

Vie d'accesso chirurgiche anteriori del torace e cervicotoraciche

J. Jougon, M. Thumerel, A. Rodriguez, F. Delcambre, J.-F. Velly

Le vie d'accesso chirurgiche anteriori e cervicotoraciche riuniscono l'insieme delle vie d'accesso chirurgiche, richiedendo un'installazione del paziente in decubito dorsale con incisioni cutanee sulla faccia anteriore o anterolaterale del torace. Questo capitolo è dedicato alla descrizione tecnica e alle indicazioni di queste vie d'accesso: sternotomia, toracotomia anteriore, toracotomia anteriore e anterolaterale, sternotoracotomia monolaterale, sternotoracotomia bilaterale trasversa e cervicomaneubriotomia di Cormier-Dartevelle-Grunenwald. I criteri di scelta di queste diverse vie d'accesso dipendono dall'indicazione operatoria e dall'esposizione richiesta necessaria, che è o centrata sul mediastino o più lateralizzata a una o a entrambe le cavità pleuriche o anche verso la regione cervicoascellare. Un breve paragrafo è dedicato alle vie d'accesso videoassistite (total extended mediastinal lymphadenectomy [TEMLA], videoaxillarscopia [VAXY]), che sono delle estensioni della mediastinoscopia, che non è affrontata. Anche la specificità della sindrome dello sbocco cervicotoracico non è affrontata. In questo capitolo didattico e illustrato, gli autori dettagliano i gesti tecnici e affrontano anche le indicazioni e le complicanze di queste vie d'accesso. Una valutazione degli obiettivi è proposta alla fine del capitolo.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Accesso chirurgico; Chirurgia toracica; Chirurgia cardiovascolare; Chirurgia delle vertebre; Sternotomia; Accesso chirurgico cervicotoracico; Sindrome di Pancoast-Tobias; Tumore dell'apice polmonare; Trauma cervicotoracico; Toracotomia anteriore; Toracotomia anterolaterale

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Vie d'accesso anteriori del torace	2
Sternotomia	2
Toracotomia anteriore (mediastinotomia anteriore di Chamberlain)	7
Toracotomia anterolaterale	11
Sternotomia parziale con toracotomia anterolaterale («hemi-clamshell»)	15
Sternotoracotomia bilaterale trasversa («clamshell»)	17
■ Vie d'accesso cervicotoraciche	20
Accesso cervicotoracico per sindrome dello stretto toracobrahiale	20
Accesso cervicotoracico per tumore dell'apice polmonare	21
Tecnica operatoria: via di Cormier-Dartevelle-Grunenwald	21
Cervicomaneubriotomia	26
■ Vie d'accesso toraciche anteriori e cervicotoraciche mini-invasive	27
Doppio accesso mediastinoscopia più toracoscopia	27
Toracoscopia anteriore mono- o bilaterale	28
«Total extended mediastinal lymphadenectomy»	28
Videoaxillarscopia	28
Sintesi: indicazioni e criteri di scelta degli accessi toracici anteriori e cervicotoracici	29
■ Conclusioni	30

■ Introduzione

La via d'accesso chirurgica deve coniugare almeno tre imperativi: permettere un'esposizione ottimale offrendo il massimo di sicurezza per eseguire il gesto desiderato, assicurare la morbilità più bassa possibile e fornire la possibilità di allargarsi in caso di necessità. Questi tre obiettivi si applicano particolarmente alla chirurgia toracica nel confine cervicotoracico, tenuto conto della ristrettezza e della complessità della regione. Dedicare un capitolo alle vie d'accesso testimonia la loro complessità, in quanto non è raro che la realizzazione della via d'accesso sia più lunga del gesto principale per il quale l'intervento è stato giustificato.

Le vie d'accesso anteriori e cervicotoraciche raggruppano l'insieme delle vie d'accesso chirurgiche che richiedono un'installazione del paziente in decubito dorsale con incisioni cutanee sulla faccia anteriore o anterolaterale del torace. Queste vie d'accesso sono numerose e in continua evoluzione, tenuto conto della miniaturizzazione dei sistemi di reperi, visivo o altro, e della miniaturizzazione della strumentazione adeguata a questi sistemi.

È classico separare le vie d'accesso standard, a cielo aperto, e le vie mini-invasive videoassistite, ma queste diverse vie d'accesso standard e mini-invasive sono complementari. In effetti, se le vie mini-invasive prendono progressivamente il sopravvento sulle vie d'accesso chirurgiche standard a cielo aperto, queste ultime restano, tuttavia, le vie d'accesso di riferimento alle quali il chirurgo esegue una «conversione» in caso di difficoltà. Il

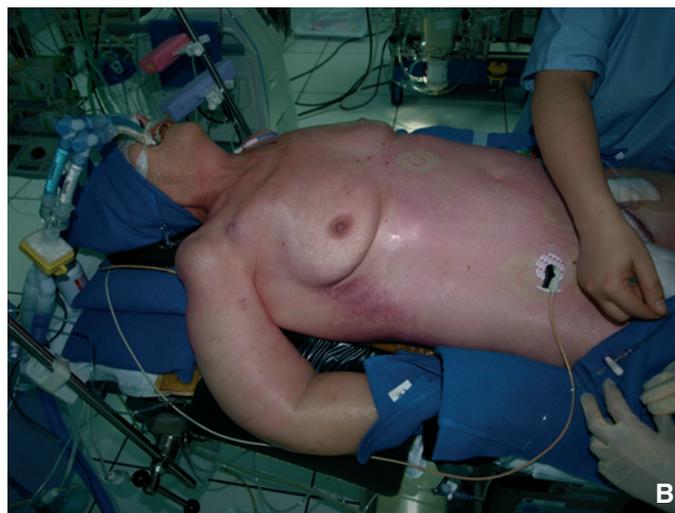
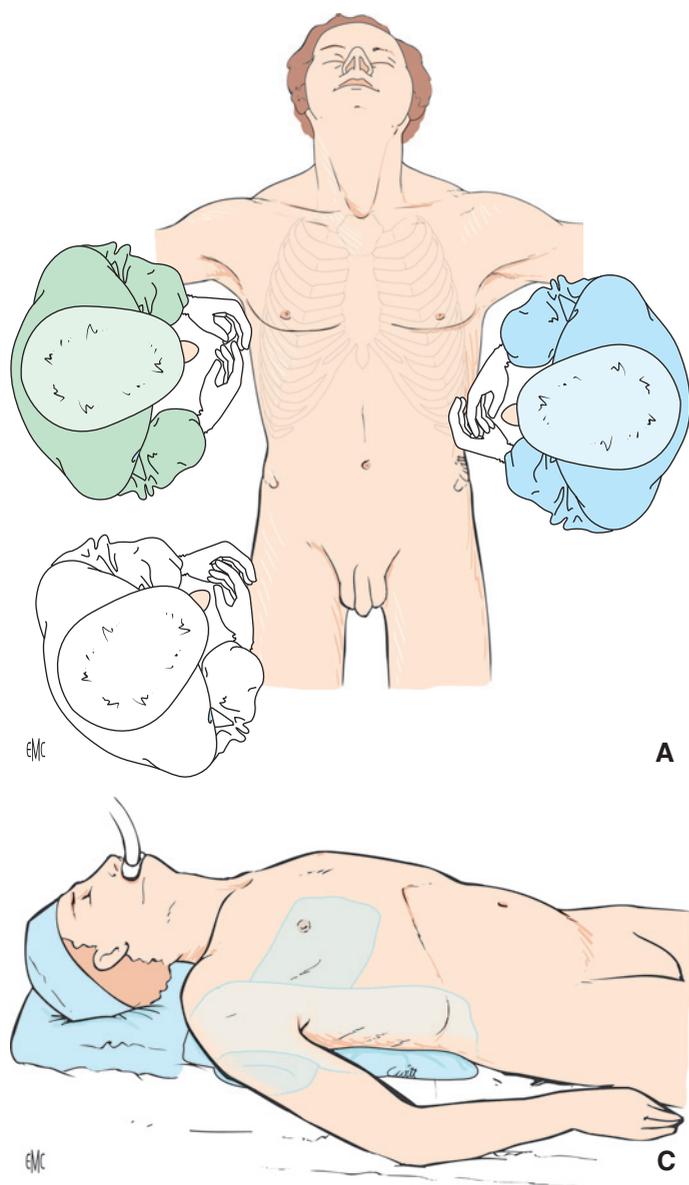


Figura 1. Installazione per sternotomia.
A. Braccia incrociate.
B. Braccia lungo il corpo.
C. Vista di profilo con sostegno sotto le scapole.

riaggiornamento, secondo l'evoluzione delle indicazioni chirurgiche, di antiche vie d'accesso chirurgiche classiche e in passato trascurate ne è la testimonianza.

Questo settore è organizzato in tre grandi capitoli: il primo capitolo è dedicato alle vie d'accesso anteriori (sternotomia, toracotomia anteriore, toracotomia anterolaterale, sternotoracotomia monolaterale, sternotoracotomia bilaterale). Nel secondo capitolo, sono esposte le vie d'accesso cervicotoraciche (via d'accesso transmanubriale di Cormier-Dartevelle-Grunenwald, cervicosternotomia, sternotoracotomia [hemi-clamshell] e sternotoracotomia bilaterale [clamshell]). Le vie d'accesso videoassistite mini-invasive sono descritte nell'ultimo capitolo. Una sintesi dedicata ai criteri di scelta delle vie d'accesso è presentata alla fine.

La chirurgia toracica assistita da robotica non ha, a tutt'oggi, ricevuto una validazione unanime perché si possono esporre le vie d'accesso. Esse non sono affrontate in questo capitolo.

■ Vie d'accesso anteriori del torace

Sternotomia

Cenni storici

Anche se la prima sternotomia fu riferita nel 1897 da Milton sotto l'appellativo di *osteoplastic anterior mediastinotomy*, essa fu

veramente diffusa da Julian et al. nel 1957^[1] e, in seguito, la sternotomia ha soppiantato la bitoracotomia con sternotomia trasversale per diventare la via d'accesso di riferimento per la chirurgia cardiaca.

La sezione sternale si eseguiva con lo sternotomo da colpire con martello, dall'alto in basso. L'incisione così ottenuta era molto irregolare e l'apertura pleurica accidentale più frequente.

Installazione

Il paziente è installato in decubito dorsale con un cuscino sotto le scapole, in modo da liberare la forchetta sternale al prezzo di un'estensione moderata del collo. Oltre al fatto di facilitare l'accesso alla faccia posteriore del manubrio sternale, il sollevamento delle scapole porta a un'orizzontalizzazione dello sterno. Le braccia sono o allungate lungo i fianchi o in abduzione ad angolo retto su un poggiabraccia, per facilitare la manipolazione delle vie arteriosa e venosa. Le vie venose devono essere poste all'arto superiore destro e/o all'arto inferiore, nel caso in cui fosse necessario un clampaggio dei tronchi venosi superiori (tronco venoso innominato o vena cava superiore).

Il campo operatorio deve comprendere tutto la faccia anteriore del torace, con un allargamento possibile verso la regione cervicale e/o ascellare per permettere il posizionamento di un drenaggio toracico o mediastinico.

L'operatore destrimane si pone alla destra del paziente, il suo primo aiuto davanti a lui e lo strumentista alla sua destra (Fig. 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2911495>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2911495>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)