



PROGETTO PER FESTAVICO 2016

29-30-31 Maggio

Struttura Complessa di Oncologia Chirurgica Coloretale

Istituto Nazionale dei Tumori

Fondazione G.Pascale, Napoli

LILT-Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori sezione Napoli

Responsabile del progetto: Dott Ugo Pace

Il tumore colon-retto

Il carcinoma del colon-retto è in assoluto il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana e l'incidenza di tale tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di un uomo ogni 11 e di una donna ogni 18. E purtroppo in Campania si muore di cancro molto di più che in altre regioni d'Italia. La terapia di scelta per questo tumore è la chirurgia e la classica incisione mediana, che in alcune realtà ospedaliere ancora si estende dal pube allo sterno, è ormai sostituita dalla chirurgia laparoscopica dove al termine dell'intervento chirurgico il paziente noterà sul suo addome solo 3-4 incisioni di massimo 10 mm l'una e un'incisione di pochi centimetri per l'estrazione del pezzo operatorio. Altri notevoli vantaggi sono una più rapida mobilizzazione del paziente, alimentazione precoce e dunque ridotta degenza ospedaliera. La chirurgia laparoscopica permette di eseguire questi interventi in modo oncologicamente corretto e grazie all'ingrandimento delle immagini e alla possibilità di raggiungere con la telecamera zone altrimenti poco visibili, rende la dissezione più precisa e meticolosa.

La deiscenza anastomotica, cioè il distacco dei due segmenti intestinali suturati meccanicamente dopo l'asportazione del tumore, resta la più temuta tra le complicanze precoci dopo chirurgia coloretale in quanto peggiora la prognosi a breve e lungo termine e aumenta i tempi e i costi di degenza. L'incidenza delle deiscenze anastomotiche riportata in letteratura varia tra il 3 e il 21% e non si è sensibilmente modificata negli ultimi anni. Il deficit di vascolarizzazione dell'anastomosi è

considerata una delle principali cause di deiscenza anastomotica, si manifesta durante la degenza postoperatoria e condiziona un reintervento chirurgico con confezionamento di una ileo o colostomia derivativa, cioè la derivazione delle feci all'esterno con enorme disagio psicologico, fisico e sociale del paziente stomizzato. Un'altra temibile complicanza è la lesione ureterale condizionante accumulo di urina nell'addome e compromissione del rene anche in modo permanente

La Struttura Complessa di Chirurgia Oncologica Coloretale dell'Istituto Tumori di Napoli, fondazione G. Pascale, si augura di poter acquistare una specifica strumentazione laparoscopica (piattaforma AIM) il cui utilizzo andrebbe a ridurre fortemente l'incidenza delle deiscenze anastomotiche e delle lesioni ureterali.

Alcune notizie tecniche della piattaforma AIM, oggetto del mio progetto:

Consolle Clarity

Telecamera

Monitor

Fonte luce L10 (luce verde e luce infrarossa)

Peculiarità della piattaforma AIM

1)IRIS (Infrared Illuminating System): sistema di illuminazione a infrarossi di Stryker che transillumina gli ureteri durante le procedure laparoscopiche permettendone un'ottima visualizzazione e dunque preservazione nei tumori coloretali avanzati

2)ENV (Endoscopic Near-Visualization): sistema di visualizzazione Stryker Near-Infrared indicato per la valutazione visiva dei vasi sanguigni oltre che del flusso di sangue a livello anastomotico. L'anestesista inietta AIM IC- e il chirurgo valuta in quel momento la vascolarizzazione del moncone prossimale e distale prima e dopo il confezionamento dell'anastomosi intestinale così da ridurre al minimo il rischio di deiscenza anastomotica

3)CLARITY (Real Time Video Enhancement): sistema che permette una miglior visualizzazione delle strutture anatomiche eliminando l'effetto nebbia del fumo prodotto dagli strumenti medicali a ultrasuoni e/o a radiofrequenza che si utilizzano in chirurgia laparoscopica per dissezione ed emostasi. Clarity, inoltre, amplifica strutture anatomiche altrimenti non facilmente visualizzabili come, ad esempio, plessi nervosi, piccoli vasi sanguigni, piccoli linfonodi etc..

