ЕНУКЛЕАЦИЯТА ПРИ ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ЧЕРНОДРОБНИТЕ ХЕМАНГИОМИ

А. Тасева, В. Тасев, П. Токов и В. Димитрова

Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „ Александровска“, Медицински университет – София

ENUCLEATION IN THE SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC HEMANGIOMA

A. Taseva, V. Tasev, P. Tokov and V. Dimitrova

Department of General and Liver–Pancreatic Surgery, University Hospital for Active Treatment “Alexandrovska”, Medical University – Sofia

Резюме*. Хирургичното лечение на чернодробните хемангиоми е дискусионното. При част от пациентите то се налага по относителни и абсолютни показания. Целта на публикацията е да се представи опитът на един клиничен център в приложението на енуклеацията като метод за лечение. В КОЧПХ при УМБАЛ „ Александровска“ – София, за периода 1995-2013 година са оперирани 101 пациенти с чернодробен хемангиом, при които са приложени 124 оперативни интервенции поради множественост на пораженията при част от тях. За изследвания период бяха извършени 16 енуклеации и 19 – енуклеорезекции. Следоперативно усложнение имаше при 1 пациент. При един се наложи реоперация. Няма летален изход от хирургичното лечение. Преценката за риска и ползата от оперативното лечение на чернодробните хемангиоми е особено важна от гледна точна на доброкачествения характер на лезията. Енуклеацията, когато е показана, е метод на избор.*

Ключови думи*: хемангиом, черен дроб, енуклеация*

Адрес за кореспонденция*: Д-р Анна Тасева, Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“, МУ, ул. "Св. Г. Софийски" № 1, 1431 София, e-mail: annataseva85@gmail.com*

Summary. Surgical treatment of the liver hemangiomas is controversial. In some of the patients it is required due to relative or absolute indications. The aim of this publication is to present the single-center experience with enucleation as a method of treatment. During the period 1995–2013 in the Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, University Hospital “Alexandrovska“ – Sofia, 101 patients with liver hemangiomas underwent surgery, with 124 surgical procedures. In 16 case enucleation was performed, and in another 19 – enucleoresection. One postoperative complication was observed in 1 patient. One patient required reoperation. No letal outcome of sutgical treatment was present. Assessing the risks and benefits of surgical treatment of hepatic hemangioma is particularly important from the point of view of the benign nature of the lesion. When there is indication, enucleation is the treatment of choice.

Key words: hemangioma, liver, enucleation

Address for correspondence: D-r Anna Taseva, Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, UMHAT “Alexandrovska”, Medical University, 1 ”Sv. G.Sofiyski” St., Bg —1431 Sofia, e-mail: annataseva85@gmail.com

Хемангиомите са най-честите доброкачествени тумори на черния дроб. Класифицират се като такива в групата на мезенхимните тумори. Според други автори по-скоро се касае за съдова малформация с ектазия на съдовете, без хиперплазия и новообразуване [11]. Голяма част от тях протичат безсимптомно. В други случаи се определят като симптоматични и подлежат на лечение [8]. Извърш-

ват се резекции на черния дроб в различен обем, а при показания – емболизация, радиофреквентна деструкция. През последните двадесет години все по-голям дял сред оперативните интервенции заема т.нар. енуклеация.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В Клиниката по обща и чернодробно-панкреатична хирургия при УМБАЛ „Александровска“ – София, за периода януари 1995 г. до април 2013 г. са операрани 101 пациенти с чернодробен хемангиом, при които са приложени 124 оперативни интервенции поради множественост на поражението при 21 пациенти. От тях 16 (12,9%) са енуклеации и 19 (15,3%) – енуклеорезекции. Най-честото субективно оплакване при тези пациенти беше тежест и/или болка в горния коремен етаж. При двама се палпираше туморна формация. Резултатите от клинико-химичните изследвания не показаха отклонение от референтните стойности с изключение на един случай, който беше опериран за руптура на хемангиом с анемичен синдром. Диагностицирането на огнищната лезия се постигаше с УЗИ и КАТ.

ОПЕРАТИВНА ТЕХНИКА

След лапаротомия – десен крайребрен разрез или горна срединна, в зависимост от локализацията на хемангиома, прерязвахме lig. terez hepatis, lig. triangularae и lig. falciformae hepatis и мобилизирахме съответния чернодробен лоб. С електронож прерязвахме глисоновата капсула по границата на формацията. Стараехме се да не нарушим ангиоматозната тъкан поради риск от обилен кръвоизлив. Паренхимната трансекция извършваме чрез размачкване на малки порции от паренхима с хемостатичен инструмент (т.нар. Kellyclasia техника), при което по-богатите на съединителнотъканни елементи съдови структури се запазват и съответно на дебита си се обработваха хемостатично. В други случаи използвахме ултразвуков деструктор, разслояване на паренхима от фиброзната капсула с влажен щилтупфер и много рядко в дадени участъци – дигитоклазия. Наличните артериални, венозни и жлъчни пътища, влизащи във формацията, последователно се лигираха, клипсираха или обработваха с електрокаутер – моно- или биполярна коагулация според техния дебит. След отстраняването на тумора кавитетът се пломбираше с оментум на краче или се дренираше с тръбни дренажи. Обичайно на 4-7-ия следоперативен ден те последователно се отстраняваха. В някои случаи поради нарушаване на кръвоснабдяването на периферен субсегмент или загуба на ориентация относно фиброзната капсула в дълбочина се налагаше резекционната линия да мине и през чернодробен паренхим – енуклеорезекция.

РЕЗУЛТАТИ

Оперативните интервенции на хемангиоми, локализирани в десния лоб, бяха 21, в левия – 11, а в двата лоба – 3 (табл. 1). Размерът на формациите варираще от 2 до 23 cm по най-големия диаметър, средно 6,7 cm. Макроскопски те имаха виолетово-бриков цвят, с меката консистенция и тенденция към избеляване при натиск. Чернодробният паренхим видимо беше с нормален цвят и консистенция. Само при един от случаите се установиха два хемангиома с руптура и изпълнена с кръв – около 800 ml, коремна кухина. При този случай се идентифицира и карцином на colon ascendens и две метастатични лезии до руптурираните хемангиоми. Това наложи освен интервенцията за хемангиомите да се извърши и дясна хемиколектомия. Всички тумори бяха хистологично верифицирани като кавернозни хемангиоми – разнокалибрени кухини, изпълнени с кръв и тапицирани с ендотелни клетки. В някои от тях се идентифицираха васкуларни тромби и участъци на калцификация.

Таблица 1. Енуклеации и енуклеорезекции при пациенти с ЧХ

Тип операция	**Сегмент, ангажиран от ЧХ**	**Брой операции**
Енуклеации	II	2
	IV	2
	VII	3
	VIII	4
	I+IV	1
	V+VI	1
	V+VIII	1
	VI+VII	1
	III+IVb+V	1
Енуклеорезекции	I	1
	III	3
	IV	2
	V	1
	VII	3
	VIII	2
	IVb,V	2
	VI,VII	3
	VII,VIII	2
Общо		**35**

Следоперативно усложнение наблюдавахме при един пациент – хеморагия при случая с предоперативна руптура, което наложи реоперация.

Болничният престой при останалите неусложнени пациенти варираще от 7 до 17 дни, средно 10. Летален изход нямаше.

ОБСЪЖДАНЕ

Чернодробните хемангиоми се срещат при 4-7%, а заедно с установените по аутопсионни протоколи – при до 20% от населението [2]. Голяма част от тези огнищни лезии са малки и нямат клинично значение. С нарастването си част от тях водят до поява на клинична симптоматика, т.нар. симптоматични хемангиоми. При част от тях се извършва оперативна интервенция най-често по относителни показания – персистираща и прогресираща болка и тежест в горния коремен етаж, смущаващи ежедневието на пациента, неизяснена етиология на огнищната лезия, при изчерпани възможности на диагностичния алгоритъм, бързо нарастване особено при значима извънхепатална част. В други случаи се налага интервенция по абсолютни индикации – руптура, развитие на консумативна коагулопатия и други по-редки усложнения. Тези усложнения са с висок риск за живота на пациентите – смъртност при руптури до 75%, поради което редица автори виждат превенция в оперативното лечение [4, 6]. В други случаи то води до отпадане на оплакванията на пациентите с подобряване на конфорта на живот.

Независимо от очевидния технологичен напредък на образните методи за диагностика, все още някои случаи остават с неизяснена етиология. Ехографски хемангиомите са многообразни и с невисока специфичност [1]. Разграничаването на кавернозните хемангиоми от друга огнищна патология е по-успешно с КАТ и ЯМР [3, 7]. При трудни в диференциалнодиагностичен план казуси е възможно правилната диагноза да се постави с ангиографско изследване, което вече е инвазивен метод. По литературни данни перкутанната биопсия няма особени диагностични предимства поради ограниченият материал, който се взема от съдовия тумор, от една страна, а от друга, съществува риск от тежък кръвоизлив [7]. Диференциалнодиагностично затруднение има при диференцирането на множествен хемангиом с малки размери до около 2,5 cm от вторични лезии след интервенции за малигнен процес. В част от случаите окончателната диагноза се поставя при експлоративна лапаротомия.

Хирургичното лечение е радикален метод за решаване на здравния проблем на пациента. Чернодробните резекции в различен обем, включително и клиновидни такива в периферните сегменти, са широко разпространен подход. В оперативния препарат обаче повече или помалко попада и здрав чернодробен паренхим, което по презумция е недостатък, когато се интервенира доброкачествен процес. Този факт обяснява все по-широкото приложение на енуклеацията като хирургичен метод при хемангиоми на черния дроб. Описан за първи път от Alper и сътр. (1988 г.), методът доказва предимствата си в проучванията на редица автори [1, 5, 10]. В резултат от натиска върху паренхима вследствие от нарастването си, хемангиомът се заобикаля от фиброзна капсула, различно изразена при отделните пациенти. Между нея и здравия чернодробен паренхим се формира различно изразен „план де кливаж“ – мястото, където се осъществява паренхимната трансекция. Тук съдовете, които навлизат или излизат от тумора, лесно се идентифицират и обработват хемостатично в зависимост от дебита си. Използвайки описаната оперативна техника, отстраняването на хемангиома е възможно без съществена кръвозагуба. Въпреки това особено при централносегментна ликализация васкуларният контрол е необходим. Ние прилагахме Pringle maneuver поради достатъчна ефективност, лесно техническо изпълнение и липса на необходимост от реанимационна подръжка на хемодинамиката. Нашият опит с енуклеацията е положителен поради добрите клинични резултати и липсата на смъртност. Следоперативните усложнения са редки [2, 6]. Само в един случай наблюдавахме постоперативен кръвоизлив, наложил реоперация. Смятаме, че предоперативната руптура с хемоперитонеум, известна от литературата с висок риск за живота, както и съчетанието с онкологично заболяване, имаха пряко отношение към това постоперативно усложнение. Енуклеацията е приложима при хемангиоми, локализирани както в периферните сегменти, така и в рисковия мезосектор, където по наше мнение интервенцията трябва да се извършва при недълбоко разположение [5]. Лимитиращ фактор е близостта с магистралното съдово-билиарно дърво и произтичащите от това рискове. Безспорно, когато се касае за чернодробна хирургия с характерните за нея технически трудности и рискове, не можем да не се съгласим със становището на Starzl и сътр. (1980 г.) интервенциите да се осъществяват в специализирани чернодробни центрове [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Считаме, че когато се предлага оперативно лечение на чернодробен хемангиом по относителни показания, е важно ползата и рискът от

интервенцията да се интерпретират на базата на доброкачествения характер на тумора и прогнозата за неговата по-нататъчна еволюция. Енуклеацията най-много отговаря на специфичните изисквания към интервенция за доброкачествен процес в черния дроб. Когато е показана, е метод на избор.

Библиография

1. Alper, A. et al. Treatment of liver hemangiomas by enucleation. – Arch. Surg., **123**, 1988, 660-661.
2. Chen, H. et al. Surgical management for giant liver hemangiomas greater than 20 cm in size. – Gut and Liver, **5**, 2011, № 2, 228-233.
3. Choi, J. et al. Surgical treatment of giant hepatic hemangiomas: technical point of view. – Am. Surgeon, **77**, 2011, № 1, 48-52.
4. Corigliano, N. et al. Hemoperitoneum from a spontaneous rupture of a giant hemangioma of the liver: report of a case. – Surg. Today, **33**, 2003, 459-463.
5. Hamaloglu, E., H. Altun, A. Ozdemir et A. Ozenc. Giant liver hemangioma: therapy by enucleation or liver resection. – World J. Surg., **29**, 2005, 890-893.
6. Herman, P. et al. Management of hepatic hemangiomas: a 14-year experience. – J. Gastrointest. Surg., **9**, 2005, 853-859.
7. Maruyama, M.et al. Diagnosis and management of giant hepatic hemangioma: The usefulness of contrast-enhanced ultrasonography. – Int. J. Hepatol., **201**, 2013, 180-184.
8. Skipenko, O. et al. The liver hemangioms: operation or observation. – Khir. (M), **9**, 2012, 13- 20.
9. Starzl, T. et al. Excisional treatment of cavernous hemangioma of the liver. – Ann. Surg., **192**, 1980, 25-27.
10. Singh, R. K., S. Kapoor, P. Sahni et T. K. Chattopadhyay. Giant haemangioma of the liver: is enucleation better than resection? – Ann. R. Coll. Surg. Engl., **89**, 2007, 490-493.
11. Wassef, M. et al. Vascular tumours and malformations, classification, pathology and imaging. – Ann. Chir. Plast. Esthet., **51**, 2006, № 4-5, 263-281.

