

LA CHIRURGIA LAPAROSCOPICA DI OGGI E DI DOMANI

Francesco Cavaliere

Sono passati 23 anni da quando è stata effettuata per la prima volta la asportazione della colecisti senza fare ricorso alla incisione chirurgica.

L'intervento rivoluzionario utilizzava la metodica laparoscopica, usata sino ad allora per fare diagnosi "guardando" dentro l'addome attraverso uno strumento introdotto per mezzo di una incisione minima di 1 cm di diametro, e, proiettando su un monitor l'immagine catturata da una piccola telecamera, rese possibile la esecuzione di manovre chirurgiche che venivano effettuate mediante strumenti introdotti attraverso 2 o 3 incisioni di 1 o 0,5 cm di diametro.

Questa metodica era naturalmente destinata ad incontrare il favore dei pazienti : affrontare un intervento chirurgico senza dover subire il taglio con tutta la valenza deturpante e dolorosa che ad esso si associa , rendeva la terapia chirurgica molto più accettabile.

Con queste aspettative era naturale che la crescita della tecnica chirurgica mini invasiva (o laparoscopica se ci si riferisce agli interventi effettuati nella cavità addominale) dovesse essere rapidissima e così è stato: in poco più di 20 anni l'approccio chirurgico per molti interventi è stato modificato, lo strumentario chirurgico dedicato è diventato sempre più sofisticato e sempre più chirurghi si sono cimentati con le tecniche mini invasive.

Come avviene in tutti i cambiamenti gli inizi sono stati caratterizzati da forti resistenze alle quali, per una sorta di contrappasso, si è associata la esasperazione della connotazione del chirurgo laparoscopista quasi fosse uno specialista o l'esecutore di una chirurgia alternativa.

Nei fatti, oggi, è unanimemente condiviso che non esiste una chirurgia tradizionale da opporre alla chirurgia mini invasiva: l'atto chirurgico (assolutamente identico se effettuato con tecnica open o con approccio mini invasivo) deve rispettare principi, tecniche, tempi e modalità di esecuzione che non vengono modificate dal tipo di accesso utilizzato.

Certamente eseguire un intervento utilizzando 3 o 4 fori di diametro variabile da 1 a 0,5 cm è più confortevole per il paziente, permette un decorso post operatorio più rapido ed un più sollecito ritorno alle normali attività lavorative.

In alcuni casi, poi, ricorrere alla tecnica mini invasiva rappresenta un vantaggio anche per il chirurgo che può sfruttare la magnificazione dell'immagine catturata in prossimità del campo operatorio e visualizzata con una precisione dei dettagli che la visione diretta di campi "naturalmente profondi" e di difficile esposizione (la giunzione esofago-gastrica , il mesoretto) non rende possibili.

Oggi, in un contesto ormai razionalizzato e privato delle esasperazioni del "nuovo", con tecnica laparoscopica si eseguono di routine molti interventi nell'addome (colecistectomia, riparazione di ernie recidive e/o bilaterali, correzione del reflusso gastro-esofageo, plastiche per ernie della parete addominale e per laparoceli) mentre per altre patologie (tumori del colon – retto, appendiciti, ernie non recidive e non bilaterali,) riteniamo si debba valutare, paziente per paziente la via di accesso più idonea.

Naturalmente l'accesso mini invasivo richiede la disponibilità di una tecnologia sempre più sofisticata e, per questo, in perenne evoluzione e, continua a subire la tentazione di un utilizzo estremo, non più per le indicazioni, ma per le modalità di esecuzione, ponendosi sempre in bilico tra un reale miglioramento della tecnica e una esasperata dimostrazione di virtuosismo del gesto chirurgico.

In entrambe queste direzioni, oggi, si intravedono le prospettive possibili della chirurgia laparoscopica di domani.

Tralasciando la tecnologia del futuro (perché oggetto di una nota informativa dedicata) è opportuno spendere qualche considerazione sulle prospettive di una chirurgia ad accesso sempre meno invasivo, soprattutto in considerazione dell'esasperato desiderio dei pazienti e, forse, anche dei chirurghi di poter eseguire un intervento chirurgico senza aver praticato alcuna incisione.

In quest'ottica, da qualche anno, è stata proposta e, successivamente verificata nella sua fattibilità la NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery): come indica l'acronimo si tratta di interventi chirurgici effettuati utilizzando come via d'accesso i c.d. orifici naturali. I dati pubblicati si riferiscono ad interventi di colecistectomia effettuati per via transgastrica , transvaginale , transrettale che rendono possibile la asportazione della colecisti senza aver praticato alcuna incisione cutanea.

Senza entrare nel dettaglio della tecnica utilizzata, e tralasciando la fattibilità dell'intervento con o senza l'introduzione di un trocar di servizio (tecnica mista endo-laparoscopica) riteniamo che la tecnica abbia scarsa prospettiva di successo per una serie di considerazioni alcune delle quali strettamente tecnico-chirurgiche (scarsa angolazione degli strumenti con conseguente riduzione della ampiezza dei movimenti chirurgici) altre d'ordine fisiopatologico (il vantaggio della mancanza di 3 fori sull'addome a fronte della apertura gastrica o vaginale o rettale ha un rationale difficilmente apprezzabile) altre ancora relative all'incremento del rischio , al prolungamento delle degenze e all'esasperazione dei costi.

Una alternativa alla NOTES, più coerente con il principio dell'accesso minimo possibile e che, nella nostra esperienza iniziale, ci ha fornito risultati assai positivi tanto da poter essere presa in seria considerazione come possibile evoluzione della chirurgia laparoscopica è rappresentata dalla SILS (Single Incisional Laparoscopic Surgery).

Anche in questo caso l'acronimo è esaustivo e si riferisce ad una tecnica che prevede un unico accesso (sovracombele di circa 2,5 cm) attraverso cui si introducono tutti gli strumenti che si utilizzano per eseguire un intervento chirurgico.

Al di là di una valutazione puramente centimetrica (è meglio una sola incisione di 2,5 cm piuttosto che 3 incisioni che complessivamente sviluppano la stessa estensione di 2,5 cm ?) che attiene fondamentalmente al paziente, e prescindendo dalla difficoltà, per il chirurgo, di dover eseguire manovre con strumenti che devono incrociarsi tra loro per aumentare l'angolo di incidenza con cui operare, e, tralasciando la analisi dei tempi di apprendimento e la loro ricaduta sulla durata degli interventi, riteniamo che la SILS, in un contesto che richieda la chirurgia mini invasiva sempre più minimamente invasiva, possa avere una prospettiva di evoluzione ed applicazione futura anche come metodica di routine, in pazienti selezionati.

E' in ogni caso riduttivo circoscrivere l'analisi degli scenari futuri o futuribili della chirurgia mini invasiva alle soluzioni tecniche in grado di poter permettere l'esecuzione degli interventi con accessi sempre meno visibili.

Riteniamo che la reale evoluzione della chirurgia laparoscopica di domani sarà rappresentata dai sistemi di visione che renderanno possibile una percezione del campo operatorio simile a quella stereoscopica che caratterizza gli interventi effettuati ad addome aperto e, da quei sistemi che permetteranno di recuperare, anche in ambiente laparoscopico, quella sensibilità tattile e quella ampiezza di manovra che oggi è possibile acquisire solo con l'esperienza.