

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

DIVERTICUL FARINGOESOFAGIAN ZENKER

dr. Z. Păpai, dr. M. Ionescu, dr. Gr. Stanciu, dr. R. Lupeanu

Diverticulul faringoesofagian, bine studiat de Zenker în anul 1877, prezintă caractere şi ridică probleme specifice, care-l individualizează faţă de diverticuloza esofagului şi de alţi diverticuli ce pot apărea pe traiectul organelor cavitare ale tubului digestiv.

Cazuistica sa este din fericire rară: I. Juvara şi colab. au publicat recent un caz, sintetizând cu acest prilej publicaţiile româneşti în acest domeniu (10). Fiecare caz care vine să se adauge literaturii, prezintă ca şi al nostru aspecte particulare.

Este vorba despre bolnavul P. E., pensionar în vîrstă de 71 de ani, care s-a internat în clinica noastră în cursul lunii ianuarie a.c. Diagnosticul n-a constituit o problemă, deoarece însuşi bolnavul ştia că în urmă cu 8 ani i s-a pus radiologic diagnosticul de diverticul faringoesofagian Zenker, de mărimea unei prune, şi ne-a adus vechea radiografie (fig. nr. 1). În ultimul timp, pe fondul unui emfizem pulmonar cu capacitate respiratorie redusă, dar cu cordul bun şi T. A. = 165/110 mmHg., a slăbit puţin, se alimentează greu, vărsînd după un scurt interval de la ingerare o mare parte din alimente, nedigerate şi rău mirositoare. Prezintă pe lingă disfagie, voce răguşită şi crize de asfixie, vărsăturile sînt însoţite de tuse, după care bolnavul se linişteşte dar rămîne infometat.

Examenul radiologic pune în evidenţă, aşa cum se poate vedea în fig. nr. 2, o cavitate de mărimea unui pumn de adult cu trei nivele: sediment baritat (I), secreţie lichidă (II), şi conţinut gazos (III). Formaţiunea este situată la nivelul esofagului cervical inferior, înconjurînd posterior şi bilateral viscerale mediane de la baza gîtului, pătrunzînd şi în mediastinul superior şi corespunzînd cu proeminenţa ce se observă şi se palpează în ambele fose supraclaviculare. Radioscopic se observă cum substanţa de contrast trece din faringe în punga diverticulară şi se adună acolo fără a se continua în esofagul toracic şi în stomac, dar nu se poate preciza pe care din pereţii esofagului este situat coletul diverticulului care s-a dezvoltat atît de mult.

În timpul ingerării bariului şi al examenului radiologic bolnavul prezintă tuse şi senzaţie de asfixie, ca şi în timpul alimentării. Sintem în faţa unui diverticul faringoesofagian vechi, care a atins dimensiuni mari şi comprimă organele din jur. După pregătirea bolnavului, procedăm la intervenţia chirurgicală executată în anestezie generală cu intubaţie orotraheală (executată de dr. E. Kesztembaum). Încercarea de a introduce prin esofag o sondă în stomac nu reuşeşte, sonda angajîndu-se în diverticul. Am ales incizia curbă suprasternală, în cravată tip Kocher, pentru a avea acces asupra ambelor părţi laterale ale esofagului cervical. Ca surpriză constatăm prezenţa unui mare nodul tiroidian stîng coloidochistic, cit un măr mic, situat posterior şi comprimînd esofagul cervical ca un pinten între acesta şi coletul diverticulului. Fără îndoială că prin situaţia şi dimensiunile sale, acest nodul tiroidian care comprimă şi nervul recurent sting, ca şi traheea şi esofagul sub joncţiunea cu diverticulul, a avut în ultimul timp un rol în împiedicarea trecerii alimentelor în porţiunile subiacente ale esofagului şi dirijarea lor spre punga diverticulară. Procedăm la hemitiroidectomie stîngă. Ne-am creat astfel şi un acces comod asupra pungii diverticulare care are pereţii groşi, aderenţi de organele şi ţesuturile din jur. avînd dimensiunile unui pumn de adult, ocupă spaţiul retroesofagian şi lateroeso-

fagian bilateral, pătrunzind în mediastin până în apropierea vaselor mari. Prin preparare minuțioasă izolăm diverticulul fără a leza nici un element anatomic vecin și ne convingem că la joncțiunea faringoesofagiană stângă se află coletul său gros cât un deget de adult. Deschidem diverticulul, luând măsuri de izolare pentru îndeplinirea acestui timp septic, evacuăm conținutul său fetid și cu bariu și la vedere conducem sonda introdusă prin gură și faringe, în esofagul toracic și stomac. Prin greutatea sa, diverticulul exercită o tracțiune laterală stângă asupra faringoesofagului, determinând în peretele lateral drept un pinten care are tendința să conducă și sonda tot în diverticul și nu în esofagul toracic. Rezecăm în întregime diverticulul și închidem la acest nivel faringoesofagul în două straturi; drenaj de siguranță cu lama de cauciuc, decliv lateroesofagian sling, sutura planurilor, pansament. Evoluția postoperatorie a fost foarte bună, lama de drenaj a fost suprimată în ziua a treia, firele de sutură de la piele au fost scoase complet în ziua a cincea, plaga operatorie vindecându-se complet. Țesuturile au rămas ușor îndurate în regiunea operată, timp de aproximativ două săptămâni.

Sonda groasă introdusă prin esofag în stomac pentru alimentarea bolnavului și protecția suturii, s-a astupat și a fost scoasă din ziua a 9-a de la operație, bolnavul alimentându-se per os, progresiv, mai întâi cu lichide, apoi complet. Au dispărut toate acuzele precedente ale bolnavului, vocea s-a clarificat, la examenul radiologic bariul trece rapid prin faringoesofag, fără nici un obstacol și fără nici o deviere, din cauza rapidității tranzitului neputându-se surprinde imaginea pasajului pe radiografie.

Nu a fost necesar să procedăm la gastrostomie de protecție.

În literatura de specialitate, radiologii și chirurgii publică cazuri de diverticul faringoesofagian Zenker.

Bourdial și *Lallemant* pledează pentru tratamentul endoscopic al diverticulului faringoesofagian cu substanțe sclerozante (3). Alăta vreme cât nu există o contraindicație majoră pentru anestezie și intervenție, noi considerăm că doar cura operatorie poate fi aceea care rezolvă radical problema. Calea de acces utilizată de noi din cauza necunoașterii sediului topografic al comunicării diverticulului cu esofagul ne-a creat o mare comoditate operatorie.

Simptomatologia pe care a avut-o bolnavul nostru s-a explicat prin compresiunea extrinsecă asupra organelor mediane de la baza gâtului, de către diverticulul dezvoltat în timp până la dimensiuni gigante și de către gusa care s-a asociat.

Examenul histopatologic al pereților diverticulului, mult alterați de procesul inflamator cronic, îndelungat prezent, nu ne mai poate orienta asupra mecanismului etiopatogenic al apariției și dezvoltării acestuia. Dar noi credem că este vorba de un defect embrionar nervos și muscular, la nivelul joncțiunii faringoesofagiene, care duce cu timpul la instalarea unei disinerghii, cu sindrom esofagian disfagic și apoi progresiv la dezvoltarea diverticulului până la dimensiunile gigante întâlnite și la bolnavul nostru.

La controlul efectuat, după 6 luni de la operație, starea bolnavului nostru a fost perfectă.

Sosit la redacție: 24 iulie 1970.

Bibliografie

1. ALLEN T. H.: J. thorac, cardiovasc. Surg. (1965), 50, 4, 455; 2. BECKER T., SCHYRA B.: Zbl. Chir. (1968), 93 2, 74; 3. BOURDIAL J., LALLEMANT J.: Ann. oto-laryng. (1968), 85 8, 831; 4. CORNELL N. W., SWAN K.: Surg. Gynec. Obstet. (1966), 123 4, 842; 5. DAVIS L.: Christopher's Textbook of Surgery. W. B. Saunders Company. Philadelphia-London-Toronto, 1968, 6. DEBĂU M., MARINESCU E., DEBĂU M., HOANCA O., IONESCU M.: Viața Medicală (1966), 13'22, 1543; 7. FEKETE F.: Rév. Prat. (1960), 10, 1051; 8. FONTAINE R., WALTER P., BRIDIER J. J.: J. Radiol. Electrol. (1966), 47, 9, 467; 9. GÎRBEA ȘT., CRĂCIUN E., POP V.: Oto-rinolaringologia (1967), 12 4, 359; 10. JUVARA I., TOMESCU O., NECULA V., STĂNESCU J.: Chirurgia (1970), 19'5, 437; 11. NEGRE E., CORDIER M., CAVAILLE E.: Ann.



Fig nr 2

oto-laryng. (1966), 3/3, 245; 12. PUTNEY F. J.: Trans. Pacif. Cst. Otoophthal. Soc. (1968), 49, 57; 13. SMITH S., BUCHTEL C. B.: J. South. Med. Ass. (1968), 61/8, 826; 14. GROVES K. L.: Cleveland Clinic Quaterly (1968), 35, 207; 15. PONZOKI A. V. JR.: J. South. Med. Ass. (1968), 61/8, 817; 16. SHALLOW T. A., CLERF L. H.: S. G. O. (1948), 86, 317; 17. FINNEY C. G. JR., GAERTNER R. A.: J. South. Med. Ass. (1964), 57, 375.
