

This is the peer reviewed version of the following article:

Sindrome di Boerhaave. Considerazioni sulla rottura spontanea dell'esofago. Contributo casistico / Smerieri, A; Tazzioli, Giovanni; Fontana, G; Morandi, Uliano; Lodi, Renzo. - In: BOLLETTINO DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI MODENA. - ISSN 0366-3434. - STAMPA. - 83:(1983), pp. 11-14.

Terms of use:

The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

03/05/2026 15:02

(Article begins on next page)

SINDROME DI BOERHAAVE

Considerazioni sulla rottura spontanea dell'esofago. Contributo casistico.

Smerieri A., Tazzioli G., Fontana G., Morandi U., Lodi R.

Università degli Studi di Modena
Cattedra e Divisione di Chirurgia Toracica (Direttore: prof. R. Lodi)

Riassunto

Gli Autori riportano un caso di rottura spontanea dell'esofago occorso alla loro osservazione e risolto favorevolmente a 6 ore dall'inizio della sintomatologia con intervento di rafia diretta della breccia esofagea e drenaggio toracico. Insistono sulla necessità della diagnosi precoce, discutono le caratteristiche clinico-diagnostiche e terapeutiche dell'affezione e sottolineano l'estrema importanza del tempo intercorso tra insorgenza della lesione e suo riconoscimento in ordine all'orientamento terapeutico ed alla tecnica chirurgica da adottare.

Parole chiave: Boerhaave, rottura spontanea dell'esofago.

Summary - Boerhaave's syndrome

Spontaneous rupture of the esophagus is an emergency that requires early diagnosis and treatment. The Authors describe a case which they treated surgically as well as the diagnosis and treatment of the lesion, and emphasize the importance of the time-span between the insorgence of the lesion and its recognition in choosing which surgical technique should be used.

Key word: Boerhaave, spontaneous rupture of the esophagus.

PREMESSE

La rottura spontanea dell'esofago rappresenta un raro evento ad insorgenza acuta che può condurre a morte in poche ore per mediastinite e shock settico ingravescente. Tutti gli Autori sono d'accordo nel sostenere che la mortalità può essere ridotta notevolmente se la diagnosi e l'intervento sono attuati precocemente, almeno entro le prime 12 ore dall'esordio della sintomatologia (8,19).

Dal punto di vista eziologico il 70% delle perforazioni esofagee sono di natura iatrogena, il 20% spontanee, il 10% traumatiche. Boerhaave, della Università di Leida, descrisse per primo una rottura spontanea dell'esofago nel 1724, identificata al tavolo autoptico. Fu solo nel 1947

che Barret trattò questa lesione per primo, chirurgicamente, con risultato favorevole.

Fino ad oggi, in letteratura, sono riportati circa 600 casi di «Sindrome di Boerhaave». Quello che ci accingiamo a descrivere è il secondo caso giunto alla nostra osservazione, riscontrato su un totale di circa 5.000 interventi toracici. Il primo caso è già stato oggetto di una precedente pubblicazione (17).

Osservazione Personale

G.A. di anni 71, uomo, pensionato.
Nulla di particolare nell'anamnesi patologica remota.

Dalla anamnesi patologica prossima risulta che nel primo mattino del 18/11/1982, durante l'atto della defecazione, il paziente è stato colto da violento dolore a pugnata all'epigastrio, irradiato all'ipocondrio sinistro e all'emitorace omolaterale, accompagnato da conati di vomito e profondo malessere.

Trasportato presso l'ospedale zonale più vicino, viene sottoposto ai primi accertamenti: un ECG esclude una patologia miocardica, un esame radiologico del torace evidenzia un quadro di pneumotorace sinistro con atelettasia del polmone omolaterale (Fig. 1); una radiografia in bianco dell'addome non reperta aria libera sottodiaphragmatica. I sanitari praticano una pleurotomia e drenaggio del cavo pleurico sinistro, da cui fuoriesce materiale riferibile a succo gastrico. Pertanto il paziente viene sottoposto ad esame contrastografico dell'esofago (Fig. 2) che dimostra spandimento del m.d.c. dall'esofago terminale al mediastino e al cavo pleurico sinistro.

Nel fondato convincimento della presenza di una perforazione spontanea dell'esofago il paziente viene immediatamente trasferito presso la nostra Divisione. Sottoposto ad esame esofagoscopico si mette in evidenza una fissurazione lineare della parete anteriore dell'esofago sovradiaframmatico, lunga circa due cm., ricoperta da ingesti.

Obiettivamente il paziente è molto sofferente, con silenzio auscultatorio nell'emitorace sinistro e contrattura muscolare di difesa nei quadranti superiori dell'addome. Non vi è contrazione della diuresi. La P.A. è soddisfacente. L'esplorazione rettale negativa. Gli esami ematochimici eseguiti d'urgenza mettono in evidenza parametri normali. L'ECG conferma un miocardio indenne. Si prepara nel frattempo il paziente per l'intervento. A distanza di sei ore circa dall'evento di rottura «spontanea» dell'esofago, il paziente viene portato in sala operatoria e sottoposto ad intervento chirurgico.

«Per via toracotomica sinistra al sesto spazio intercostale si penetra nel cavo pleurico che contiene una manciata di ingesti e 500 cc. di liquame ematico. Il legamento triangolare è ampiamente lacerato. Si apre

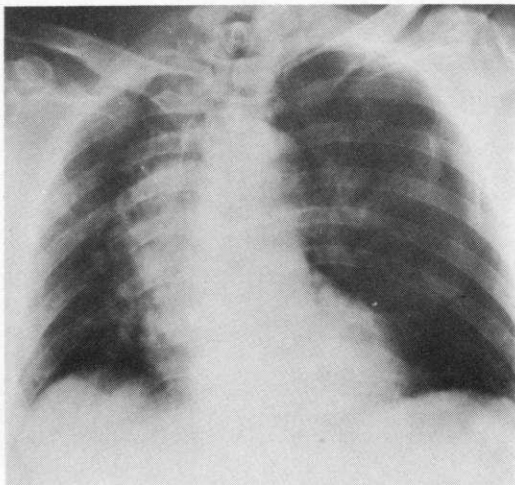


Fig. 1. Radiografia del torace a paziente supino. Si evidenzia pneumotorace sinistro.

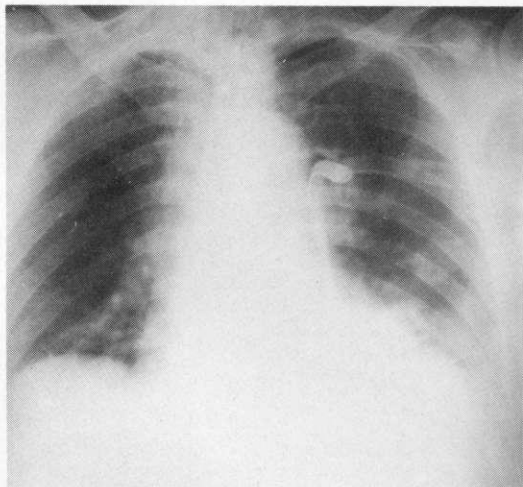


Fig. 2. Radiografia del torace associata ad esofagografia. Il mezzo di contrasto (Gastrografin) si espande dall'esofago al cavo pleurico sinistro mascherando la parte inferiore della silhouette cardiaca. Si nota inoltre il tubo di drenaggio introdotto in cavo pleurico sinistro che ha risolto il pneumotorace.

la pleura mediastinica e compaiono intense note di mediastinite. Si isola l'esofago terminale che presenta una breccia di due cm., a bordi saniosi, con mucosa estroflessa e muscolatura lacerata: il tutto a due dita trasverse dal cardias. Recentati i bordi della breccia, si pratica sutura introflettente trasversale in duplice strato della lesione, a punti staccati inassorbibili, applicando lembo di fondo gastrico sulla sutura. Si provvede quindi a sbrigliamento ampio del mediastino anteriore e posteriore. Triplo drenaggio del mediastino e del cavo pleurico e ricostruzione dei piani parietali. Posizionamento di una sonda esofago-gastrica multiforata».

Il decorso postoperatorio è stato soddisfacente ed un controllo radiografico della pervietà esofago-gastrica ha dimostrato buona canalizzazione (Fig. 3).

Il paziente viene dimesso guarito dopo 30 giorni dall'intervento.

Discussione

Esaminando 157 casi di rottura spontanea dell'esofago, Derbes e Mitchell (10) sottolineano l'estrema letalità dell'affezione: su 71 casi non operati il 35% sopravvisse alle prime 24 ore, l'11% alle 48 ore e dopo una settimana la mortalità è del 100%, mentre la sopravvivenza dopo riparazione chirurgica è del 64%. Il solo dre-

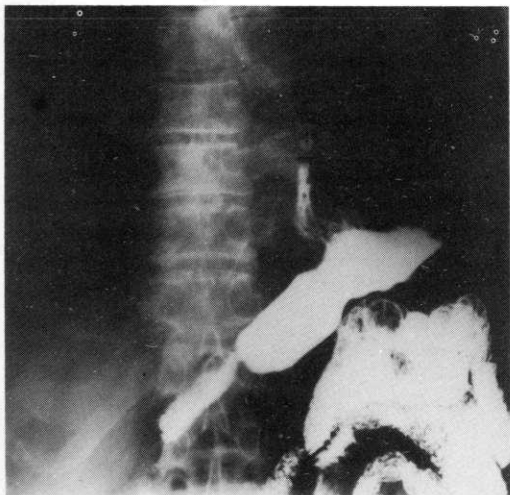


Fig. 3. Esofagogastrografia post-operatoria. Buona canalizzazione dell'esofago che presenta esiti post-chirurgici al suo terzo inferiore ed assenza di reflusso gastro-esofageo.

naggio toracico comporta una mortalità tra il 75% e il 90%.

Il meccanismo patogenetico che provoca la rottura spontanea dell'esofago è rappresentato generalmente da un brusco aumento della pressione intraluminale, tanto che alcuni Autori parlano di «rottura barogenica» (6, 13).

Il vomito è la condizione più frequente, ma lo sono anche sforzi fisici violenti, colpi di tosse, il parto, traumi chiusi, accessi asmatici, la defecazione (4). Condizioni predisponenti sono l'alcoolismo, l'esofagite peptica, la denutrizione, le ostruzioni cicatriziali, le neoplasie, l'acalasia.

Nella maggioranza dei casi la lesione interessa il terzo distale dell'esofago sul margine postero-laterale sinistro; solo nel 5% è interessato il tratto cervicale (6).

La diagnosi precoce è essenziale per la salvezza del malato (18). La indagine radiologica del torace dimostra idropneumotorace nell'8% dei casi, mentre il versamento con o senza pneumotorace si riscontra nel 90% dei casi (5). Nelle lesioni con integrità della pleura mediastinica è frequente il riscontro del segno radiologico

della «V di Naclerio», dovuto alla presenza di aria tra pleura mediastinica e diaframmatica dietro il cuore (14). L'esofagografia evidenzia in genere la lesione e la sua sede e l'endoscopia ne conferma e precisa l'entità. La diagnosi differenziale è da porsi con l'ulcera peptica perforata, l'infarto del miocardio, l'embolia polmonare, la pericardite, l'aneurisma dissecante dell'aorta toracica, la pancreatite acuta.

Quanto alla terapia, l'intervento chirurgico immediato rappresenta il trattamento di scelta (3, 15). Entro otto ore dall'evento è indicata una rafia della breccia mediante sutura in due strati. Dalle otto alle ventiquattro ore, instaurandosi le flogosi e la necrosi tissutale, si potrà ricorrere alla tecnica di Thal (sutura mediante lembo di fondo gastrico); oppure all'uso di patch di pleura o di diaframma; oppure ad una funduplicatio previa frenotomia. È consigliabile associare una gastrostomia per il drenaggio gastrico e l'alimentazione precoce (8, 9, 11, 17). Dopo le ventiquattro ore dall'inizio della sintomatologia si adotteranno provvedimenti meno cruenti possibili, essendo il malato in condizioni precarie per lo shock ingravescente e la mediastinite. Abbot consiglia l'impiego di un drenaggio a T (1); Johnson propone una esofagostomia cervicale escludente, un drenaggio toracico e gastrostomia (12, 16). Recentemente è stato proposto di trattare questo gruppo di pazienti con drenaggio del cavo pleurico, terapia antibiotica mirata e alimentazione parenterale totale ipercalorica (2, 5, 19).

Conclusioni

La rottura spontanea dell'esofago è evenienza drammatica gravata da altissima mortalità. Una diagnosi precoce ed un intervento immediato sono essenziali per la salvezza del malato. Pertanto, di fronte ad un paziente che lamenta dolore retrosternale insorto acutamente, spesso dopo vomito, con dispnea, shock, talora enfisema sottocutaneo, è bene pensare ad una possibile rottura esofagea. Un esame radiografico del torace, un'esofagografia (gastrografin) e

un'esofagoscopia consentiranno di porre la diagnosi con precisione. L'esito favorevole del caso da noi descritto, unitamente al precedente, conferma la validità dei principi riferiti.

Bibliografia

- 1) Abbot O.A., Mansour K.A., Logan W.D., Hatcher C.R., Symbas P.N.: *Atraumatic so called «spontaneous» rupture of the esophagus.* J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 59, 1, 1970.
- 2) Ancona E., Peracchia A., Frasson P., Zilli L., Tremolada C., Di Maggio C.: *Perforazioni e fistole esofagee.* Piccin Editore, Padova, 1977.
- 3) Banks J.G. and Bancewicz J.: *Perforation of the oesophagus: experience in a general hospital.* Br. J. Surg. 68, 580, 1981.
- 4) Bevilacqua G., Tognini L., Gridelli B.: *Le rotture esofagee «spontanee».* Arch. ed Atti della Soc. Ital. di Chir., 82° Congresso, Roma 27-30 ott. 1980, vol. I pag. 252.
- 5) Brown R.H., Cohen P.S.: *Nonsurgical Management of Spontaneous Esophageal Perforation.* JAMA, 240, 140, 1978.
- 6) Burford T.H., Ferguson T.B.: In: *Critical Surgical Illness.* Edited by J.D. Hardy, Philadelphia, W.B. Saunders Co, 1971.
- 7) Coppola V., Fenza M., Sondano A., Turco G., Verrengia D.: *La sindrome di Boerhaave.* Min. Chir. 36, 549, 1981.
- 8) Curci J.J., Horman M.J.: *Boerhaave's syndrome: the importance of early diagnosis and treatment.* Ann. Surg. 183, 401, 1976.
- 9) Dei Poli M., Seglie E., De Simone M., Viglione F.: *La rottura spontanea dell'esofago.* Min. Chir. 33, 1199, 1978.
- 10) Derbes V.J., Mitchell R.G.: *Rupture of the esophagus.* Surgery 39, 688, 1956.
- 11) Grillo H.C., Wilkins E.W.: *Esophageal Repair Following Late Diagnosis of Intrathoracic Perforation.* Ann. Thorac. Surg. 20, 387, 1975.
- 12) Johnson J., Kirby C.K.: *Surgery of the chest.* Year Book Medical Publishers, Chicago, 1964.
- 13) Luc M., Grillo H.C., Malt A.R.: *Esophageal perforation.* The Ann. of Thorac. Surgery, 33, 203, 1982.
- 14) Naclerio E.A.: *The «V-sign» in the Diagnosis of Spontaneous Rupture of the Esophagus (an early roentgen clue).* Am. J. Surg. 93, 291, 1957.
- 15) Rodolico A.: *Il trattamento delle rotture iatrogene dell'esofago.* Boll. Soc. Ital. Chir. 4, 30, 1981.
- 16) Schwartz M.L., Mc Quarrie D.G.: *Surgical management of esophageal perforation.* Surg. Gynecol. Obstet. 151, 669, 1980.
- 17) Tazzioli G., Morandi U., Fontana G., Olivetti G.P., Lavini C., Lodi R.: *Sindrome di Boerhaave. Considerazioni cliniche e terapeutiche su di un caso di rottura spontanea dell'esofago.* Arch. Chir. Toracica e Cardiovascolare, 5, 63, 1983.
- 18) Thal A.P., Hatafuku T.: *Improved operation for esophageal rupture.* Jama, 188, 826, 1964.
- 19) Triggiani E., Roberti Q.A.: *Le rotture dell'esofago.* Archivio e Atti della Soc. Ital. Chir., 82° Congresso, Roma 27-30 ott. 1980, Vol. 1, pag. 278.
- 20) Zaninotto G., Merigliano S., Lovascio D., Costantini M., Ancona M.: *Le toracotomie d'urgenza nella rottura spontanea dell'esofago.* 83° Congresso Nazionale Soc. Ital. Chir. Bologna 3-6 ott. 1981. Comunicazioni, pag. 50.