



## ПОСТТРАВМАТИЧЕН ХЕМОПЕРИТОНЕУМ ОТ ЕКТОПИЧНИ ВАРИЦИ - РЯДЪК СЛУЧАЙ НА НЕТИПИЧНА ПЪРВИЧНА КЛИНИЧНА ИЗЯВА ПРИ ПАЦИЕНТ С ЧЕРНОДРОБНА ЦИРОЗА

А. Арабаджиев, Цв. Попов, Св. Маслянков, В. Павлов, В. Илинов, М. Соколов  
Клиника по хирургия към УМБАЛ „Александровска“ ЕАД  
Катедра по хирургия към МФ на МУ - София

## POSTTRAUMATIC HAEMOPERITONEUM FROM ECTOPIC VARICES: A RARE CASE OF AN ATYPICAL PRIMARY CLINICAL PRESENTATION IN A PATIENT WITH LIVER CIRRHOSIS

A. Arabadzhiev, Cv. Popov, St. Maslyankov, V. Pavlov, V. Ilinov, M. Sokolov  
Department of Surgery, University Hospital "Alexandrovska"  
Medical University of Sofia, Bulgaria

### РЕЗИЮМЕ

**Въведение:** Ектопичните варици са необичайни при портална хипертония и могат да се появят на всяко място в храносмилателния тракт, но най-често се наблюдават при гастроезофагеалната връзка. Кръвоизливът от ектопични варици обикновено е масивно и животозастрашаващо състояние. Поставянето на диагнозата често е трудна задача и оптимално лечение не е установено.

**Клиничен случай:** Ние представяме случай на 56-годишен мъж, постъпващ в спешно отделение (СО) с оплаквания от рязка, силна болка в горна коремна половина, появила се след битов травматизъм. Пациентът бе с анемичен синдром, хипотензия и хеморагичен шок. Компютърна томографска ангиография на гръден кош и корем изключва остра дисекция или аневризмални разширения на аортата. КАТ на корем с контраст идентифицира интрамурален хематом по задната стена на стомаха с хемоперитонеум. Пациентът бе опериран по спешност с извършване на дефинитивна хемостаза.

**Заклучение:** Интраперитонеалното кървене от ектопични варици при чернодробна цирроза е рядко животозастрашаващо състояние. Разпознаването и своевременното диагностициране може да улесни незабавното животоспасяващо лечение при циротичните пациенти, характеризиращи се с висока заболяемост и смъртност.

**КЛЮЧОВИ ДУМИ:** ектопични варици, портална хипертония, хемоперитонеум, хеморагичен шок, лапаротомия

### SUMMARY

**Introduction:** Ectopic varices are uncommon in portal hypertension and can occur anywhere in the digestive tract but are most commonly seen at the gastroesophageal junction. Bleeding from ectopic varices is often a massive and life-threatening condition. Diagnosis is often difficult, and optimal treatment has not been established.

**Clinical case:** We present a case of a 56-year-old man admitted to the emergency department (ED) with complaints of sudden, severe pain in the upper half of the abdomen that appeared after trauma in the home. The patient has an anaemic syndrome, hypotension and hemorrhagic shock. A CT – angiography (CTA) of the chest and abdomen does not confirm acute dissection or aneurysmal dilations of the aorta. Contrast-enhanced CT scan of the abdomen identified an intramural hematoma along the posterior wall of the stomach with hemoperitoneum. The patient underwent emergency surgery, and definitive hemostasis was performed.

**Conclusion:** Intraperitoneal bleeding from ectopic varices in liver cirrhosis is a rare, life-threatening condition. Recognition and prompt diagnosis can be a life-saving treatment in cirrhotic patients characterized by high morbidity and mortality.

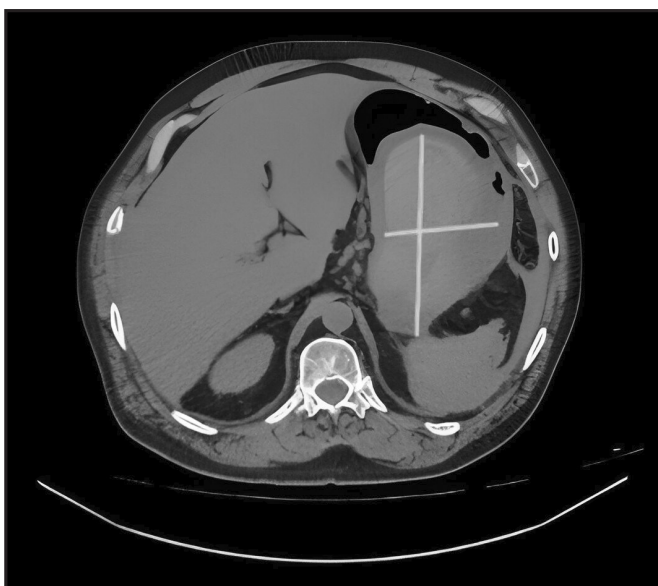
**KEY WORDS:** ectopic varices, portal hypertension, hemoperitoneum, hemorrhagic shock, laparotomy

## ВЪВЕДЕНИЕ

Вариците са абнормно разширени венозни съдове вследствие от портална хипертония и се наблюдават в около 50% от пациентите с цироза (1). Терминът „ектопични варици“ исторически е бил използван за описание на необичайно разширени вени в стомашната или чревната стена със склонност към гастроинтестинални кръвоизливи, и също така е прилаган при портосистемни колатерали в коремната стена и ретроперитонеума. Ектопичните варици могат да се дефинират най-добре като големи портосистемни венозни шънтове с високо налягане, възникващи навсякъде в перитонеалната кухина (2). Кървенето от тях възлиза на около 5% от всички случаи на варикозно кървене и се асоциира с висока смъртност (3-4). Освен това, лечението при кървене на ектопични варици е предизвикателство поради липса на утвърдени препоръки, основани на доказателства.



Фиг. 1. КАТ аортография отхвърля дисекцията или аневризма на абдоминалната аорта



Фиг. 2. КАТ данни за интрамурален хематом по задна стена на стомаха с размери 166/82мм

Коремната болка е чест симптом при пациенти с чернодробна цироза, постъпващи в спешно отделение (5). Етиологията на болката може да бъде свързана (асцит, спонтанен бактериален перитонит, портална венозна тромбоза) или несвързана (стомашна язва, холецистит, скелетно-мускулна болка) с чернодробното заболяване (6-7). Пациентите с цироза са с изявен симптомокомплекс и често имат психиатрични заболявания, което затруднява оценката на коремния статус (8-9).

Ние представяме случай на пациент с остър хирургичен корем след битова злополука, изразяващ се в интрамурален стомашен хематом и хемоперитонеум, клинично манифестиращ се с остра болка в горен коремнен етаж, хипотензия и хеморагичен шок. Пациентът бе опериран по спешност като бе извършена дефинитивна хемостаза.

## КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Мъж на 56 години с алкохолна цироза постъпва в СО с остра коремна болка в горен коремнен етаж след битов травматизъм. Чернодробната цироза при пациента не е диагностицирана до момента, както и не са установени езофагеални варици. Пациентът е употребявал алкохол до момента на травматизма. Болният отрича да е имал кървене от горен ГИТ, обективизиращо се с хематемеза, хематохезия или мелена.

При първичната оценка на пациента се установи хипотензия 71/34 mmHg, тахикардия (HR -118 bpm) и изразен хеморагичен шок с шок индекс (SI =1.5). Поради загуба на съзнание при пациента бяха предприети реанимационни грижи (подаване на кислород (масково), включване на кристалоидни разтвори, катехоламинава интравенозна инфузия). Коремният статус показва – мекоеластични стени с болка в епигастриума и ляво подребрие, мускулен дефанс. Отклоненията в лабораторните изследвания се изразяваха

в хемоглобин 114 g/l (135-180), еритроцити 3.3 10<sup>12</sup>/l (4.4-5.9), левкоцити 19.1 G/l (3.5-10.5), глюкоза 18.1 mmol/l (3.6-6.1), а-амилаза 128 U/L (0-100), липаза 65 U/L (0-60), креатинин 142 mmol/L (62-106).

Предвид наличния симптомокомплекс и суспекцията за остра дисекация или аневризъм на аортата се извърши компютър-аксиална абдоминална аортография, която не установи патология в областта на аортата (Фиг. 1).

След извършване на КАТ на корем с контрастно усилване, въпреки високите нива на креатинин, се установи остър интрамурален хематом по задна стена на стомаха с размери 166/82mm и руптура. Наличие на свободноподвижна течност (СПТ) – вероятен хемоперитонеум (Фиг. 2).

Извърши се оперативно лечение по спешност, като интраоперативно се установи хемоперитонеум (1000 мл) с ясна кръв и коагулими, които се евакуираха. Бурса оменталис - имбибирана и изпълнена с коагулими. След мобилизиране на стомаха се установи хематом по задна стена, обхващащ фундус, корпус и антрум с разслояване на серозата и пробив над гастрocolичния лигамент. Идентифицираха се два кървящи съда в областта на стената на стомаха, които се лигираха (Фиг. 3,4).

## ДИСКУСИЯ

Порталната хипертония се среща най-често при пациенти с хронично чернодробно заболяване и води до развитие на портосистемни шънтове в добре дефинирани анатомични места. Вариците на хранопровода са най-честият тип абдоминални варици с годишна честота 3-10%, като разпространението е по-високо при пациенти с по-напреднало чернодробно заболяване (10,11). Други типични места включват хемороидалните вени от долната мезентериална вена, комуникиращи с притоците на вътрешната илиачна вена и пъпната и периумбиликалните вени, дрениращи се към лявата портална вена и към епигастралните вени на предната коремна стена. Реканализацията на пъпната вена е известен като синдром на Cruveillier-Baumgarten (12,13). Съществуват шънтове на вените на Редиус между количните вени и лумбалните и долните интеркостални вени; панкреатични вени, свързващи слезката и лявата бъбречна вена; множество венозни канали, свързващи черния дроб с диафрагмата (вени на Sarrey) (12).

Ектопичните варици се определят като разширени портосистемни колатерални вени на места, които се срещат извън стомашната или езофагеалната област (11). Патогенезата на тези варици е свързана по подобен начин с повишено налягане в порталната циркулация поради чернодробното паренхимно заболяване или обструкция на екстрахепаталните вени, както се наблюдава при тромбоза на слезката или порталната вена (14). Въпреки, че ектопичните варици често се наблюдават при напречно сечение на КАТ при пациенти с цироза и портална хипертония, кървенето от тях е рядко (15). Когато настъпи руптура на тези варици, тя обикновено е тежка и има по-висок риск от повторно кървене (16).



Фиг. 3. Коагулими и кръв в бурса оменталис



Фиг. 4. Перфорация по задна стена на стомаха

При пациенти с цирроза и остра анемия без признаци на явно стомашно-чревно кървене е важно да се вземе предвид възможен кръвоизлив от ектопични коремни варици в диференциална диагноза. В нашия случай диагнозата беше поставена незабавно поради данните за травма и наличието на остра анемия, хипотония и хеморагичен шок, съпътстващи острия кръвоизлив. КАТ на корем с контрастно усилване има ключова роля за своевременната диагностика.

Все още няма стандартизирани препоръки за лечение на кървене от ектопични варици поради ниската честота и липсата на рандомизирани контролирани проучвания (1,11). Първоначалното лечение включва стабилизиране на хемодинамиката с обемна ресуситация и соматостатинови аналози (1,17,18). Ако възникне интралуминално кървене, хемостазата може да се извърши ендоскопски. Ако кървенето е рефрактерно на ендоскопска терапия или се появи в перитонеалната кухина, както е в представения от нас случай, може да се направи трансюгуларен интрахепатален портосистемен шънт (TIPS) за обременяване на порталното налягане (17). Наличието на хемоперитонеум неизбежно изисква хирургично лечение с оглед аспирация на кръвта и коагулумите, евакуация на наличните хематоми и, при наличие на перфорация на кух орган, за извършване на сатура (20). Друга индикация за хирургично лечение е и абдоминалният компартмънт синдром (21).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кървенето от ектопични варици е рядко и често представлява диагностично предизвикателство, тъй като може да бъде първата клинична изява на чернодробна цирроза с портална хипертония. Предвид възможността за разнообразни местоположения и различни прояви на кървене от тях, мултимодалният подход с участието на гастроентеролози, образнодиагностици и хирурзи е от изключителна важност. Ранната диагностика, в комбинация от ендоскопия и контрастна КАТ, е наложителна за откриване източника на кървене и за преценка на последващото лечение. При наличие на хемоперитонеум, хирургичното лечение е неизбежно и животоспасяващо.

---

## КНИГОПИС / REFERENCES

1. Portal hypertensive bleeding in cirrhosis: risk stratification, diagnosis, and management: 2016 practice guidance by the American Association for the study of liver diseases. Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. *Hepatology*. 2017;65:310–335. [PubMed] [Google Scholar].
2. Management of ectopic varices. Norton ID, Andrews JC, Kamath PS. *Hepatology*. 1998;28:1154–1158. [PubMed] [Google Scholar].
3. Sudden death due to hemoperitoneum following rupture of cirrhosis-related mesenteric varices. Polanen MS, Kodikara S. <https://doi.org/10.1016/j.ejfs.2011.05.001> *Egyptian J Forensic Sci*. 2011;1:77–79. [Google Scholar].
4. Ectopic varices. Sarin SK, Kumar CK. *Clin Liver Dis (Hoboken)* 2012;1:167–172. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
5. Patients with liver cirrhosis as frequent attenders of emergency departments. Chuang CJ, Wu YF, Wu KH, Chen YC. *Emerg Med Int*. 2020;2020:8289275. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
6. Acute abdominal emergencies in patients with cirrhosis causes. Finlayson G, Roth HP. *Arch Surg*. 1964;88:947–954. [PubMed] [Google Scholar].
7. The assessment and management of pain in cirrhosis. Klinge M, Coppler T, Liebschutz JM, Dugum M, Wassan A, DiMartini A, Rogal S. *Curr Hepatol Rep*. 2018;17:42–51. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
8. Depression in cirrhosis - a prospective evaluation of the prevalence, predictors and development of a screening nomogram. Buganza-Torio E, Mitchell N, Abraldes JG, Thomas L, Ma M, Bailey RJ, Tandon P. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019;49:194–201. [PubMed] [Google Scholar].
9. Depression in patients with cirrhosis. Impact on outcome. Singh N, Gayowski T, Wagener MM, Marino IR. *Dig Dis Sci*. 1997;42:1421–1427. [PubMed] [Google Scholar].
10. Non-invasive diagnosis of cirrhosis and the natural history of its complications. de Franchis R, Dell'Era A. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2007;21:3–18. [PubMed] [Google Scholar].

11. Updates in the pathogenesis, diagnosis and management of ectopic varices. Helmy A, Al Kahtani K, Al Fadda M. *Hepatol Int.* 2008;2:322–334. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
12. Elis H, Griffiths PWW, MacIntyre A. Hæmoperitoneum. A record of 129 consecutive patients with notes on some unusual cases. *British Journal of Surgery.* 1958;45(194):606–610. [PubMed] [Google Scholar].
13. Armstrong EL, Adams WL, Tragerman LJ, Townsend EW. The Cruveilhier-Baumgarten syndrome. Review of literature and report of two additional cases. *Annals of Internal Medicine.* 1942;16:113–151.
14. Medical and endoscopic management of gastric varices. Al-Osaimi AM, Caldwell SH. *Semin Intervent Radiol.* 2011;28:273–282. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
15. Varices in portal hypertension: evaluation with CT. Cho KC, Patel YD, Wachsberg RH, Seeff J. *Radiographics.* 1995;15:609–622. [PubMed] [Google Scholar].
16. Gastric varices: classification, endoscopic and ultrasonographic management. Wani ZA, Bhat RA, Bhadoria AS, Maiwall R, Choudhury A. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26958057/> *J Res Med Sci.* 2015;20:1200–1207. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
17. EUS-guided treatment of gastric fundal varices with combined injection of coils and cyanoacrylate glue: a large U.S. experience over 6 years (with video) Bhat YM, Weilert F, Fredrick RT, Kane SD, Shah JN, Hamerski CM, Binmoeller KF. *Gastrointest Endosc.* 2016;83:1164–1172. [PubMed] [Google Scholar].
18. Acute variceal bleeding: risk stratification and management (including TIPS) Hernández-Gea V, Berbel C, Baiges A, García-Pagán JC. *Hepatol Int.* 2018;12:81–90. [PubMed] [Google Scholar].
19. Ectopic varices: anatomical classification, hemodynamic classification, and hemodynamic-based management. Saad WE, Lippert A, Saad NE, Caldwell S. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2013;16:158–175. [PubMed] [Google Scholar].
20. Abutaka A, Koshy RM, Abu Sabeib A, Toro A, Di Carlo I. Spontaneous hemoperitoneum, due to bleeding from retroperitoneal varices, in a cirrhotic patient: a case report. *Clin Case Rep.* 2015 Nov 18;4(1):51-3. doi: 10.1002/ccr3.427. PMID: 26783436; PMCID: PMC4706406.
21. Chan, Y. C. , Morales J. P., Reidy J. F., and Taylor P. R.. 2008. Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery? *Int. J. Clin. Pract.* 62:1604–1613.

**АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ:**

Д-р А. Арабаджиев  
Клиника по хирургия  
УМБАЛ „Александровска“ ЕАД  
Катедра по хирургия към МФ на МУ-София

**ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:**

Dr. A. Arabadzhiev  
Department of Surgery  
University Hospital “Alexandrovskia”  
Medical University of Sofia, Bulgaria