

G Chir Vol. 26 - n. 3 - pp. 105-107
Marzo 2005

Colostomia laparoscopica: indicazioni e note di tecnica chirurgica

M. PITTALUGA, E. PERSONNETTAZ, R. SCALA, A. BERGANTINO, R. COLOMBO,
B. CALABRÒ, F. PERADOTTO, S. MARINELLI, M. OBIALERO

RIASSUNTO: Colostomia laparoscopica; indicazioni e note di tecnica chirurgica.

M. PITTALUGA, E. PERSONNETTAZ, R. SCALA, A. BERGANTINO,
R. COLOMBO, B. CALABRÒ, F. PERADOTTO, S. MARINELLI,
M. OBIALERO

Scopo di questo lavoro è stato quello di codificare le principali indicazioni all'esecuzione della colostomia laparoscopica.

Abbiamo riportato una serie di nove pazienti trattati con questa procedura, descrivendo i principali momenti dell'esecuzione chirurgica. La creazione di una stomia laparoscopica viene spesso associata ad interventi resettivi per neoplasie coloretali, mentre è meno utilizzata per altre condizioni patologiche.

L'approccio laparoscopico rappresenta una tecnica sicura e riproducibile e permette di evitare una laparotomia in pazienti con neoplasie coloretali non reseccabili.

SUMMARY: Laparoscopic colostomy; indications and technical notes.

M. PITTALUGA, E. PERSONNETTAZ, R. SCALA, A. BERGANTINO,
R. COLOMBO, B. CALABRÒ, F. PERADOTTO, S. MARINELLI,
M. OBIALERO

The aim of this article was to review the main indications of laparoscopic colostomy.

A series of 9 patients is reported, stressing the technical steps of laparoscopic colostomy.

The laparoscopic approach in patients with unresectable colorectal cancer permit to avoid major laparotomy. In conclusion this technique appears safe, feasible and effective.

KEY WORDS: Colostomia laparoscopica - Ileostomia - Cancro rettale
Laparoscopic colostomy - Ileostomy - Rectal cancer.

Premessa

Sebbene il confezionamento laparoscopico di una colostomia rappresenti un intervento standardizzato, sicuro e gravato da una minore ospedalizzazione rispetto alla tecnica laparotomica, il suo utilizzo rimane ancora limitato.

Il ridotto tasso di complicanze intra- e postoperatorie, come riportato dalle casistiche più numerose sull'argomento (1), giustifica il suo utilizzo in chirurgia coloretale non soltanto come step di interventi laparoscopici demolitivi (2,3). In effetti, la relativa facilità di esecuzione della tecnica e la ridotta aggressione chirurgica trovano ampia indicazione anche nella derivazione temporanea o permanente in patologie infiammatorie o in patologie neoplastiche, quali tumori pelvici inoperabili o neoplasie retali stenosanti, in pazienti candidabili a trattamento radiochemioterapico neoadiuvante.

Ospedale Cuorgnè, ASL 9, Ivrea (TO)
III Divisione Chirurgia Generale
(Primario: Prof. M. Obialero)

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Esaminate le principali casistiche riportate nella letteratura nazionale ed internazionale, vengono qui di seguito discusse le principali indicazioni terapeutiche e descritte le note di tecnica maturate sulla nostra esperienza.

Pazienti e metodi

Tra febbraio 2003 e maggio 2004 sono stati sottoposti a confezionamento di colostomia per via laparoscopica 9 pazienti. Si trattava di 5 pazienti di sesso maschile e di 4 pazienti di sesso femminile, con un'età media di 68 anni (range 58-81).

In due casi la colostomia laparoscopica è stata confezionata in corso di intervento per amputazione addominoperineale secondo Miles per neoplasia del retto distale, in un caso l'indicazione era determinata da una fistola retto-vescicale secondaria a una diverticolite acuta, in un altro caso è stata confezionata una colostomia a "canna di fucile" in una peritonite acuta secondaria a diverticolite. Nei rimanenti 5 casi l'indicazione al confezionamento della colostomia era determinata da neoplasie stenosanti del retto sottoperitoneale in pazienti candidati a radiochemioterapia neoadiuvante.

Note di tecnica

Il paziente viene posto in decubito supino, in posizione di



Fig. 1 - Colostomia laparoscopica. Posizione dei trocar.

Trendelenburg con il letto operatorio leggermente ruotato verso destra.

Sono necessari tre trocar, uno da 10, uno da 10-12 e uno da 5 mm. La tecnica prevede, infatti, l'utilizzo del trocar da 10 mm per la telecamera, a livello ombelicale, di un secondo trocar da 5 mm tra appendice xifoide e ombelico per l'utilizzo di una pinza da presa e, infine, di un terzo trocar da 10-12 mm in sede sovrapubica per l'utilizzo della bipolare prima e per introduzione dell'endo-GIA poi (Fig. 1).

Dopo un'adeguata esplorazione della cavità addominale, l'intervento prevede come primo tempo la parziale apertura della loggia parietocolica sinistra, in modo da ottenere una adeguata mobilizzazione del colon discendente e del sigma. Si procede quindi, nel caso si opti per una colostomia terminale, alla legatura del meso e alla sezione con endo-GIA del tratto di intestino prescelto per essere esteriorizzato. Qualora si decida per una colostomia "a canne di fucile", si esegue una piccola fenestratura con la pinza bipolare sul mesocolon, in corrispondenza della quale l'intestino verrà portato all'esterno senza interruzione della continuità colica. Si procede quindi alla sezione del peritoneo parietale in prossimità del punto prescelto per la colostomia. Il moncone prossimale del colon sezionato viene mantenuto con una pinza da presa. Con l'ausilio della transilluminazione si aprono la cute e la fascia e si esteriorizza il moncone prossimale mentre quello distale viene abbandonato nella pelvi. Non è di solito necessario mantenere un drenaggio tubulare a protezione.

Risultati

La durata media dell'intervento (nei casi di semplice confezionamento di colostomia) è stata di 56 minuti, con un range compreso tra 35 e 90

Non si sono verificate complicanze postoperatorie a breve e medio termine correlabili al confezionamento della colostomia; si è invece verificata una infezione della ferita perineale in un paziente sottoposto ad intervento secondo Miles. Non vi è stato nessun caso di conversione laparotomica.

La terapia analgesica e la degenza media sono state ovviamente influenzate dalla patologia di base. Nei pazienti sottoposti a colostomia terminale per neoplasia del retto medio-distale, la dimissione è avvenuta in III giornata postoperatoria. Tutti i

pazienti sono stati sottoposti a terapia analgesica standard endovenosa il giorno dell'intervento, senza bisogno di terapia analgesica aggiuntiva nei giorni successivi. La ripresa dell'alimentazione è avvenuta in I giornata postoperatoria.

Discussione

L'esecuzione laparoscopica di una derivazione digestiva costituisce un tempo chirurgico ormai ben standardizzato di interventi quali l'amputazione addomino-perineale secondo Miles (colostomia terminale) o le resezioni colo-rettali (colo- o ileostomia a protezione di anastomosi) (4).

Questo tipo di intervento viene altresì preso in considerazione in altre situazioni ove l'approccio miniinvasivo può garantire una precoce canalizzazione ed una ripresa più efficace, ad esempio in pazienti particolarmente defedati nei quali le condizioni generali non permettano interventi demolitivi.

L'indicazione più frequente nella casistica qui riportata è costituita da pazienti con neoplasie stenose del retto sottoperitoneale candidati ad un trattamento chemioradioterapico neoadiuvante. In questa tipologia di pazienti l'approccio laparoscopico ha trovato un suo razionale utilizzo sia come trattamento ponte all'intervento definitivo sia per contribuire ad una accurata stadiazione della malattia.

La miniinvasività del trattamento risulta utile in pazienti defedati in cui non sia possibile eseguire un trattamento chirurgico radicale, e deve essere presa in considerazione ogni qual volta si riscontrino neoplasie rettali infiltranti gli organi contigui o neoplasie ovariche in stadio avanzato candidabili ad un trattamento chemioterapico (5, 6). Vengono altresì trattati con derivazione digestiva temporanea laparoscopica soggetti con esiti di patologie benigne, quali fistole retto-vescicali o retto-vaginali da diverticolite acuta o da malattie infiammatorie croniche intestinali (7). Indicazioni più rare, descritte in letteratura sono le gangrena perineale (8) e le lesioni traumatiche del retto medio-distale (9).

Per quello che riguarda la tecnica chirurgica, l'intervento laparoscopico prevede l'utilizzo di tre trocar, oltre l'incisione cutanea per lo stoma. Alcuni propongono il posizionamento del terzo trocar in prossimità del punto prescelto per la colostomia, in modo da minimizzare l'accesso chirurgico (10). La visione laparoscopica consente un'adeguata ispezione della cavità addominale. Nella serie di pazienti da noi trattati, pregressi interventi chirurgici addominali (una paziente già sottoposta ad isterectomia, un paziente già sottoposto a colecistectomia e appendicectomia laparotomiche) non hanno pregiudicato l'intervento laparoscopico.

Conclusioni

Nei pazienti che necessitano di una ileostomia o di una colostomia l'intervento laparoscopico dovrebbe essere considerato come l'intervento di scelta. Dall'analisi delle casistiche pubblicate emerge come pregressi interventi laparotomici non pregiudichino l'approccio laparoscopico e questa opzione chirurgica dovrebbe essere presa in considerazione

ne soprattutto in pazienti con condizioni cliniche generali compromesse per minimizzare il trauma chirurgico, e in pazienti candidati ad un intervento di chirurgia addominale maggiore con neoplasie stenose del retto sottoperitoneale e per i quali sia stato programmato un trattamento chemioradioterapico neoadiuvante.

Bibliografia

1. Oliveira L, Reissman P, Noguera J, Wexner S D. Laparoscopic creation of stomas. *Surgical Endosc* 1997;11:19-23.
2. Olmi S, Croce E, Magnone S, Mastropasqua E. Laparoscopic stoma creation. *Chir Ital* 2003; 55(6):897-902.
3. Oliveira L. Laparoscopic stoma creation and closure. *Semin Laparosc Surg* 2003; 10(4):191-6.
4. Mehigan BJ, Monsoon JR: Laparoscopic rectal-abdominopereineal resection. *Surg Oncol Clin N Am* 2001;10(3):611-23.
5. Hallfeldt K, Schmidbauer S, Trupka A. Laparoscopic loop colostomy for advanced ovarian cancer, rectal cancer, and rectovaginal fistulas. *Gynecol Oncol* 2000; 76(3):380-2
6. Milsom JK, Kim SH, Hammerhofer KA, Fazio VW. Laparoscopic colorectal cancer surgery for palliation. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(11):1512-16.
7. Schmidbauer S, Sitzmann G, Trupka A, Hallfeldt KK. Laparoscopic colostomy: experience in patients with ovarian or ano-rectal cancer, non operable or with rectovaginal fistula. *G Chir* 2002; 23(3):101.
8. Decanini-Teran C, Belmonte-Montes C, Cabello-Pasini R. Laparoscopically created stomas. *Rev Gastroenterol Mex*. 2000;65(4):163.
9. Navsaria PH, Graham R, Nicol A. A new approach to extraperitoneal rectal injuries: laparoscopy and diverting loop sigmoid colostomy. *J Trauma* 2001; 51(3):532-5.
10. Sakai T, Yamaschita Y, Maekawa T, Watanabe K, Shirakusa T. Techniques for determination the ideal stoma site in laparoscopy colostomy. *Int Surg* 1999; 84(3):239-40.