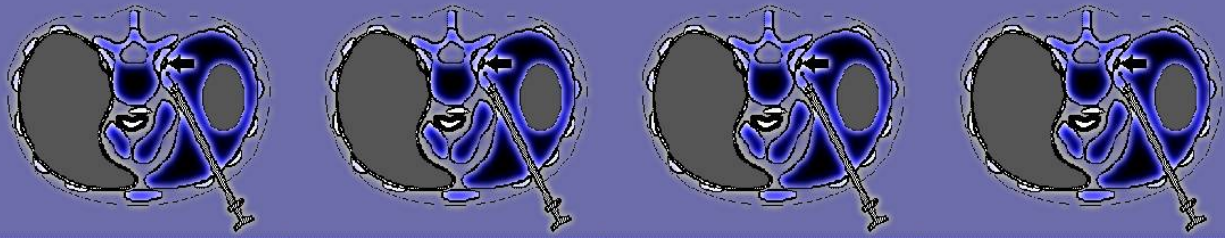


Simpaticectomia toracoscopica videoassistita



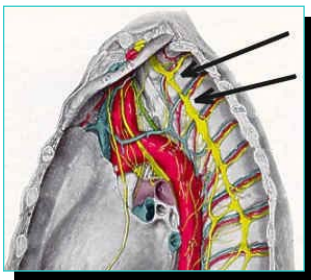
rsione 2 23/01/06

Ve

Il trattamento chirurgico mini-invasivo per la cura

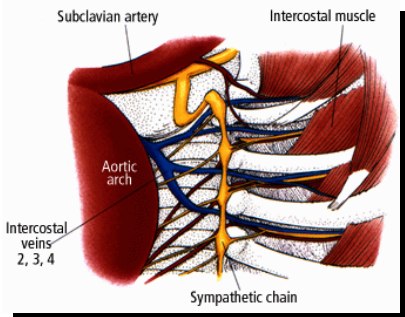
dell'iperidrosi essenziale

Introduzione



Il sistema nervoso simpatico, che fa parte del sistema vegetativo, attiva tra l'altro le ghiandole sudoripare della superficie corporea e contrae i vasi della microcircolazione

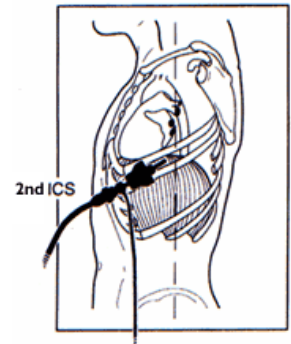
periferica. Le fibre nervose periferiche appartenenti a questo sistema nervoso partono da piccoli accumuli di cellule nervose (cosiddetti gangli) che sono localizzati segmentalmente lungo la colonna vertebrale, interconnessi tra di loro, formando il cosiddetto *tronco simpatico*. Da parecchi decenni, l'eliminazione di alcuni di questi gangli è stata adottata per la cura di alcuni disturbi della



microcircolazione delle mani e dei piedi, in alcuni casi anche per la cura dell'iperidrosi.

Soltanto negli ultimi anni è stata messa a punto una tecnica microinvasiva per accedere ai

gangli toracici, responsabili per l'innervazione delle ghiandole sudoripare del braccio, delle ascelle e del viso. L'intervento è denominato **simpaticectomia toracoscopica videoassistita**. Oggigiorno questo intervento è diventato il principio terapeutico di prima scelta per la cura definitiva dell'iperidrosi moderata o grave palmare e del viso, qualora altre terapie non abbiano dato



risultati soddisfacenti. Si tratta di un intervento di invasività minima sviluppato negli ultimi anni in alcuni centri ospedalieri europei, che ha sostituito definitivamente la **simpaticectomia toracica "a cielo aperto"**, una tecnica assai cruenta usata negli anni passati che ha comportato lunghi tempi di degenza e convalescenza. La tecnica toracoscopica è molto sicura e, se eseguita da un team chirurgico esperto, questo tipo di procedura porta alla cura definitiva del disturbo in pressochè il 100% dei pazienti trattati, lasciando soltanto una piccolissima cicatrice nel cavo ascellare.

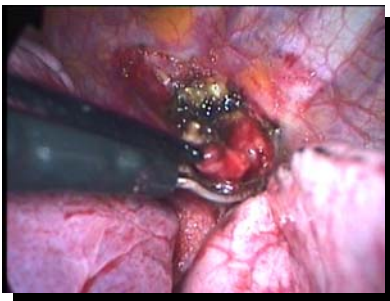
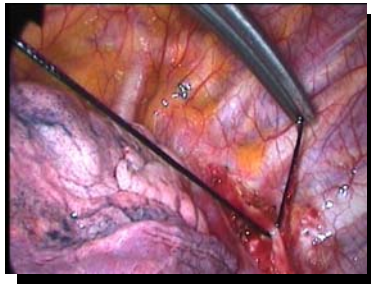
Tecnica chirurgica

L' intervento richiede un' anestesia totale. Si accede, attraverso uno o due piccolissime incisioni della cute, nel cavo ascellare Con que-

sti strumenti il chirurgo può individuare e asportare i gangli nervosi del sistema simpatico, dai quali partono i segnali che attivano le ghiandole sudoripare. Infine il pneumotorace iatrogeno



creato all'inizio dell'intervento per evitare che risultino cicatrici visibili, o in regione anteriore nell'uomo. Con questi strumenti il chirurgo può individuare e asportare i gangli nervosi del sistema simpatico, dai quali partono i segnali che attivano le ghiandole sudoripare. Infine il pneumotorace iatrogeno creato all'inizio dell'intervento viene eliminato con la riespansione del polmone quindi si suturano gli accessi chirurgici con punti riassorbibili. Successivamente si ripete la stessa procedura sul lato opposto. In genere il



paziente viene dimesso il giorno dopo l'intervento e può riprendere le attività normali nel giro di pochi giorni.

Risultati

La simpatectomia cura l'*iperidrosi palmare* definitivamente in quasi tutti i casi (>99%). L'effetto è immediato e il paziente si sveglia dall'anestesia con mani calde ed asciutte. Contemporaneamente cessano anche l'*iperidrosi* ascellare e facciale, se presenti. Molti pazienti riferiscono che si sentono più calmi in situazioni di stress, sia per la scomparsa del rossore di origine nervosa del viso

che per un minore aumento della frequenza cardiaca dovuta all'emozione. In molti casi si riscontra anche una diminuzione della sudorazione ai piedi, anche se il meccanismo che porta a questo risultato rimane tuttora sconosciuto. In ogni caso non si può mai predire il risultato per quanto riguarda la sudorazione plantare.

Complicanze

L'intervento è gravato da pochissime complicanze e in genere si tratta di inconvenienti di scarsa rilevanza che al massimo richiedono uno o due giorni di ricovero in più.

- **La sindrome di Horner:** Si tratta della complicanza più temuta, dovuta alla lesione del primo ganglio toracico, il cosiddetto ganglio stellato. I sintomi consistono in un'asimmetria del viso causata dall'abbassamento della palpebra superiore. Il rischio di tale evenienza è correlato all'esperienza del chirurgo con questa procedura, variando dal 3 - 0,3% dei casi operati. La correzione di questa complicanza richiede un intervento di chirurgia plastica (blefaroplastica = riduzione della palpebra superiore).
- **Risultato fallito:** Evenienza rara se il paziente non ha esiti dovuti a gravi malattie pleuriche e non presenta variazioni anatomiche tali che rendere difficile o impossibile l'accesso ai gangli.
- **Pneumotorace:** Si tratta di un residuo di aria tra il polmone e la parete toracica, o in seguito ad una riespansione incompleta del polmone, o a causa di

una piccola lesione polmonare. Piccole quantità di aria sono generalmente riassorbite spontaneamente entro poche ore senza necessità di ulteriore trattamento. Un pneumotorace più importante (molto raro) può richiedere un drenaggio per un giorno o due. Anche questa complicanza può essere evitata quasi sempre se si adotta cautela accedendo alla cavità toracica.

Effetti collaterali

Circa la metà dei pazienti nota una **sudorazione compensatoria** in altre parti del corpo dopo l'intervento, di solito al tronco e qualche volta alle gambe. Questo fenomeno si manifesta specialmente durante l'esercizio fisico e in presenza di alte temperature ambientali, ma può apparire anche senza questi stimoli. Questo aumento di sudorazione è in genere leggero, molti pazienti lo notano appena, ma in qualche caso, fortunatamente meno frequente, può anche diventare fastidioso. Nella maggioranza dei casi, questa sudorazione tende ad attenuarsi gradualmente durante il periodo di guarigione che dura qualche mese. In ogni caso, per la maggioranza dei pazienti si tratta di un inconveniente molto più accettabile che l'iperidrosi per cui sono stati operati. Una sudorazione compensatoria importante e fastidiosa si manifesta in circa l'1,5% dei casi.

Per i pazienti con *iperidrosi palmare* la nuova strategia per ridurre la sudorazione compensatoria, e soprattutto per evitare l'iperidrosi compensatoria, mira a preservare il ganglio D2 e ad effettuare l'intervento sui gangli D3 oppure D4. Con l'aumento della distanza dal ganglio D2 la sudo-

razione compensatoria tende a diminuire; aumenta invece il rischio di un risultato incompleto e/o meno duraturo più ci si allontana dal ganglio D2. Attualmente, il metodo preferito dal sottoscritto è la simpaticectomia del ganglio D3 che sembra rivelarsi come compromesso migliore tra quota di successo e incidenza di effetti collaterali. Forti perplessità sono da esprimere sull'utilità della neurocompressione con grafette in questa categoria di pazienti (iperidrosi palmare), dato che il nervo richiederebbe l'interruzione in più punti, rendendo l'intervento sensibilmente più complesso, e data la quasi assenza di effetti collaterali tali da necessitare una reversione.

Pazienti con iperidrosi ascellare corrono maggior rischio di sviluppare una sudorazione compensativa, in quanto l'eliminazione di questo disturbo richiede la distruzione di un numero più alto di gangli. Per questo motivo, la simpaticectomia non viene più raccomandata a pazienti con iperidrosi *ascellare* isolata.

Non si conoscono altri effetti collaterali a lungo termine.

Controindicazioni

- Grave insufficienza cardiocircolatoria o polmonare
- Gravi malattie della pleura con obliterazione dello spazio pleurico (empiema)
- Iperteroidismo non trattato

INFO

Clinica Chirurgica

Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara
Corso Giovecca, 203
44100 Ferrara

Prof. Gianfranco Azzena Tel. 0235236316
email: g.azzena@unife.it

Dr. Mirco Santini Tel. 0532 237401
e-mail: m.santini@unife.it

Prof. Giorgio Cavallesco Tel. 0532 237134
e-mail: g.cavallesco@unife.it