

Dott. Silvano Poma

Specialista in Chirurgia Generale

Specialista in Chirurgia Plastica

già Responsabile UO di Chirurgia Senologia e Plastica degli ICP e Ospedale Maggiore di Milano

████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████

████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████

████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████

████████████████████████████████████████████████████████████████████████████████

Età all'epoca dei fatti: 31 anni

Documentazione: Copie della Cartella Clinica della Casa di cura S. Carlo, copia dei referti ecografici e clinici, copia delle dichiarazioni rilasciate dalla signora ██████████

I Fatti

- 30/6/03 Lilt Lodi primo contatto con il dott. Brega Massone **(all.1)**
- 7/7/03 Ecografia Prima eseguita: due piccoli fibroadenomi a destra **(all.2)**
- 11/10/04 Ecografia Negativa, nodulo QSE-I invariato, nodulo QSE dx 1cm **(all.3)**
- 22/11/04 Visita Lilt Motivo: neoformazione visibile alla mammella destra, dolente. *“Conferma di duplice neoformazione mammaria destra probabili Fibroadenomi. In virtù della sintomatologia dolorosa si mette in nota per asportazione”* **(all.4)**
- 9/12/04 Intervento in S. Rita: Quadrantectomia con incisione periareolare

Esito Istologico:

(4 masserelle 1,5-2,5 cm per Congelatore più 2cm per definitivo) *Mastopatia fibrocistica, iperplasia fibroadenomatoidale, fibrosi*

- 12/6/06 Ecografia cisti complicata con “*pareti ispessite policicliche; nella stessa è evidente oggetto parietale del diametro massimo di 3 mm*”
QSE dx (**all.5**)
- 13/6/06 Lilt In nota per intervento (**all.6**)
- 26/6/06 Intervento in S. Rita: “*Reincisione parareolare destra allargata al QSE. Si esegue quadrantectomia supero-esterna comprendente modularità multiple....*”

Istologico: tre frammenti di tessuto per un totale di 5x3,5cm. Diagnosi: “*Fibrosi, focolai di adenosi*”

- 16/10/06 Lilt negativa consiglio: si richiede eco (**all.7**)
- 30/10/06 Lilt negativo Consiglio: Controllo a 6 mesi (**all.8**)
- 19/6/07 Lilt negativo Consiglio: si richiede eco (**all.9**)
- 29/6/07 Ecografia esiti intervento (**all.10**)
- 15/10/07 Ecografia normale (**all.11**)
- 26/11/07 Lilt “addensamento QSE-I dx Consiglio: Controllo a 6 mesi (**all.12**)
- 7/1/08 Lilt Addensamento QSE dx, Fibroadenoma, si richiede Ecografia (**all.13**)
- 14/1/08 Ecografia nodulo 4,7 mm QSE dx benigno (**all.14**)
- 15/1/08 Lilt (Brega) Fad 5 mm Consiglio: controllo a 6 mesi (**all.15**)
- 28/1/08 Ricovero S. Carlo n. 157 28-29/1/08
- Diagnosi di ingresso: Neoformazione mammaria destra in esiti di exeresi duplice di Fibroadenomi (1/05 – 5/06)
- Consensi informati firmati dalla paziente e dal dott. Brega
- Intervento 28/1/08 durata 35’ An. Generale

- *“Incisione paraareolare mammella destra. Scollamento cutaneo fino a raggiungimento della neoformazione che è fusa con parenchima mammario in regione QS confluenza mammaria. Si porcede a quadrantectomia superiore alla confluenza comprendente tale neoformazione per ottenimento di radicalità completa. Emostasi accurata. Plastica della Ghiandola, sintesi cutanea.”*
- Esito Istologico

Campione inviato

“quadrante superiore mammella destra, alla confluenza: frammento irregolare bianco-giallastro, di cm 4x3x2, di consistenza elastica. . .

radicalizzazione quadranti superiori di destra: 2 frammenti giallo-brunastri di cm 1x1,2 e di cm 3X2X2”. Totale frammento asportato 8x6x5,5cm.

Diagnosi istopatologica

a-b) Mastopatia fibrocistica, focolai di adenosi.

- 12/5/08 Ecografia microcisti 5,0 mm QSE dx (all.16)
- 30/6/08 Lilt Normale. Rimando a un controllo dopo 1 anno (dott. XXXXXXXXXX) (all.17)

Contestazione:

prof. Greco

- Seconda Quadrantectomia in narcosi (dopo quella del 2006), anche questa per fibrosi, cioè per niente
- Asportato troppo tessuto
- Intervento assolutamente inutile, non indicato, non giustificabile

Dott. Squicciarini

- Non ha eseguito un ago aspirato o meglio una VABB
- Intervento eccessivo

Osservazioni

1. Premettendo che l'intervento del 2004 fu eseguito non per un sospetto clinico, ma per togliere una sintomatologia accessoria, inestetismo e dolore, e quindi fu certamente richiesto o almeno concordato con la paziente, e che l'intervento del 2006 sembra pienamente giustificato per la presenza di vegetazione endocistica, mi limito a considerare il ricovero con intervento del 28/1/08 presso la Casa di Cura S. Carlo di Milano, cartella n. [REDACTED]
2. Dalla Documentazione a mia disposizione risulta che la signora [REDACTED] conosceva da anni, 2003, il dott. Brega Massone che a cadenze semestrali la controllava alla LILt di Lodi per una situazione mammaria di displasia e noduli intercalando i controlli clinici con esami ecografici.
3. In particolare il 19/6/06 con consiglio di ecografia, eseguita il 29/6/07 con esito negativo
4. La signora eseguì una nuova Ecografia il 15/10/07 dopo soli 4 mesi (forse per l'auto riscontro di un nodulo?) con successiva visita
5. 26/11/07 visita alla Litl dove fu segnalato un addensamento a destra e si rimandò ad un controllo a 6 mesi
6. La signora di ripresentò il 7/1/08, dopo poco più di un mese, e le fu eseguita anche un'ecografia oltre la visita. L'esito fu negativo e si consigliò un nuovo controllo dopo 6 mesi.
7. Il 28/1/08 fu operata alla S. Carlo
8. E' evidente che per il dott. Brega non vi fossero dubbi diagnostici che giustificassero l'intervento, non si spiegherebbe il consiglio dato 10 giorni prima dell'intervento stesso
9. La successione degli eventi, vedi date e responsi delle visite alla LILT, mostra chiaramente che la signora si è mossa non in sintonia con quanto le era consigliato.

10. Sembra un caso non raro di accondiscesa all'intervento su pressione del paziente, in questo caso sembra per motivi psicologici, ansia tra tutti. Come spiegare i ravvicinati controlli richiesti dalla paziente, se non con una paura di una patologia grave, paura motivata magari da recente coinvolgimento di persone care, parenti, amiche o colleghe, in episodi di neoplasia diagnosticate senza sintomi eclatanti.
11. Come detto nelle premesse è frequente per tutti gli addetti ai lavori e contemplato dalle linee guida come quelle della FONCAM il fatto che l'intervento per patologia benigna sia una scelta del paziente che per motivi vari preferisce una cicatrice alla presenza di una patologia che non lo lascia tranquillo.
12. L'intervento eseguito fu quello più idoneo e quello che garantiva il miglior risultato estetico, infatti si utilizzò come accesso la cicatrice già presente anche se ciò comportava la necessità di più ampi scollamenti per arrivare alla zona da asportare.
13. Per questo motivo, necessità di scollamenti, e, presumibilmente, per la situazione di ansia della paziente, il procedere con una Anestesia generale può essere più che giustificato.
14. L'intervento è stato classificato come Quadrantectomia, in realtà da quanto si può desumere dal referto istologico fu una ampia nodulectomia. L'ampiezza dell'asportazione è conseguente al fatto che la lesione non era ben delimitata, ciò si deduce dalla descrizione dell'intervento e dall'esito istologico, e quindi bisognava essere ampi per non correre il rischio di lasciare frammenti di lesione con conseguente possibilità di recidiva e per l'esigenza di togliere con certezza la zona che preoccupava la signora.

Commento

- La condotta del dott. Brega Massone non sembra censurabile
- Non ha dato indicazioni avventate o errate per l'intervento, anzi dalla documentazione è evidente che consigliasse solo una osservazione nel tempo

- L'intervento è stato eseguito sicuramente su pressione della signora [REDACTED] troppo breve il tempo tra l'ultimo consiglio di controllo a 6 mesi e l'esecuzione dell'intervento, 10 giorni.
- Il fatto di aver deciso insieme alla paziente di togliere il nodulo per eliminare lo stimolo ansiogeno giustifica in pieno la scelta di non eseguire esami biotici agoaspirativi, che oltretutto non danno mai la certezza diagnostica, come detto nella introduzione.
- Le modalità di preparazione all'intervento e dell'assistenza postoperatoria sono state impeccabili, come sempre si riscontra anche negli altri casi
- Il tipo di intervento eseguito è stato quello che maggiormente garantiva una buona riuscita anche estetica, anche se era più indaginoso
- L'accesso scelto, con conseguente aumento della difficoltà tecnica, e lo stato sicuramente ansioso della paziente giustificano ampiamente il tipo di anestesia scelta, generale.
- La classificazione come Quadrantectomia non è corretta, tuttavia l'errore è lieve per l'abitudine diffusa di così denominare le asportazioni di tessuto che vanno oltre la pura nodulectomia.

Come detto nella parte introduttiva, stranamente e contrariamente a quanto capita nella Patologia maligna, per la Patologia benigna ciò comporta una differenza economica di qualche decina di Euro per il chirurgo.