

Clinica chirurgicală nr. 1 (cond.: prof. dr. Gh. V. E. Bancu, doctor docent)

INDICAȚIILE, TEHNICA ȘI REZULTATELE ESOGASTROSTOMIEI PRIN ABORD TORACIC

dr. Gh. V. E. *Bancu*, dr. Z. *Păpai*, dr. T. *Georgescu*, dr. E. *Bálint*,
dr. M. *Baghiu*, dr. V. *Gliga*

Esogastrostomia fundică prin abord toracic (operația Sauerbruch), cu intenție de operație definitivă își are indicații restrinse, dar acestea pot fi bine codificate.

În lucrarea de față dorim să ne referim la indicațiile operației, la

riscurile ei, la principiile de tehnică în condiții operatorii obișnuite sau speciale și la rezultatele care pot fi întrezărite.

Indicațiile operației Sauerbruch sînt legate mai ales de îmbolnăviri benigne ale regiunii cardiei, însoțite de sindrom esofagian manifest, printre care cităm:

1. Leziunile stenozante juxtacardiale produse de substanțe caustice, pe lângă permeabilitatea esofagului din amonte și integritatea regiunii fundice a stomacului.

2. Leziunile posttraumatice stenozante ale regiunii cardiei, de cauză operatorie sau accidentală.

3. Acalazia cardiei, în care operația Heller pare neindicată.

4. Acalazia cardiei nerezolvată prin alte intervenții (în special cardiomiectomia extramucoasă).

Riscurile intervenției depind de 3 factori:

-- starea generală precară a bolnavului datorită sindromului esofagian, care prin tulburările grave de deglutiție duc la pierderi ponderale însemnate. Dehidratarea și demineralizarea marcată, cît și scăderea proteinelor serice pot fi greu compensate parenteral în timpul pregătirii preoperatorii. Acestea, mai ales hipoproteinemia, pun în pericol suturile unui organ pretențios cum este esofagul;

— vîrsta, poate fi considerată tară mai ales atunci cînd se însoțește de modificări patologice ale principalelor organe solicitate de actul operator (cord, plămîni, ficat, rinichi, glande endocrine);

— probe funcționale cardiorespiratorii deficitare, care în anumite condiții pot face uneori iluzorie o simplă toracotomie exploratorie.

În clinica noastră am efectuat, în ultimii 4 ani, 4 esogastrostomii fundice prin abord toracic. În toate cele 4 cazuri am practicat reintervenții în urma unor operații care au prezentat complicații stenozante ale regiunii cardiei, sau nereușite în intenția rezolvării unei tulburări grave de deglutiție prin îmbolnăvirea regiunii cardiale.

Obs. 1. Bolnava R. E. de 18 ani se internează de urgență în clinica noastră cu dgs.: H.D.S. din varice esofagiene. Repetînd hemoragiile în clinică, intervenim de urgență. Suturăm varicele pericardial, preparăm esofagul, efectuînd o deconexiune transesofagiană cu buton Boerema. La 6 săptămîni postoperator apar fenomene de disfagie pentru care bolnava se reinternează; cu această ocazie i se practică o gastrostomie, avînd în vedere stenoza totală esofagiană la nivelul deconexiunii. Bolnava rămîne cu gastrostomie 6 săptămîni, cînd este reinternată. Hotărîm abordarea esofagului inferior prin toracotomie stg. După eliberarea bazei lobului inferior stg. pulmonar, preparăm esofagul și căutăm să pătrundem în hiatul esofagian, care este blocat de stomac. În această situație efectuăm o mică breșă diafragmatică la o distanță convenabilă în unghiul esofago-diafragmatic. Printr-o disecție anevoioasă preparăm peretele gastric intim aderent, pe o porțiune de 4 cm și deschidem stomacul pe o lungime corespunzătoare unei anastomoze cu esofagul. Unghiul posterior fiind intim închis de țesuturi, punem un plan de suturi esogastrice, apoi unul anterior paramucos monoplan și acoperim anastomoza cu ligamentul pulmonar. Evoluție postoperatorie foarte bună. Funcționalitatea în timp a anastomozei este de asemenea bună.

Obs. 2. Bolnavul Sz. B. de 78 ani, se internează în clinica noastră în noiembrie 1970 cu diagnosticul de acalazia cardiei. După pregătire pre-

operatorie se intervine practicându-se o cardiomiectomie extramucoasă prin abord abdominal pe o întindere de 10 cm. La 4 luni postoperator sindromul esofagian reapare de o gravitate sporită și în cele din urmă survin hemoragii digestive. În septembrie 1971 se reinternează într-o stare generală alterată (anemie, subnutriție). După pregătire preoperatorie, pe lângă probe funcționale cardiorespiratorii la limită, se reintervine printr-o toracotomie în spațiul VII intercostal stg. Se prepară esofagul supra-diafragmatic care ne arată aspectul său cilindric dur stenoizant, cu o dilatație suprastructurală evidentă. Se practică esogastrotomie fundică cu o gură anastomotică de 4 cm. Evoluția postoperatorie favorabilă. Deglutiția se ameliorează. Reluarea alimentației făcându-se după 12 zile, perioadă în care bolnavul a fost alimentat cu lichide prin sondă nazotransanastomotică. Revăzut în mai multe rânduri, are stare generală satisfăcătoare la vîrsta actuală de 82 de ani.

Obs. 3. Bolnavul B. T. 49 ani, prezentînd un sindrom esofagian prin acalazia cardiei, este greșit interpretat într-un spital din provincie, ca stenoză pilorică pentru care i se efectuează o rezecție gastrică. Persistența fenomenelor esofagiene, scăderea ponderală 20 kg, decid bolnavul să apeleze la serviciile clinicii noastre, în februarie 1973. Avînd în vedere rezecția de stomac efectuată cu un an în urmă, pe lângă probe cardiorespiratorii bune, intervenim prin toracotomie în spațiul VI intercostal stg. Esofagul inferior prezintă o tunică musculară exuberantă. Se efectuează esogastrotomie fundică de 4 cm lungime. Se ancorează marginea dreaptă a diafragmatomiei la peretele anterior al esofagului. Alimentație prin sondă nazotransanastomotică în ziua 12. Evoluție postoperatorie simplă și rezultat la distanță foarte bun.

Obs. 4. Bolnavul M. S. 48 ani este victima unei plăgi penetrante abdominale prin împușcare, ce necesită laparotomie pentru leziuni hepatice, cu care ocazie se extrage și proiectilul. La scurt interval se instalează un sindrom esofagian prin acalazia cardiei. Cu acest diagnostic se internează în clinica noastră în septembrie 1973. Antecedente de 20 de ani. Avînd în vedere intervenția anterioară abdominală, după pregătirea preoperatorie pe lângă funcții cardiorespiratorii bune, hotărîm intervenția prin toracotomie în spațiul VI intercostal stg. Esofag foarte dilatat cu perete flasc, subțire. Se efectuează esogastrotomie fundică cu fixarea breșei diafragmatice la conul de perete gastric ascensionat în torace. Alimentație prin sondă nazotransanastomotică timp de 12 zile. Evoluție postoperatorie simplă. Rezultat funcțional foarte bun.

Discuții

¹ În timpul efectuării anastomozei esogastrice fundice trebuie să ținem seama de câteva principii tactice și tehnice.

1. Nervii vagi trebuie respectați din două motive:

— vagotomia produce acalazia pilorului, neputîndu-se efectua piloroplastia datorită abordului toracic;

— în cazul acalaziei cardiei, vagotomia agravează tulburările de disinerjie esocardială, putînd duce la nefuncționarea anastomozei, care și în condiții normale poate da rezultate îndoielnice.

2. Dacă în cazul operațiilor primare abordarea fundului stomacului dinspre torace este ușoară, în unele reintervenții aderențele masive fac imposibilă clivarea peretelui stomacului de fața concavă a diafragmului.

3. Când breșa diafragmului evidențiază perete gastric liber, marginile mușchiului vor fi fixate la baza conului gastric ascensionat în torace.

4. Când separarea gastrodiafragmatică este imposibilă (Obs. 1), marginile diafragmului disecat se vor fixa în jurul anastomozei.

5. Anastomoza se va efectua întotdeauna în zona anterioară și stângă a cilindrului esofagian, în apropierea aortei, pentru a asigura gurii o bună funcționalitate și o lărgime suficientă de 3—4 cm în ax longitudinal.

6. Anastomoza esogastrică va fi efectuată în două planuri, folosind însă suturi paramucoase, peretele anterior putînd fi efectuat și monoplan.

7. Alimentarea bolnavului va începe în ziua a doua postoperator și va continua pînă în ziua a 12-a prin sondă nazotransanastomotică pentru protejarea suturilor.

Rezultatele esogastrostomiei fundice pot fi considerate bune atunci cînd indicarea operației s-a făcut în mod judicios.

Operația pare să fie mai bine venită din punct de vedere funcțional și incomparabil mai benignă decît esogastrectomia polară superioară, după modesta noastră experiență și datele literaturii, chiar dacă această din urmă operație se face în multe cazuri prin abord pur abdominal.

Sosit la redacție: 28 mai 1974.
