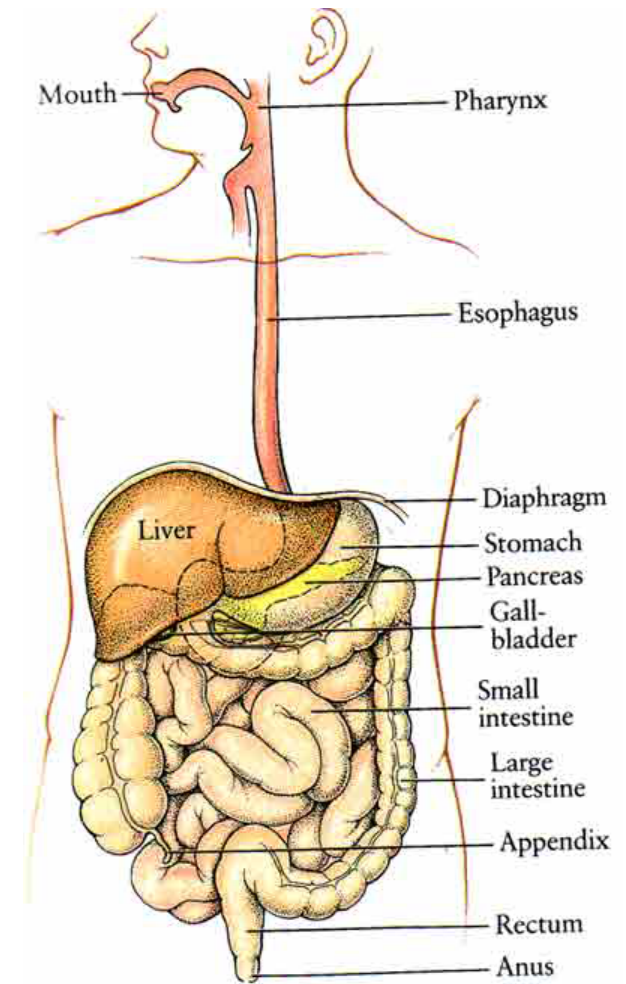


Sindromul esofagian

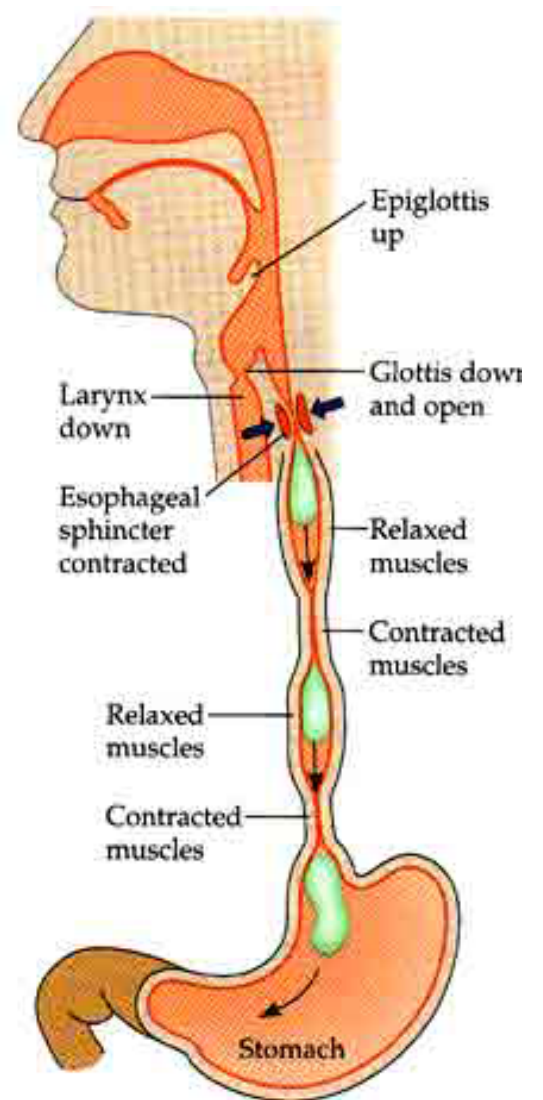
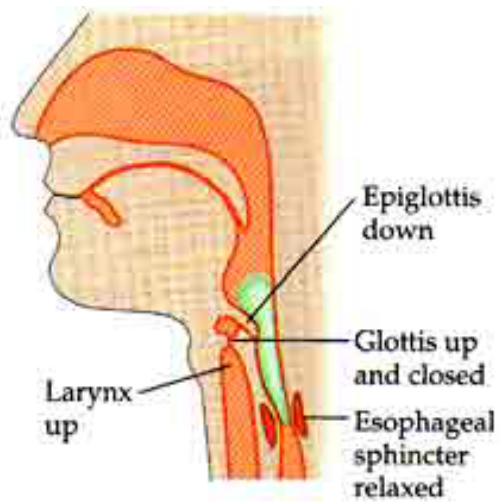
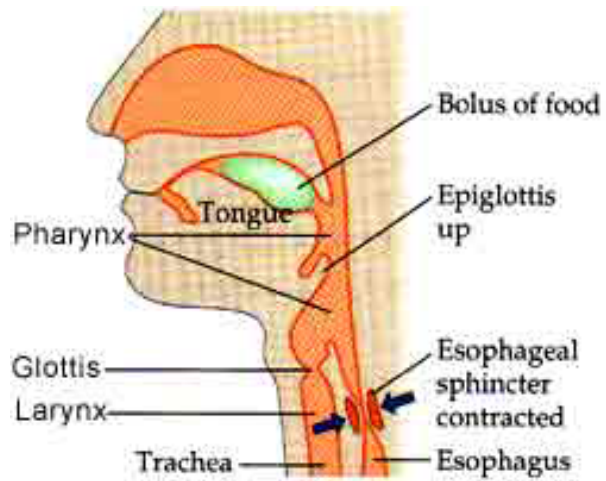


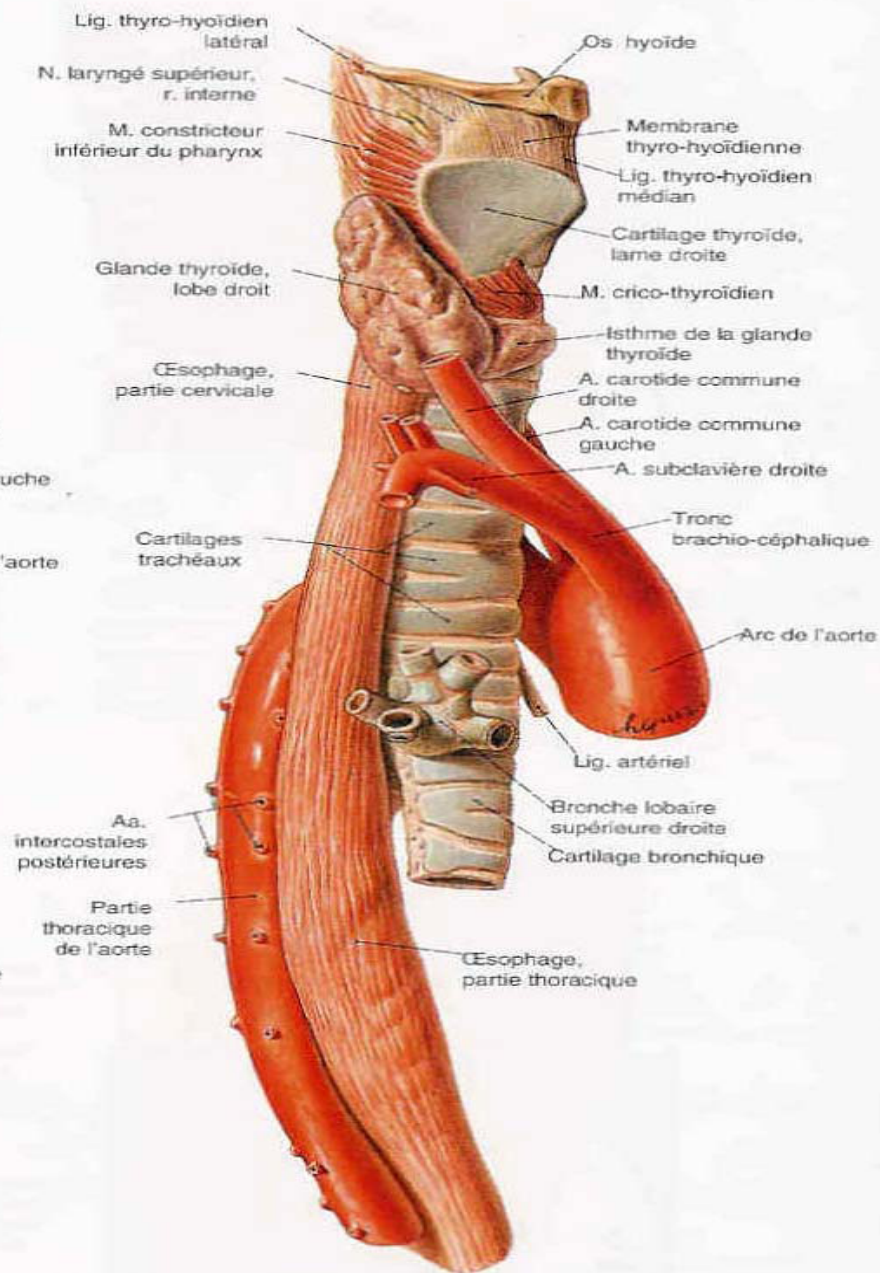
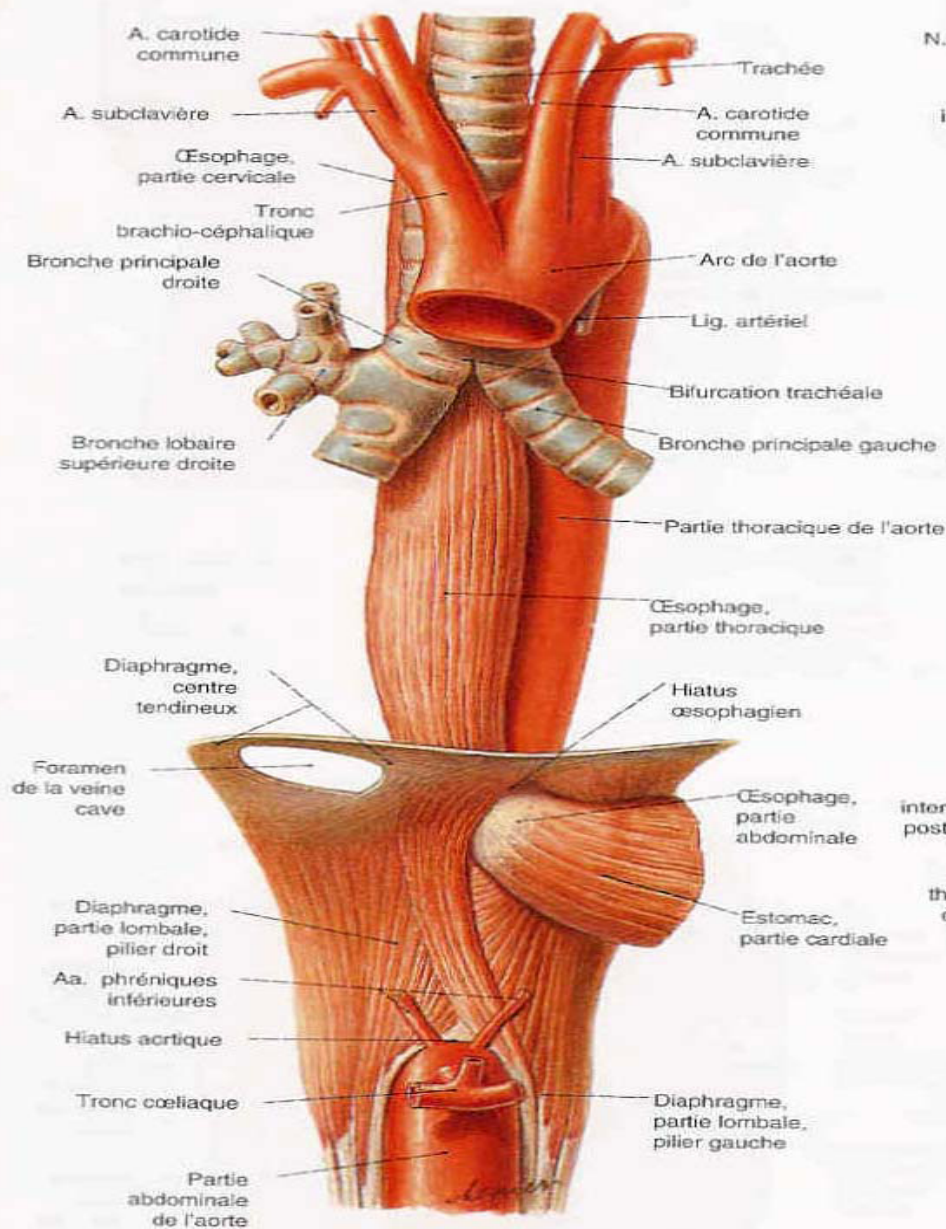
ANATOMIE CHIRURGICALĂ

- Esofagul = un conduct musculo-membranos cu direcție longitudinală destinat să transmită alimentele de la faringe (pe care-l continuă), la stomac.
- - format din fibre musculare striate și netede, are la adult o lungime de 20-25 cm. Când măsurătoarea se face endoscopic distanța de la arcada dentară și până la cardia este de 40 cm.

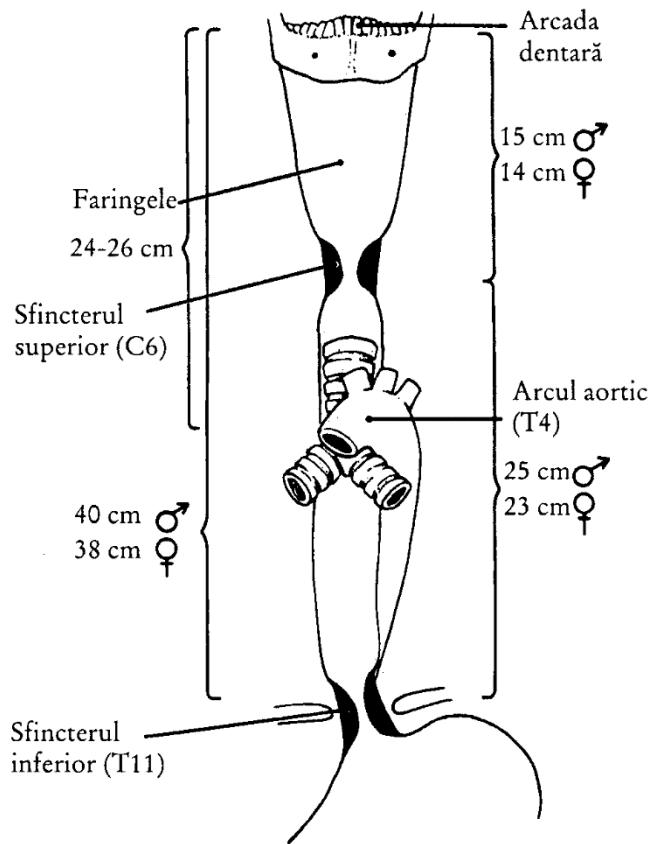
ANATOMIE CHIRURGICALĂ

- Topografic esofagul prezintă trei segmente:
 - *cervical*, care corespunde regiunii subhioidiene;
 - *toracic*, ce parcurge toată lungimea acestuia,
 - *abdominal*, situat în partea superioară a cavității peritoneale.
- Pe traiectul său esofagul prezintă trei zone mai înguste :
 - *joncțiunea faringo - esofagiană* sau *gura esofagului*, situată la aproximativ 16 cm de arcada dentară; data de ms cricofaringian
 - *strâmtoarea bronho - aortică*, la 23 cm. de arcada dentară;
 - *joncțiunea eso - gastrică*, la 40 cm. – la hiatusul diafragmatic





ANATOMIE CHIRURGICALĂ



◆ Esofag cervical- L=5cm; C6-T2

- ◆ Ram a. tiroidiana inferioara

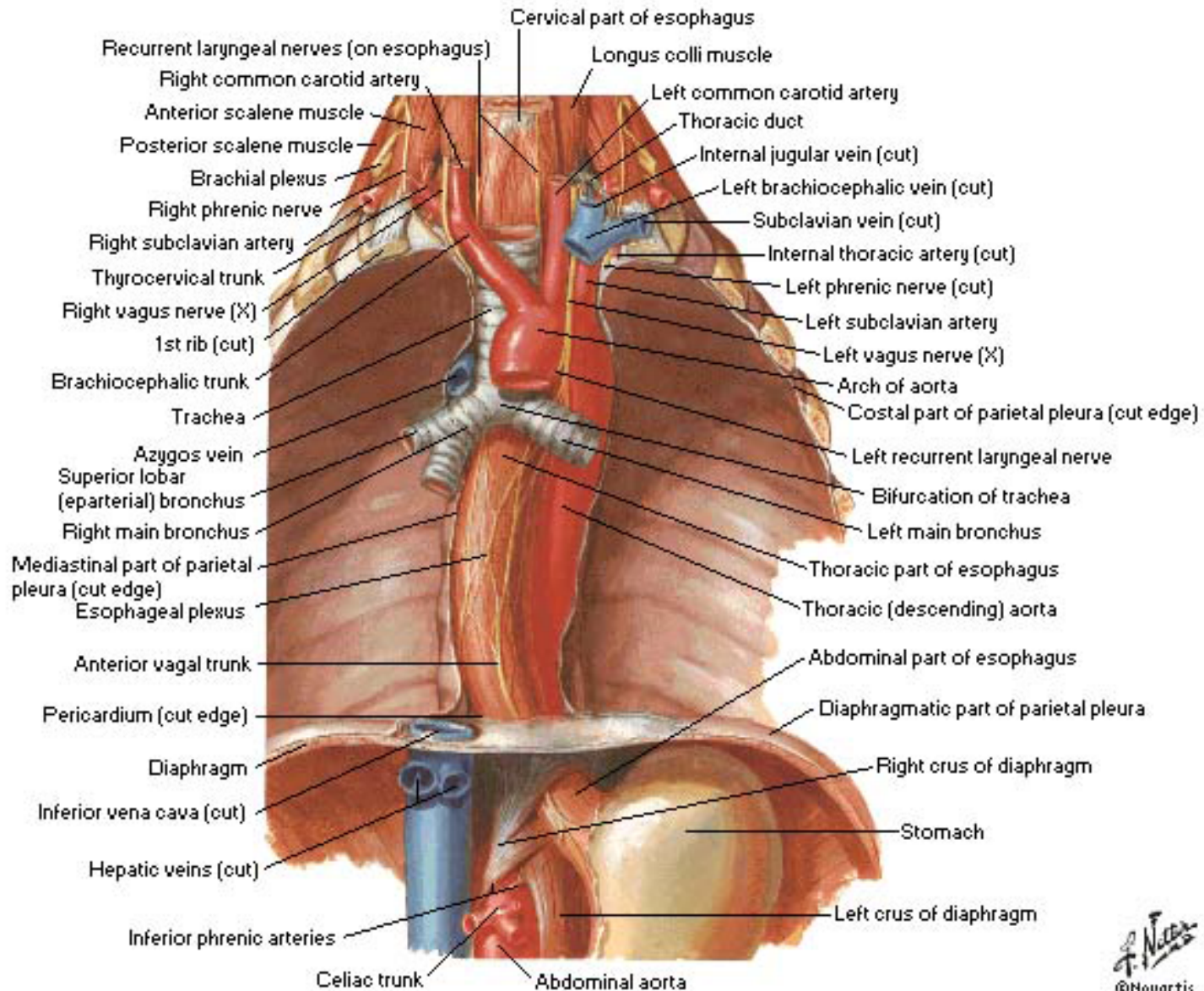
◆ Esofag toracic- L=20cm;

- ◆ Ram a. bronsice si direct aorta
- ◆ In vena azygos

◆ Esofag abdominal- L=2cm, cuprinde SEI

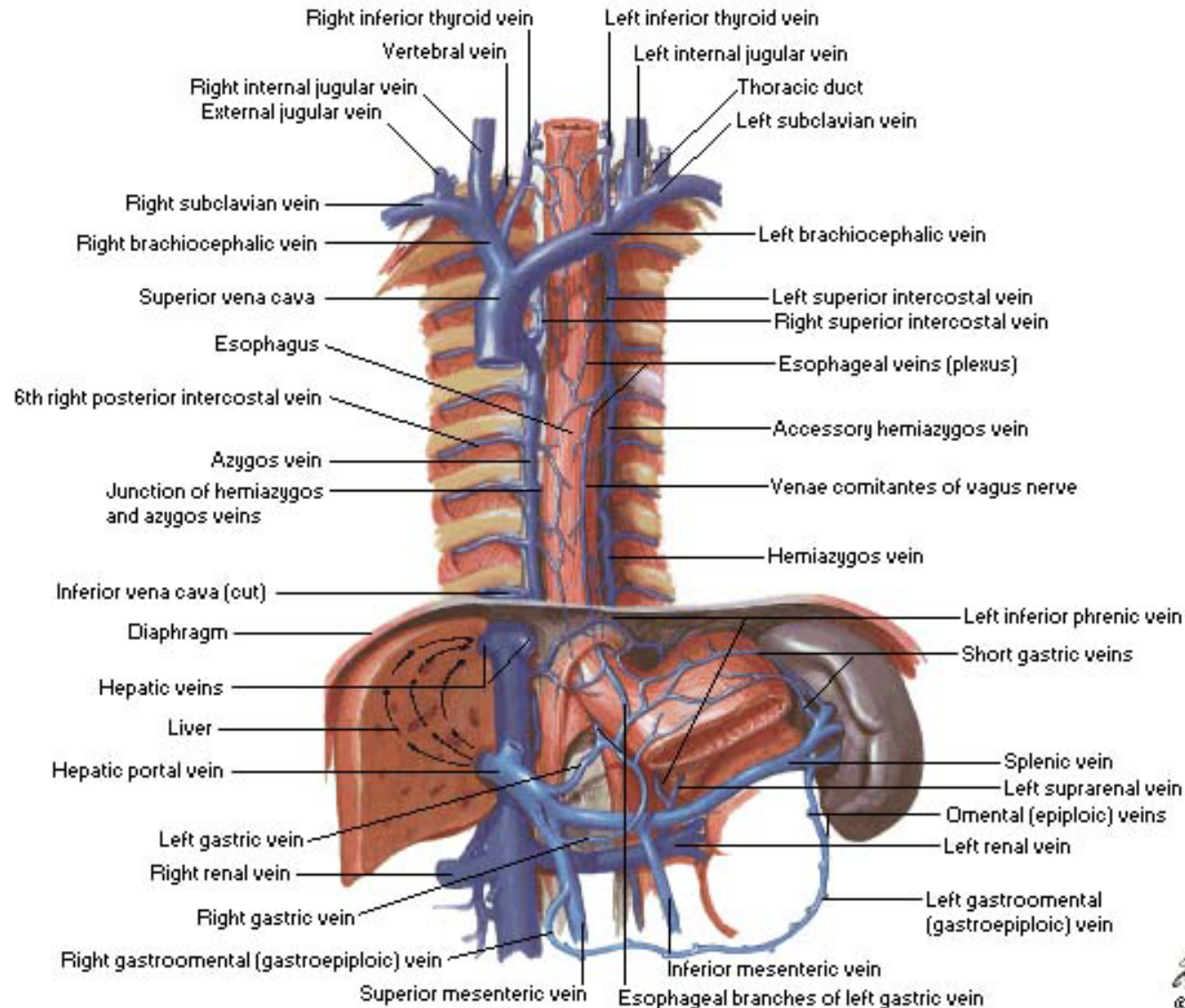
- ◆ Ram ascendenta a. gastrice stg si a. frenice inferioare
- Arterele se ramifica in T= plex longitudinal
- Vene- plex venos submucos-plex venos periesofagian-vene esofagiene

RAPOARTELE ESOFAGIENE



VENELE ESOFAGIENE

Veins of Esophagus:



TRAUMATISMELE ESOFAGULUI

- A. Traumatisme cu agenti *fizici* – frecvent intraluminal:
 - - iatrogene
 - accidentale
- B. Traumatismele *chimice (substante caustic)*
 - – scop suicid
 - accidental

A. Traumatisme cu Agenti Fizici

- Cu agenti: externi (rare) si interni (iatrogen)
- Localizare: frecvent la nivelul celor 3 stramtori: faringo-esofagiana, bronho- aortica, hiatusul diafragmatic
- Anatomie patologica – 3 tipuri de rupturi:
 - fisura esofagiana
 - ruptura cu dilacerari
 - leziune nepenetranta
- Clinic – durere toracica, disfagie, regurgitatii
 - alterarea progresiva a starii generale: febra, tahicardie, soc septic, oligurie, icter.

Traumatisme cu Agenti Fizici

- Sediul perforatiei
 - inalt: edem la baza gitului +/- crepiatii datorate florei anaerobe
 - intratoracic: +/- pneumomediastin
 - abdominal: peritonita generalizata/ durere epigastrica
- Diagnostic – suspiciune
 - endoscopie imediata
 - radiografie simpla/ cu contrast –gastrogratin (bariu contraindicat)

Traumatisme cu Agenti Fizici

- **Tratament**
- - **conservator** (antibiotice, repaos alimentar, aspiratie gastrica) – in fisurile simple
 - **chirurgical**: sutura, drenaj, gastrostoma de alimentatie

B. Traumatisme cu Agenti Chimici

- Pot fi - alcaline
 - acide
- Etiopatogenie – subst. chimice determina necroza de coagulare a mucoasei, leziunile fiind localizate sau intinse
- Clinic
 - a. faza **acuta**: tahicardie, subfebrilitate, disfagie totala, sialoree, durere retrosternala, fenomene respiratorii, digestive
 - b. faza **subacuta** (6 sapt): remaniere
 - c. faza **cronica**: cicatrizare cu stenozare postcaustica

Traumatisme cu Agenti Chimici

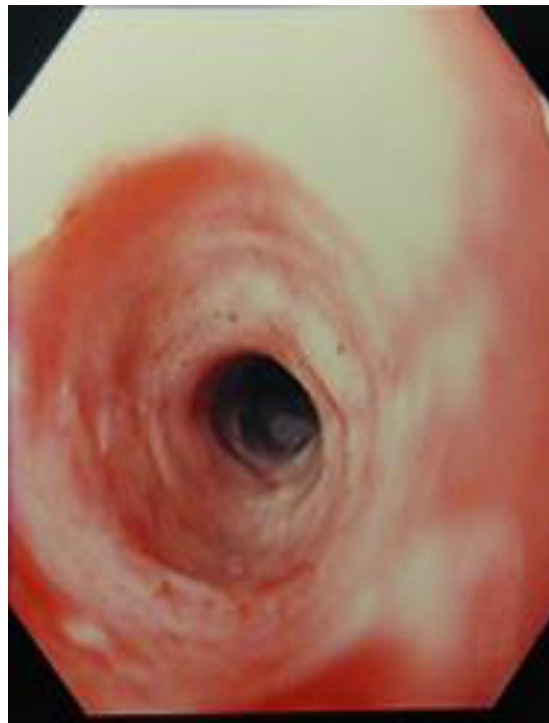
- Diagnostic – anamnestice + clinice
 - endoscopie cu fibroscopie
- Tratament – desocare, reechilibrare h-e,
 - esofagectomie primara (in cazul leziunilor intinse), esofagoplastie
 - prevenirea stenozelor (corticoterapie, antibiotice, dilatatii) in leziunile mici

Dupa faza cronica, cu cicatrizare ce dureaza pina la 1 an, se poate face esofagoplastie (din stomac, ileo-colon, intestin subtire)

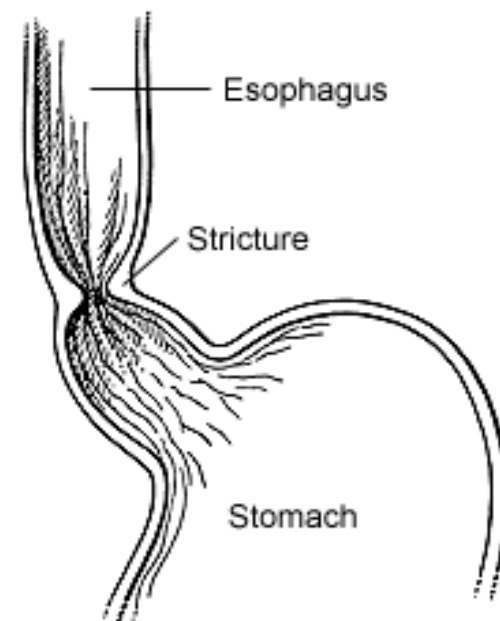
Esofagita Caustica



Stenoza Caustica



Stricture



Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

- **Def.** – totalizarea simptomelor determinate de refluxul conținutului gastric în esofag asociate sau nu cu leziuni ale mucoasei esofagiene
- **Patogenie**
 - A. favorizată de incompetența factorilor antireflux
 - scăderea presiunii la niv. SEI
 - golirea gastrică întârziată
 - alterarea clearance-ului esofagian- modificări ale undelor peristaltice esofagiene
 - B. factori mecanici
 - Lărgirea < Hiss, hernia hiatală, relaxarea penei diafragmatice, creșterea presiunii intraabdominale

Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

- Simptomatologie esofagiana

- Pirozis- arsura retrosternala cu iradiere superioara, favorizat de decubit dorsal (noaptea), frecv. la aplecarea anterioara a trunchiului=semnul siretului, 97%specificitate
- Regurgitatie
- Sialoreea- declansata reflex, rol de tamponare a acidului din continutul refluat
- Disfagia – poate fi *functională* (contractii esof induse de HCl) sau *organica* (esofagita)
- Odinofagia – durere retrosternala la inghitire-apare in complicatii ale BRGE

Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

- Simptomatologie non-esofagiana

- Durere toracica non-cardiaca-mimeaza o criza de angor
- Anemie-sangerare oculta, HDS(hematemeza)
- Suferinte orofaringiene-disfonie, gingivita, carii dentare
- Simptome pulmonare- tuse cronica nocturna, crize de astm(bronhospasm reflex), pneumonie de aspiratie

Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

- **Investigatii paraclinice**

- Tranzit baritat esofagian – esofag cu contur neregulat, pliuri ingrosate, eroziuni, stenoza. (nespecific- 60% neg dar exista boala)
- Endoscopie digestiva superioara
- pH metrie monitorizata 24 ore- electrod plasat la 25 cm de arcada, reflux dovedit cand $\text{pH} < 4$
- Manometrie esofagiana inregistrata-3 senzori monitorizeaza presiunea, arata scaderea pres. SEI

Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

◆ Complicatii

◆ Esofagita peptica- clasificare endoscopica

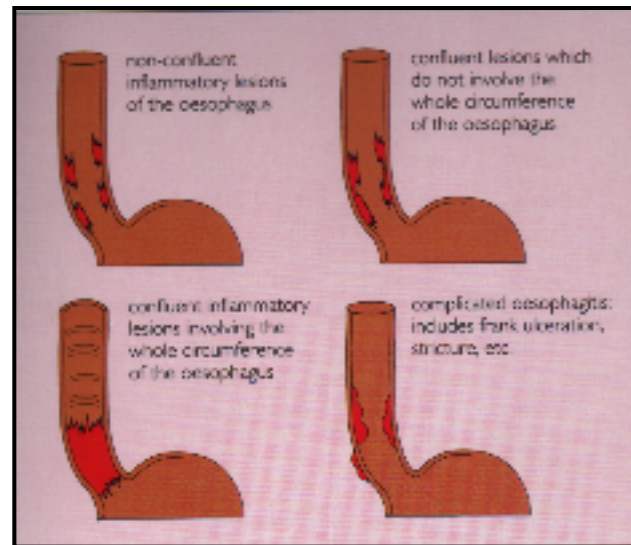
- ◆ A-una sau mai multe ulceratii <5mm situate pe crestele pliurilor
- ◆ B- una sau mai multe ulceratii >5mm lungime
- ◆ C- ulceratii si intre crestele pliurilor mucoasei , <75% circumferinta
- ◆ D- ulceratii >75% circumferinta esofagiana

Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

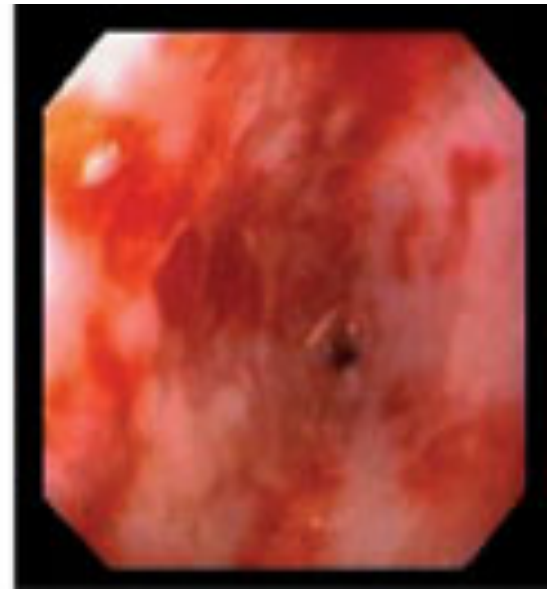
◆ Complicatii

- ◆ Stenoza esofagiana- frecv asimetrica, disfagie progresiva
- ◆ Ulcerul esofagian- odinofagie, poate da perforatii
- ◆ Sdr. Barrett-inlocuirea la niv esofagului inf. a mucoasei malpighiene cu mucoasa metaplazica de tip cilindric
- ◆ HDS- rareori; forme usoare/moderate

Clasificarea esofagitelor în cele 4 grade în funcție de severitatea leziunilor



Esofagita de reflux- - eroziuni, ulceratii, stricturi



Sindromul Barrett

- Definiție:

Sindromul Barrett (SB) se caracterizează prin înlocuirea la nivelul esofagului distal a mucoasei epiteliale de tip malpighian cu o mucoasă de tip glandular(epiteliu columnar) gastric sau intestinal .

Sinonime: endobrahiesofag.

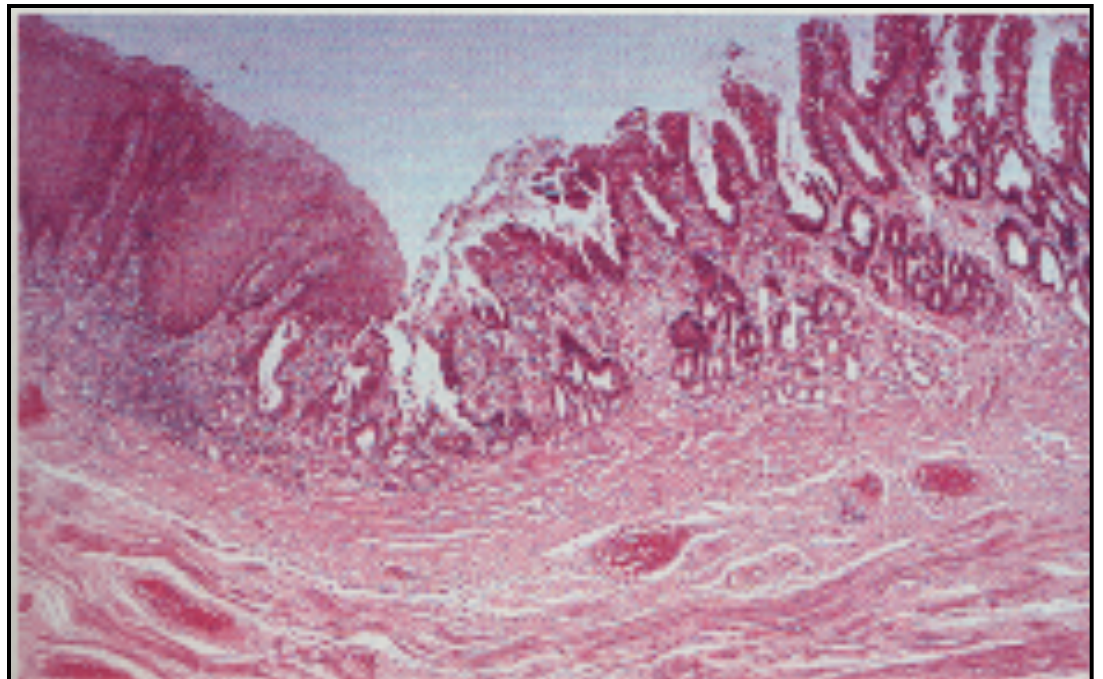
Suferința este mai frecventă la bărbați(raport B/F=2:1).

Sindromul Barrett

- Grupe de risc:
 - pacienți care prezintă în antecedente o intervenție chirurgicală a stomacului în urma căreia apare refluxul gastro-esofagian
 - pacienți cu tulburări de motilitate importante(sclerodermia, Sindromul CREST)
 - pacienți cu suferințe psihiatrice

Esofag Barrett

- Esofag Barrett : înlocuirea
epiteliului scuamos cu
epiteliu vilos intestinal
(col.HE)



Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

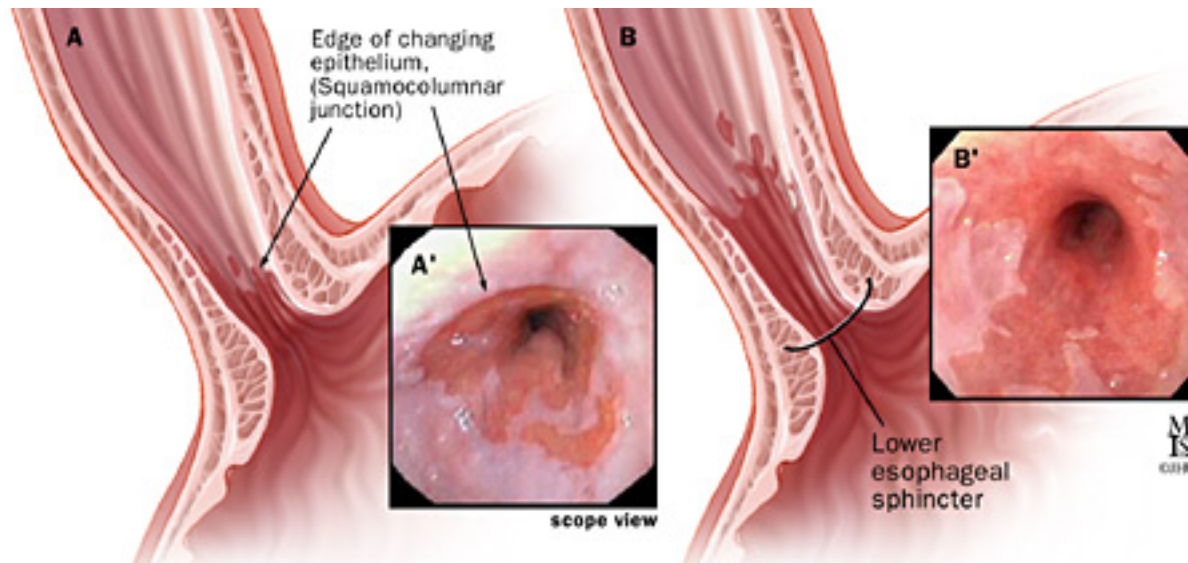
- **ESOFAG BARRETT**- 3 tipuri histologice:
 - Junctional-muc e asemenea cardiei
 - Fundic –muc asemanatoare cu muc gastrica la niv fundului
 - Specializat –cel caliciforme mucosecretorii de tip intestinal
- Forme clinice legate de extinderea procesului de metaplazie
 - 1.Sdr.B lung unde metaplazia se poate pune în evidență pe-o zonă extinsă de la 3 cm în sus deasupra zonei de joncțiune, cuprinde cele 3 tipuri histologice
 - 2.Sdr. B scurt unde metaplazia se pune în evidență în primii 2-3 cm de la joncțiune.

Esofag Barrett

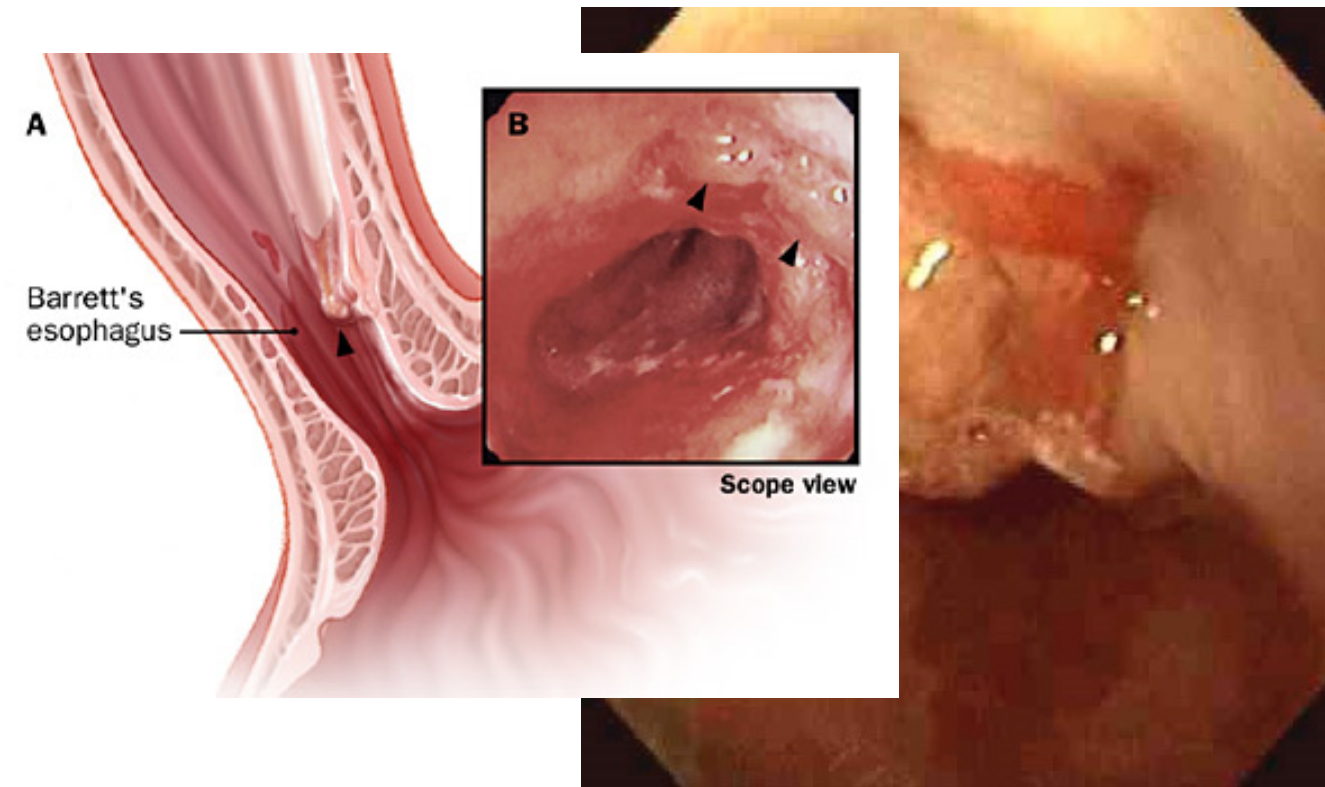
- Evoluție, complicații, prognostic.

- legate de activitatea celulelor de tip fundic, secretante de acid clorhidric: ulcerații, fisuri, hemoragii digestive frecvent oculte.
- legate de degenerarea epiteliului metaplazic spre displazie de diverse grade și adenocarcinom esofagian.
- Datorită riscului crescut de malignizare a epiteliului Barrett se impune supravegherea endoscopică periodică, după un protocol riguros, cu prelevare de biopsii etajate din zonele de metaplazie.

Esofag Barrett



ESOFAG BARRETT ȘI ADENOCARCINOM ASOCIAT



Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

- Complicatii pulmonare
 - Laringita cronica
 - Astm bronic
 - Bronsiectazii
 - Pneumonia de aspiratie
 - Bronsita cronica

Boala de reflux gastro-esofagian - BRGE

◆ Tratament

- ◆ A. igienico-dietetic-evitare alimente ce cresc aciditatea, evitare culcare dupa masa, a presiunii crescute intraabd.
- ◆ B. medical- prokinetice (cresc presiunea SEI, stimuleaza golirea stomacului), blocante rec histaminici, inhibitori pompa protoni, antiacide, citoprotectoare de mucoasa
- ◆ C. **chirurgical**- Endoscopic/Laparoscopic

Indicatii tratament chirurgical

- Complicatii ale BRGE-stenoze
- Complicatii respiratorii
- Esof. Barrett cu disfagie severa-rezectie endosc/chir
- Hernia hiatala mare
- Simptomatologie severa care modifica calitatea vietii

Diverticuli esofagieni

- Definiție: Diverticulul esofagian este o dilatație circumscrisă, sacciformă a esofagului care comunică liber cu lumenul esofagian.

Diverticul esofagian

- adevărat (conține toate straturile peretelui esofagian), fals (lipsit de stratul muscular)=pseudodiverticul
- congenitali / castigați
- Topografie:
 - cervicali (faringo-esofagiene);
 - toracici : -parabronșici -asimptomatici deoarece au coletul larg și nu rețin alimentele și secrețiile.
 - epifrenici; cei mici sunt asimptomatici, iar cei mari produc [disfagie](#).
- După mecanismul de producere:
 - diverticuli : -de presiune (↑presiunea intraesofagiană);
 - de tracțiune (înfleunțarea țesuturilor periesofagiene);

Diverticul Zenker

- ◆ este situat pe fata posterioara a jonctiunii faringo-esofagiene si se caracterizeaza prin protruzia mucoasei intre fibrele muschiului cricoesofagian si constrictorul inferior al faringelui.
- ◆ Se insoteste frecvent de boala de [reflux gastro-esofagian](#) si tulburari ale motilitatii esofagiene
- ◆ Clinic
 - ◆ primul simptom este [disfagia](#) determinata de compresiunea aplicata pe esofag de catre puna diverticulara in care s-au adunat alimente inghitite.
 - ◆ regurgitatiile cu alimente stagnante
 - ◆ accese de tuse nocturna cu inhalarea continutului diverticular
 - ◆ hipersalivatie si voce bitonala determinata de compresiunea pe recurent.

Diverticuli esofagieni-tratament

- ◆ Diverticulii asimptomatici nu necesita tratament. La pacientii cu diverticuli esofagieni si epifrenici disfagia aparuta este rezultatul afectarii motilitatii esofagiene, de aceea terapia trebuie indreptata asupra acesteia
- ◆ Tratamentul diverticulului Zenker este chirurgical
Tratamentul endoscopic este de preferat si consta in ectomie prin coagulare, diatermie sau laser.
- ◆ Diverticulii esofagieni au un prognostic favorabil.

M1

FRAME= 06

ZENKER'S DIVERTICULUM

Pharynx

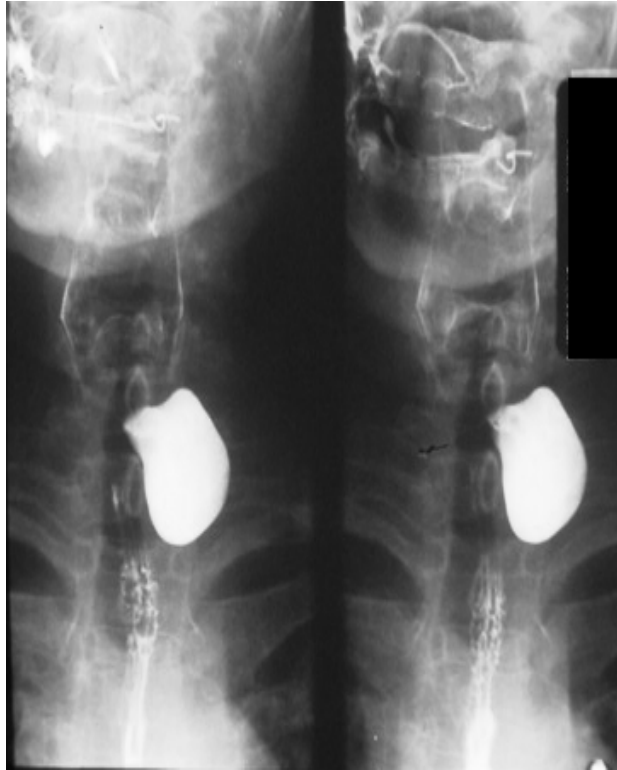
Zenker's Diverticulum

**Normal
Esophageal
Lumen**

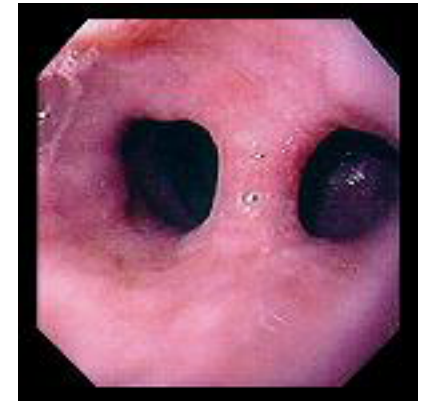
Narrow Cervical Esophagus

Diverticulul Zencker

Rx bariu



Aspect Endoscopic



SINDROMUL MALLORY-WEISS

- Definiție Se caracterizează prin prezența de rupturi longitudinale la nivelul joncțiunii eso-gastrice ca urmare a efortului de vărsătură.
- Entitatea a fost descrisă clinic încă din anii 30 de către Mallory și Weiss drept hemoragie digestivă după vărsătură.
- Date epidemiologice: incidență reală este necunoscută. Practicarea pe scară largă a endoscopiei de urgență în HDS a evidențiat o frecvență de 5-10% din cauzele HDS nonvariceale.

SINDROMUL MALLORY-WEISS

- Simptomatologia clinică asociază două grupe de simptome care nu respectă întotdeauna secvențialitatea clasică(efort de vărsătură-HDS)
- context anamnestic sugestiv: consum de AINS-aspirină, alcool
- factori favorizanți: sarcina, endoscopie digestivă superioară
- vărsăturile de durată și intensitate variabilă
- hemoragia digestivă superioară exteriorizată prin hematemeză și melenă , uneori minimală sau necesitând transfuzii de sânge.

SINDROMUL MALLORY-WEISS

- Diagnosticul este suspiciat de contextul clinic al efortului de vărsătură urmat de HDS și confirmat de esofagoscopie.
- Efectuarea endoscopiei de urgență în HDS permite diagnosticul în peste 90% din cazuri. Leziunea caracteristică se prezintă sub forma unei ulcerații alungite, superficiale, cu sângerare activă sau stigmat recente(cheag aderent).

TULBURARI DE MOTILITATE ESOFAGIANA

- 1. Achalazia crico- faringiana
- 2. Achalazia esofagiana difuza (spasm esofagian difuz)
- 3. Achalazia cardiei

1. Achalazia crico- faringiana

- > 60 ani, M
- Fiziopatologic – insuficienta contractila a constrictorului inferior al faringelui +/- diverticul Zencker
- Clinic – disfagie pt solide, tuse postingestionala
- Paraclinic – pasaj baritat cu substanta de contrast
 - manometrie
 - endoscopie
- Complicatii – pneumopatii de aspiratie

2. Spasmul difuz esofagian

- > 60 ani, M, hipertonie a sfincterului esofagian inferior
- Clinic – durere toracica, disfagie relativa
- Paraclinic - pasaj baritat cu substanta de contrast (esofag in tirbuson)
 - manometrie
 - endoscopie
- Complicatii –pneumopatie de aspiratie, invaliditate permanenta (fals bolnav coronarian)
- Diagnostic diferential – tulburari de motilitate din sclerodermie
- Tratament – blocanti calcici
 - dilatatii endoscopice
 - chirurgical: miotomie endomucoasa, sectiunea sfinterului esofagian + mecanism antireflux

Spasmul Difuz Esofagian

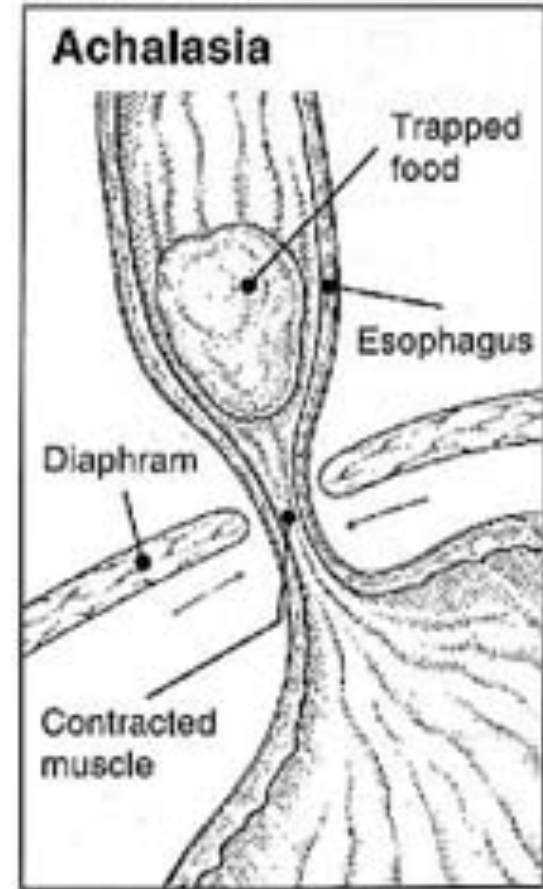


Achalazia cardiei

Definiție: Tulburare motorie a musculaturii netede a esofagului, consecință a :

- hipertrofia SEI;
- relaxarea incompletă SEI;
- diminuarea/absența undelor peristaltice primare în 2/3 inferioară a esofagului;

Mai poartă denumirea de cardiospasm



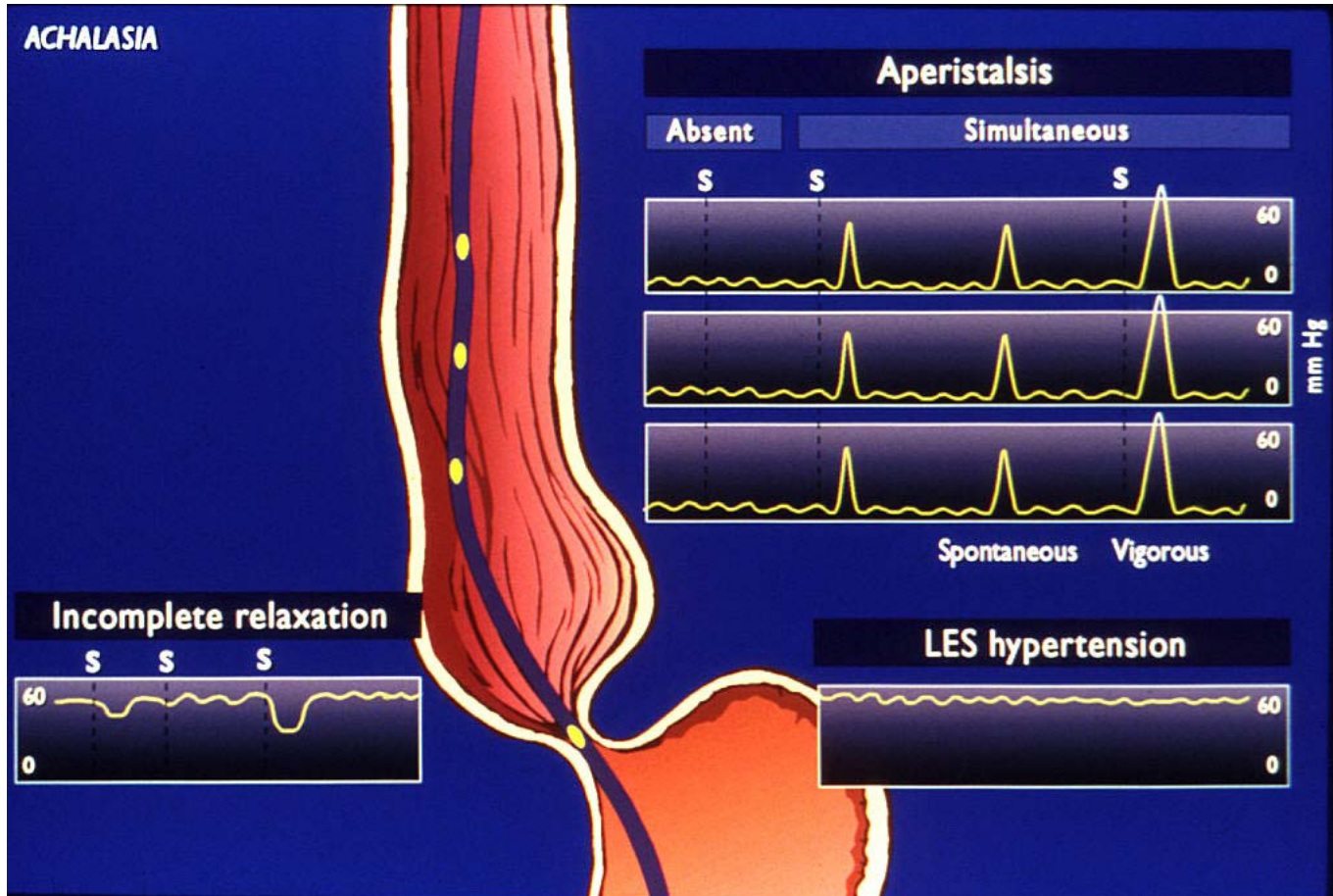
Achalazia cardiei

- 30- 60 ani, M
- Anatomo-patologic – hipertrofie parietala pe seama fibrelor circulare + ulceratii cu potential de malignizare
- Clinic – disfagie paradoxala (pt lichide)
 - regurgitatie
 - durere retrosternala
 - refluari ale continutului esofagian in cavitatea bucala

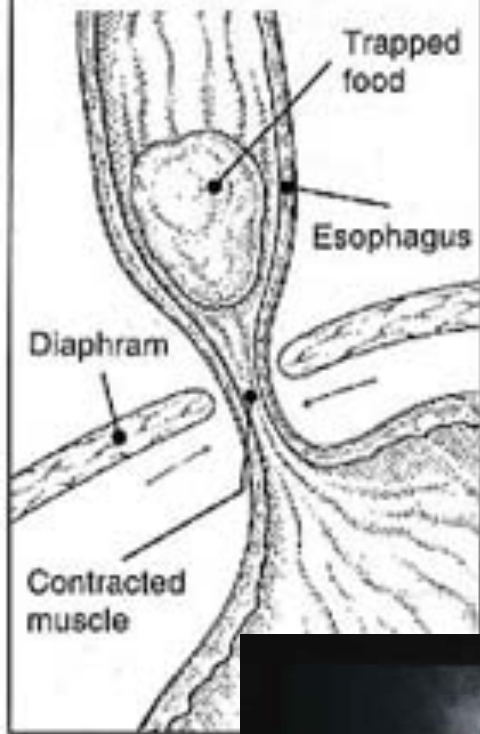
Achalazia Cardiei

- ◆ Paraclinic – pasaj baritat eso – gastric
 - esofagoscopia
 - manometria
- ◆ Complicatii – pneumopatii de aspiratie
 - hemoragii ale ulceratiilor mucoasei esofagiene
 - malignizare
- ◆ Diagnostic diferential – cancerul esofagian
- ◆ Tratament – medicamentos (in stadiul incipient):
vasodilatatoare, nitriti retard, anticolinergice
 - dilatare endoscopica
 - chirurgical: cardiomiectomie extramucoasa + antireflux (Nissen)

Achalasia cardie-manometrie

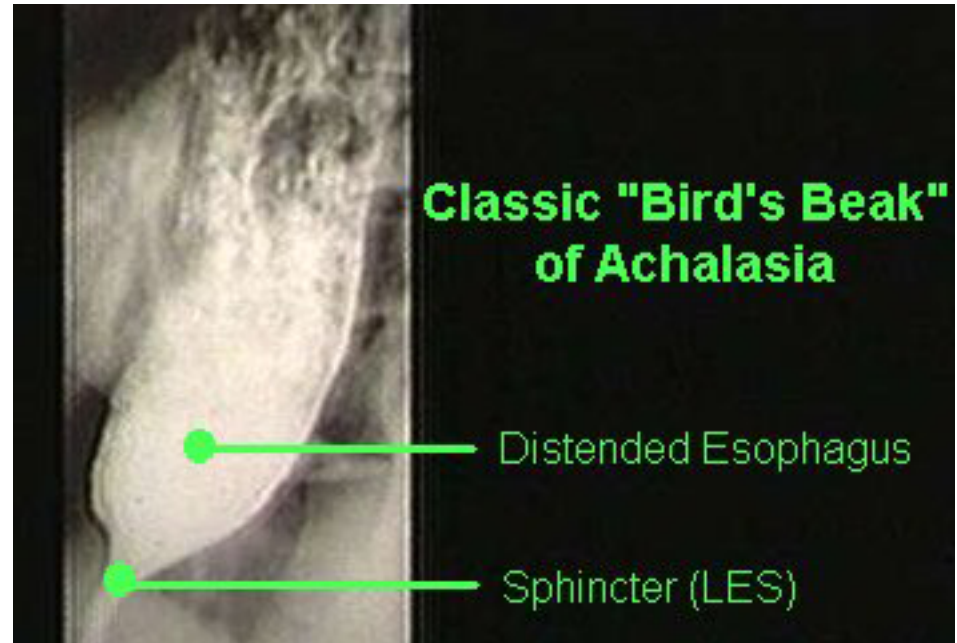


Achalasia



Achalasia Cardie

Pasaj Baritat



Aspect Endoscopic



ACHALASIA

Treatments

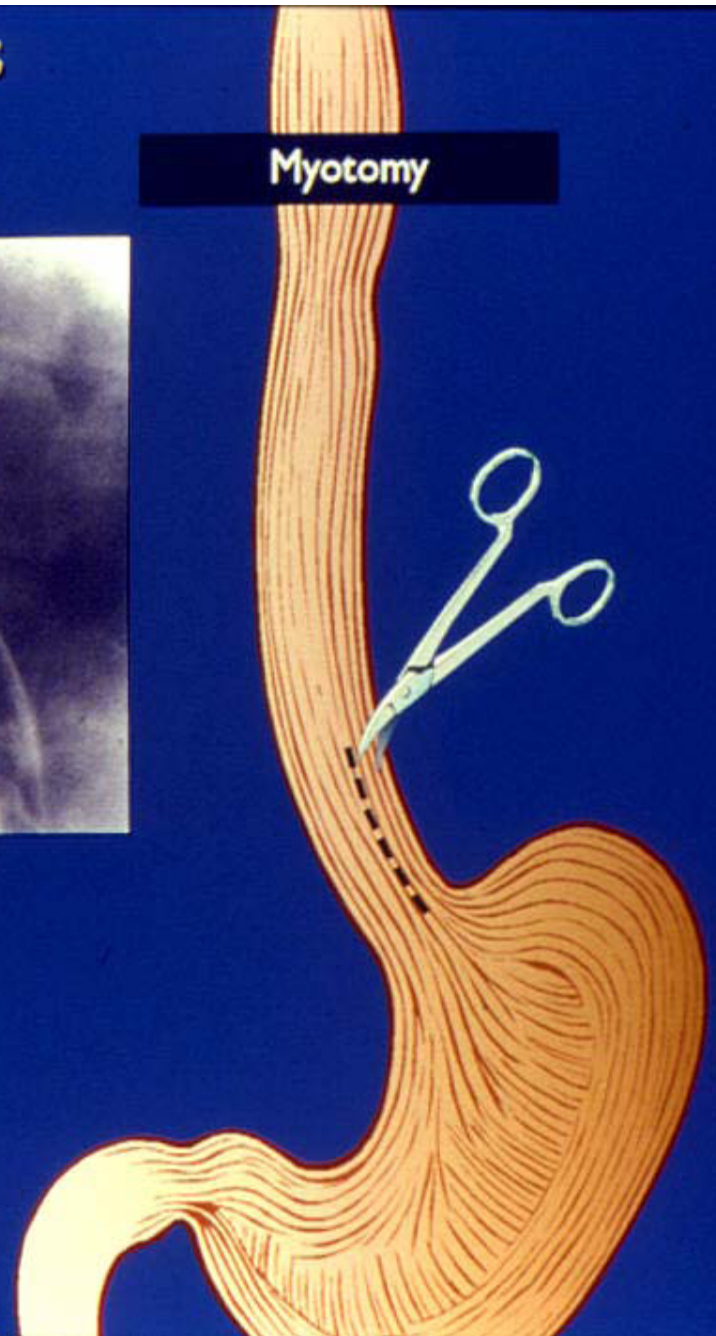
Drugs

Nitrates
 Ca^{++} channel blockers
Botulinum toxin injection

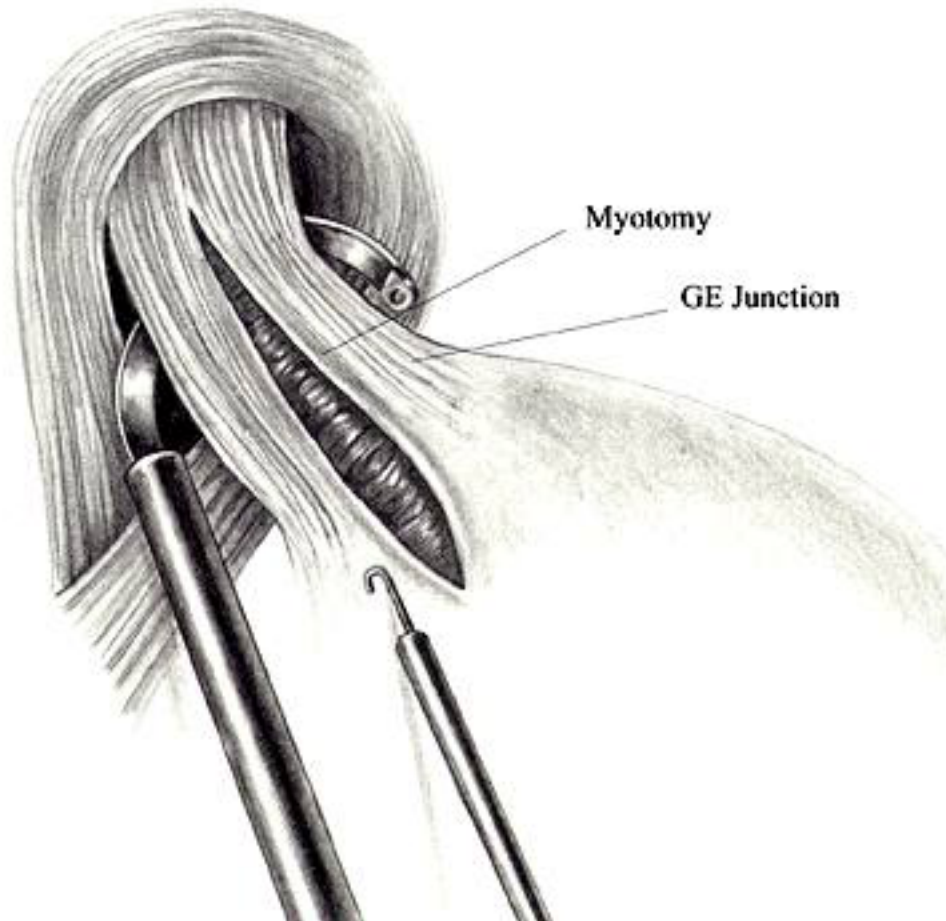
Pneumatic Dilation



Myotomy



OPERATIA HELLER



Fundoplicatura Nissen

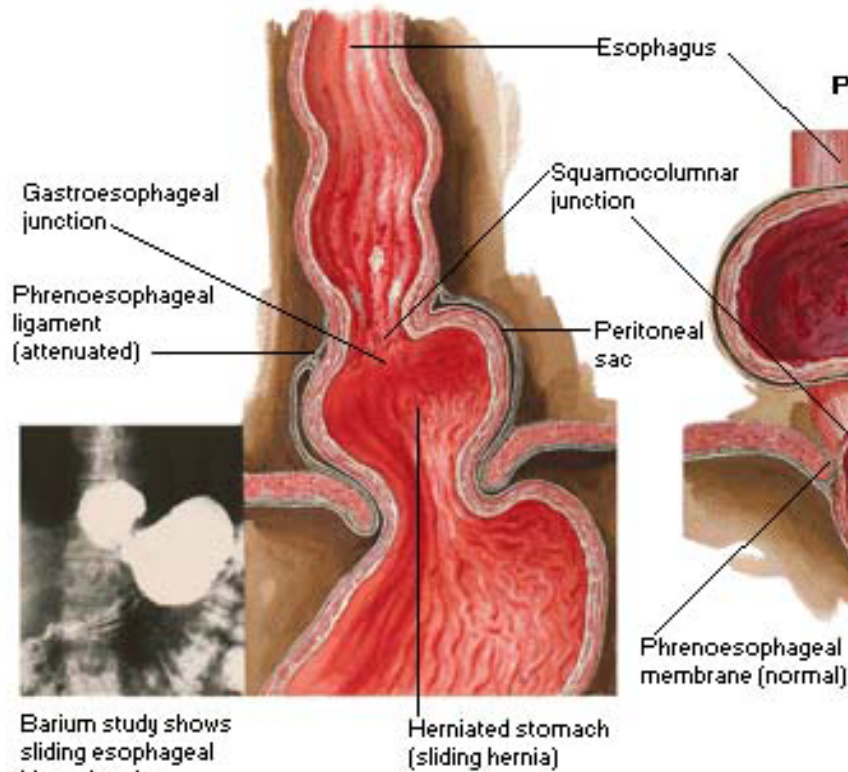


Herniile hiatale

- Se realizeaza prin hiatusul esofagian prin 2 mecanisme:
 - a. Alunecare
 - b. Rostogolire

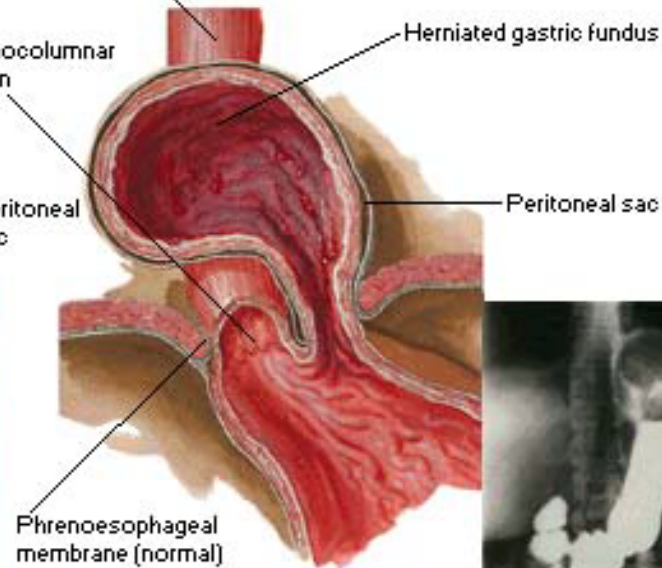
Herniile Hiatale

Sliding esophageal hiatus hernia



Barium study shows sliding esophageal hiatus hernia

Paraesophageal hiatus hernia



Barium study shows paraesophageal hiatus hernia

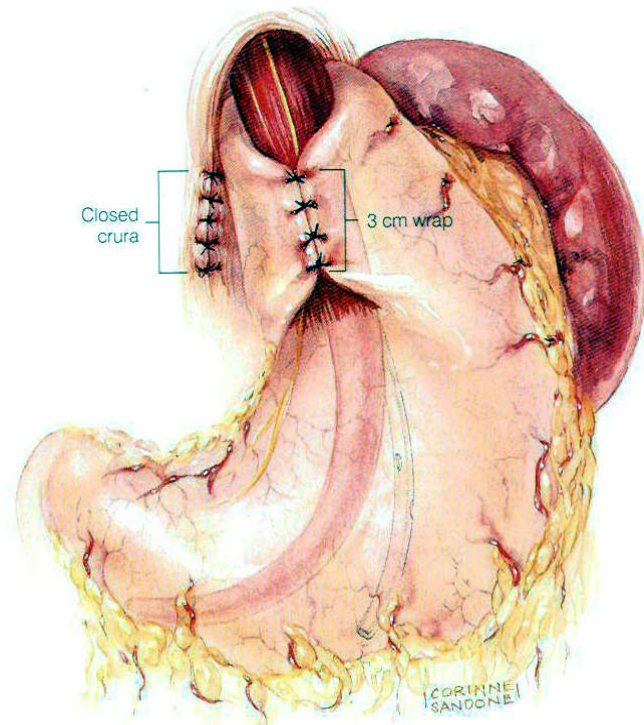
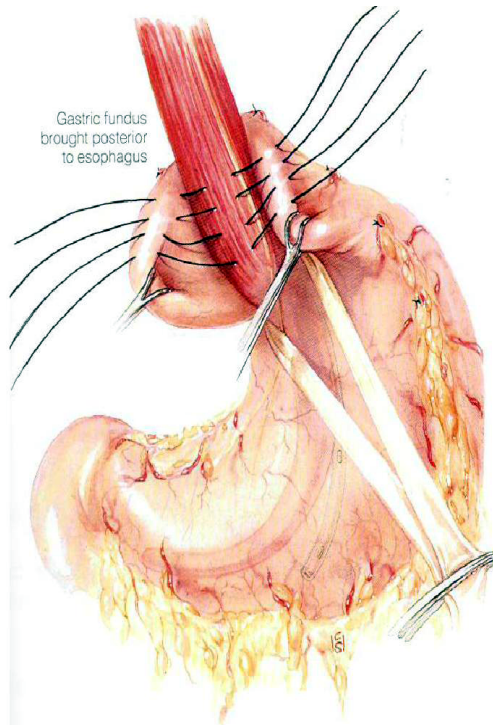
a. Herniile hiatale prin alunecare

- Factori favorizanti; presiunea intraabdominala crescuta, staza gastrica, hiatus larg, sfincter esofagian inferior incompetent, desfiintarea unghiului Hiss
- Clinic – durere toracica
 - greturi, varsaturi, disfagie
 - anemie, scadere ponderala
 - reflux si aspiratie pulmonara
- Paraclinic – pasaj baritat, fluoroscopie, esofagoscopie cu biopsie, pH-metrie si clearance esofagian, testul Berstein

Herniile hiatale prin alunecare

- Complicatii – esofagita de reflux
 - pneumopatii
 - Tratament – *medical* – prinzuri mici si repetate
 - metoclopramid, IPP
 - *chirurgical* – coborirea stomacului si esofagului in abdomen, inchiderea hiatusului, fundoplicatura Niesen, dilatarea stricturilor esofagiene
- +/- vagotomie, antrectomie (ulcer)

FUNDOPLICATURA NISSEN



Aus der chirurgischen Universitätsklinik Basel
Vorsteher : Prof. R. Nissen

Eine einfache Operation zur Beeinflussung der Refluxoesophagiti

Von R. Nissen

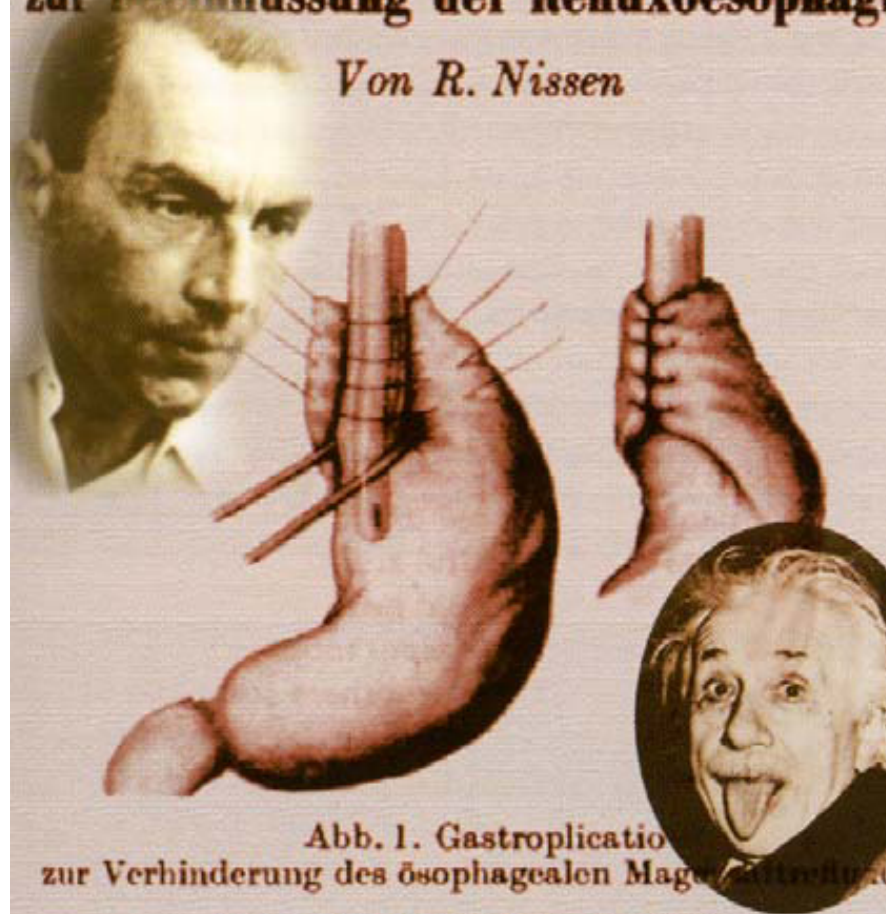


Abb. 1. Gastroplication
zur Verhinderung des ösophagealen Magenrefluxes

*Nissen R. Eine einfache Operation
zur Beeinflussung der Refluxoesophagitis.
Schweiz Med Wochenschr 1956;86:590-2*

b. Hernia hiatala prin rostogolire

- Anatomie patologica – fornixul prolabat prin hiatus cu ulceratii pe mucoasa
- Clinic – eructatii, senzatie de compresiune toracica
 - palpiatii, pirozis
- Paraclinic – endoscopie
 - pasaj baritat in Trendelenburg
- Complicatii – ulcer al zonei adiacente, sangerare
 - obstructie digestiva inalta
 - torsiune/ strangulare gastrica
 - herniere colonului/anselor ileale in torace
- Tratament – reinserarea polului gastric, inchiderea hiatusului, gastropexie

Neoplasmul esofagian

- boală malignă cu prognostic foarte rezervat, deoarece se descoperă tardiv (latență clinică lungă);
- 15 % dintre cancerele digestive, incidența în creștere;
- ♂ / ♀ = 3/1; apare mai frecvent după 50 ani;
- predomină în mediul rural, categorii sociale defavorizate (alcoolism, tabagism, carențe alimentare);

Neoplasmul esofagian

- Factorii de risc:

- fumatul de țigarete + consumul de alcool → determină inflamația esofagului → displazie;
- factori alimentari
- factori fizici ce determină leziuni ale mucoasei
 - lichide excesiv de fierbinți;
 - expunerea la radiații ionizante (iradiere mediastinală pentru boala Hodgkin, neo sân.);
 - expunere la Az, Be;
- factori infecțioși : virali (Papilomavirus);
- factori genetici

Neoplasmul esofagian

- Stări patologice predispozante :
 - cancerul din sfera ORL (localizare sincronă esofag în 15 % din cazuri);
 - megaesofagul;
 - leziunile caustice (după 30 de ani de la ingestie);
 - sindromul Plummer-Winson (♀ cu carență de Fe, disfagia esofagiană sideropriva);
 - susceptibilitatea genetică:
 - sindromul Paterson-Kelly(diafragme și inele esofagiene congenitale)
 - hiperkeratoza congenitală : tylosis palmaris et plantaris
 - esofagul Barrett → adenocarcinom esofagian;
 - diverticuli esofagiani (rar);
 - boala celiacă

Neoplasmul esofagian: aspecte morfopatologice

- forme :-vegetante;
 - ulcerative și combinații(ulcero-vegetante);
 - forma ulcero-vegetantă
 - infiltrative;
- din punct de vedere histologic:
 - epiteliom scuamos
 - adenocarcinom;

Neoplasmul esofagian

Clinic : sindrom esofagian;

- Disfagia prezentă 90 %, are caracter progresiv:
 - inițial intermitentă, minimă, pentru alimentele solide, adesea neglijată de bolnav (diagnostic tardiv)
 - ulterior permanentă, inclusiv la lichide cu modificarea obiceiurilor alimentare (consumă mai multe lichide, mănâncă mai încet, mestecă îndelung alimentele);

La apariția disfagiei neoplasmul depășește 2/3 circumferință.

- Regurgitarea – semnifică prezența stenozei strânse; se acompaniază de eructații, sughiț, halenă fetidă, sialoree;
- Durerile : sediu toracic: -anterior/posterior, traduc invazia filetelor nervoase și a mediastinului;
- Scăderea ponderală marcată → cașexie.
- HDS frecvent ocultă

Neoplasmul esofagian: Semne tardive

Prin invadarea mediastinului apar:

- -disfonia (pareză a nervului recurent stâng);
- -tuse și infecții bronșice prin invadarea traheei și bronșiilor;

Perforația esofagului → mediastinită

Neoplasmul esofagian

Examenul obiectiv furnizează elemente clinice în stadiile avansate

- -starea de nutriție precară: denutriție → cașexie;
- -paloare cu tentă teroasă, edeme carentiale;
- -în localizarea esofagiană cervicală, se poate depista o masă palpabilă, ștergerea crepitațiilor laringiene, semnele unei pareze unilaterale a corzilor vocale;
- -în stadii avansate : -adenopatie supraclaviculară (semnul Virchow-Troisier);
 - hepatomegalie tumorală (metastaze hepatice);

Neoplasmul esofagian

Diagnosticul :

- elemente clinice :
 - anamnestice;
 - examen obiectiv(sărac);
- paraclinice:

Neoplasmul esofagian

- Endoscopia digestivă și echoendoscopia se efectuează de primă intenție la orice disfagie, chiar minimă;
- Pune în evidență o leziune vegetantă, adesea ulcerată, dură, neregulată, sângerând cu ușurință. Uneori stenoză infiltrativă ce nu poate fi depășită cu endoscopul.
- Recunoașterea zonelor displazice cu ajutorul coloranților vitali (Lugol, albastru de toluidină), ce nu colorează zonele suspecte
- prelevarea de biopsii seriate

Neoplasmul esofagian

- Radiografia: pasaj baritat esofagian:
 - lacună frecvent excentrică sau circumferențială;
 - ulcerație → nișă largă cu rigiditate segmentară(malignă);

Neoplasmul esofagian

- Biochimic : - posibil sindrom inflamator (VSH ↑);
 - anemie, hemoragii oculte prezente în scaun;
 - markeri serici tumorali CA 19-9;

Neoplasmul esofagian

- Consultul ORL este obligatoriu(face parte din algoritmul de evaluare a pacientului cu neoplasm esofagian)
- Evoluție: -extensie locală rapidă spre organele vecine (nu există nici o seroară a esofagului);
 - extensia pe cale limfatică → adenopatii supraclaviculare, toracice, celiace;
 - metastaze viscerale cu diverse localizări:
 - plămâni;
 - mediastin;
 - stomac;
 - ficat, oase, creier;

Neoplasmul esofagian

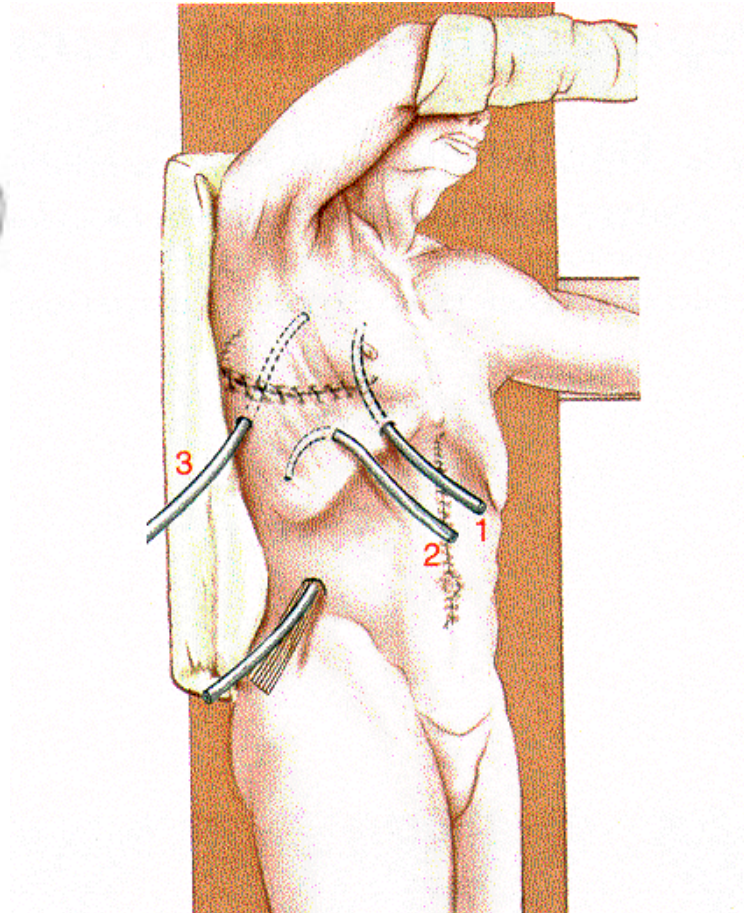
Complicații :

- pneumonia de aspirație;
- fistula eso-traheală, eso-bronșice, eso-aortică;
- perforația esofagului → mediastinită;
- HDS → anemie marcată;

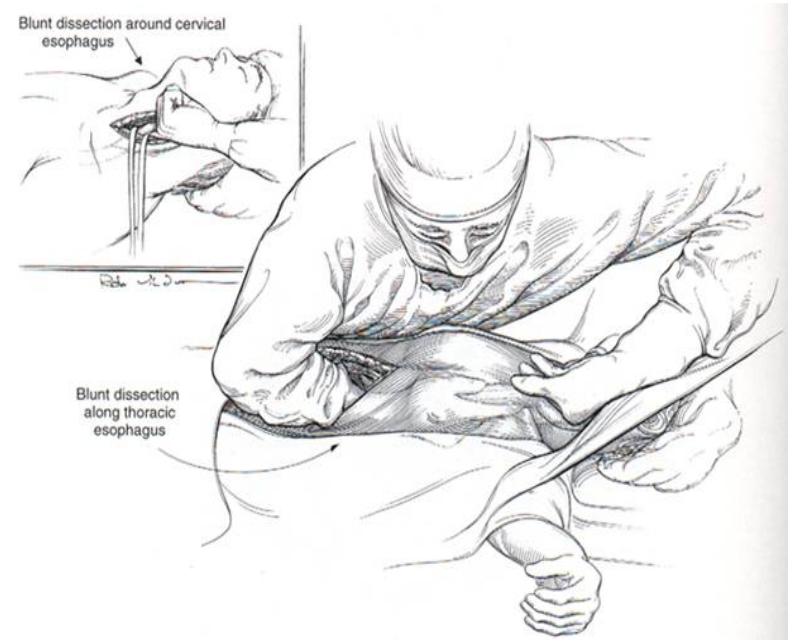
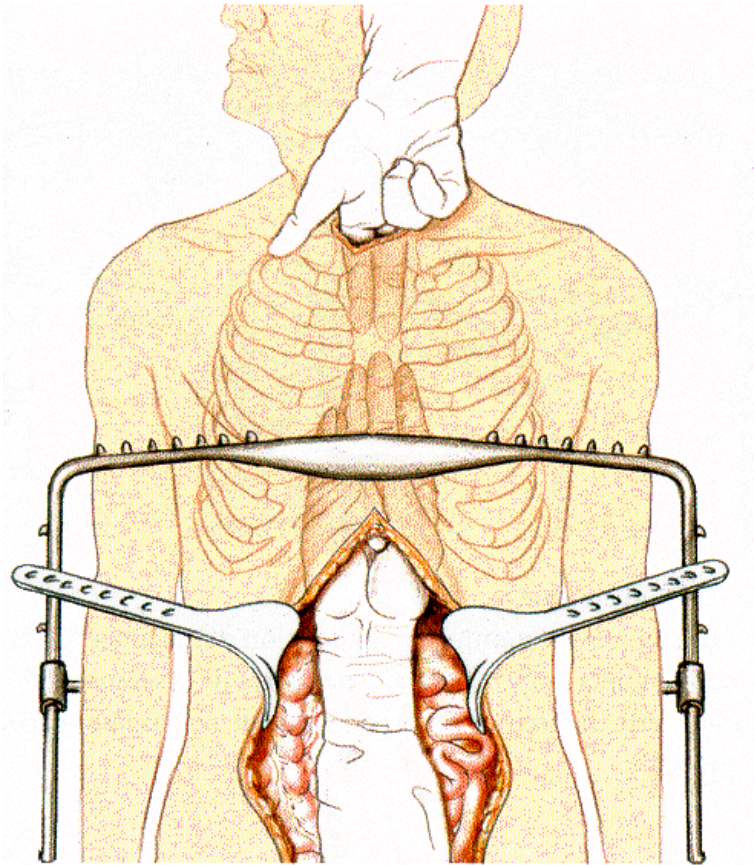
Prognostic sever, supraviețuirea la 5 ani < 5 %.

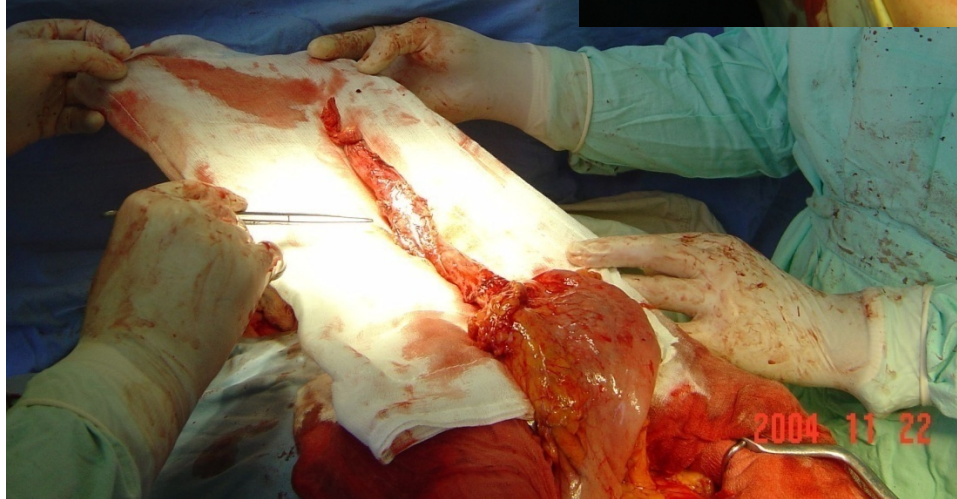
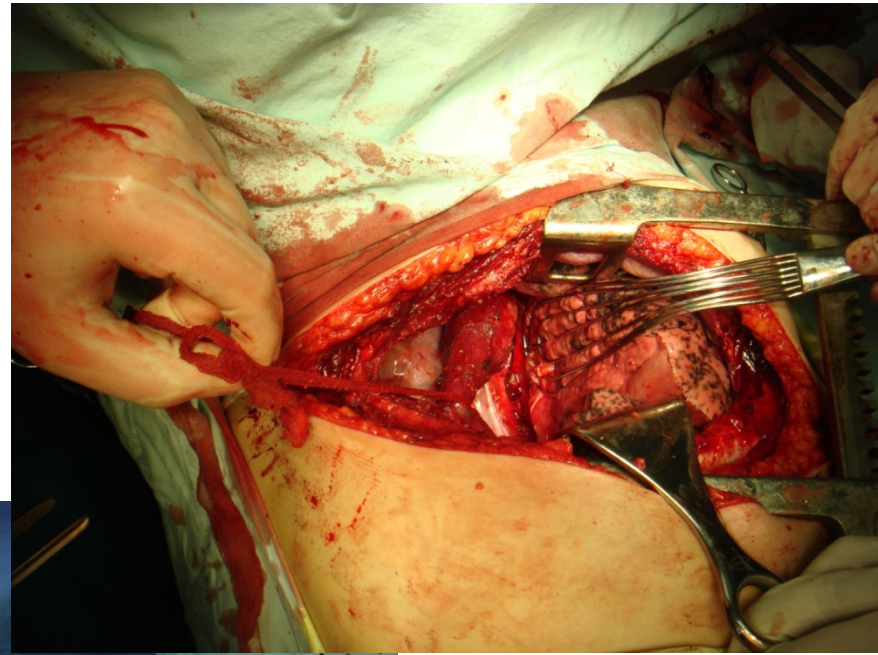
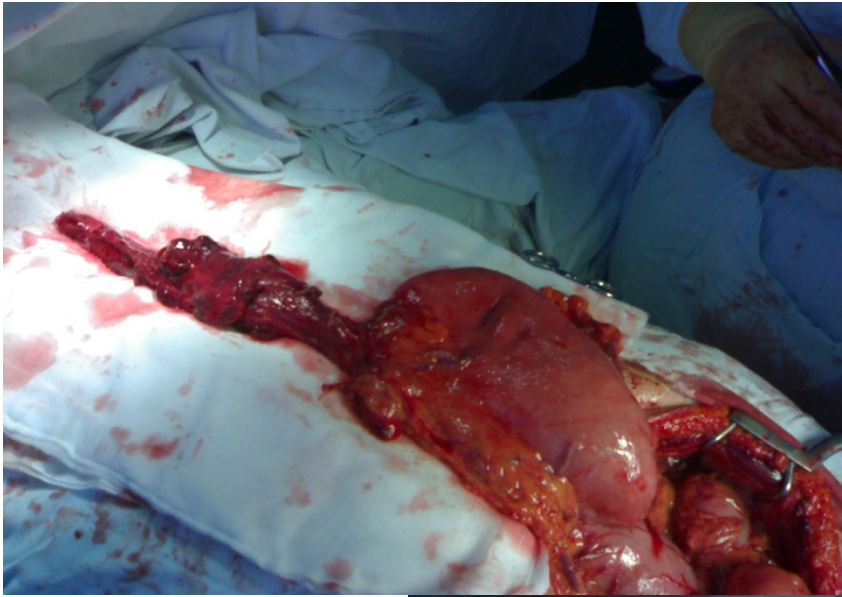
- Tratament – chirurgical-reconstrucție cu stomac, colon
 - radio+chimioterapie(adjuvant/ neoadjuvant)
 - proteza

Neoplasm esofagian -tratament chirurgical-

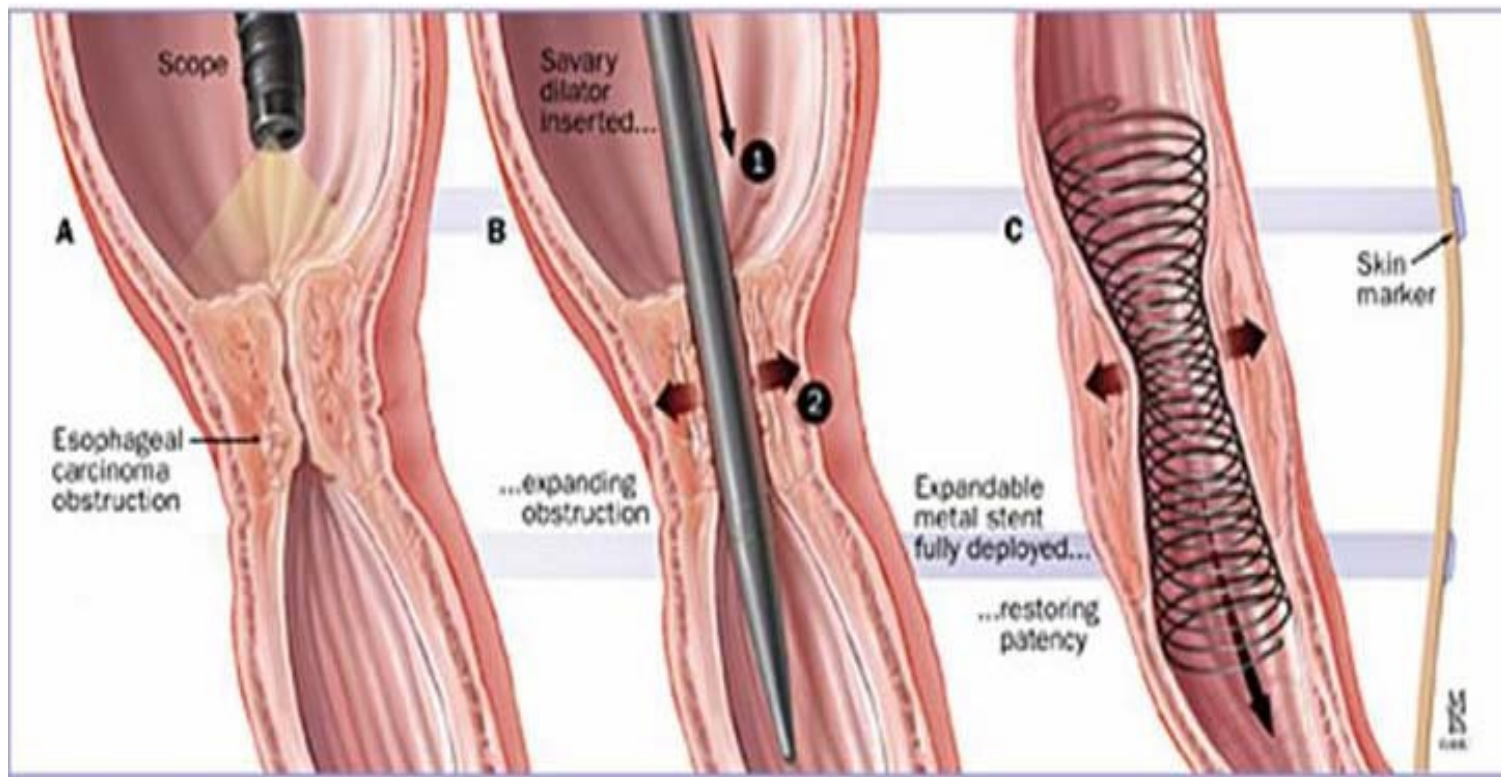


Neoplasm esofagian -tratament chirurgical-

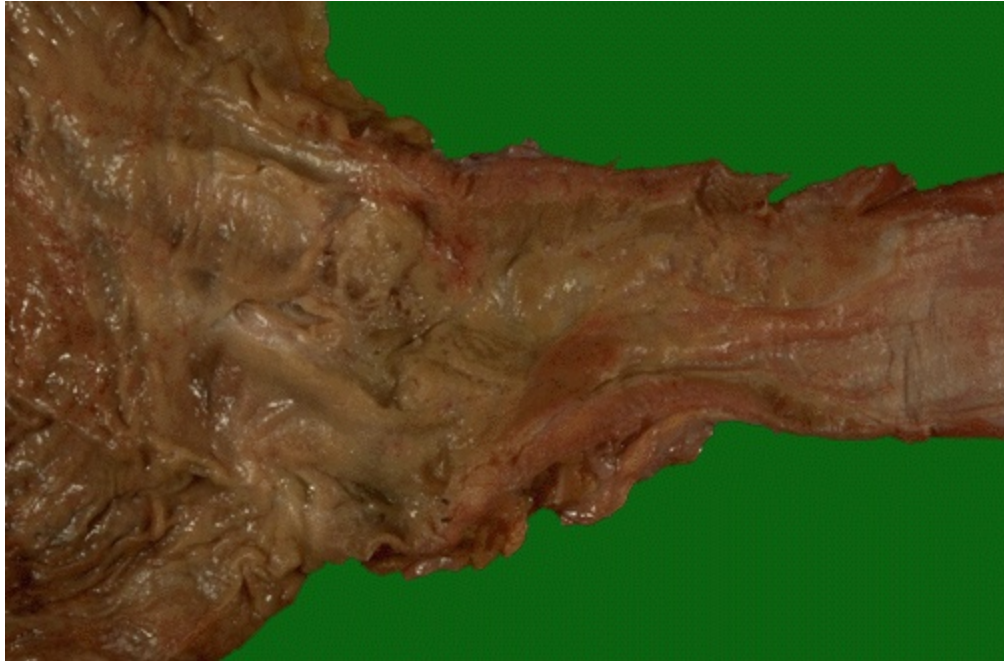




Neoplasm esofagian-proteza endoscopic



Neoplasmul esofagian, aspect macroscopic



Neoplasmul esofagian, macro și endoscopic

