

La nostra salute, cronache dalla medicina

Nevralgia del Trigemino: nuova intervista al prof. Ugo Delfino

Conduce il dott. Giorgio d'Ausilio

Conduttore:

Cari amici all'ascolto, buon venerdì e ben ritrovati - e mi auguro sempre: siate in buona salute! Oggi, dopo due anni, io voglio tornare a parlare di un disordine neuropatico del nervo trigemino che in pratica crea un disturbo che è causa di episodi di dolore intensissimo, che più comunemente viene chiamato *nevralgia del trigemino*. Dolori di cui, io ho sofferto per 4 anni finché, nell'aprile del 2015, mi sono deciso ad affidarmi all'esperienza di un chirurgo anestesista acquisita da lui in tanti e tanti anni di interventi e anche di specializzazioni ottenute in America, sempre focalizzati su questo atroce disturbo. Dal momento che tutte le terapie mediche che io, per esempio, avevo intrapreso erano fallite. La mia qualità di vita, soprattutto come giornalista, era diventata pessima; e il mio sistema nervoso si stava veramente disgregando, se non che, non so proprio con quale spinta fiduciosa di speranza, io mi affidai all'esperienza e alla bravura del professor Ugo Delfino, anestesista e cardiologo con alle spalle 40 anni di carriera universitaria, già direttore dell'istituto di Anestesia presso l'ospedale universitario delle Molinette di Torino, in cui ha insegnato Anestesia e Terapia del dolore. Qualcuno potrà obiettare: "Ma perché il giornalista dottor d'Ausilio ci racconta tutto questo?" E io ve lo spiego subito: perché da quel famoso 23 aprile 2015, dopo un intervento di anestesia generale durato poco più di 20 minuti, il mio dolore lancinante, nel giro di due giorni, sparì, ridandomi gioia, piaceri nella vita, unitamente a un grande debito di riconoscenza, devo proprio dirlo, verso il professor Ugo Delfino. Ma questo mio, chiamiamolo *amarcord*, mi è balzato alla mente quando, nelle mie ricerche in Internet (come giornalista scientifico io navigo molto) mi si è parato d'innanzi un articolo scritto da un neurochirurgo, il quale proprio parlando della tecnica d'intervento chirurgico impiegata a Torino dal professor Delfino, che è definita neurolisi etanolica trigeminale, ha scritto testualmente, e questo mi ha veramente disturbato, che era vecchia di un secolo. E allora siccome i risultati come il mio sono stati veramente una cosa estremamente positiva, e mi è dispiaciuto leggere quello che ho letto, ho preso il telefono e ho chiamato il professor Delfino, esternandogli la mia indignazione, e lo confermo, per ciò che avevo letto sulla sua tecnica operatoria relativamente alla nevralgia del trigemino che da molti suoi colleghi non è condivisa, ma viene liquidata come una procedura antica. Detto fatto, io ho telefonato al professor Delfino, l'ho invitato ai nostri microfoni, perché trovo importante che faccia giustizia, chiamiamola così, su quanto dichiarato da questi suoi colleghi, ma soprattutto perché ribadisca, e in questo io lo sostengo, che la sua tecnica operatoria, definita neurolisi etanolica trigeminale, che nel mio caso, e lo affermo con forza, ha dato risultati ottimi, non è affatto una procedura antica, anzi. Allora, io ho qui collegato con noi il professor Ugo Delfino, che ringrazio innanzitutto per la sua disponibilità e per la sua cortesia e quindi vorrei lasciargli il microfono perché una volta per tutte, lei, professor Delfino, ci spieghi con parole semplici e chiare, ma sempre con rigorosità medico-scientifica, perché i suoi interventi non sono vecchi, o meglio, antichi, come affermato, ma invece si avvalgono di supporti modernissimi, soprattutto con un sostegno di una radiologia moderna. Professor Delfino grazie per essere qui ai nostri microfoni e non so se condivide quanto io mi sono permesso di dire.

Prof. Ugo Delfino:

Dottore la ringrazio per l'introduzione molto, molto ampia e vedo e capisco che lei è molto documentato. Dato che tocca degli argomenti, sempre, naturalmente essendo nevralgia del

trigemino, estremamente scabrosi. Io le dico semplicemente questo, che è ora che il mondo accademico, quello neurochirurgico, faccia finalmente una doverosa e coscienziosa riflessione su questo che ormai è un annoso e scottante problema, ovvero della chirurgia sul trigemino. Gli orrori, non errori, gli orrori quotidiani che arrivano sia per telefono che negli studi, sono direi così una realtà che deve essere finalmente ridotta o almeno possibilmente annullata. Infatti, esiste (possiamo dire tranquillamente) un assordante rischio che proviene da una moltitudine di pazienti che hanno creduto alle sicurezze garantite da certi operatori - che troppe volte si sono infrante e quindi hanno finito per naufragare in tremende inamovibili sofferenze. Questo richiamo si impone, ed è doveroso, poiché le alternative esistono. Mentre tanti operatori, ancora oggi, si ostinano a enfatizzare solo chimere. La chirurgia del trigemino, sì, effettivamente la procedura che effettuiamo noi a Torino è vecchia di un secolo. È stata inventata - lei immagini - nel 1918 in Svezia, ma in quell'epoca l'intervento non veniva fatto con etanolo, ma alla cieca, ossia il foro veniva cercato nel paziente sveglio. Ma dal 1918 ad oggi è passato esattamente un secolo, in questo secolo la medicina ha fatto dei progressi. [...] L'intervento sul trigemino è diventato un intervento mirato, sicuro, duraturo e senza rischi. Queste quattro realtà, le altre metodiche, a cominciare da quelle neurochirurgiche, non sanno cosa sia. Sono gli altri tutti interventi gravati da tremende complicanze - e solo in una percentuale esigua di casi questo non si verifica. È esattamente il contrario della nostra metodica, che alcuni, per eliminarla, definiscono antica.

Conduttore:

Certo.

Prof. Ugo Delfino:

Antica, sì, ma perfezionata al massimo altrettanto.

Conduttore:

Ecco, grazie per questa sua accurata - uso questa parola - risposta, perché mi sembrava doverosa. E allora io vorrei proprio che lei spiegasse in termini chiari, semplici - così il messaggio arriva a tutti. In che cosa fondamentalmente, professor Delfino, consiste la sua metodica e quelle che sono le procedure, che, se mi passa il termine, io definirei anche un po' *blasonate*?

Prof. Ugo Delfino:

Allora, facciamo una semplice premessa, la nevralgia del trigemino, interessa questa estesa rete di rami nervosi che innervano la nostra metà faccia e hanno come punto di riferimento tutti questi rami nervosi arrivano in centro, che viene chiamato ganglio di Gasser, che abbiamo al centro del cranio. Quando esiste la nevralgia del trigemino, in alcuni casi molto rari, il ganglio può essere sollecitato da rami arteriosi e quindi avviene quello che si chiama *il conflitto neurovascolare*, che è di competenza del neurochirurgo, ma la percentuale di questi casi è molto limitata. La maggior parte dei casi, viceversa è legata alla malattia del nervo nella sua interezza. La nostra metodica consiste nel raggiungere il ganglio, che abbiamo già detto, è al centro del cranio, attraverso un ago che viene guidato con la radiologia, un ago che passa attraverso un foro naturale e che raggiunge il ganglio con precisione estrema. Questo metodo ci dà la possibilità di fare un intervento sul ganglio che poi è grande quanto un fagiolo e fare un danno minimo che danneggia le fibre dolorifiche. Questo comporta una lesione mirata, una lesione minima, che può durare anche 20-30 anni, le altre metodiche, ossia quelle con l'apertura occipitale del cranio, le altre metodiche come quelle della termolesione, sono gravate da tremende complicanze, in più sono complicanze che nella maggior parte dei casi sono inamovibili. Perché le prime consistono in una lesione meccanica, la seconda consistono in una lesione termica, ossia una bruciatura vera e propria sul ganglio. Se la bruciatura è

fuori centratura, se la bruciatura è eccessiva, se la bruciatura è minima, noi abbiamo delle conseguenze tremende.

Dottor d'Ausilio:

Certo. Grazie per questa sua risposta molto chiara. E poi da quello che lei ha detto io ho capito una cosa. Insomma: io, quando venni a Torino, subii quest'intervento appunto attraverso questo ago come lei ha spiegato, ma mi pare di capire che le altre metodiche prevedono addirittura, io non so se anche piccolo che sia, un foro attraverso la scatola cranica, o sbaglio?

Prof. Ugo Delfino:

Questo è il punto cruciale. Cioè i neurochirurghi, al paziente, spiegano che faranno un forellino al livello dell'occipite, quindi dietro il capo, questo forellino intanto è grande come due euro, in più sono delle ferite che soltanto a guardarle uno si rende conto a che cosa va incontro. In più, l'apertura a livello occipitale, deve fare i conti col fatto che il ganglio non è sotto l'osso, ma è distante 15, 16, 18 cm... quindi gli strumenti del neurochirurgo devono praticamente attraversare tutto il cranio per raggiungere il ganglio, quindi un vaso, un'arteria, un nervo che può essere interessato in questo tragitto, una volta lesa giustifica quello che loro dicono. Possono essere delle serie complicanze, ossia: il paziente firma con consenso informato che accetta il rischio di fare l'intervento al trigemino, ma può subire un ictus, una paresi, una paralisi, una meningite, una liquorrea, addirittura, la morte. Quindi queste sono le complicanze a cui la metodica del neurochirurgo può andare incontro, che loro presentano come molto molto limitate ma le riportano nel consenso informato, quindi se questo dovesse succedere, loro hanno già informato il paziente. La nostra metodica, in 43 anni di mia esperienza, non so che cosa siano.

Conduttore:

Chiaro, chiaro. E direi soprattutto che spaventa un po' questo discorso che lei fa, però lo fa lei che è un esperto assoluto della materia, perché io vorrei anche che fosse chiaro ai nostri ascoltatori: la sua terapia chirurgica, viene chiamata come abbiamo detto *neurolisi etanolica*, ecco, in che cosa consiste? Lei prima ha parlato di bruciature da parte dei neurochirurghi, una volta che raggiungono il ganglio di Gasser. Nel suo caso qual è la differenza sostanziale professor Delfino?

Prof. Ugo Delfino: Allora, la differenza consiste esattamente in questo: allora, una è la termolesione con radiofrequenza. Lo dice la parola stessa: *termolesione* è una lesione che avviene con un ago la cui punta è scoperta e un generatore di corrente crea una temperatura che varia dai 60, 70, 80 gradi. Questa temperatura sulla punta dell'ago (la punta dell'ago è inserita all'interno del ganglio) crea una bruciatura, quindi è una lesione termica, con calore. La lesione che facciamo noi è una lesione chimica, ossia, una volta che il nostro ago raggiunge la perfetta centratura del ganglio noi somministriamo una dose irrisoria di etanolo, infatti si chiama *alcolizzazione del ganglio*, che è 0,2. Praticamente 5 gocce di alcool al 98% danneggiano solamente ed esclusivamente dentro il ganglio le fibre dolorifiche. Ecco da dove sorge il beneficio del nostro intervento, in quanto lesionando le fibre del dolore, elimina il dolore lasciando invariate tutte le altre pulsioni, ossia quelle motorie, le tattili e le termiche. Il miracolo consiste in questo: lesione mirata, minima, sicura e duratura.

Conduttore:

Certo, senta professore: io - posso dire, - ho voluto questa trasmissione proprio perché io sono stato beneficiato da questo suo intervento perché altrimenti - credo, - io non so come sarebbe finita la mia - innanzitutto, - professione di giornalista, perché parlando uno non si può bloccare quando improvvisamente ti arriva la scarica elettrica e poi, in secondo luogo, perché mi sono affidato e ho capito soprattutto una cosa: che il punto cruciale - chiamiamolo così - in senso positivo, del suo

intervento è quello di essere guidato passo a passo con l'ago che penetra fino ad arrivare al ganglio di Gasser. Lo ripeto perché sia chiaro questo concetto. Quindi lei una volta che la radiologia le dà l'ok può dire di essere sul punto in cui può lasciar cadere qualche goccia di etanolo, è vero o no?

Prof. Ugo Delfino:

Sì, lei ha detto esattamente come avviene l'intervento. Il nostro è un intervento - intanto va detto, - che viene effettuato in una sala operatoria sterile. Secondo, con sedazione profonda e quindi il paziente non si accorge di niente. Ma l'inserimento dell'ago è guidato dalla fluoroscopia. Quindi il nostro ago viaggia all'interno della guancia controllato millimetro per millimetro radiologicamente e quando l'ago viene inserito nella giusta posizione noi vediamo già l'obiettivo, ossia, questo foro naturale che è il foro ovale che con 7-8 mm di profondità oltre il foro, siamo al centro del ganglio e quindi la nostra è una lesione mirata, sicura, dove tutto il cervello, la parte principale del nostro cranio non si accorge di quello che sta succedendo. Ecco da dove nasce la sicurezza che non ci saranno complicanze, rischi, sequele, cosa che con le altre metodiche questo non è garantito.

Conduttore:

Certo. Io le volevo anche chiedere anche un'altra cosa. Perché mi pare molto importante, e che non è una curiosità - ma è, così, una percezione. Le è mai capitato professor Delfino, per esempio, che alcuni pazienti operati altrove poi magari si siano rivolti a lei? Ecco, perché per esempio, magari in loro erano insorte complicanze, magari dolorose, al seguito di tali interventi. Lei in questi ipotetici - speriamo che non siano, ma forse non troppo, - casi, come si è comportato?

Prof. Ugo Delfino:

Questa, nella nostra chiacchierata di questa mattina, è la parte direi così più scabrosa. Perché? Perché quando l'intervento tipo quello che abbiamo citato prima, ossia quello della termolesione, ha creato una lesione eccessiva, quindi una bruciatura troppo avanzata. Praticamente, il dolore va via ma subentra un tremendo bruciore che è peggiore della situazione precedente. Questi pazienti, purtroppo, hanno il triste destino di poter attenuare solo in parte il bruciore costante con l'uso di oppiacei - perché, diversamente, il bruciore è 24 ore su 24. Questi pazienti giungono alla nostra osservazione, ma noi non possiamo fare altro che suggerire una terapia a base di oppiacei. Perché? Perché in quella maniera il dolore può essere attenuato ma ci dobbiamo rendere conto che una banale nevralgia del trigemino ha creato un drogato.

Conduttore:

Addirittura? Ecco, ci avviamo alla chiusura professor Delfino - però io vorrei proprio che chi soffre di questa terribile nevralgia del trigemino, a questo punto... Io non voglio entrare in merito perché non sono un medico e me ne guardo bene, però, io direi solo questo: attenzione, ci pensi bene prima di affidarsi a - chiamiamole così, - a reclamizzate metodiche di intervento chirurgico, perché - da quello che ci ha detto ora il professor Delfino - è bene ricordare che alla fine di tutto ciò, sui danni eventualmente provocati da altri, non si può più rimediare... o almeno, questo io ho capito - voglio che poi in chiusura il professore ce lo confermi. E che quindi gli sfortunati operati dovranno sopportare questo dolore che - vi assicuro, - chi l'ha provato (e io l'ho provato), simile a una scarica elettrica, gli rimane per il resto dei loro anni. Non so se sono stato troppo drammaticamente realista.

Prof. Ugo Delfino:

No no, non è stato affatto drammaticamente realista, è stato realista. Sia questi pazienti, che hanno subito interventi che hanno provocato queste modifiche della sensibilità, il più delle volte si traducono - appunto come dicevamo - in bruciore nella zona della guancia, sono dolori inamovibili,

sono dolori che i farmaci non riescono a modificare. Io di recente ho visto nello studio una persona di 61 anni che è arrivata alla visita con un sigaro in bocca, una donna. Mi ha sorpreso tremendamente e ho chiesto al marito: "Perché porta questa roba in bocca?" e dice: "Sa, è tanto semplice, se toglie la morfina un istante, urla e basta, questa è la condizione che noi viviamo 24 ore su 24".

Conduttore:

Professor Delfino io la ringrazio molto per tutto quello che lei ha detto e vorrei anche che se qualche ascoltatore fosse in queste tristi condizioni - come lo sono stato io, - possa pur farmi una telefonata. Io, nello spirito mio di volontariato, cercherò di aiutarlo e soprattutto di indirizzarlo verso chi di dovere e quindi lascio anche il mio numero di cellulare che è 347 277 4275. Lo ripeto: 347 277 4275, per qualsiasi tipo di informazione - per quello che può dare informazioni un paziente, perché in quel caso lì io non sarò altro che un paziente beneficiario. Professor Delfino, io la ringrazio tanto per tutto quello che ci ha detto. Mi auguro che questa *diatriba*, chiamiamola così, tra chirurghi finisca una volta per tutte, perché alla fine chi ci rimette poi è sempre il paziente - perché dovrà, se sbagliano l'intervento, sopportare questo dolore come lei ha detto, che è simile a una scarica elettrica (e io l'ho provato), per il resto dei loro anni. E questo credo che sia un calvario che non è sopportabile da chicchessia. Professor Delfino grazie per tutto quello che ci ha detto, grazie a voi per cortese attenzione e dò a tutti appuntamento a venerdì prossimo. Arrivederci.