



La nuova metodica mininvasiva, indicata per i pazienti con tumori stromali di piccole dimensioni (GIST), è stata eseguita dall'Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza



San Giovanni Rotondo, 5 marzo 2021 - Una donna di 63 anni è stata sottoposta, nei giorni scorsi, alla rimozione di una neoplasia sottomucosa di circa 2 cm mediante l'utilizzo di un innovativo dispositivo tecnologico (FTRD[®]) applicato sulla punta di un gastroscopio.

Si trattava di una lesione di aspetto polipoide localizzata nella parte finale dello stomaco, che è stata caratterizzata come tumore stromale (GIST) di piccole dimensioni. I GIST (acronimo inglese di "GastroIntestinal Stromal Tumors") sono neoplasie che nascono nel tratto gastrointestinale e nella maggior parte dei casi sono asintomatici. Quando raggiungono dimensioni significative possono causare sanguinamenti e, in rari casi, dare origine a metastasi epatiche.

“In casi del genere - ha sottolineato Francesco Perri, direttore dell'Unità di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza - la chirurgia laparoscopica rappresenta l'intervento di elezione. Tuttavia, per le dimensioni contenute della lesione, dopo aver escluso la presenza di metastasi a distanza, si è ritenuto opportuno eseguire una Resezione Endoscopica a Tutto Spessore (in inglese EFTR, Endoscopic Full Thickness Resection), una tecnica endoscopica mini-invasiva altamente innovativa”.



Marco Gentile e Francesco Perri

La procedura è stata eseguita da Marco Gentile, medico endoscopista con alta professionalità in Microinterventistica, che si è avvalso della collaborazione dei colleghi endoscopisti e dell'assistenza dell'anestesista Andrea Ciuffreda.

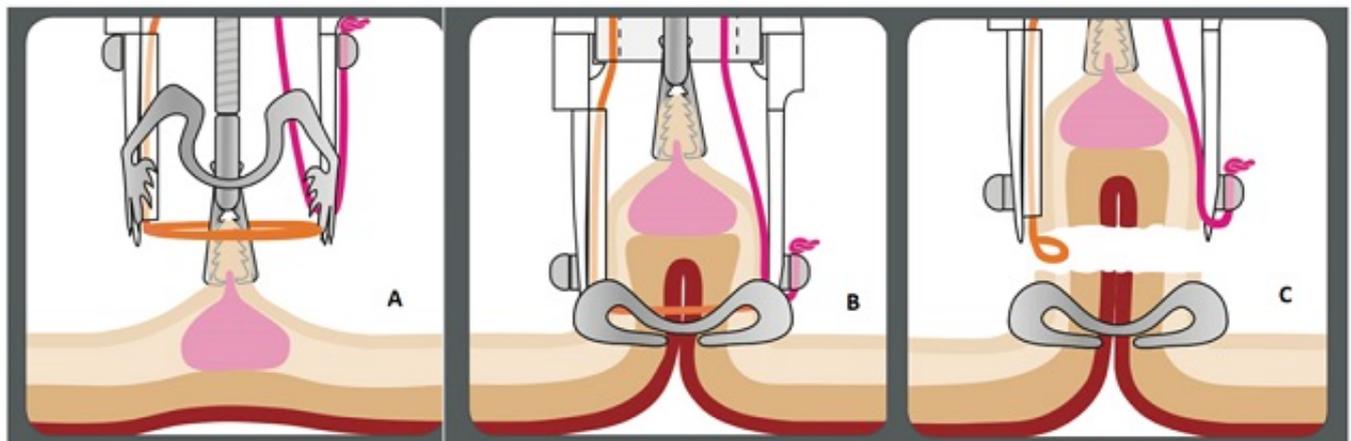
“La EFTR - ha spiegato Gentile - consente la rimozione a tutto spessore di una parte della parete gastrica che contiene la lesione. La perforazione dello stomaco viene evitata mediante apposizione di una clip, ovvero di una graffetta metallica che viene rilasciata simultaneamente alla procedura di resezione. La metodica messa in atto ci ha permesso di eseguire una normale esofagogastroduodenoscopia, con asportazione radicale della lesione, evitando complicanze importanti e riducendo in maniera significativa la degenza ospedaliera. L'intervento, in sedazione profonda, è durato circa 40 minuti e la paziente è stata dimessa dopo due giorni di degenza in buone condizioni generali”.

La tecnica endoscopica non è sostitutiva della chirurgia tradizionale ma può essere utilizzata quando i GIST hanno dimensioni contenute

(< 30 mm) e non hanno dato metastasi epatiche. In tal senso, la EFTR può essere proposta al fine di prevenire la trasformazione maligna di questi rari tumori con un rischio di complicanze estremamente basso e non significativamente superiore a quello delle usuali metodiche laparoscopiche. La tecnica può essere utilizzata anche per il trattamento endoscopico di lesioni difficili, tra cui polipi con cicatrici, neoformazioni ricorrenti dopo trattamenti pregressi e tumori con infiltrazioni della tonaca sottomucosa.

“Si tratta del primo intervento di questo tipo eseguito in Italia Meridionale ed in Puglia - ha concluso Perri - e rappresenta una delle nuove metodiche di chirurgia endoscopica endoluminale a cui il nostro Centro di Endoscopia Digestiva si sta orientando. Il nostro intento è quello di fornire ai pazienti di tutto il sud Italia un sicuro riferimento nel campo delle tecniche endoscopiche più avanzate evitando lunghe attese e ricoveri in strutture extraregionali”.

La rappresentazione schematica dell'intervento:



La lesione (rappresentata da un pallino rosa) viene afferrata, insieme a una minima porzione di parete circostante, con una pinza endoscopica (A) e portata all'interno di un cappuccio di plastica premontato sulla punta del gastroscopio (B). Quindi viene rilasciata la clip che, chiudendosi intorno alla base della lesione, previene la perforazione della parete gastrica. Infine viene eseguita la elettroresezione endoscopica - a tutto spessore - della parete utilizzando una sorta di cappio (ansa da elettrocoagulazione).

polipectomia) che viene stretto al di sopra della clip e attraverso il quale viene fatta passare la corrente di taglio (C). La lesione - rimossa in un pezzo unico - viene recuperata e inviata all'esame istologico.