

RECENSIONI DI VIDEO-TAPES DI ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA
E DELLA VIDEO REVISTA DE CIRUGIA
(a cura del Direttore)

“Gastrectomia totale con linfadenectomia D3”

di A. Leggeri

Clinica Chirurgia dell'Università di Trieste – Ospedale di Cattinara, Trieste (Italia)

Video-tape VHS – Durata 10' 30”

Publicato da: V.R.C. 15/4-3, 1998

Autore corrispondente:

Prof. A. Leggeri – Ospedale di Cattinara – Strada di Fiume 34149 Trieste (Italia)

Recensione

La linfadenectomia nel trattamento chirurgico del cancro dello stomaco è tutt'ora fonte di confronto scientifico tra l'esperienza degli Autori giapponesi – generalmente più aggressivi – e quella dei chirurghi europei ed italiani in generale, che tendono a seguire un atteggiamento più pragmatico.

In questo VT, ricco di schemi esplicativi di alto significato didattico, l'Autore illustra i principi che lo guidano nella sua pratica chirurgica, essenzialmente in rapporto alla localizzazione del tumore nell'ambito gastrico. La Gastrectomia totale (GT) trova indicazione in tutti i tumori del corpo e del terzo superiore dello stomaco, in obbedienza al principio di comprendere nella resezione tessuto gastrico prossimale per almeno 6 cm dal limite del tumore. Per la linfadenectomia nella GT l'eresi si estende agli N3 – con resezione dunque D3 – seguendo precisi principi anatomo-chirurgici: sezione del duodeno a 2 cm dal piloro, linfadenectomia del peduncolo epatico fino ai linfonodi dell'ilo epatico e dei linfonodi sottopilorici, dell'arteria gastroduodenale ed epatica comune con resezione dell'arteria gastrica sinistra all'originale, lasciando accorpati allo stomaco i relativi linfonodi. Anche l'arteria splenica viene preparata e liberata dai linfonodi senza sacrificarla, salvo che in corrispondenza della coda ove viene sezionata effettuando una splenectomia. Abbassando quindi la coda del pancreas si procede alla linfadenectomia del bordo superiore della vena renale sinistra. La ricostruzione viene effettuata o con esofago-digiunostomia su ansa alla Roux oppure con interposizione di ansa digiunale tra esofago e duodeno.

Mortalità a distanza e morbilità non mostrano, nell'esperienza dell'Autore, differenze significative tra resezioni D2 e D3: la mortalità operatoria è nulla mentre quella a distanza è certamente in rapporto allo stato del T e dell'N.

Il VT è di notevole valore didattico, anche se i tempi operatori sono spesso esemplificativi dei tempi più significativi, con flash di tecnica specifica.

“Surrenalectomia destra per via laparoscopica”

di J. Marescaux, D. Mutter

European Institute of Telesurgery (IRCAD-EITS) E Clinique Chirurgicale A Hôpital Civil, Strasbourg (Francia)

Video-tape VHS – Durata 7' 45”

Publicato da: V.R.C. 15/4-2, 1998

Autore corrispondente:

Prof. H. Marescaux – European Institute of Telesurgery (IRCAD-EITS) E Clinique Chirurgicale A Hôpital Civil, Strasbourg (Francia)

Recensione

Il notevole interesse di questo documento chirurgico risiede nel fatto che nel corso di una surrenalectomia destra eseguita per via transperitoneale con tecnica videolaparoscopica – con tempi chirurgici di estrema chiarezza e rilevante definizione – si verifica e si visualizza in tutta la sua evidenza una lesione vascolare, e precisamente una riapertura della vena surrenalica media, con profusa emorragia della vena cava. Si assiste così ai tentativi di dominare l'incidente per via laparoscopica, e senza ricorrere alla più che probabile conversione rapida ad intervento a cielo aperto, che costituisce una manovra di vero salvataggio.

Innanzitutto l'emorragia appare in parte contenuta proprio per la presenza della pressione positiva dello pneumoperitoneo. In secondo luogo la riparazione con clip, sia dopo semplice compressione della breccia vascolare con il divaricatore, sia dopo l'applicazione di un clamp vascolare, risulta insufficiente a pericolosa: solo una sutura a sopragitto in continua, prolene 5/0, vale a dominare la situazione critica.

C'è da chiedersi quale tipo di emorragia bisognerebbe affrontare nel corso della riconversione, quando all'apertura dell'addome corrisponde un crollo della pressione endoperitoneale, e se è agevole o meno dominarla.

Per altro il VT è caratterizzato da immagini chiarissime che consentono di vedere con grande definizione la successione dei tempi operatori, che vedono prima lo scollamento della faccia inferiore del fegato dal peritoneo, poi la manovra di Kocher del duodeno con preparazione della vena cava e della vena surrenalica e quindi la sezione di questa tra tre clips. L'emostasi delle tre arterie surrenaliche avviene in un secondo momento e sempre con clips, cui segue la loro sezione. Anche l'incidente vascolare si verifica sotto i nostri occhi, e si assiste alle manovre ed alle difficoltà, poi infine superate, per realizzare l'emostasi temporanea e quindi quella definitiva.