

Neoplasie del polmone



Cosa aspettarsi e
come prepararsi al
percorso chirurgo



Caro paziente,

se il medico chirurgo con cui ha appena finito di parlare le ha consegnato questo opuscolo, significa che è all'inizio di un percorso che non inizia semplicemente con il primo passo, ma comincia a prendere forma da più lontano, dal momento in cui accade qualcosa che l'ha portata a intraprenderlo. Se ha in mano questa materiale significa che ha avuto un fastidio, un sintomo oppure semplicemente ha eseguito un controllo o un accertamento che l'ha gettata in un vortice di ulteriori approfondimenti, come esami radiografici, PET, broncoscopie ed altro, con i quali si è scoperto un problema che occorre trattare chirurgicamente.

Il chirurgo le ha comunicato la necessità di eseguire un intervento di rimozione di una parte di polmone insieme ad alcuni linfonodi vicini, così da poter allontanare questo ospite indesiderato e decidere insieme i passi successivi. Siamo certi che le emozioni e le domande che si affollano nella sua mente in questo momento siano tante: ma come è possibile? Perché a me? Ma siamo proprio sicuri? E adesso cosa succederà? Quali passi mi aspettano? Ce la farò?

Conosciamo bene questo suo stato d'animo: lo smarrimento e la vertigine che colgono le persone di fronte a queste notizie sono tali che tante volte si rimane così spiazzati dal tentativo di processare quanto ci viene comunicato da non riuscire neanche

a formulare le domande circa i passi successivi. Le domande, poi, una volta a casa, spesso riaffiorano alla mente ma, ahimé, senza che ci sia qualcuno — a quel punto — a cui poterle porre.

Per questo abbiamo pensato di consegnarle questo strumento al fine di essere una sorta di mappa stradale che la accompagnerà in questo viaggio che faremo insieme, cosicché possa essere pronto per ogni svolta della strada, per ogni curva, per ogni cambio di pendenza che si incontrerà.

Per affrontare bene un viaggio, occorre avere in mente non solo la meta, ma anche le tappe che ci porteranno ad essa, passo dopo passo. Le tappe che qui spiegheremo sono i capisaldi di questo cammino, ciascuna imprescindibile per poter pianificare la successiva: il prericovero, il giorno del ricovero, l'intervento, l'anestesia, la degenza postoperatoria, la riabilitazione, il rientro a casa, i controlli. Per ognuna di esse abbiamo preparato una piccola guida che la aiuterà a comprenderne il senso, il proprio ruolo come attore protagonista, il ruolo che avremo noi medici e lo staff sanitario nell'accompagnarla, quello delle persone care che le staranno accanto e come potremo lavorare insieme per aiutarla a superare ogni tappa e ripartire per quella successiva.

Le pagine che sta per leggere racchiudono l'esperienza di chirurghi specialisti toracici che si sono uniti per creare e condividere una guida solida e frutto di esperienza. Oggi il paziente non è più un semplice spettatore o utente, ma è parte integrante del proprio cammino di guarigione: occorre che lei ci aiuti ad aiutarla, che faccia la sua parte e le possiamo assicurare che se ciò accadrà, questo cammino non programmato farà meno paura, sarà più semplice, veloce e, speriamo, potrà essere sorprendentemente anche un "buon" viaggio.

A questo punto su le maniche ed iniziamo...
Giri la pagina!



Indice

Informazioni Generali

7

Neoplasia del polmone: che cosa è?	8
Capire i polmoni e le tipologie di intervento	9
I principali tipi di intervento chirurgico	10
Come verrà eseguito l'intervento: le diverse tecniche chirurgiche	12

Preparazione

13

Fumo	14
Nutizione	14
Attività Fisica	15
Fisioterapia a casa prima dell'intervento chirurgico	15
Consigli generali per svolgere gli esercizi	16
Durata di ogni esercizio	16
Difficoltà - Quantificare la mancanza di fiato	16
Tempo	17
Riscaldamento	17
Verifiche	17
Esercizi	18
Il giorno del ricovero	20
Consenso informato	20

L'Intervento

21

Ingresso in sala operatoria	22
Posizionamento sul lettino e monitoraggio	22
L'anestesia: addormentarsi in sicurezza	23
Come si svolge l'intervento e quanto può durare	24
Il risveglio dopo l'intervento	25
La prima giornata dopo l'intervento	25
Controllo del dolore	25
I drenaggi toracici	26
Esami di controllo e radiografia del torace	26
Esercizi di respirazione	27
Esercizi fisici	28
Esercizi per alleviare la dispnea	29
La mobilizzazione post-operatoria: alzarsi e camminare	30
Esercizi per gli arti inferiori	31
Ripresa dell'alimentazione	32
Il monitoraggio nelle prime 24 ore e il ruolo del paziente	32

Recupero

33

Cosa succede una volta a casa?	34
Dolore	35
Altri possibili problemi	35
Controlli successivi	35
Gestione della ferita chirurgica e medicazioni	36
A casa con il drenaggio toracico	36
Le domande più comuni che fanno i pazienti dimessi con drenaggio	37
I controlli in ambulatorio	38



Informazioni Generali

Ricevere una diagnosi di neoplasia al polmone e prepararsi a un intervento chirurgico è comprensibile possa generare molte domande e preoccupazioni. In questa prima sezione le è offerta una prima, sintetica ma chiara introduzione a queste tematiche.

Il nostro obiettivo è aiutarla a capire meglio la situazione in preparazione all'intervento che il chirurgo le ha proposto.

Ricordi che ogni paziente è unico e che questa è solo una guida con informazioni di carattere generale. Il suo chirurgo e tutta l'équipe medica sono a sua disposizione per rispondere più in dettaglio a ogni specifica domanda.



Capire i polmoni e le tipologie di intervento

Per comprendere le diverse tipologie di intervento chirurgico, è utile sapere come sono fatti i polmoni. Ogni polmone – che può essere grossolanamente paragonato a un palloncino in quanto ripieno di aria – non va visto come una entità unica, bensì come un organo a sua volta diviso in porzioni più piccole (subunità) chiamate lobi polmonari. I due polmoni non sono identici: il polmone destro ha tre lobi (superiore, medio, inferiore), mentre il sinistro ne ha due (superiore, inferiore). Questi lobi sono a loro volta suddivisi in segmenti.



Neoplasia del polmone: che cosa è?

La neoplasia del polmone è una crescita anomala di cellule nei polmoni che forma una massa. Ha origine, come dice il nome stesso, nei tessuti dei polmoni. I nostri polmoni sono organi vitali che ci permettono di respirare, assorbendo ossigeno dall'aria ed eliminando anidride carbonica.

Questa malattia si sviluppa quando alcune cellule all'interno del polmone iniziano a crescere in modo anomalo e incontrollato, formando una lesione di volume variabile, chiamata tumore. È importante da subito precisare che i tumori al polmone non sono tutti uguali, differenziandosi per tipo di cellula, velocità di crescita, localizzazione ed aggressività (malignità).

Quando la neoplasia è localizzata (cioè non si è diffusa ad altre parti del corpo), l'intervento chirurgico rappresenta spesso la migliore possibilità di cura. L'obiettivo della chirurgia è asportare completamente la massa tumorale, abitualmente con una quota di tessuto sano circostante e con i linfonodi dell'emitorace corrispondente (strutture del sistema linfatico con funzione immunologica e che spesso sono la prima sede di disseminazione della malattia neoplastica).



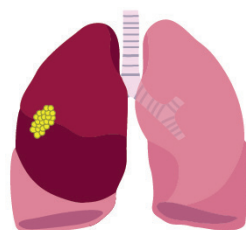
L'intervento chirurgico, chiamato resezione, consiste nell'asportare la parte di polmone contenente la neoplasia. Il tipo di resezione dipende esattamente da dove è localizzato il tumore, da quali siano le dimensioni e, naturalmente, dalle condizioni generali di salute in cui lei si trova. L'obiettivo è sempre duplice: rimuovere tutta la neoplasia e, al tempo stesso, conservare la maggior quantità possibile di polmone sano, per preservare la sua capacità e funzione respiratoria.

I principali tipi di intervento chirurgico



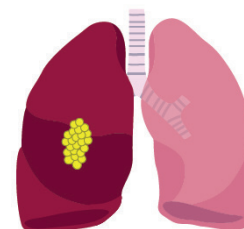
Lobectomia Polmonare

L'intervento più comune per la neoplasia del polmone. Consiste nell'asportazione di un intero lobo polmonare, ad esempio, il lobo superiore destro. È considerato l'intervento "standard" perché offre ottime possibilità di cura rimuovendo la massa neoplastica e i linfonodi vicini, lasciando al contempo una buona funzionalità respiratoria.



Bilobectomia Polmonare

Questo intervento riguarda solo il polmone destro che ha tre lobi. Si esegue quando la neoplasia coinvolge due lobi adiacenti (il lobo medio e quello inferiore o il lobo medio e quello superiore) e prevede l'asportazione di entrambi.



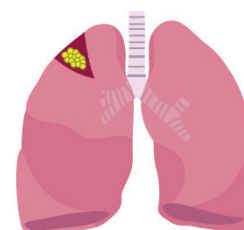
Pneumonectomia

Questo è l'intervento più esteso e prevede l'asportazione di tutto il polmone (l'intero polmone destro o l'intero polmone sinistro). Si riserva ai casi in cui la neoplasia ha grandi dimensioni o è in posizione molto centrale, vicino alle vie aeree principali, e non è purtroppo possibile preservarne una parte. Sebbene sia un intervento importante, si può vivere una vita normale con un solo polmone.



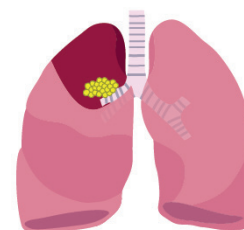
Segmentectomia (o Resezione Segmentaria Anatomica)

Questo intervento è più "limitato" di una lobectomia. Invece di rimuovere l'intero lobo, il chirurgo asporta solo il segmento (o i segmenti) del lobo in cui si trova la neoplasia. Viene anche detta resezione sub-lobare anatomica. È un'opzione eccellente per tumori piccoli, con alcune caratteristiche specifiche, consente di conservare quanta più funzione polmonare possibile.



Resezione Atipica (o «Wedge»)

Letteralmente significa "resezione a cuneo". È l'intervento più limitato da un punto di vista di volume di tessuto asportato. Il chirurgo non segue le divisioni anatomiche dei segmenti, ma rimuove semplicemente un "cuneo" di tessuto polmonare che contiene il tumore e un piccolo margine di tessuto sano attorno. Si usa spesso per neoplasie molto piccole e superficiali o, ancora, laddove la diagnosi sia incerta.



Sleeve Lobectomia (Lob. con Resezione di Manicotto Bronchiale)

È una tecnica speciale per le masse neoplastiche che coinvolgono la via aerea vicino al bronco principale (il condotto principale che porta aria nei polmoni). Invece di sacrificare tutto il polmone, si rimuove solo la parte malata di bronco (sleeve vuol dire per l'appunto "manicotto") in blocco con il lobo ammalato. La via aerea viene poi ricostituita nella sua integrità ricongiungendo le due estremità con una sutura (anastomosi) che il chirurgo esegue manualmente.

Come verrà eseguito l'intervento: le diverse tecniche chirurgiche

Questi interventi si possono eseguire con tre diverse tecniche, tutte molto sicure e consolidate; il chirurgo sceglierà in base alla posizione e alle caratteristiche della sua neoplasia.



- La tecnica **VATS (video-toroscopia)** utilizza piccole incisioni sul torace (possono essere una sola o più di una), con una telecamera e strumenti speciali che permettono di vedere e operare all'interno della cavità toracica senza la necessità di ferite ampie sul torace. È una tecnica meno dolorosa, con ripresa più veloce.
- La **tecnica robotica** è molto simile alla precedente ma usa un robot sofisticato che è guidato dalle mani del chirurgo e consente gesti di notevole precisione, ancora attraverso piccole incisioni.
- La **tecnica toracotomica** (incisione tradizionale) prevede una ferita più ampia sul lato del torace, di solito vengono salvaguardati i principali gruppi muscolari; consente la visualizzazione diretta degli organi toracici e dei polmoni, ad esempio per tumori grandi o con aderenze alle strutture anatomiche vicine.

Le tre tecniche chirurgiche descritte hanno evidenze cliniche consolidate e si riferiscono ad approcci comunemente utilizzati. Il chirurgo le spiegherà quale sia la più adatta al suo caso specifico, proponendole l'intervento più sicuro, appropriato ed efficace per la sua condizione. Non esiti, quindi, a chiedere qualsiasi chiarimento sul suo percorso di cura e, se possibile, si faccia accompagnare da una persona di fiducia durante la spiegazione: aiuta a ricordare e a fare domande.

Prenda il tempo necessario: una decisione importante non dovrebbe essere affrettata. Se lo desidera, ricordi sempre che può chiedere un secondo parere specialistico. Siamo qui per accompagnarla!



Preparazione

Come accennato nell'introduzione, esistono vari tipi di neoplasie polmonari ma solitamente utilizziamo il termine "tumore polmonare" per due tipi principali: tumori non a piccole cellule (sono i più comuni) e tumori a piccole cellule.

L'intervento chirurgico è un'opzione terapeutica per il tumore del polmone in fase iniziale che prevede la rimozione, generalmente parziale, di un polmone.

Una volta che l'équipe medica multispecialistica decide che il nodulo polmonare di un paziente è "resecabile" (cioè, che può essere asportato chirurgicamente), occorrerà prepararsi accuratamente all'intervento.

Prima dell'intervento chirurgico a cui verrà sottoposto, può adottare alcuni comportamenti che la aiuteranno a riprendersi e a prevenire l'insorgenza di complicanze post-operatorie. In questa sezione affronteremo i passi fondamentali.



Fumo

Sappiamo che per i pazienti può essere difficile smettere di fumare prima e dopo l'intervento chirurgico. Se lei è un fumatore, deve provare a smettere il prima possibile. Il monossido di carbonio e le sostanze tossiche del fumo possono causare spiacevoli complicanze post-operatorie, come il ritardo nella guarigione della ferita, infezioni del sito chirurgico e al torace. I suoi polmoni devono essere nel miglior stato possibile per avere una guarigione veloce. Anche se i polmoni fossero già danneggiati, smettere di fumare almeno 2-4 settimane prima dell'intervento chirurgico può prevenire la comparsa di complicanze post-operatorie. Un dato numerico che può aiutarla a trovare motivazione: smettere di fumare 4 settimane prima, può ridurre le complicanze post-operatorie del 20-30%!



Nutrizione

È raccomandata una buona dieta equilibrata prima dell'intervento chirurgico. Un'alimentazione bilanciata, ricca di carboidrati, gioca un ruolo fondamentale nel processo di recupero, nella guarigione delle ferite e nel combattere le infezioni. L'intervento stesso richiede un aumento delle richieste energetiche dell'organismo. Se ha perso peso o ha scarso appetito, può essere necessario integrare la sua dieta con l'aggiunta di multivitaminici o bevande nutrizionali prima dell'intervento.



Attività Fisica

Se prima dell'intervento, svolge regolarmente attività sportiva, è membro di un club sportivo o frequenta la palestra, continui con l'attività fino al giorno del ricovero. Se ha patologie o disturbi articolari alle spalle o agli arti inferiori, deve comunicarlo e parlarne con il fisioterapista prima di iniziare il programma degli esercizi di fisioterapia indicato. Consideri che il programma di esercizi fisici può essere adattato in base alle sue necessità. Troverà che alcuni esercizi indicati siano più difficili rispetto ad altri, nonostante ciò, non deve rinunciare ad eseguirne alcuni; si consiglia di continuare a dedicare il giusto tempo a ciascuno di essi, con la consapevolezza che magari necessiterà di più tempo per riposare e riprendersi. Mentre si sta esercitando è normale che possa avere la sensazione di fiato corto, pur tuttavia non dovrebbe avere una difficoltà tale da non riuscire a parlare. Per aiutarla, trova di seguito uno schema di esercizi e può prendere spunto dalla scala presente a lato del foglio/tabella "Esercizi per aiutarsi a mantenere il ritmo". L'obiettivo è mantenersi con un punteggio fra 3 e 4, fra moderato e moderatamente grave.

Non deve fare esercizio fisico intenso se non si sente bene; se non è sicuro contatti il suo medico curante o il medico di reparto.



Fisioterapia a casa prima dell'intervento chirurgico

Premesso che migliorare il proprio stato di salute generale può – anzitutto – significare essere semplicemente più attivi durante la giornata, suggeriamo per esempio:

- scegliere di camminare al posto di utilizzare l'automobile
- usare le scale al posto dell'ascensore
- svolgere lavori domestici come giardinaggio e mestieri di casa (si ricordi poi di chiedere al suo medico di reparto quando potrà riprendere queste attività una volta rientrato a casa)

Camminare è un modo eccellente per aumentare lo stato di salute generale: cerchi di aumentare la distanza percorsa e il tempo impiegato per camminare e la frequenza con cui svolge l'attività. Cerchi di camminare a una velocità che le provochi una leggera mancanza di fiato. Alterni la camminata agli esercizi che deve svolgere come da programma.

L'obiettivo è di completare il programma degli esercizi 3 volte a settimana e fare una camminata almeno 4 volte a settimana.

Consigli generali per svolgere gli esercizi

- Inizi sempre con gli esercizi di riscaldamento
- Gli esercizi sono studiati per alternare il lavoro delle braccia e delle gambe, cerchi di seguire quest'ordine
- Se sente di avere dispnea con un punteggio maggiore a 5 sulla scala a lato degli esercizi, quindi un grado severo, rallenti e riposi. Ricominci l'esercizio solo una volta che si sente meglio
- Se qualunque esercizio le causasse dolore o malessere, smetta immediatamente e prosegua con l'esercizio una volta che si sente meglio

Durata di ogni esercizio

Svolga ogni esercizio per almeno 2 minuti (anche se per la maggior parte di questo tempo sta riposando). Quando riuscirà ad eseguire un esercizio per 2 minuti senza riposare, aumenti il tempo speso per eseguire quell'esercizio fino ad un massimo di 5 minuti. Questo indica che per esempio può spendere:

- 4 minuti sul primo esercizio
- 2 minuti sul secondo esercizio
- 5 minuti sul terzo esercizio

È un fatto assolutamente normale. Si cronometri con un orologio o un timer e se possibile, chiedi a qualcuno di aiutarla.

Difficoltà - Quantificare la mancanza di fiato

Mantenga un determinato ritmo, ciò indica che sta lavorando ad un livello di 3-4 sulla scala del respiro (moderato – moderatamente grave). Questo può indicare la necessità di utilizzare pesi più leggeri quando esegue esercizi per le braccia.



Tempo

In totale, compreso il riscaldamento, il tempo richiesto per svolgere l'intero programma va da un minimo di 25 minuti fino ad un massimo di 55 minuti, man mano che aumenta lentamente il tempo dedicato a ogni singolo esercizio. Segni i suoi progressi e fissi degli obiettivi realistici e raggiungibili.

I seguenti esercizi sono da svolgere a casa prima dell'intervento chirurgico.

Riscaldamento

Vale la pena spendere 5 minuti su un semplice riscaldamento per preparare il proprio corpo all'attività fisica e ridurre il rischio di infortunio. Si consiglia di indossare un abbigliamento morbido e comodo e calzature di sostegno.



Verifiche

- Controlli di essere seduto in una posizione eretta
- Si assicuri che la temperatura della stanza sia confortevole
- Si assicuri di avere abbastanza spazio libero attorno per eseguire gli esercizi
- Si ritagli un lasso di tempo adeguato a svolgere gli esercizi senza essere interrotto

Ripeta ogni esercizio di riscaldamento 5-10 volte. Inizi da una posizione seduta

1. Guardi al di sopra della sua spalla – destra e sinistra
2. Circondi con una mano prima una spalla e poi l'altra
3. Marci sul posto mentre è seduto
4. Stia in punta di piedi
5. Inclini e allunghi la schiena sulla sedia

Provi ad eseguirli a ritmo di musica, ma in modo che la velocità sia confortevole per lei.



Esercizi

1. Rotazioni del tronco

- Sieda su una sedia
- Guardi al di sopra della sua spalla mentre ruota il busto
- Ripeta dall'altro lato
- Tenga la posizione per 5 secondi



2. Scalini

- Faccia un gradino con un piede
 - Sollevi l'altra gamba sul rialzo
 - Scenda con la prima gamba
 - Scenda anche con l'altra gamba
- Può usare il primo gradino delle scale per eseguire questo esercizio.

3. Braccia sollevate (senza pesi dopo l'intervento)

- Si sieda o rimanga in piedi con le braccia al petto
- Sollevi alternativamente le braccia dal petto verso l'alto e le riporti verso il basso

4. Sollevare il tallone

- Si alzi sulle punte dei piedi mantenendosi al retro di una sedia
- Si spinga in alto sulle punte dei piedi
- Mantenga la posizione per 3 secondi

5. Flessioni al muro

- Si metta in piedi di fronte ad un muro con le braccia dritte davanti a sé ad altezza delle spalle e le mani appoggiate al muro
- Esegua delle flessioni contro il muro cercando di mantenere il corpo allineato e le mani appoggiate al muro

6. Marcia sul posto

- Stia in piedi liberamente o utilizzando un muro o una superficie solida per favorire l'equilibrio
- Marci sul posto

7. Sollevamento delle braccia

- Stia in piedi dritto con le braccia allungate davanti a sé tenendo in mano una pallina (o un oggetto simile)
- Tenga le braccia dritte e sollevi l'oggetto fino ad arrivare ad averlo sopra la testa e mantenga la posizione per 3 secondi

8. Squat gambe

- Esegua degli squat mantenendosi ad una sedia/ tavolo con entrambe le mani per avere supporto
- Scenda lentamente mantenendo la schiena dritta e i talloni a terra
- Rimanga accovacciato per circa 10 secondi e senta lo stiramento dei glutei e della parte anteriore delle cosce

9. Rotazione braccia a "dorso"

- Stia in piedi o seduto con le braccia lungo i fianchi
- Ruoti lentamente le braccia in senso antiorario in modo che le braccia passino di fronte e sopra la sua testa, poi posteriormente e tornino di nuovo giù

10. Seduto - in piedi

- Si alzi da seduto
- Si risieda

Nella pagina successiva troverà il diario con la tabella per gli esercizi e la scala per valutare il respiro.

Diario

Questo diario è studiato per incoraggiare e monitorare i progressi.

Giorno	1		2		3		4		5		6		7	
Esempio	N° volte	2	N° volte	3	N° volte	3	N° volte	3	N° volte	4	N° volte	4	N° volte	4
	Difficoltà	5	Difficoltà	4	Difficoltà	3	Difficoltà	4	Difficoltà	2	Difficoltà	2	Difficoltà	1
0	Riscaldamento													
1	Rotazione del tronco													
2	Scalini													
3	Braccia sollevate													
4	Tallone sollevato													
5	Flessioni a muro													
6	Marcia sul posto													
7	Sollevamento delle braccia													
8	Squat													
9	Colpo posteriore													
10	Seduto-in piedi													

Scala per la valutazione del respiro

L'obiettivo è arrivare a un punteggio massimo di 3 e 4.

Punteggio	0	0,5	1	2	3	4	5 - 6	7 - 8	9	10
Quanto si sente il fiato corto?	Per niente	Molto, molto poco	Molto poco	Poco	Moderato	Un po' grave	Grave	Molto Grave	Molto, molto grave	Massimo



Il giorno del ricovero

Di seguito trova un promemoria per il giorno di ricovero. Si ricordi che dovrà portare con sé:

- i farmaci che sta assumendo
- la documentazione sanitaria
- il vestiario adeguato

Suggeriamo di non portare con sé oggetti di valore o un'eccessiva quantità di denaro.

Al suo arrivo verrà accolto da un operatore sanitario/ infermiere che la accompagnerà in stanza.

Successivamente verrà eseguito un accurato esame sia dal personale infermieristico che da uno dei medici in reparto.

Questa è una ulteriore buona occasione per porre qualsiasi domanda possa avere, in particolare al momento della lettura del consenso informato.

Consenso informato

Il consenso informato è il processo con cui le persone ricevono informazioni chiare sulla malattia e sulle possibili cure e decidono liberamente se accettare l'intervento.

Non è solo una firma su un foglio: è una conversazione tra lei e l'équipe medica. Serve a farle capire cosa succederà, perché l'operazione è proposta, quali sono i benefici attesi e quali sono i rischi possibili.

Potranno nuovamente esser ricordate le alternative (ad esempio altri tipi di trattamento, o il non fare nulla) e cosa può succedere in quei casi.

Avrà il tempo per fare domande e prendersi ancora un momento per decidere. La decisione è sua: nessuno può obbligarla.

Se decide di non firmare, i medici devono spiegare le possibili conseguenze per la sua salute.

Lei rimane libero di scegliere; l'assistenza sanitaria continuerà secondo quanto stabilito e compatibile con la sua decisione.



L'intervento

Quando si avvicina il giorno dell'intervento è normale avere qualche timore e molte domande: come sarà la sala operatoria, quanto durerà l'operazione, che cosa sentirò al risveglio, quanto dolore avrò, cosa succede nelle prime ore dopo?

Queste pagine vogliono accompagnarla passo dopo passo proprio in questo tratto del percorso: dalla porta della sala operatoria fino alla fine della prima giornata dopo l'intervento, spiegando cosa succede e come il team si prenderà cura di lei.

Ingresso in sala operatoria

Quando arriva il momento dell'intervento, le verrà fornito il vestiario necessario per la sala operatoria. Verrà quindi accompagnato in sala operatoria dal personale del reparto o dal personale dedicato al blocco operatorio. L'ambiente può sembrare molto diverso dalla stanza di degenza: luci più intense, pareti chiare, apparecchiature tecnologiche, monitor che emettono suoni ritmati. Tutto questo fa parte di un contesto altamente controllato, progettato per garantire sicurezza e precisione in ogni fase dell'operazione.

Appena arrivato, sarà accolto dal personale di sala operatoria. Medici, infermieri, operatori socio-sanitari e tecnici si presenteranno e le spiegheranno brevemente cosa sta per succedere. Le verranno richiesti ancora una volta i suoi dati anagrafici, le informazioni su eventuali allergie e verrà confermato il tipo di intervento programmato. Questa ripetizione può sembrare superflua, ma è in realtà un importante controllo di sicurezza: serve a essere certi, tutti insieme, che ogni dettaglio informativo sia corretto. Il personale la aiuterà a sdraiarsi sul lettino operatorio. Spesso in questa fase si avverte un po' di freddo o di disagio legato al cambio di ambiente; se lo desidera, può dirlo e sarà coperto con teli e coperte per stare più comodo. Prima di iniziare, verrà posizionato un piccolo ago in vena, solitamente sul dorso della mano o sull'avambraccio, attraverso il quale saranno somministrati i farmaci.

Posizionamento sul lettino e monitoraggio

Per la maggior parte degli interventi sui polmoni, il corpo viene posizionato su un fianco, in modo da operare il polmone del lato opposto. Si parla di "decubito laterale": lei sarà sdraiato sul fianco sano, mentre quello da operare rimarrà in alto e accessibile all'équipe chirurgica. Cuscini, supporti e morbidi appoggi verranno disposti con cura per proteggere la testa, le braccia, il bacino e le gambe, in modo che la posizione sia stabile e sicura per tutta la durata dell'intervento.

Prima di iniziare l'anestesia vera e propria, verranno applicati sensori e strumenti di monitoraggio. Un piccolo apparecchio sul dito misurerà il livello di ossigeno nel sangue; degli elettrodi adesivi sul torace registreranno il battito del cuore; un bracciale misurerà regolarmente la pressione arteriosa. Attraverso questi monitor, l'équipe anestesilogica seguirà in tempo reale parametri come il battito cardiaco, la pressione, la respirazione, la saturazione di ossigeno e il funzionamento cardiaco (elettrocardiogramma). Questi controlli non si interrompono mai per tutta la durata dell'intervento. In sala è presente un'équipe completa: l'anestesista, talvolta affiancato da un collega in formazione, l'infermiere dedicato all'anestesia, l'infermiere strumentista che prepara e passa gli strumenti, il chirurgo responsabile dell'intervento e i suoi assistenti. Ognuno sa esattamente cosa deve fare e tutti lavorano in modo coordinato, con un unico obiettivo: la sua sicurezza e la buona riuscita dell'operazione.



L'anestesia: addormentarsi in sicurezza

Nella chirurgia toracica viene utilizzata quasi sempre l'anestesia generale. Ciò significa che lei verrà addormentato completamente, non sentirà dolore durante la procedura e non avrà ricordi dell'intervento. L'anestesista le somministrerà dei farmaci attraverso l'ago in vena che la faranno addormentare dolcemente. È possibile che le venga chiesto di respirare attraverso una mascherina qualche boccata di ossigeno prima di iniziare. Di solito il passaggio dalla veglia al sonno è rapido: alcune persone ricordano a malapena qualche minuto, altre non ricordano nemmeno il momento esatto in cui si sono addormentate.

Durante gli interventi sui polmoni, per lavorare con precisione e in uno spazio adeguato, l'anestesista utilizza un tubo speciale che permette di ventilare un solo polmone alla volta. È un dispositivo chiamato tubo "a doppio lume": un polmone viene fatto respirare normalmente, mentre quello da operare viene momentaneamente tenuto "a riposo", in modo che il chirurgo possa lavorare con maggior sicurezza. Tutto questo avviene mentre lei è profondamente addormentato e non avverte nulla.

La gestione del dolore inizia già in sala operatoria.

In base al tipo di intervento e alle sue condizioni, l'équipe potrà utilizzare anestetici locali vicino ai nervi delle coste, tecniche di anestesia locoregionale, come un catetere peridurale posizionato nella schiena, oppure una combinazione di farmaci antidolorifici somministrati per via endovenosa. Lo scopo è ridurre fin da subito il dolore, per permetterle di respirare in modo efficace e muoversi con meno difficoltà fin dalle prime ore dopo l'intervento. Per tutta la procedura, l'anestesista controlla costantemente i parametri vitali, la profondità dell'anestesia e la ventilazione. Se qualcosa cambia, interviene immediatamente regolando i farmaci e le impostazioni dei macchinari. Nel frattempo, l'anestesista è in stretto contatto con il chirurgo e il resto dell'équipe, in un clima di collaborazione continua.



Come si svolge l'intervento e quanto può durare

Una volta che lei è addormentato e correttamente posizionato, l'équipe chirurgica inizia l'intervento vero e proprio. In molti casi oggi si utilizzano tecniche mini-invasive, con le quali il chirurgo accede al torace attraverso piccole incisioni di pochi centimetri, utilizzando una telecamera e strumenti sottili inseriti tra le coste. Si parla di chirurgia video-toroscopica (VATS) o di chirurgia robot-assistita (RATS), a seconda delle tecnologie utilizzate. Questi approcci, quando indicati, possono ridurre il dolore post-operatorio e favorire un recupero più rapido.

In altri casi, soprattutto quando è necessario eseguire interventi molto complessi o estesi, si ricorre a una toracotomia, cioè a una incisione più ampia sul torace. Anche in questo caso la procedura è pianificata nel dettaglio, e il chirurgo opera con l'aiuto di strumenti specifici che permettono di accedere in modo sicuro alle strutture toraciche.

La durata dell'intervento dipende dal tipo di procedura e dalla situazione anatomica. Interventi più brevi, come alcune procedure diagnostiche o minori, possono durare fra tre quarti d'ora e un'ora e mezza. Resezioni polmonari come lobectomie e segmentectomie richiedono in genere due o tre ore. Operazioni più complesse o che coinvolgono più strutture possono richiedere anche tre, quattro o cinque ore o più.



È importante ricordare che questi tempi sono indicativi: ogni persona è diversa e talvolta l'équipe può decidere di prendersi più tempo per garantire la massima sicurezza, per affrontare varianti anatomiche o per gestire situazioni non prevedibili prima dell'intervento.

Per i familiari in attesa, il reparto fornirà indicazioni e aggiornamenti sui tempi medi e sulle modalità di comunicazione a fine intervento.

Alla fine della procedura, prima di chiudere i tessuti/accessi chirurgici, il chirurgo posiziona quasi sempre uno o più drenaggi toracici. Si tratta di tubicini morbidi che escono dal torace e sono collegati a un sistema di raccolta. I drenaggi servono a far uscire l'aria e i liquidi che si accumulano fisiologicamente dopo l'intervento, permettendo al polmone di riespandersi bene e al team di monitorare le perdite nelle ore e nei giorni successivi.

Il risveglio dopo l'intervento

Quando l'intervento è terminato, l'anestesista riduce gradualmente i farmaci che la tengono addormentato. La fase di risveglio avviene di solito ancora in sala operatoria o in una sala adiacente, chiamata sala risveglio o recovery room.

È normale che, al risveglio, lei si senta molto assonnato, con la percezione del tempo un po' confusa. Alcuni pazienti ricordano poche immagini o brevi frasi degli operatori sanitari, altri non hanno quasi alcun ricordo di questa fase. Può avvertire una sensazione di secchezza o lieve irritazione alla gola, legata al tubo che è stato utilizzato per aiutarla a respirare durante l'anestesia: questo disturbo tende a diminuire spontaneamente nelle ore successive.

Nella sala risveglio il personale continua a monitorare con attenzione i parametri vitali: respirazione, battito cardiaco, pressione arteriosa, livelli di ossigeno nel sangue e intensità del dolore. Se necessario, vengono somministrati farmaci per controllare il dolore, la nausea o eventuali altri disturbi.

Dopo l'anestesia generale è abbastanza frequente provare nausea, e talvolta anche vomito: si tratta nella maggior parte dei casi di un effetto transitorio dei farmaci. Anche questo sintomo viene trattato con farmaci appropriati.

Per ridurre il rischio di nausea e vomito, nelle prime ore dopo l'intervento è previsto un periodo di digiuno. In genere non si assumono liquidi per circa quattro ore e non si mangiano cibi solidi per almeno sei ore. La permanenza in sala risveglio dura solitamente da una a due ore, ma può essere prolungata se il team ritiene opportuno osservare il paziente un po' più a lungo. Quando i parametri sono stabili e il dolore è sufficientemente controllato, lei viene riportato nel reparto.

La prima giornata dopo l'intervento

La prima giornata dopo un'operazione toracica è un momento molto importante: ciò che si fa in queste ore aiuta a ridurre il rischio di complicanze e a favorire un recupero più rapido. Il team sanitario sarà molto presente, ma anche la sua collaborazione sarà preziosa.

Controllo del dolore

Il dolore dopo un intervento al torace è normale, ma non deve essere vissuto come qualcosa da sopportare senza parlarne. Un dolore ben controllato le permette di respirare meglio, tossire in modo efficace, cambiare posizione e alzarsi dal letto, tutte azioni fondamentali per recuperare velocemente. Medici e infermieri le chiederanno regolarmente quanto dolore sente, spesso utilizzando semplici scale numeriche o descrittive. In base alle sue risposte verrà modulata la terapia analgesica, che può prevedere antidolorifici somministrati in vena, sistemi di analgesia controllata dal paziente stesso (pompe che permettono di autosomministrarsi piccole dosi di farmaco in sicurezza premendo un pulsante) o il mantenimento di tecniche locoregionali, come cateteri che infondono anestetico vicino ai nervi. È importante che lei comunichi sempre se il dolore è troppo forte o cambia improvvisamente di tipo o di sede. Il team è lì proprio per aiutarla, ma ha bisogno della sua cooperazione sapendo come si sente.

I drenaggi toracici

Rientrando in reparto, noterà la presenza dei drenaggi toracici. Possono essere una novità che preoccupa, ma sono una parte normale del percorso. Questi tubicini servono a far uscire l'aria e i liquidi che si accumulano dopo l'intervento e aiutano il polmone a riespandersi correttamente.

Il personale controllerà più volte al giorno la quantità e le caratteristiche del liquido drenato, l'eventuale presenza di bolle d'aria e il funzionamento del sistema. Questi dati sono importanti anche per decidere quando sarà possibile rimuovere i drenaggi, cosa che avverrà solo quando potrà farlo in sicurezza. Se i drenaggi le danno fastidio o le creano timore nel muoversi, lo dica pure: infermieri e fisioterapisti la aiuteranno a trovare le posizioni più comode e a muoversi in sicurezza.



Esami di controllo e radiografia del torace

Nel corso della prima giornata verranno eseguiti esami del sangue per controllare, ad esempio, valori come l'emoglobina, i parametri della coagulazione e la funzionalità di alcuni organi. Generalmente è prevista anche una radiografia del torace, che permette di verificare la riespansione del polmone, la posizione dei drenaggi e l'eventuale presenza di aria o liquido in eccesso.

Queste informazioni aiutano il team a valutare l'andamento del decorso post-operatorio e, quando possibile, a programmare i passi successivi, compresa la rimozione dei drenaggi nei giorni seguenti.

Esercizi di respirazione

Già nella prima giornata, non appena le condizioni lo consentono, le verrà chiesto di partecipare attivamente alla propria ripresa, soprattutto attraverso esercizi respiratori.

La fisioterapia gioca un ruolo importante nella fase di recupero successiva all'intervento chirurgico. I quattro principali obiettivi della fisioterapia sono:

- recupero funzione respiratoria
- pulizia dei polmoni dal muco
- mobilità degli arti superiori
- aumento della propria resistenza

Gli esercizi respiratori possono essere:

- esercizi di respirazione profonda: questi vengono utilizzati per aiutare la riespansione polmonare dopo l'intervento. Prenda un respiro profondo, trattenga il fiato per 3 secondi e poi espiri, ripeta l'esercizio per 5-10 volte. È importante che svolga l'esercizio regolarmente durante i primi giorni dopo l'intervento. Può essere un po' fastidioso inizialmente quindi esegua meno esercizi più spesso, circa ogni ora. Può iniziare appena si sveglia dall'anestesia
- controllo del respiro: è una tecnica respiratoria per controllare la dispnea ed è utile per trovare un ritmo quando inizia a camminare maggiormente, questo comporta il concentrarsi durante l'espirazione. Si fermi e faccia 3-4 respiri lenti espirando completamente quando si sente senza fiato e poi torni a respirare normalmente. Ripeta l'esercizio finché non percepisce di avere il respiro sotto controllo

Per la pulizia dal muco bronchiale (catarro) si consideri che non tutti i pazienti hanno muco dopo l'intervento ma se questo accadesse, non si spaventi avvertendo il petto un po' "gonfio". Questa sensazione è solitamente dovuta all'anestesia e all'intervento e consideri che è molto importante che



se ha muco, deve cercare di espellerlo con la tosse. La fisioterapia ha come obiettivo di rendere il più facile possibile questo: gli esercizi di respirazione profonda descritti permettono di far risalire il muco così da non dover avere tosse troppo forte per espellerlo. Le verrà anche mostrato un buon metodo per contenere la ferita con un asciugamano legato in vita e uno sotto il braccio. Alcune persone trovano difficile tossire e, piuttosto, preferiscono "sbuffare". Si tratta di un'espirazione brusca, veloce e forzata dopo un'inspirazione media - un po' come il respiro che si fa quando si cerca di far appannare uno specchio. Dopo aver eseguito gli esercizi respiratori prenda l'abitudine di fare uno sbuffo o un colpo di tosse per assicurarsi che il muco non si accumuli nei polmoni. È inoltre più semplice rimuovere il muco dopo averlo mobilizzato (seduto sulla sedia o durante una camminata). Quindi cerchi di combinare gli esercizi respiratori con una camminata e faccia un colpo di tosse quando si siede. Gli esercizi sopra descritti devono essere eseguiti in ospedale dopo l'intervento.

Esercizi fisici

È importante che esegua esercizi per gli arti superiori dopo l'intervento chirurgico per prevenire lo sviluppo di rigidità a livello delle spalle e della schiena e per favorire una buona postura.

I seguenti esercizi dovrebbero essere iniziati già dalla prima giornata postoperatoria e dovrebbero essere eseguiti 2-3 volte al giorno. Quando riuscirà a muovere la spalla dal lato dove ha subito l'intervento allo stesso modo in cui muove la spalla controlaterale, sarà sufficiente che continui ad eseguire gli esercizi una volta al giorno.

È normale sentire una sensazione di stiramento o trazione a livello dell'incisione chirurgica quando fa esercizi per il braccio, ma non dovrebbe avvertire un forte dolore. Per iniziare provi ad alzare le spalle, provi a sollevare il braccio del lato dell'intervento sopra la sua testa. Sollevi il braccio per quanto è possibile e mantenga la posizione per 3-4 secondi. Inizialmente può essere necessario sostenere il braccio sollevato con l'altro braccio.

All'inizio può essere difficile a causa della ferita e dei punti di sutura, pertanto lavori secondo i suoi limiti. Una volta che i punti sono stati rimossi risulterà più facile eseguire gli esercizi. Deve continuare a svolgere gli esercizi in ospedale e per le prime 6 settimane dopo la dimissione.



Esercizi per alleviare la dispnea

I seguenti esercizi possono aiutarla a rilassarsi e favorire una buona respirazione. Possono essere particolarmente utili dopo aver svolto dell'attività fisica o dopo una tosse intensa. Cerchi di trovarne uno che possa essere confortevole per lei e calmi al meglio la respirazione con gli esercizi descritti, continui finché non è calmo e tranquillo. Di seguito qualche indicazione:

- inclinarsi in avanti da seduti: in posizione seduta chinarsi in avanti appoggiando i gomiti sulle ginocchia lasciando che l'addome si rilassi
- In alternativa può essere comodo chinarsi in avanti appoggiandosi su un tavolo con un cuscino.
- sdraiarsi su un fianco: coricarsi su un lato con dei cuscini può essere molto rilassante. Il lato su cui ci si corica dipende dall'operazione che ha avuto. Se ha subito una pneumonectomia (rimozione dell'intero polmone) dovrebbe sdraiarsi con la ferita rivolta verso il basso. Se è stata rimossa solo una porzione di polmone deve sdraiarsi con la ferita rivolta verso l'alto
 - inclinarsi in avanti in posizione eretta: questo può aiutarla se avverte il fiato corto mentre sta camminando. Vicino ad un muro o ad un supporto stabile si chini in avanti cercando supporto e in modo che anche l'addome si rilassi

Questi esercizi possono provocare un po' di fastidio nella zona operata, ma sono fondamentali per prevenire complicanze polmonari come infezioni o collassi di piccole porzioni di polmone. Il personale le starà vicino, la incoraggerà e adatterà l'intensità degli esercizi alla sua situazione e al livello di dolore.





La mobilitazione post-operatoria: alzarsi e camminare

È importante che si alzi in piedi il prima possibile dopo l'intervento chirurgico. È probabile che venga fatto accomodare in poltrona il primo giorno dopo l'intervento: questo aiuterà i suoi polmoni a riespandersi e mantenersi puliti dal muco.

La sua prima camminata sarà probabilmente durante la prima giornata post-operatoria, il personale la assisterà con i vostri presidi.

In seconda giornata provi a camminare 2 volte durante la mattinata, 2 volte durante il pomeriggio e 2 volte alla sera. Se ha bisogno di assistenza provi a chiedere al personale infermieristico.

Al terzo giorno cerchi di camminare ogni ora.

All'inizio si concentri su quanto spesso riesce a camminare piuttosto che quanto a lungo, con il tempo aumenterà la distanza percorsa. Se non si sente sicuro può chiedere alle persone che le fanno visita di aiutarla a camminare per distanze più lunghe.

Usi il diario per segnare la distanza percorsa camminando, all'inizio dovrà essere registrato con un intervallo di 10 metri. Quando riuscirà a percorrere il corridoio più a lungo sarà più semplice riportare gli esercizi sul diario.

Il test del camminare-parlare è una buona guida per aiutarla nel migliorare durante le camminate. Significa semplicemente che deve essere in grado di avere una conversazione mentre sta camminando. Se non ne è in grado, deve fermarsi, e riposare prendendo dei respiri profondi per normalizzare nuovamente il respiro.

Se si sente debole, stordito o insicuro, lo dica senza esitazione: ogni movimento verrà fatto in sicurezza, con l'aiuto necessario.

Nessuno si aspetta che lei “faccia da solo”, ma la sua collaborazione, nei limiti del possibile, è davvero preziosa!

Esercizi per gli arti inferiori

Quando si sentirà abbastanza sicuro per camminare autonomamente lungo il corridoio, può ricominciare ad eseguire gli esercizi. Può eseguire:

- sollevamenti del tallone
- marcia sul posto
- squat: posizione di partenza: piedi circa alla larghezza delle anche, punte leggermente rivolte verso l'esterno. Inspirare e iniziare a scendere piegando le anche come se volesse “sedersi” su una sedia immaginaria: spingere il bacino indietro. Scendere fino a un'altezza comoda: idealmente cosce parallele al pavimento, ma solo finché non si sente dolore o perdita di controllo. Espirare e risalire estendendo anche e ginocchia, spingendo con i talloni. Tornare alla posizione eretta controllando il movimento.

Provi a ripetere ogni esercizio 10 volte almeno tre volte al giorno. Questi servono per migliorare il suo equilibrio in quanto potrebbe sentirsi leggermente instabile all'inizio. Continui finché non si sente stabile quando cammina da solo.





Ripresa dell'alimentazione

Dopo le ore iniziali di digiuno, se non ci sono controindicazioni, potrà incominciare a bere piccoli sorsi di acqua. In assenza di nausea importante e se la ripresa è regolare, si passerà gradualmente a una dieta leggera. Il ritorno alla normale alimentazione varia da persona a persona, ma nella maggior parte dei casi avviene in tempi abbastanza rapidi, sempre seguendo le indicazioni del medico.

Il monitoraggio nelle prime 24 ore e il ruolo del paziente

Durante tutta la prima giornata il personale di reparto controllerà regolarmente la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la temperatura, la respirazione, la saturazione di ossigeno, l'attività dei drenaggi, il livello di dolore e l'eventuale presenza di nausea o altri disturbi. Ogni variazione significativa è valutata, in modo da intervenire precocemente se necessario.

Lei non è mai "lasciato solo": medici, infermieri e fisioterapisti sono presenti per assisterla, ascoltarla e rispondere alle sue domande. Anche il suo contributo è importante: segnalare come si sente, riferire se il dolore aumenta, se fa fatica a respirare, se ha capogiri o se qualcosa la preoccupa è parte attiva del percorso di cura.

Sapere cosa aspettarsi durante l'intervento e nella prima giornata può aiutare a vivere questo passaggio con maggiore serenità. Ogni persona è diversa, ma l'obiettivo dell'équipe è sempre lo stesso: accompagnarla in modo sicuro e umano.



Recupero

È trascorso qualche giorno da che ha affrontato l'intervento ed è finalmente tempo di rientrare a casa e di iniziare la convalescenza.

In questa sezione le offriamo informazioni relative alla dimissione, al rientro e a come prendersi cura di sé, con l'intento di aiutarla a comprendere meglio che cosa succederà e come affrontare la fase di recupero.

Se qualcosa non fosse chiaro o avesse ulteriori dubbi, chiedi sempre al personale sanitario prima di lasciare l'ospedale.

Cosa succede una volta a casa?



Una volta rientrato al domicilio le chiederemo di:

- riprendere – per quanto possibile – le normali attività, quali lavori domestici e camminare all'aperto (nelle ore più calde in inverno e nelle ore più fresche in estate)
- assumere una dieta più simile possibile alle sue abitudini, privilegiando i cibi a più elevato contenuto proteico (es. carne, pesce, uova, legumi, formaggi)
- proseguire gli esercizi di fisioterapia che ha imparato durante il ricovero. Alla dimissione le saranno consegnati tutti i presidi già in utilizzo

Di seguito trova alcuni chiarimenti relativi alla gestione di aspetti correlati all'intervento chirurgico.

Dolore

È possibile che lei abbia dolore toracico di entità variabile in base alla procedura subita. Per tale motivo, nella terapia prescritta alla dimissione, sono già presenti i farmaci per prevenire/curare il dolore post-operatorio. Tuttavia è possibile che, rientrando al domicilio, lei incrementi l'attività fisica rispetto al periodo del ricovero con un aumento transitorio della percezione del dolore in corrispondenza delle ferite. È un fenomeno del tutto normale che non richiede trattamento specifico. Consigliamo di assumere la terapia come le è stato prescritto.

In caso di fitte dolorose improvvise, non si spaventi: si sieda e assuma l'eventuale terapia antidolorifica prescritta al bisogno. In caso di dolore persistente potrà contattare il reparto.

Assieme al dolore possono comparire: sensazione di peso e/o gonfiore in regione mammaria e/o addominale, sensazione di perdita di sensibilità sul torace dal lato operato, sensazioni di formicolio e/o bruciore attorno alle ferite. Tutto questo è normale, deriva solitamente da un'irritazione dei nervi che passano vicino alle coste e può durare anche per alcuni mesi dopo l'intervento.

In caso questi sintomi siano particolarmente fastidiosi, ne parli con i medici che valuteranno se modificare la terapia antidolorifica; la raccomandazione è di non interrompere autonomamente le cure salvo indicazione data dal medico.

Altri possibili problemi

In caso di febbre con brivido e/o temperatura maggiore di 38°C si consiglia di contattare il reparto. In caso di palpitazioni della durata maggiore di 10 minuti e/o improvvisa mancanza di fiato si consiglia di recarsi presso il Pronto Soccorso più vicino, portando con sé la lettera di dimissione.



Controlli successivi

Al momento della dimissione le sarà consegnata una lettera con l'appuntamento per la visita di controllo in cui sarà valutata la rimozione dei punti e la relativa impegnativa. Consigliamo di recarsi appena possibile dal suo medico di medicina generale, per informarlo degli esiti del ricovero e per procedere alla prescrizione dei farmaci che le sono stati aggiunti alla sua terapia.

Gestione della ferita chirurgica e medicazioni

Come premessa ricordiamo che la frequenza del cambio medicazione dipende dalla tecnica chirurgica/procedura adottata e deve essere seguita così come le è stato indicato alla dimissione.

Di seguito alcune raccomandazioni:

- lavarsi sempre le mani prima e dopo aver toccato la ferita
- conservare il materiale correttamente e igienicamente: garze sterili, soluzione fisiologica, cerotti o medicazione prescritta
- per il cambio della medicazione: rimuovere con calma la vecchia medicazione, aprire la garza delicatamente, osservare la ferita (rossore, gonfiore, secrezione, odore), pulire delicatamente con soluzione fisiologica se necessario; asciugare delicatamente con garza sterile e applicare la nuova medicazione sterile; buttare i materiali usati in modo sicuro.

È normale riscontrare una piccola quantità di sanguinamento o un leggero drenaggio nei primi giorni.

Segnaliamo invece come preoccupanti: aumento rapido del sanguinamento, secrezione giallastra o verdastra, odore sgradevole, rossore che si estende, gonfiore marcato o dolore che aumenta.

Non immerga la ferita in vasca o piscina fino a quando non è completamente chiusa; la doccia è generalmente permessa dopo 48 ore se la ferita è coperta o se il suo chirurgo lo ha autorizzato.



A casa con il drenaggio toracico

Alcuni tipi d'intervento possono richiedere la dimissione al domicilio con il drenaggio toracico in sede. Al momento della dimissione riceverà dai medici tutte le informazioni per la corretta gestione domiciliare del presidio.

Il drenaggio è un tubo posizionato tra polmoni e parete toracica che permette la fuoriuscita di liquidi e aria. Esso è ancorato alla sua pelle tramite punti di sutura ed è connesso a un sistema a valvola (che deve essere sempre funzionante). Tubo e valvola non devono mai essere piegati e/o chiusi. Deve fare attenzione a non comprimerlo soprattutto quando si siede o si sdraia. In caso il sistema di raccolta presenti la possibilità di quantificare il volume delle perdite liquide (ampolla graduata), le chiediamo di annotare giornalmente (sempre alla stessa ora) la quantità totale del liquido raccolto. Alla dimissione lei ed eventuali parenti da lei indicati sarete addestrati all'utilizzo di tale presidio, in modo da essere totalmente autonomi. Per ogni evenienza potrà contattare il reparto o recarsi al Pronto Soccorso più vicino al domicilio per ricevere immediata assistenza.

Di seguito trova alcune tra le domande più comuni che fanno i pazienti dimessi con drenaggio:

Avrò dolore?

Il drenaggio può essere poco confortevole e talvolta doloroso. Consigliamo di fare attenzione a non trazionarlo e a non dormire sul lato dove è posizionato. Le sarà comunque prescritta una terapia analgesica adeguata.

Potrò guidare?

A causa della possibile insorgenza di dolore e degli effetti neurologici di alcune terapie antalgiche, le sconsigliamo di guidare finché il drenaggio è in sede.

Cosa fare se il drenaggio si dovesse sfilare accidentalmente?

Coprire il foro d'ingresso del drenaggio con una medicazione e recarsi immediatamente al Pronto Soccorso più vicino, eventualmente contattando il servizio 118 in caso di consensuale difficoltà a respirare. Porti sempre con sé la lettera di dimissione e i referti delle successive visite ambulatoriali.

Quali sono i segni di allarme per i quali devo contattare senza esitazione, il medico?

- Febbre con temperatura superiore ai 38°C
- Aumento del dolore locale o dolore nuovo e intenso
- Rossore che si estende, gonfiore marcato
- Secrezione abbondante, purulenta (gialla/verde) o con odore sgradevole
- Sanguinamento che non si arresta
- Peggioramento della respirazione o difficoltà a respirare

Quando devo contattare il 112/118?

In caso d'improvvisa difficoltà a respirare.





I controlli in ambulatorio

Dopo l'intervento, si dovrà sottoporre ad alcuni controlli ambulatoriali. A circa dieci giorni dalla dimissione eseguirà una radiografia del torace e una visita dal chirurgo toracico. In questa occasione il chirurgo toracico, oltre ad accertarsi delle sue condizioni cliniche e respiratorie, provvederà alla rimozione dei punti. Quando il referto dell'esame istologico sarà disponibile, il suo caso potrà essere discusso dal gruppo multidisciplinare che, sulla base dello stadio di malattia riscontrato e di altri fattori, deciderà a che scadenza eseguire i controlli ambulatoriali e radiologici successivi. In linea di massima, se non necessiterà di altri trattamenti oltre alla chirurgia, dovrà eseguire una TAC torace e addome (generalmente con mezzo di

contrasto) ogni sei mesi nei primi due anni ed ogni anno successivamente. Questo schema tuttavia potrà essere modificato ed adattato al suo specifico caso in base alla valutazione dei medici che la seguono. Il follow-up (e cioè questi controlli clinici e radiologici) viene solitamente protratto sino al quinto anno dall'intervento chirurgico. In casi particolari (pazienti a rischio più elevato) si può, tuttavia, decidere di continuare le visite anche oltre questo limite temporale. Il follow-up rappresenta una fase estremamente importante del suo percorso di cura e potrà essere programmato e gestito sia dai chirurghi toracici che l'hanno operata, sia dai suoi oncologi o pneumologi di riferimento a seconda di come è organizzato il suo centro.

L'obiettivo di questi controlli è quello di identificare precocemente l'eventuale insorgenza di una recidiva della malattia per cui è stato curato. I pazienti trattati chirurgicamente oltre al rischio di una recidiva della malattia, possono talvolta manifestare una seconda neoplasia del polmone primitivo. La misura di prevenzione più efficace per prevenire questi secondi tumori polmonari, nonché tumori in altri sedi fumo-correlati, è l'astensione dal fumo. È pertanto necessario applicare ogni strategia possibile per incoraggiare la cessazione dell'abitudine tabagica. Anche l'adozione di stili di vita salutari, con una dieta equilibrata e una moderata attività fisica, devono poi essere suggeriti al paziente, come pure la vaccinazione anti-influenzale annuale e la vaccinazione anti-pneumococcica come prevenzione del rischio di complicanze post chirurgiche.

Il suggerimento è di affrontare le cose con calma, seguendo le istruzioni ricevute e rivolgendosi al personale sanitario dell'ospedale per qualsiasi dubbio.

Il ritorno a casa è un importante passo verso la guarigione: non esiti a chiedere aiuto quando ne ha bisogno!

A cura di:



Arash Astaneh

Grande Ospedale
Metropolitano Niguarda
(Milano)



Roberto Bellini

Ospedale di Vimercate
(Vimercate)



Mauro Roberto Benvenuti

ASST Spedali Civili
(Brescia)



Andrea Imperatori

Ospedale di Circolo
e Fondazione Macchi
(Varese)



Giulio Melloni

Fondazione I.R.C.C.S.
Policlinico San Matteo
(Pavia)



Mario Nosotti

IRCCS Fondazione Cà
Granda Ospedale Maggiore
Policlinico (Milano)



Francesco Petrella

Fondazione IRCCS
San Gerardo dei Tintori
(Monza)



Paolo Scanagatta

Dip. Interaziendale ASST
Lecco ASST Lariana
(già Presidio Ospedaliero
"E. Morelli", Sondalo)



Piergiorgio Solli

Fondazione IRCCS Istituto
Nazionale dei Tumori
(Milano)

Tutte le indicazioni e i punti di vista espressi dagli autori si basano sulla loro esperienza e conoscenza professionale. Questo materiale riflette la loro pratica; altri chirurghi possono preferire tecniche o approcci diversi, poiché l'esperienza individuale del professionista sanitario e le esigenze del paziente possono variare.



Materiale destinato esclusivamente alla condivisione con il
paziente da parte del personale sanitario qualificato.

Johnson & Johnson
MedTech