

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Direi che posso passare al capo terzo: [REDACTED] anni 94. La contestazione è di VATS sinistra e wedge resection del lobo superiore. Dalla cartella emerge che il ricovero in Pronto Soccorso avvenne il 28 febbraio del 2007 e fu eseguita sia una RX torace delle coste, che gli esami ematochimici. Che cosa evidenziò questa RX?

IMP. PRESICCI - La RX del torace evidenzia che in questo paziente di 94 anni c'era una marcata accentuazione della trama vascolo interstiziale e una frattura della quinta, sesta, settima, ottava, nona costa di sinistra. Era un paziente che era in trattamento antiaggregante con la

Ticlopidina per la presenza di un morbo di Parkinson ed ipertensione arteriosa. Il numero di fratture costali, come ho detto, incide sulla possibilità di un trauma. Negli Stati Uniti viene adottato un codice di... uno score di severità del trauma toracico che stabilisce che un paziente con tre fratture costali deve essere trattenuto in una unità di Terapia Intensiva o in una unità di Chirurgia Toracica e sottoposto a dei controlli ematochimici e radiologici per evidenziare la presenza di eventuali complicanze. Oltretutto ho avuto modo rivedendo tutti i casi che gran parte di questi erano pazienti che avevano delle fratture costali sul lato sinistro. Il lato sinistro è un lato decisamente più pericoloso del lato destro non tanto per il fatto che c'è il cuore, ma per il fatto che le fratture costali, in particolare in questo caso, settima, ottava, nona costa, sono a stretto contatto, sono vicine dal punto di vista anatomochirurgico con la milza, ragione di più per cui un paziente che presenti almeno tre fratture costali deve essere trattenuto in osservazione. Oltretutto quando si tratta di fratture vicine alla milza bisogna naturalmente richiedere anche un accertamento diagnostico a livello addominale. Ecco perché si chiedeva talvolta la TAC torace e dell'addome, sia perché gli ultimi tagli che vengono fatti della TAC a livello del torace basso ci consentono di vedere gli organi principali dell'addome,

quelli che più facilmente potrebbero sanguinare, il fegato a destra, la milza a sinistra, in questo caso c'era questo motivo di seguirlo. Oltretutto il paziente presentava un altro fattore di rischio in più, cioè la Ticlopidina che è un antiaggregante che preso cronicamente per lo scopo della sua ipertensione arteriosa e del morbo di Parkinson è comunque un farmaco che favorisce il sanguinamento perché lo rende più fluido, appunto perché interviene come antiaggregante e l'aggregazione piastrinica è il primo step fisiologico che viene realizzato quando il sangue deve iniziare a coagulare. Se manca questo tempo c'è un tempo ritardato di sanguinamento.

AVV. FURLAN - Ma qui la terapia antiaggregante era stata sospesa all'ingresso in Chirurgia Toracica che avviene...?

IMP. PRESICCI - Sì sì, la Ticlopidina viene sospesa e in virtù di che cosa? In virtù di seguire innanzitutto l'evoluzione clinica e viene comunque, come dire, sospesa ma sostituita dall'Eparina a basso peso molecolare.

AVV. FURLAN - Infatti vedo che il paziente, emerge dalla cartella, oltre ad avere avuto una sospensione di questa terapia antiaggregante a differenza degli altri due casi trattati viene inizialmente trasferito nel reparto di Fisiochinesiterapia preoperatoria.

IMP. PRESICCI - Infatti viene trasferito in Riabilitazione, di

ciò si informa il figlio e si legge in cartella "Si informa il figlio della necessità di realizzare la TAC onde poter evidenziare eventuali complicanze legate al trauma". Anche in questo caso emerge ancora che sia col paziente che con il figlio, con i parenti, si discuteva sempre di quella che era la nostra decisione, perché lui poteva avere anche un parente che non era d'accordo con la nostra linea di condotta e poteva tranquillamente autodimettersi. Ci sono stati dei pazienti che si sono autodimessi per andare altrove, ne potrei citare almeno tre o quattro in questo momento e nulla da eccepire se volevano andare altrove.

AVV. FURLAN - Ma in questo caso entra, ho un esame TAC che mi dimostra un modesto versamento, so che il soggetto ha una terapia antiaggregante particolare, decidete di sospenderla. Lo mandate in Fisiochinesiterapia, qual è la ragione? L'osservazione?

IMP. PRESICCI - L'osservazione, ma anche perché con un programma di fisioterapia noi volevamo fare cosa in pratica? Proviamo, discutendone col fisiatra, a far fare degli esercizi respiratori. Gli esercizi respiratori mobilizzando meglio il polmone ed il cavo pleurico possono far sì che quel versamento che era presente al momento della prima TAC poteva eventualmente riassorbirsi.

AVV. FURLAN - Perché modesto?

IMP. PRESICCI - Inizialmente viene considerato come modesto versamento, nella prima TAC che viene appunto realizzata. Modesto per quanto viene descritto alla TAC. Se io durante una riabilitazione riesco ad ottenere per il paziente la possibile riduzione dal punto di vista radiologico del versamento e se noto che c'è un aspetto stabile del paziente dal punto di vista ematochimico naturalmente quel paziente si è giovato della riabilitazione e con quadro che regredisce non eseguo l'intervento chirurgico. Quindi lo scopo era: sospendiamo l'antiaggregante, cerchiamo di sottoporre il paziente a degli esercizi respiratori, ripetiamo una TAC, vediamo dal punto di vista ematochimico come si comporta e fatti questi confronti vediamo qual è il risultato.

AVV. FURLAN - Infatti rimane in osservazione dal 28 febbraio 2007 fino al 6 marzo del 2007, data in cui viene eseguita una nuova TAC, e cosa emerge?

IMP. PRESICCI - Diciamo che innanzitutto qui viene descritto dal radiologo un modestissimo aumento del versamento pleurico precedentemente segnalato.

AVV. FURLAN - Chi è il radiologo, se lo ricorda?

IMP. PRESICCI - Francamente non lo so.

AVV. FURLAN - Va bene, emerge in cartella, è [REDACTED]

IMP. PRESICCI - Il Dottor Pansera descrive invece in cartella che cosa? "Il paziente ha eseguito TAC del torace con evidenza di versamento ematico sinistro in esiti di

recente trauma toracico rispetto al controllo precedente". E proprio in questa descrizione in cartella il Dottor Pansera evidenzia anche quelle che sono le indicazioni all'intervento: "Visto il sanguinamento in atto, per necessità si programma VATS con il duplice scopo di sutura della fonte emorragica polmonare o pleurica e di evacuazione di emotorace con rischio di successiva fibrosi polmonare. Si rende edotto il figlio dei rischi connessi all'età del paziente e lo stesso firma il consenso per il padre all'intervento chirurgico".

AVV. FURLAN - Durante l'intervento che venne poi eseguito il 7 marzo del 2007 il modestissimo versamento descritto da Prati alla TAC di quanto fu?

IMP. PRESICCI - Diciamo che questo fu un versamento che quando fu operato il paziente si evidenziò un abbonante emotorace che fu quantizzato in 800 cc.

AVV. FURLAN - Ematico?

IMP. PRESICCI - Sì, un versamento francamente ematico a fronte di un quadro di stabilità dal punto di vista ematochimico ed emodinamico del paziente. Non c'era stato un franco abbassamento dell'emoglobina, ma in questo caso l'effetto dell'emotorace derivava dalle fratture costali multiple e dal fatto che la Ticlopidina presa in maniera cronica essendo un antiaggregante sfavorisce la coagulazione. Anche quel tempo in cui la Ticlopidina era stata sospesa

e sostituita dall'Eparina a basso peso molecolare era comunque rimasta una fonte emorragica aperta, tant'è vero che durante l'intervento viene descritto che oltre alla presenza di pleura congesta e con soffusioni emorragiche in sede di fratture costali c'è un'area parenchimale del lobo superiore con gemizio ematico. Gemizio ematico vuol dire che il parenchima polmonare in quel momento attivamente ancora sta sanguinando e sul quale, appunto, viene eseguita questa resezione parziale del parenchima polmonare proprio a scopo emostatico ed aerostatico, ma viene comunque e sempre inviata all'anatomopatologo. Questa è la dimostrazione classica che spiega come il parenchima polmonare non è mica detto che appunto perché è un sistema vascolare a bassa pressione debba automaticamente sempre smettere di sanguinare, le lacerazioni polmonari attive con sanguinamento attivo che vengono ritrovate devono essere trattate con una sutura emostatica che può essere fatta manualmente o che può essere realizzata, come veniva fatta, con le suturatrici meccaniche. Ma questo è un dato di fatto che è costantemente riportato nelle bibliografie ed è un gesto chirurgico che viene utilizzato dalla scuola di L'Aquila che nel 2004 ha fatto uscire un lavoro sul trattamento precoce in VATS ove loro hanno trattato dei pazienti per traumi toracici aperti e chiusi effettuando delle resezioni polmonari e la conclusione del lavoro del

Professor Divisi di L'Aquila dice che secondo il loro punto di vista il drenaggio toracico è da considerarsi anche come un mezzo obsoleto rispetto al vantaggio che la VATS in termini di diagnosi e trattamento attualmente ci può dare.

AVV. FURLAN - Nel caso di specie, forse l'ha già detto, però se me lo ripete eventualmente, ci fu un calo dell'emoglobina del paziente prima dell'intervento?

IMP. PRESICCI - No, io ricordo che il paziente non si anemizzò prima dell'intervento chirurgico.

AVV. FURLAN - Infatti la domanda che segue è questa: ci sono dei casi analoghi a lei contestati in cui se si fosse basato esclusivamente sul dato del calo dell'emoglobina avrebbe forse ritenuto di non essere in presenza di un emotorace, poi invece lo era?

IMP. PRESICCI - Ce ne sono stati di casi, sì.

AVV. FURLAN - [REDACTED] per esempio?

IMP. PRESICCI - C'è il caso del [REDACTED] ma c'è anche il caso della [REDACTED] che fu dimessa e dopo due - tre settimane ritornò con un emotorace e non c'era stato segno di anemizzazione, non c'era stato nessun segno radiologico. Non c'era motivo di operare la prima volta la [REDACTED] assolutamente, eppure dopo tre settimane ritornò con un emotorace. Lo vedremo più avanti.

AVV. FURLAN - Nel caso di non anemizzazione apparente, forse è



sbagliato dire apparente, cioè nel caso in cui io non veda una anemizzazione nel paziente può verificarsi anche perché magari la perdita di sangue è poca ma costante?

IMP. PRESICCI - Sì, certo. Ci possono essere delle perdite costanti, lente, ma che a poco a poco possono fare anemizzare il paziente. Ci sono poi degli eventi un po' più importanti nei quali vedi che il paziente inizia a sanguinare, perché il primo segno tipico di un sanguinamento importante è rappresentato dal pallore, ma ci possono essere dei sanguinamenti attivi, costanti, lenti, che possono portare ad anemizzazione il paziente. Ma in un contesto quale questo in cui c'è un trauma alla base, c'è un esame radiologico che rispetto all'esame ematochimico è più affidabile, che ti dimostra che c'è un aumento, il paziente cerca di fare la fisioterapia, vedi che il riassorbimento non scompare, piuttosto aumenta, allora a questo punto uno si chiede: c'è una fonte emorragica non importante, ma che comunque va attenzionata, va visualizzata. E in questo caso abbiamo, appunto, un paziente, 94 anni, che non si è anemizzato, abbiamo trovato quasi un litro di sangue, cioè 800 cc.

AVV. FURLAN - Non si è anemizzato prima dell'intervento, e dopo l'intervento?

IMP. PRESICCI - No, io dopo l'intervento ricordo che il paziente... vediamo un po', dopo l'intervento c'è stato un calo dell'emoglobina fino a 8.6 ed in questo caso è

stato trasfuso. A quel punto il calo dell'emoglobina fu conseguenza di questo emotorace perché poi, ripeto, se fosse stato conseguenza dell'intervento chirurgico le caratteristiche macroscopiche del drenaggio, le caratteristiche radiologiche ci facevano propendere per una persistenza del versamento che avremmo visto subito essere di carattere ematico al momento in cui si raccoglievano ogni giorno le quantità del liquido che veniva aspirato dal cavo pleurico.

AVV. FURLAN - Cioè, in questo caso una anemizzazione post-operatoria, non so se ho capito bene, era dettata dalla raccolta ematica che aveva il paziente?

IMP. PRESICCI - Era dettata dall'intervento, perché infatti viene descritta come nell'immediato. Dopo la trasfusione malgrado la terapia fu continuata ci fu poi una normalizzazione dei valori dell'emoglobina.

AVV. FURLAN - E quale fu il decorso post-operatorio del paziente?

IMP. PRESICCI - Il decorso post-operatorio di questo paziente, anche se naturalmente parliamo di un paziente ultranovantenne, dimostrò che ebbe un regolare decorso. Ci fu soltanto una... fu richiesta una consulenza neurologica perché comparve un episodio di disorientamento, ma il neurologo concluse per "segni di disfunzione del sistema extrapiramidale correlati al morbo di Parkinson", ma per il resto si presentava

“vigile, collaborante, orientato nello spazio parzialmente nel tempo, non afasia, nervi cranici indenni, non deficit stenici, tremore a riposo mano destra, movimenti e deambulazione non valutabili”. Ma ricordiamoci che in quel momento il paziente aveva ancora un drenaggio collegato ad un sistema di raccolta e questo spiega anche la descrizione da parte dell’anestesista ed oltre era anche, appunto, affetto dal morbo di Parkinson. Ma poi l’evoluzione dal punto di vista ematochimico e radiologico fino alla dimissione fu del tutto regolare.

[REDACTED]