

CZU: [616.36-004-089+616.149-008.341.1]-07-08
<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2022.3-74.28>

ABORDAREA DIAGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ A BOLNAVULUI CIRO- TIC CHIRURGICAL ASISTAT PENTRU HIPERTENSIUNE PORTALĂ

Vladimir CAZACOV, dr. hab. în șt. med., prof. univ.

Dan LOTOCOVSKI, student-doctorand

Mihaela BUCATCA - studentă anul VI

Catedra 2 Chirurgie, USMF "Nicolae Testemițanu"

vladimir.cazacov@usmf.md

Rezumat.

Ciroza hepatică reprezintă un factor de risc major al oricărei intervenții chirurgicale. Studiul este analitic, observațional, retrospectiv și include 427 bolnavi cirofici tratați chirurgical pentru hipertensiune portală. Acesta evoluează aspectele diagnostic-terapeutice și evolutive a pacienților cu statut chirurgical, incidența morbi-mortalității, factorii de risc și principala cauză de deces. Sunt importante de reținut complexitatea cazurilor analizate și procentul deceselor (21 cazuri - 9,3%) comparative cu datele considerate de referință.

Cuvinte-cheie: Ciroză hepatică, hipertensiune portală, diagnostic, tratament.

Summary. Diagnostic and therapeutic approach of surgical treatment of a patient with portal hypertension.

Liver cirrhosis is a major risk factor of any surgery. The study is analytical, observational, retrospective and includes 427 cirrhotic patients treated surgically for portal hypertension. It develops the diagnostic-therapeutic and evolutionary aspects of patients with surgical status, the incidence of morbidity and mortality, risk factors and the main cause of death. It is important to remember the complexity of the cases analyzed percentage of deaths (21 cases - 9.3%) compared to the data considered as reference.

Key words: Liver cirrhosis, portal hypertension, diagnosis, treatment.

Резюме. Диагностика и хирургическое лечение осложнений портальной гипертензии у больного с циррозом печени.

Цирроз печени является основным фактором риска любой хирургической операции. Данное исследование носит аналитический, наблюдательный, ретроспективный характер и включает 427 пациентов с циррозом печени, оперированных по поводу портальной гипертензии. Разрабатываются диагностическо - терапевтические и эволюционные аспекты больных с хирургическим статусом, частота заболеваемости и смертности, факторы риска и основная причина смерти. Важно помнить о сложности анализируемых случаев и проценте летальных исходов (21 случай - 9,3%) по сравнению с данными, рассматриваемыми как эталонные.

Ключевые слова: цирроз, портальная гипертензия, диагностика, лечение.

Introducere.

În patologia gastroenterologică, ciroza hepatică (CH) rămâne una dintre cele mai frecvente cauze de mortalitate și morbiditate, fiind o problemă de sănătate publică ce necesită multiple resurse de tratament [1, 4, 6, 7]. Literatura de specialitate notează că rata mortalității la un an variază între 1% și 57%, complicațiile cirozei fiind responsabile de 1,3 milioane decese anuale, în întreaga lume [1, 2, 4]. Conform statisticilor OMS Republica Moldova deține primul loc în comunitatea Europeană privind letalitatea prin ciroză [2, 5]. Chirurgia reprezintă o parte vitală din planul terapeutic în cazul bolnavilor cirofici decompensați, aflați pe lista de așteptare pentru transplant hepatic. Mai multe studii [3, 7] au raportat, că fezabilitatea intervenției chirurgicale, nivelul complicațiilor

postoperatorii și al mortalității, precum și prognosticul rezultatelor pe termen lung ale tratamentului pacienților cu ciroză și hipertensiune portală (HTP) nu pot satisface pe deplin clinicienii. În orice caz, este acceptat faptul că pentru asigurarea unui rezultat cât mai benefic pentru pacient este necesar o abordare pluridisciplinară, o evaluare a riscului operator, pregătire preoperatorie multimodală, alegerea corectă a tehnicii chirurgicale și reabilitarea complexă în postoperator. Implementarea programelor naționale de combatere a hepatitelor virale parenterale B, C și D a contribuit esențial la ameliorarea evoluției bolii hepatice cronice dar numărul intervențiilor chirurgicale efectuate bolnavilor cu HTP prin CH decompensată este în continuă creștere în ultimii ani. În lipsa unui algoritm clar pentru stabilirea stadiului și gradului de

compensare a elementelor de patologie, strategii terapeutice adecvată trebuie să urmărească asigurarea unei recuperări sigure prin prevenirea, detectarea și abordarea eventualelor complicații rezultate în urma actului anestezic chirurgical. Astfel, atingerea unor standarde maximale în ceea ce privește evoluția bolii, prin diminuarea ratei morbidității și mortalității evitabile, impune identificarea complicațiilor sensibile la mijloacele de prevenție primară și secundară, cuantificarea acestora și adoptarea unui management terapeutic eficient.

Scopul.

Analiza și discuții pe marginea particularităților de evoluție, diagnostic și tratament a pacienților cirofici operați pentru HTP.

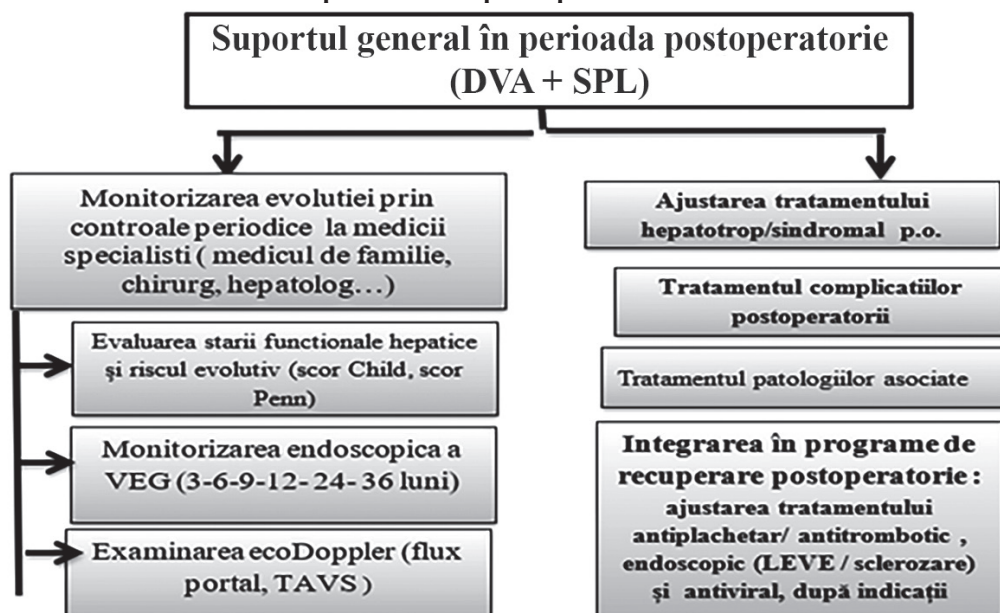
Material și metode de cercetare.

Pe baza statisticilor existente în clinică am efectuat o analiză retrospectivă a 427 pacienți cirofici cu hipertensiune portală internă și operați în compartimentul de Chirurgie hepato-bilio-pancreatică a SCR, pe o perioadă de 20 ani. În ceea ce privește repartiția după sex și grupe de vârstă pe lotul studiat se observă, 235 femei (55%) și 192 bărbați (45%) cu o medie de vârstă de 44,7 ani, aflați în clasele Child-Pugh A/B/C: 27/351/49. Tehnicile chirurgicale aplicate în aceste cazuri grave au fost ajustate statusului funcțional hepatic, adaptate stadiului evolutiv al HTP și particularităților anatomice ale sistemului venos port și efectuate după pregătire preoperatorie complex, individualizată. De menționat că terapia profilactică endoscopică preoperatorie s-a impus la un număr de 251 de pacienți la care am practicat ligaturarea endoscopică a varicelor esofagiene cu risc hemoragic înalt, metodă, de altfel, practică în cadrul trialului nostru

și postoperator la 126 pacienți cu recurența varicelor esogastrice; la alții 41 de pacienți a fost acceptată laparoscopia diagnostică care ne-a oferit informații utile vizavi de gradul de fezabilitate a splenectomiei asistate laparoscopic. Ordinea operațiilor după frecvență a fost următoarea: devascularizare azygo - portală Hassab/Kaliba asociată cu splenectomie și omentopexie a avut o pondere semnificativă de 90,1 %, dintre care la 342 pacienți s-a intervenit prin metoda clasică, iar la 43 (11%) pacienți (bine selectați, cu topografie convenabilă, fără rapoarte de vecinătate periculoase, perisplenism și cu dimensiuni a splinei sub 20 cm), prin abord laparoscopic asistat manual (HALS), trei cazuri convertite la metoda clasică; 12 anastomoze porto - cave: 8 spleno - renale distale și 4 omfalo - cave; în 19 cazuri s-a realizat transplant hepatic. La alții 11 pacienți cu sindrom hemoragipar sever și ascită s-a adoptat o atitudine chirurgicală conservatorie practicând splenectomia singulară, operația Kaliba, suturarea pediculului vascular gastric sting, arterei lienale, omentopexie sau combinația acestora. Criteriile de selecție și tipul de operații au evoluat datorită apariției altor alternative terapeutice, cum ar fi farmacoterapie, terapia endoscopică și transplantul hepatic. Asocierea altor stări patologice întâlnită în cazuistica noastră, care au necesitat operații simultane a fost: colecistectomia (17 cazuri), apendicectomia (8 cazuri), hernioplastie (7 cazuri), rezecție gastrică (2 caz). Protocolul de urmărire a pacienților operați și cuprinși în acest studiu s-a aplicat la fiecare 3 luni în primul an, la fiecare 6 luni în al doilea și al treilea an și o dată pe an ulterior, conform PCN – 63 [14].

Tabelul 1.

Parametrii de supraveghere (monitoring) evolutivă postoperatorie, la distanță, la intervale variate de timp a pacientului hepatic splenectomizat.



Pentru aprecierea rezultatelor am urmărit anumiți parametri: complicații postoperatorii, durată spitalizării, starea la externare și evoluția în timp a bolnavilor, rezultatele terapeutice fiind evaluate ca bune, satisfăcătoare și nesatisfăcătoare raportându-ne la criteriile Lebezev [19], modificate în clinică.

În paralel, au fost realizate studii pentru a evidenția acei factori care influențează efectiv răspunsul terapeutic – markerii de prognostic, în scopul adoptării unei strategii terapeutice cât mai adaptate la caz. Procedura standard de screening a fost FEGDS și ecoDopplerografia portală asociate cu mai mulți factori de laborator și clinici, numărul de trombocite, scorurile Child-Pugh, MELD și Vocal – PEEN.

Rezultate și discuții:

Complicații postoperatorii imediate datorate terenului hepatic și în legătură cu actul chirurgical au apărut în 45 cazuri (10,5%) din lotul studiat și au constat din:

- hemoragie intraabdominală postoperatorie în 5 cazuri care au necesitat reintervenție cu hemostază chirurgicală cu mare dificultate;

- 11 cazuri de tromboze ale axului venos splenoportal, 2 din ele asociate cu ascită tranzitorie și 1 caz cu hemoragie variceală din fornixul gastric care a impus hemostaza endoscopică;

- pancreatita acută - 7 cazuri, care au necesitat tratament conservativ;

- 8 cazuri - abces subdiafragmal stânga, dintre care două au necesitat reintervenție chirurgicală, în celelalte 5 cazuri - rezolvare prin drenare percutană ecoghidată; infecția plagii în 7 cazuri;

Mortalitatea postoperatorie precoce, în decurs de 30 de zile, raportată la intervențiile efectuate a fost de 3,1%, cauzată fiind de insuficiență hepatică, infecții abdominale și hemoragie intra-abdominală.

Complicații postoperatorii tardive au apărut la 74 de pacienți (17,3%) și au constat din: complicații tromboembolice în 22 cazuri, recurentă în 9 cazuri din ele, trei dintre care sau asociat cu tromboză porto-mezenterică (2 decese) și ascită -7 cazuri; hemoragie digestive variceală în 11 cazuri, pondere joasă ex-

plicată și de importanța endoscoپیilor intervenționale traduse prin bandarea variceală etapizată perioperatorie, efectuată după indicații bine codificate în consensul Baveno și protocolul elaborat în clinică; evențrării abdominale – 12 cazuri; ocluzie intestinală - 3 cazuri; hepatocarcinom – 5 cazuri; asct peritonită - 3 cazuri. Mortalitatea postoperatorie, raportată la criteriile Lebezev, numărul de bolnavi anchetati și termenul diferit de anchetare, a fost de 21 cazuri (9,3%). (Tabelul 2).

Unul din aspecte este cel legat de evoluția progresivă în timp a cirozei și lipsa răspunsului susținut la tratament, iar al doilea se referă la decompensarea clinică ca și consecință imediată a dezvoltării unor complicații (HDV, ascită, encefalopatie, tromboze ale axului venos splenoportal și altele) cu repercusiuni imediate pe plan clinic. Pe baza observațiilor clinice proprii susținem, că aplicarea protocolului de supraveghere și și management optim terapeutic și/sau profilactic interdisciplinar propus și implimentat de noi în clinică pentru pacienții cu HTP operați la care intervențiile și strategiile terapeutice se fac etapizat, la intervale de timp mai scurte față de cele indicate în prezent, este justificată de ameliorarea rezultatelor terapeutice, îmbunătățirea calității vieții și evoluția statusului medicosocial. Evaluarea impactului chirurgical asupra cursului și rezultatele bolii a fost una din sarcinile prioritare ale acestui studiu. Astfel, indicii hematologici și biochimici postoperatori, testați la 90 de zile după intervenție chirurgicală, au arătat un număr mai mare de leucocite și de trombocite la pacienții care au aderat la protocolul de reabilitare medicală comparativ cu grupul non-aderat asociat cu îmbunătățirea funcției hepatice la 1 an postintervenție (conversie a scorului Child-Pugh gradul B la A sau C la B) și micșorarea deceselor în grupul de pacienți cărora li s-a practicat ligaturarea endoscopică etapizată postoperatorie 11,2% VS 37,3% ($p < 0,0001$), comparativ cu pacienții care nu au realizat eradicarea venelor esofagiene demonstrează eficiența protocolului diagnostic-terapeutic.

Discuții.

În studiul de față, am evaluat rezultatele terapeutice pe termen scurt și pe termen lung într-o cohortă de

Tabelul 2.

Răspunsul terapeutic obținut la termen diferit de anchetare

Durata observației (ani)/ rezultate	Până la 1 an (vizita 1)		Până la 3 ani (V-2)		Până la 5 ani (V-3)	
	abs.	P±m,%	abs.	P±m,%	abs.	P±m,%
Bune	71	85,5±3,86	59	78,6±4,73	43	62,3±5,83
Satisfăcătoare	8	9,6±3,23	10	13,3±3,92	16	23,2±5,08
Nesatisfăcătoare	4	4,8±2,35	6	8,0±3,13	10	14,5±4,23
Total	83	100	75	100	69	100
Decese	2	2,4%	8	10,6%	11	17,3%

427 de pacienți cirofici tratați chirurgical pentru HTP. Morbi-mortalitatea perioperatorie scăzută, îmbunătățirea funcției hepatice și o supraviețuire ridicată pe termen lung au sugerat că protocolul diagnostic-terapeutic agreat în clinică oferă o opțiune de preferență pentru acești pacienți.

Concluzii:

Supraviețuirea pacientului cirotic este limitată de evoluția naturală a bolii dictată de insuficiența hepatocelulară, de posibilitățile și efectele tratamentelor farmacologice, endoscopice și/sau chirurgicale.

În cazul studiului nostru, rezultatele obținute sînt în favoarea conceptului că, prin introducerea pacienților cu ciroză în programele de screening se pot obține beneficii în ceea ce privește diagnosticul complicațiilor evolutive bolii hepatice și gestul chirurgical practicat, cînd acestea pot fi tratate prin metode curative, ameliorînd astfel supraviețuirea și calitatea vieții.

Bibliografie:

1. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. *Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: Risk strat-*

ification, diagnostic, and management. Hepatologie 2017; 65(1): 310-35 .

2. Cazacov V. *Hipertensiunea portală la adult. Protocol clinic national (PCN – 63).* Chișinău, 2020, p.34.

3. Cazacov V. *Supravegherea clinică, imagistică și endoscopică a pacienților cu ciroză hepatică operați pentru hipertensiune portal.* Arta Medica, Nr. 3 (68), 2018, p.19-22.

4. Lai JC, Covinsky KE, McCulloch CE, Feng S. *The liver frailty index improves mortality prediction of the subjective clinician assessment in patients with cirrhosis.* Am J Gastroenterol. 2018; 113:235–42.

5. Hotineanu V., Cazacov V. *Sindromul hipertensiuni portale.* Chișinău, 2002, P.31

6. Prisacari V., Paraschiv A. *Problema hepatitelor cronice, cirozelor hepatice și cancerului hepatic.* In: Akademos, 2018, nr. 2(49), pp. 42-47.

7. Yamamoto N, Okano K, Oshima M. *Splenectomie laparoscopică pentru pacienții cu ciroză hepatică: îmbunătățirea funcției hepatice la pacienții cu clasa Child-Pugh B.* Chirurgie 2015; 158: 1538-1544

8. Saliba F, Ichaï P, Levesque E, Samuel D. *Cirrhotic patients in the ICU: prognostic markers and outcome.* Curr Opin Crit Care. 2013;19(2):154–60.