

Innovativa chirurgia del russamento e OSAS

Al fallimento o al rifiuto dei trattamenti non invasivi in pazienti con disturbi respiratori del sonno a genesi retropalatale la “chirurgia del russamento e delle apnee del sonno mediante uso di fili autobloccanti” è un’innovativa tecnica chirurgica dai risultati incoraggianti

Nei pazienti affetti da disturbi respiratori del sonno (russamento e/o apnee) a genesi retropalatale che non abbiano tratto vantaggio dai trattamenti non chirurgici o non siano “complianti” (come si osserva spesso per la ventilazione respiratoria notturna a pressione positiva - CPAP) e che non siano affetti da patologie atte a controindicare un intervento in anestesia generale un innovativo approccio strumentale è rappresentato dalla “BSS - Barbed Snore Surgery”. La metodica è stata illustrata a M.D. dal Prof. **Mario Mantovani**, Specialista in Otorinolaringoiatria, Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo-Facciale di Milano, consulente scientifico Sonnomedica, Milano, nonché l’ideatore dell’originale intervento.

La tecnica è nata presso i Centri universitari e ospedalieri come la UOC di Otorinolaringoiatria della Fondazione Ca’ Granda IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano ed oggi è applicata in diverse strutture.

► La tecnica

La BSS o “chirurgia del russamento e delle apnee del sonno mediante uso di fili autobloccanti” è basata sull’innovativa visione tridimensionale dell’anatomia distrettuale e sull’impiego di speciali materiali, i fili autobloccanti o “*Barbed sutures*”, particolarmente efficaci nel creare modificazioni strutturali persistenti nei tessuti senza necessità di demolizione della loro componente fibrosa e muscolare. Con questo intervento, che è stato il capostipite di tutta la BSS, è possibile correggere l’eccessiva collassabilità del velo palatino e delle pareti faringee corrispondenti, creando nel loro interno (in seno alla loro componente fibro-muscolare) un incremento della tensione strutturale mediante una trama di fili autobloccanti connessi a specifici appigli solidi circostanti. Questi fili, composti di materiale riassorbibile, sono destinati ad essere riassorbiti completamente nel giro di sei mesi: saranno le reazioni fibroci-

catriziali che si sviluppano in seno ai tessuti fibromuscolari strutturalmente modificati dall’intervento, già presenti a partire dalla terza o quarta settimana, a consolidare nel tempo i risultati.

► Vantaggi

I principali vantaggi di questo approccio chirurgico consistono nell’assenza di demolizione tissutale fibro-muscolare (quindi nella potenziale reversibilità entro le prime tre/quattro settimane, ripetibilità e buona tollerabilità dell’intervento), nella modulabilità del rimodellamento strutturale che si vuole ottenere (che può essere programmato caso per caso in base alle necessità dettate dai riscontri della “sleep endoscopy” preliminare all’intervento), assenza di complicanze e sequele disfunzionali, provata efficacia, e associabilità ad altre procedure chirurgiche distrettuali (chirurgia nasale, tonsillare, laringea). I risultati sinora ottenuti sono incoraggianti: l’assenza di complicanze e sequele disfunzionali invalidanti, frutto della non demolitività della procedura, e l’alto tasso di successo e gradimento da parte dei pazienti stanno confermando la validità della tecnica.

La “sleep endoscopy” preoperatoria

L’affinamento delle procedure diagnostiche, in particolare l’introduzione routinaria della “sleep endoscopy” preoperatoria, ha consentito di raggiungere una personalizzazione della procedura sempre più accurata con una corrispondente miglioramento dei risultati ottenuti. La “sleep endoscopy” è una raffinata tecnica diagnostica che consente di esplorare endoscopicamente le vie aeree del paziente mentre l’anestesista gli somministra farmaci opportunamente dosati per ricreare una condizione analoga a quella del sonno naturale. Il paziente addormentato manifesterà i disturbi respiratori del sonno, così che si possa verificarne direttamente e con precisione la sede e il tipo di collasso delle pareti delle prime vie aeree esplorandole endoscopicamente. Nello stesso paziente sveglio sarebbe stato impossibile fare una diagnosi del genere: il comportamento della muscolature contenuta nello spessore del palato e della faringe in stato di veglia non ha nulla a che vedere con quello che succede durante il sonno.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Mario Mantovani