

Trattamento efficace di chilotorace grave e persistente dopo trauma toracico



Ann. Ital. Chir., 2007; 78: 125-127

Cinzia Baratti*, Francesco Roscio*, Francesco Ciccarese*,
Paolo Previde Massara*, Alessia De Simone*, Fabio Ferla*,
Mattia Pizzi*, Luigi Santambrogio**, Emilio Trabucchi*



*Ospedale "Luigi Sacco" U.O.C. Chirurgia Generale I; Cattedra di Chirurgia Generale, Università degli Studi di Milano;

**I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore di Milano, U.O.C. Chirurgia Toracica, Milano.

Successful management of severe unremitting chylothorax after thoracic trauma

Post-traumatic chylothorax needs surgical approach when conservative treatment is not successful to reduce chyle leakage. Thoracic duct ligation requires thoracoscopic or thoracotomic access. The authors report on a surgical thoracotomic approach to a severe and unremitting thoracic duct lesion after IX and X ribs and vertebral fractures.

KEY WORDS: Chylothorax, Thoracic trauma.

Osservazione

Riportiamo il caso di un uomo di 38 anni giunto all'osservazione per "politrauma" in seguito ad incidente stradale. Il paziente non presentava segni di compromissione neurologici ed alterazione dello stato emodinamico. L'esame obiettivo evidenziava una vasta ferita lacero contusa dell'avambraccio sinistro in regione olecranica con esposizione dei tessuti ed escoriazioni al fianco destro. Era presente, inoltre, una spiccata dolorabilità alla digitopressione dei somi vertebrali toracici ed un'importante dolenzia dorso-lombare senza deficit di sensibilità distale. L'obiettività toracica consisteva in ottusità percussoria della base destra, scomparsa del murmure vescicolare ed ipomobilità dell'emitorace destro. L'obiettività addominale era negativa.

Non si evidenziavano segni clinici e radiologici d'instabilità del bacino. Il paziente veniva sottoposto a Rx del torace, TC della colonna dorso-lombare, TC toraco-addominale, Rx dei segmenti ossei dell'avambraccio destro e sinistro ed a prelievi che evidenziavano segni d'anemizzazione con valori di Hb 7,8; GR 3670000; HT 25,9; Plt 492000. Alla TC del torace, si apprezzava una falda di versamento pleurico in corrispondenza dei segmenti apicale e posteriore del lobo polmonare superiore destro, nel cui contesto era apprezzabile una modesta componente emorragica. Non vi erano focolai

parenchimali a carattere contusivo d'entità rilevante bilateralmente, né falde di pneumotorace. Si repertava inoltre la frattura dell'arco costale posteriore della X costa destra, con immagine di rima fratturativa composta sul versante sinistro del soma e del processo spinoso della X vertebra dorsale, in assenza di migrazioni intracanalari di frammenti somato-discalari e segni di compressione ab estrinseco (Fig. 1). Si associava, inoltre, frattura composta del processo trasverso di D9, dell'arco costale posteriore destro della stessa vertebra e del processo trasverso sinistro di D11. Non si evidenziava accumulo extravascolare di mezzo di contrasto in sede toracica indicativo di dissecazione vascolare post-traumatica. A carico degli organi splanchnici addomino-pelvici si evidenziavano reperti di normalità. All'Rx degli avambracci risultava la frattura dell'olecrano destro. Si procedeva, quindi, al trattamento del versamento pleurico mediante il posizionamento di un drenaggio 28 Fr in aspirazione nel V spazio intercostale destro sulla linea ascellare media con raccolta di 800 cc di materiale ematico in 6 ore. In reparto il paziente veniva sottoposto a terapia infusione con cristalloidi; terapia antibiotica con Amoxicillina ed Acido Clavulanico; terapia antalgica con Ketorolac e anti-H2. Nel periodo di osservazione in reparto, il liquido di drenaggio è apparso lattescente a partire dall'ottava giornata di degenza, con le caratteristiche macroscopiche tipiche del chilo, assumendo, dopo terapia medica, caratteristiche sierose, con una quantità giornaliera media di 1341 cc (700-2100/die) (Fig. 2). Si ha avuto conferma di chilotorace con l'esame chimico-fisico del liquido stesso, il quale presentava i seguenti valori medi: Glucosio 117,5 mg/dl (113-122); Proteine totali 0,31 mg/dl (0,28-0,34); Colesterolo totale 30,5

Pervenuto in Redazione Giugno 2006. Accettata per la pubblicazione Agosto 2006.

Per la corrispondenza: D.ssa Cinzia Boratti, Ospedale "Luigi Sacco", Via G.B. Grassi 74, 20161 Milano (e-mail: drbarattincinzia@yahoo.it).



Fig. 1: Ricostruzione TC del soma vertebrale di D10.

mg/dl (28-33); Trigliceridi 140 (82-169); Rapporto Col. Tot./Trigl. 0,217. Il paziente veniva sottoposto, nel frattempo, ad intervento chirurgico di riduzione e sintesi della frattura dell'olecrano destro con fili a cerchiaggio in XVI giornata dal ricovero. Nella degenza successiva il paziente non ha mostrato segni di infezione ed è stato sottoposto a regime dietetico ipolipidico a base di trigliceridi a catena media. Il peso corporeo medio nei giorni precedenti l'intervento chirurgico toracotomico è risultato essere 67,1 Kg (65-68.7); Ai controlli radiografici seriati del torace non si osservavano falde di pneumotorace, ma era presente una modesta velatura pleurica bibasilar con atelettasia passiva dei territori polmonari adiacenti ed ispessimento della sierosa pleurica in sede iuxtadiaframmatica posteriore destra. Dopo aver constatato la non risoluzione del quadro clinico mediante trattamento medico-conservativo ed avendo osservato

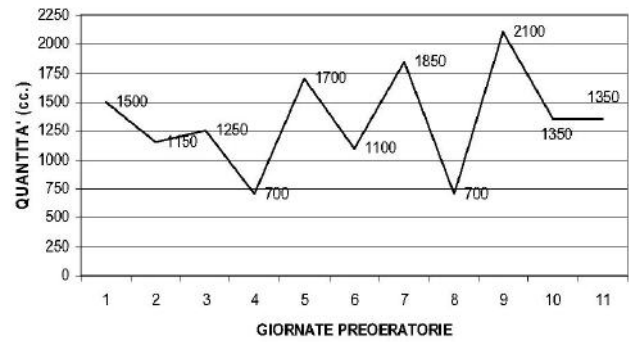


Fig. 2: Liquido di drenaggio preoperatorio.

i tempi canonici suggeriti in letteratura, dopo consulto neurochirurgico che, escludendo eventuali lesioni mieliche, non pregiudicava l'eventuale necessità di un decubito operatorio laterale, si procedeva ad intervento chirurgico. L'accesso alla cavità toracica è stato effettuato mediante toracotomia esplorativa postero-laterale in VI spazio intercostale destro in decubito laterale sinistro. L'intervento chirurgico è consistito nella toilette della cavità pleurica e pleurolisi di coesistente pachipleurite sierofibrinosa e, previa sezione del legamento polmonare, isolamento e successiva sutura con punti transfissi e materiale sigillante sintetico (polietilenglicoli, PEG) della presunta breccia del dotto toracico localizzata in sede sovradiaframmatica anteriormente al corpo vertebrale tra la vena azygos, l'esofago e l'aorta, individuata dallo stillicidio di materiale oleoso intratoracico, ottenuto mediante carico orale preoperatorio di 200 cc d'olio d'oliva. Si posizionavano, infine, due tubi di drenaggio a caduta in sede apicale e basilare destra. Nell'immediato postoperatorio il paziente veniva trasferito nel Reparto di Terapia Intensiva per il monitoraggio continuo dei parametri vitali. Al ritorno in reparto di degenza il paziente è stato sottoposto a fisioterapia respiratoria e motoria quotidiane. Il decorso postoperatorio è risultato regolare, senza la comparsa di iperpiressia né focolai broncopneumonici. Il liquido di drenaggio è sempre stato siero-ematico e, sottoposto ad esame chimico-fisico, ha mostrato i seguenti valori medi: Colesterolo totale 19,6 mg/dl (6-36); Trigliceridi 84,6 mg/dl (46-137); Glucosio 37,3 mg/dl (0-110); Proteine totali 0,13 mg/dl (0,4-1,9); Rapporto Col. Tot./Trigl. 0,244 (Fig. 3). I drenaggi sono stati rimossi in XIV giornata postoperatoria, previa esecuzione di Rx torace di controllo che mostrava polmone destro a parete e assenza di falde di versamento pleurico.

La dimissione del paziente è avvenuta in XVI giornata postoperatoria.

Discussione

L'eziologia del chilotorace può essere ricondotta a traumi, malformazioni congenite e neoplasie¹. Il chilotora-

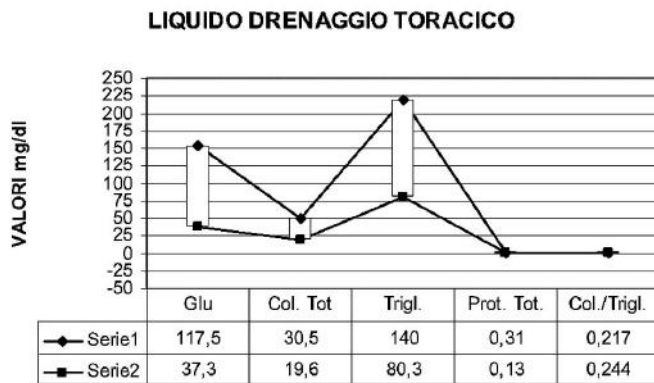


Fig. 3: Indici chimico-fisici preoperatori (serie 1) e postoperatori (serie 2) del liquido di drenaggio toracico.

ce posttraumatico può essere causato da una lacerazione dal dotto toracico e può essere complicato da un'elevata morbilità e mortalità per cause settiche se non trattato adeguatamente². In particolare, nei traumi chiusi del torace la rottura del dotto toracico è determinata da lesioni costali posteriori o vertebro-costali³. Se la frattura è sotto a D5-D6, si riscontra in genere all'Rx torace un versamento pleurico destro; per lesioni sovrastanti, si evidenzia un versamento sinistro; le lesioni a tale livello sono caratterizzate, invece, da versamento bilaterale⁴. Il quadro clinico è eterogeneo: il paziente può essere asintomatico in questo caso la diagnosi viene posta in base al Rx torace a distanza di qualche ora⁵ o di qualche giorno⁶, dispnoico o presentare complicanze metaboliche ed immunologiche⁷. Il sospetto diagnostico generalmente viene posto con la lastra del torace in due proiezioni (AP-LL), seguita da TC o RMN toraciche e la conferma all'esame chimico-fisico del liquido di drenaggio toracico. La linfografia e la linfo-scintigrafia non sempre consente una precisa visualizzazione della sede della fistola linfatica, pur mantenendo un'indicazione nel determinare l'anatomia del dotto toracico. Un approccio conservativo, caratterizzato dalla somministrazione di trigliceridi a catena media, risulta essere la prima opzione terapeutica se non concomitano complicanze emorragiche e settiche. L'indicazione chirurgica, invece, viene posta dopo circa quindici giorni di terapia medica non risolutiva. Questa è possibile sia con un approccio toracotomico che video-assistito⁸.

Il caso in esame trattato ci permette di sottolineare ed esporre alcune riflessioni:

1. Il concomitante emotorace e la comparsa tardiva del chilotorace ha ritardato la diagnosi ed i relativi provvedimenti terapeutici adeguati.

2. La scelta chirurgica è stata corretta ed effettuata con il giusto "timing", consapevoli dei numerosi casi d'insuccesso e di recidiva⁹.
3. L'approccio toracotomico ci è sembrato più adeguato visto il tempo intercorso dal trauma e la necessità di trattare la coesistente pachipleurite sierofibrinosa in modo appropriato.
4. Il non reperire la soluzione di continuo del dotto toracico è un fatto frequente, ma l'esecuzione di un'estesa pleurodesi associata a sutura della presupposta lesione duttale, ha permesso la risoluzione del nostro caso.

Riassunto

Il chilotorace post-traumatico necessita di un approccio chirurgico quando il trattamento conservativo, protratto per almeno quindici giorni, non è risolutivo. La legatura del dotto toracico può essere effettuata con tecnica toracotomica o toracoscopica. Noi riportiamo il caso di un chilotorace post-traumatico persistente risolto con approccio chirurgico toracotomico.

Bibliografia

- 1) Mares DC, Mathur PN: *Medical thoroscopic talc pleurodesis for chylothorax due to lymphoma*. Chest, 1998; 114:731-35.
- 2) Buchan KG, Hosseinpour A, Ritchie AJ: *Thoracoscopic thoracic duct ligation for traumatic chylothorax*. Ann Thorac Surg, 2001; 72:1366-367.
- 3) Forster E, Maguet A, Cinqualbre J, Piombini JL, Schiltz E: *A propos d'uncas de chylothorax fermé consecutive a un traumatisme vertebrocostal*. Chirurgie, 1975; 2:605-16.
- 4) Butcher K, Charpentier C, Audibert G, Grosdidier G, Laxsenaire MC: *Chylothorax après traumatisme fermé du thorax*. Ann Fr Anesth Reanim, 1996; 15:185-88.
- 5) De Hert S, Heytens L, Van Hee R: *Current management of traumatic chylothorax*. Acta Anesthesiol Belg, 1988; 39:101-07.
- 6) Abet D, Pietri J: *Chylothorax traumatique à thorax fermé*. J Chir, 1986; 123:242-45.
- 7) Maris BC, Naunheim KS, Fiore AC, Pennington DG: *Conservative versus surgical management of chylothorax*. Ann J Surg, 1992; 164:532-35.
- 8) Inchel Y, Sassoon C: *Hemothorax and chylothorax*. Curr Opin Pulm Med, 1997; 3:310-14.
- 9) De Beer HGJ, Moll MJT, Janssen JP: *Chylothorax*. The Nederland Journal of Medicine, 2000; 56:25-31.

