

## STUDII CLINICE

# ANALIZA OPȚIUNILOR ȘI VARIANTELOR DE TEHNICĂ HEMOSTATICĂ UTILIZATE ÎN HEMORAGIA VARICEALĂ DE ORIGINE PORTALĂ

## THE ANALYSIS OF APPLIED HEMOSTATIC TECHNIKS IN VARICEAL BLEEDING OF PORTAL ORIGIN

**Vladimir CAZACOV**, DHȘM, conferențiar universitar  
Catedra 2 Chirurgie, USMF "N. Testemițanu"

### Rezumat

În ciuda progreselor majore în managementul hipertensiunii portale prin ciroză hepatică, hemoragia variceală rămâne cauza principală a mortalității. S-a urmărit modul în care au fost utilizate diferite gesturi hemostatice, practicate în tratamentul hemoragiei variceale portale. Au fost evaluați un număr de 432 pacienți cirofici și stabilite indicațiile terapeutice specifice și protocolul optim particularizat. Intervenția chirurgicală s-a luat în discuție, diferențiat în funcție de substratul funcțional hepatic și starea generală a pacientului, atunci când în ciuda tuturor măsurilor terapeutice medicale și endoscopice corect instituite, hemoragia acută variceală (HAV) continuă.

### Summary

Despite major progress in the management of cirrhotic portal hypertension, variceal hemorrhage remains the leading cause of mortality. The types of different hemostatic procedures used in the treatment of portal variceal bleeding were followed. The specific therapeutical indications and optimal individualised protocol of the 432 patients with hepatic cirrhosis were evaluated. Surgery was considered, differentiated according to functional substrate metabolism and general condition of the patient, when despite all medical and endoscopic correctly set therapeutic measures, acute variceal hemorrhage (HAV) continues.

### Introducere

Hemoragiile digestive superioare, secundare rupturii varicelor esofago-gastrice, în cadrul hipertensiunii portale, sunt întotdeauna o urgență medico-chirurgicală majoră [1, 2, 7, 21]. Ele au tendința de a recidiva, sunt deseori abundente și uneori duc rapid la deces [3, 4, 8, 15, 22]. Episoadele de resîngerare precoce, până la 10 zile, sunt de aproximativ 60%, comparativ cu numai 25% în hemoragiile digestive superioare nevariceale, în timp ce mortalitatea este de 30% și mai mult, în sîngerarile variceale, și respectiv 10% în cele nevariceale [11, 13, 14, 17, 23]. Atitudinea terapeutică în fața unor asemenea bolnavi ridică multiple probleme de tactică și tehnică, tratamentul multimodal considerîndu-se a fi cea mai bună soluție pentru eradicarea varicelor esofagiene sîngerînde [2, 5, 6, 9, 16, 17].

### Scopul studiului

Analiza opțiunilor și variantelor de tehnică hemostatică utilizate în hemoragia variceală și efectele acestora asupra supraviețuirii și calității vieții.

### Materiale și metode

Am analizat prin metoda studiului retrospectiv un număr de 432 de bolnavi, internați și tratați în Clinica 1 Chirurgie în perioada 2005-2015. Caracteristicile generale a lotului au fost următoarele:

- Vîrsta, situată în intervalul 16-62 ani;
- Ciroză hepatică de etiologie virală;

- Evoluție clinică progresivă a bolii hepatice;
- Prezența varicelor de tip portal, cu hemoragie acută (258 cazuri) sau stopată (174 cazuri).

Dintre cei 432 de bolnavi care formează lotul analizat, 296 au fost de sex masculin (68,5%), iar 136 (31,5%) de sex feminin. Remarcăm o pondere crescută a pacienților cu hemoragie acută variceală (HAV) gravă (tabelul 1).

**Tabelul 1**

Severitatea hemoragiei acute variceale.

Lot	Ședințe LEVE	Entitatea patologică	Nr	%
432 bolnavi	526	HAV	258	59,7
		Ușoară	14	5,4
		Medie	97	37,6
		Gravă	147	56,9
		Varice esofagiene	247	95,7
		Varice esogastrice	11	4,3

Algoritmul curativ a impus o ierarhizare exactă a atitudinii medico-chirurgicale adresată HAV, ajustată cu protocolul terapeutic ilustrat mai jos (Fig. 1):

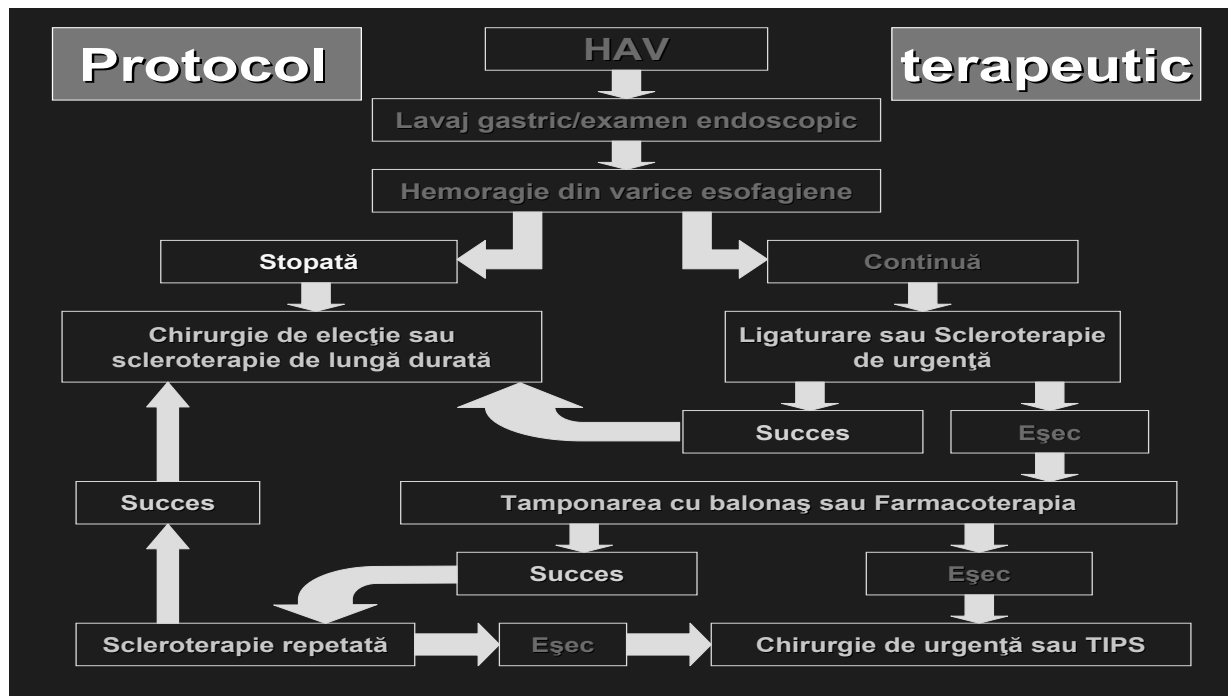


Fig.1: Protocol terapeutic practicat în tratamentul HAV.

Contextul clinic în care s-a practicat hemostaza endoscopică este reprezentat în Fig. 2.

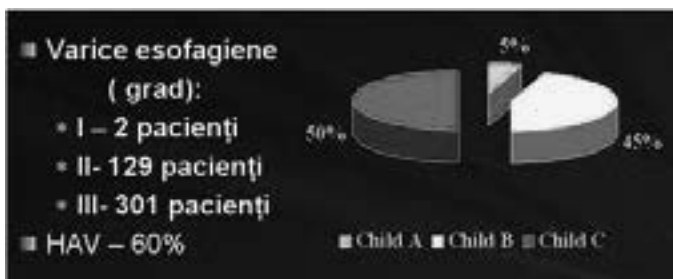


Fig. 2: Caracteristica pacienților încadrați în studiu.

Dacă se urmărește ordinea de măsuri diagnostico-curative care au fost utilizate în cazuistica analizată, se obțin următoarele date:

- Stabilirea diagnosticului etiologic;
- Aprecierea gravității hemoragiei;
- Combaterea efectelor hemodinamice și prevenirea șocului hemoragic;
- Tratamentul hemostatic multimodal: medicamentos, endoscopic, chirurgical.

Atitudinea medico-chirurgicală adoptată în cadrul HAV (258 bolnavi) a abordat următoarele gesturi hemostatice:

- Ligatura endoscopică a varicelor esofagiene (LEVE) – 88 cazuri
- LEVE + sclerozare (14)
- LEVE + Blakemore (143)
- LEVE + obliterarea varicelor cu histoacril (6)
- Suturarea transgastrică a flebectaziilor esofago-gastrice (7)

Indicațiile pentru profilaxia secundară a hemoragiilor variceale prin aplicarea LEVE (n-174) au fost:

- Eradicarea varicelor esofagiene cu risc înalt de hemoragie;
- HAV repetate în anamneză;

- Pregătirea preoperatorie a pacienților cu hipertensiune portală, hipersplenism sever.

#### Rezultate și discuții

Dintre cei 258 pacienți cu HAV cuprinși în analiza retrospectivă, hemostaza endoscopică primară a fost realizată în 88,5% cazuri. Recidiva hemoragică în primul an s-a înregistrat în 39 cazuri.

Letalitatea globală a fost de 17,4% (45 decese) și este prezentată de:

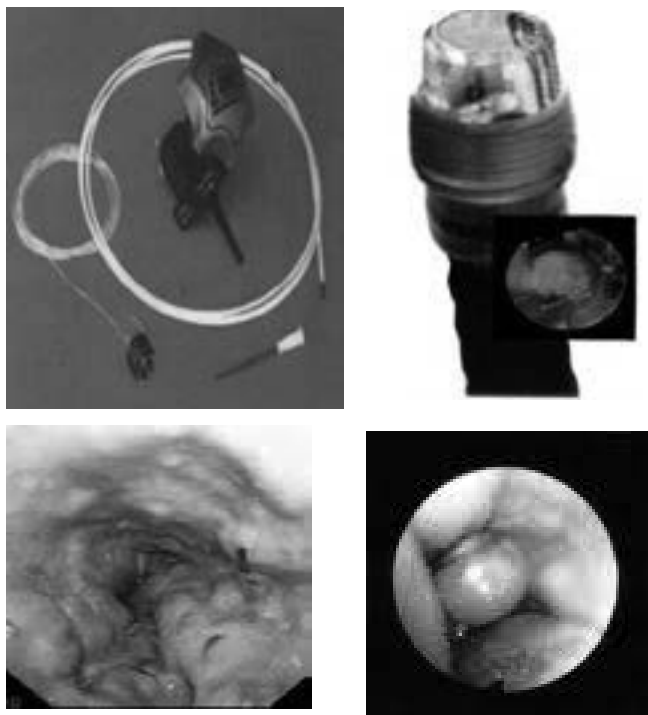
- 23 pacienți – șoc hemoragic cauzat de hemoragie profundă;
- 38 pacienți – insuficiență hepatică progresivă;
- 4 pacienți – recurența hemoragiei după operația Tanner.

Subliniem valoarea înaltă a LEVE și remarcăm că eficacitatea hemostatică a metodei, după cum arată experiența acumulată, este dependentă de activitatea HAV, de localizarea varicelui hemoragic și, nu în ultimul rând, de profesionalismul endoscopistului antrenat în această tehnică. În același timp au fost documentate și puse în evidență și unele limite curative ale metodei: localizarea fundică a varicelui hemoragic, prezența gastropatiei hipertensive hemoragice cu suplețea mucoasei pierdută, varice de grad mic. În plus, prin analiza cazuisticii studiate, rămîne actuală concluzia că profilaxia primară și cea secundară a hemoragiei variceale este un obiectiv care obligă la o atitudine activă, ce presupune efectuarea endoscopiei digestive superioare etapizate cu evidențierea cazurilor cu varice esofago-gastrice cu semne de iminență hemoragică. Decizia pentru eradicarea endoscopică profilactică prin LEVE, cu risc înalt hemoragic, a fost luată în funcție de mai mulți factori:

- Starea funcțională hepatică (Child A/B/C);
- Prezența pancitopeniei severe și/sau splenomegaliei gigante;
- Raport risc/beneficiu acceptabil pentru bolnav;
- Riscurile chirurgicale ale bolnavului cirotic cu HTP;

În toate aceste cazuri, pacienților, preoperator, în vederea profilaxiei hemoragiei digestive variceale, li s-a practicat ligatura endoscopică profilactică a venelor esofagiene (LEVE). Tehnica

standard presupune atașarea la capătul distal al endoscopului a unui cilindru cu 10 benzi elastice circulare, un sistem de declanșare care are la bază un fir de ață-lasou trecut prin cilindru și apoi prin canalul de biopsie și legat la un sistem cu



**Fig. 3:** Instrumentarul necesar pentru LEVE.

roțițe, a cărui mișcare aruncă câte un elastic, și aplicarea, printr-un dispozitiv special atașat vârfului endoscopului și a unor inele de cauciuc, ce strangulează traiectele variceale, care ulterior se trombozează și dispar în urma unui proces de cicatrizare (figura 3).

Numărul sesiunilor a variat de la 3 la 7, în dependență de gradul și varianta anatomică a varicelor. Controlul endoscopic s-a efectuat după 10-12 zile de tratament mucoprotector și hepatotrop, tradițional atestând că inelele, după fibrozarea varicelor, s-au eliberat spontan de pe grupul variceal.

### Concluzii

1. Hemoragiile acute variceale, de origine portală, impun clinicianului probleme deosebite din cauza potențialului de evoluție gravă și imprevizibilă.

2. Tratamentul optim al pacientului cu varice esofagiene prin HTP este multimodal, individualizat în 3 etape distincte:

- prevenirea primului episod hemoragic;
- tratamentul hemoragiei active;
- prevenirea recurențelor hemoragice după obținerea hemostazei.

3. LEVE este o metodă endoscopică de elecție în eradicarea varicelor esofagiene cu risc hemoragic înalt

4. Intervenția chirurgicală trebuie luată în discuție, diferențiat, având în vedere substratul funcțional hepatic și starea generală a pacientului, atunci când în ciuda tuturor măsurilor terapeutice medicale și endoscopice corect instituite, HAV continuă.

### Bibliografie

1. D'Amico G, Pagliaro L, Bosch J. The treatment of portal hypertension: a meta-analytic review. *Hepatology* 1995;22:332-54.
2. Dumbrava V. T., Proca N., Lupașco Iu, Harea Gh. Patologia hepatică și cea gastrointestinală – probleme medico-sociale actuale în Republica Moldova. In: *Sănătate publică, Economie și Management în medicină*. 2013, Nr. 5 (50), p. 7 -12.
3. Banares R, Albillos A, Rincon D, et al. Endoscopic treatment versus endoscopic plus pharmacologic treatment for acute variceal bleeding: A meta-analysis. *Hepatology* 2002;35:609-15.
4. Sorbi D, Gastout CJ, Peura D, et al. An assessment of the management of acute bleeding varices: A multicentric prospective member-based study. *Am J Gastroenterol* 2003;98:2.424-34.
5. Gatta A, Merkel C, Amodio P, Bellon S, Bellumat A, Bolognesi M, et al. Development and validation of a prognostic index predicting death after upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis: a multicenter study. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1528-36.
6. Grace ND. Diagnosis and treatment of gastrointestinal bleeding secondary to portal hypertension. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1081-91.
7. de Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. *J Hepatol* 2005;43:167-76.
8. Boyer TD, Henderson MJ. Portal hypertension and bleeding esophageal varices. In: Boyer AD, editor. *Hepatology: a textbook of hepatology*. 4th edition. Philadelphia: Elsevier Science 2003:581-629.