

Seminar 8

SPLENOMEQALIYA VƏ PORTAL HİPERTENZİV QASTROPATIYA

SPLENOMEQALIYA

PH-in əlamət və ağırlaşmalarından biri də splenomeqaliya və hipersplenizmdir. Buna durğunluq splenomeqaliyası və ya Banti sindromu da deyilir. Splenomeqaliya “soltərəfli” (dalaq venası trombozu) PH-da daha bariz şəkildə ortaya çıxır.

Durğunluq splenomeqaliyasında PH və splenomeqaliya qüsurlu dövrən yaradır: *PH splenomeqaliya törədir, splenomeqaliya isə portal sistemə qangəlimi artıraraq PH-nı artırır (Şəkil 1)*. Belə vəziyyətdə PH-nın splenomeqaliya törətdiyi, yoxsa splenomeqaliyanın PH törətdiyini təyin etmək çətin olur. Bunu dəqiqləşdirmək üçün Qc və portal venanı yoxlamaq vacibdir. Qc və portal sistemində tıxanma olmayan hallarda hematoloji, infeksiyon və digər xəstəliklər inkar olunarsa birincili splenomeqaliya (tropik splenomeqaliya) qəbul edilə bilər.

Kəskin forma istisna olmaqla, adətən PH-da splenomeqaliya yavaş inkişaf edir.

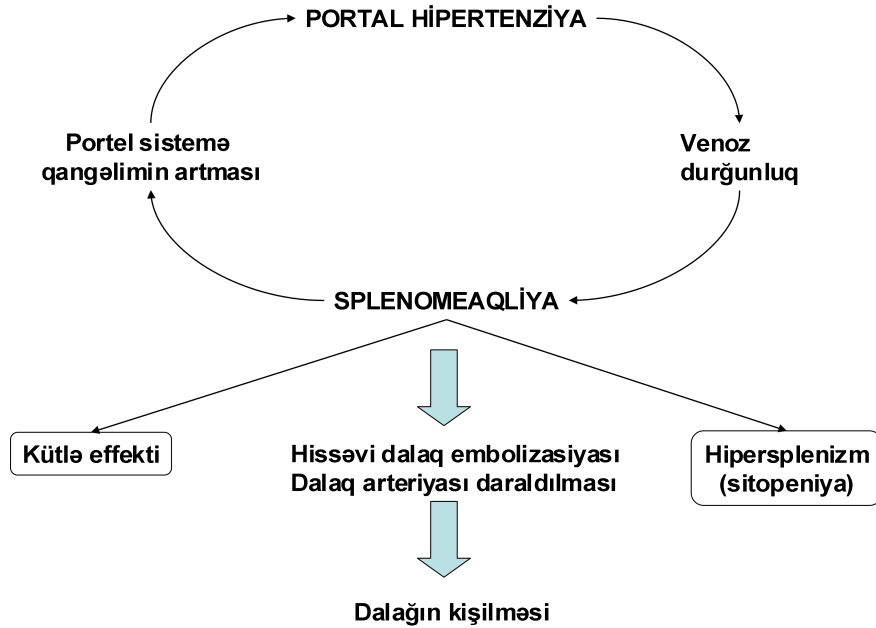
Stabil seyr edən PH-da dalağın sürətlə böyüməsi limfomaya, qapı venası trombozuna və hepatosellular karsinomaya şübhə yaradır.

Qc və portal vena xəstəliklərində splenomeqaliya iki halda klinik problem təşkil edir: ***hipersplenizm və mədə varikoz qanaxmasında.***

Hipersplenizm splenomeqaliya ilə yanaşı sitopeniyanın olmasıdır. Sitopeniya tək trombositopeniya ($< 100 \times 10^{12}/l$), leykopeniya ($< 4 \times 10^9/l$), anemiya ($Hb < 100$ q/l) şəklində və ya bunların birliyi ilə (di-, pansitopeniya) ortaya çıxa bilər.

Qc xəstəliklərində sitopeniya və ya mədə varikoz qanaxması yoxdursa, yalnız splenomeqaliyaya görə hər hansı müdaxiləyə ehtiyac yoxdur. Hipersplenizm və ya mədə varikoz qanaxması olan hallarda isə, splenektomiyadan çəkinmək lazımdır. Çünki, bu xəstələrdə adətən dalaq normal olur, hipertenziya aradan qalxarsa dalaq kiçilə bilər və splenektomiya ilə nəinki, PH aradan qalxmır, hətta ciddi ağırlaşmalar meydana gələ bilər. Ona görə də, bu xəstələrdə dalağı qorumaq gərəkdir və aşağıdakı alternativlər tətbiq edilə bilər:

- Böyümə faktorları istifadəsi
- Hissəvi dalaq embolizasiyası
- Dalaq arteriyası stendlənməsi
- Distal spleno-renal şunt



Şəkil 1. PH-da splenomeqaliyanın patogenezi və nəticələri

Portal və splenik vena trombozlarında hipersplenizm və ya mədə varikoz qanaxması varsa hissəvi dalaq embolizasiyası, dalaq arteriyasının stendlə daraldılması və ya splenektomiya edilə bilər.

Qeyd etmək lazımdır ki, splenomeqaliyası olan, lakin hipersplenizmi və ya mədə varikoz qanaxması olmayan xəstələrdə profilaktik əməliyyatlar tövsiyə edilmir.

PORTAL HİPERTENZİV QASTROPATİYA (PHQ)

Mədə varisindən başqa PH-nın mədədə törətdiyi digər xarakterik dəyişiklik portal hipertenziv qastropatiya (PHQ) adlanan xəstəlikdir. Uzunmüddətli venoz durğunluğa bağlı meydana gələn bu patologiyada selikli qişada ödem, distrofiya, venoz genişlənmə, selikaltı iltihabi infiltrasiya, hemorragiya, hemosideroz kimi dəyişikliklər görünür. Hətta eroziya və xoralar da ola bilər və bunlar kəskin və xroniki qanaxma da törədə bilər.

PHQ klinik olaraq asimptomatik şəkildə ola bilər, dispeptik əlamətlərlə (qarında yeməkdən sonra və ya yeməksiz ağrı, köp, rahatsızlıq, gəyirmə) və ya ağırlaşma – qanaxma əlamətləri ilə ortayaçıxa bilər. Kliniki olaraq PHQ diaqnozunu qoymaq çətin olur və diaqnoz adətən endoskopik müayinədə təyin edilir. Endoskopik olaraq PHQ-nin xarakterik əlamətləri, və müxtəlif formaları var (torşəkili selikli qışa, hemorragiya nöqtələri və s.).

PHQ-nin *əsas müalicəsi* PH-ı effektiv azaltmaqdır. Təcrübə göstərir ki, transplantasiya və dekompressiv əməliyyatlardan sonra qastropatiya ciddi şəkildə geriləyir.

Hazırda PHQ-nin digər spesifik müalicəsi yoxdur. Qastritlərdə tətbiq edilən standart müalicələr (antisekretor, anti-Helikobakter pillory) patologiyani ciddi dəyişdirmir.

PHQ adətən qanaxma törətdikdə ciddi klinik problem təşkil edir. Diaqnozu endoskopiya ilə dəqiqləşən qastropatiya qanaxmasında müalicə əsasən konservativ aparılır. PH azaldan dərmanlarla yanaşı yerli bürüyücü antasidlərin istifadəsi çox vaxt faydalı olur. Xüsusən, 60 ml sukralfat suspenziyasını 4-6 dəfə mədəyə yeridilməsi qanaxmanı əksər hallarda dayandırır.

Əsas ədəbiyyat

1. Ağayev B.A. Cərrahi Xəstəliklər. Bakı 2001
2. Blumgart LH. *Surgery of the Liver, Biliary tract and Pancreas*. 4th ed. 2006
3. Cuschieri SA. Disorders of the liver. Module 10, p 321-374. in Cuschieri SA, Steel RJ, Moossa AR. *Essentiale Surgical practice.. 4th ed. 2002*
4. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver diseases*. 7th ed. Vol II, 2002.
5. Modern Surgical Care. 2 ed. Vol I, 1998
6. *Oxford textbook of Surgery* V.1, 2004
7. *Rob and Smith's Hepatobiliary and Pancreatic Surgery*. 2. ed. 1996
8. Sabiston. *Textbook of Surgery* 17 ed., 2006, p.1112-1143
9. Timothy DS, Steven AC. Liver. Chapter 30, p 1139-1186. in *Schwartz's Principles of Surgery 18th ed.*, 2004
10. Thomas JN, Gordon AH. Pathophysiology. International edition. 3th ed. P 369-396, 2004
11. Sherlock S, Dooley J. *Disease of the liver and biliary tract*. 11-th ed. 2001
12. Sultanov H.A. *Cərrahi Xəstəliklər*. Bakı 2000
13. *Surgical Anatomy and Embriology*. Surgical Clinics of North America Vol 73, no 4, 1993

14. William RJ. Liver and Portal venouse system. In: Gerard MD, Lawrence WW, Current Surgical Diagnosis and Treatment. 12th edition, 2006, p 539-572
15. Zudema GD. *Shackelford's Surgery of Alimentary tract*, Vol III, 5th ed, 2006

Əlavə ədəbiyyat – Splenomeqaliya

- 1.
2. [Chava SP, Pal S, Ghatak S, Kumar R, Sahni P, Chattopadhyay TK.](#) Splenectomy and proximal lieno-renal shunt in a factor five deficient patient with extra-hepatic portal vein obstruction. *BMC Surg.* 2006 May 19;6:7.
3. [Colmegna I, deBoisblanc BP, Gimenez CR, Espinoza LR.](#) Slow development of massive splenomegaly, portal and pulmonary hypertension in systematic lupus erythematosus: can nodular regenerative hyperplasia of the liver explain all these findings? *Lupus.* 2005;14(12):976-8.
4. [Dib N, Konate A, Oberti F, Cales P.](#) Non-invasive diagnosis of portal hypertension in cirrhosis. Application to the primary prevention of varices. *Gastroenterol Clin Biol.* 2005 Oct;29(10):975-87.
5. [Goh SH, Tan WP, Lee SW.](#) Clinical predictors of bleeding esophageal varices in the ED. *Am J Emerg Med.* 2005 Jul;23(4):531-5.
6. [Luo HF, Wang HJ, Li B, Wang ZY.](#) Diagnosis and management of extrahepatic portal vein aneurysm: a case report. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2006 May;5(2):311-3.
7. [Liu QD, Zhou NX, Zhang WZ, Wang MQ.](#) Diagnosis and management of regional portal hypertension. *Chin J Dig Dis.* 2005;6(2):87-92.
8. [Ohta M, Nishizaki T, Matsumoto T, Shimabukuro R, Sasaki A, Shibata K, Matsusaka T, Kitano S.](#) Analysis of risk factors for massive intraoperative bleeding during laparoscopic splenectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2005;12(6):433-7.
9. Pal S, Radhakrishna P, Sahni P, Pande GK, Nundy S, Chattopadhyay TK. Prophylactic surgery in non-cirrhotic portal fibrosis: is it worthwhile? *Indian J Gastroenterol.* 2005 Nov-Dec;24(6):239-42.
10. [Petroianu A, De Oliveira AE, Alberti LR.](#) Hypersplenism in schistosomatic portal hypertension. *Arch Med Res.* 2005 Sep-Oct;36(5):496-501.
11. [Salihefendic N, Licanin Z, Zildzic M.](#) Cavernous transformation of portal vein. *Med Arh.* 2005;59(2):132-4.
12. [Wang JT, Zhao HY, Liu YL.](#) Portal vein thrombosis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2005 Nov;4(4):515-8.
13. [Zapata-Colindres JC, Montano-Loza A, Zepeda-Gomez S, Uscanga L.](#) Predictive factors for portal hypertension in patients with primary sclerosing cholangitis. *Gastroenterol Hepatol.* 2006 Jan;29(1):7-10.

=

Əlavə ədəbiyyat - PHQ

- [De Palma GD, Rega M, Masone S, Persico F, Siciliano S, Patrone F, Matantuono L, Persico G.](#) Mucosal abnormalities of the small bowel in patients with cirrhosis and portal hypertension: a capsule endoscopy study. *Gastrointest Endosc.* 2005 Oct;62(4):529-34
- [Karajeh MA, Hurlstone DP, Stephenson TJ, Ray-Chaudhuri D, Gleeson DC.](#) Refractory bleeding from portal hypertensive gastropathy: a further novel role for thalidomide therapy? *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2006 May;18(5):545-8.
- [Rana SS, Bhasin DK, Jahagirdar S, Raja K, Nada R, Kochhar R, Joshi K.](#) Is there ileopathy in portal hypertension? *J Gastroenterol Hepatol.* 2006 Feb;21(2):392-7.
- [Sarwar S, Khan AA, Alam A, Butt AK, Shafqat F, Malik K, Ahmad I, Niazi AK.](#) Effect of band ligation on portal hypertensive gastropathy and development of fundal varices. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2006 Jan-Mar;18(1):32-5.
- [Yuksel O, Koklu S, Arhan M, Yolcu OF, Ertugrul I, Odemis B, Altiparmak E, Sahin B.](#) Effects of esophageal varice eradication on portal hypertensive gastropathy and fundal varices: a retrospective and comparative study. *Dig Dis Sci.* 2006 Jan;51(1):27-30.