

*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

## TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DELLE NEOPLASIE PANCREATICHE DEL CORPO CODA: APPUNTI DI TECNICA

**M Valle\*, O Federici, F Corona, N Moles, F Cavaliere, A Garofalo**

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

**Summary.** The authors report a new approach to pancreatic laparoscopic body end tail that allows resection for neoplastic disease. This procedure permits en bloc resection using endogia 45 without preventive dissection of splenic vessels.

### Introduzione

La chirurgia videolaparoscopica negli ultimi anni ha approcciato dopo varie esperienze pionieristiche la chirurgia pancreatica, che è sempre stata per il chirurgo un punto di arrivo. Pochissimi ancor oggi i centri in cui viene effettuata routinariamente e ancor meno quelli che utilizzano la metodica nelle neoplasie della porzione cefalica<sup>1</sup>.

Un primo passo verso l'approccio laparoscopico al pancreas neoplastico sono le resezioni delle neoplasie del corpo coda con o senza splenectomia<sup>2</sup>. Riportiamo alcune modifiche alla tecnica classica di splenopancreasectomia corpo caudale attuate negli ultimi 3 casi da noi trattati, ritenendo che possano incrementare l'utilizzo della via laparoscopica in questa chirurgia.

### Materiali e metodi

Lo strumentario necessario è quello base della laparoscopia, corredato da bisturi armonico ed endogia articolabili con punti vascolari.

La via d'accesso è a tre trocar da 10 mm, con il primo posizionato con tecnica open e disposti in linea a circa 3 cm dall'arcata costale sin. La posizione del paziente sul tavolo operatorio è sul fianco dx con torsione del busto di circa 30°. Si procede all'apertura della retrocavità e, verificata la regione istmica nonché l'assenza di interessamento dei vasi mesenterici mediante ecografia con sonda, si procede con la dissezione del margine superiore ed inferiore del pancreas dopo aver mobilizzato il legamento splenocolico. La mobilizzazione della milza viene effettuata solo dopo completa dissezione pancreatica e non vengono effettuate legature vascolari preventive. Solo dopo legatura dei vasi brevi viene liberato il legamento spleno diaframmatico. Completamente mobilizzata la milza, viene ribaltata da sinistra a destra insieme al corpo coda pancreas sede della neoplasia. Si procede quindi alla dissezione in blocco al di sotto dei vasi splenici fino all'asse mesenterico. Ultimo tempo è la sezione e sutura in blocco dell'istmo pancreatico con endogia 45 articolabile comprendendo nella sutura i vasi splenici. L'intervento termina con il posizionamento di un dre-

naggio tipo "black drain" in loggia. Durata media della procedura 120', compresa in un range di 75'-150'.

### Risultati

Abbiamo trattato con la tecnica descritta gli ultimi 3 casi di neoplasia pancreatica corpocaudale giunti alla nostra osservazione. Non abbiamo osservato complicanze intra e postoperatorie. Il drenaggio della loggia è stato rimosso in tutti i casi dopo controllo ecografico in terza giornata e i pazienti sono stati dimessi in sesta. Sono stati somministrati antidolorifici soltanto in prima giornata. L'alimentazione è stata ripresa in terza giornata. A un follow-up postoperatorio da 3 a 12 mesi non abbiamo osservato complicanze relative alla metodica né riprese di malattia.

### Discussione

L'uso dell'endogia vascolare permette la sutura della trancia pancreatica insieme ai vasi splenici che, essendo disposti su due piani diversi (l'arteria al margine superiore e la vena al margine inferiore) pur essendo suturati con la stessa suturatrice, non vengono a contatto tra loro evitando possibili fistolizzazioni. La metodica è indicata nelle neoplasie corpo caudali anche di dimensioni notevoli. È nostra esperienza un insulino-ma con diametro di 9 cm<sup>3,4</sup>. Il controllo ecotomografico intraoperatorio è indispensabile per stabilire l'estraneità dell'asse mesenterico con la neoplasia ed evidenziare eventuali dilatazioni del dotto pancreatico a monte, che potrebbero essere il sintomo di un'ostruzione allo sbocco tale da inficiare la metodica con formazioni di fistole postoperatorie.

### Bibliografia

1. Milone L, Turner P, Gagner M: Laparoscopic surgery for pancreatic tumors, an uptake. *Minerva Chir*, 59: 165-167, 2004.
2. Edwin B, Mala T, Mathisen O, Gladhaug I, Buanes T, Lunde OC, Soreide O, Bergan A, Fosse E: Laparoscopic resection of the pancreas: a feasibility study of the short-term outcome. *Surg Endosc*, 18: 407-411, 2004.
3. Park A, Adralis GL: Laparoscopic approach to pancreatic disease. *J Long Term Eff Med Implants*, 14: 13-22, 2004.
4. Ayav A, Bresler L, Brunaud L, Boissel P, SFCL (Societe Francaise de Chirurgie Laparoscopique), AFCE (Association Francophone de Chirurgie Endocrinienne): Laparoscopic approach for solitary insulino-ma: a multicentre study. *Langenbecks Arch Surg*, Epub Dec 18, 2004.