

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ACALAZIEI CARDIEI ASOCIATĂ CU HERNIA HIATALĂ AXIALĂ CARDIALĂ. CAZ CLINIC.

Bour Alin¹, Cojocaru Cristina¹, Singoreanu Andrei²,
Bour Ninel³, Bandas Daniela^{1,2}

¹Catedra chirurgie nr.5, USMF „Nicolae Testemițanu”

²IMSP SCM „Sfântul Arhanghel Mihail”

³IMSP SC al MS

Autorul corespondent: Bandas Daniela, danuta.bandas@gmail.com

Rezumat

Acalazia cardiei reprezintă o tulburare motorie a esofagului de etiologie necunoscută, caracterizată prin creșterea presiunii sfincterului esofagian inferior cu o incidență de aproximativ 1 - 4 la 100.000 locuitori cu afectarea ambelor sexe. În acest articol prezentăm un caz clinic al unui bărbat în vârstă de 63 ani, diagnosticat cu Acalazia cardiei, Hernie hiatală axială cardială prin alunecare gr.II-III. Boala de reflux gastroesofagiană cu esofagită de reflux și tratat prin intervenție chirurgicală „Esofagocardiomiotomie Heller, Fundoplicație Dor”. Scopul articolului este analiza tehnicii de tratament chirurgical a unui pacient cu diagnosticul de acalazia cardiei în concomitență cu hernie hiatală axială a cardiei. Pacientul a fost operat cu o evoluție postoperatorie favorabilă care a decurs fără complicații.

Cuvinte-cheie: Esofagocardiomiotomie Heller, Fundoplicație Dor, boala de reflux- gastroesofagiană.

Summary

Surgical treatment of achalasia in combination with axial sliding hiatal hernia. Clinical case.

Achalasia is an esophageal motility disorder of unknown etiology, characterized by increased pressure of the lower esophageal sphincter with an incidence of approximately 1-4 per 100,000 inhabitants with affecting both sexes. In this article we present a clinical case of a 63 years old man, diagnosed with Achalasia, Axial hiatal sliding hernia of II-III degree. Gastroesophageal reflux disease with reflux esophagitis that was surgically treated by “Esophagocardiomiotomy Heller. Fundoplication Dor”. The aim of the article is to analyze the results after applying surgical techniques of a patient with the diagnosis of Achalasia cardi concomitant with axial hiatal hernia. The patient was operated with a favorable postoperative evolution without complications.

Keywords: Heller Esophagocardiomiotomy, Fundoplication Dor, reflux - gastroesophageal disease

Резюме

Хирургическое лечение ахалазии кардии в сочетании с аксиальной скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Клинический случай.

Ахалазия кардии представляет собой расстройство моторики пищевода неизвестной этиологии, характеризующееся повышением давления нижнего сфинктера пищевода с заболеваемостью примерно 1-4 на 100 000 жителей с поражением обоих полов. В этой статье мы представляем клинический случай 63-летнего мужчины с диагнозом Ахалазия кардии, аксиальная скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы II-III степени. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с рефлюкс-эзофагитом и которому было выполнено хирургическое вмешательство: Эзофагокардиомиотомия Геллера с Фундопликацией Дор. Целью статьи является анализ техники хирургического лечения пациента с диагнозом ахалазия кардии при сопутствующей аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Пациенту сделали операцию с благоприятным послеоперационным течением, которое прошло без осложнений.

Ключевые слова: Эзофагокардиомиотомия Хеллера, Фундопликация Дор, рефлюкс - гастроэзофагеальная болезнь

Introducere. Acalazia cardiei reprezintă o tulburare motorie a esofagului de etiologie necunoscută, caracterizată prin creșterea presiunii sfincterului esofagian inferior, pierderea contracțiilor peristaltice ale corpului esofagian și lipsa de relaxare a sfincterului esofagian inferior la deglutiție. Valorile normale ale presiunii sfincterului esofagian inferior în condiții bazale sunt de 25 – 40 mmHg. Tulburările de motilitate esofagiană (acalazia cardiei și spasmul esofagian difuz) sunt afecțiuni destul de rare și dificil de diagnosticat uneori. Incidența acalaziei cardiei este de aproximativ

1 – 4 la 100.000 locuitori și afectează ambele sexe, între 25 și 60 ani, cu un maxim de incidență în jurul vârstei de 40 de ani, fiind mai frecvent la rasa albă. Acalazia cardiei este mai cunoscută și sub numele de megaesofag idiopatic [1].

Cauzele acalaziei cardiei rămân încă necunoscute. Principalii factori incriminați sunt: degenerescența plexurilor nervoase mezenterice și inflamația cronică a musculaturii netede esofagiene; boala Chagas (o boală parazitară din Brazilia, al cărei agent patogen este Trypanosoma Cruzi, în care parazitul produce

leziuni neurotoxice în plexul Auerbach din cardia ce determină apariția megaesogagului); factori genetici (predispoziția familială este rară); factori autoimuni (sindromul Sjogren); factori infecțioși; factori de mediu [1].

Tabloul clinic este caracterizat prin disfagie, care reprezintă simptomul principal în acalazia cardiei, apărând în general primul și fiind prezent în 90 % din cazuri. Disfagia poate fi însoțită și de odinofagie. *Durerea toracică* anterioară localizată în regiunea retrosternală cu iradiere uneori în umeri, spate sau mandibulă, cu o oarecare relație cu masa și este un simptom care apare la debutul bolii, când esofagul este necompliant. Odată cu dilatarea esofagului, durerea tinde să se amelioreze. Durerea apare la aproximativ 50 % dintre pacienți și poate avea un caracter colicativ intermitent (colică esofagiană), uneori declanșat de alimentație sau apare noaptea trezind pacientul din somn. *Regurgitația* apare atunci când esofagul este suficient de dilatat pentru a reține o cantitate mare de alimente și constă în refluxul alimentelor în cavitatea bucală din stomac sau esofag, care are loc fără efort de vomă. Regurgitația abundentă este specifică acalaziei cardiei și apare la 60 – 90 % din cazuri. Uneori pacienții o relatează ca „vomă”, dar anamneza trebuie să scoată în evidență absența elementelor caracteristice ale vomiei. În unele cazuri, pacienții își provoacă regurgitația pentru a micșora senzația de „apăsare toracică”. Alte simptome descrise de pacienți ar fi pirozismul, sughițul, eructații, sialoree, simptomele pulmonare (care sunt secundare stazei esofagiene, regurgitării și aspirației în arborele traheo – bronșic; tuse nocturnă asociată cu senzație de înecare, wheezing), scădere ponderală în greutate (care nu este impresionantă și contrastează cu disfagia) [1].

Diagnostic. De obicei, acalazia este diagnosticată prin combinarea informațiilor relatate de pacient, a semnelor și simptomelor observate și examene de laborator. *Radiografia toracică.* Aceasta poate prezenta modificări în cazuri de dilatație extremă a esofagului; largirea mediastinului; contur dublu pe dreapta în afara mediastinului; nivel hidroaeric corespunzător treimii medii a esofagului; absența camerei cu aer a stomacului. *Radioscopie baritată.* Denotă: deglutiție normală în primii centimetri ai esofagului; blocarea substanței în jumătatea inferioară a esofagului; fracționat de unde non-peristaltice ineficiente; staza substanței în esofag în „cioc de pasare”. *Endoscopia.* Această procedură este importantă, deoarece recunoaște dilatația, prezența alimentelor nedigerate, esofagita, cancerul esofagian obstructiv. *Manometria esofagiană* este explorarea paraclinică de bază în diagnosticul acalaziei. Procedul masoară presiunea exercitată de mușchii SEI la deglutiție. Testele cu colecistokinină, bethanecol produc la bolnavii cu acalazie creșterea pronunțată a presiunii SEI, dar fără stimularea peristaltismului, eficientă pentru diferențierea acalaziei de sclerodermie.

Scintigrafia esofagiană evidențiază întârzierea transportului bolusului marcat cu un radiotrasor prin esofag [2].

Tratamentul chirurgical constă în cardiomiectomia extramucoasă Heller, adică incizia longitudinală a stratului muscular de pe fața anterioară a esofagului inferior ajungând la stomac, dacă se asociază cu reflux gastro – esofagian sau esofagită se recomandă și efectuarea unei intervenții chirurgicale de tip antireflux: fundoplicatura anterioară Dor cu închiderea unghiului Hiss, care reprezintă montarea pungii de aer a stomacului pe fața anterioară a esofagului la 180° și sutura la marginea dreaptă a esofagului. Fundoplicatura Nissen este contraindicată în acalazia cardiei; această intervenție chirurgicală tip antireflux presupune înconjurarea pe 360° a bazei esofagului cu pungea de aer a stomacului realizând un guleraș, care se opune alunecării stomacului în torace [3].

Scopul publicației a fost analiza tehnicii de tratament chirurgical a unui pacient cu diagnosticul de acalazia cardiei în concomitență cu hernie hiatală axială a cardiei.

Material și metode. Articolul prezintă o prezentare de caz.

Descrierea cazului: Bărbat C.V. în vârstă de 63 ani, care a fost internat în cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail”, secția Chirurgie generală cu diagnosticul: Acalazia cardiei. Hernie hiatală axială cardială prin alunecare gr.II-III. Boala de reflux gastro-esofagian cu esofagită de reflux.

La internare pacientul prezintă următoarele acuze: disfagie la alimente solide și în special lichide, senzație de disconfort în regiunea retrosternală și epigastrică, pirozism, eructație, xerostomie, uneori tuse.

Istoricul bolii: Se consideră bolnav de mai mulți ani, când a observat dificultăți la deglutiția produselor solide și în special lichide. A urmat mai multe cure de tratament la medicul gastrolog, însă fără ameliorare.

Examenul obiectiv: Starea generală a pacientului de gravitate medie, poziția activă, tulburări de conștiință nu are, culoarea tegumentelor roz-pale, erupții cutanate absente, nodulii limfatici nu se apreciază la palpare, musculatura dezvoltată normal.

Status localis: Abdomenul mărit în dimensiuni din contul țesutului adipos subcutanat, simetric, participă în actul de respirație; la palpare moale, sensibil în regiunea epigastrică, fără semne de excitație peritoneală.

Examenul de laborator și instrumental: Hb – 112.0 g/L; eritrocite - 3,69 x 10¹²/L; leucocite - 6,5 x 10⁹/L; trombocite – 241,0 x 10⁹/L; VSH - 21 mm/h; Protrombina - 89,7 %; TTPA- 18,3 sec; INR - 1,05; Fibrinogenul - 2,51 g/l; Grupa de sânge și Rh factor - A(II) Rh pozitiv; Ag HBs-negativ; Anti HBc sumar-negativ.

ECG: Ritm sinusal cu FCC-75; AE deviată la stânga; Bloc complet de ramura stângă a fasc.Hiss.

FGDS: Acalazie a esofagului. Bulb cicatricial, bulbită. Gastropatie eritematoasă, acutizare.

USG organelor abdominale: Modificări difuze în parenchimul hepatic și pancreatic. Bilă ușor densă.

Radioscopie: Acalazie de cardie, cuplată cu o hernie hiatală axială cardială prin alunecare gr.II-III cu reflux gastroesofagian, esofagită de reflux. Stomac în clepsidră. Gastroduodenită. Semne de pancreatită. Ileon hipertonic.

Tratamentul. După realizarea unei pregătiri preoperatorii cu preparate medicamentoase, se intervine prin intervenție chirurgicală: Laparatomie xifo-ombilicală. Esofago-cardiomiotomie Heller. Fundoplicăție Dor.

Protocolul operator: După prelucrarea câmpului operator cu soluție Betadină 10%, sub anestezie generală s-a efectuat laparatomie xifo-ombilicală. La revizia cavității peritoneale: ficatul, vezicula biliară fără particularități, cardia stomacului deplasată în cavitatea toracică, fixată de diafragm. Mobilizarea stomacului cu reducerea cardiei în cavitatea abdominală: Esofago cardiomiotomie Heller, Fundoplicăție Dor (fig.1). Controlul hemostazei-uscat. Lavaj cu sol. NaCl 0,9% - 500 ml. Drenarea spațiului plastiei cu 2 tuburi de cauciuc. Suturarea plăgii pe straturi anatomice. Pansament aseptice.

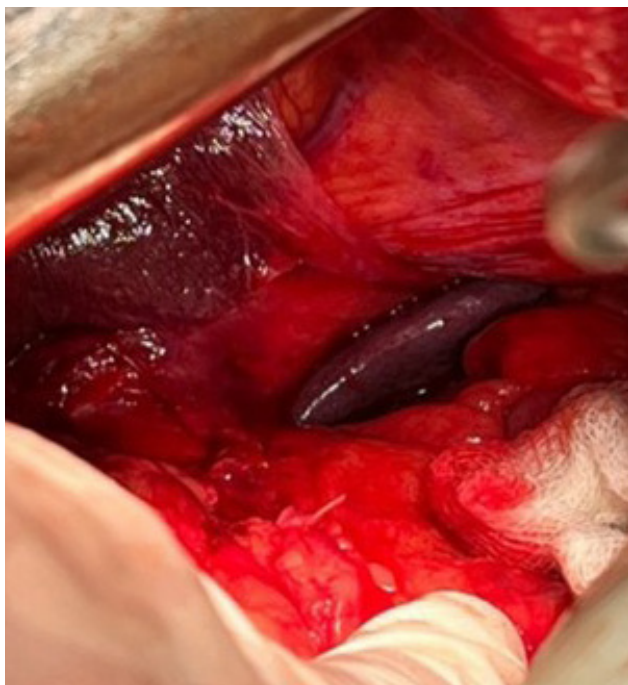


Figura1. Esofagocardiomiotomie tip Heller. Fundoplicăția Dor

Rezultate. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații cu o evoluție favorabilă. În perioada postoperatorie s-a aflat la tratament și monitorizare timp de 24 ore în secția ATI. A primit perfuzii de soluții cristalinoide și coloide, antisecretoarii gastrice, antibioticoterapie, anticoagulante, remedii analgetice, spasmolitice. A doua zi după intervenție chirurgicală a fost transferat în secția Chirurgie generală unde a avut o conduită activă postoperatorie.

Plaga postoperatorie a regenerat per primum. Suturele au fost înlăturate la a 7-a zi și pacientul a fost externat în stare satisfăcătoare, sub evidența medicului de familie și chirurg.

Discuții. Pacienții care nu au avut rezultate satisfăcătoare după esofago-cardiomiotomie Heller, cauzele importante ale eșecului au fost o miotomie inadecvată, apariția refluxului gastroesofagian sau esofagita, care au dus la reapariția obstrucției capătului inferior al esofagului, iar aderența și fibroza între marginile miotomie s-au complicat cu stenoza și apariția herniei hiatale. Pentru a evita refluxul gastroesofagian, care se raportează că apare la aproximativ 4-25% cazuri după esofagocardiomiotomie Heller, a fost concepută o gastro-fundoplicare. În urma aplicării noii metode pacienții nu au acuzat semne de apariție a refluxului gastroesofagian [4].

În tehnica actuală, s-a efectuat o miotomie extinsă de la nivelul venei pulmonare inferioare la 3,0 cm de fundul stomacului. Miotomia laterală a evitat intercalarea nervului vag și formarea clapei de supapă. Miotomia marginală fiind disecată de mucoasa subiacentă peste jumătate din circumferința esofagului, a avut avantaj ca segmentul hipertensiv al esofagului și joncțiunea gastroesofagiană să fie extinsă maximal slab, cu extinderea maximă a lumenului esofagian al cardiei care au dus la trecerea rapidă a alimentelor. Supapa cu clapetă fiind moale, flexibilă și liber mobilă, a fost suficient de puternică pentru a închide lumenul esofagian atunci când presiunea intragastrică a crescut și nu a oferit rezistență la trecerea alimentelor în timpul deglutiției. Când presiunea intragastrică a fost mai mare decât presiunea esofagiană, clapeta-supapă a fost împinsă împotriva peretelui medial, ocluzând lumenul esofagian[5].

Această valvă s-a dovedit a fi eficientă în prevenirea refluxului gastroesofagian. Pacienții nu au prezentat simptome de reflux gastroesofagian. Endoscopia a arătat că, supapa funcționează bine fără reflux gastroesofagian chiar și la aplicarea presiunii asupra abdomenului [5].

Concluzii:

1. Esofagocardiomiotomie Heller cu Fundoplicăție Dor a fost net superioară miotomiei Heller în ceea ce privește incidența refluxului gastroesofagian postoperator.
2. Gestionarea pacienților după fundoplicarea parțială anterioară este de obicei mai ușoară decât după fundoplicarea posterioară completă sau parțială, deoarece această intervenție este însoțită de o disecție mai limitată a țesuturilor, iar motilitatea stomacului este perturbată într-o măsură mai mică.

Declarație de conflict de interese. Autorii declară lipsa conflictului de interese.

Bibliografie

1. Krill JT, Naik RD, Vaezi MF. Managementul clinic al acalaziei: stadiul actual al tehnicii. *Clin Exp Gastroenterol.* 2016 Apr 4;9:71-82. doi: 10.2147/CEG.S84019. PMID: 27110134; PMCID: PMC4831602.
2. Boeckxstaens, G. E., Zaninotto, G., Richter, J. E. Achalasia. *The Lancet*, 2014, 383(9911), 83–93. doi:10.1016/s0140-6736(13)60651-0
3. Campos GM, Vittinghoff E, Rabl C, Takata M, Gadenstätter M, Lin F, Ciovisa R. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2009 Jan; 249(1):45-57. doi: 10.1097/SLA.0b013e31818e43ab. PMID: 19106675.
4. RichardsWO, et al. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia: a prospective randomized double-blind clinical trial. In: *Ann Surg*, 2004, vol. 240, p. 405–4127.
5. Sinha KN. Incorporation of a flap-valve at cardia, with esophagocardio-myotomy, for achalasia of the esophagus. *Dis Esophagus.* 1997 Jan;10(1):43-6. doi: 10.1093/dote/10.1.43. PMID: 9079273.