

Epatectomie con accesso laparoscopico

D. Fuks, H. Tranchart, B. Gayet

Lo sviluppo della chirurgia epatica laparoscopica è stato più lento rispetto ad altre aree della laparoscopia, a causa di una curva di apprendimento significativa e della paura di emorragie difficili da controllare o di un'embolia gassosa. Tuttavia, le resezioni epatiche in laparoscopia presentano vantaggi significativi rispetto alla via aperta. Dopo l'avvento di questa tecnologia, sono state riportate più di 9000 procedure. Le prime due conferenze di consenso al riguardo hanno dimostrato la fattibilità e la sicurezza delle resezioni laparoscopiche eseguite in pazienti selezionati per le dimensioni e la topografia favorevoli delle loro lesioni (segmenti anteriori e laterali, dimensione minore di 5 cm e lontano dall'ilo e dalla vena cava). Queste lesioni rappresentano, di solito, meno del 20% delle indicazioni di epatectomia. Si tratta, il più delle volte, di resezioni limitate (meno di tre segmenti), ma sono anche possibili epatectomie maggiori. La lobectomia sinistra è la più riproducibile delle resezioni epatiche laparoscopiche. I vantaggi sono quelli di qualsiasi procedura laparoscopica (conservazione della parete e precoce ritorno alle attività precedenti), una riduzione della morbidità nei pazienti con cirrosi e la facilitazione di eventuali reinterventi (epatectomia iterativa in un quadro di gestione di metastasi epatiche o di trapianto di fegato per carcinoma epatocellulare). È essenziale sottolineare tre punti fondamentali: le indicazioni alla resezione, in particolare per lesioni benigne, non devono essere modificate dalla possibilità di un approccio laparoscopico, la selezione dei pazienti deve essere rigorosa e la formazione dei chirurghi che propongono questa tecnica deve essere garantita perché è necessaria una duplice esperienza in chirurgia del fegato per via aperta e in chirurgia laparoscopica complessa.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Resezione epatica; Epatectomia; Laparoscopia; Chirurgia mini-invasiva; Tumori epatici primitivi e secondari

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
Stato della chirurgia epatica laparoscopica in Francia	2
Vantaggi e limiti dell'accesso laparoscopico	2
Termini e definizioni	3
Valutazione della difficoltà	3
■ Indicazioni e risultati	3
Indicazioni	3
Risultati	4
■ Preparazione del paziente	4
■ Posizionamento del paziente e posizionamento dei trocar	5
Posizionamento del paziente	5
Posizionamento dei trocar	5
■ Tecnica chirurgica	6
Strumentazione	6
Esplorazione intraoperatoria e preparazione per l'epatectomia	6
Clampaggio vascolare	6
Tecnica di resezione parenchimale	7
Estrazione del pezzo e fine della procedura	7
Indicazioni alla conversione	8
Cure postoperatorie	8

■ Epatectomie differenti	8
Epatectomia minore	8
Epatectomia maggiore	8
■ Conclusioni	10

Introduzione

Inizialmente, l'approccio laparoscopico del fegato ha permesso la realizzazione di biopsie epatiche. Poi, nel 1991, è stata eseguita una fenestrazione di una cisti del fegato. Dopo una prima resezione epatica atipica eseguita da Gagner nel 1992, Azagra et al. hanno eseguito la prima resezione anatomica del fegato nel 1996 [1]. Dall'avvento di questa tecnica, sono state riportate più di 3000 procedure [2]. Le esperienze iniziali riguardavano lesioni prevalentemente benigne [3] ma sono stati segnalati studi di oltre 100 resezioni di tumori maligni [4]. Le resezioni anatomiche riguardavano, inizialmente, soprattutto i lobi sinistro (segmenti 2, 3 e 4) e i segmenti 5 e 6 del fegato destro (segmenti anteriore e laterale del fegato). La lobectomia sinistra sembrava la più adatta alla resezione laparoscopica a causa del minor spessore del fegato, della possibilità di resezione senza dissecazione ilare

e della facilità di sezionare la vena epatica sinistra e i peduncoli portalici dei segmenti II e III con graffatrice meccanica. Al contrario, l'epatectomia destra sembrava la più difficile da effettuare. Poi, sono stati considerati tutti i tipi di resezioni (segmentectomie, epatectomie maggiori, a destra e a sinistra, allargate e centrali) [5], come il prelievo di lobi epatici sinistri da donatori viventi nel contesto dei trapianti pediatrici. Attualmente, la chirurgia epatica laparoscopica corrisponde principalmente a resezioni limitate che riguardano segmenti periferici. Vengono eseguite poche resezioni ampie e complesse, a causa della notevole complessità tecnica [6].

Stato della chirurgia epatica laparoscopica in Francia [7]

Ci sono pochi dati sulla chirurgia epatica in laparoscopia al di fuori dei risultati pubblicati dai centri specializzati. Il grado di adozione della laparoscopia a livello nazionale è, fino a oggi, vago. In Francia, un recente studio nazionale basato sulla codifica degli interventi (programma di medicalizzazione dei sistemi informativi [PMSI]) ha identificato un totale di 44 240 resezioni epatiche negli ultimi sei anni (dal 2007 al 2012). Tra queste, 5004 procedure corrispondevano verosimilmente a una semplice biopsia codificata come resezione atipica. Tra le 39 236 resezioni "reali", il 14,1% è stato eseguito in laparoscopia. Tale percentuale è aumentata tra il 2007 e il 2010 per, poi, restare relativamente costante tra il 2010 e il 2012. La maggior parte delle resezioni laparoscopiche era rappresentata da tumorectomie semplici (72,8% contro il 30,7% in chirurgia aperta) e questa percentuale è rimasta relativamente costante. Il numero annuo di epatectomie maggiori (più di tre segmenti resecati) in chirurgia a cielo aperto è aumentato dal 2007 al 2012, mentre quello delle resezioni ampie per via laparoscopica rimane costante. La proporzione delle resezioni multiple o intermedie (tumorectomie multiple o unisegmentectomie o bisegmentectomie) eseguite per via laparoscopia è stata del 13,3% e tale percentuale non è aumentata dal 2010. Tuttavia, uno dei limiti dello studio dei dati PMSI è correlato al fatto che un certo numero di interventi in laparoscopia non esiste nella codifica attuale delle procedure. È il caso dell'epatectomia destra, per esempio.

In conclusione, l'adozione della laparoscopia nella chirurgia epatica non supera il 20%, a livello del numero di pazienti o del numero di centri. Questi dati suggeriscono che questa tecnica è ancora utilizzata solo da chirurghi esperti o coinvolti dall'inizio nella sua innovazione e nel suo sviluppo.

Vantaggi e limiti dell'accesso laparoscopico

Non ci sono studi randomizzati che permettono di distinguere chiaramente i vantaggi e i limiti dell'approccio laparoscopico rispetto alla via convenzionale. Tuttavia, molte revisioni della letteratura hanno dimostrato che i potenziali benefici dell'uso dell'approccio laparoscopico per le resezioni epatiche corrispondono ai benefici "classici" di questo approccio chirurgico: riduzione del dolore postoperatorio (riduzione del numero di giorni e della quantità di analgesico somministrato [8]), recupero più precoce della funzione intestinale, riduzione delle complicanze respiratorie [9] e parietali, miglioramento della qualità della vita e diminuzione della degenza ospedaliera [10-12]. Così, il recupero precoce dell'attività e la diminuzione della degenza ospedaliera possono consentire al paziente di accedere più precocemente a un'eventuale chemioterapia adiuvante (anche se questo elemento non è ancora stato dimostrato dopo l'epatectomia). Nel cirrotico, l'approccio laparoscopico sembra diminuire l'incidenza di ascite postoperatoria. Questa complicanza classica delle resezioni epatiche nei pazienti cirrotici è direttamente correlata al grado di ipertensione portale preoperatoria. Le possibili spiegazioni sono la conservazione della circolazione collaterale parietale, con il rispetto dei muscoli della parete addominale, la minore mobilitazione intraoperatoria del fegato, il rispetto delle derivazioni linfatiche e un'emorragia venosa minore legata in parte allo pneumoperitoneo.

Storicamente, i principali ostacoli alla diffusione della laparoscopia nella chirurgia epatica erano, oltre alla complessità tecnica degli interventi e alla mancanza di una strumentazione idonea,

il rischio di embolia gassosa legata allo pneumoperitoneo, la difficoltà di individuare lesioni intraparenchimali e le difficoltà a effettuare l'emostasi.

Lo sviluppo di nuove tecniche e di nuovi strumenti ha gradualmente permesso l'evoluzione delle tecniche di epatectomia per via laparoscopica.

Modificando l'approccio al fegato, l'approccio laparoscopico permette di visualizzare più facilmente le strutture posteriori, a differenza della laparotomia. Tuttavia, alcuni gesti elementari della chirurgia epatica a cielo aperto, come la palpazione e la mobilitazione del fegato, il controllo vascolare e la transezione parenchimale, possono presentare qualche difficoltà all'inizio dell'esperienza. Lo studio di Vigano et al. [13] ha dimostrato che esiste una curva di apprendimento per la resezione epatica laparoscopica con una soglia dopo 60 casi. Il lavoro del servizio dell'Istituto mutualista Montsouris ha dimostrato che la durata dell'intervento diminuisce significativamente dopo 45 resezioni epatiche in laparoscopia [14].

Per esempio, le pinze da presa laparoscopiche danno una sensazione tattile che è limitata. L'ecografia intraoperatoria può compensare, per alcune équipe, la mancanza della palpazione. L'ecografia intraoperatoria è fatta di routine in chirurgia epatica per la ricerca di nuove lesioni ed è importante anche in laparoscopia per guidare la procedura chirurgica. Un recente studio comparativo ha anche dimostrato che la sensibilità e la specificità dell'ecografia intraoperatoria erano equivalenti per via laparoscopica e laparotomica [15].

Il rischio di embolia gassosa preoccupava i chirurghi all'inizio dello sviluppo di questa tecnica. Quando un'anestesia con pressione venosa centrale (PVC) bassa viene effettuata durante un'epatectomia laparoscopica, esiste un aumento del rischio teorico di embolia a CO₂ a una pressione di insufflazione maggiore alla PVC, causando un gradiente di pressione nella direzione della circolazione venosa. È stato dimostrato un passaggio frequente, durante le resezioni epatiche laparoscopiche, di emboli di CO₂ [16]. Questi emboli non hanno un significativo impatto clinico a causa della solubilità totale di CO₂ nel sangue e ciò è stato dimostrato in un modello animale [17] come negli esseri umani [18].

Il sanguinamento lungo la parete di sezione del fegato dipende, da una parte, dall'equilibrio tra l'afflusso portale e arterioso e, dall'altra, dalla pressione nel sistema venoso sottoepatico (ottimizzata da una bassa PVC e dalla contropressione dello pneumoperitoneo). La pressione positiva dello pneumoperitoneo ha dimostrato particolare efficacia sulla riduzione del sanguinamento nel modello animale di trauma epatico [19]. La pressione intraaddominale utilizzata durante le epatectomie laparoscopiche è generalmente posta a circa 10-12 mmHg e può essere aumentata da alcune équipe fino a 15 mmHg in caso di sanguinamento più importante della fetta di sezione epatica. L'aumento limitato e temporaneo della pressione dello pneumoperitoneo rende possibile migliorare il controllo del sanguinamento durante la resezione parenchimale e non ha mai avuto alcuna conseguenza particolare per il paziente [20].

I segmenti del fegato posteriori sono più difficili da raggiungere e sono considerati da alcune équipe come un limite chirurgico alla laparoscopia. Tuttavia, le équipe più esperte segnalano resezioni standardizzate di questi segmenti con buoni risultati [5, 21]. Lo sviluppo di ottiche flessibili facilita la visualizzazione dello spazio cavosupraepatico e l'uso di strumenti flessibili (come nella chirurgia robotica) potrebbe anche contribuire a lavorare nella parte posteriore del fegato.

La paura di non ottenere margini di resezione sani e il timore di diffusione del tumore con una potenziale influenza dello pneumoperitoneo sullo sciame tumorale negli orifizi dei trocar sono stati segnalati da diversi autori [22]. Tuttavia, questa paura non è finora mai stata confermata per altri tipi di tumori, come il colon o il retto.

Infine, un altro potenziale limite della resezione epatica laparoscopica del fegato è rappresentato dall'aumento dei costi generati da questa via d'accesso, a causa della necessità di attrezzature e di materiali di consumo non riutilizzabili. Tuttavia, uno studio sui costi teorici ha confrontato 44 pazienti operati in laparoscopia di lobectomia sinistra e 29 pazienti sottoposti a chirurgia aperta [23]. In questo studio, la via d'accesso laparoscopica ha consentito

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725538>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725538>

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