

DIVERTICULII ESOFAGIENI. MANAGEMENT CONTEMPORAN SECȚIA CHIRURGIE TORACICĂ IMSP SCR

Alexandru Toma, Nicolae Gladun, dr. hab. în med., prof. univ., Ion Balica, dr. hab. în med.,
conf. univ., Igor Maxim, dr. în med., conf. univ., Sergiu Ungureanu, dr. în med., conf. univ.,
Teofil Iusco, Sergiu Rusu, Vladimir Sîli, Grigore Țara,
Tatiana Toma, Ion Florea,
IMSP SCR, Chirurgia Toracică
alex toma2@rambler.ru, tel.069316059

Rezumat

Autorii analizează experiența Secției Chirurgie Toracică IMSP SCR în tratamentul a 94 pacienți cu diverticuli esofagieni de diversă localizare. Sunt prezentate aspectele principale ale tehnicii chirurgicale, complicațiile (17,88%) și mortalitatea (3,19%). Experiența diverticulectomiei videotoracoscopice cuprinde trei cazuri cu evoluție postoperatorie necomplicată.

Summary. Esophageal diverticula. The contemporary management

The authors analyze the Thoracic Surgery Department (Republican Clinical Hospital) experience in the treatment of 94 patients with esophageal diverticula with diverse location. There are presented the main aspects of surgical technique, complications (17,88%) and mortality (3,19%). Videotoracoscopic diverticulectomy experience includes three cases with uncomplicated postoperative evolution.

Резюме. Дивертикулы пищевода. Современный менеджмент

Авторы анализируют опыт Отделения Торакальной Хирургии РКБ в лечении 94 пациентов с дивертикулами пищевода различной локализации. Представлены основные аспекты хирургической техники, осложнений (17,88%) и смертности (3,19%). Опыт видеоторакопической дивертикулэктомии включает три случая с неосложненным послеоперационным течением.

Introducere

Diverticulul esofagian (DE) reprezintă o dilatare segmentară, excentrică, permanentă, sacciformă, ce interesează numai o porţiune a circumferinţei peretelui esofagian şi care comunică cu lumenul acestui organ.

În literatură se remarcă incidenţa relativ rară a diverticuliilor esofagiene, atât în cadrul patologiei tubului digestiv, în general, dar şi a patologiei esofagului, în particular. Examenul radiologic al pacienţilor cu disfagie a depistat prezenţa diverticulului Zenker în 2,3% cazuri. Prevalenţa diverticulului Zenker la 100000 populaţie este între 0,01% şi 0,11% [1], vârsta pacienţilor fiind cuprinsă între 40-60 ani. Împărtaşim experienţa clinicii în domeniul tehnicii şi tacticii chirurgicale a DE de diferită localizare, precum şi elementele managementului postoperator al acestor pacienţi.

Material şi metode

În clinica Chirurgie Toracică a SCR din totalul de 94 pacienţi (trataţi în perioada anilor 1970-2014) prezentau diverticul la nivelul esofagului cervical – 42(44.68%), mediotoracici – 27(28.72%) şi epifrenici – 25(26.60%). Vârsta pacienţilor era între 40-60 ani, categorie supusă indicaţiilor operatorii în cazul unei simptomatologii evidente (Tabelul 1).

Tabelul 1

Repartizarea pacienţilor după vârstă şi sex

	I grup (1970 - 1999) N= 4, b/f – 19/22	II grup (2000 - 2014) N= 53, b/f – 36/17	Total N= 94, b/f - 54/40
20-40 ani	7 (17,08%)	2 (3,72%)	9 (9,58%)
41-60 ani	25 (60,97%)	27 (51%)	52 (55,32%)
61-80 ani	9 (21,95%)	24 (45,28%)	33 (35,1%)

Indicaţia operatorie la pacienţi cu diverticul esofagian a fost stabilită pe baza analizei riguroase a datelor clinice, endoscopice, radiofuncţionale şi manometrice. Tabloul clinic evident evocat prin tiada Leger (disfagie, regurgitaţie, sialoree) a fost prezent la majoritatea pacienţilor trataţi chirurgical în clinică. Pacienţii au fost repartizaţi în 2 grupuri ce corespund cu debutul studiului 2000-2014.

I grup – 41 pacienţi trataţi în perioada anilor 1970-1999.

II grup – 53 pacienţi trataţi în perioada anilor 2000-2014.

Separarea pacienţilor în două grupuri a fost necesară pentru a evalua şi analiza comparativ ambele loturi de pacienţi, rezultatele intervenţiilor chirurgicale bazate pe îmbunătăţirea metodelor de diagnostic

actuale, a tehnicilor chirurgicale şi a performanţelor dispozitivelor folosite.

Tabelul 2

Perioadele de studiu şi localizarea diverticuliilor

Localizare \ Repartizare după grup	I grup (1970 -1999) N=41	II grup (2000-2014) N=53	Total N=94
Faringoesofagian Zenker	13 (31,7%)	29 (54,71%)	42 (44,68%)
Mediotoracic	18 (44%)	9 (16,99%)	27 (28,72%)
Epifrenic	10 (24,3%)	15 (28,3%)	25 (25,6%)

Examenul radiologic baritat de faţă şi profil este o metodă de bază a diagnosticului evidenţiind mărimea diverticulului, localizarea, prezenţa retenţiei, care de altfel pune indicaţia operatorie.

Examenul endoscopic – dificil în unele cazuri, evidenţiază obiectiv comunicarea pungii diverticulare cu lumenul esofagului, depistează leziunile inflamatorii a mucoasei.

Manometria esofagiană poate evidenţia hipertonia sfincterului esofagian superior, tulburări de motilitate esofagiană, hipertonia sfincterului esofagian inferior iar PH – metria pe 24 ore este utilă în asocierea cu boala de reflux gastroesofagian.

Discuţii

Diverticuli faringoesofagiene şi diverticuli epifrenici sunt diverticuli de pulsione provocaţi de o hiperpresiune intralumenală legată şi de tulburări motorii faringiene sau esofagiene. Diverticuli mediotoracici sunt diverticuli de tracţiune, secundari unei cicatrice retractile de adenită granulomatoasă de vecinătate. Dată fiind raritatea cauzelor ce pot determina apariţia diverticuliilor mediotoracici (tuberculoza, antracoza, histoplasmoza) actualmente se consideră că diverticuli esofagiene se datorează unei anomalii de motricitate esofagiană care trebuie bine identificată.

Histopatologia şi patogeneză variată de formare a diverticuliilor esofagiene condiţionează multitudinea de clasificări existente în literatura de specialitate. Catedra Chirurgie FEC MF USMF Nicolae Testemiţanu se conduce de clasificarea Петровский şi Ванцян (1968) [2]:

1. După momentul apariţiei:
 - a. Diverticuli congenitali
 - b. Diverticuli dobândiţi
2. După sediu:
 - a. Diverticuli cervicali
 - b. Diverticuli intratoracici
 1. Diverticuli mediotoracici
 2. Diverticuli epifrenici

3. După mecanismul de apariție:
 - a. Diverticuli de pulsione
 - b. Diverticuli de tracțiune.

Diverticulul cervical apare la nivelul de trecere a faringelui în esofag, pe peretele posterior, unde două seturi de mușchi oblici ai faringelui se unesc cu mușchiul circular al esofagului. Anatomic, fibrele oblice ale mușchiului cricofaringian formează un spațiu triunghiular delimitat superior de fibrele constrictorului faringian inferior și bilateral de fibrele oblice ale cricofaringianului. Fiind cunoscut sub numele de „scobitura faringiană”, acest loc reprezintă un spațiu slab funcțional al peretelui posterior al esofagului – punctul slab al lui Killian [3]. Această arie în repetate rânduri primește întreaga forță a bolusului alimentar care este împins în actul de deglutiție de către mușchii puternici ai faringelui către lumenul mult mai îngust al esofagului. Odată cu creșterea în dimensiuni, acest sac se extinde într-o parte sau alta, mai des spre stânga (favorizat de poziția esofagului ușor pe stânga). Din cauza spațiului mic de extindere între fasciile gâtului, acești diverticuli sunt frecvent simptomatici. Anatomia diverticulilor cervicali este studiată destul de detaliat. Kole 1956 [4] deosebește diverticuli adevărați și pseudodiverticuli. Diverticuli adevărați au pereții formați din toate straturile peretelui esofagului, iar în cazul pseudodiverticulilor mucoasa și submucoasa esofagului herniază printre straturile musculare. Mucoasa diverticulului este tapetată cu epiteliu pavimentos, frecvent sunt depistate, la examen histologic, infiltrate de celule cilindrice, mai ales, în cazul dezvoltării diverticulitei din cauza stazei alimentare. Gura de intrare a diverticulilor în acest segment cel mai des se situează pe peretele posterior al hipofaringelui, la nivelul cartilajului cricoid și are o formă ovală. Odată cu creșterea în dimensiuni corpul diverticulului se situează între peretele posterior al esofagului și fascia prevertebrală, ceea ce provoacă compresia esofagului. Creșterea ulterioară în dimensiuni a diverticulului duce la deplasarea sacului cervical pe stânga sau spre mediastinul anterior, având posibilitatea de compresie asupra organelor mediastinale.

Diverticuli mediotoracici pot apărea oriunde de-a lungul esofagului, dar mai frecvent sunt depistați de-a lungul peretelui anterior la nivelul bifurcației traheei. Pot fi unici sau multipli și frecvent sunt depistați ocazional. Ca regulă implică toate straturile peretelui esofagian datorită unei forțe de tracțiune din exterior. Majoritatea acestor diverticuli este rezultatul proceselor granulomatoase inflamatorii cronice care înconjoară structurile mediastinului, ca trahea, bronhiile și în mod special nodulii limfatici. Limfadenita tuberculoasă este considerată agentul etiologic pri-

mar. Diverticuli formați sunt conici, cu apexul orientat în afară și superior față de esofag. Colul lor lat și prezența stratului muscular în perete previne acumularea alimentelor și secrețiilor în interiorul lor. Ca dimensiuni aceștia ajung până la 3-4 cm în diametru, în schimb forma lor poate fi foarte variată.

Diverticuli epifrenici, în trecut mai rar depistați, au o incidență actuală mai înaltă, odată cu introducerea în practică a examinării cu contrast a pacienților cu acuze legate de tractul gastrointestinal superior. Etiologia este încă puțin elucidată fapt ce a favorizat expunerea mai multor teorii, precum particularitățile de dispunere a fibrelor musculare la nivelul esofagului supradiaphragmal (Mackler) [5], diverse defecte congenitale ale esofagului toracic inferior (Lahey [6], Warren [7]), teoria obstacolului organic (Effler et al. [8]) cu „explozia” esofagului mai sus de obstacol și, mai recent, teoria obstrucției funcționale (Goodman și Parnes [9], Habien [10]) ș.a. Diverticuli epifrenici se situează la distanța de 6-10 cm deasupra cardiei, mai frecvent pe peretele anterior și drept al esofagului. Forma lor de obicei este sferică, iar dimensiunile depind de „vârsta” diverticulului, variind de la 1-2 cm până la 10-15 cm în diametru.

Tabloul clinic este evocat de triada Leger – disfagie, regurgitație și sialoree. Aspectele semiologice definesc trei categorii de manifestări:

- simptome datorate perturbării progresiei bolusului alimentar;
- simptome de tranzit esofagian contracurent;
- simptome ce sugerează spasmul esofagian muscular sau esofagita.

Evoluția clinică a diverticulului este manifestată prin:

- stadiul I (punctul herniar): este mic, fără retenție alimentară;
- stadiul II: diverticulul devine sacular, situat retroesofagian împinge anterior esofagul și traheea; cu retenție alimentară;
- stadiul III-IV-V: punca diverticulară cervicală coboară până la stern sau în mediastin, are o dezvoltare asimetrică, frecvent pe dreapta. Orificiul sacului este extrem de larg, orientat pe direcția de coborâre a alimentelor, deplasând lateral gura esofagului.

O importanță deosebită au semnele indirecte, datorate complicațiilor. Astfel, disfagia cu scădere ponderală sugerează o compresie a esofagului, dispneea – a traheei, iar congestia cerebrală și facială, cefaleea – o compresie a vaselor mari mediastinale. Complicații pulmonare (bronhopneumonii, abcese pulmonare) sunt manifestarea aspirației conținutului diverticular.

Diverticuli intratoracici – mai săraci în simptomatologie, sunt frecvent asociați cu hernie hiatală sau tulburări de motilitate esofagiană, iar atunci când simp-

tomele sunt prezente, cel mai des sunt depistate și alte patologii ale tractului gastrointestinal [11]. Diverticuli mici sunt asimptomatici, cei mari se pot manifesta prin disfație, diverse semne de comprimare mediastinală, pneumopatii de aspirație sau rareori perforație.

Tratamentul de elecție în diverticulul esofagian este cel chirurgical. Momentele principale ale intervenției sunt abordul (cervicotomia, toracotomia laterală, laparotomia xifo-ombilicală) în dependență de localizare, izolarea și rezecția sacului diverticular, sutura defectului în două planuri (mucoasa/submucoasa și stratul muscular). În unele cazuri linia de sutură este acoperită cu țesuturi adiacente. Rata complicațiilor a fost de 17,88%, cu o mortalitate de 3,19% (3 cazuri).

Actualmente chirurgia diverticulului esofagian a pășit pe cale endoscopică miniinvazivă – tehnicile NOTES sau videotoracoscopică (VTS). Experiența clinicii dispune de trei cazuri de diverticulectomie prin abord VTS dreapta cu rezultat bun, la fel respectând postulatele tehnicii tradiționale – mobilizarea minuțioasă a sacului și colului vezicular cu sutura defectului în două planuri.

Concluzii

1. Experiența Secției Chirurgie Toracică IMSP SCR cuprinde 94 cazuri de diverticuli esofagieni, tratați în perioada 1970 – 2014, cu 4 – 7 cazuri operate anual.

2. Majoritatea pacienților (94%) sunt simptomatici, simptomele fiind cauzate de complicațiile diverticulilor.

3. Tratamentul chirurgical este metoda optimală, intervențiile fiind efectuate prin tehnica chirurgicală și prin VTS, frecvența complicațiilor fiind de 17,88% iar mortalității de 3,19%.

Bibliografie

1. Петровский Б., Ванцял Э. Дивертикулы пищевода, М., 1968, стр. 37-51.
2. Петровский Б., Ванцял Э. Дивертикулы пищевода, М., 1968, стр. 57-66.
3. Killian G. Ober den Mund der Speiseruhre. Z Ohrenheilk K Luftw, 1908; 55:1±41.
4. Köhle W. Die chirurgie des Speiseröhrendivertikel. Stuttgart, 1956.
5. Mackler, S. A. Spontaneous rupture of the esophagus: An experimental and clinical study. Surg. Gynec. Obstet. 95:345, 1952.
6. Lahey, F. H., and Warren, K. W. Esophageal diverticula. Surg. Gynec. Obstet. 98:1, 1954.
7. Warren, K. W. Pharyngo-esophageal diverticulum. Amer. J. Surg. 93: 205, 1957.
8. Effler, D. B., Barr, D., and Groves, L. K. Epiphrenic diverticulum of the esophagus: Surgical treatment. Arch. Surg. (Chicago) 79: 115, 1959.
9. Goodman, H. I., and Parnes, I. H. Epiphrenic diverticula of the esophagus. J. Thorac. Cardio. Surg. 23:145, 1952.
10. Habein, H. C., Moersch, H. J., and Kirklin, J. W. Diverticula of the lower part of the esophagus. Arch. Intern. Med. 97:768, 1956.
11. Constantinoiu S. Tratamentul chirurgical al diverticulului Zenker, Chirurgia (2011) 106: 631-638, Nr. 5, Septembrie – Octombrie, 631-638.