

# **CHIRURGIA PERINATALE**

**Prof. Alfredo Cacciari**

**Cattedra di Chirurgia Pediatrica  
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**

**Direttore Struttura Complessa di Chirurgia Pediatrica  
Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico di Modena**

**... questa non vuole essere una lezione,  
ma è un racconto...**

# **PERCHE' PERINATALE?**

**Perchè è ATTORNO alla nascita**

- prima della nascita**
- alla nascita**
- dopo la nascita**

**Perchè oggi, o meglio dall'inizio degli anni '80, da quando cioè è cominciata la diagnosi ecografica prenatale, sappiamo tutto sulle patologie dei nostri piccoli pazienti quando essi sono ancora in utero...**

**... quando dobbiamo ancora chiamarli feti**





**E perchè desidero parlarvi di tutto questo?**

**Perchè la chirurgia del neonato è sempre stata per me il più vasto e importante campo di interesse**



# Neonati operati in incubatrice

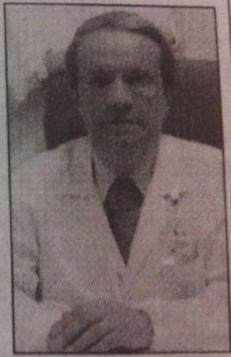
Tre piccoli venuti alla luce con gravi malformazioni sono stati salvati grazie a tecniche d'avanguardia adottate nel reparto diretto dal professor Cacciari (foto)

Un quarto piccolissimo paziente verrà sottoposto allo stesso trattamento subito dopo il parto programmato, fissato dagli specialisti a inizio febbraio

A pag. VI

**POLICLINICO**

Con il prof. Cacciari



# Triplo intervento salva un neonato

press **LINE**  
20/05/2006

**GAZZETTA DI MODENA**

Diffusione 12.981  
Lettori 105.000

## «Dopo il dramma finalmente sereni»

*La famiglia Calvello felice per l'intervento di autotrapianto su Fabio*

Il sorriso ritrovato di una famiglia dopo tante traversie. Vincenzo Calvello, metalmeccanico 42enne, occupato in una ditta di Maranello, e Domicela Ruta, la moglie polacca 36enne dipendente della Marazzi, residenti all'Ancona, sono i protagonisti della vicenda che ha visto il loro piccolo Fabio, oggi 16 mesi, nascere senza esofago ed oggi iniziare a mangiare regolarmente.

Dal 15 gennaio dello scorso anno, infatti, per Fabio, dopo una gravidanza regolare ed

un parto spontaneo all'ospedale di Sassuolo, sono iniziati i viaggi e le degenze al policlinico di Modena. Due giorni dopo già operato per l'introduzione di un tubo gastrico che ne permettesse la nutrizione, la lunga degenza con la madre ad assisterlo giorno e notte, il ritorno a casa ed un nuovo intervento nell'aprile dello scorso anno prima di quello definitivo delle scorse settimane, quando è stato possibile l'autotrapianto con parte dell'intestino che è diventato esofago. Oggi la serenità

di una coppia che ha ritrovato il sorriso e si appresta a festeggiare la nuova vita del proprio figlio traslocando nella nuova casa che ha acquistato a Villalunga di Casalgrande.

«Siamo felici e vogliamo ringraziare quanti hanno fatto e fanno tanto per il nostro piccolo Fabio - hanno detto ieri - ma in primo piano mettiamo le due équipe di neonatologia col professor Ferrari e chirurgia pediatria col professor Alfredo Cacciari al policlinico; a Sassuolo un grazie di

cuore al nostro pediatra Mario Pugliese che almeno tre volte alla settimana è venuto direttamente a casa nostra per visitare il bambino».

Fabio ha superato uno scoglio davvero difficile, oggi mangia regolarmente e la crescita, come ha constatato il pediatra e le visite di controllo, è nella norma. A giugno ultimo controllo radiografico poi via anche il sondino gastrico per renderlo davvero un vispo bambino che vuol crescere e sorridere assieme ai suoi genitori. (a.s.)

## Modena Salvi 3 neonati avevano grave malformazione

Soffrivano di ernia diaframmatica. Sono stati operati al Policlinico, sempre più all'avanguardia grazie all'équipe di chirurgia pediatrica e neonatologia.

A PAGINA 18

POLICLINICO 29

Per le malformazioni congenite è importante intervenire nelle prime ore di vita

## In sala operatoria appena nati

Tra le diverse attività l'équipe di chirurgia pediatrica del Policlinico ha effettuato nel 2002 oltre cento interventi su neonati o piccolissimi lattanti provenienti anche da altre regioni

Di Marina Leonardi

**L**e malformazioni congenite, nei paesi sviluppati come il nostro, sono la causa del 20% dei decessi che si verificano nel primo anno di vita. Eventi drammatici che spesso sarebbero evitabili grazie alla presenza nelle strutture ospedaliere di una équipe di chirurgia neonatale pronta ad intervenire nelle prime ore di vita del bambino. Al Policlinico di Modena l'Unità complessa e Cattedra di Chirurgia Pediatrica diretta dal professor Alfredo Cacciari è stata formalizzata il primo luglio del 1998. Prima di allora, a partire dal 1996, con Cacciari ancora professore dell'ateneo felsineo e altri due chirurghi sempre bolognesi, erano stati accesi dei contratti di consulenza continuativa che vedevano la loro presenza a Modena quattro giorni la settimana, due per visite ambulatoriali e due per interventi chirurgici. Ma l'ampio ricorso di piccoli

operato a poche ore dalla nascita per una voluminosissima massa cistica che riempiva tutta la cavità addominale ed impediva l'espansione dei polmoni e quindi il respiro spontaneo. Solo grazie ad una precocissima intubazione tracheale e quindi alla respirazione meccanica assistita abbiamo potuto mantenerlo in vita e permettergli di affrontare l'intervento chirurgico. La situazione alla nascita era ben più grave da quella paventata dalla diagnosi prenatale. La massa addominale era molto più estesa di quanto si potesse sospettare (conteneva oltre 370 ml di liquido, come se un adulto avesse nel proprio addome circa 13 litri!), probabilmente perché era cresciuta nelle ultime ore della gravidanza. Alla nascita il bimbo presentava un addome enorme e non riusciva a respirare. L'intervento è stato quindi immediato e si è protratto per buona parte della notte. Si trattava di



vescica, malformazioni del tubo digerente. L'ultimo grave caso è dei primi di gennaio, quando un piccolo è nato con una grave ernia diaframmatica. Una grossa breccia nel muscolo aveva fatto risalire nella cavità toracica le anse intestinali che comprimono i polmoni e avevano spinto il cuore fin sotto l'ascella destra. Subito intubato e stabilizzato il piccolo è stato operato e ora si sta ri-

Alta incidenza di ernia diaframmatica in un solo mese, e un quarto caso verrà trattato a febbraio: di solito se ne operano quattro in due anni

# Gravissima malformazione, salvati tre neonati

*Policlinico all'avanguardia grazie all'equipe di Chirurgia Pediatrica e Neonatologia*

L'ernia diaframmatica congenita è una gravissima malformazione in cui manca parzialmente o completamente una parte del diaframma, di quel muscolo cioè che divide la cavità toracica da quella addominale. Attraverso questo «buco», lo stomaco, l'intestino tenue, parte dell'intestino crasso, la milza e spesso un lobo epatico «risalgono» nel torace andando a «schacciare» il polmone di quel lato. Questa malformazione inizia settimana o mesi prima della nascita.

In un mese, dal 20 novembre al 20 dicembre tre di questi piccolissimi malformati sono stati operati nella struttura complessa di Chirurgia pediatrica del Policlinico di Modena.

Il direttore, professor Alfredo Cacciari, e la sua équipe, dott. Pier Luca Ceccarelli, dot.ssa Maria Anastasia

Bianchini, dott. Paolo Repetto, dot.ssa Viviana Durante, dott. Diego Biondini) hanno operato i tre neonati in stretta collaborazione con l'équipe della Neonatologia, diretta dal professor Fabrizio Ferrari.

I chirurghi sono intervenuti «sfilandolo» dalla lacuna diaframmatica tutte le anse intestinali, lo stomaco, la milza, il lobo epatico sinistro che erano risaliti in torace e riposizionarli nella loro sede ottimale: in addome. Quindi preparare i piccoli lembi esistenti del diaframma e suturarli fra loro con numerosi punti onde «chiudere» definitivamente quel «buco» del diaframma.

I neonati, due femmine e un maschio, sono stati intubati (posizionato un tubo in trachea) immediatamente dopo la nascita che è avvenuta me-

dante taglio cesareo programmato 10-12 giorni prima del termine.

Fatte tutte le analisi di laboratorio e strumentali i piccolissimi sono stati «attaccati» ad una speciale macchina che li fa respirare con la cosiddetta ventilazione oscillatoria ad alta frequenza. Proprio tale macchina che ha fatto scendere la mortalità altissima per questa malformazione dal 40-50% a meno del 20%. «La sopravvivenza di questi piccolissimi - dice il Professor Cacciari - è attualmente nella nostra esperienza di oltre il 90%».

Il Policlinico di Modena si colloca ai primissimi posti in Italia e nel mondo grazie appunto alla collaborazione fra chirurghi neonatali, diretti dal professor Cacciari, e neonatologi, diretti dal Professor Ferrari.

Il professor Cacciari ha un'

esperienza personale nell'aver trattato oltre 30 ernie diaframmatiche congenite ed è anche autore di una importante pubblicazione sui risultati ottenuti operando questi neonati con l'ausilio della ventilazione oscillatoria ad alta frequenza sia nel pre che nel post-operatorio.

I primi di febbraio nascerà un altro bambino con la medesima malformazione. Un'altra ernia diaframmatica congenita diagnosticata ecograficamente in utero.

«Quattro casi di questo genere in poco più di due mesi sono veramente tanti (di solito quattro casi si vedono in due anni), ma - precisa Cacciari - non dobbiamo allarmarci. In Italia e nel mondo, almeno per ora, non è stato segnalato un aumento importante dell'incidenza dell'ernia diaframmatica congenita».

## BREVI

### RED PLANET

#### Nessun incendio

Non c'è stato nessun incendio alla Pizzeria Red Planet di via Emilia Est 945. L'intervento dei vigili del fuoco, in fatti, non era nel conosciuto locale ma nel cantiere accanto: il fumo, provocato da alcuni cartoni bruciati all'interno del cantiere, era arrivato fin davanti al locale, così qualcuno aveva dato l'allarme. La realtà il locale non è mai stato danneggiato. Lo puntualizza il titolare, che ci tiene a far sapere che il suo locale è regolarmente aperto, senza alcuna conseguenza.

### RIUMENI AI PORTALI

#### Quei ladri di scarpe

VI il Resto del Carlino

MODENA

Sabato 25 gennaio 2006

## PEDIATRIA Tre piccoli sono fuori pericolo

# I chirurghi operano gravi malformazioni dentro l'incubatrice

Tre bambini venuti alla luce con gravi malformazioni nei giorni delle feste di Natale, ricoverati nella Neonatologia diretta dal prof. Fabrizio Ferrari, sono stati operati dagli specialisti della Chirurgia pediatrica e dichiarati fuori pericolo. Sono due femmine e un maschio. Per una rara coincidenza presentavano tutti un'ernia diaframma-

**Parto programmato ai primi di febbraio**

patologie serie e impegnative — spiega il prof. Alfredo Cacciari, direttore della Chirurgia pediatrica — e colpisce che in meno di un mese si siano registrati tre casi, ma non dobbiamo allarmarci. Due bambini, Giulia e Paolo, sono già a casa, un'altra bambina, sottoposta a intervento il 23 dicembre scorso, è ancora in ospedale».

Ad affiancare il professor Cacciari gli altri specialisti della sua équipe: Pier Luca Ceccarelli, Maria Anastasia

Bianchini, Paolo Repetto, Viviana Durante, Diego Biondini. Tra pochi giorni al settimo piano del Policlinico sarà operato un altro bambino con la medesima malformazione diaframmatica. Un cesareo è stato programmato prima del termine della gravidanza e la coppia ha avuto già un colloquio con i medici, che hanno dato informazioni sulle condizioni del feto accertate mediante diagnosi prenatale e sulle terapie che consentiranno di offrire



**EQUIPE**  
Gli specialisti di chirurgia pediatrica, al centro il direttore, prof. Cacciari. Foto sotto: il neonatologo Fabrizio Ferrari



prosegue Cacciari — e nondimeno sono dovute anche alla strettissima collaborazione che abbiamo con l'équipe della Neonatologia diretta dal prof. Ferrari. La prognosi migliora grazie alla ventilazione oscillatoria ad alta frequenza, assicurata da una

macchina. I piccoli sono così stabilizzati, intubati e attaccati al respiratore. Io operiamo in genere due o tre giorni dopo il parto».

I polmoni sono collassati per la compressione dei visceri, e il cuore è trascinato sotto l'ascella. L'intervento, decisamente complesso, consiste nel collocare gli organi in addome ricostruendo successivamente il diaframma anche mediante impiego di materiali protesici. Un lavoro complesso, come si può intuire, coronato dalla soddisfazione di aver potuto salvare giovani vite, che potranno crescere serenamente, per la gioia dei genitori.

Alessandro Malpelo

**Ma, come dicevo, è stato  
all'inizio degli anni '80  
il GRANDE CAMBIAMENTO**

# Per la prima volta in Europa e la quinta nel mondo (giugno 1982)

**MEDICINA** Come negli Usa, anche in Italia si è aperto un campo nuovo: l'

## ANGELA OPERATA NEL SENO MATERNO: SALVA

*Gli specialisti che hanno curato prima della nascita una bambina idrocefala spiegano come sono giunti a realizzare il delicato intervento. L'importanza della diagnosi prenatale per la prevenzione e la cura di numerose malattie. Oggi è possibile curare il feto attraverso la madre.*

*Le prospettive future delle terapie fetali aprono un campo vastissimo: è un mondo in piena evoluzione che permetterà a tutte le donne di poter affrontare la maternità con una maggiore consapevolezza.*

di Maristella Bodino

Bologna, giugno ■ Angela è la prova evidente che la chirurgia prenatale è possibile anche in Italia. E che le esperienze raccolte dai nostri chirurghi sono ormai sullo stesso piano di quelle degli specialisti americani, di cui «Epoca» si è occupata il mese scorso.

Angela è nata due mesi fa nella Clinica ostetrica e ginecologica del Policlinico Sant'Orsola di Bologna ed è nell'ambulatorio di fisiopatologia prenatale di questo ospedale che è stata diagnosticata, prima della sua nascita, la grave anomalia anatomica della quale era vittima: una idrocefalia ostruttiva.

L'intervento chirurgico in utero è stato eseguito dall'équipe diretta dal professor Luciano Bovicelli, titolare della cattedra di Fisiopatologia prenatale dell'Università di Bologna. Bovicelli era coadiuvato dai ginecologi Nicola Rizzo e Luigi Filippo Orsini, dal dottor Alfredo Cacciari della Clinica chirurgica pediatrica universitaria, e dal professor John C. Hobbins della Yale University di New Haven, Connecticut, attualmente ospite dell'ente ospedaliero bolognese. Chiediamo al professor Bovicelli:

**Che cos'è l'idrocefalia ostruttiva?**  
Il risultato del mancato deflusso del liquido cefalo-rachidiano presente all'interno della scatola cranica. In condizioni normali, il liquido si mantiene costantemente in quantità sufficiente ad assicurare la lubrificazione delle membrane cerebrali. Quando la quantità aumenta, per un difetto di deflusso dovuto a una malformazione congenita, la massa cerebrale re-

sta compressa e il suo sviluppo si blocca.

**Con quali conseguenze?**  
Una riduzione più o meno grave dell'attività cerebrale, a seconda dell'entità del danno subito dal cervello. Nei casi peggiori, l'idrocefalia provoca handicap fisici e psichici come cecità, paralisi, ritardi intellettivi anche forti.

### UNA TERRIBILE SCELTA PER I GENITORI

*Nel caso di Angela, quando avete rilevato l'anomalia che aveva colpito il feto?*

Ventidue settimane dopo il concepimento. La madre di Angela, una giovane signora alla sua prima gravidanza, si era sottoposta all'ecografia, un esame prenatale assolutamente innocuo sia per la donna che per il feto, che viene eseguito ormai su numerose mamme in attesa per verificare la posizione e le condizioni fisiche della loro creatura. In quella circostanza, notammo che il feto portato dalla signora recava tracce evidenti di idrocefalia, con un principio di dilatazione del cranio.

**Avete subito deciso di compiere un intervento prenatale?**

No, non avremmo potuto farlo senza il consenso dei genitori. Prima li abbiamo informati, cercando di aiutarli a fare una scelta.

**Che cosa avrebbero dovuto scegliere?**

Avavano tre possibilità: interrompere la gravidanza, proseguirla fino al termine dando la vita a

un figlio gravemente handicappato, o optare per l'intervento prenatale.

**Una decisione gravissima. Quanto tempo avevano?**

Abbiamo lasciato loro una settimana di riflessione. Un periodo più breve non sarebbe stato sufficiente a permettere una chiara valutazione del problema, uno più lungo avrebbe provocato danni irreversibili al cervello del feto.

**Come hanno reagito i genitori di Angela?**

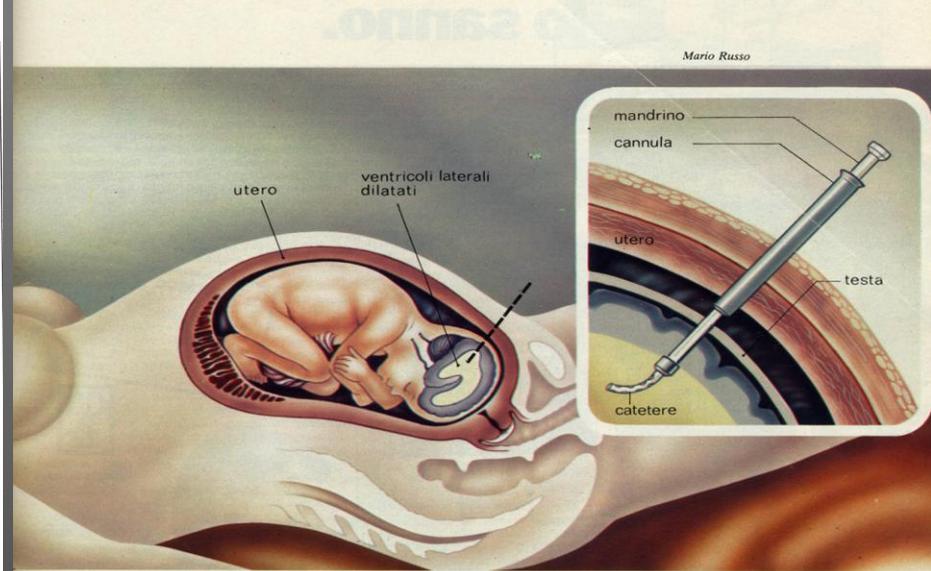
In modo molto razionale. Nonostante la notizia li avesse profondamente sconvolti, hanno voluto prima di tutto sapere con esattezza in che cosa consistesse l'intervento prenatale. Si erano subito resi conto che l'esistenza di questa nuova terapia, mai sperimentata in Italia, avrebbe reso meno facile la loro scelta, allargando i termini del problema, ma non per questo hanno scartato a priori la terza soluzione.

**Che spiegazioni vi sono state richieste?**

Quelle che riguardavano la natura e l'entità dell'intervento. Abbiamo illustrato la nostra esperienza di diagnostica prenatale grazie alla quale stiamo applicando da anni non soltanto l'ecografia ma anche l'amniocentesi (il prelievo del liquido amniotico nel quale il feto è immerso all'interno dell'utero che consente la diagnosi, per esempio, del mongolismo), e la fetoscopia (la possibilità di visualizzare il feto mediante un minuscolo sistema di lenti e di fibre ottiche illuminanti, introdotte nell'utero attraverso una cannula del diametro di pochi millimetri che consente anche il prelievo di sangue fetale e la diagnosi di numerose malattie congenite). Proprio grazie a queste esperienze, abbiamo spiegato, ci sentivamo in grado di affrontare l'intervento, già applicato altrove, per la cura dell'idrocefalia.

**Vuole illustrare anche a noi le fasi dell'intervento?**  
Consiste nella introduzione, attraverso una cannula inserita nel ventre della madre, di un sottilissimo catetere nel ventricolo cere-

brale del feto, dove si è accumulato il liquido cefalorachidiano. Il catetere viene poi sistemato in modo da collegare il ventricolo con la cavità amniotica nella quale si trova il feto, facendo sì che il liquido in eccesso vi si riversi.



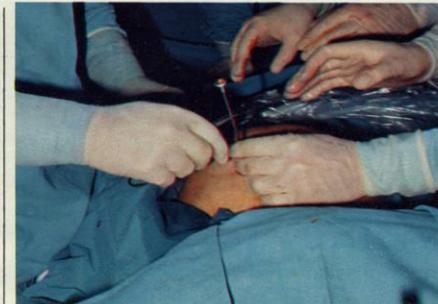
Mario Russo

brale del feto, dove si è accumulato il liquido cefalorachidiano. Il catetere viene poi sistemato in modo da collegare il ventricolo con la cavità amniotica nella quale si trova il feto, facendo sì che il liquido in eccesso vi si riversi.

### IL CONTROLLO ECOGRAFICO E' CONTINUO

**In pratica, come si svolge l'operazione?**

Premetto che viene eseguita sotto controllo ecografico continuo. Prima di tutto, si individua la posizione del feto all'interno del ventre materno, poi, con una serie di manovre manuali, si porta la te-



### Un catetere sottile come un capello

**Sopra: il disegno illustra la fase culminante dell'intervento prenatale su un feto idrocefalo. Nel particolare ingrandito si vede la cannula che penetra nel cranio del feto attraverso il ventre materno. Inserita la cannula, si estrae il mandrino e si infila al suo posto un catetere sottilissimo. A sinistra: il chirurgo inserisce il catetere nella cannula.**

**Ma questa è ormai storia della chirurgia perinatale...**

**Vediamo ora, concentriamoci su quello  
che oggi si fa, e si deve fare, sui nostri  
piccolissimi pazienti**

**Il neonato chirurgico in oltre il 90% dei casi non rappresenta una “urgenza”...invece, una volta, prima della diagnostica pre-natale, 30-35 anni fa, .....**

**... oggi, invece, sappiamo tutto prima della nascita e quindi è tutto programmato...**

**Non entriamo nei termini della diagnosi prenatale delle malformazioni chirurgiche, ma ci soffermiamo sulle decisioni che il chirurgo neonatale è chiamato a prendere insieme agli ostetrici e agli ecografisti in particolare sul “TIMING DEL PARTO”**

- a termine o prima del termine**
- cesareo o vaginale**
- parto in un centro di III livello o parto nel centro di residenza della gravida**

**... e tutto questo ci porta al  
COUNSELING...**

# **COUNSELING**

**Non momento del consiglio, ma momento  
dell'informazione e della spiegazione**

**Informazione**

**Spiegazione**



# Informazione

- Di che tipo di malformazione si tratta?
- L'organo o l'apparato coinvolto è irrimediabilmente perduto?
- Necessità di intervento chirurgico?
- % di sopravvivenza
- % di guarigione

# Spiegazione

- Come proseguirà la gravidanza
- Il parto: dove, quando e di che tipo
- Cosa faremo dopo la nascita
- Che accertamenti saranno necessari
- Quando opereremo
- Il post-operatorio: NICU
- Durata della degenza

**IDROURETERONEFROSI?**

**IDRONEFROSI ?**

**DISPLASIA  
RENALE?**

**VALVOLE  
URETRA POST.?**

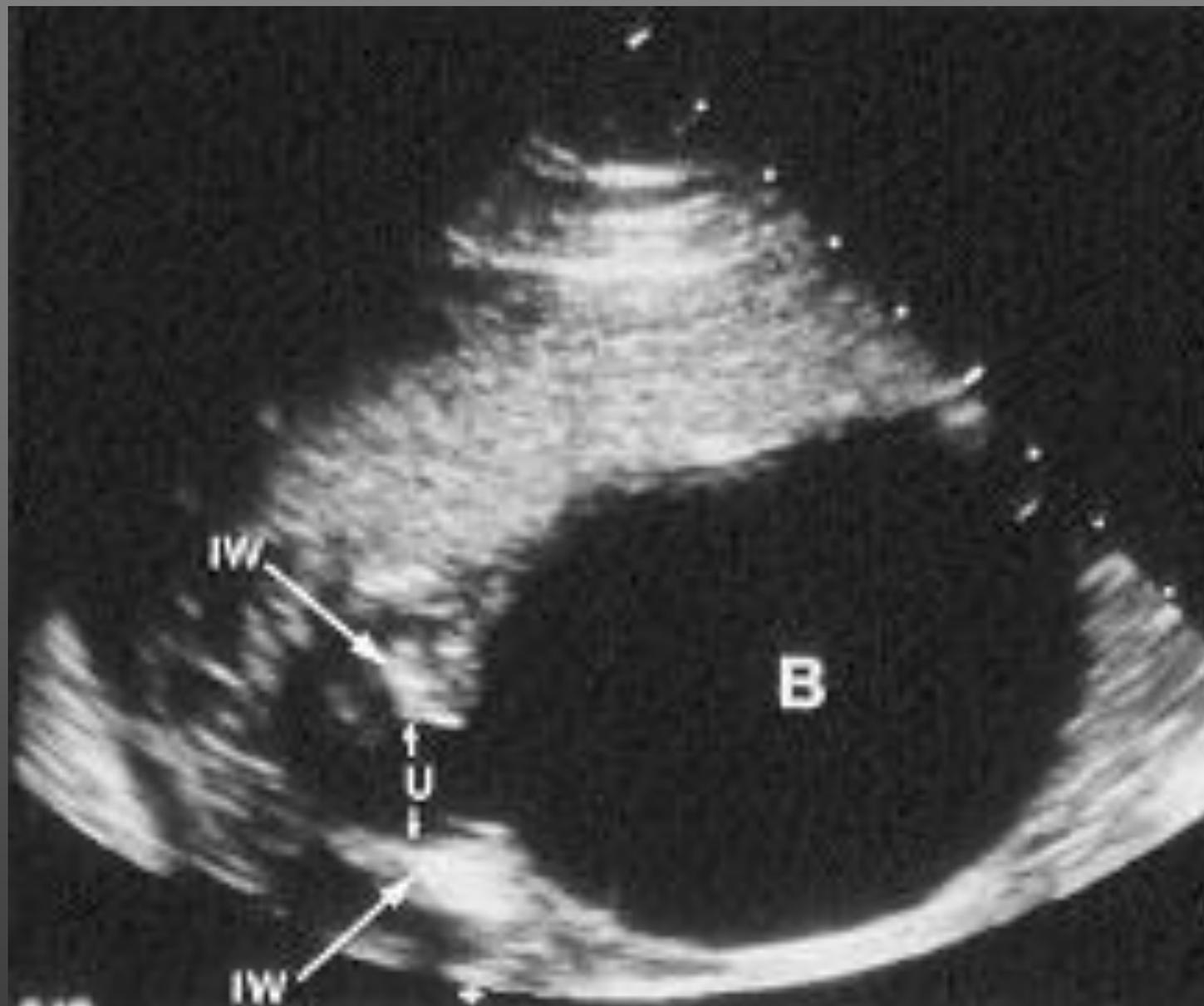


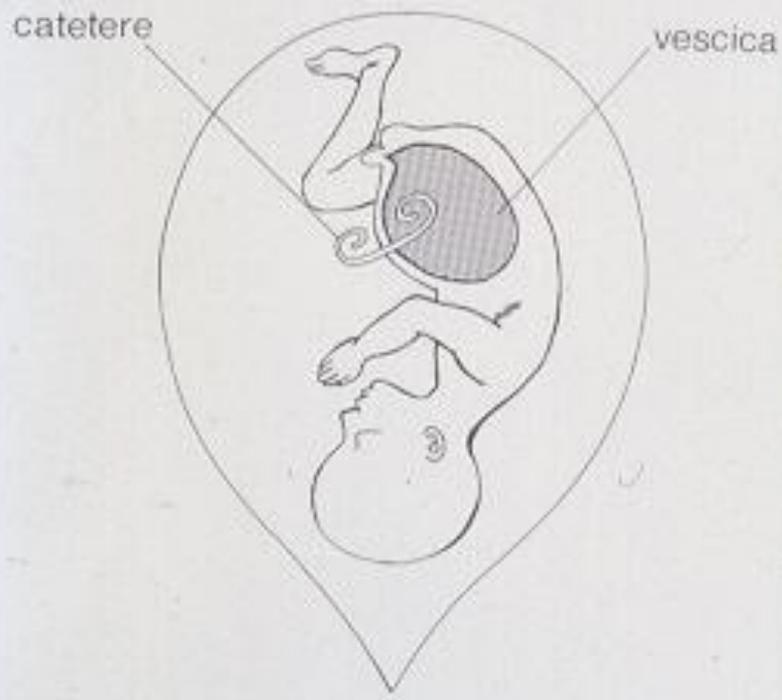












# Preparazione all'intervento

- Conferma del sospetto diagnostico prenatale
- Esclusione di malformazioni associate
- Verifica degli esami di laboratorio
- Detensione
- Visita pre-anestesiologica
- Profilassi antibiotica
- Sangue e plasma a disposizione
- Consenso all'anestesia
- Consenso all'intervento (...ed all'uso del sangue)

# **ELBW (grammi < 750)**

**Nostra “particolare” esperienza degli ultimi anni  
è quella di operare i “piccolissimi”**

**Una volta, ma non 50-60 anni fa,  
anche solo 15-20 anni fa,  
ciò non era possibile**

# Termogenesi



**Supporto nutrizionale  
nel neonato chirurgico**

**...interventi in**





18.11.2005



5.5.2006

**Oggi la mortalità nel neonato chirurgico  
è del 4%**

**(Rickham, 1949, mortalità 72%)**

**SI PUO' ULTERIORMENTE MIGLIORARE??**

**Fattori che ci hanno fatto arrivare al 4% ?**

**- interventi in NICU**

# CHIRURGIA Mai visto prima al Policlinico Nato senza esofago salvato dai medici bimbo in fin di vita

Un simile difetto congenito non si era mai visto al Policlinico. Gli specialisti di Chirurgia pediatrica hanno eseguito una esofago-colon-plastica, una specie di autotrapianto di un tratto intestinale per salvare una creatura.

È stata la madre a chiedere di lanciare un appello attraverso le colonne del Resto del Carlino per esprimere riconoscenza al professor Alfredo Cacciari, direttore del reparto, e a tutti i sanitari che si sono prodigati in questi mesi (Ceccarelli, Biondini, Bianchini, Durante), le infermiere, la Neonatologia diretta dal prof. Ferrari e anche il podiatra di famiglia Mario Pagliese: «Il bambino ora è sano e vivace — dice la signora Ruta, originaria di Varavia, mentre tiene in braccio il piccolo — ma quando il mio Fabio è venuto al mondo aveva un addome magro e gli intestini di Sassuolo

**Il piccino è fuori pericolo: gli hanno trapiantato un tratto intestinale e adesso si alimenta da solo**

hanno capito subito che c'era un problema. Rigurgitava la saliva, non cresceva, è stato subito portato a Modena. Ero disperata, ma assieme a mio marito, Vincenzo Calvello, che lavora a Maranello in una ditta metalmeccanica, ci siamo fatti coraggio. E ora finalmente, dopo l'ultima operazione, il problema è risolto».

«Il bimbo aveva una atresia di primo grado — spiega il professor Cacciari — una malattia rara, possiamo calcolare un caso ogni trentamila nuovi nati. Assolutamente è stato alimentato con una son-

da. Al compimento del primo anno di vita, il 15 aprile scorso, è arrivato il momento atteso. Siamo tornati in sala operatoria per l'atto chirurgico più importante, in cui abbiamo fatto la ricostruzione retrosternale. L'esito è stato favorevole. Operiamo circa ottocento bimbi all'anno, un centinaio di questi sono piccoli di poche settimane e in collaborazione con i colleghi della

arriviamo anche si prenatali». La signora Ruta sorride: «Abituata a una vita di lavoro in fabbrica — io ho lavorato in una ditta metalmeccanica di Sassuolo, ma tantissimo di lavoro flessibile e venturo in ogni modo Fabio andò bene — sono più serena».



**MIRACOLO** Il piccolo Fabio Calvello in braccio alla madre, signora Ruta, con il direttore della Chirurgia pediatrica del Policlinico, professor Alfredo Cacciari

REGISTRO TUMORI I dati epidemiologici anticipati dal professor Federico

12 Venerdì 19 maggio 2006

## CRONACA DI MODENA

# Trapianto salva la vita ad un neonato

*Intervento all'avanguardia: esofago sostituito da tratto di intestino*

Questo tipo di intervento al Policlinico di Modena non era mai stato eseguito, l'esofago-colon-plastica: in sostanza un autotrapianto di intestino per sostituire l'esofago inesistente alla nascita di un neonato. Il piccolo Giulio (il nome è di fantasia) era nato a Sassuolo nel gennaio del 2005. Subito dopo la nascita i medici si erano accorti che qualcosa non andava. Rigurgitava la saliva e aveva colpi di tosse. Al primo tentativo di alimentazione rigetta tutto. Il neonato viene immediatamente trasferito alla Neonatologia di Modena, diretta dal professor Fabrizio Ferrari. Qui, i neonatologi ed i chirurghi pediatrici dell'equipe del professor Alfredo Cacciari, sospettano immediatamente una atresia dell'esofago, cioè una mancanza dell'esofago. In questi casi (si tratta in termini medici di atresia), vi è solo il pri-

mo tratto dell'esofago (pochissimi centimetri, poi chiuso a fondo cieco). Infatti un sondino inserito nella bocca di Giulio non riusciva a progredire: non poteva arrivare nello stomaco. Dopo gli accertamenti radiologici, il piccolo viene condotto in sala operatoria per eseguire una gastrostomia. In sostanza è stata inserita una sonda con la quale alimentare il neonato per un anno. A tre mesi di vita Giulio torna in sala operatoria per vedere, mediante endoscopia trans gastrostomia, se l'esofago inferiore era di discrete dimensioni. Ma così non era. I chirurghi pediatrici procedono allora con una esofagostomia cervicale: il tratto dell'esofago superiore viene attaccato alla cute del collo del piccino: era comunque importante abituarlo a mangiare. E finalmente Giulio arriva all'anno di vita. Il momento miglio-

re per fare la esofagocolon-plastica. Lo potremmo addirittura chiamare un autotrapianto di intestino per sostituire l'esofago (in realtà essendo conservata la vascolarizzazione del colon, non è un trapianto ma una trasposizione). Mediante un delicatissimo intervento chirurgico, durato cinque ore, nel febbraio scorso, il professor Cacciari e la sua équipe, hanno messo un tratto di intestino colon al posto dell'esofago inesistente, anastomizzandolo, unendolo a quell'esofago che era stato portato alla cute del collo, ed allo stomaco. Tredici giorni dopo l'operazione il piccolo Giulio ha iniziato ad alimentarsi per bocca e quello è stato senz'altro il momento più bello per il piccolo, per i genitori, ma anche per i chirurghi pediatrici. Ieri mattina una visita di controllo: le sue condizioni sono molto buone.



Una fase dell'intervento sul bambino operato al Policlinico

**Voglio concludere con due “RICORDI”  
nella mia lunga carriera - più di 40 anni –**

- Un ricordo “brutto”**
- Un ricordo “bello”**

**grazie !**