

## REALIZAREA REPAUSULUI ESOFAGIAN DUPĂ PERFORAȚII

V. Mulfay, B. Jeremiás, Catrinel Rusnac

Cazurile de perforații ale esofagului, prin evoluția rapidă și extrem de gravă a complicațiilor (luând în considerare și apariția rară a accidentelor de acest gen) pot surprinde nepregătit chiar și pe specialist. Aducerea în discuție a problemei comportă interes atât pentru cei care practică medicina generală, internele, pediatria, cât și pentru specialiștii O.R.L. sau pentru chirurghi, mai cu seamă că manualele omit adesea să pună accentul convenit pe măsurile de prevenire a complicațiilor cauzate de pătrunderea substanțelor ingerate, prin perforație, între părțile moi ale mediastinului. Resturile alimentare ajunse între țesuturi devin corpi străini (mediastinali, pleurali etc.), care irită chimic și generează procese septice, putând zădărnici toate eforturile terapeutice.

Pe lângă accentuarea necesității imperioase de a realiza repaus esofagian complet în cazul plăgilor acestui organ, atragem atenția și asupra posibilităților de aplicare, în acest scop, a sondelor de masă plastică, procedeu care prezintă mai multe avantaje față de gastrostomie practică pe scară largă pînă acum.

Perforația esofagului poate surveni în urma unor traumatisme externe și interne, fiind favorizată de anumite leziuni preexistente: procese inflamatorii (*Kyle*), infiltrații leucocitare și microabcese (*Weder*), tuberculoză, lues, ulceratii și cicatrizări postcaustice, tumori maligne, ulcer peptic esofagian, subțierea membranoasă după endarterită obliterantă (*Brosch*) și altele.

Plăgile tăiate ale regiunii cervicale, atât cele accidentale, cât și cele intenționate (tentativele de sinucidere), pot interesa și esofagul. Rănirile cauzate de diferite accidente de circulație, sau de muncă, precum și cele survenite prin arme de foc, pot realiza de asemenea toată gama leziunilor esofagiene, de la simpla contuzie pînă la transfixia completă.

Creșterea bruscă a presiunii atmosferice (7 atmosfere, după *Petrén*) poate duce la ruptura esofagului. *Krückeberg* a semnalat această gravă complicație după insuflații cu para Politzer, iar *Cohn* la spălături gastrice, caz observat și de noi. Ruptura esofagului poate surveni, în prezența modificărilor amintite în timpul vomismentelor (*Scholefeld*), a presiunii exercitate în cursul defecației (*Adams*), a înclavării accidentale a unui bol alimentar într-o strictură preexistentă (de ex. postcaustică: *Weder*, *Lüdin*), a superextensiei corporale, la căderea de pe cal (*Whigham*), sau la artiștii de circ în cursul înghițirii sabiei (*Voiss*). În specialitatea noastră ea apare mai frecvent cu ocazia extragerilor laborioase de corpi străini esofagieni, în cursul traheotomiilor (tehnică greșită sau în urma unor modificări anatomo-patologice grave, infiltrații inflamatorii sau tumorale maligne), în cursul introducerii endoscopului sau a bujiilor dilatatoare de tip *Rüsch*, (în urma unor greșeli de tehnică, modificări anatomopatologice grave ori prin fixarea nepotrivită a bolnavului, mai cu seamă la copii).

Simptomatologia este caracterizată de o stare de șoc mai mult sau mai puțin accentuată, cu durere retrosternală și interscapulară, accelerarea pulsului, febră, dispnee gravă, emfizem în jurul claviculei, paliditate, cianoză, transpirație accentuată, stare generală mult alterată cu somnolență și eventual delir, vărsături sanguinolente etc. Simptomatologia variază mult, după boala de bază și starea generală a bolnavului, gradul și locul leziunii esofagiene, precum și în funcție de leziunile asociate și complicații. De cele

mai multe ori avem de-a face cu bolnavi slăbiți, subalimentați în urma leziunilor esofagiene preexistente (stricturi, inflamații, ori corpi străini).

Perforarea esofagului în cursul traheotomiei se pretează suturării imediate, complicațiile fiind astfel preîntimpinate. Perforațiile punctiforme ale hipofaringelui și porțiunii cervicale, semnalate de o disfație ușoară, o tumefiere edematoasă și emfizem moderat, se soldează de obicei, prin asigurarea unui repaus esofagian și printr-o antibioterapie masivă, în câteva zile prin vindecare.

Perforațiile porțiunii toracice, cauzate mai ales prin introducerea de bujiuri semidure, dilatatoare, pot duce la complicațiile cele mai grave mediastinale, pleuro-pulmonare sau vasculare. Am avut ocazia să observăm instalarea decesului, în câteva ore, prin hemoragie, la o femeie de 22 ani cu esofagită corosivă, la care bujiul nr. 18 introdus după perforarea peretelui esofagian exulcerat și infiltrat a pătruns în aorta toracică. La un bărbat de 26 ani, hemoragia accentuată a provenit din vasele dilatate ale treimii inferioare esofagiene în urma fisurării mucoasei cu un bujiu nr. 14 pe o întindere de circa 5 cm.

Complicațiile cele mai frecvente sînt cele septice mediastinale și pleuro-pulmonare, observate și de noi în decursul unei lungi activități clinice. Astfel la un copil de 3 ani o monedă inclavată de o săptămînă în esofag, deasupra primei stricturi fiziologice a rupt peretele esofagian și a alunecat în cupola pleurală dreaptă, în cursul încercărilor de extragere cu un instrument Trousseau, ducînd la complicații letale.

În mai multe cazuri, periesofagita, mediastinita abcedantă sau empiemul toracic s-au soldat cu vindecare completă, după asigurarea riguroasă a repausului esofagian și administrare de antibiotice în doze masive. În cazurile în care nu s-au realizat măsurile pentru prevenirea infecției secundare și evitarea corpiilor străini mediastinali, prin nerealizarea precoce a repausului esofagului lezat, s-au instalat rapid semnele mediastinitei abcedante, survenind sfîrșitul letal cu toate încercările terapeutice medicale și chirurgicale. Peritonita nu este o raritate între complicațiile perforațiilor din porțiunea inferioară a esofagului. (La un copil de 2 ani, avînd o intoxicație gravă cu sodă caustică, s-a produs perforarea peretelui gastric, grav alterat de substanța corosivă, probabil în urma vomismentelor accentuate din cursul primelor încercări de bujiraj. La autopsie, esofagul a fost găsit întreg neporforat.)

Măsurile terapeutice cele mai importante sînt: 1. realizarea urgentă a repausului esofagian; 2. administrarea precoce, în doze masive a antibioticelor; 3. închiderea chirurgicală a perforației, (în legătură cu această măsură terapeutică, recomandată de aproape toată literatura de specialitate, se pun însă o serie de probleme; suturarea plăgilor este indicată în cazul plăgilor largi, a căror închidere spontană pe lângă măsurile terapeutice amintite nu este de așteptat și numai înaintea instalării complicațiilor septice, abcedante, și bine înțeles, dacă plaga este accesibilă intervenției, iar starea generală a bolnavului permite o intervenție atît de largă etc.); 4. tratamentul general adecvat al bolnavului (de obicei șocat); 5. deosebit de importantă este prevenirea stricturării progresive a stenozelor esofagiene în cursul săptămînilor vindecării unei perforații. (În cursul leziunilor esofagiene secundare, accidentale, sau a unor stări febrile de diferite etiologii, bujirajul este contraindicat și în aceste perioade stenozele pot să se închidă, sau să se stricteze în așa măsură, încît să nu mai fie posibilă recanalizarea lor, stare care în majoritatea cazurilor comportă riscul pierderii bolnavului).

În ciuda leziunilor grave esofagiene și a complicațiilor periesofagiene sau din vecinătate, *bolnavul își păstrează capacitatea de a înghiți fără greutate remarcabilă.* (Se descrie frecvent, ca un simptom caracteristic al leziu-



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Fig. nr. 4.



Fig. nr. 5.

nilor pleuro-pulmonare asociate. tusea după ingerare de lichide.) (Lesser, Petréu, Oppholzer, Voiss și alții.)

Prima și cea mai importantă măsură trebuie să fie evitarea înghițirii oricărei substanțe străine (alimente etc.). Peristaltismul deschide plaga și împinge aceste substanțe înghițite în mediastin, cavitatea pleurală etc., unde, chiar presupunind că ar fi fost sterile, ele se transformă în corpi străini și generează noi modificări patologice inflamatorii și septice deseori ireversibile. Tocmai din acest motiv este contraindicat și pasajul esofagian cu substanță radioopacă neresorbabilă. Pentru asigurarea repausului esofagian s-a recomandat până acum executarea gastrostomiei, care expune bolnavul la noi traumatisme (narcoză, actul operator etc.). Într-o lucrare anterioară am arătat că „sonda de masă plastică (PVC) neexercitând nici o acțiune iritantă asupra țesuturilor vii, asigură perfect repausul complet al esofagului, alimentația bolnavului fiind posibilă pe timp nelimitat prin această sondă, prevenind totodată și strictura”. Această constatare dorim să o exemplificăm prin prezentarea unuia din cazurile noastre.

Bolnavul F. C. de 2 ani și jumătate a ingerat accidental în urmă cu 4 săptămîni, sodă caustică. La secția ORL a unui spital din provincie, unde a fost internat, s-a încercat dilatarea esofagului prin bujiraj. După a doua ședință, starea generală alterîndu-se brusc, s-a decis transferarea lui de urgență în clinica noastră.

La internare (7 sept. 1964) băiatul prezintă o stare generală grav alterată cu temperatură de 39 grade, pulsul 140 pe minut, tegumentele palide și umede, cianoză periorală, bătăi ale aripioarelor nazale, dispnee cu geamăt, leucocitoză de 28.000/mc. Radiografia toracică P—A evidentiază pleurezie exudativă parietală și mediastinală dr. și bronhopneumonie confluentă în lobul mediu și inf. dr. (fig. 1). Pasajul esofagian executat cu opagraf 64.6% și apoi cu lipiodol nu pune în evidență leziune parietală, pentru ca la al treilea examen, executat de data aceasta cu suspensie de bariu, să se constate pe lângă o strictură cu diametrul de cca. 3 mm în porțiunea dintre vertebra D<sub>IV</sub> și D<sub>IX</sub>, că în peretele antero-lateral stg. al porțiunii dilatate suprastricturale pornește un plus de umplere lung de cca. 6 cm, mergînd în jos, paralel cu esofagul și la o distanță de cca. 1 cm de el terminîndu-se orb (fig. 2).

Se introduce prin nas în stomac, o sondă moale de PVC cu diametrul de cca 3 mm, interzicîndu-se orice alimentație perorală. Se administrează antibiotice (Penicilină 3×2.000.000 U. I. asociată la început cu eritromicină 4×100 mg, streptomycină 500 mg iar apoi cloranfenicol 500 mg și tetraciclină 2×250 mg pe zi), vitamine, cardiotonice etc.

În 7 zile devine afebril și se observă o ameliorare vădită a stării generale.

Închiderea treptată, spontană, a tractului fistulos a fost controlată săptămînal radiologic, introducîndu-se prin sondă, în porțiunea superioară a esofagului substanță radioopacă hidrosolubilă, resorbabilă (Opagraf 64.6%). La 21 sept. nr. leucocitelor era încă 21.000. Antibioterapie (în doze mai scăzute) a fost continuată încă o săptămîină după închiderea completă a fistulei. Leucograma precum și starea generală a copilului au revenit la normal la sfîrșitul lunii septembrie, cînd s-a reluat alimentația pe cale bucală.

Examenul radiologic din 28 sept. pune în evidență: pe radiografia toracică D—S, vechiul traiect fistulos este semnalat doar de stropi de bariu, înșirați în direcție cranio-caudală în mediastin și în partea superioară a cavității abdominale sub hiatusul esofagian (fig. 3), pe radiografia toracică OAD cu pasaj esofagian, strictură moderată a esofagului în treimea sa medie, cu o dilatație suprastricturală moderată. Fostul canal fistulos s-a închis și nu mai este semnalat decît de picăturile de suspensie baritată prezente și în figura precedentă (rămase acolo după examenul efectuat cu trei săptămîni în urmă). Callus pleural parietal cizural și mediastinal mp. dr. (fig. 4), pe radiografia toracică P—A, din 12. X.

1964 contururi diafragmatice nete și callus pleural parietal. cizural și mediastinal sup. dr. Opacitățile parenchîmatoase au dispărut (fig. 5).

Am continuat încă o lună dilatarea stricturii esofagiene prin procedeul permanent, cu sonde de masă plastică, recomandat de unul dintre noi. La sfîrșitul lunii noiembrie copilul a părăsit spitalul complet vindecat. La examenele de control de fiecare dată prezenta funcție esofagiană bună.

Cazurile la care nu s-a pus accentul cuvenit asupra realizării repausului esofagian și care au evoluat de obicei fatal dovedesc că procedeele chirurgicale curente nu reușesc să obțină vindecarea complicațiilor septice mediastinale și pleuro-pulmonare, apărute în urma perforațiilor esofagiene fără repausul complet esofagian care este condiția indispensabilă a vindecării. Cazul prezentat denotă că realizarea precoce a acestei măsuri terapeutice poate fi salvatoare și că sondele moi, din PVC de grosime medie se pretează excelent pentru realizarea repausului esofagian, pe timp nelimitat, împiedicînd totodată și stricturarea progresivă a esofagului în perioada respectivă.

*Sosit la redacție: 21 iulie 1967.*

#### *Bibliografie*

1. GİRBEA ȘT., COSTINESCU N., POPOVICI GH., RACOVEANU V., TEȚU I.: Oto-rino-laringologie. Ed. Med. București 1964; 2. HAFTER ERNST: Praktische Gastro-Enterologie. Ed. Thieme Stuttgart 1956; 3. MOHR L., STAEHELIN R.: Handbuch der inneren Medizin. Ed. IV. Springer. Berlin 1953. vol. III; 4. MÛLFAY V., SIMION A.: Oto-rino-laringologie (1963). 1. 27.