



LE NUOVE FRONTIERE DELLA GASTROENTEROLOGIA

INTERVENTO DEL DOTT. GIULIANO BEDOGNI

**DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA
DELL'ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA**

CURRICULUM

Si Laurea in Medicina-Chirurgia nel 1969 presso l'Università di Modena e ottiene la Specializzazione in Chirurgia Generale nel 1974 presso l'Università di Parma. Dal marzo 1970 è assunto presso l'Ospedale S. Maria Nuova dove ricopre la carica prima di assistente poi di aiuto nella seconda divisione chirurgica diretta dal Prof Umberto Parisoli.

Nel 1985, dopo la scomparsa del Prof Parisoli, ricopre la carica di primario dell'unità operativa di endoscopia digestiva e successivamente dal 1997 al 2006 di direttore del Dipartimento Chirurgico I°.

Attualmente è coordinatore del programma interaziendale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva (PIGED)

E' stato tra i primi medici ad introdurre e sviluppare in Italia la disciplina di endoscopia dell'apparato digerente dando vita a una scuola e a un centro di riferimento frequentato da medici provenienti da diverse università e ospedali italiani ed esteri.

Dal 1990, nell'arco di 12 anni, ha assunto prima l'incarico di vicepresidente e successivamente di segretario e presidente nazionale della società italiana di endoscopia digestiva(SIED).

E' stato fra i fondatori della FESMED (Federazione Società delle malattie dell'apparato digerente) che raggruppa le più importanti società scientifiche sulle malattie dell'apparato digerente ed è responsabile della commissione del governo clinico della stessa società.

Nel 2002 è stato membro della commissione regionale di accreditamento delle chirurgie all'interno della quale si è occupato dei problemi della "clinical competence".

E' autore del primo testo atlante di endoscopia operativa pubblicato nel 1981 tradotto in lingua inglese e curato, nell'edizione francese, dal prof. Claude Liguory di Parigi, uno dei maestri e padri della disciplina endoscopica europea e mondiale; nell'Aprile del 1984 promuove e organizza a Lerici il primo convegno nazionale sui mezzi audiovisivi in endoscopia e in seguito coi suoi collaboratori dà vita alla produzione di numerosi filmati su problematiche gastroenterologiche e tecniche endoscopiche, utilizzati da numerosi colleghi e specialisti in formazione e premiati più volte al Festival del Film Scientifico che si teneva in quegli anni alternativamente all'università di Parma e di Marburg in Germania.



Autore e coautore di numerose monografie e volumi scientifici e di oltre 200 lavorie articoli pubblicati sulle più importanti riviste nazionali e internazionali, è chiamato a tenere letture e corsi in diversi atenei e congressi.

Recentemente, nel Dicembre 2006, al termine della sua docenza nel Master di endoscopia chirurgica avanzata presso la scuola di specializzazione in gastroenterologia di Bologna, è stato insignito del “Sigillum Magnum”, alto riconoscimento accademico alla carriera, dall’Alma Mater dell’Università degli Studi di Bologna con la lettura magistrale su “La storia dell’Endoscopia Digestiva nelle patologie bilio-pancreatiche: L’Arte Medica fra Scienza e Umanesimo”

Nel 2000, alla fine del suo mandato di presidente nazionale della Società Italiana Di Endoscopia Digestiva (SIED), è stato nominato presidente del comitato dei saggi e dei garanti della stessa società ed è membro delle più importanti società scientifiche nazionali ed internazionali di gastroenterologia chirurgia ed endoscopia digestiva.

E’ presidente da oltre 20 anni dell’Associazione per lo Studio e la Cura delle Malattie dell’Apparato Digerente(ASCMAD),una associazione di volontariato nata e sviluppatasi nella nostra realtà cittadina e provinciale, per iniziativa di medici ospedalieri,rappresentanti della società civile reggiana, imprenditori, dirigenti d’azienda, cittadine e cittadini che ha raccolto fino ad ora insieme al progetto PRO.RA, coordinato dal dottor Luciano Armaroli, vice-presidente ASCMAD, oltre 3,5 milioni di Euro destinati all’acquisto di importanti attrezzature ospedaliere, istituzioni di borse di studio per giovani medici e realizzazione di programmi di ricerca scientifica.

Nel maggio 2008 è stato insignito del REGIUM LEPIDI dalla Camera di Commercio, alta onorificenza riservata ad importanti personaggi pubblici Reggiani.

LE NUOVE FRONTIERE DELLA GASTROENTEROLOGIA

In questi ultimi anni, in ambito gastroenterologico, hanno preso piede nuove metodiche che si sono dimostrate efficaci sia nella diagnosi che nel trattamento di patologie anche a decorso potenzialmente maligno.

Per quanto riguarda la diagnostica facciamo riferimento in particolar modo alla Videocapsula del piccolo intestino che permette di riscontrare lesioni di tale tratto non raggiungibili con la tradizionale esofagogastroduodenoscopia e colonscopia, all’Ecoendoscopia con possibilità di prelievo di aspirato per esame citologico, al fibroscan epatico e alla endoscopia confocale, che permette una sorta di esame microscopico in vivo.

Per quanto riguarda il trattamento di lesioni potenzialmente maligne ci si riferisce alla dissezione endoscopica sottomucosa (ESD), metodica che permette l’asportazione completa di lesioni precancerose e di polipi cancerizzati sia dell’esofago che dello stomaco e del colon.

Analizziamo ora brevemente tali innovazioni, tutte presenti e largamente utilizzate presso l’Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

- **L’enteroscopia con videocapsula** prevede l’ingestione della Capsula PillCam (delle dimensioni di una grossa compressa farmacologica) che consente l’ acquisizione e trasmissione di immagini durante il passaggio attraverso l’apparato digerente; le immagini, grazie ai sensori posizionati sull’addome del paziente, vengono trasferite ad un registratore allo scopo di ottenere un filmato che potrà fornire indicazioni circa l’origine e la sede del sanguinamento. Questa procedura, che consente la valutazione completa dell’intestino tenue, oltre che nei sanguinamenti occulti trova indicazione nella diagnosi e nel monitoraggio di poliposi intestinali, nei casi di sospette malattie infiammatorie croniche intestinali (Morbo di Crohn), di malassorbimento (es.celiachia) e di sospette malattie neoplastiche del piccolo intestino.
- **L’EUS (Ecoendoscopia)** combina la visione diretta dell’esame endoscopico con l’utilizzo degli ultrasuoni. In pratica durante lo stessa procedura si può effettuare un’endoscopia tradizionale ed un’ecografia intracavitaria. E’ possibile ottenere delle immagini con sezioni simili a quelle della Tomografia Computerizzata con l’ulteriore vantaggio di portare la sonda molto vicina agli organi da esaminare e quindi col risultato di un più elevato potere di risoluzione entro 5 cm di distanza dalla sonda stessa. Ciò permette pertanto di visualizzare il pancreas, la colecisti e le vie biliari, parte del fegato, il mediastino, il perineo ed alcune strutture vascolari e di avere un dettaglio sulla parete dell’intestino pari o in alcuni casi superiore alle altre metodiche

radiologiche più moderne (Tomografia Computerizzata e Risonanza Magnetica). Per tali caratteristiche l'ecoendoscopia è la metodica più accurata per lo studio e la stadiazione loco-regionale preoperatoria delle neoplasie della parete intestinale (esofago, stomaco, duodeno e retto) e per l'identificazione e la stadiazione preoperatoria delle neoplasie pancreatiche. E' inoltre una delle metodiche più accurate per lo studio delle vie biliari e del pancreas in particolare per l'identificazione dei calcoli anche di piccole dimensioni a volte non visualizzabili con la Risonanza. Più recentemente, inoltre, l'ecoendoscopia sta ottenendo un ruolo rilevante per lo studio della stadiazione delle neoplasie polmonari. L'**EUS-FNA** (aspirazione con ago sottile sotto controllo endosonografico) permette inoltre di eseguire un esame citologico, biochimico ed immunoistochimico delle lesioni eventualmente riscontrate ed eventuale drenaggio terapeutico delle cisti pancreatiche.

- Il **Fibroscan** è uno strumento che permette la misurazione della fibrosi epatica mediante la elastometria ad impulsi e che consente pertanto di stabilire in modo non invasivo l'entità della fibrosi, permettendo grazie alla sua accuratezza di seguirne l'evoluzione nel tempo. Tale metodica potrà sostituire l'esecuzione della biopsia epatica che fino a pochi anni fa rappresentava l'unico strumento di valutazione della fibrosi con evoluzione a cirrosi. La fibrosi epatica, ovvero la sostituzione del parenchima epatico con matrice extracellulare, è l'aspetto principale del danno in corso di malattia cronica di fegato. La sua progressione nel tempo è responsabile dei maggiori eventi clinici, il risultato è la progressiva alterazione architetturale cui conseguono la disfunzione epatica e l'ipertensione portale; la valutazione della fibrosi epatica è essenziale per la corretta gestione del paziente. La misura della sua estensione, lo stadio di fibrosi, rappresenta il più importante fattore di predizione riguardo la progressione di malattia che condiziona le scelte terapeutiche e può inoltre servire per valutare la risposta al trattamento e determinare la prognosi e il follow-up del paziente.
- **L'endomicroscopia con laser confocale** è una nuova metodica che permette la valutazione endoscopica in vivo in corso di esame endoscopico. Tale procedura rende possibile mirare le biopsie in corso di gastroscopia o colonscopia. Lo studio in vivo della mucosa consente inoltre di evidenziare lesioni microscopiche o agenti infettanti (come per l'*Helicobacter pylori*). Le immagini saranno acquisite per mezzo di una minisonda ad alta risoluzione dotata di un sistema laser-confocale. Il sistema genera delle immagini dinamiche (12 fotogrammi/secondo) ad alta risoluzione in grado di evidenziare le strutture cellulari, con una penetrazione tessutale che giunge fino ai 240 nm ed una risoluzione assiale di 3 mm. La sonda sarà inserita nel canale operativo di un gastroscopio o di un colonscopio ed attivata dopo iniezione endovenosa di fluoresceina.
- **L'ESD (Endoscopic Submucosal Dissection)** permette il trattamento endoscopico delle lesioni preneoplastiche e/o neoplastiche in fase precoce del tubo digerente e mira alla asportazione en-bloc e profonda, fino al raggiungimento della tonaca muscolare, di lesioni precoci di dimensioni superiori ai 2 cm di sempre più frequente riscontro. Questa tecnica ha origine in Giappone dove è frequente il riscontro di lesioni precoci del tratto digerente alto (esofago e stomaco) mentre nei paesi occidentali ha preso piede per il trattamento delle lesioni del colon-retto, da noi più frequenti. L'ESD è basata sull'uso di aghi dedicati che incidendo mucosa e sottomucosa possono consentire una resezione "chirurgica" radicale di lesioni endoluminali. Si utilizza un ago diatermico come un bisturi per incidere la mucosa sana intorno alla lesione, esponendo la sottomucosa progressivamente resecata sino ad ottenere l'asportazione intera della parete interessata dal processo neoplastico. Attualmente indicazioni all'ESD sono le lesioni piatte o sessili, ossia a larga base di impianto, sia istologicamente benigne sia maligne con infiltrazione della parete limitata allo strato mucoso. Prima di dare indicazione per questo tipo di procedura è pertanto opportuno eseguire una ecoendoscopia sulla lesione che escluda la possibile infiltrazione neoplastica della parete o la presenza di linfonodi sospetti per metastasi. Notevoli passi avanti nelle tecniche diagnostiche si sono fatte infine con l'introduzione della **magnificazione endoscopica (FICE) e della cromoendoscopia**. La magnificazione endoscopica si avvale di endoscopi flessibili dotati di telecamere zoom che realizzano un ingrandimento della mucosa intestinale oltre cento volte, mentre la cromoendoscopia consiste nell'utilizzo di coloranti che applicati alle mucose digestive mettono in evidenza le caratteristiche dello strato mucoso. La cromoendoscopia e la magnificazione endoscopica insieme hanno notevolmente migliorato la possibilità diagnostica del cancro colo-rettale in fase

precoce, poiché consentono la classificazione dell'aspetto microscopico delle caratteristiche fossette o solchi che separano le cellule della mucosa che variano a seconda dell'evoluzione della lesione nei diversi stadi di displasia e di trasformazione neoplastica più avanzati. A questi aspetti corrispondono diversi rischi di malignità delle lesioni in questione. La loro applicazione non è tuttavia ancora routinaria sia a causa dei costi dello strumentario necessario sia per l'allungamento dei tempi di esecuzione dell'esame.