

ENDOPROTEZAREA ESOFAGIANĂ LAPAROGASTROSCOPICĂ PRIN FORAJ TRANSTUMORAL – SOLUȚIE TERAPEUTICĂ PALIATIVĂ ÎN ADENOCARCINOMUL JONȚIONAL ESO-GASTRIC AVANSAT

R. HULPUȘ¹, D. SABĂU²

¹Doctorand Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu, ²Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Cuvinte cheie: adenocarcinom de joncțiune Eso-gastrică, paliativ, endoprotezarea Esofagiană laparogastroscoptică prin foraj transtumoral

Rezumat: Diagnosticarea precoce a adenocarcinomului de joncțiune Eso-gastrică, atât în țara noastră cât și în multe părți ale lumii nu este posibilă, deocamdată, decât în mod „accidental”. Incidența bolii este în continuă creștere, cel mai frecvent leziunea fiind diagnosticată în faze avansate, puțini pacienți putând beneficia de tratamentul cu intenție de radicalitate. Tratamentul principal în aceste situații este frecvent paliativ, în prezent, utilizarea protezelor Esofagiene transtumorale montate pe cale endoscopică fiind metoda de elecție, însă din cauza imposibilității tehnice de traversare a stenozei tumorale cu endoscopul sau a reținerilor endoscopistului în cazul zonelor „delicate” (polii Esofagului) există și eșecuri ale protezării. În acest context, ne propunem să analizăm procedeul de endoprotezare pe cale laparogastroscoptică prin foraj transtumoral ca soluție pentru “rezervele” sau eșecurile protezărilor endoscopice și ca alternativă tehnică, biologică și socială la invalidanta gastrostomă în cazul bolnavilor cu stenoze neoplazice Eso-gastrice depășite oncologic. Deși numărul bolnavilor diagnosticați cu adenocarcinom al joncțiunii Eso-gastrice ce au beneficiat de endoprotezare laparogastroscoptică prin foraj transtumoral este limitat, acest procedeu original ne-a dat satisfacție ori de câte ori am apelat la acest abord, atât în patologia anterior menționată, cât și în alte afecțiuni Esofagiene.

Keywords: adenocarcinoma of esophago-gastric junction, palliation. esophageal laparogastroscopy endoprosthesis, transtumoral drilling

Abstract: The early diagnosis of the esophageal-gastric junction adenocarcinoma, both in our country and in many parts of the world is not possible yet, unless “accidentally”. The incidence of the disease is increasing, most frequently the lesion is diagnosed in advanced stages, thus, few patients can benefit from treatment with radical intent. The main treatment in these cases is often palliative; currently, the use of the transtumoral esophageal prosthesis assembled endoscopically represents the method of choice, but due to the technical impossibility to cross the tumoral stenosis with the endoscope or due to the endoscopist's concerns in the case of the “sensitive” areas (poles of the esophagus), there also are failures of prosthesis. In this context, we aim at analysing the process of endoscopic endoprosthesis by transtumoral drilling as a solution to the “reserves” or failures of the endoscopic prosthesis as a technical, biological and social alternative to the disabling gastrostomy in the case of the patients with neoplastic Eso-gastric stenosis. Although the number of patients diagnosed with esophageal-gastric junction adenocarcinoma who received laparoscopic arthroplasty by transtumoral drilling is limited, this original procedure brought us satisfaction whenever we turned to this approach, both in the above mentioned pathology and in other oesophageal diseases.

INTRODUCERE

Până în anul 1990, cancerul gastric reprezenta cea mai răspândită afecțiune neoplazică la nivel mondial, de atunci înregistrându-se o scădere semnificativă a incidenței acestuia în țările occidentale, ocupând în prezent locul al doilea după cancerul pulmonar. (1,8) În contrast cu scăderea incidenței cancerului gastric, s-a remarcat o schimbare din punct de vedere al localizării adenocarcinomului gastric, acesta “migrând” dinspre distal spre proximal, incidența adenocarcinomului de pol superior gastric crescând îngrijorător. (1,2,3,7) S-a semnalat de asemenea o creștere alarmantă a incidenței adenocarcinomului Esofagian și al adenocarcinomului de joncțiune Eso-gastrică, în detrimentul carcinomului scuamos. (6,7,8,9) Dacă înainte de anii '70, incidența adenocarcinomului era mai mică de 5% din cancerele Esofagiene, în prezent, în Occident, acesta reprezintă mai mult de 50% dintre neoplaziile Esofagului la subiecții albi de sex masculin.(4)

Datorită localizării topografice profunde la granița toraco-abdominală și debutului oligosimptomatic, diagnosticarea

adenocarcinomului Eso-gastric, se face cel mai frecvent în stadii avansate, când procesul neoplazic obstrucționează joncțiunea Eso-gastrică determinând disfație, stadii în care intenția terapeutică de radicalitate este mai degrabă irealizabilă. (2)

Tratamentul principal în aceste situații este frecvent paliativ, scopul principal fiind de asigurare a capacității de alimentare pe cale cât mai naturală și instituirea unor terapii radiochimioteratice agresive. (11) În prezent, utilizarea protezelor Esofagiene transtumorale montate pe cale endoscopică reprezintă un progres și o metoda modernă pentru a asigura bolnavului posibilitatea alimentării per os și o bună inserție socială, însă datorită imposibilității tehnice de traversare a stenozei tumorale cu endoscopul sau a reținerilor endoscopistului în cazul zonelor „delicate” (polii Esofagului) există și eșecuri ale protezării (în medie 20%). (10,11)

SCOP

Ne propunem să analizăm procedeul de endoprotezare pe cale laparogastroscoptică prin foraj transtumoral ca soluție pentru “rezervele” sau eșecurile protezărilor endoscopice și ca

¹Autor corespondent: Radu Hulpuș, Str. Bacovia, Nr. 22, Sibiu, România, E-mail: hulpush@yahoo.com, Tel: +40745 162398
Articol intrat în redacție în 14.05.2012 și acceptat spre publicare în 23.07.2012
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2012;2(4):57-59

ASPECTE CLINICE

alternativă tehnică, biologică și socială la invalidanta gastrostomă în cazul bolnavilor cu stenoze neoplazice esofagice depășite oncologic.

MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

Endoprotezarea esofagiană laparo-gastroscopică prin foraj transtumoral reprezintă o procedură miniinvasivă originală de protezare esofagiană prin abord laparogastroscopic a cărei recunoaștere internațională s-a materializat în anul 2005 în cadrul celui de-al 6-lea Congres de Cancer Gastric de la Yokohama, când a obținut Marele Premiu. (12)

Procedeu presupune montarea unei proteze esofagiene din material plastic sau flexo-metalică autoexpandabilă prin tracționarea acesteia și nu prin împingere (ca în protezările endoscopice). Pentru realizarea acestui fapt este necesar abordul laparoscopic al etajului abdominal superior, reperarea stomacului și aducerea acestuia la peretele abdominal, efectuându-se o gastrotomie minimă de abord prin care telescopul este introdus transgastric, reperându-se astfel și exteriorizându-se sonda oro-gastrică introdusă în prealabil. De această sondă este atașat un sistem de tuburi de politen, cu diametru progresiv crescător ce are ancorat la capătul distal proteza. Sistemul de tuburi cu proteza atașată capătului distal este apoi tracționat, modulând forța de tracțiune în funcție de rezistența întâmpinată, realizându-se astfel dilatația zonei de stenoză tumorală și în final traversarea acesteia de către proteza introdusă oral. (11,12)

Cazuistica valorifică experiența Clinicii Chirurgie II a Spitalului Clinic de Urgență Sibiu materializată într-un număr de 19 pacienți cu adenocarcinom de joncțiune eso-gastrică, internați și tratați în ultimii 5 ani (2007-2011), toți acești pacienți având diagnostic de inoperabilitate oncologică la care recomandarea fermă era gastrostoma, datorită imposibilității protezării endoscopice.

Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 34 și 85 de ani, cu o medie de 63 de ani, repartiția pe sexe B/F fiind de aproximativ 4/1. Denuțria extremă cu disfagie totală a fost prezentă la 7 dintre bolnavi, restul prezentând disfagie selectivă pentru solide și semisolide și parțial pentru lichide.

REZULTATE

Rezultatele obținute sunt încurajatoare. Astfel, din cei 19 pacienți, endoprotezarea prin foraj transtumoral a putut fi realizată laparogastroscopic la 17 bolnavi, montajul protezei în chirurgie deschisă fiind necesar la doi pacienți, tumora infiltrativă extrem de dură impunând digitoclazie pentru cateterizarea cardiei și a lumenului esofagian. În aceste cazuri s-a apelat la inserarea protezei din material plastic care după montare a realizat hemostaza în zona forată, prin compresiune fermă la acest nivel.

Nu am avut fistule sau sângerări, dar am avut complicații migratorii ce au fost prezente la 2 pacienți. La unul din cazuri deplasarea protezei a fost facilitată de explorarea endoscopică intempestivă, iar la celălalt migrarea protezei în stomac s-a produs post terapie oncologică adjuvantă. Proteza a fost extrasă și repusă laparogastroscopic la ambii pacienți.

Un pacient a beneficiat de tratament chirurgical în două etape. Prima a fost reprezentată de endoprotezare laparogastroscopică ce a permis pacientului alimentarea per os, compensarea denuțriei și tarelor asociate, facilitând posibilitatea urmării unui tratament oncologic. A urmat apoi a doua etapă, reprezentată de intervenția chirurgicală deschisă cu viză curativă.

Durata medie de spitalizare globală (pre și postoperator) variază între 4 și 42 de zile cu o medie de 10,47 zile, cea mai lungă perioadă de spitalizare înregistrându-se la o

pacientă obeză cu diabet zaharat tip II complicat, cu adenocarcinom de joncțiune eso-gastrică tip Siewert III, cu carcinomatoză peritoneală și ascită neoplazică, la care nu s-a putut monta proteza pe cale laparogastroscopică, necesitând minilaparotomie și foraj tumoral prin digitoclazie. Această bolnavă a dezvoltat postoperator o supurație de plagă cu evoluție lent favorabilă sub tratament conservator.

Prelungirea duratei de spitalizare, la pacienții din cazuistica noastră s-a datorat, pe de o parte, necesității completării investigațiilor preoperatorii (explorări biologice, imagistice), dat fiind faptul că cea mai mare parte proveneau din alt județ, iar examinările complementare nu s-au putut realiza în regim de ambulator și pe de altă parte, necesității terapiei de compensare a tarelor pacienților, majoritatea impunând o perioadă de pregătire preoperatorie cuprinsă între 1 și 7 zile cu o medie de 3,05 zile.

Disfagia postprotezare a fost absentă la majoritatea pacienților. În 4 cazuri ne-am confruntat în perioada postoperatorie imediată cu prezența disfagiei tranzitorii. Doi bolnavi au prezentat obstrucția protezei prin alimente parțial masticate, impediment soluționat prin explorare și lavaj endoscopic. La ceilalți doi pacienți, disfagia s-a ameliorat după o perioadă de câteva zile de educare a masticăției, în vederea unei cât mai bune triturări a alimentelor.

Monitorizarea pacienților după externare a fost posibilă în foarte puține cazuri, dificultatea acestui fenomen datorându-se în primul rând, atât faptului că aceștia proveneau în proporție de 52,63% din afara județului Sibiu, majoritatea de la distanțe mari (Arad, Neamț, Galați, Brăila, Buzău, București) și nu s-au prezentat la controalele programate, cât și nivelului scăzut de educație socio-medicală.

La cazurile care s-au prezentat la examinările programate am înregistrat supraviețuiri între 5 luni și 4 ani, cea mai frecventă cauză de deces la pacienții monitorizați fiind decompensarea ireversibilă a funcției hepatice și renale datorate procesului neoplazic avansat, date obținute de noi „neconvențional”, în contextul absenței examenului necroptic.

DISCUȚII

În prezent metoda de elecție cea mai folosită în tratamentul paliativ al adenocarcinomului eso-gastric avansat o reprezintă stentarea endoscopică. Din nefericire, protezarea pe această cale eșuează în aproximativ 20-30% din cazuri datorită dificultăților tehnice legate de abordul endoscopic, vizualizare, plasare, incapacitatea de cateterizare (polii esofagieni sunt localizări față de care endoscopiștii au rețineri, stricturi majore, lumen filiform) și propulsie (montaj prin propulsie cu împingător elastic). Endoprotezarea laparogastroscopică reprezintă o soluție pentru pacienții cu diagnostic de inoperabilitate oncologică la care tentativele de stentare endoscopică au eșuat, asigurând confortul organoleptic al alimentației și deglutiției în contradicție cu invalidanta gastrostomă de necesitate. (11)

Procedeu analizat este un procedeu simplu, rapid și eficient ce permite pacientului alimentarea normală pe cale orală la precepo postoperator iar contactul cu spitalul este de scurtă durată. Montajul laparogastroscopic poate utiliza proteze ieftine, turnate din plastic, silicon, latex, polivinil etc., noi preferând protezele din material plastic, acestea fiind mai ușor de plasat în orb datorită lungimii fixe și datorită tendinței de autoblocare la nivelul pâlniei, pe lângă faptul că sunt singurele care forează propriu-zis tumora, cele flexibile traversând stenoza tumorală și având riscul de a fi comprimate excesiv de tumori cu duritate crescută. În același timp, protezele din material plastic au avantajul costului redus (10-20 de euro), aplicării compresive hemostatice în cazul hemoragiei secundare forajului

transtumoral, risc redus de invazie tumorală endoluminală a protezei. Pentru limitarea traumei esofagiene și evitarea rupturii esofagului, preparăm proteza la capătul distal „în cioc de rață”. Totodată, pentru prevenirea migrării endoprotezelor montate la nivelul joncțiunii eso-gastrice, am folosit de fiecare dată proteze (de plastic sau flexometalice) cu diametrul flanșei proximale mai mare.

Vizualizarea directă a cavității peritoneale prin explorare laparoscopică permite cea mai corectă stadializare a bolii neoplazice (prin detectarea metastazelor viscerale sau peritoneale care scapă investigațiilor preoperatorii), dintre cei 19 pacienți selectați pentru endoprotezare, la 8 s-a putut constata prezența diseminării peritoneale, iar în 5 cazuri s-au evidențiat metastaze hepatice. Determinările metastatice abdominale se corelează cu localizările joncționale eso-gastrice ale bolii neoplazice, la fel și prezența ascitei ce a fost evidențiată la 10 de pacienți, dintre care 6 au prezentat citologie malignă, la restul colecția lichidiană peritoneală având altă etiologie (hipoproteinemie severă, ciroză cu ascită).

Introducerea sondei oro-gastrice este posibil să nu reușească, datorită stenozei tumorale, fapt întâlnit de noi la 11 din cei 19 pacienți selectați pentru endoprotezare esofagiană laparoscopică. În acest caz, se încearcă cateterizarea esofagului tumoral în sens aboral, cu ajutorul unui cateter de politen cu mandren metalic spiralat ghidat la vedere, reperarea orificiului cardial fiind facilitată de montarea unui fir ghid subțire, în momentul efectuării endoscopiei digestive superioare, când acest lucru este posibil.

În cazuistica noastră, în două cazuri cateterizarea esofagului nu s-a putut realiza, datorită imposibilității accesării laparoscopice a cardiei infiltrate tumoral, ambele necesitând abordul clasic deschis miniinvaziv (minilaparotomie). S-a efectuat reperarea palpatorică digitală a orificiului cardiei, urmată de o veritabilă forare tumorală prin digitoclație care a fost urmată de sângerare, controlul acesteia fiind realizat prin protezare.

Un aspect demn de subliniat este facilitarea diagnosticului histopatologic oferit de această metodă de endoprotezare. Odată cu tracționarea protezei și traversarea zonei de stenoză malignă prin foraj tumoral se pot preleva fragmente tumorale, care în cazurile incerte (endoscopie preoperatorie cu biopsie benignă), prin examen extemporaneu pot tranșa definitiv diagnosticul și conduita terapeutică ulterioară.

CONCLUZII

Diagnosticarea precoce a adenocarcinomului de joncțiune eso-gastrică, atât în țara noastră cât și în multe părți ale lumii nu este posibilă, deocamdată, decât în mod „accidental”. Incidența bolii este în continuă creștere, cel mai frecvent leziunea fiind diagnosticată în faze avansate, puțini pacienți putând beneficia de tratamentul cu intenție de radicalitate. Așadar, crește și numărul bolnavilor ce necesită tratament paliativ, stentarea endoscopică reprezentând metoda de elecție, ceea ce va determina în consecință și creșterea numărului cazurilor imposibil de protezat endoscopic, la care ultima soluție ar fi gastrotomia, cazuri pe care le putem aborda și proteza laparoscopic.

Deși numărul bolnavilor diagnosticați cu adenocarcinom al joncțiunii eso-gastrice ce au beneficiat de endoprotezare laparoscopică prin foraj transtumoral este limitat, acest procedeu original ne-a dat satisfacție ori de câte ori am apelat la acest abord, atât în patologia anterior menționată, cât și în alte afecțiuni esofagiene benigne (achalazie, stenoze esofagiene cicatriceale ulceroase sau postcaustice) sau maligne (carcinom scuamos esofagian).

REFERINȚE

1. Schmassmann A, Oldendorf MG, Gebbers JO. Changing incidence of gastric and oesophageal cancer subtypes in central Switzerland between 1982 and 2007 Eur J Epidemiol. 2009;24(10):603-9.
2. Bîrlă R, Iosif C, Mocanu A, Gîndea C, Hoară P, Panaitescu E, Constantinoiu S. Supraviețuirea la distanță după esogastrectomie pentru adenocarcinom de joncțiune esogastrică - studiu prospectiv Chirurgia (Bucur). 2008 Nov-Dec; 103(6):635-42.
3. Ectors N, Driessen A, De Hertog G, Lerut T, Geboes K. Is adenocarcinoma of the esophagogastric junction or cardia different from Barrett adenocarcinoma? Arch Pathol Lab Med. 2005 Feb; 129(2):183-5.
4. Lagergren J. Adenocarcinoma of oesophagus: what exactly is the size of the problem and who is at risk? Gut 2005; 54(Suppl I):i1-i5.
5. Pickens A, Orringer MB. Geographical Distribution and Racial Disparity in Esophageal Cancer Ann Thorac Surg 2003;76:1367-1369.
6. Brown LM, Devesa SS, Chow WH. Incidence of Adenocarcinoma of the Esophagus among White Americans by Sex, Stage, and Age J Natl Cancer Inst. 2008 Aug 20; 100(16):1184-7.
7. Devesa SS, Fraumeni JF Jr. The Rising Incidence of Gastric Cardia Cancer J Natl Cancer Inst. 1999 May 5; 91(9):747-9.
8. Incarbone R, Bonavina L, Szachnowicz S, Saino G, Peracchia A. Rising incidence of esophageal adenocarcinoma in Western countries: is it possible to identify a population at risk? Dis Esophagus. 2000; 13(4):275-8.
9. Melhado RE, Alderson D, Tucker O. The Changing Face of Esophageal Cancer Cancers. 2010;2(3):1379-1404.
10. Sabău D, Dumitra A, Sabău A, Smarandache G, Ursache E, Grosu F, Sava M, Dudaș I. Endoprotezarea esofagiană laparo-gastroscopică prin foraj transtumoral în neoplasmele esofagiene și esogastrice depășite Chirurgia (Bucur). 2009 Sep-Oct; 104(5):545-52.
11. Dumitra A, Sabău A, Maniu D, Grosu F, Smarandache G, Ursache E, Negrean L, Sava M, Sabău D. Aspecte particulare ale endoprotezării în stenozele maligne faringoesofagiene avansate Chirurgia (Bucur). 2011 May-Jun; 106(3):327-32.
12. Sabău D, Smarandache CG, Bratu D, Antonescu M, Dumitra A, Sabău A. Esophageal Endoprosthesis through Laparoscopic Insertion. 6th International Gastric Cancer Congress, 4-7 May Yokohama; 2005.