

[REDACTED]

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Professor Olivieri, posso fare delle domande a chiarimento? Primo, in maniera molto didattica cos'è un nodulo calcifico?

C.T. P.M. OLIVIERI - Un nodulo calcifico al 90% testimonia dell'infezione tubercolare, perché il nodulo è un qualunque addensamento che è opaco ai raggi X, quindi si vede in una radiografia, ma può avere vario significato. La diagnostica è abbastanza complessa, può essere un nodulo neoplastico, può essere un nodulo da inalazione di sostanza estranea, una localizzazione infettiva, una micosi localizzata, può essere qualunque cosa. Ma se è calcifico vuol dire che era un'infezione tubercolare che è andata verso la risoluzione con calcificazione. Cioè, la precipitazione di calcio nell'ambito del nodulo è tipico al 90%, al 95% dell'infezione tubercolare. E se posso approfittare di questo, io da clinico se vedo una donna di 68 anni che ha quattro sintomi assolutamente concordanti: febbre persistente da due settimane, versamento saccato - il fatto che sia saccato significa che ha avuto tempo di organizzarsi, quindi non è un versamento recente - ispessimento della pleura e nodulo calcifico, sono quattro segni concordanti per la diagnosi di tubercolosi più o meno in fase attiva - questo lo si vedrà, magari riattivata da due settimane, da quando ha febbre - con l'anamnesi positiva per un familiare

deceduto per infezione tubercolare. Quindi, voglio dire, nonostante la presunzione dei clinici che sperano sempre di fare diagnosi rapidamente in questo caso davvero sarebbe da scommetterci su al 99%, 98% che il processo del quale questa paziente soffriva era tubercolosi. E quel nodulo calcifico ha proprio quel significato di microbatteri murati dentro quei noduli apparentemente inattivi e innocui fino alla prima occasione di riattivarsi e purtroppo qualunque intervento chirurgico, qualunque intervento traumatico sul polmone possono riattivare l'infezione.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Professor Sartori, giusto per darci più strumenti di comprensione, che cos'è l'esame al congelatore che fate eseguire voi chirurghi in sala operatoria?

C.T. P.M. SARTORI - E' un esame che si fa su un pezzo asportato sul quale l'anatomopatologo, l'istologo esegue un esame su tessuto fresco, al contrario di un esame istologico invece che si fa a distanza dove il pezzo viene fissato in formalina, viene tagliato a fettine in modo molto più curato, si possono fare delle colorazioni più specifiche e quindi può dare tanti risultati in più. Ma anche l'esame al congelatore a volte dà delle risposte molto utili.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Vuole provare a spiegare alla Corte, se ne sente parlare spesso, al congelatore hanno detto

questo, in sala operatoria concretamente cosa succede?
Cioè, voi aprite, togliete un pezzetto e?

C.T. P.M. SARTORI - Se abbiamo la fortuna di avere un istologo in sala operatoria che esegue l'esame subito lo facciamo in sala operatoria.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Aspettate il risultato lì?

C.T. P.M. SARTORI - Sì, aspettiamo lì il risultato.

PRESIDENTE - Quindi è immediato il risultato?

C.T. P.M. SARTORI - Si tratta di aspettare un quarto d'ora - venti minuti. Se non abbiamo questo lo inviamo all'Istituto... e l'esame in genere si ha nell'arco di mezz'ora - tre quarti o un'ora a seconda della velocità.

PRESIDENTE - In tempo reale peraltro.

C.T. P.M. SARTORI - Praticamente sì, durante l'intervento si può avere il risultato.

PRESIDENTE - Quindi il paziente rimane sedato per il tempo d'attesa?

C.T. P.M. SARTORI - Certo, addormentato in attesa della risposta.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Ed è un esame con condiziona poi il prosieguo dell'intervento?

C.T. P.M. SARTORI - Lo può condizionare, se c'è una risposta che ci dà una diagnosi lo condiziona sicuramente.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Mi scusi, in questo caso in particolare si fa proprio riferimento a un esame al congelatore? Io non so neanche se è l'espressione giusta

da usare.

C.T. P.M. SARTORI - Quello che parlava di flogosi granulomatosa necrotizzante è un esame al congelatore.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Ecco, doveva orientare l'intervento?

C.T. P.M. SARTORI - Doveva orientare sulla... come dire, sulla astensione di ulteriori gesti, anche perché io qui mi sono segnato che questo è l'unico caso dove con la videotoroscopia finalmente si conferma un sospetto diagnostico. Questo è l'unico caso dove si va alla toroscopia senza avere una diagnosi e la si ottiene con la toroscopia o videotoroscopia, che è la stessa cosa. E questo se vogliamo è un dato a favore. Anche se, come ha detto il Professor Olivieri, alla diagnosi si poteva giungere in modo meno cruento o addirittura totalmente incruento. Poi cosa c'era? Ah, ecco, il Dottor Squicciarini mi chiedeva...

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Scusi, Professor Sartori, ma perché continuano? Perché dopo aver avuto l'esame al congelatore...?

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Tirano via dei pezzi, insomma?

C.T. P.M. SARTORI - Diciamo che non c'è motivo di continuare. Poi perché continuino lo deve chiedere a loro.

PRESIDENTE - Quindi questa decorticazione polmonare con wedge resection?

C.T. P.M. SARTORI - Un momento, ci arriviamo.

PRESIDENTE - Mi scusi.

C.T. P.M. SARTORI - Se con l'esame istologico si ottiene la diagnosi il discorso sarebbe finito per quanto riguarda la diagnosi. Qui visto che c'era un versamento pleurico saccato... cosa vuol dire? Saccato vuol dire che è un versamento contenuto in una capsula che si è formata nel tempo, quindi è un versamento cronico, non è un versamento acuto, libero in cavità toracica. Visto che c'era un versamento saccato, l'idea di fare una videotoracosopia per sbrigliare, per liberare il polmone dalle aderenze, farlo riespandere in modo da eliminare la cavità poteva essere anche corretta. Solo che qui si tratta di un versamento cronico che io vi ho già detto l'altro ieri come sia facile sbucciare un'arancia con le mani, ma come si difficile farlo con una mela. Trattandosi di un versamento cronico in videotoracosopia non si riesce a fare una decorticazione, ecco perché dalla videotoracosopia, esame mini invasivo, si passa alla toracotomia, esame totalmente invasivo. E poi anche in questo caso mi ero segnato "Professor Olivieri" perché questo è un caso di sua competenza.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Quindi, scusi, Professor Sartori, quando lei dice che è un caso di sua competenza è un caso non chirurgico?

C.T. P.M. SARTORI - Sì, se il Professor Olivieri mi dice che aveva quattro motivi per non mandarmi il malato io gli

credo.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - E' così, Professor Olivieri? Questo è un caso medico, cioè non chirurgico?

C.T. P.M. OLIVIERI - Sì, assolutamente. Questo è un caso medico, stranamente è l'unico caso nel quale si è arrivati ad una diagnosi con l'intervento chirurgico che io vorrei precisare...

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Scusate, quando dite "stranamente è l'unico caso" è l'unico caso tra tutti quelli che avete esaminato?

C.T. P.M. OLIVIERI - L'ha detto il Professor Sartori, anche a me sembra che...

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Abbiamo i pazienti terminali o preterminali.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Be', quelli erano già però diagnosticati.

C.T. P.M. OLIVIERI - Comunque, ripeto, nel procedimento diagnostico non soltanto non era indicato il procedimento chirurgico, ma da clinico io dico che era controindicato. Forse è anche uno dei pochi casi in cui era sicuramente controindicato, perché se la diagnosi è al 95% di tubercolosi io cerco di evitare di andare a portar via un pezzo di polmone o a raschiargli tutta la pleura con le possibili conseguenze.

C.T. P.M. SQUICCIARINI - Volevo aggiungere che proprio il Professor Sartori nella sua consulenza segnala anche la

possibilità di svuotarlo con una TAC, sotto guida TAC.

C.T. P.M. SARTORI - Attenzione, la scarsa simpatia del Professor Olivieri per il chirurgo si manifesta quando dice "raschiare una pleura". Noi facciamo le cose molto più delicatamente. Ma indipendentemente da questo qui si poteva evacuare il versamento, ma se il versamento era cronico il cavo liberato dal liquido rimane. Quindi l'idea di fare un intervento per riportare il polmone a parete non era poi così campato in aria. Bisognerebbe vedere anche le dimensioni del cavo, bisognerebbe vedere tante cose.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Presidente, possiamo avere cinque minuti di pausa?

PRESIDENTE - Va bene. Invito tutti che siano cinque minuti.

SOSPENSIONE

PRESIDENTE - Prego.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Una precisazione sia per il Professor Sartori che per il Professor Olivieri. Una caso come quelli che abbiamo visto prima, cioè della signora Righetto Laura, in ospedali come i vostri dove voi avete fatto o state facendo i primari vengono trattati in Medicina Generale o in Chirurgia? E qualora venissero trattati in Chirurgia, Professor Sartori, lei userebbe il principio di collegialità o di un consulto, di un parere?

C.T. P.M. SARTORI - Questo è il tipico caso che si presta a un atteggiamento collegiale. Certo, è un paziente che deve soggiornare a lungo in un reparto medico prima che eventualmente venga proposto al chirurgo perché il medico deve avere tutto il tempo per vedere come evolve la situazione, se la situazione evolve secondo quei quattro parametri di cui parlava il Professor Olivieri che portano a un sospetto fondato di tubercolosi. A quel punto è il Professor Olivieri che dovrà chiedere a me di fare un eventuale intervento chirurgico, non sono io in questo caso che pongo l'indicazione. Io accetto o non accetto l'indicazione, ma l'indicazione all'intervento la pone il Professor Olivieri che, da quello che ho sentito, la pone poche volte.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Quindi ci sono dei casi dove l'indicazione all'intervento chirurgico viene posta da altri specialisti? A voi arriva lì il paziente e voi operate?

C.T. P.M. SARTORI - Allora, non è così, ma c'è una richiesta di intervento chirurgico alla quale il chirurgo dice sì o no.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Ma in un caso come questo lei ha detto che sarebbe stato il Professor Olivieri a dover...

C.T. P.M. SARTORI - Se il Professor Olivieri mi avesse chiesto di operare questa paziente gli avrei detto "ma tu cosa ti

aspetti che trovi da un intervento chirurgico?" Lui mi avrebbe detto "io penso che tu facendo l'intervento chirurgico mi trovi la conferma di una malattia tubercolare, una conferma istologica che io non ho e già che ci sei se per favore mi riespandi quel polmone mi fai un favore". A questo punto io avrei detto "sì, va bene, l'intervento te lo faccio".

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Prego, Professor Olivieri.

C.T. P.M. OLIVIERI - Io ritengo, come ho già detto, che questo paziente sia da trattamento medico e basta. Sulla base dei quattro segni clinici e sulla base del dato anamnestico la valutazione percentuale sulla diagnosi, ripeto, va dal 95 al 98%. Premesso questo, non soltanto non avrei... sono certo che anche una decisione collegiale avrebbe escluso l'intervento chirurgico, in questo caso non solo perché non c'era l'indicazione, ma perché c'era una probabile controindicazione. Cioè, il rischio delle conseguenze immediate o a distanza di un intervento chirurgico anche eseguito perfettamente erano da temere. In più visto che la paziente ha febbre persistente da due settimane l'avrei tranquillizzata dicendo "adesso facciamo una terapia medica, lei resti in osservazione, oppure va a casa e ritorna a farsi rivedere fra tot giorni" e sicuramente sarebbe stato sufficiente per dirimere l'eventuale dubbio diagnostico.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Olivieri, il fatto che ci

ha detto il Professor Sartori di questo eventuale trasferimento dalla Pneumologia o Medicina Generale o Medicina Interna, non so come si chiama nel singolo ospedale, alla Chirurgia le risulta che avvenga anche in questo modo dove ha lavorato lei o dove lavora lei?

C.T. P.M. OLIVIERI - No, io lavoro in un ambiente universitario dove la collegialità, voglio dire, è ormai diventata radicata, nel senso che non esiste una decisione arbitraria né di intervento, né di astensione da intervento. Lo si valuta criticamente tra più persone e si prende una decisione, ripeto, sempre nell'interesse del paziente. Questo è un aspetto sul quale a volte si sorvola, ma il problema non è arrivare alla diagnosi, il problema è trovare una soluzione per il paziente in quel determinato caso dove, appunto, la diagnosi può anche aspettare due settimane eventualmente. Se c'è un qualunque rischio si aspetta.

P.M. DOTT.SSA SICILIANO - Una domanda per il professor Sartori. Lei ha detto prima "ci viene mandato un paziente con un'indicazione chirurgica, però noi chirurghi dobbiamo accettare". Immagino che l'accettazione sia anche facendo un calcolo del rischio operatorio. A quel tipo di rischio operatorio in generale voi fate riferimento, a parte quello ovviamente dell'operazione chirurgica in se stessa?

C.T. P.M. SARTORI - Prima cosa si tratta di condividere l'idea

dell'intervento, cioè stabilire se l'indicazione all'intervento chirurgico posta da un medico o da un pneumologo è condivisa dal chirurgo. Dopodiché una volta condivisa l'idea dell'intervento chirurgico bisogna valutare il rischio che l'intervento comporta e il possibile beneficio che da questo intervento si può ricavare. Rischio alto beneficio basso, l'intervento non si fa; rischio basso beneficio alto, l'intervento si fa. Non sempre la cosa è così semplice, a volte ci sono dei casi dubbi. Quindi la cosa migliore è valutare il rischio dell'intervento che è un qualcosa di non facilmente quantizzabile, perché nel rischio all'intervento ci sta anche l'errore chirurgico, ci sta anche l'anestesista che va a prendersi il caffè, si dimentica, oppure affida il malato... ci sta un rischio legato al fatto che l'intervento chirurgico è un qualcosa che abbassa le difese immunitarie, quindi per un certo periodo ci rende più sensibili alla possibilità di contrarre qualche malattia infettiva o qualche altro accidente, oppure di permettere un ritardo di quei processi riparativi che nell'organismo avvengono nei confronti di determinate malattie.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Prego, Professor Olivieri.

C.T. P.M. OLIVIERI - Se posso aggiungere, io da medico aggiungo anche il rischio a distanza. Una persona operata oggi con un intervento magari un po' cruento che gli

salva la vita e che lo sistema, però fra alcuni anni se quell'intervento non era indicato dall'urgenza o dalla gravità del caso sicuramente riduce la sua funzione polmonare, lo predispone a maggiori altre malattie. Quindi nel rischio chirurgico io devo prevedere anche la maggiore suscettibilità che avrà quel paziente in futuro perché ha avuto un intervento chirurgico, l'asportazione di un lobo, una decorticazione pleurica e così via.

C.T. P.M. SARTORI - Allora, se parliamo di un'urgenza immediata salvavita il problema non si pone perché pensare a quello che gli succederà fra due anni... gli devi salvare la vita subito e quindi il danno lo dai per scontato; se devi asportare un lobo polmonare o un intero polmone lo fai a ragion veduta per una malattia neoplastica maligna. Quindi se fai una decorticazione fatta bene non togli niente al paziente, gli restituisci qualche cosa perché fai riesperdere un polmone che prima non funzionava e dopo la decorticazione torna a funzionare. Quindi bisogna valutare caso per caso. Gli interventi inutili sono tutti dannosi perché lasciano sempre, per quanto minimo, un danno e come tali non vanno fatti. L'intervento inutile è per definizione un intervento dannoso.

P.M. DOTT.SSA PRADELLA - Professor Olivieri, mi scusi, forse ci siamo dimenticati di soffermarci un attimino sulla possibilità della terapia ex adjuvantibus. E' un concetto

che è già stato introdotto alla Corte, però forse a completamento di questo caso non sarebbe inutile.

C.T. P.M. OLIVIERI - La terapia ex adjuvantibus è quella che aiuta a risolvere un dubbio diagnostico, nel senso che se il paziente si avvantaggia di quella terapia di conseguenza era giusta la diagnosi e abbiamo fatto bene a fare quella terapia. Nel caso di questa paziente di cui stiamo discutendo qui non era neanche una terapia ex adjuvantibus, doveva essere comunque iniziata una terapia antibiotica immediata perché con febbre, con quei precedenti e quella sintomatologia era un'indicazione doverosa, voglio dire. Sarebbe stata anche ex adjuvantibus dopo, ma per il momento era proprio un'indicazione alla terapia antibiotica specifica in questo caso.

[REDACTED]