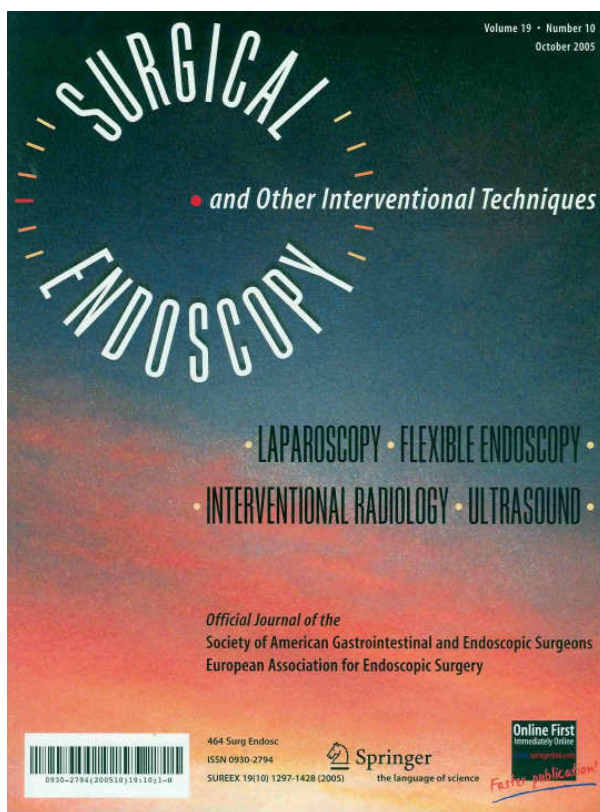


SURGICAL ENDOSCOPY AND OTHER INTERVENTIONAL TECHNIQUES

Vol. 19, nr. 10, 2005

www.springerlink.com



A apărut numărul 10, octombrie 2005, volumul 19 al prestigioasei reviste *Surgical Endoscopy and other Interventional Techniques* la celebra editură Springer, New York, SUA, avându-i ca editori șefi pe B. V. MacFadyen. Jr. și pe sir Alfred Cuschieri. Revista este jurnalul oficial al Societății Americane a Chirurgilor Gastroenterologi și Endoscopiști (SAGES), al Societății Europene de Chirurgie Endoscopică (EAES) și al societăților sau asociațiilor de chirurgie endoscopică din Franța, Italia, Polonia, Marii Britanii și Irlandei.

Această revistă cuprinde un editorial, un articol de recenzie a datelor din literatură privind herniile paraesofagiene, articole originale de chirurgie endoscopică din sfera patologiei digestive și scrisorile către editor. Sunt publicate 27 de articole cu diverse tematici.

Editorialul îi aparține lui P. B. Millat de la spitalul „Saint Eloi”, Montpellier, Franța și se intitulează *Pneumoperitoneu prin tehnica open, pentru siguranța calității*. Creerea pneumoperitoneului expune pacienții unui risc de deces tocmai datorită laparoscopiei. Tehnica „closed” în care se folosește acul Veress urmat de introducerea oarbă a primului trocar este privită de majoritatea chirurgilor chestionați ca gold standard. Alternativa este disecția plan cu plan al peretelui abdominal, urmat de introducerea „open” a primului trocar fără mandren. Autorul trece în revistă diferite articole publicate, cel mai reprezentativ fiind cel al lui Moberg și Montgomery, publicat tot în această revistă, în numărul din septembrie 2005 și care au prezentat o analiză a 2 studii prospective privind complicațiile după introducerea primului trocar, constatând că nu au existat leziuni vasculare majore în tehnica „closed”, dar numărul leziunilor viscerale a fost de trei ori mai frecvent prin această tehnică față de tehnica „open”(0,17% vs 0,05%). De asemenea, autorul definește siguranța calității ca fiind totalitatea acțiunilor prestabilite și sistematizate, necesare pentru a garanta servicii satisfăcătoare a calității recepționate de beneficiar. Autorul militează pentru reducerea erorilor umane din medicină, aducând în discuții diferite studii care au constatat că mai mulți oameni mor în fiecare an în SUA din cauza erorile medicale decât dacă ar cădea trei jumbo-jet la 2 zile interval, iar în Franța, un alt studiu relevă că numărul de decese prin erori medicale este de 4 ori mai mare decât numărul de decese prin accidente rutiere. În final, autorul militează pentru tehnica open de creare a

pneumoperitoneului, reamintind că, zilnic mor oameni din cauza chirurgilor care fac în continuare pneumoperitoneu cu ac Veress.

Un articol interesant, *Controverse în tratamentul herniilor paraesofagiene* este publicat de W.A. Draaisma și colab. de la Departamentul de Chirurgie al Centrului Medical Universitar din Utrecht, Olanda, care au trecut în revistă numeroase articole publicate în format electronic pe Medline între 1993 și 2004 privind abordul atât laparoscopic cât și clasic al herniilor paraesofagiene, încercând să clarifice controversele legate de modalitatea de abord, tehnică și rata recidivelor, dintre chirurgia clasică versus chirurgia laparoscopică, rezultatele după plasă și cruro-plastie, necesitatea unui procedeu antireflux adițional și indicațiile privind un procedeu de lungire a esofagului. În total au fost studiate 32 de articole, din care 19 studii retrospective, negăsindu-se nici un trial randomizat. Perioada medie de spitalizare postoperatorie a fost de 3 zile în lotul laparoscopic și de 10 zile în lotul clasic. Complicațiile postoperatorii, cum ar fi pneumonia, tromboza, hemoragia, infecțiile de tract urinar, apar mult mai frecvent după chirurgia clasică. Follow-up a fost mai lung pentru chirurgia convențională (medie de 45 luni versus 17,5 luni după tehnica laparoscopică). Rata recidivelor raportate a fost mai mare pentru abordul clasic față de abordul laparoscopic (9,1% vs 7,0%). Autorii au constatat lipsa evidențelor despre recidiva după tratamentul cu plasă, totodată neputând să tragă o concluzie privind necesitatea unei proceduri antireflux adiționale. Nu s-au detectat indicații specifice uniforme de efectuare a unui procedeu de lungire a esofagului scurt. Autorii concluzionează că este necesar să se stabilească protocoale de tratament, diagnostic preoperator și urmărire postoperatorie pentru a clarifica controversele actuale.

Tot în sfera patologiei joncțiunii eso-gastrice se află și articolul lui H. Wykypiel și colaboratorii de la Departamentul de Chirurgie Generală și Transplant de la Universitatea Medicală Innsbruck, Austria – *Experiența austriacă în recidiva după procedee antireflux*, care au studiat toate fundoplicaturile efectuate în Austria între 1990 și 2003. Scopul studiului a fost să studieze re-fundoplicaturile cu evaluarea rezultatelor postoperatorii. Din 4504 de fundoplicaturi primare efectuate în Austria după 1990, 3952 au fost efectuate pe cale laparoscopică. În medie, la 31 de luni, s-au practicat 225 de re-fundoplicaturi (la majoritatea pacienților, prin tehnica laparoscopică). Cele mai frecvente procedee utilizate au fost Nissen și fundoplicatura posterioară. Rata conversiilor a fost de 10,8%, din cauza, în principal a aderențelor, lezării splinei, stomacului și esofagului. Rata mortalității a fost de 0,04% după fundoplicatura primară și de 0,4% după re-fundoplicatură. Concluzia articolului a fost că re-fundoplicatura laparoscopică este larg acceptată ca opțiune de tratament în Austria după eșecul chirurgiei primare antireflux, chiar dacă rata conversiilor este de 6 ori mai mare, iar mortalitatea de 10 ori mai mare decât chirurgia primară antireflux; totuși re-fundoplicatura este bine să se efectueze doar în centrele cu mare experiență.

Un articol original ne este prezentat de J.M. Perrone și colab. de la Universitatea de Medicină Columbia din New York, SUA care au evaluat performanțele chirurgicale ale laparoscopului rigid și flexibil. Laparoscopul flexibil a fost recent introdus în practica clinică pentru a mări performanțele chirurgului în timpul procedurilor laparoscopice complexe. Au folosit parametri de performanță obiectivi și subiectivi pentru a compara laparoscopul rigid de 0° și 30° (Storz) cu 2 tipuri de laparoscop flexibil (Olympus LTF-V3 și Fujinon EL2-TF310), la modele in vitro. 29 de subiecți cu experiență chirurgicală variată au simulat 3 tipuri diferite de intervenții: a) disecția prostatei de pe rect, b) cliparea ductului cistic, c) disecția distală posterioară a rectului. Concluziile studiului au fost că laparoscopul flexibil nu a oferit avantaje în ceea ce privește timpul procedurii, preciziei chirurgicale sau scorului subiectiv obținut de chirurghi comparat cu laparoscopul cu vedere la 30°, dar acesta cât și cele 2 flexibile au fost superioare laparoscopului de 0° pentru toți parametrii studiați.

A.M. Hamade și colab. Manchester, Anglia, publică un articol interesant despre aplicațiile terapeutice și profilactice ale bypass-ului laparoscopic, gastric și biliar la pacienți cu cancer periampulare. Bypass-ul laparoscopic paliativ în obstrucțiile biliare și gastrice este asociat cu o recuperare rapidă. Au fost studiați 21 de pacienți între 2001 și 2004, cu o vârstă medie de 68 de ani. S-au efectuat 8 derivații gastrice, 5 biliare și 8 bypass-uri combinate, gastrice și biliare. Pe lângă rolul terapeutic (12 cazuri), s-au efectuat 3 derivații gastrice și 2 biliare profilactice, iar în 3 cazuri derivațiile s-au realizat înainte de operația Whipple pentru a scădea icterul. Din cele 13 derivații biliare, 11 s-au realizat cu vezicula biliară și 2 cu coledocul, bazate pe imagistica preoperatorie. Toate procedurile s-au efectuat integral pe cale laparoscopică. Timpul de execuție pentru bypass-ul gastric, biliar și combinat a fost de 75, 60 și 130 min. Un singur pacient a decedat în postoperator prin pneumonie de aspirație. Timpul de spitalizare postoperator a fost în medie de 4 zile și nu a fost semnificativ influențat de tipul de bypass. Nicio recidivă și niciun sindrom obstructiv nu a fost dezvoltat în perioada de urmărire după derivația laparoscopică terapeutică sau profilactică. Concluziile studiului au fost că bypass-ul laparoscopic biliar și gastric este sigur, putând fi folosit atât cu rol profilactic cât și terapeutic.

D.J. Park și colab. de la Universitatea Națională de Medicină din Seul, Coreea de Sud, în articolul *Gastroscoopia intraoperatorie în chirurgia gastrică* au studiat rolul endoscopiei intraoperatorii în chirurgia tumorilor gastrice. Lotul de pacienți la care s-a efectuat gastroscopie intraoperatorie a fost de 33 (285 de pacienți), din care 25 cu cancer gastric superficial și 8 pacienți cu tumori gastrice submucoase între iunie 2003 și iunie 2004. Tipul de intervenție efectuat a fost rezecția marginală cu determinarea precisă a marginilor tumorale prin gastroscopie intraoperatorie. Rezecție gastrică curativă a fost posibilă la 25 de pacienți cu cancer superficial după localizarea cu acuratețe a leziunilor. S-au efectuat 18 gastrectomii subtotale cu Billroth I, 2 gastrectomii subtotale cu Billroth II, 2 gastrectomii cu prezervare de pilor, 1 gastrectomie proximală, 2 gastrectomii totale. Rezecția laparoscopică a tumorilor submucoase a putut fi efectuată la 7 pacienți combinată cu tehnici endoscopice de determinare a marginilor tumorale, într-un caz efectuându-se open. Autorii concluzionează că, gastroscopia intraoperatorie poate fi utilizată efectiv în chirurgia gastrică a cancerelor superficiale sau a tumorilor submucoase, putând fi văzută ca un „stetoscop modern pentru chirurg”.

Tot din același centru universitar din Coreea de Sud, H.S. Han și colab. au studiat pancreatectomia distală laparoscopică pentru tumori pancreatice benigne sau borderline, cu prezervarea splinei și a vaselor splenice. Din mai 2000 până în iulie 2003 au fost efectuate 5 pancreatectomii distale laparoscopice cu prezervarea splinei și a vaselor splenice. Tumorile au fost: 2 chistadenoame seroase, 2 chistadenoame mucinoase și o tumoră solidă epitelială, papilară. Mărimea tumorilor a fost între 1,5 și 7 cm. S-au utilizat 4 trocare de 10-15 mm și un stapler liniar laparoscopic. Durata medie a intervențiilor a fost de 348 min, mărimea inciziei prin care s-a extras piesa a fost de 3,6 cm, spitalizarea medie fiind de 10,4 zile. Nu s-a înregistrat nicio complicație și niciun deces. În concluzie autorii recomandă pancreatectomia distală laparoscopică cu prezervarea splinei și vaselor splenice ca fiind o opțiune fezabilă în managementul tumorilor benigne sau malignităților borderline ale pancreasului distal.

J.A. Halm și colab. de la Departamentul de Chirurgie din Spitalul IKAZIA, Montessoriweg, Rotterdam, Olanda, publică un articol despre tratamentul laparoscopic extraperitoneal al herniilor inghinale bilaterale. Autorii prezintă numeroasele avantaje oferite de abordul properitoneal. Au fost utilizate una (30x10/15 cm) sau două (10x15 cm) plase mici; scopul studiului efectuat a fost de a investiga superioritatea unei tehnici în ceea ce privește rata recidivelor și rata complicațiilor. Datele au fost obținute de la 113 pacienți operați între ianuarie 1998 și decembrie 2001. 86% dintre toți pacienți au fost investigați pentru recidiva herniară. Rata recidivelor a fost de 3,5% pentru o singură plasă folosită și de 3,7% pentru 2 plase. Rata complicațiilor nu a prezentat diferențe semnificative între cele 2

loturi. În concluzie, autorii recomandă abordul endoscopic properitoneal al herniilor inghinale bilaterale ca fiind sigur și realizabil în mâinile unui chirurg experimentat, rata recidivelor și complicațiilor este mică și independentă de varianta tehnică folosită cu una sau 2 proteze.

J.H. Kim și colab. de la Universitatea Yeungnam, Daegu, Coreea de sud au efectuat un studiu despre un dispozitiv de irigare colică intraoperatorie, introdus recent în practica clinică, urmat de colonoscopie intraoperatorie. Lotul de pacienți a cuprins 112 pacienți cu cancer de colon stâng ocluziv. Anastomoză primară s-a efectuat la 104 pacienți. Pentru acest dispozitiv sunt necesari în medie 13,5 l de soluție salină, în 12,1 min. Explorarea colonoscopică a durat în medie 10,4 min. Postoperator s-au înregistrat 3 fistule anastomotice, 2 infecții ale plăgii, 2 insuficiențe renale acute și 2 decese. Colonoscopia efectuată pe masă a găsit leziuni sincrone în 17 cazuri. Acest dispozitiv este sigur, simplu, salvează timp și se poate efectua astfel tratamentul cancerului obstructiv de colon stâng într-un singur timp. Colonoscopia intraoperatorie poate descoperi leziuni sincrone obligând la rezecții extinse și evită o intervenție ulterioară.

În cadrul dezbaterilor privind folosirea de rutină a colangiografiei introoperatorii în colecistectomia laparoscopică se înscrie și articolul lui G.El Shallaly și colab. de la Departamentul de Chirurgie de la Spitalul Monklands, Lanarkshire, Scoția. Autorii au efectuat un studiu pe 91 de colecistectomii laparoscopice consecutive, incluzând și 19 explorări laparoscopice a căii biliare principale, între aprilie 2003 și aprilie 2004. Ei au măsurat timpul de când au chemat și până când a venit în teatrul de operațiuni radiologul, timpul de efectuare a colangiografiei intraoperatorii și timpul total al operației. Timpul mediu de răspuns al radiologului a fost de 9 min, timpul mediu al colangiografiei intraoperatorii a fost de 15 min, timpul mediu al colecistectomiei laparoscopice de 46 min, iar timpul total al intervenției a variat între 67 și 135 min. Autorii concluzionează că folosirea de rutină a colangiografiei intraoperatorii este fezabilă în condițiile unui serviciu de radiologie bun. De asemenea, colangiografia intraoperatorie este un factor important în managementul pacienților suspecți de litiază CBP.

Revista poate fi citită online pe site-ul editurii www.springerlink.com

A. Vasilescu