



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Lariana

Dipartimento di Chirurgia
Chirurgia Generale

Chirurgia Spoke Cantù / Menaggio
Responsabile: dr.ssa Ivana Zappa

Presidio Ospedaliero Sant'Antonio Abate - Cantù (CO)

Telefono 031.799.461

Reparto Multidisciplinare 031.799.468 - Endoscopia 031.799.466

ivana.zappa@asst-lariana.it

Presidio Ospedaliero Erba-Renaldi - Menaggio (CO)

Tel. 0344.33203

INTERVENTI DI RESEZIONE DELLO STOMACO

La chirurgia è generalmente impiegata per curare vari tipi di tumore dello stomaco, poiché a oggi nessun'altra cura può cercare di ottenerne la guarigione.

La chirurgia viene eseguita per diversi motivi:

- per cercare di guarire il tumore togliendo la parte di stomaco interessata, le linfoghiandole e talvolta anche tessuti o organi vicini
- ridurre i disturbi causati dalla presenza del tumore, come sanguinamento o anemia o impossibilità di mangiare (chirurgia palliativa)

Il tipo di trattamento chirurgico che viene scelto dipende da diverse cose:

- Il tipo di tumore
- a che punto è il tumore (stadio)
- l'età
- lo stato di salute generale
- lo stato nutrizionale

Quindi prima del ricovero eseguiamo degli esami per valutare sia la situazione del tumore sia le sue condizioni generali per scegliere il tipo di intervento indicato da porporle.

Anestesia: gli interventi vengono tutti eseguiti in anestesia generale; in alcuni casi le verrà proposta, a cura dell'anestesista, anche l'inserimento nella colonna vertebrale di un sottile tubicino per ridurre lo stress e il dolore intra e post operatoriamente.

Interventi per i tumori dello stomaco

- resezione mucosa endoscopica
- esplorazione e stadiazione laparoscopica
- resezione laparoscopica parziale
- gastrectomia parziale
- gastrectomia Totale
- resezione esofago-gastrica
- asportazione dei linfonodi
- chirurgia palliativa

Resezione endoscopica della mucosa:

consiste nella asportazione della mucosa, lo strato più interno dello stomaco, con un gastroscopio introdotto dalla bocca. Può essere impiegato solo per lesioni molto superficiali e piccole. Talvolta dopo la procedura, in base all'esame istologico è comunque necessario l'intervento chirurgico. Altrimenti sarà necessario fare dei controlli con delle gastroscopie periodiche. In Italia e nei paesi occidentali pochissimi tumori si riescono a trattare con questo metodo perché raramente si scoprono a uno stadio così iniziale.

Laparoscopia per completamento stadiazione:

Impieghiamo la laparoscopia (introduzione in addome di un sottile cannocchiale con telecamera attraverso un foro di 1 cm) all'inizio dell'intervento, perché alcune condizioni, come la presenza di cellule tumorali in addome, non sono rilevabili con gli esami preoperatori. In base ai risultati si procede con quanto programmato oppure si può decidere di sottoporre il paziente ad una chemio o radioterapia (trattamento neoadiuvante) rinviando l'intervento a un tempo successivo o anche ad eseguire un intervento diverso.

Resezione laparoscopica parziale

Una resezione laparoscopica parziale (chiamata wedge resection) Viene impiegata per alcuni tipi di tumore. In questi casi si controlla con una gastroscopia intraoperatoria che la resezione sia su tessuto sano. Quando è possibile la ripresa post operatoria è molto rapida e il decorso post operatorio con meno dolore e più rapido ritorno alle normali attività.



Gastrectomia totale, parziale o sub totale

La gastrectomia è l'intervento chirurgico più frequentemente impiegato per la cura del tumore dello stomaco. Significa l'asportazione di tutto o quasi tutto lo stomaco attraverso una incisione addominale. Abituamente vengono asportati insieme i linfonodi che ricevono la linfa lungo i principali vasi sanguigni attorno allo stomaco e l'omento (una specie di grembiule di grasso circonda lo stomaco). Talvolta è necessario asportare anche degli organi vicini, come la milza, la coda del pancreas, il lobo sinistro del fegato. Quando questo è necessario, aumentano i rischi di complicazioni post operatorie.

Ci sono diversi tipi di gastrectomia: quella totale (Fig. 2) rimuove tutto lo stomaco, quella subtotale (Fig. 1) di solito rimuove i 4/5 dello stomaco più vicini al duodeno.

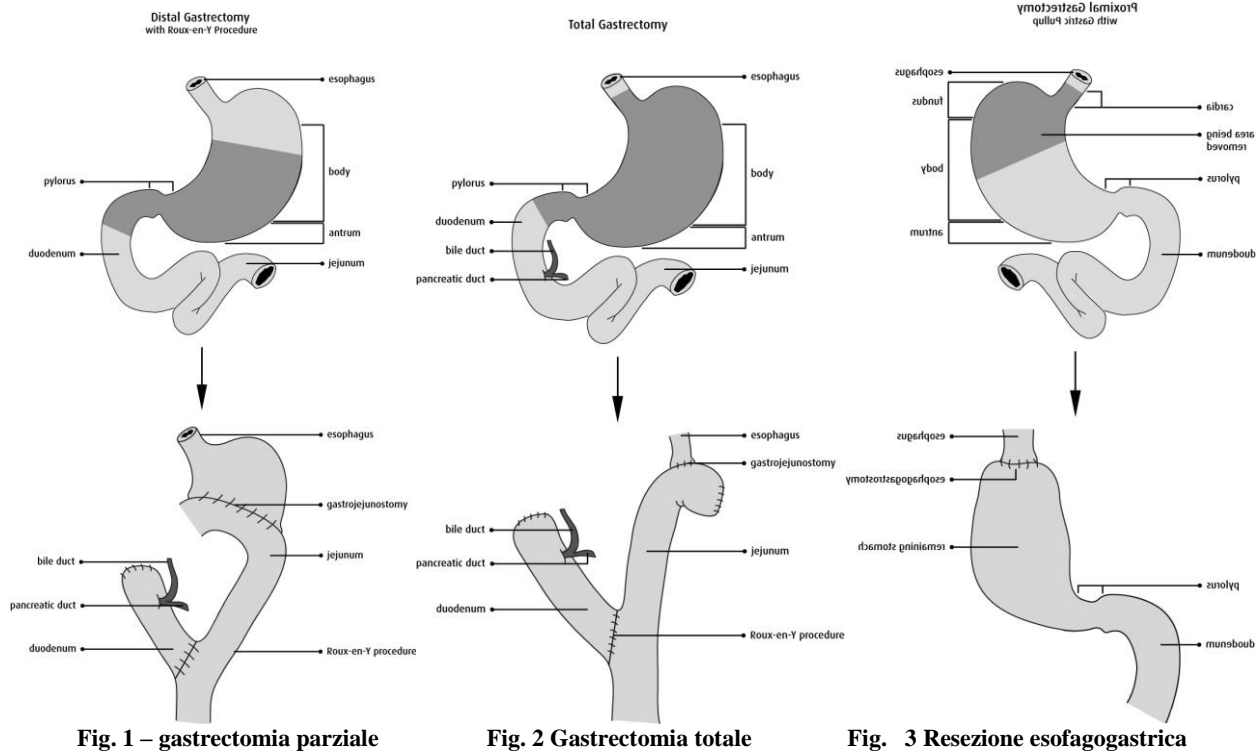
Il tipo di gastrectomia dipende da dov'è il tumore, da che tumore è e in quale stadio.

Talvolta è possibile eseguire una gastrectomia laparoscopica

Resezione esofago-gastrica

(asportazione della parte di stomaco superiore e di parte dell'esofago) (Fig. 3)

Questo intervento prevede di solito anche l'apertura del diaframma, che separa addome dal torace, e una incisione anche del torace.



Mortalità: attorno al 5%; maggiore per tumori di stadio avanzato e in pazienti in cattive condizioni generali o con malattie gravi associate.

Complicanze: si manifestano in media nel 25% degli interventi

In corso o dopo qualunque manovra anestesiológica e chirurgica si possono verificare complicanze a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello altri organi soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie (coronaropatie, compromessa funzionalità renale, epatica o respiratoria, diabete, ecc.).

Le più importanti complicanze associate a questi interventi sono:

- deiscenze (mancata cicatrizzazione) delle anastomosi (cuciture) intestinali, che spesso si risolvono con terapia conservativa – cioè con digiuno, alimentazione per via venosa e con farmaci – ma che in alcuni casi richiedono una procedura endoscopica o anche un'altra operazione
- lesioni della milza con la necessità di eseguire una sua asportazione (splenectomia). L'assenza della milza può comportare nei giorni successivi all'intervento un aumento delle piastrine del sangue (trombocitosi) oltre il valore normale con conseguente rischio di trombosi
- Nei soggetti più giovani l'assenza della milza si associa a disturbi dell'immunità e a tendenza alle infezioni batteriche che è efficacemente contrastata dai vaccini antipneumococcico, antimeningococcico e anti-Haemophilus
- trombosi venose alle gambe con possibili distacchi di emboli che possono chiudere i vasi polmonari (trombosi venosa profonda ed embolia polmonare). Per evitare questa complicanza somministriamo specifici farmaci che vengono iniettati nell'addome, ma dopo l'intervento è importante ridurre il rischio soprattutto con una precoce mobilitazione dal letto e, quando si è coricati, con il frequente movimento degli arti inferiori

- pancreatite acuta (infiammazione del pancreas) e/o formazione di una fistola pancreatica, ovvero la fuoriuscita di succo pancreatico da uno dei drenaggi posizionati provvisoriamente al termine dell'intervento. Il secreto proviene dalla superficie della ghiandola pancreatica, qualora vi si sia una sua lesione. La pancreatite acuta ne può essere una causa. In questi casi le cure richiedono un prolungamento anche notevole della degenza in ospedale
- emorragie ed ematomi (raccolte di sangue) che potrebbero richiedere trasfusioni di sangue o un re-intervento, per arrestare l'emorragia o per evacuare l'ematoma
- formazione di un laparocele (cioè un ernia in corrispondenza della cicatrice chirurgica). In alcuni casi è opportuno trattare il laparocele con un successivo intervento di plastica (chiusura) della parete addominale, spesso con l'ausilio di una rete di rinforzo in polipropilene o altro materiale adatto

Durata della degenza in ospedale: In assenza di complicanze il tempo di degenza è di circa dieci – dodici giorni.

Durata della convalescenza: per riprendere le normali attività lavorative circa 4-6 settimane

Dopo l'operazione

durante l'operazione saranno inseriti dei drenaggi addominali, il catetere vescicale e talvolta un sondino dal naso nell'esofago e attraverso l'anastomosi per evitare reflusso di materiale attraverso la zona della ricostruzione. Questi saranno tolti nei successivi 3-7 giorni. Vi sarà somministrato a orari prestabiliti un antidolorifico, ma è importante che se avvertite dolore avvisiate l'infermiera perché questa terapia sia adeguata, in modo che possiate muovervi, respirare profondamente e alzarvi dal letto prima possibile.

L'alimentazione sarà ancora possibile per la via naturale, la bocca, perché le parti del tubo digerente interrotte per l'asportazione dello stomaco saranno riattaccate tra loro con diversi tipi di ricostruzione mediante delle cuciture (anastomosi), come illustrato nelle figure precedenti:

- dello stomaco residuo all'intestino
- dell'esofago all'intestino
- dell'esofago residuo alla residua porzione di stomaco

Le normali conseguenze di una gastrectomia sono:

Precoce senso di sazietà e talora dolore addominale da distensione intestinale durante il pasto conseguente alla perdita o alla riduzione del serbatoio gastrico. Questa sintomatologia può portare a calo di peso soprattutto evidente nel corso del primo anno dopo l'intervento. Il frazionamento dei pasti riduce significativamente i disturbi. Inoltre il progressivo adattamento dell'intestino nel corso dei due anni successivi all'intervento sopperisce parzialmente alla perdita del serbatoio gastrico.

Diarrea. E' una possibile conseguenza della gastrectomia, ma non dell'asportazione parziale dello stomaco. Si risolve alcuni mesi dopo l'intervento ed è controllabile con la dieta e con i farmaci.

Anemia (riduzione della concentrazione di globuli rossi nel sangue) conseguente alla carenza di vitamina B12 e/o di Ferro e vitamine. E' una conseguenza della gastrectomia ed è evitabile con somministrazione periodica per via orale e/o intramuscolare e/o endovenosa di vitamine.

Sindrome da rapido svuotamento gastrico. Alcune persone accusano circa mezz'ora dopo i pasti cardiopalmo (palpitazioni) e malessere.

Dopo un pasto si può dunque verificare un improvviso e rapido transito di materiale alimentare dallo stomaco residuo o nell'intestino. Si innesca una serie di eventi con riduzione della pressione arteriosa e calo degli zuccheri nel sangue con conseguente disagio fisico. L'entità della sintomatologia è condizionata dalle abitudini dietetiche; il frazionamento dei pasti, l'eliminazione di sostanze irritanti – come l'alcool e sostanze piccanti – e la riduzione di alimenti che aumentano l'osmolarità – come gli zuccheri semplici – possono evitare l'insorgenza della sintomatologia.

Altre cure e/o controlli.

Dopo l'intervento potrebbe essere consigliabile un trattamento farmacologico e radioterapico per un migliore risultato terapeutico, oltre a dei controlli periodici. Provvediamo a programmarle alla dimissione i primi appuntamenti in tal senso per la eventuale consulenza e presa in carico dalla U.O di Oncologia dopo l'acquisizione dell'esame istologico. In caso di asportazione totale dello stomaco sarà suggerita anche una consulenza periodica nutrizionale.

Firma del paziente per presa visione

Cantù,

NUMERI UTILI	
REPARTO DI CHIRURGIA	031.799.468
DAY-WEEK SURGERY	031.799.232
SERVIZIO CENTRALIZZATO PRERICOVERI	031.799.476
CENTRALINO TELEFONICO OSPEDALE DI CANTU'	031.799.111