

vădită a funcției de sinteză a ficatului odată cu evoluția bolii.

✓ Manifestările clinice ale sindromului hemoragic s-au întâlnit cu o frecvență mai mare la pacienții cu ciroză hepatică de etiologie virală C, urmată de CH de etiologie alcoolică+virală. La pacienții cu ciroză hepatică de etiologie virală B și în ciroza hepatică de etiologie mixtă frecvența sindromului hemoragic a

fost mai joasă.

✓ Varicele esofagiene de gradul III au fost prezente în 11 cazuri (14,7%), cel mai frecvent s-au întâlnit în stadiul Child-Pugh C, aceasta indică posibilitatea unei hemoragii cu o frecvență mai înaltă la pacienții din stadiu Child-Pugh C.

Bibliografie

- Alexander R., Bonnel K., Rajender Reddy. Immune Dysfunction and Infections in Patients with Cirrhosis. Department of Medicine, University of Pennsylvania, 2011, vol. 9, p.727-738.
- Alin Bour. Detoxicarea enterală în tratamentul insuficienței hepatice la pacienții cu ciroză hepatică și hemoragii din varicele esofagogastrice. Chișinău, 2011.
- Amodio P., del Piccolo F., Marchetti P., Angeli P., Iemmolo R., Caregato L., Merkel C., Gerunda G., Gatta A.: Clinical features and survival of cirrhotic patients with subclinical cognitive alterations by the number connection test and computerized psychometric tests. *Hepatology* 1999; 29: 1662-1667
- Amodio P., Valenti P., Del Piccolo F., Pellegrini A., Schiff S., Angeli P., Poci C, Mapelli D., Iannizzi P., Gatta A.: P 300 latency for the diagnosis of minimal hepatic encephalopathy: Evidence that spectral EEG analysis and psychometric tests are enough. *Dig. Liver Dis.* 2005; 37: 861-808.
- Corcimaru I. Hematologie. CEP Medicina, Chișinău, 2007, 388p.
- Desmet V., Roskams T. Cirrhosis reversal: a duel between dogma and myth. *J. Hepatol.* 2004; 40, 860—867.
- Jalan R., Williams R. Acute on chronic liver failure: pathophysiological basis of therapeutic options. *Blood Purif.* 2002; 20, 252—261.
- Laleman W., Wilmer A., Evenepoel P., Verslype C., Fevery J., Nevens F. Non-biological liver support in liver failure. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006; 23, 351—363.
- Mitrică D., Drug VL., Prelicean C., Stan M. Hemostatic disorders in liver disease. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2008; 112(2):313-2025.
- Pluta A. et al. Coagulopathy in liver disease. *Adv Med Sci.*, 2010, vol. 55 (1 supl), p. 16-21.
- Sridhar S., Gangireddy V., Kanneganti P., Talla S. and Coleman T. Management of thrombocytopenia in advanced liver disease. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2014 Nov; 28(10): 558-564.
- Yovita H., Djumhana A., Abdurachman S., et al. Correlation between anthropometrics measurements, prealbumin level and transferin serum with Child-Pugh classification in evaluating nutritional status of liver cirrhosis patient. *Acta Med Indones.* 2004; 36: 197-201.
- Бобров А. Н. Этиологический профиль циррозов печени с летальным исходом у стационарных больных. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2006; Т. 16, № 2. С. 19-24.



REZULTATE ȘI DISCUȚII PRIVIND EVOLUȚIA TROMBOZEI DE VENĂ PORTĂ LA BOLNAVUL CIROTIC SPLENECTOMIZAT

RESULTS AND DISCUSSIONS ABOUT THE EVOLUTION OF PORTAL VEIN THROMBOSIS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND SPLENECTOMY

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ ЭВОЛЮЦИИ ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ СО СПЛЕНЭКТОМИЕЙ

Vladimir Cazacov

Catedra 2 Chirurgie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

This retrospective study presents the results of a therapeutic approach of patients with liver cirrhosis and portal vein thrombosis (PVT) after splenectomy. This is the result of many years of research focused on the problem of selecting the optimal program of diagnosis and treatment of patients with PVT in this category of patients. The results of this research showed that treatment of such kind of postoperative complications should be constantly changed depending on clinical and/or biological signs of disease and ultrasound data of portal hemodynamic assessment scale. The usage of combined therapy on operated patients with liver cirrhosis, in conditions of PVT, requires an individual approach, is safe and may improve the prognosis and quality of life of patients.

Keywords: cirrhosis, portal vein thrombosis, splenectomy

Резюме

Данное ретроспективное исследование представляет результаты терапевтического подхода к пациентам с циррозом и тромбозом воротной вены (ТВВ) после спленэктомии. Это итог многих лет исследования, сфокусированный на проблеме выбора оптимальной программы диагностики и лечения этой категории больных. Результаты исследования показали, что лечение данного послеоперационного осложнения должна постоянно адаптироваться в зависимости от клинических и/или биологических признаков болезни и данных ультразвуковой шкалы оценки портальной гемодинамики. Проводимая комбинированная терапия оперированных циррозом печени больных в условиях ТВВ безопасна, требует индивидуального подхода, может улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: цирроз, тромбоз воротной вены, спленэктомия

Introducere

Cirozele hepatice reprezintă una din marile probleme ale patologiei gastroenterologice, care, prin incidența crescută, severitatea complicațiilor evolutive și costurile pe care le presupune îngrijirea acestor pacienți constituie și o entitate medico-socială actuală [1, 4, 11]. Pe plan național și internațional, ciroza hepatică este considerată o afecțiune "predispozantă" și responsabilă în proporții de cca 64% de apariția trombozei de vena portă (TVP) [3, 4, 8]. Este cunoscut că pacienții cirofici operați sunt corelați cu o creștere a incidenței și prevalenței TVP de 13,7-34,8% [9, 11, 12, 16]. Lipsa unor recomandări de monitorizare și tratament al complicațiilor trombotice la această categorie de pacienți sunt principalele impedimente în practica medicală curentă [2, 5, 6, 7, 10, 15]. Studiul prezentat, fiind retrospectiv, încearcă să răspundă la următoarele întrebări: care sunt riscurile și beneficiile terapiei antiagregante plachetare, și anticoagulante; care este protocolul de urmat în perioada perioperatorie; care este durata medicației și modalitatea de ajustare a schemei de tratament anticoagulant antitrombotic. Dată fiind frecvența mare a TVP postsplenectomie – problemă cunoscută în mediile medicale, considerăm necesar să o ilustrăm cu unele date clinico-statistice și terapeutice, obiectivul comunicării date fiind actualizarea informațiilor privind TVP postsplenectomie și analiza posibilităților terapeutice.

Material și metode

Am analizat prin metoda studiului retrospectiv cazurile a 32 pacienți cu TVP, selectați dintr-un lot de 366 pacienți cirofici

operați în Clinica 2 Chirurgie. S-au înregistrat informații din foile de observație clinică, investigațiile biologice și imagistice, protocoalele operatorii, rezultate terapeutice. Majoritatea lotului este reprezentată de bolnavi încadrați în stadiul Child B, cu diverse comorbidități singulare sau cumulate. Tactica chirurgicală a fost 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 366 cazuri selectate și operate, la 339 (92,6%) au fost practicate splenectomia cu devascularizare azygo-portală Hassab-Kaliba asociată cu omentopexie, 14 transplante de ficat și 13 anastomoze porto-cave (9 spleno-renale distale și 4 omfalo-cave). 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.

Rezultate și discuții

În cadrul cazurilor studiate am întâlnit următoarele variante ale TVP: tromboză acută (proaspătă) – 23 cazuri (71,9%), dintre care 12 pacienți au asociat ocluzie parțială a venei portă; tromb vechi – 9 pacienți (28,1%).

Din punct de vedere a localizării, topografic am depistat TVP varianta I (situată în trunchi) – 24 cazuri, varianta II (extins în amonte) – 3 cazuri, varianta III (TVP extins în aval) – 5 cazuri (fig. 1).



Figura 1. Localizarea topografică a TVP

Clinic, în majoritatea cazurilor (96,4%), s-a decelat debut lent, insidios, care s-a tradus cu febră postsplenică, durere cu sediu epigastric, ascită, ictericitate, astenie fizică; 13 cazuri (3,6%) au fost asimptomatice, fiind documentate incidental la ecografia de control. Bolnavii cu TVP au aderat la indicațiile unei terapii antiagregante-anticoagulante duale, care pe lângă utilizarea complexă a remediilor reologice a inclus anticoagulante (diosmin 500mg sau acenocumarol 2 mg) administrare orală asociate cu antiagregant plachetar (ticlid

150 mg, nugrel, plavix, clopidogrel 75mg, aspirină). Deciziile privind regimul și durata de administrare au fost luate de la caz la caz, pentru fiecare bolnav aflat sub monitoring: INR, USG, FECS. În 89% cazuri, aflate sub terapie antiagregantă plachetară și anticoagulantă, s-a obținut ameliorarea susținută a trombocitozei funcționale postsplenectomie cu diminuarea și/sau recanalizarea trombului venei porte, creșterea vitezei și volumului fluxului portal (fig.2).

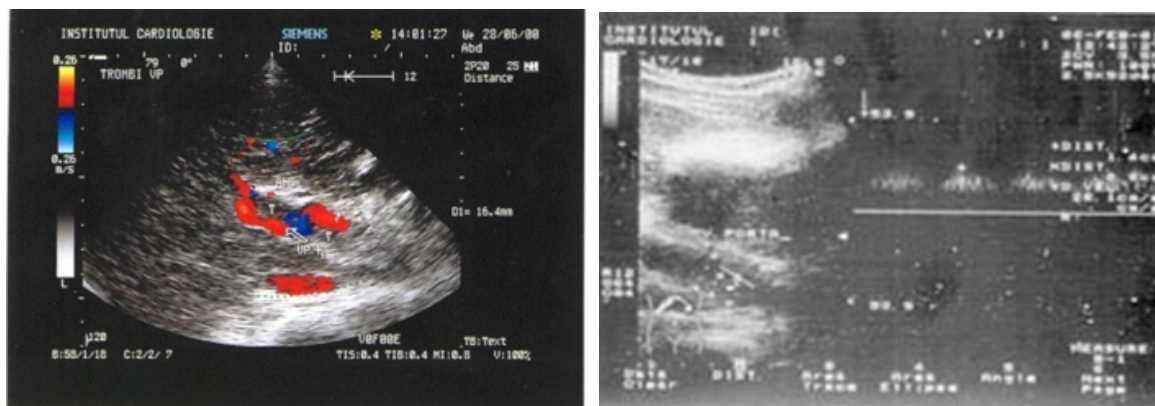


Figura 2. Posttratament (dinamică pozitivă): trombul în ramurile v. portă ocupă 2/3 din lumen, Vmax a fluxului de recanalizare = 15,9 cm/s

Am înregistrat, în cadrul cazurilor tratate, 3 retromboze de venă portă, toate clinic traduse cu decompensare parenchimatooasă (ascită - 1 caz) și vasculară (hemoragii digestive variceale repetate - 2 cazuri). S-a intervenit chirurgical într-un singur caz (cel de tromboză venoasă

entero-mezenterică), celelalte cazuri răspunzând favorabil la tratamentul antiplachetar aplicat. Experiența acumulată demonstrează că în vederea obținerii unei eficiențe maxime a actului terapeutic este necesar de a respecta următorul protocol de management perioperatoriu (fig. 3):

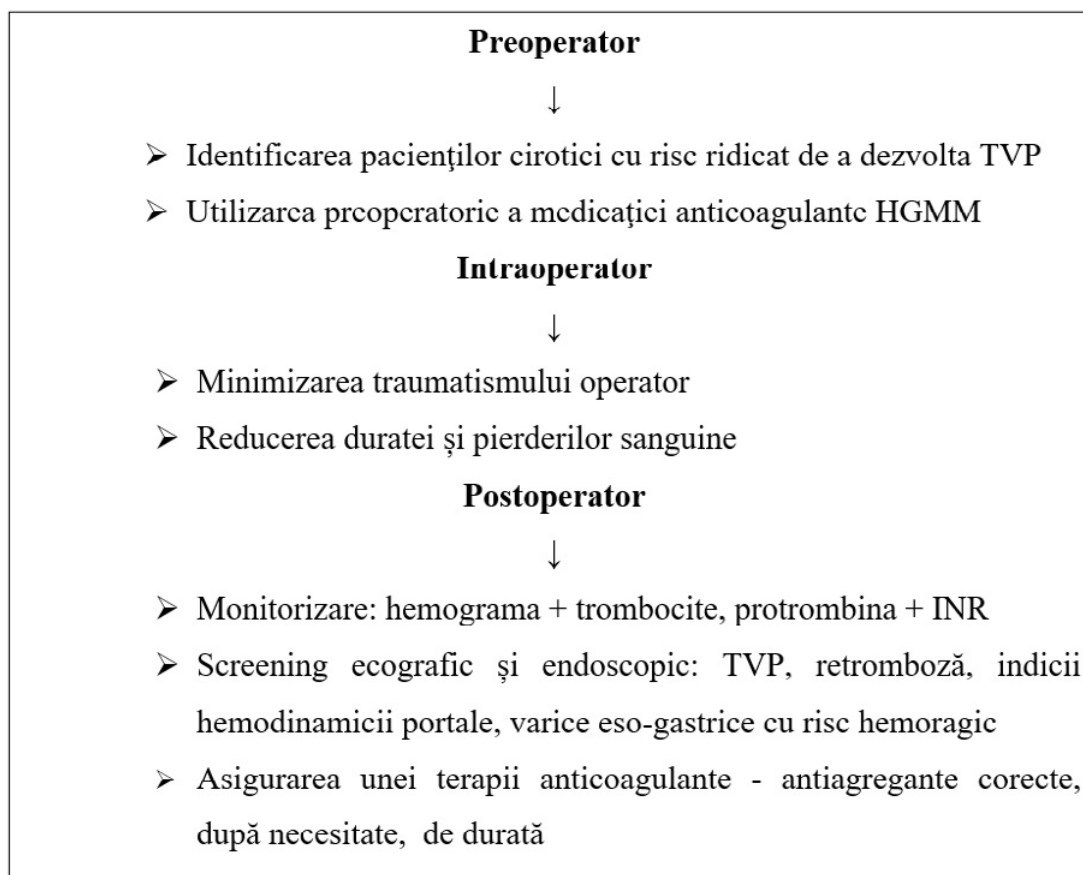


Figura 3. Protocol de management perioperatoriu a pacientului hepatic splenectomizat

Rezultatele clinice obținute demonstrează că protocolul elaborat permite alegerea conduitei terapeutice funcție de particularitățile cazului, de prezența factorilor de risc și complicațiilor asociate care mult agravează starea pacientului hepatic chirurgical asistat.

Concluzii

1. Tromboza de venă portă este o realitate clinică, având de cele mai multe ori, o evoluție particulară, trenantă, fără expresie

clinică aparentă.

2. Managementul perioperator al terapiei anticoagulante antitrombotice este complicat. Tratamentul profilactic/curativ instituit în urma bunei colaborări hepatolg-chirurg, după un anumit plan terapeutic, asociat cu monitoring echoDoppler și endoscopic sunt esențiale și indispensabile.

3. Utilizarea protocolului de management perioperatoriu este strict necesar și reprezintă premisele succesului terapeutic, a creșterii calității vieții pacientului cirotic operat.

Bibliografie

1. Aldawood A, Arabi Y, Aljumah A, et al. The incidence of venous thromboembolism and practice of deep venous thrombosis prophylaxis in hospitalized cirrhotic patients. *Thromb J* 2011;9:1
2. Badaloo AV, Singhal A, Forrester TE, Serjeant GR, Jackson AA – the effect of splenectomy for hypersplenism on whole body protein turnover, resting metabolic rate and growth in sickle cell disease. *J.Clin.Nutr.*, 1996; 50: 672-675.
3. Bălăceanu A. Ciroza hepatică și tromboza: termeni contradictorii sau interrelaționați? *Medicina internă*, 2013, Nr.1, p. 23-29
4. Cazacov V., Gasnaș V., Tiron V. – Managementul profilaxiei complicațiilor trombotice în chirurgie. *Anale științ., USMF, Chișinău*, 2004, p.55-62;
5. Cazacov V. – Hipersplenismul portal : actualități și perspective terapeutice. *Arta Medica*, nr.3 (12), 2005, p.29-33
6. Dumbavă V-T. Bolile ficatului (scheme și tabele) . V.I, Chișinău, 2003, p. 272-275.
7. Duran Cantan, Muzaffer Zorlu- Nevalbayie and al Trombosis after Splenectomy in patients with Thalassemia. *Thalassemia Center, Antalya State Hospital*, 2001; v.18; N14;
8. Friedman LS – The Risk of Surgery in Patients with Liver disease. *Hepatology.*, 1999; 29: 1617-23;
9. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. – Profilaxia complicațiilor trombotice în chirurgie. *Recomandări metodice*, Chișinău, 2002.
10. Hotineanu V., Cazacov V., Gasnaș V. – Sindromul hipertensiunii portale. *Indicații metodice*, Chișinău, 2002.
11. Englesbe MJ, Kubus J, Muhammad W, et al. Portal vein thrombosis and survival in patients with cirrhosis. *Liver Transpl* 2010; 16(1): 83–90. 240
12. Northup PG, Mc Mahon MM, Ruhl AP, et al. Coagulopathy does not fully protect hospitalized cirrhosis patients from peripheral venous thrombosis. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1524-1528
13. Valla DC. Thrombosis and anticoagulation in liver disease. *Hepatology* 2008; 47(4): 1384–1393.
14. Popovici A., Grigoriu G. – Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. *București*, 1995.
15. Sanogo Z., Yena S., et al. – Indications chirurgicales des splénomégalies à l'opital du point G BAMAHO. *Mol. Medical*, 2005, TXX, N18(2), p.40-42;
16. Медик В.А., Ибальдин С.А. – Дооперационная профилактика и послеоперационная реабилитация больных циррозом печени с синдромом гиперспленизма. *Вестник Новгородского государственного университета*. №4, 2000, стр. 112-115.



MANIFESTĂRILE CLINICE ALE DEREGLĂRILOR DE HEMOSTAZĂ LA PACIENȚII CU CIROZĂ HEPATICĂ

CLINICAL MANIFESTATION OF HEMOSTATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Lucia Cobiltean, Denis Burlac

Departamentul Medicină Internă, Disciplina de Gastroenterologie, IP USMF „N. Testemițanu”

Summary

This study included 58 patients with liver cirrhosis which were determined clinical manifestation of hemostatic disorders. We have analyzed the clinical manifestations of hemorrhagic syndrome and thrombotic disorders. It has been observed that more often hemorrhagic syndrome manifested by the presence of nasal bleeding and thrombosis were identified more frequently in the portal vein of the liver. Correlation analysis showed that the reduction of platelets and prothrombin index become more pronounced with the progression of the pathological process. APTT shows a direct correlation with the stage of the disease.

Keywords: liver cirrhosis, platelets, hemorrhagic syndrome, thrombotic disorders.

Резюме

В исследование было включено 58 пациентов с циррозом печени, у которых были определены клинические проявления нарушений гемостаза. Мы проанализировали клинические проявления геморрагического синдрома и осложнения тромботического характера. Было замечено что чаще всего геморрагический синдром проявлялся наличием носовых кровотечений а тромбозы были выявлены чаще в воротной вене печени. Корреляционный анализ показал, что снижение тромбоцитов и протромбинового индекса становятся более выраженными с прогрессированием патологического процесса. АЧТВ демонстрирует прямую корреляцию со стадией заболевания.

Ключевые слова: цирроз печени, тромбоциты, геморрагический синдром, тромбозы портальной системы