

Клинический случай трубчатой резекции желудка и спленэктомии по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен желудка и спленомегалии на фоне идиопатического миелофиброза в urgentной хирургии

© В.В. ЕРШОВ, М.В. БАГРЯНЦЕВ

Городская клиническая больница № 30 Московского района, ул. Березовская, 85а, Нижний Новгород, 603157, Российская Федерация

Актуальность. Лечение больных с хирургическими осложнениями онкогематологических заболеваний затруднено из-за присущих им критических нарушений свертываемости крови, зависимости пациентов от гормональных препаратов, принимаемых в связи с существующей патологией, а также нестабильностью системной гемодинамики. Такие больные редко госпитализируются в хирургический стационар и их можно отнести к категории «трудных пациентов» ввиду полисиндромности основного заболевания и высокого риска летальных исходов от осложнений заболеваний.

Одним из наиболее распространенных онкогематологических заболеваний является хронический идиопатический миелофиброз, он характеризуется фиброзом костного мозга, гепато-спленомегалией (вследствие экстрамедуллярного гемопоэза), а также анемией. Клиническая картина первичного (идиопатического) миелофиброза разнообразна и не имеет патогномоничных синдромов. При длительных сроках заболевания могут возникать множественные красные очаги в печени (очаги экстрамедуллярного кроветворения), тромбоз селезеночной вены, которые могут приводить к подпеченочной портальной гипертензии.

В доступной литературе мы нашли информацию об успешном лечении кровотечения из варикозно расширенных вен желудка у пациента на фоне тромбоза селезеночной вены и спленомегалии путем выполнения только спленэктомии с сохранением вариксов желудка, что не позволяет полностью исключить риск повторного кровотечения. Нами не было найдено публикаций о проведении спленэктомии с вертикальной трубчатой резекцией желудка на высоте кровотечения из варикозно расширенных вен желудка у больной с миелофиброзом селезенки.

Цель. Показать возможность выполнения симультанной операции (вертикальной трубчатой резекции желудка и спленэктомии) по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен желудка и спленомегалии на фоне идиопатического миелофиброза в urgentной хирургии при невозможном эндоскопическом гемостазе и обратить внимание специалистов в области хирургии на риск развития кровотечения у данной группы пациентов.

Материалы и методы. В статье описан клинический случай вертикальной трубчатой резекции желудка и спленэктомии по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен желудка и спленомегалии на фоне идиопатического миелофиброза в urgentной хирургии

Результаты. Вертикальная трубчатая резекция желудка со спленэктомией при невозможном эндоскопическом гемостазе у онкогематологических больных позволяет исключить риск желудочного кровотечения и сохранить жизнь больному.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует актуальность своевременного хирургического лечения пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен желудка. Вертикальная трубчатая резекция желудка наряду со спленэктомией позволяет в будущем исключить риск кровотечений у данной группы больных.

Ключевые слова: вертикальная трубчатая резекция желудка, спленэктомия, кровотечение из варикозно расширенных вен желудка, тромбоз селезеночной вены, портальная гипертензия

Clinical Case of Tubular Gastrectomy and Splenectomy, the Bleeding from Varicose Veins of the Stomach and Splenomegaly in the Background Idiopathic Myelofibrosis in Urgent Surgery

© V. V. ERSHOV, M. V. BAGRYANTSEV

City clinical hospital № 30, 85a Berezovskaya str., Nizhny Novgorod, 603157, Russian Federation

Relevance. Treatment of patients with surgical complications of oncohematological diseases is difficult due to their inherent critical disorders of blood coagulation, dependence of patients on hormonal drugs taken in connection with the existing pathology, as well as instability of systemic hemodynamics. Such patients are rarely hospitalized in a surgical hospital and can be classified as "difficult patients" because of the polysyndromic nature of the underlying disease and the high risk of death from complications of the disease. One of the most common oncohematological diseases is chronic idiopathic myelofibrosis, it is characterized by bone marrow fibrosis, hepato-splenomegaly (due to extramedullary hematopoiesis), as well as anemia. The clinical picture of primary (idiopathic) myelofibrosis is diverse and has no pathognomonic syndromes. With long-term disease may occur multiple red lesions in the liver (centers of extra-medullary hematopoiesis), splenic vein thrombosis, which can lead to subhepatic portal hypertension.

In the available literature, we have found information on the successful treatment of bleeding from varicose veins of the stomach in a patient with splenic vein thrombosis and splenomegaly by performing only splenectomy preserving gastric varices, which does not completely eliminate the risk of re-bleeding. We found no publications on splenectomy with vertical tubular resection of the stomach at the height of bleeding from varicose veins of the stomach in a patient with myelofibrosis of the spleen.

Aim. To show the possibility of performing a simultaneous operation (vertical tubular resection of the stomach and splenectomy) for bleeding from varicose veins of the stomach and splenomegaly against the background of idiopathic myelofibrosis in urgent surgery with impossible endoscopic hemostasis and to draw the attention of specialists in the field of surgery to the risk of bleeding in this group of patients.

Materials and methods. The article describes a clinical case of vertical tubular resection of the stomach and splenectomy for bleeding from varicose veins of the stomach and splenomegaly on the background of idiopathic myelofibrosis in urgent surgery

Results. Vertical tubular resection of the stomach with splenectomy with impossible endoscopic hemostasis in oncohematological patients eliminates the risk of gastric bleeding and saves the patient's life.

Summary. This clinical observation demonstrates the relevance of timely surgical treatment of patients with bleeding from varicose veins of the stomach. Vertical tubular resection of the stomach along with splenectomy allows to exclude the risk of bleeding in this group of patients in the future.

Key words: vertical tubular resection of the stomach, splenectomy, bleeding of varicose veins of the stomach, splenic vein thrombosis, portal hypertension

Тромбоз селезеночной вены вероятнее всего заподозрить у пациента со спленомегалией и изолированными вариксами желудка с синдромом портальной гипертензии на фоне гематологического заболевания при отсутствии цирроза [1]. Тромбоз селезеночной вены может встречаться после лапароскопической спленэктомии [2, 3] и являться редким, но потенциально опасным осложнением в бариатрической хирургии после лапароскопической резекции желудка или гастрэктомии [4, 5].

Синдром портальной гипертензии (пресинуспидальный тромботический блок) является одним из часто встречающихся синдромов идиопатического миелофиброза на фоне тромбоза селезеночной вены и может служить причиной желудочных кровотечений. Формирование варикозных вен желудка связано с расширением подслизистой оболочки желудка, которая связывает вены желудка между собой. Механизм развития спленомегалии неясен, но может быть связан с увеличением венозного застоя и усилением селезеночного артериального кровотока с возможным развитием кровоизлияний, а также инфаркта селезенки, и в редких случаях, ее разрывов. Известно, что спленомегалия происходит не из-за портальной гипертензии как таковой [6], однако на сегодняшний день точные причины этого факта не установлены.

Краеугольным камнем в лечении пациентов с тромбозом селезеночной вены является лечение кровотечений из варикозно расширенных вен желудка, связанных с портальной гипертензией, что обуславливает необходимость индивидуализации лечения. Борьба с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является сложнейшей задачей для дежурной бригады хирургов и анестезиологов-реаниматологов и включает в себя комплекс мер консервативного лечения (меры, направленные на уменьшение давления в системе воротной вены), методов эндоскопического гемостаза (лигирование, склерозирование, применение клеевых композиций и т.д.), а при неэффективности последних, и хирургического лечения. Ввиду неэффективности консервативных мер лечения при кровотечении из варикозно расширенных вен желудка, а также невозможности мер эндоскопического гемостаза (при расположении вен в области дна желуд-

ка) хирургическое вмешательство дает шанс больному на спасение. Так, например, в университетских клиниках Швейцарии (Женева) создана многопрофильная консультативная группа, включающая различных специалистов для оптимального управления такими пациентами [7]. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, пациенту с длительным компрессионным синдромом, анемией тяжелой степени, тромбоцитопенией, показана спленэктомия [8]. Стоит отметить, что тромбоцитопения является прогностически неблагоприятным показателем и говорит о высоком риске бластной трансформации и прогрессировании болезни. Группа врачей из Испании представила случай излечения пациента с тромбозом селезеночной вены, осложненным кровотечением из вариксов желудка на фоне синдрома портальной гипертензии с нормальной функцией печени после выполненной спленэктомии [9]. Однако, после выполнения спленэктомии на фоне миелофиброза у 3 % больных развиваются осложнения, а послеоперационная смертность составляет 9 % [10]. Спленэктомия также является фактором риска венозной тромбоэмболии на протяжении всей жизни [11, 12].

Клинический случай

Больная К., 67 лет, находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении в 2017 году с диагнозом: идиопатический миелофиброз III ст., спленомегалия тяжелой степени, тромбоз селезеночной вены, внепеченочная портальная гипертензия. Осложнение основного заболевания: кровотечение из варикозно расширенных вен желудка, тяжелой степени. Геморрагический шок 3 степени, анемия тяжелой степени (уровень гемоглобина 50 г/л). Пациентка находилась под наблюдением и получала лечение у гематолога с 2002 года. Последняя госпитализация была в марте 2017 г. Сопутствующие заболевания: желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, вне обострения. Миокардиодистрофия смешанного генеза.

Пациентка госпитализирована в экстренном порядке в состоянии геморрагического шока III ст. в отделение реанимации. При осмотре АД 50/20 мм рт. ст., гемоглобин 50 г/л. Пульс на периферических артериях не определяется. При осмотре живота всю правую половину его занимает плотное опухолевидное об-

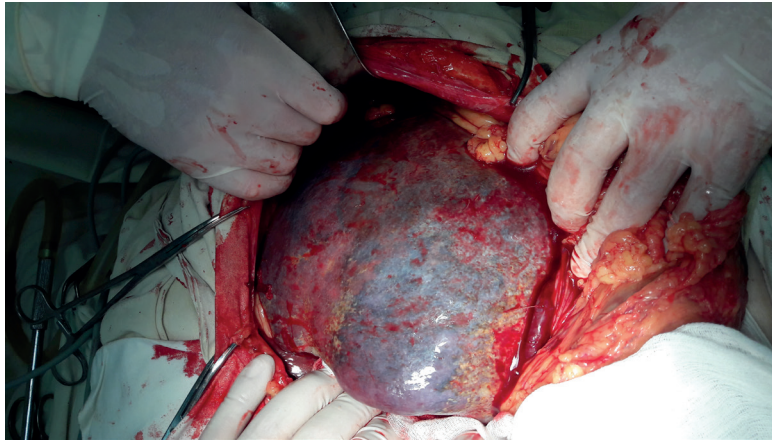


Рис. 1. Вид лапаротомной раны, селезенка занимает большое пространство в брюшной полости. / Fig. 1. A type of laparotomic wound, the spleen occupies a large space in the abdominal cavity.

разование до 30x20 см, предположительно селезенка. Диагноз кровотечения из желудочных вариксов подтвержден при фиброгастроуденоскопии в условиях отделения реанимации. Лигирование вариксов невозможно выполнить ввиду их локализации в области дна желудка. При УЗИ брюшной полости резко увеличена селезенка, селезеночная вена расширена до 2 см с признаками венозного тромбоза в ней.

Через 4 часа от момента поступления произошел рецидив кровотечения с дестабилизацией гемодинамики. Выполнена экстренная операция: верхнее-среднесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости визуализируется селезенка гигантских размеров (рис. 1).

Пациентке выполнена спленэктомия. При ревизии желудка визуализировались гастроэзофагеальные вены 2 типа (с распространением по большой кривизне желудка) выполнена вертикальная трубчатая резекция желудка (резекция большой кривизны от привратника до пищевода желудочными вариксами), дренирование брюшной полости

В послеоперационном периоде пациентка получила массивную гемотранфузионную терапию, переливание свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной массы (отмечалось увеличение уровня тромбоцитов с $27 \times 10^9/\text{л}$ до поднялись до $88 \times 10^9/\text{л}$), антибактериальную (Метрогил, Амикацин, Цефтриаксон), дезинтоксикационную, анальгетическую терапию (Кетопрофен), гормональную терапию (Преднизолон 5 мг 3 раза в день), антианемическую терапию (Сорбифер дурулес), пробиотики (Линекс форте). Послеоперационный период осложнился гематомой послеоперационной раны, гематома была эвакуирована 06.04.17 г. Рана на момент выписки практически закрылась. 08.04.17 г. у больной развились явления правостороннего илеофemorального тромбоза, подтвержденного данными УЗДГ. Получала дезагреганты, гепаринотерапию, эластическое бинтование. Отек конечности значительно спал. По УЗДГ – реканализация тромбов.

17.04.17 г. у больной многократный стул темного цвета (до этого запор в течение 10 дней). Выполнена

ФГДС – гастродуоденит без признаков атрофии слизистой. Лигатура по большой кривизне в пилорическом отделе желудка 2x2x6 мм. Признаков кровотечения из верхних отделов ЖКТ нет. На момент перевода стул обычного цвета, регулярный.

В течение 6-ти дней отмечалась лихорадка до 38-38,8 °С, преимущественно в утренние часы. При рентгенографии легких от 21.04.17 г. очаговой патологии не выявлено. При УЗИ брюшной полости от 23.04.17 г. – признаки ЖКБ, хронического калькулезного холецистита, хронического панкреатита, тромбоза селезеночной вены (вена расширена до 2 см). Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. 27.04.17 г. пациентка переведена в профильное гематологическое отделение. Осмотрена через полгода. Рецидивов кровотечения не было. Находится под наблюдением у гематолога.

Иммуногистохимическое исследование: гистологическая картина и полученный иммунофентип поражения селезенки при хроническом миелопролиферативном заболевании (от 03.04.17 г.).

Общий анализ крови: Hb – 59 г\л; Эр – $1,93 \times 10^{12}/\text{л}$; L – $9,1 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 27 мм\ч;

Лейкоцитарная формула: нейтрофилы – 64,9 %, лимфоциты – 27,7 %, моноциты – 6,5 %, эозинофилы – 0,2 %, базофилы – 0,7 %, Ht – 0,20, тромбоциты – $82 \times 10^9/\text{л}$;

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная, реакция кислая, удельный вес -1030; белок-отрицательный.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,24 ммоль\л (N 3,6-6,1); мочевины 5,4 ммоль\л (N 2,5-8,3); креатинин 82 мкмоль\л (N 53-115); а-амилаза 39 ед\л (N 22-80); билирубин 25,5 мкмоль\л (N 8,6-20); АСТ 108 ед\л (N 5-40); АЛТ 55 ед\л (N 5-40); RW-отр. HBSAg-отрицательный; HCV-отр.

Вывод

У пациентов с кровотечениями из варикозно расширенных вен желудка, расположенными по большой кривизне, на фоне хронического идиопатического ми-

елофиброза при неэффективности консервативного лечения трубчатая резекция желудка в комбинации со спленэктомией является патогенетически обусловленной операцией надежно останавливающей кровотечение.

Дополнительная информация

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы

1. Pearl Princess D. Vascular Diseases of the Spleen: A Review. *J Clin Transl Hepatol.* 2017; 5 (2): 152-164.
2. de'Angelis N. Incidence and predictors of portal and splenic vein thrombosis after pure laparoscopic splenectomy. *Surgery.* 2017; 162 (6): 1219-1230.
3. Kuroki T. Predictors of portal and splenic vein thrombosis after laparoscopic splenectomy: a retrospective analysis of a single-center experience. *Surg Today.* 2018; 48 (8): 804-809.
4. Shoar S. Portomesentric and splenic vein thrombosis (PMSVT) after bariatric surgery: a systematic review of 110 patients. *Surg Obes Relat Dis.* 2018; 14 (1): 47-59.
5. Alshreadah S, Alotaibi R, Aldabaeab A, Alhafid I. Thrombosis of the spleno-mesenteric portal axis following laparoscopic sleeve gastrectomy: A rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 43: 29-31.
6. Köklü S. Report of 24 left-sided portal hypertension cases: a single-center prospective cohort study. *Dig Dis Sci.* 2005; 50: 976-982.
7. Gouin B. Splanchnic vein thrombosis. *Rev Med Suisse.* 2017; 13 (586): 2138-2143.
8. Савченко В.Г. Диагностика и терапия рh-негативных миелолифферативных заболеваний (истинная полицитемия, эссенциальная тромбоцитемия, первичный миелофиброз): клинические рекомендации. М. 2014; 81.
9. Franco-Avilés L. Segmental portal hypertension with splenic vein thrombosis caused by pancreatitis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55 (60): 788-790.
10. Tefferi A. Splenectomy in myelofibrosis with myeloid metaplasia: a single-institution experience with 223 patients. *Blood.* 2000; 95(7): 226-2233.
11. Morbieu C. Systematic detection of portal or splenic vein thrombosis after splenectomy for immune cytopenia. *Am J Hematol.* 2018; 93 (7): 1-3.
12. Ozsay O. Hydatid cyst of the pancreas causing both acute pancreatitis and splenic vein thrombosis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018; 100 (7):178-180.

Информация об авторах

1. Ершов Владимир Васильевич - д.м.н., профессор, хирург-консультант хирургического отделения Городской клинической больницы № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода, e-mail: maks-bagryantsev@mail.ru
2. Багрянцев Максим Владимирович - врач-хирург хирургического отделения Городской клинической больницы № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода, e-mail: maks-bagryantsev@mail.ru

Цитировать:

Ершов В.В., Багрянцев М.В. Клинический случай трубчатой резекции желудка и спленэктомии по поводу кровотечения из варикозно расширенных вен желудка и спленомегалии на фоне идиопатического миелофиброза в urgent хирургии. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии* 2019; 12: 2: 123-126. DOI: 10.18499/2070-478X-2019-12-2-123-126.

To cite this article:

Ershov V.V., Bagryantsev M.V. Clinical Case of Tubular Gastrectomy and Splenectomy, the Bleeding from Varicose Veins of the Stomach and Splenomegaly in the Background Idiopathic Myelofibrosis in Urgent Surgery. *Journal of experimental and clinical surgery* 2019; 12: 2: 123-126. DOI: 10.18499/2070-478X-2019-12-2-123-126.

Источник финансирования – личные средства авторов.

Участие авторов:

Ершов В.В. – основные этапы оперативного вмешательства, послеоперационное ведение пациента, анализ полученной информации.

Багрянцев М.В. — участие в оперативном вмешательстве, анализ полученной информации, литературный поиск.

References

1. Pearl Princess D. Vascular Diseases of the Spleen: A Review. *J Clin Transl Hepatol.* 2017; 5 (2): 152-164.
2. de'Angelis N. Incidence and predictors of portal and splenic vein thrombosis after pure laparoscopic splenectomy. *Surgery.* 2017; 162 (6): 1219-1230.
3. Kuroki T. Predictors of portal and splenic vein thrombosis after laparoscopic splenectomy: a retrospective analysis of a single-center experience. *Surg Today.* 2018; 48 (8): 804-809.
4. Shoar S. Portomesentric and splenic vein thrombosis (PMSVT) after bariatric surgery: a systematic review of 110 patients. *Surg Obes Relat Dis.* 2018; 14 (1): 47-59.
5. Alshreadah S, Alotaibi R, Aldabaeab A, Alhafid I. Thrombosis of the spleno-mesenteric portal axis following laparoscopic sleeve gastrectomy: A rare case report. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 43: 29-31.
6. Köklü S. Report of 24 left-sided portal hypertension cases: a single-center prospective cohort study. *Dig Dis Sci.* 2005; 50: 976-982.
7. Gouin B. Splanchnic vein thrombosis. *Rev Med Suisse.* 2017; 13 (586): 2138-2143.
8. Savchenko VG. *Diagnostika i terapiya ph-negativnykh mieloproliferativnykh zaboolevaniy (istinnaya politsitemiya, essentsial'naya trombocitemiya, pervichnyi mielofibroiz): klinicheskie rekomendatsii.* M. 2014; 81.(in Russ.)
9. Franco-Avilés L. Segmental portal hypertension with splenic vein thrombosis caused by pancreatitis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55 (60): 788-790.
10. Tefferi A. Splenectomy in myelofibrosis with myeloid metaplasia: a single-institution experience with 223 patients. *Blood.* 2000; 95(7): 226-2233.
11. Morbieu C. Systematic detection of portal or splenic vein thrombosis after splenectomy for immune cytopenia. *Am J Hematol.* 2018; 93 (7): 1-3.
12. Ozsay O. Hydatid cyst of the pancreas causing both acute pancreatitis and splenic vein thrombosis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2018; 100 (7):178-180.

Information about the Authors

1. Vladimir Vasilevich Ershov - M.D., associate Professor, scientific consultant of the surgical Department, City clinical hospital № 30 of Nizhny Novgorod, e-mail: maks-bagryantsev@mail.ru
2. Maxim Vladimirovich Bagryantsev - surgeon of the surgical Department, City clinical hospital № 30 of Nizhny Novgorod, e-mail: maks-bagryantsev@mail.ru