

# Gestione delle fistole orofaringee postoperatorie

A. Lasne-Cardon, D. Blanchard, E. Babin

*Le fistole faringee corrispondono a comunicazioni tra la cavità faringea e l'esterno che si verificano nel 50% dei casi in media dopo chirurgia di exeresi faringolaringea. I fattori di rischio, come la denutrizione, l'estensione dell'exeresi o la radioterapia neoadiuvante, sono numerosi ma molto discussi. La diagnosi è clinica. Gli esami complementari sono utilizzati principalmente per rilevare sovrainfezioni, complicanze vascolari o un'evoluzione tumorale. Il transito esofago-gastro-duodenale può essere utile per individuare una fistola incipiente prima della rialimentazione orale. Il trattamento iniziale è medico, basato sulle cure locali, e, poi, chirurgico, in caso di insuccesso. Occorre tenere conto dello stato locale e generale per fare la migliore scelta terapeutica. Misure di prevenzione devono essere utilizzate per ridurre l'incidenza delle fistole e le loro conseguenze psicologiche, estetiche ed economiche sulla prognosi e sulla qualità di vita dei pazienti.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Faringostoma; Orostoma; Fistola; Laringectomia; Chirurgia di recupero

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Generalità</b>	2
Frequenza	2
Fisiopatologia. Fattori favorenti	2
■ <b>Diagnosi clinica</b>	4
■ <b>Esami paraclinici</b>	4
■ <b>Trattamenti</b>	4
Trattamento conservativo	4
Gestione chirurgica	5
Misure complementari	6
■ <b>Misure preventive</b>	6
Profilassi antibiotica	6
Suture meccaniche	6
Lembo di grande pettorale	6
Tubo di Montgomery	7
■ <b>Conclusioni</b>	7

## ■ Introduzione

Le fistole faringee sono complicanze frequenti (un caso su due in media) e potenzialmente gravi che insorgono nel periodo postoperatorio dopo una chirurgia oncologica del faringolaringe, dell'orofaringe o della cavità orale. Esse corrispondono a comunicazioni tra la cavità orale o la faringe (orofaringe, ipofaringe, imbuto faringeo) e la cute. In caso di comunicazione diretta, si

parla di orostoma o faringostoma. Se esiste un tragitto fistoloso, il termine fistola è più adatto. In entrambi i casi, si ritrova una secrezione di saliva e/o purulenta esteriorizzata all'orifizio cutaneo.

Le descrizioni delle fistole faringee sono più numerose e si spiegano con una frequenza nettamente più alta dei faringostomi (circa 50%) rispetto agli orostomi (meno del 10%) [1]. Questo articolo tratta principalmente le fistole faringee. I fattori di rischio e la gestione delle due entità sono sensibilmente identici. Le peculiarità legate agli orostomi saranno specificate.

I fattori che favoriscono questo tipo di complicanza sono molti, ma alcuni rimangono controversi. Essi possono essere legati al paziente, alla patologia oncologica e al terreno, soprattutto in presenza di malattie sistemiche. In tutti i casi, è fondamentale ricercare una ripresa evolutiva o una recidiva tumorale.

Il ritardo di insorgenza delle fistole faringee è variabile [2]. Esse appaiono soprattutto nel periodo postoperatorio immediato [3, 4], ma possono insorgere nel corso del trattamento adiuvante o più tardivamente durante il follow-up oncologico.

La diagnosi è soprattutto clinica, ma possono essere necessari esami complementari per confermare la diagnosi in caso di dubbio, individuare un'evoluzione tumorale locoregionale e ricercare complicanze legate alla presenza di queste fistole. La gravità è, in effetti, legata alla possibilità di una sovrainfezione locale e/o di una rottura dei vasi carotidei, che pone, allora, a rischio la prognosi vitale.

Qualunque sia la sua eziologia, ogni fistola faringea deve essere trattata. La gestione è inizialmente medica. Un trattamento chirurgico è intrapreso in caso di fallimento.

Queste fistole sono fonte di peggioramento dei risultati estetici, di alterazione della qualità della vita e di aumento dei tempi e dei costi di ospedalizzazione [5-8], ma anche di un ritardo nella ripresa

dell'alimentazione orale e dell'inizio di un trattamento adiuvante eventualmente necessario dopo l'intervento chirurgico [9]. L'altra sfida della prevenzione e del trattamento di questo tipo di complicanze è di ridurre l'eccesso di mortalità perioperatoria che esse causano.

## ■ Generalità

### Frequenza

La frequenza delle fistole faringee è molto variabile in letteratura. In funzione dei differenti e numerosi parametri studiati, essa può oscillare tra il 2,6% e il 65,5% [2, 6, 10-14]. Questo tasso è condizionato da:

- sede tumorale iniziale [2, 12]: laringe (dal 3% per una lesione dell'endolaringe a quasi il 65% in caso di estensione faringea), ipofaringe (25%);
- tipo di chirurgia: prima intenzione [2, 3] (4-15%), in recupero dopo protocollo di conservazione di organi o radioterapia precedente [2, 3, 13, 15] (superiore o uguale al 30%), estensione dell'exeresi tumorale, realizzazione di uno svuotamento linfonodale cervicale concomitante [16];
- tipo di ricostruzione scelto [17-19]: 3-60% per i lembi miocutanei di grande pettorale, 0-30% per le trasposizioni gastriche, 18% per i lembi liberi di digiuno e 20-67% per le ricostruzioni che utilizzano i lembi antibrachiali liberi.

Belusic-Gobic et al. segnalano una frequenza meno elevata di fistole orali, spesso inferiore al 10% [1] in caso di chirurgia di prima intenzione. Le cifre sono significativamente superiori quando si utilizzano dei lembi, poiché queste tecniche di ricostruzione intervengono principalmente in caso di chirurgia di recupero.

### Fisiopatologia. Fattori favorenti

Le fistole faringee derivano da una rottura nella sutura della mucosa faringea. La secrezione salivare avviene, allora, verso le parti molli cervicali adiacenti a livello dei piani di scollamento creati durante la dissecazione chirurgica. Si forma una raccolta che può esteriorizzarsi alla cute attraverso un orifizio situato, il più delle volte, all'incisione cervicale o vicino alla tracheostomia, più raramente.

Molteplici fattori di rischio per la formazione di fistole laringee possono essere riscontrati in letteratura. Tuttavia, il reale coinvolgimento di ciascuno di essi nella genesi di questo tipo di complicanza postoperatoria rimane ampiamente discusso. In effetti, in funzione degli studi pubblicati, la potenza può essere insufficiente per far emergere un fattore come rischio a causa delle dimensioni insufficienti del campione. Al contrario, alcune coorti sono sostanziali, ma l'analisi statistica univariata non permette di aggiustare ciascuna variabile secondo le altre.

### Legati al paziente

#### Nutrizione

Il 30-50% dei pazienti affetti da cancro delle vie aerodigestive superiori è in uno stato avanzato di denutrizione prima dell'intervento chirurgico [20]. Ciò si spiega con la diminuzione degli apporti per via orale (anoressia, disfagia, odinofagia) e con l'aumento del catabolismo proteico associato alla malattia. Questo stato di denutrizione preoperatoria, in particolare una perdita di peso superiore al 10% negli ultimi sei mesi, favorisce le complicanze postoperatorie [21, 22]. Occorre, quindi, prestare attenzione a mantenere un adeguato apporto calorico nel periodo postoperatorio per ottenere una cicatrizzazione soddisfacente.

Il periodo postoperatorio senza alimentazione orale varia molto da un'equipe chirurgica all'altra o da un paese all'altro, nel quadro di una chirurgia con apertura faringea. Oltre Atlantico, la ripresa dell'alimentazione orale è realizzata dall'85% delle equipe chirurgiche a partire dal settimo giorno postoperatorio in caso di chirurgia primaria, con, per argomento principale, la limitazione dello sviluppo di fistole [23]. In Europa, il tempo medio prima della rialimentazione orale è di 10-15 giorni in caso di

chirurgia di prima intenzione [24]. Questo tempo può aumentare fino a tre settimane nel quadro di una chirurgia di recupero.

Tuttavia, numerosi studi hanno dimostrato che l'alimentazione orale precoce non sarebbe legata a una maggiore incidenza di faringostomi, anche dopo chirurgia di recupero. L'alimentazione orale può essere iniziata fin dal quinto giorno dopo l'intervento senza ulteriori complicanze [25, 26] e, per alcuni, fin dal primo giorno postoperatorio [27].

#### Anomalie laboratoristiche

Un tasso di emoglobina postoperatoria inferiore a 12,5 g/dl [15, 28, 29] o la necessità di una trasfusione di eritrociti nel periodo intra- o postoperatorio possono essere considerati un singolo fattore di rischio. In effetti, questi due elementi sono correlati a perdite ematiche intraoperatorie elevate. Un'altra ipotesi emessa per spiegare l'aumento del tasso di fistole nei pazienti trasfusi sarebbe legata agli effetti immunologici negativi di una trasfusione allogenica per la cicatrizzazione.

Un'iperleucocitosi constatata sull'emocromo nel primo giorno postoperatorio, associata a una temperatura superiore a 37,5°C entro le prime 48 ore, sembra essere predittiva di un rischio importante di fistolizzazione [7].

L'ipoalbuminemia postoperatoria sarebbe un fattore di rischio di faringostoma [8] e di orostoma [29]. Essa rivela uno stato di denutrizione, in quanto fa parte dei criteri di valutazione dello stato nutrizionale. L'ipoalbuminemia può anche essere un segno di epatopatia cronica come la cirrosi alcolica che si riscontra nel 30% dei pazienti affetti da cancro delle vie aerodigestive superiori.

L'ipotiroidismo, rilevato nel postoperatorio mediante il dosaggio ematico della tireostimolina ipofisaria (TSH), è riconosciuto come fattore che altera la capacità di cicatrizzazione e favorisce la comparsa di complicanze. Dopo una laringectomia totale che asporti la tiroide totalmente o parzialmente, è necessario un trattamento sostitutivo con ormoni tiroidei con un controllo del TSH a sei settimane per adattare la posologia. Il TSH deve essere controllato regolarmente nel follow-up dei pazienti che hanno ricevuto un trattamento con radioterapia e/o un'emitiroidectomia al momento dell'exeresi tumorale. La Società Francese di ORL e di chirurgia cervicofacciale raccomanda un dosaggio del TSH nel postoperatorio ogni sei mesi per i primi due anni, poi ogni anno a partire dal terzo anno di follow-up (Fig. 1) [30]. Questo follow-up permette di rilevare un ipotiroidismo che è presente in quasi il 50% dei casi e di iniziare il trattamento sostitutivo in una fase precoce per limitare gli effetti secondari [13, 16, 31-33]. Si può discutere di ritardare un intervento chirurgico attendendo l'eutiroidismo per facilitare la cicatrizzazione postoperatoria.

#### Malattie sistemiche

L'insufficienza cardiaca [15] è collegata a diversi fattori che possono influenzare la comparsa di fistole faringocutanee come età avanzata, ipertensione arteriosa, anemia preoperatoria e rischio anestesilogico più elevato. La riduzione della gittata cardiaca causata dall'insufficienza cardiaca cronica riduce la vascolarizzazione, in particolare nel sito operatorio. Ciò si traduce in zone di ischemia e in una diminuzione degli apporti necessari a una buona cicatrizzazione dei tessuti.

Il diabete è una malattia sistemica nota per creare una microvasculopatia e un'immunosoppressione alterando le capacità di cicatrizzazione e favorendo le infezioni [34]. Lo studio di Liu et al. ha mostrato l'impatto del diabete sullo sviluppo di infezioni postoperatorie e, quindi, di orostomi in pazienti con cancro della cavità orale [29].

### Legati alla malattia

#### Sede tumorale iniziale

La sede iniziale del tumore nell'ipofaringe [12, 14, 15] è frequentemente associata allo sviluppo di faringostomi. La necessità di realizzare una faringectomia parziale associata alla laringectomia totale al momento dell'exeresi tumorale è uno dei fattori che possono spiegare l'aumento del tasso di complicanze postoperatorie.

#### Trattamento neoadiuvante

Tra i fattori di rischi di formazione di fistole faringee, la presenza di un trattamento neoadiuvante nell'anamnesi del paziente è quello più controverso. Alcuni studi [3, 35, 36] evidenziano il

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805895>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805895>

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