

Le perforazioni esofagee: analisi di 7 recenti casi risoltisi favorevolmente con trattamento chirurgico precoce



Ann. Ital. Chir., 2006; 77: 481-483

Stefano Sanna, Marco Turchini, Marta Mengozzi, Marco Monteverde, Desiderio Argnani, Davide Dell'Amore

U.O. Chirurgia Toracica, Presidio Ospedaliero "Morgagni-Pierantoni", Forlì

Esophageal perforation: Analysis of seven cases treated by early surgical treatment with good functional results

INTRODUCTION: Esophageal perforation has been considered a catastrophic and often life-threatening event, with very high mortality rates. Most of the cases are due to a complication in endoscopic manoeuvres and the best treatment, conservative rather than aggressive, remains a controversial topic.

MATERIAL AND METHODS: In 1995-2005 period we observed 7 cases of esophageal perforation, 5 women and 2 men mean age 73.2 y (range 60-87). Three cases are due to foreign body ingestion, 2 cases to endoscopic manoeuvres, 2 cases were spontaneous. In 3 cases the lesion was in the cervical tract of the esophagus, in the thoracic tract the others. All the patients were admitted very early to our Unit and presented dysphagia, vomiting and dyspnoea, 2 out of them also a pleural effusion. In iatrogenic perforation we performed a cervicotomy and a drainage of mediastinic abscess, while in spontaneous lesions mono (one case) or bipolar esophageal exclusion (one case) with primary suture, jejunoscopy and drainage of pleural effusion were the treatment. In foreign body perforation we performed thoracotomy² and cervicotomy¹ esophagotomy, extraction of the foreign body, direct suture with pleural or muscle protection. We didn't observe any intra or post-operative mortality.

About the complications, we observed a bilateral pleural empyema, a chylous fistula, a digestive bleeding due to gastric ulcer, a laparotomy infection, a paroxysmic FA and a persistent esophageal fistula. Mean hospital stay was 24.3 days (range 10-43). All the patients were discharged to the hospital in good conditions.

CONCLUSIONS: In conclusion in most of the cases of esophageal perforation the surgical treatment is the treatment of choice for its lower morbidity and mortality and good functional results.

KEY WORDS: Cervicotomy, Esophageal perforation, Surgery.

Introduzione

La perforazione esofagea è una patologia di raro riscontro, ma rappresenta un evento catastrofico e spesso letale per il paziente, con picchi di mortalità che raggiungono anche il 45% a seconda della causa eziologica e del ritardo diagnostico e terapeutico^{1,2}. Numerose sono le controversie in letteratura sul miglior trattamento di questa grave patologia, così come è assodato che fattori determinanti nella scelta del trattamento siano l'eziologia, la sede della lesione, l'intervallo dalla perforazione e le condizioni generali del paziente^{1,3}. Alcuni autori ritengono possibile un trattamento conservativo soprattutto nei

pazienti non settici, mentre altri, considerando la mortalità elevata (20-45%) propria dell'approccio conservativo, ritengono indicato un approccio aggressivo come la riparazione primaria, il drenaggio chirurgico e la resezione esofagea fino all'esofagectomia. Vogliamo presentare la nostra esperienza decennale nel trattamento di questa patologia^{1,3,5,6}.

Materiali e metodi

Nel decennio 1995-2005 abbiamo osservato e trattato chirurgicamente presso il Nostro Istituto 7 casi di perforazione esofagea. Si trattava di 5 femmine e 2 maschi di età media 73.2 aa (range 60-87). In 3 casi si è trattato di una perforazione da corpo estraneo, in 2 casi la perforazione è comparsa dopo manovre endoscopiche e nei restanti 2 casi è stata spontanea. In 3 casi era interessato il tratto esofageo cervicale, in 3

Pervenuto in Redazione Marzo 2006. Accettato per la pubblicazione Maggio 2006.

Per la corrispondenza: Dr. Stefano Sanna, Ospedale "G.B. Morgagni", U.O. Chirurgia Toracica, Via Forlanini 34, 47100 Forlì.

quello toracico ed in uno il passaggio cervico-toracico. In tutti i pazienti era presente disfagia, vomito e dispnea; nei 2 casi ad eziologia spontanea era presente anche versamento pleurico. In tutti i pazienti era presente disfagia, vomito e dispnea; nei 2 casi ad eziologia spontanea era presente anche versamento pleurico. Tutti i pazienti sono giunti alla nostra osservazione entro le 72 ore dall'insorgenza della perforazione e sono stati sottoposti inizialmente ad una radiografia del torace, ad un Rx transito esofageo con mezzo di contrasto idrosolubile per via orale o per sondino nasogastrico e, quando ritenuto necessario, ad una TAC del torace e dell'addome, di solito entro le prime 24 ore dall'evento. In alcuni casi sono stati anche posizionati uno o più drenaggi toracici ed è stato eseguito un esame chimico-fisico del liquido pleurico per dimostrarne l'eventuale origine dal tratto digerente. Nelle perforazioni del tratto cervicale abbiamo eseguito una cervicotomia e drenato l'ascesso mediastinico per tale via. Nelle perforazioni del tratto toracico abbiamo eseguito spesso l'esclusione mono o bipolare dell'esofago con sutura dell'esofago, protezione della sutura con lembo di pleura o muscolo, digiunostomia e drenaggio del versamento pleurico presente. Confrontando il trattamento con il tipo di perforazione nelle perforazioni iatrogene abbiamo eseguito una cervicotomia e drenato l'ascesso mediastinico da tale via; nei casi spontanei abbiamo provveduto all'esclusione mono (un caso) o bipolare dell'esofago (un caso), a cui è seguita la sutura dell'esofago, una digiunostomia ed il drenaggio del versamento pleurico presente; nei casi di perforazione esofagea da corpo estraneo abbiamo eseguito una esofagotomia per via toracotomica in 2 casi, in cervicotomia nell'altro, con estrazione del corpo estraneo, sutura esofagea e protezione della stessa con lembo di pleura o muscolo.

Risultati

Non abbiamo osservato mortalità intra e post-operatoria. In 2 casi non abbiamo osservato complicanze. Un caso di perforazione spontanea, in 6° giornata post-operatoria, ha presentato un empiema pleurico bilaterale che ha reso necessaria la decorticazione pleurica precoce. Tra le complicanze maggiori abbiamo osservato inoltre un caso di fistola chilosa in una paziente con perforazione iatrogena che è stata trattata conservativamente ed una emorragia digestiva da ulcera gastrica sanguinante risolta anch'essa con terapia conservativa. Complicanze minori sono state un'infezione della ferita laparotomica che ha richiesto la toilette e la laparoplastica, una Fibrillazione Atriale parossistica risoltasi in pochi giorni con terapia medica ed una fistola esofagea persistente che si è risolta conservativamente nella terza settimana post-operatoria. La degenza media è stata di 24.3 gg (range 10-43). Tutti i pazienti sono stati dimessi guariti.

Commento

La perforazione dell'esofago rimane una condizione morbosa estremamente grave il cui corretto trattamento è ancora in discussione in Letteratura ¹⁻⁵. Nella maggior parte dei casi (77-80%) origina come complicanza di manovre endoscopiche come la EGDS, la dilatazione od il posizionamento di stent esofagei; in altri casi è dovuta a vomito ripetuto ("spontanee"), a traumi e corpi estranei ed a patologie vascolari. Le sedi più frequenti di rottura sono i tratti cervicale (iatrogena) e toracico (spontaneo) e la sintomatologia, caratterizzata da disfagia, dolore toracico e dispnea, a volte è sfumata a tal punto da ritardare la diagnosi e rendere il trattamento dilazionato e più difficoltoso. Proprio il timing del riconoscimento della patologia, assieme all'eziologia, rappresentano due cardini per la scelta del corretto approccio terapeutico ^{1,5,6}. Il trattamento infatti può variare dall'approccio conservativo nelle lesioni iatrogene minime, fino al trattamento chirurgico con riparazione immediata della lesione esofagea, entro 24-48 ore, l'esclusione o la diversione esofagea o spesso la combinazione di queste tecniche, fino all'esofagectomia. Le lesioni cervicali richiedono raramente un trattamento chirurgico, così come le lesioni intramurali anche se dell'esofago toracico. Cameron et al hanno dimostrato come un adeguato drenaggio toracico della mediastinite possa risolvere il quadro settico conservativamente anche nei casi di perforazioni di media entità o di sindrome di Borhaave ⁵. Possibilità terapeutiche conservative sono costituite dalla colla di fibrina, da stent esofagei e dal drenaggio delle raccolte ¹. Altri autori però sottolineano come il trattamento conservativo sia gravato da elevata mortalità (20-45%) per cui ritengono sempre indicato un trattamento aggressivo ^{1,6,7}. Recenti studi hanno infatti dimostrato che la riparazione esofagea primaria, proposta da Grillo nel 1975, deve essere eseguita ogni volta che sia possibile nelle perforazioni a diagnosi precoce (entro 48 ore) ed in alcuni casi anche nelle tardive (oltre le 48 ore), dimostrando una importante riduzione della morbidità e mortalità in questi pazienti ^{1,6,7}. Tale riparazione prevede la completa esposizione dei limiti della lesione esofagea e la sutura a doppio strato della breccia esofagea, con copertura della sutura con muscolo o lembo di pleura. È importante sottolineare come tale procedura non sia applicabile a tutte le lesioni esofagee, in particolare in presenza di acalasia o sclerodermia, in cui la sutura spesso esita in una stenosi esofagea difficilmente dilatabile. In tali casi può essere utile eseguire l'esclusione mono o bipolare dell'esofago per permettere l'esclusione della lesione esofagea e la sua riparazione, dopo adeguato drenaggio della mediastinite e delle patologie toraciche in atto, per seconda intenzione. Orringer invece ritiene indicata la resezione esofagea soprattutto se vi sia una patologia funzionale esofagea concomitante od un'ostruzione a valle, riportando una sopravvivenza nell'88% dei pazienti trattati ⁸. Il trattamento aggressivo nei maggiori studi pubblicati

presenta minor morbilità (25%) e minor mortalità (10-15%) rispetto al trattamento non chirurgico (45 e 63% rispettivamente) ⁹.

In conclusione possiamo affermare che nelle perforazioni esofagee importanti, ove le condizioni del paziente lo permettano e l'intervallo intercorso tra perforazione e riscontro non sia superiore alle 72 ore, risulta indicato il trattamento chirurgico con le varie tecniche a disposizione per la riparazione immediata o l'esclusione del tratto esofageo interessato, in quanto presenta mortalità non elevata, bassa morbilità e buoni risultati funzionali.

Riassunto

La perforazione esofagea rappresenta un evento catastrofico e spesso letale per il paziente, con picchi di mortalità elevatissima. Spesso origina come complicanza di manovre endoscopiche ed il trattamento più adeguato, conservativo o chirurgico, è ancora oggetto di controversie. Nel decennio 1995-2005 abbiamo osservato e trattato 7 casi di perforazione esofagea, 5 femmine e 2 maschi di età media 73.2 aa (range 60-87). In 3 casi era presente una perforazione da corpo estraneo, in 2 era successiva a manovre endoscopiche, in 2 era spontanea. In 3 casi era interessato il tratto esofageo cervicale, in 4 quello toracico. Tutti i pazienti sono giunti precocemente alla nostra osservazione e presentavano disfagia, vomito e dispnea, 2 anche versamento pleurico. Nelle perforazioni iatrogene abbiamo eseguito una cervicotomia ed il drenaggio dell'ascesso mediastinico, mentre nelle lesioni spontanee l'esclusione mono (un caso) e bipolare dell'esofago (un caso) con sutura dell'esofago, digiunostomia e drenaggio del versamento pleurico sono stati i trattamenti di scelta. Nelle perforazioni da corpo estraneo abbiamo eseguito una esofagotomia per via toracotomica (2 casi) e cervicotomica (1 caso), con estrazione del corpo estraneo e protezione della sutura. Non abbiamo osservato mortalità intra e post-operatoria.

Tra le complicanze abbiamo rilevato un empiema pleurico bilaterale, una fistola chilosa, una emorragia digestiva da ulcera gastrica, un'infezione della ferita laparotomica, una FA parossistica ed una fistola esofagea persistente. La degenza media è stata di 24.3 gg (range 10-43). Tutti i pazienti sono stati dimessi guariti. In conclusione possiamo affermare che nelle perforazioni esofagee, ove vi siano le condizioni adeguate, risulta indicato il trattamento chirurgico per la ridotta mortalità e morbilità ed i buoni risultati funzionali.

Bibliografia

- 1) Vogel SB, Rout WR, Martin TD, Abbitt PL: *Esophageal Perforation in Adults. Aggressive Conservative Treatment Lowers morbidity and mortality.* Ann Surg, 2005; 241:1016-23.
- 2) Whyte RI, Iannettoni MD, Orringer MB: *Intrathoracic esophageal perforation: the merit of primary repair.* J Thorac Cardiovasc Surg, 1995; 109:140-46.
- 3) Fernandez FF, Richter A, Freudenberg S, Wendl K, Manegold BC: *Treatment of endoscopic esophageal perforation.* Surg Endosc. 1999; 13:962-66.
- 4) Jurgon J, McBride T, Delcambre F, et al: *Eur J Cardiothorac Primary esophageal repair for Boerhaave's syndrome whatever the free interval between perforation and treatment.* Surg, 2004; 25:475-79.
- 5) Cameron JL, Kieffer RF, Hendrix TR, Mehigan DG, Baker RR: *Selective non operative management of contained intrathoracic esophageal disruption.* Ann Thorac Surg, 1979; 27:404-8.
- 6) Grillo HC, Wilkins EW: *Esophageal repair following late diagnosis of intrathoracic perforation.* Ann Thorac Surg, 1975; 20:387-99.
- 7) Amir AI, Van Dullemen H, Plukker JT: *Selective approach in the treatment of esophageal perforations.* Scand J Gastroenterol, 2004; 39:418-22.
- 8) Orringer MB, Stirling MC: *Esophagectomy for esophageal disruption.* Ann Thorac Surg, 1990; 49:35-43.
- 9) Salo JA, Isolauri JO, Heikkilä LJ, et al: *Management of delayed esophageal perforation with mediastinal sepsis.* J Thorac Cardiovasc Surg, 1993; 106:1088-89.

