

ARTICOLE ORIGINALE

REACTIVAREA LIMFOCIRCULAȚIEI CENTRALE PRIN DECOMPRESIA DUCTULUI TORACIC ÎN TRATAMENTUL PACIENȚILOR CIROTICI CU ASCITĂ AVANSATĂ**THE REACTIVATION OF CENTRAL LIMFOCIRCULATION BY CERVICAL DECOMPRESION OF THORACIC DUCT IN TREATMENT OF CIRRHOTIC PATIENTS WITH ADVANCED ASCITES****Gheorghe ANGHELICI¹, Viorel MORARU², Sergiu PISARENCO³, Sergiu SAMOHVALOV⁴, Andrei ZAHARIA⁴**¹– dr. hab. în med., conferențiar cercetător;²– dr. în med., conferențiar cercetător;³– dr. în med., cercetător științific;⁴– doctorand

LCȘ Hepatochirurgie, Clinica 2 Chirurgie „Sfânta Treime” a Catedrei Chirurgie nr.2, USMF “N. Testemițanu”

Rezumat

Managementul sindromului ascitic rămâne a fi una din problemele dificile ale tratamentului medico-chirurgical în ciroza hepatică. Acest fapt este determinat de cunoașterea incompletă a mecanismelor de evoluție a ascitei. Lucrarea dată are drept scop studierea rolului decompresiei ductului limfatic toracic în reactivarea limfocirculației centrale în ascita cirogenă avansată și ameliorarea tratamentului chirurgical.

Summary

The management of ascites syndrome remains one of the difficult problems in medical & surgical therapies of liver cirrhosis. This is determined by the insufficient knowledge of ascites evolution mechanisms. This trial is meant to research the role of the decompression of the thoracic lymphatic duct in the reactivation of the central limfocirculation in decompensated ascites and amelioration of the surgical treatment.

Introducere

Ascita, ca complicație severă a hipertensiunii portale cirogene constituie o problemă dificilă a hepatologiei și, în special, a hepatochirurgiei în ce privește corecția chirurgicală a acestui sindrom [1,4,8]. Deși sunt propuse multiple metode de ameliorare chirurgicală a calității vieții acestor pacienți (derivări peritoneo-venoase, laparocenteze fracționare dirijate, instalarea șunturilor porto-sistemice transjugulare intrahepatice etc.) rezultatele lor sunt insuficiente, nu numai în ce privește situația postoperatorie imediată, dar și complicațiile pe termen mai lung [2,7,9].

Totodată, la moment metodele chirurgicale au un caracter paliativ, fiind argumentate imperfect din punct de vedere etiopatogenetic, cauza primordială fiind inconsistența datelor științifice la capitolul mecanismelor de evoluție a sindromului ascitic, dereglărilor și proprietăților funcției hepatice sau/și perturbărilor hemodinamicii arterio-venoase a ficatului [6,10].

În acest context, pare a fi plauzibilă și rezonabilă concepția afectării etajate a limfocirculației centrale, ce reflectă incompetența ductului limfatic toracic în cadrul cirozei hepatice, ca element natural de drenare centrală a limfei,

pe fondal de hiperlimfoproductie. Totodată nu poate fi negat și faptul, că la acești bolnavi se dezvoltă o diminuare a funcției peritoneale de absorbție, determinată de tulburările morfo-funcționale ale canaliculelor peritoneului și de imposibilitatea asigurării unei difuzii adecvate a lichidului intraabdominal în sistemul limfatic.

Astfel, este evident necesară elaborarea unor noi metode de intensificare și dinamizare a limfocirculației centrale, care, în fond, ar permite restabilirea sau reactivarea acesteia. O soluție, pentru a desfășura și ameliora acest fenomen, constituie procedeele de stimulare a proceselor peritoneale de resorbție asociate cu intervențiile decompressive mini-invazive asupra ductului limfatic toracic, care, de comun, ar favoriza restabilirea pasajului pe colectorul limfatic principal [5,11].

Scopul lucrării

Evaluarea eficienței intervențiilor chirurgicale de reactivare a limfocirculației centrale, prin decompresia cervicală a ductului limfatic toracic, în corecția chirurgicală a ascitei cirogene, cu estimarea concomitentă a modificărilor postoperatorii a rezervelor hepatice funcționale la pacienții cu ciroză hepatică decompensată și ascită avansată.

Materiale și metode

Studiul dat a inclus analiza prospectivă a rezultatelor decompresiei cervicale a ductului limfatic realizată la 172 bolnavi cirofici cu ascită avansată, tratați chirurgical în Clinica de Chirurgie „Sfânta Treime” pe parcursul perioadei aa.1998-2010.

Lotul de studiu a fost format din 172 pacienți cirofici (bărbați/femei-s 83/89), stratificarea căroră, conform clasificății Child, a înglobat doar categoria Child “C”. Ascită rezistentă și refractară s-a diagnosticat respectiv în 104 (60,5%) și 68 (39,5%) cazuri. Scorul Child-Pugh mediu a constituit $10,2 \pm 0,15$ puncte.

Totodată menționăm, că stadializarea sindromului ascitic cirogen s-a efectuat în funcție de eficacitatea tratamentului diuretic-standard (Runyon B., Scherlock S., Dooley J.) în conformitate cu criteriile de etapă a evoluției ascitei, confirmate ulterior în studiile efectuate în clinică [12].

Eficacitatea decompresiei cervicale a ductului limfatic toracic în reactivarea limfocirculației centrale la bolnavii cirofici cu ascită avansată a fost apreciată în conexiune cu ameliorarea rezervelor hepatice funcționale și îmbunătățirea clasei Child, reducerea activității procesului cirotic, diminuarea sau stabilizarea ascitei și ameliorarea calității vieții pacientului.

În tabel e reprezentată caracteristica generală a pacienților incluși în studiu.

Tabel 1

Structura lotului de studiu (n=172)

Ascită	Bărbați/Femei	Vârsta medie	Scorul Child mediu
rezistentă	47/57	$42,6 \pm 2,3$	$9,8 \pm 0,35$
refractară	36/32	$48,1 \pm 2,5$	$10,6 \pm 0,45$
TOTAL	83/89	$45,8 \pm 2,1$	$10,2 \pm 0,15$

Rezultate

Rezultatele decompresiei cervicale a ductului limfatic toracic au fost analizate consecutiv în grupele de studiu, selectate la începutul cercetărilor și estimate pe parcursul unui an postoperatoriu.

La 33 (48,5%) bolnavi cirofici cu **ascită refractară** a fost consemnată diminuarea cu stabilizarea ei pe fond de diureticoterapie de susținere, fără necesitatea aplicării laparocentezei. În 24 (35,3%) cazuri a fost necesară efectuarea concomitentă a laparocentezei decompressive din cauza ascitei refractare tensionate cu presiune intraabdominală majorată ($> 30-40$ cm col.H₂O) și manifestări clinice de tulburări cardiorespiratorii, fiind suficientă doar o singură sesiune. În mediu, la acești bolnavi s-a exfuzat $5,8 \pm 1,3$ l de lichid ascitic. Totodată, în 11 (16,2%) cazuri s-a impus așa numita „laparocenteză de atac”, care a avut drept scop diminuarea presiunii intraabdominale excesive (>40 cm col.H₂O), cu replierea insuficienței pulmonare și cardiace cu evacuarea unor cantități mai mari de lichid ascitic, în limitele 8-10 l. În rezultatul tratamentului chirurgical complex aplicat a fost atestată diminuarea și stabilizarea ascitei, precum și îmbunătățirea rezervelor hepatice funcționale. Astfel, la 57 (83,8%) bolnavi s-a ameliorat scorul Child-Pugh care a constituit, postoperator, $9,8 \pm 0,32$ puncte, comparativ cu $10,6 \pm 0,45$ preoperator. Mai mult decât atât, remarcăm faptul îmbunătățirii clasei funcționale Child-Pugh în 10 cazuri, la un an de la intervenția chirurgicală consemnându-se deja categoria

Child „B”. În 11 (16,2%) observații tratamentul efectuat a avut efect temporar, ulterior progresând insuficiența hepatică cu deces în perioada postoperatorie tardivă.

În grupul pacienților cu **ascită rezistentă**, rezultatele decompresiei cervicale a ductului limfatic toracic au fost mai benefice. Astfel, în 41 (39,4%) cazuri ascita a involuat complet pe parcursul a 6-12 luni postoperatorii, pe fondalul restabilirii răspunsului la diureticoterapie, fiind posibilă micșorarea treptată a dozajului până la suspendarea definitivă. La 48 (46,2%) bolnavi s-a obținut involuția ascitei rezistente și stabilizarea ei la nivel moderat, susținut de diureticoterapie standard. Evoluția postoperatorie favorabilă a acestor pacienți nu a necesitat efectuarea laparocentezelor decompressive.

Totodată, în 15 cazuri statutul premorbid (insuficiență cardiorespiratorie marcată prin ascită tensionată) a necesitat decompresie abdominală prin exfuzia lichidului ascitic în limite de 5-8 l și stabilizarea ulterioară a ascitei prin administrarea diureticelor în dozaj standard.

La pacienții cirofici cu ascită rezistentă postoperator am remarcat ameliorarea rezervelor hepatice funcționale, reflectată prin diminuarea scorului Child-Pugh de la $9,8 \pm 0,35$ spre $8,9 \pm 0,21$ puncte. În 36 (34,6%) observații pe parcursul a 12 luni postoperatorii clasa funcțională Child-Pugh s-a îmbunătățit, consemnând-se trecerea din categoria «C» în clasa Child «B».

În acest context, reactivarea limfocirculației centrale prin decompresia ductului limfatic toracic denotă o eficiență înaltă, contribuind în același timp nu numai la rezolvarea chirurgicală a ascitei cirogene avansate sau remediarea evoluției ei, dar și la corecția funcțiilor ficatului cu ameliorarea rezervelor hepatice.

Discuții

Sindromul ascitic cirogen reprezintă o constantă caracteristică cirozei hepatice decompensate, iar evoluția sa către formele rezistente și refractare pun un semn mare de întrebare în ce privește supraviețuirea acestor bolnavi [3]. Concomitent cu terapia conservativă, un rol important în tratament îi revine chirurgiei, deși unele metode de intervenție sunt empirice și au drept scop diminuarea „edematierii limfatice” a organelor cavității abdominale prin evacuarea lichidului ascitic și diminuarea presiunii intraabdominale [5,7]. Acest fapt se datorează cunoașterii incomplete a genezei ascitei cirogene, mai ales în formele ei avansate - rezistentă și refractară [7,10].

Din acest punct de vedere, studiul dat a fost axat asupra aprecierii rolului reactivării limfocirculației centrale în ascita cirogenă avansată. Cu regret, literatura de specialitate nu indică date concrete, unanim recunoscute, în acest domeniu, publicațiile științifice având un caracter sporadic [3,6]. La moment, nu există rezultate științifice certe, ce ar determina tactica medico-chirurgicală în ascita cirogenă avansată, problema dată fiind adesea pusă doar în vizorul medicilor interniști.

Cu toate acestea, performanțele obținute în domeniul patofiziologiei, indică un rol important al tulburărilor limfocirculației centrale, ca mecanism primordial, în evoluția formelor severe ale ascitei cirogene [2,9]. Totodată, chirurgia ductului limfatic toracic comportă anumite riscuri în ce privește complicațiile intraoperatorii, determinate de topografia anatomică, necesitând o echipă bine specializată în domeniu.

În studiul dat decompresia cervicală a ductului limfatic toracic la bolnavii cirofici cu ascită avansată a dus la diminuarea, stabilizarea sau regresia semnificativă a ascitei. Nu putem

să nu menționăm faptul, că în marea majoritate a cazurilor am atestat postoperator o ameliorare a funcțiilor hepatice, reflectată prin creșterea rezervelor hepatice. După părerea noastră, decompresia cervicală a ductului limfatic toracic duce în primul rând la o activare a limfocirculației centrale și o diminuare a edemului limfatic la nivel de hepatocit, concomitent ameliorând și microcirculația organelor intraabdominale.

Concluzii

1. Perturbările limfocirculației centrale la bolnavul cirotic reprezintă o verigă importantă în instituirea ascitei avansate (rezistente și refractare).

2. Reactivarea limfocirculației centrale, realizată prin decompresia ductului limfatic toracic, constituie o măsură eficientă de corecție chirurgicală a ascitei cirogene avansate.

3. Decompresia cervicală a ductului limfatic toracic, prin reactivarea limfocirculației centrale, creează premise eficiente pentru ameliorarea și stabilizarea funcțiilor hepatice la bolnavul cirotic decompensat.

Bibliografie

1. DAGHER L., PATCH D., MARLEY R. et al. Review article: Pharmacological treatment of the hepatorenal syndrome in cirrhotic patients. *Aliment. Pharmacology & Therapeutics*, 2000; 14(5) : 515-21.
 2. MOORE K., AITHAL G. Guidelines on the management of ascites in cirrhosis. *Gut*, 2006; 55 (Suppl.6) : 1-12.
 3. RUNYON B.A. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. *Hepatology*, 2004; 39 : 841-56.
 4. FERNANDEZ-ESPARRAH G., SANCHEZ-FUEGO A., GINES P. et al. A prognostic model for predicting survival in cirrhosis with ascites. *Hepatology*, 2001; 34(1) : 46-52.
 5. GINES P., CARDENAS A., ARROYO V., RODES J. Review: Management of Cirrhosis and Ascites. *N Engl J Med*, 2004; 350(16) : 1646-54.
 6. MORALI B., BLENDIS L. Causes and management of ascites. *Tropic Gastroenterol.*, 1990; 11(2) : 186-201.
 7. URIZ J., CARDENAS A., ARROYO V. Pathophysiology, diagnosis and treatment of ascites in cirrhosis. *Best Pract. & Res. Clin. Gastroenterology*, 2001; 14(6) : 927-43.
 8. NAZARIAN G., BJAMASON H., DIETZ C. et al. Refractory ascites: Medterm results of treatment with TIPS. *Radiology*, 1997; 205(1) : 173-80.
 9. ROSSLE M., OCHS A., GULBERG V. et al. A comparison of paracentesis and TIPS in patients with ascites. *New Engl J. Medicine*, 2000; 342 (23) : 1701-7.
 10. ARROYO V., GINES P., PLANAS R et al. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of ascites in cirrhosis. In: Bircher J, Benhamou J-P, McIntyre N, et al, eds. *Oxford textbook of clinical hepatology*. New York: Oxford University Press, Inc, 1999: 697-731.
 11. GARCIA-TSAO G. Current management of the complications of cirrhosis and portal hypertension: variceal hemorrhage, ascites, and spontaneous bacterial peritonitis. *Gastroenterology*, 2001; 120: 726-48.
 12. ANGHELICI G. Dereglările limfocirculației centrale și corecția lor chirurgicală în tratamentul ascitei cirogene. *Curier Medical*, 2007, nr.1 (295) :58-63.
-