

# Principi e tecniche delle anastomosi digestive: specificità secondo gli organi in chirurgia laparotomica

A. Valverde

*Le anastomosi digestive costituiscono un settore importante della tecnica chirurgica e occupano una parte preponderante nei fattori di mortalità e di morbidità degli interventi digestivi. Dal momento che le generalità sono state trattate in un capitolo precedente, le specificità tramite laparotomia proprie ad ogni organo sono affrontate escludendo il pancreas.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Anastomosi; Chirurgia digestiva; Laparotomia; Mano; Macchina

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Anastomosi esofagogastrica cervicale</b>	1
Anastomosi manuale	2
Anastomosi meccanica	2
■ <b>Anastomosi esofagogastrica intratoracica</b>	2
Anastomosi con pinza circolare	2
Anastomosi manuale	4
■ <b>Anastomosi esofagodigiunale</b>	4
Anastomosi manuale	5
Anastomosi meccanica con pinza circolare	5
■ <b>Anastomosi gastrodigiunale</b>	5
Anastomosi manuale	5
Anastomosi meccanica	6
■ <b>Anastomosi gastroduodenale</b>	6
Anastomosi manuale	7
Anastomosi meccanica	7
■ <b>Anastomosi sul tenue</b>	8
Anastomosi manuale	8
Anastomosi meccanica	8
■ <b>Anastomosi ileocolica</b>	8
Anastomosi manuale	8
Anastomosi meccanica	8
■ <b>Anastomosi colocolica</b>	8
■ <b>Anastomosi coloretta alta</b>	8
Anastomosi manuale	8
Anastomosi meccanica	9
■ <b>Anastomosi coloretta bassa (e sopraanale)</b>	12
Graffatura del retto	13
Pinza circolare	14
■ <b>Anastomosi ileoretta</b>	14
■ <b>Anastomosi coloanale o ileoanale</b>	15

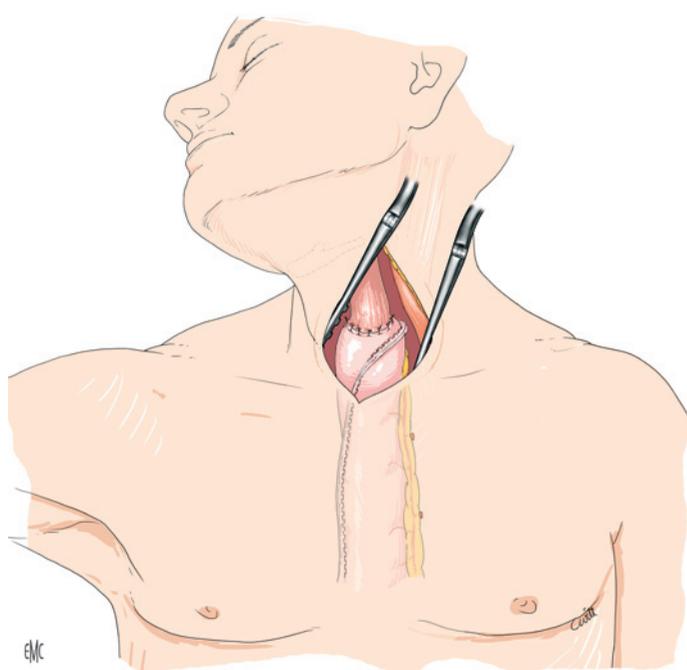
■ <b>Anastomosi tra via biliare e intestino tenue</b>	16
Anastomosi epaticodigiunale	16
Anastomosi coledocoduodenale	17
■ <b>Anastomosi con il quadro duodenale</b>	17

## ■ Introduzione

La maggioranza degli interventi di chirurgia digestiva comporta un'anastomosi digestiva. Quest'ultima può essere direttamente all'origine di complicanze potenzialmente mortali. Uno studio multicentrico francese <sup>[1]</sup>, comprendente 1 421 pazienti che avevano subito una chirurgia coloretta, ha riportato dei tassi di mortalità del 3,4% e di morbidità globale del 35%. Fra le complicanze, era rilevato un tasso del 4,4% di fistole anastomotiche, la metà delle quali era all'origine di un reintervento. La tecnica di anastomosi digestiva è, quindi, essenziale per prevenire la comparsa di fistole, anche se si sa che anche la sede anastomotica e il terreno sono dei cofattori chiaramente identificati. In questo capitolo, sono discusse le specificità tecniche in laparotomia dal collo fino alla pelvi, escludendo gli organi come il pancreas.

## ■ Anastomosi esofagogastrica cervicale

Di realizzazione piuttosto agevole, essa è eseguita in una regione anatomica di accesso facile con un accesso pre-sterno-cleido-mastoideo sinistro. L'esposizione è realizzata con un divaricatore autostatico di Beckmann, prestando attenzione a non ledere il nervo ricorrente sinistro al momento delle manovre di spostamento della trachea <sup>[2]</sup>. L'esofago cervicale è anastomizzato a una plastica generalmente gastrica, talvolta colica, dopo chirurgia di



**Figura 1.** Anastomosi esofagogastrica terminotermiale cervicale. L'anastomosi è realizzata sulla faccia anteriore o posteriore del tubo gastrico.

exeresi. Sono possibili i due tipi, manuale o meccanica, e la principale complicanza è la stenosi anastomotica secondaria a una fistola a volte passata inosservata [3].

## Anastomosi manuale

Essa è realizzata, il più delle volte, con due emisopraggetti, anteriore e posteriore, mentre la tecnica a punti staccati è riservata ai rari casi difficili. Si tratta di un'anastomosi esofagogastrica terminolaterale (TL) o terminotermiale (TT). La bocca esofagea è sempre interamente presa nell'anastomosi. L'impianto sul tubo gastrico dipende dalla presentazione di quest'ultimo: o alla sua estremità, ritagliando un po', se necessario, la linea di graffe, o su una delle facce anteriore o posteriore vicino all'estremità del tubo (Fig. 1).

## Anastomosi meccanica

Sono possibili due tipi: esofagogastrica TL con pinza circolare ed esofagogastrica laterolaterale (LL) con graffatrice lineare tagliente (Fig. 2).

### Pinza circolare

La sua realizzazione è identica a quella descritta in sede intratoracica. Tuttavia, essa presuppone una lunghezza importante del tubo gastrico ed è di realizzazione più rara. In effetti, la pinza circolare è introdotta dall'estremità del tubo gastrico e l'incudine è inserita nel moncone esofageo cervicale. L'incudine è inserita nell'esofago con le stesse precauzioni descritte per il piano mucoso.

### Pinza lineare

Questo tipo di anastomosi ridurrebbe il rischio di stenosi postoperatoria [4]. L'esofago cervicale e il tubo gastrico devono essere di lunghezza sufficiente per essere addossati lateralmente, al fine di introdurre una pinza lineare tagliente. In caso di scarsa lunghezza del tubo digerente, è possibile utilizzare una pinza lineare tagliente per endoscopia la cui articolazione facilita l'introduzione. La bocca anastomotica così creata può essere tutorizzata sotto controllo della vista con una sonda gastrica (aspi-

razione o alimentazione). La zona di introduzione della pinza è, in seguito, richiusa mediante ritaglio con pinza lineare o manualmente con un sopraggitto di filo 4/0.

## “ Punto importante

### Anastomosi esofagogastrica al collo

- La gastroplastica deve essere ben vitale e senza trazione al collo.
- Essa può essere manuale o meccanica.
- Se meccanica: laterolaterale con pinza lineare tagliente.
- Drenaggio piuttosto raccomandato.

## ■ Anastomosi esofagogastrica intratoracica

Essa può essere realizzata indifferentemente manualmente o con pinza meccanica; quest'ultima è, allora, circolare (non è stato dimostrato alcun interesse con le pinze lineari). L'utilizzo della pinza facilita le anastomosi alla sommità del torace.

## Anastomosi con pinza circolare

Essa presenta alcune specificità che sono descritte qui.

### Confezionamento della borsa

Dal momento che l'esofago è privo di una tunica sierosa e ha un piano mucoso particolarmente mobile che si retrae al momento della sezione, l'utilizzo di una pinza a borsa automatica è vivamente sconsigliato. La borsa deve, infatti, prendere tutte le tuniche esofagee e specialmente la mucosa. Per assicurarsene, è possibile evertare la mucosa con qualche pinza sottile tipo Halsted (il che è scomodo sul fondo del torace) (Fig. 3A) o passare quattro fili di reperi in Vicryl® 4/0 ai punti cardinali (Fig. 3B). Il filo della borsa, idealmente un monofilamento 2/0, è così, imbastito a U ad alcuni millimetri dal margine dell'esofago, caricando la totalità della parete.

### Dilatazione e introduzione dell'incudine

La mucosa esofagea è fragile e può facilmente lacerarsi quando il calibro dell'esofago è troppo stretto. L'iniezione preliminare di glucagone può favorire il rilassamento muscolare. Si utilizzano delle candele di calibro progressivo, ben lubrificate, per dilatare progressivamente l'esofago. Occorre lasciare a lungo la candeletta in sede per ottenere l'effetto di dilatazione progressiva. Queste manovre devono essere realizzate fino a ottenere un calibro minimale di 21. In caso di lacerazione mucosa, si impone una riparazione con alcuni punti in Vicryl® 4/0 o 5/0 che fissano i piani (Fig. 4). L'incudine è introdotta su pinza e la borsa è chiusa progressivamente sul gambo. Durante il serraggio, l'aiuto ritira i fili di trazione sulla mucosa. Il cuscinetto non deve essere troppo spesso e può essere resecato, se necessario.

### Introduzione della pinza nel tubo gastrico

Essa è realizzata attraverso una gastrotomia a distanza dall'apice del tubo (Fig. 5A) o, in caso di tubo stretto, attraverso l'estremità del tubo. Si realizza, così, un'anastomosi esofagogastrica TL sulla faccia posteriore o anteriore del tubo gastrico. Occorre badare a non torcere la plastica. La zona di perforazione della punta si trova a circa 3 cm dall'estremità del tubo (Fig. 5B). Lo stomaco deve essere sufficientemente lungo per arrivare senza trazione all'altezza della futura anastomosi, cosa che va controllata prima della realizzazione dell'anastomosi. In caso di lacerazione gastrica intorno alla punta, è possibile serrare nuovamente la parete gastrica con un punto a U in Vicryl® 4/0. Questa anastomosi

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287311>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287311>

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