

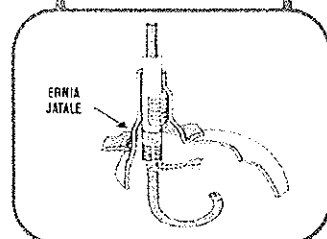
LA SCHEDA



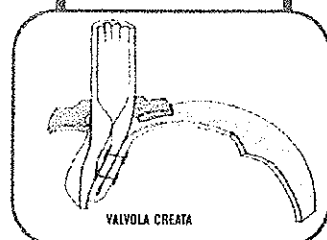
Paziente posizionato sul fianco sinistro e sottoposto a gastroscopia.



L'intervento è eseguito sotto controllo endoscopico.



Inizio procedura con l'inserimento del dispositivo endoscopico Esophyx.



Plastica antireflusso eseguita.

Fundoplicatio endoluminale

Barriera anti-reflusso ricostruita in endoscopia

Indicazioni

L'intervento, che ricostruisce in naturale barriera anti-reflusso a livello del cardias per mezzo di un dispositivo endoscopico chiamato Esophyx, è eseguito a tutt'oggi nell'ambito di un protocollo di studio approvato dal comitato etico dell'Istituto Clinico Humanitas e fa capo a un trial multicentrico a cui partecipano l'Italia, il Belgio e la Francia. Esso è indicato nei pazienti con reflusso gastro-esofageo, obiettivamente documentato con la pH-impedenziometria delle 24 ore, eventualmente associato a ernia jatale non superiore ai 3 cm.

Controindicazioni

La fundoplicatio endoluminale non è al momento indicata in pazienti con esofago di Barrett, in soggetti già sottoposti a interventi di chirurgia gastrica, o che presentano un'ernia jatale > 3 cm.

Quali trattamenti sostituisce

Questo approccio può sostituire la terapia medica a base di inibitori di pompa protonica. In un gruppo selezionato di pazienti potrebbe anche sostituire la chirurgia tradizionale, e in particolare la plastica antireflusso per via laparoscopica secondo Nissen.

Preparazione pre-operatoria

Il paziente si sottopone a una visita gastroenterologica e/o chirurgica, a una visita anestesiologicala, alla gastroscopia, alla pH/impedenziometria delle 24 ore e alla manometria esofagea stazionaria. Deve inoltre sottoporsi a un Ecg e a un esame del sangue e delle urine di routine.

La durata dell'intervento

Il paziente, sotto anestesia generale, resta in sala operatoria circa un'ora. Per eseguire l'intervento viene posizionato sul fianco sinistro e sottoposto a gastroscopia: sul gastroscopio viene applicato il device, detto Esophyx, che avvolge come una guaina il gastroscopio stesso. Una volta arrivato a livello dello stomaco, il gastroscopio avanza, viene

effettuata una retroversione e guarda pertanto verso l'alto, precisamente verso la giunzione esofago-gastrica. La parte terminale di Esophyx a forma di "coda di gambero" viene piegata a 180 gradi su se stessa, e dal suo gomito viene fatto uscire un filo spiraliforme che aggancia la parete dello stomaco e la tira in basso, distendendola. La chiusura della "coda di gambero" consente di creare una piega della parete dello stomaco che viene fissata con punti ad "H" in nylon. Questa manovra, ripetuta ruotando la parte terminale di Esophyx, permette di realizzare una "penca" suturata con 7-8 coppie di punti ad "H", per una circonferenza di 230-250 gradi intorno alla giunzione gastro-esofagea, mimando la plastica antireflusso. Successivamente il device viene sfilato, e un ultimo controllo endoscopico viene eseguito.

Il periodo post-operatorio

Il paziente assume per bocca un mezzo di contrasto liquido il giorno dopo l'intervento, necessario per eseguire un controllo radiologico della posizione dei punti. Nella stessa giornata inizia ad alimentarsi, e a seguire una dieta a base di cibi morbidi per 3-4 settimane. Continua la terapia farmacologica antireflusso che assumeva precedentemente all'intervento per una settimana. Si sottopone poi a un esame radiologico dopo il primo mese, e a gastroscopia, pH-impedenziometria e manometria a 6-12 mesi.

La percentuale di successo

I risultati clinici soggettivi finora ottenuti sono molto incoraggianti, sia a breve sia a medio termine. Sottolineano l'ottima tolleranza della metodica, l'assenza di complicanze e la possibilità di sospendere la terapia farmacologica nell'80-85 per cento dei pazienti. Sono pertanto paragonabili a quelli osservati dopo l'esecuzione della plastica antireflusso.

Il ruolo del generalista

Il medico di medicina generale deve considerare con attenzione la malattia da reflusso, che colpisce 4 italiani su 10 e che può causare un esofago di Barrett. Se ci sono le indicazioni si può proporre la tecnica, avendo cura di indirizzare il paziente in un centro con un'elevata esperienza di trattamento di pazienti con malattie dell'esofago.

di Mariapia Campanelli in collaborazione con Riccardo Rosati, professore associato di chirurgia all'Università di Milano e responsabile dell'unità operativa di chirurgia generale e mini-invasiva dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI), e con Alessandro Repici, responsabile del Servizio di endoscopia digestiva dell'Unità operativa di gastroenterologia dello stesso Istituto.