

Clinica Medicală nr. 3 (cond.: conf. dr. S. Cotoi) din Tirgu-Mureș

## ANGINA PECTORALĂ SAU DUREREA TORACICĂ ESOFAGIANĂ?

N. Seucea, S. Cotoi

Durerea retrosternală sau cea cu localizare epigastrică superioară, fenomenele vegetative care uneori o acompaniază, pot fi cauzate atât de boli esofagiene cât și de boli ale coronarelor, dar pot să apară și intricate. În lucrarea de față încercăm o sistematizare a simptomelor bolilor esofagiene care pot crea dificultăți de diagnostic diferențial cu durerea de origine coronariană, referindu-ne în special la angina pectorală, precum și la explorările necesare pentru confirmarea originii esofagiene a acuzelor (2, 3, 4).

Motivele pentru care, mai ales în cazul simptomelor atipice de manifestare, se ridică probleme serioase de diagnostic diferențial, le grupăm în trei categorii:

1. relații intime de vecinătate
2. mecanisme reflexe neurovegetative
3. unele condiții favorizante în care apar acuzele în ambele categorii de afecțiuni.

*Relații intime de vecinătate* între esofag, organ preponderent intratoracic și cord pot fi la baza unor erori de diagnostic sau dificultăți de diagnostic diferențial. De primă importanță sînt hernia gastrică transhiatală, mai ales de tipul II Ackerlund și diverticuli esofagiени voluminoși, care atît prin durerea provocată prin distensie, dar și prin tulburările de ritm cardiac pe care le poate induce prin factori mecanici, sau prin mecanisme nervoase reflexe, mimează durerea anginoasă și suferința coronariană (1, 4).

*Mecanismele reflexe neurovegetative* induse de un stimul dureros pornit din esofag care prin rădăcinile posterioare ale nervilor rahidieni intră în coarnele posterioare ale măduvei spinării, iar la acest nivel influxul dolorigen poate excita două grupe de neuroni: a) neuronii căilor spinotalamice ce vor conduce stimulii spre talamus și scoarța cerebrală, localizînd în acest fel percepția dureroasă; b) neuronii vegetativi din coloana intermediolaterală medulară, determinînd reflexe vasomotorii coronariene și o acțiune trofică directă sau indirectă asupra acestora și asupra vasa vasorum.

Dintre *condițiile favorizante care provoacă acuzele* amintim faptul că apar postprandial, legate de efort fizic sau de stres.

Date statistice publicate de Wilcox (citată 1) arată că la 10—30% dintre bolnavii etichetați drept anginoși, după o atentă examinare s-a

exclus originea coronariană a durerii, confirmându-se alte cauze de durere, dintre care afecțiunile esofagiene au reprezentat o bună parte.

Afecțiunile esofagiene prin durerea la deglutiție (odinofagie), arsura retrosternală și durerea retrosternală ridică serioase probleme de diagnostic diferențial (1,2,4).

**Odinofagia** — apare mai ales în boli cu leziuni organice ale mucoasei (esofagite peptice, herpetice, moniliazice, ulcer esofagian), dar și în tulburări de motricitate (primele faze ale acalaziei — acalazia cu contractii viguroase, spasmul esofagian etajat, peristaltica simptomatică, denumită și esofag în spărgător de nuci (nutcracker oesophagus). Legătura strinsă între simptom și deglutiție orientează în general diagnosticul încă din start.

**Arsura** este localizată retrosternal sau în epigastrul superior și se produce ca urmare a refluxului sucului gastric și uneori duodenal în esofag. Nu este bine precizat dacă simptomul se datorește unui sensor specific (nu au fost evidențiați receptori specifici) din mucoasa esofagiană sau tulburărilor de motricitate esofagiană induse de reflux, sau se produce prin ambele mecanisme. Este dovedit în schimb și contrariul, acela că refluxul gastroesofagian nu provoacă întotdeauna arsura retrosternală (Bennet și Atkinson) (2).

**Durerea** se descrie uneori ca o crampă, poate avea iradiere în gât, braț, uneori fiind indusă de exerciții fizice, stres, situații în care se poate confunda ușor cu o angină pectorală.

Examenul clinic este în general sărac în semne.

**Explorărilor paraclinice** le revine sarcina de a tranșa diagnosticul.

**Examenul radiologic** cu urmărirea în special a tranzitului esofagian, poate evidenția diverticuli esofagiени, spasmul esofagian etajat, stricturi esofagiene concentrice (în esofagite stadiul IV) sau excentrice în cancerul esofagian, aspectul tipic al acalaziei.

**Endoscopia esofagiană** are ca prim scop de a exclude un cancer esofagian. Poate evidenția esofagita peptică în diverse stadii ca semn de reflux gastroesofagian, ulcerul esofagian; de asemenea poate evidenția un ulcer duodenal ca o cauză posibilă a refluxului gastroesofagian. Deosebit de utilă și mult mai sensibilă decît examenul radiologic este endoscopia esofagiană în diagnosticul herniei gastrice transhiatale.

**Manometria esofagiană** poate evidenția acalazia, spasmul esofagian difuz, peristaltica simptomatică (nutcracker oesophagus), hipertonia sfincțerului esofagian inferior.

**pH-metria**, mai ales sub formă de monitorizare, poate dovedi asocierea refluxului gastroesofagian cu durerea, tranșind etiologia esofagiană a durerii.

**Testul perfuziei acide** ce constă în instilarea a 6—8 ml/min. HCl 0,1 N în esofag, în cazul în care provoacă durerea este o probă în sprijinul originii esofagiene a durerii. Trebuie făcută observația că testul negativ nu exclude originea esofagiană a durerii, chiar dacă se asociază cu absența durerii și după instilarea de soluții saline.

**Testul cu ergonovină** — cel mai recent introdus în explorarea esofagiană, are o rată de succes de 22—60%. Riscul cardiac (spasm coronarian) îi limitează serios aplicabilitatea în scopul diferențierii unei dureri esofagiene de una anginoasă.

*Distensia cu balon* — utilizată de Richter și colab., constă în distensia cu balon a sfincterului esofagian inferior, este un bun test de provocare. Este pozitiv în 60% a pacienților, față de numai 20% a cazurilor de control (ot martor) (1).

*Testul combinat de înregistrare a pH-ului și presiunii intraesofagiene* crește șansa de a dovedi interrelația durere—reflux gastroesofagian sau tulburări de motricitate esofagiană. *Vantrappen și Janssens* (1), au îmbunătățit tehnica, în sensul că au făcut-o posibilă ambulator, timpul de monitorizare fiind de 24 de ore. Se folosește un electrod intraluminal de pH și trei electrozi de presiune (3—10—17 cm deasupra sfincterului esofagian inferior), datele fiind înregistrate pe o casetă portativă. Compararea datelor obținute a dat o corelare cu toate celelalte metode într-un procent ridicat al cazurilor cu afecțiune esofagiană.

În clinica noastră am utilizat la 12 cazuri instilarea în esofag a pro-priului suc gastric, cazuri la care simptomatologia clinică pleda la prima impresie pentru o boală coronariană, dar fără manifestări tipice electrocardiografice. Manevra este ușor de efectuat constând în introducerea unei sonde duodenale în stomac, prin care se recoltează sucul gastric, sonda se retrage apoi în esofagul inferior unde se reinjectează sucul gastric. Bolnavul este monitorizat electrocardiografic și sint urmăriți atent simptomele care apar. Din cele 12 cazuri în 8 situații testul a fost pozitiv indicând legătura dintre simptome și refluxul esofagian. Concomitent cu această tehnică la fiecare pacient am urmărit refluxul gastroesofagian prin examen baritat radiologic în poziție Trendelenburg, găsind acest reflux prezent la 6 pacienți.

În concluzie, arătăm faptul că în special în cazurile cu manifestări atipice ale durerii anginoase, explorarea esofagului este necesară atât pentru un diagnostic mai precis dar și pentru a reduce cât mai mult posibil supraevaluarea diagnosticului de angină pectorală. Diferențele în ceea ce privește tratamentul, prognosticul și implicațiile sociale asupra bolnavului fiind deosebit de importante.

### Bibliografie

1. *Vantrappen G., Janssen J.*: European Heart J. (1986), 7, 828; 2. *Blackwell J. N., Castell D. O.*: Gut (1984), 25, 1, 1—6; 3. *Ottigon J. N., Ampelas J. J., Voigt J., Cassignell J., Pascal J. P.*: Gastroenterolog. Clin. Biol., (1984), 8, 609; 4. *Conte M. R., Orzan F., Magnacca M., Brusca A., Zara P., Mioli P. R., Todros L.*: Intern-J. Cardiol., (1986), 13, 135—142; 5. *Nicolae Gh. I.*: Contribuții la studiul intricării coronaro-digestive. Teză de doctorat. (Rezumat). București, 1986.

N. Seucea, S. Cotoi

### ANGINA PECTORIS OR OESOPHAGEAL THORACIC PAIN ?

The paper presents a complex analysis on the relationship between angina pectoris as a coronary condition and the pain of oesophageal origin. Then, there is a review of the paraclinical methods which make it possible to differentiate between these two entities. In our clinic, in 12 cases which might be suitable as diagnostic confusions, we have had good results by putting the patient's own gastric juice into the oesophagus in order to provoke the symptomatology.