

**I SEGRETI DELLA LAPAROSCOPIA
IN UROLOGIA**

Prof. Vincenzo Disanto

Urologo

Esperto in laparoscopia
robotica “da Vinci”

È opinione di alcuni che si possa iniziare a praticare la laparoscopia con qualsiasi intervento indipendentemente dalla difficoltà. Così alcuni Urologi si sono avventurati a eseguire come primo intervento la prostatectomia radicale. Questo è un intervento sicuramente difficile sia per la delicatezza e la pericolosità della fase di dissezione sia per difficoltà ancora maggior nella fase di ricostruzione che peraltro è posta nella fase terminale di un intervento, come abbiamo visto, molto stressante. Io non dico che alcuni non possano riuscire a percorrere una tale strada anche con successo se dotati di una grande volontà. Ma certamente questa non è la strada più semplice e sicura. I progressi si devono fare a tappe affrontando man mano difficoltà maggiori. In laparoscopia abbiamo diverse esigenze tecniche che devono essere tenute in considerazione.

In primo luogo quella di armonizzare il movimento delle mani con l'immagine nel monitor. È una fase cui noi urologi, già abituati all'uso della telecamera e del monitor nella chirurgia endoscopica, ci troviamo avvantaggiati rispetto ai chirurghi e ai ginecologi. È di fondamentale importanza il sincronismo dei movimenti e il perfetto orientamento dell'immagine che si ottiene regolando la posizione della telecamera sul suo asse.

In secondo luogo l'abilità nel movimento delle pinze che si acquista solo praticando. Quella laparoscopica è una manualità che inizialmente deve essere attentamente guidata e controllata, ma che in una fase successiva diventa spontanea e naturale e quindi meno stressante; esattamente come avviene in chirurgia open. Per il chirurgo in formazione tutto è difficile laddove per il chirurgo con

esperienza le stesse manovre sono agevoli, semplici e sicure. Una particolare difficoltà è nell'eseguire i punti e i nodi intracorporei, ma anche queste diventano di agevole esecuzione con la pratica. Non è da trascurare comunque la possibilità che specie in una fase iniziale o in particolari situazione possa essere utile eseguire i nodi extracorporei spingendoli e serrandoli con idonei strumenti chiamati spinginodi.

In terzo luogo è di fondamentale importanza la perfetta conoscenza dell'anatomia laparoscopica che per alcuni versi può essere differente dalla visione dell'anatomia che avevamo nella chirurgia a cielo aperto. È evidente che l'anatomia non cambia, ma cambia sia il punto di vista fisso correlato alla posizione della telecamera e sia il notevole ingrandimento proprio della laparoscopia che fa sì che

l'immagine riprodotta sul monitor si riferisca solo a un campo operatorio molto limitato. Questo è certamente un vantaggio perché consente di avere una visione molto più precisa delle strutture ma nello stesso tempo, nelle fasi iniziali, può rendere meno agevole l'orientamento.

Un'ultima difficoltà è correlata alla mancanza della percezione della profondità giacché la tecnologia ora disponibile nelle nostre sale operatorie ci mette a disposizione solo la bidimensionalità. È pertanto evidente che le difficoltà iniziali sono di non poco conto e quindi iniziare con un intervento difficile, non mi sembra sia la scelta più intelligente. Si rischia con un tale atteggiamento non solo di creare danni seri al paziente ma di perdere entusiasmo ritenendo erroneamente la tecnica laparoscopica troppo difficile.

Ma andiamo avanti nella considerazione dei vari passi da eseguire per raggiungere il nostro traguardo. Momento di una certa complessità è la posizione delle porte. Nella retroperitoneoscopia il posizionamento delle porte non presenta particolari difficoltà. Una piccola incisione, la dissezione dei piani per via smussa e la dissociazione del retroperitoneo con il dito o con vari palloncini permettono di ottenere uno spazio operatorio sufficientemente ampio. Nella laparoscopia transperitoneale lo pneumoperitoneo con ago di Verres è il primo passo. Una volta creato lo pneumoperitoneo è posto in sostanza alla cieca il primo trocar. È questo il momento di maggior rischio. La manovra non è scevra da rischi per cui sono stati messi a punto diverse soluzioni. La prima soluzione è l'esecuzione di una piccola incisione e quindi il posizionamento del trocar di

Asson (un'incisione si dovrà comunque far per estrarre il pezzo operatorio). Altra soluzione è l'utilizzo del sistema tipo Step: si tratta di un ago di Verres rivestito di una camicia elastica. Entrato in peritoneo e rimosso il mandrino nella camicia elastica, è introdotto il trocar con mandrino smusso. Il mandrino essendo a punta smussa non può creare danni e inoltre l'effetto di dilatazione nell'introduzione elimina il rischio di danni vascolari di parete e di ernie.

Siamo a questo punto entrati nel campo operatorio, procediamo a posizionare le altre porte sotto il controllo della telecamera introdotta attraverso il primo trocar e siamo pronti a cominciare a operare. Naturalmente la posizione delle altre porte sarà correlata all'atto chirurgico che ci accingiamo a eseguire tenendo presente che i movimenti degli strumenti che andremo a utilizzare avranno una

mobilità molto limitata. Gli strumenti in laparoscopia, infatti, non possono essere azionati come nella chirurgia open. Potranno andare avanti e indietro, ruotare sul proprio asse, muoversi limitatamente verso le linee cardinali facendo fulcro sul trocar; ma il punto d'ingresso sarà comunque fisso. Lo studio preventivo della posizione delle porte è pertanto di fondamentale importanza. Tale situazione è il motivo per cui è piuttosto complesso il posizionamento dei punti e l'esecuzione dei nodi. Altra, e non ultima difficoltà, è legata alla lunghezza degli strumenti. Evidentemente è una situazione di necessità ma bisogna farsi la mano e la consuetudine a operare con strumenti lunghi circa 30 cm.

Ma con quali interventi è opportuno iniziare la nostra esperienza laparoscopica. I chirurghi hanno la colecisti, i ginecologi hanno le cisti ovariche con cui cominciare e noi

urologi? Anche per gli urologi la strada deve essere progressiva. I nostri interventi molto facili, per cominciare possono essere i varicoceli e le cisti renali. Non sono molte le cisti renali da operare ma ci sono. Anche la marsupializzazione di una cisti renale è un intervento con i suoi rischi e quindi deve essere eseguito con una molta prudenza. Riconoscere bene le strutture anatomiche, fare attenzione a un'accurata emostasi, ricercare i piani avascolari sono i segreti che permettono di eseguire un intervento corretto senza particolari difficoltà e stress. Evitare assolutamente di strappare i tessuti per andare alla ricerca dell'organo di nostro interesse. La chirurgia è un'arte. La laparoscopia deve essere un'arte molto più raffinata. La strada della crescita nella laparoscopia deve essere progressiva. Passare all'intervento più complesso solo dopo

aver acquisito una buona manualità e pratica con quello più facile. Non volere accorciare i tempi perché è un atteggiamento che si paga sempre con un bagaglio di complicanze, conversioni, stress a non finire e rischio di infarto per l'operatore. Un cammino a passi più lenti e ponderati potrà forse sembrare troppo lungo, ma diventa un cammino più spedito perché più sicuro. Il problema è che bisogna rimettersi in discussione. Accettare l'idea di tornare sui banchi di scuola e ricominciare a imparare. Per chi ha una buona esperienza di chirurgia tradizionale e di endoscopia la strada diventerà in breve tempo in discesa sempre che ci sia la determinazione di volere ad ogni costo raggiungere la meta.

Prof. Vincenzo Disanto