

Editoriale

Diego Foschi

Cattedra di Chirurgia Generale, Università degli Studi di Milano

Chirurgia Generale II, Dipartimento di Scienze Biomediche L. Sacco, Milano

Questo numero di www.professionechirurgo.it è interamente dedicato alla chirurgia bariatrica riportando gli atti del XXIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche. È il risultato di un impegno preso nell'organizzazione del Congresso di cui sono stato molto onorato e che, tuttavia, ha implicato un consistente dispiego di energie. La lettura degli articoli e degli "abstracts" testimonia la notevole vivacità e intraprendenza dei chirurghi bariatrici e la possibilità di sviluppo di questa chirurgia. Nello stesso tempo, la specificità della chirurgia bariatrica, sia in termini organizzativi che culturali, mette in primo piano l'importanza dei rapporti tra chirurgia "generale" e chirurgie specialistiche. Si tratta di un tema che emerge periodicamente sotto la spinta di opposte tendenze. Da un lato si è sempre sottolineato e vi è una forte convinzione che un approccio globale ai problemi del paziente sia la più ampia garanzia di risultato, dall'altro è ormai inoppugnabilmente accettato che la qualità delle cure sia garantita da un'organizzazione complessa, che nello stesso tempo contemperi efficienza ed efficacia sia del processo che del risultato. L'identificazione di indicatori certi sia dell'uno che dell'altro sono la base per guidare tale processo in modo non riduttivo. Sfortunatamente il nostro sistema è ancora in discreto ritardo nell'individuare gli elementi più indicativi e al momento è più favorevole a condensare nell'ormai più semplice (e certamente valido) parametro del "volume dei casi" sviluppati il riferimento principale. In tal modo si favorisce la concentrazione delle liste in pochi centri d'eccellenza e si crea di necessità una cultura "superspecialistica" favorendo la comparsa di agglomerati che costituiscono la base per la nascita di reti spontanee frutto dell'iniziativa di singoli e non sempre correlate alla necessità della popolazione.

D'altra parte non possiamo ignorare che "culture superspecialistiche" devono potere convivere all'interno del nostro sistema e che il chirurgo generale deve comunque conoscere gli elementi che caratterizzano le diverse branche della chirurgia perché nell'ambito della sua attività verrà certamente coinvolto nella gestione della patologia specialistica, e talora a un livello di complessità notevole.

Perciò abbiamo ritenuto coerente con lo spirito della nostra rivista ospitare gli atti del congresso della SICOB, che oggi sottoponiamo alla vostra attenzione.

Diego Foschi

Corrispondenza

diego.foschi@unimi.it

Interventi chirurgici

Chirurgia bariatrica laparoscopica tridimensionale (3D) versus bidimensionale (2D): presentazione di uno studio clinico comparativo randomizzato

Giuseppe Currò, Giuseppe La Malfa, Giuseppe Sarra, Anna Fortugno, Eugenio De Leo, Giuseppe Navarra

Dipartimento di Patologia Umana, Azienda Ospedaliera Universitaria di Messina

Relatore: Giuseppe Currò

Introduzione

La tecnologia 3D in chirurgia laparoscopica è già disponibile da alcuni anni e oggi sempre più va diffondendosi nelle nostre sale operatorie anche con modelli superiori per qualità di immagine rispetto ai primi prototipi. Non sono stati in modo chiaro dimostrati reali vantaggi della visione tridimensionale sui tempi operatori nelle diverse procedure laparoscopiche in campo ginecologico, urologico e della chirurgia generale. Ad oggi non esistono reports sulla chirurgia bariatrica laparoscopica tridimensionale. E' ben noto quanto sia importante ridurre i tempi operatori in chirurgia bariatrica al fine di diminuire l'incidenza di complicanze cardiopolmonari e la rabdiomiolisi. Al fine di verificare se la visione laparoscopica in 3D offre reali vantaggi sui tempi di esecuzione delle procedure chirurgiche, abbiamo eseguito uno studio prospettico randomizzato single-surgeon per confrontare quanto il tipo di visione laparoscopica (3D versus 2D) incida sui tempi operatori di due differenti procedure bariatriche (sleeve gastrectomy e mini by-pass gastrico) nel momento in cui il chirurgo esecutore è unico ed esperto in laparoscopia standard 2D.

Metodi

Quaranta pazienti affetti da obesità grave con indicazione al trattamento chirurgico sono stati randomizzati la mattina dell'intervento per essere sottoposti da un unico chirurgo a laparoscopia con visualizzazione ad alta definizione bidimensionale (2D) o con visualizzazione tridimensionale (3D). Quaranta procedure laparoscopiche (20 sleeve gastrectomy e 20 mini by-pass gastrici) sono state quindi eseguite utilizzando sia il sistema 2D che quello 3D. Dopo l'introduzione del primo canale operatore e la creazione dello pneumoperitoneo entrambe le procedure chirurgiche sono state suddivise in steps ed i tempi operatori comparati per singole fasi e per l'intera procedura.

Risultati

I tempi di esecuzione dell'intera procedura e delle due fasi individuate (preparazione della grande curva 6 cm dal piloro fino al cardias e la resezione gastrica) non sono stati significativamente differenti nei due gruppi 3D e 2D nella sleeve gastrectomy. I tempi di esecuzione dell'intera procedura e di due delle tre fasi individuate (misurazione dell'intestino e confezionamento della gastro-entero anastomosi e sutura della tomia di servizio) sono stati significativamente inferiori nel gruppo 3D rispetto al gruppo 2D nel mini by-pass gastrico ($p < 0.05$). La prima fase individuata di creazione della nuova tasca gastrica non ha invece mostrato differenze significative. Il chirurgo

operatore intervistato tramite questionario al termine di ogni procedura ha riferito una miglior percezione della profondità e minore stanchezza visiva e fisica dopo le procedure eseguite con sistema visivo 3D.

Discussione

La visualizzazione tridimensionale (3D) sembra determinare riduzione dei tempi operatori nelle procedure più complesse che prevedono abilità tecniche laparoscopiche come suturare e misurare l'intestino maggiormente dipendenti da una ottimale percezione della profondità. Ulteriori studi comparativi sono necessari al fine di valutare se chirurghi meno esperti possano beneficiare di una curva di apprendimento più breve utilizzando una visualizzazione tridimensionale e per verificare se la visualizzazione 3D su grandi numeri può ridurre eventuali complicanze intra- e post-operatorie.

Bibliografia

^[1]Diwakar S, Mittu JM, Prasanna KR. 3D laparoscopy – help or hype; initial experience of a tertiary health centre. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2014;8(7):NC01-NC03.

^[2]Izquierdo L, Peri L, Garcia-Cruz E, Musquera M, Ciudin A, Perez M, Alcaraz A. 3D advances in laparoscopic vision. *European Urological Review* 2012;7(2):137-139.

^[3]Storz P, Buess GF, Kunert W, Kirschniak A. 3D HD versus 2D HD: surgical task.