



Il trattamento dei traumi addominali chiusi

Gentile Prof. Picardi, con riferimento all'articolo "Il trattamento dei traumi addominali chiusi" a cura di G. Basile e coll. comparso sul vol. 77, n. 2, 2006, volevo complimentarmi con Lei, con gli Autori e con il Comitato di Redazione per l'ottima idea di inserire un pratico algoritmo che potrà facilitare il lavoro a chi gestisce queste situazioni, senza avere con esse un'eccessiva familiarità.

E tuttavia rimango alquanto perplesso nel rilevare che, in un caso di trauma epaticom è stato scelto dagli Autori l'intervento di epatectomia destra, peraltro purtroppo con esito infausto. Il problema, come sappiamo, è nell'instaurarsi della cosiddetta "triade killer" (ipotermia, coagulopatia e acidosi metabolica) terribilmente comune nei politraumatizzati, che controindica decisamente un atto chirurgico maggiore, facendo preferire la stabilizzazione con DVS prima di procedere alla resezione in condizioni di maggiore sicurezza possibile per il paziente e, *ça va sans dire*, per il chirurgo.

In tempi recenti il Prof. Staudacher ha giustamente sottolineato l'enorme difficoltà nell'organizzare l'addestramento per il chirurgo che si occupa del politrauma, ma, essendo intuitivo che non se ne può affidare la gestione chirurgica ad un professionista in formazione. Alcuni corsi si propongono di standardizzare la materia: oltre al classico ATLS, cui ho partecipato nel 2003, segnalerei anche il corso teorico-pratico di Chirurgia del Politrauma che si tiene due volte all'anno a Bologna, cui ho partecipato riportandone un'impressione di assoluta eccellenza. Ma non è per niente facile fare chiarezza in una materia così vasta e mutevole. Ritengo quindi meritevole e, per certi versi, doveroso il compito che "Annali Italiani di Chirurgia" si assume col proporre articoli di rilievo.

Che si prefiggono il compito di suggerire criteri comportamentali nella gestione di queste situazioni così complesse, a condizione però di semplificare al massimo la materia (se possibile evitando casistiche e citazioni aneddotiche la cui disamina può generare contraddizioni e perplessità in chi legge e si trova ad affrontare queste situazioni senza che esse siano - per così dire - il suo "pane quotidiano"), ma solo uno dei tanti balzelli da pagare nell'esercizio quotidiano della professione. Con tutto il rispetto per la fama degli Autori, parlare di epa-

tectomia destra in corso di instabilità è proprio una di quelle citazioni aneddotiche che, secondo il mio modesto parere, dovrebbero essere evitate o, d'altra parte motivate pesantemente.

Penso che il gold standard sia la condivisione di più casistiche, assimilabili per criteri di trattamento, allo scopo di rendere la materia più omogenea e, conseguentemente meno soggetta a variabili personali. A tale proposito mi sembra giusto citare una frase di P. Padalino che, nello stesso numero della rivista, afferma che il "Registro Traumi è uno strumento irrinunciabile per valutare la qualità delle cure e modificare percorsi terapeutici, nonché per assegnare un'adeguata qualifica agli Ospedali per la cura del trauma".

La ringrazio per l'attenzione che ancora una volta ha voluto cortesemente concedere alle mie opinioni e La saluto con la più viva cordialità.

Dr. Pietro Bagnoli,
Generale, Emergency and Oncologic Surgery Unit
Istituto Clinico Humanitas
Rozzano (Milano)

* * *

Gentile Direttore,

La ringrazio per avermi trasmesso la lettera del dr. Bagnoli nella quale viene commentato l'articolo del sottoscritto, redatto con altri Autori, dal titolo "Il trattamento dei traumi addominali chiusi", pubblicato sul n. 2/2006 di Annali Italiani di Chirurgia.

Ringrazio anche il dr. Bagnoli per avermi dato lo spunto per precisare che il paziente sottoposto ad epatectomia destra, al quale egli si riferisce nella sua lettera, giunse alla nostra osservazione 20 ore dopo essere stato trattato presso un ospedale della provincia con un intervento di packing epatico (DCS). Nonostante tale trattamento il paziente arrivò da noi in stato di instabilità emodinamica gravissima, anche per la presenza di lesioni associate intra ed extra-addominali. Per questo motivo, si decise di sottoporre il paziente ad una nuova laparotomia che mise in evidenza un'emorragia attiva nonostante le numerose garze precedentemente posizionate; a quel punto si preferì procedere con un'epatectomia destra nell'estremo tentativo di salvare la vita del paziente. Ricordo a tale proposito che resezioni epatiche maggiori, in caso di insuccesso di procedure meno invasive, sono

descritte anche nella letteratura recente (Zani e coll., *Chir Ital* 2002; Gao et al., *World J Surg* 2003).

Spero che tale chiarimento, insieme all'ulteriore informazione che gli Autori del suddetto articolo lavorano presso l'Unità Operativa di Chirurgia d'Ugenza afferente al Dipartimento di Emergenze e Urgenze dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria "Vittorio Emanuele" di Catania, dove ogni anno vengono trattati circa 20.000 pazienti traumatizzati, possano per lo meno attenuare, se non del tut-

to dissolvere, le perplessità del collega lettore.

Infine, concordo pienamente, anche per esperienza diretta, che i corsi ATLS siano dei corsi di assoluta eccellenza, che andrebbero ulteriormente diffusi e proposti in tutte le realtà ospedaliere ed universitarie nazionali.

Ringraziando per avermi dato l'opportunità di chiarire alcuni punti dell'articolo da Lei gentilmente pubblicato, invio cordiali saluti.

Prof. Guido Basile