

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

AVV. BELLANI - Passiamo al capo d'imputazione numero 21, [REDACTED] Dottore, qui è contestato: effettuavano sulla paziente affetta da tubercolosi, malgrado la presenza di una TAC che valutata unitamente alla storia clinica della paziente doveva indurre a una sospetta Tbc diagnosticabile con la semplice esecuzione del test di Mantoux preoperatorio quindi eseguivano una VATS con decorticazione polmonare destra più wedge resections lobo medio e lobo inferiore più biopsie pleuriche. La prima domanda che volevamo farle su questo è se lei può spiegare alla Corte perché avete fatto questo intervento in VATS, qual era l'obiettivo dell'intervento?

IMP. BREGA MASSONE - Sì, allora non le ripeto tutta la storia della paziente perché credo che ormai la conosca. L'indicazione assoluta all'intervento fu il versamento saccato e diciamo che questa paziente andava assolutamente decorticata. Ho la TAC, che è un po' più complicata delle altre perché deriva dalla... che fanno ben vedere, ben capire il perché noi operammo questa paziente. Qui vi è una paziente che viene... per vedere

cosa vuol dire cosa vuol dire un versamento saccato se no... qui vi è una paziente che viene in pratica trattata per quella... che arriva da noi dopo tutta una storia di febbre e non corrispondenza. Ha delle immagini della pleura... comunque qua con la luce non si vede niente...

AVV. BELLANI - Possiamo spegnere la luce?

IMP. BREGA MASSONE - Perché questo è fondamentale per vedere la...

PRESIDENTE - Lo so ma...

IMP. BREGA MASSONE - Se no lo rifacciamo al mattino, se no questa... giustamente non vede niente.

PRESIDENTE - Spegliamo la luce e si vede meglio? Proviamo.

IMP. BREGA MASSONE - È una paziente che comunque ha tutta un'area di ispessimento della pleura; cioè questa paziente non viene, io mi ricordo che scrissi sia la problematica dell'ispessimento che la problematica del versamento saccato, perché questa paziente oltre questa ispessimento della pleura, che tra l'altro non è assolutamente in comunicazione e può sembrare una cotenna pleurica, aveva questo che si vede che è un versamento saccato in pratica attaccato all'arco dell'aorta. Allora è ovvio che in questa situazione non vi era nessuna possibilità in questa paziente di poter aspirare, perché... purtroppo si fa fatica a vedere però è dietro lo sterno e quindi infilare comunque un ago anche sotto TAC sarebbe molto pericoloso, ma nessuno l'avrebbe fatto

anche perché comunque era coperto dallo sterno. Fu questa immagine quella che ci indicò... le dico anche che questa paziente avesse avuto, e qui vi è una folta bibliografia, anche come dire una diagnosi di tubercolosi, che non veniva comunque da noi sospettata in questo caso, ma la paziente fu portata al tavolo operatorio per la decorticazione per l'empiema o versamento pleurico saccato che voglia definirsi, avrebbe dovuto essere operata comunque, perché comunque quando c'è un cercone ispessito in questo modo non guarisce. Questo è un versamento comunque saccato e ispessito che può essere rimosso solo chirurgicamente e tutte le pubblicazioni sono diciamo inerenti a questo problema, il problema di poter fare una toilette completa e poter permettere una riespansione del polmone. La riespansione del polmone, visto invece l'area che è questa, spesso non è solo determinata da fatto che sia compressa da un versamento, ma se questa cotenna diventa un ispessimento il polmone perde completamente la sua compliance, cioè noi respiriamo per la compliance fondamentale, perché ogni volta che inspiriamo e espiriamo chiaramente si distende il torace. Questo non avviene più in queste situazioni. Quindi non è che si vanno, esistono cento pubblicazioni di decorticazione polmonare perché questi chirurghi sono impazziti e vogliono andare a togliere una cotenna a un paziente non gli creerebbe problemi. Lo

fanno perché comunque vi è una difficoltà respiratoria. La paziente l'abbiamo sentita, ma parte quello che ha detto lei indubbiamente la paziente migliorò immediatamente, indipendentemente poi che fece la terapia comunque della tubercolosi. Perché questa paziente aveva un polmone che dava dolore, fastidio; ogni atto respiratorio è comunque anche doloroso perché comunque si ha come un'aderenza che ci si deve tirare dietro e questa fu la ragione per cui fu operata la paziente. Purtroppo creda che si veda e si veda anche questo, si poteva sicuramente vedere meglio se la TAC fosse stata una di quelle moderne. Questi furono i punti fondamentali per cui la paziente fu operata. Non credo vi fossero alternative in questo senso perché comunque la paziente anche se avesse dovuto fare una terapia non avrebbe mai potuto guadagnare, la cotenna non guarisce più. Cioè sicuramente non avrebbe avuto più febbre, come ha avuto, e ovviamente visto che era una situazione legata a una tubercolosi la situazione tubercolosi migliorava, ma non migliorava assolutamente la situazione legata alla cotenna e quindi all'ispessimento e a questa adesione del polmone quindi di compliance e quel versamento che invece era in quella zona.

AVV. BELLANI - Va bene.

IMP. BREGA MASSONE - Ecco scusi, volevo solo farle vedere, vede che poi scendendo in basso - qui stiamo scendendo in

basso - questa immagine non assumeva l'immagine di un versamento pleurico, ma assolutamente quelle che vengono mammellonature da mesotelioma, perché comunque un versamento si dispone a bacinella, come abbiamo visto, e non dispone assolutamente in questo modo. Cioè la disposizione in questo modo è legata comunque a una grossa cotenna pleurica che si è formata oppure ad una patologia tumorale che può crescere e proprio queste forme ondulate sono quelle che vengono definite mammellonature. Per cui quando i descrissi diciamo la mia visita fu proprio legata al fatto di questa visione, cioè era un caso molto complesso con versamento saccato e poteva anche sembrare un mesotelioma.

AVV. BELLANI - Senta, le contestazioni che le sono state formulate qui direi principalmente dal Professor Olivieri, perché sull'intervento mi pare che il Professor Sartori abbia detto che un'indicazione sul versamento saccato e sulla decorticazione ci poteva stare. Ecco, invece il Professor Olivieri dice che qui sono stati saltati tutti gli step diagnostici, era assolutamente un caso da terapia medica e non avete fatto la ricerca del BK che sarebbe successiva all'intervento secondo la contestazione e poi non avete comunque fatto quella dell'espettorato. Il Professor Olivieri quindi contestava diciamo questi step. In poche parole se può spiegare alla Corte la sua posizione nello specifico sulle

contestazioni del professor Olivieri, che sono ovviamente anche di non aver fatto il test della Mantoux. Se aveste fatto il test dal Mantoux, per collegarci a quello che detto prima e andando per ordine, lei dice: in questo caso la decorticazione andava comunque fatta, può spiegare perché anche in presenza di una tubercolosi sospetta?

IMP. BREGA MASSONE - Allora io farei un attimo un passo indietro. Innanzitutto questa paziente non fu operata d'amblè, cioè la paziente ebbe un primo periodo in Chirurgia Toracica, poi fu passata in Riabilitazione; eseguì dopo una terapia comunque ancora antibiotica, effettuò una seconda TAC che è esattamente sovrapponibile alla precedente, quindi la situazione non era variata di una virgola. Allora il discorso, ed è questa, non gliela faccio vedere, io ce l'ho ma comunque basta... rispetto al precedente appare sostanzialmente invariata soprattutto nella componente paracardiaca, perché quella che creava il problema dove bisogna anche stare attenti perché comunque si va a toccare l'aorta, quindi si entra in un mediastino pericoloso quando si va a fare questa pulizia, quella che ha sempre... allora quella sotto erano problemi nostri per il radiologo, se fosse un mesotelioma piuttosto che un empiema ce la gestivamo noi. Quella paracardiaca invece era quella fondamentale per un'indicazione assolutissima, diciamo così. Per cui la

paziente non fu assolutamente trattata subito, ma ebbero un certo periodo di trattamento. Il discorso, qui fu fatta l'anamnesi di questa paziente, io non facevo le anamnesi direttamente, non so per quale motivo questa paziente non ritenne... perché bisogna sottolineare due cose, perché allora non la disse a noi, ma anche l'anestesista faceva la stessa anamnesi completamente dall'inizio. Per cui l'anestesista anche lui per tutte le sue problematiche, non risulta comunque che questa paziente parlasse di questa problematica della tubercolosi della madre e anche nell'anamnesi fatta poi dall'anestesista non viene riportato ciò. Questo viene riportato dopo che viene fatta diagnosi di tubercolosi dall'infettivologo che verrà. Il discorso comunque in questo caso è che anche se questa paziente avesse avuto, cioè questa paziente al 99% aveva una Mantoux positiva ovviamente, perché sia pur venendo a contatto qualcosa come... dunque, è del '48 quindi eravamo nel 2006, la madre morì che la signora Righetto aveva 8 anni quindi voglio non credo che ci sia un tempo d'incubazione comunque di quarant'anni. È ovvio che probabilmente ne venne a contatto e poi sviluppò questa patologia. Non credo che non avesse mai avuto nulla oppure... cioè quarant'anni sono quarant'anni cioè nel senso anche un battere non ha un tempo di latenza così lungo. Sicuramente sarebbe stata comunque Mantoux positiva,

perché essendo venuta a contatto non ci avrebbe cambiati di nulla. Il discorso qui è che nessuno di sospettava ciò anche per l'anamnesi fatta...

AVV. BELLANI - Ecco, scusi, si soffermi su questo. Nessuno di voi sospettava ciò, ma avete fatto qualcosa per verificare...

IMP. BREGA MASSONE - Di routine sempre veniva fatta comunque... perché qualsiasi neoformazione polmonare, noi ne abbiamo trattate 500 più o meno del numero che le avevo detto, qualsiasi paziente che ha fatto la broncoscopia ha fatto il BK. Allora è chiaro che tutti questi BK anche nei pazienti in cui...

AVV. BELLANI - Ma qui com'era il BK?

IMP. BREGA MASSONE - Negativo, certo, ma questo è ovvio perché se noi avessimo avuto un BK positivo la paziente sarebbe stata immediatamente isolata secondo le linee guida. Ma allora lì ci saremmo trovati di fronte neanche alle tubercolosi per cui noi siamo stati condannati, cioè delle tubercolosi chiuse e non infettanti, ma addirittura ad una tubercolosi infettante. Quindi tutti i BK Dna erano negativi. In questo caso la paziente aveva il BK Dna negativo, però ripeto che anche se fosse stato che questa paziente avesse mai avuto una diagnosi di tubercolosi bisognava andare a sbrigliare questo polmone. La valutazione su quando farlo poteva essere una valutazione insieme al pneumologo, ma comunque



l'intervento si doveva fare, non vi erano per questa paziente alternative.

AVV. BELLANI - Va bene. Senta vuole spiegare, forse l'ha già detto, in modo completo decorticazioni più wedge resections lobo medio, lobo inferiore più biopsie pleuriche, le ragioni di queste biopsie individuate?

IMP. BREGA MASSONE - Le ragioni furono esattamente quelle che avevo spiegato per il caso [REDACTED] nel senso che la paziente... aspetti che...

AVV. BELLANI - Esatto, se prende anche l'istologico oppure la descrizione dell'intervento.

IMP. BREGA MASSONE - L'intervento chirurgico va beh in pratica spiega quella che è stata la nostra azione, quindi la decorticazione sia a livello mediastinico che a livello... posso leggerlo magari visto che... all'inizio di questo intervento si fece comunque un tentativo di videotoracosopia, nel senso che comunque il primo approccio comunque per vedere questa situazione se non vi fossero state aderenze poteva essere come l'empima diciamo anche se ovviamente l'immagine TAC faceva ci pensare ad altro e difatti come fummo, diciamo come avevamo pensato la TAC non fu possibile procedere toracosopia per le tenaci aderenze che vi erano. Praticamente si eseguì la decorticazione completa del polmone, perché praticamente questo polmone aveva tutta questa cotenna su di esso. Furono eseguite in realtà

delle resezioni, noi... cioè i termini qui purtroppo si diceva wedge resection, in realtà erano delle situazioni di una pleura talmente adesa al polmone che per portarla via bisognava mettere la suturatrice per evitare quello che le dicevo, le perdite aeree. Per cui praticamente tutto quello che fatto fu fatto in questo senso. Per cui è chiaro la decorticazione presuppone l'asportazione della pleura viscerale e della pleura parietale per cui la metodica è quella di cercare di evitare far perdere poi aria al paziente. Uscì questa diagnosi di flogosi granulomatosa necrotizzante e pertanto furono effettuati abbondanti lavaggi del cavo pleurico e poi la paziente fu ovviamente isolata.

AVV. BELLANI - Io non ho altre domande su il caso [REDACTED]

IMP. BREGA MASSONE - Posso solo mostrare una cosa?

PRESIDENTE - Prego.

IMP. BREGA MASSONE - Volevo solamente per farle vedere quelle che erano non tanto la letteratura, ma quello che è successo a tanto chirurghi, perché vi sono numerosi lavori sia a livello della decorticazione sia a livello della Tbc. Uno dei lavori più importanti è questo di (inc.) che pubblica 144 pazienti, (inc.) Cardiovascular e Thoracic Surgery che è l'altra rivista viene prodotta dalla European Association. Praticamente questo parla di avere operato 144 pazienti in cui l'ammissione al reparto di Chirurgia Toracica fu comunque tutt'altra diagnosi,

cioè in alcuni casi furono... dice di 42 noduli polmonari o tumori, il sospetto, e praticamente questi versamenti pleurici, questi ispessimenti pleurici furono 46 e anche casi di sindrome post tubercolosi. Cioè significa dopo la tubercolosi anche dopo la terapia vi erano comunque delle situazioni per cui i pazienti andavano operati. Ve ne sono tantissimi, le faccio vedere questo proprio in merito ai noduli polmonari ricoverati, ben 46, solo per sospetto tumore o sospette altre... è oltre 80 pazienti che variano tra ispessimenti della pleura o versamenti della pleura. Grazie.

PRESIDENTE - Va bene, grazie dottore. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]