



DUBBI SULLA CHIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPICA

Intervento del Dott. Cesare Ghinelli

Già Primario di Chirurgia Pediatrica – Azienda Ospedaliera Università di Parma

CURRICULUM VITAE:

Nato a Pescara il 3 agosto 1941. Il 5 luglio 1965 si è laureato in Medicina e Chirurgia, specializzandosi poi in Chirurgia Generale, Chirurgia Pediatrica e Clinica Pediatrica nelle Università di Parma e Milano. Dal giugno 1969 è stato Vice Primario e dal 1979 Primario di Chirurgia Pediatrica presso l'Ospedale Maggiore di Parma; dal 1989 al 1996 è stato Membro del Comitato esecutivo di WOFAPS (Federazione Mondiale dei Chirurghi Pediatrici); dal 1992, a tutt'oggi, è Segretario Generale di WOPSEC (per l'insegnamento e l'aiuto chirurgico ai bambini del Terzo mondo); ha prodotto oltre 200, fra pubblicazioni su riviste e atti congressuali, la maggior parte all'estero; ha organizzato ed è stato presidente o chairman, di 204 eventi scientifici.



DUBBI SULLA CHIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPICA

Intervento del Dott. Cesare Ghinelli

Già Primario di Chirurgia Pediatrica – Azienda Ospedaliera Università di Parma

Negli ultimi due decenni in Chirurgia Pediatrica, così come in tutte le specialità chirurgiche, non ci sono state grandi innovazioni, nuove tecniche, iter-diagnostico terapeutici nuovi.

Tenendo presente che la Chirurgia Pediatrica è la chirurgia più estesa in tutti i campi, il non registrare innovazioni è significativo ed estendibile ad ogni altra chirurgia.

L'unica innovazione, comune ad altre specialità, è tecnologica: è stata, infatti, introdotta la tecnologia videolaparoscopica, con la quale si possono eseguire un po' tutti gli interventi.

Che si possano eseguire non vuol dire che convenga eseguirli in videolaparoscopia: sta infatti alla conoscenza ed onestà intellettuale del medico applicare la tecnologia videolaparo o meno, a seconda che convenga veramente al malato.

Infatti, dal 2003, sono comparsi lavori che paragonavano dieci anni di videolaparo e dieci di chirurgia a ciclo aperto (open) con una prevalenza netta di complicanze e recidive nella videolaparo.

Gli studi critici sulla videolaparo chirurgia avrebbero potuto essere molti di più se alle spalle della stessa non vi fossero grandi interessi economici: interessi che intimoriscono molti colleghi. Con la videolaparo si eseguono, in pratica, le stesse tecniche della open, quindi sostanzialmente nessuna vera innovazione.

Si cerca spesso di enfatizzare i vantaggi della videolaparo con due argomenti di ordine estetico ed economico. Argomento estetico: con qualche "buchino" si esegue un intervento che altrimenti richiederebbe un'apertura e quindi una cicatrice estesa. Argomento economico: la degenza è abbreviata.

In realtà, sommando le suture di 4-5-6 "buchini" si raggiunge la stessa estensione di una laparatomia o di una toracotomia. I costi di degenza, per un intervento in videolaparo sono di poco inferiori a quelli che si sostengono in open, mentre sono molto superiori quelli che si sostengono per gli strumenti e i materiali usati, quasi tutti monouso: a questi vanno aggiunti quelli delle maggiori recidive e delle maggiori complicanze.

Quindi la videolaparochirurgia va utilizzata solo se si può essere certi dell'assenza dei fattori negativi che la caratterizzano: ad esempio, per evitare questi fattori, è bene evitare videolaparo addominali in soggetti grassi.

C'è, ad esempio, chi utilizza la videolaparo nell'ernia inguinale congenita del bambino: i tempi di degenza sono all'incirca uguali a quelli sostenuti per un intervento dello stesso tipo in open, vanno cioè a casa in giornata; in videolaparo però non si riesce ad asportare il sacco erniario, ma solo a chiuderlo e di conseguenza sono possibili recidive, idroceli ecc....

Il tutto con costi di meno di 10 euro in open e di 250 euro in videolaparo: costi di solo materiale, ai quali vanno aggiunti quelli relativi al costo del personale impegnato al lavoro per tempi assai più lunghi.

Recentemente, un Collega della Chirurgia pediatrica di Parma, che ho diretto per 25 anni, ha assistito all'intervento di una "stella" internazionale della videolaparochirurgia, il Prof. Villa di Nizza: questo luminare ha operato tre stenosi del giunto pielo-ureterale, ossia restringimento della giunzione fra bacinetto renale ed uretere; un intervento è stato eseguito in un 1 ora e 50 minuti, un altro in 2 ore e quaranta minuti, il terzo non è riuscito ed è dovuto passare alla open.

Per un intervento in open dello stesso tipo un chirurgo decente impiega 1 ora e un quarto, mentre un non luminare per lo stesso intervento, in videolaparo, impiega anche 4 ore.

Poi ci sono i chirurghi che dicono di operare in videolaparo tutti i bambini: per fortuna dei neonati non è vero, ma si sa la pubblicità e l'anima del commercio.

Per fortuna dei neonati dicevo, perché la lunga tensione dell'addome gonfiato con anidride carbonica può provocare gravi disturbi ed anche morte, per il riassorbimento di CO₂ e per il ritorno del circolo fetale. Nell'adulto è dimostrato che la videolaparo può arrecare danni transitori al cervello, alla circolazione, al cuore e ai reni.

Circa i danni collaterali che la videolaparo può arrecare ai bambini, nessuno ne ha mai parlato, ne' ha mai fatto ricerche in merito: sospetto che i danni sui bambini siano molto più seri e meno transitori.

Un esempio? Una delle indicazioni principali alla videolaparo è la colecistectomia. Peccato che con questa tecnologia sono ricomparse complicanze e, persino mortalità, che mancavano da trent'anni!

La colecistectomia in open, invece, si può eseguire con una incisione sottocostale destra di soli 5 cm: perché dunque fare quattro buchi di due centimetri l'uno? Ve lo dico io il perché: i potenti mezzi economici che stanno alle spalle della videolaparo, sono in grado di pomparne l'uso e l'abuso.

Accade così che vengano genitori che hanno letto su internet che il problema chirurgico del figlio si risolve con i "buchini": da me, se non è il caso, non avranno mai accondiscendimento, ma spiegazioni del perché non è il caso di adottare la videolaparo. Mi auguro che altrettanto facciano i miei colleghi.