

La laparoscopia in emergenza: nuova frontiera?

Nicola Palasciano



Ann. Ital. Chir., 2006; 77: 377-378



La gestione, in urgenza, del paziente chirurgico necessita di mezzi diagnostici accurati, affidabili e facilmente eseguibili per potere porre in essere un adeguato trattamento. Grande importanza è riconosciuta alla diagnostica per immagini (Ecotomografia e TAC) perché ci permette di raccogliere una notevole quantità di informazioni nei pazienti chirurgici urgenti, soprattutto in quelli con addome acuto e/o con trauma sia chiuso che penetrante. E' possibile tuttavia che si renda necessario un intervento chirurgico sulla sola scorta dei dati clinici, con scarse o nulle informazioni strumentali; in tali casi il sospetto diagnostico rischia non infrequentemente di essere annullato al tavolo operatorio, in presenza di una patologia non diagnosticata o male interpretata. Negli ultimi anni la diffusione e il continuo ampliamento delle tecniche chirurgiche endoscopiche ha consentito di utilizzare con sempre maggiore frequenza la laparoscopia anche nella gestione e trattamento delle emergenze. L'indicazione all'utilizzo di tale tecnica a scopo diagnostico e all'occorrenza terapeutico trova indicazione nelle occlusioni meccaniche del tenue, nei casi di addome acuto e nel trauma addominale in genere.

Occlusioni intestinali

Di fronte ad un paziente occluso, le comuni tecniche diagnostiche fanno porre generalmente una diagnosi di sede dell'ostacolo senza fornire altri particolari informazioni sulla situazione intra addominale. L'esecuzione di una laparoscopia diagnostica permette di porre una corretta diagnosi di natura dell'ostacolo, di esplorare completamente la cavità peritoneale e di completare, eventualmente, l'intervento per via totalmente laparoscopica. La distensione delle anse intestinali, evenienza molto comune nelle occlusioni, riduce notevolmente gli spazi di manovra, con conseguente impossibilità sia di por-

re una diagnosi di natura e sede sia di eseguire l'intervento; in questi casi è ovvia la conversione.^{1,2} D'altra parte, in questa evenienza, comunque è possibile eseguire una laparotomia più limitata, mirata alla soluzione del problema, anche se in tali pazienti non è che la via tradizionale aggiunga molto in visibilità e manovrabilità; se mai, il relativo vantaggio va ricercato nella maggior abitudine alla esplorazione a piene mani del cavo addominale.

Addome acuto

Nei casi di addome acuto, le indicazioni alla laparoscopia sono maggiori e più articolate, perché diversi possono essere i quadri clinici e i coinvolgimenti d'organo. Oramai non sembrano più sussistere dubbi nella sua indicazione primaria in caso di perforazione di un viscere cavo e nelle sindromi addominali di destra. Restano ancora in discussione, invece, le indicazioni in casi di pancreatite acuta complicata e di sindrome da compromissione vascolare mesenterica.

Nelle perforazioni del distretto GI superiore l'approccio laparoscopico si è dimostrato altamente efficace sia in termini di sicurezza che di efficacia contribuendo notevolmente a ridurre anche l'incidenza di complicazioni di parete (infezione ed ernie post-operatorie) e intra addominali (ascessi) dovuti alla peritonite spesso inveterata; attenzione però ai problemi che può porre una localizzazione posteriore per la difficoltà legate alla esplorazione della retro-cavità degli epiploon^{3,4}; da tenere anche presente che in caso di sutura di brecce da perforazione di lesioni gastriche, è preferibile non eseguire prelievi biotipici per non allargare la perforazione stessa e rendere più complessa e difficoltosa la sutura.

Nei casi di pelvi (peritonite), appendicite acuta, patologia ovarica ed annessiale l'approccio laparoscopico direi che è doveroso e rappresenta il trattamento di scelta. La natura della patologia, di per sé settoriale, facilita la diagnosi e la terapia in unico tempo; certo con relativa maggior durata dell'intervento, ma anche con maggior accuratezza e precisione e riduzione delle complicazioni postoperatorie immediate e a distanza.

Pervenuto in Redazione Dicembre 2005. Accettato per la pubblicazione Aprile 2006.

Per la corrispondenza: Dr. Nicola Palasciano, Via A. Violante 8, 70123 Bari.

Nelle altre condizioni di addome chirurgico la laparoscopia svolge un ruolo primario in fase di completamento diagnostico, ma non permette una completa gestione della patologia: in caso, ad esempio, di massiva necrosi intestinale con necessità di ampie resezioni intestinali o in corso di pancreatite acuta, la diagnosi laparoscopica può consentire solo il drenaggio della lesione o permettere una laparotomia più limitata, essenziale e finalizzata alla soluzione del problema.

Traumi

Il trauma addominale (chiuso o penetrante) offre interessanti applicazioni alla tecnica laparoscopica. Nei casi di lesioni parenchimali maggiori non offre grandi possibilità a causa della quantità di parenchima interessato e della possibile instabilità emodinamica del paziente; è opportuno in questi casi tentare una stadiazione quanto più precisa possibile con la diagnostica per le immagini di ultima generazione; nelle lesioni minori può rappresentare invece una valida alternativa all'approccio chirurgico tradizionale; mi sento di avallare la tendenza a porre più attenzione e razionalità nell'approccio chirurgico mininvasivo, riservando le grandi laparotomie a traumi e pazienti che veramente potranno riceverne vantaggio. Sotto questo profilo è possibile, ad esempio, ridurre il numero di splenectomie, avendo come prima idea il salvataggio del viscere o il ricorso a una resezione parziale sfruttando la vascolarizzazione terminale; o ridurre una rottura diaframmatica non complicata con soli tre trocar al posto di una devastante laparotomia; o allorché si voglia far luce su una raccolta fluida (ematica o di altra natura) messa in evidenza con la diagnostica per immagini o quando si voglia accertare o controllare una possibile lesione intestinale.

La tecnica nel suo complesso permette di avviare un trattamento del paziente ricoverato in emergenza, riducendo i tempi di osservazione ed evitando laparotomie esplorative in bianco con notevole guadagno in termini di degenza (e quindi di costi), con riduzione di possibili "over treatment" ^{5,6}.

In **conclusione**, il trattamento laparoscopico in urgenza non rappresenta più un'utopia ma una realtà che si consolida con l'aumentare dell'esperienza e dell'affinarsi della tecnologia; è indubbia, a mio parere, la necessità di

cominciare a considerarla nei vari protocolli di trattamento diagnostico e terapeutico del paziente in emergenza. Esiste peraltro il problema della curva di apprendimento che non è evidentemente quantificabile data la variabilità degli interventi molto spesso condotti sulla base dell'improvvisazione e che, per questo, è operatore-dipendente; ma, quand'anche non risulti possibile il completamento dell'atto operatorio in sé, il tipo di approccio consente sempre di effettuare una laparotomia più mirata ed incisiva, con finalità anche di limitare al minimo il trauma dell'atto operatorio in un soggetto che, non va dimenticato, è già per altre ragioni in stato di shock. La laparoscopia, intesa nel senso più ampio del termine, dovrebbe rientrare nel bagaglio culturale del chirurgo e, quindi, essere prevista nell'iter formativo delle scuole di specialità. Credo che questo sia il vero gold standard che dobbiamo raggiungere, al di là della preferenza del singolo, dell'attitudine di scuola; la tecnica va sperimentata e utilizzata a vantaggio del paziente e non vista come l'esplosione di un virtuosismo tecnico degno di un solista. Ma perché questo possa avvenire a vantaggio della prossima generazione di chirurghi, è necessario che tutti i centri impegnati in questo settore si adoperino per validare la tecnica, per concordare percorsi diagnostici e di trattamento comuni, per dare una valenza scientifica a questo tipo di approccio che non è "diverso" ma solo probabilmente più "utile".

Bibliografia

- 1) Chung RS, Diaz JJ, Chari V: *Efficacy of routine laparoscopy for the acute abdomen*. Surg Endosc, 1998; 12:219-22.
- 2) Vander Velpen GC, Shimi SM, Cuschieri A: *Diagnostic yield and management benefit of laparoscopy: a prospective audit*. Gut, 1994; 35:1617-621.
- 3) Kirshtein B, Bayme M, Mayer T, Lantsberg E, Avinoach E, Mizrahi S: *Laparoscopic treatment of gastroduodenal perforations. Comparison with conventional surgery*. Surg Endosc, 2005; 19:1487-490.
- 4) Kirshtein B, Roy-Shapira A, Lantsberg E, Mandel S, Avinoach E, Mizrahi S: *The use of laparoscopy in abdominal emergencies*. Surg Endosc, 2003; 17:1118-124.
- 5) Maiewski W: *Diagnostic laparoscopy for the acute abdomen and trauma*. Surg Endosc, 2000; 14:930-37.
- 6) Gorcki PJ, Cottam D, George Angus LD, Shaftan G W: *Diagnostic and Therapeutic Laparoscopy for trauma: A technique of safe and systematic exploration*. Surg Laparosc Endosc, 2002; 12(3):195-98.