

La broncografia nelle indicazioni al trattamento endoscopico delle fistole bronco-pleuriche

Vincenzo Giuseppe Di Crescenzo - Mario Santini

Cattedra di Chirurgia Toraco-Polmonare, I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Napoli

Estratto dal volume:

SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOSCOPIA TORACICA

ATTI

DEL V CONGRESSO NAZIONALE

Pisa, 18-20 maggio 1989



EDITRICE ROMA

La broncografia nelle indicazioni al trattamento endoscopico delle fistole bronco-pleuriche

Vincenzo Giuseppe Di Crescenzo - Mario Santini

Cattedra di Chirurgia Toraco-Polmonare, I Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Napoli

Il trattamento endoscopico delle fistole bronchiali post-exeretiche si avvale oggi dell'aiuto di una vasta gamma di sostanze, alcune delle quali introdotte di recente in commercio, che agiscono in maniera diversa per "far chiudere" la fistola. Per queste ragioni è necessario uno studio accurato delle caratteristiche morfologiche della deiscenza e del cavo residuo.

Tra i mezzi diagnostici usati (radiologici) di notevole utilità si rivela la broncografia che noi abbiamo attuato in 3 casi di fistola bronco-pleurica post-operatoria trattati con successo con terapia conservativa.

Casi clinici

Caso 1

B. Vicenzo, 63 anni, operato di pneumonectomia destra per carcinoma epidermoide. Fistola bronco-pleurica in 15^a giornata. Alla broncoscopia si evidenzia un orifizio fistoloso di due mm di diametro. La broncografia (Fig. 1 e 2) evidenzia una fistola bronco-pleurica di circa 3 mm di diametro comunicante con un cavo di 5 cm circa di diametro, non empiemizzato. Trattato con un ciclo di broncomedicazioni mirate di antibiotici e cortisonici associate a tocature endoscopiche con nitrato d'argento. Guarigione dopo 10 medicazioni eseguite a giorni alterni.

Caso 2

A. Antonio, 53 anni, pneumonectomia sinistra per carcinoma epidermoide. Fistola bronco-pleurica in 18^a giornata. Alla broncoscopia si evidenziano due orifizi fistolosi di 2 mm di diametro. La broncografia (Fig. 3 e 4) evidenzia una fistola bronco-pleurica di 4 mm di diametro comunicante con un cavo di circa 5 cm.

La fistola viene trattata con ripetute medicazioni mirate di antibiotici e cortisonici e se ne ottiene la chiusura con l'applicazione endoscopica di colla di fibrina umana.

Caso 3

P. Francesco, 67 anni, operato di lobectomia superiore sinistra per carcinoma epidermoide; fistola bronco-pleurica complicata da empiema in settima giornata. Alla broncoscopia si evidenzia un piccolo orifizio fistoloso della grandezza di un millimetro di diametro. Curato con terapia antibiotica locale e generale ed opportuno drenaggio pleurico, si esegue dopo la detersione del cavo, la broncografia (Fig. 5) che evidenzia una fistola di circa due millimetri di diametro che comunica, con tramite tortuoso con un cavo opportunamente drenato di circa 4 cm di diametro. Curato

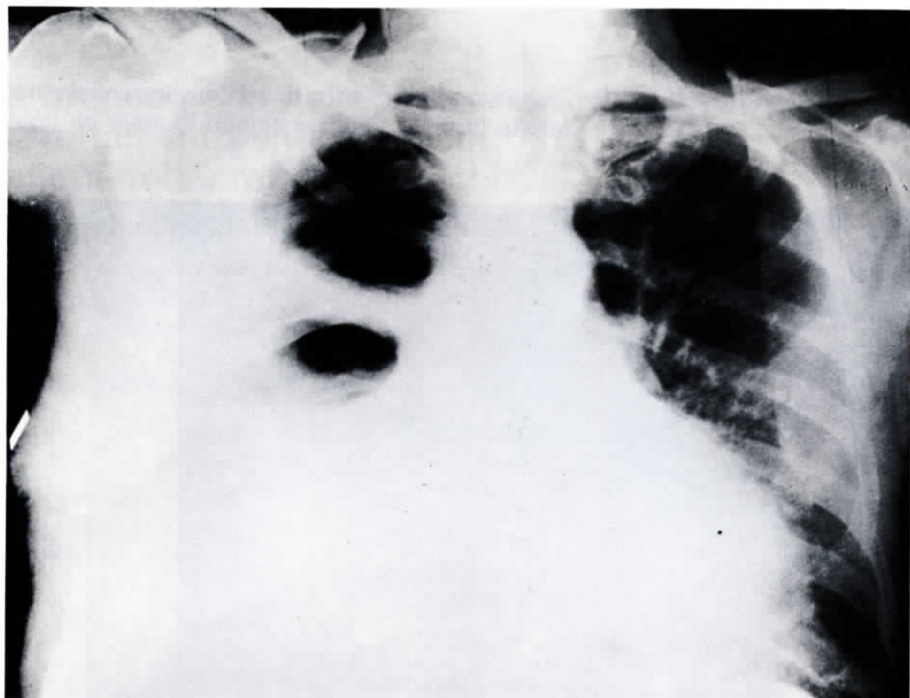


Fig. 1



Fig. 2

Fig. 1 e 2. Caso N. 1 L'esame radiografico standard del torace e la broncografia evidenziano un cavo non empiemizzato di circa 5 cm di diametro sostenuto da una fistola bronco-pleurica di 3 mm post-pneumonectomia destra.



Fig. 3



Fig. 4

Fig. 3 e 4. Caso N. 2 Fistola bronco-pleurica post-pneumonectomia sinistra con opacizzazione del cavo.

con medicazione mirate di cortisonici ed antibiotici si ottiene la chiusura della fistola dopo un mese di terapia eseguita a giorni alterni.



Fig. 5. Caso N. 3 La freccia indica un piccolo tramite fistoloso di circa 2 mm di diametro in paziente operato di lobectomia superiore sinistra.

Commento

La broncografia consente di confermare tutti i rilievi già ottenuti con la broncoscopia; essa infatti fornisce indicazioni sulla sede, l'ampiezza le dimensioni ed il decorso della fistola. Inoltre, nelle exeresi parziali la broncografia selettiva è la sola indagine a precisare la sede dell'orifizio fistoloso quand'esso sia situato in un piccolo bronco distale e consente di stabilire il trattamento più adeguato.

Non sempre, però, è possibile evidenziare i piccoli tragitti fistolosi, poiché le dense secrezioni purulente, quasi sempre presenti in tali evenienze, e la viscosità del mezzo di contrasto, sono di ostacolo alla opacizzazione del tramite.

La broncografia ci permette di valutare con accuratezza la morfologia le dimensioni e la localizzazione del cavo residuo. Se il cavo è infetto l'indagine va eseguita associando alla terapia antibiotica per via generale una adeguata detersione attraverso il tubo di drenaggio pleurico.

Gli elementi forniti dall'esame broncografico sulla morfologia e sul tragitto del tramite fistoloso e del cavo residuo sono di grande aiuto nel porre le indicazioni alla terapia endoscopica.

Infatti, nelle fistole di piccolo diametro con cavo non ancora empiemizzato e, almeno inizialmente, in tutte le fistole bronco-pleuriche tardive, è possibile ricorrere a semplici medicazioni con antibiotici e cortisonici per controllare l'infezione e favorire la chiusura spontanea. È ancora possibile associare toccature endoscopiche con nitrato d'argento per favorire la granulazione del moncone o applicare collanti biologici per cercare di occludere il tramite. Negli altri casi, laddove il cavo sia di grosse dimensioni il trattamento endoscopico assume un ruolo di complemento all'indispensabile drenaggio pleurico o all'eventuale terapia chirurgica del cavo.

RIASSUNTO

Il trattamento endoscopico delle fistole bronco-pleuriche esige una valutazione accurata della deiscenza e del cavo residuo. Gli Autori esprimono alcune considerazioni sull'utilità della broncografia, riportando alcuni casi clinici in cui essa ha fornito validi elementi per la programmazione terapeutica.

PAROLE CHIAVE: Fistola bronco-pleurica; Broncografia; Broncoscopia.

ABSTRACT

BRONCOGRAPHY AS A USEFUL GUIDE FOR ENDOSCOPIC TREATMENT OF BRONCHOPLEURAL FISTULAE. Endoscopic treatment of bronco-pleural fistulae needs a careful assessment of dehiscence and residual cavity.

Authors point out usefulness of bronchography reporting some cases in which it gave fundamental indication for the therapy.

KEY WORDS: Bronchopleural fistula; Bronchography; Bronchoscopy.

BIBLIOGRAFIA

1. Friedman P.S., Hellekant C.A.G.: Radiologic recognition of bronchopleural fistula. *Radiology*, 1977; 289: 124.
2. Jessen C., Sharma P.: Use of fibrin glue in thoracic surgery. *Ann. Thorac Surg.* 1985; 521: 39.
3. Jacobs K.S., Foster J.H., Diveley W.L.: Bronchopleural fistula in inflammatory diseases: etiology and treatment. *Ann. Surg.* 1962; 749: 155.
4. Laissy J.P., Valverde J.P., Cohen G., Nussaume O., Grenier Ph.: Le cliché toracique standard chez le pneumonectomisé récent. *J. Radiol.* 1986; 171: 67.
5. Lams P.: Radiografic signs in post-pneumectomy bronchopleural fistula. *J. Canad. Radiol.* 1980; 178: 31.
6. Lundgren R., Hietela O., Adelroth E.: Diagnosis of bronchial lesion by fiberoptic bronchoscopy combined with bronchography. *Acta. Radiol. Diagnosis*, 1982; 231: 23.
7. Madsen K.M., Schulze S., Pedersen M.V., Halkier E.: Management of bronchopleural fistula following pneumonectomy. *Scand. J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1984; 263: 18.

8. Pastore V., Zotti G.C., Santini M., Di Crescenzo V.G.: Risultati sperimentali ed applicazioni cliniche della colla di fibrina umana in chirurgia toracica. *Rif. Med.* 1986; 47: 101.
9. Roksvaag H., Skalleberg L., Nordberg C., Solhei M.K., Hoivik B.: Endoscopic closure od bronchial fistula. *Thorax*, 1983; 698: 38.
10. Torre M., Chiesa G., Ravini M., Vercelloni M., Belloni P.A.: Endoscopic gluing of brochopleural fistula. *Ann. Thorac. Surg.* 1987; 295: 43.

Dott. Di Crescenzo V.G.
Chirurgia Toraco-Polmonare
I Policlinico
Piazza Miraglia 2
80122 NAPOLI