

LBRIS

We know
books

Prof. univ. dr. Mircea Chiotan

Dr. Cristina Popescu
medic primar - conf.
Univ - UMF București

BOLILE HEPATICE

pe înțelesul tuturor

(Ediție revizuită și adăugită)

M.A.S.T
2017

Toate drepturile rezervate

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

CHIOTAN, MIRCEA

Bolile hepatice pe înțelesul tuturor / prof. univ. dr. Mircea Chiotan, dr. Cristina Popescu. -

Ed. reviz. și adăug. - București : Editura M.A.S.T., 2017

ISBN 978-606-649-085-6

Conține bibliografie

Index

I. Popescu, Cristina

616

CUPRINS

Introducere.....	5
Ce urmărim prin această carte	6
Care sunt problemele de interes pentru populație	
Care este nivelul accesibil pentru înțelegerea	
noțiunilor prezentate.....	7
PARTEA I-a Ficatul sănătos.....	10
cap. 1. Originea ficatului	12
cap. 2. Câteva noțiuni de anatomie	14
cap. 3. Structura microscopică a ficatului	17
cap. 4. Funcțiile principale ale ficatului	
(noțiuni de fiziologie).....	20
PARTEA a II-a . Ficatul bolnav	30
cap. 5. Manifestările clinice ale ficatului bolnav.....	30
cap. 6. Investigația clinică și de laborator	
în bolile ficatului.....	39
PARTEA a III- a Bolile principale ale ficatului	46
cap. 7. Hepatitele acute virale	49
Hepatita acută cu virus A.....	53
Hepatita acută cu virus B.....	61
Hepatita acută cu virus C.....	67

Hepatita acută cu virus D.....	74
Hepatita acută cu virus E.....	77
Alte hepatite acute.....	78
Prevenirea hepatitelor acute virale.....	79
Hepatitele toxice.....	85
cap. 8. Hepatitele cronice.....	86
Diversitatea hepatitelor cronice.....	88
Tabloul clinic.....	93
Tabloul de laborator.....	99
Tratamentul hepatitelor cronice.....	103
cap. 9. Ciroza hepatică.....	107
Tabloul clinic.....	107
Tabloul de laborator.....	110
PARTEA a IV -a Bolile sistemului biliar.....	112
cap. 10. Disfuncțiile aparatului biliar.....	113
cap. 11. Infecțiile biliare.....	121
cap. 12. Icterul mecanic.....	129
cap. 13. Tumorile hepatice.....	136
PARTEA a V- a Dieta recomandată în bolile hepatice.....	142
Dieta în hepatite.....	144
Dieta în ciroza avansată.....	148
Dieta în bolile aparatului biliar.....	148
PARTEA a VI- a Terapia actuală în infecția cronică cu virus hepatitic C.....	159

INTRODUCERE

Bolile ficatului reprezintă un capitol de patologie de un interes cu totul deosebit prin diversitate, frecvență și tendință evolutivă, fiind prezente la orice vârstă. Dacă pentru unele dintre bolile ficatului – cu caracter netransmisibil, această sporire a frecvenței este doar o aparență datorată îmbunătățirii fără precedent a posibilităților de diagnostic, pentru altele se poate vorbi de o înmulțire reală a cazurilor – cazul infecțiilor cu virusurile hepatice. Aceste boli se impun atenției, astăzi mai mult ca nici o dată și datorită faptului că cea mai mare parte a lor demonstrează un caracter evolutiv, prin infecțiile cu virusuri hepatice, infecții ce pot sta la originea multor forme cronice de boală, și chiar a unor forme de cancer hepatic.

Mare parte din aceste adevăruri au devenit larg cunoscute, iar anumite aspecte și informații despre bolile de ficat au pătruns și în lumea nemedicală, a pacienților și a celor în contact cu ei, dar în majoritatea cazurilor, incomplet sau deformat, în măsură să se depărteze de dimensiunea reală a faptelor și să alimenteze adevărate povești, care mai de care mai sumbre sau – invers, mai spectaculoase. Asistăm la o psihoză în masă, alimentată de răspândirea deformată a realității.

Ca și în alte situații, singura cale de a îmbunătăți situația, este cunoașterea adevărului.

Originea ficatului

Atât la om cât și la animale, ficatul este printre primele organe ce se formează la embrion. Prima expresie anatomică a ficatului apare foarte devreme, în primele luni de sarcină, având la început o funcție tranzitorie în formarea globulelor sanghine. Treptat, pe măsură ce structura lui celulară devine mai complexă, diferențiindu-se structura caracteristică de filtru străbătut de sânge, se definesc diferitele tipuri de celule specializate pentru anumite funcțiile proprii. Până la naștere ficatul nu lucrează, este doar pregătit să intre în activitate, în această perioadă copilul primind toate constituențele necesare din sângele mamei, capabile se treacă prin țesutul special al placentei. La naștere, această sursă încetează brusc, moment în care ficatul își începe activitatea sa complexă.

Deși la naștere structura ficatului este definitivată, o mare parte din capacitatea lucrativă, funcțională, a ficatului nu este încă gata, maturarea funcțională desăvârșindu-se la scurt timp după naștere. Acest fapt determină un anumit grad de incapacitate de răspuns al nou născutului la anumite solicitări din afară – cum ar fi unele medicamente ce pot fi toxice la această vârstă (nou născutul ne putând controla degradarea și eliminarea lor, medicamentele se acumulează treptat și ating nivele toxice chiar dacă sunt administrate în doze aparent lipsite de risc). Această deficiență este cu atât mai mare dacă nașterea s-a produs prematur (înainte de luna a 9-a) și la cei născuți subponderal.

Pe măsura dezvoltării normale a sugarului, în scurt timp ficatul se maturează și își desăvârșește capacitatea de lucru. Zestrea celulară este atât de mare, încât un ficat normal poate asigura un volum de lucru de 7 ori mai mare decât necesitățile de lucru obișnuite unui om sănătos, dela vârsta copilăriei până la vârsta a 3-a, la bătrânețe.

Această rezervă funcțională se poate pierde, însă, cu timpul, pe nesimțite, prin îmbătrânire, dar mai ales este măcinată prin diverse agresioni ce survin de-a lungul vieții, mai ales toxice. Între acestea, cel mai nociv se dovedește alcoolul, dar și unele alimente – cum sunt condimentele iuți în exces și altele. Pe lângă alimentele și băuturile toxice, diferitele infecții și abuzuri medicamentoase își pun treptat amprenta, micșorând lent capacitatea de lucru a ficatului, uneori până la limita unei solicitări normale. Deprecierea sub această limită, sau în cazul confruntării cu o solicitare mai mare decât obișnuită (de exemplu, un consum ocazional, mai mare, de alcool) poate duce în această fază la exprimarea – pentru prima dată, a insuficienței hepatice. Nu înseamnă că acum a început suferința, ci doar acum a devenit manifestă – ea evoluând latent ani și ani de zile. Acest proces are loc în proporții diferite la majoritatea persoanelor, dar se exprimă clinic doar la cei ce se confruntă cu diverși factori de risc (de agresivitate) în mod repetat, cronic, de-a lungul vieții.

Ficatul mai demonstrează o calitate neobișnuită, și anume o capacitate de regenerare remarcabilă. Dacă, spre exemplu, a fost necesară îndepărtarea chirurgicală a unei părți din ficat (cazul unor chisturi, tumori, etc), din ceea ce rămâne pe loc se reconstituie cu timpul un adevărat ficat nou, în măsură să asigure satisfacerea integrală a solicitărilor metabolice. Și în cazul unor suferințe cronice prin

consum abuziv și îndelungat de alcool (cantități mici zilnice sau mai rar dar în cantități mari, repetate), la începuturile suferinței oprirea consumului poate fi urmată de regenerarea celulelor hepatice și “însănătoșirea” ficatului ca tot funcțional. Această șansă se pierde însă dacă se depășește momentul reversibil, astfel că se va ajunge într-un stadiu evolutiv avansat în care doar întreruperea expunerii la toxice nu mai este suficientă pentru însănătoșire – acest proces devenind din ce în ce mai greu de realizat, sau chiar imposibil.

Capitolul 2

Câteva noțiuni de anatomie

Ficatul este așezat în cavitatea abdominală, ocupând o porțiune întinsă a acesteia ce se proiectează la peretele anterior al abdomenului în zona dreaptă, acoperită de partea anterioară a ultimelor coaste (zonă ce poartă numele de “hipocondru” drept). El se situează imediat sub mușchiul “Diafragm” care separă cavitatea toracică de cavitatea abdominală.

În aceeași regiune a abdomenului se mai găsesc și alte organe (vezica biliară – aparținând de ficat, o parte importantă a intestinului gros, rinichiul drept și chiar o parte a stomacului și duodenului – acesta fiind prima porțiune de intestin ce pornește de la stomac); raporturile foarte apropiate cu acestea pot sta la originea unor confuzii în interpretarea unei eventuale dureri proiectate în această zonă. Se înțelege astfel că nu orice durere în hipochondrul drept înseamnă o boală de ficat !

La o persoană adultă, ficatul sănătos atinge dimensiuni mari, cântărind în jurul a 1500 grame (± 100 grame), dar cu ocazia diverselor îmbolnăviri poate crește sau scade în dimensiuni. La examenul clinic, ficatul dă o zonă de matitate la percuție ce măsoară normal circa 12-15 cm pe linia verticală ce trece prin mamelonul sânelui drept (“linia mamelonară”). El poate fi simțit la palpate ca o modificare de consistență față de restul abdomenului, fie în repaus respirator, imediat sub ultima coastă (sau în zona centrală unde se întâlnesc coastele din ambele părți), fie în timpul unei inspirații adânci (când persoana în cauză aspiră aer în plămâni). În timpul acestei manevre, persoana examinată simte contactul cu degetele examinatorului ca o senzație ușor neplăcută de presiune, nedureroasă. Când această manevră provoacă dureri, poate fi vorba de o boală a ficatului sau vezicii biliare, (și constituie un semn de diagnostic important)

Ficatul are o suprafață superioară netedă, de culoare maronie spre roșu închis, și o suprafață inferioară brăzdată de mai multe șanțuri adânci care formează la mijloc, oarecum, litera H; aceste șanțuri delimitează granițele între lobi ficatului (drept, stâng, pătrat și caudat). Împărțirea în lobi nu este doar la suprafață, fiecare din lobi având câte o ramură proprie din vasele de sânge și vasele ce scurg fierea (“bila”), ramuri ce se unesc imediat la ieșirea din ficat în dreptul barei orizontale a literei H de care am pomenit (zonă botezată “hilul” hepatic, ce s-ar traduce ca poarta ficatului)

Ramificațiile interne ale vaselor de sânge și ale vaselor biliare (ce scurg fierea) au condus la împărțirea lobilor în segmente și acestea în sectoare (cunoașterea acestora prezintă o importanță deosebită pentru chirurghi, orice sec-

ționare, orice îndepărtare operatorie a unei părți bolnave din ficat trebuind să respecte aceste diviziuni pentru a preveni hemoragiile ulterioare)

Sistemul biliar. În legătură strânsă cu ficatul – începând ca o structură intra-hepatică și terminând cu un sistem colector de canale exterioare ficatului – se constituie “arborele biliar”. Acesta este dispus precum sistemul de formare al apelor curgătoare – dela nivelul zecilor de izvoare, prin intermediul pâraiașelor, pâraelor, râurilor de dimensiuni tot mai mari, ce se varsă în sisteme colectoare mari – fluviile, etc. până la descărcarea în mare. În cazul nostru, arborele biliar ia naștere sub forma “capiliculelor” biliare intercelulare (vezi mai jos), ce se adună în “canalicule” (cele mai mici vase biliare cu perete propriu) apoi în canale biliare de dimensiuni din ce în ce mai mari, deservind sectoarele, segmentele și lobiile hepatice, canale ce se unesc în hilul hepatic, într-un colector comun (ce poartă numele de “canal coledoc”); fierea se scurge în arborele biliar într-un singur sens, dinspre ficat (locul de origine) spre intestin. Deoarece bila (fierea) este formată continuu în ficat, dar se varsă în intestin doar din când în când (doar când alimentele ajung în stomac și mai departe în duoden), în intervalele dintre mese, când bila mereu secretată nu se descarcă în intestin, aceasta se acumulează, sistemul fiind prevăzut cu o pungă laterală ce înmagazinează această bilă. Punga depozitară este bine cunoscută sub numele de “vezică” biliară (sau de “colecist”) și ea este în legătură cu canalul coledoc printr-un canal propriu foarte îngust (canalul “cistic”). Fierea trece prin canalul cistic în ambele sensuri (dinspre coledoc în vezică, în faza de acumulare, și invers în faza de descărcare). Descărcarea este asigurată de contractarea (compri-

mare) fibrelor musculare din peretele vezicii (la fel cum se descarcă vezica urinară în momentele de evacuare a urinei), proces care poate fi dureros – sau foarte dureros dacă această contractare se face împotriva unei rezistențe la evacuare – de obicei prin existența unor calculi (pietre) biliari ce astupă canalul cistic.

Capitolul 3

Structura microscopică a ficatului

La examenul cu microscopul, țesutul hepatic demonstrează o așezare specială a celulelor hepatice în cordoane ce se întind între două sectoare vasculare, și arteriole și venoase (ramuri fine ale vaselor de sânge, de dimensiuni microscopice) La un capăt se află vasele ce aduc sângele nutritiv pentru hrănirea ficatului în totalitate (arteriole provenite din “artera hepatică”) și venule provenind din “vena portă” (vas mare ce aduce la ficat sângele ce a irigat intestinul subțire pe toată întinderea lui și de unde a adunat toate substanțele nutritive resorbite din intestin după digestia acestora). Acest sânge parcurge spațiile dintre cordoanele de celule fiind adunat la capătul opus într-o venă “centrolobulară” – vene ce se strâng mai departe într-un vas mare ce conduce sângele la inimă. În acest sistem special, toată cantitatea de sânge care a preluat de la intestin substanțele nutritive absorbite este trecută ca printr-un filtru cu pori de dimensiuni microscopice prin masa de țesut hepatic.

Pe parcurs, celulele ficatului extrag din sângele sosit substanțele nutritive (pe care le prelucrează) dar și unele substanțe străine, toxice (înghițite ca atare sau născute în

intestin sub acțiunea microbilor ce se dezvoltă acolo), și chiar medicamente – pe care le degradează – cu eliminare ulterioară prin rinichi sau prin bilă. În același timp, celulele ficatului fac și officiu invers, de a descărca în sânge substanțe care traversează ficatul, o gamă foarte largă de substanțe sintetizate în ficat, necesare restului corpului (unii hormoni, glucoză – ce asigură arderile celulare și întrețin viața tuturor organelor din corp, grăsimi elementare și multe altele, printre care anumite substanțe speciale, constituenți ale sângelui. Aceste ultime substanțe se mențin între anumite limite bine cunoscute, scăderea lor putând fi interpretată ca semn de insuficiență hepatică, stare ce însoțește anumite boli severe ale ficatului (hepatite acute și cronice și ciroza hepatică).

Sistemul de dispunere a celulelor în contact imediat cu sângele din vasele de sânge cu structură specială ce se strecoară printre cordoanele de celule hepatice (denumite tocmai din această cauză “sinusoide hepatice”) stă la originea împărțirii terminale în “lobuli” hepatici, ca unități funcționale. Fiecare celulă hepatică din structura cordoanelor celulare este scăldată la un pol de sângele în mișcare spre vena centrolobulară, iar la polul opus intră în contact cu “capiliculele” biliare (acestea sunt niște schițe primitive de canale biliare, ce se crează în spațiul dintre două cordoane învecinate de celule hepatice.

Celulele hepatice propriuzise reprezintă doar 65% din totalul celulelor din ficat.

Restul de 35% este reprezentat de alte celule ce aparțin pereților vasculari sanghini și biliari, dintre care unele sunt specializate, cu funcții proprii importante pentru întregul organism – despre care vom aminti în capitolul următor.

De o deosebită importanță este faptul că pierderea, din diverse cauze, a unui număr mare de celule hepatice și, mai ales, înlocuirea lor cu un țesut cicatricial obișnuit are, în timp, două consecințe majore:

– pe de o parte se ajunge la scăderea capacității funcționale, proporțional cu dimensiunea pierderilor celulare, până la starea de insuficiență hepatică;

– pe de altă parte se degradează structura de filtru fin a ficatului și ia naștere o rezistență progresivă în scurgerea sângelui prin ficat, putând ajunge în ciroza hepatică avansată – la “scăparea” unei părți din plasma sângelui în afara vaselor de sânge, cu acumularea lui în cavitatea abdominală -lichid liber ce poartă denumirea de “ascită” (Fenomenul a fost asemănat cu ridicarea treptată a unui baraj pe cursul unei ape curgătoare, ce duce la acumularea în spatele barajului a unei cantități tot mai mari de apă, până la revărsarea ei în afara spațiului propriu). La aceasta contribuie și rețeaua de vase limfatice care se află mai ales superficial – sub cămașa de înveliș a ficatului, și care preia la început o parte din sângele ce se acumulează. Depășirea capacității și a rețelei de vase limfatice determină apariția ascitei, și, concomitent, formarea unei rețele de vase sanghine colaterale ce conduc o parte din sângele abdominal stagnant către vasele de dincolo de ficat, ocolindu-l pe acesta. Deși, la prima vedere, circulația ocolitoare pare o soluție, în realitate aceasta antrenează noi necazuri:

– toxicele resorbite din intestin nu mai ajung să fie reținute de ficat și conduc la o stare de intoxicare cronică, caracteristică unora dintre bolile cronice de ficat

– vasele colaterale nou formate, având un perete friabil, se sparg cu ușurință fiind la originea unor sângerări digestive importante, uneori chiar mortale.

Funcțiile principale ale ficatului (Noțiuni de fiziologie)

Am făcut deja afirmația că ficatul a fost, pe bună dreptate, comparat cu o uzină complexă, sau, folosind termeni mai puțin pretențioși, cu un laborator central ce deservește organismul, un laborator prevăzut cu toate mijloacele pentru a putea executa concomitent sute de reacții chimice, prin care să coordoneze numeroase activități indispensabile întreținerii vieții.

Toate activitățile ce se derulează în ficat au primit numele de “funcții” ale ficatului.

Unii cercetători au identificat 16-17 funcții independente, dar independența lor este doar aparentă, întrucât deficiența unora poate influența decisiv buna desfășurare și a altora, datorită relațiilor reciproce dintre ele

1. Se obișnuiește să se folosească termenul de “funcție digestivă”, pentru a desemna participarea ficatului la digestia alimentelor înghițite. Această participare este concretizată prin secreția biliară (formarea și scurgerea fierei în intestin).

Bila este un lichid ușor vâscos, de culoare galben verzuie, foarte amar la gust, secretat de celulele hepatice, și care conține o serie de substanțe (pigmenți biliari sub forma de bilirubină, săruri ale acizilor biliari, colesterol, lecitine, mucus, alte săruri și altele). Între aceste componente există un anumit echilibru de concentrație care le menține în suspensie. Stricarea echilibrului printr-un exces al unor componente față de celelalte determină depunerea

lor, proces care conduce la formarea de calculi (pietre). Calculii se formează și în vezica biliară (cel mai frecvent) dar și în ficat, în interiorul canalelor biliare de calibru mai mare. Se poate vorbi de o predispoziție moștenită – mai ales pe linia sexului feminin, dar tendința de a forma calculi poate fi și dobândită, mai ales prin îngrășare, sedentarism, deviații alimentare, etc.

Secreția biliară este continuă. Scurgerea de-a lungul arborelui biliar este tot continuă, doar descărcarea în intestin este intermitentă, doar în perioadele de digestie a alimentelor înghițite. Încetinirea scurgerii poate fi determinată de unele boli – de obicei însoțite de icter – și poartă numele de “colestază”.

Descărcarea bilei în perioadele de digestie este coordonată pe cale nervoasă și humorală (anumite substanțe ce iau naștere în alte locuri și circulă prin sânge până la ficat determinând deschiderea sfincterelor și eliminarea încărcăturii de bilă în intestin). Prin sărurile biliare conținute, bila descărcată în intestin participă la digestia grăsimilor (împreună cu fermenții secretați de pancreas) Descărcarea nu se face toată deodată, – în cazuri de exces, determină accelerarea tranzitului intestinal (efect laxativ) – ci prin porțiuni mici și repetate pe o perioadă de timp mai lungă – ceea ce asigură desfășurarea fluentă a digestiei.

Pigmenții biliari nu au funcție digestivă, reprezintă forma de eliminare a unor resturi provenite din degradarea normală a hemoglobinei (din sânge). Bilirubina (partea cea mai mare a acestor pigmenți) dă culoarea galben-verzuie a bilei ; în intestin suferă o adevărată cascadă de reacții chimice de degradare sub acțiunea bacteriilor din intestin, produsele finale dând culoarea maronie normală a materiilor fecale (a scaunului).