

# 116° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA

ROMA 12-15 OTTOBRE 2014

COMUNICAZIONE ORALE ALLA SESSIONE LA FORMAZIONE DEL CHIRURGO OGGI

**Autori:** Dino Solerio<sup>(U40)</sup><sup>1</sup>, Eleonora Raggio<sup>2</sup>, Francesco Millo<sup>1</sup>, Marta Prati<sup>1</sup>, Francesca Pasquali<sup>1</sup>, Maria Grazia Pacquola<sup>1</sup>, Paolo Tava<sup>1</sup>

**Istituzione:** <sup>1</sup>Chirurgia Generale, P.O. Tortona, ASL AL <sup>2</sup>Chirurgia Generale, P.O. Rivoli, ASL TO3

**Relatore:** Dino Solerio

**Titolo:** ANASTOMOSI ILEOCOLICA INTRACORPOREA SEMIMECCANICA COMPLETATA CON SUTURA UNIDIREZIONALE AUTOBLOCCANTE

**Obiettivi.** Scopo del nostro studio è dimostrare che l'utilizzo delle suture autobloccanti unidirezionali nel confezionamento delle anastomosi intracorporee dopo emicolectomia destra laparoscopica è sicuro nella sua velocità di esecuzione.

**Materiali e metodi.** Dall'inizio del 2012 abbiamo effettuato 30 emicolectomie destre per neoplasie benigne e maligne, 18 totalmente laparoscopiche: 1 associata a sigmoidectomia, 1 a resezione anteriore bassa del retto per doppio tumore e 1 associata a colecistectomia. La tecnica chirurgica è consistita nel confezionamento di un'anastomosi intracorporea isoperistaltica utilizzando una suturatrice lineare meccanica endoscopica da 60 mm ed una sutura extramucosa con monofilamento assorbibile autobloccante unidirezionale (V-Loc 3-0 180, Covidien). Risultati. Il tempo medio di confezionamento dell'anastomosi è stato di 19.8 minuti (range 16-31). Non sono state registrate conversioni in chirurgia aperta e alcuna mortalità. La morbilità è stata del 11%: nel postoperatorio si è assistito a un caso di sanguinamento anastomotico autolimitatosi ed a un caso di occlusione intestinale da laparocèle strozzato su Trocar da 10-12 mm che ha necessitato di reintervento chirurgico in chirurgia aperta. La degenza media postoperatoria è stata di 8.7 giorni (range 6-27 giorni).

**Conclusioni.** L'emicolectomia destra totalmente laparoscopica è l'intervento chirurgico di scelta per le neoplasie del colon destro in quanto sicuro sia dal punto di vista oncologico sia tecnico garantendo i medesimi risultati della chirurgia aperta. Tale metodica è però da preferire perché garantisce minore uso di antidolorifici, una più precoce ripresa della funzionalità intestinale, un decremento della degenza ospedaliera e una minore morbilità chirurgica. L'unica differenza negativa registrabile è l'aumento dei tempi chirurgici, che è sempre collegata ad un aumento della morbilità di tipo medico. Tale allungamento è essenzialmente determinato dal confezionamento dell'anastomosi, soprattutto della parte effettuata manualmente. A parziale risoluzione di questa problematica vi è l'aumento dell'esperienza chirurgica nell'annodamento intracorporeo ad avanzamento della curva di apprendimento ed il preferire una sutura in singolo strato in continua rispetto al duplice strato. L'utilizzo di suture unidirezionali autobloccanti permette una maggiore facilità di confezionamento e quindi di insegnamento, perché non necessitano di esecuzione di nodi intracorporei ed automantengono la giusta tensione non necessitando di trazione continua. In aggiunta la dimostrazione di sicurezza (basso numero di deiscenze/sanguinamento o per lo meno in linea con le anastomosi effettuate extracorporee) e di velocità di esecuzione con riduzione dei tempi operatori, rende tale metodica una valida alternativa alle suture tradizionali, mantenendo saldi la buona vascolarizzazione e la mancanza di tensione come elementi chiave di una buona tenuta e riuscita dell'anastomosi stessa