

CZU:616.381-003.217-02:616.145.74-007.63-072.1



ASCITĂ DUPĂ BANDAREA ENDOSCOPICĂ A VARICELOR ESOFAGIENE

Andrei Șcureac¹, Evghenii Guțu², Serghei Cumpată³, Liuba Niculița⁴

¹IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, doctorand, medic chirurg-endoscopist

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, asistent universitar

⁴USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: ascită, presiune portală, bandare endoscopică, sclerozare

Introducere

Majoritatea studiilor despre ligatura/bandarea elastică endoscopică a varicelor esofagiene la pacienții cu ciroză hepatică și hipertensiune portală se concentrează pe rata de obținere a hemostazei și pe incidența hemoragiilor recurente în perspectivă imediată și pe termen lung. Totodată, rămâne puțin elucidată influența întreruperii bruște a fluxului venos splanchnic prin calea azigo-portală, care teoretic ar trebui să ducă la o creștere semnificativă a presiunii portale și a ascitei. Conform unor date limitate disponibile, revenirea presiunii portale la nivelul pretratamentului după bandarea varicelor esofagiene are loc în aproximativ 48 de ore, în timp ce după sclerozare rămâne ridicat timp de peste 120 de ore.

Scopul

Studierea evoluției ascitei după bandarea endoscopică a varicelor esofagiene asociată cu injectarea paravariceală de trombină la pacienții cu ciroză hepatică, pentru a evalua rolul întreruperii fluxului colateral prin varice în creșterea presiunii portale și decompensarea cirozei.

Materiale și metode

În lotul de studiu au fost incluși 23 de pacienți cu ciroză hepatică și hipertensiune portală, dintre care la 6 pacienți bandarea fusese efectuată anterior. La 6 pacienți, bandarea a fost realizată în contextul unei hemoragii active. Prima etapă a constat în bandarea endoscopică, cu o medie de 4,6 (cu un minimum de 1 inel și un maximum de 6 benzi) aplicate per pacient, totalizând 106 benzi la cei 23 de pacienți. Ulterior, s-a efectuat injectarea de trombină în volum de 2,5 ml, în total de 250 de unități, în 2-4 puncte paravazale. Injectarea a fost realizată după aplicarea ultimului inel, pe perimetrul varixului hemoragic, sub inel aplicat (în hemoragie acută) sau a varixului cel mai mare după diametru și prezența semnelor roșii (profilaxie primară sau secundară). Au fost monitorizate recurențele hemoragiei, precum și evoluția ascitei în timpul spitalizării pacienților după procedura de bandare și timp de peste 30 de zile după aplicarea inelelor.

Rezultate

În 11 (48%) dintre cazuri, s-a observat prezența ascitei înainte de tratament. Creșterea temporară a ascitei a fost remarcată la toți pacienții cu ascită preexistentă și la 3 pacienți fără ascită inițial. După 30 de zile,

ascită a persistat la 13 (57%) dintre pacienți: în 2 cazuri – ascită severă, în 6 cazuri – ascită moderată și în 5 cazuri – ascită ușoară. Din cei 23 de pacienți, 7 nu au primit betablocante după bandare, iar din acest grup, la 2 s-a observat prezența ascitei după 30 de zile. Diureticele (spironolactonă, 100-200 mg/zi; furosemid, 40-120 mg/zi) au fost administrate tuturor pacienților.

Concluzii

Ascita survenită după bandarea endoscopică elastică a varicelor esofagiene reprezintă o consecință importantă care trebuie luată în considerare la pacienții cu ciroză hepatică. Nu s-a constatat o legătură directă între numărul de benzi aplicate, volumul de trombină injectat și evoluția ascitei. Se presupune că această creștere se datorează mai degrabă bandării, care determină o redirectionare a fluxului venos splanhnic, decât decompensării cirozei hepatice. Sunt necesare mai multe cercetări pentru a înțelege mai bine fiziopatologia creșterii presiunii portale și evoluția negativă a ascitei și pentru a determina strategiile optime de tratament.