



# INTERVENTI DI RESEZIONE POLMONARE MAGGIORE eseguiti dal 1999 al 2002

L'unità operativa di Chirurgia Toracica, ha presentato il giorno 13/12/2004 presso la sala Cubica di Rocca Saporiti, il proprio AUDIT Clinico riguardante le RESEZIONI POLMONARI MAGGIORI eseguite nei periodi 1999-2002.

La presentazione dei dati da parte del Dott. V. Annessi si è avvalsa dei contributi del Dott. G. Sgarbi, della Dott.ssa L. Mangone, coordinatrice del registro tumori provinciale, e del Dott. L. Sircana Direttore di Presidio. Nella parte introduttiva sono stati ricordati i motivi dell'evento, che richiamano i principi fondamentali del governo clinico, del miglioramento continuo della qualità e del significato di un AUDIT riferito ad un evento significativo.

**Il pieno coinvolgimento e la piena responsabilità dei diversi "attori", ciascuno con le proprie competenze e specializzazioni, rappresenta senza alcun dubbio un tema centrale per il sistema sanitario attuale.**

La buona organizzazione e l'attiva partecipazione del personale medico ed infermieristico ai percorsi di diagnosi e terapia, hanno ed avranno sempre maggiore rilevanza anche ai fini del progresso delle performance cliniche. Il governo clinico è quindi uno strumento che integra il controllo economico, la qualità clinica, la comunicazione efficace, l'aggiornamento professionale.

In questo contesto l'AUDIT di un evento significativo, come rappresentato dall'intervento di RESEZIONE POLMONARE MAGGIORE in chirurgia toracica, rappresenta un modo particolarmente efficace per raggruppare quelle che molti ricercatori definiscono le "pietre angolari" del governo clinico stesso:

- La consapevolezza
- Il lavoro di gruppo
- La comunicazione
- Ownership (senso di "proprietà" del lavoro svolto)
- Leadership

La Dott.ssa Mangone ci ha ricordato i dati estrapolati dal Registro Tumori Provinciale riguardanti il Tumore Polmonare, che riconosce la Resezione Polmonare, in particolare la Lobectomia Polmonare, come trattamento in grado di fornire i migliori dati di sopravvivenza quando utilizzato negli stadi iniziali di malattia.

anno	TUTTI TUMORI	POLMONE
1996	2737	252
1997	2939	297
1998	2926	271
1999	3075	294
2000	3214	317
2001	3299	331
2002	3511	343
TOTALE	21.701	2.105

Incidenza del cancro del polmone nella provincia di Reggio Emilia dal 1996 al 2002



Incidenza del cancro del polmone nei maschi e nelle femmine.

La diapositiva mostra come anche nella nostra provincia il numero di nuove diagnosi nel sesso femminile sia in costante aumento.



Distribuzione dei tumori della provincia di Reggio Emilia nei maschi.

Risulta evidente come nel sesso maschile il tumore del polmone occupi il primo posto per incidenza (n° di nuove diagnosi) nei periodi 1996-2002.



Distribuzione dei tumori della provincia di Reggio Emilia nelle femmine

il cancro del polmone ha raggiunto il 4° posto ed è in costante aumento.



Mortalità per neoplasia nei maschi nella provincia di Reggio Emilia

Il cancro polmonare è di gran lunga la maggior causa neoplastica di morte.



Sopravvivenza del cancro del polmone nella provincia di Reggio Emilia.

Anche i dati riguardanti la nostra provincia confermano come la diagnosi ed il trattamento negli stadi iniziali offrano i migliori risultati prognostici. Come noto la

prevenzione e la diagnosi precoce si rivelano anche in questo caso i migliori strumenti a disposizione.

PER STADIO	%
Ia tumore <3 cm	61
Ib	38
Ila	34
Iib	24
Illa	13
Iiib	5
IV	1

Sopravvivenza in % sul totale di pazienti ammalati di cancro polmonare nella provincia di Reggio Emilia.



I dati riportati nel grafico evidenziano come nella nostra provincia la sopravvivenza a cinque anni (17%) sia leggermente superiore se confrontata a quanto riportato in altri registri tumori. Il dato, da ritenersi

comunque importante, è da attribuire alla somma di più fattori, tra questi l'aspetto diagnostico-terapeutico.

L'AUDIT clinico è stato realizzato per valutare la relazione esistente tra condizioni preoperatorie dei pazienti, scelte chirurgiche e complicanze manifestatesi nel postoperatorio entro 30 giorni. Lo standard di riferimento è stato ricavato dalla letteratura considerando gli studi controllati in cui si definivano gli standard riferibili a morbilità e mortalità in relazione agli interventi suddetti:

gli standard sono oggettivabili e misurabili. In collaborazione con l'Ufficio Sviluppo Organizzativo sono stati identificati

gli standards successivamente condivisi dal gruppo di valutazione del Dipartimento.

Lo studio retrospettivo è basato sulla valutazione delle cartelle cliniche presenti nell'archivio generale.

I dati Audit sono relativi ad interventi di resezione polmonare eseguiti dal 1999 al 2002 per un totale di 389 pazienti

- Pneumectomie
- Lobectomie
- Tracheal sleeve pneumectomy
- Sleeve lobectomy
- Segmentectomie tipiche
- Segmentectomie atipiche

Tipi d'interventi sottoposti a revisione.

### Indicatori preoperatori

- Età
- Diabete
- Cirrosi
- ASA
- Ipertensione
- Fumo
- Funz. Respiratoria
- Cardiopatie
- Pregressi int. Toracici
- Tratt. Neoadiuvanti
- Catetere peridurale

L'elenco evidenzia gli indicatori preoperatori rilevati; la presenza di uno o più di questi è ritenuto favorente la comparsa di complicanze, tranne il posizionamento preoperatorio del "catetere peridurale" a scopo antalgico. Tutti i pazienti operati sono sottoposti oggi a questa procedura, in linea con gli indirizzi regionali volti ad un ospedale senza dolore; il miglior controllo del dolore postoperatorio incide positivamente nella gestione del periodo postoperatorio.

### Indicatori intraoperatori

- Urgenza o elezione
- Tipo d'intervento
- Via di accesso
- Interv. associati
- Chirurghi operatori
- Durata intervento
- Aritmie intraop
- Emorragia intraop
- Trasfusioni intraop
- Decesso intraop

Indicatori intraoperatori rilevati, correlabili alle complicanze.

### Indicatori postoperatori

- Reinterventi per emorragia
- Aritmie
- IMA
- Ischemia cerebrale
- Polmonite
- Atelettasia
- Fuga aerea
- Fistola broncopleurica
- Embolia polmonare
- Mortalità a 30 giorni

La tabella elenca quali sono le complicanze definite dalla letteratura come indicatori di qualità della prestazione. preso in considerazione singolarmente le complicanze sopraelencate e confrontate con i dati di riferimento ricavati dalla letteratura.

### Atelettasia postoperatoria

42 casi-10,7%

• Rif. Letteratura 2,5-25%

Indica la comparsa di aree del polmone non ventilate che possono evolvere in processi infettivi polmonitici.

### Fuga aerea persistente

17 casi-4,4%

Rif. Letteratura 2,7-15%

Persistenza di perdita aerea del parenchima polmonare operato responsabile del protrarsi del ricovero e di conseguenti fenomeni infettivi pleurici.

### Polmonite postoperatoria

3 casi-0,7%

Rif. Letteratura 1,4-27%

La polmonite è una grave complicanza di questo tipo di chirurgia, mortale in una buona percentuale di casi. I risultati descritti evidenziano come la selezione, la preparazione dei pazienti nel preoperatorio, la stretta sorveglianza postoperatoria in collaborazione con il fisioterapista possano ridurre questa complicanza a valori decisamente bassi.

### Fistola broncopleurica

2 casi-0,5%

Rif. Letteratura 1-4%

L'utilizzo di suturatrice meccanica nella sezione del bronco ha reso nella nostra casistica questa complicanza eccezionale.

### Reinterventi per emorragia

8 casi-2%

Rif. Letteratura 2-3,2%

Il dato riferito a questa complicanza è in linea con il dato della letteratura.

## Chirurgia toracica AUDIT CLINICO

### Aritmia postoperatoria

27 casi-6,9%

Rif. Letteratura 8,6-30%

Anche per quanto riguarda l'aritmia postoperatoria il nostro dato è da ritenersi allineato a quanto scritto in letteratura.

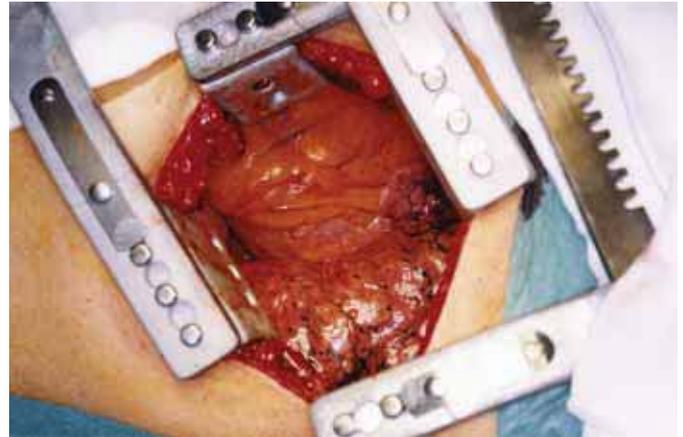
Già nelle note introduttive si comprendono i motivi di questo nostro lavoro, che deve essere ritenuto come un utile strumento volto al miglioramento. Pensiamo inoltre che i dati riportati non debbano essere considerati come la semplice conseguenza di un gesto chirurgico ma il frutto del "lavorare insieme" condividendone i risultati.

### Infarto miocardico

1 caso-0,25%

Rif. Letteratura 0,3-1,4%

La collaborazione con l'unità operativa di cardiologia e di emodinamica ci ha aiutato ad operare pazienti cardiopatici con ridotto rischio, perché trattati dal punto di vista coronario preoperatoriamente.



### Embolia polmonare

1 caso-0,25%

Rif. Letteratura 0,5-4%

L'embolia polmonare, grazie all'utilizzo di eparina a basso peso molecolare, è diventato un evento raro in questo tipo di chirurgia.

### Mortalità a 30 giorni

3 casi-0,7%

Rif. Letteratura 2,9-30%

### Ischemia cerebrale

1 caso 0,25%

Rif. Letteratura 0,3%



Il risultato riportato nella tabella è da considerarsi come la conseguenza di una costante collaborazione tra le varie unità operative e servizi coinvolti nella gestione di questi pazienti.

Riteniamo che questo buon risultato, sia il frutto dell'impegno e della capacità di tutti i professionisti che quotidianamente collaborano con noi.

**Dott. Giorgio Sgarbi,**  
**Dott. Valerio Annessi,**  
**Dott. Salvatore De Franco,**  
**Dott. Ferrari Guglielmo,**  
**Dott. Massimiliano Paci**  
Chirurgia Toracica

**Dott.ssa Lucia Mangone**  
Registro Tumori Provincia di Reggio Emilia

**Dott. Luca Sircana**  
Direttore Direzione Medica di Presidio

a cura di:  
**Dott. Annessi Valerio**  
Chirurgia Toracica

### Casistica

- Pneumonectomie 36 casi 9,2%  
lett.(10-15%)
- Lobectomie 191casi
- Segmentectomie tipiche ed atipiche 162 casi
- Toracotomie esplorative 8 casi  
2%lett.(8-10%)

La nostra casistica dal 1999 al 2002 conferma la bassissima percentuale di Toracotomie esplorative, che sono notoriamente segnale di errata indicazione chirurgica e selezione del paziente.