

Gastrectomia per cancro

F. Dumont, E. Thibaudeau

La gastrectomia per cancro a scopo curativo comporta una resezione completa R0 senza effrazione tumorale, con margine sano parietale e linfoadenectomia estesa. Una perfetta conoscenza dell'anatomia vascolare e della modalità di estensione linfonodale e parietale è essenziale, prima di eseguire questo tipo di intervento chirurgico. Le gastrectomie sono interventi con una morbimortalità e un impatto nutrizionale significativi. Questi interventi sono, quindi, riservati ai pazienti in buone condizioni di salute e a scopo curativo, nella maggior parte dei casi. Una valutazione preoperatoria completa permette di giudicare l'estensione locale e a distanza. In Occidente, una chemioterapia perioperatoria è un trattamento standard per i tumori localmente avanzati. La linfoadenectomia ampia detta D2 senza splenopancreatotomia aumenta le possibilità di recupero ed è, quindi, una componente importante della chirurgia del cancro gastrico. Una diffusione del tumore agli organi vicini può richiedere la loro rimozione. L'approccio laparoscopico ha scarse indicazioni in Occidente ed è giustificato principalmente per le gastrectomie preventive su mutazione di CDH1. Dopo gastrectomia, sono possibili diverse modalità di ricostruzione digestiva e queste hanno lo scopo di limitare i disturbi funzionali a medio e a lungo termine.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Gastrectomia; Cancro gastrico; Adenocarcinoma; Stomaco; Linfoadenectomia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	2	■ Gastrectomia totale con linfoadenectomia D2	12
■ Anatomia chirurgica	2	Sezione del legamento gastrosplenico e dei vasi brevi	12
Arteria gastrica sinistra	2	Sezione dell'esofago	13
Vena gastrica sinistra	2	Dissecazione del gruppo linfonodale n° 11	13
Arteria lienale (anticamente detta splenica)	2	Linfoadenectomia del gruppo n° 10	13
Vasi brevi dello stomaco	3	■ Gastrectomie estese	13
■ Modalità di estensione del tumore	3	Splnectomia	13
Estensione linfonodale	3	Splenopancreatotomia sinistra	14
Estensione parietale	3	Resezione del tronco celiaco (intervento di Appleby)	14
Estensione peritoneale	4	Borsectomia omentale	15
■ Definizioni delle gastrectomie oncologiche	4	Lobectomia sinistra	15
■ Valutazione preoperatoria	4	Resezione duodenale estesa	16
■ Indicazioni chirurgiche	5	Resezione esofagea estesa	17
■ Preparazione del paziente	6	■ Digastrogastrectomia	18
■ Posizionamento e via d'accesso	7	■ Gastrectomia atipica	18
■ Gastrectomia parziale dei quattro quinti con linfoadenectomia D2	8	■ Ricostruzione digestiva	19
Scollamento colo-omentale e dissecazione del gruppo n° 4	8	Plastica digiunale dell'ansa operata	19
Linfoadenectomia infrapilorica del gruppo n° 6	8	Anastomosi gastrodigiunale	20
Liberazione del lobo epatico sinistro e dissecazione del gruppo n° 3	9	Anastomosi esofagodigiunale meccanica	20
Colecistectomia	10	Anastomosi esofagodigiunale manuale	21
Linfoadenectomia del gruppo n° 12 del peduncolo epatico	10	Serbatoio digiunale	21
Sezione duodenale	10	Anastomosi ai piedi dell'ansa	21
Linfoadenectomia del gruppo n° 8 dell'arteria epatica comune	11	■ Drenaggio	21
Linfoadenectomia del gruppo paraesofageo destro n° 1	11	■ Risultati	22
Linfoadenectomia della piccola curvatura n° 3	11	Morbimortalità	22
Sezione gastrica e rimozione dello stomaco	12	Oncologici	22
Linfoadenectomia del gruppo celiaco n° 9	12	■ Conclusioni	23
Dissecazione del gruppo splenico prossimale 11p	12		

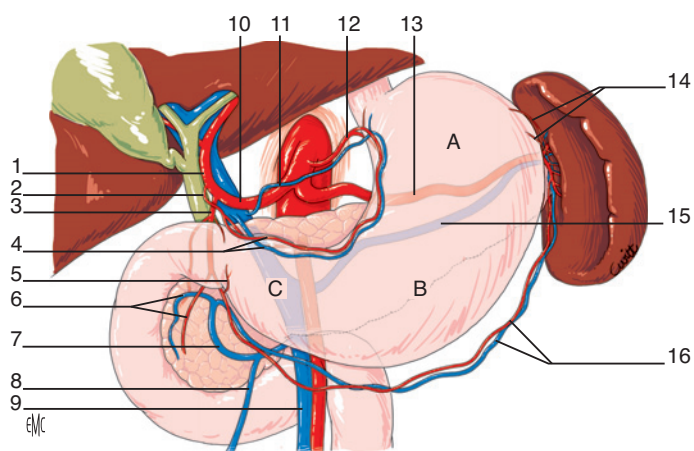


Figura 1. Anatomia gastrica e della vascolarizzazione. 1. Arteria epatica propria; 2. arteria gastrica destra; 3. arteria gastroduodenale; 4. arco della piccola curvatura; 5. arteria infrapilorica; 6. vasi pancreaticoduodenali superoanteriori; 7. vena gastro-omentale destra; 8. vena colica media; 9. vena mesenterica superiore; 10. arteria epatica comune; 11. vena gastrica sinistra; 12. arteria gastrica sinistra; 13. arteria lienale (splenica); 14. vasi brevi; 15. vena lienale (splenica); 16. arco della grande curvatura.

■ Introduzione

L'incidenza del cancro allo stomaco in Francia diminuisce. Attualmente, vengono diagnosticati 6500 nuovi casi all'anno. Le cellule cancerose gastriche hanno un tropismo locale, fonte di carcinomatosi peritoneale e di recidiva locale in caso di efrazione tumorale, un tropismo linfatico, fonte di metastasi linfonodali, le cui modalità di espansione sono, ormai, ben note, e un tropismo a distanza, che impone una valutazione intraoperatoria minuziosa. La qualità oncologica della resezione rimane la tappa essenziale per il trattamento curativo e deve essere completata dalla chemioterapia perioperatoria [1]. Una chirurgia oncologica corretta richiede una resezione completa senza efrazione. Questa richiede una resezione completa R0 con margini sani parietali, un'exeresi in monoblocco degli organi limitrofi in caso di tumore T4 e una linfadenectomia adattata al tumore primitivo gastrico. Questo intervento è difficile e la prognosi rimane deludente, con solo il 35% di sopravvivenza a cinque e a dieci anni [1, 2].

La maggior parte dei tumori gastrici in Occidente è localmente avanzata (> T1N0) e richiede un intervento chirurgico radicale, con una vasta linfadenectomia adattata di tipo D2, secondo la classificazione giapponese. Le difficoltà relative a queste dissecazioni linfonodali sono di ordine anatomico, a causa delle variazioni anatomiche e della presenza di una rete vascolare complessa, di ordine oncologico, con una notevole variabilità delle estensioni tumorali linfonodali, e di ordine tecnico, con l'imperativo di evitare qualsiasi efrazione tumorale. Tutte queste difficoltà sono state ampiamente studiate e hanno bisogno di essere conosciute prima di realizzare delle gastrectomie per cancro. Queste difficoltà limitano anche, in Occidente, l'uso di un approccio laparoscopico ai tumori che non richiedono una dissecazione estesa (tumori precoci o chirurgica preventiva).

■ Anatomia chirurgica

Lo stomaco nasce dopo l'esofago addominale e si compone di tre parti con, dall'alto verso il basso, il fundus (o grossa tuberosità), zona superiore e rigonfia, il corpo, che si situa al centro, e l'antro, che si prolunga dopo il piloro attraverso il duodeno. Il piloro costituisce un anello muscolare spesso e facile da identificare visivamente o manualmente per il suo aspetto indurito e gonfio. Lo stomaco ha due curvature: la piccola curvatura (a destra) e la grande curvatura (a sinistra) (Fig. 1).

La perfetta conoscenza anatomica del reticolo vascolare arterioso e venoso (Fig. 1) è fondamentale, perché la rete linfatica

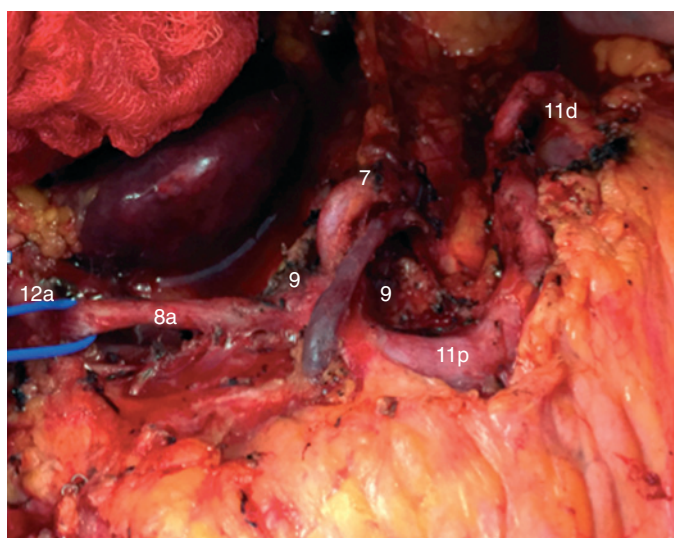


Figura 2. Escissione completa del tessuto linfatico dei gruppi 7 (lungo l'arteria gastrica sinistra), 9 (lungo il tronco celiaco), 8a (lungo l'arteria epatica comune [anteriore]), 11d (lungo la metà distale dell'arteria splenica), 11p (lungo la metà prossimale dell'arteria splenica) e 12a (legamento epatoduodenale [lungo l'arteria epatica propria]).

segue il reticolo vascolare arterovenoso e una dissecazione linfonodale non è altro che una messa a nudo di questi vasi.

Lo stomaco è vascolarizzato dai rami del tronco celiaco e della vena porta e forma una rete vascolare lungo la piccola e la grande curvatura. Lo stomaco è resistente alle ischemie grazie all'importante plesso vascolare sottomucoso.

Arteria gastrica sinistra (Figg. 1, 2)

Nasce dal tronco celiaco e si anastomizza con l'arteria gastrica destra, che nasce dall'arteria epatica propria, per ricalcare il cerchio della piccola curvatura. L'arteria gastro-omentale (anticamente chiamata gastroepiploica) destra, nata dall'arteria gastroduodenale, si anastomizza con l'arteria gastro-omentale sinistra, ramo dell'arteria lienale (anticamente chiamata splenica). Nel 10-30% dei casi, l'arteria epatica sinistra aberrante (AESA) (Fig. 3A) nasce dall'arteria gastrica sinistra e viaggia nella pars flaccida del piccolo epiploon. Una linfadenectomia D2 impone una legatura- sezione all'origine dell'arteria gastrica sinistra, con, come conseguenza, in caso di presenza di AESA, il suo sacrificio. Questo sacrificio causa una citolisi moderata transitoria senza alcuna conseguenza clinica. La conservazione di un'AESA è necessaria in assenza di un'arteria epatica comune. L'AESA è voluminosa in questa situazione. Un'AESA deve essere conservata anche in pazienti con malattia epatica a rischio di insufficienza epatocellulare.

Vena gastrica sinistra (Figg. 1, 2)

Si anastomizza lungo la piccola curvatura con la vena gastrica destra scaricandosi nella vena porta. La vena gastrica sinistra passa davanti all'arteria lienale o epatica comune e sfocia nella vena porta. Questa distribuzione rappresenta il 50% dei casi. Le altre distribuzioni anatomiche (Fig. 3B) portano a una grande variabilità nella direzione della vena. Questa vena rimane costante e deve essere ricercata se non si trova in distribuzione anatomica consueta, in modo da non danneggiarla accidentalmente.

Arteria lienale (anticamente detta splenica)

(Figg. 1, 2)

Questa è obliqua in alto ed esternamente e nasce dal tronco celiaco. L'arteria splenica è tortuosa e forma delle anse che rendono il suo tragitto imprevedibile. La sua dissecazione impone di seguire l'arteria passo dopo passo senza pregiudicare il suo tragitto, in modo da evitare una lesione accidentale. La dissecazione

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725530>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725530>

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