

Trattamento chirurgico dei diverticoli dell'esofago toracico

P. Breil, A. Saget, H. Johanet

I rari diverticoli dell'esofago toracico di solito sono pseudodiverticoli da pulsione dovuti a un disturbo motorio dell'esofago. Il loro trattamento chirurgico deve resecare il diverticolo, trattare i disturbi motori con una miotomia e aggiungervi una procedura antireflusso. Le vie d'accesso possono essere toraciche o addominali. L'avvento della videochirurgia ha reso sofisticate le scelte terapeutiche che possono portare a effettuare isolatamente o congiuntamente una toracosopia o una laparoscopia.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Esofago; Diverticolo; Miotomia; Procedura antireflusso

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Generalità	1
■ Problematiche	2
Procedure previste	2
Via d'accesso	2
In conclusione	2
■ Indicazioni	3
■ Tecniche operatorie	3
Trattamento di un diverticolo epifrenico con toracotomia sinistra	3
Trattamento di un diverticolo della giunzione terzo medio-terzo inferiore con toracosopia destra	6
Trattamento di un diverticolo del terzo medio con toracosopia sinistra	8
Trattamento di un diverticolo epifrenico con laparoscopia	9
■ Conclusioni	13

■ Introduzione

La chirurgia dei diverticoli dell'esofago toracico è più complessa di quanto appare a prima vista; si tratta, in effetti, nella maggioranza dei casi, di diverticoli da pulsione associati a una patologia motoria dell'esofago.

La resezione del diverticolo è inconcepibile senza affrontare i disturbi motori esofagei concomitanti con una miotomia più o meno ampia eventualmente integrata con una procedura antireflusso [1].

Le scelte strategiche sono difficili e portano a discutere fra chirurgia aperta o videochirurgia, a scegliere il lato di un accesso toracico o a preferire un approccio isolato addominale o, a volte, anche a prendere in considerazione la chirurgia in diversi tempi operatori. Queste scelte dipendono dalla sede del diverticolo, dal tipo di anomalie motorie associate e, soprattutto, dall'esperienza e dalle possibilità tecniche del chirurgo.

La mortalità e la morbilità della chirurgia di queste lesioni benigne sono ben lungi dall'essere nulle e si può, quindi, intraprendere il trattamento chirurgico dei diverticoli dell'esofago toracico solo se l'equipe chirurgica è abituata alla chirurgia esofagea e alle indicazioni, limitate ai diverticoli sintomatici o potenzialmente pericolosi.

■ Generalità

I diverticoli dell'esofago toracico rappresentano il 30% dei diverticoli esofagei. Si tratta in generale (20% dei casi) di pseudodiverticoli detti da pulsione derivanti da un gradiente di pressione che esteriorizza la mucosa esofagea attraverso un punto debole della muscolare. Questi diverticoli, di solito, sono situati nel terzo inferiore dell'esofago, a 4-8 cm dal cardias, hanno uno sviluppo laterale destro (diverticoli epifrenici), ma possono essere situati nel terzo medio dell'esofago. Questi pseudodiverticoli sono collegati di regola a un disturbo motorio dell'esofago non specifico nel 40% dei casi, a un'acalasia nel 20% dei casi e a una malattia di spasmi diffusi nel 20% dei casi [2].

Gli altri diverticoli toracici sono diverticoli veri, che sono diventati eccezionali e la loro origine è congenita o acquisita, risultante dalla cicatrizzazione retrattile di un'adenite granulomatosa (tuberculosis, istoplasmosi); si tratta di diverticoli detti da trazione. Sono costituiti da tutta la parete esofagea e spesso sono situati nel terzo medio dell'esofago, il più delle volte a sviluppo destro, quando sono situati sotto la biforcazione bronchiale, e a sviluppo a sinistra, se sono situati nella parte superiore.

Clinicamente, il 50% dei diverticoli è asintomatico [3]; gli altri sono responsabili di sintomi legati al diverticolo in sé, ma anche ai disturbi motori o al reflusso gastroesofageo associato (disfagia, rigurgito, dolore toracico, disturbi respiratori).



Gli esami preoperatori necessari sono il transito del tratto esofago-gastro-duodenale (TOGD) l'endoscopia e la manometria, raramente la pHmetria [4].

Il trattamento chirurgico mira a resecare il diverticolo, a trattare i disturbi motori con una miotomia più o meno ampia e ad

associarvi una procedura antireflusso per evitare il reflusso indotto dalla miotomia o correggere un reflusso o un'ernia iatale preesistente [5, 6].

■ Problematiche

Una volta posta l'indicazione operatoria, occorre scegliere le procedure da eseguire: resezione con o senza miotomia e con o senza procedura antireflusso e via d'accesso toracica destra o sinistra o addominale e, a volte, perfino decidere per una chirurgia in più tempi e, infine, scegliere tra chirurgia aperta o videochirurgia.

Questa scelta dipende da:

- sede del diverticolo;
- tipo di lesioni associate;
- esperienza dell'equipe chirurgica in videochirurgia.

Procedure previste

Diverticolectomia

Essa è classicamente indispensabile, ma espone alla fistolizzazione nel 5-24% dei casi [2, 6-8], così alcuni hanno proposto una diverticolopessi [3, 5]. Questa tecnica non è stata valutata su larga scala, tuttavia, in caso di diverticolo poco voluminoso a colletto largo, si può considerare che i sintomi dipendano dai disturbi motori e che possano essere trattati separatamente [7, 9] senza una diverticolectomia. Al contrario, il rischio di recidiva dopo diverticolectomia semplice può raggiungere il 20% [6].

Miotomia esofagea

La miotomia peridiverticolare è inevitabile e permette di individuare meglio il colletto e di esporre la mucosa prima della sutura. Una chiusura muscolare va a ricoprire la sutura mucosa.

La miotomia a distanza dalla sede del diverticolo ha un duplice obiettivo:

- ridurre la tensione sulla sutura esofagea;
- trattare i disturbi motori.

Quando viene effettuata, il tasso di fistola passa dal 14% al 7%, i disturbi motori migliorano e le recidive diminuiscono [2].

Si pone solo il problema dell'estensione della miotomia: sembra ragionevole effettuare una miotomia lunga fino all'incrocio aortico in alto debordando sul cardias di 2 cm, identica a quella che viene effettuata nell'intervento di Heller [7, 8]. Tuttavia, alcuni propongono di limitarla nell'estensione a seconda dei risultati della manometria [10], cosa che può semplificare la scelta della via d'accesso.

Procedura antireflusso

Indicazione

Non è in discussione:

- in caso di miotomia lunga che deborda sullo stomaco, in cui il reflusso è implicito [2];
- in caso di sintomatologia da reflusso preoperatorio [8];
- quando è associata un'ernia iatale.

Scelta della procedura

La procedura di Nissen è poco raccomandata in linea di principio dopo una miotomia per non aumentare eccessivamente il tono dello sfintere inferiore dell'esofago (fattore di fistolizzazione e/o disfagia?), ma Rossetti la raccomanda con una manometria intraoperatoria [6].

La funduplicatio posteriore di tipo Toupet è più appropriata, ma è possibile solo con l'approccio addominale.

Il processo di DOR sarebbe meno efficace, ma è possibile per via toracica sinistra. Con questo accesso, la procedura più praticata in letteratura è la Belsey Mark IV [5], ma non è considerata una procedura antireflusso molto efficace [4, 11].

La necessità di una chirurgia antireflusso e la scelta della procedura possono condizionare la via d'accesso, a meno che la scelta di quest'ultima non imponga le modalità della chirurgia antireflusso.

Via d'accesso

Chirurgia a cielo aperto

La toracotomia anterolaterale sinistra è particolarmente indicata per i diverticoli del terzo inferiore, permette di resecare il diverticolo e di effettuare una miotomia e, grazie a una frenotomia associata, permette di estendere la miotomia e di effettuare una procedura antireflusso con una valvola intra-addominale o toracica tipo Belsey Mark IV [12].

La toracotomia destra non permette facilmente né una miotomia debordante sullo stomaco né la realizzazione di una procedura antireflusso. È necessaria per i diverticoli del terzo medio ed è indicata, in caso di diverticolo epifrenico, solo se ci si vuole limitare a una diverticolectomia semplice, laddove si ritenga che non sia associato nessun disturbo della motilità, cosa che è rara.

La laparotomia è riservata solo ai diverticoli epifrenici situati in basso e permette la realizzazione di una lunga miotomia e di una procedura antireflusso di qualità, in modo che la realizzazione ottimale di questa procedura potrebbe indicarne la scelta in un secondo tempo operatorio con laparotomia in caso di diverticolo alto, richiedendo, allora, una toracotomia destra.

In videochirurgia

La toracosopia è meno invasiva di una toracotomia e può permettere l'asportazione di tutti i diverticoli qualunque sia la loro posizione, così bene che le indicazioni sono sempre più frequenti. Le sue controindicazioni sono:

- gli antecedenti di toracotomia;
- l'enfisema polmonare o una broncopneumopatia ostruttiva che potrebbero far prevedere un collasso polmonare incompleto che genererebbe l'esposizione del mediastino posteriore;
- l'impossibilità di un'intubazione selettiva;
- l'esistenza di un diverticolo di trazione spesso associato a un'importante infiammazione peridiverticolare.

La toracosopia sinistra ha le stesse indicazioni della toracotomia sinistra e conosce le stesse difficoltà della procedura antireflusso [12]. Per la miotomia, ci si dovrà accertare di essere lontano dalla linea delle graffe e di poter scendere a livello della giunzione esogastrica.

La toracosopia destra, se permette di resecare il diverticolo, trova difficoltà a far ruotare l'esofago per eseguire una miotomia a distanza dalla sutura del colletto diverticolare, quindi un duplice accesso toracoscopico (destro e sinistro) o una laparoscopia possono essere raccomandati [13].

La laparoscopia ha le stesse indicazioni della laparotomia; essendo meno invasiva, è l'indicazione ideale per i diverticoli epifrenici, destro o sinistro, in quanto consente la resezione in modo ideale, poiché la cucitrice è posta parallelamente all'asse longitudinale dell'esofago [6, 14-17]. La miotomia è facilitata da una visualizzazione ottimale della giunzione esogastrica e continua il più in alto possibile nel mediastino sopra l'impianto del colletto diverticolare; per quanto riguarda la procedura antireflusso, beneficia di questo accesso che permette un buon avvicinamento dei pilastri del diaframma e il confezionamento di tutti i tipi di valvole esofagee.

L'unico momento difficile è l'identificazione del limite superiore del colletto diverticolare.

Chirurgia in più tempi

Tutte le combinazioni sono possibili tra toracosopia e laparoscopia.

In conclusione

Il trattamento tradizionale procede tramite toracotomia sinistra associando i tre gesti.

La chirurgia mini-invasiva tende a soppiantare questo approccio:

- laparoscopia sola o toracosopia sinistra isolata;
- la "toracosopia destra e laparoscopia" è interessante, ma richiede, come l'associazione laparotomia mediana via destra; un doppio posizionamento.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725536>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725536>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)