

Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu Mureş
(cond.: prof. dr. Z. Pápai, doctor în medicină)

ADNOTĂRI PE MARGINEA UNOR ESOFAGOPLASTII DAN GAVRILIU *

dr. Z. Csizér, dr. Z. Pápai, dr. M. Herman

Experiența noastră în esofagoplastiile executate după procedeul Dan Gavrilu nu este mare. Aceasta se explică prin numărul relativ redus al intoxicațiilor cu sodă caustică pe teritoriul pe care îl deservim (unde din feri-

* Comunicare prezentată la U.S.S.M Filiala Tîrgu Mureş Secția de chirurgie.
în ședința din 6 martie 1970.

cire profilaxia acestor accidente a devenit din ce în ce mai eficace). Din puținele cazuri cărora se acordă asistență în clinicile noastre, unele foarte grave au decedat, altele au fost tratate cu succes prin sondaje cronice de către clinica O.R.L. În ceea ce privește grupa tumorilor esofagiene, marea lor majoritate sînt localizate în treimea inferioară sau pe cardiac și sînt rezolvate favorabil prin rezecție și anastomoză esogastrică, într-un timp. Dintre tumorile situate în treimea medie sau superioară o mare parte sosesec într-o fază depășită cînd nu se mai poate face decît gastrostomie sau prezintă contra-indicații legate de vîrstă sau de insuficiența cardiorespiratorie etc.

Astfel, din 1957 pînă astăzi (14 ani) au fost executate în clinica noastră un număr de 85 de intervenții pe esofag, față de un total de 27.597 intervenții chirurgicale (0,32 %) (tabelul nr. 1).

Tabelul nr. 1

1957—1970	
Numărul intervențiilor	27.597
Intervenții pe esofag	85 (0,30 %)
din care:	
— Cancer cardio-esofagian (Laparotomii explor și op. paliative 27 rezecții 28)	55
— Stricturi cicatriceale (Op. Gavriliiu 6)	11
— Tumori benigne	2
— Diverticul	3
— Fistule eso-bronșice	2
— Mega-esofag și altele	12
Total:	85

Dintre acesta, esofagoplastie totală cu înlocuirea esofagului prin tub confecționat din curbura mare a stomacului după precedeu Dan Gavriliiu (citad adesea în literatură ca precedeu Jianu Gavriliiu) am aplicat în 6 cazuri.

1. K. R., în vîrstă de 48 de ani (F.O. 1291/1959) a fost internată în clinica noastră la 7 zile după o intoxicație cu sodă caustică, în stare gravă, febrilă, puternic emaciată și deshidratată. La un efort de vomă și-a evacuat întreaga mucoasă a esofagului de la faringe pînă la cardiac, sub formă de tub necrotizat și întors ca un deget de mînușă. Noi am instituit o gastrostomie și după 4 săptămîni am intervenit. Această primă intervenție s-a soldat cu eșec, căci din cauza lipsei de reactivitate, deproteinizare și a cahexiei, toate suturile s-au desfăcut, plaga a supurat și o parte a tubului confecționat s-a necrozat. Moartea survine la 12 zile după operație.

2. Sz. I., în vîrstă de 42 de ani (F.O. 1611/1959), se prezintă în clinica noastră la 3 luni după o intoxicație cu sodă caustică, venind cu transfer de la Clinica O.R.L. cu semne de mediastinită acută și empiem pleural drept, survenite după o tentativă de sondaj a esofagului. Într-un prim timp executăm o gastrostomie cu pleurotomie minimă și aspirație toracică în sistem închis. După vindecarea empiemului și a mediastinitei, realizăm o esofagoplastie pretoracică Dan Gavriliiu, aducînd tubul la pielea gîtului. Într-un al treilea timp se face o anastomoză cervicală termino-terminață.

Evoluția postoperatorie a fost dificilă, complicată de apariția unei fistule cervicale cu desfacerea largă a plăgii de gastrostomie, ceea ce a necesitat repetate in-

tervenții de completare. Bolnava a părăsit spitalul după 3 luni, în stare de vindecare cu un neoesofag perfect funcționabil. Revăzută după alte 3 luni s-a îngrășat 12 kg. Mult timp am pierdut-o din vedere, aflând ulterior că a decedat în urma unei agresiuni criminale, cu peritonită prin perforație intestinală.

3. D. L. în vîrstă de 4 ani, a suferit o intoxicație accidentală cu sodă caustică. După trecerea perioadei acute este luat în tratamentul Clinicii O.R.L. unde este supus unor sondaje care la început merg bine, apoi din ce în ce mai dificil. La o tentativă de dilatare apar semnele unei mediastinite, cu empiem p.eura! drept, precum și semne de peritonită. Se execută întâi o laparotomie dar nu se găsește orificiul de perforație al esofagu!ui abdominal. Se drenează subdiafragmatic și se face o gastrostomie. Se practică de asemenea o p.eurotomie dreaptă și drenaj aspirativ.

După restabilirea copilului se realizează într-un al doilea timp o esofagoplastie de tip Dan Gavri!iu. Evoluția postoperatorie este complicată cu o fistulă a tubului pretoracic care a necesitat o plastie cu lambou din fascia pectorală. Copilul părăsește spitalul vindecat cu un esofag perfect funcționabil, dar este readus după un an cu o hemoragie digestivă superioară gravă. Probabil a fost vorba de un ulcer pe neoesofag, din cauza esofagitei peptice de reflux. Fără să putem pune în evidență radiologic ulcerul, bolnavul s-a vindecat prin transfuzii repetate. Revăzut aproape anual se dezvoltă bine și este sănătos.

4. K. ZS. (F.O. 339.1960), casnică, în vîrstă de 24 de ani prezintă o stenoză cicatriceală a esofagului după o intoxicație accidentală cu sodă caustică. Fiind veche de 3 ani, nu mai poate fi sondată. Se face o esofagoplastie de tip Dan Gavri!iu executată în doi timpi: I gastrostomie, II esofagoplastie pretoracică cu anastomoză cervicală termino-terminală. Evoluția postoperatorie zgomotoasă, complicată întâi cu fistule cervicale, apoi cu altele pretoracice, rezolvate prin plastie realizată din fascia pectorală. Ulterior apare o stenoză a anastomozei cervicale. Această ultimă complicație a fost rezolvată prin rezecția anastomozei urmată de incizia pielii pres-ternale cu alungirea tubului și reanastomoză. Urmează vindecarea, cu deglutiție perfectă, fără semne de reflux și esofagită. Urmărită anual clinic și radiologic, bolnava se găsește în stare de perfectă sănătate.

5. A. K., (F. O. 447/1960), în vîrstă de 5 ani, suferind de stenoză cicatriceală postcaustică, operată după procedeul Gavri!iu la 3 luni după intoxicație, după o prealabilă gastrostomie. Moare la 3 zile cu fenomene de edem cerebral, cauzat probabil de hipoxemia de pihovenilație prin traheită pseudomembranoasă.

6. K., A., în vîrstă de 21 de ani (F.O. 1879.1969), casnică, vine transferată de la Clinica O.R.L. cu diagnosticul de spasm (?), stenoză (?) esofagiană, care nu reacționează la tratamentul cu spasmolitice, iar sondajele reușesc din ce în ce mai greu. Bolnava este emaciată, extenuată fizic și psihic ajungînd pînă la 34 de kg. Este interesant că, acest caz nici astăzi nu este complet clarificat din punct de vedere etiologic. Nu știm dacă este vorba de o afecțiune congenitală, care s-a manifestat la vîrsta adultă, după puternice traumatisme psihice pe care le-a suferit bolnava (spasm supraadăugat?) sau este vorba de leziuni caustice pe care bolnava le neagă insistent din motive personale.

Am înclinat să credem la început că este vorba de o stenoză cicatriceală, dar rîzînd mai tîrziu în timpul operației că esofagul are pereții uniform îngroșați, de 3-4 mm și fără semne cicatriceale, cu mucoasa integră, interpretăm cazul ca o strictură congenitală. Cele două diverticule esofagiene asociate, avînd între ele un traiect de esofag filiform, observate la esofagografie (fig. nr. 1) nu sînt edificatoare căci pot fi întîlnite în ambele evenualeități. Din păcate examenul histologic, care ar fi putut tranșa problema, nu s-a putut executa.

Acest ultim caz prezintă și un interes de ordin tehnic. Pentru prima dată am făcut operația Dan Gavri!iu într-un singur timp, fără gastrostomie prealabilă, terminînd și anastomoza cervicală și asigurînd alimentația bolnavei printr-un tub

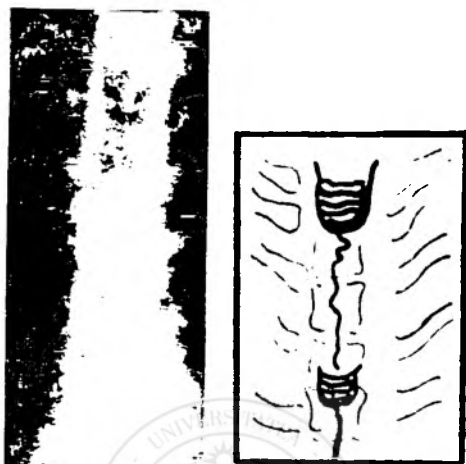


Fig. nr. 1: Esofagografia bolnavei K. A
Strictură cu 2 diverticuli

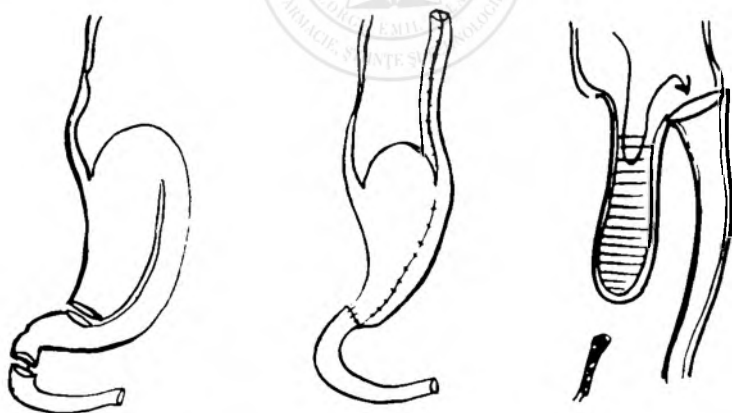


Fig nr 2: Folosirea bulbului duodenal pentru
formarea neoesofagului

Fig. nr. 3: Anastomoza
făcută la hipofaringe nu
funcționează

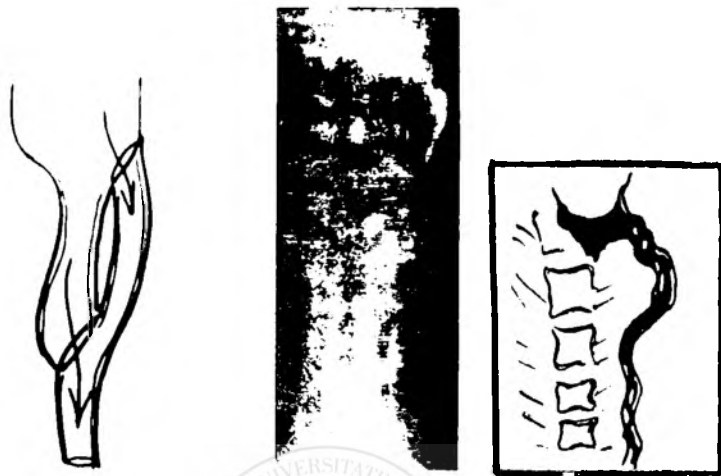


Fig. nr. 4: Prima anastomoză completată cu una termino-laterală asigură o bună funcțiune

Fig. nr. 5: Radiografia antero-posterioară a noului esofag



Fig. nr. 6: Radiografia laterală o noului esofag

introdus endonasal pînă în duoden. De asemenea pentru prima dată am folosit porțiunea prepilorică și a bulbului duodenal pentru confecționarea tubului esofagian, terminînd partea abdominală a intervenției prin anastomoză gastro-duodenală Péan-Billroth I. (fig. nr. 2).

Din nefericire nici această ultimă intervenție nu a avut o evoluție postoperatorie fără incidente. Bolnava aflîndu-se în ziua a X-a după operație, în stare generală perfectă, fără fistulă și fără stenoză a gurii de anastomoză, nu a putut să înghită. Anastomoza cervicală făcută la nivelul faringelui pe patul ramurei stîngi a osului hioid, deși largă, permeabilă și ușor sondabilă chiar cu degetul pe cale naturală, nu funcționa. La proba de înghițire a bariului faringee se umplea la fel ca și bontul esofagian pînă la nivelul gurii de anastomoză, dar prin aceasta nu mai trecea. Dacă bolnava forța deglutiția bariul intra în laringe și apăreau semne de sufocație (fig. nr. 3). La început am crezut că bolnava „nu a învățat să înghită” pe noua gură de anastomoză, cum a observat adesea și Dan Gavrilu, dar orice antrenament s-a soldat cu eșec. Astfel, am fost nevoiți să instituim o gastrostomie, apoi în cele din urmă o anastomoză termino-laterală între vechiul bont esofagian și tubul de neoesofag, care apoi a funcționat bine (fig. nr. 4, 5, 6). Bolnava s-a vindecat după o fistulizare trecătoare a acestei guri de anastomoză. O vagotomie trunculară executată ulterior transtoracic a făcut inofensiv refluxul gastro-esofagian. Bolnava se simte în prezent bine, la o lună după ultima intervenție, și s-a îngrășat cu 8 kg.

Discuții

Desigur, dintr-un număr redus de 6 cazuri operate și studiate nu se pot trage concluzii asupra valorii metodei însăși. Nici nu am avea dreptul să facem aprecieri generale, după ce autorul metodei în monografia sa și alți autori din țară și de peste hotare, pe sute de cazuri au demonstrat locul și valoarea acestui procedeu în chirurgia esofagului. Cu atât mai puțin am îndrăzni să facem comparație cu alte procedee de esofagoplastie care folosesc intestinul subțire și în ultimul timp mai ales intestinul gros, metode în care nu avem suficientă experiență. Totuși din aceste puține cazuri și mai ales din complicațiile observate, pe care le socotim ca rezultat al greșelilor noastre tactice și tehnice și nicidecum ca greșeli ale metodei, putem da unele amănunte insuficient subliniate pînă acum. Facem aceasta cu atât mai mult cu cît socotim că metoda Dan Gavrilu constituie una dintre cele mai impunătoare realizări ale chirurgiei românești, care a trezit mult interes în literatura medicală, a cîștigat mulți adepți și este citată în toate tratatele de specialitate.

Obiecțiunile care i se aduc acestui procedeu și pentru care numeroși autori preferă pentru înlocuirea esofagului folosirea intestinului și în special al celui gros, sînt multe: este o operație prea pretențioasă, deoarece folosește un tub gata făcut, cî unul care trebuie confecționat prin suturi multiple, e realizabil numai dacă curbura mare a stomacului este bine vascularizată, dă multiple complicații imediate, folosește un tub așezat în poziția antiperistaltică, și nu evită esofagita peptică de reflux. Alții invocă și neajunsul splenectomiei pe care metoda o necesită în mod obligator.

Cazurile noastre ar fi exemple bune pentru susținerea acestor critici. Cu toate acestea, azi sîntem ferm convinși că metoda este fiziologică, destul de simplă, cu riscuri puține, mai ales în privința riscurilor vitale și aplicată corect din punct de vedere tehnic dă rezultate definitive bune. Complicațiile pot fi evitate prin respectarea unor principii de tactică și a unor detalii tehnice.

Sub acest aspect noi subliniem următoarele concluzii:

1. Avînd în vedere terenul labil din punct de vedere fizic și psihic pe care intervenim, fiind vorba de bolnavi anxioși, epuizați și deproteinați, ei

trebuie bine reechilibrați preoperator, făcînd în acest scop o gastrostomie prealabilă, corect executată și bine plasată ca să nu stînjenească esofagoplastia planificată. O gastrostomie executată greșit poate compromite metoda.

2. O vagotomie profilactică poate preveni cu siguranță refluxul esofagian, adică esofagita peptică.

3. Timpul cel mai pretențios este cel al confecționării tubului din curbura mare a stomacului. Aici se cere o deosebită dexteritate, experiență, instrumental adecvat și o asistență impecabilă, eventual două echipe de lucru. Pentru a obține un tub suficient de lung, noi am recurs la ultimul caz la folosirea pilorului și a bulbului duodenal, făcînd o incizie pe stomac după cum arată figura nr. 3.

Pentru a preveni fistulizarea tubului, scurtarea lui și eventualele puncte de necroză, suturile trebuie executate cu deosebită atenție și să îndeplinească următoarele condiții: a) să ascundă complet mucoasa în lumen, b) să nu fie prea strînse, necrozante, c) să nu folosească prea multă ață pentru a evita reacția de corp străin și să nu perforzeze mucoasa. Pentru aceste condiții sutura ideală este cea într-un strat seromuscular, fără sutura mucoasei. Pentru a preveni hemoragia în acest caz noi am folosit sutura prealabilă a vaselor submucoase. Prelungirea duratei de intervenție prin aceste suturi (în condițiile unei anestezii și reanimări perfecte) este răsplătită din belșug prin siguranța suturilor. De altfel, sîntem convinși că folosirea unui aparat de sutură gastrică de tip Petz, adaptată acestei intervenții ar reduce extrem de mult în timp această fază a intervenției.

4. Învelirea suturilor cu un rest de epiploon anume lăsat în acest scop pe curbura mare, asigură și mai mult suturile noastre.

5. Pentru prevenirea trombotizării și strangulării vaselor nutritive tubul trebuie plasat fără nici o răsucire. Cînd plasarea se face presternal, tunelul subcutanat trebuie să fie destul de larg pentru a nu strînge vasele.

6. Pentru a preveni refluxul gura de anastomoză între stomac și tub trebuie să fie cît mai mică, iar pentru evitarea stricturii, gura cervicală trebuie să fie cît mai largă.

7. Să nu folosim ca loc de implantare a tubului peretele lateral al faringelui, decît în caz de necesitate cînd cicatricile postcaustice stenozează limita dintre esofag și faringe. Dacă mai există un bont esofagian cît de mic, acesta trebuie folosit pentru anastomoza termino-terminală, căci deglutiția „în direct“ pe verticală va merge mult mai bine decît o deglutiție în care bolul alimentar trebuie să urmeze o cale frîntă.

8. Anastomoza cervicală trebuie făcută în două straturi: primul total cu catgut cromat și cu buzele mucoasei răsfrînte pe lumen, iar al doilea strat cu ață neresorbabilă care interesează numai musculatura.

9. Anastomoza cervicală trebuie făcută într-un timp cu confecționarea tubului de neoesofag, căci o fistulă cervicală temporară macerează pielea.

În concluzie, noi socotim că esofagoplastia după procedeul Dan Gavriliiu rămîne în continuare, alături de alte procedee care folosesc intestinul subțire sau gros, o metodă valoroasă care are avantajele sale incontestabile și ale cărei dezavantaje și complicații neplăcute pot fi evitate printr-o tehnică minuțioasă, bine studiată, experimentată și bine aplicată la cazul dat.

Sosit la redacție: 10 iunie 1970.

Bibliografia la autori.