

Trattamento chirurgico delle neoplasie del colon destro

A. Valverde, H. Mosnier

La colectomia destra per cancro è la resezione associata della porzione terminale dell'ileo, del colon ascendente, della parte destra del trasverso e di tutto il territorio linfonodale di drenaggio sul bordo destro dell'asse mesenterico superiore. La laparotomia è una tecnica ben codificata che richiede una liberazione di tutto il quadro ileocolico destro e, quindi, un controllo vascolare all'origine dei vasi la cui distribuzione è oggetto di numerose varianti anatomiche. L'accesso laparoscopico per colectomia destra è una tecnica validata che permette una resezione oncologica con uno svuotamento linfonodale ottimale. L'intervento è eseguito «dall'interno all'esterno», cioè mediante il controllo primario dei vasi sul bordo destro dell'asse mesenterico superiore e, quindi, la liberazione delle inserzioni esterne ileocoliche. Il tempo delicato è quello dello svuotamento davanti alla testa del pancreas.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Colon destro; Cancro; Laparotomia; Laparoscopia; Svuotamento linfonodale

Struttura dell'articolo

■ Accesso tramite laparotomia	1
Richiamo anatomico: distribuzione vascolare	1
Installazione	2
Vie d'accesso	2
Esposizione ed esplorazione	3
Liberazione dei visceri	4
Controllo vascolare e svuotamento linfonodale	5
Sezioni digestive	6
Ripristino della continuità ileocolica	6
Casi particolari	8
■ Accesso tramite laparoscopia	9
Principi della laparoscopia	9
Installazione	10
Posizione dei trocar	11
Esposizione	12
Controllo del peduncolo ileocolico	12
Reperimento del duodeno	12
Progressione sul bordo destro dell'asse mesenterico superiore	12
Scopertura del fegato e della colecisti	13
Esposizione e controllo del triangolo sottopilorico	13
Variante nell'accesso del triangolo sottopilorico: l'accesso dall'alto	14
Controllo delle inserzioni esterne	14
Estrazione del pezzo operatorio	15
Exeresi e anastomosi	15
Peritoneizzazione	15
Procedura di fine intervento	15

■ Accesso tramite laparotomia

La colectomia destra regolata è il trattamento di base dei carcinomi del colon destro^[1,2]. Essa associa una resezione degli ultimi centimetri di ileo e del colon ascendente fino a una

porzione variabile di trasverso, nonché uno svuotamento linfonodale che asporta le zone corrispondenti di mesentere e mesocolon. Il paradigma oncologico sostenuto fin dal 1960 e consistente in una tecnica *no touch, early ligation* non ha mostrato alcuna superiorità in termini di rischi di recidiva e di metastasi viscerali^[3]. La tecnica tramite laparotomia, attualmente terminata, non ha, tuttavia, mantenuto due principi oncologici di base: il controllo vascolare all'origine e la resezione monoblocco, soprattutto in caso di estensione agli organi vicini^[4].

L'accesso tramite laparotomia ai carcinomi colici destri resta molto utilizzato nella misura in cui i tumori maligni colici destri sono spesso di scoperta tardiva e, quindi, di notevole volume. Dato che la dimensione del tumore può giustificare da sola un'apertura addominale importante, la laparoscopia perde, allora, di interesse. Peraltro, tutte le situazioni complicate (occlusione, infezione tumorale, estensione ad altri organi) sono regolate in migliori condizioni mediante laparotomia. Al contrario dell'accesso laparoscopico, con il quale le inserzioni esterne coliche sono liberate il più tardi possibile per conservare un'esposizione naturale dei mesi, la procedura laparotomica inizia spesso con una mobilitazione primaria delle strutture digestive, prima dei controlli vascolari.

Richiamo anatomico: distribuzione vascolare

(Fig. 1)

La vascolarizzazione del colon destro è assicurata dall'arteria mesenterica superiore (AMS) attraverso tre gruppi di collaterali di denominazione differente a seconda degli autori. Così, i peduncoli ileocolico, colico destro medio e dell'angolo colico destro, secondo Rouvière^[5], prendono i nomi rispettivamente di peduncoli «ileocolico, destro e medio», secondo la nomenclatura anglosassone^[6]. Noi manterremo in questo articolo la denominazione francese^[7]. Il *peduncolo ileocolico*, unico costante, assicura la distribuzione dall'angolo ileocecale alla porzione terminale

dell'AMS. Il *peduncolo colico destro medio*, la cui arteria è presente nel 30-90% dei casi, assicura la vascolarizzazione del colon ascendente. L'arteria (generalmente unica e, a volte, doppia o tripla) nasce, il più delle volte, dal bordo destro dell'AMS (50%), ma può provenire dai peduncoli ileocolico o colico superiore destro. Il *peduncolo colico superiore destro*, destinato all'angolo colico destro e al colon trasverso, è il più soggetto a variazioni. L'arteria, presente nel 50-90% dei casi, proviene da un tronco comune dell'AMS nel 60% dei casi, ma anche dall'arteria colica media nel 30% dei casi. Essa può eccezionalmente nascere da un'arteria pancreatica duodenale o da uno dei rami terminali del tronco celiaco. La vena colica superiore destra, assente nel 10% dei casi, si ricongiunge alle vene pancreaticoduodenale anterosuperiore e gastroepiploica destra nell'80% dei casi, per formare il tronco gastrocolico di Henlé^[8]. Questa distribu-

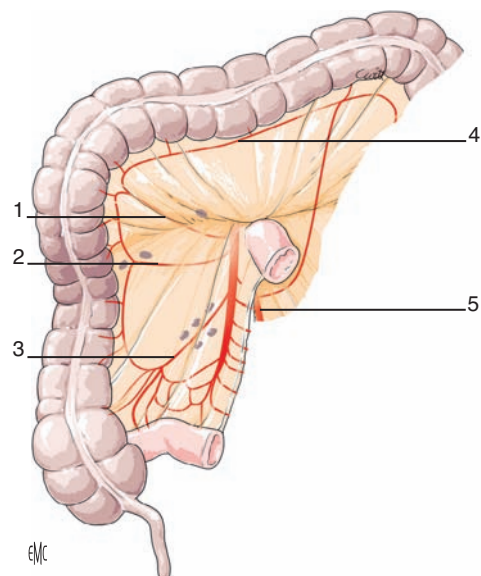


Figura 1. Distribuzione vascolare del colon destro, ripartita in tre gruppi provenienti dall'arteria mesenterica superiore. 1. Gruppo dell'angolo colico destro; 2. gruppo colico destro medio; 3. gruppo ileocolico. Quest'ultimo peduncolo si anastomizza con il peduncolo colico superiore sinistro, il ramo dell'arteria mesenterica inferiore (5), attraverso l'arcata vascolare incostante di Riolo (4).

zione vascolare complessa e serrata dei grossi vasi splancnici fa sì che la colectomia destra sia anche una chirurgia della testa del pancreas, che richiede una grande prudenza in caso di adenopatie neoplastiche e un rigore tecnico nel controllo dei rami vascolari. L'arteria colica superiore destra assicura la vascolarizzazione del colon trasverso anastomizzandosi all'arteria colica superiore sinistra tramite l'arcata di Riolo. Questa arcata decorre tra i foglietti peritoneali del mesocolon trasverso inviando dei rami collaterali perpendicolarmente verso il colon. Tuttavia, essa è incostante e, a volte, è sostituita da un'arteria colica media anch'essa incostante, che decorre verticalmente nel mesocolon trasverso. Questa particolarità anatomica implica di verificare sempre, dopo una sezione digestiva sul colon trasverso, la vitalità della porzione sinistra, soprattutto nella misura in cui tutto il peduncolo arterioso colico superiore destro è stato interrotto.

Installazione

Il paziente è in decubito dorsale, con le gambe serrate e le braccia incrociate (Fig. 2). Le inclinazioni del tavolo sono meno utili che in laparoscopia, ma possono facilitare l'esposizione in pazienti obesi o la cui doccia parietocolica destra sia profonda (Fig. 3). L'operatore destrimane si pone sul lato destro e il suo aiuto di fronte. Tuttavia, non si deve esitare a posizionarsi a sinistra del paziente per far fronte al colon ascendente e, in particolare, per liberare con maggiore facilità l'angolo colico destro. Lo strumentista si pone di fronte all'operatore con un tavolino. Il campo operatorio espone l'addome dalla linea mammaria fino a filo del pube. Il catetere vescicale non è necessario, salvo in caso di raccomandazione anestetica. La sonda gastrica intraoperatoria può essere utile per ridurre l'ingombro dello stomaco quando questo è pieno d'aria. Essa non ha giustificazione nel periodo postoperatorio.

Vie d'accesso

Ne esistono due principali (Fig. 3): la via mediana e la via trasversale destra:

- la via mediana: via d'accesso universale a dominante sovraombelicale, che può essere allargata a seconda delle eventuali difficoltà incontrate;
- la via trasversale destra: si tratta di una via d'accesso più elettiva, ma quando essa è prolungata verso sinistra può realizzare al massimo una bi-sotto-costale e permettere di far fronte a

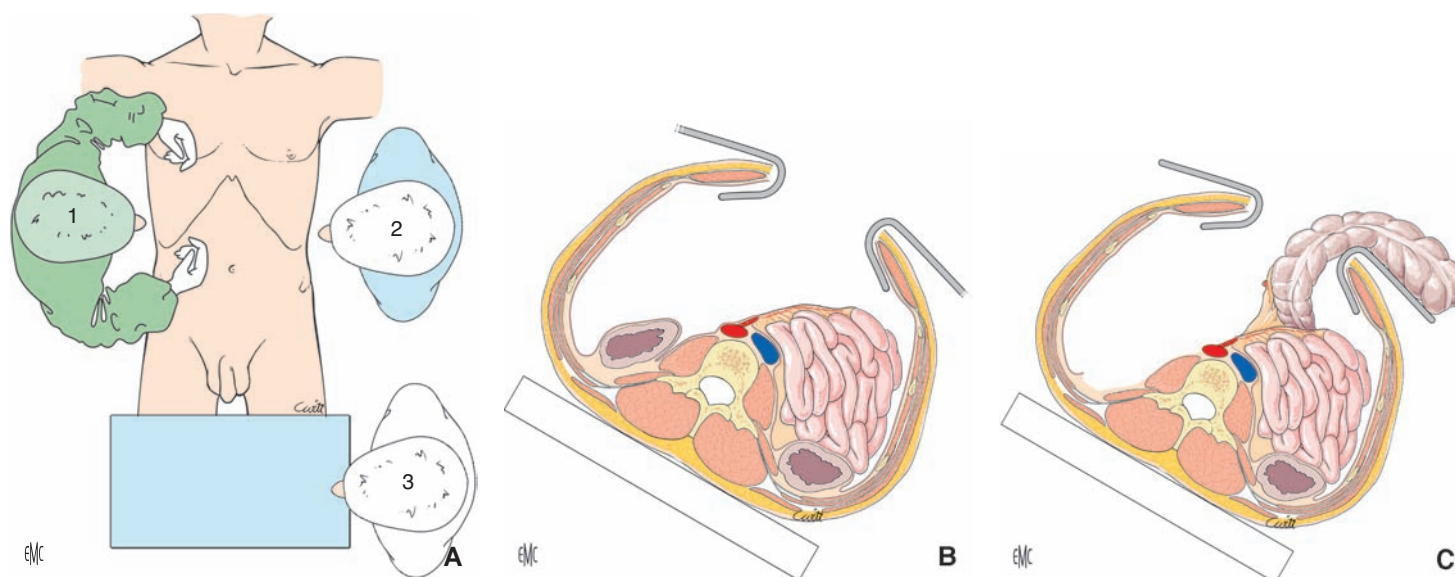


Figura 2.
A. Installazione e posizione degli operatori. 1. Operatore; 2. aiuto; 3. strumentista.
B. Uso del rollio sinistro del tavolo operatorio. I visceri basculano sul fianco sinistro per liberare meglio il colon destro.
C. L'esteriorizzazione del colon destro dopo la liberazione della fascia di Toldt destra è più facile.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287378>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287378>

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