

Anatomia si fiziologia esofagului

Esofagul este segmental tubului digestiv care face legatura dintre hipofaringe si stomac strabatand regiunea cervicala, mediastinul posterior si ajungand in regiunea abdominala subdiafragmatica. Are o lungime de ~ 25 cm si un diametru de 2,5 – 2 cm. De-a lungul parcursului sau traiectul nu este rectiliniu el prezentand usoare curburi atat pe plan frontal cat si sagital consecutive mularii pe coloana vertebrala si a rapoartelor cu organele vecine: arcul aortic, bifurcatia traheala, pericardul. Calibrul sau cunoaste trei zone cu calibrul diminuat numite stramptorari fiziologice: cricoidiana, bronhoartica si diafragmatica. Din punct de vedere a rapoartelor anatomice, esofagul, in regiunea cervicala este plasat in fata corpilor vertebrali in spatele axului traheal, usor deplasat spre marginea stanga a traheei (calea de abord a esofagului este cervicotomia stanga) care mediaza raportul cu glanda tiroida. Lateral se gaseste pachetul vasculonervos al gatului. In portiunea toracica, esofagul se afla in mediastinul posterior in raport anterior cu arcul aortic si bronhia stanga, cu aorta descendenta pe a carei margine dreapta coboara pana in dreptul vertebrei toracice VII unde trece anterior de aorta avand in fata pericardul (fundul de sac Heller) si atriumul drept pentru a se angaja prin hiatusul esofagian al diafragmului in abdomen. Esofagul este in raport cu canalul toracic care se gaseste pe fata posterioara, vena azigos si hemiazigos care dupa confluarea lor dreneaza sangele venos spre vena cava superioara. Cei doi nervi vagi bine individualizati in regiunea cervicala la nivelul toracelui vin in contact cu peretele esofagian si prin divizarea in ramuri formeaza un plex periesofagian care va duce la amestecul fibrelor nervoase intre cei doi nervi vagi. In treimea inferioara subdiafragmatica nervii vagi se reconstituie in doua trunchiuri in nervul vag anterior si posterior situati pe fetele omonime ale esofagului abdominal.

Irigatia arteriala esofagului provine din artera tiroidiana inferioara, arterele intercostale, arterei diafragmatice si coronara gastrica. Vascularizatia se supleaza intre diferitele surse: chiar daca se scheletizeaza esofagul in jumatatea inferioara daca se pastreaza la fluxul arterial din arterele tiroidiene inferioare, esofagul ramane viabil. Drenajul venos porneste din niste lacuri venoase submucoase din care cele din treimea inferioara dreneaza spre vena porta prin intermediul venei coronare si venei splenice. Jumatatea superioara dreneaza spre sistemul azigos afluent al venei cave superioare. La nivelul esofagului prin intermediul plexului submucos si periesofagian se realizeaza o anastomoza portocava naturala care in sindromul de hipertensiune portala asigura drenajul venos din teritoriul port spre sistemul cav. Drenajul limfatic colecteaza limfa prin retea intramurala care va merge spre ganglionii cervicali profunzi si paratraheali, traheobronsici si mediastinali posteriori. Treimea inferioara a esofagului dreneaza limfa in ganglionii din jurul trunchiului celiac, al arterei coronare si al hilului hepatic.

Din punct de vedere al structurii peretele esofagian, acesta este format dintr-un strat muscular cu fibre longitudinale la exterior si un strat intern circular. Mucoasa este formata din un epiteliu stratificat care face trecerea de la epiteliul stratificat al mucoasei bucofaringiene spre mucoasa de tip gastric. Submucoasa este alcatuita din tesut conjunctiv aici gasindu-se capilarele arteriale si limfatice si lacurile venoase. Esofagul este invelit in portiunea toracica tesut conjunctiv, iar in abdomen de foita viscerală a

peritoneului abdominal. O zona importanta este jonctiunea cu stomacul care formeaza un complex numit cardiac. Vazuta de la exterior jonctiunea esogastrica are aspectul unei incizuri (cardica His) care determina in interiorul lumenului gastric un pliu mucos numit valva lui Gubarov. Este important de retinut ca in portiunea distala a esofagului sa descrie o zona circulara cu presiune crescuta care joaca rolul unui sfincter esofagian inferior. Studiile anatomice nu au putut identifica un sfincter anatomic. Deglutitia este un mecanism activ la care participa peristaltica esofagiana care face ca bolul alimentar sa progreseze de-a lungul esofagului. Progresiunea acestuia nu este uniforma existand incetiniri la nivelul ingustarilor esofagiene descrise anatomic.

Patologia esofagiana are ca si manifestare un tablou clinic cunoscut sub numele de sindrom esofagian care consta din semne caracteristice: disfagie, dureri retrosternale, sialoreea si regurgitare. Disfagia sau deglutitia dificila poate sa fie de intensitate variabila: de la o simpla dificultate pana la imposibilitatea deglutitiei oricarui aliment. In stenozele organice ea este progresiva declansata de alimentele solide si ulterior pentru pastoase si lichide. In tulburarile functionale disfagia poate fi paradoxala: dificultatea apare initial la ingestia de lichide. Sialoreea este simptom caracteristic stenozelor esofagiene si se manifesta prin o scurgere abundenta de saliva ce va duce la iritatiea tegumentelor peribucale. Durerea retrosternala este descrisa de senzatia de corp strain retroesofagian sau jena dureroasa in cursul deglutitiei. Regurgitarea consta in refluxul alimentelor inghitite. Ea poate sa fie precoce sau tardiva in obstacolele distale. Regurgitările tardive se caracterizeaza prin evacuarea de resturi alimentare alterate, esofagul transformandu-se dintr-un organ de pasaj intr-un organ de contentie.

Explorarea esofagului

- esofagoscopia cu endoscop flexibil este metoda cea mai rapida si sigura de diagnostic al leziunilor endoluminare, permite prelevarea de fragmente biotice efectuarea de manevre terapeutice (ligaturi sau sclerozari de varice esofagiene, extragere de corpi straini, plasari de stenturi);
- Ba-pasajul utilizeaza o pasta mai groasa si poate evidentia: imagini lacunare, stenoze, tulburarile de motilitate esofagiana, tranzitul esogastric, prezenta refluxului gastroesofagiana;
- Ecografia endoesofagiana – poate evalua gradul de penetrare a unei tumori esofagiene in grosimea peretelui si structurile mediastinale, adenopatii mediastinale.
- explorari tomografice: CT, RMN

Cancerul esofagian

Localizarea esofagiana a cancerului reprezinta 8 -10% din totalul cancerelor digestive existand o predilectie pentru sexul masculin si varsta de 50 -70 ani.

Anatomie patologica – localizarea cea mai frecventa la nivelul cardiac unde adesea este descris ca un neoplasm eso-cardio-tuberozitar nefiind definit cu certitudine punctul de plecare – gastric sau esofagian. Impreuna cu 1/3 inf. a cancerului acesta localizare reprezinta 2/3 din neo. esofagiene. Localizarea in 1/3 medie reprezinta ¼ din cazuri iar localizarile cervicale sub 10%. Neoplasmelor esofagiene care se dezvoltă in ½ sup. a

esofagului sunt carcinoame spinocelulare caracterizate prin faptul ca metastazeaza rapid. Carcinoamele $\frac{1}{2}$ inf. Sunt de obicei bazocelulare cu o crestere mai lenta. Localizarile la nivelul cardiei sunt adenocarcinoame. Formele rare sunt reprezentate de neoplasme infiltrative (schirul esofagian si foarte rar sarcoamele esofagiene). Macroscopic neoplasmul poate avea aspect conopidiform caracterizat prin faptul ca singureaza usor sau ulcero-vegetant caract. printr-o ulceratie intr-o formatiune tumorală cu margini rigide si ingrosate. Extensia cancerului esofagian se face local in sens vertical si circumferential ducand la stenoza progresiva a lumenului, penetrarea progresiva a peretelui esofagian, peretele esofagian odata depasit sunt invadate organele din jur. Neoplasmele situate in $\frac{1}{2}$ superioara invadeaza trahea sau arborele bronic si pot duce la constituirea de fistule esobronchice sau esotraheale. Diseminarea se face in ggl mediastinali. Cancerule in $\frac{1}{3}$ inf. disemineaza spre ggl micii curburii si ai plexului celiac dand metastaze la nivelul ficatului.

Tabloul clinic

Tabloul clinic este dominat de disfagia cu caracter progresiv. In mod paradoxal pacientii incearca intr-o lunga perioada sa disimuleze dificultatea de deglutitie prin alimentatia cu pastoase si lichide adesea ajungand sa fie dg. In stadii avansate in care sdr. disfagic nu le mai permite alimentarea. Pacientii pierd in greutate rapid, istoricul este scurt de ordinul 1-2 luni. Uneori debutul disfagiei poate fi brutal prin inclavarea unui bol alimentar in zona stenotica. In neoplasmele distale disfagia este mai precoce si la ea se adauga regurgitările alimentare care survin odata cu alimentatia. Ulterior datorita unui grad de dilatarea ultrastenotica regurgitările devin tardive. Durerea retrosternala nu este un simptom caracteristic putand apare sub forma de senzatie de plenitudine sau de corp strain retrosternal. Sdr. de impregnatie neoplazica dominat de pierderea ponderala, anorexie cu evolutie rapida face ca pacientul sa ajunga la consul medical in stare casectica.

In fazele terminale gasim semnele clinice ale complicatiilor consecutive invazia organelor vecine. Invazia recurentului - nervului recurent in localizarile inalte duce la disfonie, invazie laringiana. Invazia simpaticului poate da sdr. Claude-Bernard-Horner. Semnul patonomic a invaziei cailor respiratorii si constituirea unei fistule intre lumenul acestora si esofagian il constituie aparitia unei insuficienta respiratorii dupa ingestia de alimente cu tuse violente, dispnee. Perforatia formatiunii tumorale pot duce laprocese m. si pleurale complicatii hemoragice grave prin invadarea vaselor mari.

Ex.obiectiv se evidentiaza in mod obisnuit un pacient casectic la care putem constata prezenta adenopatiei supraclaviculare.

Diagnostic

De principiu orice suferinta care are simptomul este disfagia, iar investigatiile trebuiesc facute pana la infirmarea sau confirmarea diagnosticului. Algoritmul de dg. Cuprinde endoscopia esofagiana cu biopsia formatiunilor indentificate, ex. Radiologic care in fazele ini. Poate evid. O rigiditate seg, sau o diminuare de calibru esofagian pt. ca in fazele avansate semnele de stenoza esofagiana neoplazica sa fie evidente: imagini lacunare lumen esofagian ingustat filiform sau o nisa in platou cu rigiditate segmentara. Ex.tomografic si RMN precizeaza invazia structurilor vecine se apreciaza ca

evaluarea invaziei in sens axial poate constitui criteriu de apreciere a operabilitatii tum. cu mai mult de 7 cm lungime sunt rareori extirpate (D.Gavriliu)

Diagnostic diferential

Se face cu fictiuni esofagiene sau extraesofagiene care au ca manifestare clinica prezenta disfagiei. Herniile hiatale, diverticuli esof. Stricture benign esofagiene, esofagita de reflux, cardiospasm, sunt afectiuni ce pot avea ca si manifestare prezenta disfagiei. Dg. Diferential se face clinic prin caracterul progresiv cu istoric scurt si impreg. Neo. a tabloului cl. si se confirma fiind ex. endoscopic , ex. radiologic baritat si tomografic.

Afectiunile mediastinale (gusi plonjante sau aberante) aneurisme aortice, pericardita, prin compresiune extrinseca pot crea dificultati de dg. diferential.

Prognosticul cancerului esofagian este rezervat datorita intarzierilor de dg. si dificultati terapeutice. Neoplasmul bazo-celular are prognosticul cel mai bun datorita unei tendinte mai scazute de a metastaza cat si datorita radiosensibilitatii.

Tratament

Tratamentele neoadjuvante bazate de raduoterapie pot obtine o crestere a ratei de rezecabilitate prin scaderea volumului tumoral. Tratamentul pentru cancerul tiroidian consta in tratament de radio-chimioterapie preoperatorie urmat de tratament chirurgical.

Tratamentul chirurgical

Tratamentul chirurgical poate sa aiba drept scop obtinerea radicalitatii oncologice. Aceasta se obtine indepartand esofagul purtator de tumora (esofagectomia totala) impreuna cu ariile limfo ganglionare regionale si efectuand reconstructia digestiva prin inlocuirea esofagului fie cu stomacul ascensionat in regiunea cervicala fie interpunand un segment colic colo-esofagoplastie. Esofagectomia totala se poate face pe cale clasica aceasta presupunand un triplu abord toracic abdominal si cervical, in timpul toracic se scheletizeaza esofagul toracic din mediastinul posterior impreuna cu ggl regionali, timpul abdominal pregateste esofagul subdiafragmatic si mobilizeaza stomacul pentru al face apt de a ascensiona pana in regiunea cervicala. Timpul cervical in care se diseca esofagul cervical si se anastomozeaza fie la stomac fie la colon in cazul recoltarii unui segment colic in diferite variante in mod obisnuit un segment ingloband colonul transvers unghiul splenic avand drept picior vascular artera colica stg. sup. Acesta se trece retrogastric capatul proximal se anastomozeaza la esofagul cervical iar capatul distal se implanteaza pe fata ant. a stomacului. Esofagectomia totala poate fi facuta si pe cale minim invaziva prin care prin toracoscopie se diseca esofagul toracic pe toata lungimea prin abord laparoscopic se croieste folosind marea curbura un tub gastric care ramane atasat de esofagul abdominal. Intreg complexul se retrage in regiunea cervicala printr-o cervicotomie trecand tubul gastric pe drumul cel mai scurt care este mediastinul posterior. Acest tip de operatie este recomandabil pentru neoplasmul cu localizare cervicale si toracice. Neoplasmul esofagian situat in 1/3 inf. a esofagului si in reg. de jonctiune eso-cardiotuberozitar operatia de electie este esogastrectomia polara sup. Prin dublu abord abdominal si toracic (toracofenolaparotomie) in care se rezeca esofagul tumoral polul sup. gastric impreuna cu ariile limfo ggl iar stomacul se ascensioneaza transdiafragmatic in regiunea toracica unde se efectueaza anastomoza eso-gastrica.

Interventiile pe esofag deoarece sectioneaza nervu vagi impune efectuarea unei piloroplastii pentru evitarea spatiului piloric. Operatiile paleative se adreseaza situatiilor in care tumora nu este rezecabila si au drept scop paliatia stenozei esofagiene si pregatirea pacientului pt. tratament adjuvant. Aceasta se poate face fie prin plasarea unei proteze transtumorale endolumenale care are aspectul unei palnii iar armatura metalica face ca ea sa nu fie colabata de presiunea tumorala. In situatia in care proteza nu poate fi plasata o alta solutie poate fi By-passul tumoral cu colon plasat in mediastinul anterior fie efectuarea unei gastrostome sau jejunostome de alimentatie.

Cardiospasmul

Cardiospasmul este o afectiune care consta printr-o tulburare de evacuare a esofagului datorita unei constrictii idiopatice a jonctiunii esogastrice avand drept consecinta dilatata difuza a esofagului dedeasupra obstacolului care creste atat in lungime cat si in diametru. Boala a avut dealungul timpului denumiri diferite legate de etiopatogenia presupusa a afectiunii. Cardiospasmul (Mikulitz 1881) consta printr-o contractura permanenta in zona cu maxima presiune facand ca presiunea intraesofagiana sa fie mai mare decat tonusul normal al cardiei in repaus. Megaesofagul von Hacker 1907 poate fi congenital dar cel mai frecvent este secundar dilatatiei esofagiana avand drept cauza stenoza cardiei prin afectiuni diferite. Stenoza fibroasa, sindromul Schatzki (retractia inelara a esofagului inferior constituind un veritabil diafragm, ulcer esofagian, tumori benigne ale cardiei, etc. Acalazia cardiei (Hurst 1924) este un sindrom datorat imposibilitatii unui deficit de relaxare a cardiei in fata abordului alimentar. Valorile presiunii intraesofagiene sunt normale spre deosebire de cardiospasm.

Etiopatogenia

Anatomie patologica

Esofagul este dilatat megaesofag in diferite grade in functie de vechimea obstacolului si creste in lungime prezentand sinozitati (megadolicoesofag) portiunea abd. a esofagului nu este niciodata dilatata. Se produce o ingrosare a stratului muscular a peretelui esofagian in mod constant se constata o degenerare a celulelor ggl a plexului mienteric Aurbach.

Tablou clinic

Tabloul clinic este dominat de prezenta disfagiei. Aceasta se produce la debutul bolii in mod intermitent in timpul meselor obligand pacientul la diferite manevre care sa permita dilatata esofagului inferior (inspirul profund). Caracteristic pentru aceasta functionare este disfagia paradorsala: apare la lichide iar solidele trec relativ bine. Disfagia, dificultatea de inghitire are o evolutie intermitenta paradoxala dar cu timpul se accentueaza. Intr-o faza initiala esofagul are o activitate peristaltica crescuta incercand sa invinga obstacolul iar pacientul face diferite manevre pentru a facilita tranzitul alimentar: pauze intre deglutitii, inghititul in gol, hiperextensia capului si ducerea umerilor inapoi, inspiratii profunde. Odata cu accentuarea obstacolului si dilatata esofagului apar regurgitarea alimentelor aflate in esofag, bolnavul elimina resturi alimentare fetide si uneori abundente. Pacientii pierd in greutate putand ajunge casectici. Paralel cu simptomele cu sindrom esofagian pot sa apara semne consecutiv infectiilor pulmonare (pneumopatie prin aspiratie nocturna a continutului stagnand in esofag, bronsite cronice,

tabloul clinic fiind dominat de tusa sufocanta.

Diagnostic

Examenul radiologic stabileste diagnosticul constatand la examenul baritat dilatatia esofagiana importanta care cuprinde esofagul supradiafragmatic si in care bariul cade in lichidul de staza sub forma de "fulgi de zapada" in portiunea terminala se constata efilarea jonctiunii esogastrice care uneori permite un tranzit filiform datorita alungirii esofagului el poate lua portiunea terminala a literei S culcat ca o ridiche.

Esofagoscopia este utila pentru diagnosticul unei posibile tumori in reginea esofagiana.

Evolutie si complicatii

Evolutia cardiospasmului este imprevizibila, uneori se amelioreaza cu tratament conservator. In majoritatea cazurilor este insuficienta de evacuare a esofagului, se agraveaza dilatatia esofagului ce duce la staza alimentelor, leziuni de esofagita, pacientii se casectizeaza. Datorita abandonarilor procedurilor cu sonde rigide perforatia esofagiana a devenit o raritate.

Tratament

Tratamentul conservator medicamentos este aplicabil in formele usoare si consta din administrarea de medicamente ce produc o relaxare: nitritul de mil, nitroglicerina, antispasticele. Tratamentul endoscopic se face la ora actuala prin injectare de anatoxina botulinica in musculatura esofagului terminal in scopul de a obtine o paralizie a acestuia. Alte proceduri endoscopice abandonate dilatatorul pneumatic, dilatatorul mecanic, sonde rigide si semirigide. Distensia brusca pe care aceste dilatatoare o fac reprezinta o miotomie prin livursie dar rezultatele pe termen lung au fost proaste datorita procesului de fibroza care duce la reaptia obstacolului.

Tratamentul chirurgical consta din esofagocardiomiotomia extramucoasa operatia Heller, Drezda 1913. Miotomia se face pe toata lungimea esofagului abdominal urcand prin hiatus 1 – 2 cm deasupra si coborand pe fata anterioara a stomacului pana sub unghiul His. Miotomia care face ca intre buzele musculare sa hernieze mucoasa esogastrica va permite crearea unui lumen suficient de larg pentru a asigura tranzitul alimentar. Operatia se poate face pe cale clasica dar standartul este executia ei pe cale laparoscopica. Unele accidente reprezentate de perforatia mucoasei se corecteaza intraoperator pentru a evita refluxul gastroesofagian, operatia se termina prin efectuarea unei valve anterioare prin fornixul gastric care va placa miotomia efectuata (procedeu antireflux Dorr). Rezultatele procedurii operatorii sunt excelente.

STRICTURILE ESOFAGIENE

Stricturile sau stenozele esofagiene sunt rezultatul unui process de vindecare a unor leziuni esofagiene care duc in ultima instanta la diminuarea calibrului esofagian facand

imposibila alimentarea. Structura peretelui esofagian se modifica in sensul transformarii lui intr-un tesut cicatriceal fibros inextensibil. Cauzele cele mai frecvente acestui proces de remaniere sunt esofagitele care pot fi clasificate dupa cum urmeaza:

1. esofagite in cazul carentelor vitaminice (A,B,C),
2. esofagitele de reflux (refluxul gastro-esofagian,
3. procese inflamatorii (infectii) specifice: TBC, Sifilis, Actinomicoza
4. procese necrozante ale peretelui esofagian: prin decubit, ulcere esofagiene, varice esofagiene sclerozate- scleroterapie.
5. esofagite postcaustice prin substante corozive ingerate voluntar sau accidental.

Stenoza esofagiana postcaustica -reprezinta cauza cea mai frecventa de strictura esofagiana tratata in sectiile de chirurgie. Leziunile peretelui esofagian sunt produse de lichide caustice (baze sau acizi). Gravitatea leziunilor depinde de concentratia substantelor corozive, si timpul de contact.

Acizii concentrati determina o escara de coagulare care are un caracter partial protector al peretelui esofagian. Esofagul cu epiteliu pavimentos rezista mai bine la trecerea substantei active caustic, leziunile fiind mai grave la nivelul stomacului.

Bazele puternice, NaOH- soda caustica, produc o necroza care lichefieaza mucoasa esofagiana, consencinta a dizolvarii, distructiei proteice si saponificarii grasimilor. Leziunile cele mai grave sunt la nivelul esofagului, in zonele de ingustare fiziologica.

ANATOMIA PATOLOGICA

Asa cum am mentionat profunzimea leziunilor depinde de concentratia toxicului coroziv, de cantitatea de substanta ingerata si rapiditatea cu care este parcurs tubul digestive. Leziunile pot sa fie superficiale, localizate la mucoasa, care se va detasa sub forma de detritusuri necrotice, iar vindecarea poate sa fie prin regenerarea mucoasei, fara constituirea unei cicatrici stenozante. Leziunile profunde, cand necroza ajunge pana la nivelul statului muscular, poate fi de o asemenea gravitate incat poate sa se produca perforatia esofagului in vavitatile invecinate: arborele traheo-bronsic, mediastin, pleura si pericard. Acestea sunt cauze de gravitate extrema cu o mortalitate mare. Evolutia leziunilor esofagiene are loc in patru etape:

- faza necrotica in zilele 1, 4, in care se produce necroza parietala esofagiana,
- faza de ulceratie si granulare la 3,5 zile de la ingestie, in care se atinge maximul de fragilitate a peretelui esofagian si in cursul caruia tesaturile necrotice sunt eliminate,
- faza de granulatie dupa ziua a 7-a, in care apar structuri de collagen si fibrin,
- faza de cicatrizare incepe dupa saptamana a 4-a.

Procesul de cicatrizare, atunci cand distructiile necrotice se intand pana la musculature esofagiana, duc dupa un timp variabil, de luni de zile, in care clinic pacientul este aparent vindecat putandu-se alimenta convenabil la un proces de stenoza progresiva a lumenului esofagian. Tesutul fibros constituie zone de strictura caloasa care imprima

canalului esofagian dilatatie suprastricturale in care stagneaza alimentele, cat si curburile ale traiectului. Dilatatiile suprastricturale nu afecteaza uniform circumferinta. De obicei dilatatiile suprastricturale au forma o pungă laterala ca un diverticul excentric atasat lumenului suprastenotic. Aceasta dilatație excentrică creează un risc de perforație în timpul tratamentului conservator al stenozei prin dilatare. Sediul structurilor este preferențial la nivelul zonelor de îngustare fiziologice, iar gradul structurii este variabil până la dispariția totală a lumenului. Gradul stricturii este variabil până la dispariția totală a lumenului. Adesea leziunile stenozante esofagiane sunt însoțite de stenoze antrale gastrice postcaustice, care trebuie rezolvate, în prealabil de rezolvarea chirurgicală a stenozei esofagiene.

Tabloul clinic este corelat cu fazele pe care le parcurge evoluția leziunilor esofagiene. În primele zile, după accidental este reprezentat de înghițirea de substanțe corozive, tabloul clinic este dominat de semnele esofagitei acute: dureri retrosternale atipice, leziuni bucofaringiene care fac deglutiția imposibilă, manifestări generale legate de socul toxic și traumatic reprezentat de înghițire. Pacienții nu se pot alimenta, prezintă o sialorree pronunțată, regurgitații salivare, sângvinolente și eliminare de țesuturi necrozate. În această fază acută pacienții sunt, de obicei, spitalizați în secțiile de terapie intensivă fie, formele mai ușoare, în clinicile ORL.

După această fază acută a fost depășită, urmează o perioadă de reemisiune în care există senzația de vindecare aparentă, pacientul având o deglutiție rezonabilă, atât pentru solide cât și pentru lichide. Această fază debutează după săptămâna 2,3 și poate dura de-a lungul mai multor luni în mod variabil în cursul perioadei de cicatrizare. Această etapă de reemisiune este cu atât mai scurtă, cu cât leziunile esofagiene sunt mai profunde.

Odată cu consolidarea procesului de cicatrizare încep să apară progresiv simptomele sindromului de stenoza esofagiană. Pacientul constată apariția dificultăților la înghițirea alimentelor solide, apoi a celor pastoase, pentru că în final să aibă dificultăți și la înghițirea alimentelor lichide, lucrurile evoluează progresiv, lent, putând fi acutizate de inclavarea unui bol alimentar mnemestecat în dilatația suprastenotică. Cărbuncomitent pacienții constată o hipersalivare, cât și o pierdere progresivă în greutate. Pacientul netratat devine subnutrit, deshidratat, cu o deprimare a sistemelor imunitare ceea ce îi face extrem de sensibil la infecțiile intercurente. În final ne vom afla în fața unui pacient cu stare gravă de inanție, catabolic, hipoproteinemic, cu anemie și avitaminoză care în final vor duce la pierderea pacientului.

Diagnostic

Diagnosticul este în general ușor și se bazează pe datele anamnestice, relevante pentru înghițirea de substanțe corozive, pe evoluția trenantă cu perioadă de reemisiune urmată de instalarea sindromului de obstrucție esofagiană progresivă. Diagnosticul este confirmat de Ba pasaj cu o pastă subțire, care va evidenția: stenoza localizată unică sau stenoze multiple de-a lungul esofagului, alteori diminuări axiale a întregului traiect esofagian, întinderea și gradul stricturii, existența dilatațiilor suprastricturale. Tranzitul

baritat, de obicei gaseste un traiect filiform prin care defileele stenotice sunt depasite si el ajunge in stomac. Un moment important este evaluarea evacuării gastrice si identificarea stenozelor antrale.

Faringoesofagoscopia va preciza lungimea de bont esofagian neafectata in regiunea cervicala cat si prezenta sau nu a leziunilor faringiene.

Diagnosticul diferential. In majoritatea cazurilor diagnosticul este cert, iar diferentierea de alte cauze care pot sa duca la un sindrom de stenoza esofagiana, prin compresiune extrinseca (tumori mediastinale, anevrisme aortice, afectiuni bronhopulmonare) sau stenozes intrinseci (neoplasmele esofagiene sau esogastrice) sau alte boli ale esofagului.

Tratament

Obiectivul tratamentului in faza de stenoza constituita este de a optine un lumen esofagian care sa permita o alimentatie rezonabila a pacientului. La majoritatea cazurilor, tratamentul este conservator si consta din dilatatii esofagiene cu sonde dilatatoare de marime progresiv crescanda, executata de catre medici orelisti. Sunt pacienti care traiesc zeci de ani cu acest tratament si care ajung cu mare dexteritate sa-si practice singuri dilatatii in momentul in care observa aparitai fenomenelor disfagice. Tratamentele moderne au achizitionat in plus dilatatii endoscopice cu balonas sau plasarea de stenturi in zonele de stenoza stransa.

Un numar de pacienti ajung la o procedura de reconstructie esofagiana in cazul aparitiilor unor leziuni iatrogenne din cursul procedurilor conservatorii sau atunci cand dilatarile endolumenale nu au mai putuit fi efectuate.

Incarcarile de reconstructive a unui tub digestiv care sa inlocuiasca esofagul sunt vechi si amintim procedura Bircher (1894), care a realizat un tub cutanat presternal pe care l-a anastomozat la esofagul cervical si la corpul gastric.

(Esofago-dermato-gastrostomie) - o procedura care a avut o utilizare larga, a fost procedura Lexer (1908), care combina metoda Bircher de creare a unui tub curtanat presternal cu procedeul Roux (1907) care a tentat de a face un neoesofag dintr-o ansa intestinala jejunata exclusiva bilateral, anastomozata sus cu esofagul si jos cu stomacul. Deoarece s-a constata ca ansa jejunala arareori putea sa ajunga in regiunea cervicala, Lexer completeaza segmentul cranial cu un tub cutanat, astfel incat, procedura este de fapt o esofagoplastie dermato-jejunala cu ansa exclusiva bilateral. Procedura era o metoda care se desfasura pe parcursul unui interval de timp mare, deoarece fiecare etapa chirurgicala efectuata in anestezie locala trebuia lasata sa se matureze. In ceasta perioada pacientii erau alimentati printr-o gastrostoma si isi recuperau resursele metabolice. Cu aceasta metoda, Prof.Dr.Ioan Muresan, cel care a intemeiat Clinica II Chirurgie, a obtinut succese remarcabile in peste 60 de cazuri operate dupa 1935, avand una dintre cele mai mari statistici nationale.

La ora actuala, chirurgia reconstructiva esofagiana se bazeaza pe inlocuirea esofagului natural printr-un segment de colon transvers plasat retrosternal, anastomozat distal la stomac si cranial la esofagul cervical. Utilizarea colonului s-a impus datorita

faptului, ca din punct de vedere anatomic, colonel transvers este sufficient de lung, pediculul vascular ales de obicei pe trunchiul ileo-colic stang datorita arcadei paracolice, asigura o vascularizatie eficienta si in raport cu tuburile confectionate din marea curbura gastrica, el este un tub preformat.

Esofagoplastiile cu tub gastric . Procedura este legata de numele unor chirurgic romani, Amza Jianu 1912 si Dan Gavrilu 1951. Procedura confectioneaza un tub gastric care are ca pedicul vascular un tub gastric din marea curbura care are ca si pedicul vascular artera asplenica prin vasele gastrice scurte. Procedura prevede splenectomie in hil si mobilizarea cozii pancreatice. Procedul este laborios, deoarece presupune confectionarea tubului sufficient de lung pentru a ajunge in regiunea cervicala.

Esofagoplastia in sine ca si procedura chirurgicala nu se adreseaza numai stricturilor esofagiene, ci este un timp operator reconstructive dupa exereza largitya a neoplasmelor esofagiene.