

DESPRE CHISTURILE HIDATICE ALE SPLINEI (ÎN LEGĂTURĂ CU 4 CAZURI OBSERVATE)

Z. Pápay, P. Kótay

Datele din literatură în legătură cu incidența echinococozei splenice sînt contradictorii. *Ju. V. Astrozhnikov* enumeră chistul hidatic al splinei printre echinococozele cu localizare rară. În studiul său relatează 70 de cazuri dintre care 15 au avut o localizare „aparte”: 1 în mușchiul pectoral mare, 1 în glanda tiroidă, 1 în rinichi, 1 în ligamentul hepato-duodenal, 1 în mezenteriu, 1 în țesutul grăsos preoperatorial, 3 în țesutul conjunctiv, 5 în splină și 1 în creier.

Autorii din țara noastră (*Jacobovici, Covali, Bălan, Pop, Nana, Adam, Juvvara etc.*) s-au ocupat în numeroase comunicări de echinococozele cu localizare în organe. Potrivit datelor cuprinse în aceste studii afectarea splinei este extrem de variabilă. În Clinica chirurgicală de la Cluj între 1919—1933 au fost operați 74 de bolnavi cu echinococoze cu localizare în organe și dintre aceștia numai 4 au fost localizate în splină (5,5%), iar între 1933—1942 au fost tratați 56 de

bolnavi suferind de aceeași afecțiune dintre care numai 1 a prezentat o echinococoză (2%). Intre 1949 și 1956, *Buțureanu* a operat 150 de cazuri de echinococoză cu localizare în organe, dintre care numai în 5 (3,33%) parazitul a fost găsit în splină. Dintre cele 106 cazuri relatate de *I. Juvara* nici unul nu a fost echinococoză splenică. În studiul lor apărut în anul 1954, *Pop, Nana și Adam* au relatat 120 de echinococoze localizate în organe. Dintre acestea 7 au fost echinococoze splenice (5,4%) iar în 3 cazuri parazitul a afectat concomitent mai multe organe, printre care și splina.

Vedas și Cranwell (Argentina) au găsit echinococoză splenică în 3,7% a cazurilor, *Trinkler* în 3,2%, *Brun* (Tunisia) în 4%, *Dévé* în 2,3%, *Einsen* în 0,78%. Cea mai mare incidență a acestei afecțiuni a fost observată de *Waroth* (6%), *Cignozzi* (6,45%) și *Vital* (10%).

Se poate constata că devierea observată în ultimul deceniu în ceea ce privește localizarea organică a echinococului, potrivit căreia echinococozele au devenit mai rare în ficat și mai frecvente în plămîni, nu este valabilă în cazul splinei. Ca incidență echinococoză splenică urmează după chisturile hidatice hepatice și pulmonare. Numărul cazurilor variază de asemenea în mare măsură și în funcție de regiunile geografice. *Dulce* a stabilit că dintre splenomegaliile de origine parazită, echinococoză splenică urmează ca frecvență imediat după splenomegaliile malarice. În general în literatură găsim puține date în legătură cu tabloul clinic, greutățile de diagnostic și tratamentul echinococozei splenice. În majoritatea cazurilor publicate, diagnosticul a fost elucidat numai pe masa de operație (*M. L. Fizer, L. A. Sain, A. P. Tvetkov*), astfel încît descoperirea afecțiunii a constituit o surpriză.

Cele 4 cazuri observate în materialul nostru clinic le-am studiat din punct de vedere al tabloului clinic și al diagnosticului.

Analizînd acest material am ajuns la concluzia că dintre toate tumorile chistice ale splinei, cele mai frecvente sînt chisturile hidatice.

Dintre cele 4 cazuri tratate de noi în ultimii 7 ani, unul a fost un băiat de 9 ani și 3 femei. Două femei au fost în vîrstă de 40 de ani, iar a treia a avut 25 de ani. Băiatul (elev) și două femei au provenit din mediul rural, acestea fiind casnice. A treia femeie în vîrstă de 40 de ani era profesoară de muzică, provenind din mediu urban: nu a trăit niciodată la sat și nu a avut în casă cîine. Rezultă prin urmare că nu se poate deduce nici o concluzie precisă în legătură cu prezența echinococozei splenice nici pe baza sexului, a vârstei, a profesiunii sau a anturajului bolnavei.

Toate cele 4 cazuri au fost chisturi echinococice primare. La nici unul nu am întîlnit un chist asemănător în altă parte a organismului.

Bolnavii noștri nu ne-au furnizat nici o indicație în legătură cu problema mereu deschisă a modului în care parazitul a ajuns în splină. Autorii menționează în această privință mai multe posibilități.

1. *Calea extraportală*: parazitul ajunge în marea circulație sanguină, fie prin intermediul legăturilor existente între portă și vena cava, fie prin intermediul vaselor hemoroidale.

2. *Cras* susține că parazitul pătrunde în splină din vena portă prin vena splenică, dacă la aceasta lipsesc valvele care pot împiedica migrarea parazitului.

3. *Pe cale limfatică*: parazitul pătrunde prin ductul toracic și vena cavă craniană.

4. *Parazitul pătrunde prin veina portă*. După toate probabilitățile și în cazurile noastre infecția s-a propagat în marea circulație sanguină prin ficat și plămîn, localizîndu-se în splină.

Rezultatul examenului anatomo-patologic a arătat că în toate cele 4 cazuri ale noastre este vorba de un chist hidatic al splinei, adevărat, parazitul fiind localizat în însăși interiorul organului, intracapsular.

În unul din cazuri chistul a avut o localizare centrală, fiind înconjurat de un țesut splenic. Una dintre bolnavele în vîrstă de 40 de ani s-a prezentat la examenul medical din cauza durerilor de cap, amețeli și a simptomelor de pleurezie stîngă. În cursul evoluției bolii a apărut hepatosplenomegalia și din cauza simptomelor hipersplenice s-a indicat splenectomie. La operație s-a constatat că splina foarte mare compresă diafragma de care organul adera strat de strat, lamelar. Am observat aderențe și între organele abdominale superioare și splină. În capsula îngroșată a chistului am găsit un conținut gelatinos, pe alocuri calcaros și numai în anumite părți s-a putut recunoaște lichidul caracteristic transparent cu vezicule fuce. Splenectomia care a constituit o intervenție grea a fost urmată de o vindecare fără complicații.

La cealaltă femeie în vîrstă de 40 de ani, chistul a fost localizat în polul inferior al splinei, crescînd în jos și spre centru. Tumoarea deosebit de mare aproape cît două capete de copil compresă stomacul în fosa iliacă dreaptă. Acușele bolnavei au apărut cu un an în urmă. Durerile de sub rebordul costal stîng iradiază în regiunea gluteală stîngă și a fesei stîngi. În același timp sub rebordul costal stîng bolnava a observat o creștere în volum care se dezvoltă rapid. Ca urmare a efectului de compresiune al chistului cu pereți foarte subțiri, parenchimul splinei s-a atrofiat, rămînînd sub diafragma stîngă cu o formație, avînd mărimea unui pumn și o culoare roșie-închisă. Splenectomia a fost urmată de o vindecare completă.

A treia bolnavă, femeie în vîrstă de 25 de ani, a observat în timpul gravidității că sub rebordul costal stîng apare o rezistență nedureroasă de dimensiuni apreciabile. După naștere această tumoare a fost abia palpabilă și de aceea nu i-a atribuit importanță. Mai tîrziu tumefierea crescînd s-a prezentat la medic, care suspectînd o tumoare renală, a trimis bolnava să fie examinată. Dar chistul localizat în polul inferior al splinei nu a influențat de loc funcția renală. La lumbotomie s-a constatat că, chistul este localizat în polul inferior al splinei, fiind extins mai ales în direcție dorsală. Chistul cu pereți subțiri ocupa două treimi din volumul splinei. Extirparea lui s-a putut face numai prin splenectomie.

La cel de al patrulea bolnav un băiat în vîrstă de 9 ani, părinții au observat încă cu doi ani și jumătate în urmă că sub rebordul costal se poate palpa o rezistență. Bolnavul s-a prezentat la medic numai după un an, cînd deasupra tumorii a început să simtă din cînd în cînd dureri. Durerile apăreau după eforturi fizice mari. Părinții nu au acordat importanță splinei mărite, deoarece în acel timp cazurile de malarie erau destul de frecvente și băiatul fusese tratat preventiv împotriva acestei boli. Din cauza creșterii umflăturii, s-a bănuț că este vorba de o tumoare splenică. La laparotomie s-a constatat că în polul inferior al splinei se află un chist cu pereți subțiri de mărimea unui pumn de bărbat. De asemenea s-a văzut că atât parenchimul splinei, cît și țesutul hepatic nu este alterat. Am aspirat lichidul transparent al chistului, am îndepărtat membrana germinativă și am capitonat cavitatea restantă. Bolnavul s-a vindecat fără complicații.

Coroborînd datele bolnavilor noștri cu cele din literatură, putem afirma că echinococoză splinei cauzează suferințe numai tîrziu, mai cu seamă cea cu o localizare centrală. Echinococozele cu localizare periferică se dezvoltă mai repede, comprimă organele vecine și apar ca tumori sub rebordul costal stîng.

În perioada de germinație care după *Dévé* și *Escudero* poate să dureze pînă la 2—3 ani chistul splenic nu cauzează suferințe. Simptomele apărute în timpul creșterii sînt de natură să trezească doar suspiciuni și numai o dată cu apariția tumorii se completează diagnosticul de certitudine al afecțiunii.

Simptomele inițiale ușoare, inapetență electivă față de grăsimi, grețuri după mîncare și diareea sînt prezente numai rareori. Epistaxisul, durerile articulare din regiunea claviculară și nevralgiile intercostale nu sînt caracteristice pentru prezența chistului hidatic al splinei.

Simptomele clinice variază în funcție de localizarea chistului. Bolnavul se prezintă de cele mai multe ori la medic din cauza tumorii apărute sub rebordul costal stîng, sau a durreilor pe care le simte. Durerile apar uneori ca o senzație de greutate, alteori sub formă de crampe abdominale violente.



Fig. nr. 1.

Dacă chistul este localizat în polul superior al splinei, suferințele toracice sînt mai accentuate.

Din studierea cazurilor noastre rezultă că atunci cînd chistul este localizat în polul inferior al splinei, acuzele gastro-intestinale nu sînt caracteristice. În două cazuri, bolnavii noștri nu au avut suferințe digestive sau de defecație, în ciuda deplasării accentuate a stomacului și a intestinului. Nu am observat constipație, simptome de ocluzie-intestinală, vărsături biliare și fecaloide, dureri epigastrice, repulsie sau intoleranță față de grăsimi, grețuri și vomismente. Frecvența acestora este subliniată mai ales de autorii din țară.

În localizarea inferioară și dorsală a chistului sînt caracteristice durerile din regiunea fesieră iradiind în glesne. În al treilea caz al nostru în care chistul a fost despărțit de rinichi și de căile urinare numai de peritoneul parietal, nu am constatat nici o tulburare a activității renale. Într-un caz similar, *Villans* a observat hidronefroză cu dureri spastice tipice.

Considerăm că este demnă de relevant evoluția primului nostru caz, deoarece modificările degenerative petrecute în interiorul chistului cu localizare centrală, nu au îmbogățit cu nici un simptom special tabloul clinic oligosimptomatic al echinococozii splenice. În acest caz trebuie amintite simptomele generale. În chisturile hidatice fără complicații, starea generală a bolnavului este de cele mai multe ori nealterată.

Atragem atenția asupra faptului că localizarea în polul superior, matitatea toracică stîngă și abolirea murmurului vezicular nu sînt simptome întotdeauna concludente. Astfel și noi am atribuit lărgirea și umplerea spațiilor intercostale inferioare stîngi, la fel ca și superficialitatea nișcărilor respiratoare, pleurezilor repetate și pneumonilor lobare.

Spre deosebire de datele relatate în literatură, dintre cele două cazuri de chisturi localizate în polul inferior și dezvoltîndu-se în direcție centrală, la unul am observat că tumoarea ovală, nedureroasă de sub rebordul costal stîng a depășit linia mediană. Astfel potrivit observațiilor noastre o tumoare localizată exclusiv în abdomenul stîng, nu constituie un chist hidatic caracteristic.

Toate cele trei chisturi localizate în polul inferior au avut o suprafață rugulată și au fost mobile. Ele luau parte la mișcările respiratoare. Nu am observat ca ele să poată fi învîrtite în jurul unui ax imaginar, străbătînd polii sau hilurile splinei, așa cum susține *Brun*. A lipsit de asemenea fluctuația și freacățul hidatic al splinei, descrise de *Biancon* și *Piorry*. Credem că este caracteristic faptul că dintre cele patru chisturi prezente un timp relativ îndelungat, numai la unul a apărut complicația degenerativă.

Nu am executat reacția *Cassoni*. Într-un singur caz am observat că numărul celulelor eozinofile a crescut pasager pînă la 6%.

La stabilirea diagnosticului am constatat că cel mai util este examenul radiologic cu substanțe de contrast. În 3 cazuri pasajul gastro-intestinal și irigoscopia au pus în evidență și ele că rezistența palpabilă este în legătură cu splina.

În 3 cazuri am fost obligați să executăm splenectomie, deci numai într-un singur caz am reușit să salvăm parenchimul splenic. De aceea diagnosticul precoce al echinococozii splenice este extrem de important. La începutul bolii, cînd în parenchimul splinei nu au apărut încă leziuni ireversibile, chistul poate fi extirpat, păstrîndu-se buna activitate a organului. Așa am procedat în cazul copilului de 9 ani. Dacă însă splina suferă din cauza compresiunii modificări ireversibile, atunci numai splenectomia constituie o soluție indicată.

Fragmentele de membrane și cîrligele caracteristice care se găsesc în sedimentele de urină, nu indică întotdeauna prezența unui chist hidatic renal primar. Chistul hidatic al splinei poate penetra lateral în bazinul renal, sau chisturile bazinetului pot pătrunde în căile urinare inferioare.

Pielografia retrogradă și retro-pneumo-peritoneul sînt de mare ajutor la stabilirea diagnosticului diferențial. În al 4-lea caz al nostru înșuflațiile cu aer și

tomografiile executate înaintea operației, au arătat că rezistența nu este de origine renală. Așa cum a arătat *Racie*, la umplerea cu aer, chistul hidatic renal dă un contur bine delimitat și în prezența umbrei rotunde ureterul prezintă un desen larg arcuit cu laturile convexe, iar de partea chistului excreția este de obicei suprimată. Explicația desenului vizibil pe pielografie o constituie faptul că prin orificiul capilar chistul comunică cu căile excretoare superioare și prin acestea se strecoară în permanență lichid puțin, fapt care micșorează presiunea internă a chistului. Astfel membrana de bază se îndepărtează de spațiul perichistic. Aceasta cavitate se umple mai bine decât celelalte părți ale chistului, din cauza factorilor mecanici amintiți.

Concluzii. În ultimii 7 ani am operat 4 cazuri de chist hidatic al splinei. Datele obținute prin studierea acestor cazuri le-am interpretat din punct de vedere al tabloului clinic și diganosticului. Am studiat pato-mecanismul infecției, antecedentele personale ale bolnavilor, caracteristicile tabloului clinic, complicațiile și principiile tratamentului. Cazurile noastre pun în lumină importanța diagnosticului precoce deoarece numai prin descoperirea la timp a bolii se poate păstra splina la extirparea chistului.

Sosit la redacție: 7 ianuarie 1961.

Bibliografie:

1. ASTROZHNIKOV, Ju. V.: Vestn. Hir. (1957) 178/6, 86—90; 2. DE LUCA, C.: *Mi-nerva chir.* (1958) 13/4. Ref. Exc. 1959, 4651; 3. DÉVÉ, F.: *Traité de Méd.* Tome II. 841—861; 4. DULCE, M., ATHANASIU: „Splina” Buc. (1954); 5. DULCE, M.: *Viața Medicală* (1955) II, 9, 3; 6. FIZER, M. Z.: Vestn. Hir. (1951) 6; 7. MANFREDI, D., FACCEN-DINI, A.: *Gazz. int. med. chir.* (1955) 59/22. Ref. E. 1956, 1818; 9. PASCULESCU, T., BLIDARU, P.: *Chirurgia* (1959) 4; 10. POP, NANA, ADAM: „Splina” Sibiu (1945); 11. POPESCU, V., BIRZEANU, A., GORSCOVAR, V., MOLDOVAN, J.: *Chirurgia* (1959) 1; 12. SAIN, L. A.: *Hirurgia* (1958) 4; 13. SANDER, E., LESCHKE, W.: *Bruns' Beitr. kl. Chir.* (1958) 157/2; 14. SCHIRMER, H.: *Bruns' Beitr. klin. Chir.* (1955) 190/2; 15. SEME-NOV, V. S.: *Hirurgia* (1953) 4; 16. TVETCOV, A. P.: *Vestn. Hir.* (1957) 3.