



Università di Ferrara
fondata nel 1391

Istituto di Chirurgia Generale e Programma di Chirurgia Toracica

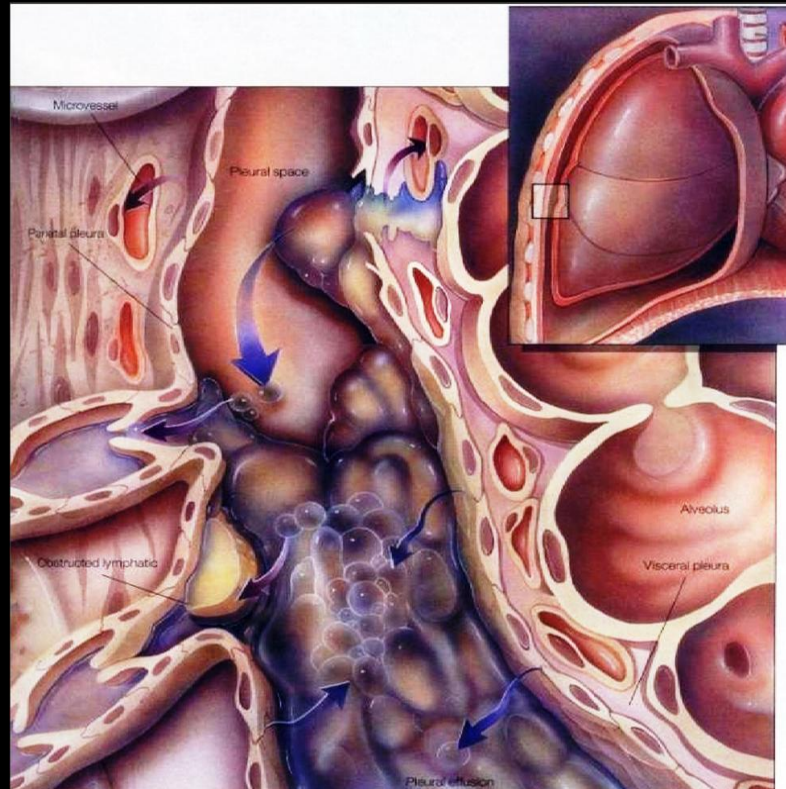
Direttore: Prof. G. Cavallesco

VERSAMENTI PLEURICI

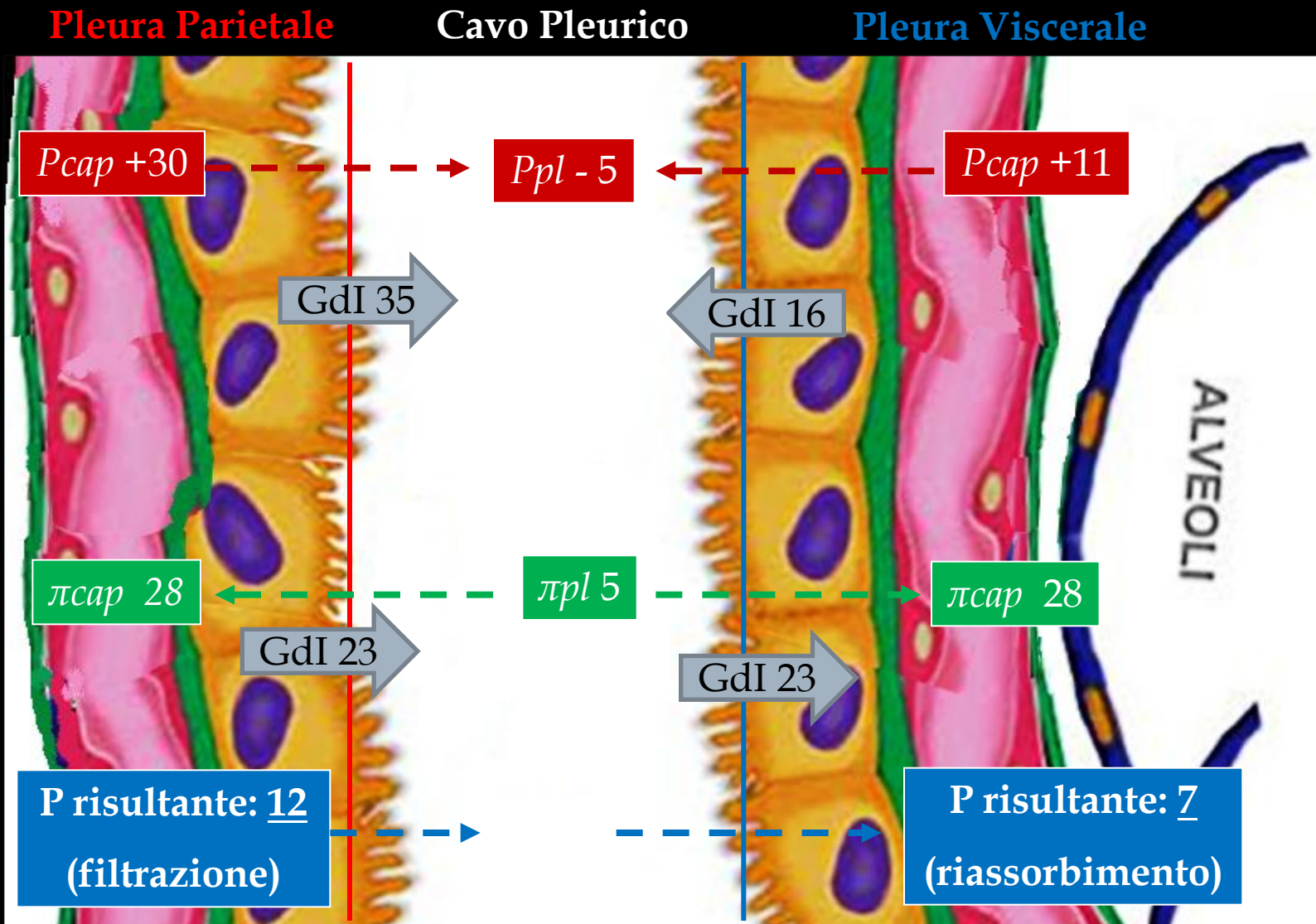


Principi generali - Definizione

Accumulo di abnorme quantità di liquido nello spazio interposto tra pleura viscerale e pleura parietale (spazio pleurico)



Principi generali - Fisologia



Principi generali – Fisiopatologia

- Eccesso della P della pleura viscerale (es. scompenso cardiaco congestizio) - trasudato
- Riduzione dell'assorbimento a causa della riduzione della π (es. sindrome nefrosica)
- Ostruzione vasi linfatici drenanti la pleura viscerale (es. carcinosi pleurica)
- Riduzione permeabilità pleurica (es. interessamento carcinomatoso)

Criteria di Light e classificazione

Criteria di Light

- Se proteine liquido pleurico/proteine sieriche > 0.5
- Se proteine liquido pleurico > 3 g
- Se LDH liquido pleurico/LDH sierico > 0.6
e/o LDH liquido pleurico $> 2/3$ dei valori di LDH plasmatici

Trasudato: se nessuno dei criteri è rispettato

Essudato: se almeno un criterio è rispettato

Qualità del versamento: trasudato

Aumento del liquido nel cavo pleurico dovuto ad un'alterazione della pressione oncotica e di quella idrostatica o a passaggio di liquido ascitico nello spazio pleurico.

- SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO
- CIRROSI
- SINDROME NEFROSICA
- PERICARDITE
- DIALISI PERITONEALE
- MIXEDEMA
- EMBOLIA POLMONARE
- SARCOIDOSI

Qualità del versamento: essudato

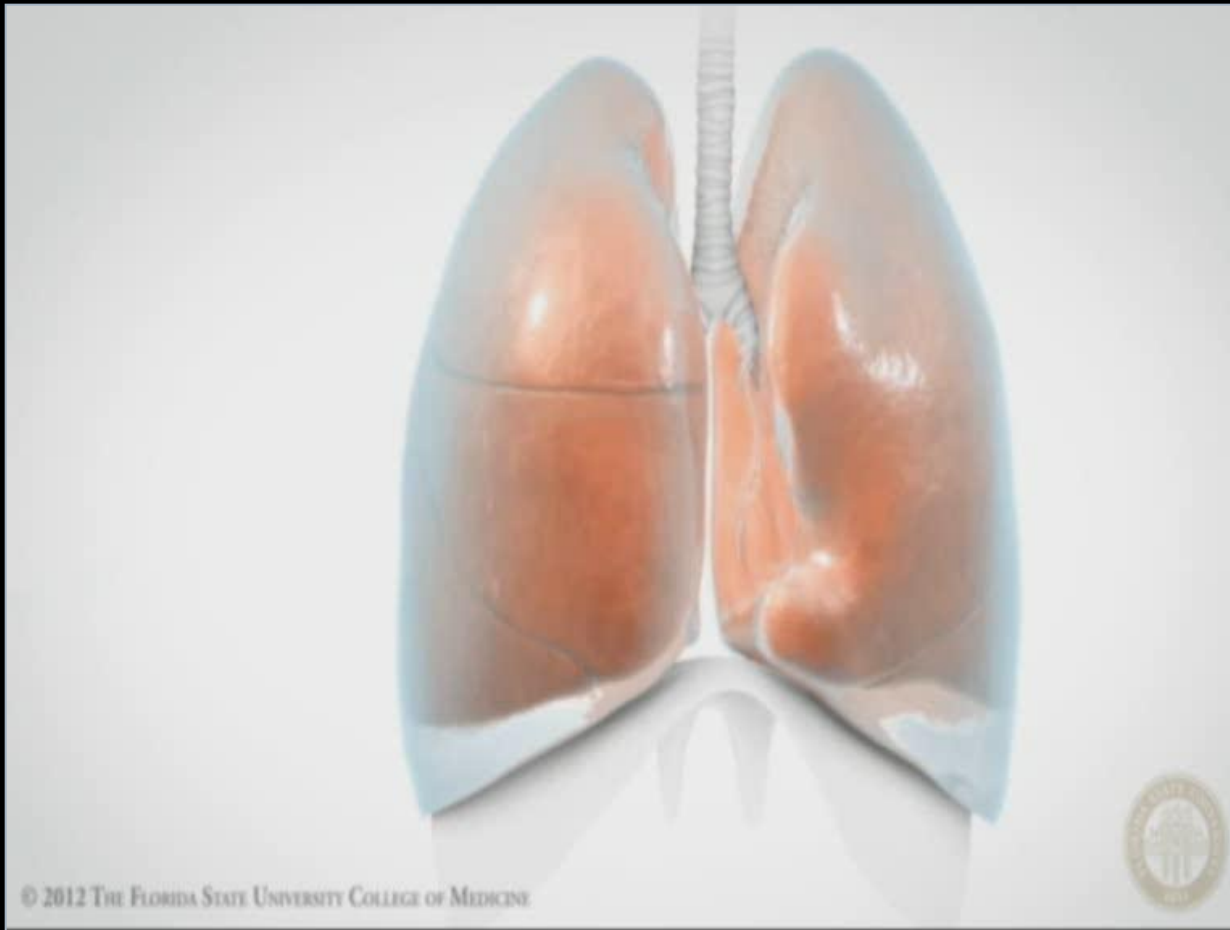
Patologia pleurica/polmonare: Aumento permeabilità capillare con passaggio di proteine, alterazioni del letto vascolare, riduzione del drenaggio linfatico

- MALATTIE NEOPLASTICHE (primitive e secondarie)
- MALATTIE INFETTIVE (piogeni, BK, infezioni virali, fungine, parassiti)
- EMOTORACE
- CHILOTORACE E PSEUDOCHILOTORACE
- CONNETTIVITI
- PATOLOGIE GASTROENTERICHE (ascessi addominali, pancreatite)

Versamento in corso di polmonite

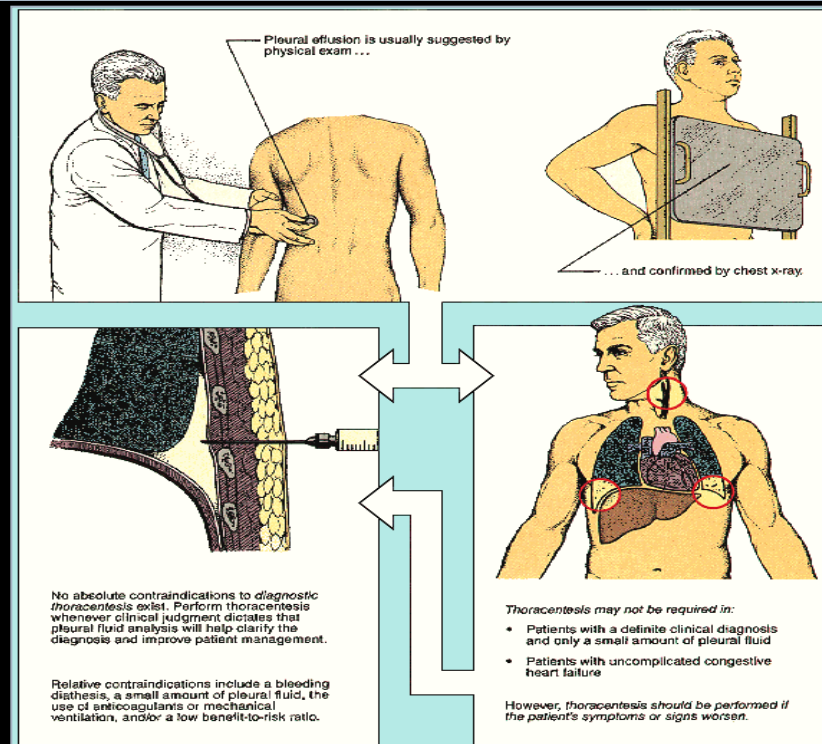
- Versamento metapneumonico: “successivo” a polmonite batterica;
- Versamento parapneumonico: associato a polmonite batterica, ascesso polmonare o bronchiectasia;
- Empiema pleurico: presenza di pus nello spazio pleurico

Principi generali: schema riassuntivo



Principi generali: diagnosi

- CLINICA : dolore, dispnea, febbre, tosse; ipomobilità, riduzione di MV e FVT, ipofonesi
- RADIOLOGICA: RX standard, TC, Ecografia
- TORACENTESI EVACUATIVA: esame del versamento
- BRONCOSCOPIA: BAL , Biopsia, ricerca BK
- TORACOSCOPIA: Biopsia Pleurica; Pleurodesi (diagnosi e terapeutica)

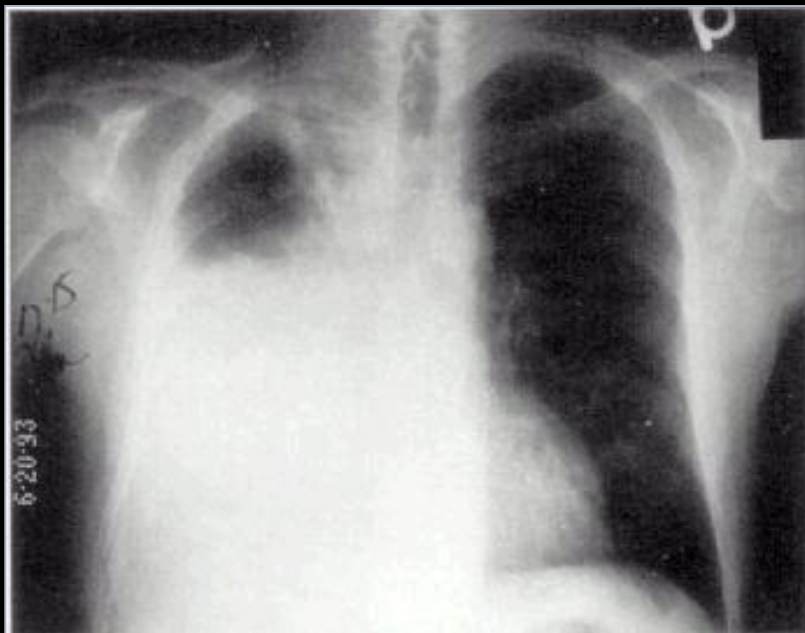


Caratteristiche chimico-fisiche del liquido

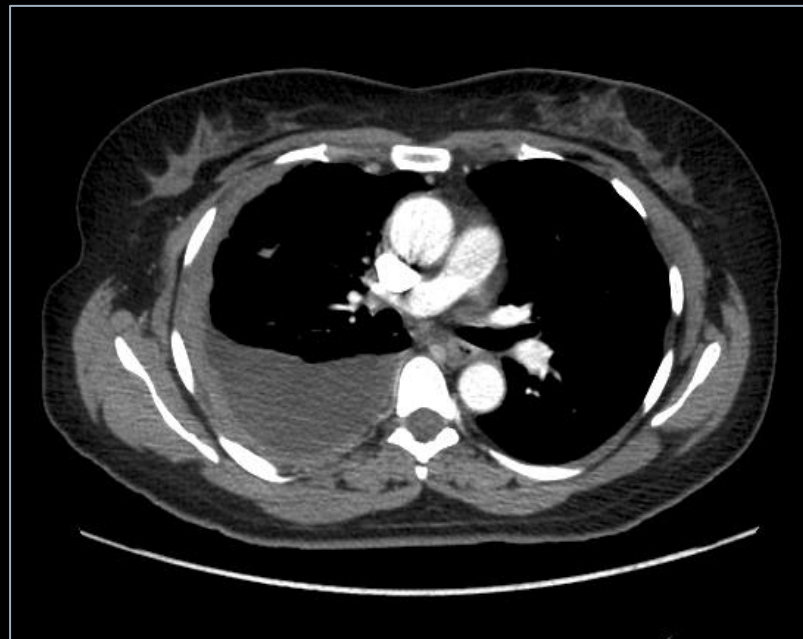
COLORE

- Giallo citrino: 70%
- Emorragico: se Ht > 25% si parla di emotorace (traumi toracici, neoplasie, ecc.)
- Lattescente: chilo (chilotorace) per la presenza di chilomicroni; chiliforme (pseudochilotorace) con complessi lecitine-globuline

Diagnosi: RX e TC torace



RX torace



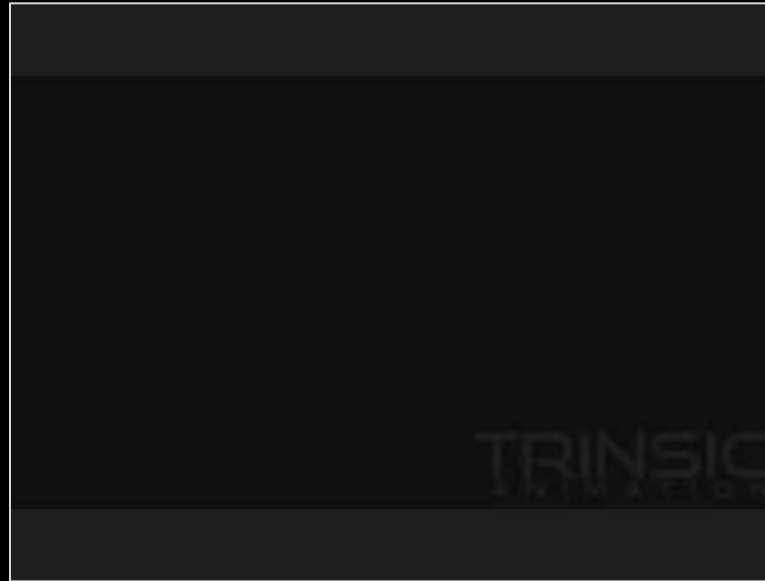
TC torace

Toracentesi

Sensibilità diagnostica

40-87%

(media 60%)



- Drenaggio del liquido pleurico
- Diagnosi citologica, batteriologica
- Esame chimico fisico
- Manovra poco cruenta e ripetibile

Drenaggio toracico



- Drenaggio del liquido pleurico
- Diagnosi citologica, batteriologica, ed esame chimico fisico
- Instillazione di antibiotici e chemioterapici
- Pleurodesi chimica (Talcaggio *slurry*)
- Presidio salvavita nelle situazioni in emergenza (sbandamento mediastinico/versamento massivo)

Toracoscopia

Sensibilità diagnostica

80-100%

(media 90%)



Anestesia generale

Intubazione doppio

lume

- Drenaggio del liquido pleurico e di *versamenti saccati*
- Diagnosi **istologica (biopsie pleuriche)**, citologica, batteriologica
- Stadiazione in caso di neoplasie
- Empiometoma/Decorticazione
- Trattamento emotorace post-traumatico
- Instillazione di antibiotici e chemioterapici ; Pleurodesi chimica (*Talcaggio poudrage*)



Casi particolari: chilotorace post chirurgico



32°
CONGRESSO NAZIONALE



Università di Ferrara
fondata nel 1391

Scuola di Specializzazione
in Chirurgia Toracica

Direttore: Prof. G. Cavallesco

**TRATTAMENTO TORACOSCOPICO DEL
CHILOTORACE POST CHIRURGICO**

Maniscalco P, Quarantotto E, Bottoli MC, Perna S, Grossi W, Garelli E, Cavallesco G.

www.thoracicsurgery.it

