

LEIOMIOAMELE ESOFAGIENE

E. Târcoveanu¹, V. Strat¹, Felicia Crumpei¹, D. Ferariu²

¹ Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

² Departamentul de Anatomie Patologică, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

ESOPHAGHEAL LEIOMYOMAS (Abstract): Esophageal leiomyomas, although infrequent, are the most common benign intramural tumors of the esophagus. They represent 10% of all gastro-intestinal leiomyomas and frequently cause symptoms, necessitating resection. We present two patients with esophageal leiomyoma which were treated one by enucleation and one by eso-gastric resection. None of the leiomyomas showed malignant transformation or recurrence. All symptomatic patients had relief of symptoms, with no perioperative morbidity or mortality.

KEY WORDS: ESOPHAGUS, LEIOMYOMA

Correspondență: Prof. Dr. Eugen Târcoveanu, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței nr. 1, 700111, Iași; e-mail: etarco@iasi.mednet.ro*

Leiomioamele sunt cele mai frecvente tumori benigne esofagiene (70%). Ele reprezintă 8% din toate tumorile esofagiene [1].

În Clinica I Chirurgie, în perioada 1993-2003, au fost tratate numai două cazuri.

Observația I: Bolnavul P.C., de 67 ani, se internează pentru dureri epigastrice, cu iradiere retrosternală, inapetență, disfagie pentru alimentele solide și regurgitații. Debutul bolii este insidios, în urmă cu doi ani, cu dureri epigastrice și retrosternale, regurgitații; apariția disfagiei îl obligă pe pacient să se prezinte la spital.

Tranzitul baritat eso-gastric arată, la nivelul porțiunii terminale a esofagului toracic și pe esofagul abdominal o imagine lacunară, ovalară, care obstruează incomplet lumenul (Fig. 1).

Endoscopia evidențiază la nivelul esofagului abdominal o amprentare ovalară de 2 cm, care nu modifică mucoasa suprajacentă.

Explorarea laparoscopică evidențiază o tumoră parietală a esofagului abdominal, care depășește orificiul hiatal, imposibil de enucleat pe această cale. După laparotomie mediană supraombilicală, se disecă transhiatal esofagul, mobilizat cu ajutorul unui laț și se enuclează tumora fără a deschide mucoasa. Se practică esofagografie cu trei fire separate, urmată de recalibrarea orificiului hiatal și funduplicatură anterioară Dor.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, cu dispariția simptomatologiei. Examenul anatomo-patologic confirmă diagnosticul de leiomiom (Fig. 2).

La controlul clinic și radiologic la 6 și la 12 luni postoperator se înregistrează un rezultat foarte bun.

Observația II: Bolnavul I.D., de 32 ani, se internează în martie 1993 pentru disfagie și durere retrosternală. Tranzitul baritat eso-gastric arată un defect de umplere semilunar, situat în 1/3 inferioară a esofagului toracic, care se mobilizează cu deglutiția (Fig. 3).

Esofagoscopia evidențiază la acest nivel o tumoră intramurală, aproape circumferențială, acoperită de mucoasă normală.

* received date: 11.01.2006
accepted date: 20.02.2006

Explorarea chirurgicală prin laparotomie abdominală xifo-ombilicală, după disecție transhiatală evidențiază o formațiune tumorală multilobată, dezvoltată în grosimea peretelui, pe o înălțime de 12 cm, interesând esofagul toracic și abdominal, pe care îl stenozează neregulat, prelungindu-se în jos pe peretele mării tuberozități gastrice.



Fig. 1 Tranzit eso-gastro-duodenal
leiomiom la nivelul esofagului abdominal

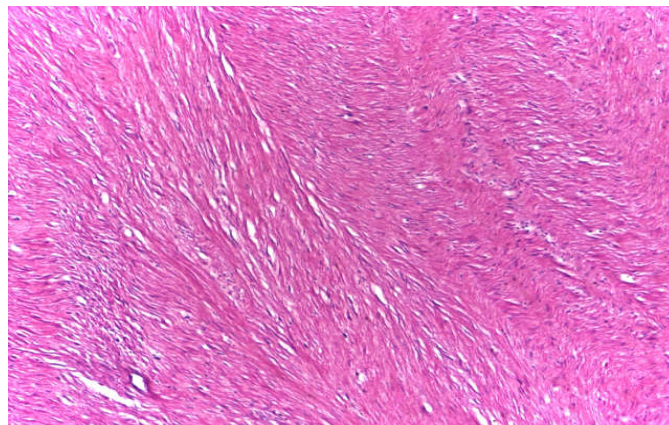


Fig. 2 Leiomiom esofagian – aspect histopatologic
colorație HE, ob. X 4

Se eliberează esofagul mediastinal transhiatal aducându-se mare parte din tumoră subdiafragmatic. Biopsia cu examen histo-patologic extemporaneu arată o tumoră benignă de tip leiomiom. Se scheletizează polul superior al stomacului ligaturând pediculul coronar, vasele scurte în epiploonul gastro-splenic, artera eso-cardio-tuberozitară din splenică și se practică secțiunea stomacului la nivelul treimii superioare la distanță sub tumoră. Tranșa gastrică se închide cu surjet. Se practică piloroplastie limitată extramucoasă. Se trece la

toracotomie laterală stângă în spațiul 6 intercostal și se expune esofagul supratumoral, care este secționat; se practică esogastrectomie polară superioară. Se ascensionează stomacul tubulizat în torace și se practică anastomoză eso-gastrică termino-laterală, cu fire separate, într-un plan. Se realizează un procedeu antireflux cu valvă. Se fixează stomacul la pleura mediastinală și apoi la orificiul hiatal și se suturează peretele toracic după montarea drenajului pleural. Se închide peretele abdominal și se drenează cu un tub loja subhepatică.

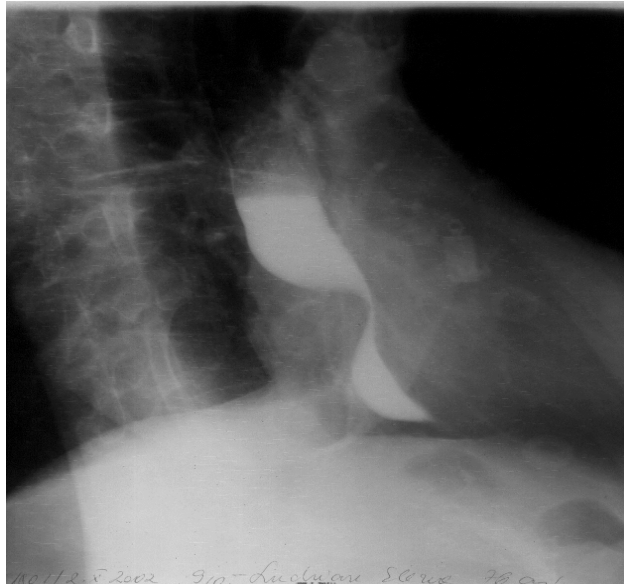


Fig. 3 Tranzit baritat eso-gastric
leiomiom situat în 1/3 inferioară a esofagului toracic

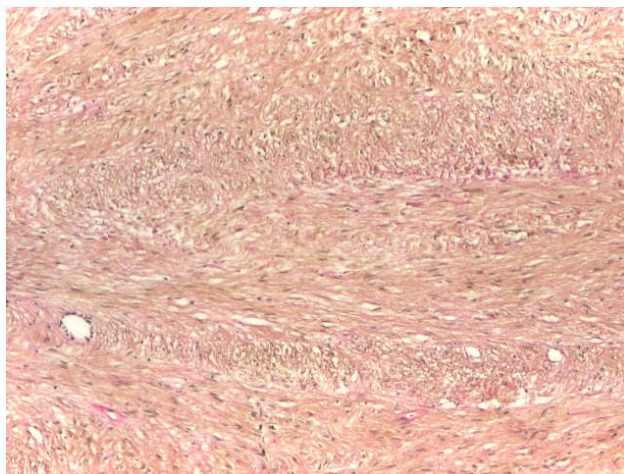


Fig. 4 Leiomiom esofagian – aspect histopatologic
colorație van Gieson, ob. X 4

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă. Examenul histo-patologic pe cupe seriate confirmă diagnosticul de leiomiom (Fig. 4).

Bolnavul a fost controlat clinic și paraclinic la un an și la 10 ani, fără să înregistreze recidivă. Esofagoscopia efectuată după 10 ani arată o esofagită de gradul I care răspunde la tratament medical.

DISCUȚII

În literatura de specialitate sunt publicate puține cazuri, cea mai mare statistică aparținând lui Mutrie CJ, de la Massachusetts General Hospital, care adună 53 cazuri într-o perioadă de 40 de ani [2].

Leiomiomul esofagian apare, mai ales, la bărbații tineri (vârsta medie 38 ani) [3]. În statistica noastră, unul din cei doi bărbați avea 33 ani.

Deoarece se dezvoltă din țesutul muscular neted, în aproape 90% din cazuri se localizează în 2/3 distale ale esofagului [3], ca și în cele două cazuri ale noastre.

Sunt tumori unice, de formă ovală, situate în grosimea peretelui esofagian submucos, ocupând o poziție excentrică față de axul organului [4]. Mucoasa esofagului este intactă și mobilă pe tumoră. Au volum variabil și formă ovalară, polilobată [5]. Rareori, sunt mai mari de 10 cm [6].

Evoluția este lentă, determinând disfagie sau fenomene de compresiune. Nici dimensiunea tumorii, nici localizarea nu se corelează cu varietatea simptomatologiei. Cele mai frecvente acuze sunt disfagia și durerea. Tranzitul baritat eso-gastric arată un defect de umplere rotund-ovalar, cu margini bine conturate. Din profil, tumora are un aspect neted, semilunar, bine delimitat și se deplasează în timpul deglutiției. Nu este indicată biopsia transmucoasă. Endoscopia evidențiază o tumoră a peretelui esofagian, acoperită de mucoasă normală. Ecografia endoscopică precizează diagnosticul [7]. Date utilă oferă tomografica. Pe durata creșterii lor rămân intramurale, tumora fiind proeminentă prin peretele extern al esofagului. Evolutiv, tumora se poate calcifica și, foarte rar, poate degenera sarcomatos. Diagnosticul se precizează prin examen histopatologic. Mizobuchi S. [8] raportează un caz de asociere a leiomiomului cu un carcinom scuamos incipient, tratat prin rezecție endoscopică a mucoasei.

Tumorile voluminoase, simptomatice, se pot enuclea chirurgical prin toracotomie sau, mai bine, prin toracoscopie [9]. Lucrări recente arată avantajele enucleerii leiomiomelor esofagiene prin toracoscopie asistată de robotul da Vinci [10, 11]. În majoritatea cazurilor, dacă în timpul enucleerii mucoasa este lezată, defectul trebuie reparat imediat. Se practică sutura stratului muscular. Tumorile circumferențiale, mari, în special ale joncțiunii eso-gastrice, care ulcerază mucoasa, suspecte, trebuie rezecate, așa cum am procedat și noi în al doilea caz. Totuși, în literatură, peste 90% din cazuri au fost tratate prin enucleere [2].

Rata mortalității după enucleere este sub 2%. Postoperator, disfagia dispare în majoritatea cazurilor.

CONCLUZII

Leiomiomurile esofagiene sunt tumori benigne rare, intramurale, ce ocupă 1/3 inferioară a esofagului antrenând disfagie și dureri retrosternale. Diagnosticul se bazează pe tranzitul baritat eso-gastric, esofagoscopie și ecografie endoscopică. Tratamentul este chirurgical și constă, cel mai frecvent, în enucleere care se poate realiza prin abord minim invaziv.

BIBLIOGRAFIE

1. Bolzan H, Spatola J, Chiarenza C. Endoscopic resection of esophageal leiomyoma with elastic band ligation. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2005; 35(3): 165-168.
2. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al. Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79(4): 1122-1125.
3. Peters J H, DeMeester TR. Esofagul și hernia diafragmatică. In: Schwartz, Seymour I., Shires TG, Spencer FC, editors. *Principii de chirurgie*, Vol. 2. București: Seventh Edition, Ediția în Lb. română, Ed. Teora; 2005. p. 1158-1159.
4. Constantinoiu S, Mateș IN. Patologia tumorală a esofagului. In: Angelescu N. editor. *Tratat de patologie chirurgicală*. București: Ed. Medicală 2001. p. 1410-1411.

5. Târcoveanu E. *Patologie chirurgicală – esofag, stomac, duoden*. Ed. Dosoței Iași, 1995, p. 84.
6. Cheng BC, Chang S, Mao ZF, et al: Surgical treatment of giant esophageal leiomyoma. *World J Gastroenterol*. 2005; 11(27): 4258-4260.
7. Sotoudehmanesh R, Ghafoori A, Mikaeli J, Tavangar SM, Moghaddam HM. Esophageal leiomyomatosis diagnosed by endoscopic ultrasound. *Endoscopy*. 2005; 37(3): 281.
8. Mizobuchi S, Kuge K, Matsumoto Y et al: Co-existence of early esophageal carcinoma and leiomyoma: a case report. *Jpn J Clin Oncol*. 2004; 34(12): 751-754.
9. Nakamura Y, Kohno T, Hata T, et al. Esophageal leiomyoma enucleated under the thoracoscopy; report of a case. *Kyobu Geka*. 2004; 57(5): 427-429.
10. Bodner JC, Zitt M, Ott H, et al. Robotic-assisted thoracoscopic surgery (RATS) for benign and malignant esophageal tumors. *Ann Thorac Surg*. 2005; 80(4): 1202-1206.
11. Elli E, Espat NJ, Berger R, Jacobsen G, Knoblock L, Horgan S. Robotic-assisted thoracoscopic resection of esophageal leiomyoma. *Surg Endosc*. 2004; 18(4): 713-716.
12. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al. Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79(4): 1122-1125.