

IV.C.5. Examenul obiectiv al arborelui traheobronșic

Este un *examen endoscopic*, care se execută cu instrumentar extrem de variat. Sunt folosite tuburi metalice rigide, prevăzute cu un sistem de iluminare autonom proximal sau distal sau tuburi suple și flexibile, care transmit imaginea printr-un fascicul de fibre de sticlă. Primele se numesc bronhoscoape, iar ultimele fibroscoape. Astăzi sunt preferate fibroscoapele, care sunt mai ușor de mânuit și mai bine suportate de către bolnavi.

Endoscopia arborelui traheobronșic sau traheobronhoscopia se practică după o prealabilă pregătire și anestezie locală sau generală a bolnavului. Ea reclamă o muncă în echipă, la care participă operatorul-endoscopist, un ajutor pentru fixarea capului pacientului, un alt ajutor instrumentar și un anestezist-reanimator. Introducerea bronhoscopului se face cu delicatețe, bolnavul fiind în poziție de laringoscopie directă și având grijă ca axul tubului să se suprapună cu axul traheei. Se identifică inelele traheale, apoi bifurcația traheei, care se prezintă ca un pinten vertical ce separă orificiile bronhiilor principale. Se explorează, în continuare, bronhiile principale, îndreptând tubul bronhoscopic în direcția bronhiei de examinat și cu capul pacientului întors de partea opusă. Se identifică, apoi, orificiile bronhiilor lobare și segmentare. Cu tuburile rigide nu pot fi recunoscute decât, cel mult, bronhiile terțiare. Cu fibroscopul pot fi identificate și bronhiile segmentare mai mici. La adult, introducerea tubului bronhoscopic se face direct prin laringe, pe când la sugar și la copilul mic, prin intermediul directoscopiei. Traheo-bronhoscopia este o metodă de investigare dar permite totodată și executarea unor manevre terapeutice (extracție de corpi străini, bronhoaspirație, instilații medicamentoase etc.).

IV.C.3. Examenul obiectiv al esofagului

Examenul clinic al esofagului constă dintr-o explorare clinică și alta endoscopică.

Explorarea clinică oferă puține informații utile. În fața unei simptomatologii esofagiene se va urmări starea generală a pacientului (slăbirea, deshidratarea) și se va face inspecția și palparea gâtului, unde se vor căuta: starea ganglionilor, prezența unei mase tumorale, tumefierea regiunii tiroidiene, dispariția cracmentului laringian. În mod normal, esofagul nu este palpabil în regiune cervicală. Cu totul excepțional poate fi simțit un diverticul voluminos, care oferă senzația particulară de garguiment ce trădează golirea pungii diverticulare. Nici chiar cancerul esofagian nu se palpează. Uneori, indurarea care se simte este datorată invadării organelor din jur și prinderii ganglionilor regionali. Prezența emfizemului subcutanat suprasternal și supraclavicular (sub forma de crepitație de zăpadă) trădează existența unei perforații esofagiene, fără a putea localiza sediul perforației (cervicală sau toracică). În regiunea abdomenului, esofagul, la fel, nu poate fi explorat clinic.

Explorarea clinică mai poate recurge la observarea actului de înghițire. Prima metodă este un test simplu, care nu trebuie omis niciodată și constă din observarea comportamentului bolnavului în timp ce i se dă să bea sau să înghită o bucățică de pâine. Se vor urmări: dificultatea de înghițire, tusea, înecarea și prezența durerii la înghițire, regurgitarea și dublul efort la înghițire. Dacă în timpul înghițirii, medicul palpează baza gâtului pacientului, poate simți, în caz de diverticul, senzația de garguiment sub degete.

Explorarea endoscopică sau esofagoscopia este metoda de examinare directă a esofagului prin intermediul unui tub metalic rigid cu lumină proprie sau cu esofagoscop flexibil cu sistem de fibre optice. Tehnicile moderne de anestezie au permis extinderea acestui mijloc de investigare, limitând dificultățile tehnice și riscurile lui. Cu toate acestea, esofagoscopia, dacă nu este bine cunoscută și folosită cu indicații precise, rămâne o metodă periculoasă. Tubul esofagoscopic se introduce prin hipofaringe, respectiv printr-unul din sinusurile piriforme, în gura esofagului, înapoia aritenoidelor, respectând aceeași poziție a bolnavului și aceleași recomandări ca pentru bronhoscopie. Esofagoscopia este contraindicată în caz de anevrism aortic, deformații ale coloanei vertebrale cervico-dorsale (cifoze, osteofitoză accentuată a corpurilor vertebrale), boli generale grave (insuficiență cardiacă, renală, hepatică). Dificultățile tehnice țin de: proeminența dinților superiori, îngustarea arcului mandibular, gât scurt și gros și cifoză moderată. Accidentele și complicațiile posibile sunt: lezarea buzelor și dinților (prin greșeli de tehnică), perforarea esofagului sau

compresia traheei prin tubul esofagoscopic (la copiii mici). Prin esofagoscopie se pot stabili cu precizie sediul, extensia și natura leziunilor esofagului (rol în stabilirea diagnosticului) și totodată se pot extrage corpi străini, se pot cauteriza sau badijona ulceratii, se poate inciza și drena un abces esofagian sau se poate controla direct introducerea bujiilor (rol în terapia locală).

În afara explorării clinice și endoscopice, esofagul mai poate fi investigat, din punct de vedere fizic, și pe cale chirurgicală.

Explorarea chirurgicală a esofagului poate avea loc la nivele diferite și prin tehnici deosebite. La gât se practică esofagotomia externă, de-a lungul sternocleidomastoidianului de partea stângă. În torace, prin toracotomie transpleurală dreaptă se explorează întregul esofag toracic, iar prin toracotomia de partea stângă se explorează numai esofagul de la arcul aortic în jos. La abdomen, laparotomia superioară stângă permite explorarea esofagului inferior și a joncțiunii gastro-esofagiene.