

S.I.C. - SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA

101° CONGRESSO

68

COMUNICAZIONI

59

CATANIA, 10-13 OTTOBRE 1999

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Volume edito a cura della
SOCIETÀ ITALIANA DI CHIRURGIA
Roma - Viale di Villa Massimo, 21

Stampato da:
«STUDIO TIPOGRAFICO SP» - Roma
Via Clemente IX, 12 - Tel. 06/6146350

IL TRATTAMENTO PALLIATIVO DEL CARCINOMA DEL CARDIAS. IL RUOLO DELL'INTUBAZIONE ENDOSCOPICA CON PROTESI AUTOESPANSIBILI

A. Stracqualursi, A. Consoli, G. Lipari, T.R. Portale, F. Mosca

Università degli Studi di Catania

Dipartimento di Chirurgia - Sezione di Chirurgia Generale e Toracica (Dir. Prof. S. Latteri)

Il carcinoma dell'esofago e del cardias costituisce ancora oggi una neoplasia ad elevata malignità dal momento che la grande maggioranza dei pazienti giunge all'osservazione clinica con malattia localmente avanzata e/o con metastasi a distanza. Lo stadio avanzato del tumore candida i pazienti ad un trattamento palliativo, che ha la finalità di risolvere la disfagia e di migliorare la qualità di vita residua. Dal 1973 ad oggi sono giunti alla nostra osservazione 169 casi di carcinoma dell'esofago. In 108 pazienti (63,9%) la neoplasia era localizzata nel cardias; 87 pazienti erano di sesso maschile, 21 di sesso femminile e l'età media era di 69,3 anni (range 41-92). 49 pazienti sono stati trattati chirurgicamente, mentre 59 sono stati sottoposti ad intubazione endoscopica per l'estesa diffusione del tumore, le precarie condizioni generali e l'età avanzata.

Fino al 1993 l'intubazione è stata realizzata in 40 pazienti impiegando le protesi classiche in materiale plastico (Celestin pulsion tube in 10 casi, protesi di Atkinson in 13, tubo di Wilson-Cook in 17). In 4 pazienti la metodica non è stata condotta a termine per l'impossibilità di posizionare il filo guida.

Dal 1993 ad oggi l'intubazione endoscopica è stata eseguita in altri 15 pazienti mediante l'impiego di protesi autoespansibili. In tutti i pazienti la procedura ha avuto successo e il tipo di protesi utilizzata è stata la Ultraflex, nella sua varietà coperta in 5 casi e non coperta in 10. Il posizionamento della protesi è stato eseguito, secondo la metodica già descritta da Tietjen, sempre in regime di ricovero breve. Dopo il posizionamento dello stent in tutti i pazienti si è avuta la risoluzione completa della disfagia. Il tasso di complicanze correlato alla metodica è stato del 13,3% (2/15) con 2 casi di dislocazione distale dello stent inserito. La mortalità è stata nulla. La sopravvivenza media è stata 151 giorni (range 25-545); 5 pazienti sono ancora viventi con una sopravvivenza media di 240 giorni (range 40-603). Le

protesi autoespansibili, infine, possono essere impiantate con successo nella maggioranza dei pazienti e il loro posizionamento è sicuro, a basso grado di complicanze gravi e di mortalità.

NEOPLASIE INOPERABILI DEL CARDIAS: DEGENERAZIONE E DISLOCAZIONE DI "SELF EXPANDING COVERED STENTS" DOPO RADIOTERAPIA

R. Fiorito*, A. Moraldi**, M. Pocek***, G.L. Sergiacomi***, G. Bellanova*, V. Filingeri*, C.U. Casciani*

Università di Roma "Tor Vergata"

* *Cattedra di Clinica Chirurgica*

** *Divisione di Chirurgia Osp. S. Giacomo di Roma*

*** *Istituto di Radiologia*

I tumori dell'esofago, considerati inoperabili, in accordo ai parametri descritti in letteratura, sono da noi trattati con un approccio multidisciplinare, che ci consente di ridurre il grado di disfagia, spesso elevato, che questi pazienti presentano.

Nella maggior parte dei casi si tratta di tumori esofagei primitivi, interessanti il cardias in modo predominante giunti alla nostra valutazione con una disfagia di grado III o IV. Abbiamo osservato 107 pazienti portatori di neoplasie esofagee. Il follow up è stato da 1 a 24 mesi. L'incidenza nel sesso maschile è stata del 69,2% e in quello femminile del 30,8%. Il range d'età è stato tra i 35 e gli 82 anni. Le neoplasie primitive sono state 78, pari al 72,8% del totale, interessanti il cardias in 51 pazienti (pari al 48,4% di tutte le neoplasie esofagee). Il tratto cervicale è stato interessato in 10 pazienti e quello toracico in 17. Le neoplasie esofagee secondarie, da infiltrazione di neoplasie di organi vicini sono state 12, pari cioè al 28,2% del totale. In tale quadro il tratto cervicale è stato interessato nel 58,3% dei casi (7 pz) ed il cardias è stato coinvolto nel 41,7% (5 pz). Tutti i pz sono stati valutati clinicamente, con metodica radiologica standard e tomografica, endoscopicamente e pertanto stadiati nell'intenzione di ricercare una possibile indicazione al trattamento chirurgico. Tutti, considerati inoperabili o per lo stadio (III o IV) e/o per parametri clinico-laboratoristici, sono stati sottoposti al nostro protocollo consistente in un'associazione di: dilatazione endoscopica esofagea, Laserchirurgia endoscopica

68

e ove richiesto, posizionamento di endoprotesi autoespandibili. In particolare vogliamo segnalare la nostra esperienza del trattamento associato su esposto, nelle neoplasie secondarie del cardias. Infatti in, 5 pazienti, abbiamo osservato infiltrazioni del cardias in neoplasie originanti o dal polmone (4 casi) o dal mediastino (1 caso), mentre il tratto cervicale è stato interessato in sette pazienti e solo da tumori di provenienza laringea. Di questi 5 pazienti. Mentre 3 di loro sono stati sottoposti al nostro protocollo che ha previsto il posizionamento di "self expanding stents", 2 pazienti trattati altrove, hanno subito il posizionamento di "self expanding covered stents". In tutti i casi la disfagia è stata ridotta in modo accettabile. Tutti i pazienti hanno subito un ciclo di trattamento radiante per una dose media di 39 Gy. eseguito immediatamente dopo il posizionamento dell'endoprotesi. I pazienti portatori di

stents ricoperti, sono giunti precocemente a controllo endoscopico, per la comparsa improvvisa di disfagia di IV grado con violenti dolori stenocardici comparsi subito dopo la radioterapia.

In entrambi i casi abbiamo osservato un dislocamento in senso orizzontale della camicia di rivestimento dell'endoprotesi, con conseguente stenosi totale del corpo medio della stessa. La rimozione dell'endoprotesi ha immediatamente risolto il caso clinico. Ipotizziamo pertanto un effetto degenerante radio-indotto sul rivestimento protesico, ed un effetto dislocante della protesi per retrazione fibrocontrattile post radiante. Per quanto esposto, segnaliamo come un ciclo di radioterapia possa essere controindicato se eseguito dopo posizionamento di questo tipo di protesi esofagee per la possibile comparsa della complicanza appena descritta.

L'unica terapia da attuare "ex malis eligere minima" è quella di fare il necessario per risolvere il quadro di addome acuto, anche perché spesso, nel fare la lisi delle aderenze, la sierosa è così adesa alla parete intestinale tale da procurare delle perforazioni intestinali, ben più gravi.

LA COLECISTITE ACUTA: TRATTAMENTO CHIRURGICO IN URGENZA

Berardi M., De Raffele E., Buggi F., Cola B.
Università degli Studi di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna
Servizio di Chirurgia d'Urgenza

La tendenza più diffusa, nel trattare la colecistite acuta, è attualmente quella di eseguire una colecistectomia precoce, pur persistendo dubbi nell'adottare tale procedure nei pazienti considerati a rischio.

Pazienti e metodi: 131 colecistectomie sono state eseguite per colecistite acuta dall'ottobre 1995 al dicembre 1998. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, in base al timing chirurgico: precoce, GP, entro le 72 ore dall'ingresso (86 pazienti, 66%), e differito, GD, oltre le 72 ore (45 pazienti, 34%). I due gruppi sono stati analizzati in relazione alla durata dell'intervento, al reperto anatomico-patologico, alle complicanze post-operatorie e ai tempi di degenza.

Risultati: il rapporto M:F nel GP è di 42:44 e di 26:19 nel GD. L'età media è di 65,64 anni nel GP e di 65,86 nel GD. In 42 pazienti del GP (48,84%) e in 22 del GD (48,89%) si associavano malattie debilitanti. La leucocitosi (> 8.000 wbc/mm³) era presente nel 73,2% dei casi, senza differenze significative fra i due gruppi. La durata media dell'intervento (minuti \pm DS) per il GP è stata di 79,47 \pm 38,21 e di 84,3 \pm 45,85 per il GD (p=ns). L'esame istologico ha diagnosticato, nel GP e GD rispettivamente, 28 (33%) e 20 (45%) forme acute o riacutizzate, 25 (29%) e 9 (20%) forme acute complicate e 30 (35%) e 14 (31%) forme croniche. In 5 casi, 3 GP (3%) e 2 GD (4%) era presente un carcinoma. Non sono stati registrati decessi post-operatori e le complicanze chirurgiche sono state complessivamente pari al 3%, analogamente a quelle mediche. La degenza media è risultata significativamente più lunga nei pazienti con più di 65 anni (17,14 \pm 11,13 vs. 5,45 \pm 1,95; p < 0,0001); la degenza post-operatoria media è stata di

5,04 \pm 1,89 giorni nel GP e 5,3 \pm 2,24 nel GD, (p=ns).

Conclusioni: l'esperienza presentata conferma che la colecistectomia d'urgenza costituisce indubbiamente un'ottima soluzione per la colecistite acuta. L'intervento precoce, scevro da mortalità e gravato da una modesta quota di complicanze, trova corretta applicazione anche in soggetti a rischio e può incidere positivamente in termini di costi sanitari.

ATTUALITÀ DELL'INTERVENTO DI HARTMANN NEL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DIVERTICOLARE COMPLICATA

G. Milito, D. Venditti, S. Porzio, M. Gargiani, S. Rossi, R. Fiorito, F. Cortese, C.U. Casciani
Università Tor Vergata - Ospedale S. Eugenio - Roma
Cattedra di Clinica Chirurgica

L'approccio moderno alla malattia diverticolare complicata (MDC), è nel 25, 30% dei casi l'intervento chirurgico. La resezione anastomosi primaria (RAP) rappresenta il trattamento di scelta per questi pazienti. Pur tuttavia l'intervento sec. Hartmann (IH) conserva, tutt'oggi, una sua validità e razionalità. Secondo la nostra esperienza, e sulla base dei dati della letteratura, vogliamo dimostrare che l'IH è il trattamento di scelta nei pazienti "critici" (stadio III-IV sec. Hinchey). Presso il ns. centro dal 1984 al 1998, sono stati sottoposti ad intervento chirurgico 83 pz (39 M, 44 F; mean age 63,3) affetti da MDC di cui 33 pz (39,7%) in urgenza e 50 (60,3%) in elezione o urgenza differita. All'esplorazione chirurgica 44 pz presentavano un quadro di perforazione intestinale, 16 di diverticolite ricorrente, 13 di occlusione intestinale, 5 di ascessi peri-diverticolari multipli, 3 di emorragia ed infine 2 complicanze fistolose. In 43 pz (51,8%) è stata eseguita una RAP, di cui 32 in I, II sec. Hinchey (74,4%) ed 11 ad un III, IV sec. Hinchey (25,6%). L'IH è stato eseguito in 27 casi, di cui 20 in regime d'urgenza. In 16 casi si è trattato di III e IV stadio di malattia (59,2%), mentre per i restanti 11 casi di un I e II stadio (40,7%). La mortalità è stata del 4,8%, la morbidità del 9,6% e l'ospedalizzazione è stata di 11,6 giorni. Tutti i pz sono entrati nel follow-up, ma solo in 9 casi si è proceduto all'intervento di ricanalizzazione ad una distanza media di 17 giorni. Di questo gruppo, 7

69

sono usciti dal follow-up, mentre 2 sono deceduti per complicanze cardio-circolatorie. Per completezza sottolineiamo che per i rimanenti 11 pz, tutti in IV stadio di malattia, in 9 è stata eseguita una colostomia escludente, mentre negli ultimi 2 è stata effettuata una semplice esterizzazione del diverticolo perforato, con drenaggio della cavità addominale. I dati, così ottenuti verranno confrontati con quelli della letteratura internazionale, nella loro globalità. Gli Autori confermano dunque la validità dell'IH nella MDC, considerandolo come trattamento di scelta nel III e IV sec. Hinchey. Verrà fatto un breve commento riguardo la derivazione escludente, la colostomia e il drenaggio, ormai considerati come semplici regimi storici.

Urgenze

LA VIDEOLAPAROSCOPIA IN CHIRURGIA D'URGENZA

A. Giudice, R. Materni, G. Scenna, G. Fiducia, V. Bosco
*Azienda Ospedaliera "Umberto I" - Siracusa
I^a Divisione Chirurgia Generale (Prim.: Dr. V. Bosco)*

L'utilizzo della Videolaparoscopia (VLS) nell'addome acuto si va facendo gradualmente più frequente.

Le principali indicazioni sono: l'addome acuto traumatico e da cause non traumatiche (flogistiche, occlusive, emorragiche spontanee).

Nella fase diagnostica dei traumi addominali, la VLS presenta, soprattutto con l'utilizzo di miniottiche da 3 e 5 mm, un indubbio vantaggio rispetto all'altra tecnica mininvasiva della Puntura Lavaggio Peritoneale; è molto utile nel politrauma con trauma cranico associato, in cui il paziente è privo di coscienza.

La metodica consente di: precisare la diagnosi nei casi di sintomatologia atipica; di ridurre il timing chirurgico; di guidare la scelta sulla eventuale via di accesso laparotomica; di effettuare il trattamento chirurgico VLS. Essa, in urgenza, riduce la percentuale di laparotomie negative o non terapeutiche che nelle varie casistiche variano dal 12 al 40%, con una morbilità del 20%, legata essenzialmente a patologia flogistica od erniaria della parete.

Con questo lavoro presentiamo: un caso di

trauma addominale chiuso in cui si evidenziò una lesione del sigma; un trauma addominale chiuso con emoperitoneo da rottura di milza, in cui in fase di compenso emodinamico fu effettuato un trattamento conservativo con utilizzo di Ticcucol; un caso di peritonite da perforazione di ulcera juxtapiilorica ed uno ultimo di occlusione intestinale da briglie aderenziali.

IL TRATTAMENTO DELLA SINDROME DI BOERHAAVE

Bonatti P.L.*, Caracciolo F., Pasquini G., Martinengo L.

Ospedale Belcolle - Viterbo

Unità Operativa di Chirurgia (Resp.: Prof. F. Caracciolo)

** Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma*

Divisione Chirurgia Toracica (Prim.: Prof. P. Granone)

Introduzione. La rottura spontanea dell'esofago toracico è un evento raro ed ancor oggi grave, con mortalità complessiva del 20%. Il successo terapeutico è legato alla precocità della riparazione.

Caso clinico. Un uomo di 47 aa. si ricovera in stato di shock, con dispnea e dolore toracico comparsi da 2 h durante un violento conato di vomito. L'Rx e la TC del torace mostrano un versamento pleurico sinistro con pneumomediastino ed enfisema sottocutaneo. Con l'assunzione di Gastrografin® si documenta la perforazione dell'esofago distale. Mediante toracotomia postero-laterale sinistra, si procede a toilette del cavo pleurico (contenente detriti alimentari), sutura della lacerazione esofagea (i margini sono ben irrorati) ed apposizione di lembo pre confezionato con i muscoli intercostali. L'alimentazione orale è ripresa in VII giornata. A 6 mesi dalla dimissione il paziente è in buone condizioni.

Discussione. Il trattamento ideale delle rotture spontanee dell'esofago toracico è la riparazione precoce. Se la sutura viene effettuata entro le 12 h si hanno valide speranze di guarigione, ma oltre questo tempo la necrosi dei bordi della ferita, l'edema locale ed il terreno settico sono causa di deiscenza. La mortalità degli interventi eseguiti tra le 12 e le 24 ore dalla perforazione varia dal 25% al 44%. Per le lacerazioni riparate in ritardo la procedura più affidabile è rappresentata dalla cervicostomia