

Trattamento endoscopico della perforazione esofagea spontanea nell'anziano



Ann. Ital. Chir., 2008; 79: 205-208

Giuseppe Nigri, Francesca Pezzoli, Valentina Giaccaglia, Emilio Di Giulio, Francesco D'Angelo, Paolo Aurello, Giovanni Ramacciato

Divisione di Chirurgia Generale, Università di Roma La Sapienza, II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Policlinico "Sant'Andrea", Roma

Successful endoscopic treatment of spontaneous esophageal perforation in the elderly

AIM OF THE PAPER: *To discuss the diagnostic and therapeutic aspects of spontaneous esophageal perforation. It is considered a surgical emergency with high rate of mortality. Its diagnosis can be difficult since the presentation is often non specific and can be confused with others disorders. Many strategies have been advocated for its management. Prompt diagnosis and early treatment are required to decrease the poor prognosis of this condition.*

A conservative therapy may be effective in selected cases.

RESULTS: *We described a successful non-surgical closure of a spontaneous esophageal perforation using an endoscopic stent, in an severely ill old patient. Although the treatment was delayed because of a late diagnosis, the patient survived the usually fatal condition.*

CONCLUSION: *The key to improve the prognosis of this life-threatening emergency is the immediate and correct diagnosis and the most appropriate selection of the primary employed procedure.*

KEY WORDS: Endoscopic Stenting, Esophageal rupture.

Introduzione

La rottura spontanea dell'esofago post emetica deve il suo eponimo a H. Boerhaave che nel 1723 descrisse la morte di un ammiraglio tedesco avvenuta per rottura esofagea dopo una cena abbondante ed all'assunzione di grosse quantità di birra, a cui era seguito vomito incontrollabile¹. Si tratta di una emergenza chirurgica con un'alta percentuale (> 90%) di mortalità^{2, 3} la cui diagnosi è resa difficoltosa dalla presentazione clinica con segni e sintomi non specifici che possono essere ricondotti ad altre patologie quali ulcera peptica, pancreatite, infarto miocardico, polmonite o pneumotorace spontaneo⁴. I due elementi fondamentali per sperare in un risoluzione del quadro clinico sono il suo pronto riconoscimento ed il tempestivo trattamento che può prevedere sia un approccio chirurgico che una terapia conservativa^{5,6}.

Riportiamo l'iter diagnostico e terapeutico di un pazien-

te con rottura spontanea dell'esofago al fine di evidenziare l'importanza di una corretta diagnosi e i criteri che hanno guidato la nostra scelta tra le diverse opzioni terapeutiche.

Caso clinico

Riportiamo il caso di un uomo 75 anni ricoverato nel nostro ospedale per vomito protratto da 24 h, dispnea e dolori addominali ingravescenti in paziente già sottoposto sei mesi prima ad intervento chirurgico di by-pass femoro-femorale destro per arteriopatia obliterante degli arti inferiori e subito dopo a re-intervento di emboleccomia secondo Fogarty per ostruzione dello stesso.

Al momento del ricovero, il paziente era apiretico, in condizioni generali scadute e con SaO₂ del 90% in VM 40% ed 8 l/min. Gli esami ematochimici erano i seguenti: globuli bianchi: 24.600/ml; globuli rossi: 308x10⁴/ml; emoglobina: 11.9 g/dl; PCR: 9.93mg/dl. Una radiografia del torace ed una ecografia addominale eseguite presso il Pronto Soccorso risultavano nella norma. Il paziente veniva quindi trasferito in altro reparto per osservazione. Due giorni dopo il ricovero, per il peggioramento del quadro clinico del paziente, ora febbrile e fortemente tachipnoico (30 R/min) e dispnoico (SaO₂ 78% in VM 40% ed 8 l/min), veniva eseguita TC torace che

Pervenuto in Redazione Aprile 2007. Accettato per la pubblicazione Agosto 2007

Per la corrispondenza: Dr. Giuseppe R. Nigri, Università degli Studi di Roma "La Sapienza". II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Chirurgia Generale D, Policlinico Sant'Andrea, Via di G.P. Pannini 19, 00196 Roma (e-mail: giuseppe.nigri@uniroma1.it).

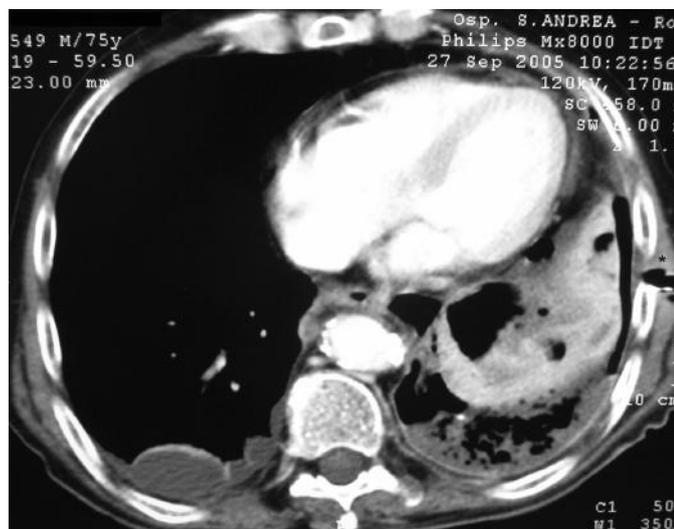


Fig. 1: TC torace con gastrografin che mostra lo spandimento del gastrografin nel cavo pleurico sinistro. L'asterisco (*) mostra il punto di entrata di uno dei drenaggi pleurici.



Fig. 2: RX transito con gastrografin mostra il posizionamento della protesi endoesofagea (P) ma non evidenzia soluzioni di continuità a livello della parete esofagea (S = stomaco).

evidenziava idropneumotorace massivo sinistro con collasso completo del polmone omolaterale e deviazione controlaterale del mediastino; si posizionavano quindi due tubi di drenaggio toracici nell'emitorace sinistro.

Nei giorni successivi, si assisteva al costante peggioramento delle condizioni cliniche del paziente con anemia (Hb: 7.4 g/dl), peggioramento della funzionalità renale, aumento della PCR (21.08 mg/dl) e costante fuoriuscita di abbondante (1000 ml) materiale purulento misto a sangue dai drenaggi toracici. Veniva eseguita l'analisi chimico-fisico-batteriologicala del liquido pleurico che risultava positiva per *klebsiella pneumoniae*, *enterobacter cloacae* e *candida tropicalis*. Chiamati in

consulenza, gli infettivologi indicavamo l'opportunità di eseguire una TC torace-addome (Fig. 1) con gastrografin: l'esame mostrava spandimento del mdc nel cavo pleurico sinistro e soluzione di continuo del III distale dell'esofago. Il paziente veniva quindi trasferito nel nostro reparto dove veniva posta la diagnosi di rottura dell'esofago distale con fistola esofago-pleurica sinistra. Il paziente veniva quindi messo a digiuno, nutrito esclusivamente con una nutrizione parenterale totale associato ad una terapia antibiotica mirata. In ragione delle condizioni scadute, si decideva di non trattare chirurgicamente la perforazione esofagea ed, a due giorni dal trasferimento, al paziente veniva posizionato una protesi esofagea endoluminale per via endoscopica. Il successivo controllo eseguito con RX transito con gastrografin (Fig. 2) non evidenziava soluzioni di continuità a livello della parete esofagea. Nei giorni successivi, si assisteva al costante miglioramento delle condizioni cliniche del paziente ed alla progressiva ripresa dell'alimentazione per via orale. Il paziente veniva dimesso dopo 10 giorni dal trasferimento in discrete condizioni generali ed in grado di alimentarsi autonomamente.

Discussione

Boerhaave fu il primo autore a descrivere una rottura spontanea dell'esofago nel 1724¹. Le cause per una rottura dell'esofago sono varie e possono essere classificate in tre tipi: iatrogene, traumatiche e spontanee. Tra il 20% ed il 40% dei casi, la causa di rottura dell'esofago risulta essere spontanea². Tale evenienza è estremamente drammatica e spesso fatale in quanto evolve in severa mediastinite, sepsi ed insufficienza multiorgano (MOF) molto più rapidamente rispetto alla tempestività della diagnosi⁷. L'intervallo tra la perforazione e la diagnosi è considerato infatti come cruciale in tutte le casistiche da noi analizzate^{6,8}.

La sintomatologia è caratterizzata da vomito, dolore toracico e enfisema sottocutaneo (triade di Mackler), ma in tale forma è presente solo in una piccola percentuale dei casi⁷. In particolare nel caso da noi riportato in anamnesi erano presenti sia il vomito che il dolore toracico ma all'esame obiettivo non era presente l'enfisema sottocutaneo.

Vi sono alcune tecniche diagnostiche per immagini capaci di guidare la diagnosi tra cui: l'rx torace (che può mostrare un pneumomediastico ed una soffiatura pleurica spesso localizzata a sinistra), l'EGDS, l'esofagogramma con gastrografin e la TC con mdc⁴. Nel nostro caso, l'iniziale studio del paziente con rx torace ed ecografia dell'addome non avevano evidenziato segni suggestivi per perforazione esofagea mentre la TC torace eseguita alcuni giorni dopo mostrava un quadro polmonare di tale gravità (idropneumotorace massivo con sbandieramento controlaterale del mediastino) da indicarne la priorità terapeutica e da evidenziare una latenza diagnostica che

ha comportato il peggioramento importante delle condizioni generali del paziente. Ciò che ha segnato una svolta nella diagnosi del quadro clinico corretto del paziente si è rilevato essere proprio una TC torace-addome con mdc per os che ha potuto evidenziare il tramite fistoloso tra l'esofago e la pleura sinistra.

Una volta formulata la diagnosi di perforazione esofagea, la decisione più critica è divenuta la scelta dell'opzione terapeutica più appropriata. Ad oggi, la scelta di un approccio chirurgico è ancora considerata il gold standard in quanto capace di offrire una chiusura diretta della breccia esofagea ed un drenaggio delle cavità interessate. Nei pazienti in cui la scelta chirurgica pone dei rischi in quanto pazienti defedati, settici o con importanti patologie concomitanti, il trattamento conservativo, ovvero l'introduzione di stents capaci di ripristinare la continuità esofagea, offre interessanti risultati (7, 8). Nel nostro caso, le condizioni cliniche scadute e la presenza di una vasculopatia importante di base, ci hanno spinto a tentare un approccio conservativo mediante introduzione per via endoscopica di stent metallico espandibile.

In conclusione, il nostro caso suggerisce di considerare sempre l'evenienza di una rottura esofagea in quei pazienti con dolore toracico o gastrico dopo anche un singolo episodio di vomito al fine di offrire una diagnosi corretta che renda possibile un trattamento mirato. La nostra esperienza evidenzia come anche un trattamento conservativo della perforazione esofagea può garantire un'ottima resa sul piano clinico-terapeutico.

Riassunto

La rottura spontanea dell'esofago è una patologia rara, che però deve essere considerata un'emergenza chirurgica associata ad elevata mortalità. La diagnosi può essere difficile in quanto la sintomatologia può essere aspecifica e facilmente confusa con quella di altre patologie. Sono state indicate varie strategie per il trattamento della perforazione spontanea dell'esofago. Tuttavia, una diagnosi precoce ed un trattamento tempestivo rimangono i punti fondamentali per ridurre l'elevata mortalità nor-

malmente associata a tale patologia. A volte una terapia conservativa, che non ricorra quindi al trattamento chirurgico, può essere indicata.

Viene riportato il caso di un paziente di 75 anni con perforazione spontanea dell'esofago, giunto alla nostra osservazione in gravi condizioni, che è stato trattato con impianto di stent per via endoscopica. Sebbene tale trattamento sia stato ritardato da una diagnosi iniziale non corretta, il paziente è sopravvissuto. In conclusione, il successo del trattamento di una condizione morbosa così grave è fondamentale legato ad una diagnosi precoce ed alla tempestiva scelta della procedura terapeutica più appropriata.

Bibliografia

- 1) Boerhaave H: *Atrocis, nec descriptis prius, morbi historia. Secundum medicae artis leges conscripta. Lugundi Batavorum Boutesteniana, 1724.* Translation by Derbes VJ, Mitchell RE. Bull Med Libr Ass, 1955; 43:217-40.
- 2) Matsuda A, Miyashita M, Sasajima K, Nomura T, Makino H, Matsutani T, Katsuno A, Sasaki J, Tajiri T: *Boerhaave syndrome treated conservatively following early endoscopic diagnosis: A case report.* J Nippon Med Sch, 2006; 73:341-45.
- 3) Pandey CK, Bose N, Dash NR, Singh N, Saxena R: *Perioperative management of a patient presenting with a spontaneously ruptured esophagus.* Can J Anesth, 2002; 49(4):409-12.
- 4) Clement R, Bresson C, Rodat O: *Spontaneous oesophageal perforation.* J Clin Forens Med, 2006; 13:353-55.
- 5) Ortiz Moyano C, Gómez Rodríguez BJ, Pellicer Bautista F, Herrerías Gutiérrez JM: *Intramural rupture of the esophagus: Clinical presentation and outcome.* Rev Esp Enferm Dig, 2006; 98(4):303-5.
- 6) Kotsis L, Kostic S, Zubovits K: *Multimodality treatment of esophageal disruptions.* Chest, 1997; 112:1304-1309.
- 7) Fischer A, Thomusch O, Benz S, von Dobschuetz E, Baier P, Hopt TU: *Nonoperative treatment of 15 benign esophageal perforations with self-expandable covered metal stents.* Ann Thorac Surg, 2006; 81:467-73.
- 8) Johnsson E, Lundell L, Liedman B: *Sealing of esophageal perforation or ruptures with expandable metallic stents: A prospective controlled study on treatment efficacy and limitations.* Diseases of the Esophagus, 2005; 18:262-66.

