

I.1 SINDROMUL ESOFAGIAN

Sindromul esofagian reunește cele mai caracteristice simptome ale afecțiunilor esofagului: disfagia, regurgitația, durerea retrosternală și hipersalivația (sialoreea).

1. Disfagia este cel mai caracteristic și cel mai constant simptom de suferință esofagiană. Prin disfagie se înțelege dificultatea de a înghiți.

Bolnavul o descrie ca pe o progresiune dificilă a bolului alimentar de-a lungul esofagului, ca pe o dificultate de a înghiți, însoțită de senzația de a se îneca. Poate, de asemenea, să fie descrisă ca o senzație particulară de presiune sau jenă retrosternală sau ca o impresie că, la un anumit interval de timp de la înghițire, bolul alimentar se oprește undeva pe traseul esofagian, în funcție de nivelul obstacolului. Anamneza are un rol extrem de important de a analiza în amănunt condițiile în care apare disfagia și caracterul pe care îl poartă.

Cauzele disfagiei:

1. Afecțiuni neurologice: tetanus, encefalite, siringomieli, scleroză în plăci, sindroame nevrotice, diabet zaharat.
2. Afecțiuni extraesofagiene: anevrism de aortă, pericardită, malformații de arc aortic, tumori mediastinale, gușă ectopică, pleurezii, fundoplicatura totală prea strânsă.
3. Afecțiuni ale esofagului: esofagitele acute, diverticuli esofagieni, tumori esofagiene benigne, cancerul esofagian, esofagita peptică de reflux, stenozele esofagiene postcaustice și posttraumatice, esofag BARRETT, corp străin esofagian.
4. Afecțiuni ale cardiei: cardiospasmul, malpoziția cardio-tuberozitară, hernia hiatală, cancerul joncțiunii eso-gastrice.
5. Sclerodermia - poate afecta esofagul, determinând disfagie și arsuri retrosternale, funcționarea anormală a musculaturii esofagiene netede, fiind precedată de o atrofi miogenă, fibroză și depozite de colagen, ceea ce sugerează o componentă neurogenă.
6. Disfagia sideropenică, din stările de deficit grav de fier, descrisă mai ales la femei, este însoțită de anemie, splenomegalie și glosită, cunoscută sub denumirea de sindromul PLUMMER-VINSON.
7. Disfagia neurotică sau senzația de glob în gât, cunoscută sub denumirea de globus histericus, reprezintă un tip particular de disfagie, percepută de bolnavi ca o senzație de obstacol sau jenă persistentă retrosternală care însă nu are legătură cu deglutiția. Se pare că este vorba de spasme esofagiene care survin pe un teren extrem de labil neuro-vegetativ.
8. Disfagia lussoria (arc vascular subclavicular compresiv).

Modul de instalare: disfagia se instalează lent, progresiv, în cancerul esofagian și brusc în esofagitele acute sau în tulburările funcționale ale esofagului.

Modul de evoluție: disfagia este intermitentă și capricioasă în cardiospasm și în unele tumori benigne sau progresivă și ireversibilă în stenozele neoplazice sau inflamatorii.

În obstacolele mecanice ale esofagului (stenoze postcaustice, cancer, tumori benigne și compresiunile extrinseci), disfagia se instalează lent progresiv, mai întâi pentru alimente solide și apoi și pentru alimente lichide.

Dimpotrivă, în tulburările funcționale (spasmul esofagian, achalazia cardiei), disfagia se instalează brusc, are un caracter capricios și pasager și de multe ori este prezentă pentru alimente lichide și absentă pentru alimente solide (disfagia paradoxală). Disfagiile organice care se instalează brusc pot fi explicate prin suprapunerea elementului funcțional spastic pe o leziune organică incipientă.

2. Durerea retrosternală este percepută fie ca o senzație neplăcută de distensie sau de arsură, fie ca o durere chinuitoare asemănătoare cu constricția toracică, în acest ultim caz pretând la confuzii cu angina pectorală. Caracteristica durerii retrosternale de origine esofagiană este iradierea pe o zonă mai mare și simetrică, precum și asocierea cu celelalte semne ale sindromului esofagian. Durerea anginoasă este indicată de pacient cu degetul, fiind restrânsă la o suprafață mai restrânsă, în timp ce în infarctul de miocard durerea retrosternală este relatată de pacient și indicată cu toată palma, iradiind pe o suprafață mult mai largă.

În boala de reflux gastroesofagian, durerea ia un aspect de arsură retrosternală, de pirozis, cu iradiere ascendentă, fără periodicitate sau ritmicitate. Acest tip de durere poate, de asemenea, uneori să ia un aspect pseudoanginos, fiind însoțită de sete de aer.

Durerea de reflux poate fi declanșată postural, prin anteflexia trunchiului, semnul șiretului, al lui HILLEMANN, prin decubitul ventral sau lateral, sau prin eforturi fizice grele.

Poate fi, de asemenea, declanșată de ingestia de băuturi carbo-gazoase sau acidulate, de mese copioase sau de mese bogate ingerate seara târziu.

Alimentele sau drogurile care reduc tonusul SEI pot provoca crizele de pirozis: alcoolul, cafeaua, ciocolata, drogurile vasodilatatoare, antiinflamatoriile steroidiene sau nesteroidiene. În sarcină, refluxul gastroesofagian are o dublă cauzalitate: creșterea presiunii abdominale și influența progesteronului asupra tonusului SEI.

Acest tip de durere din BRGE este calmată de alcaline, antisecretorii, antiacide, sau lapte (deși uneori laptele poate provoca o creștere a secreției gastrice acide). În BRGE, durerile reprezintă manifestările fazei de debut, de esofagită superficială, congestivă, edematoasă. Ea se estompează odată cu instalarea disfagiei.

Durerea din cancerul esofagian este tardivă, inconstantă, capricioasă și imprevizibilă. Se instalează, de obicei, atunci când invazia tumorală interceptează filete nervoase, ceea ce se întâmplă în stadiile avansate. Se prezintă ca o durere de intensitate variabilă, de multe ori destul de intensă, cu sediu toracic sau toracoabdominal în funcție de localizarea tumorii, care nu se calmează la antialgice de rutină, antisecretorii sau antispastice, dar cedează la administrarea de morfină.

Diagnosticul diferențial al durerii retrosternale de origine esofagiană evocă o serie de afecțiuni cum ar fi: ischemia miocardului, pancreatita acută, ulcerul gastro-duodenal și complicațiile sale perforative și penetrante, colica veziculară, colica biliară, sindromul intestinului iritabil, cancerul pancreatic, sindromul TIETZE, pleureziile sinusului costo-diafragmatic, pleurodinia, nevralgia intercostală, tumorile mamare, tumorile pulmonare, zona zoster.

3. Regurgitațiile constau în revenirea alimentelor înghițite în cavitatea bucală, imediat sau tardiv după ingerarea acestora, fără efortul de vărsătură, fără greață și fără contracția musculaturii abdominale.

Numite impropriu și vărsături esofagiene, regurgitațiile apar imediat după deglutiția alimentelor și atunci traduc un obstacol înalt sau pot să apară tardiv după alimentație, atunci când obstacolul este jos situat, iar esofagul s-a dilatat și a fost obligat să preia rolul de rezervor temporar.

Conținutul regurgitațiilor este, de obicei, alimentar și salivar, caracteristica fiind absența acidului clorhidric și absența modificărilor determinate de faza gastrică a digestiei.

Uneori, din cauza stazei îndelungate a alimentelor în porțiunea distală mult dilatată a esofagului sau într-un diverticul esofagian, conținutul regurgitațiilor poate avea un miros fetid.

În cancerul esofagian au fost descrise din punct de vedere semiologic, două sindroame mari: sindromul cervical sau toracic superior, iar cel de-al doilea sindromul toracic inferior.

Sindromul toracic superior este format din următoarele simptome și semne:

- regurgitația imediată;
- tusea chintoasă;
- striuri sangvinolente sau sânge franc în conținutul regurgitației;
- tusea însoțită de sufocare după ingestia de lichide este un semn patognomic pentru comunicarea patologică a esofagului cu căile respiratorii;
- prin iritația simpaticului cervical poate apare sindromul CLAUDE-BERNARD-HORNER (mioza, enoftalmie, ptoza pleoapei superioare).

Sindromul toracic inferior este format din:

- vărsături esofagiene sau regurgitații;
- dureri epigastrice înalte;
- hemoragii digestive superioare (hematemeza și melena).

4. Sialoreea însoțește de obicei majoritatea proceselor patologice esofagiene.

I.2 TULBURĂRILE DE MOTILITATE

I.2.1 ACHALAZIA CARDIEI

Achalazia cardiei este un sindrom datorat imposibilității cardiei de a se relaxa dincolo de tonusul normal de repaus.

Cardiospasmul reprezintă o contractură permanentă a cardiei, cu o intensitate mai mare decât tonusul normal de repaus.

Între cauzele apariției bolii au fost incriminați numeroși factori: spasmul esofagian, factori mecanici (compresiunea esofagiană sau traumatismele), factori congenitali, factori neurogeni sau factori inflamatori).

Factorii neurogeni sunt reprezentați de degenerescenta sau absența celulelor ganglionare ale plexului lui AUERBACH din esofagul inferior sau o leziune primară extraesofagiană la nivelul nervilor vagi sau a nucleilor centrali.

Factorii inflamatori ar fi reprezentați de infecții bacteriene sau virotice sau infestări cu paraziți care determină un proces inflamator local, urmat de spasm esofagian, ischemie, degenerarea celulelor nervoase și dispariția lor urmată de obstrucție funcțională permanentă.

Consecința pe plan clinic este apariția disfagiei cu un caracter aparte, paradoxal.

Examenul baritat prezintă o dilatație cu aspect de obuz, care la nivelul joncțiunii gastro-esofagiene se subțiază realizând un aspect tipic de cioc de pasăre sau ridiche.

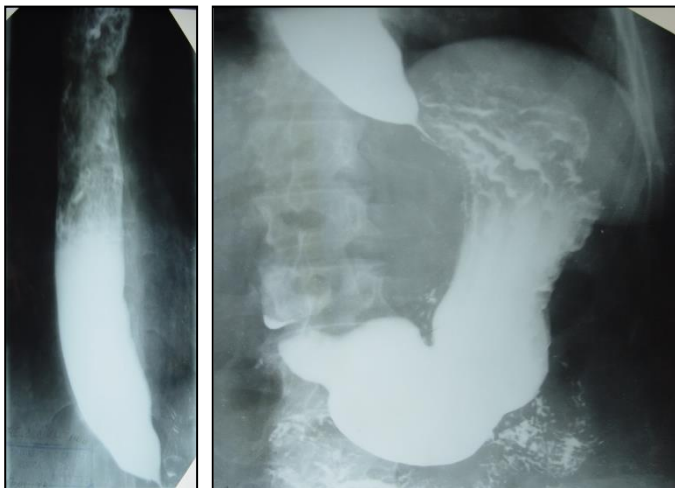


Fig. 1. Achalazia cardiei, imagini radiologice care prezintă megaesofagul și aspectul sugestiv al stenozei esofagiene distale axiale și filiforme.

Datorită stazei ia naștere un proces de esofagită cronică, endoscopia putând evidenția ulcerații ale mucoasei însoțite uneori de hemoragii. Manometria esofagiană pune în evidență lipsa peristaltismului esofagian, hiperpresiunea de la nivelul esofagului inferior și deschiderea inadecvată a sfincterului esofagian inferior.

Tratamentul chirurgical își propune ca obiective scăderea rezistenței sfincterului esofagian inferior și facilitarea evacuării esofagului prin secționarea fibrelor musculare care îl înconjoară (HELLER, 1913), operație numită esocardiomiectomie distală extramucoasă. Incizia trebuie să se întindă pe fața anterioară a esofagului distal pe o distanță de minimum 6-8 cm, depășind cardia pe fața anterioară a stomacului cu minimum 2 cm, pentru ca rezultatul funcțional să fie satisfăcător. În 1991 SHIMI realizează prima esocardiomiectomie HELLER pe cale laparoscopică.

Abordul laparoscopic oferă o vizibilitate magnifică, detaliile care se pot observa prin laparoscopie neputând fi sesizate în chirurgia clasică, motiv pentru care unii consideră că această operație este născută pentru tehnica laparoscopică.

Pregătirea preoperatorie implică o evacuare și o spălare a esofagului în dimineața intervenției chirurgicale, cu ajutorul unei sonde nazo-gastrice, pentru a evita aspirația conținutului esofagian în căile respiratorii în momentul inducției și a reduce riscul contaminării peritoneale în cazul perforării accidentale a mucoasei esofagiene în timpul miotomiei.

Punctele de abord sunt identice cu cele utilizate pentru abordul laparoscopic al herniilor hiatale, cele cinci trocare fiind de aceleași dimensiuni și facilitând pasajul aceluiași instrumente.



Fig. 2. Poziția trocarelor pentru executarea esocardiomiectomiei laparoscopice, respectă aceleași puncte de abord cu herniile hiatale.

Operația începe prin inducerea pneumoperitoneului și obținerea unui câmp operator cu o vizibilitate maximă asupra ligamentului gastro-hepatic și a esofagului abdominal, prin ridicarea ficatului cu retractorul subxifoidian și tracționarea în jos a joncțiunii cardioesofagiene cu ajutorul unei pense BABCOCK.

Deschiderea ligamentului gastro-hepatic trebuie plasată cât mai cranial pentru a nu leza ramurile nervului lui LATARJET și ramurile arterei gastrice stângi.

Urmează abordarea hiatusului esofagian printr-o incizie transversală a peritoneului parietal posterior, cu disecția stâlpilor diafragmatici în porțiunea lor cranială și menajarea pe cât posibilă a membranei freno-esofagiene. La disecția pilierului drept se va evita lezarea vagului posterior, iar la mobilizarea esofagului față de pilierul stâng se va identifica nervul vag stâng.

Expunerea feței anterioare a esofagului prin tracțiunea efectuată de pensa BABCOCK plasată subcardial, va permite inițierea miotomiei în treimea medie anterioară a acestuia de partea stângă a nervului vag drept, pentru a nu-l secționa. Incizia va fi efectuată cu o foarfecă boantă sau cu cârligul electrod, dilacerând fibrele musculare până la planul submucos, mergând cranial și distal în acest spațiu pentru a ridica fibrele musculare circulare, a le încălca pe cârligul electrod și a le secționa la distanță de mucoasă, pentru a evita perforațiile imediate sau tardive. Această manevră poate fi efectuată și cu foarfeca laparoscopică racordată la stația de electrocoagulare sau cu foarfeca cu ultrasunete.

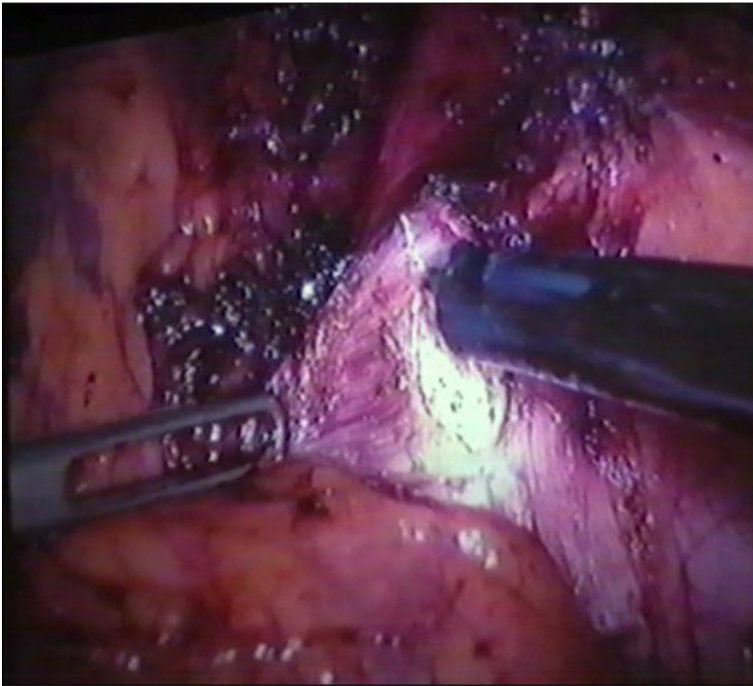


Fig. 3. Secționarea fibrelor musculare circulare ale stratului profund, permite protruzia mucoasei esofagiene prin plaga de esomiotomie.

Cu cât se coboară mai mult spre cardiac, aderența dintre fibrele musculare și mucoasă este mai pronunțată, identificarea spațiului dintre acestea fiind din ce în ce mai dificilă, iar riscurile de perforație mai mari. În această regiune există și un al treilea plan muscular reprezentat de fibrele oblice ale lui HELVETIUS, care trebuie și ele secționate. Incizia trebuie să coboare cu cel puțin doi cm sub cardia pentru ca boala să nu recidiveze, atingând în final aproximativ 8-10 cm în total. Declanșarea unei hemoragii în această zonă trebuie tratată prin compresie hemostatică cu ajutorul unei comprese, fiind de evitat hemostaza prin electrocoagulare.

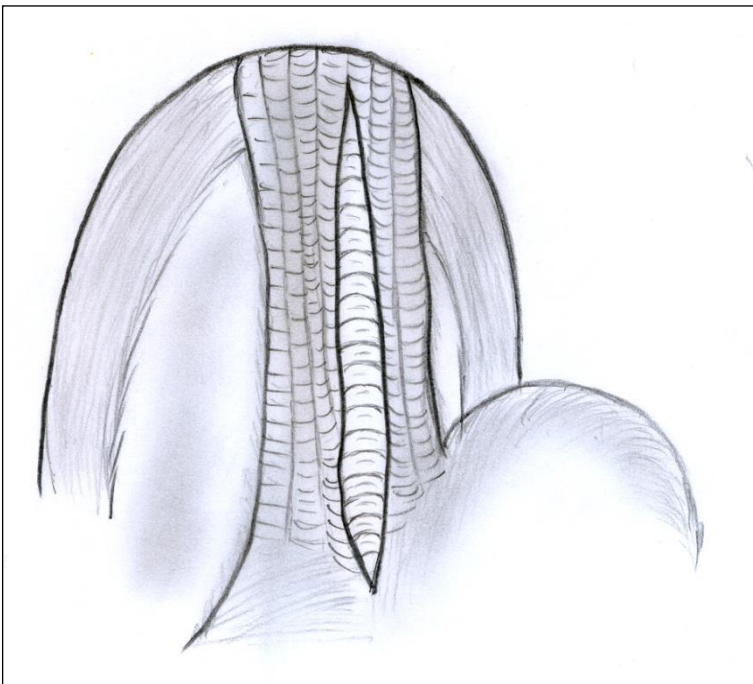


Fig. 4. Aspectul final schițat al esocardiomiotomiei HELLER, locul de elecție, lungimea și limitele acesteia.

Secționarea integrală a fibrelor circulare, determină o protruzie a mucoasei și o îndepărtare a celor două margini ale inciziei, fenomene care, dacă nu se întâmplă, semnaleză prezența unor fibre circulare reziduale. Acestea trebuie vizualizate pe cale laparoscopică sau identificate prin diafanoscopie endoscopică esofagiană, pentru a fi interceptate și secționate.

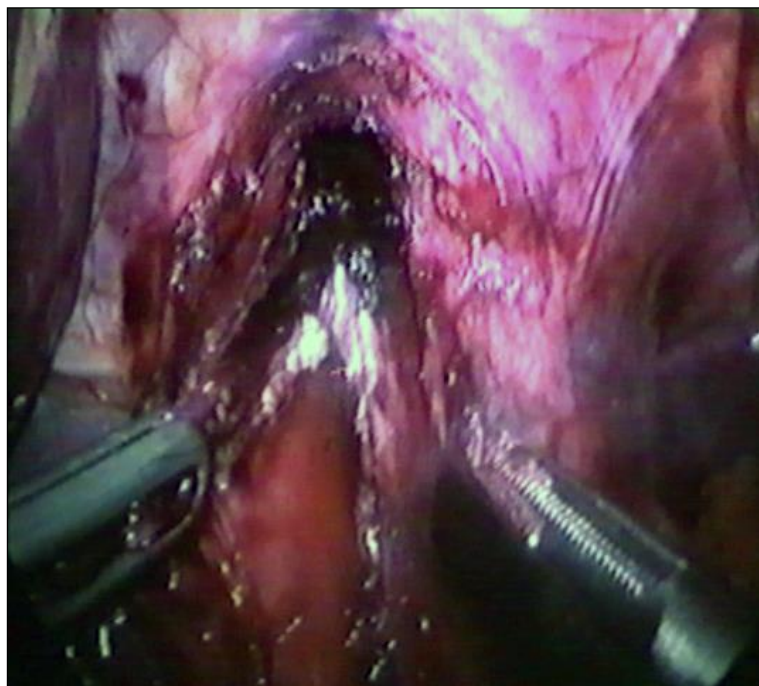


Fig. 5. După secționarea planurilor musculare în planul profund se remarcă mucoasa esofagiană eliberată pe toată lungimea secțiunii.

Riscul mare de perforație impune o verificare temeinică la finalul procedurii, fie prin introducerea de albastru de metilen în esofag fie prin inundarea regiunii cu ser fiziologic pentru a urmări extravazarea albastrului de metilen sau prezența de bule de gaz. Prezența unei perforații, care apare cel mai frecvent la nivelul regiunii cardioesofagiene, poate fi tratată tot pe cale laparoscopică prin sutură și aspirație gastrică menținută minimum trei zile.

Urmările postoperatorii se încadrează, în general, în evoluția simplă pe care o înregistrează cazurile operate pe cale laparoscopică, cu câteva excepții, din fericire rare, dar destul de invalidante.

Disfagia postoperatorie se datorează, în general, unei tehnici incorecte: fie nu au fost secționat toate fibrele circulare, fie incizia nu a coborât suficient de mult pe stomac. Persistența disfagiei reziduale după câteva săptămâni, impune fie dilatarea pneumatică a cardiei, fie reintervenția.

Perforația tardivă poate apare între ziua a 4-a și a 7-a, prin detașarea unei escare a mucoasei produsă prin electrocoagulare. Aspectul clinic este de instalare a unui abdomen acut de tip peritonitic, care impune intervenția chirurgicală de urgență.

Apariția refluxului gastroesofagian, reprezintă rezultatul unui exces de tehnică, deși în comparație cu operația pe cale clasică, intervenția laparoscopică afectează mult mai puțin mijloacele de fixare a esofagului la diafragm.

Asocierea unei valve de 360 de grade, procedeul HELLER-NISSEN, creează uneori o presiune esofagiană prea mare, disproporționată față de scopul propus, ceea ce ar permite cel puțin teoretic reparația disfagiei.

Procedeul HELLER-DOR sau asocierea unei hemivalve anterioare este ușor de realizat laparoscopic, determină o creștere a presiunii în esofag în măsură să prevină refluxul, împiedică reunirea marginilor miotomiei și protejează mucoasa esofagiană în cazul perforațiilor suture.

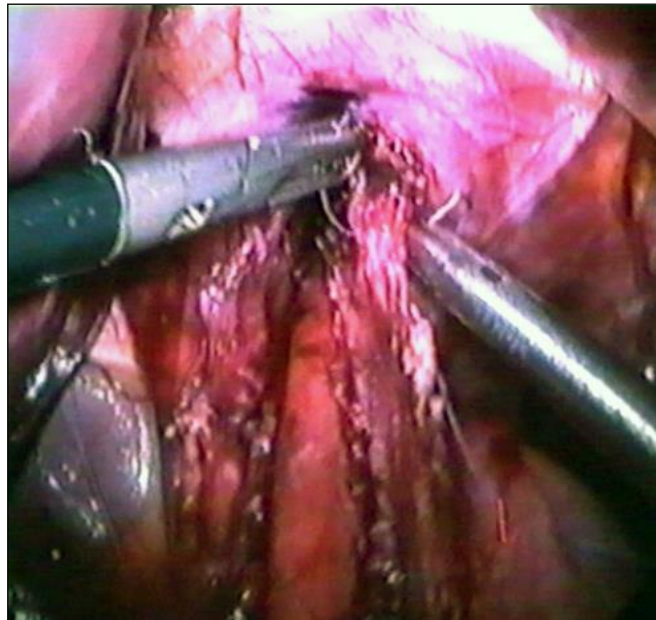
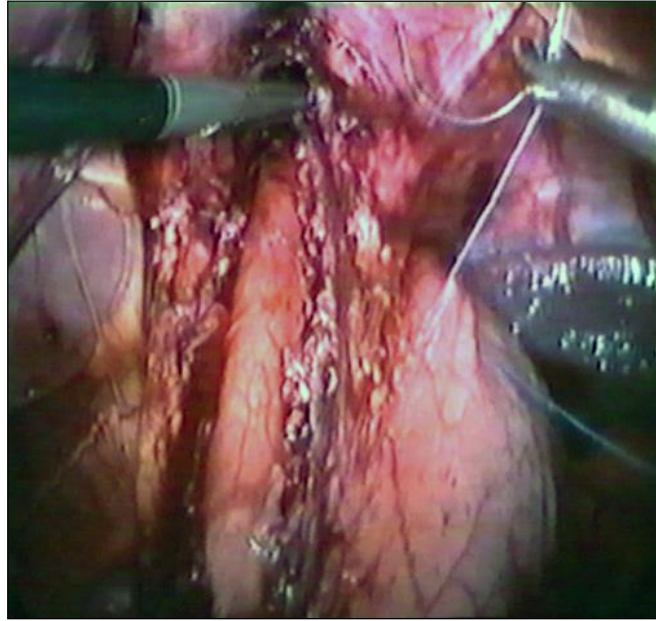


Fig. 6 (A și B). Fixarea transei stângi a esomiotomiei la marea tuberozitate gastrică, cu puncte de sutură separate, reprezintă primul timp în confecționarea fundoplicaturii anterioare.

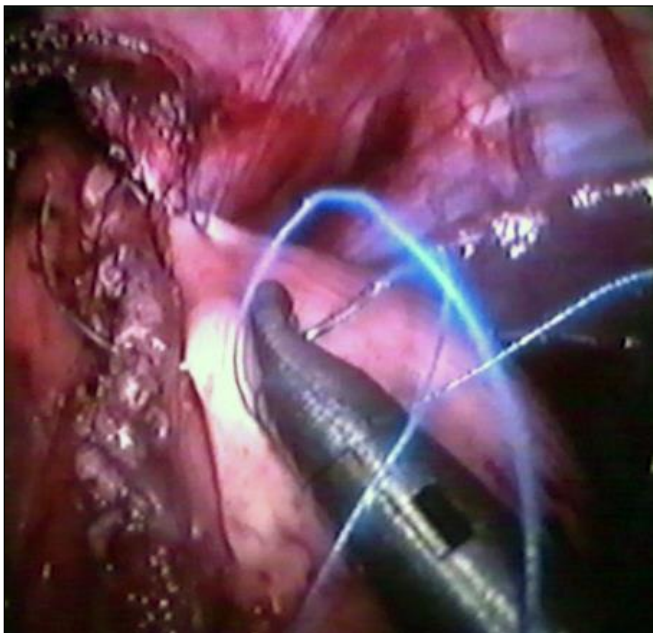


Fig. 7. Definitivarea fundoplicaturii anterioare prin fixarea mării curburi gastrice la tranșa dreaptă a esocardiomiotomiei.

Varianta HELLER-TOUPET sau asocierea unei valve posterioare permite, de asemenea, obținerea unor rezultate bune prin absența disfagiei reziduale și a refluxului gastroesofagian. În această variantă, cele două margini ale cardiomiectomiei vor menține beantă transa de secțiune musculară esofagiană, prin fixarea lor de fiecare parte la peretele gastric al fundoplicaturii posterioare.

JACKSON diferențiază cardiospasmul de achalazie, considerându-le două stadii succesive ale aceleiași boli. Cardiospasmul este definit ca o contractură permanentă cu intensitate mai mare decât tonusul cardiac în repaus, pe când achalazia reprezintă un sindrom datorat imposibilității cardiacii de a se relaxa dincolo de tonusul normal de repaus.

Esomiectomia endoscopică reprezintă o variantă recentă a operației HELLER, utilizând un endoscop multifuncțional cu mai multe canale de lucru. Intervenția debutează cu identificarea endoscopică a esofagului abdominal unde se efectuează o incizie minimă a mucoasei esofagiene. Pe această cale se pătrunde în spațiul dintre submucoasă și stratul circular al musculaturii esofagiene începând miectomia endoscopică de la acest nivel. Rând pe rând sunt secționate fibrele stratului muscular circular și apoi ale stratului muscular longitudinal al esofagului. Secțiunea este extinsă pe o distanță de 8-10 cm, asemănător esomiectomiei clasice sau laparoscopice. După controlul hemostazei, breșa mucoasei esofagiene este închisă cu ajutorul unor clipuri endoscopice (B. DALLEMAGNE).

I.2.2 SPASMUL ESOFAGIAN DIFUZ – ESOFAGUL HIPERFUNCȚIONAL

Boala a fost descrisă de THOMAS WILLIS în anul 1672. Se mai numește esofag hiperfuncțional, esofag în tirbușon sau spărgătorul de nuci, datorită spasticității segmentare exagerate.

Apare cu predominanță spre senescență, având drept suport morfofuncțional o degenerescență a celulelor ganglionare din plexul mienteric AUERBACH datorată aterosclerozei.

Mecanismul prin care apar în salve contracții exagerate ale stratului circular este reprezentat de un dezechilibru de contractibilitate între cele două straturi musculare, datorate degenerescenței ganglionare.

Tabloul clinic este dominat de durere, disfagie și anxietate, la care se adaugă uneori și slăbirea ponderală datorată inaniției.

Disfagia poate fi intermitentă dar poate să și lipsească din manifestările bolii. În schimb durerea este severă, colicativă, percepută ca un disconfort în jumătatea inferioară a sternului cu iradiere la baza gâtului. Poate fi confundată cu ușurința cu crizele de angină pectorală.

Diagnosticul se stabilește pe baza tranzitului esofagian, care pune în evidență secuze sau spasme segmentare suprapuse sau succesive, care uneori pot să sugereze și un aspect pseudodiverticular. Contracțiile terțiare pot fi urmate de o anticontrație, realizând în ansamblu aspectul unor mișcări de brasaj sau de frământare.



Fig. 8. Radiocinerematografia surprinde contracțiile supraetajate cu aspect de spasme esofagiene.

Tratamentul chirurgical, asemănător cu cel adresat achalaziei cardiei, este reprezentat de esofagmiotomie, a cărei limită superioară merge până la arcul aortei, iar limita inferioară se oprește la nivelul esofagului distal, dacă SEI este normal. HENDERSON asociază esomiectomiei înalte și un procedeu antireflux.