

Clinica chirurgicală nr. I. din Tîrgu Mureş (cond.: prof. Z. Pápai,
doctor în medicină)

TROMBOZĂ A AXULUI VENOS SPLENOPORTAL DUPĂ SPLENECTOMIE. HEMORAGII DIGESTIVE GRAVE. ANASTOMOZĂ MEZENTERICO- CAVĂ ÎN „H“ CU GREFON DE DACRON *

E. Bancu, Z. Pápai

Tratamentul hemoragiilor digestive de origine portală comportă adesea dificultăți deosebite.

Numeroasele metode operatorii folosite și-au pierdut succesiv creditul în centrele mari chirurgicale, în favoarea derivațiilor porto-cave, care reprezintă astăzi arma cea mai eficientă în terapia hemoragiilor portale, fiind considerate operații definitive.

Din șirul operațiilor paleative face parte și splenectomia, care comportă o serie de neajunsuri și pericole, dintre care cel mai de seamă este tromboza splenoportală, extensivă, cînd intervenția se efectuează la bolnavii cu hipertensiune portală (H.P.).

Deoarece splinele Bantiene au fost în majoritatea cazurilor înglobate astăzi, ca urmare a investigațiilor de hemodinamică portală, în cadrul splinelor de stază, fibrocongestive, se presupune că majoritatea splenomegaliilor care ajung în servicii de chirurgie, exceptînd splenopatiile primare, se manifestă pe lingă o afecțiune hepatică mai mult sau mai puțin avansată. Existența barajului intrahepatic postsinusoidal la acești bolnavi, duce după splenectomie la apariția barajului mixt, intrahepatic și extrahepatic — prehepatic prin apariția trombozei axului splenoportal.

Barajul mixt este de greutate terapeutică deosebită, cînd apar complicațiile hipertensiunii portale. În marea majoritate a cazurilor numai vena mezenterică poate fi folosită în vederea șuntului.

Am găsit de bine să comunicăm cazul operat de noi, deoarece bolnavul cu ciroză hepatică și tromboză splenică extinsă, prezenta o portă trombozată și impermeabilizată, cu un cavernom periportal extins, vena avînd la palpate consistență dură, apărînd ca un cordon rigid, dar inaccesibil tehnic. Retroperitoneul infiltrat, edemațiat, nu permitea o preparare extinsă de cavă, pentru o anastomoză cavomezenterică (Marion-Glatworthy), periculoasă la adult. Constrînși de împrejurări, am rezolvat cazul după cum urmează:

B. F. de 35 de ani, se internează în Clinica chirurgicală nr. 1, la data de 27 februarie 1968, cu diagnosticul de stare după splenectomie, ciroză hepatică, H.P., varice esofagiene, hemoragii digestive exteriorizate prin hematemeze și melene (F. O. 341/1968).

Antecedente luetice. Mare consumator de alcool. În ianuarie 1968 are hematemeze și melene puternice. Se internează într-un spital din provincie, unde i se practică splenectomie. Postoperator, după 7 zile reapar hemoragiile digestive mai

* Lucrare comunicată la U.S.S.M. Tîrgu Mureş, decembrie 1968

E BANCU, Z PĂPAI: TROMBOZĂ A AXULUI VENOS SPLENOPORTAL
DUPĂ SPLENECTOMIE.



Fig nr. 1.

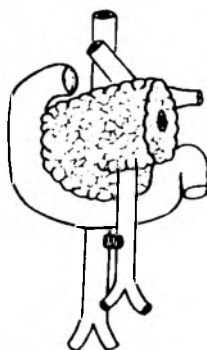


Fig nr. 2.

K. SZÓCS ŞI COLAB.: UN CAZ DE DISOSTOZA CLEIDO-CRANIANA ASOCIATA
CU DEBILITATE MINTALA



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.

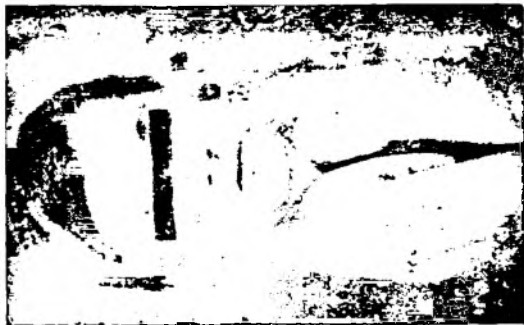


Fig. nr. 1.

ales sub forma de hematemeze pentru care se internează în clinica noastră. După internare mai face câteva hemoragii digestive, care se opresc după tratamentul aplicat și putem opera bolnavul în urgență întârziată (12 III 1968). Laparotomie subcostală și pararectală dreaptă. În cavitatea peritoneală circulația colaterală bogată. În hilul ficatului — circulație angiomatoasă. Ficat cirotic.

Ileoportomanometrie: 31 cm apă.

Ileoportografie: Semne de tromboză portală și splenică, orizontalizarea axului portal. Portă repermeabilizată. Reflux masiv coronarian cu varice esofagiene (fig. nr. 1).

Din cauza condițiilor anatomice nefavorabile, recurgem la o anastomoză mezenterico-cavă cu grefon de dacron scurt și gros (20 mm lungime, 15 mm grosime)

Tehnica folosită este următoarea:

Am descoperit vena mezenterică pe cale submezocolică, ridicând colonul transvers și împingând ansele intestinale în jos și la stînga. Reperăm pediculul înaintea lui D₃ și dedesubt prin palpate. Infiltrația limfatică din jurul pediculului ne îngreunează accesul. Disecăm vena mezenterică păstrînd ramurile sale drepte (ilececocolice, colicele mijlocii și trunchiul lui Henle).

Am preparat tot la acest nivel un segment de cavă. Am clampat vasele, am excizat rondela și am făcut cele două anastomoze cu grefonul de dacron, folosind firul eversant (fig. 2).

Evoluția postoperatorie favorabilă. Revăzut la 3. 6. 9 luni. are stare generală bună, ciștigă în greutate și forțe fizice.

Concluzii

1. Considerăm anastomoza mezenterico-cavă în H folosind proteză, o intervenție de necesitate.

2. La adult cu baraj intra- și prehepatic, operația poate fi preferată celorlalte derivații care folosesc mezenterica și cava: în cazul dat fiind riscante.

3. Pentru dănuirea permeabilității grefonului, acesta trebuie să fie scurt și de diametru mare, folosindu-se heparina atît intraoperator (spălarea anastomozelor), cît și postoperator 7—10 zile.

Sosit la redacție: 14 ianuarie 1969