

PUBBLICAZIONE

2

IL TRATTAMENTO DILATANTE NELLE
STENOSI ESOFAGEE DA CAUSTICI

M. RUGGIERI - M. LEPORE - M. MUCCI - W. CANUTI - A. CAMINITI - A. PAOLINI

Il trattamento dilatante nelle stenosi esofagee da caustici

Estratto da

IL POLICLINICO - Sez. Chirurgica
Vol. 95 - N. 3 - Maggio-Giugno 1988



EDIZIONI LUIGI POZZI S.r.l. — ROMA

Il trattamento dilatante nelle stenosi esofagee da caustici

Il trattamento dilatante nelle stenosi esofagee da caustici

M. RUGGIERI - M. LEPORE - M. MUCCI - W. CANUTI - A. CAMINITI - A. PAOLINI

The dilating treatment of the oesophageal caustic strictures. — *The dilating treatment of the oesophageal caustic strictures, encumbered with a great number of complications until the past few years, has achieved success at last thanks to the recent contribution of the fibroptic-endoscopy and to the utilization of guide-wire dilators.*

The Authors report the experience of 65 dilatations. These were carried out on 13 patients with oesophageal caustic strictures using the Eder-Puestow olive dilators and the Celestin tapered dilators. 8 cases were successful while a subsequent surgical treatment was required for the other 5 cases.

On this ground the Authors propose that the appropriate primary therapy for caustic strictures of the oesophagus is dilation. The surgical treatment is required for the particular cases.

KEY WORDS: oesophageal strictures.

Introduzione

Nel 1827 Taylor¹⁹ eseguiva la prima dilatazione esofagea con esito positivo. Tale metodica fu però abbandonata a causa dell'alta incidenza di complicanze.

Successivamente l'introduzione nella pratica clinica della fibroendoscopia e dei dilatatori filo-guidati^{4 5 11 12 20}, riducendo il rischio di determinare false strade, ha permesso l'utilizzazione su vasta scala della suddetta metodica.

La maggior parte degli AA.^{4 5 7 11 12 20 21} ha eseguito prevalentemente dilatazioni di stenosi peptiche ed in minor misura di

quelle post-anastomotiche e da caustici, mentre pochi^{1 8} sono gli AA. che si sono dedicati alla dilatazione di stenosi neoplastiche, dato lo scarso successo della tecnica in questo settore. (Tab. I)

L'iter clinico-terapeutico delle stenosi da caustici¹⁷ prevede, nella I-II settimana dall'ingestione del caustico, l'uso di antibiotici e cortisonici ed un controllo dell'entità della lesione mediante fibroendoscopia. Inoltre è consigliabile l'applicazione di un sondino naso-gastrico per l'alimentazione del paziente.

Nella III-IV settimana è necessario continuare con la terapia antibiotica e cortisonica, inoltre va eseguita una fibroendoscopia per definire lo stato della lesione.

Nel periodo compreso tra la V settimana, ed il V mese, il fine della terapia è prevenire l'instaurarsi della stenosi.

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Istituto di IV Clinica Chirurgica, Insegnamento di
Semeiotica Chirurgica

Per la corrispondenza: Dott. M. Ruggieri Via Umi-
le, 31 - 00144 Roma

TABELLA I. - Dilatazioni nelle stenosi esofagee

Autori	N° paz.	Peptiche %	Post anast. %	Caustici %	Cancro %
Borgeskov (1978) ⁴	33	75,7	6,1	3,0	15,2
Gasparri (1979) ⁸	10	60,0	20,0	—	20,0
Cosentino (1980) ⁷	19	42,1	52,6	5,3	—
Paolini ('81)	32	50,0	9,4	40,6	—
Jones (1982) ¹²	66	84,8	—	—	15,2
Viceconte (1982) ²⁰	41	65,9	7,3	26,8	—
Wesdorp (1982) ²¹	91	74,7	23,1	2,2	—
Lester (1983)	148	67,6	—	8,1	24,3
Patterson (1983) ¹⁴	146	87,0	8,2	4,8	—

A tale scopo possono essere eseguite delle dilatazioni tenendo però presente che il rischio di perforazioni in tale periodo è molto elevato.

Il periodo ottimale per l'esecuzione delle dilatazioni è tra il IV mese e il III anno.

Oltre il IV anno dalla ingestione del caustico, i risultati della tecnica dilatatoria non sono soddisfacenti in quanto la stenosi si è ormai stabilizzata.

I parametri fondamentali da tenere in considerazione prima di iniziare il ciclo delle dilatazioni nella stenosi da caustici sono:

a) La stabilizzazione delle lesioni dopo risoluzione della flogosi acuta: per tale motivo non si deve mai dilatare una stenosi prima di un periodo di 6-12 mesi dall'ingestione del caustico, tranne casi particolari;

b) l'estensione della lesione non deve essere superiore a 5 cm.: questo è necessario poiché nei casi in cui la lesione è più estesa il rischio della perforazione è piuttosto alto e le difficoltà che si incontrano nella dilatazione divengono maggiori;

c) il lume dell'esofago non deve essere ridotto a meno di 1/3 del suo calibro: in questo caso, infatti, sarebbe difficile se non impossibile far progredire nel lume dell'esofago l'estremità della sonda dila-

tante con un rischio maggiore di perforazione. Riduzioni del lume di tale entità si determinano quando trascorre troppo tempo dall'ingestione del caustico all'inizio della terapia;

d) l'assenza di concomitanti lesioni gastriche antrali: in tal caso, pur essendo soddisfacenti i risultati della terapia a livello esofageo, questi verrebbero inficiati dalle permanenti alterazioni provocate dal caustico a livello gastrico.

Materiali e metodi

La casistica raccolta nel nostro Istituto di IV Clinica Chirurgica negli anni che vanno dal 1975 al 1986 riguarda 16 pazienti con stenosi peptiche, 3 con stenosi post-anastomotiche e 13 pazienti con stenosi da caustici.

Complessivamente sono state eseguite 64 dilatazioni nelle stenosi peptiche, 12 dilatazioni nelle stenosi post-anastomotiche e 65 in quelle da caustici.

Dei 13 pazienti con stenosi da caustici, 5 erano di sesso maschile e 8 di sesso femminile; l'età compresa tra i 22 ed i 69 anni; 8 pazienti avevano ingerito un caustico acido, 5 uno alcalino.

Circa la localizzazione delle stenosi, in 3 casi era cervicale, in 8 toracica, ed in 2 cardiaca.

In 2 pazienti il tempo intercorso tra l'ingestione del caustico e l'inizio della terapia dilatante è stato inferiore a 5 mesi per motivi diversi.

In 8 pazienti la terapia è stata attuata nel periodo ottimale, cioè dai 5 mesi ai 3 anni.

I restanti 3 pazienti hanno atteso oltre 3 anni dall'ingestione del caustico prima dell'inizio delle dilatazioni. (Tab. II)

dura circa 15 minuti; nelle successive 24-48 ore il paziente assumerà antibiotici e cortisonici;

2) la scarsa incidenza di complicazioni;

3) la facilità di esecuzione.

TABELLA II. - Dilatazioni nelle stenosi esofagee da caustici 13 pazienti)

Sesso:	M:5 F:8	Età: 22/69	Caustico ingerito:
			- acido 8 - alcalino 5
Localizzazione:	3 cervicali 8 toraciche 2 cardiaci		
Tempo di attesa dilatazioni:	< 5 mesi: 2 paz. 5 mesi/3 anni: 8 paz. > 3 anni: 3 paz.		

Sono stati impiegati sia dilatatori di Eder-Puestow che sonde di Celestin. Sia nell'uno che nell'altro caso il filo guida è stato posizionato con l'ausilio del fibroendoscopio e sotto controllo fluoroscopico.

La metodica di Celestin prevede l'impiego di due tubi di polietilene di uguale lunghezza ma di differente calibro ⁵.

Il "set" delle sonde di Eder-Puestow comprende 13 olive dilatanti che vanno da un calibro di 12 French (1 French = 1/3mm) a 45 French ¹⁸.

Caratteristiche comuni delle due metodiche dilatatorie sono ⁹:

1) l'esecuzione ambulatoriale: sul paziente, a digiuno da almeno 12 ore, si esegue una premedicazione ed una modesta anestesia locale; quindi si dà inizio al trattamento che

Risultati

I risultati ottenuti sono stati distinti in:

a) OTTIMI: quando il diametro ottenuto dopo il ciclo dilatante era maggiore di 35 French;

b) BUONI: quando il diametro ottenuto variava tra i 30 e 35 French;

c) CATTIVI: quando il diametro era minore di 30 French.

Il follow-up per almeno 5 anni ha dato i seguenti risultati: nei 2 pazienti che avevano atteso meno di 5 mesi si è avuto 1 risultato buono e 1 cattivo. Negli 8 pazienti in cui il tempo di attesa è stato ottimale (tra i 5 mesi e i 3 anni) si sono avuti 4 risultati ottimi, 2 buoni e 2 cattivi. Nei 3 pazienti che hanno atteso più di 3 anni si è avuto 1 risultato buono e 2 cattivi (Tab. III)

I risultati sono stati poi divisi a seconda della localizzazione: nei 3 pazienti con localizzazione cervicale della stenosi si sono avuti 2 risultati ottimi e 1 buono; nelle localizzazioni toraciche si sono avuti 2 risultati ottimi, 2 buoni e 4 cattivi, mentre nelle localizzazioni cardiaci si sono ottenuti 1 risultato buono ed 1 cattivo. (Tab IV) I cinque pazienti risultati insoddisfacenti sono stati successivamente trattati chirurgicamente.

TABELLA III. - Risultati delle dilatazioni delle stenosi da caustici (Follow-up: > 5 anni)

N° pazienti	Tempo attesa dil.	Ottimi	Buoni	Cattivi
2	< 5 mesi	—	1	1
8	5 mesi/3 anni	14	2	2
3	> 3 anni	—	1	2

TABELLA IV. - Risultati delle dilatazioni delle stenosi da caustici in rapporto alla localizzazione (Follow-up: > 5 anni)

N° pazienti	Localizzazione	Ottimi	Buoni	Cattivi
3	cervicale	2	1	—
8	toracica	2	2	4
2	cardiale	—	1	1

Le complicanze sono state scarse avendo registrato solo in 2 casi delle modeste emorragie.

Discussione

Le lesioni esofagee da caustici sono riconducibili a due cause principali: la prima è l'assunzione volontaria di caustici a scopo suicida, in netto decremento oggi giorno per la preferenza di metodi più rapidi e meno dolorosi, la seconda è l'ingestione accidentale di sostanze caustiche specialmente da parte di bambini.

A seconda del tipo di caustico (acido o alcalino), della forma (liquida o solida) e della concentrazione dello stesso si avranno delle variazioni nella localizzazione e nella gravità della lesione ⁶.

La terapia delle lesioni da caustici ha subito negli ultimi decenni sostanziali cambiamenti di indirizzo e l'orientamento attuale è principalmente centrato sulla prevenzione della stenosi piuttosto che sul trattamento di una stenosi esofagea ormai stabilizzata e definitiva ¹⁵.

Gli antibiotici ed i corticosteroidi, che limitano ed ostacolano i fenomeni stenotici, costituiscono il cardine della terapia preventiva. Una volta superata la fase acuta della malattia ed allorché si è accertata endoscopicamente l'esistenza di una stenosi esofagea è giusto intervenire, a nostro avviso, mediante dilatazioni meccaniche dell'esofago. Il periodo ottimale per la dilatazione è, come abbiamo visto, quello che va dal VI mese al III an-

no dall'ingestione in quanto oltre tale periodo la stenosi dell'esofago è talmente stabilizzata da non trarre alcun beneficio dalla tecnica dilatatoria.

Infatti i risultati sono stati nettamente migliori negli 8 pazienti da noi trattati in questo intervallo di tempo. Le sedute vengono effettuate settimanalmente e poi ad intervalli più lunghi per un periodo di tempo che può arrivare fino ad un anno. Se dopo tale periodo i risultati sono scarsi si ricorrerà, senza ulteriori rinvii, alla terapia chirurgica. Il risultato va valutato analizzando, sia clinicamente che mediante indagini strumentali, il ripristino della normale funzione esofagea nel tempo. Nella nostra casistica 5 pazienti sono stati sottoposti a terapia chirurgica per stenosi da caustici.

Per quanto riguarda le complicanze ^{3,4 13-16 18 21} queste sono costituite principalmente dalle perforazioni e dalle emorragie esofagee (più frequenti nelle stenosi peptiche).

Le complicanze sono peraltro notevolmente diminuite negli ultimi anni aggirandosi attualmente intorno allo 0,05%, grazie all'impiego di sonde di materiale flessibile, all'ausilio della fibroendoscopia che permette il posizionamento del filo guida sotto la vista dell'esecutore e al continuo controllo mediante amplificatore di brillantezza. I dilatatori maggiormente utilizzati sono le sonde olivari di Eder-Puestow e le sonde di Celestin. Per quel che riguarda le caratteristiche specifiche i dilatatori di Eder-Puestow danno la possibilità di dilatare stenosi

multiple, tuttavia hanno il limite, dovendo utilizzare olive di diametro progressivamente maggiore nella stessa seduta, di arrecare disagio al paziente a causa delle numerose introduzioni necessarie. Al contrario le sonde di Celestin, aumentando gradatamente di diametro, richiedono un'unica introduzione ed hanno una minore incidenza di complicanze grazie ad una flessibilità controllata; il loro impiego è tuttavia limitato dalla difficoltà nella dilatazione di stenosi multiple e del 3° inferiore dell'esofago. È anche questo il motivo per cui i migliori risultati si ottengono nelle localizzazioni alte dell'esofago, in particolare nel tratto ^{7 12 20 21} cervicale.

Da una revisione della letteratura mondiale si è visto che i risultati sono stati ottimi nel 48,5%, buoni nel 20% e cattivi nel 31,5%; i nostri dati sono a questi sovrapponibili.

I pazienti che hanno tratto beneficio dalla terapia dilatante devono comunque essere sottoposti ad un follow-up che dura per tutta la vita allo scopo di evidenziare precocemente recidive o una degenerazione neoplastica.

Conclusioni

Le dilatazioni esofagee nelle lesioni da caustici si propongono come fine:

- 1) la prevenzione della stenosi nelle fasi precoci delle causticazioni non gravi;
- 2) il trattamento delle stenosi cicatriziali stabilizzate escluse quelle estese e quelle associate a lesioni caustiche dell'antro gastrico.

Il periodo ottimale per le dilatazioni è compreso tra il VI mese ed il III anno dalla ingestione del caustico.

Nel quadro di un complessivo iter terapeutico delle lesioni da caustici è prevista, in associazione alla terapia dilatante

una terapia medica a base di antibiotici e cortisonici.

La terapia chirurgica è riservata ai casi di perforazione, ai casi in cui non trova indicazione la terapia dilatante e ai casi di insuccesso di quest'ultima.

RIASSUNTO

Il trattamento dilatante delle stenosi esofagee da caustici, gravato fino a qualche anno fa da un elevato numero di complicanze, ha ottenuto una buona affermazione grazie al contributo della fibroendoscopia e alla utilizzazione dei dilatatori filo-guidati.

Gli Autori riportano l'esperienza di 65 dilatazioni eseguite con dilatatori olivari di Eder-Puestow e conici di Celestin su 13 pazienti con stenosi esofagee da caustici. I risultati sono stati buoni in 8 casi mentre nei restanti 5 casi è stato necessario un successivo trattamento chirurgico.

Sulla base di tali risultati gli Autori propongono la terapia dilatante come di scelta nelle stenosi da caustici. La terapia chirurgica va riservata ai casi particolari.

BIBLIOGRAFIA

1. Aste H., Munizzi F., Martinez H. et al.: *Esophageal dilation in malignant dysphagia*. Cancer 56, 2713, 1985.
2. Autier C., Paquelin F., Poucet E.: *Bilan de 30 ans de traitement des rétrécissements cicatriciels de l'esophage*. Ann Oto-Laryng 95, 577, 1978.
3. Benedict E.B.: *Esophageal stenosis caused by peptic esophagitis or ulceration*. Surg Gynecol Obstet 122, 613, 1966.
4. Borgeskov S., Struve-Christensen E.: *The modern treatment of oesophageal strictures using the Eder-Puestow dilators*. Acta Otolaryngol, 85, 456, 1978.
5. Celestin L.R., Campbell W.B.: *A new and safe system for oesophageal dilatation*. Lancet, 10, 74, 1981.
6. Cello J.P., Fogel R.P., Boland C.R.: *Liquid caustic ingestion. Spectrum of injury*. Arch Intern Med 140, 501, 1980.

7. Cosentino F., Roviano G.C., Zannini P. et al.: *Le stenosi benigne dell'esofago: trattamento conservativo con i dilatatori di Eder-Puestow*. Chir Torac., 516, 6, 1980.
8. Gasparri G., Casalegno P.A., Mossetti C. et al.: *La dilatazione esofagea endoscopica mediante dilatatori di Eder-Puestow*. Chir. Torac., 32, 530, 1979.
9. Hine K.R., Hawkey C.J., Atkinson M. et al.: *Comparison of the Eder-Puestow and Celestin techniques for dilating benign oesophageal strictures*. Gut., 25, 1100, 1984.
10. Lanza F.L., Graham D.Y.: *Bougienage is effective therapy for most benign esophageal strictures*. JAMA, 240, 844, 1978.
11. Lilly J.O., Mc Caffery T.D.: *Esophageal stricture dilatation. A new method adapted to the fiberoptic esophagoscope*. Am J Dig Dis., 16, 1137, 1971.
12. Jones B.D., Smith P.M.: *Conservative management for benign oesophageal strictures*. Endoscopy 13, 55, 1981.
13. Mosca F., Consoli A., Privitera U. et al.: *Il ruolo dell'endoscopia digestiva nella diagnosi e nel trattamento delle ustioni esofago-gastriche da caustici*. Min Chir 37, 957, 1982.
14. Patterson D.J., Graham D.Y., Lacey Smith J. et al.: *Natural history of benign esophageal stricture treated by dilatation*. Gastroenterology 85, 346, 1983.
15. Price J.D., Stancin C., Bennett J.R.: *A safer method of dilating oesophageal strictures*. Lancet 8, 1141, 1974.
16. Rago E., Boesby S., Spancer J.: *Results of Eder-Puestow dilatation in the management of esophageal peptic strictures*. Am J Gastroenterol 78, 6, 1983.
17. Ricci C., Mineo T.C.: *Ustioni da caustici dell'esofago*. In Stipa-Belsey: *La chirurgia dell'esofago*. Edizioni Piccin, Padova, 1980.
18. Royston C.M.S., Dowling B.L., Gear M.W.L.: *Esophageal dilatation using Eder-Puestow dilators*. Am J. Surg., 131, 697, 1976.
19. Taylor W.: *Stricture of the esophagus from swallowing sulfuric acid successfully*. Med J Phys J (London) 3, 319, 1827.
20. Viceconte G., Pietropaolo V., Maio C. et al.: *Il trattamento endoscopico delle stenosi esofagee benigne*. Giorn Ital End Dig 5, 15, 1982.
21. Wesdorp I.C.E., Bartelsman J.F.W.M., Den Hartog J.F.S.A. et al: *Results of conservative treatment of benign esophageal strictures: A follow-up study in 100 patients*. Gastroenterology 82, 487, 1982.