

i supplementi di

tumori



— a Journal of Experimental and Clinical Oncology —

OFFICIAL JOURNAL OF
SOCIETÀ ITALIANA DI CANCEROLOGIA
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ONCOLOGIA MEDICA
SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA ONCOLOGICA AND
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

XXIX Congresso Nazionale SICO

**CHIRURGIA ONCOLOGICA OGGI
DALLA MINIINVASIVA ALLA MAXIINVASIVA**

Roma, 28-30 aprile 2005

**Volume 4, Number 3
May-June 2005**



Il Pensiero Scientifico Editore

RISOLUZIONE DELLE COMPLICANZE INTRAOPERATORIE NELLA CHIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPICA DEL COLON-RETTO

M Valle*, O Federici, N Moles, B De Rosa, A Garofalo

*UOC di Chirurgia Generale Oncologica, *UOS di Chirurgia Laparoscopica Avanzata, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma*

Summary. Intraoperative morbidity in the laparoscopic approach for colorectal surgery is 5.6%. We tried our experience in 4 out of 70 laparoscopic procedures. In 3 cases it was dealt with one missed estate of the suture of the rectal stump. Two of them were treated with new resection of the rectal stump using in one case the opening of the anastomosis. In 1 case of bleeding of a sacral vessel we practiced a service 6 cm Pfannenstiel incision of 6 cm to handle the hemorrhage. Intraoperative morbidity has not modified the course of the postoperative one.

Introduzione

La chirurgia videolaparoscopica coloretale espone a complicanze intraoperatorie secondo la letteratura nel 5,6% dei casi¹, dato che durante i primi anni dell'uso di questa metodica il chirurgo era spinto alla riconversione. L'esperienza maturata ha permesso la risoluzione laparoscopica delle problematiche più frequenti.

Materiali e metodi

Abbiamo preso in esame gli ultimi 70 casi di neoplasie coloretali operati presso la nostra UOC di Chirurgia Oncologica con tecnica videolaparoscopica. Sono stati tutti effettuati con 3 trocar, il primo open estrapolando le complicanze intraoperatorie e valutandone le cause, le soluzioni e i risultati ottenuti.

Non sono state osservate lesioni vascolari né perforazioni di organi cavi. Abbiamo osservato 3 casi (4,2%) di mancata tenuta dell'affondamento del moncone rettale e un sanguinamento intraoperatorio da lesione di un vaso presacrale, dovuto a mancata visualizzazione della punta del bisturi armonico durante la dissezione del mesoretto (1,4%). In nessun caso è stata necessaria la riconversione. In 2 dei 3 casi di deiscenza i.o. del moncone rettale è stata effettuata una riresezione con endogia 45 e cartuccia per tessuti spessi (verde) seguita da anastomosi interna sec. Knigh Griffen. In un caso, trattandosi di una deiscenza di pochi millimetri sulla linea di sutura, abbiamo utilizzato la breccia per effettuare l'anastomosi terminale con EEA 29. Tutti gli interventi sono stati effettuati con incisione di servizio sul trocar in fossa iliaca dx. Nella le-

sione del vaso presacrale abbiamo effettuato un'incisione di servizio in sede sovrapubica di circa 6 cm e con l'ausilio del lap disk siamo riusciti a coagulare con pinza vls bipolare il vaso sanguinante e completare l'anastomosi con danno estetico minimo. Non sono state osservate ulteriori complicanze postoperatorie legate alla procedura e tutti i pazienti sono stati dimessi in ottava giornata, canalizzati già in terza.

Discussione

La causa della mancata tenuta dell'affondamento rettale con endo-GIA è da ascrivere a due diverse possibili cause: errata scelta della cartuccia dell'endogia relativamente allo spessore del viscere da suturare o incompleta preparazione del grasso perirettale durante la dissezione. Nei casi da noi osservati era stata effettuata una resezione completa del mesoretto con anastomosi bassa, quindi la deiscenza intraoperatoria era dovuta all'utilizzo di una cartuccia non idonea, infatti la riresezione con cartuccia verde che permette la sutura di spessori maggiori ha avuto successo. Appare chiaro come la riresezione in questi casi implichi un abbassamento del piano anastomotico con maggior rischio di leakage dell'anastomosi, peraltro non osservata nei nostri casi.

La lesione del vaso venoso presacrale vede come causa le eccessive dimensioni della massa neoplastica rispetto allo scavo pelvico del paziente, che in alcuni casi non permette una completa visualizzazione della regione presacrale sinistra; il nostro errore, in questo caso, è stato candidare il paziente ad un intervento per via laparoscopica e non open. Crediamo, infatti, che l'unica controindicazione alla chirurgia laparoscopica del retto sia legata alle dimensioni della massa in rapporto allo scavo pelvico del paziente, cosa che espone a difficoltà tecniche notevoli nella dissezione del mesoretto, che deve in tutti i casi essere asportato completamente per effettuare un intervento oncologicamente valido e sovrapponibile alla tecnica open.

Bibliografia di riferimento

Rose J, Schneider C, Yildirim C, Geers P, Scheidbach H, Köckerling F: Complications in laparoscopic colorectal surgery: results of a multicentre trial. *Tech Coloproctol*, 8 (Suppl 1): S25-S28, 2004.