

Anastomosi coliche manuali con sutura continua monostrato. La nostra esperienza

T. PETITTI, G. LIPPOLIS, L. FERROZZI

RIASSUNTO: Anastomosi coliche manuali con sutura continua monostrato. La nostra esperienza.

T. PETITTI, G. LIPPOLIS, L. FERROZZI

L'utilizzo delle suturatrici meccaniche ha determinato una riduzione dei tempi operatori nella chirurgia del grosso intestino che non si è però accompagnata ad un concomitante decremento delle complicanze anastomotiche. Per questi motivi, dagli inizi degli anni '90, si è assistito ad una riproposta, sia pur non assoluta, delle anastomosi manuali.

Presentiamo la nostra esperienza sulle anastomosi coliche (ileo-coliche, colo-coliche e colo-rettali 'alte' o 'intraperitoneali') eseguite in modalità continua, monostrato, extramucosa con monofilamento a lento assorbimento.

Dal gennaio 2000 al gennaio 2003 ne abbiamo eseguite 113 in altrettanti pazienti, su un totale di 157 interventi consecutivi sul grosso intestino. Abbiamo avuto 1 decesso e 5 complicanze anastomotiche. Risultati così incoraggianti, del tutto sovrapponibili a quelli delle migliori casistiche in letteratura, hanno fatto sì che questo tipo di sutura manuale costituisca attualmente la nostra tecnica abituale nel confezionamento delle anastomosi del grosso intestino.

SUMMARY: Hand-sewn anastomoses with continuous single-layer suture technique in colon surgery. Our experience.

T. PETITTI, G. LIPPOLIS, L. FERROZZI

The use of staplers has produced a reduction on operative times in the colorectal surgery without reduction of anastomotic complications.

We present our experience about colonic anastomoses (ileo-colic, colo-colic and colo-rectal intraperitoneal anastomoses) with extramucosal one-layer continuous suture in synthetic slow absorbable one-filament.

In the period January 2000-January 2003 we performed 157 operations on the large bowel, with 113 manual colonic anastomoses. Our results are similar to the best series of literature. The hand-sewn suture actually represents our common technique for the anastomoses of the large bowel.

KEY WORDS: Anastomosi manuali - Grosso intestino.
Hand - sewn anastomoses - Large bowel.

Introduzione

L'avvento negli anni '80 delle suturatrici meccaniche ha determinato una drastica riduzione dei tempi operatori nella chirurgia del colon-retto. Quasi universalmente si è assistito al viraggio da tecniche di sutura manuale in doppio strato, 'canoniche' negli anni '70, a quelle meccaniche con suturatrici.

La rapidità d'esecuzione non è stata tuttavia accompagnata da un sostanziale decremento di deiscenze anastomotiche e mortalità (1), ma anzi ha comportato un non trascurabile aumento delle stenosi anastomotiche, almeno nelle anastomosi coloretali (2).

Per questi motivi, dagli inizi dello scorso decennio, molti Autori (1, 3, 4) hanno riproposto le tecniche manuali per le anastomosi ileo-coliche, colo-coliche e

colo-rettali 'alte' o 'intraperitoneali', tecniche peraltro da alcuni mai abbandonate (5, 6). In effetti, l'orientamento ideale di molti è quello di coniugare affidabilità, bassa incidenza di stenosi e costi molto contenuti delle suture manuali con la innegabile rapidità d'esecuzione di quelle meccaniche, peraltro molto più costose.

Un'ottima soluzione di compromesso potrebbe essere offerta dall'utilizzo di suture manuali, in monostrato a lento riassorbimento, che noi eseguiamo in modalità continua con tecnica di tipo 'vascolare'.

Abbiamo inizialmente testato questa metodica nelle anastomosi gastriche e digiunali, estendendone successivamente le indicazioni 'selettive' anche a quelle del grosso intestino.

I risultati della nostra iniziale esperienza sono stati così incoraggianti che questo tipo di sutura costituisce attualmente la nostra tecnica abituale per il confezionamento non solo delle anastomosi gastro-digiunali, ma anche di quelle coliche intraperitoneali.

Ospedale "T. Masselli Mascia", San Severo (FG)
Divisione di Chirurgia Generale
(Primario: Dott. L. Ferrozzi)

© Copyright 2003, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Pazienti e metodi

Dal gennaio 2000 al gennaio 2003 abbiamo eseguito nella nostra Divisione un totale di 157 interventi consecutivi per patologia coloretale (89 pazienti di sesso maschile e 68 di sesso femminile). La serie in esame è costituita da 113 pazienti (69 maschi e 44 femmine), di età compresa tra i 45 e gli 87 anni (media 74 aa.), ed altrettante anastomosi manuali in varie combinazioni ileo-colo-rettali: ileo-coliche, colo-coliche e colo-rettali 'alte' o 'intraperitoneali', con l'ovvia esclusione delle colo-rettali 'basse' per le quali le suturatrici meccaniche sono oggi di fatto insostituibili. Nella maggioranza dei casi gli interventi sono stati eseguiti per patologia neoplastica (92 pazienti, pari all'81,5%), 91 in elezione (80,5%) e 22 in urgenza (19,5%).

Nella tabella 1 vengono indicati gli interventi effettuati.

Da un punto di vista tecnico abbiamo confezionato anastomosi manuali in sutura continua, extramucosa (introflettente), monostrato, in modalità termino-terminale, anche quando erano presenti evidenti differenze di calibro tra i monconi. I capi intestinali per la sutura sono stati preparati con molta cura, in modo che risultasse ben evidente uno strato sierio-muscolare della lunghezza di almeno 5 mm; la mucosa eventualmente ridondante è stata recentata.

Abbiamo sempre utilizzato un monofilamento sintetico a lento assorbimento (PDS 3/0), senza apposizione di punti di trazione o di tenuta, iniziando l'anastomosi sul versante antimesenterico e proseguendola su quello mesenteriale, in modo da annodare i capi all'esterno.

Abbiamo fatto ricorso a stomie di protezione in 3 pazienti (2,6%). In 51 pazienti (45%) abbiamo posizionato tubi di drenaggio.

Risultati

La mortalità operatoria è stata di 1 paziente (0,9%), determinata da infarto miocardico acuto. Si sono verifi-

cate 12 complicanze (10,5%), ma solo 5 (4,4%) hanno riguardato l'anastomosi (Tab. 2).

In 2 casi (1,7 %) di deiscenza anastomotica è stato necessario reintervenire per confezionare una stomia escludente. Le altre due deiscenze, di tipo subclinico, sono state trattate in maniera conservativa con nutrizione parenterale totale per 10 giorni, guarendo senza reliquati.

L'unica emorragia dall'anastomosi è stata in realtà un piccolo gemizio ematico risolto spontaneamente in 11 giorni. Non abbiamo avuto casi d'emorragia importante dei monconi. Nessuna stenosi anastomotica è stata evidenziata nel follow-up, compreso tra i 2 ed i 24 mesi.

Le altre complicanze sono consistite in 3 suppurazioni della ferita, 1 deiscenza della parete addominale, che ha richiesto la revisione chirurgica, 1 ascesso subfrenico trattato con drenaggio per cutaneo TC-guidato, 1 polmonite lobare franca.

La degenza postoperatoria media è stata di 8 giorni (range 6-21).

Discussione

Tra le numerose tecniche manuali proposte nel corso degli anni (3, 6-9), abbiamo dato la preferenza alla sutura continua in monostrato, in base alla considerazione che uno dei suoi pregi, cioè la rapidità d'esecuzione, andava necessariamente sfruttato. La sutura continua conferisce all'anastomosi particolare plasticità ma soprattutto consente, favorendo la 'parcellizzazione' dell'eventuale disparità di diametro, di anastomizzare tra loro monconi intestinali di calibro differente (9). È quindi di fatto sempre possibile l'anastomosi termino-terminale, più rapida da confezionare e teoricamente più 'funzionale'.

Per quanto attiene ai risultati, sono ormai numerosi gli studi, non solo sperimentali, che documentano l'equivalenza se non la superiorità, delle suture manuali continue in monostrato rispetto anche alle meccaniche (2, 4, 5, 8, 10).

Tabella 1 - INTERVENTI ESEGUITI.

Emicolectomie destre	49
Emicolectomie sinistre	38
Resezioni segmentarie	21
Colectomie totali	5
<i>Totale</i>	<i>113</i>

Tabella 2 - COMPLICANZE.

Deiscenze anastomosi	4
Emorragie anastomosi	1
Stenosi anastomosi	0
Altre	7
<i>Totale</i>	<i>12</i>

L'incidenza di deiscenza delle anastomosi meccaniche varia in letteratura dallo 0 al 12%, la mortalità è compresa tra lo 0 ed il 4,5% (11). Per le anastomosi manuali, le deiscenze sono comprese tra lo 0 ed il 6% e la mortalità tra lo 0 ed il 2,8% (12, 13).

I nostri dati (deiscenze totali pari al 3,5%, con necessità di reintervento nell'1,7% dei casi e mortalità dello 0,9%) appaiono in linea con quelli della letteratura, anche considerando le tre stomie (2,6%) effettuate di principio. C'è da tener presente, infatti, che nella nostra serie, contrariamente ad altre della letteratura, è presente circa un 20% d'interventi in urgenza, inevitabilmente gravati da morbilità e mortalità più elevate.

L'avvento delle suturatrici meccaniche ha senza dubbio influenzato lo sviluppo di nuove soluzioni tera-

peutiche, a volte ardite, facilitando la chirurgia dell'apparato gastroenterico, in special modo quella esofagea e rettale. Il loro utilizzo incide inevitabilmente sulla spesa sanitaria, ma ciò non deve né dovrà essere mai una limitazione al loro impiego quando utile e/o indispensabile, come ad esempio per il confezionamento di un'anastomosi colo-rettale 'bassa' (8).

Le modalità d'impiego degli *stapler* devono quindi necessariamente appartenere al bagaglio operativo del chirurgo, al pari delle tecniche manuali. Solo così si avrà la possibilità di optare tra due metodiche egualmente rapide e valide sotto il profilo clinico, nel rispetto assoluto e prioritario della scelta migliore per il singolo paziente.

Bibliografia

1. Franchini A, Cola B: Il punto sulla colostomia di protezione. *Min Chir* 1986; 41: 456-62
2. Farella S, Cola B, Franchini A: Endoscopic evaluation of different patterns of the healing process in colorectal anastomoses. *Coloproctology* 1984; 6:86-90
3. Thomson WHF, Robinson MHE: One-layer continuously sutured colonic anastomosis. *Br J Surg* 1993;80 :1450-51
4. Kent C, Warner K, Miller J: Ileocolonic anastomosis: a comparison of the patency of stapled vs hand-sewn techniques *Am J Surg* 1992; 58:638-40
5. Irvin TT, Golicher JC, Johnston DA. A randomised prospective clinical trial of single layer inverting intestinal anastomoses. *Br J Surg* 1973;60:457-60
6. Lafreniere R, Ketcham AS: A single -layer anastomoses for all intestinal structures. *Am J Surg* 1985;149:797-98
7. Gambee LP: A single-layer open intestinal anastomoses applicable to the small as well as the large intestine. *West J Surg* 1951;59: 1-5
8. Natale C, Ferrozzi L, Pellegrino C, L. Bruno: Le anastomosi digestive in chirurgia generale. *G Chir*, 1998; 4: 175-83.
9. Bruno C: Le anastomosi coloretali manuali in monostrato. *Tecnica e risultati chirurgici in 407 casi. Atti VII Congr. Naz. Soc. Ital. Coloproctologia, Sorrento 1998*
10. Yesilkaya Y, Soyan U, Bangisu N et al.: The effects of different suture techniques on collagen metabolism in experimental distal colonic anastomoses. *Br J Surg* 1985; 72: 987-89.
11. Docherty JG, Mc Gregor JR, Akyol AM: Comparison of manually constructed and stapled anastomoses in colorectal surgery. *Ann Surg* 1995; 221: 176-84.
12. Frileux P, Quilichini MA, Loygue JI: Single-layer anastomoses in surgery of the large bowel. *Int J Colorectal Dis* 1988; 3:32-35
13. Ceraldi CM, Rypins EB, Monaham M: Comparison of continuous single-layer polypropylene anastomosis with double-layer and stapled anastomoses in elective colon resections *Am Surg*, 1993; 59:168-71.