

■ **MARCO COSIMI** / Medico chirurgo specializzato in chirurgia vascolare, presenta i principali casi della sua esperienza e gli esiti della ricerca internazionale

Colon-proctologia: risultati stabili e garantiti

Tutti i vantaggi della Trap emorroidaria, ideata dallo specialista romano, e la risposta al recupero anatomico e funzionale

L'infiltrazione di soluzione di salicilato di sodio in una quantità variabile da 60-240 ml. diluiti in veicolo idroglicerico ad una concentrazione opportunamente variabile dai 60-90 mg/ml. in relazione ai casi clinici, si è dimostrata stabilmente efficace nella terapia dei prolapsi emorroidari di ogni grado, nella mia personale esperienza di oltre 1000 casi trattati in questi ultimi 8 anni. Le infiltrazioni vengono da me attuate all'interno dei gavaccioli venosi emorroidari e delle varici ano-rettali e sul piano anatomico sottomucoso, dividendo sempre in quadranti ed a 360° la superficie mucosa nel "cilindro" dell'ampolla anale. La terapia è preceduta da anestesia locale attuata con pomfi sottomucosi di lidocaina 1% per complessivi 10 ml. di anestesia al di sopra della linea dentata dell'ampolla anale, dove è presente epitelio mucoso privo di fibre nervose algogene. Il recupero funzionale-anatomico del prolasso mucoso avverrà nel corso dei successivi 30 gg. per una sua ampia retrazione e fissazione ai piani anatomici sottostanti e per la contestuale retrazione dei plessi venosi emorroidari nel cui bacino vascolare precedentemente sfiancato, viene spinta la soluzione terapeutica, con successiva liberazione di numerose citochine, tra cui gli importantissimi fattori di crescita cellulare (Growth Factors) i quali stimolano localmente una durevole attività staminale autologa. La conseguente rigenerazione dell'epitelio endoteliale venoso e delle anastomosi artero-venose e la marcata rigenerazione connettivale che rafforza la parete venosa stessa, ridurranno e normalizzeranno il calibro, sfiancato e tortuoso, delle varici ano-rettali sede dei cronici fenomeni infiammatori nelle pareti vascolari nei plessi emorroidari patologici migliorando anche il trofismo mucoso. Grazie al forte stimolo rigenerativo sulle cellule del tessuto connettivale, l'epitelio mucoso ampiamente "scollato" e prolassato che così restringe ed ostruisce il passaggio del contenuto fecale e lo spazio interno libero sia nel basso retto che nell'ampolla rettale, si fissa e connette ai piani anatomici sottostanti (tale processo verrà favorito dall'impiego nei pazienti di gel rettali a base di acido ialuronico con elevato peso molecolare). La liberazione dei Growth Factors dai vari tipi cellulari dell'infiammazione presente è indotta dalla forte inibizione dell'enzima COX-2 (Target di FANS e del salicilato di sodio) che converte l'ac. arachidonico in prostaglandina endoperossido H2. La COX-2

è un enzima inducibile presente solo durante i processi infiammatori nelle cellule dei tessuti anatomici colpiti da infiammazione: può essere inoltre presente soltanto in un ristretto numero di tipi cellulari ed è regolata da specifici eventi stimolatori, rendendo questo enzima responsabile della biosintesi dei prostanoidei coinvolti nell'infiammazione. Proprio per l'inibizione di tale enzima (che moltiplicherebbe milioni di volte la velocità e catalisi nei processi di biosintesi dei fenomeni infiammatori), si constata maggiore efficacia quanto più cronico ed accentuato è il danno anatomico e l'entità del prollasso mucoso-emorroidario e conseguentemente il danno infiammatorio cronico degli epitelii endoteliali e mucosi e sui tessuti connettivali. La soluzione terapeutica che è stata da me sempre impiegata è prodotta su licenza dell'Ufficio Europeo dei brevetti rilasciato nel 1993: la terapia è stata ideata dal noto chirurgo plastico Italiano Dott. Sergio Capurro per la fleboterapia rigenerativa ambulatoriale delle varici degli arti inferiori ed è da sempre nota con l'acronimo T.R.A.P. (Three-dimensional Regenerative Ambulatory Phlebotomy). La correzione stabile dei prolapsi mucoso-emorroidari di 4° grado non più riducibili avviene ripetendo la terapia per 4-5 sedute intervallate 30-40 giorni tra loro: tale procedura consente ad ogni seduta la possibilità di ottimizzare i risultati anatomici, istologici e

cellulari, garantendo negli anni la stabile evidenza clinica dei risultati anatomici acquisiti. La visita viene eseguita grazie all'utilizzo di un rettoscopio mononouso trasparente illuminato con fibre ottiche, per l'individuazione del grado e della presenza delle eventuali patologie in atto, dopo preparazione del paziente con pomata anestetica. (L'accurata toilette intestinale e rettale è indispensabile nei due giorni precedenti la visita). La terapia è indolore ed ambulatoriale, della durata di circa 10-15 minuti e viene eseguita con l'infiltrazione indolore del principio attivo nei gavaccioli emorroidari esterni ed interni (eventualmente presenti in vario numero). Il paziente verrà trattenuto in osservazione per circa 1 ora. Non si otterrà l'escara necrotica della consueta scleroterapia (con effetto demolitivo del solo gavacciolo trattato) ma grazie ad un utilizzo del principio attivo (salicilato di sodio tamponato in veicolo idroglicerico) adeguatamente diluito secondo le indicazioni terapeutiche del caso, ci è consentito recuperare estesamente e stabilmente il tono venoso del plesso emorroidario intero: la rigenerazione della sola parete venosa dell'intero plesso rende ragione della scomparsa visiva dei gavaccioli prima evidenti ad una distanza variabile tra i 25 e i 35 giorni. La sintomatologia si risolve rapidamente ed il paziente potrà tornare normalmente il giorno seguente alla normale vita di ogni giorno. Consigliata,



Il dottor Marco Cosimi, chirurgo vascolare

to, ma non indispensabile, un semplice antinfiammatorio appartenente alla categoria dei consueti FANS, solo per 1-4 giorni. Il paziente conduce però una vita normale e compatibile con i propri impegni. La soluzione fleboterapica ha una forte azione antibatterica in considerazione dell'azione prolungata nelle settimane, che i fattori di crescita cellulare esercitano sulle cellule immunitarie stabilmente presenti in corso di processo infiammatorio. La sua azione è dunque rispettosa dei tessuti trattati: ciò consente di iniettare e distribuire nel plesso venoso emorroidario e nel piano di scollamento sottomucoso un dosaggio adeguato e pari a circa 60-240 ml. complessivi, nella necessità di giungere con il principio attivo estesamente fino al plesso venoso superiore e più interno (normalmente in anatomia i plessi venosi emorroidari sono 3 ed il diverso grado di coinvolgimento degli stessi corrisponde alla sede anatomica che li rifornisce). Per tali importanti ragioni si liberano ed attivano solo abbondantissime citochine dove è necessario, apportatrici unicamente di mutamenti anatomici positivi e per loro stessa natura non in grado di provocare eventi avversi né complicazioni né alcun tipo di rettorragia. Dunque le emorroidi interne non sono necessariamente un grado più leggero od iniziale della patologia essendo peraltro già accompagnate a prollasso interno della mucosa (e al successivo scollamento e scivolamento verso l'esterno del canale anale) della mucosa rettale stessa che è spesso rilevabile con il rettoscopio anche fino a 15 cm. circa dal margine anale e dunque nel retto basso. La rigenerazione dei tessuti si concretizza con la risalita dei plessi venosi (non più varicosi) al di sopra della struttura muscolare sfinteriale anche per la risalita e relativa fissazione al piano sottomucoso

del prollasso mucoso stesso, il quale retraendosi e rafforzando stabilmente il suo trofismo si pone così nella condizione di contenere stabilmente nel canale anale e nel retto basso le strutture venose normalizzate dei plessi. Tali strutture non sono state né sezionate od asportate, né necrotizzate come avviene con altre metodiche, ma sono e saranno sempre biologicamente viventi. È stato evidenziato che l'espressione della COX-2 risulta essere sovra-regolata nelle neoplasie ed inoltre proprio uno dei prodotti dell'azione della COX-2 è la prostaglandina H2 che è convertita dall'enzima PTGES2 in prostaglandina E2 che può stimolare progressione neoplastica. Nel 1993 si è iniziato uno studio Internazionale che ha interessato 43 Centri di 16 Paesi e che è noto come Cancer Aspirin Prevention Program (attualmente nella sua fase CaPP 3) e pubblicato sul Journal of Clinical Oncology. La ricerca dell'Università di Newcastle e Leeds nasce per dare una risposta preventiva e terapeutica alla grave sindrome di Lynch (in cui sono compromessi proprio quei geni responsabili nel rilevare e poter riparare nell'organismo i danni del DNA) <http://www.capp3.org/>. Più della metà delle persone con tale disordine genetico svilupperanno il cancro prima dei 50 anni: essere in sovrappeso aumenta inoltre di più del doppio il rischio di cancro colo-rettale nelle persone tale disordine genetico (noto come sindrome di Lynch). L'assunzione regolare di salicilato di sodio per os in una sperimentazione decennale su oltre 1000 di tali pazienti, neutralizza il rischio di cancro colo-rettale. Sir John Burn, professore di genetica clinica presso l'Università di Newcastle ammette che: "questo è importante per le persone con sindrome di Lynch ma colpirebbe anche il resto di noi tut-

ti. Molte persone lottano con il loro peso e ciò suggerisce che il rischio di cancro può essere annullato dall'assunzione orale proprio di salicilato di sodio (aspirina). Questa ricerca aggiunge un corpo crescente di enormi evidenze cliniche che ricollegano un' aumentata attività e sensibilità nel processo infiammatorio ad un aumento del rischio di cancro." In seguito all'infiltrazione di salicilato di sodio tamponato in veicolo idroglicerico ho potuto constatare inoltre negli anni, la guarigione stabile di ulcere attive del colon-retto in pazienti trattati con fleboterapia rigenerativa emorroidaria per coesistente patologia emorroidaria: tali pazienti hanno potuto interrompere la loro terapia su espresso consiglio del proprio specialista gastroenterologo. "Nella mia opinione personale la T.R.A.P. emorroidaria può essere proposta con successo per la sua enorme tollerabilità (minima dolenzia controllabile farmacologicamente nei 2-3 giorni post-terapia), ambulatorialità (il paziente può evacuare e mangiare il giorno stesso del trattamento) ed assenza di controindicazioni (se si usano anticoagulanti vanno sostituiti per la terapia con eparina a basso peso molecolare secondo i dosaggi più appropriati per il paziente) in tutti quei pazienti che non possano affrontare anestesia per loro gravi co-morbilità. Se questo è però importante per tali numerose persone, colpisce anche il resto di noi tutti. La terapia offre del resto, all'evidenza clinica, un'appropriatezza risposta di recupero anatomico e funzionale, in linea con gli studi scientifici più attuali e proposti da 20 anni dal Presidente onorario della Società Italiana di colon-proctologia, Prof. Antonio Longo: si attuerebbe infatti sia un recupero del danno vascolare che del danno anatomico nella mucosa prolassata ed i pazienti recuperano così anche una modalità evacuativa corretta". A tutt'oggi è l'unica metodica realmente non demolitiva ma rigenerativa poiché fa appello soprattutto ai fattori di crescita del tessuto ematico venoso che abbondantemente stazionano nelle grosse varici ano-rettali dei plessi emorroidari venosi sfiancati ed infiammati, risolvendo al contempo anche il prollasso della mucosa stessa e sede anche di infiammazione: è bene infatti ricordare che la malattia emorroidaria non è legata solo a dilatazione delle vene dei plessi emorroidari ma bensì soprattutto al loro dislocamento verso il basso, causato dal contestuale prollasso della mucosa emorroidaria.



Monitor Lcd HD Eco-Color-Power-Doppler



Il dottor Cosimi nel suo studio con una paziente

