



UNIVERSITA' DEGLI STUDI di CATANIA – FACOLTA' MEDICINA E CHIRURGIA

Tesi di laurea di
HABIBALLAH SHADY

**Il ruolo della videolaparoscopia nel
trattamento chirurgico del carcinoma colorettales**

Relatore:

***Prof. Salvatore Berretta, Direttore U.O.C. Clinica Chirurgica II (P.O. Policlinico)
- Sez. Oncologia Chirurgica e Chirurgia Gen. del Dipartimento di Chirurgia -***

ANNO ACCADEMICO 2009 - 2010

VIDEOLAPARO vs CHIRURGIA OPEN
NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA COLORETTALE
(UNA MANIERA SBAGLIATA DI PORRE LA QUESTIONE)

**LA VIA DI ACCESSO LAPAROSCOPICA PER IL
CARCINOMA COLORETTALE NON E' ANTITETICA ALLA
CHIRURGIA TRADIZIONALE OPEN.**

**SONO DUE MODALITA' DIVERSE DI AFFRONTARE IL
TRATTAMENTO DI QUESTO TUMORE, ENTRAMBE CON
VANTAGGI E SVANTAGGI.**

**LA VIDEOLAPARO NON SI PRESTA PER TUTTI I CASI, MA
TROVA INDICAZIONI IN CASI SELEZIONATI**

VANTAGGI APPROCCIO LAPAROSCOPICO

NEL CA. COLO-RETTALE:

- **“SHORT-TERM ADVANTAGES”**

- **“LONG-TERM BENEFITS”**

“SHORT-TERM ADVANTAGES” :

- *riduzione dolore postoperatorio*
- *minore rischio infezione ferita, beneficio cosmetico*
- *meno giornate degenza, + “ripresa attività sociale-lavorativa”*
- *inizio più precoce (rispetto chirurgia open) di un eventuale trattamento di tipo adiuvante*
- *magnificazione del campo visivo soprattutto nella pelvi
(zona ristretta)*

“LONG-TERM BENEFITS”:

- **minore incidenza di aderenze**
- **minore incidenza di ernie incisionali**

*Per quanto riguarda i **costi** se nell'immediato sono più alti rispetto a chirurgia open, nella valutazione a medio termine, vengono ammortizzati dai vantaggi della VL (gg. di degenza, ripresa lavoro, consumo di farmaci analgesici).*

***Per ridurre i costi** è importante la selezione dei casi da sottoporre a VL (conversione antieconomica perché somma gli alti costi operatori e gli svantaggi della chirurgia open)*

A riprova della sicurezza dell'approccio laparoscopico,

Braga et al (Annals of Surgery, 2002)

Lacy et al (Lancet 2002)

riportano le stesse % della chirurgia open

come complicanze e reinterventi

SVANTAGGI APPROCCIO VL NEL CA. COLO-RETTALE

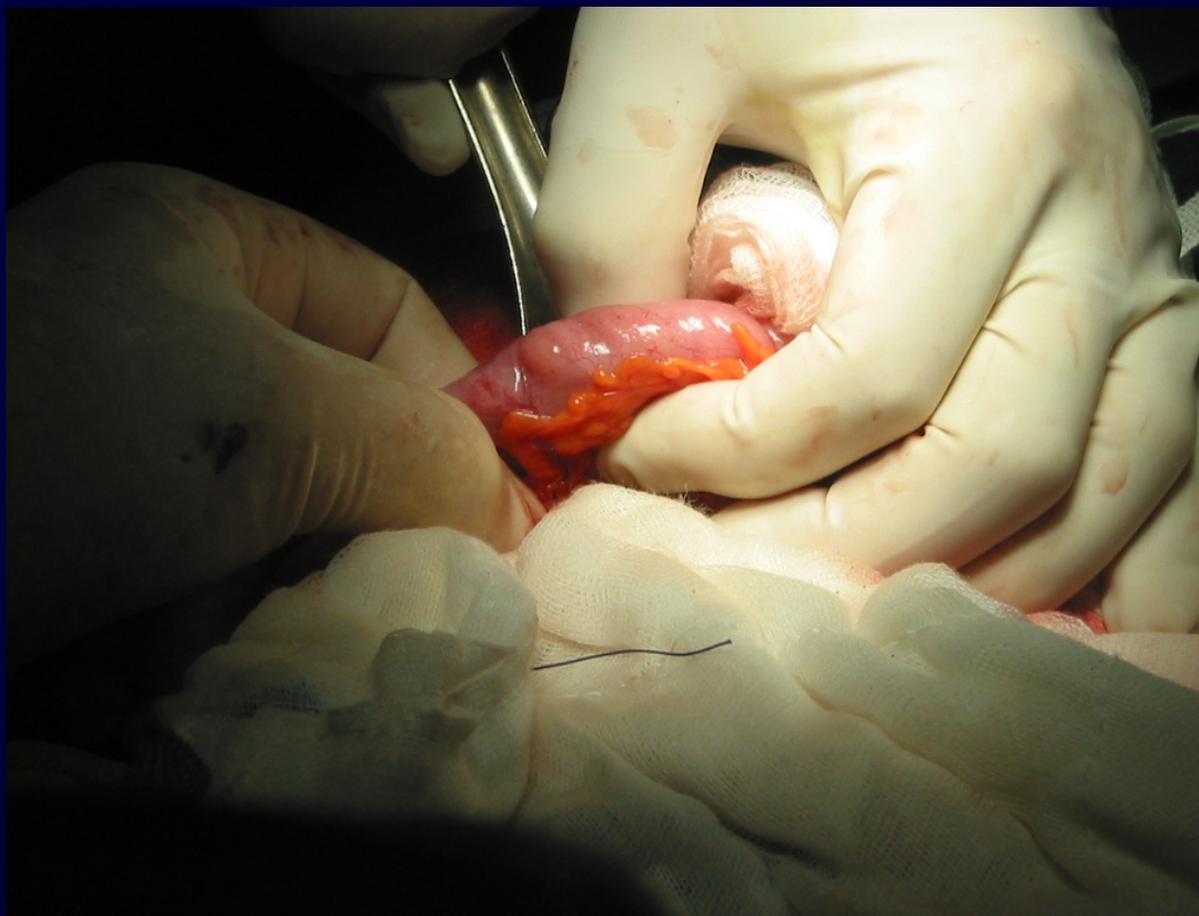
- **TEMPI OPERATORI PIU' LUNGHI**
- **PROLUNGATA POSIZIONE TRENDELEMBURG**
- **MANCANZA INFORMAZIONI TATTILI**

(può risultare difficile identificare un tumore di piccole dimensioni; per ovviare si può eseguire il tatuaggio colonscopico preoperatorio, la colonscopia peroperatoria oppure ricorrere alla c.d.H.A.L.S.

- hand assisted laparoscopic surgery -)

- **NECESSARIA una CURVA DI APPRENDIMENTO**

(nel ca. coloretale, la chirurgia ed il chirurgo rappresentano fattori prognostici di primaria importanza)



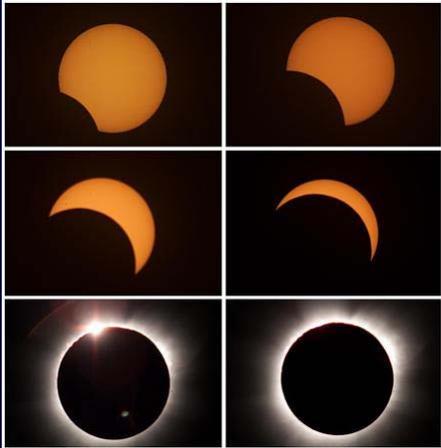
**LA PALPAZIONE PEROPERATORIA DEL COLON E' UN TEMPO
CHIRURGICO ESSENZIALE IN CHIRURGIA OPEN.
LE INFORMAZIONI TATTILI MANCANO IN CHIRURGIA VL**

**CURVA DI APPRENDIMENTO NEL TRATTAMENTO VL
DEL CARCINOMA COLORETTALE, secondo A.S.C.R.S.
(American Society of colo-rectal Surgeons)**

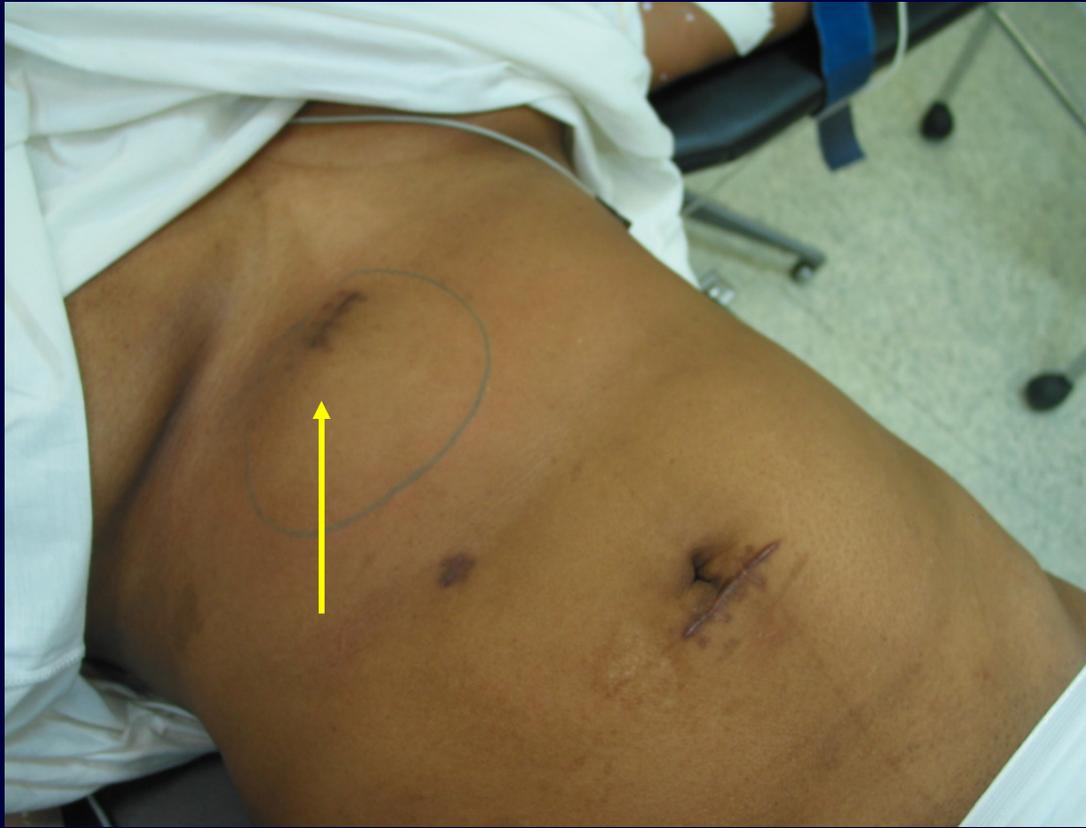
- **AUMENTARE INDICAZIONI ad interventi VL minori**
(appendicectomia, resezioni coliche per patologie benigne tipo polipi non asportabili endoscopicamente, m. diverticolare sintomatica con scarsa peridiverticolite)
- **eseguire 20 resezione coliche laparoscopiche per patologia benigna, prima di procedere con il trattamento VL del carcinoma colorettale**
- **eseguire di routine la VL di staging nei tumori addominali**

La questione delle “PORT SITE METASTASES” :

- nelle prime casistiche a riguardo, incidenza del 21%
(*Alexander et al, LANCET, 1993*)
- a partire dalla fine degli aa. '90 riportata una incidenza del 2%,
pari a quella delle ricorrenze nelle cicatrici dopo chirurgia open



La questione dell'impianto delle cellule tumorali sulla porta d'ingresso dei trokars, è stata ridimensionata dalle casistiche degli ultimi anni, pur sempre rimane un'ombra nella chirurgia videolaparoscopica x tumore



“PORT SITE METASTASIS”

Donna mauriziana 45 aa. Altrove VL
Colecistectomia (reperto istologico
di carcinoma incidentale della colecisti).

A distanza di 6 mesi impianto di metastasi in una delle porte dei trokars.

SVANTAGGI APPROCCIO VL NEL CA. DEL RETTO

In casistiche non recentissime, è riportata una maggiore incidenza di :

- **ANASTOMOTIC LEAKAGE (1-21%)**
- **PELVIC NERVE INJURY (disfunzioni vescicali e sessuali)**
- **RECIDIVA LOCALE**

L'incidenza delle recidive locali, secondo gli ultimi reports, si equivale tra chirurgia open e VL (da 2 a 6%) con l'eccezione di due studi, che riportano una maggiore incidenza dopo VL :

- **Fleshmann et al. (Disease of the Colon and rectum, 1999)**
- **Feliciotti et al (Surgical Endoscopy, 2003)**

LIMITI DELLA VL nel k coloretale

- **Obesità** (*controindicazione relativa*)
- **Malattie cardiopolmonari** (*controindicazione relativa*)
- **Pregressi interventi di chirurgia addominale maggiore**
(*è difficile stabilire a priori l'entità delle aderenze, sicchè può essere ragionevole considerare questi casi a rischio di conversione*)
- **Soggetti a rischio di emorragia**
- **TUMORI ALLO STADIO T4**
- **“BULKY TUMOUR” (> 8-10 cm.)**
- **Impossibilità di visualizzare l'intero colon con la colonscopia preoperatoria**

→ Fondamentale la **selezione** per ridurre al minimo la conversione che è antieconomica

CONVERSIONE IN CHIRURGIA OPEN DURANTE LA VL PER K del COLO-RETTO

CONVERSIONE 6-21% dei casi

- Aderenze non previste
- Impossibilità di visualizzare gli ureteri
- Incidenti

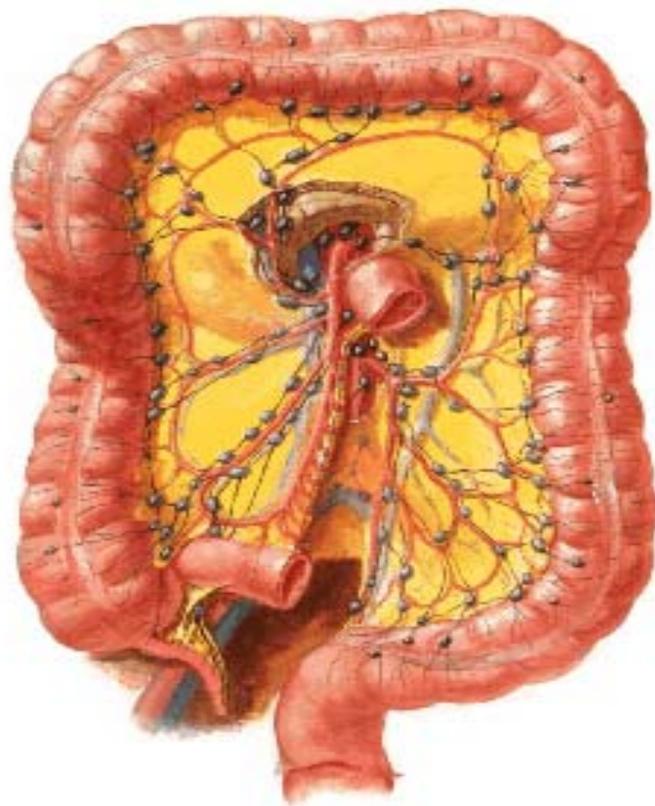
La conversione è antieconomica, sicchè bisogna selezionare i casi da sottoporre a videolaparoscopia

ASPETTI DI TECNICA

CHIRURGICA

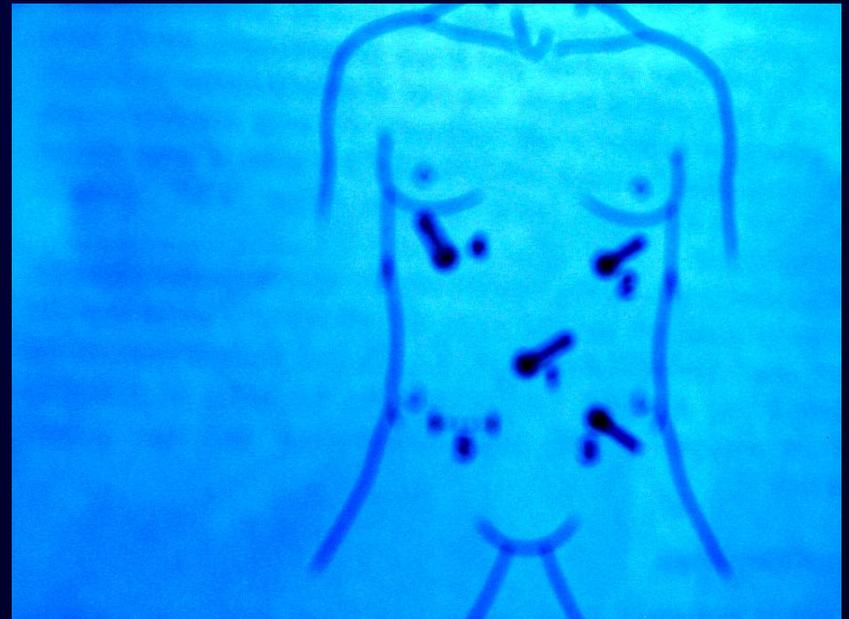
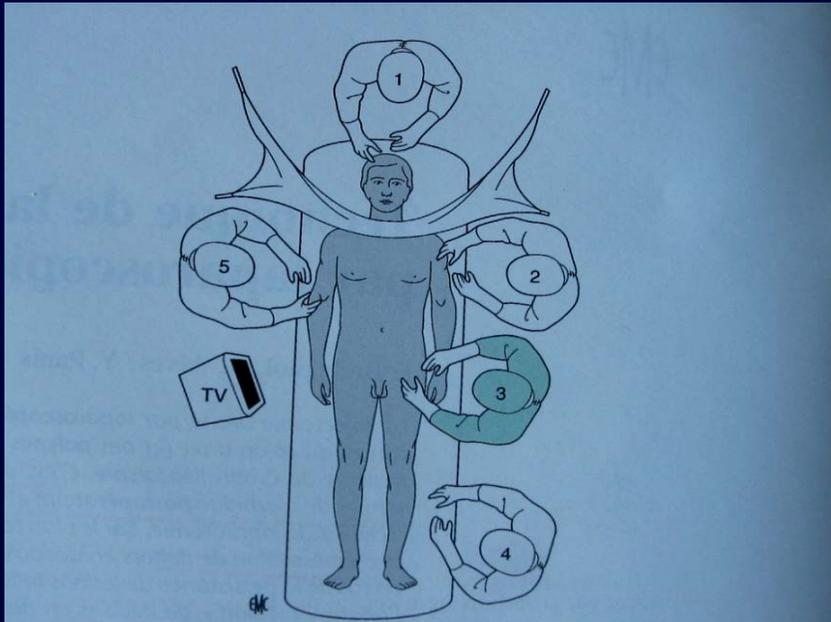
VIDEOLAPAROSCOPICA

ANATOMIA COLON-RETTO: la rete linfatica



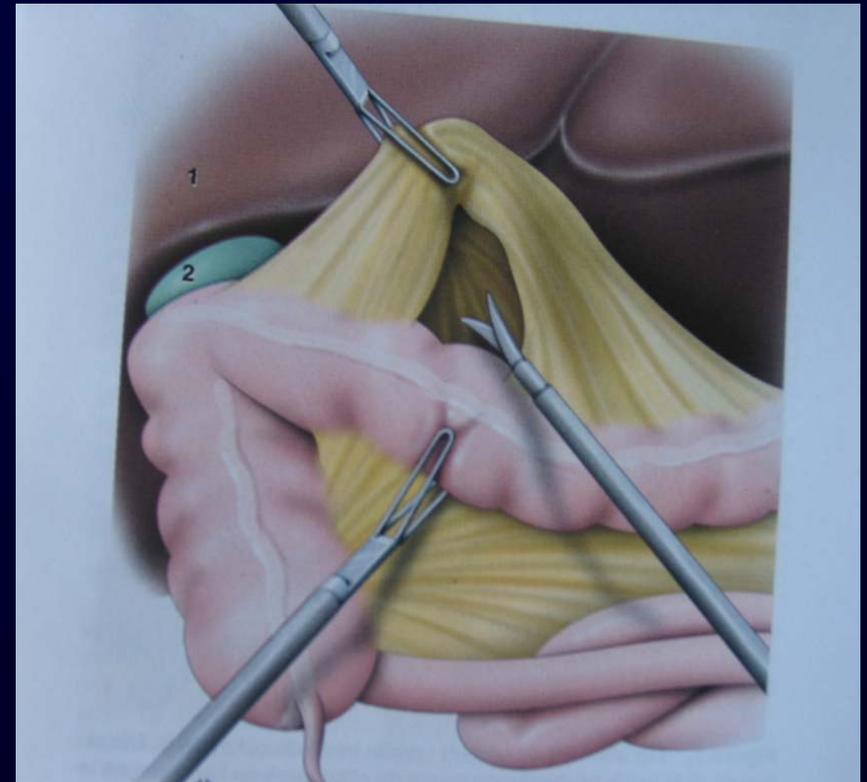
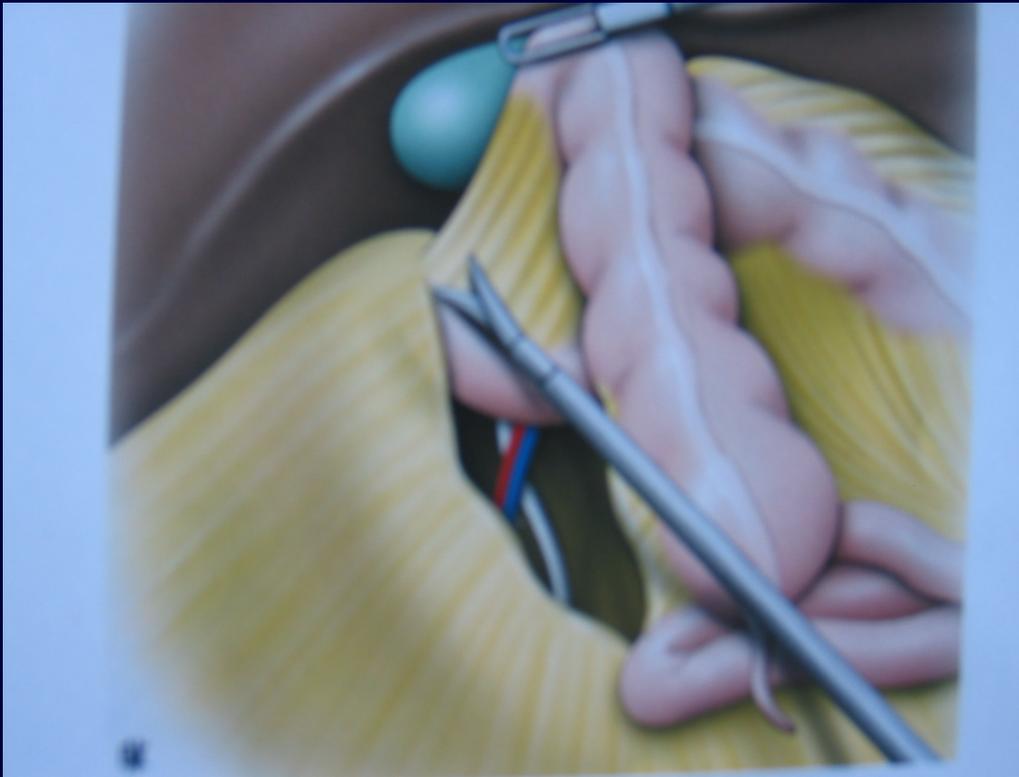
**Distribuzione dei linfonodi
lungo i vasi del comparto
mesenterico superiore a destra
e mesenterico inferiore a sinistra**

Tempi della emicolectomia dx videolaparoscopica



posizione dei trokars (il primo trokar e' quello da 10, paraombelicale da dove si introdurrà l'ottica; tutti gli altri trokars verranno introdotti sotto controllo visivo - c.d. open laparoscopy -)

Emicolectomia dx VL: accesso laterale
1° tempo scollamento parietocolico destro;

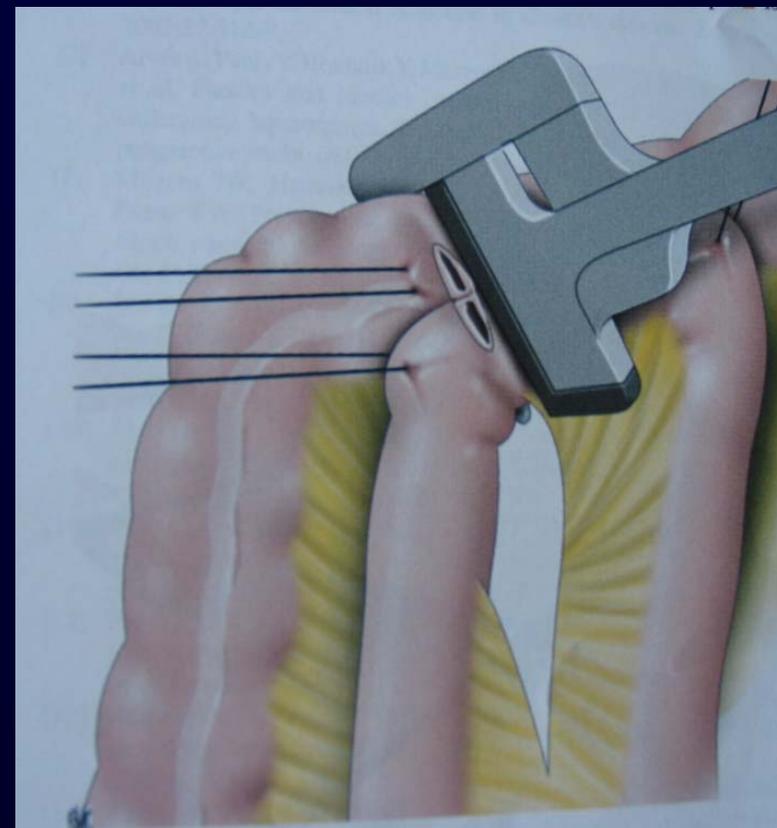
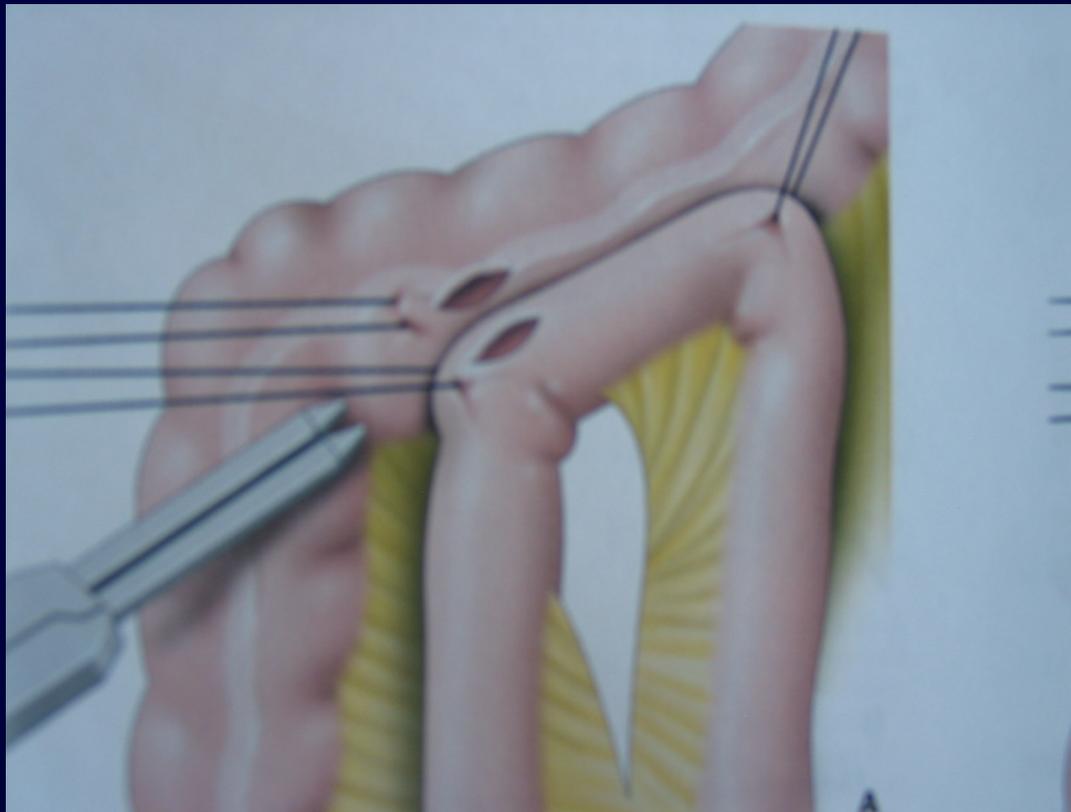


Emicolectomia dx VL: accesso laterale
2° tempo legature vasali



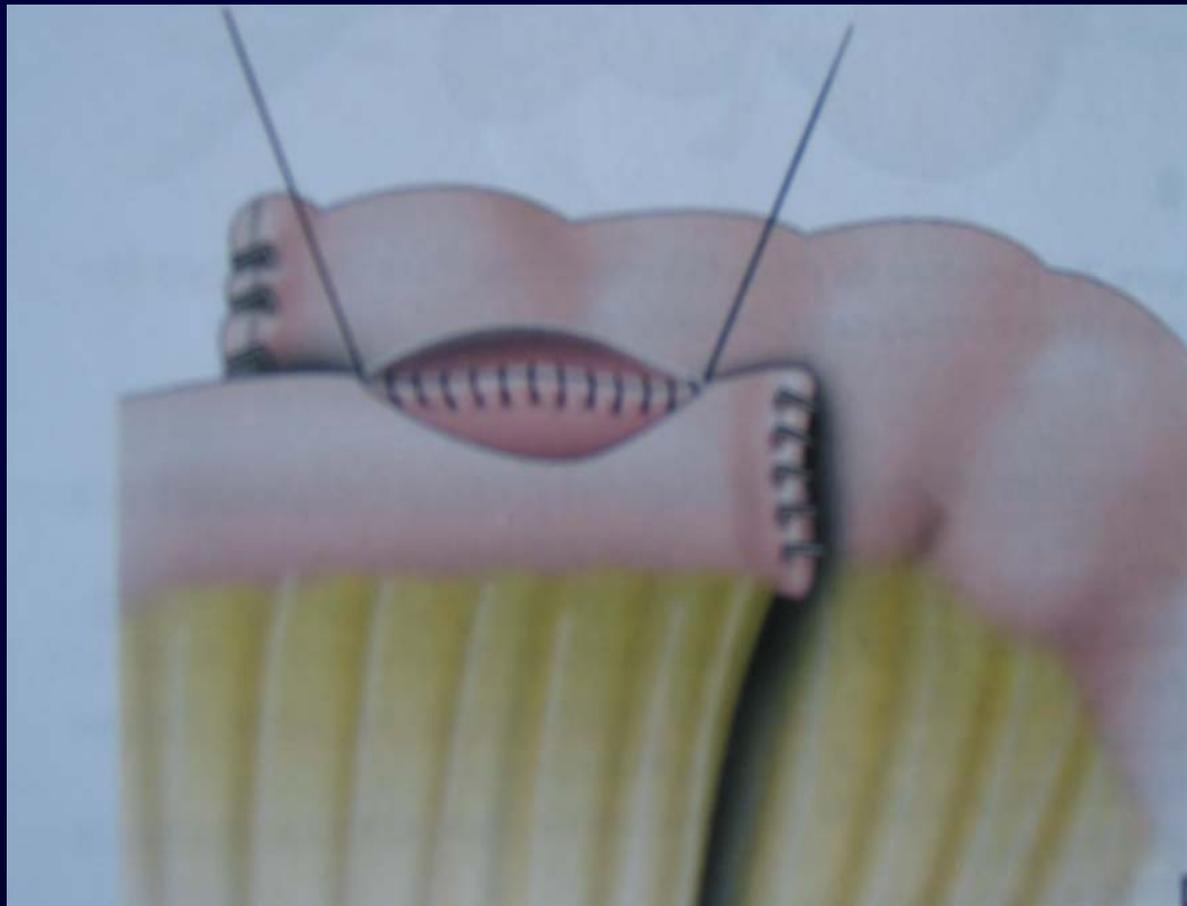
esteriorizzazione del pezzo da resecare;
i vasi sono stati legati e sezionati

*anastomosi ileo-trasverso lat. - laterale meccanica
con la GIA*

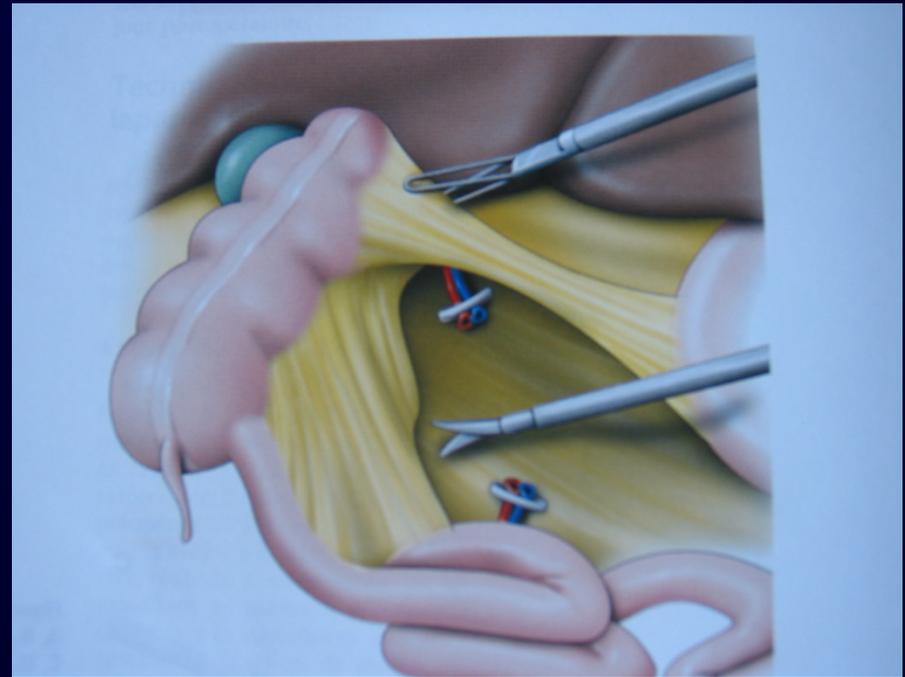
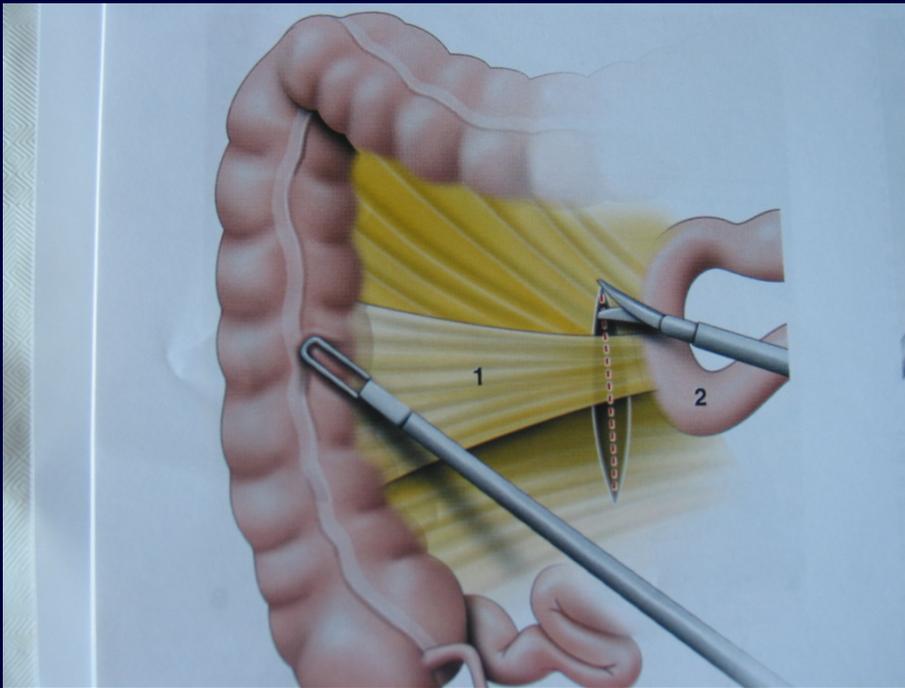


*ultimata l'anastomosi con la GIA,
si esegue la sezione con la cucitrice
meccanica TA*

anastomosi ileo-trasverso manuale latero-laterale

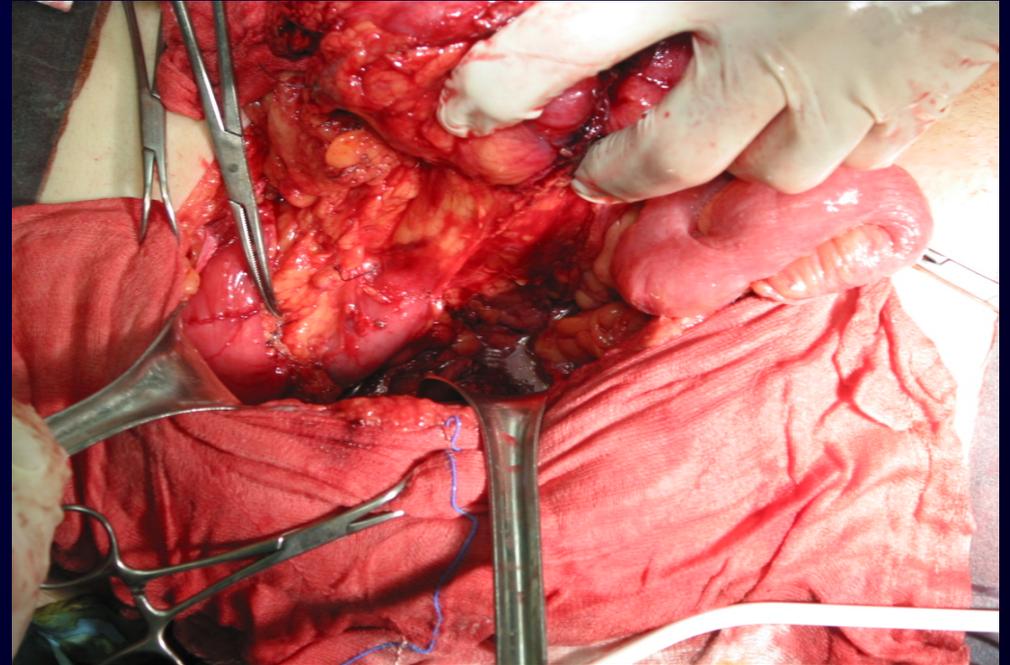
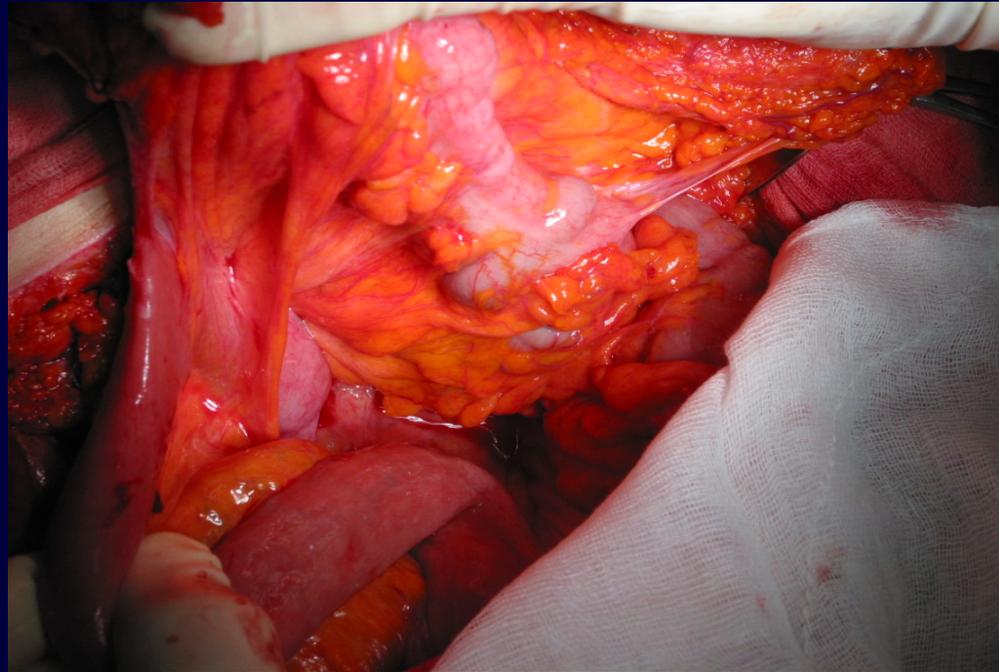


emicolectomia dx: accesso mediano (le legature vasali precedono lo scollamento parietocolico)



Il tempo delle legature vasali, per la contiguità anatomica, può esporre a lesioni del duodeno. I vasi, arteria ileocolica e colica dx, vanno sezionati e legati all'origine dell'arteria mesenterica superiore.

emicolectomia dx con accesso chirurgico open



Esposizione del Treitz e del duodeno (III-IV porzione) alla radice del mesocolon trasverso; l'infiltrazione neoplastica del duodeno da parte del k del colon destro è un criterio di non resecabilità del tumore.

Tempi della emicolectomia sin. videolaparoscopica

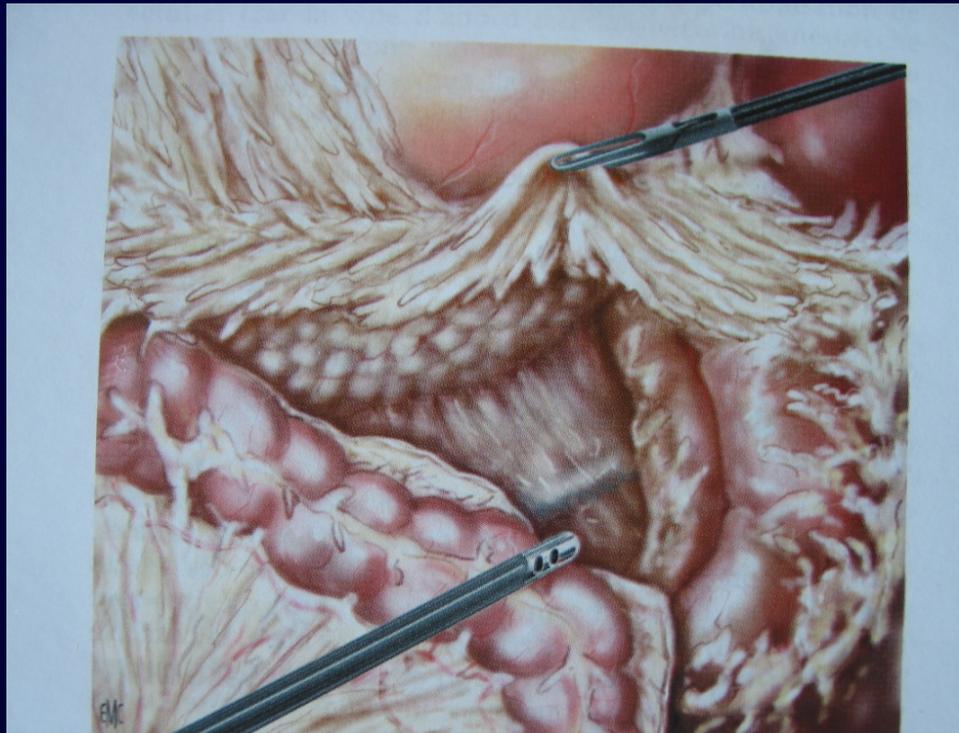


*posizione paziente (Trendelemburg),
disposizione equipe e posizione dei trokars*

Emicolectomia sin.: accesso laterale

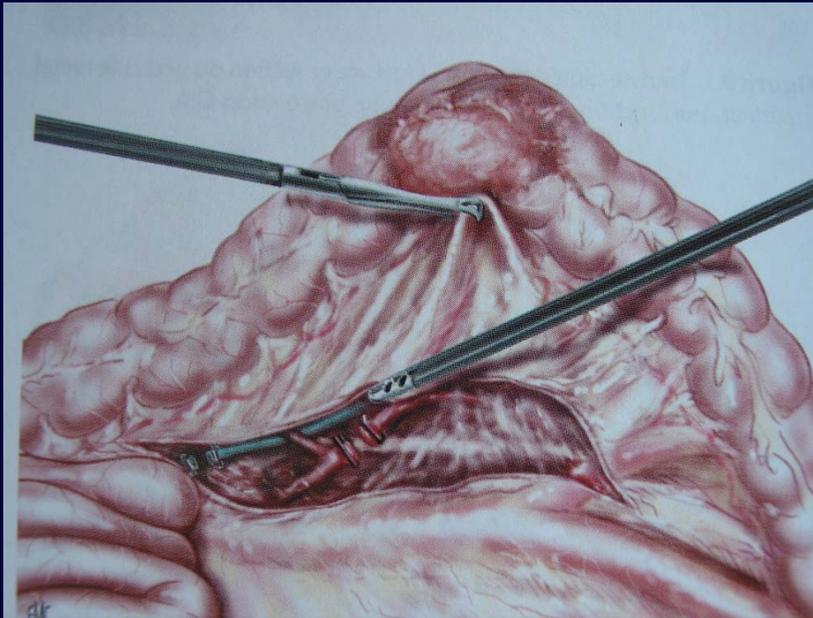
1° tempo preparazione colon

2° tempo legatura dei vasi

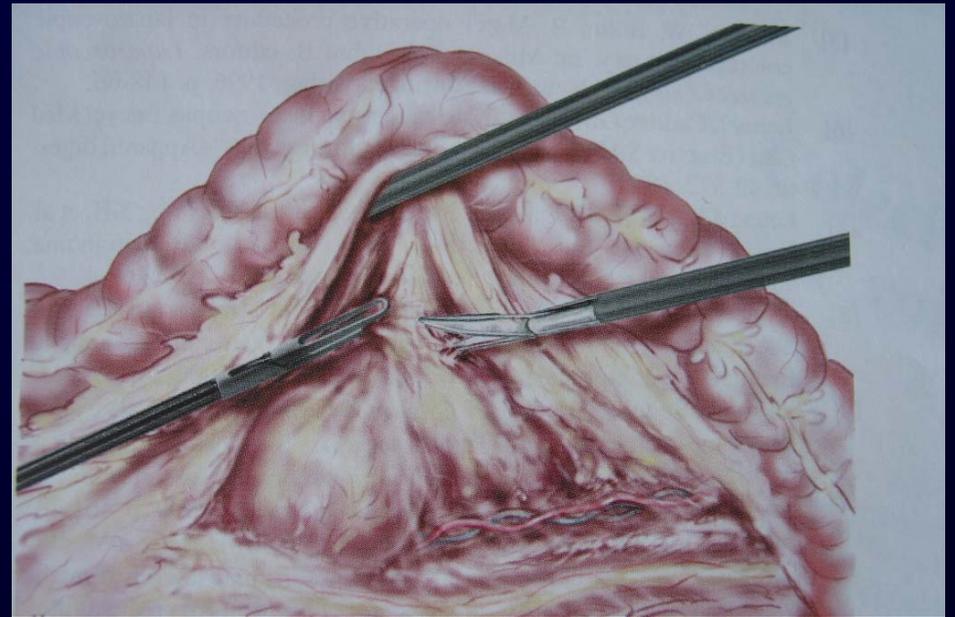


Nel tempo della mobilizzazione dell'angolo colico sinistro bisogna porre molta attenzione alla milza

emicolectomia sin.: accesso mediano
legature dei vasi precedono preparazione del colon

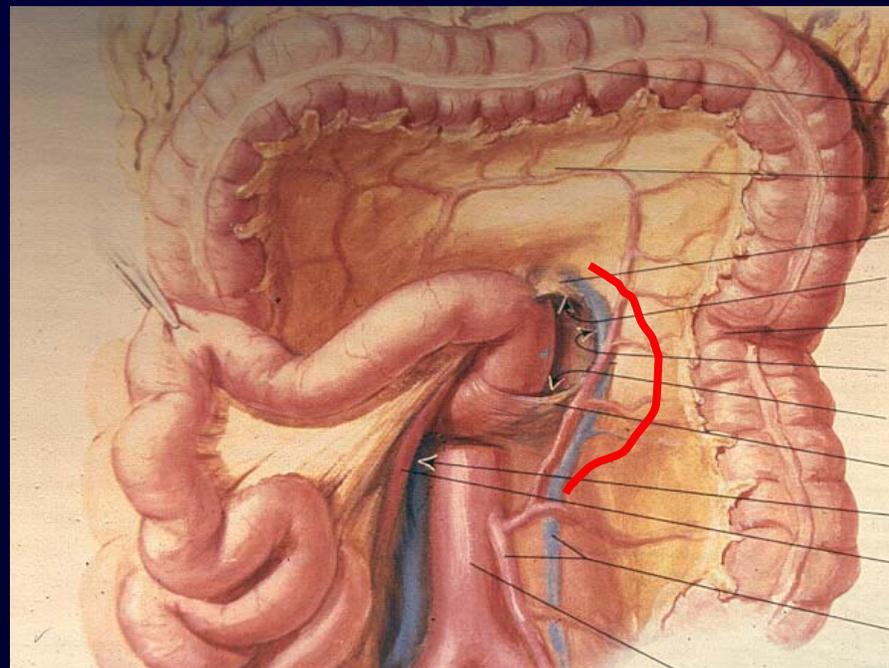
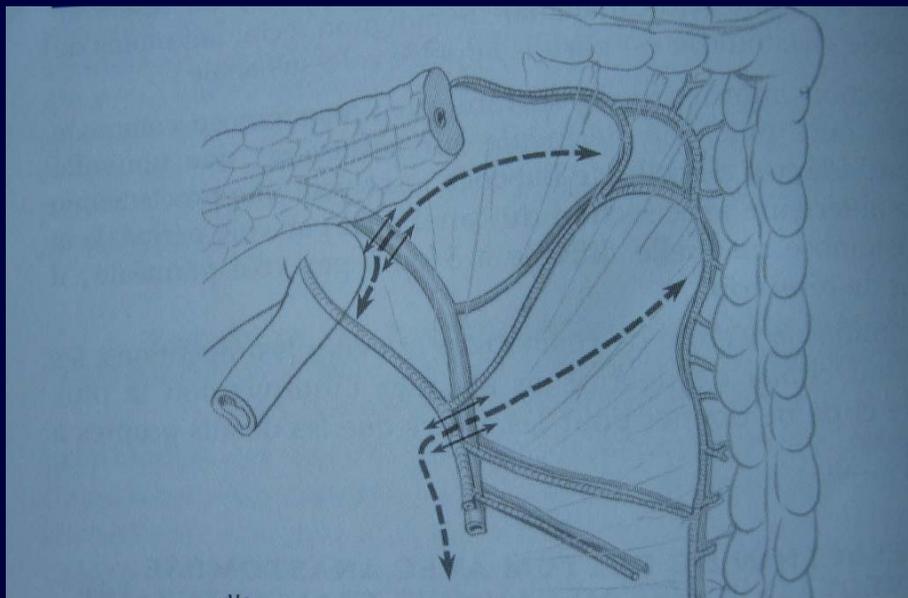


legatura dell'arteria mesenterica inf. a 2 cm.
dall'origine dall'aorta; della vena mesenterica inf.
a livello del bordo inferiore del pancreas



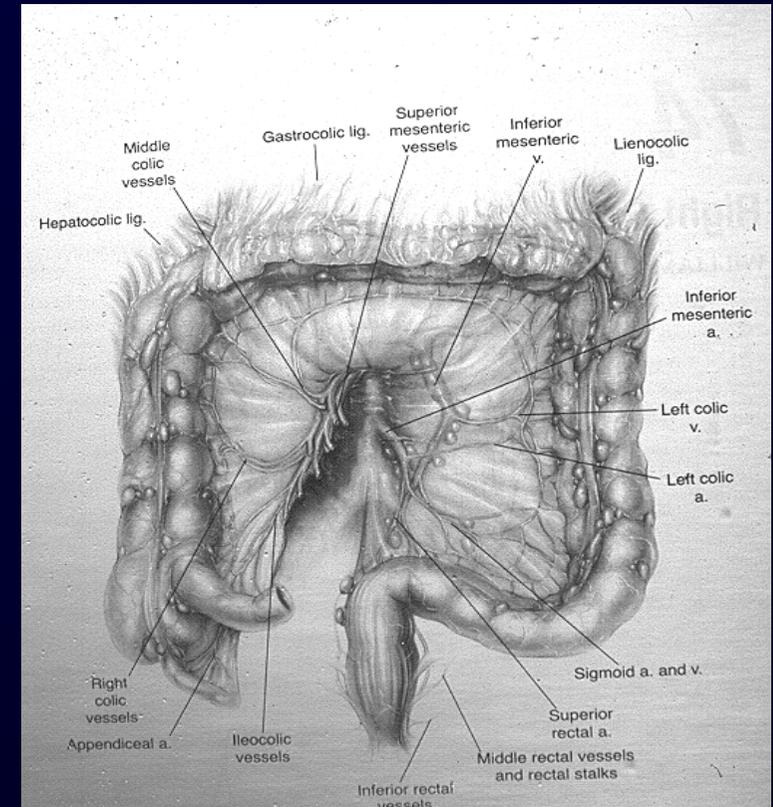
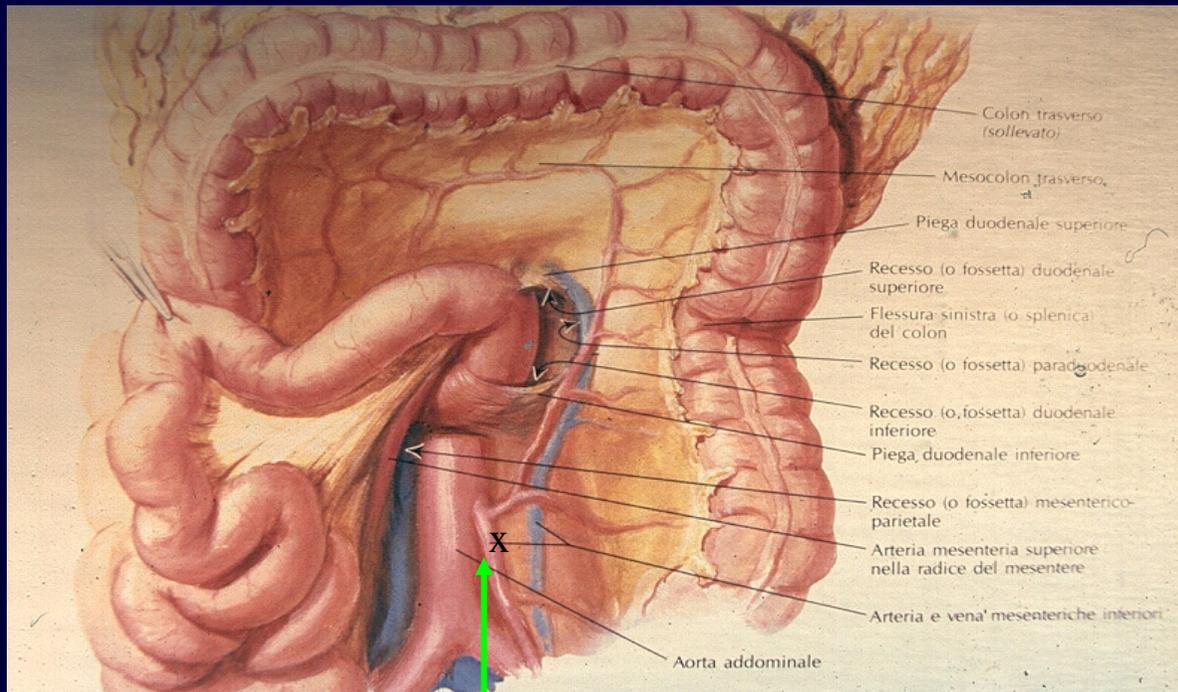
legati i vasi si procede disseccando
dall'interno all'esterno, isolando
l'uretere sin, distanziando o
legando il peduncolo gonadico sin.

ARCATA VASCOLARE DEL TREITZ



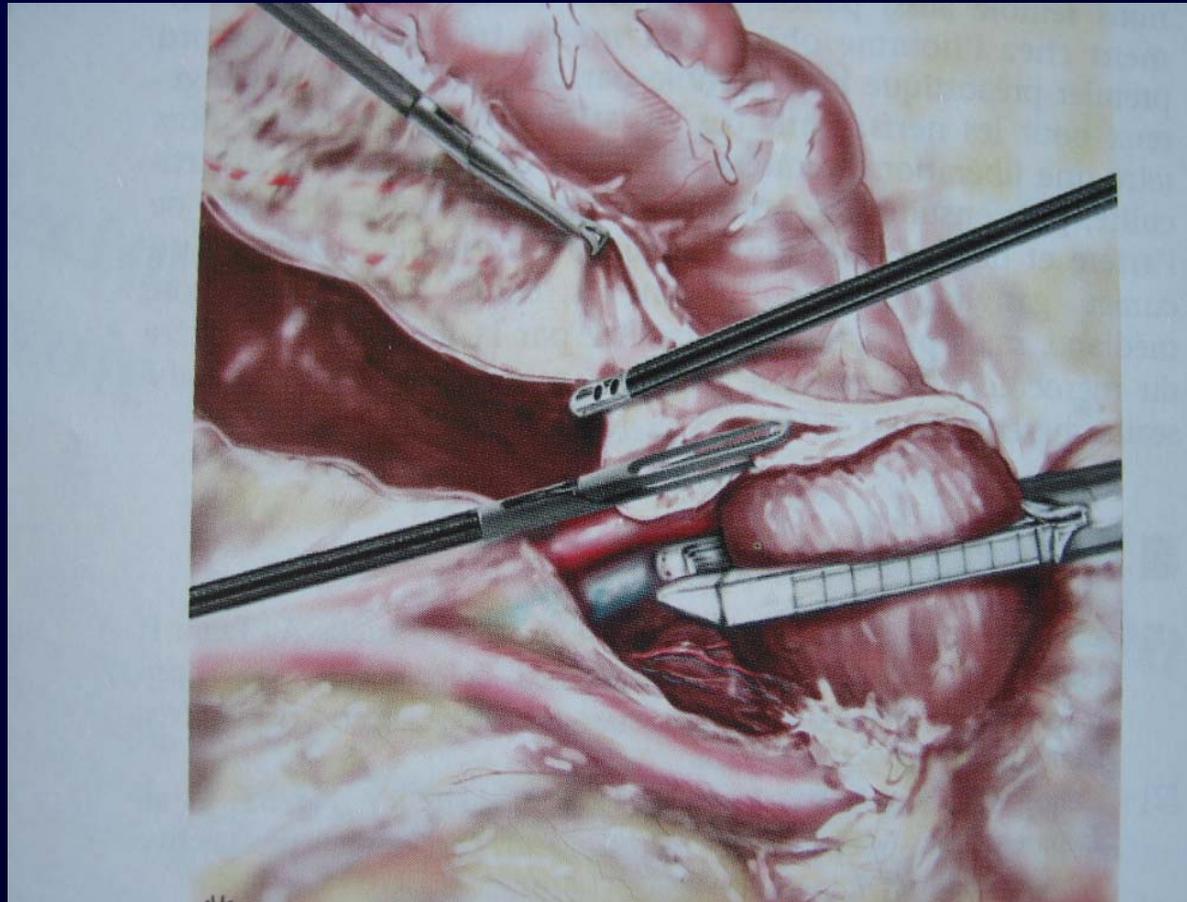
arcata vascolare del Treitz costituita dalla v. mesenterica inf. che incrocia dal basso l'arteria colica sin. (*importante punto di repere per la legatura dell'arteria e della v. mesenterica inf.*)

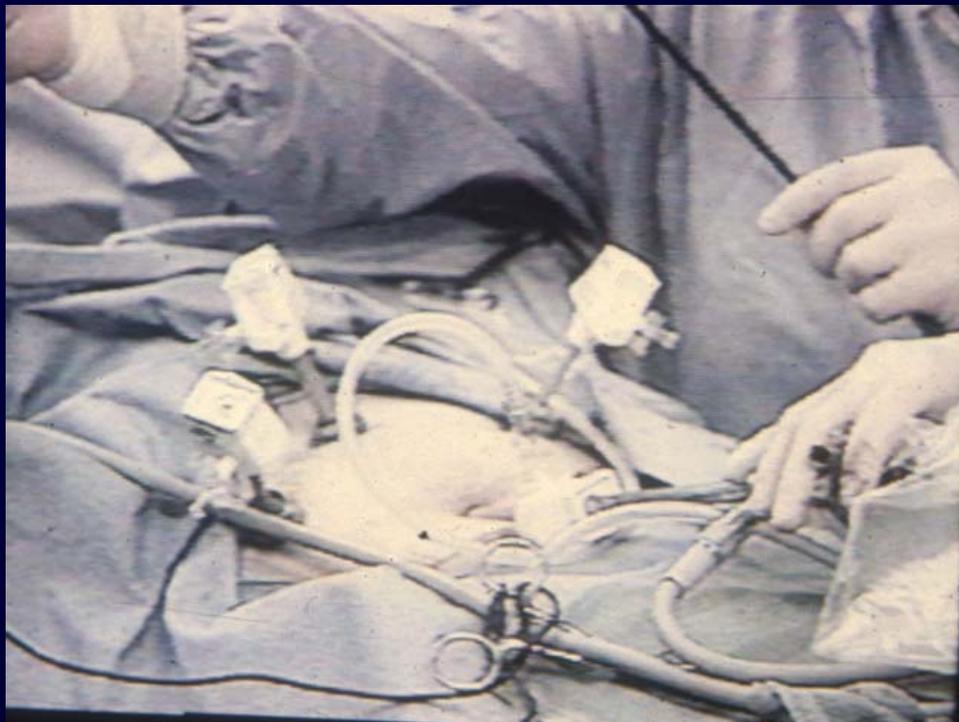
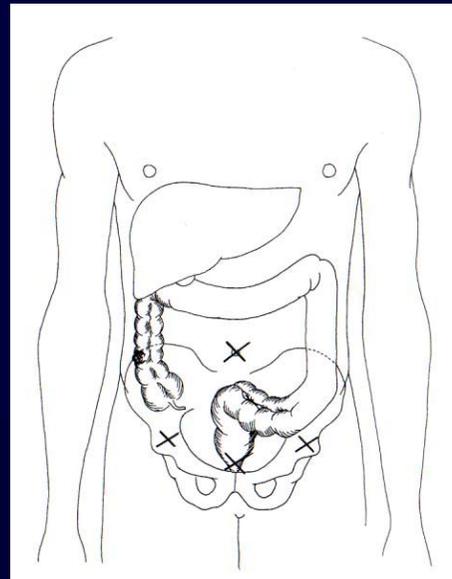
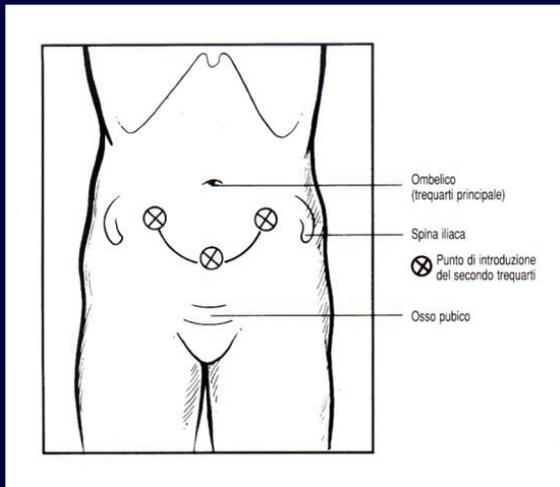
DISTRETTO ARTERIA MESENTERICA INF.



L'arteria mesenterica inferiore, subito dopo l'emergenza dall'aorta, emette l'arteria colica sinistra; è contrassegnato il punto dove cade la legatura, distalmente alla colica sinistra

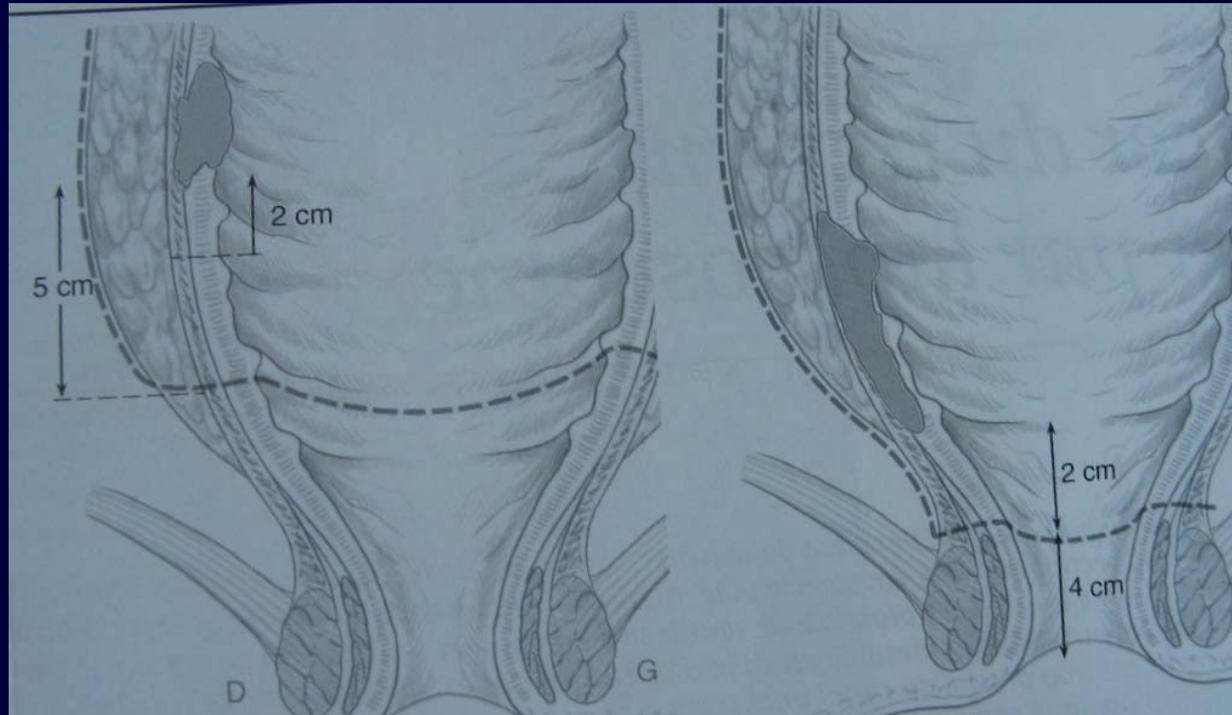
*sezione del retto con la ENDOGIA; a seguire avverrà
il tempo dell'anastomosi colorettales meccanica con
lo stapler circolare*





**ACCESSO LAPAROSCOPICO
PER ADDOME INF. E PELVI:
*sono stati inseriti 4 trokars***

resezione rettocolica anteriore



il margine di sezione distale del retto rispetto al polo inferiore del tumore, sia in open che in VL, deve essere di 5 cm. per le localizzazioni nel retto alto, di 2 cm. per le localizzazione nel terzo inferiore del retto

DIPARTIMENTO CHIRURGIA dell'UNIVERSITA' di CATANIA
P.O. POLICLINICO - U.O.C. CLINICA CHIRURGICA II
DIRETTORE PROF. S. BERRETTA

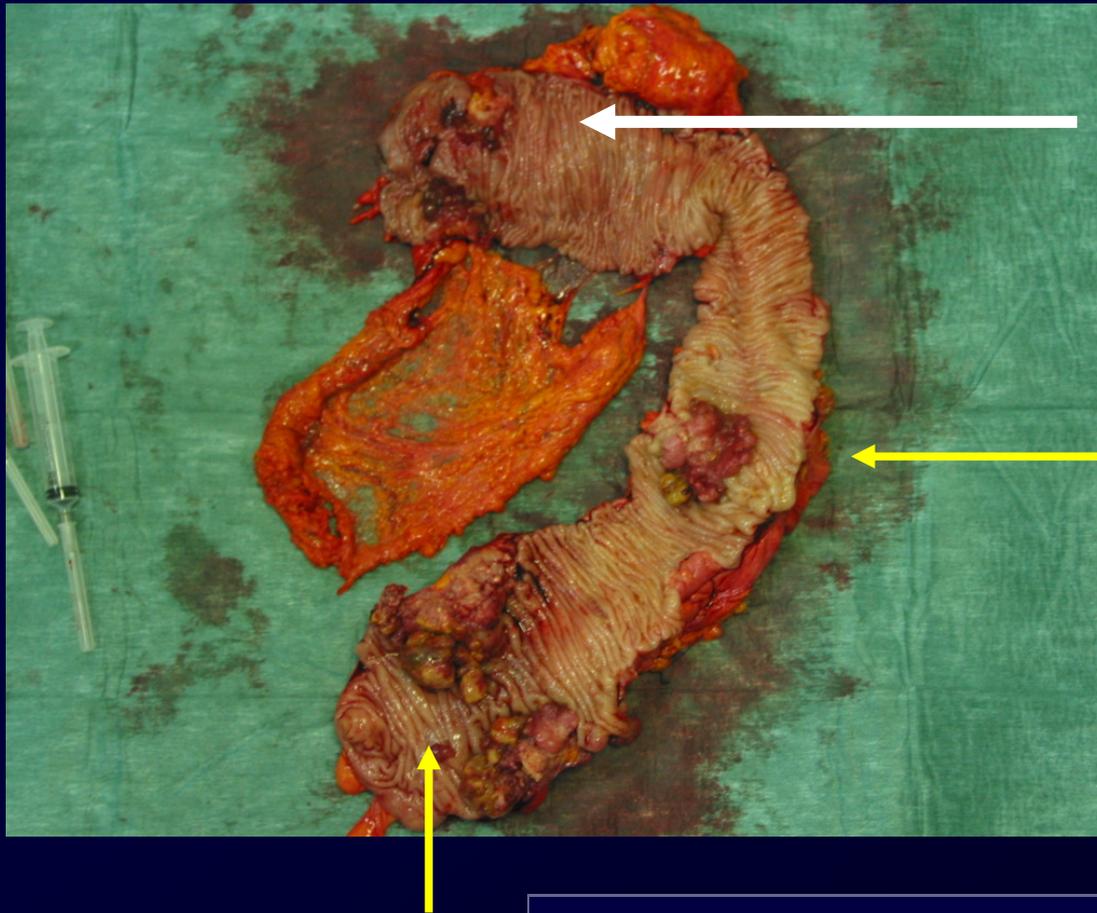
**PRESENTAZIONE di 7 CASI CLINICI di tumori del colon
dove un trattamento VL non sarebbe proponibile**



CASO CLINICO 1: tre tumori sincroni

**ESEMPIO DELL'IMPORTANZA
DELLA PALPAZIONE PEROPERATORIA
DEL COLON
PER SVELARE EVENTUALI
TUMORI SINCRONI**

K stenosante del retto in soggetto di 75 aa, suboccluso (colonscopia non ha superato la stenosi, ma ha fornito il riscontro istologico della lesione)

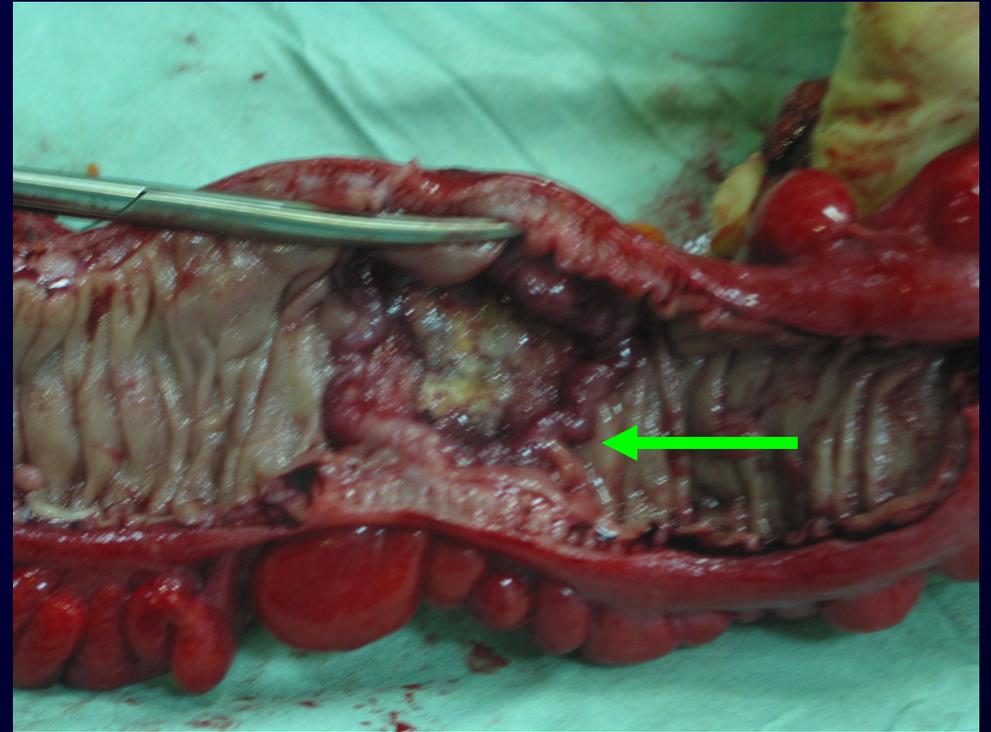
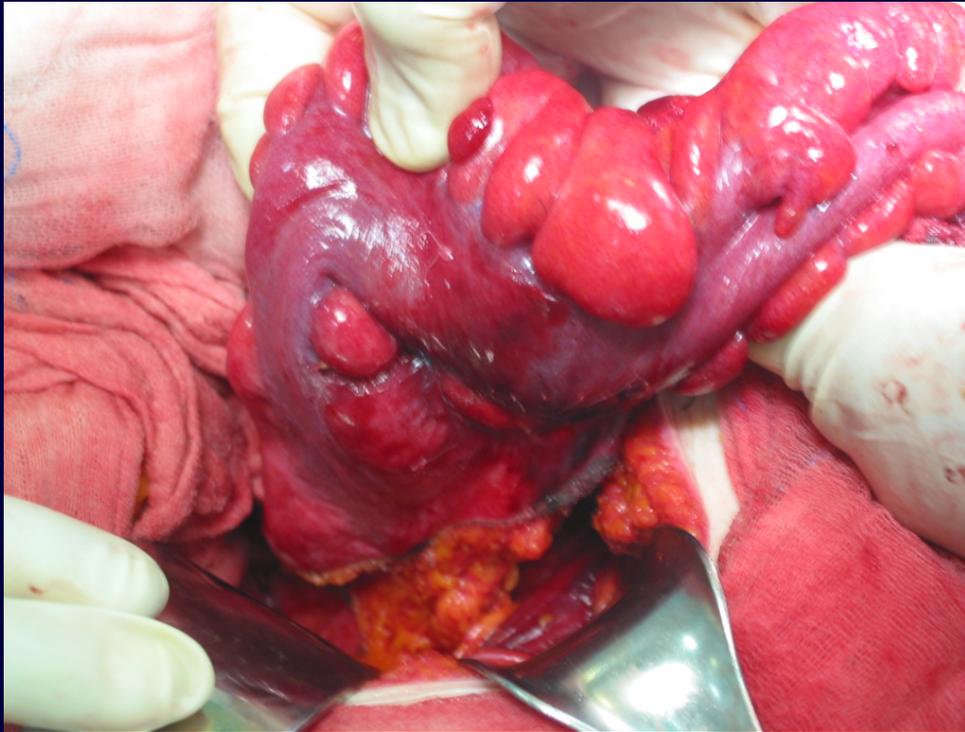


Una terza lesione polipoide sincrona con displasia grave, apprezzabile a malapena con la palpazione peroperatoria

Voluminoso polipo sincrono, cancerizzato, del discendente reperito con la palpazione peroperatoria del colon

lesione stenosante del retto

**CASO CLINICO 2 : carcinoma del
sigma mascherato da una
concomitante diverticolite stenosante**

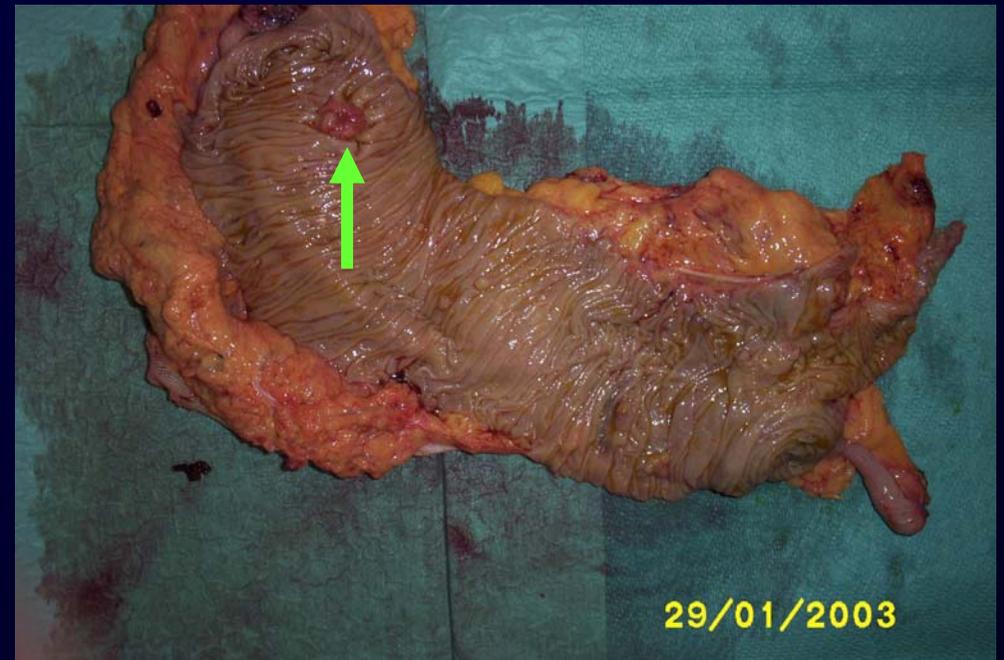
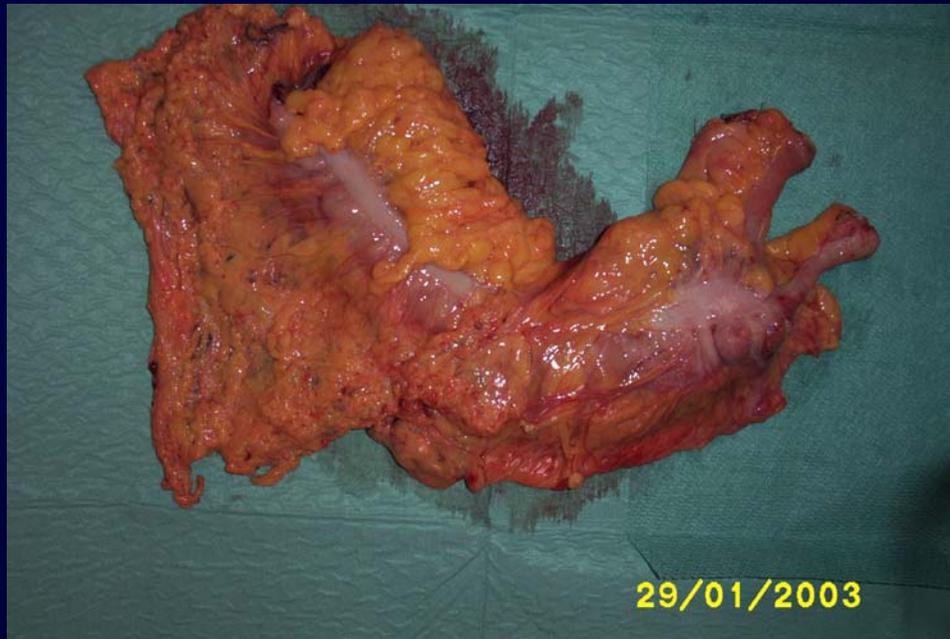


**K del sigma con accollamento a canna di fucile dell'ansa sigmoidea;
il quadro poteva venire scambiato con una diverticolite; la colonscopia
preoperatoria non era riuscita, data la stenosi.**

Esame istologico preoperatorio anch'esso negativo.

CASO CLINICO 3:

k flessura dx di piccole dimensioni di difficile localizzazione anche con la palpazione peroperatoria.

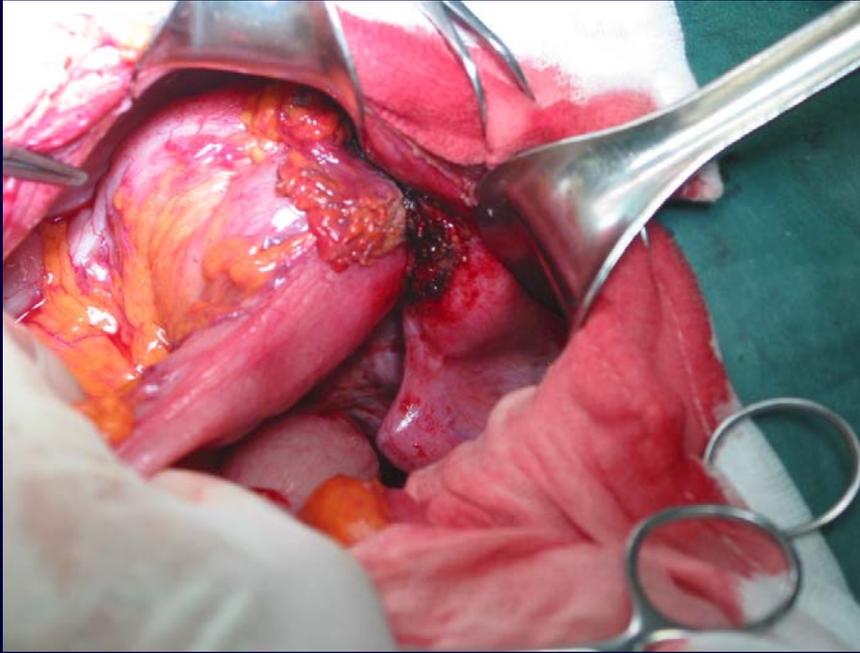


Sesso M, 71 aa. k flessura colica dx ad alto grado di malignità, a malapena apprezzabile con la palpazione peroperatoria in chirurgia open

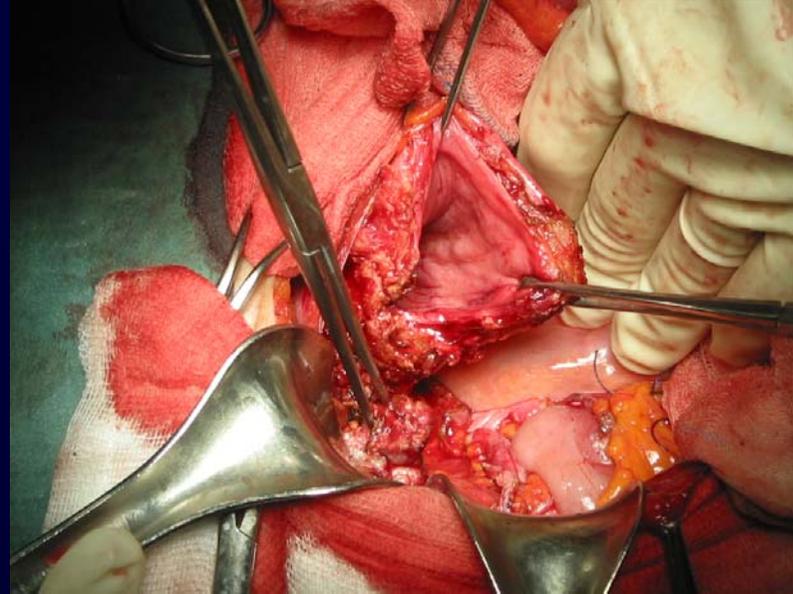
CASO CLINICO 4:

k sigma con infiltrazione
della vescica.

Stadio T4, controindicazione
all'approccio VL

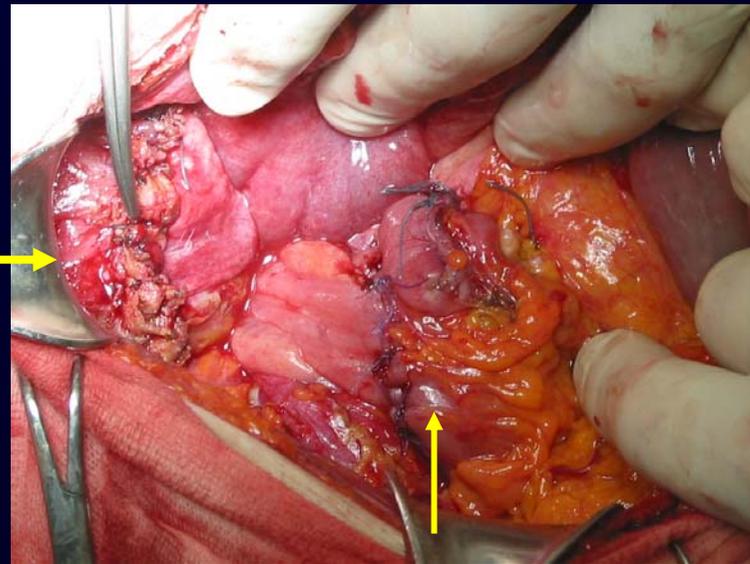


Emicolectomia sin + res. parziale vescica



K sigma infiltrante cupola vescicale

**Parete vescicale
suturata**

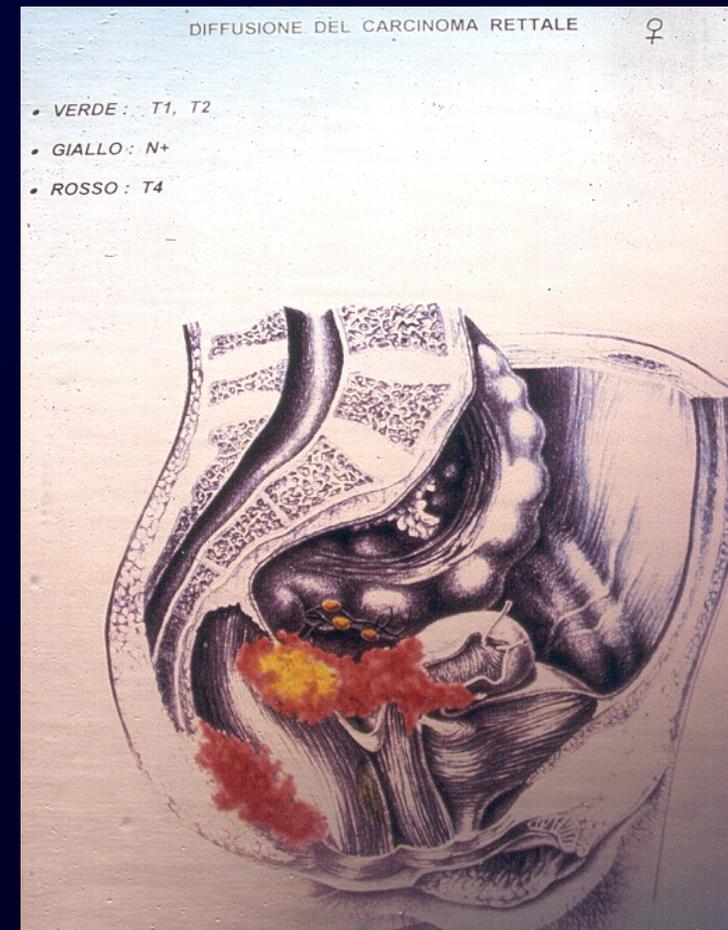
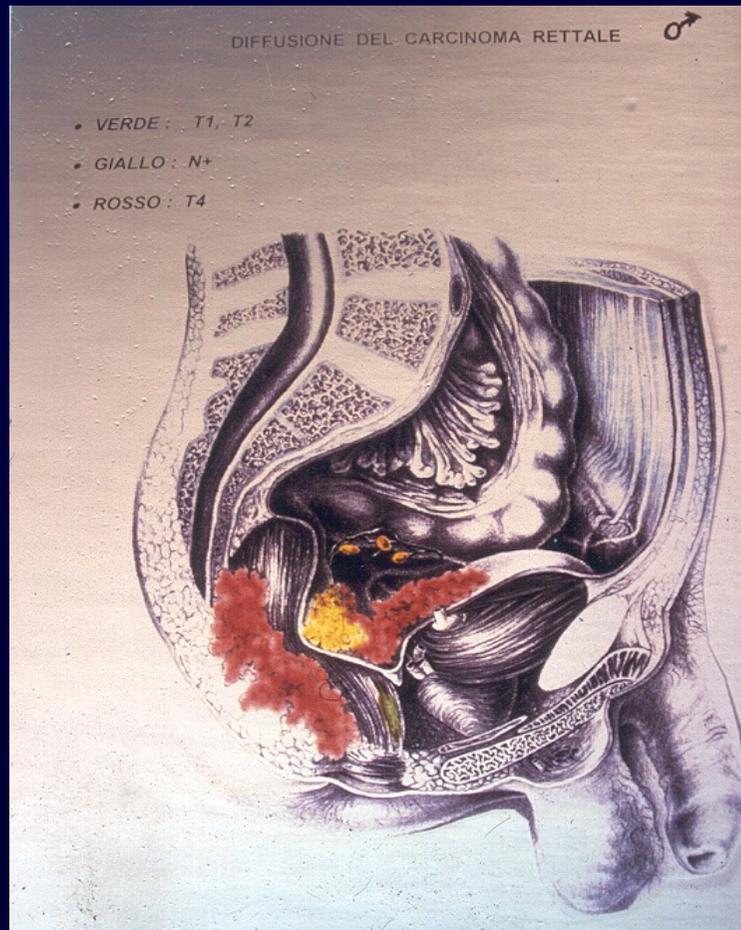


*Soggetto di sesso M, 57 aa. età
Sintomi di infezione urinaria*

Anastomosi colorettales lat-terminale sec. Baker

IL CARCINOMA AVANZATO DEL RETTO DIFFONDE ED INFILTRA x CONTIGUITA'

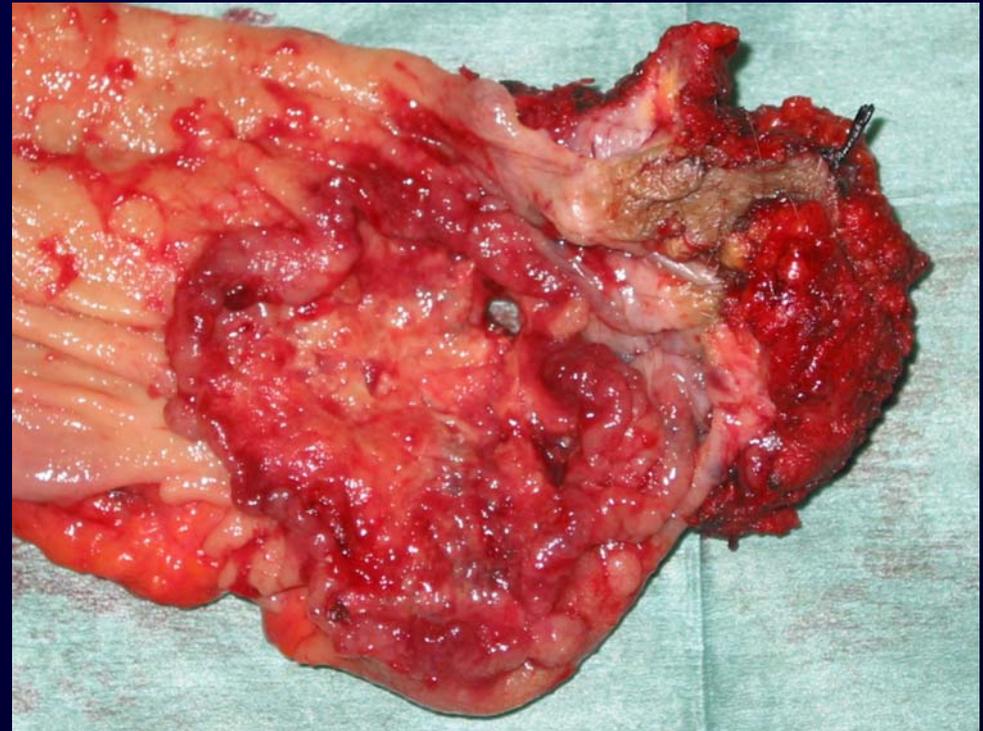
Vescica, utero-vagina, osso sacro



CASO CLINICO 5

Ulcera-cancro del retto basso, iuxta-ale.

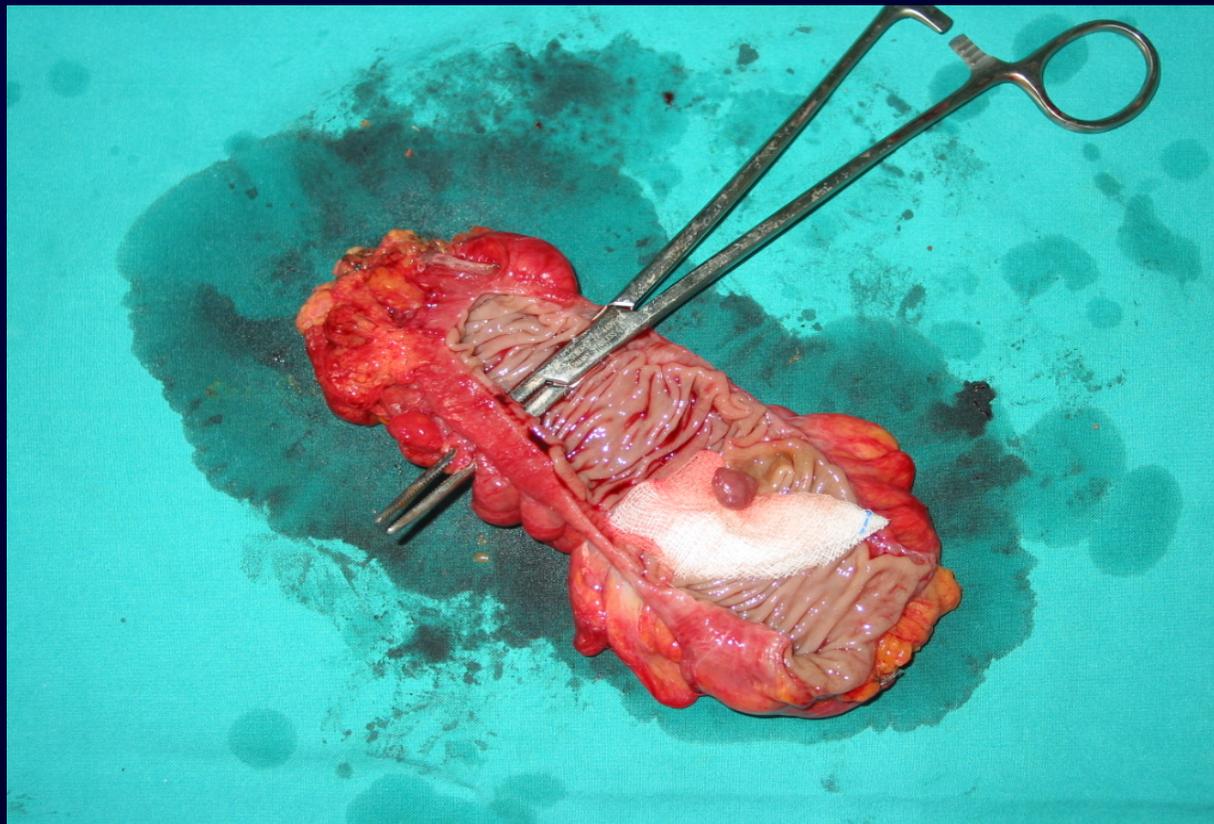
Attuata l'amputazione addomino-perineale (asportazione dello sfintere anale e colostomia terminale definitiva a sin.)



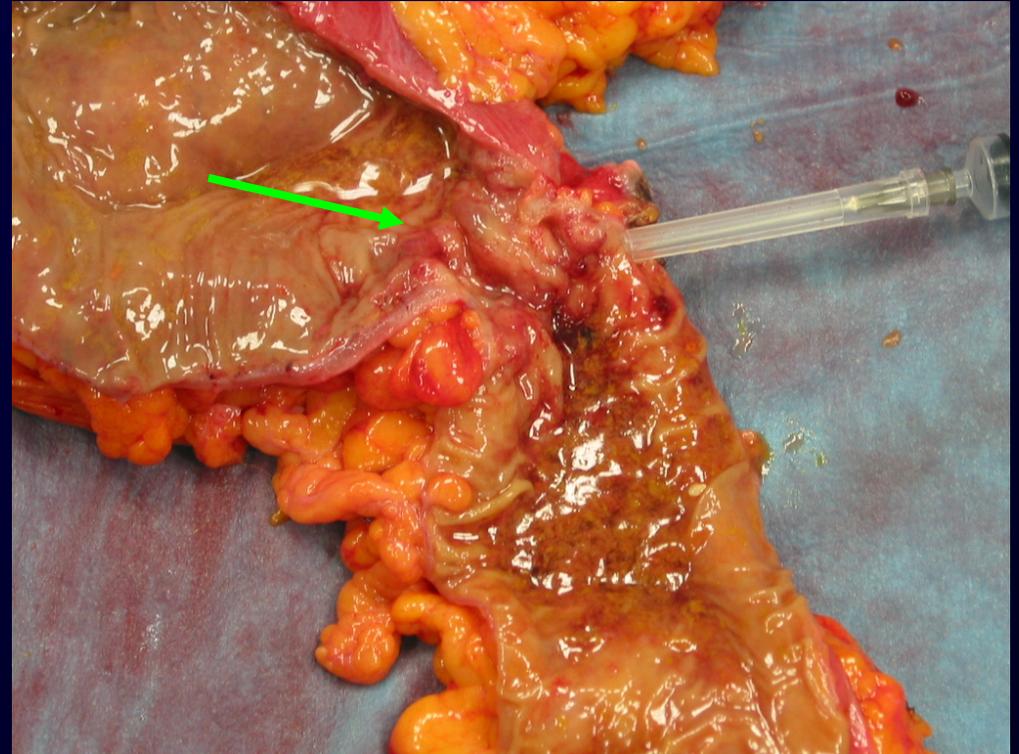
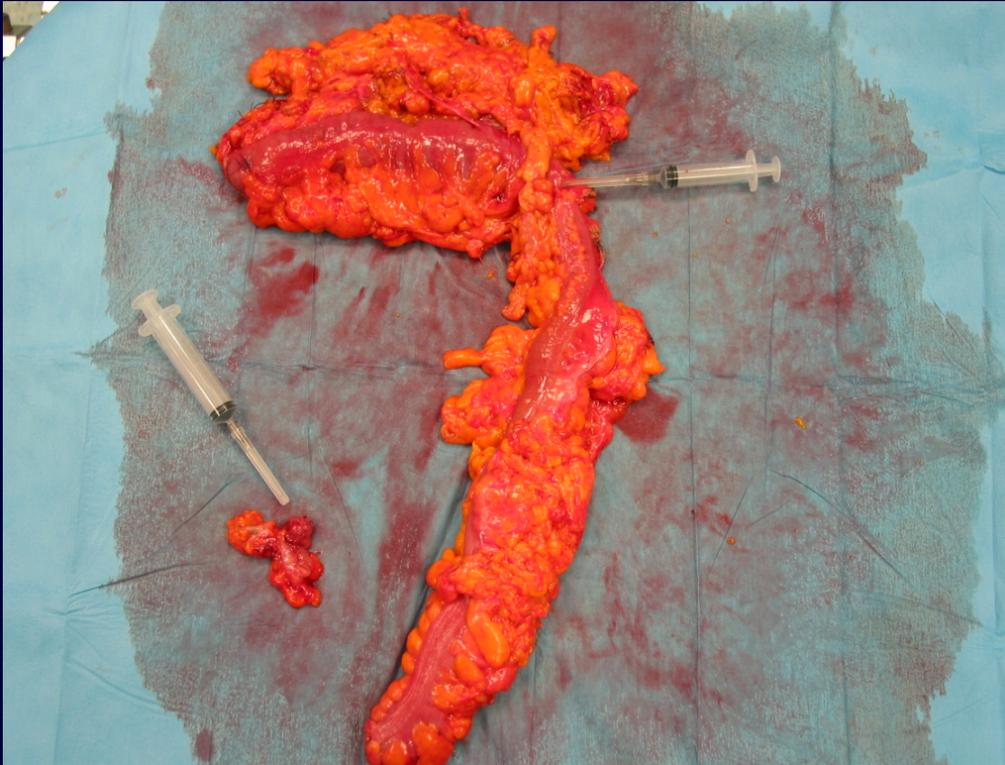
Per tumori localizzati a meno di 4 cm. dall'ano, non potendosi in linea di massima conservare lo sfintere, si esegue l'amputazione addominoperineale; considerato che il pezzo anatomico preparato dall'addome verrà poi asportato dal perineo, questo tipo di intervento può eseguirsi con procedura videolaparoscopica anche in casi come quello riportato (T3-T4, bulky tumour)

CASO CLINICO 6

Sesso F; 59 aa.; diverticolite perforata del sigma con fistola colocutanea; concomita un polipo sentinella, adenomatoso, con note di displasia grave (01-2005). Resezione segmentaria con accesso open.



CASO CLINICO 7



Soggetto sesso M, 53 aa.; K flessura colica sin., stenosante (*emicolectomia sin.*)
Come reperto accessorio diverticolo di Meckel (*resezione segmentaria ileale*)

In conclusione,

la chirurgia VL trova maggiori consensi per il carcinoma del colon destro e sinistro, pur sempre con le limitazioni di cui si è detto; per quanto riguarda il carcinoma del retto la resezione chirurgica oncologicamente radicale con accesso VL, sembra che sia altrettanto in grado, come per il colon, di rispettare gli stessi principi della chirurgia open.

Ciò premesso,

“ Il problema non è la fattibilità, ma è ancora controverso se convenga farlo “

J. E. Fischer, Mastery of Surgery, 2004

CONCLUSIONI

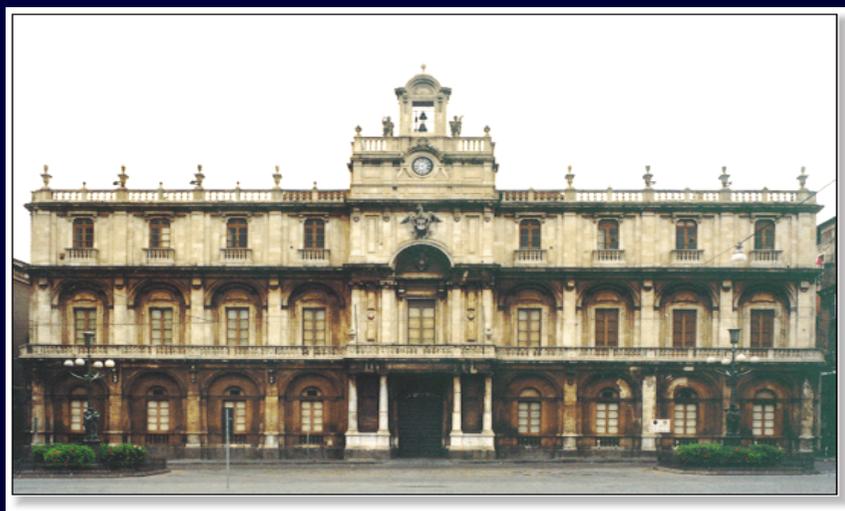
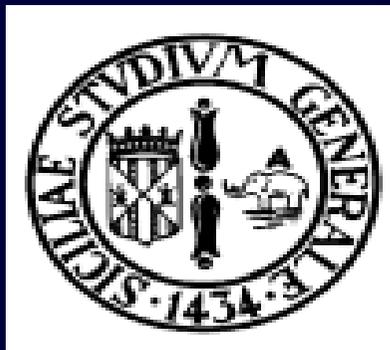
LA VL NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA COLORETTALE



Seguire le linee guida e le corrette indicazioni, piuttosto che avventurarsi in un campo che potrebbe essere minato.

Occorre che il chirurgo prima di essere un bravo tecnico, sia un biologo che miri a risultati curativi in senso oncologico

Grazie per l'attenzione



Università di Catania



Az. Policlinico – Ed. 1