

[REDACTED]

[REDACTED] Capo 16: [REDACTED] anni 37.

La contestazione è la resezione del lobo inferiore e superiore e biopsie pleuriche multiple del 18 luglio 2007. Il paziente fu ricoverato per la prima volta in Santa Rita a giugno del 2007, Chirurgia Generale per appendicite gangrenosa. Da una RX del 3 luglio e del 6 luglio venne individuato un focolaio broncopneumonico basale destro, non venne richiesta nessuna consulenza pneumologica, né altro. Insomma, il soggetto venne mandato a casa. Il 13 luglio giunge in Pronto Soccorso per dispnea. Quando diviene di competenza della Chirurgia Toracica, gli accertamenti e come vi siete adoperati per risolvere il problema?

IMP. PRESICCI - Questo fu un paziente che mi fu fatto vedere da uno dei chirurghi generali che lo aveva operato, il Dottor [REDACTED] e che aveva un versamento pleurico destro evidenziato ad una radiografia del torace. Il paziente fu

sottoposto a drenaggio in Pronto Soccorso che evidenziava del materiale fibrino corpuscolato, quindi non era un liquido recente ma era un liquido che ormai si stava iniziando ad organizzare, e fuoriuscirono circa 600 cc. La storia di questo paziente di 37 anni era iniziata alla fine di giugno con un'appendicectomia. Nel corso del decorso post-operatorio c'era stata la comparsa di questo focolaio broncopneumonico a destra che non era presente nell'esame che fu fatto all'ingresso del paziente. Durante quel ricovero il paziente fu sottoposto anche ad un emocromo alle undici di sera, orario un po' particolare, che dimostrava l'aumento di leucociti e malgrado la presenza di questo focolaio broncopneumonico alla dimissione non fu sottoposto ad una consulenza pneumologica, gli fu prescritta una terapia antibiotica che, dato poi l'esito che si vede qui al Pronto Soccorso, non ebbe alcun risultato. Anzi, giunse con una radiografia che dimostrava l'addensamento con l'associato il versamento pleurico.

AVV. FURLAN - Mi può spiegare il concetto di focolaio broncopneumonico? Pleuropolmonite metapneumonica e versamento seppimentato.

IMP. PRESICCI - Il focolaio broncopneumonico è in pratica una polmonite; un versamento metapneumonico è un versamento reattivo alla polmonite. Quando si descrive che è seppimentato vuol dire che non è più libero, che sta

organizzandosi nelle vie dove può trovare maggiore sfogo e quindi non è più un versamento pleurico recente, ma si sta cronicizzando.

AVV. FURLAN - Qui vi era una pleumopolmonite metapneumonica?

IMP. PRESICCI - Sì, è la storia della malattia che... appunto, è il decorso clinico della malattia che ci fa capire che era stato un versamento reattivo alla sua polmonite.

AVV. FURLAN - Vista la terapia medica impostata in Chirurgia Generale da quindici giorni e comunque il peggioramento del quadro radiologico in atti, la formazione del versamento pleurico sepimentato, cosa avete deciso di fare?

IMP. PRESICCI - Innanzitutto abbiamo deciso di porre un drenaggio toracico che nel corso di 24 ore ha dato poco più di un litro di liquido, comunque corpuscolato, e poi la TAC ha dimostrato questo versamento pleurico declive bilaterale un po' più importante a destra e, presa visione della TAC, il Dottor Brega descriveva proprio la presenza di "evacuazione versamento sepimentato in verosimile pleuropolmonite metapneumonica. Si programma VATS, eventuale minitoracotomia".

AVV. FURLAN - La resezione del lobo inferiore e superiore, cioè perché giungo poi durante l'intervento in VATS ad effettuare questo tipo di resezione e che legame ha, se ce l'ha, con questa tipologia di versamento?

IMP. PRESICCI - Il tipo di resezione che è stato realizzato è

stato realizzato fondamentalmente per uno scopo diagnostico, ma anche per uno scopo di tipo terapeutico. Lo si può questo ricavare dalla descrizione dell'intervento quando ci troviamo di fronte ad un polmone adeso alla parete toracica posteriormente e quindi siamo costretti intanto a doverlo liberare, liberarlo praticamente sotto guida toracoscopica. C'è un aspetto già carnificato del polmone. Un aspetto carnificato vuol dire che è un aspetto di una porzione polmonare che non funziona più, che è stata resa in qualche modo inefficace dal processo polmonitico. La decorticazione che viene realizzata e sulla pleura viscerale e sulla pleura parietale, soprattutto su quella viscerale, comporta lo scollamento di questa pleura dal parenchima polmonare che determina inevitabilmente anche delle perdite aeree e liquide, cioè ematiche. Allora in questo caso le resezioni che vengono eseguite vengono eseguite per cercare di capire se ci sono degli elementi patogenici che possano essere sfuggiti al trattamento antibiotico, ma nello stesso tempo quel parenchima polmonare che è stato scollato dalla pleura viscerale che è sanguinolento e perde aria bisogna in qualche modo asportarlo al fine di evitare che cosa? Di evitare perdite aeree, perdite ematiche che contribuirebbero a complicare il decorso post-operatorio del paziente. Complicato nel senso di maggior tempo di tenuta dei

drenaggi, maggiore perdita di liquidi, maggiore possibilità di perdite aeree e di conseguenza maggiore possibilità di sovrainfezione polmonare nel decorso post-operatorio.

AVV. FURLAN - All'atto chirurgico il paziente presentava un empiema pleurico?

IMP. PRESICCI - Sì, i risultati attestano che c'era del materiale che fu descritto come purulento, quindi iniziava ad esserci la formazione di pus. Il pus è un liquido denso, corpuscolato, organizzato, solidificato, che mai mai e poi mai avrei potuto sbrigliare - scusate il termine improprio - completamente con un drenaggio toracico, né tantomeno con un lavaggio a permanenza, perché potevo ottenere che cosa? Soltanto uno scollamento parziale, ma se io voglio ottenere la completa riespansione del parenchima polmonare io devo sbucciare completamente questa pleura viscerale e consentire al polmone di riespandersi completamente perché possa riprendere il suo posto come è giusto che sia per evitare, appunto, la presenza poi di cavi pleurici residui che possono essere ulteriore fonte di infezione.

AVV. FURLAN - Si ricorda dove era posizionato questo empiema?

IMP. PRESICCI - Era un duplice versamento quello che fu visto durante l'intervento chirurgico perché il drenaggio era stato posizionato e aveva recuperato il versamento posteriore, ma la descrizione all'intervento chirurgico

ci consente anche di evidenziare che cosa? Che era presente anche un versamento anteriore, infatti si dice "Si evidenzia la presenza di polmone adeso alla parete toracica posteriormente con scollamento della sola parte anteriore da pregressa presenza di versamento già evacuato". Quindi era una paziente che aveva un versamento doppio e che dava ragione di quella descrizione di versamento seppimentato che aveva descritto il Dottor Brega avendo preso visione della TAC.

AVV. FURLAN - Il paziente presentava delle micronodulazioni al polmone e se ogni polmone le presenta? Sano intendo.

IMP. PRESICCI - No, diciamo che questo paziente presentava delle micronodulazioni che potevano essere la conseguenza di questo processo flogistico. Fu inviato un frammento bioptico e, guarda caso, venne definito intraoperatoriamente "presenza di atipie cellulari", ma in quel caso non facemmo nient'altro perché per fortuna del paziente successivamente non risultò esservi segno di nessuna atipia cellulare in senso oncologico. Si trattava soltanto di una polmonite post-pneumonica, di una polmonite post-infiammatoria.

AVV. FURLAN - Un segmento e un lobo polmonare sono la stessa cosa?

IMP. PRESICCI - Assolutamente no. Il lobo inferiore per esempio è costituito da cinque segmenti che costituiscono un lobo, quindi il segmento è più piccolo del lobo.

far capire che cosa? L'ispessimento pleurico può essere di banalissima origine fibrotica, infiammatoria, ma è talmente profondo che determina dolore a livello dei nervi intercostali e quindi spiegherebbe la toracodinia. Un ispessimento potrebbe anche eventualmente essere di origine tumorale, andiamo a fare questo intervento allo scopo di evacuare il versamento e di eliminare questa placca pleurica, questo ispessimento pleurico che è presente.

AVV. FURLAN - Quindi il versamento in questo caso è saccato?

IMP. PRESICCI - Sì, è saccato perché naturalmente non è un versamento libero, c'è un ispessimento ed effettivamente l'intervento chirurgico evidenzia la presenza di pleura parietale e viscerale congesta con aderenza posteriore con il lobo inferiore particolarmente tenace. Quindi è questa aderenza con la parete posteriore che giustificherebbe il dolore che il paziente presentava, viene appunto portata via questa porzione con l'esame estemporaneo che risulta essere negativo dal punto di vista oncologico. Se fosse stato positivo non avremmo fatto assolutamente nulla, è chiaro, ma poi cosa abbiamo ottenuto? Abbiamo ottenuto che con l'asportazione di questa porzione che aderiva alla parete toracica il dolore del paziente è scomparso e ha avuto un decorso post-operatorio del tutto regolare fino alla sua dimissione. Anche in questo caso dimissione previa

impostazione di un programma fisioterapico impostato dal fisiatra e fatto eseguire dai fisioterapisti.

AVV. FURLAN - Qual è quindi la conseguenza della risoluzione dell'ispessimento della pleura che presentava questo soggetto e anche dell'eliminazione di questo versamento saccato?

IMP. PRESICCI - Il versamento saccato è la conseguenza di questo fenomeno reattivo presente a livello della pleura. L'aver eliminato questo ispessimento ha eliminato il dolore.

AVV. FURLAN - Ma comporta una riespansione del parenchima?

IMP. PRESICCI - Certo, questo è chiaro, perché nel momento in cui io tolgo una porzione di pleura ispessita che sta schiacciando il parenchima polmonare, nel momento in cui io tolgo questa pleura ispessita do la possibilità al parenchima di riespandersi completamente. E anche in questo caso riespandendosi completamente eludere la formazione di ulteriori versamenti a sinistra, tant'è vero che nel caso di specie fu realizzato anche un talcaggio nel paziente.

AVV. FURLAN - Con la toracentesi e il drenaggio avrei potuto procedere a questa lisi delle aderenze?

IMP. PRESICCI - Non c'era nemmeno uno spazio dove poter indirizzare il drenaggio.

AVV. FURLAN - Quando le aderenze sono definite particolarmente tenaci sono recenti?



IMP. PRESICCI - No, assolutamente.

AVV. FURLAN - Il versamento quando è di origine cardiogena da quale lato si presenta?

IMP. PRESICCI - Solitamente tende a presentarsi a destra.

AVV. FURLAN - Il paziente da quale lato aveva il versamento?

IMP. PRESICCI - Aveva un versamento a sinistra.

AVV. FURLAN - Capo 18: Muraroli, anni 79. La contestazione è una VATS destra con wedge resection del lobo superiore di destra, una linfadenectomia mediastinica paratracheale destra con minitoracotomia di servizio del 5 settembre 2007. La paziente entra in clinica tramite il medico curante, quindi con l'impegnativa del medico dove si recita "Adenopatie mediastiniche bilaterali, VATS diagnostica, eventuale minitoracotomia". Quando giunge alla vostra attenzione cosa notate e come decidete di intervenire?

IMP. PRESICCI - Questa è una paziente che veniva seguita dal Dottor Brega in ambito ambulatoriale. Era già stata visionata una TAC per la presenza di adenopatie l'anno precedente a seguito di un ricovero per un ictus ischemico. Era stata realizzata comunque anche una TAC che aveva dimostrato delle adenopatie. Conseguentemente era stata tenuta sotto controllo e nel frattempo il medico curante aveva ritenuto opportuno realizzare una PET che aveva dimostrato delle captazioni dei linfonodi a livello mediastinico, in particolare a destra.