

# L'impiego della Laparoscopia nell' Addome Acuto. Nostra esperienza.

Vincenzo Leone, Nico Console, Ugo Faggi, Daniele Misuri, Alessandro De Chiara, Antonio Giovane, Chiara Piovaneli, Claudia Fazio, Giovanni Giudici, Sergio Cardini  
S.C. di Chirurgia Generale Ospedale di Santa Maria Nuova, Firenze  
Direttore: dr. Sergio Cardini

**INTRODUZIONE.** L'addome acuto non rappresenta di per sé una malattia bensì un insieme di sintomi cui si associa dolore addominale importante. Esso può essere definito come un quadro clinico addominale che richiede un'immediata valutazione e una stretta attenzione, ma non necessariamente un intervento chirurgico. Rappresenta una causa molto frequente di accesso al DEA (circa il 40%). Ogni 1000 pazienti visitati per tale sintomo, per circa un quarto di loro (250) è indicata l'ospedalizzazione e di questi la metà (125) è sottoposta ad intervento chirurgico. L'approccio laparoscopico, inizialmente limitato alle sole procedure in elezione, si è progressivamente affermato anche nel settore dell'urgenza, per cui oggi esso rappresenta l'approccio di scelta per molti quadri addominali acuti nei quali riesce a svolgere un ruolo sia diagnostico che terapeutico.

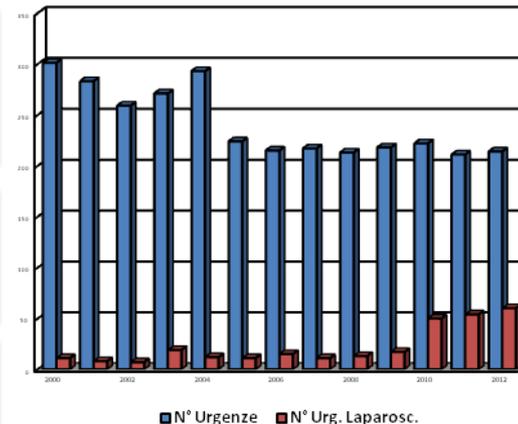
**MATERIALI E METODI.** Nel periodo 01/01/2000 - 31/07/2012 presso la S.C. di Chirurgia Generale dell'Ospedale di S. Maria Nuova di Firenze sono stati sottoposti ad intervento chirurgico in urgenza 3152 pazienti. L'approccio laparoscopico è stato attuato complessivamente nel 8,34% dei casi (263 pz). Si trattava di 149 femmine e 114 maschi con età media di 41,45 anni (range 15-104). La Tab. I mostra la distribuzione del n° dei pazienti nel periodo considerato e la progressiva affermazione della laparoscopia come approccio routinario in una percentuale sempre crescente di pazienti: 3,6% nel 2000, superiore al 25% nell'ultimo triennio. La Tabella II mostra l'incidenza delle diverse patologie e la percentuale di conversione in laparotomia.

**DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.** Sebbene una corretta diagnosi preoperatoria sia fondamentale per pianificare il migliore approccio chirurgico addominale (o talvolta per evitare una laparotomia non necessaria), nell'addome acuto spesso la precisa diagnosi etiologica preoperatoria risulta difficile. Non sempre gli accertamenti pre-operatori riescono a dirimere tra una appendicite acuta una patologia neoplastica o una colecistite in un quadro addominale acuto dei quadranti di destra, in particolare nel paziente anziano. Parimenti nelle donne in età fertile può risultare difficile discriminare preoperatoriamente una appendicite da una patologia annessiale.

La laparoscopia, offrendo una eccellente visualizzazione della cavità addominale, oltre a consentire una diagnosi diretta permette di realizzare in molti casi, anche il trattamento della patologia addominale in urgenza con un approccio completamente mininvasivo.

Accanto ai ben noti vantaggi quali la minimizzazione del trauma chirurgico ed il miglioramento del fisiologico recupero delle funzioni nel postoperatorio, l'approccio laparoscopico in urgenza evita talora interventi demolitivi non necessari e permette una terapia conservativa. In letteratura è riportata infatti una incidenza di laparotomie esplorative negative nei casi di traumi addominali del 15-20% anche con lavaggio peritoneale positivo. Così nell'emoperitoneo post-traumatico da lesioni della milza (fig. 1) la laparoscopia consente, in presenza di lesioni minime e di stabilità emodinamica, il risparmio dell'organo ed il trattamento della lesione mediante l'impiego di materiali emostatici riassorbibili applicati localmente (fig. 2). Negli emoperitonei di origine annessiale (cisti ovariche rotte, gravidanze extrauterine, ecc.) la laparoscopia garantisce una ottimale toilette peritoneale ed il trattamento laparoscopico della lesione con risparmio della funzione riproduttiva e secretoria (fig. 3). Lo stesso dicasi per patologie più rare come le ernie interne in cui la laparoscopia non solo permette una corretta diagnosi etiologica, altrimenti difficilmente realizzabile, ma anche il suo contemporaneo trattamento (fig. 4).

Infine, quando la patologia riscontrata non si presta ad un adeguato trattamento mininvasivo, le informazioni ottenute con la laparoscopia indicano al chirurgo il più giusto approccio laparotomico. Questo utilizzo prevalentemente diagnostico, è stato da noi utilizzato estensivamente, anche nei casi in cui il quadro pre-operatorio non consentiva la possibilità di effettuare l'intervento per via esclusivamente laparoscopica. Tale applicazione diagnostica della laparoscopia che spiega l'elevato tasso di conversione in laparotomia della nostra casistica è giustificato dai vantaggi offerti in termini di ottimizzazione della procedura caso per caso (tailored surgery).



Tab. I - Rapporto N° Interventi in Urgenza Laparoscopie in Urgenza nel periodo considerato

Diagnosi	n° pz	n° convers	% convers
Appendicite	109	15	13.76
Colecistite	65	19	29.23
Emoperitoneo	26	4	15.38
Occlusione	22	12	54.54
Perforazione	17	5	29.41
Annessite	12	3	25.00
Diverticolite	7	3	42.86
Altro	5	0	0.0
<b>totale</b>	<b>263</b>	<b>61</b>	<b>23.19</b>

Tab. II - Tipo di patologie trattate e percentuali di conversione in laparotomia.



Fig. 1 – Milza con lesione minima post-traumatica del polo inferiore.



Fig. 2 – Posizionamento di materiale emostatico riassorbibile intorno al polo inferiore della milza.



Fig. 3 – Emostasi laparoscopica di cisti ovarica sanguinante



Fig. 4 – Sutura laparoscopica di ernia interna da difetto del legamento largo.