

## ARTICOLE ORIGINALE

# SPLENOPATIA PORTALĂ: EVALUARE ȘI REPERE CHIRURGICALE PORTAL SPLENOPTHY: EVALUATION AND SURGICAL POSSIBILITIES

Vladimir Cazacov, Vladimir Hotineanu, Vlada-Tatiana Dumbrava, Adrian Hotineanu, Eugeniu Darii  
Catedra 2 Chirurgie, USMF "Nicolae Testemițanu"

### Rezumat

Lucrarea de față analizează experiența Clinicii 1 Chirurgie în tratamentul multimodal al splenopatiei portale, de interes chirurgical. Studiul nostru evaluează intervențiile efectuate și rezultatele tratamentului chirurgical al unui lot de 387 bolnavi cu ciroză hepatică, splenopatie și hipersplenism sever asociat, realizat prin abord clasic sau laparoscopic. Se prezintă tehnicile chirurgicale și rezultatele postoperatorii.

### Summary

The study presents the analysis of Surgical Clinic 1 experience of multimodal treatment of portal splenopathy, in surgical aspect. Our study evaluated the performed interventions and the results of surgical treatment of 387 patients with liver cirrhosis, splenopathy and severe associated hypersplenism, performed by classic access or laparoscopic. There are presented the surgical techniques and postoperative results.

### Introducere

Splenopatia prin ciroză hepatică reprezintă un eveniment care apare în istoria naturală a bolilor cronice hepatice și hipertensiunii portale asociate [1, 13, 14]. Atât patologia cât și managementul terapeutic au suferit modificări importante în ultimul deceniu [4, 6, 8, 15]. Una dintre cele mai semnificative schimbări a înregistrat chirurgia hipertensiunii portale. În literatura de specialitate [2, 7, 14, 17] s-au evidențiat eforturi recente referitoare la îmbunătățirea selectării pacienților, care urmează să fie tratați chirurgical sau medical. Se remarcă faptul că aceștia, în stadiul actual al dezvoltării tehnicii chirurgicale și progreselor în anestezie și terapie intensivă, trebuie să beneficieze de o conduită eclectică și abordare interdisciplinară multimodală, medicală, endoscopică și chirurgicală electivă „clasică” sau „laparoscopică” [3, 5, 6, 8, 10, 16, 18]. Conduita terapeutică, indiferent de modalitatea la care ne-am referi, se hotărăște în funcție de numeroși factori: statusul pacientului; caracterul de urgență al intervenției; cauza și mecanismul patogenetic al HTP; potența și relațiile anatomice ale vaselor sistemului portal; prezența și gradul

hepatodepresiei, ascitei, encefalopatiei și hemoragiei [1, 2, 4, 7, 9, 14, 17]. Preocuparea pentru această temă se datorează frecvenței în creștere a cirozei hepatice și cazurilor cu splenopatie portală, asistând, uneori neputincioși, la evoluția progresivă, nefavorabilă, spre insuficiența hepatică ireversibilă și deces [2, 6, 13, 14]. Obiectivele acestui studiu au fost analiza tratamentului chirurgical, atât clasic cât și modern, adresat splenopatiei portale (SP), preocuparea noastră fiind orientată către alegerea unor tehnici și procedee chirurgicale bine puse la punct, ca indicație, timp și amplasare, în scopul unui consens diagnostic și terapeutic.

### Materiale și metode

Au fost analizate retrospectiv 387 cazuri cu boală hepatică cronică, internate și tratate în Departamentul chirurgie hepatobiliopancreatică a Spitalului Clinic Republican. În lotul de studiu au fost incluși pacienți cu simptomatologie specifică datorită splenopatiei portale, care au avut indicație pentru tratament chirurgical. Repartiția cazurilor pe ani de studiu este reprezentată în Fig. 1.

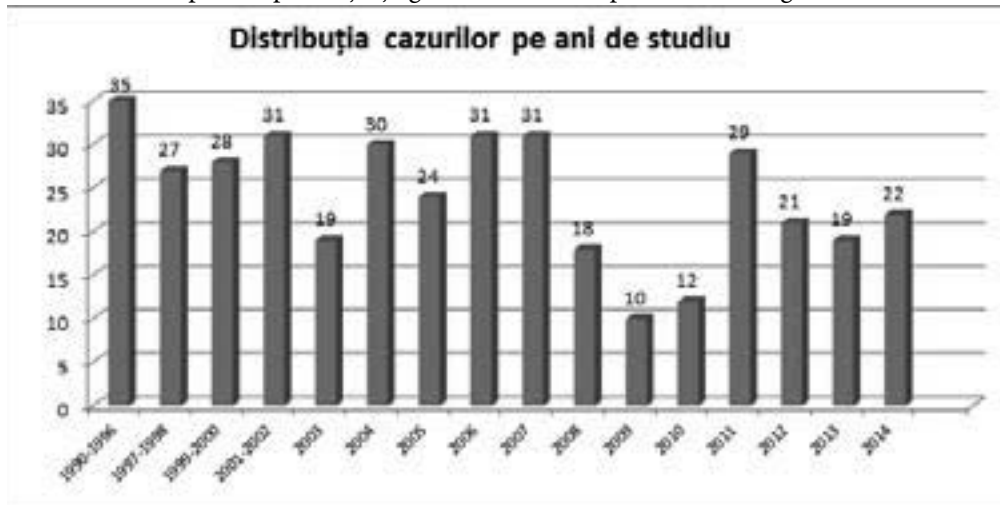


Fig. 1: Distribuția cazurilor pe ani de studiu.

Criteriile de includere în studiu au fost reprezentate de: pacienți cu diagnostic clar stabilit de hepatită cronică (32 pacienți) și ciroză hepatică compensată (355 pacienți), asociați cu hipersplenism sever și agravarea prognosticului bolii cronice hepatice. Nu au fost incluși pacienții cu ciroze

secundare sau parenchimos și vascular decompensate, precum și cei cu splenopatie de origine hematologică. În ceea ce privește repartitia cazurilor după etiologia bolii hepatice, frecvența maximă se observă la hepatopatiile virale, fiind de 82% pe lotul studiat (Fig. 2).

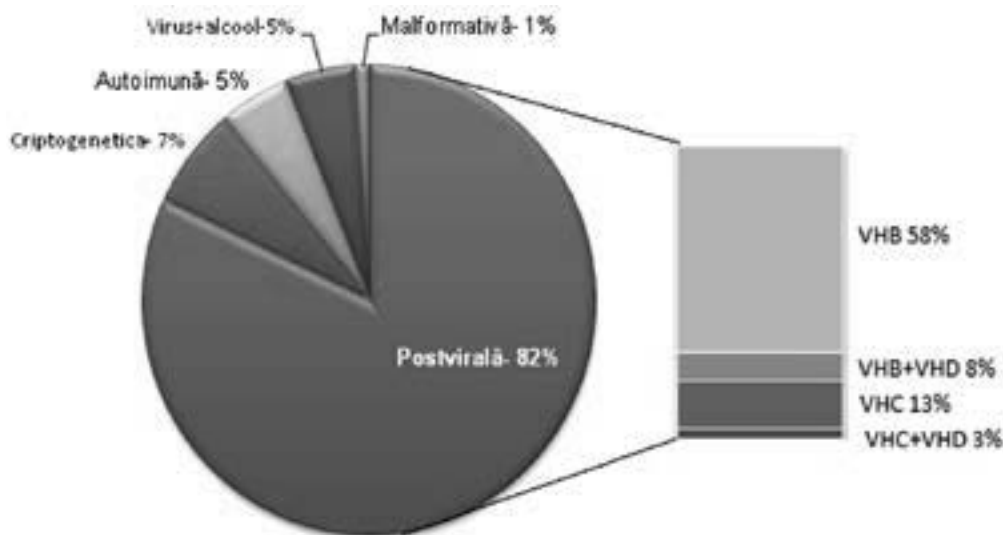


Fig. 2: Repartitia cazurilor în funcție de etiologie.

La fiecare pacient am întocmit o fișă de protocol, aceasta cuprinzând date anamnestice (vârsta, sexul, domiciliul, afecțiuni digestive în antecedente), date clinice obiective (icter, echimoze, epistaxis, gingivoragii, steluțe vasculare în teritoriul venei cave superioare, edeme, ascită, encefalopatie hepatică) și explorări paraclinice (investigații de laborator ca bilirubina, transaminazele hepatice, factorii de coagulare, albumina, ureea, creatinina, etc.; ecografia abdominală; ecoDopplerografia sistemului portal și CT; la necesitate, radiografia pulmonară; electrocardiograma). Toți pacienții au fost supuși examinării endoscopice superioare, indicațiile pentru efectuare acestuia fiind screening-ul varicelor esofagogastrice. 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 alți 41 de pacienți – laparoscopia diagnostică.

### Rezultate

La 364 (94%) din numărul total de 387 cazuri selectate și operate, a fost practică splenectomia cu devascularizare azigo-portală Hassab-Kaliba asociată cu omentopexie, dintre care la 346 pacienți s-a intervenit prin metode clasice, iar la 41 pacienți (10,6%) prin metoda videolaparoscopică, trei cazuri fiind convertite la metoda clasică. Dintre intervențiile chirurgicale practicate se detașează și 14 anastomoze portocave: 11 spleno-renale distale și 3 omfalo-cave, care au fost realizate de elecție, după indicații bine definite, în situația în care anastomoza constituia o opțiune acceptabilă. În majoritatea cazurilor, acestea au fost intervenții de durată, laborioase, în special în ceea ce privește timpul efectuării șuntului portocav. Acestea sunt ilustrate în Fig. 3. La alți 9 pacienți (2,3%), cu sindrom hemoragipar sever și ascită, s-a adoptat o atitudine chirurgicală conservatoare, practicând operația Kaliba, suturarea pediculului vascular gastric stâng și a arterei lienale, omentopexie.

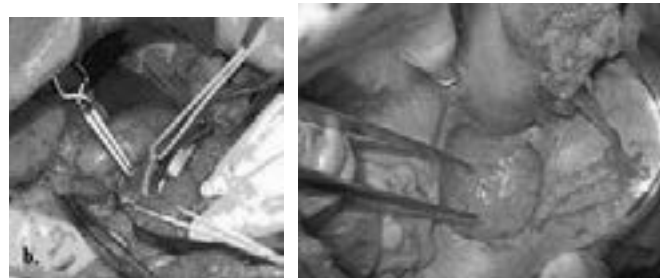
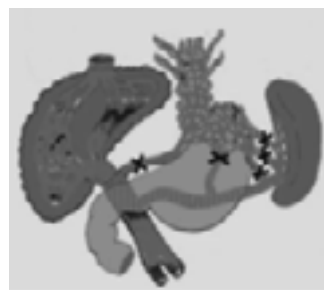


Fig. 3: Imagini intraoperatorii ce evidențiază diverse metode chirurgicale.

În timpul intervenției au fost necesare gesturi chirurgicale suplimentare, dictate de stadiul evolutiv al bolii hepatice și de complicațiile acesteia, sau de concomitențele patologice constatate intraoperator, care au necesitat operații simultane: colecistectomia (17 cazuri), apendicectomia (7 cazuri), hernioplastia (7 cazuri), rezecție de intestin (3 cazuri), drenarea externă a chistului pancreatic (1 caz).

Majoritatea intervențiilor chirurgicale (73%) au fost practicate în condiții tehnice precare (Fig. 4): splenomegalie gradul III-IV (94,4%), sindrom hemoragipar sever (71%), perisplenism important (47%), prezența nodulilor limfatici în hilul lienal (21%), coada pancreasului situată intrahilar (31%), varianta fasciculată a pediculului vascular splenic (7%).

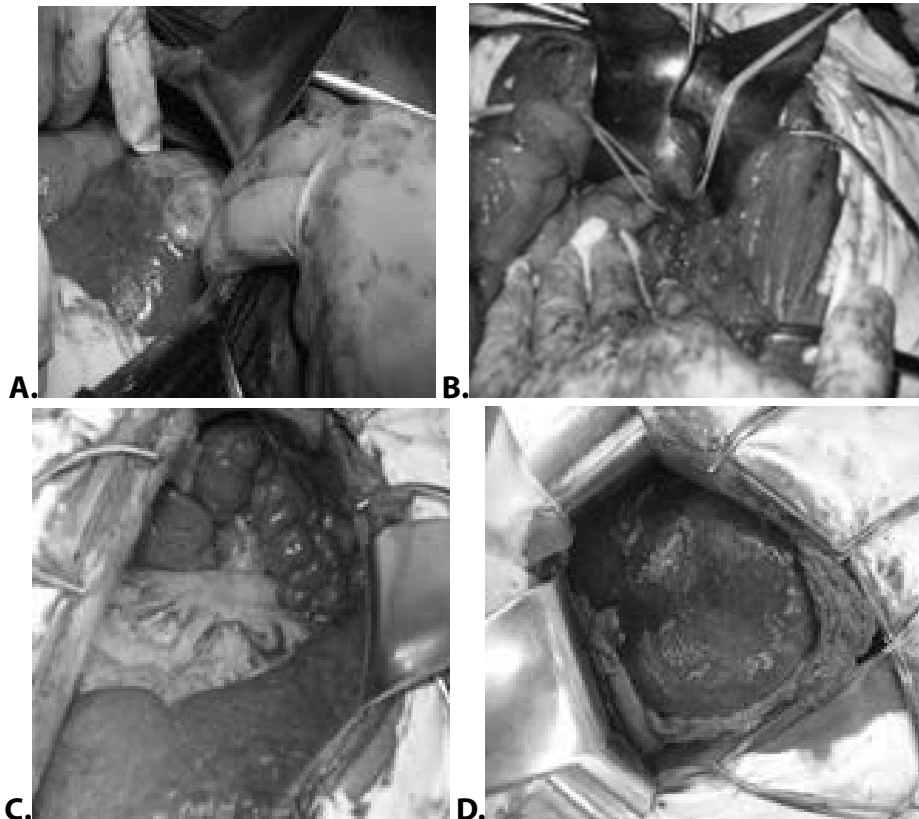
Monitorizând modificările anatomopatologice importante (Fig. 5), ca parametru al gravității afecțiunii hepato-splenice, cu eventuale repercusiuni asupra prognosticului, am



**Fig. 4:** Imagini intraoperatorii: relațiile anatomice ficat-splină (cazuistica clinicii).

evidențiat următoarele aspecte ale ficatului, splinei, axului vascular spleno-portal și ale altor organe intraabdominale: 5 cazuri de ficat malformat; 15 cazuri de infarct splenic; 2 cazuri

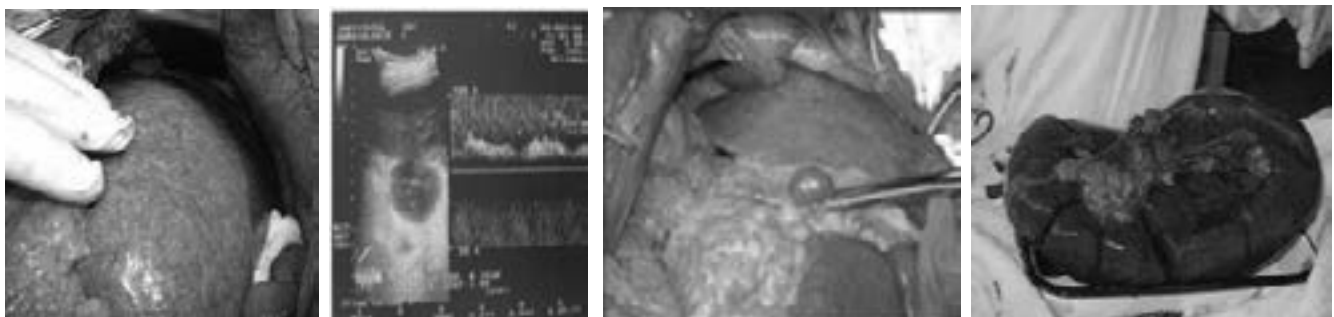
de anevrism al arterei splenice; 18 cazuri cu spline accesorii; 14 cazuri de hematom intrasplenic, asociat cu ruptură capsulară (5) și hematom perisplenic (4).



**Fig. 5:** Aspecte intraoperatorii (cazuistica clinicii): A. Infarct lienal; B. Anevrișm lienal; C. Ficat malformat; D. Hematom intrasplenic.

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  $20,8 \pm 5,76$  cm. În observațiile noastre au fost 279 (72,1%) bolnavi cu splenomegalie masivă și 92 (29,3%) cu megasplină. Spline accesorii au fost descoperite la 11% bolnavi, localizate, după incidență, în ordine descrescătoare, în hilul lienal, în

ligamentul gastrolieal și gastrocolic și în omentul mare (Fig. 5). Dimensiunile ficatului au fost diferite, în funcție de caracterul și stadiul lezional hepatic. Hepatomegalia a fost prezentă în 31% cazuri, mai frecvent din contul lobului stâng; la 64% pacienți s-a determinat atrofia parenchimului hepatic, acompaniată de consistența dură a ficatului și contur neregulat (Fig. 6).



**Fig. 6:** Splenomegalie; splina accesorie, splenectomie (imagini intraoperatorii).

Explorarea intraoperatorie a pus în evidență leziuni cirogene macronodulare în 65% din cazuri, micronodulare – în 25% și micro-macronodulare – în 17% cazuri din totalul pacienților operați. În ceea ce privește prezența colateralelor porto-cave decompressive, constatăm predominanța

colateralelor gastro-esofagiene atestate la 87% cazuri, surprinse în majoritatea cazurilor (60% din ele) și intraoperator, situate la polul superior lienal (calea diafragmală stângă); distribuția spleno-renală a colateralelor a fost atestată în 46,5% cazuri, iar cea retroperitoneală – în 30% cazuri (Fig. 7).

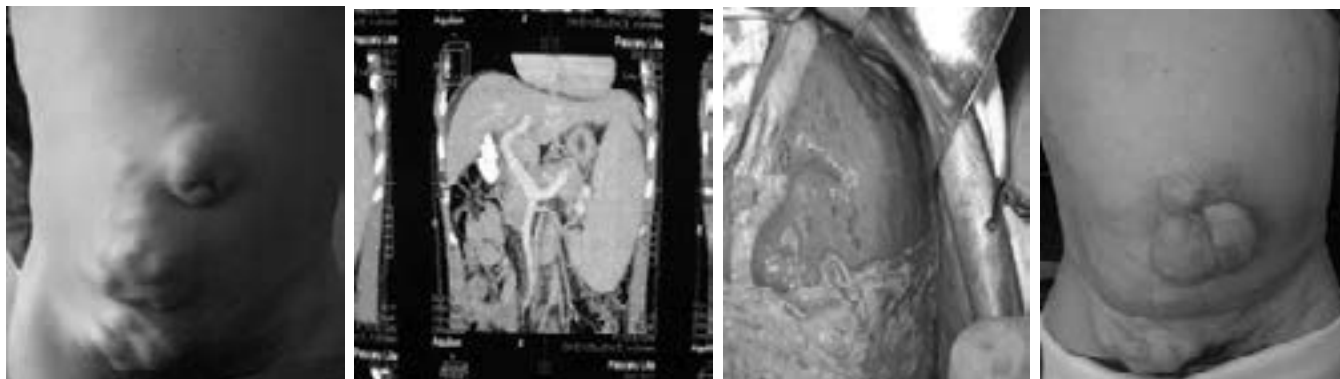


Fig. 7: Colaterale porto-cave decompressive.

Am preferat procedeul splenectomiei “cu splina pe loc” pentru avantajele metodei legate de evitarea posibilelor complicații hemoragice în condițiile unui ficat cirotic și a sindromului hemoragipar trombocitopenic, iar pe de altă parte pentru scăderea riscului lezării cozii pancreasului și dezvoltarea pancreatitei acute postsplenectomie.

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 la 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 personală, dobândită prin confruntarea cu atare situații. În acest cadru am căutat să precizăm dacă splenectomia laparoscopică:

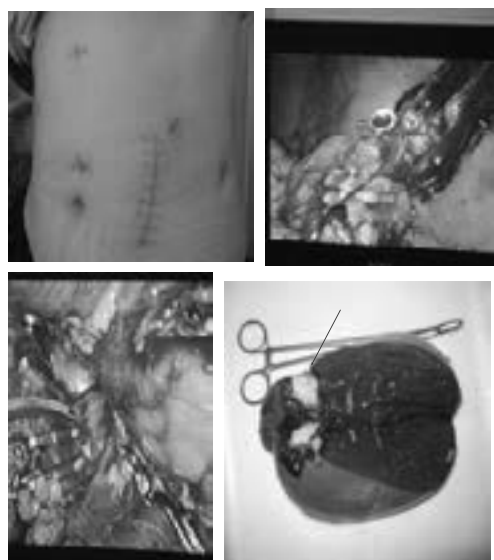
- este realizabilă și oportună;
- oferă, în condiții de siguranță pentru pacient, soluții pertinente;
- evită un impact negativ asupra morbidității și mortalității;

ții;

– poate fi, în consecință, apreciată ca o modalitate de reexplorare a pacienților chirurgicali.

Cazuistica noastră a inclus 41 pacienți cu splenopatii secundare, bine selectați, având o topografie convenabilă fără raporturi periculoase de vecinătate, perisplenism important și cu dimensiuni ale splinei sub 20 cm, în lipsa dereglărilor marcate ale hemostaziei. Explorarea simplă laparoscopică a ficatului și splinei cu aprecierea volumului și schimbărilor macroscopice ale acestora și inspectarea pancreasului, mezenterului, epiploonului pentru țesut splenic accesoriu, s-au efectuat cu un minimum de trocare, cel mai adesea un trocar de 10 mm și două trocare de 5 mm. Mărimea splinei reprezintă un subiect în alegerea abordului laparoscopic. În cazul splenomegaliilor peste 20 cm (1 caz) sau în prezența varicelor perisplenice voluminoase, în special retroperitoneale (1 caz), am practicat abordul laparoscopic asistat manual (hand assisted laparoscopic splenectomy - HALS), (Fig. 8). Timpul mediu al operațiilor a fost de 170 minute, cu limite de 120-480 minute.

#### Etapele SPLL: abord laparoscopic asistat manual (HALS)



- Aplicarea pneumoperitoneului
- Introducerea trocarelor
- Mobilizarea polului inferior al splinei
- Disecția și clamparea vv. scurte gastrice
- Mobilizarea și secționarea pediculului vascular lienal
- Disecția atașamentelor laterale peritoneale și ligamentului spleno-colic + fenestrarea peritoneului parietal
- Extragerea splinei din cavitatea abdominală, drenarea lojei lienale
- Recoltarea biopsatului hepatic

Fig. 8: Timpii splenectomiei laparoscopice practicate în sublotul studiat.

Pentru aprecierea rezultatelor am urmărit anumiți parametri: complicații postoperatorii, durata spitalizării, starea la externare și evoluția în timp a bolnavilor. Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de  $11 \pm 1,9$  zile (cu limite între 8 și 39 zile) pentru lotul clasic și de  $6,1 \pm 2,1$  pentru lotul laparoscopic. Rezultatele imediate și la distanță le considerăm favorabile, raportându-ne la cifre din literatura de specialitate. De altfel, incidența globală a complicațiilor postoperatorii, în cazuistica examinată, a fost sub 18,7%: abces subfrenic (7), pancreatită acută postsplenectomie (4), ascit-peritonită (1), insuficiența hepatorenală severă (2). Deloc surprinzător, apariția acestor complicații a fost semnificativ corelată cu severitatea bolii hepatice, prezența patologiei asociate, trombocitoza funcțională postsplenectomie, dificultățile tehnice impuse de perisplenism, anomaliile axului vascular portal, prezența nodulilor limfatici parahilar și situația intrahilară a cozii pancreasului. Experiența noastră arată că rezultatele postoperatorii la distanță ale chirurgiei laparoscopice sunt comparabile cu cele ale chirurgiei deschise, respectiv bune la peste 85% pentru cazuistica analizată. Complicația specifică la distanță a intervențiilor chirurgicale practicate în lotul de studiu este reprezentată de trombozele axului venos splenoportal, înregistrate postsplenectomie, clinico-imagistic documentate la 27 cazuri (7,9%). Reintervenția a fost necesară în următoarele situații: hemoragie prin sângerare difuză din vasele cozii pancreasului – 2 cazuri; ascit-peritonită – 1 caz; tromboză entero-mezenterică – 1 caz. Mortalitatea postoperatorie a fost nulă în lotul laparoscopic și de 4,2% în lotul clasic, comparativ cu 6-20% - date din literatura de specialitate.

### Discuții

Ciroza hepatică, prin complicațiile ei, rămâne o cauză importantă de morbiditate și mortalitate [6, 14]. O importanță deosebită în ameliorarea rezultatelor tratamentului administrat în aceste cazuri grave, o are selectarea pacientului și gestului terapeutic aplicat. Cei mai mulți autori sunt de acord că colaborarea clinică între gastroenterolog și chirurg este indicată la toți pacienții [2, 3, 6, 13]. În cazul lotului studiat, tratamentul pacienților cirofici cu splenopatie portală, de interes chirurgical, a fost unul multimodal: medicamentos, endoscopic și electiv chirurgical. În cazurile grave, în care preoperator am fost confrunțați cu prezența varicelor esofagiene de gr. II-III, cu risc hemoragic înalt, am practicat, în mod obligatoriu, terapia profilactică endoscopică a flebectaziilor prin ligaturarea acestora. În practica curentă,

tratamentul chirurgical, atât clasic, cât și modern, adresat splenopatiei portale (SP), a fost orientat către alegerea unor tehnici și procedee chirurgicale bine puse la punct ca indicație, timp și amploare. Cea mai frecventă intervenție chirurgicală (94%) practică de noi, în lotul de studiu a fost devascularizarea azygo-portală Hassab care s-a realizat concomitent cu alte gesturi chirurgicale suplimentare, dictate atât de stadiul evolutiv al bolii hepatice, cât și de complicațiile acesteia, metoda fiind considerată de noi de elecție. Tratamentul splenopatiei portale prin ciroză hepatică, pe cale laparoscopică, acceptată de noi în cazuistica analizată ca alternativă tehnică, a respectat timpii clasici ai rezolvării chirurgicale. Datele din literatura de specialitate [10, 11, 12, 15, 16], precum și experiența noastră acumulată, remarcă că chirurgia laparoscopică a splenopatiei portale este sigură și eficientă la pacienți cirofici selectați, avantajele ei fiind confortul postoperator, costurile reduse și complicațiile postoperatorii limitate.

Autorii subscriu că este necesară realizarea unor studii prospective în viitorul apropiat pentru a defini mai bine indicațiile chirurgicale pentru splenectomia laparoscopică și a reevalua, cu ajutorul unor chestionare generice și/sau specifice, impactul global al acestei metode asupra calității vieții pacienților operați pentru splenopatie portală, secundară cirozei hepatice.

### Concluzii

1. Splenopatia portală este cea mai frecventă complicație a cirozei hepatice. Tratamentul combinat, multimodal: medicamentos, endoscopic și/sau chirurgical a constituit soluția optimă în cazuistica analizată, în ciuda dificultăților terapeutice pe care hipertensiunea portală le presupune.

2. În clinica noastră, ultimele două decenii au determinat mutații importante în abordarea chirurgicală a acestor cazuri. Odată cu creșterea experienței și cu perfecționarea tehnicii chirurgicale, indicația a fost extinsă, existând și o tendință tot mai pronunțată de abordare laparoscopică (în pionierat pe țară), tehnică care reproduce fidel procedeele clasice, își dovedește valoarea dar își atinge și limitele.

3. Ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene (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 și calității vieții.

### Bibliografie

1. Bruno Cola. Splenopatie di interesse chirurgico. Bologna, 2007, chirurgico. ppt.
2. Cazacov V. Considerații clinico-morfologice și terapeutice în splenopatia portal. Chișinău, 2012, 133 p.
3. 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.
4. Delaitre B, Maignien B. Laparoscopic splenectomy-technical aspects. Surg Endosc. 1992; 6(6): 305-308.
5. Hotineanu V, Cazacov V, Dumbrava V, Moscalu Iu. Hipersplenismul portal – atitudine terapeutică în Clinica 1 Chirurgie. Arta Medica, Nr.4(25), 2007:68-9.
6. Hotineanu V, Cazacov V, Gasnaș V. Sindromul hipertensiunii portale. Recomandări practice. Chișinău, 2002.
7. Hotineanu V, Cazacov V, Hotineanu A., Cucu I., Darii E. Opțiuni chirurgicale clasice și laparoscopice în tratamentul splenopatiei portale. Sănătate publică, economie și management în medicină, 2013, Nr.5, p.122-126.
8. Popa M, Vasilescu C. Splenectomia minimal invazivă la pacientul cirotic. Chirurgia, 105(1):15-20.

9. Popovici A, Grigoriu G. Splenectomia: indicații medico-chirurgicale. București, 1995.
10. Tărcoveanu E, Noldovanu R, Bradea C. Splenectomia laparoscopică - tehnică chirurgicală. Jurnalul de chirurgie, Iași, 2007, Vol.3, Nr. 3, pag 12-18.
11. Friedman RL, Hiatt JR, Korman JL. Laparoscopic or open splenectomy for hematologic disease: which approach is superior? J Am Coll Surg. 1997; 185(1): 49-54.
12. Vasilescu C. Splenectomia laparoscopică. Chirurgia. 2005; 100(6): 595-598.
13. Бабаджанов А.Х. ,Прогностическая оценка тяжести течения цирроза печени при планировании портосистемного шунтирования. Здоровье Казахстана, 2015, № 02/33.
14. Бойко В.В. Портальная гипертензия и ее осложнения. Харьков, 2008.
15. Веретенников С.И., Крамаров М.В., Островский Н.В. Топографо-анатомические аспекты выбора техники эндоскопической спленэктомии. Эндоскопическая хирургия. 1997, Т.3, № 1, с.53-34.