

Duodenopancreatectomia laparoscopică totală: note tehnice

Michele Mazzola, Lorenzo Morini, Jacopo Crippa, Marianna Maspero, Andrea Zirona, Alessandro Giani, Paolo De Martini, Giovanni Ferrari
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Division of Minimally-invasive Surgical Oncology, Milan, Italy

Rezumat

Introducere: Duodenopancreatectomia laparoscopică este încă rar adoptată datorită complexității sale inerente. Acest articol prezintă experiența noastră de duodenopancreatectomie laparoscopică axată pe note tehnice.

Descrierea tehnică: Se folosește o tehnică cu 5 trocare. Vizibilitatea este asigurată de un telescop optic 30° cu tehnologie 4K pentru rezecție și 3D pentru faza reconstructivă. Flexura colică dreaptă este mobilizată și se efectuează manevra Kocher extinsă care expune vena cava inferioară și vena renală stângă. Antrul gastric este rezecat cu un capsator mecanic. Artera hepatică comună este identificată în spatele marginii pancreatice superioare; limfa-denectomia stațiilor 7, 8, 9, 12 a și b este efectuată, până când artera gastroduodenală este curățată de țesutul limfatic; o pensă bulldog este folosită pentru a întrerupe fluxul arterial prin artera gastroduodenală, pentru a exclude vascularizarea arterelor aberante ale ficatului din artera mezenterică superioară. Ductul hepatic comun este secționat chiar deasupra canalului chistic. Pancreasul este secționat prin electrochirurgie monopolară, împărțind canalul pancreatic principal la 2-3 mm distal de secțiunea transversală prin parenchim cu foarfece reci, pentru a lăsa un ciot care va facilita anastomoza ducto-mucoasă, apoi se secționează prima buclă jejunală. Se realizează o disecție completă a mezopancreasului, de la coadă la cap. Înainte de a efectua anastomoza pancreatico-jejunală, se evaluează un scor de risc al fistulei bazat pe textura parenchimului pancreatic, tipul tumorii, diametrul ductului Wirsung, pierderea de sânge intraoperator. Anastomoza pancreatico-jejunală se realizează folosind fire din prolene și PDS. Hepaticojejunostomia termino-laterală se efectuează la aproximativ 10 cm de pancreatico-jejunostomie. Gastrojejunostomia laterală se realizează cu ajutorul unui capsator liniar de 60 mm.

Concluzie: Duodenopancreatectomia laparoscopică este o procedură dificilă afectată de rate mari de morbiditate. Standardizarea tehnicii ar putea duce la reducerea acestor rate și la favorizarea adoptării acesteia.

Cuvinte cheie: duodenopancreatectomie laparoscopică totală, duodenopancreatectomie laparoscopică, intervenție chirurgicală minim invazivă, chirurgie pancreatică, cancer pancreatic