

CHIRURGIA LAPAROSCOPICA: UNA RIVOLUZIONE ETICA

di **Raffaele Pugliese**. Direttore del Dipartimento di Chirurgia Polispecialistico dell'Ospedale Niguarda di Milano e della Divisione di Chirurgia Generale 1 e Videolaparoscopia

In un editoriale dal titolo "Il video prevale in sala operatoria", il Corriere Salute dell'1 maggio 2005 ha rivelato al pubblico non di settore che la chirurgia è definitivamente entrata nel futuro: "silenziosamente la rivoluzione della chirurgia è avvenuta – ha scritto Riccardo Renzi – la chirurgia laparoscopica sta davvero trionfando". Oggi non si parla più di sperimentazione o di vantaggi solo cosmetici. La videochirurgia è destinata a diventare sempre più regola e non eccezione, perché etica, intendendo per etica la possibilità di migliori risultati offerti al paziente, sotto tutti gli aspetti, anche quello oncologico. Diversi studi clinici randomizzati hanno infatti dimostrato sopravvivenze a 3 e 5 anni per i tumori del colon superiori nell'approccio laparoscopico probabilmente in considerazione del vantaggio immunitario conseguito dalla mininvasività e dal ridotto trauma parietale e di esposizione viscerale.

Oggi in chirurgia generale diverse procedure mini invasive hanno raggiunto un elevato livello di standardizzazione, mentre per altre sono ancora in corso gli studi di fattibilità, la ricerca delle migliori tecniche e delle adeguate indicazioni. Prendendo in considerazione l'attuale livello raggiunto, non si deve comunque tralasciare che l'evoluzione rimane estremamente veloce e l'allargamento delle indicazioni avviene progressivamente quanto inesorabilmente.

Passando in rassegna le applicazioni attuali della laparoscopia (VLS), pur sfidando la pazienza di un ostico elenco, è inevitabile affermare che nelle colecistomie per patologia benigna essa rappresenti il trattamento gold standard, mentre nelle coledocolitiasi la bonifica laparoscopica rimane una procedura di laparoscopia avanzata.

L'appendicectomia con tale metodica è da considerarsi ottimale nella donna e nell'obeso. Altrettanto dicasi per il trattamento della Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo e dell'ernia iatale in cui gli interventi di gastroplastica antireflusso laparoscopica rappresentano il gold standard del trattamento chirurgico.

Nella chirurgia dell'obesità, mentre i by-pass gastrici sono appannaggio di centri specializzati di chirurgia laparoscopica avanzata su pazienti selezionati, il posizionamento del bendaggio gastrico con tecnica mininvasiva è certamente la scelta migliore. La chirurgia laparoscopica della milza costituisce altra indicazione per varie malattie ematologiche benigne e maligne.

La chirurgia del surrene è una delle più evidenti esemplificazioni dell'eticità dell'approccio miniinvasivo in confronto alla necessità di effettuare laparotomie sottocostali estese o addirittura toraco-freno-laparotomie che consentano l'adeguata visualizzazione per chi non utilizza la laparoscopia. Essa trova indicazione negli adenomi funzionanti e non, nel morbo di Cushing, nel feocromocitoma, negli angioliipomi e nelle masse di riscontro incidentale non secernenti di caratteristiche tali da escluderne la malignità pur suggerendone l'asportazione.

Per la chirurgia riparativa della parete addominale, la chirurgia laparoscopica è ormai abituale per le ernie inguinali sia bilaterali che monolaterali recidive o associate ad altro intervento laparoscopico. Nella patologia del colon-retto la chirurgia laparoscopica è il gold standard per la patologia benigna e, grazie ai sopracitati risultati pubblicati in letteratura, si è ormai prossimi alla definizione di intervento ottimale per la patologia maligna del colon e del retto in particolari tumori; altrettanto dicasi per neoplasie dell'esofago distale e dello stomaco o del fegato.

Per tutte queste difficili situazioni e per la patologia pancreatica, la chirurgia VLS è per ora confinata a centri altamente specializzati come il nostro. Dal 2003 infatti, insieme a pochi altri al mondo, eseguiamo con successo anche la duodeno-cefalo-pancreasectomia VLS che dopo il tempo demolitivo prevede fino a tre anastomosi intracorporee (pancreatico-digiuno, gastro-digiuno o duodeno-digiuno e bilio-digestiva) e costituisce l'intervento più complesso in assoluto in chirurgia generale e pertanto una sfida tecnica in laparoscopia, che si aggiunge agli oltre 500 interventi all'anno di cui 200 di chirurgia VLS avanzata. La chirurgia mini-invasiva è in continua evoluzione; lo sviluppo di nuovi strumenti accanto alla puntualizzazione di codificate tecniche chirurgiche

condurranno ad un ulteriore ampliamento delle aree di applicazione della metodica ; tuttavia si deve sempre ricordare come essa rappresenti solamente una diversa tecnica di accesso chirurgico per realizzare interventi ben codificati nella chirurgia tradizionale, ferme restando tutte le indicazioni ed i principi generali che regolano la chirurgia, sia in campo oncologico che non.

Sinteticamente si può dire che l'intervento è lo stesso, ma il modo di eseguirlo è diverso. Solo in questo modo sarà possibile garantire al malato il raggiungimento di obiettivi realizzabili e vantaggi sicuri rispetto alle procedure aperte.

Queste considerazioni divengono ancora più importanti, quando si quantifica la rilevanza sociale della malattia tumorale coloretale. In Italia ogni anno si registrano più di 30.000 nuovi casi con 12.000 decessi (8.000 per tumori del colon e 4.000 per tumori rettali). Secondo le ultime statistiche, si starebbe assistendo ad una fase di cambiamento con un aumento dell'incidenza ma con una riduzione della mortalità. Questo sembra essere dovuto a diagnosi precoce ed alla validità del trattamento. E parte fondamentale del trattamento è rivestita dalla chirurgia, anche se poi in termini assoluti ciò che influenza più strettamente la sopravvivenza è lo stadio di malattia. Il fattore umano nel trattamento chirurgico resta essenziale, con le conseguenze che ne derivano sul piano delle conoscenze e dell'etica professionale.