



Chirurgia di équipe per i tumori della colonna

Una squadra affiatata e una solida conoscenza della tecnica chirurgica i fattori decisivi per la buona riuscita di questi interventi ad alta complessità

"Nella chirurgia dei tumori della colonna vertebrale è fondamentale padroneggiare la tecnica corretta. In caso contrario il grande rischio è quello delle recidive". Lo afferma Alessandro Luzzati, direttore dell'Unità operativa di oncologia ortopedica e ricostruttiva del rachide dell'Ircs Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano. Luzzati, dopo un periodo di formazione in Francia, si è dedicato a questa patologia sin dal 1992, lavorando per 13 anni nel reparto di oncologia ortopedica dell'Istituto Gaetano Pini di Milano e dirigendo la divisione di ortopedia e traumatologia dell'Ospedale di Cremona per oltre 10 anni; da due anni è passato al Galeazzi, chiamato a dirigere la nuova unità operativa (vedi box a destra). Tabloid di Ortopedia lo ha incontrato per fare il punto sulla chirurgia oncologica della colonna.

Dottor Luzzati, quali attività cliniche svolge con il suo team?

Operiamo tumori primitivi e secondari della colonna vertebrale. Per gli interventi sui tumori primari siamo una delle poche strutture in Italia, effettuando spesso ricostruzioni della colonna vertebrale. Si tratta di interventi molto particolari, in sostanza unici. Trattiamo sia i pazienti mai operati, sia quelli già trattati, ma in questo secondo caso i risultati sono meno buoni.

Come viene effettuato questo tipo di operazione?

Prima viene eseguito un intervento di exeresi, per asportare il segmento osseo coinvolto dal tumore. In alcuni casi abbiamo rimosso fino a cinque vertebre in un intervento unico - equivalenti a circa 16 cm di colonna - e in un altro caso abbiamo rimosso e sostituito anche la biforcazione aortica in monoblocco, realizzando un by-pass arterioso contestuale all'asportazione del

tumore vertebrale. Fino ad oggi nessun altro autore ha mai riportato esperienze analoghe.

L'importante in questo tipo di interventi è rimuovere il tumore passando attraverso il tessuto sano circostante. Dopo l'asportazione della malattia si ricostruisce la parte mancante della colonna con sistemi quali viti, barre, protesi modulari.

Entriamo più nel dettaglio della ricostruzione della parte ossea mancante.

La parte posteriore viene ricostruita con viti e barre, come negli interventi ordinari di chirurgia del rachide. La ricostruzione anteriore si basa invece sull'utilizzo di un sistema modulare, modificabile secondo le necessità del paziente durante l'operazione. Il sistema utilizza gabbie di fibre di carbonio. L'aspetto innovativo delle gabbie da noi usate è che le fibre di carbonio sono orientate in modo da lasciare più spazio alla crescita ossea. Per riempire le gabbie viene utilizzato un trapianto osseo da ossa del bacino con l'obiettivo di ottenere un intervento di fusione delle vertebre.

Nella vostra équipe usate strumenti particolari, per la diagnosi o per l'operazione?

Adoperiamo metodi diagnostici classici, come la Tac o la scintigrafia. È importante sottolineare che prima di un intervento ricorriamo sempre alla biopsia. Per operare non utilizziamo una strumentazione particolare. La chiave di un buon intervento è senza dubbio una maniacale pianificazione pre-operatoria.

Perché è così importante questo aspetto?

Chi non conosce sufficientemente bene la tecnica operatoria, può entrare nel tumore e disseminarlo. La conseguenza è che ci sono probabilità alte di recidiva locale. A quel punto, il secondo intervento chirurgico diventa ancora più complesso del primo su un paziente vergine, che di per sé è già difficile, a causa della prossimità del rachide con il midollo, l'aorta e altre strutture importantissime. Per questa ragione è essenziale conoscere la tecnica



Alessandro Luzzati

IL GALEAZZI IN PRIMA FILA NELLA CHIRURGIA ONCOLOGICA DELLA COLONNA

L'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano ha aperto, da un paio di anni, l'Unità operativa di oncologia ortopedica e ricostruttiva del rachide, diretta da **Alessandro Luzzati**. Il servizio si rivolge a pazienti affetti da tumori ossei, sia primitivi che metastatici, dell'età pediatrica e adulta.

Ogni anno afferiscono alla struttura milanese per gli interventi sui tumori primari da 20 a 25 pazienti, dei quali più della metà sono già stati operati una prima volta.

La nuova divisione del Galeazzi è specializzata nella chirurgia oncologica dell'apparato muscolo-scheletrico, e cioè quella che riguarda le ossa del bacino, degli arti e della colonna vertebrale. Si tratta di ossa fondamentali per la postura eretta, che se asportate richiedono poi complessi interventi di ricostruzione. Un esempio è rappresentato dalle ricostruzioni, dopo asportazione in monoblocco, di una o più vertebre affette da tumore, con sistemi in carbonio e titanio.

Il centro del Galeazzi collabora con molte strutture lombarde, tra cui l'Istituto nazionale dei tumori di Milano, del quale è consulente per la patologia oncologica-ortopedica.

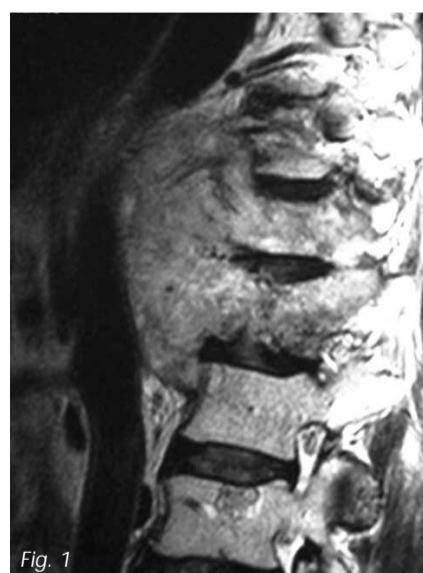


Fig. 1

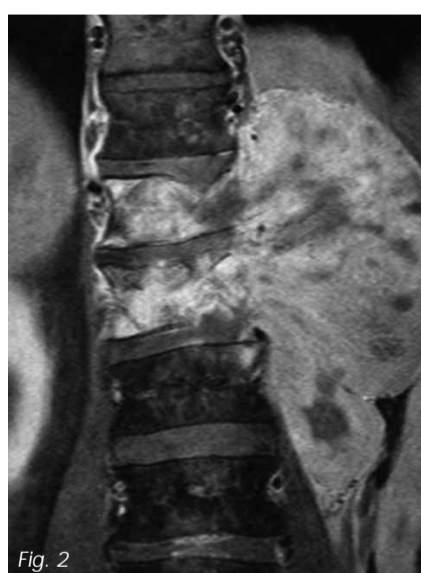


Fig. 2

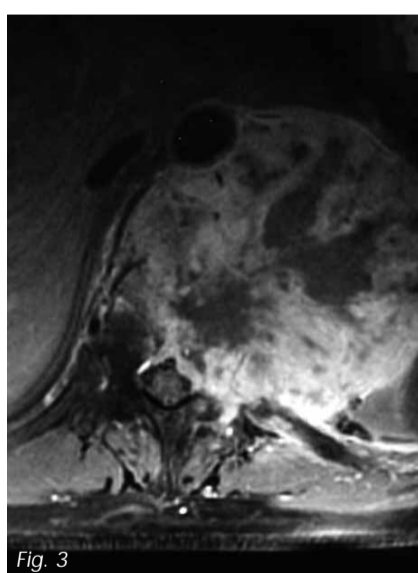


Fig. 3



Fig. 4

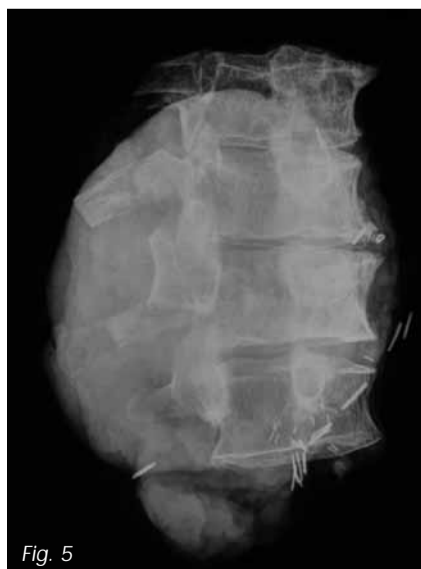


Fig. 5

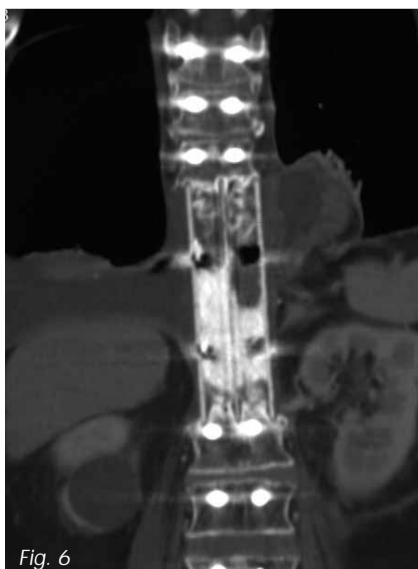


Fig. 6

UN CASO CLINICO PARTICOLARMENTE SUGGERITIVO

Paziente maschio di 63 anni affetto da cordoma. L'intervento ha previsto l'asportazione di 4 vertebre. La funzione neurologica è stata conservata dopo la chirurgia.

Figg. 1, 2 e 3: cordoma T10-11-12-L1, risonanze magnetiche pre-operatorie

Figg. 4 e 5: radiografie intra-operatorie del pezzo rimosso

Figg. 6 e 7: TAC di controllo post-operatorie a 3 anni di distanza dall'intervento



Fig. 7

corretta, che si apprende sui testi e soprattutto con la pratica chirurgica.

Quali risultati vengono raggiunti?

Dipende da tipo di tumore, ma la sopravvivenza dei pazienti dopo un anno è pari all'80%, mentre a due anni risulta che il 75% dei pazienti è libero da malattia. Le percentuali di successo nei pazienti già trattati sono inferiori: in genere si perde il 20-30%. Infine, il 90% dei pazienti ha una funzione neurologica conservata.

Come si potrebbe migliorare la consapevolezza della necessità di una buona tecnica?

Potrebbe essere utile una campagna delle società scientifiche specialistiche, che potrebbero spingere verso il rispetto delle competenze. In questo tipo di intervento è determinante conoscere la tecnica chirurgica. Inoltre, l'intervento richiede una squadra affiatata. Nel nostro team, per esempio, lavoriamo con tre o quattro anestesisti, due chirurghi toracici, un chirurgo dell'addome e un vascolare. Considerato inoltre che l'intervento può durare 12-16 ore, occorre assolutamente una squadra compatta. Bisogna avere la più completa fiducia nell'altro collega di squadra: nel caso raro, ma pur sempre possibile, di exitus del paziente durante l'intervento, diventa fondamentale la totale fiducia tra i diversi membri del team. Se questa non esiste, è meglio non operare. Per questo motivo, in questo tipo di operazioni, si usa il "noi", non la parola "io". Purtroppo in Italia non c'è grande consapevolezza e abitudine al lavoro in team.

Cosa succede dopo l'operazione? Vi appoggiate ad altre strutture?

Il decorso postoperatorio è molto complesso, nei casi più fortunati occupa giorni, ma può durare settimane. La riabilitazione è molto lunga, anche perché in alcuni casi siamo obbligati a tagliare alcuni nervi durante l'intervento. Il paziente ne è informato, accetta il piano di trattamento, ma in questi casi i tempi di recupero sono lunghi. La prima parte della riabilitazione viene effettuata in ospedale, poi i pazienti fanno riferimento a un centro con cui collaboriamo, il Centro di riabilitazione di Villa Beretta, a Lecco, uno dei migliori in Italia.

Cosa pensa degli aspetti legali della sua attività?

Non condizionano il mio lavoro. I pazienti firmano i moduli del consenso informato, che sono molto ampi e dettagliati, e nei quali vengono prospettati i vari rischi che l'intervento comporta. Ma i fogli non condizionano il mio lavoro.

Che consiglio dare a un giovane collega che voglia accostarsi a questo campo della chirurgia?

Di farlo, perché è entusiasmante. La strada migliore per cominciare è di seguire chi già è attivo, come il nostro centro. Io ho cominciato così, seguendo per un anno a Parigi, all'Ospedale Pitié Salpêtrière, uno dei più grandi chirurghi del rachide, **Raymond Roy-Camille**. Si impara sul campo, ricordando però che si lavora molto, anche 60/70 ore la settimana.

Qual è il prossimo appuntamento del settore?

A Berlino i prossimi 20 e 21 maggio, per lo Spine Tumor Day.

Claudia Grisanti

GLI SPINE TUMOR DAYS

Il prossimo appuntamento per gli specialisti delle lesioni neoplastiche della colonna vertebrale è il 20 e 21 maggio in Germania, a Berlino, per il secondo Charité Spine Tumor Days.

Lo scopo del convegno è esaminare gli sviluppi sugli approcci diagnostici. Inoltre, saranno indagate le possibilità di valutazione delle diverse prospettive di trattamento. Questo meeting è in particolare dedicato alle lesioni toraco-lombari, quindi all'asportazione e ricostruzione di queste vertebre. Sarà dedicata attenzione all'approccio anteriore e posteriore, alla strumentazione e agli impianti sostitutivi. In alcuni incontri c'è l'opportunità di discutere la prevenzione delle complicanze. Infine, di grande importanza è lo spazio dedicato alla valutazione dei pazienti e la loro possibilità di raggiungere una qualità della vita accettabile.

Il paziente e la difficoltà nell'accettare la diagnosi

Nella pratica clinica esistono alcuni passaggi che a volte sfuggono anche alle capacità del migliore dei medici e dei chirurghi: l'accettazione da parte del paziente della patologia e del piano terapeutico



Il rapporto umano come atto professionale: stabilire un contatto con il paziente è un atto medico

Giovane adulta, da poco superata la trentina, con tenace dolore alla schiena (dorso-lombare), irradiato agli arti inferiori, maggiormente a destra. Negli ultimi mesi iniziale zoppia di fuga. Il dolore sempre più intenso ne limita la qualità della vita: riduzione dell'orario di lavoro, spostamenti difficoltosi, ausilio di bastoni canadesi per la deambulazione. Rinuncia allo sport, alla vita di tutti i giorni. E inizia l'odissea della diagnosi.

Come molti si affida prima alla stretta cerchia di amicizie di parenti, che possano nella folla accalcata di chirurghi e medici trovare un nome dove sentirsi sicuri. Quasi sempre il singolo parere medico poi non basta, non convince, non soddisfa il paziente, che nonostante il peggioramento della sintomatologia temporeggia sull'eventualità di un ricovero. Nuovo colloquio, nuovi esami: stesso risultato, stessa proposta di trattamento. Non convinta, la paziente gira tra i medici cercando di trovare le parole che lei stessa vuole sentirsi dire: "non chirurgico, è possibile che si risolva con delle terapie mediche". Spesso i pazienti più tenaci e così fortemente motivati a resistere alla chirurgia trovano modo di tentare quasi ogni sorta di terapia alternativa, riuscendo a convivere con il dolore. Più che tenacia, se possiamo definirla in termini molto poco scientifici, si tratta di paura dell'intervento.

Il peso della scelta

Ma il cerchio molto presto si chiude e il dolore diviene tanto invalidante da superare la possibilità di una convivenza. Arriva

il momento della scelta. Si ripercorrono i propri passi, rivalutando parola per parola e medico per medico ogni singola possibilità. Ci si affida nuovamente a consigli di svariate persone che hanno fatto lo stesso tipo di intervento o che conoscono qualcuno che l'ha fatto e che sanno per certo che non ci sono rischi.

La metabolizzazione della valutazione dei rischi è qualcosa che avviene in una tremenda solitudine. Per quanto il chirurgo possa essere disponibile, sappia utilizzare una dialettica perfetta nell'esprimere i difetti e i vantaggi dell'intervento, alla fine il paziente si ritrova solo con i suoi pensieri e con la sua personale decisione.

Nel campo della chirurgia del rachide questi timori sono amplificati dal rischio, lo sappiamo bene, di lavorare su un distretto corporeo così delicato, così problematico e complesso. E il paziente questo lo sa: lo viene a sapere prima attraverso mille canali informativi impropri - partendo da internet per arrivare al vicino di casa - e in seconda battuta dal chirurgo stesso, che non può certo nascondere i rischi dell'intervento, anzi.

Così il paziente giunge decisamente "acculturato" in ambulatorio, convinto di aver letto e di essere a conoscenza di quasi tutto lo scibile sulla patologia. Arriva dopo un personalissimo percorso, diverso da paziente a paziente, che lo ha portato ad affrontare l'intervento, ma con riserve. Ed è qui che si deve prestare la più profonda attenzione.

Dal caso clinico al rapporto umano

Spondilolistesi della V vertebra lombare sulla prima sacrale: grado 3-4 secondo la classificazione di Meyerding. Qualcosa di modesto, che per un chirurgo vertebrale non rappresenta il peggio delle situazioni. Il bilancio clinico mostra un quadro di dolore persistente. La compliance della paziente non è certo delle più elevate. Ma il programma operatorio è stato proposto, gli accertamenti diagnostici eseguiti, la conferma diagnostica accertata. La paziente è seduta con aspetto sofferente ma deciso, anche se non convinto a pieno che sia giunto il momento di intervenire. Ora, in questo particolare momento, tra medico e paziente è necessario riuscire a stabilire un reale contatto umano. Una persona e non più un paziente della casistica personale. Senza illusioni o trucchi si deve coinvolgere il malato a pieno, rendendolo parte di quanto si sta spiegando, rendendolo edotto riguardo il suo percorso di guarigione. Il paziente viene posto in nota di ricovero. Il giorno dell'ingresso in ospedale è trenta giorni dopo. La paziente viene rivista dal chirurgo per un breve colloquio, poi affidata agli assistenti, medici dei quali fino a pochi minuti prima non sapeva neanche l'esistenza. Viene condotta in una stanza, si cambia indossando il pigiama o la vestaglia portata da casa e da quel momento si sente malata seriamente.

Il finale della storia è semplice. La paziente viene operata: attraverso un approccio posteriore che prevede la stabilizzazione (e il richiamo per quanto possibile) della vertebra scivolata attraverso l'impiego di strumentari dedicati, nello specifico viti peduncolari, barre metalliche e cage in titanio.

L'intervento è durato circa cento minuti, la paziente è stata sottoposta ad anestesia generale. Si è svegliata con un'incisione di circa 8 centimetri mediana alle spinose, un tubo del drenaggio in aspirazione e il catetere vescicale.

Il giorno seguente è stata medicata, mangiava seduta a letto, e la ferita si mostrava in ottime condizioni.

Il decorso clinico post operatorio è stato ottimo. Nei successivi controlli ha mostrato una straordinaria capacità di ripresa: oggi vive una vita serena come non ricordava da alcuni anni.

La complicità medico-paziente-diviene sempre più importante mano a mano che ci spingiamo verso problematiche o patologie più complesse, che richiedono un numero maggiore di informazioni e che espongono a un rischio maggiore il soggetto: in definitiva la comunicazione è ancora una delle fasi più importanti nell'approccio medico-paziente e deve essere compiuta al meglio delle capacità cliniche e umane del chirurgo.

Lorenzo Castellani
Matteo Laccisaglia



Radiografia post intervento. La paziente è stata trattato per spondilolistesi della V vertebra lombare sulla prima sacrale: grado 3-4 secondo la classificazione di Meyerding