentru bolnav și încearcă să rezolve sau să înlăture complicațiile HTP, să aducă cele mai multe beneficii în termeni de supraviețuire și interval liber de boală [4, 6, 15]. Ca orice procedură medicală, prezintă avantaje, efecte secundare, precum și riscuri ce grevează orice intervenție chirurgicală, la care se adaugă și cele specifice bolii hepatice cronice. Mai multe studii arată că cunoașterea și aplicarea măsurilor de prevenție, recunoașterea și identificarea riscurilor aparițiilor complicațiilor permit reducerea frecvenței acestora, cu îmbunătățirea calității vieții pacienților operați [1, 2, 11, 13].

În lucrarea de față ne-am propus să analizăm incidența complicațiilor chirurgiei HTP la un lot de pacienți cirofici tratați chirurgical, manifestările clinice ale acestora și eficiența protocolului terapeutic profilactic și curativ aplicat.

### Material și metode

Studiul analizează cazuistica Clinicii 1 Chirurgie, care cuprinde 365 de pacienți cirofici cu hipertensiune portală, internați, operați și monitorizați, în perioada 2000-2015, în Departamentul Chirurgie Hepatobiliopancreatică. Vârsta medie a lotului este de  $41,2 \pm 3,8$  ani, 71% dintre bolnavi având sub 40 de ani. Metodologia examinării pacienților incluși în studiu a fost riguros respectată, fiind detaliată într-un studiu publicat anterior.

Pacienților li s-au efectuat teste biochimice standard, explorări paraclinice: endoscopia digestivă și ligaturarea endoscopică profilactică preoperatorie a varicelor esofagiene, scintigrafia hepatosplenică, ecoDopplerografia axului venos-splenoportal. Majoritatea lotului este reprezentată de bolnavi încadrați în stadiul Child B, cu diverse comorbidități singulare sau cumulate. Tactica chirurgicală individuală de rezolvare a fost adoptată în baza particularităților cazului (topografie, stadiu evolutiv, eventuale complicații) și diferențiată în funcție de bilanțul lezional și de starea generală a pacientului, obiectivele intervenției chirurgicale fiind micșorarea presiunii

portale, corectarea hipersplenismului, drenajul retroperitoneal al ascitei.

Din numărul total de 365 cazuri selectate și operate, la 328 (89,9%) a fost practică splenectomia cu devascularizare azigo-portală Hassab, asociată cu omentopexie, dintre care la 278 pacienți s-a intervenit prin metode clasice, iar la 16 (4,9%) – prin metoda videolaparoscopică, un caz convertit la metoda clasică. În șirul de pacienți cu ciroză decompensată vascular, s-au realizat 14 transplanturi de ficat și 12 anastomoze porto-cave (9 spleno-renale distale și 3 omfalo-cave). La alții 11 bolnavi cu sindrom hemoragipar sever și ascită s-a adoptat o atitudine chirurgicală conservatoare, practicând operația Kabilia, suturarea pediculului vascular gastric stâng, a arterei lienale și omentopexie.

Au existat situații în care pacienții prezentau concomitent și altă patologie care a necesitat operații simultane: colecistectomie (14 cazuri), apendicectomie (5 cazuri), hernioplastie (4 cazuri), rezecție de intestin (1 caz). La un număr de 274 pacienți, la care endoscopia a arătat prezența varicelor esofagiene cu risc hemoragic înalt profilactic am practicat ligaturarea endoscopică, iar la 41 bolnavi – laparoscopia de diagnostic. Pentru atingerea obiectivului asumat, am urmărit anumiți parametri: complicații postoperatorii, durata spitalizării, starea la externare și evoluția în timp a bolnavilor, insistându-se asupra indicației operatorii, a tacticii chirurgicale și a rezultatelor postoperatorii. Protocolul de urmărire a pacienților din cazuistica inclusă în studiu a impus monitorizarea interdisciplinară a acestora din punct de vedere clinic, biologic și imagistic, pentru aprecierea eficienței metodei de tratament aplicate și pentru diagnosticarea complicațiilor și aprecierea calității vieții. Pacienții au fost examinați cu ocazia fiecărui control (la fiecare 6 luni în primii 2 ani și apoi anual sau la nevoie).

## Rezultate și discuții

Rezultatele studiului au arătat că evoluția postoperatorie, în marea majoritate a cazurilor analizate, a fost trenantă, dar cu vindecare chirurgicală. Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de  $11 \pm 1,9$  zile (cu limite între 8 și 39 de zile) pentru lotul clasic și de  $6,1 \pm 2,1$  pentru lotul laparoscopic. Un aspect important sunt complicațiile postoperatorii, incidența globală a cărora în cazuistica examinată a fost sub 11,2%: tromboza de venă portă (27 cazuri), abces subfrenic (9), pancreatită acută postsplenectomie (4), ascit-peritonită (1). Deloc surprinzător, apariția acestor complicații a fost semnificativ corelată cu severitatea bolii hepatice (figura 1).

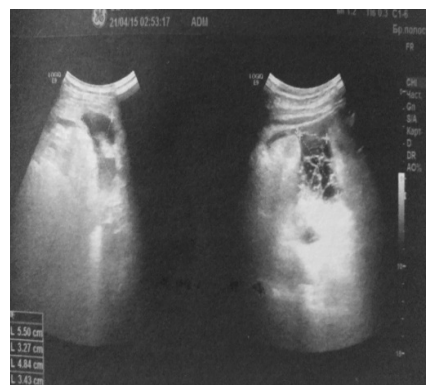
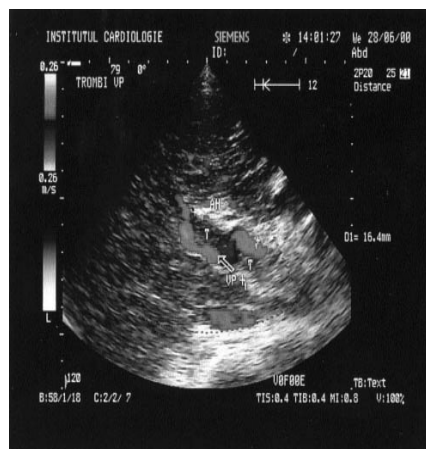
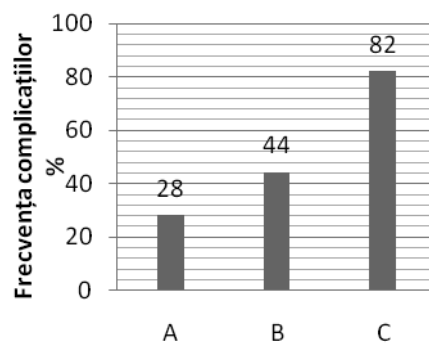


Fig. 1. Ponderea complicațiilor postoperatorii în funcție de starea funcțională hepatică (Child-Pugh); eco-Doppler: tromboză de venă portă/abces subfrenic postsplenectomie

Reintervenția a fost necesară în următoarele situații: abces al lojei splenice – 1 caz; ascit-peritonită – 1 caz și tromboză entero-mezențerică – 1 caz. Mortalitatea postoperatorie în lotul laparoscopic a fost nulă și de 3,5%, comparativ cu 6-20%, date din literatura de specialitate. Un loc aparte în statistica noastră îl ocupă trombozele axului venos spleno-portal (TAVS), înregistrate în 27 cazuri (7,9%), într-o perioadă cuprinsă între 8 și 56 zile postsplenectomie, prin screeningul ecografic util pentru diagnostic. Modalitatea de debut a TAVS a fost: subclinică, asimptomatică (5 cazuri); debut lent, insidios (11 cazuri) – clinic tradus prin febră postsplenică (7); durere cu sediu epigastric (5); ascită tranzitorie (4), subicteritate (2) și debut acut – un caz de trombo-

ză venoasă entero-mezenterică, tradus clinic prin angină abdominală.

Am remarcat o corelație semnificativă între apariția TAVS și prezența unor factori favorizanți, atestați în lotul de studiu, printre care se cer a fi enumerați următorii: splenectomia defectuoasă, efectuată în tratamentul multimodal al hipertensiunii portale cu greutatea tehnică; trombocitoza funcțională postsplenectomie; viteza fluxului portal venos sub 15 cm/s, asociată cu hepatodepresie severă (scor Child C). Studiul topografiei trombozei recente sau acute de venă portă are următoarele rezultate: tromboza trunchiului principal al venei porte – 14 cazuri, reprezentând 52%; tromboză pe venele hepatice – 8 cazuri sau 29,7%; tromboză în vena lienală – 4 cazuri, reprezentând 14,8%; tromboză în vena mezenterică cu dezvoltarea tromboemboliei enteromezenterice segmentare (1 caz) – tratament complex medicochirurgical, evoluție clinică favorabilă. Embolia pulmonară a fost înregistrată la 1 pacient (3,0%), care a decedat.

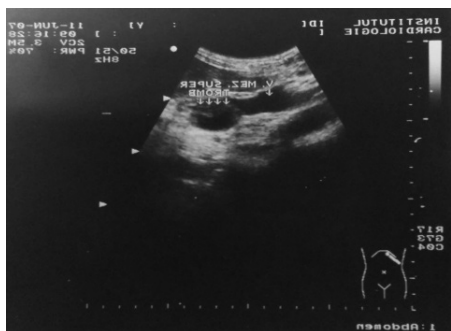


Fig. 2. Tromboză a trunchiului v. porte (50%), a ramului drept și stâng cu flux slab de recanalizare (9,0 cm/s.) și tromboză v. lienale (50%)

Sângerarea variceală a fost documentată la 2 pacienți (7,4%) din totalul celor 27 cazuri cu trombo-

ză de venă portă, hemostază endoscopică eficientă prin bandig.

În arsenalul terapeutic al TAVS au fost incluse asocieri de chimioterapice antitrombotice după cum urmează: 4 cazuri (14,8 %), cu debut asimptomatic, au beneficiat de tripla terapie (aspirină + ticlopidină + fragmin/clexan), iar 13 pacienți (48,2 %), cu debut acut sau subacut – de asocierea în schema terapeutică a patru preparate (aspirină + ticlopidină + fragmin/clexan + dipiridamol). Experiența acumulată demonstrează că în vederea obținerii unei eficiențe maxime a actului terapeutic este necesar de a respecta următoarele norme și reguli de administrare a tratamentului antiplachetar/antitrombotic:

- tratamentul antiplachetar trebuie instituit cât mai devreme, după depistarea ecografică a localizării TAVS;
- se vor administra antitrombotice în asociere cu heparina cu greutatea moleculară mică (fragmin sau clexan) în doze curative care să realizeze liza sau recanalizarea TAVS;
- terapia antiplachetară de durată, asociată cu cea hepatotropă sindromală;
- studiul efectelor terapiei administrate prin monitorizarea după criterii clinice, eco-Doppler și/sau TC și paraclinice, care permit cuantificarea evoluției TAVS (imagine eco-Doppler) și a modificărilor hemodinamicii portale.

Complicațiile supurative postsplenectomie au ocupat locul doi în cazuistica noastră. La 9 pacienți (2,5%) din totalul celor 365 incluși în studiu, într-un interval foarte variabil, de la 5 la 18 zile postoperatorii, a fost diagnosticat abces subdiafragmal pe stânga, având ca prim semn apariția febrei și fiind ulterior confirmat de ecografia abdominală și/sau fistulografie. Factorii ce au favorizat apariția abscesului au fost: drenaj afuncțional, colecții sero-limfohematice restante, drenaj deschis în condiția presiunii intermitent „negative” în spațiul subfrenic, coagulopatie. Atitudinea terapeutică la care am recurs în aceste situații a fost puncția și drenarea ecoghidată a abscesului (7 cazuri). Celelalte 2 cazuri au beneficiat de reintervenției chirurgicale, practicându-se sanarea, drenarea abscesului cu dren aspirativ bilaminar, urmată de lavaj continuu cu serbetadenat, tratament hepatotrop, antibioterapie, corticoterapie, fraxiparină etc. Evoluția bolnavilor după cea de-a doua intervenție chirurgicală a fost marcată de apariția fistulei pancreatice (1 caz). Mortalitatea reprezintă un parametru care trebuie detaliat discutat. Cea mai frecventă cauză de deces au constituit-o insuficiență hepatorenală progresivă (5 cazuri). Evoluția nefavorabilă s-a mai datorat emboliei pulmonare (1 caz), HAV – 1 caz, fistulă gastrică, ascit-peritonită (1 caz).

## Concluzii

1. Ameliorarea funcțională și creșterea calității vieții sunt obiectivele terapeutice esențiale pentru pacienții cirofici cu hipertensiune portală asociată.

2. Identificarea pacientului care prezintă risc ridicat de a dezvolta o complicație severă postoperatorie este dificilă, motiv pentru care abordarea cazurilor cu complicații trebuie efectuată în echipă organizată, special antrenată în managementul pacienților cu insuficiență hepatică cronică.

3. Experiența clinică acumulată demonstrează că minimizarea importanței evaluării preoperatorii complete, raționamentul eronat în indicație, tehnica chirurgicală greșit aleasă sau efectuată și supravegherea incompetentă a pacientului cu tară hepatică condiționează direct riscul compromiterii cursului operatoriu, dar și postoperatoriu.

4. Se poate afirma că riscul de complicații poate fi minimizat prin monitorizare permanentă, screening imagistic și instituirea perioperatorie timpurie, la necesitate, a tratamentului anticoagulant complex de durată, asociat cu măsuri privind profilaxia complicațiilor infecțioase: drenaj aspirativ bilaminar al lojei lienale și lavaj cu ser betadinat, terapie de protecție hepatică complexă, antibioterapie.

## Bibliografie

1. Aberg F., Rissanen A.M., Sintonen H. et al. *Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients*. In: *Liver Transpl.*, 2009; nr. 15(1), p. 64-72.
2. Anegawa G., Kawanaka H., Uehara H. *Effect of laparoscopic splenectomy on portal hypertensive gastropathy in cirrhotic patients with portal hypertension*. In: *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2009, Sep., nr. 24(9), p. 8-1554.
3. Bancu S., Borz C., Popescu G. et al. *Suntul splenorenal distal și proximal pentru hipersplenismul datorat cirozei hepatice*. În: *Chirurgia*, nr. 102 (6), p. 665-668.
4. Cazacov V. *Considerații clinico-morfologice și terapeutice în splenopatia portală*. Chișinău, 2012, 133 p.
5. Corneci Dan. *Managementul perioperator al pacientului cu insuficiență hepatică*. În: *Actualități în ATI și medicina de urgență*. Timișoară, 2005, p. 54-72.
6. Hotineanu V., Cazacov V., Dumbrava V., Moscalu Iu. *Hipersplenismul portal – atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie*. În: *Arta Medica*, nr. 4 (25), 2007, p. 68-69.
7. Dumbrava V.T. *Protocol clinic național „Ciroza hepatică compensată la adult”*, Chișinău, 2008, 21 p.
8. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. *Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice*. Chișinău, 2002.
9. Popa M., Vasilescu C. *Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic*. În: *Chirurgia*, nr. 105(1), p. 15-20.
10. Popovici A., Grigoriu G. *Splenectomia: indicații medico-chirurgicale*. București, 1995.
11. Prelipcean C., Pintilie I., Jigăreanu O., Mihai C. *Tromboza nonneoplazică de venă portă din ciroza hepatică: diagnostic și tratament anticoagulant*. În: *Jurnalul de chirurgie (lași)*, 2013, vol. 9, nr. 4, p. 321-323.
12. Tomikawa M., Akahoshi T., Sugimachi K. *Laparoscopic splenectomy may be a superior supportive intervention for cirrhotic patients with hypersplenism*. In: *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 2010 Feb.; nr. 25(2), p. 397-402.
13. Бойко В.В. *Портальная гипертензия и ее осложнения*. Харьков, 2008.
14. Ким И.Н. *Коррекция гиперспленизма у больных с синдромом портальной гипертензии*. Дисс. канд. мед. наук. Новосибирск, 2009.
15. Назыров Ф. Г., Девятов А. В., Бабаджанов А. Х., Мардонов Л. Л. *Анализ качества жизни больных циррозом печени с портальной гипертензией после портосистемного шунтирования*. В: *Bulletin of experimental and clinical surgery*, 2012, том 3, с. 509-516.
16. Рачковский М.И. *Прогнозирование выживаемости при циррозе печени различной этиологии*. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Томск, 2009, 39 с.

**Vladimir Cazacov**, Catedra 2 Chirurgie,  
USMF Nicolae Testemițanu  
Tel.: 069143363;  
E-mail: cazacov@yahoo.com