

Le sindromi aderenziali

La peritonite e gli eventi chirurgici laparotomici sono i maggiori responsabili di situazioni aderenziali, che possono configurare quadri patologici. Questi essenzialmente sono l'occlusione intestinale e le cosiddette *sindromi aderenziali*.

Queste ultime sono caratterizzate da disturbi soprattutto della canalizzazione intestinale. La sintomatologia può andare da dolori addominali fino a quadri molto gravi ed invalidanti: dolore addominale intenso, distensione addominale, disturbi dell'alvo, nausea, vomito, astenia e dimagrimento per insufficiente apporto alimentare.

La diagnosi si basa su:

- dati anamnestici: pregressi interventi chirurgici, eventi peritonitici, traumi, ecc.
- sintomatologia: come sopra con frequente compromissione psico-fisica
- esame obiettivo: cicatrici post-laparotomiche, asimmetrie dell'addome, scarsa trattabilità per distensione e dolorabilità alla palpazione (incostante)

Mentre per i casi di franca occlusione intestinale non v'è dubbio sull'indicazione al trattamento chirurgico, generalmente attuato in urgenza, per le sindromi aderenziali, per così dire croniche, fino all'avvento delle tecniche minivasive videolaparoscopiche, la correzione chirurgica sollevava e solleva tuttora importanti perplessità.

Infatti si osserva dopo adesiolisi laparotomica frequente recidiva della sindrome per formazione di nuove aderenze. Molti accorgimenti sono stati presi per evitare ciò, come ad es. il lavaggio del cavo peritoneale con particolari soluzioni, ma la quota di recidiva rimane elevata.

La constatazione che gli interventi videolaparoscopici non lasciano aderenze è stata considerata interessante per risolvere tali problemi. Questa, che è un'ulteriore dote fra tante altre della chirurgia videolaparoscopica, è un dato ben presente nella letteratura medica, constatato molte volte nel corso di reinterventi dopo pregresse operazioni video-endoscopiche. Per questo motivo il trattamento videolaparoscopico di queste sindromi ha trovato una valida motivazione e i risultati ne danno conferma.

Nella nostra esperienza 15 casi sono stati così trattati con risultati immediati e a distanza soddisfacenti. Al di fuori della sindrome aderenziale propriamente detta, possiamo inoltre contare almeno un centinaio di casi, nei quali un'adesiolisi laparoscopica impegnativa si era resa necessaria per l'esecuzione di un intervento, come ad es. una colecistectomia.

Invece in urgenza, nei casi di occlusione conclamata, l'approccio videolaparoscopico ha dovuto sempre essere convertito in laparotomia.

* * *

Abbiamo di regola eseguito tali interventi con primo accesso in open-laparoscopy. Riteniamo in tali casi l'uso del Veress rischioso. Quando possibile, il primo trocar è centroaddominale (ombelicale) e i trocars successivi devono essere posizionati ovviamente senza uno schema codificato, ma in rapporto agli ambiti di intervento (dopo esplorazione e localizzazione delle manifestazioni aderenziali). Spesso occorre cambiare il sito dell'ottica e anche aumentare il numero degli accessi. Generalmente tuttavia sono sufficienti 4 trocars, tutti da 10 mm.

La pressione della CO₂ di 12 mmHg, all'occorrenza e per brevi intervalli è stata aumentata a 14-15. L'intervento si conclude con attenta, generale esplorazione del cavo, soprattutto per la verifica dell'emostasi, e con lavaggio con soluzione fisiologica tiepida. Come di regola, il P. è dimesso dopo pochi giorni (2-4).

A scopo didattico possiamo dividere le situazioni chirurgiche da affrontare in.

- aderenze parieto – viscerali
- aderenze viscerale – viscerali

Naturalmente questi sono aspetti quasi di regola coesistenti. ed entrambi offrono difficoltà spesso importanti.

Sarà ora presentata (video No. 1) la registrazione di una fase concernente il trattamento di aderenze viscero-parietali: l'uso della corrente bipolare, qui evidenziata, evita dispersioni elettriche quando si lavora in prossimità di ansa intestinale. Noi abbiamo utilizzato anche il bisturi armonico; tuttavia la tecnica qui descritta ci ha dato migliori risultati in termini di sicurezza, precisione e velocità (è necessario abbreviare il più possibile i tempi parziali, perché la globalità dell'intervento comporta tempi totali molto lunghi e anche estenuanti per i chirurghi).

La registrazione successiva (video No. 2) riguarda il caso di una donna di 40 aa circa con grave sindrome aderenziale estremamente invalidante. Tutto il cavo peritoneale era interessato:

l'intervento ebbe una durata di circa 2 ore e qui ne sono rappresentate alcune fasi:

- blocco sottoepatico
- blocco ileo-cecale: difficoltà di liberazione dai piani inferiori e laterali (vasi iliaci, uretere, ecc.)
- difficoltà di dipanare le ultime anse ileali
- lungo e delicato lavoro di separazione di anse accollate
- si può finalmente svolgere tutta la matassa intestinale fino al Treitz.

Particolarmente impegnativo è liberare le anse dalla parete anteriore dell'addome, come si può vedere nella registrazione seguente (video No.3). V'è difficoltà anche nel posizionamento dei trocar. Una delle cause più frequenti di questa situazione sono le aderenze che si costituiscono tra anse e cicatrice postlaparotomica, come in questo caso. Le aderenze sono molto fitte, necessitano sempre di tagliente ed è presente rischio di lesione viscerale.

Da quanto esposto possiamo trarre alcune considerazioni conclusive.

Innanzitutto l'assenza o l'esiguità di fenomeni cicatriziali dopo trattamenti videolaparoscopici conferma la nozione del ruolo giocato dal trauma peritoneale nella patogenesi di questi. Di qui la raccomandazione di proteggere quanto più possibile le strutture sierose nel corso di interventi laparotomici: la prevenzione è il "trattamento" migliore delle sindromi aderenziali.

A fronte dei risultati insoddisfacenti del trattamento per via laparotomica, risulta evidente dalla nostra ed altrui esperienza la validità dell'adesiolisi per via videolaparoscopica.

Alcuni accorgimenti, che abbiamo sopra indicato, rendono tali trattamenti sicuri ed efficaci anche nel tempo.

* * *