



Un caffè con...

Prof. Dr. med. Dimitri Christoforidis

Viceprimario di chirurgia

Ospedale Regionale di Lugano

Intervista realizzata da Paolo Rossi Castelli

La parola d'ordine è ERAS, una sigla difficile, almeno all'apparenza, che significa Enhanced Recovery After Surgery, ovvero miglior recupero dopo un intervento chirurgico. È una parola che risuona spesso nei corridoi e nelle sale operatorie del reparto di chirurgia viscerale dell'Ospedale Regionale di Lugano: una sorta di filosofia, di punto fermo. *«ERAS è il nome di un protocollo internazionale molto importante - spiega il viceprimario Dimitri Christoforidis, specializzato nelle patologie dell'intestino - che prevede una serie di misure terapeutiche, organizzative, psicologiche per migliorare la qualità della vita e l'esito degli interventi. All'interno dell'ospedale stiamo cercando di applicare ERAS nel modo più attento e ampio possibile (pur non essendo obbligatorio), perché gli effetti finali sono di grande qualità e portano notevoli benefici ai pazienti».*

In cosa consistono queste regole? *«ERAS - spiega Christoforidis - è nato con l'avvento della laparoscopia nella chirurgia intestinale (cioè con l'arrivo delle tecniche mini-invasive, ndr). Abbiamo ben presto capito che oltre all'uso di queste tecniche dovevamo anche ottimizzare le cure pre e post-operatorie, con protocolli che stabilissero regole di cure moderne. Ne cito una, semplice: fino a dieci anni fa il paziente in attesa di un'operazione all'intestino non poteva mangiare più niente nelle ultime 24 ore e doveva sottoporsi a una purga completa. Ma così arrivava fortemente indebolito e disidratato, il giorno dell'intervento, e l'anestesista era costretto a somministrargli abbondanti quantità di soluzione fisiologica: una procedura che tendeva a provocare edemi, cioè accumuli di liquidi nei tessuti (e gli edemi, a loro volta, favorivano le infezioni e altre complicanze). Adesso le regole ERAS prevedono, invece, che il paziente possa mangiare cibi solidi fino a 4 ore prima dell'intervento e bere liquidi fino a 2 ore prima».*

Molte raccomandazioni sono rivolte, poi, agli anestesisti, chiamati a evitare il più possibile farmaci che lascino frastornato e stordito, con la nausea, il malato dopo l'operazione. *«Anche la terapia del dolore va ottimizzata - continua Christoforidis - e per questo si utilizza il più possibile la tecnica peridurale, cioè l'inserimento degli analgesici direttamente intorno al midollo spinale: in questo modo si riduce, o si evita, anche l'uso della*

morfina, con il senso di nausea collegato, che rende difficile, per il paziente, alzarsi e camminare». Negli anni passati, infine, quando il paziente usciva dalla sala operatoria aveva il catetere vescicale, il sondino naso-gastrico e diversi altri cateteri addominali per il drenaggio. Questo supplizio durava 3 o 4 giorni. Adesso, invece, i drenaggi si usano raramente, e il catetere uretrale viene lasciato solo un giorno. *«Anche la durata media della degenza si è ridotta di molto - aggiunge Christoforidis. - Nei casi regolari, dai 7-10 giorni di un tempo, siamo scesi a 3-5».*

Christoforidis, classe 1972, si occupa della chirurgia del colon-retto. Dopo la laurea in medicina all'Università di Losanna e la specializzazione FMH (Federazione dei medici svizzeri) in chirurgia presso il Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, è volato negli Stati Uniti, all'Università del Minnesota, per conseguire il perfezionamento in chirurgia coloretale. *«Perché sono andato in America? Per allargare i miei orizzonti - dice - e poi perché in Svizzera la specializzazione in questo tipo di chirurgia viene insegnata all'interno della chirurgia viscerale, che comprende tutti gli organi interni, mentre nel mondo anglosassone è una disciplina a sé. E io volevo proprio specializzarmi nelle patologie del colon-retto, che colpiscono un gran numero di persone. A Minneapolis, dove sono vissuto due anni, ho seguito un ciclo di studi, ricerca e lavoro fittissimo, da un ospedale all'altro, con chirurghi diversi, tecniche differenti. Era davvero un'ottima scuola, molto ben organizzata. D'altronde, in quella zona degli Stati Uniti molti degli abitanti discendono da immigrati del Nordeuropa e si sente un'aria di Svezia, da tutti i punti di vista: quello organizzativo, appunto, ma anche quello del freddo... C'erano mia moglie e le mie due figlie con me (sembravamo una vera famiglia americana...). Poi, però, abbiamo preferito tornare in Svizzera, in un ambiente più vicino al nostro modo di vivere e di pensare».*

Come racconta il cognome, Dimitri Christoforidis è originario della Grecia, ma ha passato la maggior parte della sua vita in terra elvetica. *«Sono arrivato qui - ricorda - quando avevo 15 anni: da Atene a Interlaken, fra due laghi e bellissime montagne. Mio padre si era trasferito per*

lavoro, e l'ambiente svizzero è stato particolarmente stimolante per noi. Non tornerei più a lavorare in Grecia, pur amandola molto... Ma non posso farmi mancare due-tre settimane d'estate».

Oltre alle regole ERAS, Christoforidis punta molto su un'estensione delle tecniche di chirurgia mini-invasiva (laparoscopica), anche per gli interventi più complessi, come quelli che permettono di togliere i tumori del retto (la chirurgia dei carcinomi rettali rientra nella cosiddetta MAS, Medicina Altamente Specializzata, ed è stata "centralizzata" all'Ospedale Regionale di Lugano). *«I chirurghi devono avere molta esperienza - dice Christoforidis - ma anche gli oncologi, i radiologi, gli anestesisti e gli altri medici e infermieri che si occupano di questi pazienti. È un lavoro di squadra. Nel corso del 2016 gli interventi per i tumori del retto sono stati circa 30, all'Ospedale Regionale di Lugano. Quelli per il tumore del colon circa 60 (questo tipo di intervento viene eseguito anche in altri ospedali dell'EOC)».*

Christoforidis non ha, invece, una particolare predilezione per la chirurgia con il robot. *«Nessuno studio di alto livello, nell'ambito della chirurgia viscerale - spiega - è ancora riuscito a dimostrare la superiorità del robot, rispetto alla tecnica laparoscopica, in termini di ricadute, complicazioni ed effetti collaterali. Il prossimo vero, grande salto sarà la riduzione della quantità di tessuti da asportare, grazie a migliori strumenti diagnostici. Oppure, addirittura, l'assenza completa (la non-necessità) dell'intervento, se altre cure, come la radioterapia, diventeranno efficaci in modo decisivo. Questa sarà la vera rivoluzione».*