

Capo 86

Paziente D. P. [REDACTED]

Ricoverata il 07.06.2007 dopo una polmonite trattata medicalmente con antibiotici per dispnea, tosse e brocospasmo. Febbre.
Paziente fumatrice, sovrappeso.

Controllo TAC torace (26.03.2007) che dimostrava nodulazioni nella parte destra del polmone dopo 20 giorni di trattamento antibiotico al domicilio.

Miglioramento del quadro clinico

Esami: funzione polmonare regolare (FEV1 di 2,43 l/sec)

Emocromo regolare ((Hb 14,7 g%, Leucociti 9.300)

FBS(broncoscopia): bronchite acuta, ricerche BK e di CTM negative.

Trasferita in riabilitazione.

Controllo TAC (28.05.2007) manca la finestra polmonare completa

2° ricovero il 07.06.2007 per una residua neoformazione con sede nel lobo medio destro dopo una pregressa polmonite (3/2007).

Iter, incluso TAC, Spirometria, etc. fatto a base ambulatoriale

Intervento: FBS, segue la VATS destra con resezione wedge (6x4x1 cm) del lobo superiore destro l'08.06.2007 per un nodulo di circa 2 cm con sede nel lobo superiore destro.

Indicazione: diagnosi di certezza con sospetto di malignità (BAC)

Esame istologico: diffusi stravasi emorragici intra-alveolari compatibili con area d'infarto emorragico.

FBS ed esame batteriologico: negativo per BK.

Decorso post-operatorio: regolare, trasferita in FKT l'11.06.2007

Cosa dice il consulente:

Squicciarini:

- nella cartella clinica manca il referto TAC torace
- patologia priva d'indicazione chirurgica
- paziente non sottoposta ad una PET total body
- paziente non sottoposta ad un'agobiopsia che rappresenta l'iter diagnostico corretto standard
- il chirurgo non ha atteso il referto citologico della FBS

Presenza di posizione:

senza aver visto né la TAC, né il referto si giudica tutto alla cieca!

Lo scopo dell'intervento era, in prima linea, diagnostico poiché nessuno conosce la patologia prima dell'intervento.

È sbagliato parlare di una patologia priva d'indicazione chirurgica.

Perché il consulente Squicciarini si rifiuta ostinatamente di pensare ad un carcinoma broncogenico in una fumatrice di 50 anni ?

Come sempre, il rimprovero della omessa PET risulta inutile in un tale caso

(87). Si vede un metabolismo elevato o no. E poi?

Ugualmente insensato il rimprovero della omessa agobiopsia da parte di una persona che non conosce assolutamente nessuna lastra o TAC della paziente.

Inoltre, l'agobiopsia non rappresenta l'iter diagnostico corretto standard in tutti i casi con noduli o addensamenti polmonari. Dipende strettamente della dimensione, localizzazione e morfologia se un'agobiopsia pare promettente.

Finalmente il referto citologico è assolutamente incerto con una quota di risposta giusta positiva inferiore al 50% **(1,6)**.

PET E TC-PET

(87) Krause BJ et al

Nuklearmedizinische Onkologie

Eco-Med, Landsberg 2007,

pagg 131-42 (PET/CT-Protokolle in der Onkologie, Lind - in Generale)

pagg 155-74 (PET und PET/CT, Buck - C Bronco)

pagg 331-47 (Schilddrüsenkarzinome, Freudenberg - C tiroide)

(88) Bhargava et al

Pitfalls of diagnosis based on abnormal flow cytometry and ((18)F) fluorodeoxyglucose positron emission tomography.

Clin Lymphoma 2008, 8: 117-20

(89) Belakhlef A, et al

Fat necrosis mimicking B-cell lymphoma: a PET/CT and FDG study.

Clin Nucl Med 2008, 33: 271-2

(90) van Dalen JA et al

Multi-modality nuclear medicine imaging: artefacts, pitfalls and recommendations.

Cancer Imaging 2007, 28: 77-83, Review

(91) Cook GJ

Pitfalls in PET/CT interpretation

Q J Nucl. Med Mol Imaging 2007, 51: 235-43, Review

(92) Collins CD

PET in lymphoma

Cancer Imaging 2006, 31: 63-70, Review