

ESOFAGOPLASTIA CU COLON TRANSVERS ÎN FISTULELE ESO-BRONȘICE POSTCAUSTICE

dr. L. Kotsis, dr. Z. Krisár, dr. Al. Dobjansky, dr. A. Ráskay

Atitudinea chirurgicală față de stenozele postcaustice esofagiene complicate cu fistule esofago-bronșice sau traheale este deosebit de delicată în cadrul reconstrucției esofagiene.

Cazuistica noastră de 32 esofagoplastii cu colon transvers (C. T.), din ultimii 7 ani pentru stenoze postcaustice esofagiene, cuprinde două stenoze complicate cu fistulă esofago-bronșică; ultimul caz prezentînd o triplă leziune postcaustică: stenoză esofagiană și antro-pilorică asociată cu fistulă esofago-bronșică stîngă.

Traumatismele ocupă un loc primordial în etiologia fistulelor benigne esofago-bronșice sau traheale (3, 4, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 24), ca factori declanșanți se citează: arma albă (24), corpul străin (18, 21), canula de traheostomie (4) în ultima vreme tot mai des traumatismul toracic prin compresie de volan (*Lockwood 1957, Nolan și Ashburn 1960, Deaton, Coggeshall 1962* etc.). Totuși proporția cea mai mare o constituie traumatismele instrumentale. În cazuistica Clinicii Mayo (24) pe o perioadă de 50 de ani, din 36 de fistule benigne 6 au apărut după intoxicație cu sodă caustică, din care 3 după bujiraj.

Gravitatea fistulelor esofago-aeriene derivă din faptul că complicațiile pulmonare se instalează rapid. În statistica sus-amintită fistulele esofago-bronșice s-au complicat cu regularitate în termen de un an cu supurația pulmonară.

Tabloul clinic în aceste cazuri este caracteristic. Senzația de sufocare după ingestia de lichide este patognomonică. Hemoptizia, pneumonia, abcesul mediastinal, abcesul pulmonar și uneori hematemeza (după *Mater* citat de *Wychulis*, 24) completează tabloul clinic. Deși *Allen* relatează două cazuri de fistule complet asimptomatice, această posibilitate este însă aproape exclusă în cazul fistulelor apărute pe fondul unei stenoze esofagiene.

Diagnosticul va fi confirmat printr-un examen radiologic cu substanță de contrast și prin bronho-esofagoscopie. Introducerea albastrului de metilen în esofag în timpul bronhoscopiei este utilă deoarece permite vizualizarea multor fistule invizibile în alte condițiuni. Bronhografia devine obligatorie cînd trebuie apreciată cointeresarea parenchimului pulmonar. Fistulele esofago-bronșice sînt mai frecvente pe partea dreaptă ca cele esofago-traheale (*Coleman, Bunch* citat de 24), fiind situate mai ales la nivelul bronhiei primitive.

Odată fistula diagnosticată, se indică reparația chirurgicală (24). Imediat după instalarea comunicației esofago-bronșice se va evita infecția respiratorie, prin: antibioterapie, suprimarea ingestiei, intubație cu tub naso-gastric (dripfeeding), eventual jejunostomie pentru alimentație.

În faza fistulei constituite tratamentul acesteia și a stenozei necesită de obicei mai multe ședințe operatorii. Tactica urmărită trebuie să se orienteze după: 1. — vechimea fistulei, 2. — sediul și calibrul fistulei, 3. — starea parenchimului pulmonar.

Pregătirea antiinfecțioasă preoperatorie este importantă din cauza septicității particulare a germenilor esofagieni (*Wangenfeld*, 22). Bronhoreea frecventă va fi combătută cu antibiotice, cură posturală și eventual cu traheostomie, dacă este necesar. Alimentația acestor bolnavi infectați, anemici, denutriți, cu supurație cronică, reprezintă o problemă delicată. Gastrostomia nu este recomandabilă în fistule

Joase din cauza posibilității reflexului gastro-esofago-bronșic. Jejunostomia (16, 17) evită acest reflux dar este greu tolerată și poate fi sursa unei stenoze secundare. Alimentația prin sondă naso-esofagiană (drip-feeding) pare să fie cea mai simplă și satisfăcătoare, completată cu alimentație parenterală.

Riscul operator în aceste cazuri este mărit de reactivarea procesului de mediastinită, iar riscul local este reprezentat de aderențe periesofago-traheale și bronșice, care compromit planurile de clivaj.

Din cauza stenozei coexistente, modul obișnuit de rezolvare a fistulelor benigne: toracotomia, excizia traectului fistulos, închiderea orificiilor și interpunerea de pleură, nu este suficientă. Din acest motiv *Mathey* și *Lortat-Jacob* (15) recomandă: toracotomia dreaptă, sutura orificiului bronșic și exereza esofagului, urmată de gastrostomia și esofagostomia cervicală ca prim timp, și reconstrucția esofagului în al doilea timp. Această operație a lui *Thorek*, pare să fie o soluție prudentă. La ea se recurge de asemenea când o anastomoză directă intratoracică se fistulizează.

O altă soluție ar fi: abordul toracic stâng. pontaj cu tub gastric anastomozat cu fundul de sac esofagian superior, însă fistulele sînt frecvente la nivelul acestei anastomoze (15).

Sherman (20) rezecă esofagul fistulizat și stenozat pe cale toracică dreaptă și în aceeași ședință practică și esofagoplastia cu ilco-colon pregătit de o altă echipă operatorie.

Pontajul esofagului fistulizat și stenozat complicat cu mediastinită și cu hemoptizie severă a dus la vindecare în cazul lui *Jeztoro* (5). La fel și *Johnson* (6) exclude fistula prin gastrostomie și esofagostomie cervicală, iar continuitatea tubului digestiv o restabilește în al doilea timp cu ansă jejunală în Y. Operația a fost executată în cazul unei fistule după o perforație spontană esofagiană; alții (*G. M. Ferrer*, 7; *Battersby*, 1) în cazul fistulelor congenitale cu atrezie esofagiană, o completează cu ligatura fistulei, recurgînd ulterior la colo-esofagoplastie. Se pretează pentru rezolvare într-un timp mai ales fistulele jos situate (15). După rezecția esofagului inferior fistulizat se practică eso-gastrostomia intratoracică. În statistica Clinicii Mayo într-un astfel de caz s-a procedat la interpoziția colonului transvers, după rezecția esofagului fistulizat.

În cazuistica noastră avem 2 fistule esofago-bronșice asociate cu stenoză esofagiană postcaustică:

Obs. nr. 1. Bolnava T. E. (F. O. nr. 456/1963) a fost internată cu fistulă esofago-bronșică dreaptă. În prim timp s-a practicat gastrostomia, urmată în timpul doi de esofagoplastie cu C. T. montat anizoperistaltic și retrosternal. După trei luni se închide fistula esofago-bronșică prin toracotomie dreaptă, extirpînd esofagul toracic cu excepția segmentului perifistulos (lung de 3 cm). Fistula cu un diametru de 10 mm (epitelizată), localizată la nivelul bronhiei primitive drepte, a fost acoperită cu segmentul esofagian păstrat în acest scop. Evoluția postoperatorie fără complicații. Rezultatul tardiv foarte bun.

Obs. nr. 2. Bolnava Sz. I. (F. O. 10206), de 16 ani, internată la data de 17 XI 1967 a prezentat o stenoză esofagiană și antropilorică asociată cu fistulă esofago-bronșică stîngă pusă în evidență clinic și radiologic (vezi fig. 1 a și 1 b). Intraoperator se confirmă leziunile stenotice antro-pilorice și se decide pentru antro-pilorectomie și colo-esofagoplastie — din principiu cu C. T. isoperistaltic — într-un timp. Decursul operator a fost următorul:

Izolarea esofagului cervical prin abord latero-cervical stîng și crearea tunelului retrosternal după tehnica obișnuită (3, 9, 10).

Antro-pilorectomie și gastro-duodenostomie Péan-Billroth I. Decolare colo-epiploică, eliberarea și pediculizarea colonului transvers izoperistaltic (pe artera colică stîngă). Ridicarea grefonului prin tunelul retrosternal pînă la gît.

**I. KOTSIS ȘI COLAB.: ESOFAGOPLASTIA CU COLON TRANSVERS
IN FISTULELE ESO-BRONȘICE POSTCAUSTICE**



Fig. nr. 1a: Stenoză esofagiană mediotoracică postcaustică



Fig. nr. 1b: Stenoză antro-pilorică concomitentă

L. KOTSIS ȘI COLAB.: ESOFAGOPLASTIA CU COLON TRANSVERS
IN FISTULELE ESO-BRONȘICE POSTCAUSTICE



Fig. nr. 2: Fistulă eso-bronșică stângă asociată



Fig. nr. 3: Aspectul neoesofagului
din colon transvers montat
retrosternal

Tabelul nr. 1

Modalități de rezolvare a fistulelor esofago-bronșice cu stenoză concomitentă

Autorii	Rezolvarea chirurgicală	
	Timpul I.	Timpul II.
Mathey, Lortat-Iacob	Toracotomia, sutura orif. bronșic, operația lui Thorek.	Reconstrucția esofagiană
Sherman	Rezecția esofagului, E. P. cu ileo- colon transpleural.	—
Wychulis	Rezecția esofagului, interpoziție de C. T.	—
Jeziro	Pontaj cu ileo-colon	—
Johnson*	Excluderea esofagului prin esofa- gostomie cervicală și gastrostomie	Reconstrucția esofagiană
Krisár și colab.	a) (Fistulă recentă) Pontaj retrosternal cu C. T. izoperistaltic.	—
	b) (Fistulă de calibru mare) 1. — Gastrostomia. 2. — E. P. cu C. T. (retrosternal)	3. — Toracotomia dr., rezecția esofagului, închiderea orificiului bronșic cu lambou esofagian.

E. P. = esofagoplastie

C. T. = colon transvers

* Aplicat în fistule prin perforație spontană esofagiană.

Pediculul vascular se situează antegastric; rezecția gastrică n-a mai permis plasarea lui prin micul epiplon. Implantarea grefonului colic în apropierea cardiei prin colo-gastrostomie termino-laterală. Colo-colostomie termino-terminală. Peritonizare minuțioasă cu epiplonul restant, drenajul hipocondrului drept și stâng.

Operația se termină cu esofago-colostomia latero-terminală, după ligaturarea esofagului subiacent anastomozei. Evoluția postoperatorie fără complicații. Externare la 14 zile postoperator. Rezultatul funcțional tardiv excelent (fig. nr. 2).

În acest caz fericit pontajul retrosternal cu grefonul colic (C. T.) izoperistaltic, executat într-un timp, a permis închiderea spontană a fistulei recente. Stenoza gastrică concomitentă a fost rezolvată în aceeași ședință operatorie.

Acest caz ca și observația lui Jeziro, demonstrează că în fistulele esofago-bronșice recente cu calibru mic, fără leziuni pulmonare severe, prin pontajul esofagului stenozat se obține vindecarea fistulei după o singură ședință operatorie. În mod obligatoriu se va recurge la obliterarea esofagului sub anastomoză cervicală, dacă acesta nu este de tip termino-terminal.

În cazul fistulelor cu calibru mare (de obicei epitelizate) nu se poate spera la închiderea lor spontană, nici după punerea în repaus a esofagului.

prin pontaj. Acest fapt explică de ce trebuie recurs la desființarea fistulei completată sau nu cu esofagectomie și dacă este necesar cu exereză pulmonară. Ni se pare mai potrivit executarea acestei etape sub protecția neoesofagului (rezultate prin by-pass) oferind o securitate sporită exerezei esofagului cu duble leziuni postcaustice. În principiu și în aceste situații preferăm C. T.-ul pentru calitățile lui multiple.

Sosit la redacție: 25 mai 1969.

Bibliografie

1. BATTERSBY J. S. MOORE T. C.: Surg. Gynec. Obstet. (1959), 109/2, 207;
2. CHRYSOSPETHIS B.: Pacif. Med. Surg. (1967), 75/3, 141; 3. DEATON Jr. W. R., COGGESHALL A. B.: J. Thorac. Cardio. Surg. (1962), 44/1, 84, 4. FLEGE Jr. J. B.: Ann. Surg. (1967), 166/1, 153; 5. JEZIORO Z. și colab.: Zbl. für Chir. (1962), 87/30, 1290; 6. JOHNSON J. și colab.: The J. of Thoracic Surgery (1956), 32-6, 827;
7. JOSÉ M. FERRER: Amer. J. of Gastroenterology (1965), 43/6, 565; 8. KRISAR Z., KOTSIS L. și colab.: Congresul internațional de chirurgie. Viena, 1967; 9. KRISAR Z., KOTSIS L., DOBJANSZKY AL.: Magyar. Seb. (1966), 4, 236; 10. KRISAR Z., KOTSIS L. și colab.: Orv. Hetil. (1969), 110/4, 178; 11. KRISAR Z., KOTSIS L. și colab.: Bulletin de la Soc. Internat. de Chir. (1968), 6; 12. LOCKWOOD T. M.: The Canadian Medical Assoc. J. (1957), 76/9, 749; 13. MAHONEY E. B., SCHERMANN C. D.: Surgery (1954), 35, 937; 14. MANDACHE FL și colab.: Chirurgia (1965), 1, 13; 15. MATHEY J., FEKETE F., LOTAT-JACOB J. L., MAILLARD J. N.: J. Chir. (1960), 79/4, 377; 16. NANA A., MIRCIOIU C. și colab.: Minerva Medica (1957), 31, 1; 17. PAPAI Z. și colab.: Chirurgia (1963), 1, 61; 18. POUYANNE L. și colab.: Archives Françaises de Pediat. (1957), 14/3, 279; 19. ROTH M. și colab.: Zbl. für Chir. (1957), 82/11, 436; 20. SHERMAN C. D., SCALON E. F.: Arch. Pat. (1960), 32/1, 1; 21. SWINDEL H. V. și colab.: J. Thorac. Cardio. Surg. (1959), 38/1, 115; 22. WAGENFELD M.: Der Chirurg (1957), 28/3, 113; 23. WHOON HONG PILI, SEEL D. J.: Pacif. Med. Surg. (1967), 75/3, 148; 24. WYCHULIS A. R. și colab.: J.A.M.A. (1966), 196/2, 117.