

ÎN AJUTORUL PRACTICIANULUI

Patologie esofagiană cu răsunet asupra aparatului respirator

Ioan Șimon¹, Mărioara Șimon², Florina Tăriță²

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu“, Clinica Chirurgie IV Cluj-Napoca

²Clinica Pneumoftiziologie Cluj-Napoca

REZUMAT

Prezentăm câteva dintre afecțiunile digestive: achalazia, diverticuli esofagieni și fistulele esofagiene, care în evoluția lor determină simptomatologie respiratorie: dispnee, tuse și mimează până la confuzie boli respiratorii. Diagnosticul este de cele mai multe ori dificil și necesită investigații speciale. O bună cunoaștere a acestor afecțiuni ajută la evitarea diagnosticelor eronate.

Cuvinte cheie: achalazie, diverticuli esofagieni, fistule esofagiene, simptome respiratorii.

ABSTRACT

Esophageal pathology with respiratory impact

We present some of digestive diseases: achalazia, esophageal diverticula and esophageal fistula, which in their evolution determine respiratory symptoms: dispnea, cough and imitate until confusion respiratory diseases. The diagnosis is most of the time difficult and it needs special investigations. A better knowledge of these diseases helps us to avoid mistakes in diagnosis.

Key words: achalazia, esophageal diverticula, esophageal fistula, respiratory symptoms.

Achalazia – cardiospasm, dolico-megaesofag

Definiție – este o afecțiune a musculaturii esofagiene și se referă la incapacitatea sfincterului esofagian inferior de a se deschide și de a lăsa alimentele să treacă în stomac. Termenul înseamnă „insuficientă relaxare“.

- Boală rară 1/100000, mai frecventă între 25-60 ani, de etiologie necunoscută.
- Modificarea fiziopatologică esențială este asincronismul dintre unda peristaltică propulsoare și relaxarea sfincterului esofagian inferior.

Tabloul clinic

1. Disfagia – este un simptom caracteristic în achalazie, are o evoluție de lungă durată – luni sau ani de zile. Disfagia din achalazie prezintă unele particularități:

- este *intermitentă* – pacienții prezintă perioade în care sunt asimptomatici, alternând cu perioade în care disfagia este permanentă.
- *paroxistică* – în plină perioadă asimptomatică prezintă brusc disfagia completă, în asemenea cazuri pacientul înghite cu dificultate chiar și apa.

- *paradoxală* – pacientul înghite cu ușurință alimentele solide, dar nu poate ingera lichidele.

Elemente declanșatoare ale disfagiei:

- trauma psihică
- eforturi fizice neobișnuite
- afecțiuni intercurrente
- tulburări hormonale
- disfuncții neurovegetative
- cura de slăbire prelungită la pacienți cu obezitate morbidă
- boala Chagas (infestarea cu *Trypanosoma cruzi*)¹.

2. Regurgitățile – apar precoce postalimentar, sunt reduse cantitativ și conțin alimente recent ingerate. Ulterior, devin mai rare o dată pe zi, o dată la două zile, sunt abundente, conțin alimente ingerate cu 2-3 zile în urmă, au miros de fermentație. Regurgitățile prezintă un pronunțat caracter postural (la aplecarea corpului sau în clinostatism).

3. Modificarea stării generale

- este discordantă față de tabloul clinic. Starea generală se menține bună o perioadă îndelungată, cu mici variații

ponderale în funcție de evoluția bolii, cu apetitul păstrat și conservarea capacității de efort.

Complicațiile achalaziei

- **respiratorii** – prin aspirarea nocturnă a alimentelor în arborele traheo-bronșic și infecții respiratorii consecutive. S-au citat și cazuri de asfixie, în special la pacienți vârstnici.
- **esofagita de stază** – distensia peretelui esofagian favorizează tulburările microcirculației mucoasei, procesul de fermentație și exacerbara florei bacteriene.
- **eroziuni, ulceratii și chiar hemoragii** – achalazia este considerată un factor de risc pentru apariția **cancerului esofagian**.

Investigații paraclinice

1) **Examenul radiologic** (fig. 1) oferă imagini caracteristice pentru diagnostic:

- dilatarea, atât în diametru cât și în lungime a întregului esofag
- terminarea esofagului în „cioc de pasăre“ sau „deget de mână“
- contur dublu al mediastinului la radiografia simplă A-P și nivel hidro-aeric la radiografia laterală.

2) **Examenul endoscopic** este obligatoriu pentru a exclude:

- un cancer al esofagului terminal
- un cancer cardio-tuberozitar
- esofagita sau ulcerul esofagian de stază.

3) **Examenul manometric** oferă indicații prețioase pentru diagnostic:

- lipsa de relaxare a sfincterului esofagian inferior după înghițire
- diminuarea sau lipsa undelor peristaltice progresive
- creșterea presiunii intraesofagiene, aceasta depășind-o pe cea intragastrică.

Tratamentul este întotdeauna paleativ, funcția normală a esofagului nu mai poate fi restabilită^{2,3}.

1. Tratament medical

- igiena alimentației – mese mici, frecvente, în condiții de confort ambiental maxim. Înaintea sau în timpul meselor se pot administra nitriți, dar efectul lor este inconstant.
- au mai fost utilizate blocantele canalelor de calciu.
- au fost aplicate cu succes injecții cu toxina botulinică la nivelul sfincterului esofagian inferior.

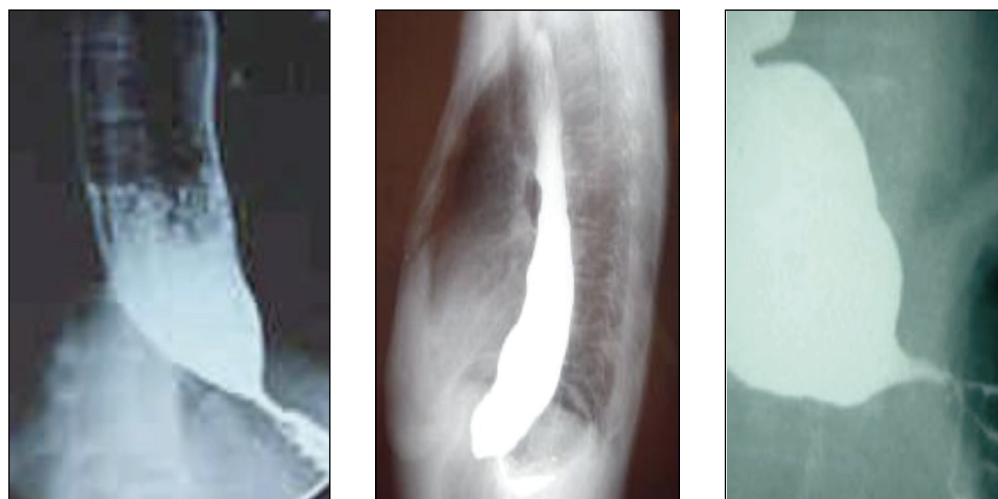
2. **Tratamentul dilatator** – utilizează o serie de instrumente hidrostatice sau pneumatice prin care se realizează o dilatație progresivă, controlată, la nivelul sfincterului esofagian inferior. Sunt necesare numeroase sedințe terapeutice, la intervale variate de timp. Metoda se aplică în marea majoritate a cazurilor, iar în caz de eșec sau de lipsă de cooperare a pacienților se indică intervenția chirurgicală.

3. **Tratamentul chirurgical** – operația indicată se numește eso-cardio-miotomie extramucoasă (operația Heller). La această intervenție se realizează o secționare a fibrelor circulare ale sfincterului esofagian inferior, iar alimentele „cad“ din esofag în stomac conform gradientului gravitațional. Întrucât prin această operație se anulează mecanismul de protecție al cardiei împotriva refluxului gastro-esofagian, este necesară completarea intervenției chirurgicale prin realizarea unui dispozitiv „anti-reflux“ (fundoplicatură, gastro-frenopexie). Eso-cardiomiotomia laparoscopică este gold standardul tratamentului achalaziei cu rezultate bune pe termen scurt și lung^{4,5}.

Eficiența comparativă a principalelor metode de tratament:

- Dilatație 65%
- Operație 85%
- Terapia prin injectarea de toxină botulinică oferă rezultate intermediare între tratamentul dilatator și tratamentul chirurgical.
- Recidiva afecțiunii se produce într-un procent de până la 25% din cazuri⁶.

Figura 1.
Aspecte radiologice în achalazie (colecția proprie)



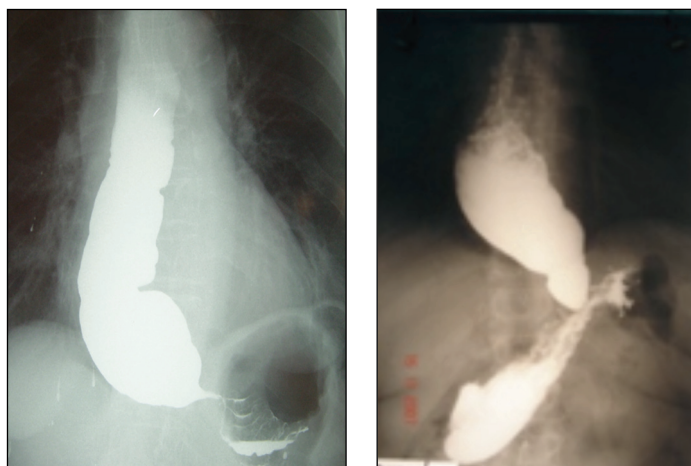
CAZURI CLINICE

Cazul 1

Pacient de 56 ani, obezitate gr. II, clinic dispnee cu wheezing, sindrom obstructiv distal, radiografie pulmonară normală, interpretat ca astm bronșic și în tratament bronhodilatator și

antiinflamator conform ghidului GINA. Ulterior apar disfagie, regurgități, dispnee în clinostatism și examenul baritat (fig. 2) indică achalazie.

Figura 2.
Aspect radiologic de achalazie la cazul nr. 1

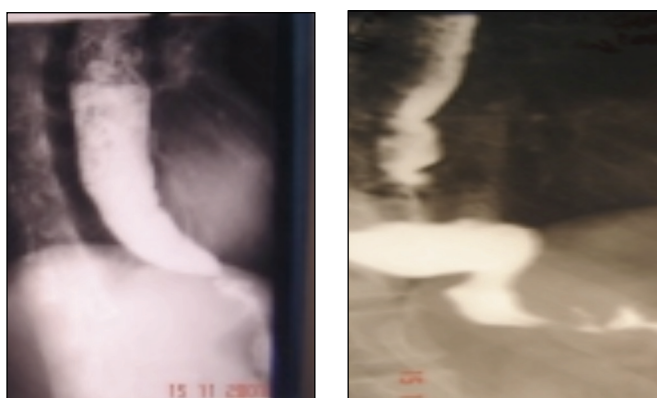


Cazul 2

Pacientă de 55 ani, din mediu rural, nefumătoare, cu evoluție timp de 2 ani cu tuse persistentă seacă vesperală și radiografie toracică normală, care a primit tratamente repetate

antitusive și bronhodilatatoare; ulterior apar scăderea în greutate, disfagie, regurgități, iar tusea devine productivă. Examenul baritat indică achalazie (fig. 3).

Figura 3.
Aspect radiologic de achalazie la cazul 2



La ambele cazuri s-a practicat operația Heller pe cale laparoscopică, cu evoluția favorabilă a cazurilor.

DIVERTICULII ESOFAGIENI

Definiție: dilatații excentrice ale peretelui esofagian sub forma unor pungii de dimensiuni variate.

Clasificare:

– **diverticuli de pulsiune sau falși** în care peretele pungii diverticulare este format numai din mucoasa și submu-

coasa esofagului. Ei se caracterizează prin faptul că au coletul îngust și rețin și alimentele. Mecanismul de producere este prin creșterea presiunii în lumenul esofagului. Mucoasa și submucoasa vor hernia printre fibrele musculaturii esofagiene în zonele cu rezistență scăzută.
– **diverticuli de tracțiune sau adevărați** în care peretele pungii diverticulare este format din toate straturile peretelui esofagian. Acești diverticuli au coletul larg, nu rețin și alimentele, și sunt de regulă localizați în treimea

medie a esofagului. Mecanismul de producere: procese inflamatorii și retracții periesofagiene (tuberculoză, sarcoidoză, infecții posttraumatice sau postoperatorii, tumori maligne).

Diverticulul faringo-esofagian Zenker

- localizat la nivelul extremității superioare a esofagului
- reprezintă cea mai frecventă formă de diverticul esofagian. Hernierea mucoasei și submucoasei esofagiene se realizează printr-o zonă situată între mușchiul constrictor inferior al faringelui și mușchiul crico-faringian (care realizează „sfincterul esofagian superior“) la nivelul unei zone numite „triunghiul lui Killian“. Inițierea procesului are loc pe peretele posterior al faringelui apoi diverticulul se orientează spre stânga și inferior apărând la nivelul regiunii supraclaviculare stângi⁷.

Cauza apariției acestui diverticul este asincronismul dintre deglutiție și relaxarea mușchiului crico-faringian, care duce la creșterea presiunii în zona faringo-esofagiană și apariția diverticulului.

Tablou clinic

Triada clasică a sindromului esofagian:

1. **disfagie**
2. **regurgități**
3. **scădere ponderală** la care se adaugă
4. apariția unor zgomote hidro-aerice în timpul înghițirii alimentelor, mai ales a lichidelor

Simptomatologia are o evoluție progresivă și nu se corelează totdeauna cu dimensiunile diverticulului. La **examenul obiectiv** latero-cervical sau supraclavicular stâng se palpează o formațiune tumorală moale, reductibilă și care la apăsare produce un zgomot hidro-aeric caracteristic.

Explorări paraclinice

Examenul radiologic – efectuat obligatoriu din două incidente pune în evidență punga diverticulară și permite aprecierea dimensiunilor și a topografiei exacte (fig. 4).

Examenul endoscopic – este rareori necesar, prezentând risc major de perforație a esofagului. Se indică numai atunci când există o suspiciune majoră de cancer a treimii superioare a esofagului. În rest, nu aduce date suplimentare pentru diagnosticul diverticulului.

Tratamentul este exclusiv chirurgical⁸.

FISTULE ESOFAGIENE

Definiție – anomalie congenitală sau dobândită a esofagului ce constă într-o comunicare între trahee și esofag.

1. Fistula traheoesofagiană congenitală – atrezia esofagiană (fig. 5)

- Descrisă prima dată în 1697, frecvența ei în SUA este de 1 la 2000-4000 nou-născuți. Se asociază cu alte anomalii: sindrom Down, atrezia duodenală, anomalii genitourinare, defecte cardiovasculare.
- Conduce la complicații severe și fatale
- Majoritatea fistulelor congenitale sunt în 1/3 inferioară a esofagului.

2. Fistule traheoesofagiene dobândite sau secundare benigne

- **Posttraumatice** – secundare traumatismelor în zona gâtului sau toracelui
 - majoritatea la nivelul carinei
 - apar la câteva zile și sunt rezultatul necrozei peretelui traheal.
- **Postintubație prelungită**, ventilație mecanică cu sondă endotraheală
 - prin iritație și presiunea exercitată ce duce la reducerea circulației capilare și necroză traheală
 - nutriția deficitară, infecțiile și utilizarea steroizilor constituie factori predispozanți
- **Secundare traheostomiei** cu poziționare improprie a tubului traheal.
 - Frecvența lor este de 0,5%.

Figura 4
Aspecte radiologice de diverticuli esofagieni.

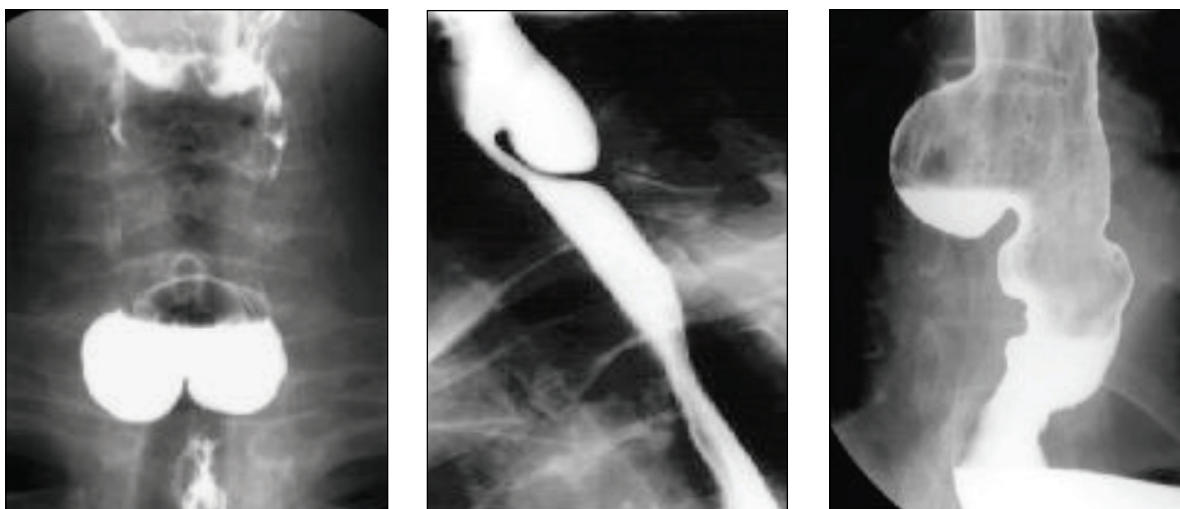
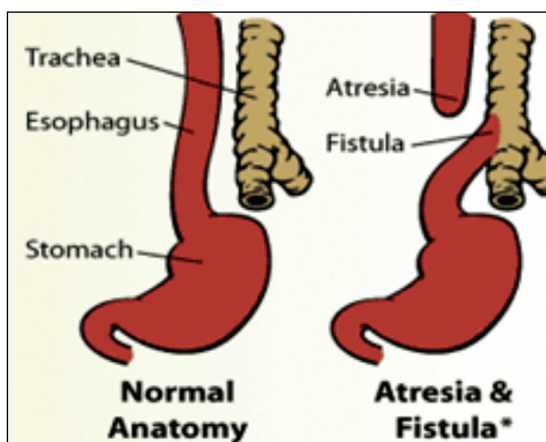


Figura 5
Atrezie și fistulă esofagiană congenitală⁹



3. Fistule traheoesofagiene secundare maligne

Diagnosticul fistulelor

În *fistulele congenitale* diagnosticul se face:

- prenatal prin ultrasonografie prenatală
- postnatal prin radiografia simplă – compresie și deviație traheală, pneumonii de aspirație

Radiografia cu substanță de contrast confirmă diagnosticul.

În *fistulele dobândite* diagnosticul se face prin:

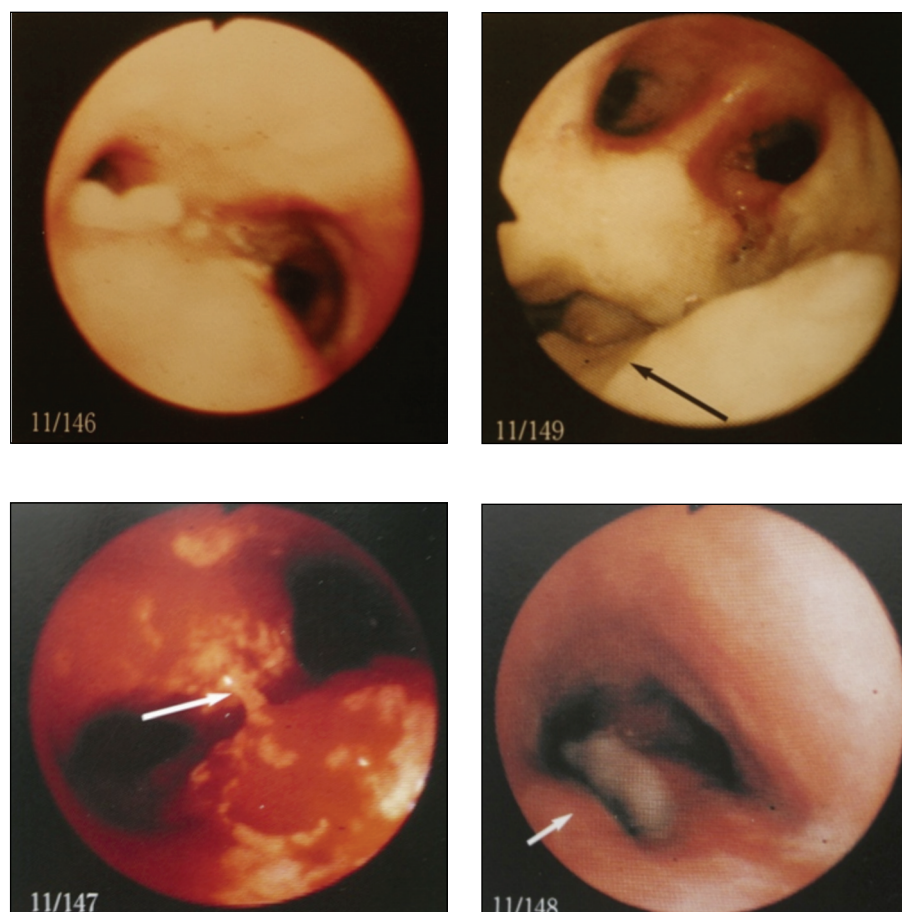
- Radiografie cu substanță de contrast
- Esofagoscopie (fig. 6)
- Bronhoscopia precizează localizarea și natura benignă sau malignă a fistulei
- Test cu albastru de metil¹⁰.

Tratamentul este individualizat.

În *fistulele congenitale*, tratamentul este:

- chirurgical
- conservator: nutriție parenterală, gastrostomie, jejunostomie, plasare de tub endotraheal.
- Fistule dobândite:
 - mici – închidere spontană
 - mari – prognostic infaust
- paleativ prin utilizarea de endoproteze esofagiene, stenturi din silicon sau expandabile, metalice. Unii autori propun ca stentul să fie prima opțiune în fistulele maligne¹¹.
- chirurgical – rezecții cu anastomoză în fistulele benigne. Esofagul se pune în repaus prin esofagostomie, gastrostomie
- măsuri suportive:
 - drenaj nasogastric, traheostomie, gastrostomie, antibiotice, hidratare.

Figura 6.
Fistule esofagiene – aspecte endoscopice (Lehrbuch und Atlas der Bronchoskopie¹²)



Concluzii

Am prezentat câteva dintre afecțiunile digestive: achalazia, diverticulii esofagieni și fistulele esofagiene deoarece, deși sunt afecțiuni rare, în evoluția lor determină simptomatologie respiratorie (dispnee, tuse) și mimează până la confuzie boli respiratorii precum astm bronșic, BPOC.

Diagnosticul este de cele mai multe ori dificil și necesită investigații complexe. O bună cunoaștere a acestor afecțiuni ajută la evitarea diagnosticelor eronate.

Bibliografie

1. Cassidy M, Case of Achalazia, *Proc R.Soc Med* 2007,20:1044-1045.
2. Duluck J L, Laparoscopic Heller Esophagomyotomy for Achalazia In *Tips and Techniques in Laparoscopic Surgery* Springer, Berlin, 2005, 77-90.
3. Tărcoveanu E, Moldovanu R, Dimofte G, Esocardiomiectomia Heller laparoscopică sub ghidaj endoscopic, *Jurnalul de Chirurgie*, Iași, 2008, Vol. 4, Nr. 4,114-126.
4. Duca S. Miotomia Heller pe cale laparoscopică. In. Duca S, editor, *Chirurgie laparoscopică*, ediția a 2-a. Cluj Napoca: Ed. Paralela 45; 2001. p. 276-283.
5. Smith CD. Esophagus. In: Norton AJ, Bollinger RR, Chang AE, Lowry SF, editors. *Surgery, Basic science and clinical evidence*. New York: Springer-Verlag; 2001. p. 455-488.
6. Rowan N, The Surgery of Esophageal Dysrhythmias, *ANZ Journal of Surgery*, 39 Issue 2, 167-172.
7. Carrere N, Pradere B: Diverticules de l'oesophage. *J Chir* 2004, 141, nr. 2; 85-92.
8. Klaus A, Hinder RA, Swain J, Achem SR: Management of epiphrenic diverticula. *J Gastrointest Surg*. 2003 Nov;7(7): 906-11.
9. Wayne C, Clark D, Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula, *Am Fam Physician* 15, 1999.
10. Mangi et al., Benign broncho+esophageal fistula in the adult In *The Annals of Thoracic Surgery*, 2002, 73 (3): 911-912.
11. Fiorini A, Goldin E, Bloom A, Expandable metal coil stent for treatment of broncho-esophageal fistula, *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 42, Issue 1, Pages 81-83.
12. Dobbertin I, Dierkesmann R. *Lehrbuch und Atlas der Bronchoskopie*, Bern, Verlag Hans Huber, 2004.