	<b>Modulo Informativo</b>  <b>NODULO POLMONARE</b>	ALL45_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del  01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

**L'esame clinico e gli accertamenti da Lei eseguiti hanno riscontrato un nodulo polmonare.** Gli esami preoperatori eseguiti (esame obiettivo, broncoscopia, TAC, RMN, PET, Agobiopsia TC guidata, ecc.) non hanno permesso di stabilire la diagnosi di natura della stessa. In base alla valutazione clinica dei fattori di rischio ed all'esame delle caratteristiche radiografiche dell'opacità, la probabilità che possa trattarsi di un carcinoma polmonare è medio-alta e, per questo motivo, è indicato l'intervento chirurgico di asportazione del nodulo polmonare.

Un nodulo polmonare può essere la manifestazione di un carcinoma polmonare, ovvero di un tumore maligno a partenza dalle cellule epiteliali del bronco e può estendersi localmente infiltrando dapprima il parenchima polmonare e poi i tessuti adiacenti (pleure, mediastino, parete toracica); inoltre può diffondere a distanza nei linfonodi mediastinici che drenano la linfa proveniente dal polmone ed agli organi anche lontani attraverso il circolo sanguigno.

L'intervento proposto verrà eseguito **in anestesia generale per via toracotomica** □ **o toracoscopica** □ e che inizialmente esso consisterà nell'asportazione del nodulo insieme ad una piccola porzione di parenchima polmonare. Il pezzo asportato verrà immediatamente esaminato istologicamente in modo da ottenere nel giro di 15-30 minuti una diagnosi di natura. Nel caso tale l'esame dimostri trattarsi di una malattia benigna, l'intervento chirurgico si può considerare concluso. Al contrario, in caso l'esame istologico dimostri trattarsi di un carcinoma, si procederà immediatamente (senza interrompere l'anestesia) ad allargare l'exeresi polmonare realizzando una lobectomia (asportazione di un intero lobo polmonare) o, se necessario, una pneumonectomia (asportazione di tutto il polmone) e rimuovendo anche i linfonodi del mediastino. Se la resezione del nodulo era stata eseguita in toracoscopia si provvederà a convertire l'accesso in toracotomia.

In ogni caso, durante l'intervento, sulla base del riscontro intraoperatorio, può rendersi necessario modificare la tattica chirurgica.

Il personale medico le spiegherà chiaramente gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative, quali la chemioterapia), gli eventuali rischi e/o le menomazioni prevedibili. Esiste inoltre la possibilità che il tumore si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento.

Sono possibili le seguenti

**- Complicanze intraoperatorie:**

- **Emorragie** anche importanti per lesioni vascolari. Queste vanno trattate con sutura, ricostruzione o legatura dei vasi (rarissimamente causa di decesso). Si può rendere necessario l'impiego di trasfusioni.

- **Lesioni nervose** con conseguenti paralisi del diaframma, di una corda vocale, parestesie o anestesi cutanee.

**- Complicanze postoperatorie:**

- **Emorragia** (che può richiedere trasfusioni e/o un reintervento per l'emostasi);


- **Perdite aeree parenchimali** (che possono richiedere una prolungata permanenza dei tubi di drenaggio);

- **Fistola bronchiale** (che può provocare insufficienza respiratoria, infezione del cavo pleurico e, talora, il decesso);

- **Linforragia o chilotorace** (che possono richiedere il prolungato mantenimento dei tubi di drenaggio e, raramente, rendere necessario un reintervento di legatura del collettore linfatico);

- **Parestesie** (ossia sensazione di prurito o di acqua che scorre, formicoli, bruciori, ecc.), *anestesia* (mancanza di sensibilità tattile, termica, dolorosa), *dolore* nel territorio innervato dal nervo intercostale interessato dalla toracotomia;

- **Insufficienza respiratoria postoperatoria;**

	<b>Modulo Informativo</b>  <b>NODULO POLMONARE</b>	ALL45_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del  01.01.20

- **Infezioni della ferita** che possono comportare la riapertura della stessa ed un lungo periodo di medicazioni. Raramente possono dare compromissione dello stato generale;

- **Patologie della cicatrice** (ipertrofica, cheloide eventuali retrazioni);

- **Trombosi o tromboflebiti** che possono accentuare l'edema ed in rari casi portare ad ischemia dell'arto

- complicanze ischemiche cardiache;

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) che 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), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

Altre complicanze possono essere non specifiche dell'intervento e manifestarsi con quadri sindromici relativi agli apparati respiratorio, cardio-vascolare, urinario, cerebrale, nervoso e locomotore.

La chirurgia, ed in particolare quella polmonare, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e che l'incidenza di complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e di cui è affetto.

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.