

Prezentare de caz

ASISTENT UNIVERSITAR DR. IULIA RATIU

DEPARTAMENTUL DE GASTROENTEROLOGIE SI HEPATOLOGIE

Motivele internarii

- ▶ AB , pacient in varsta de 77 ani, de sex masculin, se prezinta in UPU acuzand :
 - disfagie progresiva de aproximativ 3 saptamani (de mentionat faptul ca pacientul prezinta disfagie pentru solide nu si pentru lichide), ocazional durere retrosternala
 - scadere in greutate (aprox 6 kg), pierderea poftei de mancare
 - greata, varsaturi

De asemenea el acuza simptomele bolii de reflux gastroesofagian de cativa ani (pirozis, regurgitatie acida).

Antecedente personale patologice(APP)

- hipertensiune arteriala esentiala grad II
- infarct miocardic acut fara supradenivelare de ST (in urma cu 6 ani)

Medicatie: aspirina, bisoprolol, perindopril, atorvastatina, ivabradina.

Dieta: echilibrata

Fumator: 15 tigari pe zi timp de 35 de ani

Alcool: 32 U/ saptamana

Tabaco: ocazional

Fara alte abuzuri de substante

Examen clinic

- Stare de constienta pastrata, orientat temporo-spatial, fatigabilitate, paloare tegumentara
- IMC= 28
- FC= 68 bpm, TA= 130/70 mmHg
- fara adenopatii superficiale palpabile
- aparat CV: fara sufluri supraadaugate, fara edeme periferice
- aparat respirator : MV present bilateral, fara raluri supraadaugate
- abdomen moale, elastic, nedureros spontan sau la palpare

Analize de laborator:

Hemoleucograma completa: H = **3.78** mil/mmc, Hb = **11.6** g/dl, Ht = 42.6 %, L = 6900/mmc, Tr = 235000/mmc;

Biochimie : ASAT = 38 U/l, ALAT = 27 U/l, GGTP= 88 U/l, FA=68 U/l, BT = 0.9 mg%, lipaza serica = 58 U/l, Na = 142 mmol/l, K = 3.5 mmol/l, uree = 90 mg%, creatinina = 1.1 mg%, VSH= 18 mm/h; Fibrinogen= 218 mg/dl; CRP= 4.72 mg/l;

Examen paraclinic

EKG : ritm sinusal, 68 bpm , unde T negative in V4-V5, DII, DD III, AVF, fara alte semne de ischemie acuta

Radiografie torace: normala

Ecografie abdominala : normala

Diagnostic diferencial

1. Tumori esofagiene maligne (diagnosticul cel mai important de confirmat/infirmat)

- natura progresiva a simptomelor face acest diagnostic cel mai probabil

2. Tumori esofagiene benigne (de ex leiomiomul esofagian)

- evolutia leziunilor benigne prezinta o evolutie mult mai indelungata, insa prezinta acelasi pattern pentru solide si lichide

3. Stricturi esofagiene benigne

- deoarece pacientul acuza simptome ale refluxului gastroesofagian in antecedente
- sunt caracterizate de evolutia lenta a disfagiei si pirozis

4. Acalazia

- istoric de regurgitare si disfagie progresiva
- simptomatologia apare atat la ingestia de lichide cat si de solide

Examenul obiectiv si investigatiile initiale au dus la un diagnostic final?

Nu. De aceea efectuarea unei endoscopii digestive superioare este necesara.

Gastrosopic:

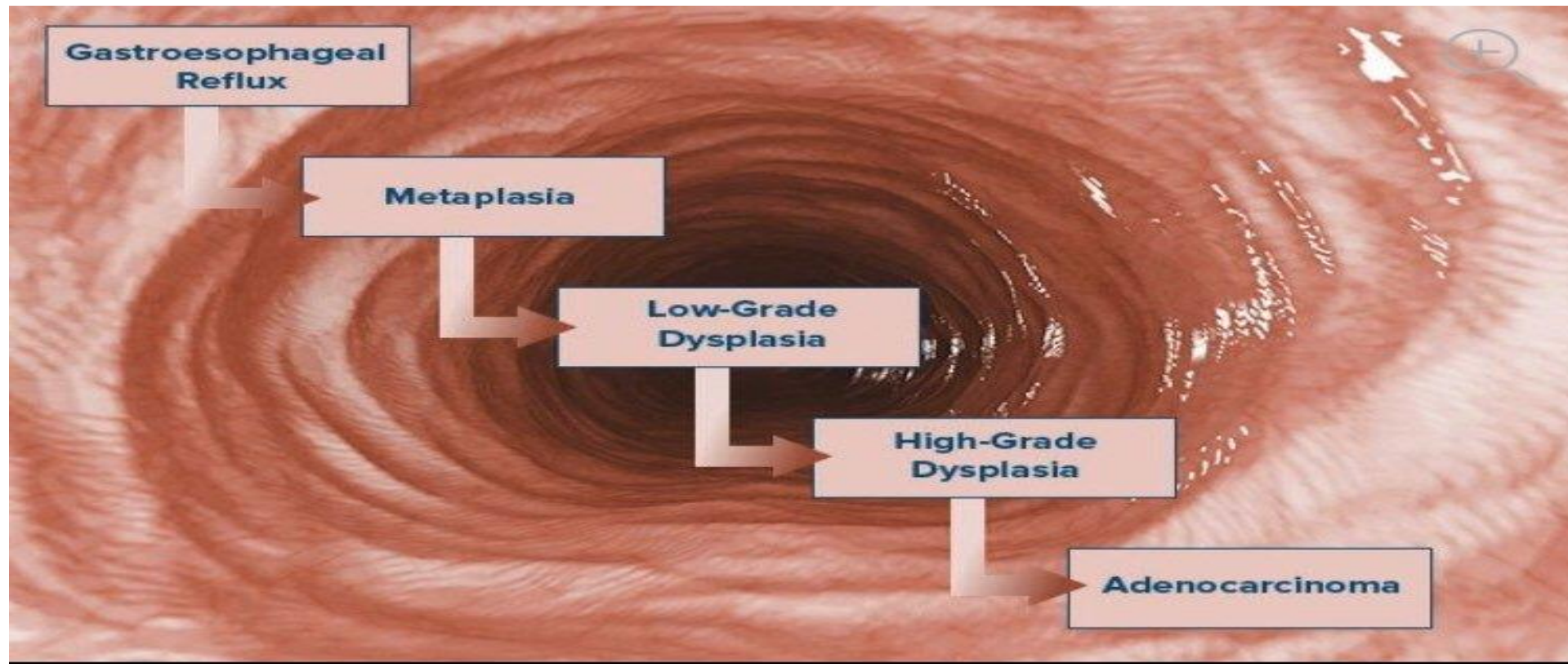
- se poate observa cum mucoasa esofagului este modificata incepand cu 32 de cm de arcada dentara, capatand aspect similar mucoasei intestinului subtire, aspect ce se intinde pana la jonctiunea eso-gastrica
- la 35 de cm de arcada dentara, formatiune proliferativa, exofitica, ulcerata, friabila la atingerea cu endoscopul, stenoza (aspectul endoscopic : adenocarcinomen)
- nedepasibila endoscopic
- s-au preluat multiple biopsii de la nivelul formatiunii cat si de la nivelul mucoasei esofagiene (rezultat in asteptare)

Factori de risc pentru cancerul esofagian:

- Esofag Barrett
- Acalazia
- Stenoza post ingestie de substanta caustica
- Abuz de etanol
- Fumat
- Boala celiaca
- Sindromul Plummer- Vinson
- Tiloza

Exista mai multe subtipuri de cancer esofagian:

- Carcinomul cu celule scuamoase (mai frecvent intalnit la nivelul esofagului superior si mijlociu)
- Adenocarcinomul (cel mai frecvent tip de cancer esofagian, in treimea inferioara a esofagului, adesea intr-o zona care contine esofagul Barrett)



Stadializare:

CT torace si abdomen evidentiaza:

- ingrosarea concentrica a peretelui esofagului distal pe o distanta de 8 cm
- limfadenopatii multiple
- fara diseminari secundare ale altor organe parenchimatoase

Tratament – echipa multidisciplinara

- gastroenterolog
- chirurg
- oncolog

Management:

De obicei tratamentul este ales in functie de tipul celular al neoplaziei, starea generala a pacientului, stadializarea si comorbiditati.

In acest caz s-a optat pentru inserarea unui stent metalic esofagian deoarece:

- pacientul nu se mai poate alimenta per os (disfagie pentru solide), necesitand un aport nutritional adecvat
- stadializarea TNM in acest caz este T2N2M0 (tumora invadeaza musculara proprie, s-a raspandit la 3-6 statii de ganglioni limfatici), fiind astfel un caz deposit din punct de vedere chirurgical
- varsta pacientului si comorbiditatile

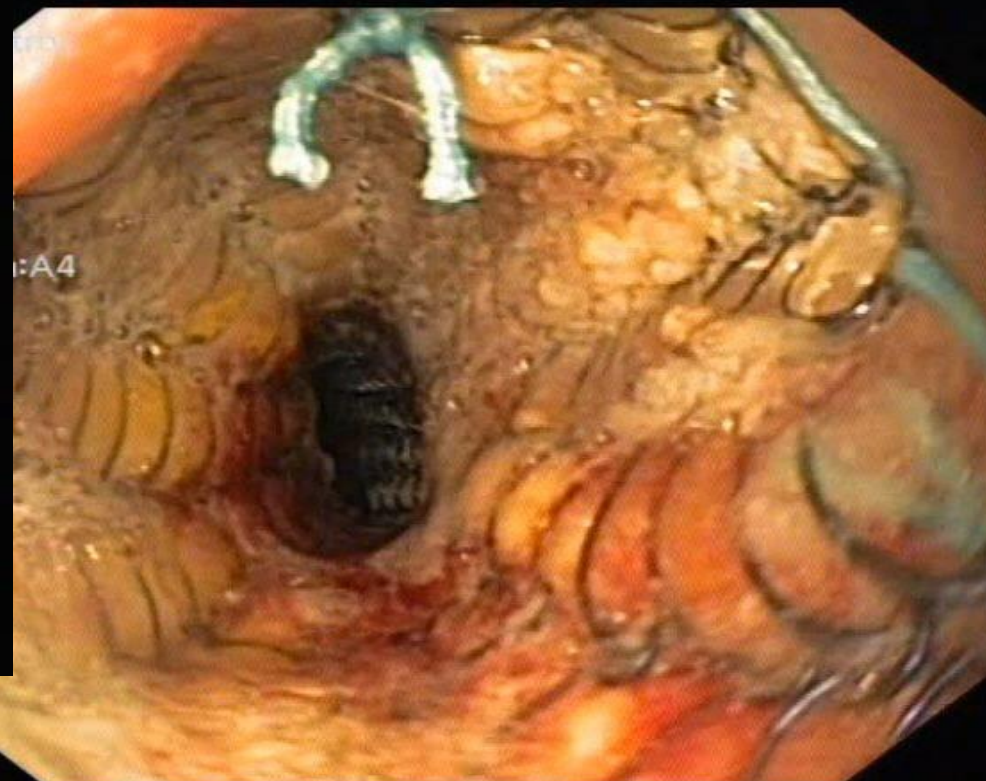
Clinica Gastro

02/05/2017

14:05:29

Cr:N

Eh:A1



Necesita utilizarea pe termen lung a IPP !!!

Complicatii:

- perforatie
- malpozitia stentului
- migrarea stentului
- durere toracica
- greata
- hemoragie
- reflux gastroesofagian
- disfagie recurenta
- deces

Prognostic:

Rata de supravietuire a pacientilor cu neoplasm esofagian este mica: 27% la 1 an, respectiv 9% la 5 ani.

In cazul de fata, vorbim despre o supravietuire de aproximativ 6-12 luni, cu dispensarizare oncologica ulterioara stentarii.