

CONTRIBUȚII LA TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ECHINOCOCULUI HEPATIC CU LOCALIZARE SUBDIAFRAGMATICĂ

Z. Pápai, Z. Barbu, Z. Naftali

Prezenta lucrare sintetizează experiența noastră în legătură cu 20 de chisturi hidatice hepatice localizate în imediata vecinătate a diafragmului, reprezentând 42,5% din cele 47 echinococozе hepatice pe care am avut ocazia să le tratăm între 1953 și martie 1960. În 3 cazuri chistul hepatic se întovărășise cu unul pulmonar.

În profilaxia, depistarea precoce, diagnosticul și terapia echinococului hepatic se constată în ultimul timp importante progrese.

Continuă ridicarea a nivelului sanitar în țările cu regim socialist, a creat condiții necesare pentru ca această afecțiune să devină din ce în ce mai rară, fără ca pentru moment să se poată vorbi de eradicarea ei. Aplicarea pe o scară din ce în ce mai largă a depistărilor radio-microfotografice, permite recunoașterea într-un stadiu preclinic și a chistului hepatic cu localizare subdiafragmatică. Aplicarea pneumoperitoneului, a splenoportografiei (*Legrot și Coriat*) și a angiografiei (*Mitrović*) la cei suspecți de echinococoză hepatică a mărit șansele diagnosticului precoce în această afecțiune. Precizarea apartenenței teritoriale a căilor biliare și sanguine intrahepatice permite realizarea rezecțiilor parțiale și reglate de ficat, care duc la o vindecare rapidă în cazul chisturilor voluminoase și multiloculare (*J. Z. Sischin, J. Danicico, Șt. Ciobanu, C. Popescu*). Înmulțirea cazurilor depistate timpuriu permite aplicarea pe o scară din ce în ce mai mare a chistectomiei ideale extracapsulare a lui *Napalcov (Melnicov, Andreiou, Burghelle)*. Anestezia prin intubație face posibilă utilizarea căii de acces toraco-abdominale foarte avantajoasă pentru chisturile subdiafragmatice, chisturile comitente hepatopulmonare, precum și pentru rezolvarea celor complicate cu fistule bronhobiare.

Chistul hidatic situat în apropierea suprafeței diafragmatice a ficatului se deosebește de celelalte localizări hepatice prin particularitățile sale clinice, morfopatologice cit și prin dificultățile de tratament pe care le ridică.

Din punct de vedere clinic afecțiunea se deosebește de celelalte localizări hepatice prin îndelungata ei toleranță, chistul rămânând latent chiar și când ajunge la dimensiuni considerabile, fiind decelat întâmplător sau cu ocazia depistărilor micro-radiologice. Debutul clinic este determinat de apariția diferitelor complicații. Supurația chistului realizează un veritabil abces al ficatului, cu erupție posibilă în spațiul subdiafragmatic, urmată uneori de apariția fistulei bronhobiliare. Alteori chistul supurat poate erupe în căile biliare întovărășindu-se de simptome litiazice. Compresia exercitată asupra diafragmului și a bazei pulmonare realizează diferite manifestări dureroase și de insuficiență respiratorie, începând de la simpla jenă și până la forme mai pronunțate (cazul 1). Rar și numai când ajunge la dimensiuni mari, chistul se manifestă sub forma unei hepatomegalii decelabile palpatoric și percutoric.

Din punct de vedere anatomopatologic, față de alte localizări se mai constată în plus și leziuni diafragmatice. În materialul nostru am întâlnit 4 aspecte diferite, a căror gravitate și extindere au fost paralele cu vechimea chistului, cu gradul și durata infecției.

a) Într-un prim aspect e vorba de adeziuni pambliforme, caracterizate printr-o vascularizație foarte bogată b) Alteori se constată sinechii întinse între suprafața alterată a ficatului și diafragmul tuncelal, infiltrat de aspect lardaceu, fără tonicitate și imobil. Din punct de vedere histologic prezintă degenerescența turbure a țesutului muscular, infiltrație rotundocelulară și proliferare conjunctivă (cazul 1). c) Într-un al treilea caz diafragmul participă el însuși la formarea pungii fibroase, separarea lor chirurgicală fiind imposibilă (cazul 2). Uneori diafragmul aderent de chist este ciuruit de mai multe traecte fistuloase, făcând comunicație între cavitatea chistică și una sau mai multe bronșii segmentare (cazul 4). d) Un ultim aspect observat de noi se caracterizează prin prezența de chisturi fiice în înșăși grosimea diafragmului (cazul 3).

Tratamentul chirurgical al chistului feței subdiafragmatice a ficatului ridică unele probleme speciale printre care amintim: separarea diafragmului aderent de ficat cu păstrarea funcționalității sale; rezolvarea cavității interfrenohepatice de obicei infectată, care rezultă din relaxarea și aspirația în torace a diafragmului eliberat și colabarea suprafeței superioare a ficatului după evidarea chistului (cazul 1); lichidarea cavității reziduale intrahepatice infectată de obicei și ea; asanarea traectelor fistuloase biliobronșice și a piosclerozei pulmonare consecutive. O problemă specială o constituie rezolvarea complicațiilor rezultând din erupția pungii subdiafragmatice în căile biliare, posibilitate de care ne ocupăm într-o altă comunicare.

Alegerea căii de abordare, a procedurii operator, precum și locul și felul drenajului se face în funcție de circumstanțele menționate. În chisturile descoperite la timp, neîntrecând 6—8 cm în diametru și neinfectate, practicăm extirparea totală extracapsulară după metoda lui *Napalcov*, cu includerea per primam și fără drenajul cavității abdominale. Trebuie să recunoaștem că această posibilitate o întâlnim rar. Cele situate în lobul stâng al ficatului pot fi abordate pe cale anterioară, pe când cele ale lobului drept nu pot fi extirpate decât pe cale toracoabdominală. În eventualitatea unor chisturi mai voluminoase dar neinfectate, ne-am mulțumit cu extirparea tunicii proprii și drenaj, abordând chistul pe cale toracoabdominală. Pentru a diminua loja restantă am procedat la aplatizarea cavității prin extirparea incompletă a tunicii fibroase și capitonaj parțial. Dacă totuși abordarea a fost făcută pe cale abdominală, datorită localizării mai anterioare sau în lobul stâng, am utilizat și eplonul pentru umplerea cavității restante.

Chisturile infectate constituie o problemă mai deficilă. Pătrunzînd pe cale laterală sau toracoabdominală după evidarea mamei purulente și a membranelor chistice, așezăm un tub de dren în punctul cel mai decliv. Acest drenaj se poate completa cu aspirații lente discontinue, pentru a favoriza adeziunea irenohepatică și a evita stagnarea de secreții în cavitatea evidată. Chisturile mari și infectate lasă după evidare cavități reziduale ce devin sediul unor supurații cronice, motiv pentru care în aceste cazuri recent se aplică rezecția parțială sau reglată a lobului hepatic afectat.

Dacă diafragmul este aderent, făcînd corp comun cu capsula fibroasă a chistului, acestea se circumsciează la nivelul joncțiunii hepatice, după care se procedează apoi ca mai înainte.

Dacă echinococul hepatic se asociază cu unul intradiafragmatic, atunci acesta se rezolvă prin chistotomie simplă. Echinococoză hepatopulmonară o rezolvăm într-un singur

timp prin toracofreno-laparatomie. În cazurile complicate cu fistule biliobronșice, noi procedăm întotdeauna la rezolvarea într-un prim timp a chistului hepatic infectat, cu drenarea activă a cavității restante. Am constat că comunicarea bronșică se închide și leziunile pulmonare retrocedează prin tratament antibacterian și antiinflamator dirijat endobronșic prin sondă Metras, chiar și atunci când leziunile par ireversibile. În două cazuri am constatat dispariția unor bronșiectazii ce păreau definitive.

Prezentăm câteva cazuri mai demonstrative.

Cazul 1. Bolnavă în vîrstă de 37 ani prezintă de cîțiva ani dispnee, care se accentuează din ce în ce. Radioscopia pulmonară arată că diafragma drept este ridicat pînă la nivelul coastei a II-a, iar mediastinul este dislocat. Fenomenele sînt provocate de un chist hidatic gigant, situat pe suprafața diafragmatică a ficatului. La intervenție se constată că membrana fibroasă aderă de diafragma lardaceu și atom, de care se separă cu greutate. După evidarea chistului între diafragm și ficat se formează o cavitate, a cărei supurație se menține vreme îndelungată.

Cazul 2. Bolnavă de 19 ani, prezintă pe suprafața diafragmatică a lobului drept un chist hidatic cu un diametru de cca. 15 cm care aderă intim de porțiunea ligamentoasă a diafragmului. Cu ocazia extirpării chistului, partea aderentă de diafragm a tunicii fibroase o lăsăm pe loc.

Cazul 3. Bolnavă de 30 ani, pe lîngă un chist situat în lobul drept al ficatului prezintă încă unul în grosimea diafragmului. Intervenția executată prin toraco-freno-laparatomie a permis rezolvarea ambelor localizări.

Cazul 4. Bolnavă de 45 ani, prezintă o bronșiectazie în lobul inferior drept. Bronhografia pune în evidență o cavitare intrahepatică comunicînd cu bronșia lobară inferioară. După evacuarea și drenarea cavității intrahepatice, care se dovedește a fi un chist hidatic supurat, și aplicarea unui tratament antiinflamator și antibacterian dirijat, se închide și fistula bomhobiliară, rezolvîndu-se în parte chiar și bronșiectazia.

Procedînd în spiritul celor expuse, din cele 20 de cazuri de chisturi hidatice situate în apropierea feței diafragmatice a ficatului 14 forme neinfectate s-au vindecat în medie după 12 zile, iar 6 supurate în medie după 31 de zile. Cazurile cu fistule biliobronșice au necesitat în medie 125 zile de tratament.

Sosit la redacție: 2 aprilie 1960.

Bibliografia la autori.

О ХИРУРГИЧЕСКО ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ РАСПОЛОЖЕННОГО НА ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕЧЕНИ

Папай З., Барбу З., Нафтали З.

Авторы знакомят с опытами, которые связанные с 20 случаями пузыря эхинококка, расположенного на диафрагмальной поверхности печени. Эти пузыри по своим клиническим и патоморфологическим особенностями и в связи с трудностью лечения занимают особое положение при заболевании эхинококка печени. На основании своих выводов знакомят с изменениями диафрагмы, осложнениями заболевания и операцией.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ÉCHINOCOCCOSE HÉPATIQUE À LOCALISATION SOUS-DIAPHRAGMATIQUE

Z. Păpai, Z. Barbu, Z. Naftali

Les auteurs rapportent leur expérience à propos de 20 cas de kyste échinococcique localisé sur la surface diaphragmatique du foie. En raison de leurs particularités cliniques et morphopathologiques et à cause des difficultés de traitement qu'ils posent, ces kystes occupent une place spéciale dans les affections échinococciques du foie.

Sur la base de leurs observations, les auteurs exposent les modifications du diaphragme, les complications de la maladie et le traitement chirurgicale de celle-ci.