

Capitolo 1

Filosofia generale

Danny Rosin, Paul N. Rogers, Mark Cheetham, Moshe Schein

Le buone decisioni derivano dall'esperienza, l'esperienza deriva dalle cattive decisioni.

Rita Mae Brown

La saggezza si conquista attraverso la sofferenza.

Eschilo, Agamennone

Gli stupidi dicono che imparano dall'esperienza, io preferisco trarre profitto dall'esperienza degli altri.

Otto von Bismarck

I chirurghi sono internisti che operano...

Nel momento stesso in cui iniziate a sfogliare questo libro, ci sono nel mondo migliaia di chirurghi che si trovano ad affrontare una catastrofe addominale. Il palco su cui avviene l'incontro cambia da luogo a luogo – che si tratti di una moderna Unità di Chirurgia d'Urgenza a Londra, di un misero Pronto Soccorso nel Bronx o di una tenda nella boscaglia africana – ma la scena è incredibilmente la stessa. È sempre uguale: voi con il paziente ed il paziente in preda al dolore, sofferente e ansioso. E anche voi siete ansiosi – ansiosi per la diagnosi, preoccupati per la scelta del trattamento migliore e per la vostra capacità di fare ciò che è giusto.

Siamo nel XXI secolo, ma questo scenario universale non è nuovo. È antico quanto la chirurgia stessa. **Siete forse troppo giovani per accorgervi di quanto poco alcune cose siano cambiate o in che modo altre siano cambiate**

negli anni, e non sempre in meglio. Certo, il vostro ospedale può essere all'avanguardia della medicina moderna; si avvale della consulenza di un'équipe di specialisti (a cui si aggiunge un'équipe ancora più numerosa di funzionari amministrativi che vi tengono sotto controllo...), possiede un pronto soccorso dotato di macchinari per TC spirale e RM di ultima generazione, ma, all'atto pratico, non è cambiato nulla: **il paziente e voi (spesso con l'intero 'sistema' contro), che dovete pianificare il trattamento più adeguato e metterlo in pratica.** E spesso in questa situazione ci si sente soli; perfino dei vecchi bacucchi, esperti come noi, possono sentirsi soli.

La 'migliore' gestione di un'urgenza addominale

Può essere utile paragonare un chirurgo addominale che opera in urgenza a un ufficiale della fanteria (■ Figura 1.1). Lontana dai riflettori e dalla gloria che circondano i cardio- e i neurochirurghi, la chirurgia addominale d'urgenza è più simile alla fanteria che all'aeronautica. **Una guerra non si può vincere solamente con i missili telecomandati 'cruise' o i robot, ma ci vuole la fanteria.** Parimenti, i marchingegni tecnologici hanno un ruolo marginale nella chirurgia addominale d'urgenza, dove contano soprattutto la testa e le



Figura 1.1. "Pensate come un soldato di fanteria..."

mani del chirurgo. **Per ottenere la ‘vittoria’ finale è necessario agonizzare, sudare, sputare sangue e sporcarsi le mani con secrezioni ed escrezioni umane. Vi ricordate quel terribile odore che avevano le mani dopo aver operato un colon perforato?** Alcuni lettori possono obiettare sulla scelta di questa metafora militare, ma la verità è che nella chirurgia addominale d'urgenza vi sono alcune semplici regole in comune con la fanteria – regole nate nelle trincee e durante le offensive e che sono fondamentali per la vittoria e la sopravvivenza (■ Tabella 1.1). Questo codice di battaglia rievoca quello del ‘miglior trattamento’ nelle urgenze addominali.

I vostri maestri vi avranno certamente fatto notare che “**...tutte le strade portano a Roma**” e che, naturalmente ci possono essere più strade (cliniche) da percorrere per raggiungere lo stesso risultato. Ora, soltanto una di queste strade è quella *giusta* e perciò la *migliore!* **Per essere considerata tale, la strada preferita deve salvare la vita al paziente e diminuire la morbilità nella maniera più efficace possibile.**

Il ‘miglior’ trattamento in ogni capitolo di questo libro si basa sui seguenti elementi:

- Principi consolidati (non reinventare la ruota).
- Conoscenza dei concetti di infiammazione e infezione secondo la scienza moderna.
- Chirurgia basata sull’evidenza (v. sotto).
- Esperienza personale.

Attualmente esistono numerose opzioni per cui è possibile fare quasi tutto. Basta fare una ricerca su Google o su PubMed e si viene sommersi da lavori scientifici che provano e giustificano praticamente qualsiasi cosa uno scelga di fare, con *acrobazie chirurgiche* eseguite per il semplice gusto di farle. Ovunque esistono dati e teorie: le fonti sono numerose ma ciò di cui si ha veramente bisogno è la *saggezza*, l'unica che possa permettere di applicare correttamente le conoscenze già acquisite e che costantemente si arricchiscono. **E la saggezza è ciò che proviamo a trasmettervi. Quindi, aprite la mente.**

Tabella 1.1. Il chirurgo come il soldato di fanteria.

Regola	Azione della fanteria	Chirurgia addominale d'urgenza
Regola 1	Distruggere il nemico prima che lui vi distrugga	Salvare la vita
Regola 2	Risparmiare i propri uomini	Ridurre la morbilità (trattare i tessuti con delicatezza)
Regola 3	Risparmiare le munizioni	Utilizzare le risorse in maniera razionale (ogni punto deve avere valore) ed evitare accertamenti non indispensabili
Regola 4	Conoscere il proprio nemico	Valutare la gravità della malattia (considerare le condizioni di organi e cellule)
Regola 5	Conoscere i propri uomini	Essere consapevoli del rapporto rischio-beneficio della terapia (non fare troppo in un unico intervento se il paziente non è in grado di tollerarlo)
Regola 6	Attaccare i punti deboli	Personalizzare il trattamento in base alla malattia e al paziente (malattia lieve, chirurgia risolutiva; malattia grave, "damage control")
Regola 7	Non richiedere rinforzi all'aeronautica in un combattimento corpo a corpo	Non utilizzare marchingegni inutili, usare il cervello e le mani (oltre alle suture)
Regola 8	Condurre la battaglia in prima linea e non dalle retrovie	Non prendere ed accettare decisioni al telefono (se si ha la responsabilità, bisogna prendersela)
Regola 9	Accettare i consigli dei generali, ma poi decidere autonomamente	Procurarsi e usare selettivamente le consulenze di altre specializzazioni (se il consulente dà la risposta sbagliata, cambiare consulente)
Regola 10	Evitare il fuoco amico	Limitare la patologia iatrogena (non esagerare)
Regola 11	Valutare il ricorso ai droni	Evitare missioni suicide (ad esempio, se la radiologia interventistica può essere d'aiuto nel caso di siti anatomici difficili da raggiungere)
Regola 12	Mantenere alto il morale delle truppe	Essere fieri di aver fornito il trattamento 'migliore' (ma riconoscere il giusto merito ad anestesisti e infermieri)
Regola 13	Dire "Seguitemi!"	Dare l'esempio!

Fattori che influiscono sulle scelte (■ Figura 1.2)

“Non c’è niente di nuovo nella storia ...,” diceva Winston Churchill, “assenza di lungimiranza, riluttanza ad agire quando l’azione risulta semplice ed efficace, mancanza di idee chiare, consigli confusi fino a che non si verifica un’emergenza e non veniamo scossi dal gong dell’autoconservazione...”. Quant’è veritiero quest’aforisma di Churchill se applicato alla chirurgia d’urgenza. Quante volte dimentichiamo gli antichi principi, incisi nella pietra, impegnati come siamo a reinventare la ruota?



Figura 1.2. “Ciascuno di noi ha la sua ‘filosofia generale’...”

Il paziente infiammato

Pensate al vostro paziente come INFIAMMATO da una miriade di mediatori infiammatori, indotti dalla malattia primitiva, che può essere di natura flogistica, settica o traumatica, per cui il test della proteina C-reattiva (PCR) evidenzierà valori elevati per la maggior parte di questi pazienti! Queste sindromi da risposta infiammatoria locale (ad es. peritonite) e sistemica (SIRS) sono quelle che determinano la disfunzione o l’insufficienza d’organo e l’eventuale decesso del paziente. **Maggiore sarà l’infiammazione, peggiori saranno le condizioni del paziente e perciò maggiori saranno la morbilità e la mortalità previste.** Pensate inoltre che qualunque cosa facciate per fermare l’infiammazione

potreste contribuire al suo aggravamento, aggiungendo così legna al fuoco infiammatorio. Una chirurgia eccessiva, eseguita in maniera inadeguata e tardiva, può far precipitare la situazione.

La filosofia del trattamento da noi proposta asserisce che, per curare o minimizzare il processo infiammatorio e la risposta antinfiammatoria, **il trattamento deve essere accuratamente personalizzato** in base alle caratteristiche della patologia di ogni singolo paziente. **Come la pena è adeguata al crimine, così il rimedio deve essere adeguato alla malattia.** Un fante ben addestrato non fa fuoco indiscriminatamente in tutte le direzioni. Oggigiorno può fare ricorso ai droni per colpire con precisione chirurgica!

Ciò significa che negli interventi d'urgenza si deve cercare di evitare quanto più possibile passaggi inutili. Ciò significa non accrescere la difficoltà della procedura e non lasciare nulla al caso. Ad esempio, quando si esegue la resezione di un colon perforato, non dovete aggiungere una colecistectomia 'incidentale' solo perché la TC preoperatoria aveva evidenziato la presenza di calcoli biliari, oppure alla fine di una noiosa procedura per occlusione del tenue da fenomeni aderenziali non dovete resecare l'innocua appendice solo perché è nel campo operatorio.

- Se fate troppo, qualcuno potrà sempre dire che se aveste fatto di meno il paziente si sarebbe salvato.
- Se fate troppo poco, qualcuno potrà sempre dire che se aveste fatto di più il paziente si sarebbe salvato.
- Quanto fare in una situazione d'urgenza è una questione di buon senso.
- Il buon senso richiede conoscenza, esperienza e... buon senso!

Evidenza

Considerazioni di ordine economico talvolta spingono il medico ad accettare quella parte dell'evidenza scientifica che è più favorevole alla metodica che gli assicura il maggiore guadagno.

George Crile

Qualche parola sul significato di 'evidenza'. Circolano molte classificazioni formali dell'evidenza scientifica. Vi riportiamo una delle tante versioni e il punto di vista di alcuni (■ Tabella 1.2).

Tabella 1.2. Esempio di classificazione formale dell'evidenza scientifica.

Livello di evidenza	Descrizione	Commenti
Ia	Prove derivanti dalla meta-analisi di studi controllati randomizzati	<i>La meta-analisi sta all'analisi come la metafisica sta alla fisica.</i> H. Harlan Stone
Ib	Prove derivanti da almeno uno studio controllato randomizzato	<i>È davvero randomizzato? Talvolta si stenta a crederlo...</i>
IIa	Prove derivanti da almeno uno studio controllato ben disegnato che non è randomizzato	<i>I dati statistici sono come i prigionieri di guerra: sotto un certo grado di tortura ammetteranno qualunque cosa.</i> Basil Pruitt
IIb	Prove derivanti da almeno uno studio sperimentale ben disegnato	<i>È difficile crederlo, ma gli uomini e le cavie non sono esattamente la stessa cosa!</i>
III	Prove derivanti da studi su caso, di correlazione e comparativi	<i>Come regola generale, i risultati degli studi osservazionali andrebbero presi con beneficio d'inventario. Diversamente, si potrebbe concludere che avere i capelli bianchi fa venire l'infarto.</i> Edward H. Livingstone
IV	Prove derivanti da un pannello di esperti	<i>Un chirurgo esperto: qualcuno che si trova a circa cento chilometri da casa con una presentazione Powerpoint.</i>

Alla classificazione 'ufficiale' precedente vogliamo aggiungere alcune categorie spesso utilizzate dai chirurghi di tutto il mondo.

- V — “Nella mia serie personale di X pazienti (mai pubblicata), non vi sono state complicanze.”
- VI — “Ricordo quel caso... quarant'anni fa...”
- VII — “Io lo faccio così ed è il modo migliore.”
- VIII — “Mia nonna ritiene che sia una buona idea.”

State ben attenti ora, gli studi retrospettivi di livello III costituiscono il *corpus* principale della letteratura chirurgica sulle urgenze addominali, mentre i livelli V-VIII (da alcuni chiamati anche 'aneddoti'), sono la piattaforma dell'evidenza utilizzata dai chirurghi in generale — pensate alle riunioni che si tengono nel vostro Dipartimento! E l'evidenza di livello VIII potrebbe farvi venire in mente che so... il vostro direttore! Per parafrasare una citazione tratta dalle 'Memorie di Adriano' di Marguerite Yourcenar: **"In qualunque scontro tra fanatismo (dogmatismo) e buon senso, raramente quest'ultimo ha la meglio."**

Vogliamo dimostrarvi che non deve essere così! Dovete abituarvi a pensare in termini di livello di evidenza e a resistere ai dogmi locali. Riteniamo che nella letteratura pubblicata (quella 'vera' non quella delle 'fake news') vi siano elementi a sostegno di gran parte di ciò di cui scriviamo, ma preferiamo non citarli perché questa non è la sede adatta. Quando non si dispone di un alto livello di evidenza, è necessario ricorrere a un approccio individuale e al buon senso, ed è proprio questo l'argomento del nostro libro.

L'evidenza è la base della medicina, ma il buon senso costituisce il sale.

Slava Ryndine

L'assenza di prove non è la prova dell'assenza.

Henry Black

Per quanto concerne la letteratura chirurgica, fate come il tordo del Texas, che mangia tutto quello che gli capita davanti e vomita per eliminare quello che non può utilizzare.

Lew Flint

Ricordatevi: spesso ve la caverete... ma non sempre. Le pagine seguenti vi aiuteranno a formare un vostro giudizio personale – indicandovi la strada giusta per ogni situazione. Ovviamente questa non è la Bibbia, ma un libro che si basa su un'ampia conoscenza della letteratura e su una vasta esperienza personale. Perciò, ovunque siate - in India, Pakistan, Norvegia, Cile, Botswana, Canada o Palestina e di qualunque risorsa disponiate - l'approccio alla chirurgia addominale in urgenza sarà lo stesso. **Unitevi quindi a noi – per salvare vite, ridurre la morbilità, agire correttamente e guadagnarvi la gloria!**

“La gloria dei chirurghi è come quella degli attori, dura soltanto finché sono in vita e una volta morti, non viene più apprezzata. Attori e chirurghi... sono tutti eroi del momento.”

Honoré de Balzac

“L'intervento chirurgico è una confessione silenziosa all'inadeguatezza del chirurgo.”

John Hunter