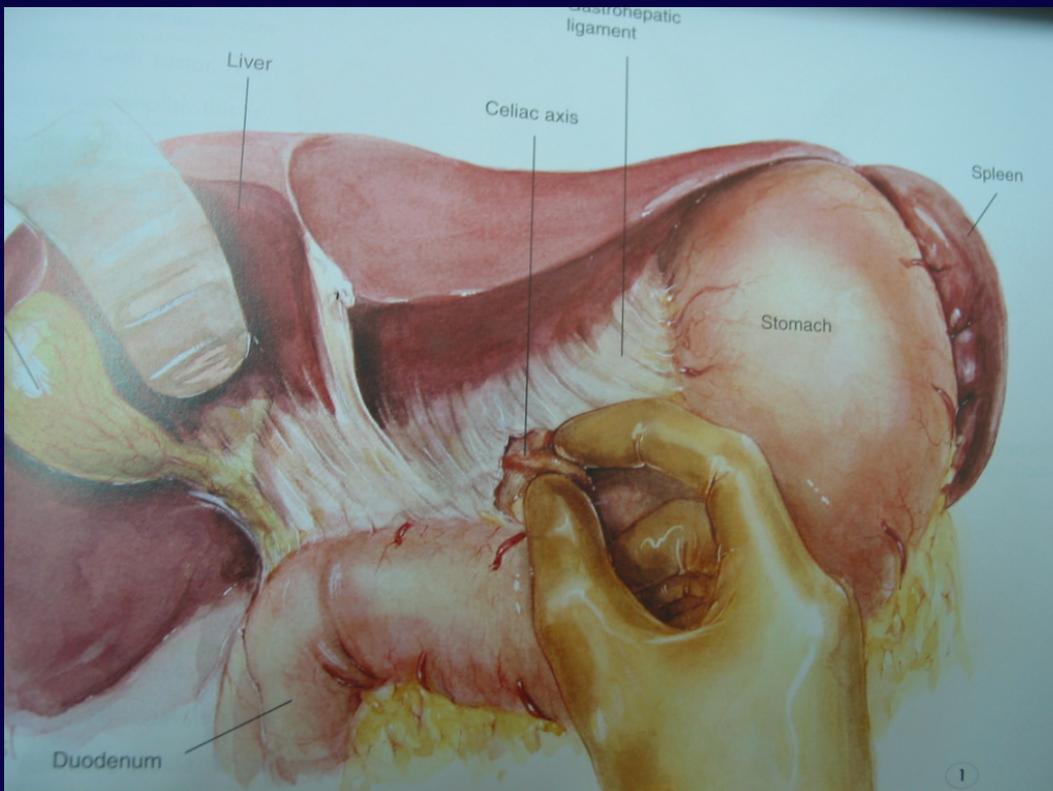
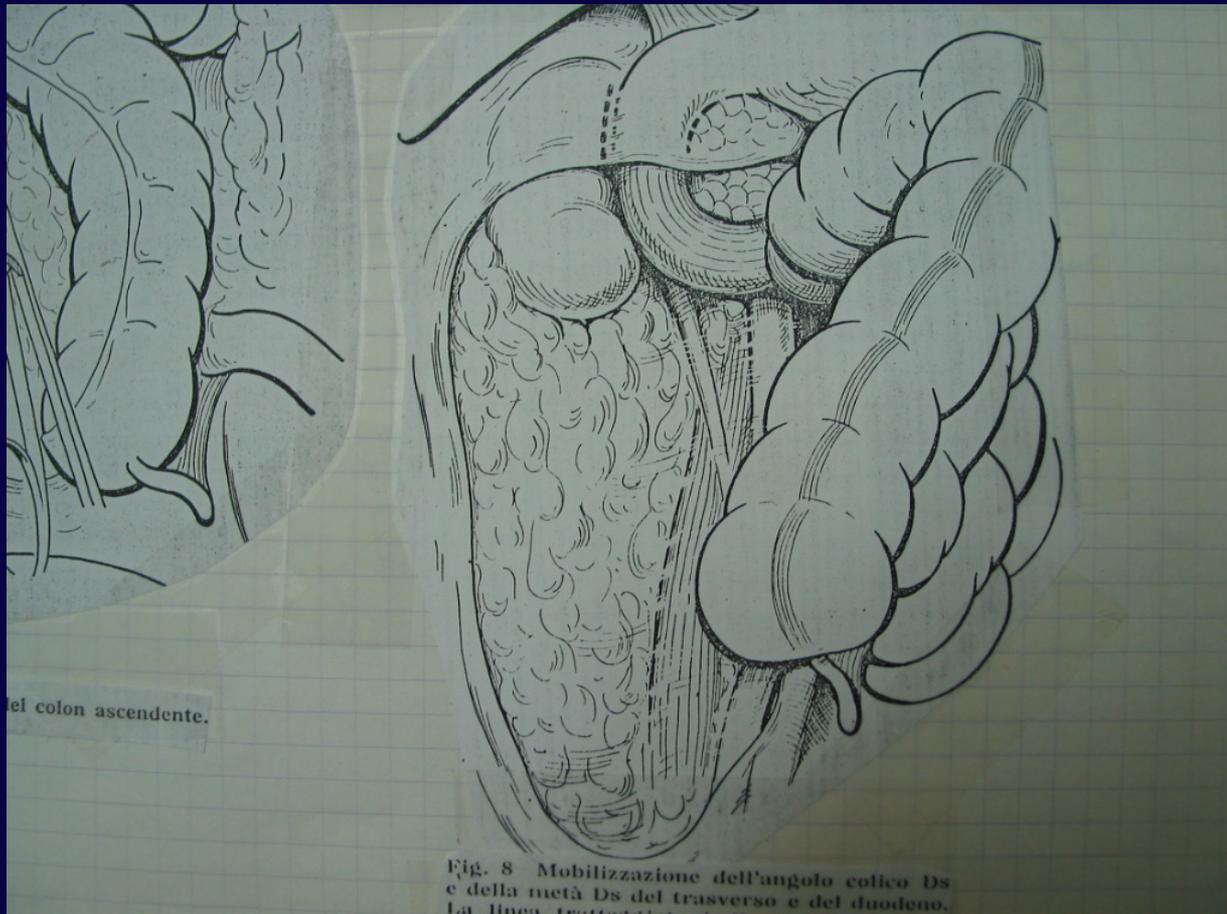


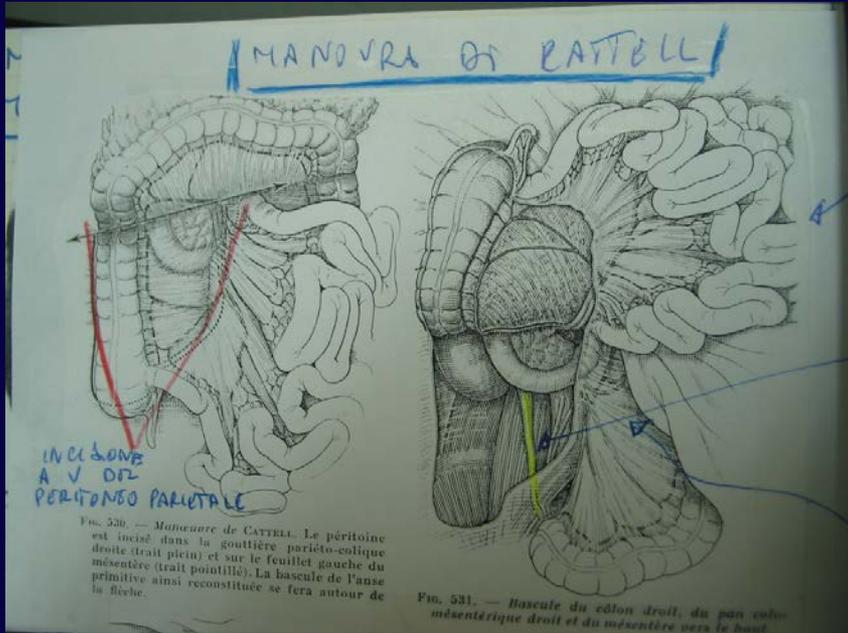
Duodenocefalopancreasectomia: I° tempo: esplorativo



II° tempo: abbattimento flessura colica dx e manovra di Kocher



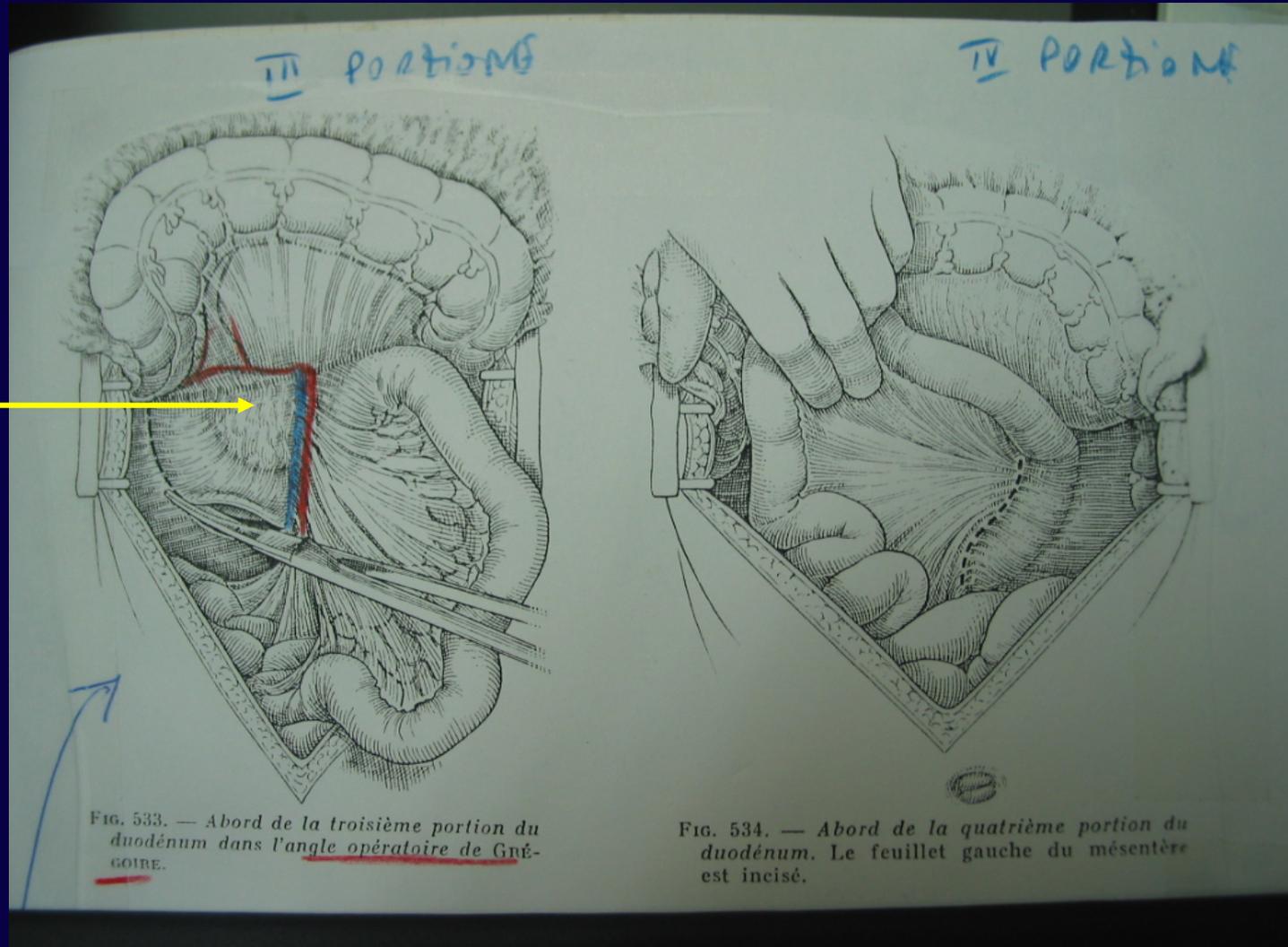
La manovra di Cattell, anzicchè abbattere la flessura colica destra mobilizza verso l'alto il ceco e l'ascendente (derotazione intestinale)



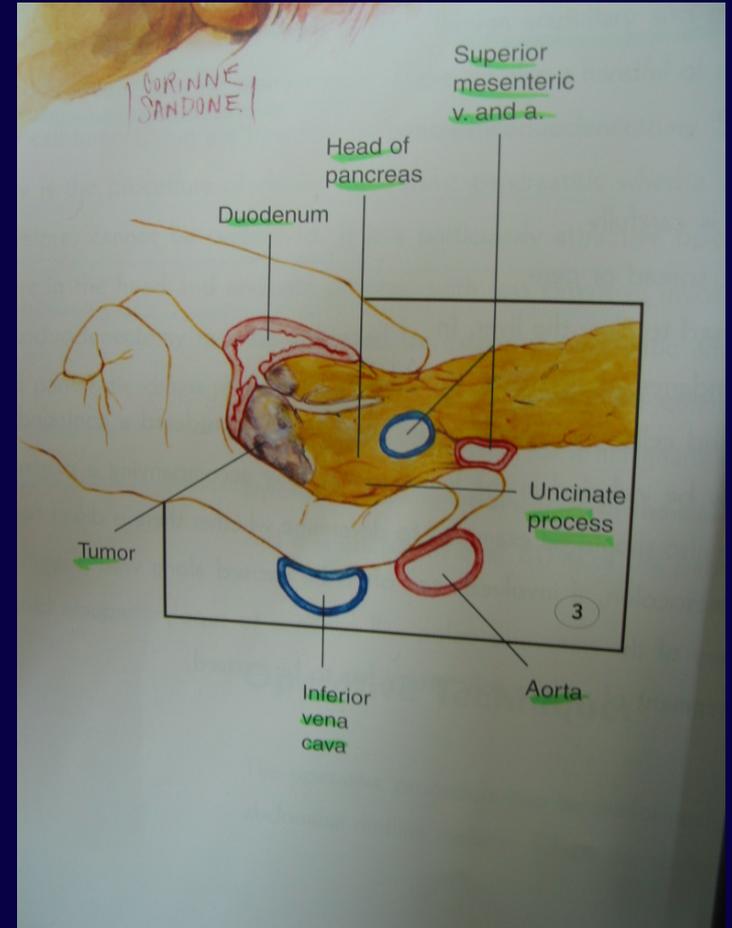
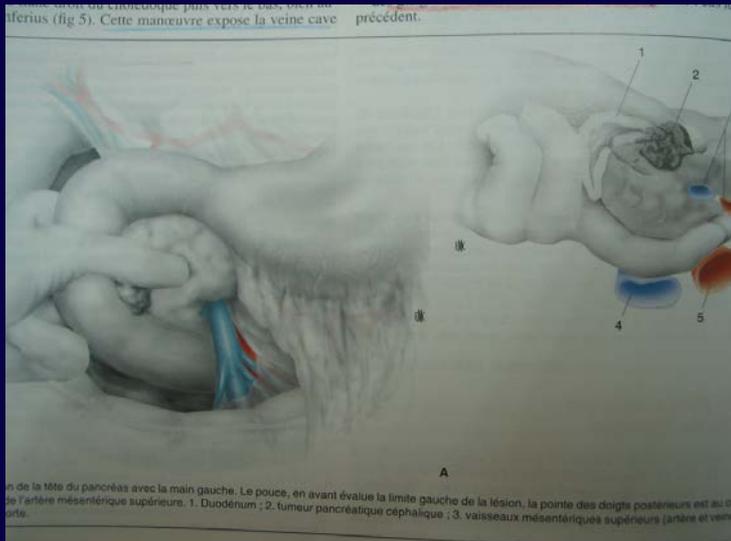
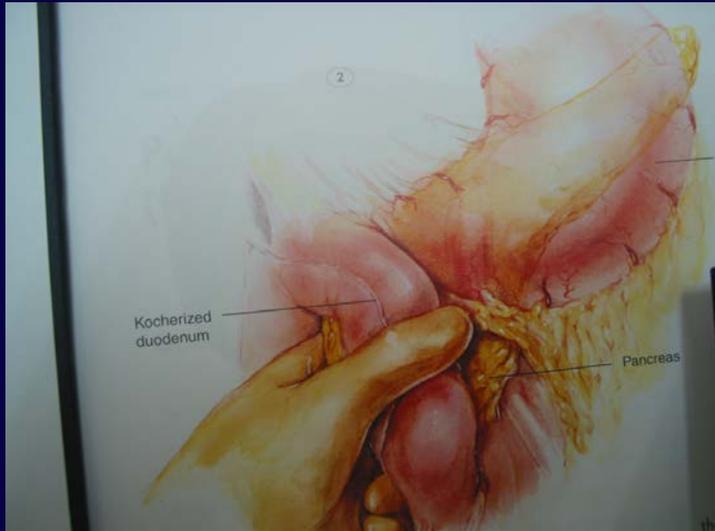
Con la manovra di Cattell si espone la porzione sottomesocolica del duodeno fino all'angolo duodeno-digiunale; si ricrea una condizione simile a quella dell'intestino primitivo embrionale, derotando il colon destro ed aprendo verso l'alto il compasso mesenterico

Esposizione III-IV porzione del duodeno con la manovra di Cattell

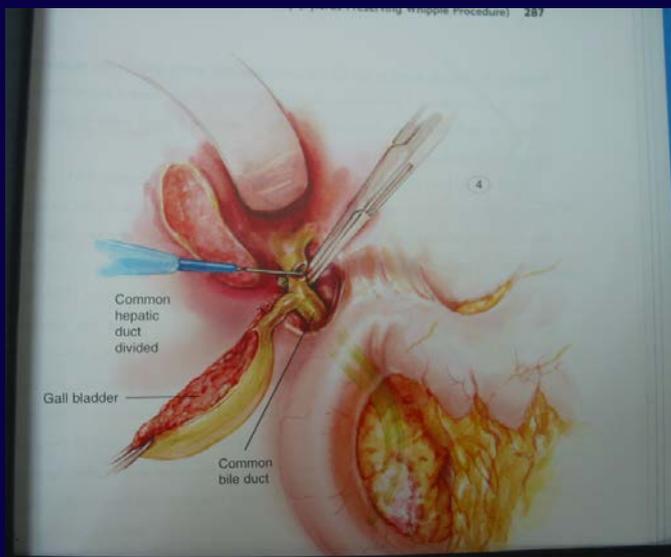
Angolo operatorio di Gregoire (arteria angolo dx e vv. mesenterici)



“full Kocher manoeuvre” (da leg. epatoduodenale a vv. mesenterici)



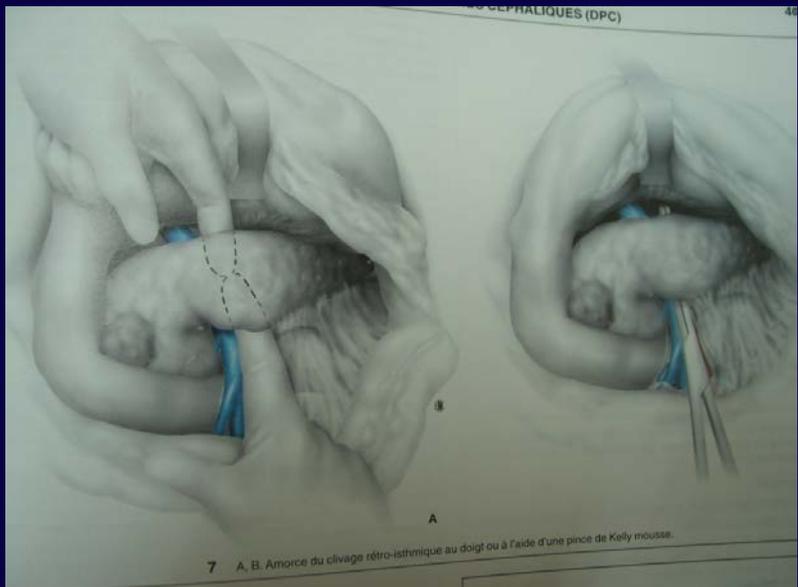
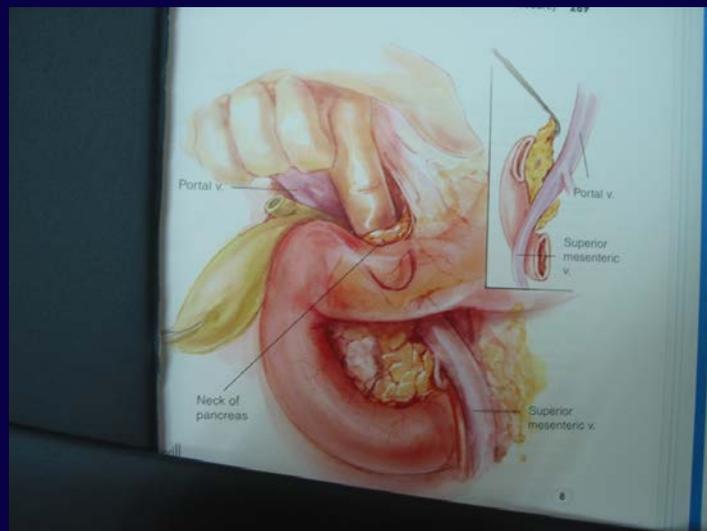
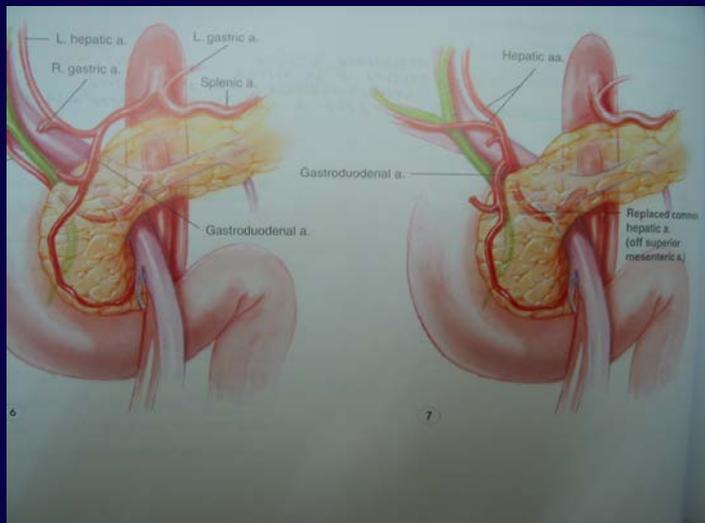
III° : colecistectomia, sez. coledoco e arteria gastroduodenale

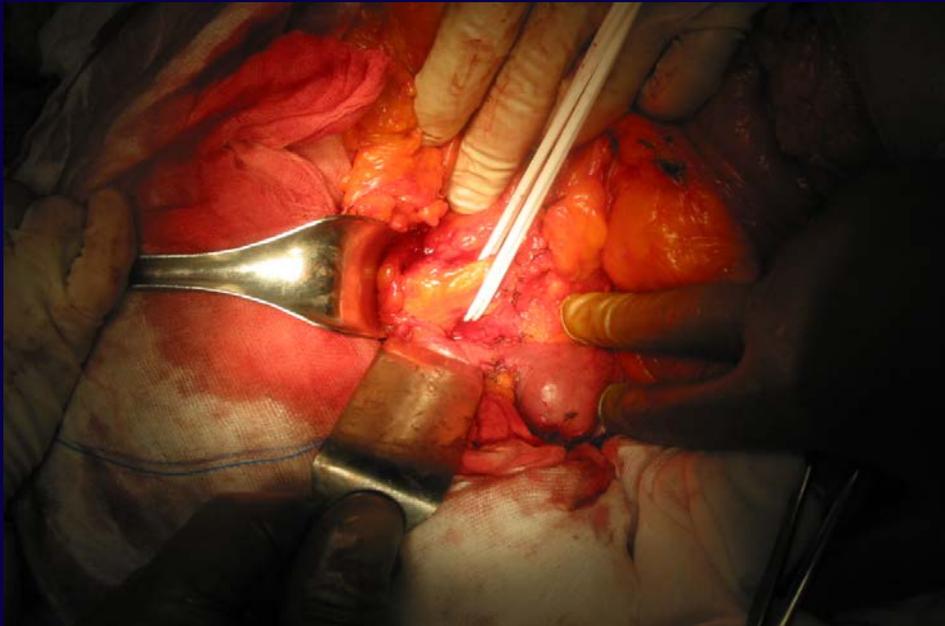
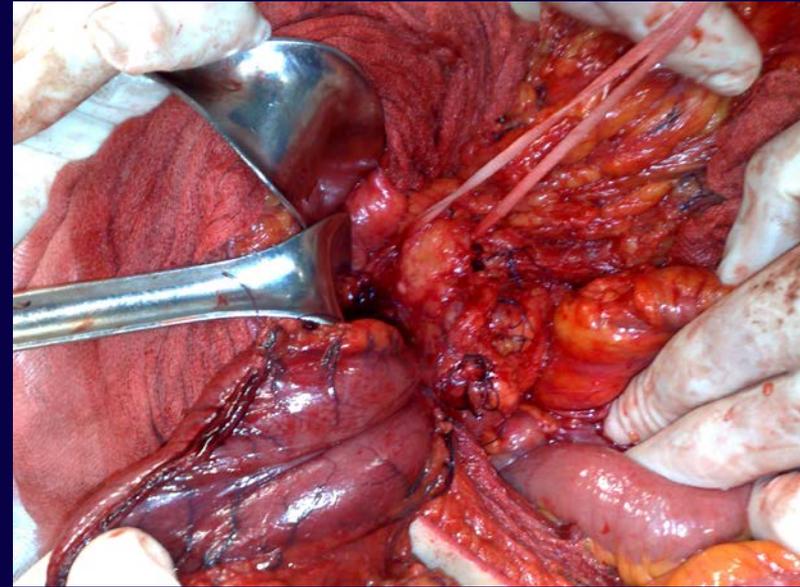
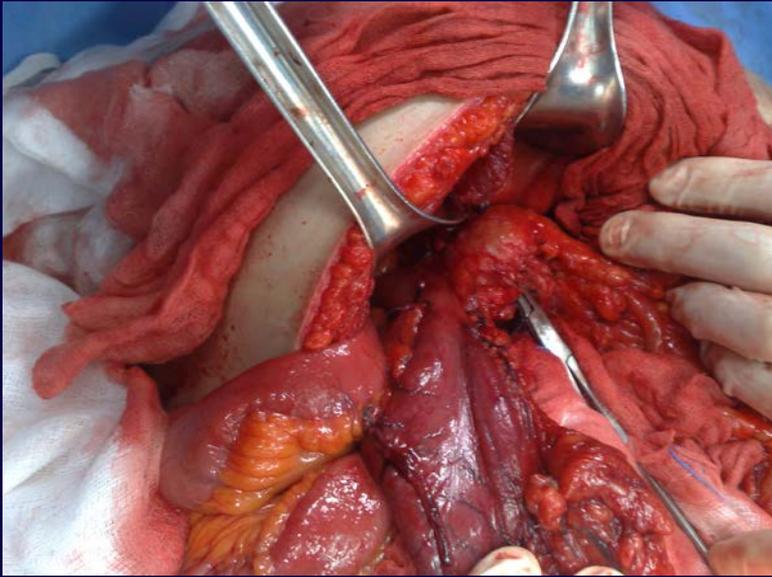


“la porta per accedere alla vena porta”



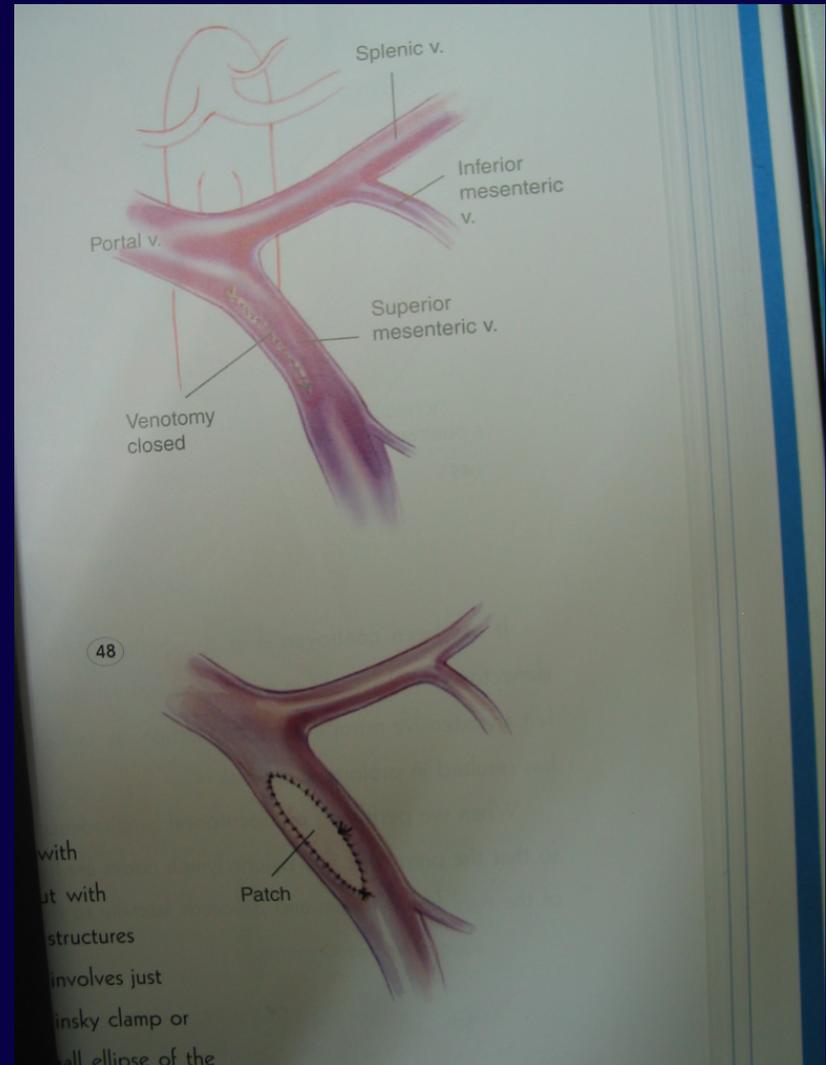
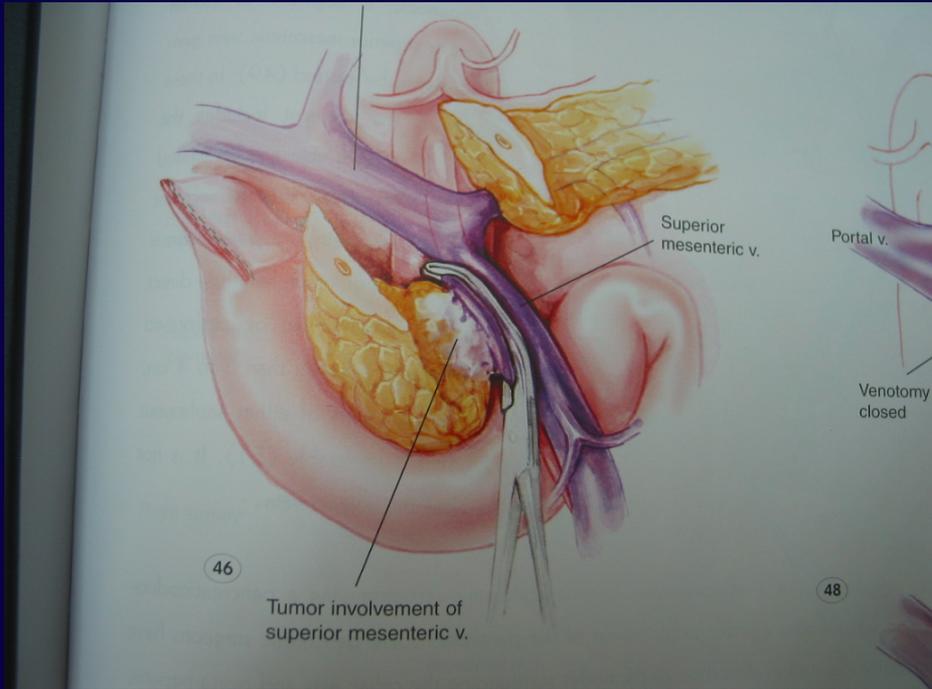
clivaggio dall'asse mesenterico-portale (x confermare resecabilità)



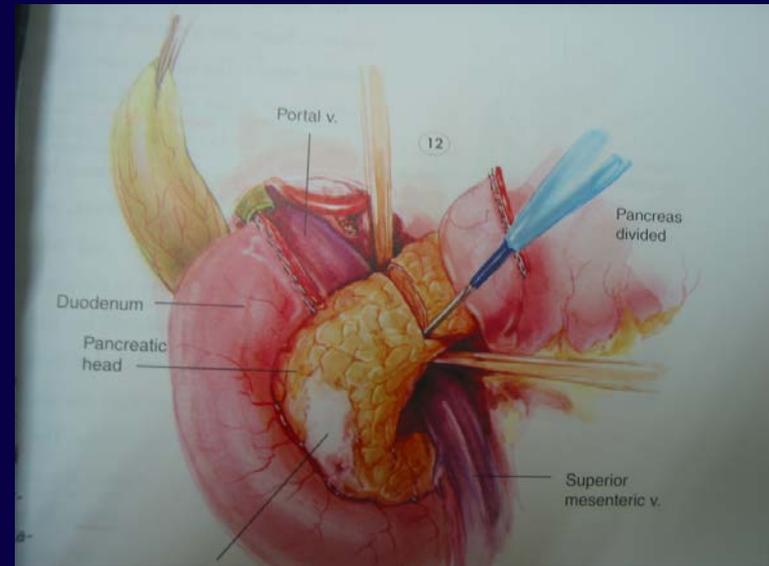
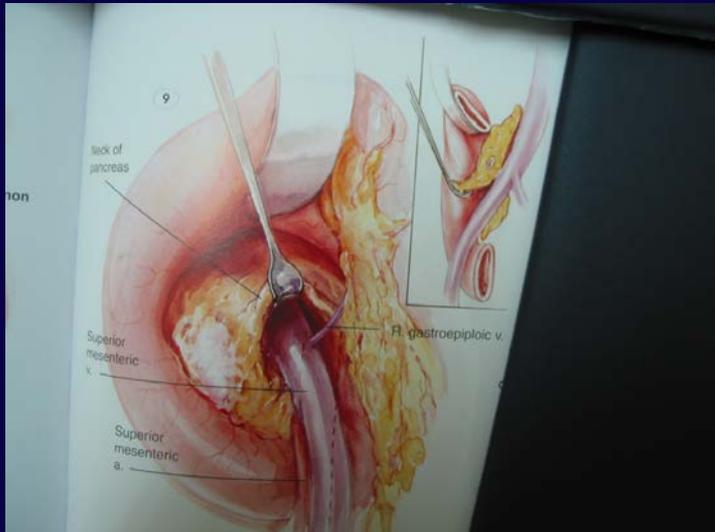


Ricerca del tunnel retropancreatico per confermare la resecabilità del tumore (tranne a non resecare la porzione di vena porta infiltrata e riparare la breccia con un patch venoso)

Tumore del processo uncinato che infiltra la vena mesenterica

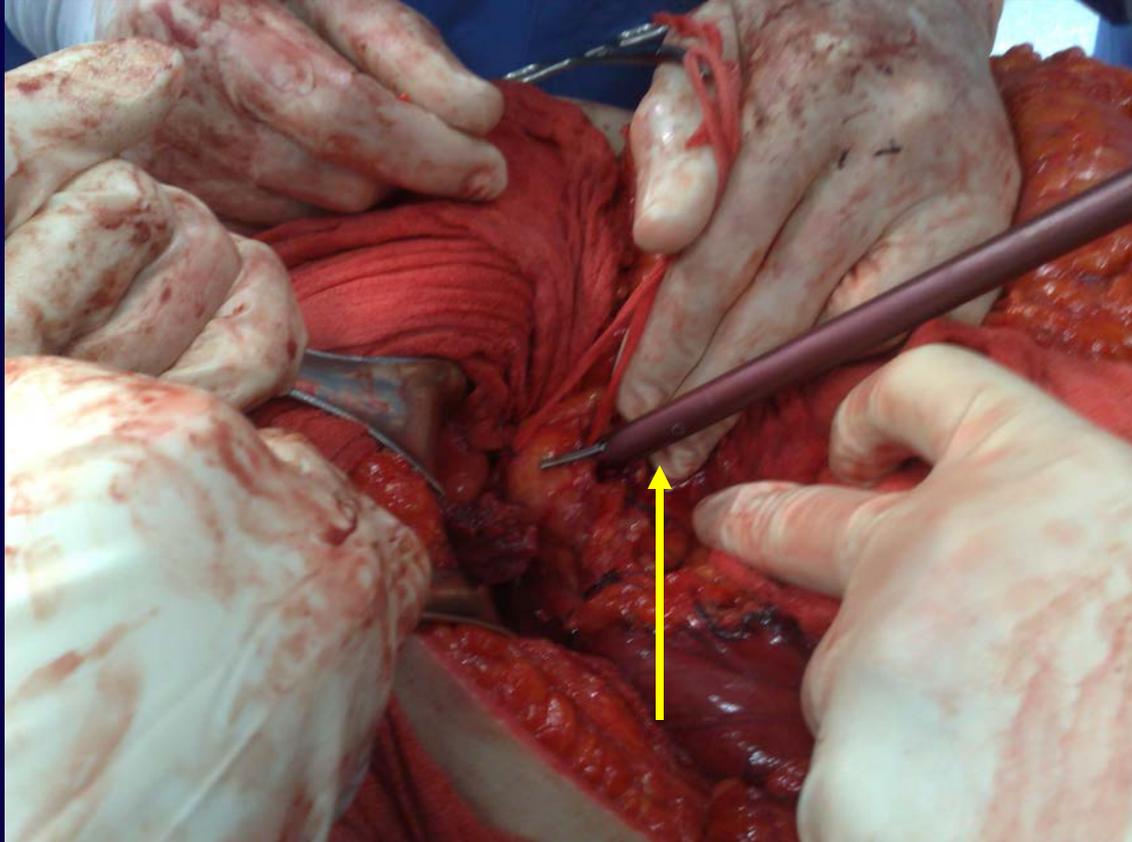


sezione del pancreas (bisturi freddo, elettrico, ultracision)



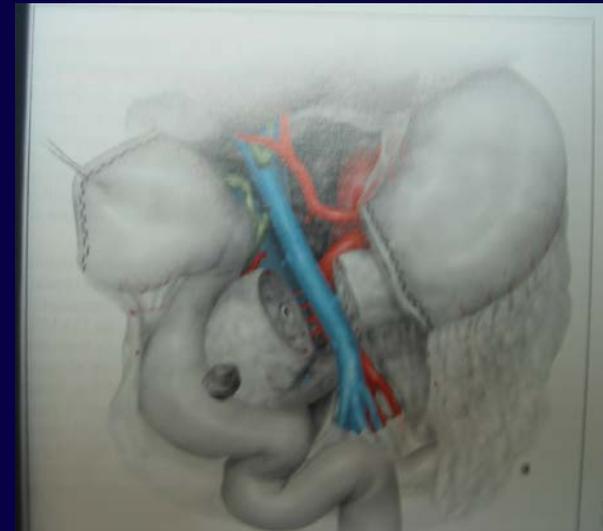
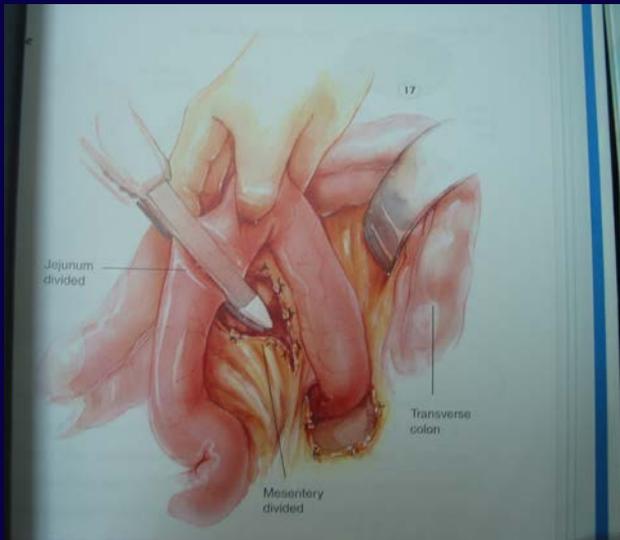
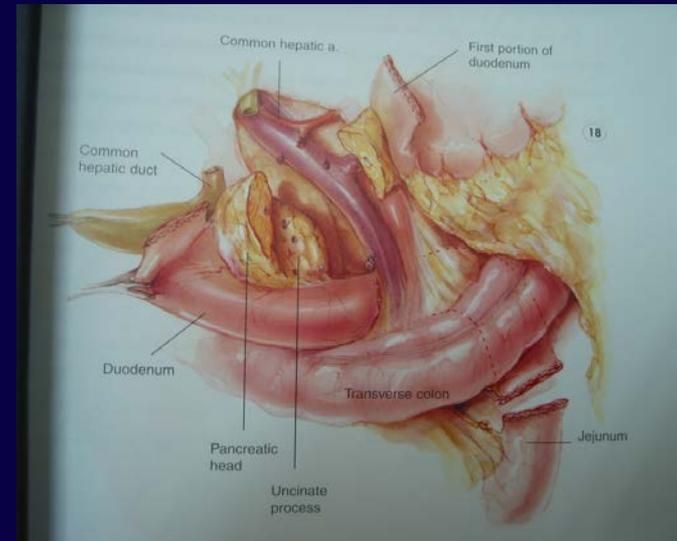
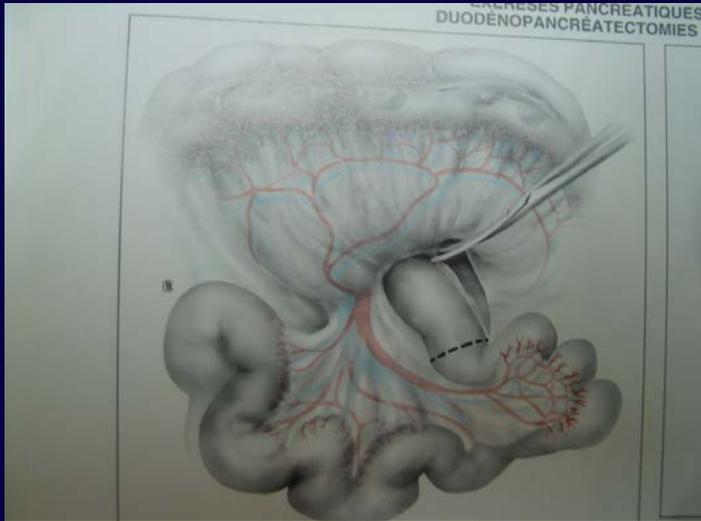
Esame estemporaneo su
margine di sezione

verificato il clivaggio posteriore dalla vena mesenterica si
seziona il pancreas a livello dell'istmo

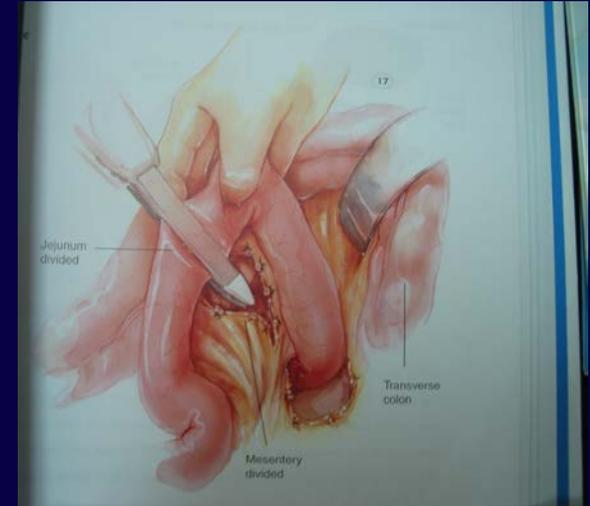
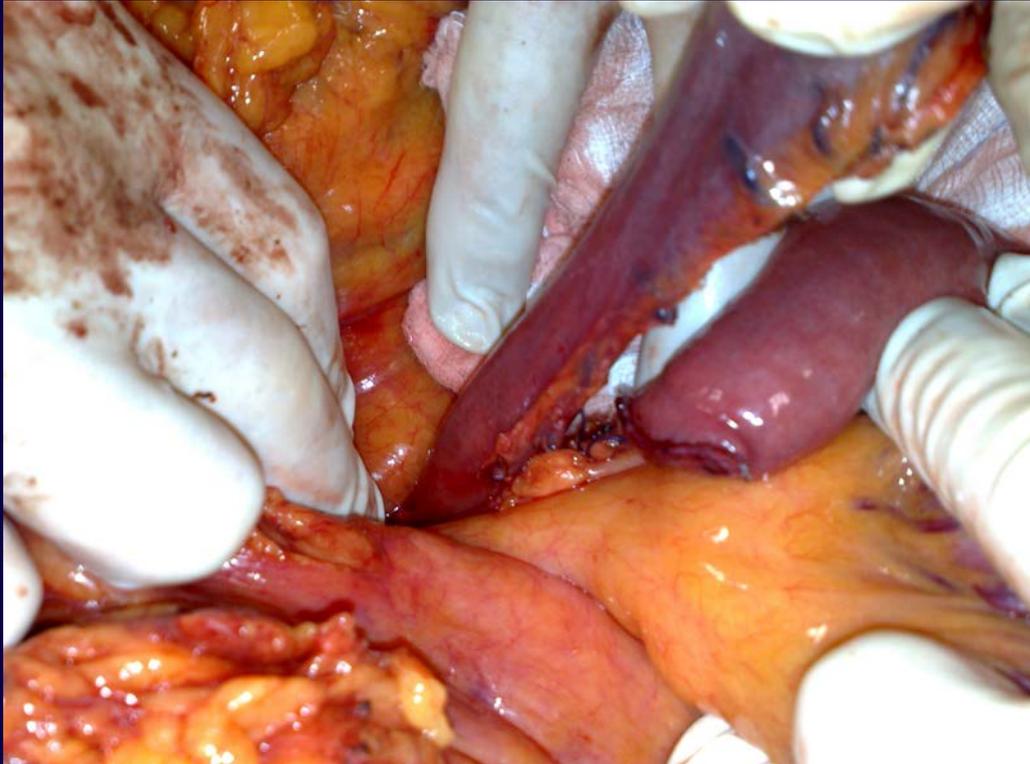


Sezione del pancreas con l'ultracision

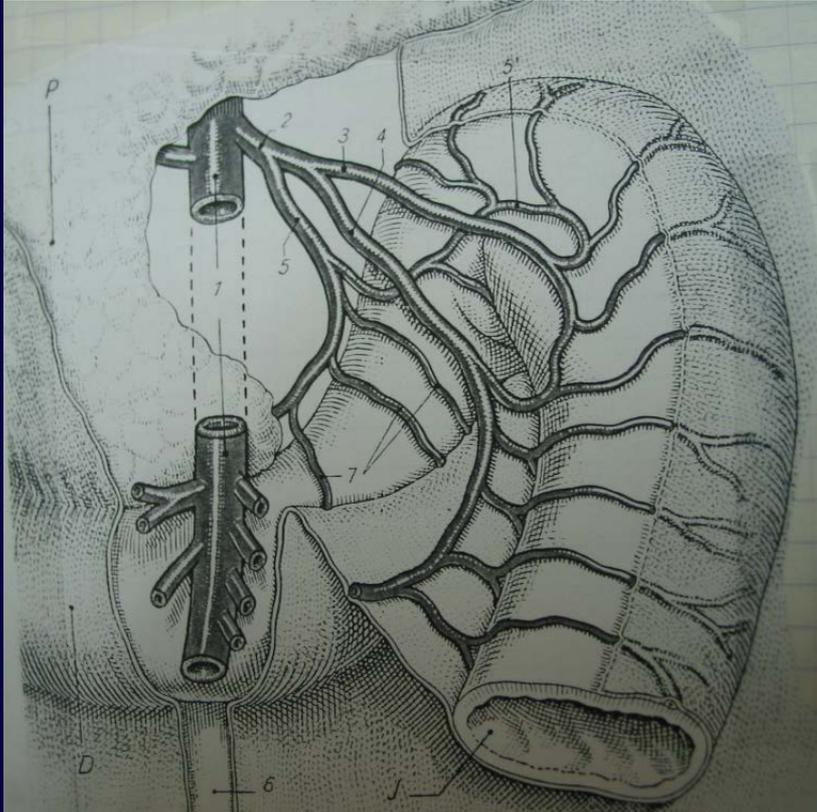
Sez. muscolo Treitz e I° ansa digiunale x sottopassare vv. mesenterici



Preparazione della I° ansa digiunale sezionata per sottopassare i vv. mesenterici e portarla dal lato dx

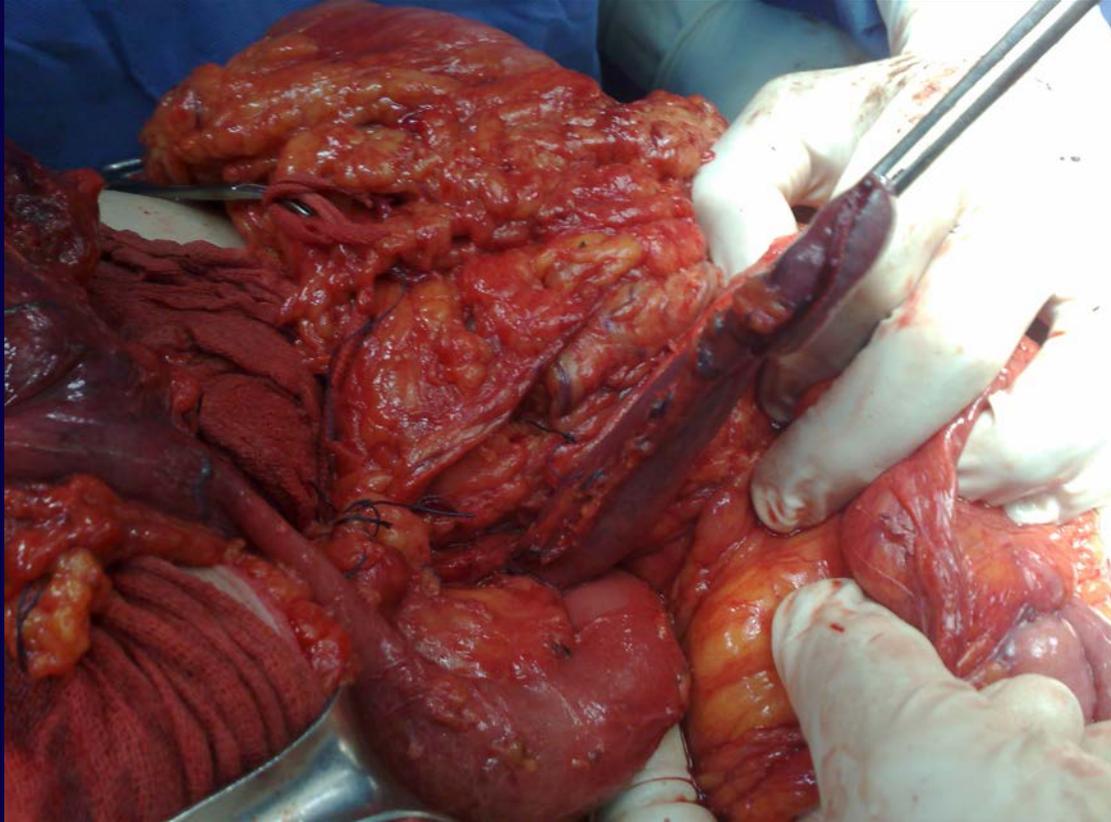


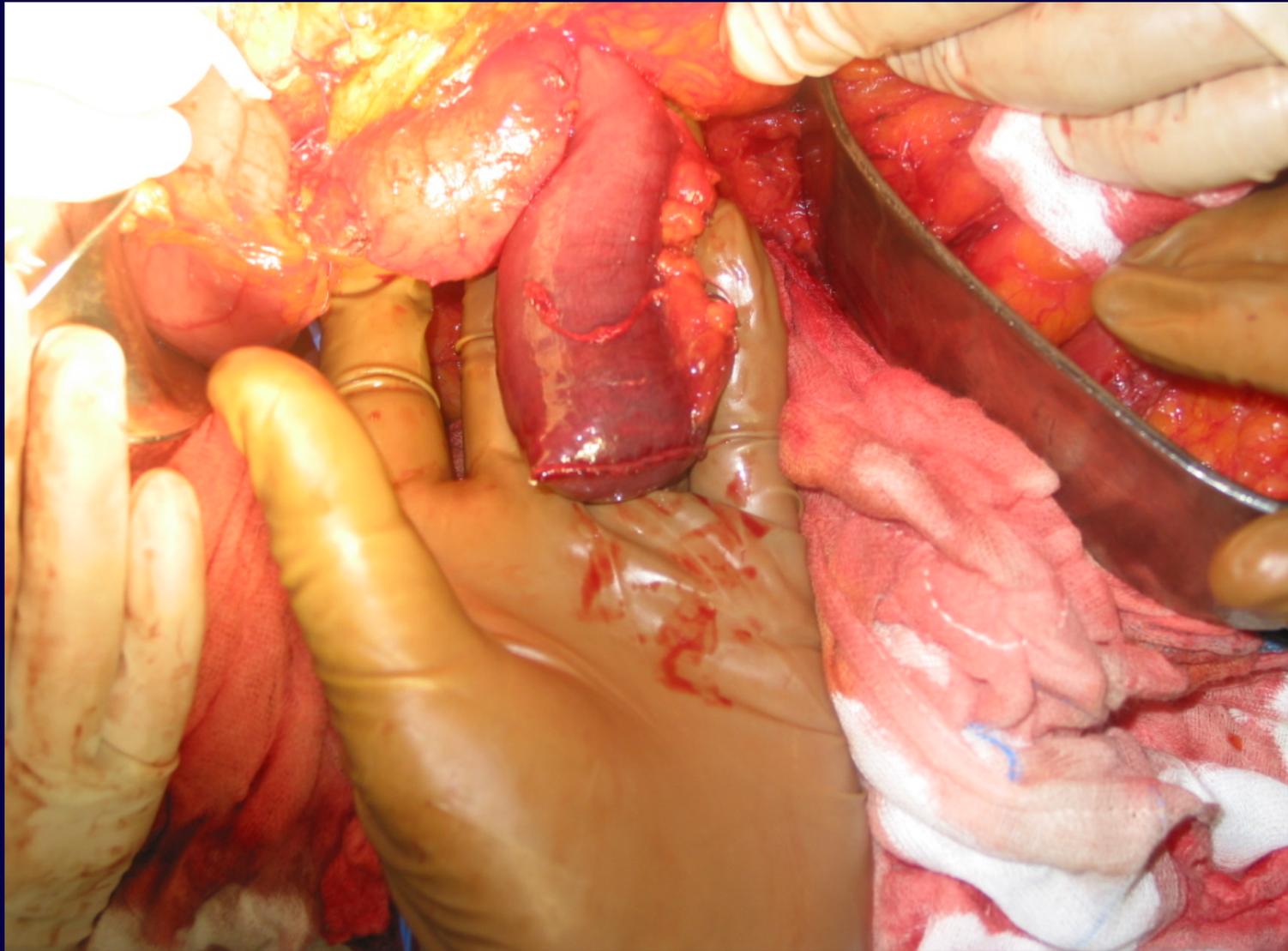
Vascularizzazione I° ansa digiunale



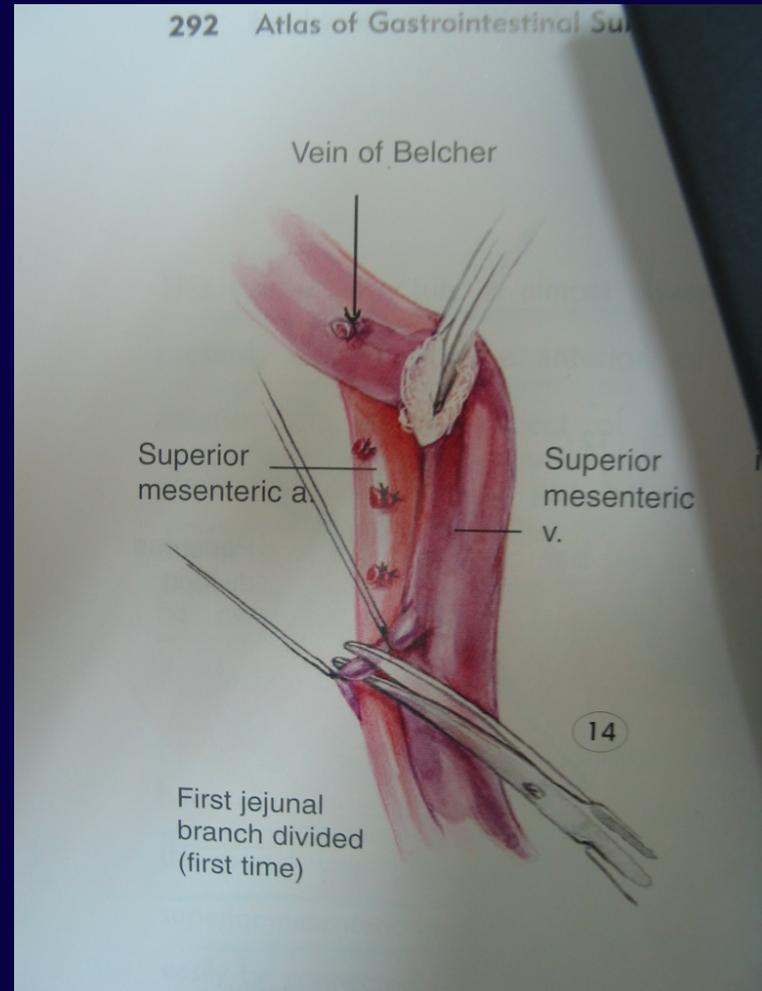
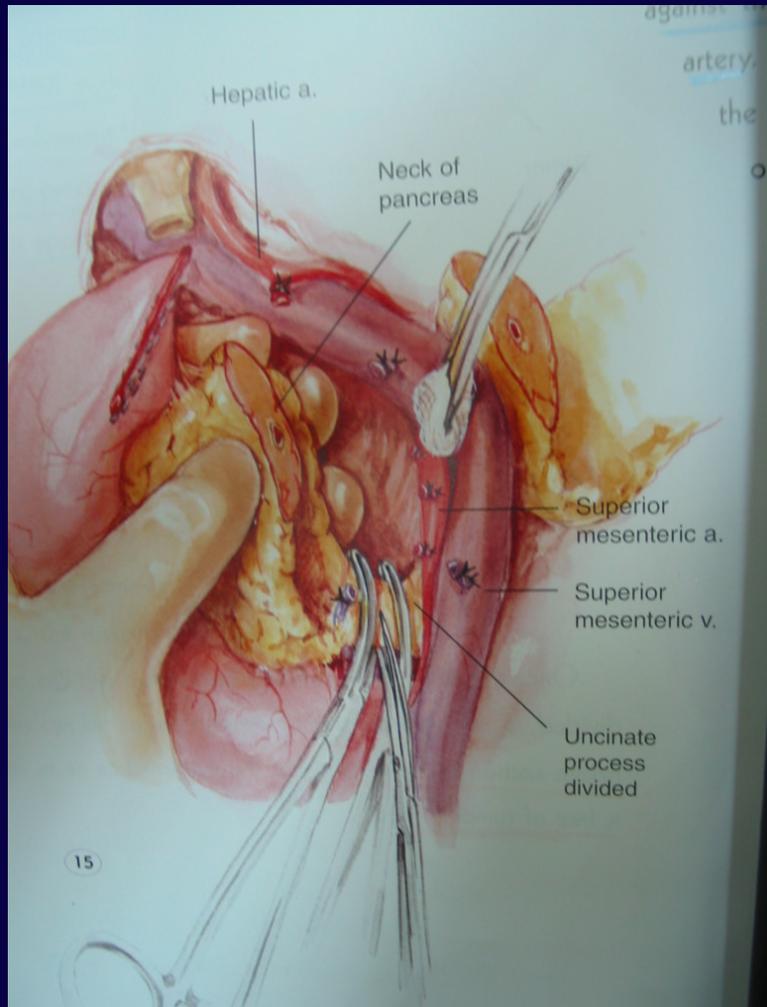
la sezione del digiuno deve cadere 15 cm. distalmente al Treitz (la mesenterica sup. irroro III-IV duodeno mediante la pancreatico-duodenale inf.re e l'art. dell'angolo duodeno-digiunale; la parte digiunale dell'angolo ha una vascularizzazione precaria)

I° ansa digiunale e duodeno portati a dx
sottopassando il compasso dei vv. mesenterici,

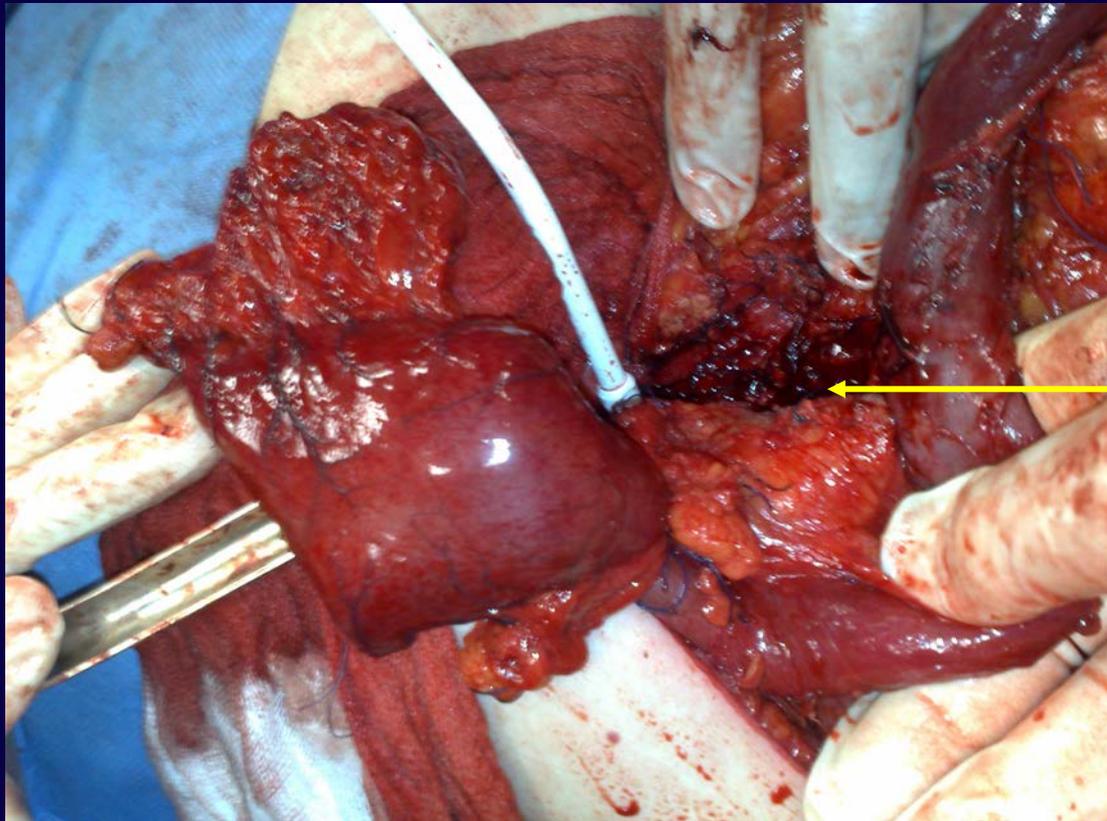




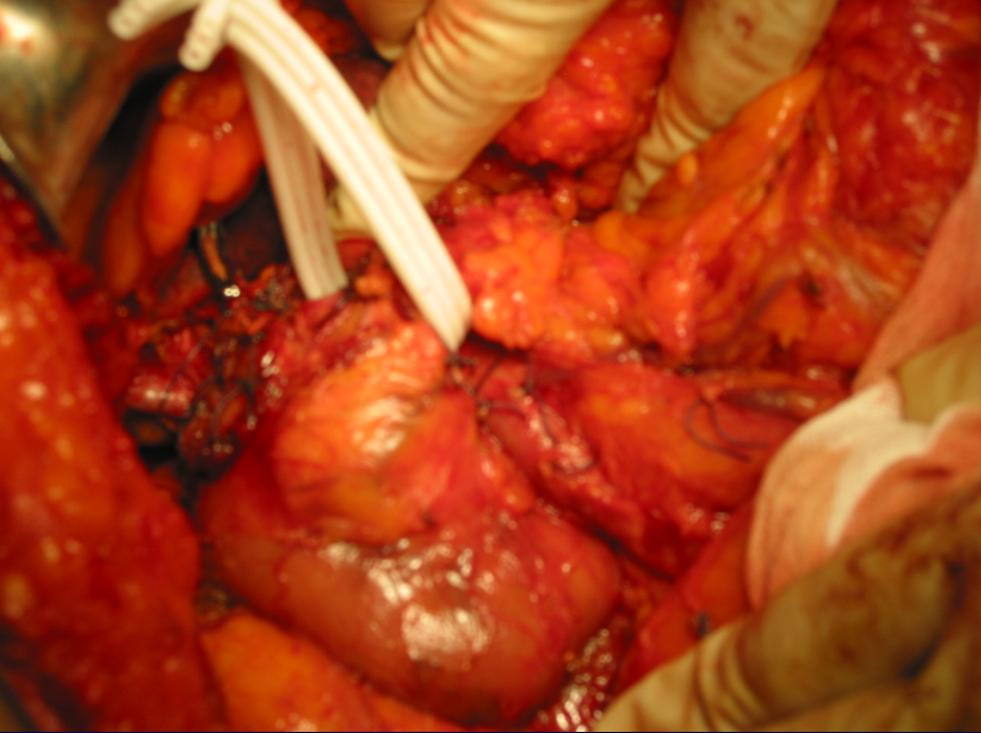
Sezione della lamina portale



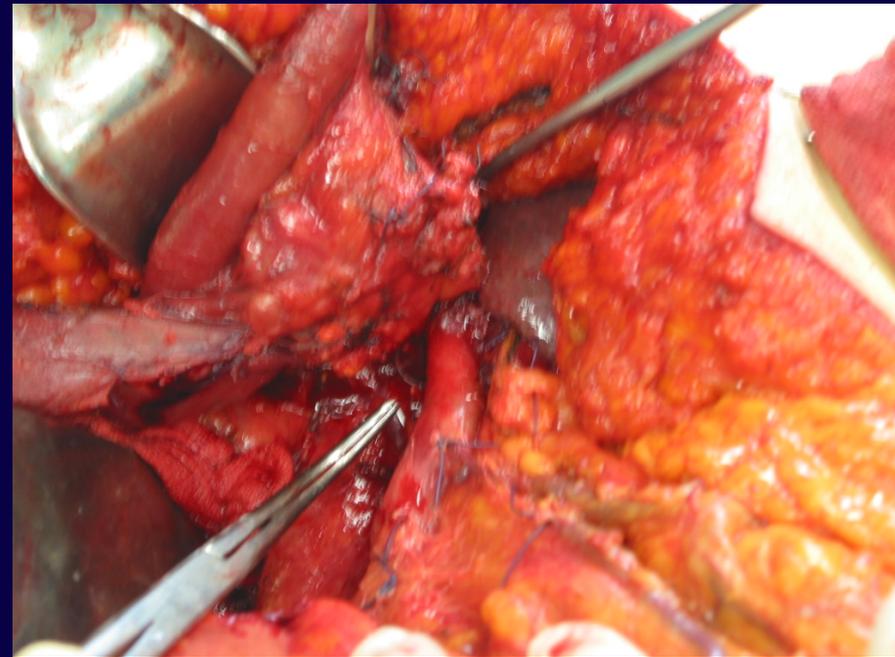
Esposizione lamina portale facendo trazione sul blocco duodenocefalopancreatico



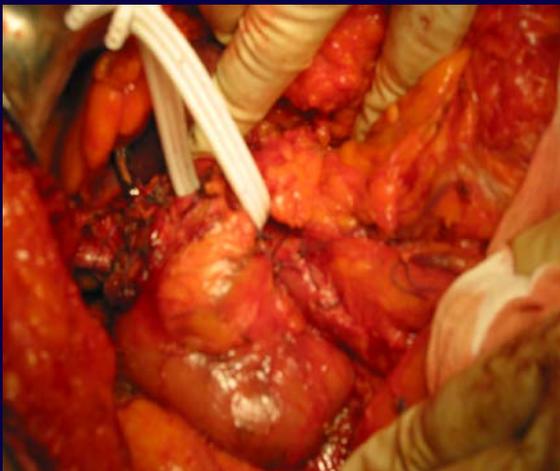
Pancreas sezionato, antro gastrico sezionato e ribaltato. La lamina portale così esposta va sezionata tra legature con filo non riassorbibile; l'emostasi deve essere accurata



Pancreas sottopassato con una fettuccia,
clivabile dai sottostanti vasi

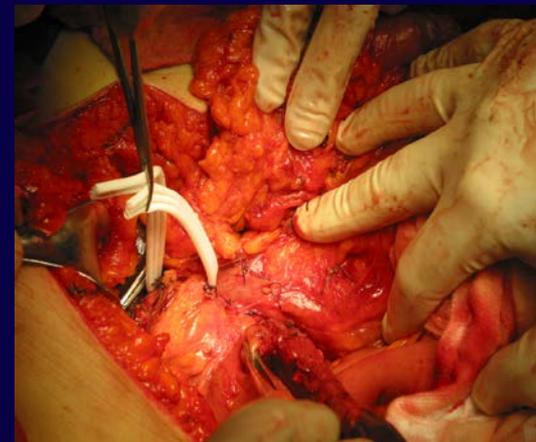


Tempo chirurgico della legatura della
lamina portale e della arteria pancreatica
inferiore, ramo della art. mesenterica sup.



Riepilogo dei tempi
demolitivi salienti

Tunnel retropancreatico



“scrociamento” I° ansa digiunale
dal compasso mesenterico



dissezione della lamina portale

Pancreaticoduodenectomy

3. Portal dissection

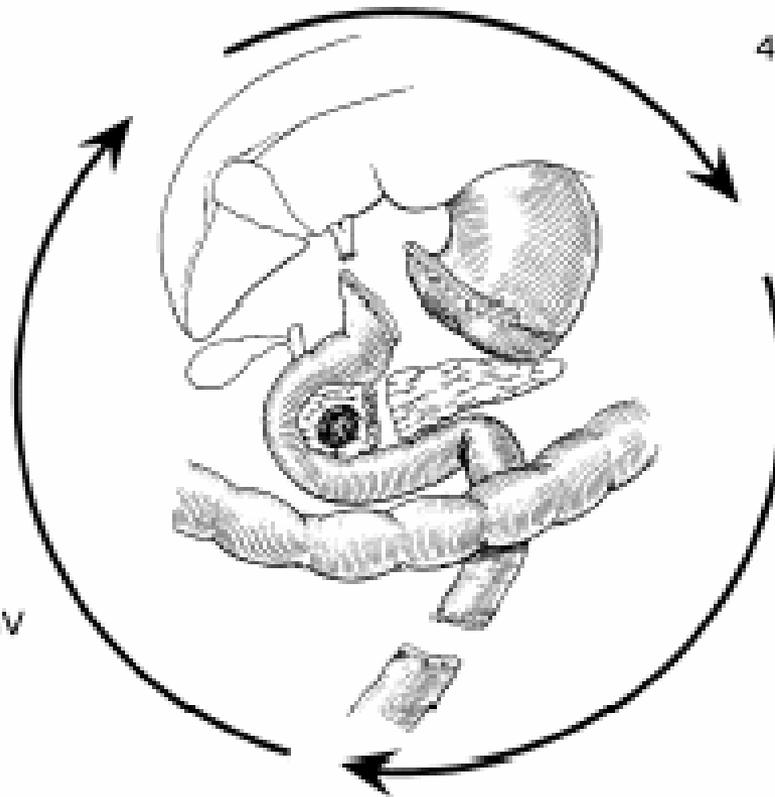
4. Transect stomach
(antrectomy)

2. Extended Kocher
maneuver

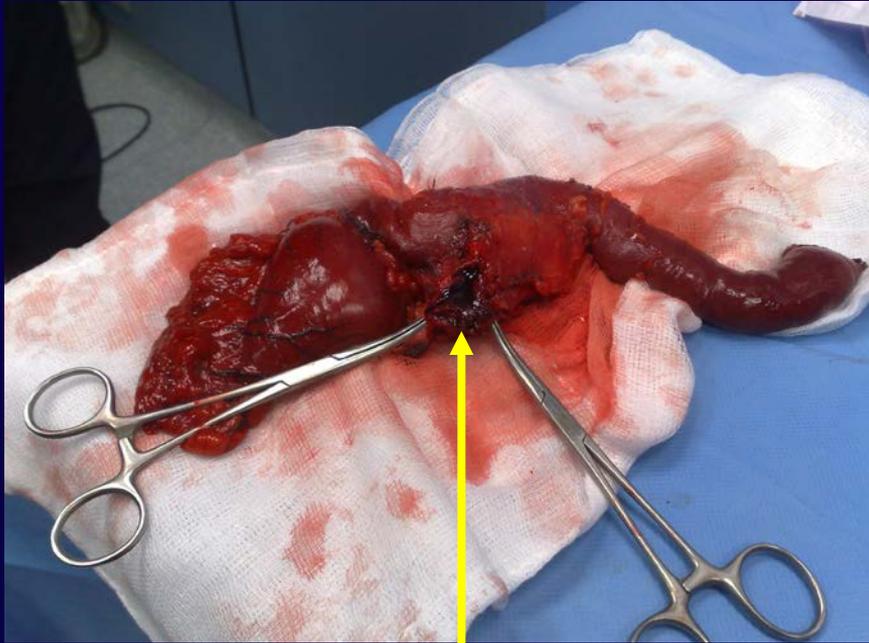
5. Transect jejunum and
dissect ligament of
Treitz, rotating
duodenum under
mesenteric vessels

1. Exposure of
infrapancreatic SMV

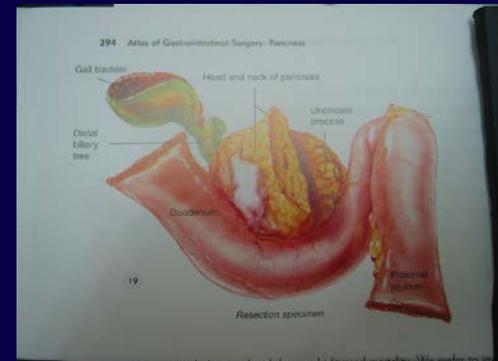
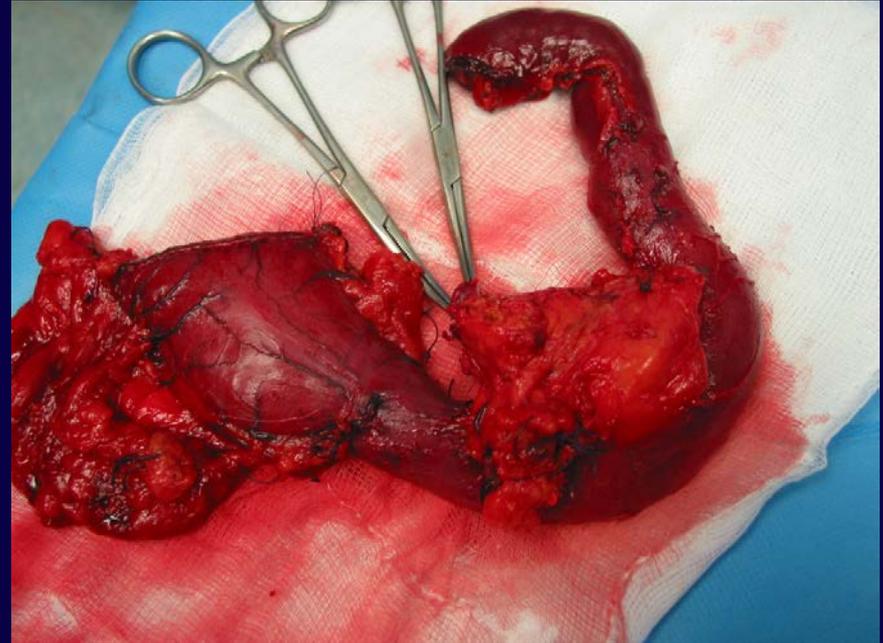
6. Transect pancreas
and complete
retroperitoneal dissection
by removing specimen
from SMV and SMA



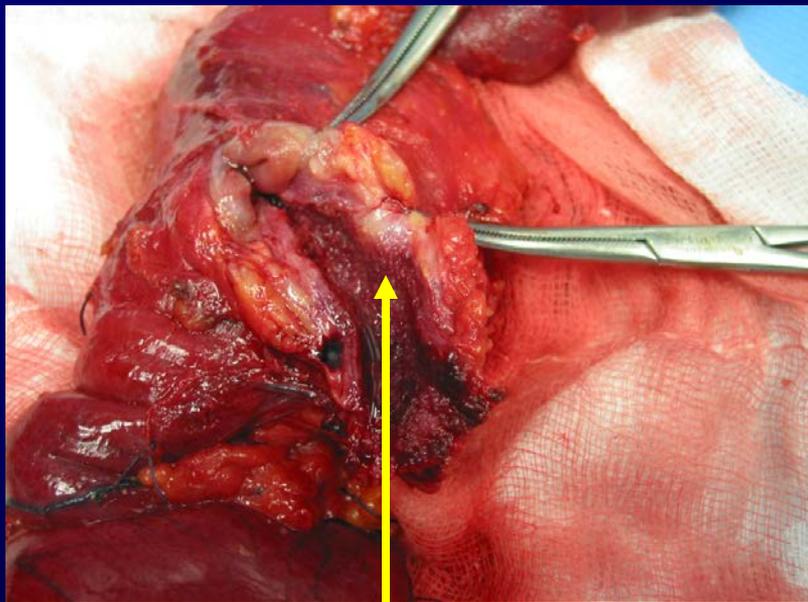
Pezzo asportato in unico blocco (antro gastrico, duodeno, testa pancreas, I° ansa digiunale)



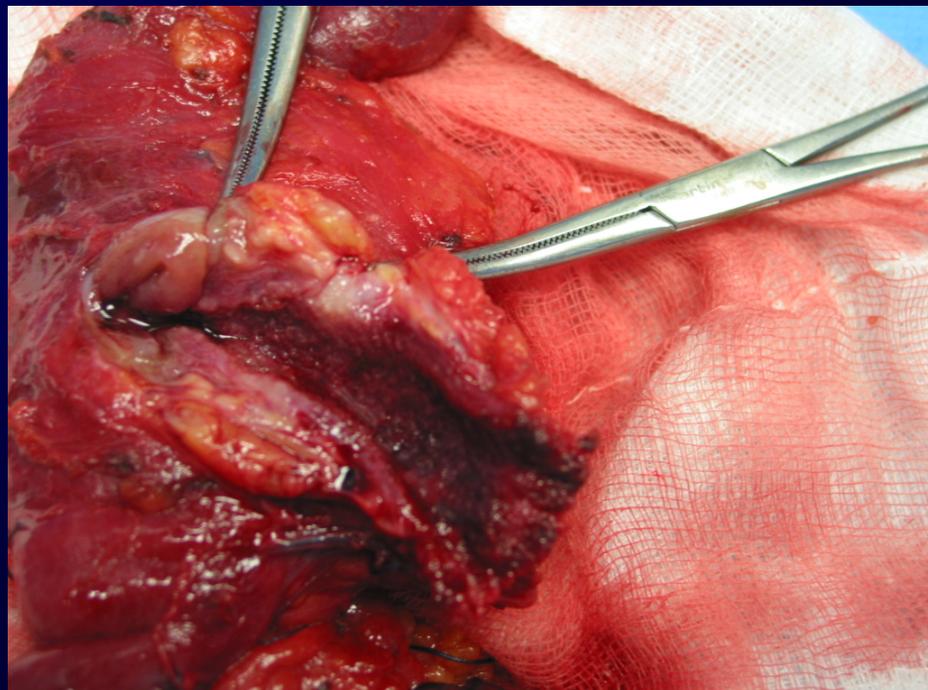
Coledoco distale aperto

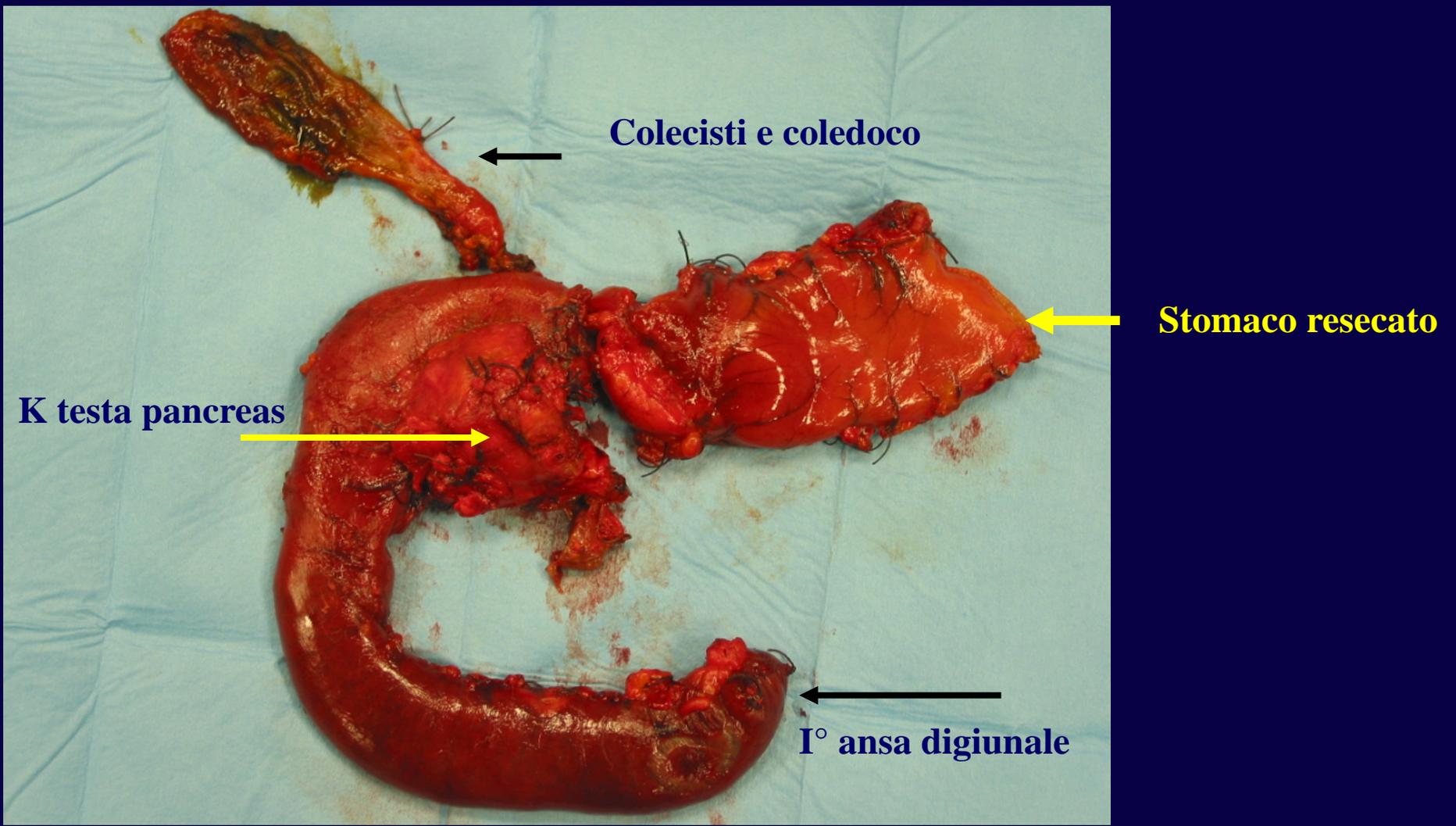


Pezzo anatomico: coledoco sezionato fino al duodeno



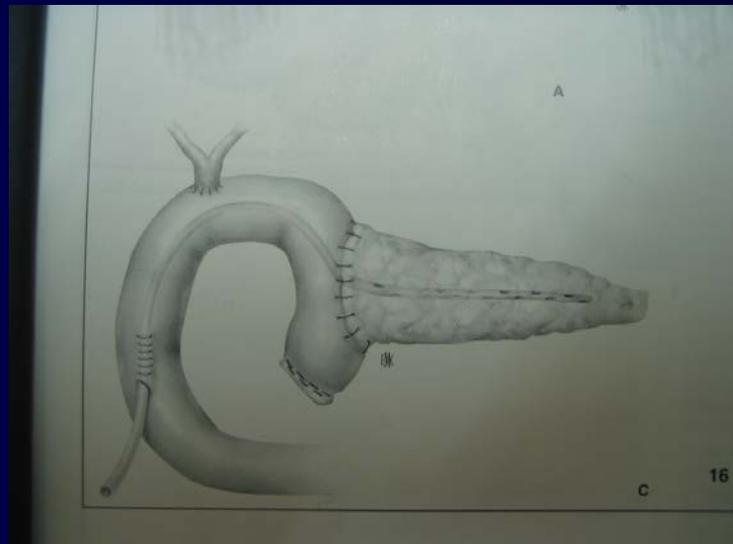
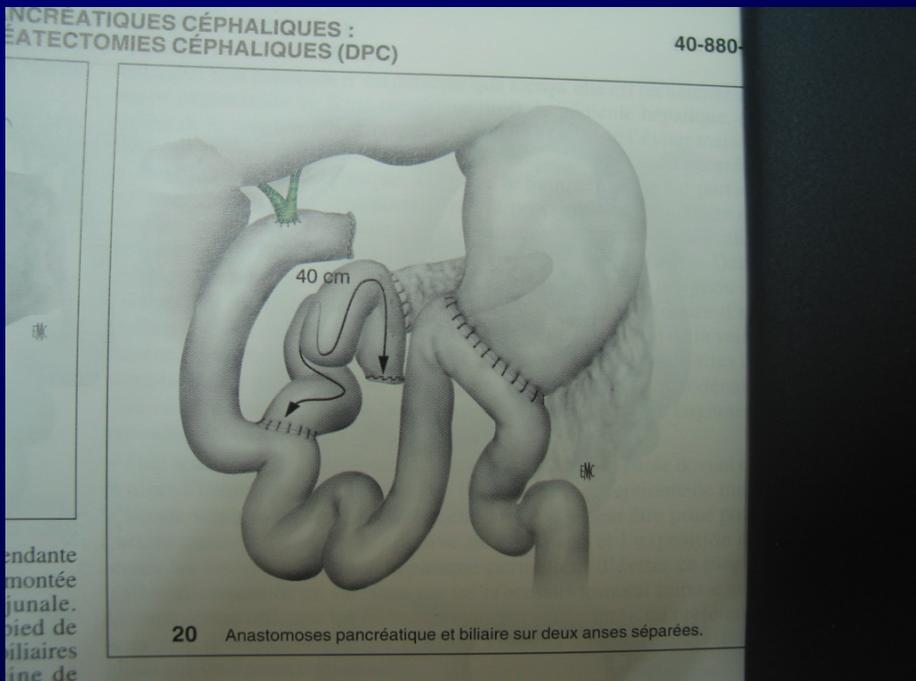
Vateroma stenosante la papilla





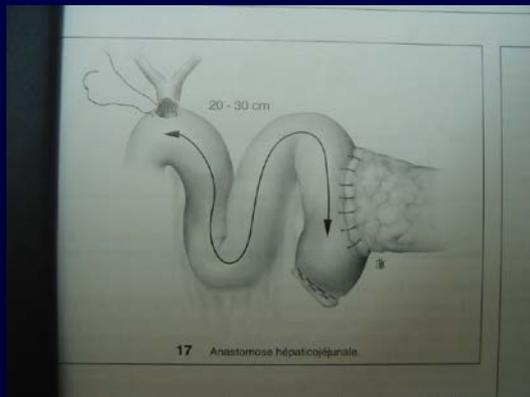
Pezzo anatomico asportato: esame istologico estemporaneo del margine di sezione del pancreas negativo per la presenza di tumore

T. ricostruttivo: pancreatico-digiuno, epatico-digiuno, gastrodigiuno



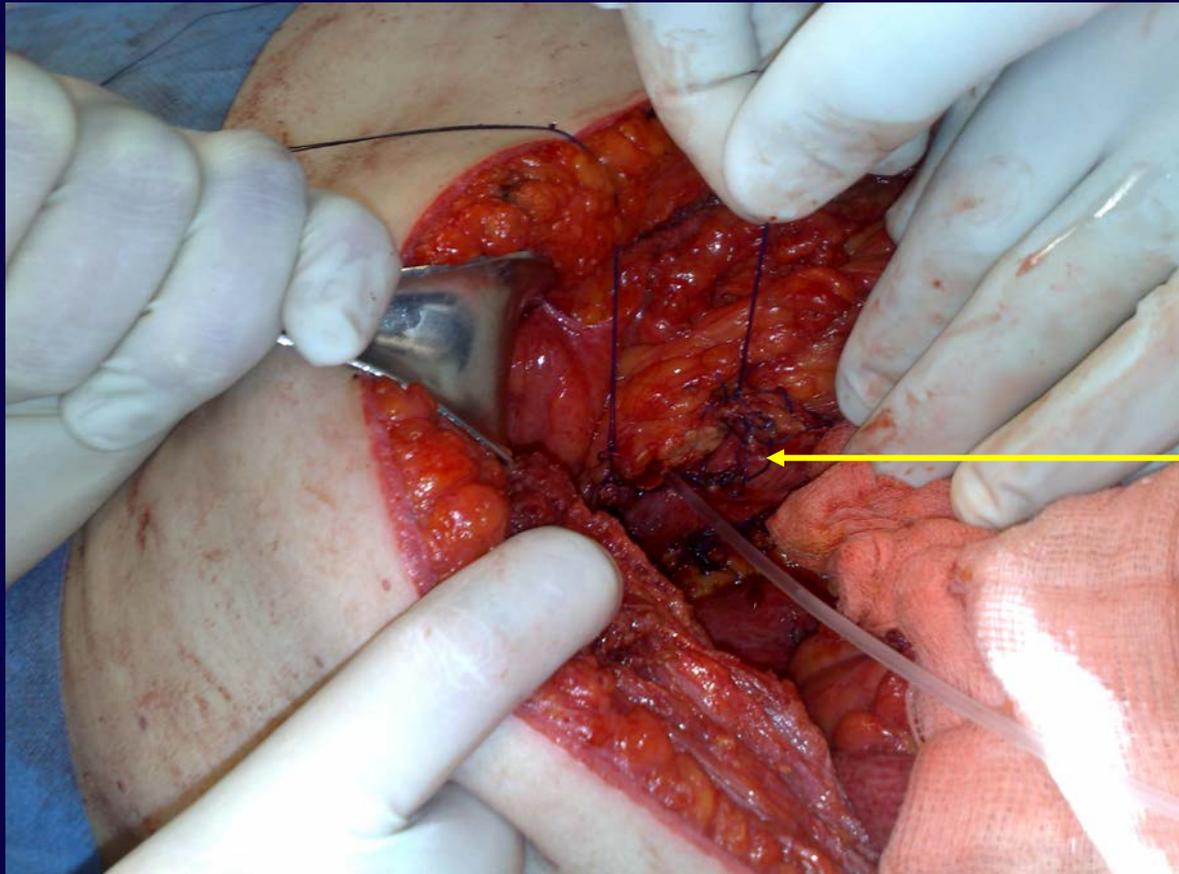
Incannulamento del Wirsung

Roux per separare le due anse (dell'epaticodigiuno e della pancreatico-digiuno)



Distanza tra Pancreatico-digiuno ed epaticodigiuno

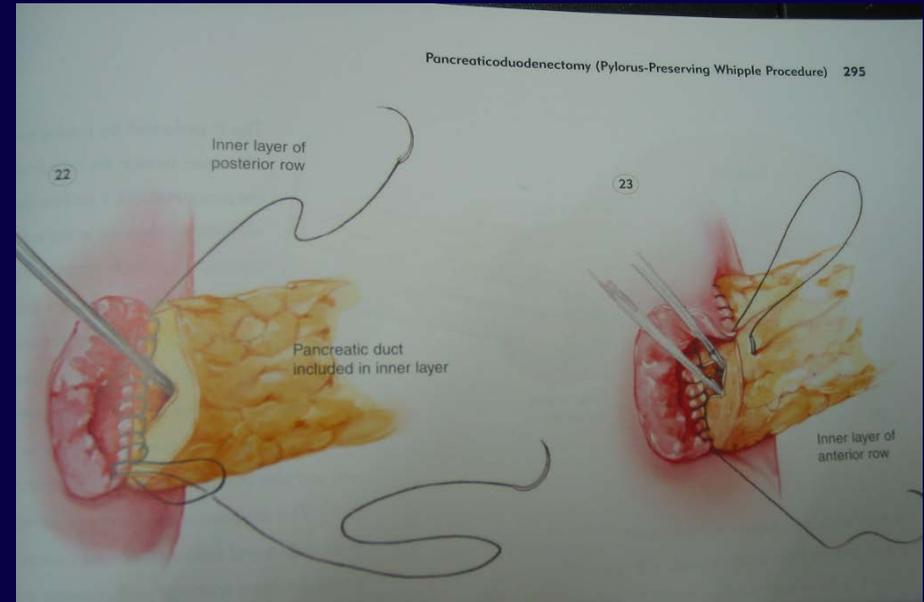
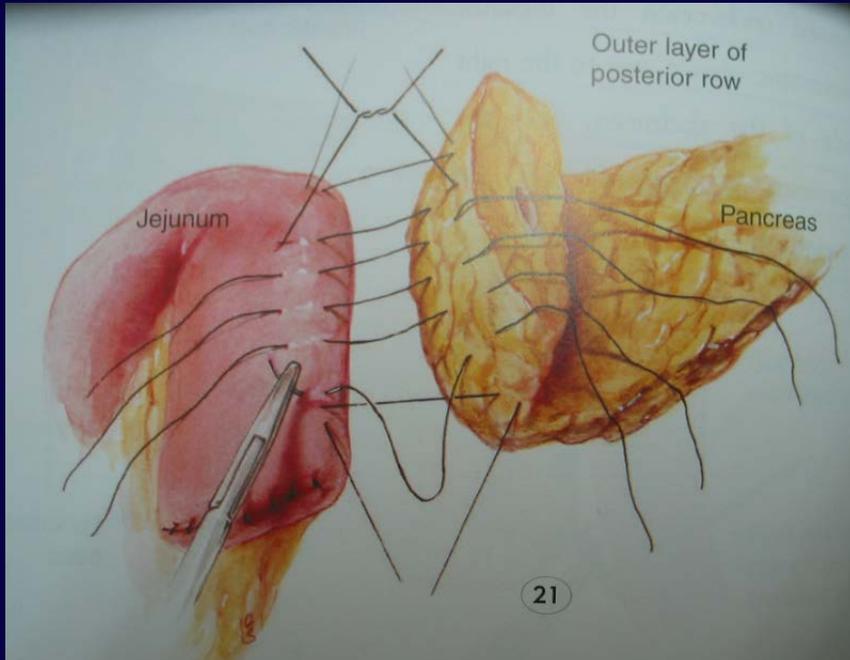
Pancreas sezionato con 2 punti per emostasi sui bordi

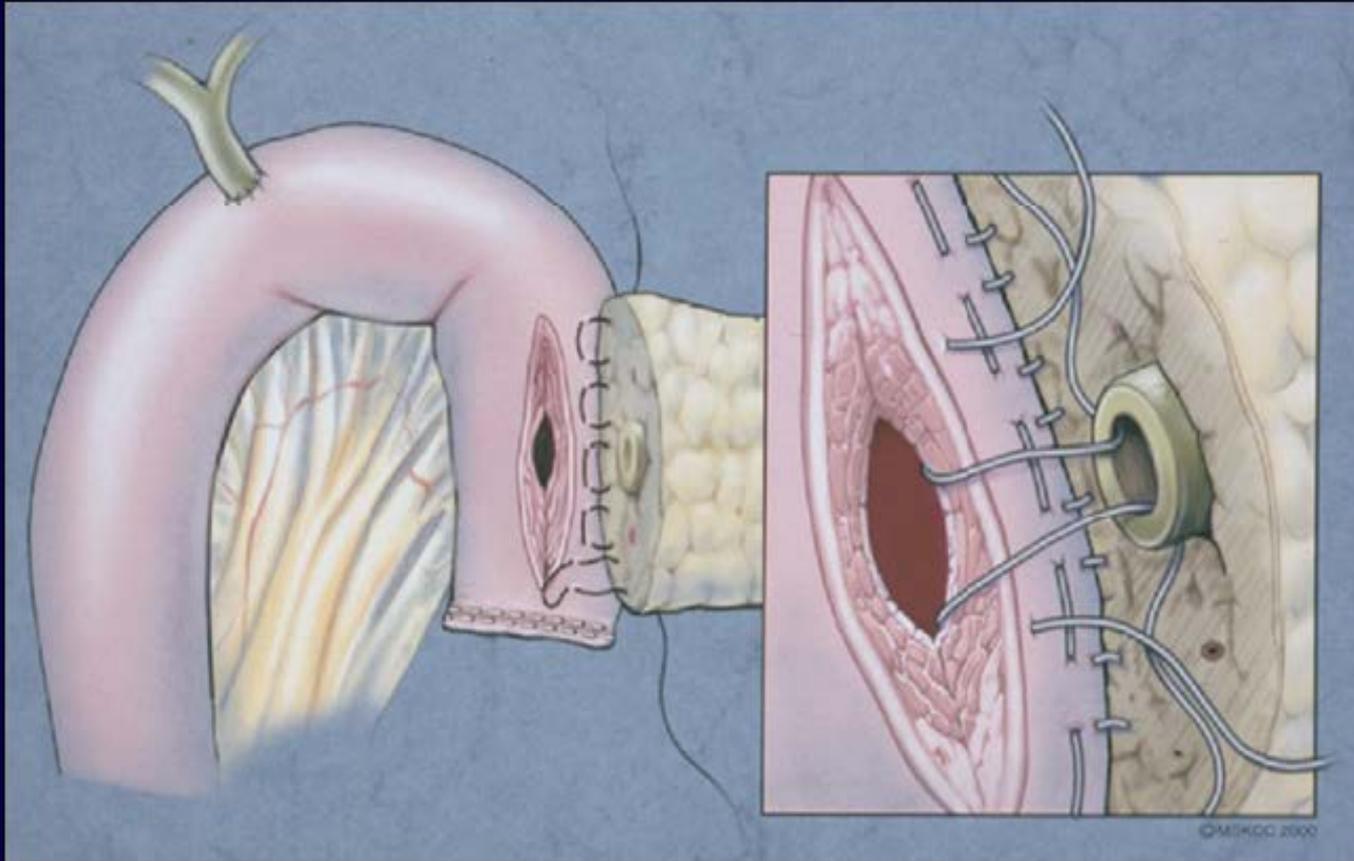


v. porta scheletrizzata

Wirsung incannulato

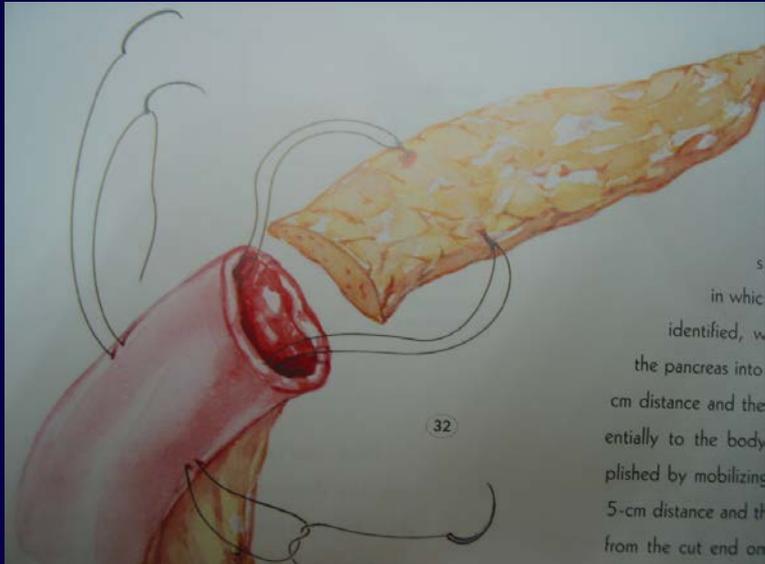
Pancreaticodigiuno





Anastomosi Wirsung-digiunale

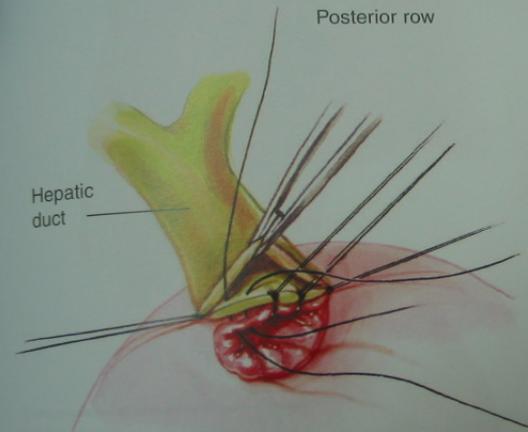
Pancreatico-digiuno con invaginazione della trancia



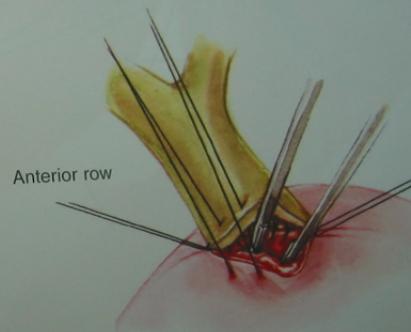
epaticodigiuno

and inside out on the hepatic duct (36).

Hepaticojejunostomy



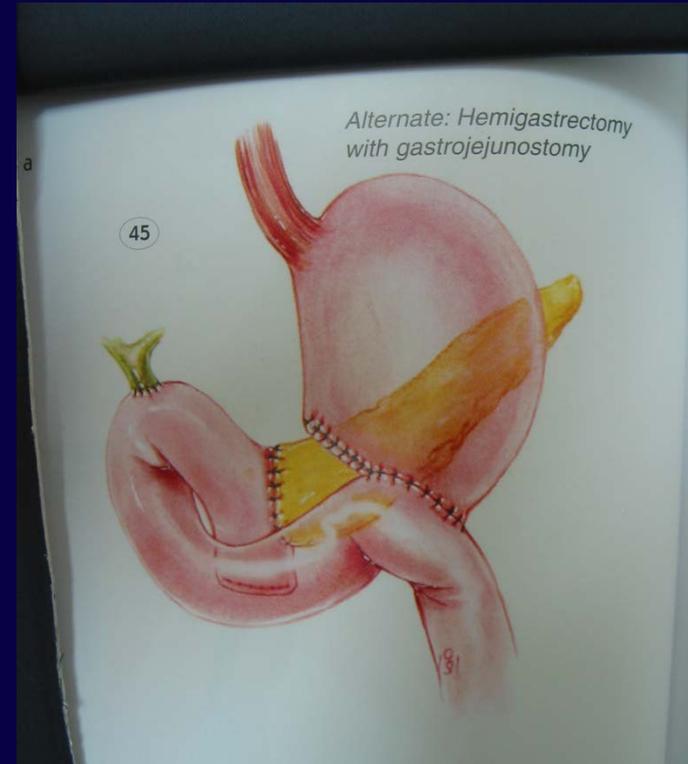
35



36



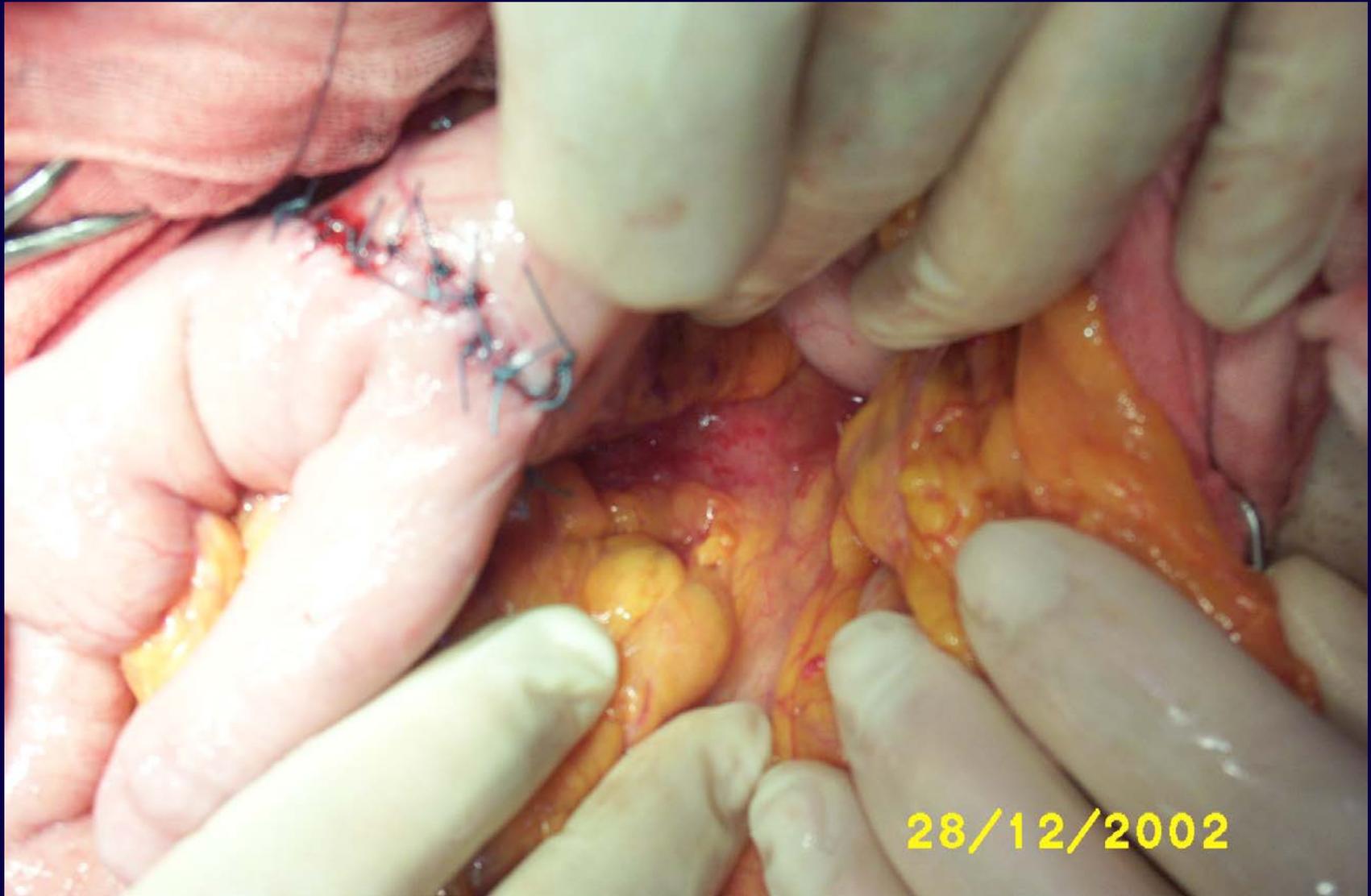
Preservazione pilorica

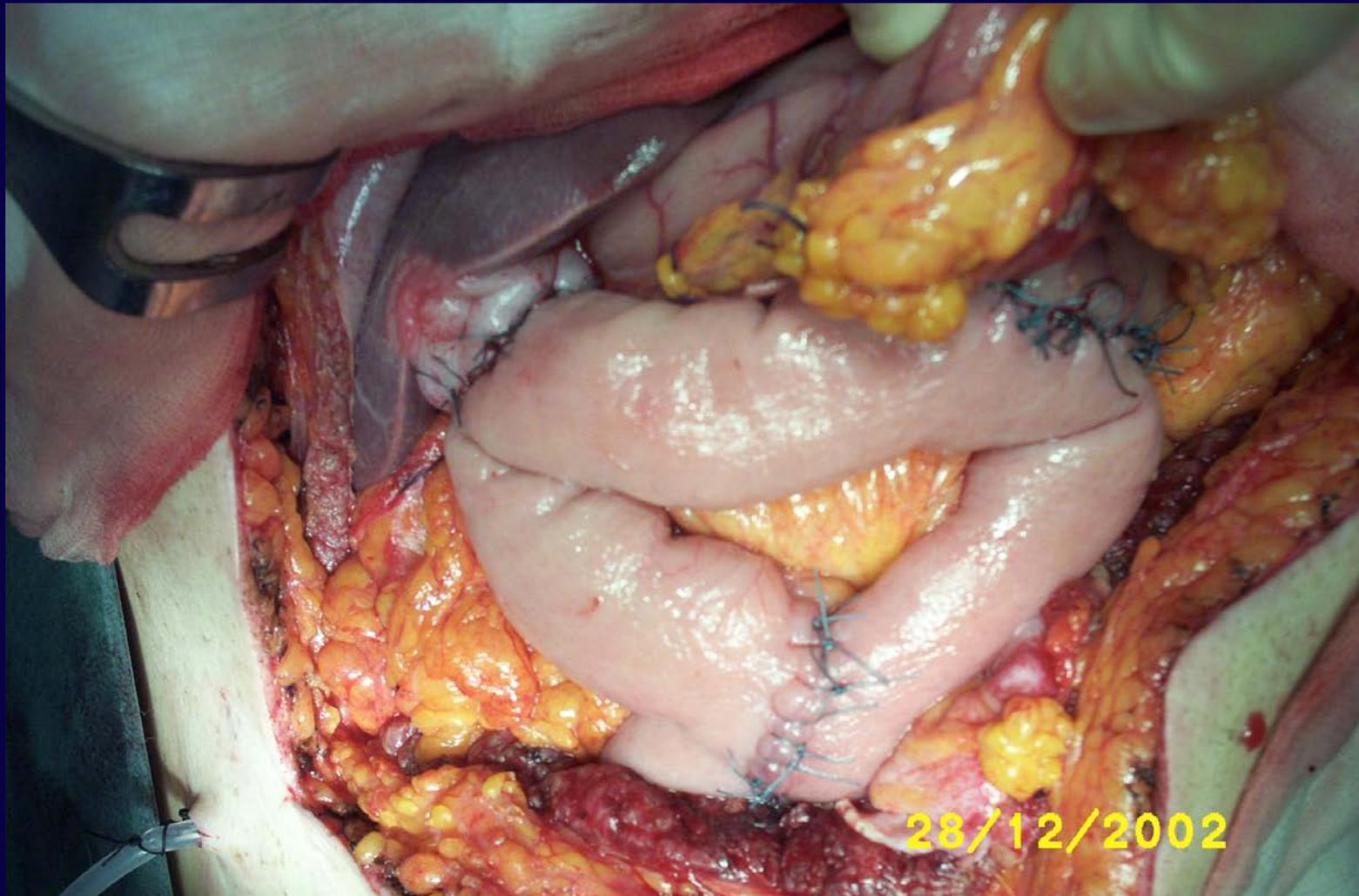


Whipple classica

INTERVENTI PALLIATIVI

- Interventi di bypass biliare
- Interventi di bypass del transito duodenale
- Eventuali trattamenti per il dolore

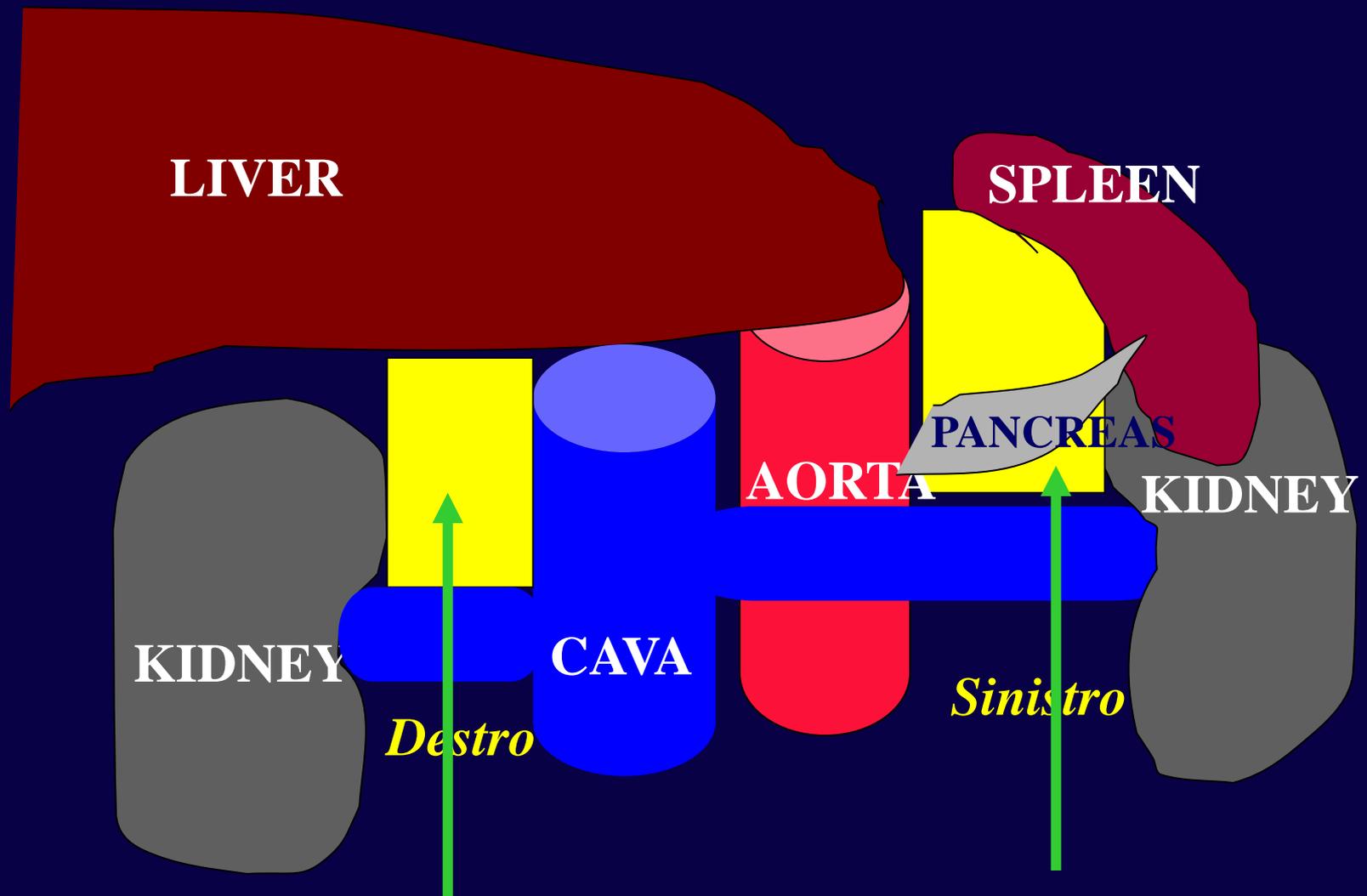




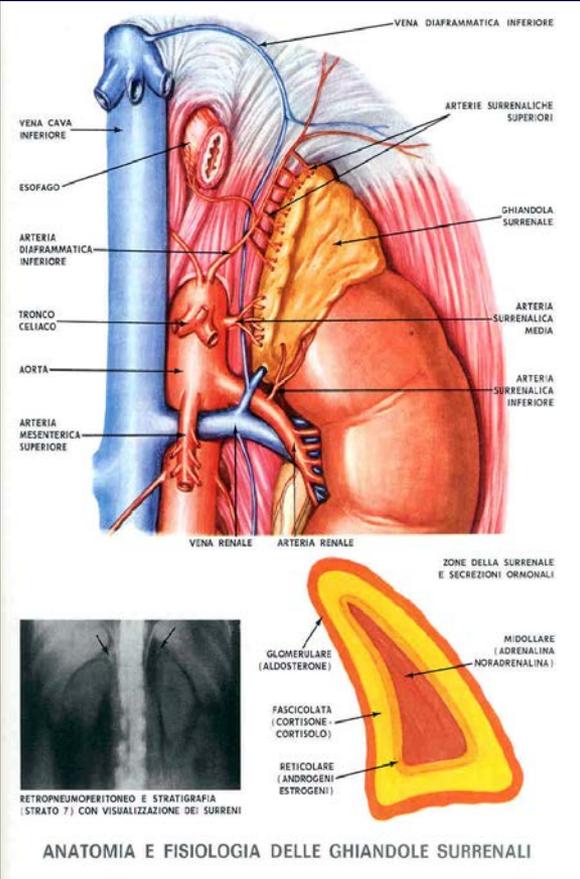


K CORPO-CODA DEL PANCREAS

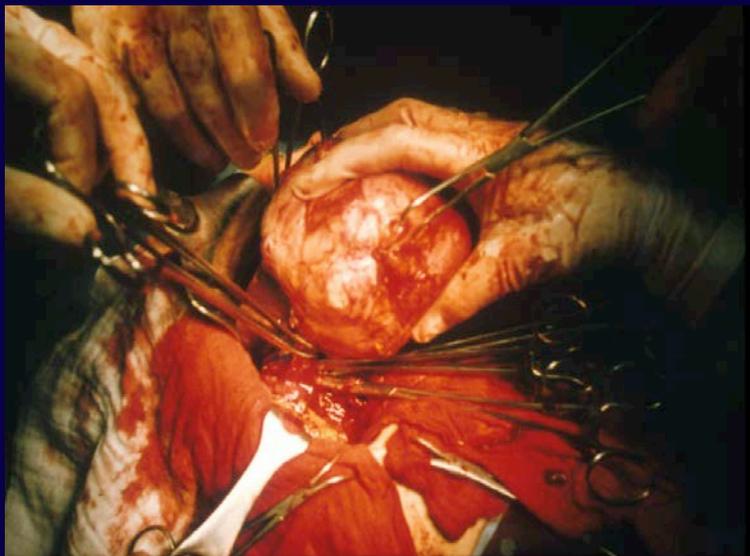
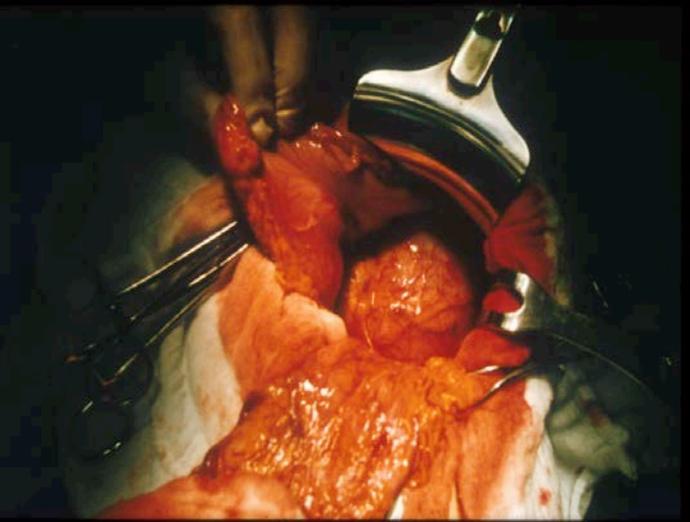
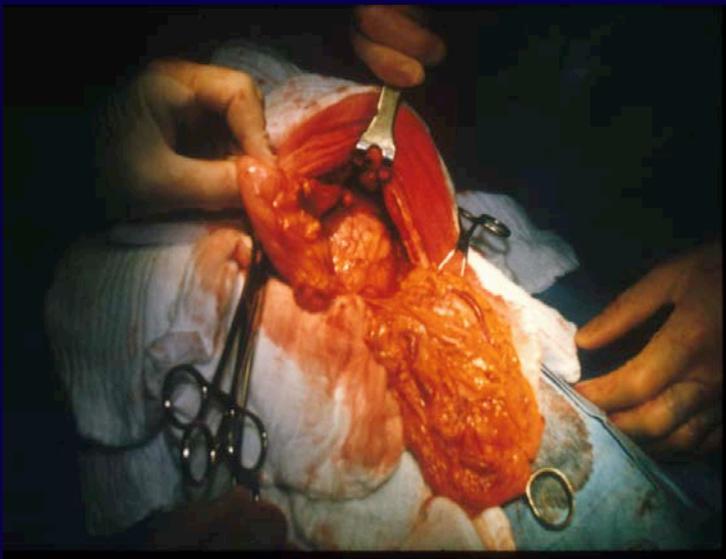
- Generalmente diagnosi tardiva
- Esordio con dolore e/o con complicanze
- Raramente sussistono i criteri per l'operabilità e la reseccabilità

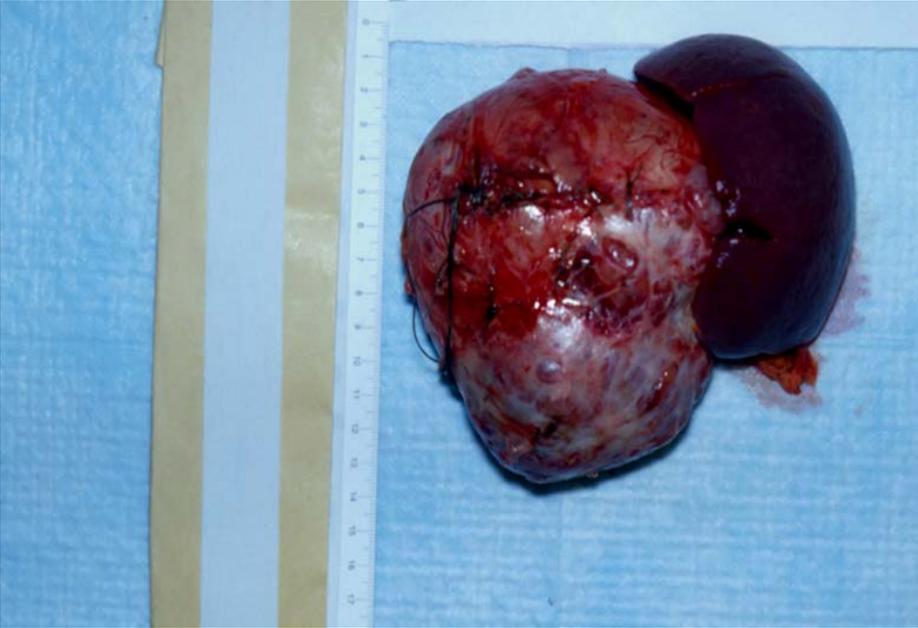


*Il quadrilatero di Albarran-Chatelin
delimita la loggia surrenalica*

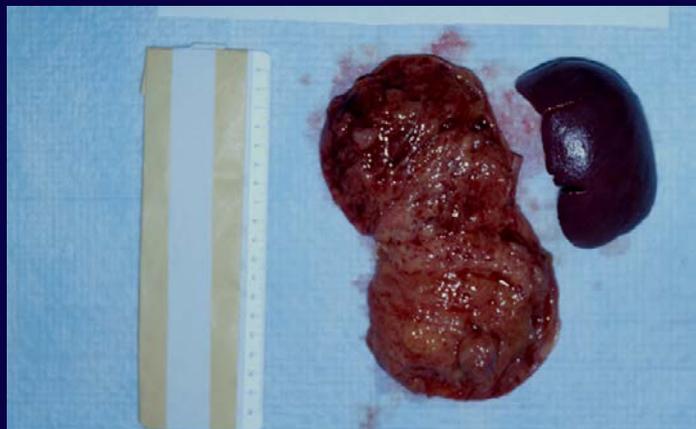


ANATOMIA E FISILOGIA DELLE GHIANDOLE SURRENALI





Prima del riscontro istologico, il quadro anatomo-clinico è stato disinterpretato come una neoplasia incidentale ad insorgenza dal surrene e non già d'origine dal pancreas





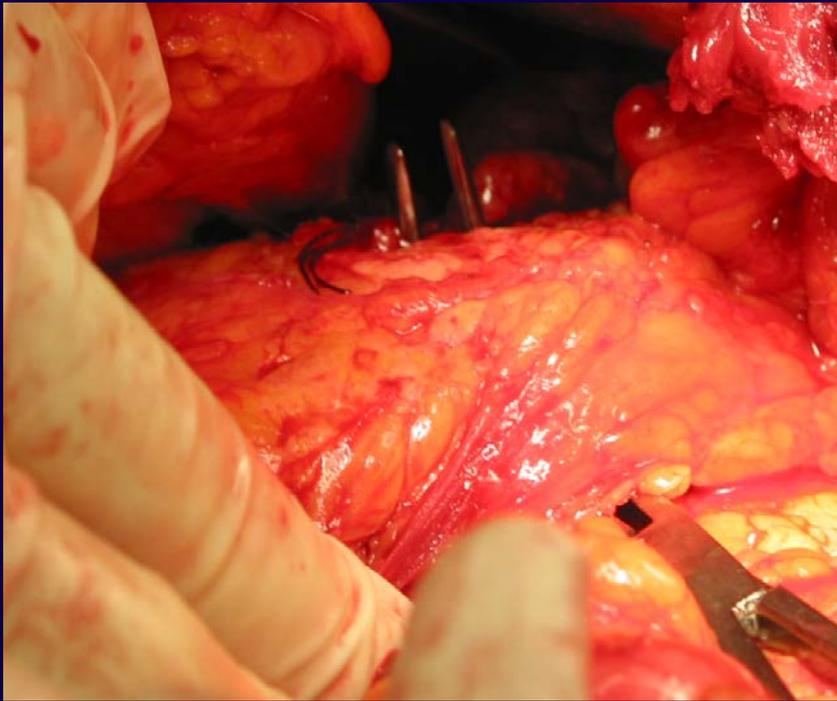
Caso clinico 03.2007 – U.O. Clinica Chirurgica
Soggetto di 67 aa.

Dispepsia

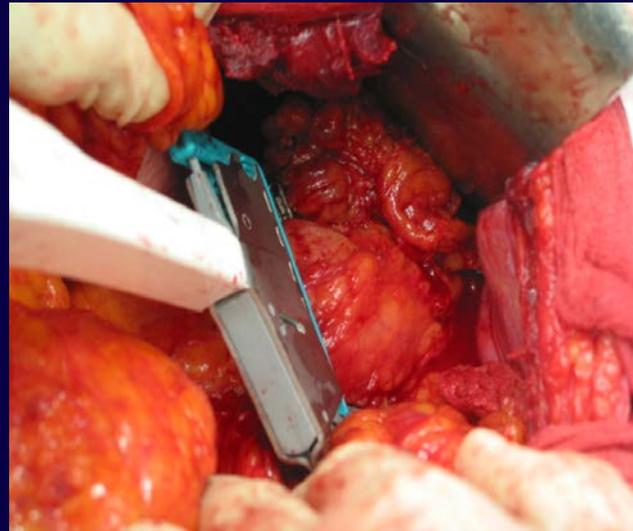
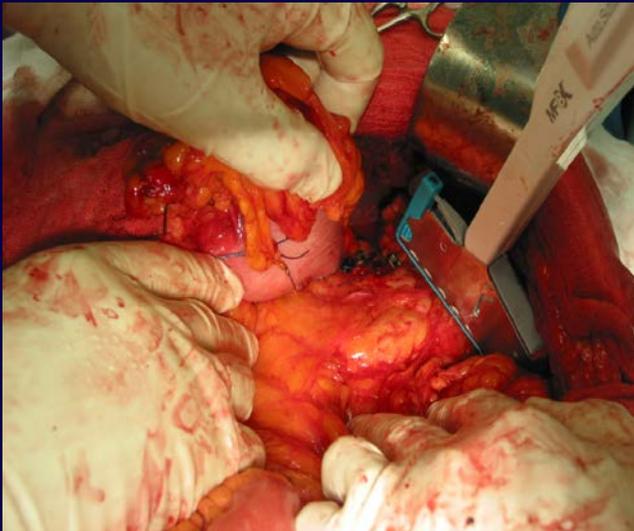
Saltuariamente dolori trafittivi ipocondrio sin.

*Esame TC mostra neoformazione incidentale
a livello corpo-coda del pancreas*

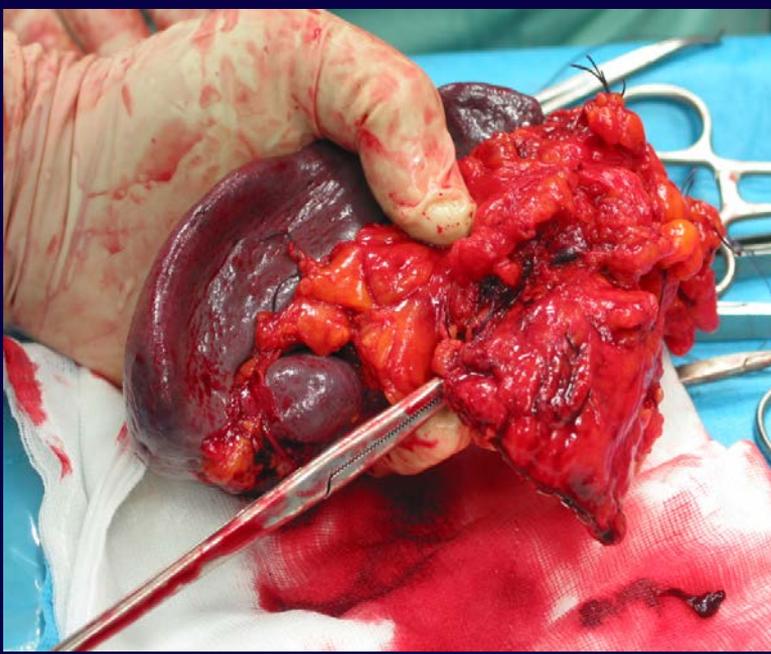




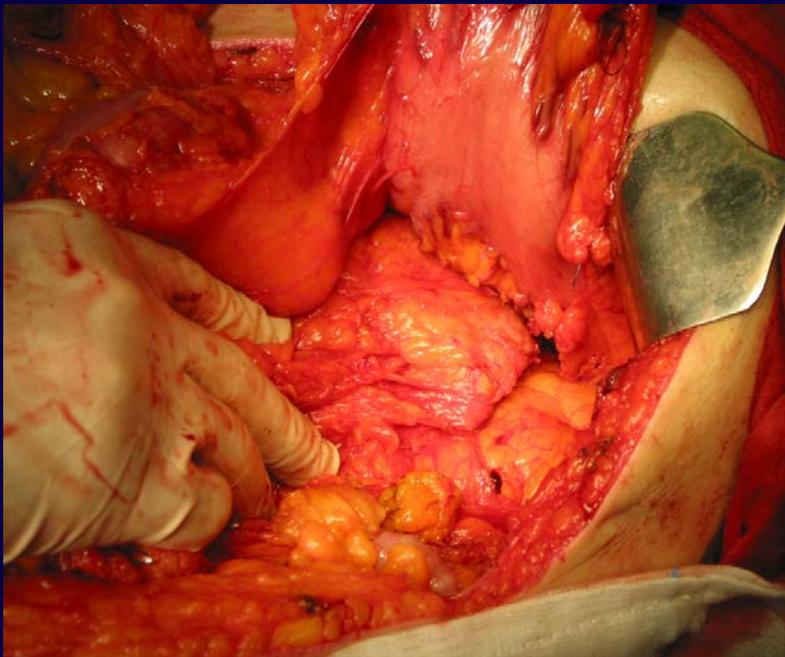
Previa liberazione del bordo superiore ed inferiore, il pancreas viene sottopassato per preparare il punto di sezione, mantenendosi alle dovute distanze dal tronco mesenterico-portale che decorre prossimalmente e dal tumore che è localizzato nella coda.



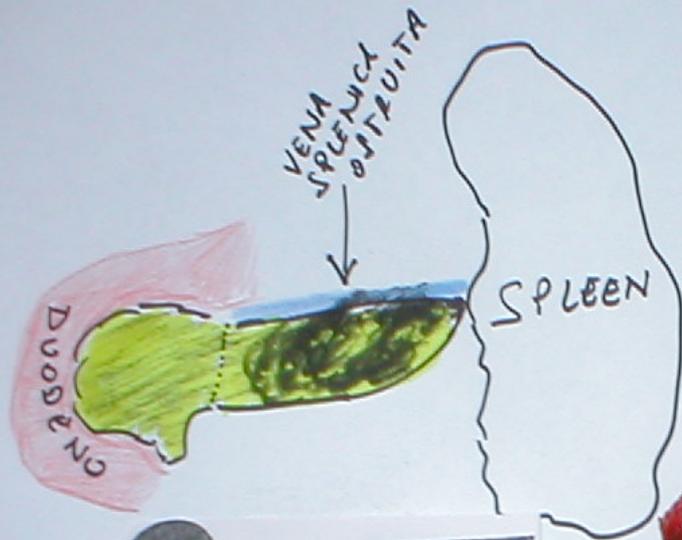
Sezione del pancreas distalmente al collo, con la cucitrice meccanica TA



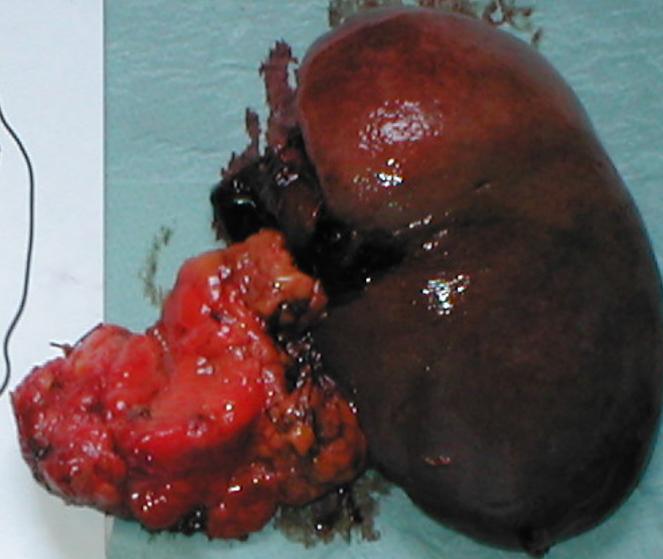
*Splenopancreasectomia distale per neoplasia coda
(U.O. Clinica Chirurgica – P.O. S. Luigi)
Marzo 2007*



*Letto operatorio al termine: pancreas residuo
sezionato a livello del corpo; stomaco ribaltato.
La vena splenica deve essere legata quanto
più possibile all'origine per evitare che un
moncone lungo provochi una trombosi estesa
alla vena porta. La vena mesenterica inferiore
va legata al bisogno in rapporto dove cade la
sezione*



BLOCCO SPLENOPANCREATICO
RIBALTATO A DESTRA



PEZZO OPERATORIO
SPLENOPANCREASECTOMIA
DISTALE
(MAGGIO 2002
U.O. Clinica Chirurgica
P.O. Garibaldi)

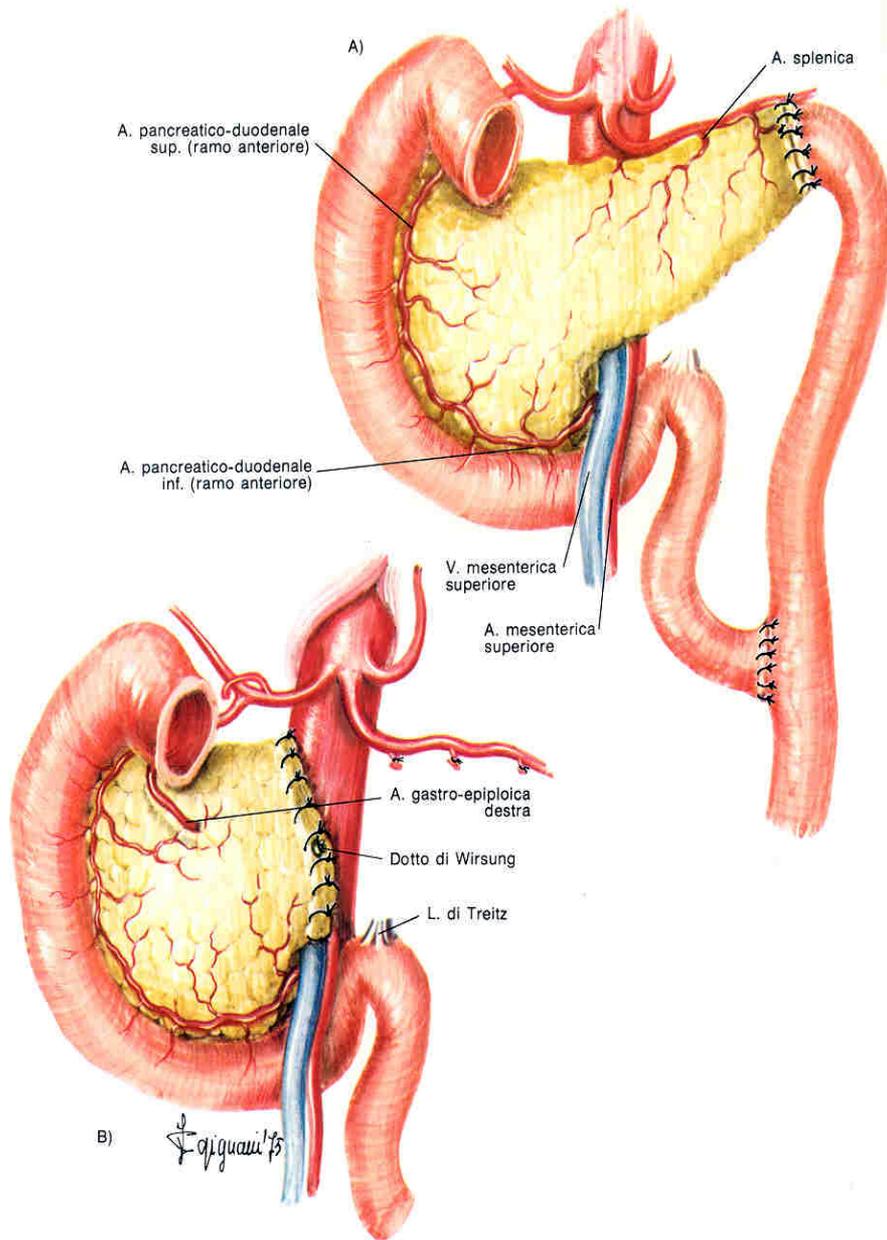


Fig. 89 - Interventi sul pancreas: a) derivazione pancreatico-digiunostomia caudale su ansa ad Y, b) pancreatectomia del corpo e della coda.

Dopo la splenopancreasectomia il moncone pancreatico può essere trattato in due differenti maniere :

- derivato verso un'ansa digiunale defunzionalizzata alla Roux***
- sezionato e chiuso (quando si è sicuri del deflusso verso il duodeno)***

