

revisione della letteratura la percentuale di concordanza interosservatore è stata del 68,2%, salita al 100% con l'inserimento del radiologo senior.

La radiografia del torace svolge un ruolo fondamentale nella valutazione della PGD. Nella diagnosi di PGD è necessaria la creazione di un gruppo dedicato, con radiologi toracici esperti.

RIDUZIONE VOLUMETRICA POLMONARE COME BRIDGE AL TRAPIANTO D'ORGANO

Alice Bellini*; Giovanni Maria Comacchio; Pia Ferrigno; Alessandro Pangoni; Nicola Monaci; Samuele Nicotra; Andrea Dell'Amore; Marco Schiavon; Federico Rea
Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica Padova

Introduzione. L'enfisema polmonare end-stage rappresenta una indicazione al trapianto polmonare. Nelle forme eterogenee il ricorso alla riduzione volumetrica può rappresentare un'opzione terapeutica per migliorare le condizioni e posticipare il trapianto. La gestione anestesiológica intraoperatoria risulta complessa e deve essere attenta nell'evitare il barotrauma.

Metodologia. Paziente di 36 anni, ex-fumatore, con insufficienza respiratoria cronica correlata ad enfisema bolloso bilaterale, con presenza di bolla macroscopica a sinistra comprimete il parenchima, già valutato presso altro centro trapiantologico per inserimento in lista. In considerazione della giovane età del paziente e della volontà di posticipare la medicalizzazione correlata all'eventuale trapianto polmonare, abbiamo programmato un intervento di bullectomia sinistra videotoracoscopica associata ad elettrocausticazione pleurica, per consentire il maggior recupero del parenchima compresso. In vista di un eventuale inserimento in lista di trapianto urgente in caso di complicanze perioperatorie è stata eseguita una completa valutazione cardio-respiratoria.

Risultati. L'intervento programmato è stato condotto in ventilazione monopolmonare destra in modalità pressometrica con assistenza Prolung. È stata eseguita un'infusione continua di eparina (bolo 2000UI, poi infusione di 15UI/Kg/h) fino alla rimozione del device. La valutazione ossimetrica intraoperatoria ha evidenziato un quadro capnico stabile grazie al device, senza necessità di assistenza cardiocircolatoria. Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato da perdite aeree prolungate, risoltesi con blood patch. Dimissione in VIII gpo.

Discussione. In casi selezionati (pazienti giovani con enfisema polmonare end-stage), la riduzione volumetrica permette di ritardare il ricorso al trapianto polmonare. La gestione anestesiológica condotta con decapneizzatore consente di condurre una ventilazione protettiva, senza il ricorso all'utilizzo di circolazione extracorporea.

TRAPIANTO DI POLMONE DA DONATORE MARGINALE A CUORE NON BATTENTE NON CONTROLLATO SU RICEVENTE CRITICO. UN CASO COMPLESSO

Alessandro Palleschi¹; Valeria Musso*¹; Alberto Zanella¹; Letizia Corinna Morlacchi²; Elena Benazzi²; Alessandra Mazzucco²; Rosaria Carrinola²; Mario Nosotti²

¹Fondazione IRCCS Ca' Grande - Ospedale Maggiore Policlinico Milano; ²Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico Milano

Il prelievo d'organo da donatore a cuore fermo (donation after circulatory death, DCD) è una valida opzione per aumentare la disponibilità di polmoni per trapianto. L'utilizzo di donatori non controllati (uncontrolled, uDCD) è ancora poco frequente per le difficoltà logistiche e cliniche. Riportiamo un caso favorevole di trapianto da uDCD marginale su ricevente critico.

Il donatore, ricoverato in un ospedale periferico senza disponibilità di supporto extra-corporeo, era un ragazzo di 20 anni, non fumatore, con una storia di cardiomiopatia e sindrome di Lennox-Gastaut. L'arresto cardiocircolatorio si verificava in piscina; la broncoscopia confermava l'inalazione. Dopo preservazione in-situ mediante ventilazione normotermica, prelievo del blocco bi-polmonare dopo un lungo periodo di ischemia calda e valutazione ex-situ mediante ex-vivo lung perfusion, i polmoni erano giudicati adeguati al trapianto.

La ricevente era una ventiseienne con fibrosi cistica (LAS 44.93) ossigeno-dipendente, in lista d'attesa da 21 mesi. Il trapianto di polmone bilaterale richiedeva assistenza extra-corporea veno-arteriosa centrale per instabilità emodinamica. Veniva mantenuto il supporto extracorporeo veno-venoso periferico per 48 ore. La paziente, dimessa dopo 28 giorni, è viva a un anno dall'intervento, in assenza di segni di rigetto o complicanze anastomotiche; all'ultimo test del cammino ha percorso 590 metri.

Nonostante la progressiva crescita nell'utilizzo di polmoni da DCD controllati, rimangono perplessità sui non controllati, rispetto a PGD di grado severo, mortalità post-operatoria, complicanze anastomotiche. Il caso da noi riportato suggerisce la possibilità di raggiungere ottimi risultati con l'utilizzo di uDCD, nonostante controindicazioni relative quali inalazione, tempi di ischemia prolungata e ricevente in gravi condizioni.

UTILIZZO DELLE IMMUNOGLOBULINE ANTI CMV NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO POLMONARE

Valeria Rossetti*¹; Letizia Corinna Morlacchi¹; Valeria Musso²; Sara Uceda Renteria³; Giovanna Lunghi³; Alessandro Palleschi²; Paolo Tarsia¹

¹Dipartimento di medicina interna, Dipartimento di Medicina Interna, U.O.C. Broncopneumologia e Centro Fibrosi Cistica dell'Adult Milano; ²Chirurgia toracica e dei trapianti di polmone Milano; ³U.O. Virologia Milano