

Tratamentul chirurgical prin enucleere al hemangioamelor cavernoase gigante hepatice (HCGH)

I. Câmpeanu^{1,2}

¹Spitalul Euroclinic, București, România

²Spitalul Sf. Maria, București, România

Hemangioamele sunt cele mai frecvente tumori benigne și cea mai frecventă tumoră hepatică benignă este hemangiomul. Clasic, un hemangiom hepatic a fost considerat "gigant" când depășea 5 cm în diametru, ulterior această valoare crescând la 8-10 cm. Clinic, imagistic și intraoperator, HCGH pot atinge dimensiuni enorme demne de această etichetare (Fig. 1 A-D). De fapt, chirurgical vorbind nu mărimea HCGH contează cât mai ales, simptomatologia clinică dureroasă care trebuie să aparțină hemangiomului și nu unor afecțiuni eventual satelite (litiază biliară, ulcer, hernie hiatală etc.) Pe de altă parte, este adevărat și faptul că deși HCGH - care depășesc 10 cm ca mărime - pot rămâne asimptomatice perioade lungi de timp au totuși, un potențial crescut de sângerare internă, creștere rapidă și excepțional, de ruptură în peritoneu. Diagnosticul preoperator este posibil în majoritatea cazurilor în urma examenului ecografic, computer tomografic (CT), a rezonanței magnetice nucleare (RMN), și a scintigramei cu hematii marcate (Tc99). Cu toate acestea, există unele situații în care datorită remaniierilor intratumorale diagnosticul preoperator de HCGH este incert intervenția chirurgicală având drept scop stabilirea unui diagnostic corect.

Până relativ recent, rezecțiile hepatice reglate sau atipice au constituit baza tratamentului chirurgical în HCGH. Teoretic dar și practic fiind vorba de leziuni benigne prezervarea parenchimului hepatic trebuie să fie regulă în aceste afecțiuni.

În cazul rezecțiilor hepatice reglate, în multe cazuri pe lângă îndepărtarea leziunii se sacrifică și o cantitate uneori importantă de țesut hepatic sănătos; rezecțiile hepatice atipice în contact apropiat cu hemangiomul sunt relativ sângeroase prin eliberarea chirurgicală a țesutului hepatic comprimat până atunci de formațiunea tumorală (Fig. 2). Enucleerea tumorală a fost introdusă relativ recent în arsenalul terapeutic de către Alper și col. (1) având ca bază observația clinică care constata prezența sistematică a unui plan de clivaj la interfața dintre hemangiom și parenchimul hepatic.

Incizia este de obicei subcostală dreaptă extinsă eventual subcostală stângă și în epigastru (tip "Mercedes"). Tehnica de enucleere constă tocmai în evidențierea acestui plan de clivaj intraoperator. Planul de clivaj este prezent atât în HCGH de volum mai mic (sub 10 cm) cât și în cele de dimensiuni

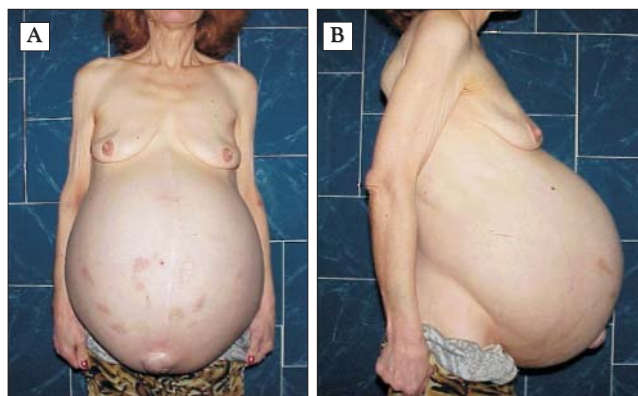


Figura 1. Aspect clinic (A, B)

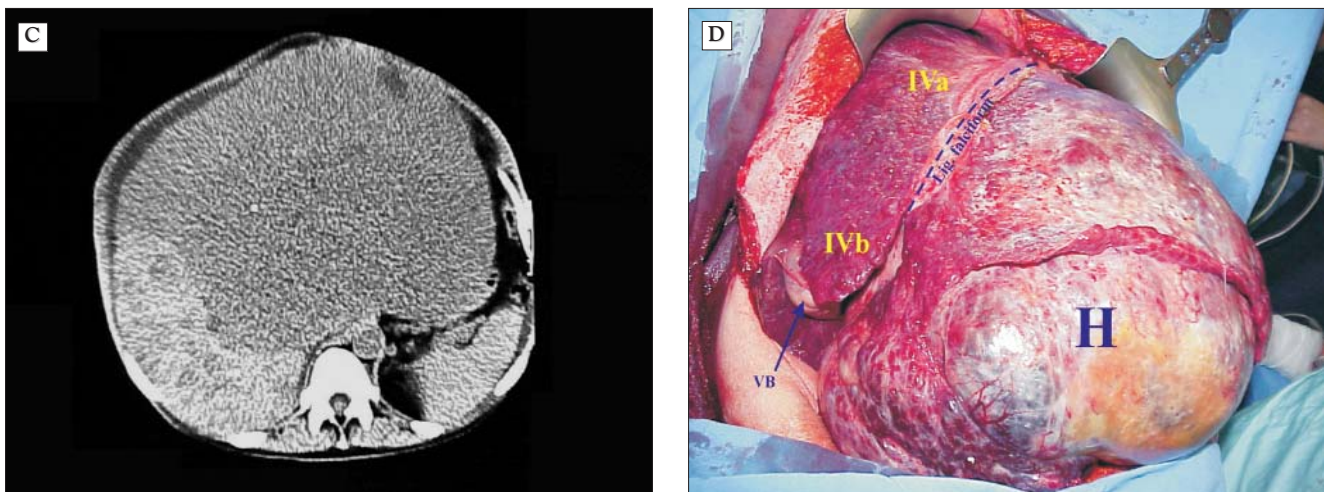


Figura 1. CT de HCGH (C), aspect intraoperator, cu angiomatoză pe ficatul restant (D)

impresionante (Fig. 1D). Amorsarea planului de clivaj (Fig. 3A) se face după clampajul intermitent (15'-20' clampare cu 10' de clampare) al ligamentului hepatoduodenal (metoda Pringle), această metodă fiind practic suficientă aproape în toate cazurile de HCGH. Ca urmare a manevrei Pringle asistăm la o reducere uneori importantă a formațiunii tumorale, fapt ce permite pe deoparte, evaluarea corectă a întinderii leziunii cât și o facilitare a secționării ligamentelor hepatice (falciform, triunghiular, coronar) mai ales la nivelul hemificatului drept. Palparea, în această etapă a hemangiomului ne evidențiază atât zonele elastice "buretoase" tumorale cât și porțiunile îndurate nodulare ca semn al remaniierilor intratumorale (tromboză, necroză, fibroză, calcificări etc.) Un amănunt de tehnică extrem de important, este dat de faptul că deschiderea planului de clivaj corect se face în zona hemangiomului elastică, depresibilă și nu în porțiunea periferică nodulară sau multinodulară a acestuia! Cu electrobisturiul, se secționează parenchimul hepatic cel mai îngust între marginea ficatului (anterioară, dreaptă) și hemangiom; digital, se deschide planul de clivaj și apoi se avansează încet atât în profunzime cât și spre periferie secționând cu Ligasure sau cu electrobisturiul țesutul hepatic în contact strict periferic cu hemangiomul. De reținut, că acest plan de clivaj nu este avascular și din acest motiv, în profunzime - mai ales la nivelul hemificatului drept - dacă decolarea digitală "ține" este vorba cu siguranță de un pedicul fibros glissonian (PG) care, trebuie izolat circular și apoi secționat după ligatura sprijinită a acestuia. În cazul HCGH situate la nivelul hemificatului stâng PG sunt localizați și interceptați la periferia planului de clivaj în special pentru secțiunea laterală stângă (lob stâng clasic) (Fig. 3B). Pentru secțiunea medială stângă (segment 4a,b) PG pot fi atât la periferia tumorii cât și în profunzimea planului de clivaj. În urma enucleerii tumorale suprafața hepatică poate fi relativ netedă (Fig. 3D,E), denivelată (Fig. 3B) sau chiar anfractuoașă. Pe suprafața hepatică restantă se pot observa uneori PG secționali (Fig. 3C, PGA) sau segmentari și elemente din rețeaua venoasă (supra)hepatică. Esențial este faptul că dacă planul de clivaj a fost corect, sângerarea și biliragia sunt minime iar preservarea țesutului hepatic este totală făcând din această

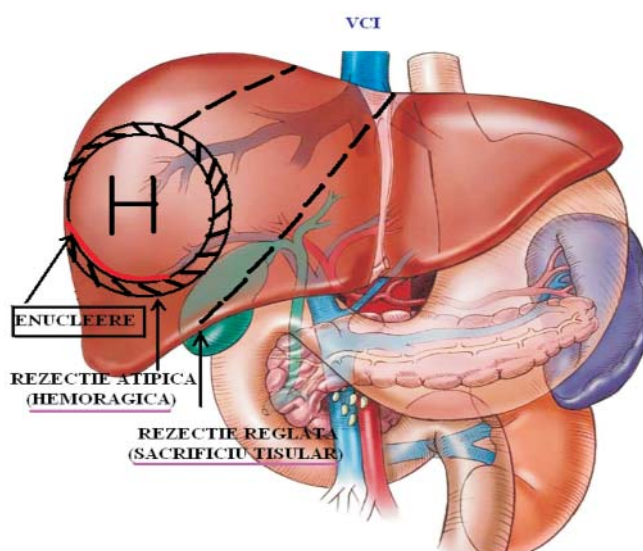


Figura 2. Tipuri de rezecție hepatică (atipică și reglată) și enucleerea hepatică; H = HCGH

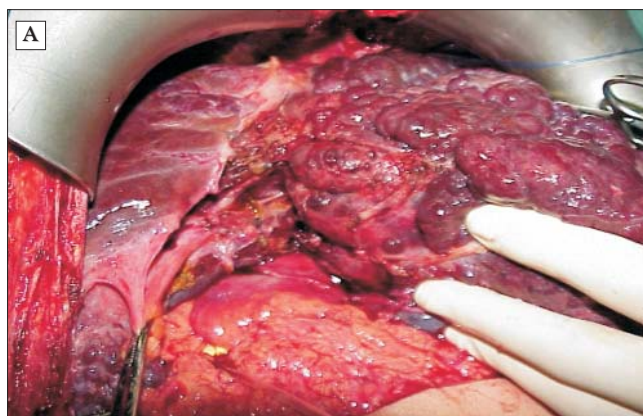


Figura 3. Planul de clivaj în HCGH. (A) amorsarea digitală a planului de clivaj

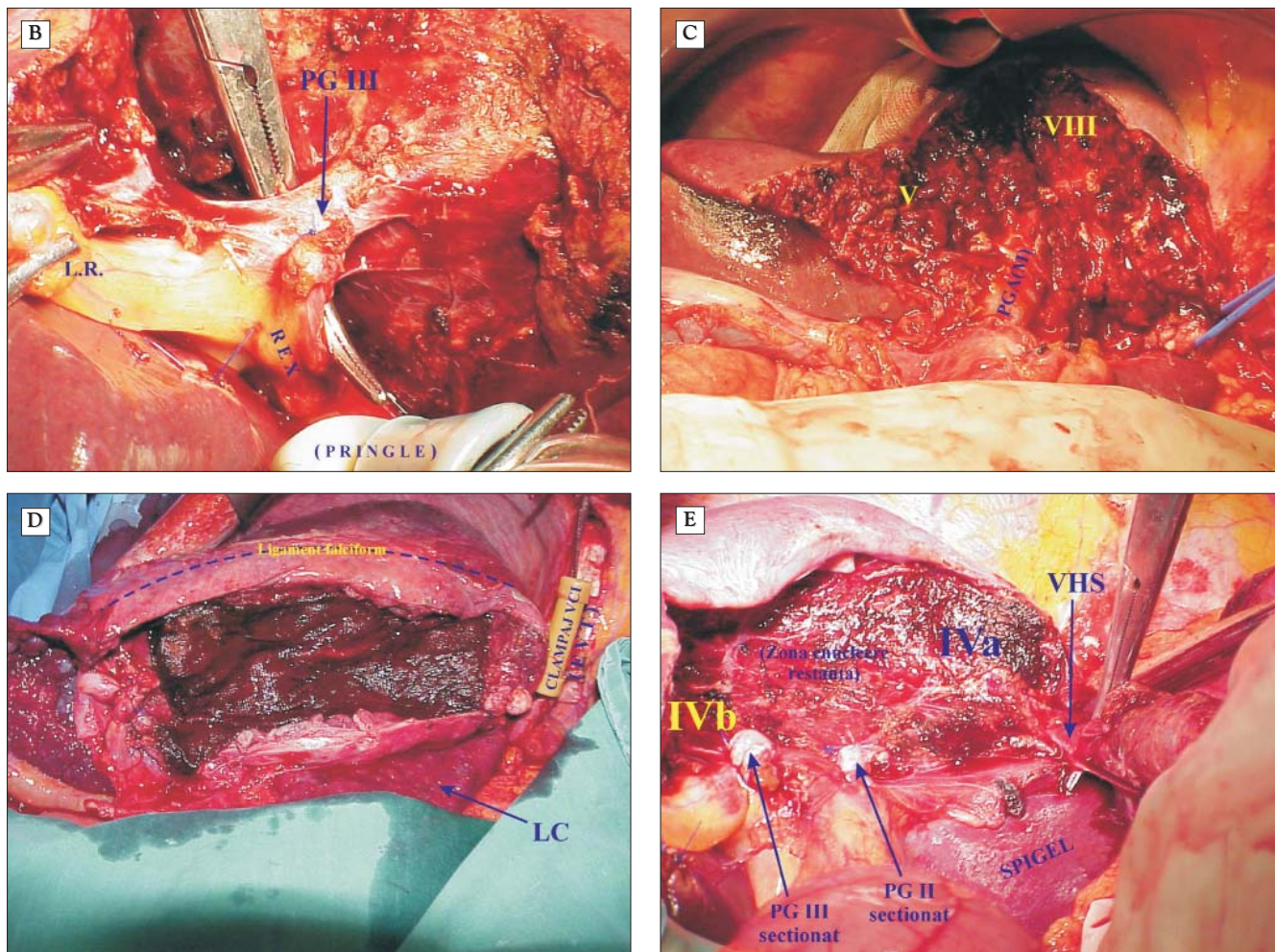


Figura 3. Planul de clivaj în HCGH. (B) ligatura/secțiunea unui pedicul glissonian al segmentului 3 în planul de clivaj, (C, D,E) aspect final al planului de clivaj (PG II,III – pediculi glissonieni segment 2, 3, VHS – vena hepatică stângă, PGA(M) – pedicul glissonian secționat anterior drept, segmentele 4 a,b, 5,8 (IV a,b, V,VIII)

tehnică intervenția ideală pentru o astfel de leziune. Plaga hepatică restantă poate fi lăsată ca atare după perfectarea eventuală a unor mici sângerări (cu fir 4-5/0) sau acoperită cu epiploon; în cazurile în care plaga hepatică are un aspect “în pană” aceasta poate fi suturată simplu sau pe un fragment pediculat de epiploon. Drenajul subhepatic și eventual subfrenic drept finalizează intervenția.

Bibliografie

1. Alper A, Ariogul O, Emre A, Uras A, Okten A. Treatment of liver hemangiomas by enucleation. Arch Surg. 1988;123(5): 660-1.