

Reinterventi a distanza in chirurgia addominale. Esperienza personale nell'urgenza



Ann. Ital. Chir., 2005; 76: 251-260

Michele Nacchiero, Curzio Lorusso, Rinaldo Marzaioli

Unità Operativa di Chirurgia Generale "A. De Blasi" D.A.C.T.I., Sezione di Chirurgia Generale e Toracica. Università degli Studi di Bari (Direttore: Prof. M. Nacchiero).

Reintervention in abdominal surgery. Personal experience in emergency

The Authors, regarding their emergency surgical experience, examine the need of reintervention in abdominal surgery at a distance (operations carried out not less than 30 days after previous procedure), a controversial situation, usually dealt with empirical approach.

Such a feature is not rare in the experience of a surgeon; nevertheless still few are the studies concerning the severity of the disease and related complications requiring surgery.

Occasionally it is really difficult – quite impossible – in these often complex clinical conditions, to identify the aetiology and even to perform a pre-operative diagnosis. Sometimes other factors may inhibit an exhaustive evaluation (acute onset of the symptoms, time spent from the former procedure, choice of the patient to refer to another surgeon) thus conditioning an adequate review of the first surgical act.

The Authors study the more frequently observed clinical features, post-surgical abdominal adhesive syndrome, cancer recurrence, incisional hernia.

Former surgical diseases and the latter one may be the same, but not necessarily. Surgery is only a feature of the treatment (multimodal treatment) in case of neoplastic recurrence. Morbidity and mortality concerning the latter surgical procedure are higher than the mere sum of those related to both the former and last operation performed (pre-operative disease understaging).

Finally it must be stressed the need for early and accurate diagnosis to clearly steer the choice and course of surgical action.

KEY WORDS: Abdominal surgery, Emergency, Reintervention.

Introduzione

I reinterventi a distanza – definibili come interventi eseguiti ad almeno 30 giorni dal primo atto chirurgico – costituiscono un capitolo della chirurgia addominale controverso, nel quale non esiste, a tutt'oggi, univocità di orientamenti per l'inquadramento diagnostico ed il trattamento.

Pur trattandosi di eventi non infrequenti nell'esperienza del chirurgo, mancano criteri per definire la gravità della patologia in atto e delle sue complicanze; pochi studi clinici sono stati condotti in materia.

Ne consegue il persistere di un atteggiamento prevalentemente empirico nell'approccio diagnostico e terapeutico. Ma anche l'esperienza personale in merito può risultare incompleta o carente. Infatti il lasso di tempo che passa dalla procedura chirurgica iniziale, la modalità di presentazione del quadro clinico (urgenza) e talora anche la scelta individuale del paziente, fanno sì che non sempre il reintervento venga effettuato dal medesimo chirurgo, con conseguente difficoltà di ricostruzione della storia clinica e di revisione dell'attività operatoria.

Si tratta, infine, di quadri patologici non di rado complessi, nei quali può risultare difficile – se non impossibile – la diagnosi preoperatoria certa.

A seconda delle modalità di presentazione clinica possono essere distinti in due gruppi: reinterventi in elezione ed in urgenza.

I primi sono correlati a ripresa della malattia precedentemente trattata, patologie misconosciute nel corso del

Pervenuto in Redazione Gennaio 2005. Accettato per la pubblicazione Maggio 2005.

Per la corrispondenza: Prof. Michele Nacchiero, Azienda Ospedaliera-Ospedale Policlinico Consorziale, U.O. di Chirurgia Generale "A. De Blasi", Piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari (e-mail: m.nacchiero@chirurgia.uniba.it).

primo intervento, difetti di tecnica operatoria, secondo step di procedura chirurgica in più tempi.

I reinterventi in urgenza possono riconoscere le stesse cause di quelli in elezione e sono da riferirsi principalmente a: occlusione meccanica da aderenze postoperatorie, soprattutto a carico dell'intestino tenue; recidiva peritoneale di malattia neoplastica (carcinosi peritoneale); laparocèle postoperatorio.

È utile, in premessa, fare alcune considerazioni:

– è necessario distinguere i problemi legati alla malattia precedentemente trattata rispetto a quelli successivi all'intervento (formazione di aderenze, laparoceli, raccolte sierose-ematiche o purulente);

– per la recidiva di patologia neoplastica il ruolo della chirurgia è da inquadrare nell'ambito di *trattamenti multimodali*;

– la morbilità e mortalità complessiva di un secondo intervento chirurgico non rappresentano la somma di quelle delle patologie da trattare, ma si dimostrano superiori (sottostadiamento di malattia nel preoperatorio).

Alla luce di tali considerazioni ed in base alla personale esperienza nell'urgenza, riteniamo di focalizzare la discussione sui quadri clinici di più frequente riscontro:

1. *Sindrome aderenziale post-operatoria*

- dolore addominale cronico
- occlusione meccanica da aderenze peritoneali

2. *Recidiva neoplastica*

- recidiva locale di tumore già trattato con criteri di radicalità oncologica
- carcinosi peritoneale

3. *Laparocèle postoperatorio*

Quadri clinici

1. SINDROME ADERENZIALE POSTOPERATORIA

Le aderenze rappresentano sequele non specifiche di problemi etiopatogenetici diversi. La loro insorgenza nel postoperatorio rappresenta un problema clinico lontano da una soluzione chirurgica univoca.

Importanza, complessità ed incidenza della sindrome aderenziale sono ribadite in letteratura: essa determina scadimento della qualità di vita ed ha un costo sociale rilevante (ospedalizzazione e giorni di attività persi) ¹; il 67-93% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico addomino-pelvico "open", sviluppa aderenze visceroparietali e tra le anse intestinali ²; il 6% dei pazienti sottoposti a laparotomia può essere sottoposto a reintervento a distanza per comparsa di una complicanza relativa alla formazione di aderenze nel postoperatorio ³; infine aderenze sono presenti anche nel 10-30% di pazienti mai sottoposti ad intervento chirurgico ⁴⁻⁶.

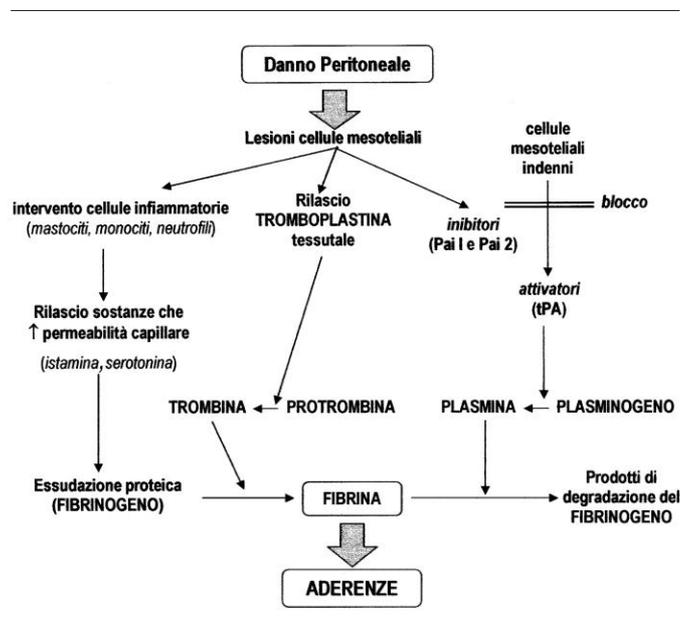
Patogenesi - Le aderenze si formano dopo una lesione traumatica o ischemica del peritoneo, indipendentemente dalla sua etiologia: *peritoneal stress*.

La deposizione di fibrina rappresenta il primo passo,

secondario alla reazione infiammatoria dell'organismo (risposta uniforme dell'ospite ad una qualsiasi lesione), per l'insorgenza di aderenze fibrinose, successivamente convertite in fibrose.

Il blocco dell'attività fibrinolitica a livello mesoteliale è il principale fattore patogenetico nella formazione di aderenze (Tab. I).

TABELLA I - *Patogenesi delle aderenze*



Classificazione - Esistono diversi tipi di classificazione delle aderenze che fanno riferimento a differenti criteri: patogenetici, di localizzazione, morfologici e di sede del primo intervento (Tab. II).

A seconda della causa distingueremo: aderenze post-chirurgiche, patologiche (stenosi) e spontanee.

Secondo il criterio topografico ed in ordine di frequenza è possibile riconoscere aderenze dei quadranti addominali inferiore destro e sinistro, superiore destro e sinistro.

Può essere utile anche considerare la sede del primo intervento chirurgico, dal momento che quelle che più frequentemente danno adito a formazione di aderenza sono: l'intestino crasso, il retto, l'appendice e la pelvi.

È, infine, possibile distinguere le aderenze sulla base della loro conformazione in gradi (sec. Luciano) ⁷ a secondo che si presentino come membranose: avascolari delicate (1° grado) e più spesse (2° grado) o fibrose: vascolarizzate ed estese (3° grado).

Quadri clinici - La rilevanza del problema, nelle sue diverse estrinsecazioni cliniche, è legata all'insorgenza di complicanze a distanza da un precedente intervento chirurgico addominale e/o pelvico; i quadri clinici di più frequente riscontro sono i seguenti:

- dolore addominale cronico ^{8,9};
- disfunzioni viscerali;

TABELLA II – Classificazione delle aderenze addominali postoperatorie.

Tipologia	Sede più frequente		Gradi (sec. Luciano)	Sede 1° intervento
- post-chirurgiche - patologiche (stenosi) - spontanee	<i>Quadrante addominale:</i> - inferiore destro - inferiore sinistro - superiore destro - superiore sinistro	MEMBRANOSE	1° GRADO delicate, avascolari	• Crasso • Retto • Appendice • Pelvi
			2° GRADO spesse, avascolari	
		FIBROSE	3° grado estese, vascolarizzate	

– occlusione intestinale: aderenze post-chirurgiche ne sono la causa principale nel tenue (70-80% dei casi); l'intervento è associato ad accresciuta morbilità e mortalità³;

– sterilità femminile: aderenze postoperatorie incidono per il 15-20%.

Prevenzione e Trattamento - Ai fini della prevenzione dell'insorgenza di aderenze addominali e delle complicanze ad esse correlate, sono indicati alcuni accorgimenti di tecnica chirurgica:

– manipolazione delicata dei tessuti;

– lisi di aderenze prudente e paziente, con forbici delicate o per via smussa dove possibile, con impegno graduale in procedure di difficoltà crescente: *step by step procedure*;

– la lisi dovrebbe essere completa: liberazione totale delle aderenze parietali, dell'omento, delle anse intestinali con relativi mesi;

– le zone di speritoneizzazione devono essere sempre riparate (sutura o resezione);

– alla fine di ogni intervento è utile il lavaggio della cavità peritoneale con soluzione fisiologica tiepida (1-3 l) per allontanare sangue, coaguli e contenuto intestinale. L'utilizzo di metodiche laparoscopiche sembra aver ridotto l'incidenza della formazione di aderenze intraperitoneali con secondaria riduzione degli interventi chirurgici per adesiolisi¹⁰⁻¹⁴ e comunque, dopo interventi di chirurgia laparoscopica, le aderenze sono più sottili e meno tenaci rispetto a quelle secondarie a chirurgia open⁵.

DOLORE ADDOMINALE CRONICO

Il dolore addominale cronico, di varia intensità e localizzato in uno o più quadranti addominali, induce al costante quanto inutile ricorso ad antispastici; frequentemente si associano altri sintomi (vomito, meteorismo, stipsi, episodi subocclusivi), tanto che è più corretta la definizione di *sindrome del dolore addominale cronico* per questo quadro clinico che, sebbene correlato a patologie benigne, risulta comunque invalidante.

Caso clinico 1: Episodi recidivanti di occlusione intestinale

C.B., donna di 39 anni, nel febbraio 2003 si ricovera per dolori addominali cronici con periodiche riacutizzazioni; tra i precedenti anamnestici spiccano:

– nel giugno 1999 ricovero d'urgenza per "emoperitoneo da rottura di gravidanza tubarica sinistra" trattata con "annessiectomia sinistra", il decorso fu regolare e la paziente venne dimessa in 5^a giornata postoperatoria;

– nel maggio 2000: ricovero per "episodi recidivanti di colica addominale, subocclusione intestinale e dimagrimento" trattati mediante "adesiolisi laparoscopica";

– nel marzo 2001: ricovero per saltuari episodi subocclusivi, epigastralgia e pirosi gastrica resistenti alla terapia medica; nel corso dello stesso viene sottoposta a "videolaparofunduplicatio sec. Nissen-Rossetti e adesiolisi";

– nel luglio 2002: ospedalizzata per "grave metrorragia da fibromatosi uterina con numerose cisti ovariche" è sottoposta ad "utero-annessiectomia destra con lisi preventiva di numerose aderenze visceroparietali, enteroenteriche e tra anse intestinali ed utero".

Le indagini cliniche escludono patologie organiche associate. Alla luce della storia clinica complessiva si opta per il trattamento di attesa medico-dietetico con buoni risultati.

Il caso clinico induce ad alcune *CONSIDERAZIONI*:

– pur trattandosi di patologia benigna, i suoi esiti hanno costretto a ripetuti ricoveri;

– ne consegue una qualità della vita scadente in rapporto all'età (39 anni);

– parziale successo dell'adesiolisi laparoscopica: la laparoscopia sebbene riduca la formazione di aderenze postoperatorie, non sembra in grado di eliminarne completamente la formazione;

– utilità nel posizionamento di barriere intraperitoneali (tipo Seprafilm®) in corso di adesiolisi laparoscopica allo scopo di incrementare i buoni risultati della laparoscopia.

OCCLUSIONE INTESTINALE MECCANICA

L'intervallo tra primo intervento chirurgico e ricovero per ostruzione da sindrome aderenziale post-operatoria è

variabile da 2 settimane a 30 anni (range 2-17 mesi). L'occlusione intestinale dell'intestino tenue rappresenta la più grave complicanza legata alla presenza di aderenze peritoneali e presenta una mortalità globale del 10% circa che aumenta sino al 20-75% in casi di ostruzione con strozzamento¹⁵⁻¹⁶.

Alcuni Autori sottolineano l'importanza di un intervento chirurgico precoce in ogni caso di occlusione, in rapporto alla possibile insorgenza di gravi complicanze (sepsi) legate al ritardo del trattamento chirurgico¹⁷⁻¹⁹. Il trattamento conservativo è proponibile solo nei casi in cui si sospetta ostruzione incompleta: ripetuti episodi di ostruzione parziale, ostruzione parziale successiva a episodio di peritonite diffusa, recente ostruzione incompleta postoperatoria^{20,21}.

La percentuale di ricoveri per ostruzione intestinale del tenue da aderenze seguiti da trattamento conservativo con risultato positivo è del 20-60%^{20,22,23}.

Per i casi di occlusione del tenue che non rispondono al trattamento medico si impone l'approccio chirurgico, che purtroppo non si dimostra risolutivo per il problema aderenze.

L'intervento laparoscopico è proponibile nel 50-82% dei casi, dà adito a minor formazione di aderenze, permette degenze più brevi, ma espone al maggior rischio di complicanze intraoperatorie e può richiedere conversione laparotomica per il verificarsi di perforazione intestinale o di aderenze troppo estese^{24,25}.

Le procedure "open" possono essere gravate da importanti sequele: estese resezioni intestinali "riparative" di profonde e talora multiple zone di speritoneizzazione con associata sofferenza vascolare in corso di adesiolisi, possono determinare diarrea di difficile trattamento con conseguente malassorbimento; peritoniti e fistole stercoracee secondarie a microperforazioni o a punti di devascularizzazione di difficile riconoscimento intraoperatorio rappresentano complicanze gravi, talvolta fatali se non tempestivamente riconosciute e trattate.

Si tratta di importanti sequele che, "accettabili" in reinterventi per patologie oncologiche, devono spingere alla massima prudenza e rigore nelle indicazioni in corso di patologie benigne (bilancio rischi post-chirurgici / benefici).

Una precisa valutazione complessiva preoperatoria del quadro clinico e del paziente deve precedere ogni decisione operatoria.

L'indicazione all'intervento chirurgico, al di là dei casi di urgenza, va posta in maniera rigorosa, restringendo il numero di pazienti candidati all'intervento.

Infine, il paziente deve essere dettagliatamente informato sulle difficoltà che possono insorgere nel corso dell'intervento e delle possibili complicanze e sequele.

Caso clinico 2 - Occlusione meccanica dell'intestino tenue
M.G., donna di 57 anni viene ricoverata d'urgenza il 10.10.2003 per l'improvvisa comparsa notturna di dolori crampiformi epi- e meso-gastrici con nausea non segui-



Fig. 1.

ta da vomito. Alvo chiuso a feci e gas. All'esplorazione rettale: ampolla vuota.

APR: intervento chirurgico all'età di 25 anni per "emoperitoneo da rottura di gravidanza tubarica destra" per il quale fu sottoposta ad annessiectomia destra.

Alla radiografia diretta dell'addome effettuata all'ingresso si evidenziava: distensione gassosa delle anse del tenue, scarso meteorismo colico; non erano presenti livelli idroaerei né aria libera in addome. Il controllo dell'11.10.03, mostrava: sovradistensione gassosa delle anse del tenue con scarso meteorismo colico e presenza di livelli idroaerei (Fig. 1). Il quadro radiologico nel controllo successivo (12.10.03), evidenziava segni di peggioramento con presenza di: distensione delle anse del tenue, numerosi livelli idroaerei, grossolano livello idroaereo del colon ascendente con distensione del colon trasverso e discendente, assenza di aria nel sigma-retto (Fig. 2).

La TAC urgente dell'addome (12.10.03) rilevava a carico del fegato numerose formazioni ipodense a margini netti; milza, pancreas, reni ed organi pelvici apparivano nella norma; non erano presenti versamento libero in addome né adenopatie sottodiaframmatiche (Fig. 3).

Il quadro clinico, stabile per quanto riguarda la distensione addominale e l'entità e localizzazione del dolore, mostrava segni di peggioramento per il repentino incremento dell'output dal sondino naso-gastrico: dalle iniziali tracce si passa a 25 ml/h.

Pertanto la paziente veniva sottoposta il 12.10.03 ad



Fig. 2.



Fig. 3.

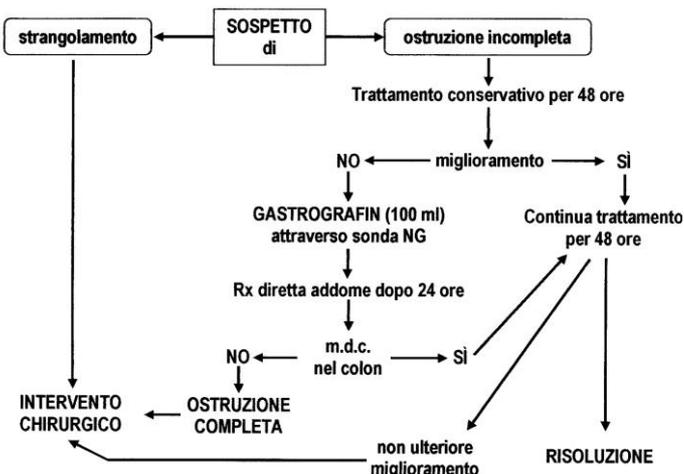
intervento chirurgico. Alla laparotomia, dopo adesiolisi, si evidenziava volvolo del tenue distale con sofferenza ischemica degli ultimi 40-60 cm di ileo distale, emendato con resezione ileo-ciecale e anastomosi ileo-colica TL meccanica.

Il decorso postoperatorio era complicato da parziale suppurazione della ferita laparotomica; la dimissione avveniva in 12^a giornata post-chirurgica.

A commento del caso clinico è possibile fare alcune *CONSIDERAZIONI*:

- il timing dell'intervento chirurgico è una scelta difficile nella pratica clinica in quanto il quadro clinico, i dati di laboratorio e gli esami strumentali possono evidenziare aspetti di interpretazione non univoca, a volte contraddittori;
- il periodo di "attesa chirurgica", in assenza di chiari segni di strangolamento, non deve comunque superare le 48 ore;
- l'output del sondino naso-gastrico è elemento importante di assoluto valore nel sospetto di occlusione completa del tenue;
- non è prudente eccedere coi tentativi di rivitalizzare l'ansa ischemica: la resezione del tenue è opzione a basso rischio se confrontata alle gravi conseguenze di lasciare in situ un'ansa non del tutto vitale (perforazione a distanza con conseguente peritonite e sepsi) (Tab. III).

TABELLA III - *Ostruzione del tenue da aderenze peritoneali: algoritmo diagnostico-terapeutico*



Caso clinico 3 - Occlusione incompleta dell'intestino tenue L.M., donna di 75 anni, viene ospedalizzata d'urgenza il 23.10.2003 per dolori crampiformi mesogastrici; alvo aperto ai gas, ma non alle feci; all'esplorazione rettale: ampolla vuota.

APR: interventi chirurgici di appendicectomia all'età di 35 anni e di isteroannessiectomia bilaterale per carcinoma del collo uterino a 69 anni, seguito da radioterapia adiuvante.

Alla Rx diretta addome eseguita all'ingresso sono evidenti livelli idroaerei in fossa iliaca destra con scarso meteorismo colico (Fig. 4). Il controllo del giorno seguente



Fig. 4.

mostra miglioramento del quadro radiologico (“alcuni livelli idroaerei” e “presenza di gas nel colon”) (Fig. 5). Nei giorni seguenti il quadro clinico-radiologico migliora sensibilmente, tanto da permettere la dimissione con terapia medico-dietetica a quattro giorni dal ricovero.

Dall'analisi del caso clinico scaturiscono le seguenti *CONSIDERAZIONI*:

- non va trascurato il dato anamnestico di trattamento radioterapico che aumenta l'incidenza di aderenze e di episodi di subocclusione intestinale;
- il trattamento medico ha permesso in tempi brevi un miglioramento del quadro clinico, per cui, al momento, non si poneva alcuna indicazione chirurgica.

2. RECIDIVA NEOPLASTICA

La difficoltà nella diagnosi precoce deriva dal fatto che la comparsa di sintomi e segni è per lo più tardiva, mentre la fase iniziale, in cui la recidiva è ancora molto circoscritta, è sempre asintomatica.



Fig. 5.

RECIDIVA LOCALE DI TUMORE GIÀ TRATTATO CON CRITERI DI RADICALITÀ ONCOLOGICA

La recidiva locale – ovvero la ripresa della crescita neoplastica nell'area del primitivo intervento – è più frequente dopo exeresi del retto che non dopo intervento per cancro del colon; essa si manifesta nella maggior parte dei casi dopo 1-2,5 anni dall'intervento exeretico. Il processo neoplastico può manifestare accrescimento espansivo o infiltrativo; non di rado nel momento in cui si fa sintomatico già coinvolge estesamente le strutture circostanti all'intestino.

Caso clinico 4 - Occlusione colica da recidiva neoplastica S.M., uomo di 68 anni, operato di emicolectomia sinistra per adenocarcinoma del sigma nel 1997, si ricovera nell'agosto 2001 per la presenza di una tumefazione dolente in regione inguino-addominale sinistra; lamenta febbricola, stipsi e riferisce episodi di subocclusione intestinale.

Al momento del ricovero alvo chiuso a feci e gas da due giorni.

La TAC addome evidenzia una massa in fossa iliaca sinistra, a livello dell'anastomosi colo-rettale, che substenozizza il lume intestinale ed infiltra la parete addominale, da riferirsi a recidiva neoplastica (Fig. 6).

L'intervento chirurgico (22.08.01) conferma la presenza di recidiva neoplastica in sede di anastomosi, che coinvolge anse del tenue ed infiltra la parete addominale e

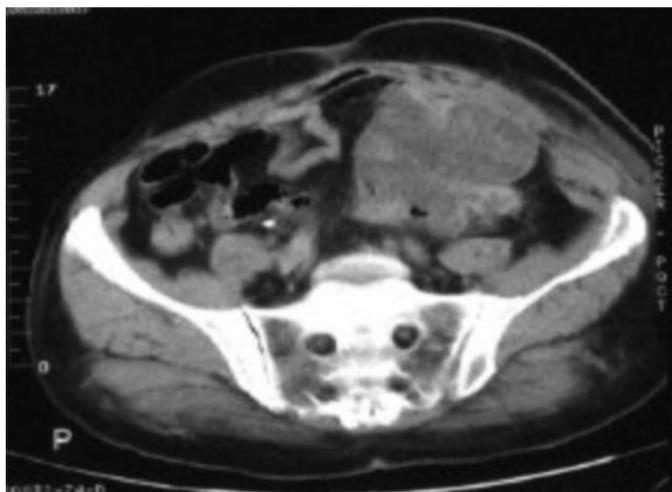


Fig. 6.

viene emendata mediante resezione in blocco della recidiva (proc. di Hartmann), resezione di necessità di tenue (40 cm) e rimozione del tessuto neoplastico a livello di parete addominale. Il decorso è regolare e la dimissione ha luogo in 17^a giornata postoperatoria.

A circa un mese dall'intervento (20.09.01) il paziente torna a ricovero per *febbre* refrattaria alla terapia antibiotica, *anoressia* ed *anemizzazione*.

La TAC addome rileva una raccolta ascessuale a carico della parete addominale destra ed una raccolta pelvica sinistra di minori dimensioni (Fig. 7).

All'intervento chirurgico (03.10.2001) appaiono evidenti tenaci aderenze tra le anse ileo-coliche e soprattutto tra queste e le due raccolte ascessuali; si procede ad adesiolisi e resezione ileale di necessità (60 cm).

Nel decorso postoperatorio l'alvo assume carattere diarroico con riduzione progressiva fino ad un massimo di a 3-4 scariche giornaliere.

Il paziente, dimesso, si sottopone a chemioterapia adiuvante ed è, attualmente, libero da malattia.

CARCINOSI PERITONEALE

La carcinosi peritoneale rappresenta una delle cause di morte dei pazienti affetti da tumori addominali ed è stata considerata per lungo tempo una manifestazione incurabile della malattia neoplastica.

Attualmente l'atteggiamento è mutato e vengono proposti interventi citoriduttivi: peritonectomia con asportazione in blocco delle localizzazioni metastatiche (peritoneo, visceri e strutture coinvolte), realizzando spesso resezioni multiviscerali.

Dal momento che la chirurgia citoriduttiva lascia in sede residui di malattia, al tempo chirurgico viene associato un trattamento chemioterapico intraperitoneale in ipertermia (*chemioipertermia intraperitoneale*).

Nell'ambito delle recidive neoplastiche la carcinosi può determinare l'insorgenza di quadri occlusivi intestinali soprattutto per angolazioni delle anse del tenue fra di loro o con il peritoneo parietale determinando quadri

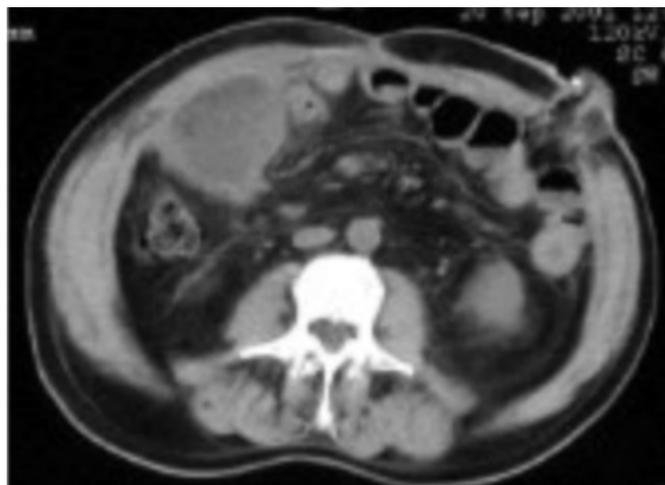


Fig. 7.

ostruttivi gravi e di difficile trattamento a causa della multifocalità della malattia.

Caso clinico 5 - Occlusione intestinale da carcinosi peritoneale D.M., donna di 72 anni, si ricoverava d'urgenza il 12.03.01 per occlusione intestinale e proctorragia. In anamnesi spiccavano:

- isteroannessiectomia bilaterale seguita da chemioterapia per carcinoma ovarico (stadio IIIc), nel 1998;
- ricovero d'urgenza nel gennaio 2000 per "peritonite da duplice perforazione digiunale" a ridosso dell'angolo duodeno-digiunale di Treitz emendata con recentazione e rafia delle due soluzioni di continuo, lavaggio e drenaggio del cavo addominale. L'esame istologico dei margini recentati, rilevò sofferenza ischemica tessutale legata probabilmente alla chemioterapia effettuata.

La Rx diretta dell'addome all'ingresso in reparto evidenziava la presenza di livelli idroaerei (Fig. 8).

L'endoscopia rivelava una infiltrazione del retto che all'esame TAC appariva essere parte di una più ampia massa riferibile a recidiva pelvica di malattia neoplastica.

All'intervento chirurgico (13.03.2001) si evidenziano tenaci aderenze tra le anse intestinali (verosimile esito della precedente peritonite) che determinavano occlusione a carico del tenue. All'adesiolisi seguivano: resezione ileale di necessità (70 cm), exeresi della recidiva neoplastica pelvica del sigma-retto (procedura di Hartmann) e peritonectomia pelvica; resezione segmentaria di tratto infiltrato dell'uretere destro (resezione anastomosi ureterale e posizionamento di stent).

Dimissione in 8^a giornata post-chirurgica.

Nel settembre 2001 la paziente era costretta ad ulteriore ricovero per occlusione intestinale da aderenze postoperatorie (la TAC escludeva recidive neoplastiche) (Figg. 9 e 10).

L'intervento chirurgico d'urgenza comportava nuovamente una resezione di necessità dell'intestino tenue.

Il decorso postoperatorio era complicato da insufficienza cardiorespiratoria acuta con exitus della paziente.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.

3. LAPAROCELE POSTOPERATORIO

Episodi di occlusione intestinale da intasamento, strozzamento, torsione di anse ileali, infarcimento del grande omento, possono complicare il laparocele con indicazione ad un intervento chirurgico d'urgenza nel 5-15% dei casi ²⁶⁻²⁹.

Un problema spesso non considerato è rappresentato dalla possibile associazione tra laparocele ed un'altra patologia (incidenza 1-10%) ^{26,30}.

Tra le patologie associate che possono essere misconosciute durante un intervento chirurgico per plastica parietale, in quanto si attribuisce la condizione occlusiva al laparocele, ricordiamo le briglie aderenziali legate al precedente intervento (possono determinare volvolo ileale incompleto) e le neoplasie.

In presenza di patologie addominali associate, il principale fattore che determina la scelta del trattamento chirurgico del laparocele è rappresentato dall'eventuale presenza di rischio settico e dalla possibilità di ricostruzione dello strato peritoneale.

Discussione

L'esperienza personale riportata ben illustra la multiforme realtà delle urgenze addominali espressione di sequele post-chirurgiche.

Molti fattori entrano in gioco nella genesi del quadro clinico: patologia iniziale e sue complicanze a distanza; condizioni misconosciute all'atto del primo intervento, sviluppatasi indipendentemente o interagenti con gli esiti dello stesso.

Quadri clinici complessi, non di rado a genesi multifat-

toriale, creano frequenti difficoltà di inquadramento diagnostico ed orientamento terapeutico.

Ma nei reinterventi a distanza nell'ambito della chirurgia addominale mortalità e morbilità postoperatoria sono elevate.

È quindi essenziale l'individuazione di fattori prognostici sfavorevoli quali: interventi pregressi (numero, sede, natura della lesione, epoca, tipo di outcome dell'intervento precedente), età avanzata, presentazione clinica in urgenza, trattamenti adiuvanti, esperienza dell'operatore. Questo permetterà di indirizzare l'approccio diagnostico verso un sicuro accertamento preoperatorio delle cause del quadro acuto in esame, dando la possibilità di operare scelte terapeutiche calibrate ed efficaci in rapporto all'entità ed alla tipologia del problema in atto.

Conclusioni

In conclusione allo stato attuale, in estrema sintesi, emerge che:

- esistono pochi studi clinici sui risultati dei reinterventi addominali d'urgenza eseguiti a distanza (follow-up);
- mancano criteri per definire la gravità della patologia in atto e delle sue complicanze per orientare in modo univoco la scelta terapeutica;
- patologie addominali causali e aderenze sono spesso associate, pertanto è necessaria una diagnosi preoperatoria certa.

Riassunto

Gli Autori, alla luce di una revisione della Letteratura e della propria esperienza nell'urgenza, affrontano il tema dei reinterventi in chirurgia addominale a distanza (interventi eseguiti ad almeno 30 giorni dal primo atto chirurgico), una realtà controversa, per la quale persiste un atteggiamento prevalentemente empirico nell'approccio diagnostico e terapeutico.

Benché si tratti di eventi non infrequenti nell'esperienza del chirurgo, pochi studi clinici sono stati condotti in materia: mancano, pertanto, criteri univoci per definire la gravità della patologia in atto e delle sue complicanze, non di rado si presentano come quadri complessi nei quali può risultare difficile – se non impossibile – la diagnosi preoperatoria certa, ovvero discernere se siano ascrivibili a patologie preesistenti o a complicanze di quella causale del precedente intervento.

Infine il tempo trascorso dalla procedura chirurgica iniziale, la presentazione come quadro d'urgenza, la scelta del paziente di rivolgersi ad altro chirurgo, possono creare ulteriori difficoltà di ricostruzione della storia clinica e di revisione dell'attività operatoria.

Vengono esaminati i quadri clinici di più frequente riscontro: sindrome aderenziale post-operatoria, recidiva neoplastica e laparocèle postoperatorio.

Dalla discussione emergono alcune considerazioni: la necessità di distinguere i problemi legati alla malattia precedentemente trattata rispetto a quelli successivi all'intervento; in caso di recidiva di patologia neoplastica il ruolo della chirurgia è quello di inquadrarla, nell'ambito dei *trattamenti multimodali*; mortalità e morbilità di un secondo intervento chirurgico non equivalgono alla somma di quelle patologie da trattare, ma si dimostrano superiori (sottostadiazione, di malattia nel preoperatorio). Si evidenzia, in conclusione, la necessità di una diagnosi preoperatoria tempestiva ed accurata per orientare in modo equivoco la scelta terapeutica.

Bibliografia

- 1) Galandiuk S, Gardner SA, Heintzelmann M: *Constituent analysis may permit improved diagnosis of intra-abdominal abscess*. Am J Surg, 1996; 171:335-39.
- 2) Luijendijk RW, de Lange DC, Wauters CC, Hop WC, Duron JJ, Pailler JL, Camprodon BR, Holmdahl L, van Geldorp HJ, Jeekel J: *Foreign material in postoperative adhesions*. Ann Surg, 1996; 223:242-48.
- 3) Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, Parker MC, Wilson MS, Menzies D: *Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study*. Lancet, 1999; 353:1476-480.
- 4) Weibel MA, Majno G: *Peritoneal adhesions and their relation to abdominal surgery. A postmortem study*. Am J Surg, 1973; 126:345-53.
- 5) Krahenbuhl L, Schafer M, Kuzinkovas V, Renzulli P, Baer HU, Buchler MW: *Experimental study of adhesion formation in open and laparoscopic fundoplication*. Br J Surg, 1998; 85:826-30.
- 6) Liakakos T, Thomakos N, Fine PM: *Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology and clinical significance. Recent advances in prevention and management*. Dig Surg, 2001; 18:260-73.
- 7) Luciano A, Diamond MP, Johns A, Dunn R, Young P: *Reduction of postoperative adhesions by NO-carboxymethylchitosan: a pilot study*. Fertil Steril, 2003; 80:631-635.
- 8) Freys SM, Fuchs KH, Heimbucher J, Thiede A: *Laparoscopic adhesiolysis*. Surg Endosc, 1994; 8:1202-207.
- 9) Mueller MD, Tschudi J, Herrmann U, Klaiber C: *An evaluation of laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain*. Surg Endosc, 1995; 9:802-4.
- 10) Lundorff P, Hahlin M, Kallfelt B, Thorburn J, Lindblom B: *Adhesion formation after laparoscopic surgery in tubal pregnancy: a randomized trial versus laparotomy*. Fertil Steril, 1991; 55:911-15.
- 11) Jorgensen JO, Gillies RB, Hunt DR, Caplehorn JR, Lumley T: *A simple and effective way to reduce postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy*. Aust N Z J Surg, 1995; 65:466-69.
- 12) Schafer M, Krahenbuhl HL, Buchler MW: *Comparison of adhesion formation in open and laparoscopic surgery*. Dig Surg, 1998; 15:148-52.
- 13) Schippers E, Tittel A, Ottinger A, Schumpelick V: *Laparoscopic versus laparotomy: comparison of adhesion-formation after bowel resection in a canine model*. Dig Surg, 1998; 15:145-47.

- 14) Ray NF, Denton WG, Thamer M: *Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the US in 1994*. J Am Coll Surg, 1998; 186:1-9.
- 15) Treutner KH, Bertram P, Lerch MM, Klimaszewski M: *Prevention of postoperative adhesions by single intraperitoneal medication*. J Surg Res, 1995; 59:764-71.
- 16) Jeekel H: *Cost implications of adhesions as highlighted in a European study*. Eur J Surg, Suppl, 1997; 579:4345.
- 17) Mucha P Jr: *Small intestinal obstruction*. Surg Clin North Am, 1987; 67:597-20.
- 18) Otamiri T, Siodahl R, Tageson C: *An experimental model for studying reversible intestinal ischemia*. Acta Chir Scand, 1987; 153:51-56.
- 19) Sosa J, Gardner B: *Management of patients diagnosed as acute intestinal obstruction secondary to adhesions*. Am Surg, 1993; 59:125-28.
- 20) Tanphiphat C, Chittmitrapap S, Prasopsunti K: *Adhesive small bowel obstruction. A review of 321 cases in a Thai hospital*. Am J Surg, 1987; 154:283-87.
- 21) Seror D, Feigin E, Szold A, Allweis TM, Carmon M, Nissan S, Freund HR: *How conservatively can postoperative small bowel obstruction be treated?* Am J Surg, 1993; 165:121-25.
- 22) Wolfson PJ, Bauer JJ, Gelernt IM, Kreel I, Aufses AH Jr: *Use of the long tube in the management of patients with small-intestinal obstruction due to adhesions*. Arch Surg, 1985; 120:1001-6.
- 23) Brolin RE, Krasna MJ, Mast BA: *Use of tubes and radiographs in the management of small bowel obstruction*. Ann Surg, 1987; 206:126-33.
- 24) Wullstein C, Gross E: *Laparoscopic compared with conventional treatment of acute adhesive small bowel obstruction*. Br J Surg, 2003; 90:1147-151.
- 25) Sato Y, Ido K, Kumagai M, Isoda N, Hozumi M, Nagamine N, Ono K, Sugano K: *Laparoscopic adhesiolysis for recurrent small bowel obstruction: long-term follow-up*. Gastrointest Endosc, 2001; 54:476-79.
- 26) Stoppa RE: *The treatment of complicated groin and incisional hernias*. World J Surg, 1989; 13:545-54.
- 27) Trivellini G: *Complicanze infettive precoci e tardive della protesi in chirurgia della parete addominale*. Atti 97° Congr. SIC, Trieste. Roma: Edizioni Luigi Pozzi, 1995; vol.2:373-77.
- 28) Biondi A, Gangi S: *L'impiego di protesi nel laparocoele complicato*. Atti SICUT, 1997; 29-39.
- 29) Trupka AW, Hallfeldt KK, Schmidbauer S, Schweiberer L: *Management of complicated incisional hernias with underlay-technique implanted polypropylene mesh. An effective technique in French hernia surgery*. Chirurg, 1998; 69:766-72.
- 30) Franklin ME, Dorman JP, Glass JL, Balli JE, Gonzales JJ: *Laparoscopic ventral and incisional hernia repair*. Surg Laparosc Endosc, 1998; 8:294-99.