

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

Gastroplastica verticale con bendaggio eseguita per via laparoscopica per il trattamento dell'obesità patologica
di B. Dillemans, C. Remur, M. Vandelanotte, L. Proot
AZ Sint Jan AV Brugge (Belgio)

Video-tape VHS – Durata 10'00"

Publicato da: V.R.C. 19/1 - 1, 2002

Autore Corrispondente:

Dr. Bruno Dillemans

Chirurgo Generale - AZ st. Jan AV
Ruddershove 10 - 8000 Brugge (Belgio)

Recensione

Il VT dimostra l'esecuzione per via laparoscopica della gastroplastica verticale con bendaggio secondo i principi di Mason.

L'intervento viene eseguito con l'impiego di 5 trocar previa introduzione naso-gastrica di una sonda di calibraggio. La piccola curva viene dissecata e liberata completamente dai vasi per breve tratto a circa 6-8 cm dal cardias con l'impiego dell'uncino coagulatore e del bisturi armonico.

Per perforare con sicurezza e nel punto esatto prescelto la parete gastrica al fine di creare la finestra gastrica con una suturatrice circolare di 25 mm viene impiegata una pinza costruita per questo specifico scopo. Nella gola distale – tipo Babcock – è finalizzata ad abbracciare il tratto di piccola curva liberato dai vasi, inglobando la sonda di calibraggio. Nella sua parte ancora più distale essa presenta su entrambe le branche un orificio a C di dimensioni tali da consentire il passaggio dell'asse della suturatrice.

Introdotta la suturatrice circolare in addome, e distaccata la testina che viene "parcheggiata" sotto al lobo sinistro del fegato, si introduce al suo posto lo spunzone perforatore di plastica, e sulla guida dell'apertura a C della pinza si perforano entrambe le pareti dello stomaco. Il controllo della correttezza del passaggio è favorito dal fatto che la pinza sopra illustrata viene apposta in pratica in senso antero-posteriore. Si estrae dunque lo spunzone e lo si sostituisce con la testina dello stapler circolare per procedere alla confezione della finestra gastro-gastrica: si toglie la pinza, si attiva lo stapler, si allontana la testina con gli anelli di resezione e si estrae dall'addome lo stapler dopo aver riconnesso la testina.

Con una endosuturatrice lineare a quattro filiere di punti si seziona in direzione cardiale la piccola curva dal fondo gastrico, e dopo aver eliminato le aderenze posteriori con pancreas ed il legamento gastro-frenico, con una seconda endosuturatrice si completa la gastroplastica.

Si passa ora attorno al tratto distale della gastroplastica una bendarella di silastic percorsa longitudinalmente da un filo non riassorbibile, della circonferenza di 5,2 cm, la si chiude con nodi multipli e quindi la si fissa con lo stesso filo alla parete gastrica per prevenirne lo slittamento.

La descrittività delle immagini è elevatissima sia per qualità che per la scelta dei tempi operatori con illustrazione molto soddisfacente e dettagliata dell'intero intervento. L'elemento chiave per realizzare per via laparoscopica l'intervento di gastroplastica verticale secondo Mason risulta essere la particolare pinza, che consente una precisa localizzazione del punto di realizzazione questo ato della finestra gastro-gastrica, con calibraggio preciso. L'esecuzione dell'intervento richiede naturalmente un rilevante uso di strumentazione tecnologicamente avanzata.

Emorroidectomia con suturatrice circolare (PPH) realizzata coi divaricatore Lonestar – L'esperienza di Lovanio

di A. D'Hoore, F. Penninckx

Dipartimento di Chirurgia Addominale - Clinica Universitaria di Gasthuisberg (Lovanio, Belgio)

Video-tape VHS – Durata 5' 10"

Publicato da: V.R.C. 19/1-4, 2002

Autore Corrispondente:

Dr. André D'Hoore

Department of Abdominal Surgery

University Clinics Gasthuisberg

Herestraat, 49 - 3000 Leuven (Belgium)

Recensione

Vengono dimostrati in maniera molto chiara nella loro successione, e con chiare e ben centrate immagini fotografiche i tempi operatori di una emorroidectomia eseguita con suturatrice automatica secondo la tecnica di Longo.

Con essa viene integralmente rispettato l'anoderma ed eliminata la mucosa ridondante del prolasso.

Per l'esecuzione dell'intervento viene usato, e ampiamente illustrato nel Vtape il divaricatore di Lonestar.

Escissione totale del mesoretto: l'esperienza di Strasburgo

di R. Ceulemans, F. Rubino, J. Leroy, J. Marecaux
IRCAD/EITS - Università Louis Pasteur - Strasburgo
(Francia)

Video-tape VHS - Durata 10' 11"

Publicato da: V.R.C. 19/2-1, 2002

Autore Corrispondente:

Dr. R. Ceulemans

IRCAD/EITS

Université de Louis Pasteur

Strasburgo (Francia)

Recensione

La resezione laparoscopica del retto con asportazione totale del mesoretto è chiaramente dimostrata in questo Vtape, caratterizzato da immagini di estrema chiarezza e con il supporto di bellissimi disegni anatomo-chirurgici sia nella fase introduttiva dell'intervento che opportunamente

intercalati nel corso delle varie fasi di esecuzione dell'intervento.

Esso viene condotto con l'impiego di 6 trocar oltre ad una laparotomia di servizio per l'estrazione mediante endobag del pezzo operatorio e per il fissaggio della testina della suturatrice circolare sul moncone prossimale del colon, con protezione oncologica attenta dei bordi dell'incisione mediante dispositivo di plastica. L'anastomosi viene infine eseguita dall'ano secondo i principi di Knight e Griffen.

La dissezione, seguendo i normali tempi chirurgici, viene realizzata in maniera esangue con l'ampio uso del ligasure endoscopico, che viene utilizzato anche per la sezione dell'arteria e della vena mesenterica inferiore. La sezione del retto, dopo precisa dissezione del mesoretto integro fin dietro la fascia del Denonvilliers con protezione di prostata e vescicole seminali, viene realizzata con due applicazioni di endo-GIA roticulator.

Il Vtape è di grande qualità anche sul piano delle immagini per la precisa ed esauriente descrizione dei vari tempi operatori.