

[REDACTED]

AVV. FURLAN - [REDACTED] Capo 15:  
[REDACTED] anni 49. Ci sono due contestazioni: una VATS  
destra con biopsie della pleura parietale e diaframmatica  
e due wedge resection del lobo inferiore di destra in  
data 20 luglio 2007; una VATS sinistra con delle wedge

resection polmonari, biopsie pleuriche e talcaggio in data 31 luglio 2007. Con chi eseguì il primo intervento?

IMP. PRESICCI - Con la Dottoressa [REDACTED]

AVV. FURLAN - Il paziente, anni 49, viene ricoverato il 14 luglio 2007 dopo essersi recato al Pronto Soccorso della Santa Rita, visitato dalla Dottoressa [REDACTED] direttamente al reparto di Medicina Generale. Manifestava un versamento asciti e pleurico di cospicua entità, ma aveva un'anamnesi che io oggi definirei interessante. Se me la descrive brevemente, quindi proprio gli elementi essenziali.

PRESIDENTE - Anche perché è documentale come dato.

AVV. FURLAN - Sì, è documentale, è solo perché rinfresca un attimo giustificando poi le ragioni della...

PRESIDENTE - Avvocato, lo sappiamo. Passi pure alla domanda.

AVV. FURLAN - "Dispnea ingravescente, paziente transessuale con violenza sessuale da tre mesi. Screening virologico negativo, tubercolosi personale e familiare negativa" e aveva però fatto delle infiltrazioni, mi pare, di silicone al gluteo.

IMP. PRESICCI - Sì, ai glutei.

AVV. FURLAN - Alla TAC del torace e dell'addome del 17 marzo del 2007 viene descritto un versamento pleurico a sinistra importante. A parte che mi pare il versamento fosse a destra.

IMP. PRESICCI - Sì, questo è un caso che...

PRESIDENTE - Io aspetto la domanda, Avvocato.

AVV. FURLAN - Alla luce degli elementi che lei conosceva arrivato a quel punto e di quelli assunti dopo fece una consulenza chiamato dalla Medicina Generale, perché giunse all'intervento? Il primo.

IMP. PRESICCI - Feci una consulenza perché il paziente era giunto tre giorni prima con questa diagnosi di versamento pleurico, era stato sottoposto ad esami ematochimici, era stato sottoposto ad un'anamnesi sia in Pronto Soccorso che in reparto per le quali il paziente negava una storia di tubercolosi familiare e personale tenuto conto della sua provenienza, c'era uno screening virologico negativo, c'era una TAC che era stata erroneamente letta dal radiologo che parlava di un versamento pleurico a sinistra quando invece il versamento era a destra, c'era un'ipotesi di sospetta natura infettiva, parla anche di micosi il radiologo, e durante quei giorni al paziente non era stata praticata nessuna manovra come un drenaggio, una toracentesi, soltanto terapia medica e alla luce della TAC mi fu chiesta la consulenza. Anche in questo caso prendendo visione della TAC "Dimostrazione di abbondante versamento pleurico destro, minimo versamento ascitico" e anche in questo caso si informa il paziente della necessità di posizionare il drenaggio toracico a scopo evacuativo e di realizzare una VATS a scopo diagnostico e terapeutico.

AVV. FURLAN - Venne posizionato il drenaggio, uscirono 1700 cc di liquido, la CTM fu negativa?

IMP. PRESICCI - In quel caso io feci un colturale che risultò essere negativo per la presenza di eventuali agenti patogeni tra i quali naturalmente il bacillo di Koch, quello della tubercolosi, colturale negativo.

AVV. FURLAN - L'immagine radiografica di una tubercolosi e di un tumore sono simili?

IMP. PRESICCI - Sì, certo, sia per quanto riguarda la tubercolosi polmonare che per quanto riguarda i versamenti pleurici tubercolari. Sono simili, hanno delle caratteristiche sovrapponibili.

AVV. FURLAN - Nel caso di diagnosi differenziale da medico quali delle due devo escludere prima?

IMP. PRESICCI - In primis io devo escludere la possibilità che il paziente possa essere portatore di una neoplasia. Perché? Perché iniziare un trattamento antitubercolare dieci giorni dopo che io ho ottenuto una diagnosi istologica definitiva non mi comporta nulla, se io invece ex adiuvantibus sulla base degli elementi anamnestici, sulla base di esami sierici faccio la diagnosi di tubercolosi senza andare ad approfondire quella che è la differenza tra l'immagine radiologica... la differenza vera che io vedo da un'immagine radiologica, una terapia antitubercolare la devo fare per almeno sei settimane e se poi nel corso di queste sei - otto settimane io mi

trovo di fronte ad una evoluzione del quadro clinico e radiologico per poi scoprire eventualmente una neoplasia sottostante io ho fatto un ritardo diagnostico di una malattia tumorale. Io quando ero allo IEO vidi un paziente che aveva una opacità del lobo superiore di sinistra diagnosticata con una broncoscopia negativa, con un broncolavaggio, con una positività alla ricerca del microbatterio della tubercolosi al DNA che risultava positiva e il paziente sulla base di questo elemento fu sottoposto ad una terapia antitubercolare. Dopo due mesi il paziente, considerato che i fenomeni e i sintomi persistevano, ha ripetuto una TAC e ci siamo trovati di fronte ad una voluminosa espansione di questa massa che se tre mesi prima era da considerarsi come resecabile, tre mesi dopo era diventata non più resecabile e tre mesi dopo la broncoscopia evidenziò la presenza di un adenocarcinoma. Questo lo si può tranquillamente recuperare, è un paziente che vidi in visita ambulatoriale durante i miei anni allo IEO e per maggiore precisione le diagnosi precedenti erano state fatte all'ospedale di Magenta. Ma non è il solo caso, nelle pubblicazioni che saranno poi allegate c'è un caso riportato di un ragazzo di 18 anni che sulla base di una positività al test di Mantoux con un versamento pleurico negativo gli venne iniziata una terapia empirica per la tubercolosi, due mesi dopo il ragazzo continua a stare

poco bene e questa volta la videotoroscopia evidenzia la presenza di un mesotelioma pleurico. E' un caso raro, si trattava di un ragazzo di 18 anni, è un caso raro, che dopo 55 giorni dalla videotoroscopia purtroppo è deceduto. Questi sono i limiti naturalmente di una diagnosi differenziale. Io fra le due devo dare priorità a quello che radiologicamente mi posso trovare di fronte. Bene inteso che quando si va per una diagnosi di esclusione come in questi casi e come in altri casi non siamo di fronte ad unico bivio: tubercolosi o neoplasia. Il versamento pleurico può avere altre origini e poi dobbiamo anche considerare le complicanze cui può dare luogo il versamento pleurico cronicizzando.

AVV. FURLAN - C'erano altri fattori ulteriori in anamnesi che facevano propendere a favore di un tumore, cioè far sorgere un dubbio ulteriore sul tumore?

IMP. PRESICCI - Francamente devo dire no. Io devo dire che però la presenza di questo versamento ascitico...

AVV. FURLAN - Scusi, l'iniezione di silicone al gluteo, il silice non ha nessuna...?

IMP. PRESICCI - Volevo dire effettivamente... emerge proprio dalla descrizione della TAC che il paziente segue e per questo...

G. a L. DOTT.SSA SIMI - Non ho capito questa cosa del silicone al gluteo.

IMP. PRESICCI - Sì sì, volevo appunto chiarire, che poi si

ricollega anche un po' a quello che è il reperto anatomopatologico.

AVV. FURLAN - Dottore, prima spieghi semmai il perché l'iniezione al gluteo le ha fatto sorgere un dubbio ulteriore che protendesse verso il tumore anziché verso la tubercolosi.

IMP. PRESICCI - Innanzitutto questo tipo di pratica all'epoca dei fatti e poi l'ho saputo successivamente non è legale in Italia. Il silicone a livello dei glutei non è legale come pratica, può essere legale eventualmente a livello delle labbra o a livello eventualmente delle borse sotto gli occhi, ma non a livello dei glutei. E' vietato. L'iniezione di silicone a questi livelli può determinare una reazione che viaggia lungo i tessuti e può determinare delle forme di reazione quasi a corpo estraneo e ci sono delle pubblicazioni che parlano di predisposizione a delle neoplasie, ci sono dei casi che si sono purtroppo risolti con episodi di sindrome di stress respiratorio acuto che è una gravissima forma di insufficienza respiratoria generata proprio dal silicone. Ci sono delle pubblicazioni del 2005, del 2004 che, guarda caso, interessano pazienti transessuali che sono appunto documentate e che presenterò.

PRESIDENTE - Va bene.

AVV. FURLAN - Durante la degenza nel reparto di Medicina Generale il soggetto era stato sottoposto al test di

Mantoux?

IMP. PRESICCI - No, non era stato sottoposto al test di Mantoux.

AVV. FURLAN - Che cos'è la pleurite cronica granulocitaria epitelioides gigantocellulare?

IMP. PRESICCI - Il processo flogistico gigantocellulare è in pratica una risposta tipica di un tessuto sottoposto ad una infiammazione cronica. Gigantocellulare, perché viene dato questo nome? Perché uno dei gruppi cellulari che intervengono durante la trasformazione da un'infiammazione acuta ad un'infiammazione cronica sono i macrofagi che diventano grandi, di qui vengono definiti gigantocellulari. Ma il processo flogistico di gigantocellulare non è soltanto tipico di una tubercolosi. Perché possa essere tipico di una tubercolosi, lo dicono gli anatomopatologi, ci devono essere due elementi, ovvero sia la necrosi cellulare, quindi una pleurite necrotizzante come fu nel caso della signora [REDACTED] e la presenza eventualmente della necrosi caseosa che sono patognomici di tubercolosi. Noi in questo caso all'esame istologico ritroviamo un processo flogistico gigantocellulare, una pleurite cronica granulocitaria epitelioides gigantocellulare, ma l'anatomopatologo mi dice anche che è negativa la ricerca morfologica di batteri e di miceti, quindi mi esclude la tubercolosi, perché - ripeto - il microbatterio della



tubercolosi è un batterio, ma perché mette anche miceti, cioè funghi? Perché una pleurite cronica gigantomucosa può essere la conseguenza di una malattia di tipo virale, di una malattia di tipo parassitaria, di una malattia come l'aspergillosi che, appunto, è un fungo o ci sono anche delle forme di reazione a corpo estraneo.

AVV. FURLAN - Agenti organici come silice?

IMP. PRESICCI - Agenti esogeni come possono essere il silice o anche il talco. Il talcaggio del quale abbiamo parlato nel tempo può creare una reazione infiammatoria che è, appunto, una reazione da corpo estraneo. Vorrei nel caso di specie anche fare una precisazione rispetto a quanto è stato detto dal Professor Olivieri che nel caso di specie ha detto che il talco può anche essere cancerogeno. Non è assolutamente vero, perché da quando si è utilizzato il talco nella pratica dell'oncologia toracica ci si è subito posti la domanda "il talco è un derivato dell'asbesto, l'asbesto è un fattore predisponente". Allora, il talco utilizzato in chirurgia toracica è un talco, come lo definiscono gli inglesi, asbesto free. Non ci sono fibre di asbesto, non è assolutamente cancerogeno. Perché? Perché ci sono dei talcaggi che vengono utilizzati nei pazienti con malattie purtroppo in uno stadio avanzato, ma talvolta il talcaggio viene utilizzato in pazienti che non hanno una patologia tumorale, hanno una patologia come per esempio una

distrofia bollosa nei quali il trattamento della distrofia bollosa si associa... quindi l'asportazione della bolla si può associare anche al talcaggio affinché la reazione fibrotica eviti la formazione di ulteriori episodi di pneumotorace. Quindi il talco che oggi giorno viene utilizzato non è assolutamente cancerogeno, questo è dato per certo perché è stata una delle prime cose che fu fatta quando si iniziò ad utilizzare il talco in chirurgia toracica.

AVV. FURLAN - Non ho altre domande.

[REDACTED]