

# **Probleme actuale în esofagoplastia cu colon – teză doctorat**

**Bolca Ciprian Nicolae – doctorand**

## **Rezumat**

### Introducere

Înlocuirea esofagiană cu stomac tubulizat reprezintă metoda preferată de marea majoritate a echipelor chirurgicale care se ocupă de această patologie, dar utilizarea colonului reprezintă un punct cheie în reconstrucția esofagului, mai ales atunci când stomacul nu este disponibil. În concluzie, colonul poate fi singura opțiune într-o multitudine de situații: când stomacul nu poate fi utilizat din cauza unor intervenții chirurgicale anterioare, când este necesară o gastrectomie totală asociată esofagectomiei în contextul respectării criteriilor oncologice, sau ca procedură de salvare atunci când o plastie gastrică anterioară nu mai este funcțională. În afara acestor indicații evidente, colonul mai trebuie luat în considerare în acele situații în care intervenția se desfășoară la un pacient tânăr sau pentru patologie benignă când se preconizează folosirea transplantului pentru mai mult de un deceniu, când păstrarea rezervorului gastric este un aspect important în calitatea vieții, ulterior intervenției chirurgicale. În spectrul patologiei oncologice, colonul mai este folosit atunci când este nevoie de înlocuirea esofagului după rezecția unui cancer înalt, cervical, care implică și faringele, unde avem nevoie de un grefon cu lungime suficientă, sau în cazurile de displazie severă sau neoplasm in-situ după o esofagectomie cu preservarea nervilor vagi. By-pass-ul esofagian cu colon este o intervenție chirurgicală de excepție în zilele noastre, efectuată doar la pacienți foarte atent selectați.

### Material și metodă

Am avut în studiu o serie de 392 de pacienți care au beneficiat de o reconstrucție a esofagului cu colon în perioada cuprinsă între 1970 și 2003. Patologia subiacentă care a făcut necesară plastia cu colon a fost

reprezentată în mare parte de stenoze esofagiene postcaustice (73%) urmată de stenoze esofagiene neoplazice (19%); 5% dintre pacienți au beneficiat de o esofagoplastie iterativă cu colon din cauza unui grefon anterior nefuncțional, alți 3% prezentând diverse tipuri de patologie benignă rară. S-au practicat plastii folosind toate tipurile de grefoane colice descrise în literatură, cel mai frecvent colon stâng izoperistaltic practicat în perioada de început a seriei, ulterior fiind preferat, spre sfârșitul seriei, grefonul ileocecal, datorită prezenței valvulei lui Bauhin cu rol antireflux. În urma experienței operatorii s-a elaborat un concept numit "operația balansată", care prevede folosirea grefonului colic ideal pentru fiecare pacient, fără a insista la folosirea unui singur procedeu de plastică colică. S-au folosit câteva tehnici particulare, derivate din procedurile clasice; privitor la lungimea grefonului s-a folosit așa numitul grefon colic super lung (33 pacienți), folosit în particular la reconstrucția stenozelor interesând și faringele, pediculizat pe artera colică stângă, în manieră izoperistaltică și format din colonul transvers, ascendent și ileonul terminal. În cazul a 35 de pacienți, în a doua jumătate a lotului studiat, a fost folosită o procedură originală bazată pe o ansă colică continuă, montată izo sau antiperistaltic, anastomozată distal laterolateral cu stomacul și asociată cu o ligatură constrictivă imediat inferior de anastomoza cologastrică, cu protecția arcadei marginale, ca și în cazul procedurii Tomoda-Rosanov. Aceasta este o metodă simplă și sigură, care nu implică un timp septic ca în cazul secționării colice și scade riscul de necroză a transplantului la pacienții vârstnici, tarați, cu vascularizație precară. Derivată din ileocecoplastie, ileoplastia pură pediculizată pe ileocolică este o variantă extrem de utilă în condiții speciale, când stomacul sau colonul nu sunt disponibile. Ruta de ascensionare a grefonului a fost în majoritatea cazurilor retrosternală, mai rar subcutanată; mediastinul posterior a fost folosit foarte rar din cauză că intervențiile chirurgicale au fost efectuate seriat, sau, în cazul stenozelor benigne s-a practicat doar un by-pass.

## Rezultate

Cu o mortalitate de 4,33%, o morbiditate precoce de 37,24% și una tardivă de 46,15% seria are rezultate mai bune ca media marilor serii publicate internațional. Mortalitatea și morbiditatea sunt corelate semnificativ statistic cu patologia subiacentă și vârsta pacienților, în sensul în care complicațiile au apărut mai frecvent la pacienți în vârstă cu boli neoplazice. Rezultatele obținute în final pot fi considerate bune la 69% dintre pacienți, satisfăcătoare la 23% și slabe la 8%. Introducerea la ora actuală în practica curentă a metodelor miniminvazive de rezecție și reconstrucție esofagiană, folosirea în practica medicală a studiului statistic pe baze de date prospective, elaborarea de protocoale de management perioperator și individualizarea tratamentului în funcție de pacient vor ajuta pe viitor la ameliorarea rezultatelor acestei chirurgii de anvergură.

## Concluzii

Reconstrucția esofagului cu colon este o intervenție chirurgicală de mare anvergură, iar în condițiile practicării de către chirurghi experimentați în centre specializate de patologie esofagiană are rezultate bune imediate și tardive.

În contextul în care neoplaziile esofagiene domină spectrul etiologic al bolilor care necesită reconstrucție esofagiană, paliatia disfagiei poate fi efectuată prin mijloace cu o morbiditate minimă, și rezecția esofagului (atât pentru patologie malignă cât și benignă) prin metode miniminvazive este deja bine codificată, iar rezultatele publicate indică incidență foarte scăzută a complicațiilor, by-pass-ul esofagian cu colon este o tehnică ce își mai are locul doar în cazul unor pacienți foarte atent selecționați.

Cum rezecția și reconstrucția esofagului cu colon pot fi efectuate pe cale miniminvazivă prin abord toracosopic și laparoscopic, cu mortalitate și morbiditate mult scăzute comparativ cu tehnicile clasice, recomandăm folosirea acestor tehnici atunci când este posibil.

Prin prisma vascularizației favorabile, grefoanele colice oferă o plajă largă de posibilități de reconstrucție; conceptul de "operație balansată" oferă chirurgului operator posibilitatea alegerii grefonului colic ideal, fără a insista în efectuarea unei singure metode.

Plasarea conductului colic prin mediastinul posterior (patul esofagului) și orientarea lui în manieră izoperistaltică este de dorit ori de câte ori este posibil.

Rezultate bune se obțin atunci când evaluarea preoperatorie este efectuată corespunzător, indicațiile sunt corect stabilite, intervenția chirurgicală se desfășoară cu deplin respect față de tehnica operatorie și îngrijirea postoperatorie este impecabilă.

Esofagoplastia iterativă este o intervenție foarte dificilă, cu mortalitate și morbiditate asociate care pot fi importante; nu este o intervenție standardizată, ea fiind direct dependentă de intervențiile chirurgicale anterioare, astfel că fiecare pacient prezintă elemente, putem spune, unicat.