	Modulo Informativo NEOPLASIA DEL POLMONE	ALL01_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patrìti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

Gli accertamenti da lei eseguiti hanno confermato la diagnosi di una **NEOPLASIA Polmonare** per la quale è previsto l'intervento chirurgico. Si tratta di un **tumore maligno** ☐ **benigno** ☐ del polmone che può aver colpito una porzione più o meno estesa di tessuto e, in caso di malignità, può avere interessato anche organi e/o strutture vicine.

Alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento chirurgico (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una **SEGMENTECTOMIA** ☐ **LOBECTOMIA** ☐ **O PNEUMONECTOMIA** ☐ ovvero nell'asportazione di una porzione limitata di polmone (Segmento), di un intero lobo (lobectomia), di due o di tutto il polmone interessato, a seconda delle dimensioni del tumore e/o dell'interessamento o meno di strutture contigue. Potrebbe essere necessario modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione **intraoperatoria**.


Il personale medico del reparto le spiegherà chiaramente gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative quali la radio- e/o chemioterapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili. Inoltre non si può escludere la recidiva del tumore, a distanza variabile di tempo, indipendentemente dalla sua asportazione radicale.

Le possibili complicanze chirurgiche sono:

- **Infezioni ed atelettasia polmonare;**

- **Fistola bronco-pleurica**, di gravità crescente con l'aumentare dell'entità della demolizione polmonare. La fistola può comportare *l'empima pleurico* (raccolta di pus nel torace operato), la *insufficienza respiratoria* (in caso di deiscenza del bronco principale dopo pneumonectomia) o lo scompenso acuto di cuore. Per il trattamento di questa complicanza può rendersi necessario un ulteriore intervento chirurgico (risutura del bronco, toracoplastica) o un lungo trattamento conservativo attraverso il/i drenaggio/i, lavaggi ed instillazioni di farmaci nell'emittoce infetto fino alla risoluzione del quadro infettivo (che può coinvolgere anche la ferita chirurgica).

- **persistente fuga di aria** dal polmone operato, di gravità minore della fistola bronchiale, ma che comporta un prolungato drenaggio del torace in molti casi ed, a volte, la incompleta riesplorazione del polmone residuo operato.
- **aritmie cardiache**, di gravità differente, che esigono l'impiego di farmaci specifici.
- **emorragia**, di gravità variabile, che può richiedere talvolta la riesplorazione chirurgica del torace a scopo emostatico e/o di drenaggio, oltre all'impiego di emotrasfusioni, con possibile rischio infettivologico.
- **stenosi bronchiale** precoce (da edema) o tardiva (da fibrosi e/o da recidiva), in caso di reimpianto del/i lobo/i sul bronco principale e/o sulla trachea.
- **infezioni della ferita**, spesso causa diretta dell'infezione del cavo pleurico.
- **ernia del cuore**. Può essere conseguente all'eventuale asportazione di necessità di parte del pericardio (invaso dalla neoplasia) o della sua apertura (per la legatura intrapericardica dei vasi polmonari) per deiscenza della sutura pericardica e/o della plastica di chiusura dello stesso. E' una condizione grave che può richiedere un intervento di riesplorazione urgente.

	Modulo Informativo NEOPLASIA DEL POLMONE	ALL01_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

- **apertura accidentale della pleura controlaterale** (con pneumotorace controlaterale) che comporta, se non riconosciuta intraoperatoriamente, necessità di drenaggio dell'emitorece controlaterale mediante l'inserimento di un tubo di drenaggio nell'emitorece. E' difficile tuttavia che si realizzi una situazione di insufficienza respiratoria per questa complicanza.
- **lesione del nervo frenico** con risalita dell'emidiaframma corrispondente e conseguente limitazione delle escursioni respiratorie.
- **torsione dei lobi residui** (solitamente del superiore dopo bilobectomia inferiore o del lobo medio dopo lobectomia superiore) che comporta atelectasia, deficit respiratorio e predisposizione all'infezione del parenchima residuo
- **malfunzionamento dei drenaggi**, per ostruzione da parte di coaguli, fibrina o in caso di dislocamento, con conseguente accumulo di secrezioni siero-ematiche nell'emitorece (e pericolo di infezione). È in questo caso necessario un riposizionamento del drenaggio pleurico (chirurgico o percutaneo sotto guida radiologica e/o ecografica).
- **nevralgie intercostali**: per sezione, ustione, trauma e/o intrappolamento dei nervi intercostali in corso di chiusura della toracotomia. Esse possono, a seconda della causa, recedere spontaneamente o richiedere analgesici o blocchi anestetici.
- **chilotorace**: versamento pleurico persistente di liquido lattiginoso dovuto alla lesione del dotto toracico (in corso di svuotamento linfonodale) che richiede un prolungato drenaggio oppure la legatura chirurgica dopo un trattamento nutrizionale prolungato (1-2 settimane).
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica, ecc.

La chirurgia, ed in particolare quella del polmone, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi in quanto molteplici sono le variabili coinvolte nel processo per ottenere un buon risultato definitivo.

L'incidenza delle complicanze può essere aumentata da comorbidità pre-esistenti. In ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello toracico. Presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche di cui sopra, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari Curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico. Per qualsiasi altra delucidazione sull'intervento e/o complicanze è possibile rivolgersi al personale medico di reparto.