

PUBBLICAZIONE

15

I TRAUMI DEL TORACE

NELL' ANZIANO: ASPETTI DI TERAPIA

CHIRURGICA

**Mariano Batori, Marco Castellari, Ivano Capriotti, Alessandro Caminiti
Roberto Dell'Arte, Mariella Lepore, Massimo Ruggieri, Antonio Paolini**

Università degli Studi di Roma «La Sapienza»

Istituto di IV Clinica Chirurgica

(Dir.: Prof. V. Martinelli)

Insegnamento di Semeiotica Chirurgica

(Prof. A. Paolini)

I TRAUMI DEL TORACE NELL'ANZIANO: ASPETTI DI TERAPIA CHIRURGICA

Gli Autori puntualizzano l'importanza assunta nelle società occidentali dai traumi toracici in soggetti di età superiore ai 65 anni.

Essi sottolineano come tale quadro patologico richieda un attento controllo clinico e strumentale in considerazione dell'elevata mortalità, evidenziando i problemi connessi alla scelta di una idonea terapia chirurgica.

Nelle società industrializzate i traumatismi del torace costituiscono una elevata percentuale delle urgenze gravi, tanto che negli Stati Uniti circa il 25% dei decessi per trauma è determinato da questo tipo di lesioni (1).

I traumi toracici riconoscono nella crescente urbanizzazione e diffusione dei veicoli a motore la loro principale causa; infatti in circa il 90% dei casi sono provocati da incidenti automobilistici e da investimento di pedoni, mentre le cadute accidentali, gli incidenti sul lavoro ed altre cause intervengono solo in una minoranza dei casi (2, 3).

La patologia interessa prevalentemente i giovani adulti, tuttavia l'innalzamento dell'età media ha fatto registrare un progressivo aumento dell'incidenza nei soggetti con età superiore ai 65 anni; alcuni studi inoltre hanno evidenziato in questi pazienti una mortalità da 2 a 3 volte superiore a quella registrata nel resto della popolazione (3, 4).

I traumi del torace sono classicamente distinti in traumi chiusi, di più comune riscontro nella infortunistica stradale, ed in traumi aperti, provocati nella maggioranza dei casi da ferite penetranti del torace.

Nei soggetti anziani un trauma chiuso anche modesto può provocare una importante alterazione dell'equilibrio cardiocircolatorio o respiratorio e tali condizioni, se non vengono prontamente riconosciute, evolvono frequentemente in

una insufficienza cardiopolmonare irreversibile. In questi pazienti infatti le conseguenze di un traumatismo anche lieve si sommano spesso a patologie cardiache o polmonari preesistenti, e comportano una maggiore probabilità di scompenso cardiorespiratorio.

La maggiore percentuale di decessi riscontrata tra gli anziani è principalmente correlata ad una ridotta tolleranza al traumatismo piuttosto che alla gravità del medesimo; infatti a differenza degli individui più giovani, dove esiste una proporzionalità diretta tra entità del trauma e mortalità, nei soggetti con più di 65 anni la entità del danno toracico non investe un particolare indice prognostico.

A dimostrazione di ciò la terapia rianimatoria si rende spesso necessaria negli anziani a distanza di alcuni giorni dal trauma per l'insorgenza di complicanze o di scompenso cardiocircolatorio o respiratorio, mentre nei soggetti più giovani le manovre rianimatorie sono in genere attuate entro le prime ore dal traumatismo e risultano correlate alla sua gravità (4).

Appare evidente che tali pazienti debbano essere considerati come soggetti ad alto rischio e richiedono un prolungato controllo clinico e strumentale, con una attenta valutazione dei parametri vitali. Nei casi più gravi sono opportuni un monitoraggio emodinamico della PVC e frequenti emogasanalisi, per riconoscere precocemente le alterazioni circolatorie od una riduzione degli scambi gassosi alveolari (5).

Le fratture costali sono le complicanze più frequenti nei traumatizzati sopra i 65 anni, presumibilmente per la perdita della elasticità della gabbia toracica in questi pazienti; ad esse consegue sempre un deficit ventilatorio, anche quando sono interessate solo una o due coste.

Di comune riscontro dopo i traumi sono anche il pneumotorace e l'emotorace, in genere determinati dalle fratture costali, ma talora favoriti da modificazioni sclerotiche del parenchima polmonare. Inoltre nei soggetti anziani si è osservata una maggiore incidenza delle complicanze post-traumatiche quali l'atelettasia, i processi broncopneumonici e l'ARDS (3).

È evidente quale difficoltà possa comportare in questi casi la scelta di una adeguata terapia, mirata ad offrire una sicura efficacia ma capace di imporre un ridotto impegno al malato, per non interferire con un equilibrio di per sé già precario.

A tale proposito è opinione diffusa che la maggioranza delle lesioni traumatiche del torace non necessita di provvedimenti chirurgici immediati, mentre vi è un generale accordo sull'importanza del monitoraggio emodinamico, emogasanalitico, e laboratoristico; inoltre si rivela indispensabile un drenaggio pleurico precoce in presenza di un pneumo od emotorace (2, 5, 6).

Dall'analisi della letteratura si evidenzia una bassa percentuale di toracotomie esplorative in presenza di traumi chiusi, poiché un adeguato drenaggio consente la riespansione polmonare con possibile compressione delle fonti di san-

guinamento parietali o polmonari. In tali condizioni Wilson e coll. (7) ritengono che solo una minima percentuale, inferiore al 15%, necessita di un approccio chirurgico. Una precisa indicazione alla esecuzione di una toracotomia è data invece dal sanguinamento prolungato (con perdita ematica superiore a 200-300 ml/h od a 600-1000 ml dopo 2 ore) (2, 3, 8), dal mancato drenaggio di cospicue raccolte di sangue coagulato, od in presenza di una grave contusione polmonare che influenzi negativamente la funzionalità respiratoria (2, 3, 5, 8).

In particolare nei pazienti con grave contusione polmonare l'indicazione al trattamento chirurgico associato a resezione polmonare si determina in caso di ipossia grave ($PO_2 < 40$ mmHg), non controllata dalla ventilazione assistita.

La terapia dei traumi aperti del torace si diversifica in funzione della natura del trauma e presuppone un'accurata valutazione dell'entità delle lesioni. Alcuni studi (9, 10) hanno evidenziato che nella popolazione civile solo una minoranza dei casi (tra il 13 ed il 25%), necessita di una toracotomia esplorativa, sempre comunque dopo un attento controllo delle condizioni cliniche, una adeguata ventilazione assistita ed un appropriato drenaggio del cavo pleurico.

I traumi aperti limitati alla parete e senza interessamento polmonare possono essere trattati come traumi chiusi, riservando la toracotomia alle ampie breccie parietali, alle lesioni penetranti, o alla ritenzione di corpi estranei (2).

L'intervento chirurgico si impone di necessità nei traumi aperti con ferita profonda dove si possono verificare emorragie prolungate non controllabili con drenaggio pleurico. Analoghe considerazioni vanno effettuate nelle ferite penetranti da arma da taglio o da fuoco associate alla ritenzione di corpo estraneo.

Nel caso si sospetti una lesione tracheale o bronchiale è preferibile far precedere la toracotomia dalla broncoscopia onde ottenere una precisa localizzazione della lesione.

Da quanto sopra esposto si possono trarre alcune considerazioni conclusive:

- I traumi del torace sono in continuo aumento tra gli anziani e costituiscono sempre una condizione di pericolo, poiché possono influenzare una funzionalità cardiorespiratoria già compromessa.
- La prognosi di questi malati non è correlata alla gravità del trauma ed essi richiedono un'attenta e prolungata osservazione clinica e strumentale, con monitoraggio continuo del quadro emodinamico e respiratorio.
- Il trattamento delle lesioni toraciche richiede un'attenta valutazione e deve associare all'efficacia una ridotta invasività, con un impegno minimo per le riserve funzionali del paziente.

Summary — *The Authors analyzed the importance of blunt chest trauma in the elderly and considered respiratory care and eventual surgical possibility to control high mortality.*

Key words: *thoracic trauma, elderly.*

Bibliografia

1. National Safety Council: Accident Facts (Preliminary condensed edition). March 1983.
2. Grossi A. et al.: Indicazione alla toracotomia e all'exeresi di parenchima polmonare nei traumi del torace. *La Chirurgia Toracica* 1989; 42: 48-54.
3. Shorr R.M. et al.: Blunt chest trauma in the elderly. *J. Trauma* 1989; 29: 234-7.
4. Amenta E. et al.: Atti del 90° Congresso della Società Italiana di Chirurgia, 1988: 1237-40.
5. Manni C.: Aspetti di terapia intensiva nel trauma toracico. *La Chirurgia Toracica* 1989; 42: 83-9.
6. Gotti G. et al.: The treatment of traumatic lung lesion. *Surg. Italy* 1977; 7:3-11.
7. Symbas P.N.: Acute traumatic hemothorax. *Ann. Thorac. Surg.* 1978; 26: 195-6.
8. Wilson R.F. et al.: Shock and acute respiratory failure after chest trauma. *J. Trauma* 1977; 17: 697-705.
9. Helling T.S. et al.: Blunt and penetrating injuries in 216 victims of chest trauma requiring tube thoracostomy. *J. Trauma* 1989; 29: 1367-70.
10. Oparah S.S., Mandall A.K.: Operative management of penetrating wounds in the chest in civilian practice. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1979; 77: 162-8.

CLINICA EUROPEA

PERIODICO TRIMESTRALE

Direttore responsabile: Prof. LINO BUSINCO

Redattore Capo: Dr. FABRIZIO FEDERICI

Redazione e Amministrazione: Via Concordia, 20 - Tel. (06) 7943327 - 7576475

TIPIGRAF snc - Tipolitografia di Pascucci A. - Trusiani L. & C.
00010 VILLA ADRIANA - TIVOLI (RM) — Via Galli 8/10 - Tel e Fax 0774/530340