



MARTEDI' DELL'ORDINE

***ATTUALITÀ IN CHIRURGIA
VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE,
CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA***

16 APRILE 2013

*MARTEDI' DELL'ORDINE
ATTUALITÀ IN CHIRURGIA VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA
16 APRILE 2013*

PRESENTAZIONE

Luigi Roncoroni

Direttore SC Clinica Chirurgica e Terapia Chirurgica,
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Francesco Ceccarelli

Direttore SC Clinica Ortopedica,
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Edoardo Raposio

Responsabile SSD Chirurgia della Cute ed Annessi,
Mininvasiva, Rigenerativa e Plastica,
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

MARTEDI' DELL'ORDINE
ATTUALITÀ IN CHIRURGIA VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA
16 APRILE 2013

**CHIRURGIA GENERALE. LA CHIRURGIA MINI-INVASIVA
IN AMBITO GASTROENTEROLOGICO NELLA REALTÀ
PARMIGIANA: IL PRESENTE ED IL FUTURO**

Renato Costi

Ricercatore Universitario Confermato,
Chirurgia Generale, Università degli Studi di Parma

La laparoscopia è una tecnica chirurgica che consente di effettuare le stesse procedure di chirurgia addominale realizzate attraverso la chirurgia tradizionale senza ricorrere ad alcuna laparotomia, ma piuttosto attraverso delle piccole incisioni, in genere tra i 5 ed i 12 mm di lunghezza. Attraverso tali "mini-laparotomie" vengono posizionati dei trocars, strumenti cilindrici cavi dotati di valvola, indispensabili per l'introduzione e l'estrazione degli strumenti chirurgici necessari per l'esecuzione del gesto chirurgico.

Tale approccio presuppone la presenza di uno pneumoperitoneo, che altro non è che l'insufflazione della cavità addominale con CO₂ al fine di creare lo spazio "di manovra" necessario (tra la parete addominali ed i visceri endoaddominali e tra i visceri stessi) per effettuare la procedura. Dal momento che l'addome rimane di fatto "chiuso", al fine di consentire al chirurgo di visualizzare la procedura che sta eseguendo, viene utilizzata una telecamera dotata di una fonte luminosa dedicata, definita laparoscopia, che viene introdotta nell'addome attraverso uno dei trocars, e che è collegata ad un monitor visibile a tutti. I vantaggi per il paziente sono molteplici, come la riduzione del dolore e l'ileo paralitico nel periodo postoperatorio, con la conseguenza di una precoce mobilitazione, alimentazione e dimissione più precoce.

I precursori della laparoscopia risalgono agli inizi del XX secolo: nel 1905 a Berlino, Georg Kelling introduce per primo un cistoscopia nell'addome di un cane per esplorarne i visceri addominali ed è considerato oggi un antenato dei moderni laparoscopisti. Nei decenni successivi, vengono apportati diversi miglioramenti tecnici, come l'introduzione dello pneumoperitoneo (inizialmente ottenuto insufflando aria e solo in seguito CO₂) e la creazione da parte di Janos Veress dell'omonimo ago per l'insufflazione. Ma sarà soltanto alla metà degli anni '80, con la prima colecistectomia laparoscopica (E.Mühe in Germania e Ph.Mouret in Francia), che la laparoscopia conosce una diffusione mondiale e viene sperimentata in praticamente tutte le procedure di chirurgia addominale, fino all'esecuzione della prima duodenocefalopancreasectomia laparoscopica nel 1994 (M.Gagner, Canada).

Dal 1997 viene introdotta la chirurgia laparoscopica robotica (G.B.Cadière, Belgio), che prevede l'impiego di un robot manovrato a distanza dal chirurgo. Tale tecnica, che ha visto la più spettacolare applicazione nel 2001 con l'esecuzione di una colecistectomia da parte di un chirurgo a New York su di un paziente a Strasburgo (M.Gagner, J.Marescaux, Francia), non ha di fatto avuto lo sviluppo auspicato in chirurgia addominale, e viene oggi praticata solo in centri specializzati. Le ragioni sono legate alla spesa di acquisto/manutenzione del robot di fronte ad una non-superiorità del robot nell'esecuzione delle procedure chirurgiche gastroenterologi che rispetto all'accesso laparoscopico tradizionale.

*MARTEDI' DELL'ORDINE
ATTUALITÀ IN CHIRURGIA VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA
16 APRILE 2013*

Altri campi di sviluppo della laparoscopia sono andati nella direzione di una ulteriore riduzione del trauma parietale, riducendo il numero di incisioni addominali, attraverso la SILS (o laparoscopia "Single Port", che prevede una sola incisione addominale) e la NOTES (laparoscopia attraverso gli orifizi naturali, come la bocca, la vagina o il retto, senza utilizzare alcuna incisione addominale).

Da un punto di vista didattico, oltre ai noti vantaggi per il paziente, la laparoscopia consente molteplici opportunità formative, per studenti e chirurghi in formazione, come la visione di video, il training su animali e simulatori, l'E-learning ed il Tutoring a distanza.

La laparoscopia a Parma inizia precocemente, nel 1991, con la prima colecistectomia eseguita nel nostro Istituto, ed ha visto una rapida diffusione alla chirurgia d'urgenza, alla diagnostica, alla patologia della parete addominale (ernie, laparoceli), alla patologia benigna di esofago, stomaco e surrene, per poi continuare negli anni 2000 con la chirurgia maggiore del colon-retto, della milza, dell'obesità, del fegato e del pancreas.

La laparoscopia rappresenta oggi l'approccio preferenziale alla colecistectomia, che noi eseguiamo in oltre il 90% dei casi con accesso mini-invasivo, una durata media di circa 60 minuti ed una degenza mediana di 24 ore. La chirurgia della litiasi biliare e delle sue complicanze hanno rappresentato e rappresentano a tutt'oggi per il nostro Istituto l'oggetto di svariate pubblicazioni sulle più importanti riviste al mondo nel settore (World Journal of Surgery, British Journal of Surgery, Gastrointestinal Endoscopy, ecc.). In particolare il management del paziente affetto da litiasi sincrona della colecisti e della via biliare, per il quale proponemmo già dagli anni '90 un trattamento sequenziale (papillosfinteroplastica endoscopica seguita da videolaparocolecistectomia), oggi adottato dalla maggior parte dei centri specializzati nel trattamento delle vie biliari in Europa.

La chirurgia del colon rappresenta da sempre per il nostro Istituto un campo di attività operatoria, clinica, didattica e scientifica, e pertanto la "rivoluzione laparoscopica" che ha coinvolto questa branca della chirurgia generale ci ha visto adottare negli anni le tecniche più all'avanguardia ed a proporre di originali alla comunità scientifica. Oggi eseguiamo praticamente tutti i tipi di intervento per via laparoscopica, dall'appendicectomia, alla colectomia destra e sinistra, alla resezione anteriore, all'amputazione addomino-perineale, alla colectomia subtotala con cecoretto-anastomosi, intervento da noi introdotto nel 2000 nel trattamento della stipsi ostinata ed oggetto, così come altri argomenti di chirurgia per patologia benigna (malattia diverticolare,...) e maligna (adenocarcinoma,...) del colon-retto, di numerose pubblicazioni internazionali (Diseases of the Colon and Rectum, World Journal of Surgery, Surgical Endoscopy, ecc.). Con particolare riferimento alla chirurgia maggiore in campo colo-rettale, oggi più di un terzo delle procedure sono eseguite con accesso laparoscopico nel nostro Istituto, percentuale notevole se si considera che, essendo un centro di riferimento nel campo, riceviamo anche pazienti già operati altrove o in cattive condizioni generali, in cui non è indicato adottare un accesso laparoscopico. Gli interventi eseguiti con tale approccio mini-invasivo confermano nella nostra serie i vantaggi evidenziati nella letteratura scientifica internazionale di una riduzione nel dolore postoperatorio ed una più precoce dimissione.

*MARTEDI' DELL'ORDINE
ATTUALITÀ IN CHIRURGIA VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA
16 APRILE 2013*

Nel campo della chirurgia esofago-gastrica, da anni eseguiamo la fundoplicatio secondo Nissen per la malattia da reflusso gastroesofageo, la plastica secondo Heller-Dor per l'acalasia, e la resezione gastrica atipica per neoplasie benigne (GIST,..) dello stomaco. Un discorso a parte merita un campo attualmente in grande diffusione della laparoscopia, la chirurgia dell'obesità: noi eseguiamo soprattutto il by-pass gastrico e la sleeve-gastrectomy, mentre abbiamo praticamente abbandonato il banding (o "anello") gastrico, data l'alta incidenza di complicanze a distanza che sono giunte alla nostra attenzione e che sono peraltro documentate in letteratura.

La chirurgia degli organi solidi (fegato, pancreas) è stata cronologicamente l'ultima ad affermarsi con accesso laparoscopico per la difficoltà intrinseca di questa chirurgia, legata alle caratteristiche fragilità del parenchima di questi organi ed ai rapporti di contiguità con vasi maggiori. Noi stiamo sviluppando la chirurgia di fegato e pancreas per via laparoscopica: oggi eseguiamo con accesso laparoscopico la pancreasectomia sinistra, con o senza splenectomia, mentre stiamo mettendo a punto la tecnica dell'enucleazione laparoscopica; in chirurgia epatica eseguiamo con questo approccio l'ecografia intraoperatoria nella valutazione di operabilità dei tumori gastrointestinali, e le resezioni epatiche atipiche e ci stiamo attrezzando per eseguire procedure di crescente difficoltà chirurgica, come la lobectomia sinistra e le bisegmentectomie.

Quantunque l'argomento della relazione fosse la laparoscopia in ambito gastroenterologico, il nostro approccio laparoscopico si estende oggi anche alla chirurgia del surrene, della parete addominale (ernie, laparocèle) e della milza, campi in cui si confermano tutti i vantaggi di un accesso mini-invasivo.

Pur nella ristrettezze economiche cui ci confina l'attuale situazione economica del Paese, con i conseguenti tagli alla sanità pubblica, la chirurgia laparoscopica rappresenta per noi un irrinunciabile campo di innovazione e di sviluppo della chirurgia, che può, attraverso la riduzione del trauma chirurgico, migliorarne la qualità di vita postoperatoria del paziente.

DIAPOSITIVE IN ALLEGATO

*MARTEDI' DELL'ORDINE
ATTUALITÀ IN CHIRURGIA VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA
16 APRILE 2013*

**CHIRURGIA PLASTICA. TERAPIA CHIRURGICA
VIDEO-ASSISTITA DELL'EMICRANIA E DELL'IPERIDROSI**

Edoardo Raposio
Responsabile SSD Chirurgia della Cute ed Annessi,
Mininvasiva, Rigenerativa e Plastica,
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

DIAPOSITIVE IN ALLEGATO

*MARTEDI' DELL'ORDINE
ATTUALITÀ IN CHIRURGIA VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA
16 APRILE 2013*

**ORTOPEDIA. ARTROSCOPIA DI CAVIGLIA:
POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE**

Filippo Calderazzi

Medico Dirigente SC Clinica Ortopedica,
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

*MARTEDI' DELL'ORDINE
ATTUALITÀ IN CHIRURGIA VIDEO-ASSISTITA
CHIRURGIA GENERALE, CHIRURGIA PLASTICA, ORTOPEDIA
16 APRILE 2013*

A cura di
Francesca Pelosi
Segreteria Omceo Parma

Antonella Del Gesso
Ufficio Stampa Omceo Parma