

SOMMARIO

ABSTRACT	2
CAPITOLO I – INTRODUZIONE	4
1.1 Cenni di anatomia pancreatica.....	5
1.2 Fisiologia del blocco gastro-duodeno-cefalopancreatico	17
1.3 Aspetti anatomopatologici	19
1.3.1 Il carcinoma pancreatico	20
1.3.2 Sistemi di stadiazione dei tumori maligni pancreatici	26
1.3.5 Patologia benigna del pancreas	27
1.4 Sintomatologia della patologia tumorale pancreatica	29
1.5 Chirurgia pancreatica resettiva	31
1.5.1 Duodenocefalopancreasectomia	34
1.5.2 Altre tipologie di interventi resettivi in chirurgia pancreatica	41
1.5.3 Indicazioni all'intervento di Duodenocefalopancreasectomia.....	42
1.6 Le complicanze a breve termine della chirurgia del pancreas	44
1.6.1 Il ritardato svuotamento gastrico	47
1.7 Scopo dello studio	54
CAPITOLO II – PAZIENTI & METODI	55
2.1 Selezione dei pazienti.....	55
2.2 Tipi di ricostruzione utilizzati.....	60
2.2.1 Tipologia di resezione gastrica	60
2.2.2 Sede dell'anastomosi gastrodigiunale.....	62
2.2.3 Tipologia di trasposizione dell'ansa per l'anastomosi pancreatico-digiunale e epaticodigiunale.....	62
CAPITOLO III – RISULTATI	63
CAPITOLO IV – DISCUSSIONI & CONCLUSIONI	73
CAPITOLO V – RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	81

ABSTRACT

Introduzione. La pancreaticoduodenectomia rappresenta l'unica opzione terapeutica con intento curativo per tumori cefalo-pancreatici e periampollari. Lo sviluppo delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche nel corso degli ultimi venti anni ha comportato una riduzione della mortalità perioperatoria. Tuttavia, la morbilità chirurgica è ancora alta, con un'incidenza del 30-50%. Il ritardo di svuotamento gastrico (DGE) è una complicanza frequente del decorso postoperatorio degli interventi resettivi condotti sul distretto gastroduodenale. Esso incide negativamente sulla ripresa metabolico funzionale del paziente in quanto obbliga a protrarre una preternaturale assistenza (nutrizione parenterale totale), con prolungamento della degenza ospedaliera e accesso ritardato ai trattamenti oncologici adiuvanti. La prevalenza di DGE dopo duodenocefalopancreasectomia, in rapporto ai vari studi clinici eseguiti, si attesta intorno al 40%, tuttavia esistono delle differenze significative tra le varie casistiche in ragione dei diversi sistemi classificativi adottati e dei protocolli clinici seguiti nei diversi Centri.

Scopo dello studio. Scopo del presente studio è stato quello di confrontare le diverse tecniche ricostruttive negli interventi di duodenocefalopancreasectomia in riferimento alla comparsa del ritardato svuotamento gastrico postoperatorio, nel tentativo se possibile di identificare la strategia chirurgica migliore.

Materiali e metodi. Il presente studio retrospettivo è stato eseguito sui pazienti consecutivamente sottoposti ad intervento di Duodenocefalopancreasectomia presso la Unità Operativa di Chirurgia Generale e dei Trapianti dell'AOUP, tra il 1° Ottobre 2008 e il 1° Febbraio 2013. Delle 192 DCP consecutive effettuate, sono stati selezionati 185 pazienti, escludendo coloro con anamnesi positiva per pregressi interventi di tipo resettivo sul tratto gastro-enterico. Questa scelta è stata effettuata con lo scopo di evitare un bias di selezione dei pazienti in relazione allo sviluppo di DGE (delayed gastric emptying). Attualmente la definizione maggiormente condivisa è quella proposta dalla International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) per la quale il ritardato svuotamento gastrico (ISGPS-DGE) in rapporto alla necessità clinica di mantenere in sede il sondino nasogastrico (SNG) o l'incapacità da parte del paziente di assumere quantità illimitate di una dieta solida, distinguendo tre diversi gradi in base alla gravità A-B-C. Va sottolineato come in questa classificazione rientrino nel gruppo A anche quei pazienti che presentano il SNG nelle prime giornate post-operatorie. Tale classificazione rischia perciò di sovrastimare il DGE, quando, viceversa, l'esperienza clinica insegna che dopo DCP 3-4 giorni di permanenza del SNG sono un periodo che rientra nella fisiologia postchirurgica dei pazienti. Nel nostro studio abbiamo scelto di usare la classificazione ISGPS per il pregio della sua (recente) standardizzazione da parte di autorevoli Centri di riferimento di chirurgia pancreatica: ciononostante, siamo consci del valore dell'esperienza clinica, per cui, giudichiamo come "veri DGE", a nostro avviso, i casi ISGPS di grado B e C.

I dati dei 185 pazienti (95 uomini e 90 donne) con età media di 63,9 anni range (range 19-86)

sono stati prospettivamente inseriti in un database e quindi retrospettivamente analizzati. L'approccio utilizzato è stato open in 139 casi (75,2 %) e robotico in 46 casi (24,8%). Riguardo al tipo di resezione gastrica sono stati eseguiti 25 interventi di DCP sec. Whipple (13,5 %) e 160 interventi di DCP sec. Traverso-Longmire (86,5 %). Nella ricostruzione è stata utilizzata un'ansa singola (sec. Child) in 166 pazienti (96,5 %) e un'ansa esclusa (sec. Roux): 6 pazienti (3,5 %).

La trasposizione dell'ansa per l'anastomosi pancreatico-ed epatico-digiunale è stata retro mesenterica in 143 pazienti (84,1 %) e antemesenterica in 27 pazienti (15,9 %).

La sede dell'anastomosi digestiva è risultata sovramesocolica in 125 pazienti (73,5 %), Antecolica in 32 pazienti (18,8 %) e Transmesocolica: 13 pazienti (7,7 %).

Risultati. L'incidenza, nella nostra popolazione, di DGE risulta pari a circa 85% sul totale dei pazienti, seguendo rigidamente la classificazione ISGPS, mentre tale percentuale scende al 40,5% se consideriamo solo i gradi B e C.

Non risultano differenze statisticamente significative per il DGE in base al sesso, alla presenza di diabete pre-operatorio, alla presenza di fistola pancreatica.

Abbiamo stratificato il campione in base all'approccio chirurgico open vs robotiche evidenziando differenze statisticamente significative per quanto riguarda la durata media dell'intervento ($p < 0,0001$) e della durata del DGE ($p=0,0064$) a favore dell'approccio open.

Stratificando ulteriormente il campione in due gruppi, pazienti che hanno sviluppato una o più complicanza chirurgica vs pazienti che non hanno sviluppato una complicanza chirurgica, si evidenzia che il DGE è significativamente inferiore nei pazienti non complicati.

In relazione al tipo di ricostruzione chirurgica eseguita, esiste una differenza che raggiunge la significatività statistica, confrontando la posizione dell'ansa anastomotica usata per la ricostruzione in posizione retro mesenterica rispetto alla posizione ante-mesenterica a favore della prima.

Anche se non c'è evidenza statistica dai dati analizzati risulta che in base alla sede dell'anastomosi digestiva l'approccio trans-mesocolico potrebbe rappresentare l'approccio più efficace.

Conclusioni. L'analisi del DGE primario esplora le ricostruzioni chirurgiche più efficaci, tra le quali la retromesenterica secondo Child e le sue varianti sovramesocolica e transmesocolica sembrano offrire una migliore funzionalità e una riduzione dell'incidenza di DGE. Ulteriori studi clinici ed approcci randomizzati potranno offrire in futuro maggiori informazioni supportate da significatività statistica.