

LE SUTURE IN CHIRURGIA COLO-RETTALE

R. PETRI, M. ZUCCOLO, C. LIRUSSO, A. ROSIGNOLI
CHIRURGIA GENERALE - AOUSMM - UDINE

SUTURE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
SAN DANIELE DEL FRIULI, 3 APRILE 2009

GORIZIA, giugno 2004

RESEZZIONE LAPAROSCOPICA DEL
COLON

QUALE ANASTOMOSI?



ROBERTO PETRI
S.O.C. di I Chirurgia
A.O.S.M. della Misericordia

COSA E' CAMBIATO ?

1. ONCOLOGIA/LAPAROSCOPIA

ARTICLES

THE LANCET • Vol 359 • June 29, 2002 • www.thelancet.com

**Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy
for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised
trial**

Antonio M Lacy, Juan C García-Valdecasas, Salvadora Delgado, Antoni Castells, Pilar Taurá, Josep M Piqué, Josep Visa

N ENGL J MED 350;20 WWW.NEJM.ORG MAY 13, 2004

EDITORIALS

**Laparoscopic Resection for Colon Cancer —
The End of the Beginning?**

Theodore N. Pappas, M.D., and Danny O. Jacobs, M.D., M.P.H.

Schwenk, Wolfgang. Haase, Oliver.
Neudecker, Jens J.. Muller, Joachim M.

**Short term benefits for laparoscopic
colorectal resection**

[Systematic Review]

Cochrane Colorectal Cancer Group Cochrane
Database of Systematic Reviews. 1, 2009

RISULTATI IMMEDIATI (<3 MESI)

ANALIZZATI 25 STUDI CLINICI RANDOMIZZATI

- ↑ DURATA
- ↓ PERDITE DI SANGUE
- ↓ DOLORE POSTOPERATORIO
- ↓ DURATA ILEO PARALITICO
- ↓ MORBIDITA' (LOCALE E GENERALE)

Kuhry, Esther. Schwenk, Wolfgang. Gaupset, Robin. Romild, Ulla. Bonjer, H. Jaap.

Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection

[Systematic Review]

Cochrane Colorectal Cancer Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 1, 2009

RISULTATI A DISTANZA

33 STUDI CLINICI RANDOMIZZATI
ANALIZZATI, DI CUI 12 (3346 pazienti)
INCLUSI

- NON DIFFERENZE SIGNIFICATIVE PER
 - NUMERO RECIDIVE LOCALI
 - METASTASI SUI TROCAR E/O FERITE
 - MORTALITA' CANCRO-CORRELATA
 - LAPAROCELE, REINTERVENTI PER ADERENZE,...

2. CASISTICA

153 \Rightarrow 564

(262 F; 302 M)

ETA' MEDIA: 66,3

3. RISULTATI

DURATA MEDIA INTERVENTO

2004: 182 MIN'



OGGI: **155** MIN'

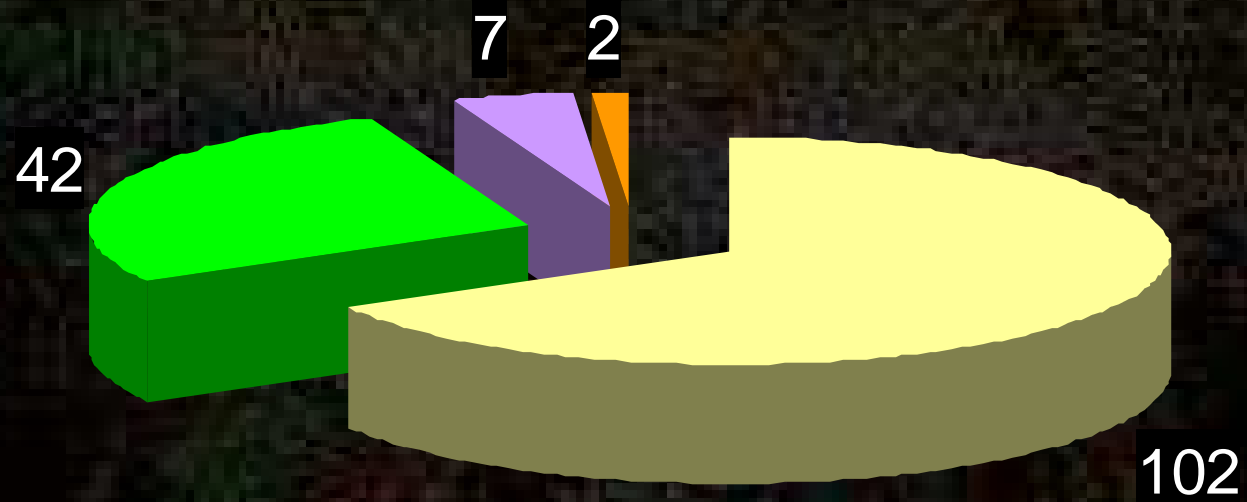
MORTALITA': DA 0 A 1



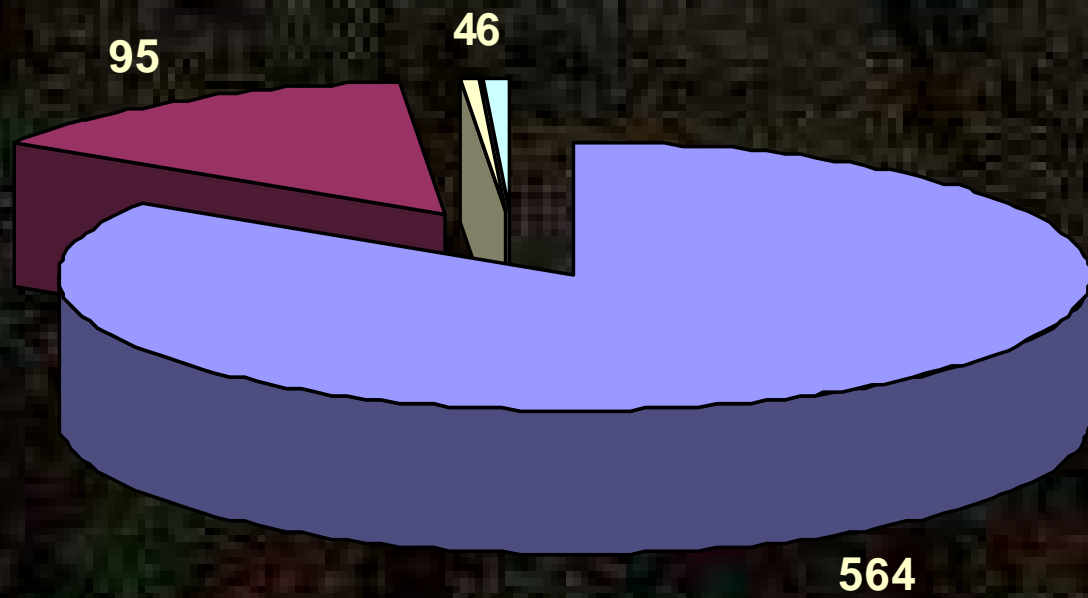
DEISCENZE: DA 0 A 17

(3,0 %)

4. INDICAZIONI

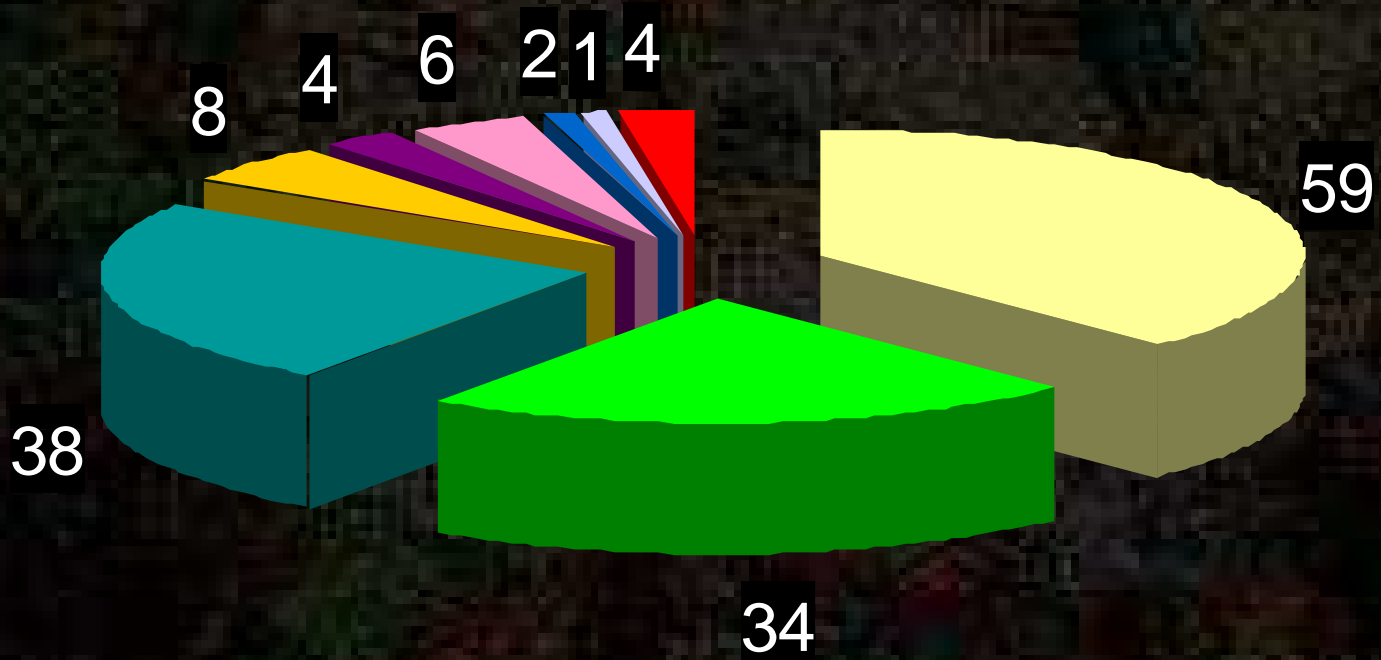


■ neo maligne ■ mal diverticolare ■ neo benigne ■ altro

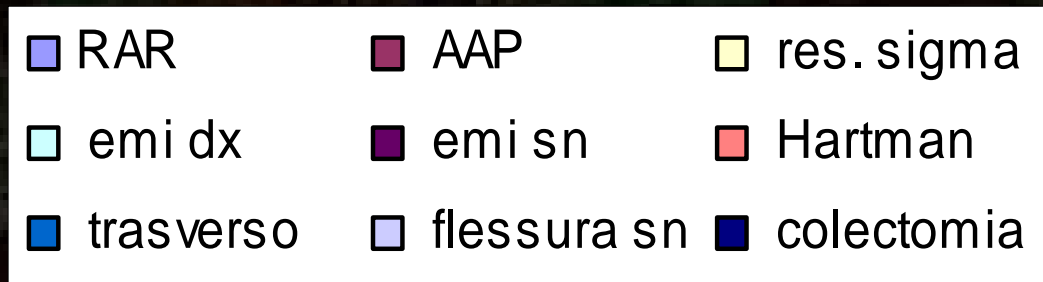
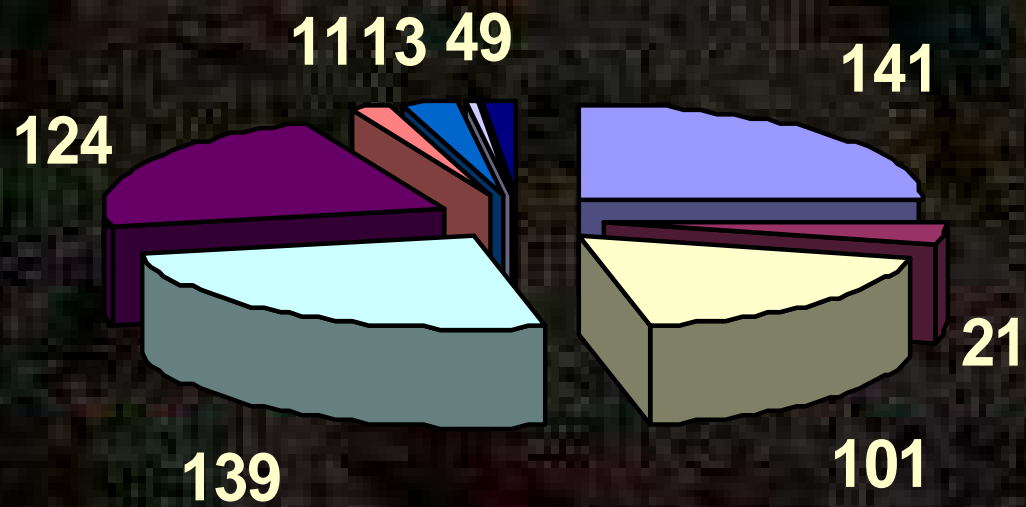


■ neo maligne ■ mal. diverticolare ■ adenomi ■ altro (IBD,...)

5. TIPI DI INTERVENTO



- | | | |
|--|--|---|
| res ant | res sigma | emic sin |
| aap | emic dx | Hartmann |
| aap rob | emic sin rob | altri |



5. QUALE ANASTOMOSI ?

COLON SN, RETTO

- ANASTOMOSI MECCANICA TRANSANALE
- ANASTOMOSI COLO-ANALE MANUALE

COLON DX, TRASVERSO, FLESSURA SN





EXTRACORPOREA

vantaggi

- rapida e standardizzata
- esecuzione semplice
- meno costosa (se manuale)

svantaggi

- trazione sui mesi (incisione piccola, sede anomala)
- rischio di torsione dell'asse vascolare (?)

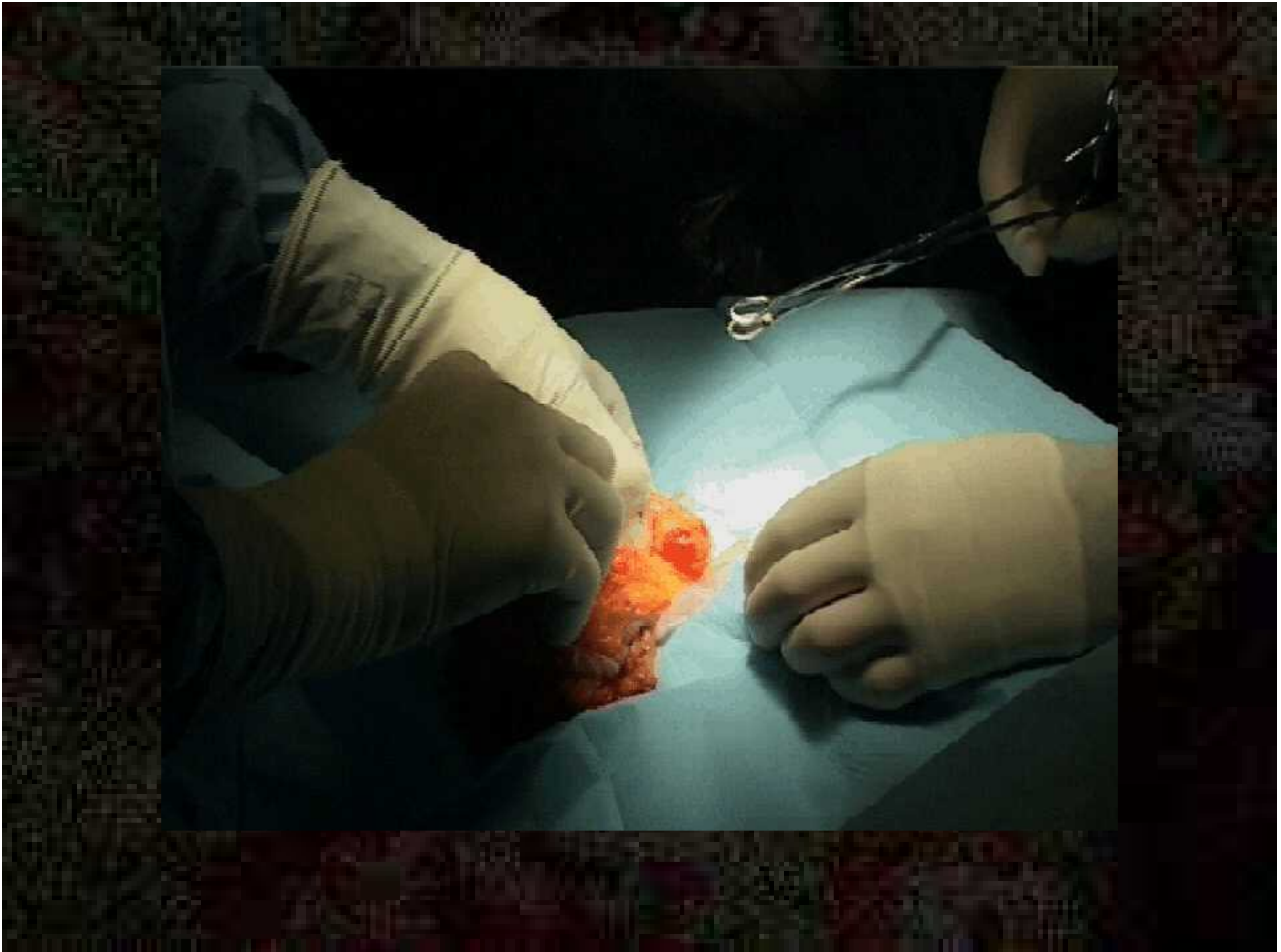
vantaggi

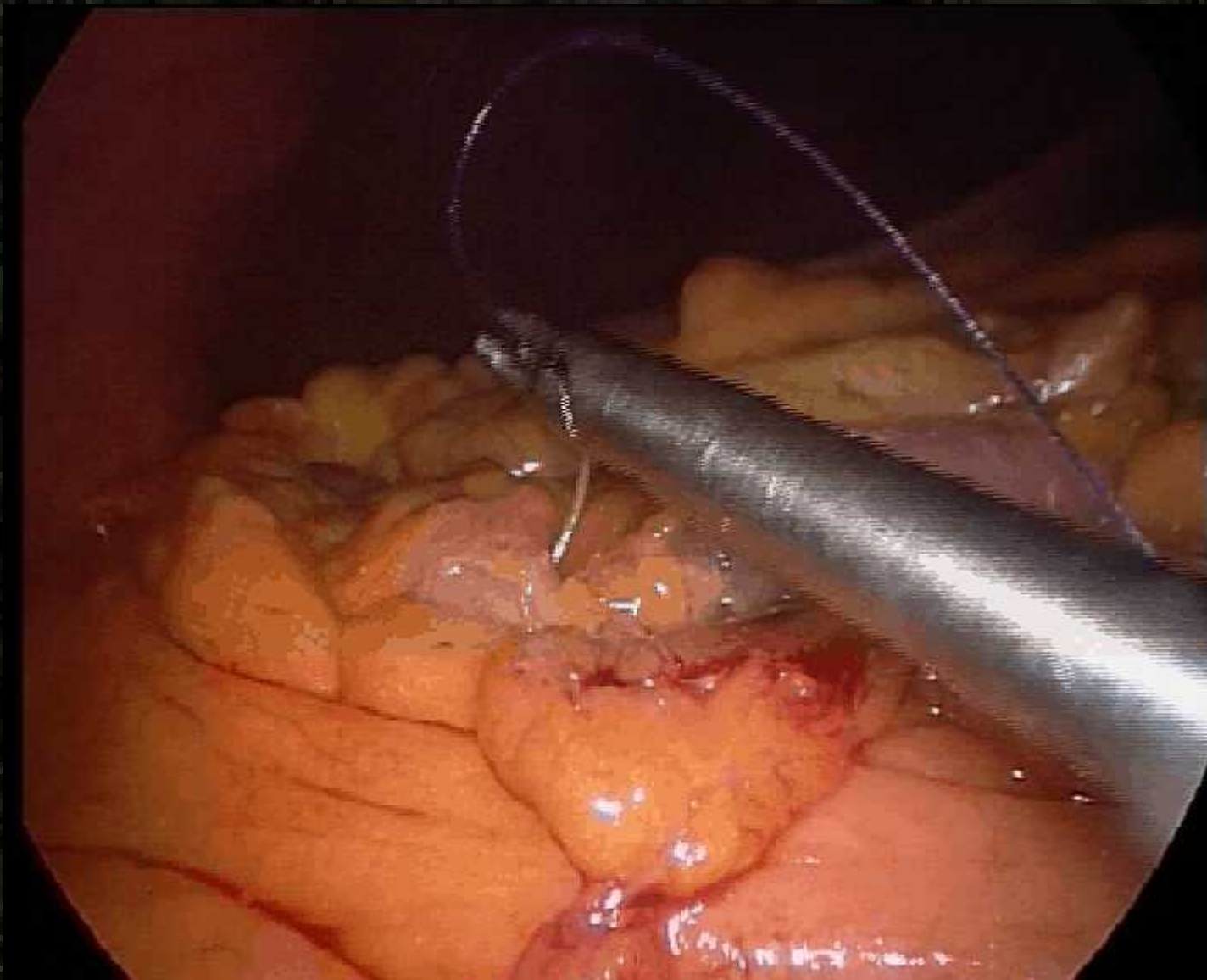
- elimina gli svantaggi della a. extracorporea

INTRACORPOREA

svantaggi

- è più impegnativa
- richiede maggior tempo
- costa di più





COLON DX

- **ANASTOMOSI INTRACORPOREA SE**
 - PAZIENTE OBESO
 - MESI CORTI E POCO MOBILI
 - (FEMMINA)
- **ANASTOMOSI EXTRACORPOREA SE**
 - PAZIENTE MAGRO
 - MESI BEN MOBILIZZATI

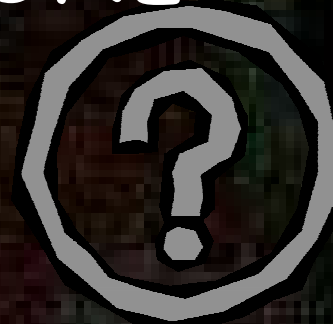
ESTRAZIONE DELLO SPECIMEN ATTRAVERSO LA VAGINA DOPO ANASTOMOSI INTRACORPOREA

Franklin ME Jr et al
Surg Laparoscop Endosc Percutan Tech 2008
Jun;18(3):294-8

COLON SN, RETTO PROSSIMALE E MEDIO

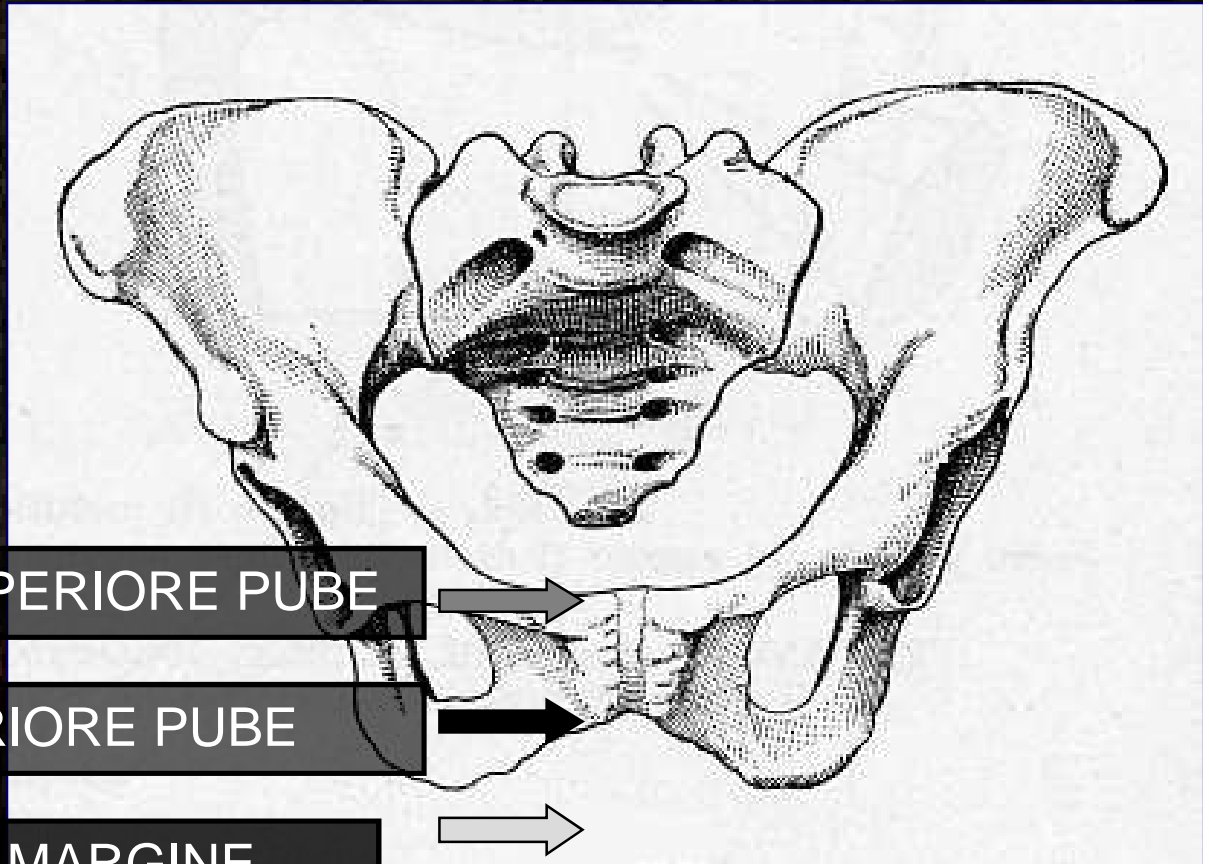
- MINILAPAROTOMIA DI SERVIZIO:
PFANNENSTIEL
- ANASTOMOSI T-T MECCANICA TRANSANALE
(KNIGHT - GRIFFEN)

SEDE INCISIONE
ILEOSTOMIA
POUCH



PFANNENSTIEL

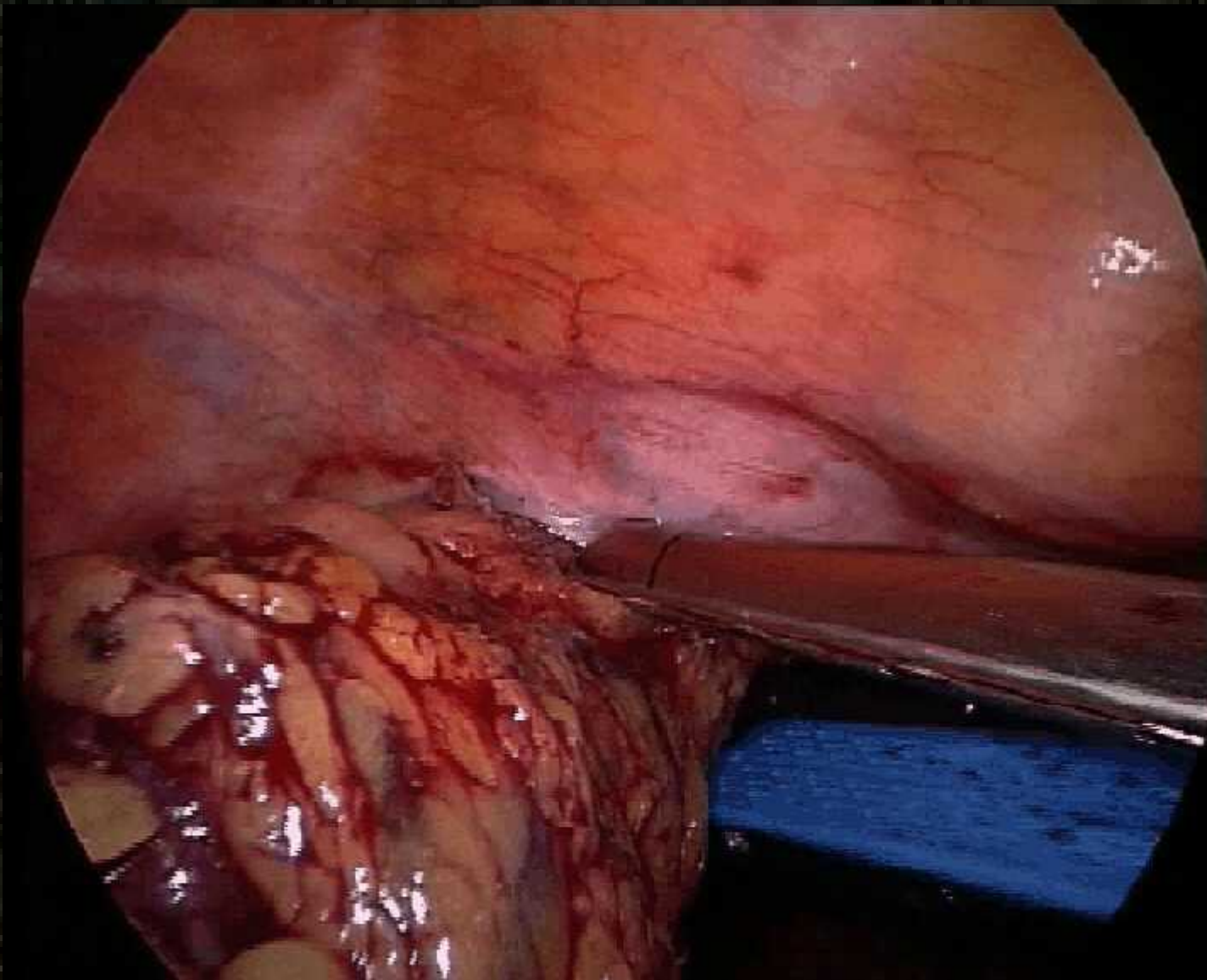
- ↓ INFEZIONI E LAPAROCELI
- ↓ DOLORE
- ↑ RISULTATO ESTETICO
- OTTIMALE IDENTIFICAZIONE DELLA CORRETTA SEDE DI SEZIONE PROSSIMALE



RETTO SUP.: MARGINE SUPERIORE PUBE

RETTO M.: MARGINE INFERIORE PUBE

RETTO INF.: 5-6 CM SOTTO MARGINE
INFERIORE PUBE



RETTO INFERIORE

- ANASTOMOSI T-T MECCANICA TRANSANALE (KNIGHT - GRIFFEN)
- ANASTOMOSI COLO-ANALE MANUALE DOPO RESEZIONE INTERSFINTERICA

MORBIDITA' 24%

BUONA CONTINENZA
(scala di Kirwan)

30% a 6 mesi

68% a 24 mesi

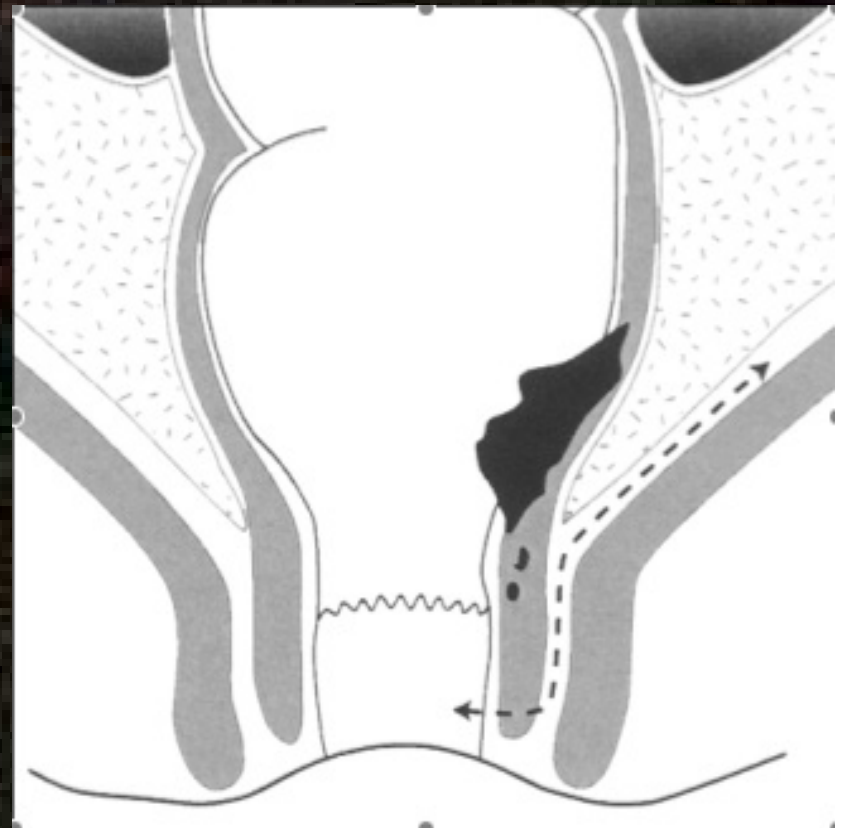
RECIDIVA LOCALE

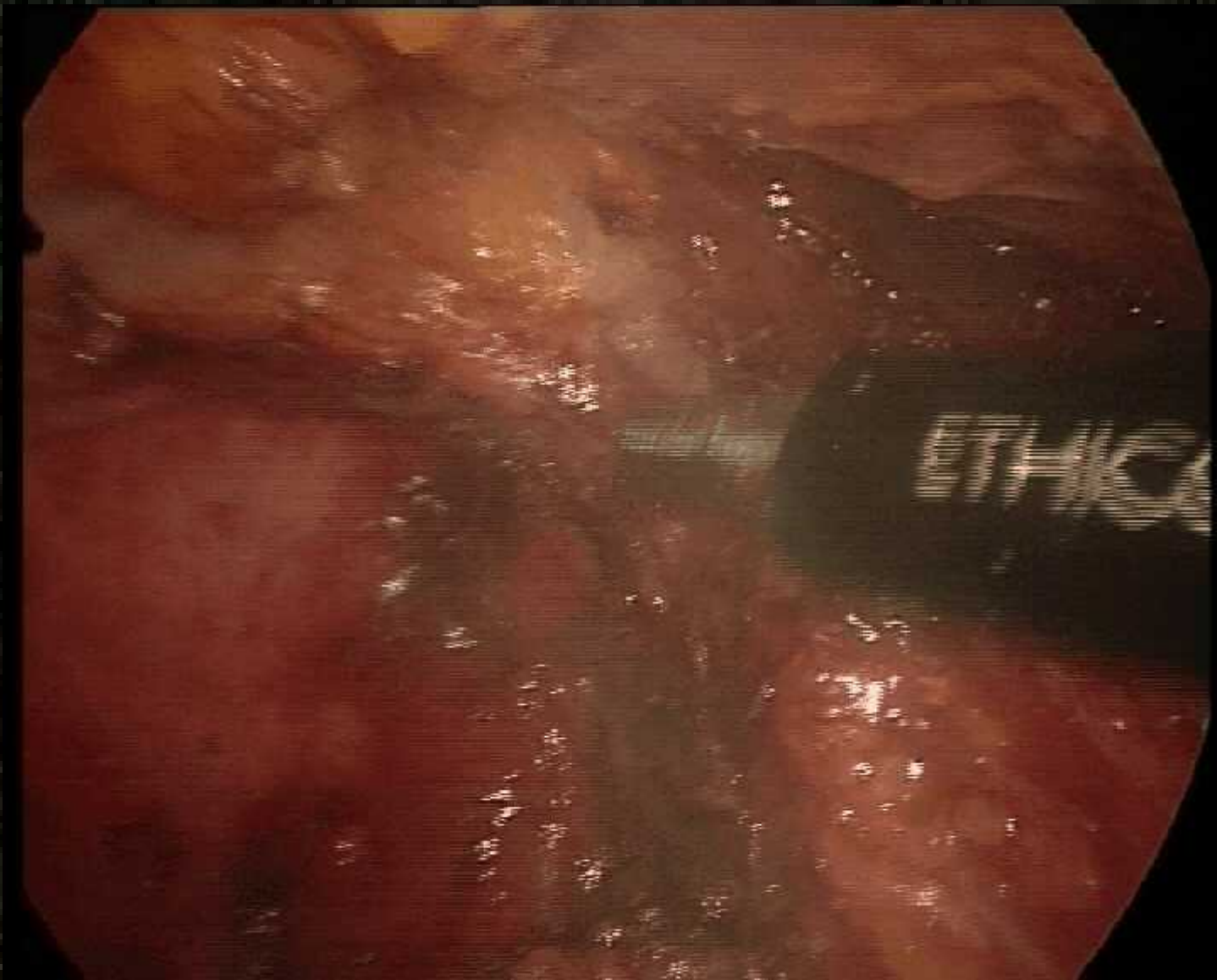
6.7% a 5 anni

DFS

83.2% a 5 anni

Saito N et al. 2006





CONTROLLO ANASTOMOSI

- NO PROVA IDROPNEUMATICA DI ROUTINE
- CONTROLLO ANELLI STAPLER
- CONTROLLO ENDOSCOPICO ?

Li VK, Wexner SD, et al 2009

- 107 routine IOE vs 137 Selective IOE
- complicanze anastomotiche 0.9% vs 5.1
- non altre differenze significative di outcome
- risultati non definitivi da convalidare con studi più consistenti e randomizzati

British Journal of Surgery 1998, 85, 355–358

Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer

E. RULLIER, C. LAURENT, J. L. GARRELON, P. MICHEL*, J. SARIC and M. PARNEIX

*Departments of Digestive Surgery and *Medical Statistics, University of Bordeaux, Bordeaux, France*

Correspondence to: Dr E. Rullier, Service de Chirurgie Digestive, Hôpital Saint-André, 33075 Bordeaux Cedex, France

rischio ↑↑↑ se < 5 cm dal margine anale; fistole
molto rare > 8 cm

Sesso maschile

obesità

durata dell'intervento

operatore (esperienza, tecnica chirurgica,
preparazione del paziente)

ILEOSTOMIA

- ANASTOMOSI DOPO TME
- RADIOTERAPIA PREOPERATORIA
- DUBBI DI "TENUTA"

- INDICAZIONI INALTERATE
(Chude, 2008)

- *"...a defunctioning stoma did not influence the occurrence of anastomotic failure but seemed to ameliorate the consequences of the leak."*
(Huser, 2008)

ILEOSTOMIA O COLOSTOMIA ?

THE BEST AVAILABLE EVIDENCE FOR DECOMPRESSION OF COLORECTAL ANASTOMOSIS, EITHER USE OF LOOP ILEOSTOMY OR LOOP COLOSTOMY, COULD NOT BE CLARIFIED FROM THIS REVIEW. SO FAR, THE RESULTS IN TERMS OF OCCURRENCE OF POSTOPERATIVE STOMA PROLAPSE SUPPORT THE CHOICE OF **LOOP ILEOSTOMY** AS A TECHNIQUE FOR FECAL DIVERSION FOR COLORECTAL ANASTOMOSIS, BUT LARGE SCALE RCT'S IS NEEDED TO VERIFY THIS.

**Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan
24;(1):CD004647**

ILEOSTOMIA O COLOSTOMIA ?

The results of this meta-analysis suggest that ileostomy may be preferable to colostomy when used to defunction a distal colorectal anastomosis. Wound infections following stoma reversal were reduced, as were overall stoma-related complications and incisional hernia following stoma reversal for ileostomy patients in high quality studies.

Tilney, World J Surg 2007 May;31(5):1142-51

DEISCENZE

- Cliniche 3 - 21 % **
 - dopo TME 11.6 %
 - dopo chir. laparoscopica 0 - 17 %
- Subcliniche fino al 51 % *
- Mortalità associata 6 - 22 %

* Goligher 1970; ** Taflampas 2009 (Review)

STAPLER

Necessità di nuovi dispositivi per estendere la fattibilità e migliorare i risultati delle anastomosi al pavimento pelvico

Laparoscopic approach in surgical treatment of rectal cancer.

Laurent C et al.

Br J Surg 2007 Dec;94(12):1555-61

POUCH

anastomosi diretta

- buoni risultati funzionali con adeguato supporto fisiologico

pouch ideale

- i vantaggi (riduzione delle

- piccola (5 cm.)

sono

- è vero

• discendente e sigma

sono ma

- è di più se

molti p
limitata
notevole

funzionalmente equivalenti

zza
gna



- riduce anastomosi maggiore

quando possibile, l'utilizzo del sigma rende l'intervento più semplice

zze
ne;

Colonic J-pouch vs side-to-end anastomosis vs transverse coloplasty

Brown, Carl J. Fenech, Darlene. McLeod, Robin S.

Reconstructive Techniques After Rectal Resection for Rectal Cancer.

[Systematic Review] Cochrane Colorectal Cancer Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 1, 2009.

16 studi randomizzati

Conclusioni (a 18 mesi)

Migliori risultati funzionali della J-pouch
(frequenza scariche, urgenza evacuatoria,
incontinenza fecale, uso di farmaci
antidiarroici)

Non differenze significative fra J-pouch
e anastomosi LT



***TEMPUS
FUGIT***

