9

LA GIUNZIONE ESOFAGO-GASTRICA

"La sindrome del cormorano ed altre malattie"

A. **PLASTICHE ANTIREFLUSSO PER GERD**

B. BENINI, M.A. LIGUORI

"Esophagus: as a result of the muscle being loosely knit, anastomosis implies suturing the unsuturable…. "

I. LEWIS 1895-1982

Ecco aprirsi la porta del tuo ambulatorio ed avviarsi alla tua scrivania un paziente con la malattia da reflusso gastroesofageo; spesso proveniente da lontano, come i Re Magi, non porta doni bensì un dossier così voluminoso da far pensare ad una fuga di documenti della CIA. Ti esporrà, con dovizia di particolari, il suo caso, argomentando con tutto quello che ha appreso dal Dottor Google. Avrà svaligiato farmacie ed erboristerie, si sarà sottoposto non solo a decine di visite gastroenterologiche ma avrà consultato la medicina cinese, ayurvedica e tibetana, passando anche per sedicenti chiropratici aggiustatutto e attempati santoni "new age".

Tu costituisci l'ultima spiaggia. In effetti è vero, come è altrettanto vero che questi pazienti soffrano molto e che in molti casi la sintomatologia viene efficacemente risolta dalla plastica antireflusso. Ma, come per tutte le patologie funzionali, la chirurgia deve essere eseguita con indicazioni più che corrette ed il paziente deve essere bene informato dei problemi funzionali cui potrebbe andare incontro nel primo periodo postoperatorio; il chirurgo deve essere informato che in qualche caso il postoperatorio richiederà pazienza ed una buona dose di empatia.

Verduci Editore

INDICAZIONI

Reflusso gastroesofageo accompagnato da:

- Esofagite severa od esofago di Barrett;
- Complicazioni respiratorie (tosse cronica, asma, broncopolmoniti o bronchiectasie);
- Sintomatologia extradigestiva con buona risposta ai farmaci inibitori di pompa;
- Buona risposta alla terapia ma recidiva alla sospensione;
- Pazienti che non vogliano sottostare a terapia farmacologica cronica.

Prima fundoplicatio laparoscopica sec Nissen
DALLEMAGNE 1992

CLASSIFICAZIONE DELLE ERNIE IN LAPAROSCOPIA

Tipo I	Ernie congenite oblique esterne, con orifizio stretto e intimamente aderenti al funicolo
Tipo II	Ernie oblique esterne ad anello largo con buona conservazione della parete addominale del canale inguinale
Tipo IIIa	Ernie dirette tipiche
Tipo IIIb	Ernie oblique esterne ampie, di cui si riesce a vedere con il laparoscopio il fondo; la parete anteriore del canale inguinale è assottigliata od assente
Tipo IIIc	Ernie crurali
Tipo IV	Ernie recidive

Verduci Editore

Fig. 8-4. TAPP: Posizione dei trocar.

A prescindere dal tipo di ernia, la prima parte dell'intervento consiste nel preparare il lembo peritoneale che una volta rimosso ti permetterà di esporre gli elementi della parete addominale preparando al contempo una tasca in cui inserire una rete. È però fondamentale che il peritoneo sia aperto nel punto giusto, altrimenti ti troverai a navigare nel grasso dello spazio di Bogros senza una stella polare. Per questo motivo devi orientarti riconoscendo dei punti di repere. Il primo sarà l'orifizio inguinale interno, sempre ben visibile per la fuoriuscita dei vasi spermatici. Il secondo è la spina iliaca antero-superiore, che il tuo aiuto metterà in evidenza premendo sulla parete, il terzo è la linea mediana, riconoscibile per i residui dell'uraco.

- Fai delle piccole coagulazioni in corrispondenza dei punti di repere per poterli riconoscere e mantenere visibili;
- Incidi quindi il peritoneo con le forbici o con il crochet lungo la linea tratteggiata che unisce i reperi. L'incisione avrà una forma curvilinea ad S e deve passare circa 2 cm sopra l'orifizio inguinale interno ed il difetto erniario, e proseguire medialmente fino al legamento ombelicale mediale (Fig. 8-5);

- Ricordati che il punto di repere è la "coda di salamandra", ovvero l'appendice epiploica, sempre presente, situata sul versante antimesenterico dell'ileo, in prossimità del cieco;
- Probabilmente troverai più di una appendice, ma solo una è quella vera: quella la cui base prosegue con il cieco. Dissociala per via smussa e procedi, una volta ottenuta una certezza anatomica, a sezionarla con stapler (Fig. 3-10);
- Nelle forme con peritonite diffusa è indispensabile eseguire una minuziosa **toilette della cavità peritoneale** con grandi quantità di soluzione salina (6-12 lt), estesa agli spazi subfrenici;
- Nelle forme gangrenate (Fig. 3-11) o flemmonose (Fig. 3-12) puoi decidere di lasciare un drenaggio che verrà tenuto almeno per 24 ore;
- È inoltre preferibile irrigare con soluzione iodata l'orifizio dei trocar, valutando anche la possibilità di non eseguire le suture cutanee in prima istanza.

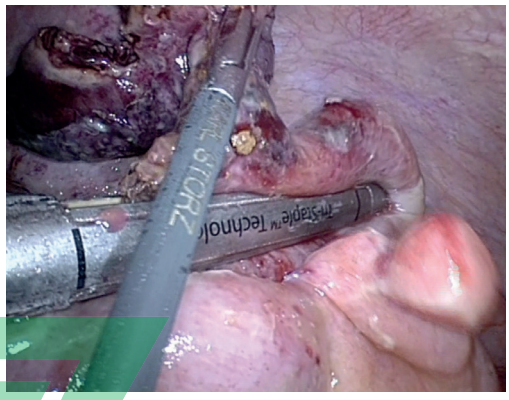

Fig. 3-10. Sezione dell'appendice con stapler.

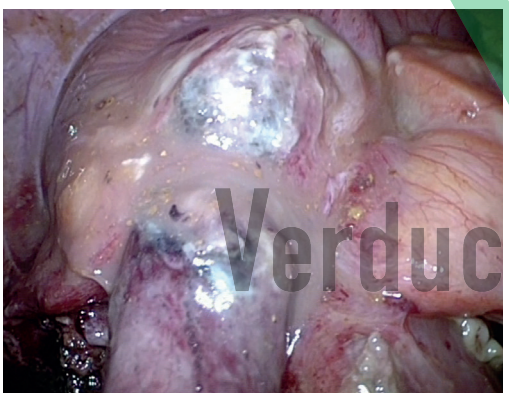

Fig. 3-11. Appendicite gangrenata.

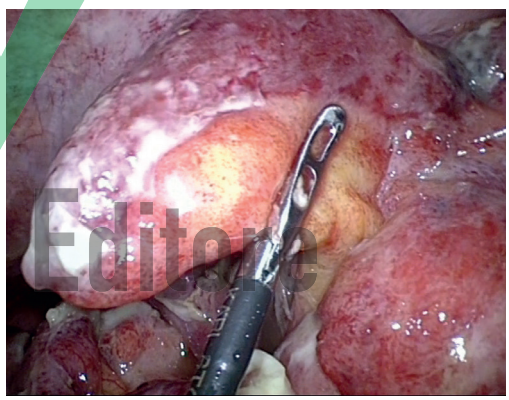

Fig. 3-12. Appendicite flemmmonosa.

Verduci Editore

TIP: Nelle sindromi dolorose della fossa iliaca destra, se l'appendice è indenne ed è presente un'altra patologia che la giustifichi, l'appendice va risparmiata. Qualora l'esplorazione fosse negativa, l'appendice va invece rimossa (linee guida EAES 2015).

L'esplorazione degli ultimi 50 cm di tenue andrà sempre effettuata alla ricerca del **diverticolo di Meckel** (Fig. 3-13) che dovrà essere trattato solo se francamente patologico, con l'impiego di una suturatrice lineare endoscopica 30mm, carica vascolare (Figg. 3-14, 3-15).