

## TRATAMENTUL BOLNAVIILOR CU INSUFICIENȚĂ HEPATICĂ ÎN CHIRURGIA ABDOMINALĂ DE URGENȚĂ

E. Kesztenbaum

Intr-un serviciu de chirurgie de urgență se pune de multe ori problema necesității corectării terenului hepatic insuficient în perioada preoperatorie. Mai ales la urgențele abdominale acute aceasta devine o chestiune esențială, orice neglijență ducând postoperator la insuficiențe hepatice grave, de multe ori ireversibile. Problema care se pune anestezist-reevimatorului este, dacă deficitul hepatic poate fi corectat preoperator pînă la limitele suportării actului chirurgical sau dacă în cazul apariției (*Burghele*) unei complicații postoperatorii (ascită la un cirotic) deficitul poate fi tratat eficient sau nu. Este și cazul unui operat, la care intervenția a fost de maximă urgență, deficitul hepatic s-a ignorat preoperator și survine decompensarea în urma agresiunii chirurgicale.

Pe lîngă o terapeutică patogenică complexă (aspirație, clismă etc.) trebuie să se aplice și o terapie hepatoprotectoare care potențează deficitul hepatocitar (tulburări hidroelectrolitice, tulburări de coagulare, prevenirea infecțiilor etc.).

Tratamentul începe printr-o suprîncărcare cu glucide care servesc ca material energetic, economisind elementul protidic deficitar, cu toate că nu au rolul trofic hepatic care li s-a atribuit înainte. Se recomandă folosirea levulozei, fiind mai ușor metabolizată de către celula hepatică. Unii autori recomandă întrebuințarea insulinei, iar alții o proscriu pe considerentul că ar urgenta spolierea rezervelor de glicogen hepatic-celular.

Extractele hepatice exercită influențe favorabile asupra metabolismului glucidic și protidic; în urma administrării acestora procesele de necroză și inflamație difuză staționează sau retrocedează. Se preferă formele hidrosolubile de extract care se pot administra și intravenos. De teama hiperamoniei ele sînt însă contraindicate în insuficiențele hepatice grave.

Corticosteroidii ameliorează jeziunile inflamatorii periportale și chiar cele intralobulare. De asemenea scad fenomenele hiperergice de autoagresiune, ce se dezvoltă în urma formării de anticorpi hepatici. În cazul existenței varicelor esofagiene, întrebuințarea lor este contraindicată din cauza posibilității de a produce rupturi varicoase. Corticoterapia se va continua atît intra- cît și postoperator.

Un alt aspect al insuficienței hepatice este carența în polivitamine. De aceea această stare cere administrarea de cantități mari de vitamină C, B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, PP, A. Vitamina K se administrează pe cît posibil, în asociație cu săruri biliare, numai atunci dacă indicele de protrombină este scăzut sau dacă bolnavul prezintă semne de lezări grave ale celulei hepatice.

Factorii lipotropi au rolul să prevină depozitarea patologică de grăsimi în ficat și să accelereze mobilizarea acestora atunci cînd depozitarea s-a produs anterior. Astfel metionina (2—4 g zilnic), colina (2—5 g zilnic), cistina, inositolul și acidul tioctic (20—30 g zilnic), în asociație una cu alta, au de multe ori efect spectaculos asupra funcției hepatice.

În insuficiențele hepatice cu carență proteică se mai administrează intravenos diferite preparate de hidrolizate de proteine. Un astfel de preparat foarte reușit este trophisanol care este un amestec de mai mulți acizi aminați esențiali.

În cazurile foarte grave hidrolizatele sînt și ele contraindicate, aportul excesiv heteroproteic putînd grăbi declanșarea comei hepatice.

Plasma și singele au funcție net biostimulatoare și corectoare de hipovolemie și anemie. Cînd în antecedente nu figurează pierderi de sînge, dar există totuși o anemie marcată, administrarea de masă eritrocitară este mai indicată.

Anoxia sau hipoxia prelungită constituie factorul esențial în leziunile hepatice în urma unei anestezii generale; indiferent de origine, o anestezie rău condusă, hipoxia amestecului gazos inspirat, hipotensiune controlată sau necontrolată, ea este foarte gravă pentru celula hepatică, avînd în vedere echilibrul ei vascular foarte precar.

În condițiile unei oxigenări normale, aportul oxigenului la nivelul ficatului se asigură de vena portă. Acesta constituie 60% din oxigenul distribuit parenchimului și 80% din singele care alimentează glanda. În caz de anoxie generală, în caz de hipotensiune controlată sau necontrolată, aportul oxigenului se reduce la calea arterială. Oxigenul portal fiind considerabil redus la stagnarea splanchnică, leziunile sînt rapide și duble:

- leziune celulară maximă în centrul lobulilor, marcată printr-un edem al celei care îngreunează circulația în sinusoidale hepatice;
- invadarea microbiană de către germeri anaerobi, situați în căile biliare, care nu se înmulțesc decît în anoxie, formînd factorii necrozelor parenchimatoase întinse.

Din cele amintite mai sus reiese că unul din cele mai importante considerente ale anesteziei la bolnavii cu tare hepatice latente sau manifeste este asigurarea unei oxigenări perfecte. Afară de aceasta se mai pun următoarele condiții:

- bolnavul să ajungă la operație într-o stare generală cit mai bună și echilibrat din punct de vedere al constantelor biologice;
- să se facă o alegere judicioasă a substanțelor anestezice;
- toxicitatea anestezielor să fie cit mai mică posibil;
- să se asigure bune condiții chirurgicale;
- să se asigure confortul biologic al bolnavului.

După premedicația obișnuită cu mialgin (mecodin), dozată după vîrsta bolnavului și gravitatea bolii, administrăm vagolitice de tip scopolamină (între 20—60 ani 1/4—1/2 mg cu o oră înaintea intervenției) sau atropină (peste 60 ani 1/8—1/10 mg cu 1/4 oră înaintea operației).

Inducția se poate efectua cu steroidi anestezici, barbiturice de scurtă acțiune (în cazurile de atingere ușoară a parenchimului hepatic) și ciclopropan cu oxigen (în cazurile grave) într-o concentrație care să nu depășească 33%.

Intubația se va face după o oxigenare abundentă și administrare de d-tubocurarină sau alt curarizant, prescriindu-se succinilcholină în cazurile grave.

Menținerea se realizează cu amestecul gazos amintit plus doze fracționate de curară naturală, în respirație protezată mecanic, care asigură cea mai bună oxigenare.

Peroperator trebuie urmărite cu atenție următoarele standarde: pulsul, tensiunea arterială, oximetria, ritmul și profunzimea respirației, pierderile de sînge etc. În tot cursul intervenției se va administra o perfuzie de levuloză sau glucoză 5 sau 10%, eventual sînge sau plasmă în funcție de necesitățile actului operator. La acești bolnavi trebuie să ne gîndim încă în timpul intervenției la posibilitatea apariției unei fibrino- sau proteolize. Atitudinea terapeutică față de acest fenomen este foarte complexă. Trebuie înlocuit fibrinogenul plasmatic și inhibată activitatea proteolitică (inhibitorul Kunitz: Cy 66 sau iniprol: 2—4 mil U, eventual Zymofren: 80 U). Aportul fibrinogenului se poate efectua prin perfuzii venoase de fibrinogen pur, de plasmă în soluții concentrate și de sînge în cantitate mare, care are avantajul de a restitui: proteinele de coagulare și de a menține o volemie convenabilă.

Cardiotonicele se vor administra în mod obligatoriu, mai ales la bolnavi vîrstnici.

Înainte de detubare se va face o oxigenare și mai abundentă și numai după această manevră vom recurge la scoaterea tubului endotraheal, asigurîndu-ne pentru orice eventualitate cu un aspirator puternic în caz de regurgitare a conținutului gastro-intestinal.

Reanimarea postoperatorie se face în funcție de necesitățile hidrice și calorice ale operatului, de lichidele sustrate prin aspirația digestivă, de cantitatea de bilă pierdută eventual prin drenaj. Zilnic se vor controla bilanțul intrărilor și ieșirilor lichidiene și electrolitice, ionograma și hematocritul, pentru a putea asigura o reechilibrare satisfăcătoare. În cursul zilelor după operație poate interveni o hemoragie care poate fi:

— locală în urma unui defect de hemostază intraoperatorie. Se știe că hemostaza se efectuează foarte greu, stării de boală asociindu-se tulburări de coagulare din cauza trombopeniei;

— generale: fibrinoliza acută de care am mai amintit;

— digestive: hematemeză, melenă.

Hemoragiile se datoresc hipertensiunii portale preexistente sau unei piletromboze. Diagnosticul diferențial este foarte greu de stabilit. Ca tratament se administrează cantități mari de sînge izogrup și izoRh, masă trombocitară și eritrocitară, plasmă etc. Într-o hemoragie digestivă incoercibilă se va încerca metoda plasării unei sonde Sengsteken-Blackmore, se va administra vitamina K în cantități mari și trombază intramuscular. De îndată ce este posibil, se va încerca evacuarea conținutului gastro-intestinal cu ajutorul sulfatului de magneziu, administrat prin sondă gastrică, pentru a evita mărirea amoniemiei — punct de plecare digestiv a unei encefalopatii portale. Dacă observăm tendința spre pareză intestinală, vom utiliza excitante ale peristaltismului, pentru a restabili tranzitul digestiv și alimentația orală. Antibioticele se prescriu în mod sistematic.

Unii autori insistă asupra frecvenței accidentelor tromboembolice în chirurgia abdominală de urgență, complicată cu tare hepatice. De aceea ei prescriu în mod sistematic o terapie anticocoagulantă în faza postoperatorie.

În caz dacă bolnavul a primit preoperator corticoterapie, aceasta trebuie continuată câteva zile în doze descrescînde și în faza postoperatorie.

Acești bolnavi trebuie urmăriți cu atenție și în perioada de convalescență, pentru că oricînd poate surveni o decompensare a funcțiilor hepatice. Semnele premonitorii ale unei encefalopatii portale sînt de mult ori foarte greu de recunoscut. În cazul instalării ei, *Sherlock* recomandă regim alimentar numai cu aport glucidic: 166 cal. zilnic. Pe cale venoasă se perfuzează levuloză. Proteinele nu se iau decît în convalescență, în doze foarte prudente.

De asemenea se vor administra cu precauție perfuziile de glucoză cu electroliți, pentru menținerea unei balanțe electrolitice convenabile. Mulți autori au obținut și în cazuri grave rezultate satisfăcătoare cu:

— glutamat de sodiu în doze de 20 g în 500 ml de ser glucozat izotonic;

— sărurile acidului aspartic, sub forma aspartatului dublu de potasiu și magneziu;

— arginină: 50 g în soluție cu ser glucozat de 2—3 ori în 24 ore;

— analeptice sau excitante ale sistemului nervos central ca surectanul care are o acțiune favorabilă în doze de 1 g/24 h;

— corticoizii (deltacortizonul).

Se mai administrează antibiotice cu spectru larg, în special acelea cu acțiune intestinală, pentru a reduce producția de amoniac în tubul digestiv. Se poate introduce de ex., prin sondă gastrică, neomicină sfărîmată în suspensie, cca. 1 g în 24 ore.

În concluzie putem afirma că o examinare preoperatorie atentă, corectarea dezechilibrelor, o premedicație adecvată, o anestezie și o oxigenare corect executate, un tratament și îngrijire postoperatorie hepatoprotectoare vor duce la însănătoșirea bolnavului cu abdomen acut și cu leziuni hepatice, care trece prin agresiunea intervenției operatorii.

*Sosit la redacție: 15 iunie 1966.*