

ESOFAGOPLASTILE DUPĂ STENOZE ESOFAGIENE PSTCAUSTICE – CONSIDERAȚII ASUPRA COMPLICAȚIILOR POSTOPERATORII –*

Carmen Mihalache¹, Șt. Mihalache¹, S. Luncă¹, N. Romedea¹, C. Moroșanu¹, Carmen Buga²

¹Clinica Urgențe Chirurgicale

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

²Secția A.T.I. Spitalul Clinic de Urgențe Iași

ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION AFTER POSTCAUSTIC STENOSIS - CONSIDERATIONS REGARDING THE POSTOPERATIVE COMPLICATIONS (Abstract): The aim of this study is to evaluate the complications after the esophagus reconstruction for the postcaustic stenosis. *Material and method:* We made a retrospective analysis of 116 cases operated in the Clinic of Surgical Emergencies Iași, from 1st of January 1982 to 30th of June 2004. In 12 cases intraoperative complications appeared, affecting the cardiovascular and respiratory status. 47 patients (40,51%) develop postoperative complications. Immediate postoperative morbidity rate was 22.41% (26 patients): pleural effusion, laryngeal nerve damage, cervical anastomotic leak. Late postoperative morbidity rate was 21.55% (25 patients) – stenosis of the cervical anastomosis. Postoperative mortality was 4,3%. *Conclusions:* The esophagus reconstructions have a high rate of postoperative morbidity. Anastomotic leak and anastomotic stenosis are the most important complications and their management is very difficult.

KEY WORDS: STENOSIS OF THE ESOPHAGUS, ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION

INTRODUCERE

Reconstrucția esofagiană pentru stenoze postcaustice utilizând diferite segmente ale tubului digestiv este urmată de numeroase și variate complicații [1-6]. Ele pot apare în orice moment al intervenției având diferite localizări.

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul se bazează pe analiza retrospectivă a 116 cazuri de stenoză esofagiană postcaustică rezolvate prin reconstrucție esofagiană, efectuată în Clinica de Urgențe Chirurgicale Iași, în perioada 1.01.1982 – 30.06.2004. Repartiția anuală a cazurilor a variat între 2 și 15. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 20 și peste 70 de ani, cu predominanța decadelor a III-a și a V-a. Majoritatea pacienților au fost femei, provenind din mediul rural. Ingestia accidentală a causticului a fost întâlnită în 59,48% din cazuri. Adresabilitatea la chirurg a fost la mai mult de jumătate din cazuri în primele 6 luni de la injurie, datorită disfagiei, durerilor restrosternale, scăderii în greutate și deshidratării. Examenul baritat esogastro-duodenal cu simplu contrast și cu tehnica reliefului mucoaselor au precizat aspectul și localizarea stenozelor esofagiene. Reconstrucția esofagiană a utilizat stomacul în 81 de cazuri (69,82%) și colonul la alți 35 de bolnavi (30,17%).

REZULTATE

Esofagoplastia, indiferent de procedeul utilizat și de indicație (stenoză esofagiană corozivă sau neoplazică) este o intervenție majoră urmată de complicații postoperatorii și de mortalitate ce oscilează între 20-23% [7].

Complicațiile postoperatorii s-au întâlnit la 47 de pacienți (40,51%). Am constatat două sau mai multe complicații la același pacient (Tabelul I).

* Lucrare prezentată la A IV-a Conferință Internațională de Chirurgie, Iași, 19-22 octombrie 2006

Tabelul I
Asocierea complicațiilor apărute după esofagoplastie

<i>Număr complicații</i>	<i>1 complicație</i>	<i>2 complicații</i>	<i>3 complicații</i>	<i>Total complicații</i>
Număr bolnavi	27	11	9	47
%	57,44%	23,40%	19,14%	40,51%

Am studiat incidența complicațiilor în funcție de momentul intervenției chirurgicale (Tabelele II, III, IV, V).

Intraoperator am înregistrat: infarct miocardic acut (2 cazuri), aritmie supraventriculară (2 cazuri), hemopneumotorax (3 cazuri) și pneumotorax (5 cazuri). În cele 2 cazuri cu infarct miocardic evoluția a fost nefavorabilă cu deces. Ceilați pacienți au fost rezolvați prin tratament medical și respectiv pleurostomie.

Tabelul II
Complicații apărute intraoperator

<i>Complicații</i>	<i>Număr cazuri</i>	<i>Tratament / evoluție</i>
Infarct miocardic	2	medical / deces
Aritmie supraventriculară	2	medical / vindecat
Hemopneumotorax	3	pleurostomie / vindecat
Pneumotorax	5	pleurostomie / vindecat

Imediat postoperator (în primele 7 zile) am înregistrat complicații la 26 de bolnavi (22,41%): paralizie de nerv recurent, hemotorax, pneumotorax și hemopneumotorax. Evoluția a fost favorabilă prin tratament medical sau chirurgical (Tabelul III).

Tabelul III
Complicații postoperatorii imediate

<i>Complicații</i>	<i>Număr cazuri</i>	<i>Tratament / evoluție</i>
Paralizie de nerv recurent	4	medical / favorabilă
Hemotorax	6	pleurostomie / vindecat
Hemopneumotorax	4	pleurostomie / vindecat
Pneumotorax	12	pleurostomie / vindecat

Tabelul IV
Complicații precoce postoperatorii

<i>Complicații</i>	<i>Număr cazuri</i>	<i>Tratament / evoluție</i>
Fistulă anastomotică intra-abdominală	2	reintervenție / vindecat
Fistulă anastomotică cervicală	10	reintervenție / vindecat
Eviscerație	4	chirurgical / 1 deces prin bronhopneumonie
Hematom latero-cervical stâng	1	chirurgical / vindecat
Tromboflebită membru pelvin	3	medical / vindecat
Fibrinoliză	1	medical / deces
Supurația plăgii	4	chirurgical, medical / vindecat

În următoarele 2-3 săptămâni postoperator, 27 bolnavi (23,27%) au dezvoltat diferite complicații precoce, de la fistule anastomotice, până la eviscerație sau complicații septice

(bronhopneumonii, supurații parietale) (Tabelul IV). Ca urmare a acestor complicații am înregistrat două decese – bronhopneumonie cu sepsis sever.

Dispensarizarea pacienților a permis aprecierea complicațiilor tardive, care au apărut la 25 pacienți (21,55%). Intervalul de apariție a complicațiilor a variat între 1 lună și 8 ani de la intervenție (Tabelul V). S-a înregistrat un deces prin hemoragie digestivă cataclismică prin dezvoltarea unui ulcer pe grefonul gastric, cu penetrare în atriul stâng.

Tabelul V
Complicații tardive postoperator

Complicații	Număr cazuri	Tratament/ evoluție
Stenoza anastomozelor (10 cervicale și 12 abdominale)	12	Chirurgical / vindecat
Ocluzie prin aderențe	2	Chirurgical / vindecat
Eventrație	5	Chirurgical / vindecat
Hernie hiatală	1	Chirurgical / vindecat
Colecistită acută postoperatorie	12	Chirurgical / vindecat
Ulcer peptic al grefonului gastric perforat în atriul stâng	1	Chirurgical / decedat

DISCUȚII

Reconstrucția esofagului stenozat postcaustic este o intervenție dificilă, grevată de apariția numeroaselor complicații. Pe cazuistica studiată, complicațiile s-au manifestat la 47 de bolnavi (40,51%), cifră similară cu cea raportată de Furst et al. [8]. Complicațiile apărute intraoperator, întâlnite în 10,34% din cazuri, au fost reprezentate de afecțiuni cardiace și de epanșamente pleurale. Cele postoperatorii, întâlnite la 22,41% din cazuri, au fost numai chirurgicale incidența fiind de asemenea similară cu cea raportată în literatură [8,9]. Cele mai multe complicații (32,27%) au apărut în următoarele 2-3 săptămâni de la intervenție: fistule anastomotice, eviscereție și infecții de plagă operatorie. Procentul înregistrat de noi este mai mic decât cel raportat de Furst et al. [8]. Complicațiile tardive au fost variate, similare cu cele raportate în literatură; astfel, Aghajé MA et al. [9], pe 73 din cazuri, au constatat: disfagie 6%, dehiscența anastomozei proximale 49%, sepsisul plăgii operatorii 25%, pneumotoraxul sufocant 7% și necroza grefonului colic 4%. Mortalitatea postoperatorie înregistrată pe cazuistica studiată a fost de 6,03%, fiind similară cu cea raportată de unele studii [9] și mai mică decât cea înregistrată de Furst et al. [8].

CONCLUZII

Esofagoplastia rămâne o intervenție chirurgicală laborioasă și riscantă, datorită multiplelor anastomoze, a mării deperitonizări, mobilizări și tracțiuni pe mezouri.

Nu se poate stabili o relație directă între frecvența complicațiilor postoperatorii și tipul de grefon utilizat pentru reconstrucția esofagiană.

BIBLIOGRAFIE

- Orringer MB, Orringer JS. Transhiatal esophagectomy with thorachotomy: a dangerous operation, *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1985; 85: 72-74.
- Wain JC, Wright CD, Kuo EY, Moncure AC, Wilkins EW Jr, Grillo HC, Mathisen DJ. Long segment colon interposition for acquired esophageal disease. *Ann Thorac Surg.* 1999; 76: 313-317.
- Dipiero FV, Rice TW, Decamp MM, Rybicki LA, Blackstone EH. Esophagectomy and staged reconstruction, *Eur J Cardio-Thorac Surg.* 2000, 31: 1026-1031.
- Watson TJ, Demeester TR, Kauer W, Peters JH, Hagen JA. Esophageal replacement for end stage benign esophageal disease. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1998; 115: 1241-1245.

5. Ahmad SA. Esophageal replacement using the colon: is it a good choice? *J Ped Surg.* 1996; 31: 1026-1030.
6. Erdogan E, Emir H, Eroglu E, Danismend N, Yekeer D. Esophageal replacement using the colon: a 15 – year review. *Ped Surg Int.* 2000; 16: 546-548.
7. Gorman JH, Low DW, Guy TS, Gorman RC, Rosato EF. Extended left colon interposition for esophageal replacement using arterial augmentation. *Ann Thorac Surg.* 2003; 76: 933-935.
8. Furst H, Hartl WH, Lohe F, Schildberg W. Colon interposition for esophageal replacement. An alternative technique based on the use of the right colon. *Ann Surg.* 2000; 2: 173-176.
9. Aghajé MA, Chuekmu CO. Esophageal replacement in adult nigerian with corrosive esophageal strictures. *Intern Surg.* 1993; 78 (30): 189-192.