

Mono o mini? Questo è il problema

F. CORCIONE

Circa 10 anni fa – solo dieci anni fa – eseguivo la mia prima gastrectomia totale per via laparoscopica, e pensavo tra me e me: *non so cosa potrò fare di più innovativo nella mia vita professionale*. Poi, è arrivata la duodenocefalopancreasectomia laparoscopica, il robot Da Vinci, la prima colecistectomia transvaginale, infine la SILS.

In 10 anni, in soli 10 anni, ho raggiunto vari traguardi chirurgici, e ho dovuto misurarmi continuamente con un'evoluzione che galoppa e a cui è difficile stare dietro. E mi sono chiesto: *dove stiamo andando?* In quest'ottica vorrei innanzitutto analizzare i vari approcci chirurgici per poter fare qualche riflessione sul futuro.

Con la chirurgia laparoscopica abbiamo raggiunto uno standard che, in molti Centri, è forse superiore a quello tradizionale, con tutti gli innumerevoli benefici che tale approccio offre rispetto alla chirurgia tradizionale, e che non staremo qui a ripetere. La chirurgia robotica, invece, rappresenta una chirurgia “di nicchia”, per pochi eletti sia tra i chirurghi che tra i pazienti, essendo noti gli alti costi di acquisto e di gestione, e i pochi campi di sicura e indiscussa applicazione clinica. Oggi l'interesse verso questo approccio è legato alla grande e costante evoluzione tecnologica con robot sempre più perfezionati, maneggevoli e, quindi, con maggiori potenziali applicativi clinici. Ma insisto nel concetto che ad oggi sono ancora pochi i campi di applicazione clinica ma con un futuro sempre più aperto a tale tecnologia.

La chirurgia NOTES ha suscitato un notevole interesse fino ad un anno fa che, diciamo, si è spento subito sulla base di insormontabili problemi chirurgici, medico-legali, tecnologici. Noi siamo stati i primi in Italia, e credo secondi in Europa, ad eseguire una colecistectomia trans vaginale, ma oggi anche noi abbiamo desistito per le motivazioni di cui sopra. Ritengo che comunque, sono tuttora utili le esperienze cliniche NOTES per valutare l'efficacia di vie combinate con la laparoscopia, e per crescere nel concetto di microinvasività; ma, in verità, la NOTES come tale, per il momento, è un po' accantonata.

A mio avviso, le vere novità degli ultimi anni, con possibili risvolti chirurgici futuri, sono rappresentate dalla SILS (monotrocar) e dalla chirurgia con minitrocar.

Mono o mini? Questo è il problema. È ovvio che parliamo, in ogni caso, di piccoli progressi rispetto alla chirurgia laparoscopica tradizionale. In effetti, l'enorme impatto mediatico, scientifico, professionale messo in moto 20 anni fa dalla chirurgia laparoscopica è difficile che possa rinnovarsi almeno nel breve termine. La “french revolution” è stata una vera e propria rivoluzione chirurgica, ed è difficile ipotizzarne un'altra della stessa portata, a distanza di poco tempo dalla prima. Si dovranno e si potranno fare ulteriori progressi che porteranno ulteriori benefici, ma ritengo che essi saranno minimi rispetto a quelli portati dalla chirurgia laparoscopica nei confronti di quella *open*.

Il concetto ispiratore è sempre la “meno-invasività” parietale. Partendo da questo concetto, e dopo un anno di esperienza personale, sto ancora cercando di comprendere cosa è meglio oggi e come sarà il futuro. È preferibile avere una “piccola” incisione di 2 cm o alcune piccole incisioni di 2-3

mm? L'atto chirurgico è più razionale, più rapido, gravato da minori complicanze, e più estetico con la chirurgia mono o con quella mini?

Indubbiamente, entrambe presentano vantaggi e si prestano a critiche rispetto alla chirurgia laparoscopica intesa in senso tradizionale. La chirurgia *monotrocar* ha tre inconvenienti: costo del “device”, mancata divaricazione degli strumenti con importante curva di apprendimento e, forse, possibilità di maggiore incidenza di laparoceli. È ovvio che necessita di una notevole *learnig curve*, per cui è importante che, almeno nelle fasi iniziali, l'approccio sia utilizzato e perfezionato in Centri di eccellenza, onde evitare un incremento delle lesioni della via biliare principale o di complicanze specifiche. Ha, però, il grande vantaggio che, qualora venga utilizzato nella cicatrice ombelicale, il monotrocar presenta un risultato estetico eccezionale e, soprattutto, evita le complicanze da inserzione di altri trocar (emorragie, laparoceli). Indubbiamente, laddove si ravvisa la necessità di utilizzare un drenaggio, andremo a vanificare in parte l'effetto straordinario del monotrocar, ma il limite di questo approccio, a mio avviso, sta nel fatto che va benissimo quando utilizzato nella cicatrice ombelicale, e meno bene laddove si inserisce al di là dell'ombelico (splenectomie, surrenalectomie, plastica antireflusso, ecc.). E in questi casi si rinforza il mio dubbio (mono o mini?).

La chirurgia *mini* con trocar da 2-3 mm ha anch'essa il problema dei costi e della facile usura degli strumenti utilizzati, e anche il fatto che poche sono le opzioni strumentali, oggi, compatibili con un trocar di 2-3 mm. Manca la possibilità di utilizzare clip, bisturi a ultrasuoni o a radiofrequenza, endobag, etc, ma, nello stesso tempo, si ha la possibilità di lavorare con la stessa rapidità ed efficacia della chirurgia laparoscopica, con minima curva di apprendimento.

È chiaro che ci vorranno anni per capire cosa è meglio, ed è chiaro che aspetteremo - come sempre - gli studi prospettici randomizzati. I primi dati di confronto tra chirurgia laparoscopica “tradizionale” e chirurgia monotrocar dimostrano quasi sempre una sovrapposizione di risultati senza differenze statisticamente significative.

Come posso concludere alla luce delle mie recenti esperienze? Oggi ritengo che, laddove il chirurgo deve eseguire un intervento “funzionale” (acalasia, ernia iatale, prolasso del retto), probabilmente è meglio lavorare in *mini*, mentre, laddove deve eseguire un intervento di exeresi (colecistectomia, splenectomia, resezioni intestinali), forse prevarrà il concetto della *mono*. Probabilmente, un altro ulteriore passo in avanti si avrà con l'evoluzione della chirurgia robotica applicata alla monotrocar con possibilità di lavorare in sicurezza e maggiore comfort senza rinunciare alla mini-invasività. Questa associazione robot-monotrocar rappresenta, a mio avviso, l'aspetto più interessante di progresso nel prossimo futuro, ma a causa dei costi avrà una lenta diffusione.

Per il momento continuiamo a correre dietro le innovazioni tecnologiche.