

TITOLO: Morcellazione proposta di tecnica chirurgica

AUTORI: Enrico Fusco*; Gennaro Trezza°; Felice Sorrentino*; Luigi Nappi*

AFFILIAZIONE DEGLI AUTORI: *Università degli Studi di Foggia; ° U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia, Ospedale G. Rummo, Benevento

DATI DEL PRESENTATORE: Enrico Fusco; medico in formazione specialistica in Ginecologia ed Ostetricia; enrico.fusco@hotmail.it; +39 340 0950255

TESTO:

INTRODUZIONE: Il termine morcellazione indica la riduzione di un tessuto solido in parti di dimensioni inferiori, in modo da permetterne l'estrazione. Rappresenta la metodica più utilizzata in laparoscopia per rimuovere pezzi operatori. Il tutto però è stato rivisto, dopo l' FDA safety communication (aprile 2014) che scoraggia l'uso dei morcellatori elettrici, per l'estrazione di utero e miomi, non solo per il rischio di miomi parassiti, peritonite, ascessi, lesioni intraddominali ma soprattutto, per il rischio di diffusione intraddominale di leiomiomasarcomi misconosciuti, prevalenza di 1 su 1960 (0.064%), sottolineando la necessità di un riesame delle tecniche di estrazione dei tessuti uterini.

MATERIALI E METODI: PNP da punto di Palmer con allestimento di 4 vie da 10mm, ombelicale, paraspinoiliaca dx e sin e sovrapubica e si procede all'intervento. Il pezzo operatorio, viene estratto con tecnica di morcellazione intracavitaria a sistema chiuso, per minimizzare rischio di dispersione tissutale. Come morcellatore, viene utilizzato un vecchio **morcellatore manuale WISAP®** poliuso, da 20mm. Come **endobag contained**, viene utilizzato un tratto di copri telecamera in Polietilene che attraverso il trocar del carotatore da 20mm, posizionato nella via ancillare bassa di sinistra, viene portato per un capo in addome, vi si carica al suo interno il pezzo operatorio e sempre per lo stesso capo viene riportato nuovamente all'esterno dell'addome attraverso la breccia ancillare bassa di destra. Il trocar di destra, collegato ad un tubo di insufflazione derivato dalla via principale dell'insufflatore, viene riposizionato nella stessa breccia, però all'interno dell'endobag, assicurando la tenuta della CO2. Nella via ancillare bassa di sinistra il trocar da 20mm viene ugualmente riposizionato all'interno del sacchetto, con le stesse modalità di tenuta della CO2. Il carotaggio, avviene manualmente in sicurezza, sotto visione dell'ottica centrale libera in addome. Completato il carotaggio, si rimuove il trocar di destra, si chiude il sacchetto con un filo e lo si estrae dalla breccia controlaterale da 20mm.

RISULTATI: Nella nostra pratica, abbiamo effettuato 7 interventi, senza complicanze intraoperatorie. Nessuna perforazione dell'endobag, rischio di laparocèle nullo grazie anche alla chiusura della fascia con Ago di Reverdin.

DISCUSSIONE: In questo prototipo di tecnica chirurgica, i vantaggi sono per lo più i costi bassi di riproducibilità del device, strumentario poliuso, un maggior controllo al momento della morcellazione sotto visione rispetto alla power morcellation e la possibilità di poter estrarre tessuto integro, di maggiori dimensioni, utile per l'analisi isto-patologica. Nella tecnica va presa in considerazione una learning curve di apprendimento.

CONCLUSIONE: Nel pieno dei limiti della sua casistica, la nostra esperienza risulta finalizzata, così come raccomandato più volte dalle maggiori società scientifiche internazionali, SEGI compresa, alla messa a punto di devices dedicati alla morcellazione a sistema-chiuso, per minimizzare il più possibile, il rischio di dispersione tissutale intracavitaria.