

TROMBOZE ALE AXULUI SPLENOPORTAL. EVOLUŢIA UNOR BOLNAVI CU H.D.S. LA CARE EFECTUAREA ŞUNTULUI MEZENTERICO-CAV A FOST IMPOSSIBILĂ

E. V. Bancu, Ş. Bancu

Bolnavii cu tromboze ale axului venos splenoportal ajung în clinică mai ales cu ocazia hemoragiei digestive sau a hipersplenismului. Ei sînt de obicei tineri adolescenţi sau la vîrstă în jur de 10 ani şi rareori adulţi. Trombozele apar mai frecvent la tineri şi copii datorită supuraţiei bontului cordonului ombilical după naştere. Cînd apar la adult ne gîndim mai ales la piletromboze pe seama unui proces supurativ intraperitoneal oarecare. Afecţiunea este însoţită de splenomegalii considerabile pe lîngă păstrarea funcţiilor hepatice. Acest fapt a sugerat ideea stadiului I al „splenopatiei” cu anemie” descris de *Banfi*. Cum lipsa cointeresării ficatului este adesea neglijată unui bolnavi sînt etichetaţi drept cirofici cu splenomegalie. De altfel, trombozele axului splenoportal pot surveni şi în cadrul unei ciroze hepatice mai ales în formele avansate cu curenţe hepatofuge dezvoltate. Acestea din urmă sînt cazurile cele mai greu de tratat cu ocazia hemoragiilor digestive şi prognosticul lor este cel mai grav. Am avut ocazia sîntîm înţilnim sindrom Cruveilhier-Baugarten, cu repermeabilizarea puternică a venei ombilicale şi a unei vene paraombilicale pe lîngă tromboza axului splenoportal. Cu toate că vena omfalică era uşor de preparat, pătrunderea în retroperitoneu pentru evidenţierea cavei a fost imposibilă.

Perseverînd în greşeli de diagnostic, mulţi bolnavi cu tromboze splenoportale extrahepatice sînt interpretaţi preoperator, cu ocazia H.D. a fi cirofici. Aşa s-a întîmplat şi în cazul nostru.

Obs. nr. 1. Bolnava R. E. de 18 ani se internează în Clinica Chirurgicală nr. 1 din Tirgu-Mureş la 18 V 1970 cu diagnosticul de H.D.S. manifestată prin hematemeze şi melene. Din antecedentele personale reiese

că i s-a efectuat o splenectomie la vîrsta de 10 ani. Boala actuală a început brusc la 17 V 1970 cînd este trezită din somn de o stare de rău și varsă o cantitate mare de sînge roșu, ca apoi să aibă un scaun melenic abundent. La 18 V are din nou hematemeze și se internează în spitalul din Sighișoara de unde ne este transferată de urgență. În clinica noastră este pregătită pentru intervenție și se practică laparotomia la 19 V 1970. Intraoperatorial constatăm vene mult dilatate care trădează existența unei hipertensiuni portale. În jurul lojei splenice și la nivelul pediculului hepatic aspect angiomasos. Retroperitoneul puternic infiltrat trame puternice limfatice și vasculare fac imposibilă orice disecție. Ne dăm seama că porta și splenica sînt trombozate, iar vena mezenterică superioară este inabordabilă. Ficatul de aspect normal macroscopic. Sîntem în situația de a trebui să recurgem la o operație de deconexiune paleativă. Specificăm că bolnava prezintă tulburări de comportament cu alterarea vioiciunii mentale care au apărut după hemoragia digestivă. Facem o gastrotomie subcardială și constatăm varice mari esofagiene procidente în orificiul cardiac. Suturăm varicele pericardial, preparăm esofagul și-l suspendăm cu o meșă tractoroare. Aplicăm un buton Boerema în scopul unei deconexiuni transesofagiene și refacem planurile. Bolnava merge bine postoperator fiind alimentată prin sondă gastrică trecută în stomac prin buton. Fenomenele de encefalopatie dispar și se reinstalează rapid echilibrul psihic. La 6 săptămîni postoperator apar fenomene de disfagie pentru care se reinternează în clinică la 15 VIII 1970 cînd i se efectuează o gastrostomie de alimentație, avînd în vedere stenoza de la nivelul deconexiunii transesofagiene. Bolnava rămîne cu gastrostomie (cu vene dilatate) și a esofagului inferior. Se practică o esogastro-pină la 1 X 1970 cînd se reinternează și apoi i se efectuează o esogastrostomie fundică pe cale toracică (Sauerbruck). Evoluția postoperatorie simplă, bolnava părăsind clinica vindecată cu orificiul de gastrostomie închis (fig. nr. 1).

După 15 ani bolnava este în stare generală bună. Am revăzut-o în nenumărate rînduri. Nu a mai avut hemoragii nici fenomene de encefalopatie. Între timp s-a integrat foarte bine în societate și familie. S-a căsătorit și are copii.

Obs. nr. 2. Bolnavul P. M. de 57 ani se internează în clinica noastră. A refuzat intervenția propusă cu toate că a avut hematemeze serioase. În mai multe rînduri cu diagnosticul de hemoragie digestivă ulceroasă. La 18 IV 1979 se reinternează pentru hematemeză gravă. Este supraponderal avînd în jur de 130 kg. Sîntem obligați să intervenim la 23 IV 1979. Cu ocazia laparotomiei constatăm stomac și ficat indemne, splină mult mărită și fenomene serioase de hipertensiune portală (vase mult dilatate în teritoriul epiploic stîng și în ligamentul gastrocolic). Retroperitoneul puternic infiltrat și în zona ligamentului gastrohepatic fenomene de angiomasoză. Ficatul de aspect normal. Teritoriul splenic nu poate fi explorat din cauza obezității neobișnuite.

Hotărîm deconexiune azigoportală prin scheletizarea stomacului și triplă ligatură a pediculelor gastrice (coronară, gastroepiploica dreaptă și gastroepiploica stîngă cu vasele scurte). Abordul spre regiunea fornicului a fost foarte dificil. Bolnavul are o evoluție bună postoperatorie. În ziua a 12-a este trezit din somn de o hematemeză masivă care se repetă peste noapte — bolnavul fiind menținut în viață cu peste 10 l sînge.

Se reintervine la 6 V 1979, de astă dată printr-o incizie epigastrică transversală care este trecută pe torace, secționându-se rebordul costal și pătrunzându-se în torace prin spațiul VII intercostal și deschizându-se diafragma. S-a realizat astfel o toracofrenolaparotomie de 75 cm, bolnavul fiind foarte voluminos (incizia Marshal). Se trece la efectuarea unei splenectomii dificile și apoi la o rezecție polară superioară a stomacului stomie T-L după procedeul Sweet. Stomacul este complet eliberat de vase pînă la pilor unde se vede pachetul piloric și în vecinătatea căruia facem o mică piloroplastie. Refacem planurile. Evoluție postoperatorie simplă.

După 7 ani bolnavul se află în stare de sănătate deplină, fiind bine încadrat în societate și familie. Nu a mai avut hemoragii digestive.

Obs. nr. 3. Bolnavul T. V. de 56 ani, se internează în clinica noastră fiind transferat de la un spital județean cu diagnosticul de ciroză hepatică, hipertensiune portală, varice esofagiene, hemoragie digestivă superioară. La internare bolnavul este într-o stare generală bună, fiind pregătit pentru șunt portocav în serviciul de interne al unui spital județean de un internist cunoscător al problemelor hipertensiunii portale.

Tabloul sangvin, ionograma, ureea, creatinina, proteinele totale, serinele, indexul de protrombină, bilirubina, sînt de valori bune, astfel nu contraindică operația de șuntare.

După pregătirea preoperatorie intervenim la data de 12 XI 1985 (Cond. op. nr. 1471) prin laparotomie mediană. La explorare găsim vase mult dilatate în teritoriul supramezocolic. Angiomatoză a pediculului hepatic și a zonei splenice, venele epiploice monstruoase. Ficatul de aspect normal macroscopic, splina mult mărită. Sîntem în fața unui diagnostic clar de tromboză a axului splenoportal și sîntem nevoiți să schimbăm tactica operatorie, vena portă și splenică fiind impracticabile. Ridicăm mezocolonul și sub unghiul lui Treitz (în dreapta) palpăm un cordon dur în dreapta băților arterei mezenterice superioare, care ar corespunde venei mezenterice superioare. Deschidem foia peritoneală a mezenterului pentru a prepara vena mezenterică superioară dar disecția este iluzorie din cauza vaselor de neformație care amenință prin hemoragie viața bolnavului. Înaintarea spre vena cavă este de asemenea imposibilă — D₃ și pancreasul făcînd un bloc masiv, fiind prinse într-un baraj limfatic străbătut de vase de neformație. Sîntem obligați să renunțăm la realizarea șuntului mezenterico-cav și efectuăm o deconexiune azigoportală printr-o întinsă scheletizare a curburilor stomacului de la cardiac la pilor păstrînd doar pediculul vascular piloric. Refacem planurile anatomic. Bolnavul merge bine postoperator imediat dar în ziua a 5-a apar hematemezele pe care nu le-a mai avut în ultima lună, operația noastră făcîndu-se „la rece“ nu în urgență întîrziată ca în cazurile anterioare. Hotărîm reintervenția prin toracofrenolaparotomie Marshal (19 XI 1985; cond. op. nr. 1512). Efectuăm splenectomia și rezecția polară superioară gastrică și a esofagului inferior cu o anastomoză esogastrică termino-laterală după procedeul Sweet. Revăzînd stomacul constatăm că este complet devascularizat și liber pînă la pilor numai acolo observîndu-se micul pachet piloric. Renunțăm la piloroplastie pentru a nu sacrifica din ramurile arterei pilorice. Refacem planurile. Evoluția postoperatorie a fost bună la început, în afara unei supurații de plagă. Bolnavul nu a mai

repetat hemoragia, dar are fenomene intermitente de encefalopatie portală. Nu poate fi trecut pe regim hipoproteinat din cauza hipoproteinemiei. Părăsește clinica la 15 I 1986 (fig. nr. 2).

Discuții

Infiltrarea limfatico-vasculară a retroperitoneului la bolnavi cu H.P. prin tromboza axului splenoportal ne obligă să renunțăm la efectuarea unui șunt prin folosirea singurei vene rămase apte care este mezenterica superioară. Sînt însă situații în care nu numai riscul hemoragiei ne face să ne abținem de la continuarea disecției (obs. nr. 2). Uneori, chiar dacă prin mari dificultăți putem prepara vena mezenterică, aceasta ne apare inaptă pentru anastomoză, fiind deformată, cu perete subțire și mat, gîtuirea pe alocuri, ca și cînd s-ar găsi după o tromboflebită cu repermeabilizare venoasă. În alte situații trunchiul venei este atît de scurt încît nu se poate efectua aici o anastomoză cu grefonul de material plastic. Să nu neglijăm nici situațiile în care blocul masiv pancreaticoduodenal și infiltrarea limfatică profundă în retroperitoneu nu ne permit prepararea venei cave (obs. nr. 3). În asemenea situații se poate recurge la diferite tipuri de deconexiuni (deconexiunea Boerema — obs. nr. 1), și cel mai comod este de a devasculariza stomacul cu sau fără ligatura arterei splenice (în scopul reducerii aportului spre splină în condițiile drenării defectuoase a singelui venos splenic printr-o venă splenică trombozată), pentru a scădea fluxul spre stomac prin venele splenogastrice (gastricele posterioare, esogastrice tuberozitate).

În trombozele axului splenoportal sîngerările apar din varicele de la nivelul esofagului inferior și fornixului gastric (obs. nr. 1, 2, 3). Sîngerările din rect sînt deosebit de rare iar din intestinul subțire par să nu survină niciodată. Autorii sînt de acord astăzi că atunci cînd un șunt este imposibil de realizat din diferite cauze (obs. nr. 1, 2, 3) trebuie să se recurgă la o metodă de transecțiune esofagiană sau la injecții sclerozante ale varicelor. Unii autori sînt de părere (5) că deși aceste metode sînt eficace inițial, hemoragiile revin după 2—3 ani, fapt pe care noi nu l-am constatat (obs. nr. 1, 2).

Transecția esofagiană se poate realiza fie transesofagian (obs. 1) și mai ales printr-o rezecție polară superioară (obs. nr. 2, 3), atunci cînd și vena splenică este trombozată și cînd splenectomia (cînd splina este pe loc) ne arată o venă de nefolosit pentru șuntul splenorenal (obs. nr. 2, 3). Cînd se face splenectomia prin ligatura arterei splenice și a arterelor gastrice stîngi se produce o reducere considerabilă a fluxului de sînge spre sistemul portal, de pe o parte, se întrerup deci venele scurte care duc singele spre zonele periculoase, se suprimă prin ligatura venei coronare calea cea mai periculoasă de derivație, iar prin îndepărtarea polului superior al stomacului și a esofagului inferior dispare chiar aria în care se materializează hemoragia prin ruperea varicelor.

Unii autori (5) sînt de părere că după rezecția polară superioară ar putea după cîțiva ani să apară o nouă zonă periculoasă întinsă între esofagul de sub crosa arterei și canalul piloric (submucoasa antrală) și sîngerările să reapară. În acest context propun de la început gastrectomia totală cu îndepărtarea concomitentă a esofagului de sub cîrja aortei



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2



și o jejunostomie. Cu toate că operația este logică pare prea laborioasă în condiții de urgență, dar poate veni în discuție dacă hemoragia se repetă după ani, fapt neconstatat de noi (obs. nr. 2).

A fost interesant să fim atenționați de faptul că stomacul devascularizat (obs. nr. 2, 3) cu un mic pedicul vascular piloric, prezenta o sîngerare puternică cu ocazia rezecției polului superior, fapt evident pentru noi cînd am aplicat firele hemostatice Eiselsberg pe cele două fețe ale stomacului. Toate vasele din submucoasă se prezentau ca și cînd ar fi conținut sînge arterial, sîngerările survenind în jet și sîngele fiind bine oxigenat (angioamele subhepatice și perisplenice asigurînd amestecul sîngelui arterial și venos).

Deși orice astfel de operație de deconexiune este laborioasă pentru bolnavii oboșiți prin pierderi succesive de sînge, curajul ne este facilitat de aspectul macroscopic normal al ficatului. Cu toate acestea este bine să intervenim sau să reintervenim în urgență întîrziată după aplicarea unei sonde Blakemore (obs. nr. 3) care să ne permită să oprim hemoragia și să evacuăm sîngele din intestin evitînd fenomene de encefalopatie prin hiperamonemie (obs. nr. 1).

Pe baza unei experiențe de mulți ani sîntem în măsură să afirmăm că în situația în care la bolnavi cu tromboze ale axului splenoportal, realizarea șuntului mezenterico-cav este imposibilă, cea mai bună operație de deconexiune este rezecția polară superioară a stomacului și a esofagului inferior. Reușita intervenției ne este asigurată de un ficat quasi suficient ca funcțiune cu toate că el este insuficient din punct de vedere metabolic prin lipsa unui flux portal puternic datorită trombozei portale, venele Sappey din angiomul periportal nefiind suficiente pentru păstrarea unui flux bun. Considerăm că acest gen de operații nu este binevenit la cirotici, la care o intervenție minimă (sclerozări sau ligaturi de varice), sau simpla tamponare Blakemore trebuie să pregătească terenul pentru operația definitivă care trebuie să fie un șunt portocav, realizat înaintea apariției unei noi hemoragii.

Bibliografie

1. Bancu E. V.: Chirurgia (București) (1982), 31, 4, 285; 2. Bancu E. V., Keresztessy-Kosztá A., Copotoiu C., Bancu Ș.: Rev. med. (1981), 27, 1, 3;
3. Bancu E. V., Pápai Z., Georgescu T., Bálint E.: Rev. med. (1975), 21, 1, 9;
4. Bancu E. V., Bálint E., Stanciu G., Wilhelm E.: Chirurgia (București) (1971), 7, 599; 5. Self I. B.: Thorax (1969), 24, 435.

V. E. Bancu, Ș. Bancu

THROMBOSIS OF SPLENOPORTAL AXIS. EVOLUTION OF SOME SUPERIOR DIGESTIVE HAEMORRHAGE CASES IN WHICH IT WAS IMPOSSIBLE TO CARRY OUT MESENTERICO-CAVAL ANASTOMOSIS

The lymphatico-vascular infiltration of the retroperitoneum in patients with portal hypertension through thrombosis of splenoportal axis caused us to give up making a mesenterico-caval shunt. In such situations it is possible to resort to various types of azygoportal disconnections. One of these methods is oesophageal transection; for this purpose superior polar resection may also be used.

Three such cases are presented, in 2 of them we made superior polar resections followed by eso-antrostomy, and in 1 female patient oesophagial (Boerema) transection, which after oesophagial stricture was supplemented at reintervention by Sauerbruch's basic esogastric derivation.

Both patients with superior polar resection underwent an emergency operation with disconnections by triple ligation of gastric pedicles (coronary, left gastro-epiploic, right gastro-epiploic). Although at the reintervention the stomach remained with a single pedicle, its blood supply was good when eso-antral anastomosis was varried out.
