

DIAGNOSTICUL ŞI INDICAŢIILE TERAPEUTICE ÎN HEMORAGIILE DE ORIGINE PORTALĂ

dr. E. Bancu, dr. R. Deac, dr. Minodora Călbureanu, dr. D. Radu

Evoluţia bolnavului cu hemoragie digestivă de origine portală depinde în mare măsură de posibilităţile stabilirii diagnosticului şi de instituirea tratamentului în timp util.

Hemoragiile portale fiind de obicei grave antrenează stări generale precare, în care măsurile de reanimare trebuie să se intrice cu investigaţii clinice şi uneori paraclinice în vederea depistării cauzalităţii hemoragiei. Din gravitatea hemoragiilor decurge însă şi greutatea stabilirii diagnosticului.

Experienţa noastră în problema ridicată se bazează pe o activitate de 10 ani, iar concluziile trase pe studiul atitudinii avute faţă de 44 de cazuri inter-nate în clinica noastră în ultimii 5 ani.

Cu toate că metodele de investigaţie au făcut progrese remarcabile, mai cu seamă în ultimele două decenii, examenul clinic amănunţit al bolnavului rămîne şi astăzi de o importanţă covârşitoare. În multe cazuri, diagnosticul poate fi precizat înainte de efectuarea probelor de laborator şi înaintea cercetării hemodinamicii portale. Diagnosticul clinic este cu atât mai uşor de stabilit cu cît boala este mai avansată, bazîndu-se pe interogatoriu şi pe unele manifestări legate de procesul evolutiv.

În examinarea clinică trei simptome ne-au orientat mai ales spre diagnosticul de hipertensiune portală la bolnavii hemoragici: splenomegalia, ficatul atrofic sau cel hipertrofic cu caracteristici palpatorii ce ne orientează spre ciroză — și circulația colaterală. La aceste simptome uneori s-a asociat și ascita.

La bolnavul cu hemoragie digestivă exteriorizată și prin hematemeză, splenomegalia ne-a oferit foarte frecvent un criteriu orientativ, fiind întâlnită în 35 din cele 44 de cazuri. La 28 de bolnavi splenomegalia a fost găsită pe lângă antecedente clare în favoarea hipertensiunii portale (bolnavi hepatici vechi), la 7 bolnavi însă, splenomegalia ne-a favorizat diagnosticul în lipsa unor date obiective în antecedente.

Splina mărită a fost un simptom prețios în barajele prehepatice, cu funcția hepatică aproape normală, fiind unicul simptom al hipertensiunii portale care s-a asociat complicației hemoragice în două din cazurile noastre de acest gen.

Datele furnizate de palparea ficatului sînt în general de o valoare mai redusă. Dificultatea palpării ficatului atrofic, precum și dificultatea realizării manevrei la obezi pot fi cauze de eroare.

Circulația colaterală existentă la mulți dintre bolnavii noștri nu a fost luată în considerare în prezența celorlalte semne. Ea ne-a favorizat un diagnostic de sindrom Cruveilhier-Baumgarten, prin aspectul caracteristic de „caput medusae“, prezentînd tril și sufluri.

Echimozele, peteșiile, epistaxisurile și gingivoragiile ne-au atras mai ales atenția asupra tulburărilor de discrazie sanguină concomitentă, la bolnavi cu diagnosticul stabilit pe baza simptomelor majore.

Dintre examinările paraclinice am insistat mai ales asupra pasajului baritat în vederea depistării varicelor esofagiene, precum și asupra examinărilor de laborator.

Din cei 44 de bolnavi cu hemoragii de origine portală examenul radiologic a fost executat la 19 bolnavi, depistîndu-se varicele scopic sau grafic în 8 cazuri, dintre care însă acesta a fost numai la 5 un simptom într-adevăr demonstrativ. Am observat o discordanță frapantă între posibilitatea evidențierii varicelor prin examenul baritat, față de investigarea spleno- sau ileoportografică, care ne-a dat, aproape constant aspecte varicoase sau curențe derivative spre zonele periculoase.

Se pare că decongestionarea azigo-portală posthemoragică, ducînd la colabarea varicelor, influențează defavorabil vizualizarea ectaziilor venoase esofagiene.

Practicăm investigațiile de hemodinamică portală de 4 ani, de cînd am abordat chirurgia de șuntare portocavă. Determinările radiomanometrice ale teritoriului portal ne-au furnizat date prețioase, mai mult în ceea ce privește stabilirea gradului hipertensiunii portale și a atitudinii terapeutice chirurgicale, decît în ceea ce privește diagnosticul. Am folosit splenoportografia și splenomanometria preoperator la 5 din bolnavii noștri hemoragici, ca adjuvante în stabilirea diagnosticului. Dintre aceștia 4 prezentau splenomegalii evidente. Examinările amintite s-au practicat cu 7—14 zile înaintea actului operator.

Laboratorul ne-a furnizat date mai ales în urgență în ceea ce privește gravitatea hemoragiei. Nu am putut pune la punct determinarea amoniemiei în scop diagnostic. În ultimii 4 ani determinările serinelor, indexul de protrombină și clearance hepatic la B.S.P. au devenit probe test la bolnavii susceptibili de a li se efectua șunturi în urgență întîrziată sau la rece. Putem afirma că, preocupările deosebite pe care le-am avut în clinică față de hemoragiile digestive în general ne-au facilitat tot mai mult în ultima vreme posibilitatea stabilirii diagnosticului de hemoragie prin hipertensiune portală.

În serviciile chirurgicale competente, astăzi, devine evident faptul că intervenția chirurgicală este atitudinea logică față de bolnavii hemoragici cu hipertensiune portală și că derivațiile portocave reprezintă în cazurile indicate arma cea mai eficientă din arsenalul terapeutic chirurgical. Din studiul marilor statistici a reieșit că mortalitatea operatorie la totalitatea cazurilor operate (paleativ sau definitiv) este mai mică, decît aceea ce survine prin neintervenție. Obținerea unor rezultate optime

prin actul chirurgical, impune ca deziderat imediat, oprirea hemoragiei și pregătirea preoperatorie în vederea unei reechilibrări cât mai corecte. Șansele de supraviețuire a bolnavilor sînt mici, datorită complicațiilor care se ivesc. Adesea sîntem puși în situații dificile create de condițiile de urgență, care nu permit o pregătire judicioasă a bolnavului sau operația „la rece”, la adăpostul neajunsurilor provocate de hemoragie, și de posibilitatea investigării bolnavului și a instituirii unui tratament preoperator protector.

Pe baza experienței noastre clinice am clasificat bolnavii hemoragici cu hipertensiune portală în trei categorii:

1) Bolnavi ce trebuie să primească asistență chirurgicală în urgență (15 din 44 de bolnavi internați).

2) Bolnavi ce vor fi operați în urgență întîrziată (9 din 44 de bolnavi internați).

3) Bolnavi ce vor fi operați după o perioadă de liniște mai lungă după hemoragie (2 din 44 de bolnavi internați).

La prima grupă trebuie să facem distincție între două categorii de bolnavi:

— bolnavi cu baraj intrahepatic și baraj mixt (40)

— bolnavi cu hemoragie digestivă prin hipertensiune portală produsă prin baraj prehepatic (4).

Spoliația sanguină este de obicei cauza morții în urgență la acești bolnavi. În timp ce la ciroziți intervine și ficatul în mecanismul accidentelor mortale, la bolnavii cu baraj prehepatic ficatul nu-și aduce aportul defavorabil. Hotărîrea este mai ușor de luat la copii, unde diagnosticul de baraj prehepatic se poate pune pe bază de vîrstă, varice esofagiene, integritatea funcției hepatice, eventual date splenoportografice și splenomanometrice.

Bolnavii cu baraj prehepatic, datorită integrității funcției hepatice, suportă mai bine intervenția în urgență și chiar șuntul portocav radicular. Dacă copii sînt mai mici de 10 ani, realizarea unui șunt este nesigură din cauza calibrului redus al venei splenice sau mezenterice superioare. Unde condițiile permit operația de șuntare în urgență aceasta poate fi realizată, așa cum am procedat și noi într-un caz cu hemoragii mari, imediat preoperator. Cazul nostru (copil de 14 ani) a evoluat bine după un șunt mezentericocav, atît imediat cît și în timp.

Dacă șuntarea nu se poate face, sîntem nevoiți să recurgem la operația directă pe varice, la o deconexiune sau o rezecție esogastrică fundică pe care o vedem indicată și cu șanse de reușită în barajele prehepatice. La adultul cu bloc prehepatic, diagnosticul este mai dificil. Uneori ne este facilitat de splenectomia din antecedente (3 cazuri din 44). Precizarea diagnosticului, cînd splina nu este utilizabilă pentru investigații de hemodinamică, se face numai intraoperator. Deși situația ficatului ne permite operația de șuntare în urgență la bolnavii cu baraj prehepatic, aceasta nu poate fi realizată uneori din cauza modificărilor anatomice din teritoriul port.

Din 3 bolnavi la care am tentat șuntul, în două cazuri a trebuit să renunțăm, iar în al treilea caz numai vena mezenterică superioară a fost aptă pentru anastomoză. La ciroziți intervențiile în urgență sînt mai riscante. Am practicat două șunturi în urgență (sunt portocav termino-lateral și cavomezenteric) ambele avînd o evoluție letală. De aceea am renunțat la derivațiile portocave în urgență, practicînd deconexiune transgastrică (3 cazuri), ligaturi de varice (3 cazuri), rezecția gastrică fundică și splenectomie (2 cazuri), la bolnavii cu varice ale fornixului am aplicat tripla sau quadrupla ligatură (6 cazuri) și rezecția esogastrică fundică (2 cazuri). În ultimul timp am practicat o deconexiune transesofagiană cu buton Boerema și ligatura varicelor fornixului cu sutura unei fistule vasculare la acest nivel. Efectul a fost bun, hemoragia oprindu-se.

La bolnavii a căror hemoragie a putut fi jugulată, acesta fiind scopul strădaniilor noastre, indicăm operația de șuntare după 10—14 zile. În trei cazuri de ciroză cu hemoragie digestivă modificările anatomice locale nu ne-au permis operația de șuntare, mulțumindu-ne cu deconexiunea sau ligatura pediculiilor gastrici.

Pe baza experienței acumulate putem afirma că, în stadiul actual interpretăm bolnavii dinamic, în contextul reactivității lor la terapeuica pregătitoare aplicată.

A treia categorie o reprezintă bolnavii care se internează în clinică după o perioadă mai mult sau mai puțin lungă de liniște după hemoragie digestivă. Numărul acestor cazuri este restrins (2 din 44), deoarece în majoritatea cazurilor prima hemoragie decide soarta bolnavilor.

Această categorie trebuie examinată cu atenție din punctul de vedere al riscului operator. Dacă criteriile de securitate operatorie sînt reunite, indicăm, operația de șuntare. Dacă episoadele hemoragice sînt rare, funcțiile hepatice deficitare, existînd și alte tare, vom renunța la intervenție în favoarea tratamentului conservator al bolii de bază.

Rezumînd atitudinea noastră în stabilirea indicației terapeutice chirurgicale a bolnavilor cu hemoragii digestive de origine portală, putem afirma:

1) Bolnavii cu hemoragie digestivă și hipertensiune portală, care nu au diagnostic, sînt tratați după principiile generale ale tratamentului hemoragiei digestive:

— dacă hemoragia este mare sau se repetă, intervenim de urgență și practicăm o intervenție paleativă,

— dacă hemoragia este neînsemnată și se oprește, depunem toate eforturile pentru stabilirea diagnosticului de hipertensiune portală.

2) Bolnavii cu hemoragie digestivă și hipertensiune portală, care au diagnostic vechi sau li s-a stabilit diagnosticul cu ocazia hemoragiei digestive, sînt tratați conservator în vederea opririi hemoragiei:

— dacă hemoragia este jugulată se practică operația de șuntare în urgență întîrziată,

— dacă hemoragia continuă sau se repetă, practicăm o operație paleativă.

3) Acele cazuri, a căror gravitate exclude resursele terapeutice chirurgicale sînt tratate numai conservator.

Sosit la redacție: 24 septembrie 1970