

Clinica Chirurgicală, Spitalul Bernáth Andrei (cond.: prof. D. Burlui, doctor docent),  
Clinica Chirurgicală, Spitalul I. C. Frimu (cond.: prof. I. Țurui, doctor docent,  
membru corespondent al Academiei Republicii Socialiste România), Clinica Chirur-  
gicală nr. I. din Tg.-Mureș (cond.: prof. Z. Pápai, doctor în medicină)

## DERIVAȚIILE PORTO-CAVE. OBSERVAȚII PE 127 DE CAZURI

*D. Burlui, E. Papahagi, E. Bancu*

În lucrarea de față dorim să infățișăm cazuistica de 3 ani (1966—1968) a clinicilor chirurgicale: a Spitalului Bernáth Andrei din București, a Spitalului I. C. Frimu, precum și a Clinicii chirurgicale nr. I. din Tg.-Mureș.

Statistica se bazează pe un număr de 127 cazuri operate în aceste clinici în perioada amintită.

Au fost studiate dosarele bolnavilor, întocmindu-se fișe în legătură cu indicii propuși pentru studiu.

Din totalul de 127 cazuri operate, 121 au fost adulți (95,27%), iar 6 au fost copii (4,73%).

Repartizați pe sexe am găsit 67 bărbați, 54 femei, 3 băieți și 3 fete.

Interpretînd aceste date observăm, că marea majoritate a bolnavilor cărora li s-a practicat un șunt au fost adulți și că din punct de vedere al sexului balanța înclină spre sexul masculin (fig. 1).

| <b>CAZURI</b>     |              |                |             |
|-------------------|--------------|----------------|-------------|
| 127               |              |                |             |
| <b>ADULȚI 121</b> |              | <b>COPII 6</b> |             |
| 99,22%            |              | 4,73%          |             |
| <b>BĂRBII</b>     | <b>FEMEI</b> | <b>BĂIEȚI</b>  | <b>FETE</b> |
| 67                | 54           | 5              | 0           |

Pe baza examinărilor clinice și paraclinice (pre- și intraoperatorii) s-a făcut interpretarea cazurilor celor 127 bolnavi cu hipertensiune portală (H. P.) din punctul de vedere al localizării barajului; din analiza lor reiese că marea majoritate prezentau un baraj intrahepatic. Faptul se explică prin morbiditatea deosebită dată de ciroza hepatică, cauza cea mai frecventă a H. P. (109 cazuri).

Barajele prehepatice au fost întâlnite la cei 6 copii din statistica studiată de noi, pe cînd barajele mixte (intra- și prehepatice) în 12 cazuri.

Bolnavii cu baraje mixte au prezentat o H. P. marcată fiind de obicei cazurile cele mai evolute și punînd cele mai delicate probleme operatorii și postoperatorii (fig. nr. 2).

| <b>BARAJ</b>        |        |                   |       |             |       |
|---------------------|--------|-------------------|-------|-------------|-------|
| <b>INTRAHEPATIC</b> |        | <b>PREHEPATIC</b> |       | <b>MIXT</b> |       |
| 109                 | 85,83% | 6                 | 4,73% | 12          | 9,44% |

Studiind antecedentele personale ale celor 127 de bolnavi am constatat că majoritatea lor au fost constrînși să apeleze la serviciul de chirurgie datorită hemoragiilor digestive (H. D.) superioare. Această incidență am întâlnit-o singură în 36 de cazuri. La 26 de bolnavi H. D. era pe primul plan, dar bolnavii prezentau și ascită. În 22 de cazuri complicația H. P. a fost numai ascita (tabelul nr. 1.)

Tabelul nr. 1.

| Hemoragie digestivă superioară | H. D. S. + Ascită | Ascită       |
|--------------------------------|-------------------|--------------|
| 56<br>44,09%                   | 26<br>20,47%      | 22<br>17,33% |

Din cercetarea factorilor etiologici rezultă că, la 46 de cazuri nu s-a putut preciza etiologia. Desigur dintre acești bolnavi unii ar fi putut să fie purtători ai unei hepatite anicterice în antecedente. La 14 bolnavi s-a constatat malaria, la 10 bolnavi hepatita și malaria, la 3 bolnavi luesul. Nu am întâlnit consum exagerat de alcool decît la 8 bolnavi din cazuistica studiată. Considerăm că această cifră nu corespunde realității, deoarece ea se bazează numai pe datele afirmate de bolnavi.

Cel mai frecvent factor etiologic a fost hepatita epidemică singură (42 cazuri).

La 4 bolnavi datele anamnestice erau atît de bizare încît nu au putut fi încadrați. Deci statistica noastră din acest punct de vedere se bazează pe 123 de cazuri (tabelul nr. 2).

Tabelul nr. 2.

| Hepatită     | Malarie      | Hepatită + malarie | Neprecizate  | Lues.      | Alcool     |
|--------------|--------------|--------------------|--------------|------------|------------|
| 42<br>33,22% | 14<br>11,02% | 10<br>7,87%        | 46<br>36,22% | 3<br>2,38% | 8<br>6,45% |

Se remarcă faptul, că nu toți bolnavii operați au fost investigați radiomanometric. Unii bolnavi operați în urgență au fost scutiți de aceste examinări pentru a nu prelungi intervenția. Alții au avut diagnostice și situații anatomice clare și nu au mai necesitat examinări radiomanometrice. La alți bolnavi, din cauze obiective, examinările nu s-au putut practica. Situația radiomanometrică reiese din tabelul nr. 3.

Tabelul nr. 3.

| Investigați radio-manometric | Neinvestigați | Numai portografic | Numai manometric |
|------------------------------|---------------|-------------------|------------------|
| 42<br>33,07%                 | 55<br>43,30%  | 15<br>11,81%      | 15<br>11,81%     |

Din totalul de 127 bolnavi cărora li s-a practicat o derivație porto-cavă, la 106 s-a intervenit la rece, deci după oprirea hemoragiei, pe cînd în 21 de cazuri intervențiile s-au făcut în urgență (în plină hemoragie), (tabelul nr. 4).

Tabelul nr. 4

| Urgență      | La rece       |
|--------------|---------------|
| 21<br>16,53% | 106<br>83,47% |

Majoritatea derivațiilor au fost trunchiulare (104 cazuri). Dintre acestea în 84 de cazuri operația s-a practicat singură, iar la 20 de cazuri șuntul s-a efectuat pe lîngă o altă intervenție (splenectomie simplă sau splenectomie și anastomoză spleno-omfalică artereo-venoasă). În 23 de cazuri s-au efectuat derivații porto-cave radiculare spleno-renale, mezenterico-cave și spleno-suprarenale). Toate operațiile de șuntare în care s-a folosit vena splenică, s-au practicat după splenectomie și toate au fost termino-laterale.

În 12 cazuri (prof. D. Burlui) s-au efectuat derivații portocave latero-laterale urmate de splenectomie și anastomoză între artera splenică și vena omfalică. Scopul acestei intervenții este de a reduce presiunea portală prin șunt, de a lupta împotriva hipersplenismului prin splenectomie și de a favoriza regenerarea hepatică prin mărirea aportului sanguin arterial pe bază de anastomoză artereo-venoasă spleno-omfalică.

Anastomozele mezenterico-cave (9 anastomozes) au fost realizate după tehnici diverse: termino-laterală, latero-laterală (Maillard) și latero-terminală cu răsturnarea cavei (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5.

| Porto-cavă, termino-laterală | Porto-cavă, latero-laterală | Cavo-mezenterică | Spleno-renală | Porto-cavă, latero-laterală, spleno-omf.+ splenect. | Spleno-suprarenală | Porto-cavă, termino-laterală + splenect. |
|------------------------------|-----------------------------|------------------|---------------|---|--------------------|--|
| 53<br>32.51%                 | 31<br>19.01%                | 9<br>5.52%       | 12<br>7.30%   | 12<br>7.30%   | 2<br>1.22%         | 8<br>4.90%                               |

Derivațiile porto-cave termino-laterale (53 de cazuri) au fost practicate la 47 de bolnavi cu baraj intrahepatic, la un bolnav cu baraj prehepatic (după dezobstrucția porței) și la 3 bolnavi cu baraj mixt (în 2 cazuri după dezobstrucția porței).

Anastomozele spleno-renale după splenectomie s-au efectuat în 9 cazuri pentru baraj intrahepatic, într-un caz pentru baraj prehepatic și în 2 cazuri pentru baraj mixt.

Anastomozele mezenterico-cave s-au practicat la 2 bolnavi cu baraj intrahepatic, la 3 cu baraj extrahepatic și la 4 cu baraj mixt.

Șuntarea porto-cavă latero-laterală asociată cu splenectomie și anastomoză spleno-omfalică s-a executat la 11 bolnavi cu baraj intrahepatic și la un bolnav cu baraj extrahepatic.

Cele 31 anastomoze porto-cave latero-laterale ca operații de sine stătătoare s-au realizat la 29 bolnavi cu baraj intrahepatic și la 2 bolnavi cu baraj mixt.

Anastomozele spleno-renale și porto-cave latero-laterale asociate cu splenectomie s-au efectuat pentru baraje intrahepatice (tabelul nr. 6).

Tabelul nr. 6.

| D E R I V A T I I P E B A R A J E |                      |                   |                     |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------|---------------------|
| Anastomoze                        | Baraj intra-hep.     | Baraj pre-hep     | Baraj mixt          |
| P.C. T. lat.                      | 47                   | 1                 | 5                   |
| Spleno-ren.                       | 9                    | 1                 | 2                   |
| Cavo-mezent.                      | 2                    | 3                 | 4                   |
| P.C. L. lat.                      | 11                   |                   |                     |
| Omfalo-spl.+splenect              |                      | 1                 | —                   |
| P.C. L. lat.                      | 29                   | —                 | 2                   |
| Spleno-supra-ren.                 | 2                    | —                 | —                   |
| P.C. T. lat.+splenect.            | 8                    | —                 | —                   |
| <b>T o t a l :</b>                | <b>108</b><br>85.86% | <b>6</b><br>4.72% | <b>13</b><br>10.23% |

Am studiat din punct de vedere al complicațiilor. incidențele encefalopatiilor după sunt și desigur complicațiile care au dus la deces. Au fost semnalate 24 de cazuri cu encefalopatie postoperatorie. Dintre acestea 23 se semnalează la bolnavi cu derivații trunchiulare, cu ceva mai frecvente la anastomoze latero-laterale (12 față de 11).

Un singur caz de anastomoză mezenterico-cavă a prezentat encefalopatie, față de nici-o incidență la bolnavii cu șunt spleno-renal.

Se constată de asemenea, că în 4 cazuri consemnate cu encefalopatie la bolnavi cu anastomoză porto-cavă termino-laterală, evoluția a fost spre exitus, față de un singur caz cu anastomoză latero-laterală. Din totalul cazurilor ce au prezentat encefalopatie, aceasta a fost gravă la 9 bolnavi, ușoară la 9 bolnavi și a apărut la 6 bolnavi, ce au evoluat spre deces, prin alte complicații (tabelul nr. 7).

Tabelul nr. 7.

|             | Grave | Ușoare | Decese |
|-------------|-------|--------|--------|
| P.C. T. LAT | 4     | 3      | 4      |
| P.C. L. LAT | 5     | 6      | 1      |
| MEZ.-CAV.   | —     | —      | 1      |
| SPL.-REN.   | —     | —      | —      |

Am studiat mortalitatea operatorie din 3 puncte de vedere: starea bolnavului față de hemoragie în momentul intervenției (urgentă și la rece), mortalitate pe baraje și mortalitate față de tipul de derivație.

Din totalul de 127 bolnavi operați cărora li s-a efectuat un șunt porto-cav trunchiular sau radicular, au decedat 36. Dintre aceștia 12 au decedat în urgență (din 21) și 24 după operații realizate la rece (din 106). Din cei 36 decedați, 31 prezentau baraj intrahepatic, unui prezenta baraj prehepatic și 4 aveau baraje mixte.

Mortalitatea în urgență a fost de 57,14%, în afara urgenței de 22,64%, iar mortalitatea pe totalul cazurilor a fost de 28,33% (tabelele nr. 8 și 9).

Tabelul nr. 8

| U r g e n ț e | L a r e c e  |
|---------------|--------------|
| 12<br>57.14%  | 24<br>22.64% |

Tabelul nr. 9.

| Intrahepatic | Prehepatic | Mixt     | Total        |
|--------------|------------|----------|--------------|
| 31<br>35.12% | 1          | 4<br>30% | 36<br>28.35% |

Marea majoritate a bolnavilor decedați (22 cazuri) au suportat un șunt porto-cav termino-lateral, dar cel mai mare procentaj al deceselor a fost înregistrat la anastomozele mezenterico-cave (55.55%), (tabelul nr. 10).

Tabelul nr. 10.

| A n a s t o m o z ă         | 1966—68                     |        |
|-----------------------------|-----------------------------|--------|
|                             | Porto-cavă termino-laterală | 22     |
| Porto-cavă latero-laterală  | 7                           | 16.28% |
| Cavo-mezenterică            | 5                           | 55.55% |
| Spleno-renală + splenect.   | 1                           |        |
| Spleno-omfalică + splenect. | 1                           |        |
| <b>TOTAL :</b>              | <b>36</b>                   |        |

Din cei 127 bolnavi operați, 72 au părăsit serviciile de chirurgie vindecați chirurgical, 15 cazuri au fost ameliorate în urma intervenției, iar în 4 cazuri operația nu a avut nici-o influență în ameliorarea H. P. Restul de 36 bolnavi au decedat (tabelul nr. 11.).

Tabelul nr. 11.

| Vindecate chirurgical | Ameliorate   | Neinfluențate |
|-----------------------|--------------|---------------|
| 72<br>56.61%          | 15<br>11.88% | 4<br>3.22%    |

Controlul în timp al operațiilor cu șunt porto-cav s-a făcut pe 36 de cazuri (la 1, 2 și 3 ani).

Rezultatele între 1 și 3 ani au fost foarte bune la 26 de bolnavi, bune la 10 bolnavi, iar în 2 cazuri se semnalează encefalopatie care se manifestă mai ales la nerespectarea regimului.

Din rezultatele bune observate pe cei 36 bolnavi, am putea trage concluzia, că intervenția de șuntare este o operație bună în scopul scăderii H. P. și că în cazurile reușite ea poate fi considerată o intervenție definitivă. Continuarea investigării bolnavilor operați și controlul lor periodic pe un număr mai mare de cazuri, ne va putea da date și mai clare asupra situației lor postoperatorii (tabelul nr. 12).

Tabelul nr. 12.

| C O N T R O L P O S T - O P E R A T O R |              |
|---|--------------|
| DA                                      | NU           |
| 36<br>28.42%                            | 91<br>71.58% |

Am studiat din dosarele bolnavilor evoluția postoperatorie și am cercetat documentele de necropsie pentru a vedea cauzele care au dus la deces.

Din cele 36 cazuri care au evoluat spre deces, la 10 bolnavi s-a consemnat tromboza anastomozelor, la 9 bolnavi în evoluția imediată postoperatorie s-a instalat insuficiența gravă hepatică care a evoluat spre comă. La majoritatea bolnavilor cu tromboze de anastomoză și comă s-au repetat hemoragiile digestive. În 4 cazuri se observă repetarea hemoragiilor pe lângă

șunturi permeabile. La 2 bolnavi au apărut hemoragii grave prin fibrinoliză și nu au putut fi salvați, un bolnav a decedat prin tromboză iliacă extinsă la venele membrului inferior, după o anastomoză cavo-mezenterică cu răsturnarea cavei (tabelul nr. 13).

Tabelul nr. 13

| Cauze de deces                   | Cazuri    |
|----------------------------------|-----------|
| Tromboze de anastomoză           | 10        |
| Comă hepatică                    | 9         |
| Neprecizate                      | 10        |
| Hemoragii repetate               | 4         |
| Fibrinoliză                      | 2         |
| Tromboză iliacă cavo-mezenterică | 1         |
| <b>T o t a l :</b>               | <b>36</b> |

### Reintervenții

Din totalul bolnavilor cărora li s-a făcut șunt portocav trunchiular sau radicular, s-a reintervenit în 8 cazuri. La aceste reintervenții se observă 5 decese care au fost deja consemnate de noi în mortalitatea generală.

— La doi bolnavi s-a reintervenit din cauza dăinuirii fenomenelor de hipersplenism și s-a practicat splenectomie, ambii bolnavi aveau un șunt porto-cav termino-lateral.

— La un bolnav s-a făcut șunt veno-mezenteric termino-lateral (*Burlui*) după ligatura varicozelor esofagiene.

— La un bolnav s-au ligaturat varicele după șunt porto-cav termino-lateral nefuncțional.

— În trei cazuri s-a reintervenit pentru alte complicații (colecistită acută, ocluzie intestinală, hemoragie internă).

— La un bolnav s-a practicat operația de șuntare porto-cavă trunchiulară după o anastomoză spleno-omfalică cu splenectomie.

Reintervențiile la bolnavii șunțați sînt de o gravitate deosebită mai ales cînd se fac pentru o complicație oarecare postoperatorie precoce. Cu toate acestea, unii bolnavi au putut fi salvați prin reintervenții făcute în timp util.

*Sosit la redacție: 14. ianuarie 1969.*