

“LEMBO LIBERO DI DIGIUNO: L'IMPIEGO DELLA COLLA DI FIBRINA PUO' RIDURRE L'INSORGENZA DI FISTOLE”

Mauro Magnano - G.Bongioannini, B.Fragapane, P.Ceccopieri, D.Maggio, W.Lerda, M.Bona-Galvagno, A.D. Stefani

Il trattamento chirurgico del carcinoma squamoso dell'ipofaringe esteso alla giunzione ipofaringeo-esofagea ed all'esofago cervicale si avvale, dopo il momento demolitivo (faringo-laringo-esofagectomia circolare) della ricostruzione mediante lembo libero di digiuno.

Si tratta di un lembo libero dotato di buona vitalità con sopravvivenza superiore al 90% (Benazzo, 2006).

Questi risultati sono possibili se vengono rispettate alcune regole:

- minima permanenza in fase di non vascolarizzazione durante il prelievo;
- esecuzione tempestiva della sutura anastomotica venosa;
- accurata scelta dei vasi arteriosi donatori;
- adeguato allestimento delle suture vascolari al fine di evitare fenomeni di "kinking";
- accurata valutazione delle dimensioni (lunghezza) del tratto di digiuno da trasportare al fine di evitare pericolosi inginocchiamenti del lembo stesso con conseguente stasi.

Oltre a questi accorgimenti, particolare attenzione deve essere rivolta alle suture anastomotiche dei visceri. La possibile inadeguatezza del lume dei visceri, digiuno vs esofago, può essere facilmente superata con semplici accorgimenti al momento della esecuzione della anastomosi, più impegnativo è l'allestimento della sutura tra viscere trasposto e mucosa dell'orofaringe (base lingua e parete posteriore). Sono state proposte alcune soluzioni, anche se la più semplice di "apertura" del viscere e successiva sutura adattata alla "cavità" risulta semplice e scevra da complicanze.

Nel postoperatorio le complicanze cui si incorre possono essere:

- la congestione dei vasi venosi che può essere ridotta impiegando vasi di dimensioni maggiori (Tsao, 2004)
- l'insorgenza di stenosi prossimali, 4% (Disa, 2004).
- la possibilità di fistole (prossimali e anche se in misura minore distali), 7% (Disa, 2004; Chang, 2002)

Al fine di evitare l'insorgenza di complicanze (fistole faringocutanee) è stata proposta la sutura in doppio strato a carico dei visceri. Nella nostra esperienza si è rivelata utile, a fini "contenitivi" di possibili fenomeni di "leakage" tra i due visceri, al termine della sutura dei visceri tra loro, l'applicazione al di sopra della linea di sutura di un adeguato strato di colla di fibrina. Tale applicazione, unita ad una minuziosa sutura delle due estremità viscerali, ha ridotto l'incidenza di insorgenza di fistole faringocutanee.