

Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu-Mureș
(cond.: prof. dr. Z. Pápai, doctor-docent)

DISCUȚII ETIOPATOGENETICE ȘI TERAPEUTICE PE MARGINEA CAVERNOMULUI PERIportal COMPLICAT DE O BOALĂ LITIAZICĂ A COLECISTULUI ȘI A CANALULUI HEPATIC

dr. V. E. Bancu, dr. R. Lupeanu, dr. T. Georgescu, dr. M. Baghiu,
dr. V. Gliga

Piletromboza este cauză de H. P. mai ales la copil. Adultul prezintă mai rar îmbolnăvirea care este de obicei urmarea unei afecțiuni congenitale a teritoriului portal, a unei piletromboze după naștere, complicația unui proces supurativ abdominal, dar mai ales a unei splenectomii.

De cele mai multe ori, bolnavii tineri fac complicații hemoragice în intervalul de vîrstă de la 18 la 20 de ani, existînd însă și posibilitatea apariției acestei manifestări înainte sau după limitele amintite.

Cînd ne găsim în fața unor bolnavi după decada a 3-a, este mai greu să ne gîndim la o componentă apărută congenital sau imediat după naștere. În astfel de cazuri, gîndirea clinică ne orientează către o tromboză portală apărută intempestiv, de cauză mai mult sau mai puțin decelabilă în antecedente.

Fiind vorba de un baraj prehepatic, derivarea singelui portal se face preferențial prin derivațiile naturale porto-cave superioare. Dacă derivația nu se poate face spre curenul periculos gastroesofagian din cauza prinderii în procesul trombotic a confluenței coronaro-portale, există tendința de deschidere a colateralelor din teritoriul splenic prin gastricele posterioare și eso-gastro-tuberozitate. Cea mai mare tendință de compensare o prezintă însă neorețeaua venoasă periportală, cu dispoziție porto-portală sau porto-hepatică. Aceste vene, cunoscute sub numele de venele Sappey, se dispun în puncte, traversînd obstacolul și făcînd fie emergențe hilare, fie anastomoze centrolobulare, cînd venele au o orientare pericolecistică, transcapsulară hepatică. În evoluția procesului obstructiv, venele se dilată varicos, luînd aspecte haotice ce caracterizează cavernomul periportal clasic.

În cazuri fericite, circulația de derivație porto-portală poate compensa de așa manieră deficitul hemodinamic hepatopet, încît bolnavul să nu ajungă la hemoragii digestive.

Observația pe care o prezentăm se încadrează în cele enunțate mai sus.

Bolnavul M. G. de 46 ani se internează în clinica noastră la 22 V 1973 (F.o. 1145/1973), cu dg.: Colecistită cronică. Coledocolitiază. În antecedentele bolnavului semnalăm în 1963 un icter, care cedează la medicația aplicată. În 1972 este reinternat cu diagnosticul de colecistită cronică, icter mecanic. Înainte cu o săptămână de internare prezintă o colică abdominală violentă însoțită de icter. La examenul obiectiv, bolnav astenic (53 kg), tegumente subicterice. Ficatul depășește rebordul costal cu două laturi de deget, este moale, elastic, sensibil la palpare.

Examinările paraclinice pun în evidență: Rx. toracic = neg. Urina: Ubg. crescut; Hemograma: H = 3.880.000; L = 6.600; Hgb. = 78%, Ht. = 30%, T.S. = 1'42", T.C. = 4'13", Glicemia = 95 mg%, Uree = 56 mg%, Ionograma: Na = 143 mEq, K = 4 mEq. Bilirubinemie: totală = 4,24 mg%, directă = 1,45 mg%, indirectă = 3,08 mg%. Proteinemie = 7,11 gr%. Colecistografia în repetate rânduri arată un colecist exclus.

Pe baza anamnezei, a examenului clinic și paraclinic, stabilim diagnosticul de colecistită cronică (colecist exclus), coledocolitiază. După o pregătire preoperatorie se intervine în anestezie generală cu IOT la 29 V 1973. Prot. op.: nr. 732/1973. Echipa operatorie: prof. dr. V. E. Bancu, dr. R. Lupeanu, dr. A. Keresztesy, dr. M. Baghiu. Anestezist dr. R. Kobrehely, instrumentar R. Fülöp.

Laparotomie paramediană dreaptă. La explorarea cavității peritoneale se constată: vezicula biliară mică, scleroasă, atrofică, înconjurată de vene mari varicoase care cuprind tot pediculul hepatic și epiploonul mic. Toate țesuturile sînt foarte hemoragice. Se practică colecistectomia în condiții deosebit de grele, datorită cavernomului. Se explorează instrumental coledocul, sonda trecînd ușor spre duoden. Cu ocazia manevrelor de preparare a regiunii infundibulo-cistice, se produce hemoragie violentă care are ca sursă suprafața întregului pedicul hepatic. Sintem nevoiți, ca introducînd indexul în hiatul lui Winslow să comprimăm pediculul și să suturăm longitudinal cu fir atraumatic venele cu orientare hepatopetă, dispuse în mănunchiuri de dimensiuni impresionante. Cu această ocazie prin placa posterioară hilară, palpăm un calcul de mărimea unei alune în canalul hepatic. Extracția calculului pare iluzorie. Am recurs la următorul artificiu: apăsînd puternic pe calcul dinspre posterior, am făcut o compresie a vaselor și apoi am incizat pe locul unde calculul proemina. În momentul cînd hepaticul s-a deschis și o mică parte a calculului se vizualiza, am disociat vasele de pe canalul hepatic și le-am suturat tot cu fir atraumatic, creînd astfel două borduri de sutură de-a lungul canalului hepatic. Am prelungit incizia pînă la 12—15 mm și am evacuat calculul. Efectuînd colangiografia peroperatorie, am observat obstrucția coledocului în regiunea colo-cistico-coledociană prin multiplele fire de hemostază în masă. Sintem nevoiți să mobilizăm duodenul și să efectuăm o hepatico-duodenostomie. Evoluția postoperatorie este simplă. Icterul cedează rapid, bolnavul părăsînd clinica la 3 săptămîni postoperator. Revăzut la 6 săptămîni și 3 luni, bolnavul se găsește în stare de sănătate deplină.

Concluzii

1. Cavernomul periportal asociat litiazei căii biliare principale, producînd angiocolită și icter recidivant, este de o incidență deosebit de rară.
2. Extracția calculului din CBP este de o dificultate extremă, dato-

rită cavernomului hemoragic a cărui hemostază ridică probleme de înaltă tehnicitate.

3. Deși literatura de specialitate dă verdictul de „noli me tangere“ cavernoamelor periportale, cu prețul unei intervenții deosebit de laborioase, viața bolnavului nostru a putut fi salvată.

Sosit la redacție: 21 februarie 1974.
