

INTERVISTA AL PROF. MATTEO CESCON (*)
CHIRURGO DEI TRAPIANTI
DELL'ALMA MATER DI BOLOGNA
di Giuseppe Vinci



(*) Il Professor Matteo Cescon è Direttore U.O Chirurgia Generale e dei Trapianti, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi (Bologna) ed è unanimemente riconosciuto come uno dei maggiori esperti di trapianto di fegato e non solo a livello nazionale e internazionale. Il Prof. Cescon è autore di numerose pubblicazioni, tra capitoli di libri, articoli scientifici, relazioni presentate a congressi scientifici nazionali e internazionali. L'H-index calcolato con Scopus è 50. Ha partecipato anche in qualità di coordinatore a numerosi progetti scientifici di ricerca internazionali e nazionali sul trapianto di fegato e la chirurgia epato-biliare. Partecipa a enti o istituti di ricerca, esteri e internazionali, di alta qualificazione. È iscritto a numerose Società nazionali e internazionali di ricerca e sviluppo dei trapianti di fegato e della chirurgia oncologica epato-biliare. Ha ricevuto numerosi premi e riconoscimenti nazionali e internazionali. È stato relatore su invito in numerosi congressi nazionali e internazionali.

D. Prof. Cescon lei è unanimemente riconosciuto come il “RE” dei trapianti di fegato che ha sostituito il suo predecessore Prof. Antonio Daniele Pinna. Quali sono le caratteristiche principali per essere uno scienziato dei trapianti di fegato?

R. La definizione di RE è a mio avviso da riservare a personaggi tipo vincitori di premi Nobel, non la vedevo appropriata per Pinna e men che meno per me. Altri grandi pionieri hanno permesso quello che stiamo facendo io e i miei colleghi nel campo dei trapianti, dove peraltro è vero che c'è ancora tanto da fare e da scoprire. La figura del chirurgo trapiantologo è sfaccettata, poiché deve riassumere le caratteristiche di chirurgo esperto e di medico a 360°, con conoscenze avanzate in campo epatologico, immunologico,

infettivologico, oncologico, anatomo-patologico, radiologico. La trapiantologia d'organo è complessa, richiede continui sforzi rivolti all'aggiornamento e all'innovazione, talora difficili da compiere perché il numero di persone che si dedicano a questa specialità è sempre più risicato e le risorse a disposizione non sono sempre sufficienti. Alla base di tutto vi sono certamente una grande passione, spirito di sacrificio e anche resistenza fisica e mentale.

D. Professore lei è famoso per avere eseguito, unico caso al mondo, un trapianto eterotopico di fegato parziale. Di cosa si tratta esattamente?

R. In realtà questo trapianto è stato ideato da un collega del mio gruppo, il Prof. Ravaioli, col quale abbiamo concertato gli aspetti organizzativi e quelli tecnici. Si tratta del trapianto di una piccola porzione di fegato, il lobo sinistro, al posto della milza, che viene rimossa. Il fegato nativo, malato, viene asportato in un secondo tempo, allorché quello trapiantato abbia raggiunto dimensioni e funzione adeguata. Questo intervento è stato eseguito su un giovane paziente con metastasi epatiche da tumore del colon che non erano passibili di rimozione chirurgica e sussisteva invece un'indicazione al trapianto. L'idea di impiantare una porzione di fegato prima di espianare il fegato malato nasceva dal fatto che quest'ultima procedura era particolarmente complessa a causa dei diversi interventi subiti dal paziente in precedenza. Inoltre questo intervento sequenziale con fegato trapiantato in posizione inusuale (eterotopica) ha permesso di evitare la manipolazione dell'organo nativo durante la delicata fase del trapianto stesso, riducendo il rischio potenziale di disseminazione delle metastasi. Si tratta per ora di un caso isolato, ma idealmente sono diverse le patologie e le condizioni anatomiche che potrebbero beneficiare di questa strategia.

D. Professore cosa sono i trapianti con donazione a cuore fermo?

R. Quando parliamo di donazione a cuore fermo ci riferiamo a quelle situazioni in cui una persona non diviene donatore per un danno irreversibile primitivamente encefalico, con funzione cardiocircolatoria ancora valida, ma accade il contrario, cioè si tratta una persona che subisce un arresto cardiaco prolungato, in cui come conseguenza si instaura un gravissimo e non recuperabile danno cerebrale.

D. Professore quali sono le difficoltà fra un trapianto con donazione a cuore fermo e un trapianto da vivente?

R. La difficoltà principale di un trapianto da donatore a cuore fermo sta nel fatto che gli organi subiscono un arresto della circolazione sanguigna per diversi minuti; al termine del periodo di arresto cardiaco, in cui il donatore non può esser toccato per legge, occorre dunque agire in fretta per poter trattare gli organi destinati al trapianto in modo che possano comunque mantenere una funzione adeguata dopo il trapianto. Alla base del successo di questo tipo di trapianti vi è quindi soprattutto l'aspetto organizzativo, che vede coinvolti sia i chirurghi, sia il personale anestesiologicalo delle Terapie Intensive che gestiscono i donatori e i Centri che coordinano le donazioni.

Per quanto riguarda invece la donazione da vivente, la complessità dipende da molteplici fattori. In primo luogo va considerata la preservazione della spontaneità del gesto,

cosicché l'atto della donazione, normalmente compiuto da un parente del paziente, non venga in alcun modo forzato. Inoltre il potenziale donatore deve essere sottoposto ad uno studio clinico estremamente approfondito per rendere da un lato l'intervento sicuro per una persona che è sana, dall'altro a basso rischio per il ricevente. Infine vi sono gli aspetti tecnici legati all'accurata divisione del fegato, alla preservazione di una massa epatica sufficiente sia per il donatore che per il ricevente, e all'identificazione e accurata sezione degli elementi vascolari e biliari che, al momento dell'impianto, risulteranno di dimensioni inferiori rispetto a quelli di un fegato intero, dunque più difficili da riconnettere.

D. Professore cosa prevede la normativa italiana per i trapianti a cuore fermo e da vivente?

R. Per quanto riguarda la donazione a cuore fermo, la normativa italiana è in qualche modo maggiormente "garantista" nei confronti del donatore rispetto agli altri paesi poiché prevede un periodo di 20' di accertato arresto cardiaco prima di procedere con il prelievo degli organi, laddove altre legislazioni prevedono periodi significativamente inferiori (5 o 10 minuti). Questo periodo più prolungato teoricamente determina un rischio più alto di ritardata ripresa funzionale degli organi dopo il trapianto, ma in realtà l'esperienza italiana dimostra che proprio l'efficienza e la rapidità delle tecniche di preservazione e prelievo degli organi portano ad ottimi risultati i termini di sopravvivenza degli stessi. Ovviamente, come nella donazione dopo morte encefalica, è necessario un consenso da parte dei famigliari del donatore.

Per quanto riguarda la donazione da vivente, il processo di studio e di accertata idoneità del donatore va adeguatamente documentato, occorre che il consenso alla donazione venga valutato da una commissione tecnica e da un giudice allo scopo di prevenire forzature o costrizioni, e lo stesso consenso va sottoscritto in diverse fasi dello studio clinico del donatore per salvaguardare la libertà della sua scelta, che potrebbe venir meno in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione senza alcun tipo di penalizzazione per lo stesso donatore o per il ricevente.

D. Professore un'ultima domanda. Cosa ne pensa di questa nuova esplosione di contagi da coronavirus?

R. La società sta assumendo atteggiamenti anche molto, molto diversi a seconda delle categorie di persone interessate: alcuni reagiscono ripercorrendo la strada dell'isolamento e dell'assenza dei contatti sociali; altri assumono comportamenti diametralmente opposti che sono quelli del menefreghismo e di assenza di preoccupazione totale, per la diffusione del contagio. Purtroppo, è accertato che oggi il contagio può avvenire non solo fra le persone non più giovani ma anche fra i ragazzi, meno attenti al rispetto alle restrizioni da lockdown.

La possibilità di contrarre il virus in ambienti più disparati, oramai è certa; può accadere in famiglia, fra gli amici, in ambienti di ristoro o ritrovo, eccetera. Un esempio per tutti: prima dell'isolamento era maggiore il rischio per gli operatori sanitari di contrarre il virus dentro gli ospedali; oggi succede il contrario, è più probabile che il contagio avvenga fuori della struttura sanitaria. Pertanto, chi lavora in una struttura sanitaria deve temere più un

contagio esterno che un contagio interno alla struttura. Forse bisognerebbe riflettere sulla eventuale necessità, come atto estremo, di isolare tutti gli operatori della sanità dai contatti esterni, proprio per salvaguardare lo stesso gli stessi operatori sanitari che sappiamo essere spesso numericamente in deficit, rispetto al fabbisogno.

Grazie Professore per il tempo dedicato a questa intervista che sarà pubblicata sul sito web della Compagnia dei Semplici e inviata ai maggiori quotidiani locali e nazionali.

<https://www.compagniadesemplici.org/> (Home, ECCELLENZE ITALIANE).

<https://www.compagniadesemplici.org/novita> (Novità