

archivio di chirurgia toracica e cardiovascolare



edizioni luigi pozzi - roma

ISSN: 0391-7089

tenziali Ventricolari tardivi (LP) all'esterno della superficie corporea mediante l'Elettrocardiografia ad Alta Risoluzione. La metodica, la cui affidabilità è ampiamente documentata, è scevra di rischi per il paziente. Sono stati sottoposti a tale indagine 21 pz., la cui patologia era costituita da difetti interatriali (DIA), sostituzioni mitraliche, aortiche, aneurismi del vs. Le variazioni più significative ed evidenti sono state riscontrate nei DIA e nelle aneurismectomie. I 3 p. con DIA presentavano, prima dell'intervento, un P-R lungo, il cui ritardo era localizzabile nella sezione soprahisiana; controlli nel decorso post-operatorio evidenziavano una conduzione a-v nella norma. Verosimilmente una migliore performance cardiaca indusse una fisiologica conduzione. In altri due p. con aneurisma del vs, affetti da recidivanti e minacciose crisi di tachicardia ventricolare, si registrarono i LP. L'escissione della zona aneurismatica fu risolutiva nello scongiurare l'aritmia. I controlli ripetuti post-operatori mostrano la scomparsa dei LP. L'utilità della metodica su tale patologia aritmica appare indubbia; infatti se da tempo era noto un minor rischio di morte improvvisa in tali soggetti, non definiti erano i presupposti elettrofisiologici che sottendevano la sudden death. Più ampie casistiche potranno confermare tali dati.

Trattamento chirurgico delle embolie polmonari fulminanti

U. Morandi (**), C. Minale (*), G. Tazzioli (**), R. Lodi (**), B. J. Messmer (*)

(*) *Chirurgia Toracica e Cardiovascolare dell'Università di Aquisgrana (FRG)* e (**) *Chirurgia Toracica dell'Università di Modena*

Dal '79 all'85, 18 pazienti (età mediana 50 anni, 19-68) con embolia polmonare fulminante furono sottoposti ad embolectomia. Le patologie di base furono: politrauma,

pregressi interventi ortopedici, urologici, addominali, cosmetici, sindrome nefrotica, e neuropatie.

Tutti i pazienti erano in shock protratto. In un paziente la diagnosi di embolia polmonare venne sottoposta tardivamente. Una paziente, dopo plastica della parete addominale, fu rianimata presumibilmente dopo circa 20 minuti di ipotensione massiva. L'intervento fu eseguito nell'incertezza di morte cerebrale. La press. polmonare ed i gas arteriosi furono controllati in tutti i pazienti preoperatoriamente. L'arteriografia polmonare fu eseguita in circa i due terzi dei casi. La press. arteriosa sistolica fu in media di 60 mmHg., la media di 40 mmHg. La press. parziale di O₂ con una F_iO₂ 100% fu di 58 mmHg in media, mentre la press. parziale di CO₂ fu di 54 mmHg. L'intervento fu eseguito in CEC. In tutti i pazienti, alla fine dell'intervento fu impiantato un filtro cavale di Kimray-Greenfield. Tutti i pazienti sopravvissero, ad eccezione dell'unico in cui la diagnosi venne posta quasi 12 ore dopo l'insorgenza della sintomatologia. La causa fu una dilatazione irreversibile del ventricolo destro. La paziente con sospetto di morte cerebrale, superò l'intervento bene dal punto di vista cardiovascolare e polmonare. Dopo l'accertamento della morte cerebrale il respiratore fu disconnesso e la paziente decedette. Il decorso postoperatorio fu privo di complicazioni in tutti i casi. Due mesi dopo l'intervento, un paziente fu sottoposto a lobectomia polmonare per la presenza di una cavità ascessuale sulla base di un infarto polmonare conseguente all'embolia. Tutti gli altri pazienti sono stati considerati in ottime condizioni durante l'ultimo controllo alla fine del 1985. In conclusione, i risultati del nostro studio mostrano che la mortalità globale della terapia chirurgica delle embolie polmonari massive è del 11%. Considerando comunque che in uno dei pazienti, la morte cerebrale preesisteva all'intervento, la mortalità netta è del 5.5%. La complicanza più grave in questi casi è la dilatazione irreversibile del ventricolo destro, per cui l'indicazione operatoria deve essere posta con assoluta urgenza, potendo essendo qualunque indecisione fatale.