



Crema, lì 23/03/2012

## PNX SPONTANEO: indicazioni alla chirurgia

### Primo episodio:

La chirurgia è:

- indicata anche al primo episodio nel PNX con perdita aerea persistente perché la probabilità di guarigione è minima se la perdita persiste > 48 h
- raccomandata per perdite aeree persistenti > 5 gg di drenaggio pleurico funzionante.

La mancata riespansione può dipendere dalla presenza di una fistola broncopleurica o da un "trapped lung" → procedere prima ad un'indagine fibrobroncoscopica per valutare le condizioni endobronchiali e successivamente → alla chirurgia che permette la chiusura della fistola o la decorticazione con riespansione del polmone.

Cosa fare in presenza di:

1. **PNX bilaterali o ipertesi** (anche se rari) → subito chirurgia anche al primo episodio in vista della potenziale letalità qualora ricorrano
2. **PNX con presenza radiologica di una grossa bolla** → indicazione chirurgica anche al primo attacco.
3. **EMOPNX** con sanguinamento significativo → indicazione chirurgica per il controllo del sanguinamento e per evacuare i coaguli ematici che possono complicarsi con empiema e fibrotorace
4. **PNX primo episodio in tuffatori/sommozzatori personale di volo** → chirurgia sempre
5. **PNX spontaneo secondario**: al primo attacco la chirurgia va ponderata dopo attenta valutazione della patologia primitiva, considerando anche l'ipotesi del solo talcaggio pleurico, e va adottata solo se serve per prevenire eventi futuri letali → valutare la chirurgia caso per caso su base individuale in considerazione degli elevati rischi chirurgici.

### Secondo Episodio:

PNX spontaneo primario al secondo episodio → chirurgia per l'elevato tasso di successo e il basso rischio chirurgico. Nel caso di presentazione (come secondo episodio) dal lato controlaterale al primo → chirurgia subito per non rischiare un successivo PNX bilaterale letale.

## GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA PNEUMOTORACE SPONTANEO RECIDIVO CANDIDATI A TRATTAMENTO CHIRURGICO

- 1) Pazienti con: Pnx bilaterale – Pnx iperteso – Segni di insufficienza respiratoria
  - posizionamento di drenaggio toracico in urgenza
  - programmazione di intervento chirurgico in seconda istanza
  
- 2) Pazienti con: Pnx monolaterale, normoteso e in condizioni di omeostasi respiratoria
  - intervento chirurgico eseguibile in condizioni di urgenza differibile, senza preventivo drenaggio toracico
  - subito dopo l'induzione dell'anestesia e l'intubazione bronchiale selettiva, posizionamento di piccolo drenaggio toracico (tipo Pleurocath)+valvola unidirezionale di Heimlich, allo scopo di prevenire il possibile realizzarsi di un Pnx iperteso, durante le fasi di preparazione del paziente alla procedura chirurgica
  - successivi controlli della posizione del tubo endobronchiale (prove di esclusione + controllo fibroscopico)
  - posizionamento del paziente (posizione laterale e spezzata)
  - controlli finali della posizione del tubo endobronchiale
  - inizio procedura chirurgica

Il Direttore di U.O.  
Pneumologia  
Dr. S. Aiolfi

Il Direttore di U.O.  
Anestesia e Rianimazione  
Dr. A. Dossena

Il Direttore di U.O.  
Ch. Generale e Toracica  
Dr. G. Pisano